LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

174

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

1911

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1911

Nº 1. — MARDI 3 ET JEUDI 5 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. MARDI 3 ET JEUDI 5 JANVIER 1911. — Nº 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Après concours, M. le docteur Essart a été nommé médecin titulaire à l'hôpital de Villeurbanne.

— Toulouse. — Sont nommés internes titulaires : MM. Rigaud, Jaureguiberry, Baron, Lefebvre, Soula, Roquette; internes provisoires : MM. Bousquet, Barandon, Amigues, Laborie, Dupuy, Fabre.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. le docteur A. Huguier est nommé chirurgien chef de service.

M. le docteur Rigollot-Simonnot est nommé chirurgien adjoint.

M. le docteur Huguier succède à M. le docteur Noël Hallé, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dejerine, professeur de pathologie interne est nommé, sur sa demande, à partir du 1er mars 1911, professeur de clinique des maladies du système nerveux.

ECOLE DE MÉDECINE. — Reims. — Par arrêté ministériel, sur la proposition de l'Ecole de médecine, le docteur Louis Langlet est nommé chef de clinique chirurgicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'intérieur. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Fiquet, Pierre Delbet, Labadie-Lagrave (de Paris), Moure (de Bordeaux).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Mussault (de Fontenay-sous-Bois), Oudin, Magnin et Siredey (de Paris), Peyrot (de Néris-les-Bains), Léonardon-Lapervenche (de Ribérac), Blanc (de Saint-Etienne), Ovion (de Boulogne-sur-Mer), Auger (de Bolbec).

M. Faure, directeur de l'hôpital Lariboisière.

Grande chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — MM. Lobligeois (de Paris), professeur Soulier (de Lyon).

Guerre (Service de santé) :

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur Antony.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Géraud, Hassler, Richard et Salle.

M. le médecin principal de deuxième classe Melnotte.

(Troupes coloniales) :

M. le médecin principal de première classe Mirabel.

(Réserve et armée territoriale) :

M. le médecin principal de deuxième classe Yvert.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Robert et Charier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Althoffer, Boucabeille, Chambaud, Chevron, Faivre, Faure, Huot, Marie, Marotte, Martin, Ramally et Saint-Paul.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Duhaut, Foley, Genod, Maugenot, Ray et Vigerie.

(Troupes coloniales) :

MM. les médecins-majors de première classe Burdin, Lépinay et Poumayrac.

(Réserve et armée territoriale) :

MM. les médecins-majors de première classe de Burine, Jacquelin et Létard.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bonnafé, Crozes, Mercier et Segrestan.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ceccaldi, Gros-Perrin, Pauvert et Sauvage.

(Au titre civil) :

MM. les docteurs Thomas (de Randan) et Feuillet (de Villefagnan).

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin général de deuxième classe Chevalier.

M. le médecin en chef de première classe Bellot.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Cassien, Delaporte, Penon, Boudou et Dugean.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Blind, Bourdin (de Paris), François (de Marseille), Plique (de Meaux).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Casse, Chevaudier, François (Raymond), Journée (de Paris), Nux (de Toulouse), Ripert (de Fumay), Wize-Lauzun (de Marseille).

MARINE. — Ont été nommés dans le corps de santé :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. Hamet, Hederer, Solcard et Artur, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

Ces officiers sont appelés à servir au port de Toulon en attendant l'ouverture des cours de l'Ecole d'application.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 9.)*

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE DU SQUELETTE

L'OSTÉOMALACIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par MM. le professeur ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE (1).

L'ostéomalacie se définit d'elle-même : c'est un ramollissement plus ou moins généralisé du squelette qui s'accompagne volontiers, cliniquement surtout dans les formes diffuses (ostéomalacie dite essentielle), de douleurs vives, d'asthénie profonde et de déformations bizarres que règle seul le sens des pressions que supportent les os.

On a souvent essayé de la caractériser chimiquement en disant qu'elle est la conséquence de résorption des sels calcaires de la substance osseuse et de décalcification des travées. Mais cela ne précise pas grand'chose, et c'est en dehors d'une formule chimique qu'il faut chercher à comprendre l'ostéomalacie. Anatomo-pathologiquement, on a peine à l'enserrer dans une description précise; on découvre dans ces os ramollis, friables, raréfiés, kystiques ou fracturés des lésions très dissemblables que l'esprit embrasse malaisément : ici, l'os est décalcifié; là, il est encore calcaire; là, la moelle congestionnée présente des hémorragies diffuses ou en foyer; ici, elle est jaune, graisseuse; l'histologie y montre des modifications leucocytaires, souvent un peu contradictoires, qui ne contribuent pas à éclairer la question.

Tout récemment, L. Bernard (2), s'aidant des intéressantes recherches de Marfan sur le rachitisme, a tenté de dégager de tout ce fatras histologique quelques faits nets et a réussi à donner un schéma évolutif de l'ostéomalacie qui nous paraît très séduisant.

Pour lui, les aspects variables de la moelle tiennent à ce qu'elle passe, dans l'ostéomalacie, par des étapes successives : la dominante est qu'elle se trouve en état de réaction active. Partant de là, il comprend les choses de la façon suivante : « Sous l'influence de certaines causes, la moelle irritée entre en réaction. Cette réaction se manifeste par la congestion qui peut aller jusqu'à l'hémorragie et par la prolifération cellulaire. »

Cette prolifération porte surtout sur les éléments de la série ostéopoiétique, d'où une néoformation active d'ostéoblates et de myéloplaxes. Les uns participent à la décalcification, tandis que les autres sont les agents de l'apparition vicieuse. « Ainsi se forment les deux variétés de tissu ostéoïde des malaciques, avec l'adjuvance de modifications chimiques résultant de ce travail pathologique. Lorsque la médullisation de l'os est achevée, tandis que la substance osseuse est tout à fait ramollie et atrophiée, la moelle perd son activité désormais sans objet; aux stades ultimes du processus correspond donc l'état graisseux et fibreux de la moelle. »

Bref, l'ostéomalacie est une « ostéopathie myélogène » caractérisée par la perturbation de l'apposition ostéoblastique et la suractivité érosive des myéloplaxes.

Cette ostéopathie ainsi nettement définie apparaît comme un syndrome que bien des causes peuvent engendrer. Elle peut être causée tout d'abord par une *insuffisance glandulaire* ou une *viciation sécrétoire* : c'est ainsi qu'il existe des ostéomalacies *d'origine ovarienne* que démontrent les résultats de certaines castrations, des ostéomalacies *d'origine surrénale*, qu'établissent surabondamment les surprenantes guérisons données, de temps à autre, par le traitement adrénalinique de Bossi, des ostéomalacies *d'origine thyroïdienne*, comme semblent l'indiquer les observations groupées autrefois par Tolot et Sarvonat, montrant la coïncidence du goitre exophtalmique et du ramollissement osseux, des ostéomalacies *d'origine biliaire* que Doyon (1) avait signalé le premier, que Pawlow a redécouvertes en 1905, qu'ont établi cliniquement les observations récentes de Seidel (2). Elle peut ensuite relever d'une *trophonévrose*. Elle peut enfin dépendre d'une action directe sur la moelle osseuse d'une *infection ou d'une toxi-infection*.

Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, à notre sens, on n'a rien précisé quand on n'a pas donné l'origine vraie de l'altération glandulaire ou du vice sécrétoire invoqué. Les altérations des glandes ne sont là, comme si souvent, que des causes secondes, la cause première est ailleurs, en dehors d'elles; la tare sécrétoire n'a été qu'un intermédiaire. Et le véritable problème pathogénique consiste à chercher la cause première.

Celle-ci peut être une insuffisance d'ordre excrétoire, comme dans l'ostéomalacie biliaire : elle peut être chimique, alimentaire ou autre. Le plus souvent elle est infectieuse et c'est à l'enquête clinique, aux procédés de laboratoire de mettre en évidence cette origine réelle.

Pour nous exprimer autrement nous dirions volontiers, faisant la synthèse de nos lectures, des observations publiées et de nos recherches personnelles : l'ostéomalacie, quelle que soit sa forme (qu'elle soit généralisée ou partielle), quelle que soit sa date d'apparition (qu'elle soit juvénile ou sénile), est un syndrome qui présente un aspect clinique uniforme tout en reconnaissant une étiologie très variée et des mécanismes multiples.

C'est affaire aux observations cliniques de mettre en évidence le mode réel, action directe ou action détournée.

Pour l'instant nous voudrions seulement mettre en évidence le rôle très important de la tuberculose, envisagée en tant que cause première. Là, comme partout, comme dans toutes les maladies à étiologie indéterminée, son rôle est d'autant plus

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 3 janvier 1911.

(2) Léon BERNARD. Nature de l'ostéomalacie, *Revue de médecine*, 10 mai 1910, p. 365.

(1) Doyon a observé le premier un cas d'ostéomalacie chez une chienne dont le cholédoque avait été réséqué, et dont la fistule biliaire s'infecta. Elle mourut dix mois après l'opération et présenta, dans les trois mois qui précédèrent le mal, des signes nets d'ostéomalacie. L'autopsie fut confirmative. Le fait est cité dans un travail d'Adenot sur l'ostéomalacie publié dans la *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, en 1900, et dans la thèse de Duval (Lyon 1902) sur le même sujet.

(2) Voir sur ce sujet un récent article de Lenormant : Ostéoporose et fistules biliaires, *La Presse méd.*, 26 novembre 1910.

vraisemblable que sa présence réelle, latente, est plus banale.

Ce rôle paraît, au reste, démontré par d'excellents arguments.

Tout d'abord, on sait, depuis de nombreuses recherches anatomo-cliniques, et surtout depuis les beaux travaux d'Ollier que l'infection tuberculeuse du tissu osseux provoque, non seulement au niveau de l'os atteint, mais encore souvent dans les os sus et sous-jacents, des lésions non spécifiques de ramollissement, d'ostéomalacie : le ramollissement est ou graisseux, jaunâtre, huileux, ou rouge, comparable à de la gelée de groseilles ou à de la boue splénique. « On trouve alors l'os réduit à une coque mince, remplie par une moelle présentant des aspects divers, tantôt de couleur vineuse et très vasculaire, tantôt jaune pâle infiltré de sérosité. La couche compacte est si friable que la scie la sectionne sans effort et qu'on peut la couper facilement avec le couteau, la cisaille et même de forts ciseaux. »

Ollier en distinguait deux formes. Dans l'une, la plus fréquente, l'os est réduit à de minces lamelles non décalcifiées, « le tissu osseux est résorbé dans toute sa substance, ostéoplastes et substance intermédiaire » ; dans l'autre c'est la partie calcaire qui est résorbée et la trame primitive de l'os persiste : c'est de l'*ostéomalacie inflammatoire*.

Pour tout le monde aujourd'hui encore, comme il y a vingt ans, ces lésions sont « le résultat de l'appauvrissement général de la nutrition et de l'immobilité du membre dans des appareils qui le compriment et l'anémient ».

C'est là une opinion inacceptable et on doit actuellement sans la moindre hésitation y voir le résultat d'une infection : de même que les lésions non spécifiques qui entourent un foyer de pneumonie caséeuse sont fonction de la tuberculose elle-même, de même les processus inflammatoires dits atrophiques que l'on voit au voisinage d'un foyer de tuberculose osseuse doivent être tenus pour tuberculeux.

Assez souvent, cette même ostéomalacie tuberculeuse se voit sur des segments de membres distants de la lésion. Il n'est pas de chirurgien tant soit peu versé dans la pratique de la chirurgie osseuse qui n'ait vu plusieurs fois, par exemple, le fémur et le tibia malaciques chez un coxalgique ou un tuberculeux du genou. De même, il est arrivé maintes fois, à des opérateurs habiles et prudents de briser un humérus, un fémur... sans manœuvre brutale en corrigeant une attitude vicieuse du genou ou de la hanche. Beaucoup d'autres, en réséquant des articulations fongueuses, ont eu la crainte de voir les os sains s'écraser entre leurs mains. Or ces lésions, à distance, que le microscope montre aspécifiques, sans granulations, sans follicules, ces lésions qui relèvent de la *tuberculose inflammatoire* et qui pourtant souvent tuberculisent le cobaye (1) sont absolument identiques à celles de l'ostéomalacie essentielle.

Mais il y a plus, on peut chez les tuberculeux pulmonaires, chez les tuberculeux rhumatisants, relever un état identique de la moelle osseuse et ceci dans presque tous les os. Nous en avons souvent fait la remarque. Mais jamais nous n'avons vu le processus malacique aussi diffus que chez une jeune femme dont nous avons il y a quelques années, recueilli l'observation. Elle avait eu à vingt-quatre ans une poussée bien caractérisée de tuberculose pulmonaire, et une première hémoptysie bientôt suivie d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé ; celui-ci aboutit à une localisation vertébrale tenace. A trente et un ans, nouvelle poussée pulmonaire, nouvelle attaque de rhumatisme généralisé. A trente-neuf ans, troisième crise identique survenue dans les mêmes conditions. Depuis lors, cette malade, considérée tout d'abord comme une pottique, n'a plus quitté l'hôpital et elle y est morte à l'âge de quarante-quatre ans. A l'autopsie, en dehors des lésions viscérales très avancées, nous avons trouvé un squelette en apparence normal, mais atteint d'une raréfaction intense, d'une résorption interstitielle marquée, d'une sorte de médullisation intensive. A la coupe sur tous les os, longs courts ou plats, le tissu compact, peu épais, rouge, très aminci, recouvrait un tissu spongieux aux mailles élargies remplies d'une moelle rouge et crétacée devenant rapidement à l'air carmin vif. Les os étaient friables et prêts à s'écraser sous la moindre pression un peu forte. Et ceci nous a donné l'impression nette d'une ostéomalacie débutante (1).

Il nous semble que la connaissance de tout cela conduit, par degrés, à la conception d'une *ostéomalacie d'origine tuberculeuse*.

Et de fait, la tuberculose s'observe souvent chez les ostéomalaciques essentiels. On la considère ha-

(1) Bien des fois, nous avons vu alors, avec notre chef de laboratoire, le docteur L. Dor, des inoculations être positives. Dans un cas, entre autres, des plus remarquables par l'absence précisément de lésions spécifiques, on trouva, après une résection du genou, des bacilles dans le tissu spongieux épiplysaire, dans la moelle osseuse. L'inoculation de ces tissus simplement ramollis, enflammés, tuberculise, en outre, le cobaye.

Nous avons rarement vu un plus bel exemple d'ostéomalacie, d'origine tuberculeuse et avec des caractères uniquement inflammatoires.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel des traitements nombreux et divers n'avaient amené, depuis deux ans, aucune amélioration dans l'état particulièrement douloureux de son genou droit. Il n'existait ni abcès, ni fistules, ni fongosités apparentes, mais un gonflement uniforme de l'orteil avec hyperostose notable des extrémités articulaires.

Lors de la résection on ne trouva à l'ouverture de l'articulation qu'un peu de liquide séreux. Nulle part d'altérations spécifiques, mais des cartilages amincis, bleuâtres et des épiplyses gonflées, ramollies. Leur section très rapide, avec une scie fine, donna l'impression qu'elles eussent pu être coupées avec des cisailles ordinaires, avec de forts ciseaux. Le tissu coupé, aminci, raréfié, avait presque disparu. Le canal médullaire, les mailles élargies du tissu spongieux renfermaient une moelle rouge violacé, devenant rapidement, à l'air, carmin vif

Les doigts, avec une faible pression, pénétraient dans les épiplyses, et nulle part, encore une fois, on n'apercevait dans cette substance malacique de lésions spécifiques.

Le résultat de la résection fut des plus remarquables.

L'opération donna, sans accidents, une ankylose osseuse des plus solides et dans une très bonne position. Ce jeune homme, ingénieur des tabacs, a été suivi pendant plusieurs années, il ne boitait plus, et le membre inférieur droit opéré lui rendait le même service que le membre inférieur gauche (Poncet).

(1) Sous le nom *d'ostéoporose rhumatismale d'origine tuberculeuse*, nous avons longuement déjà résumé cette observation dans le *Rhumatisme tuberculeux*, pages 56 à 60, Paris, 1909. Trois figures y donnent une bonne idée de cette altération malacique du squelette avec une moelle osseuse en pleine médullisation.

bituellement comme une infection terminale, résultat fâcheux des promiscuités hospitalières et de la déchéance organique. Pourtant on a noté fréquemment la simultanéité précoce des deux maladies, et certains auteurs (Paviot et G. Mouriquand) ont insisté sur leur parallélisme d'évolution.

D'après ce que nous avons observé dans tous les organes et dans tous les tissus nous savons qu'il ne faut pas voir là des séries morbides parallèles, mais deux manifestations, l'une viscérale, l'autre squelettique de l'infection bacillaire.

Aussi bien, il y a deux ans, ayant eu l'occasion d'observer une tuberculeuse d'une cinquantaine d'années atteinte d'une scoliose lombaire avec ostéomalacie douloureuse des côtes et du bassin, avons-nous conclu sans hésiter à l'origine tuberculeuse de toutes les lésions osseuses observées chez elle.

A côté de ces ostéomalacies généralisées, on sait qu'il existe des ostéomalacies locales, soigneusement étudiées par Gayet et Bonnet dans un travail classique. Ce que nous avons dit plus haut des ostéomalacies inflammatoires dans les tumeurs blanches permet de comprendre ce qu'elles peuvent être parfois, c'est-à-dire la simple manifestation locale d'une tuberculose latente ou reconnue, voisine ou distante.

DE
LA MORT AU COURS DE L'ACCÈS ÉPILEPTIQUE

Par L. MARCHAND,
Médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Les symptômes qui constituent l'accès convulsif épileptique offrent un tableau si dramatique qu'une personne non prévenue peut croire, pendant la crise, le malade en danger de mort. Cependant les cas de mort au cours de l'accès comitial sont très rares. Elle est même niée par certains auteurs : « Pendant les vingt-trois ans que j'ai passés à la Salpêtrière où j'ai eu à diriger un service de cinq cents épileptiques, dit Rostan (1), je n'en ai jamais vu mourir d'une attaque d'épilepsie à moins que les malades ne se soient étouffés ou étranglés pendant l'accès ou que des accès répétés n'aient produit des accidents cérébraux mortels. On ne meurt pas d'une attaque d'épilepsie ! »

Cette opinion ne répond pas à la réalité ; l'épileptique peut mourir au cours d'un accès. Ces cas seraient même fréquents si on y comprenait les cas de mort au cours de l'état de mal comitial et les cas de mort par accidents (chute violente sur le crâne, asphyxie par obstruction des voies respiratoires par des aliments, asphyxie par étouffement dans la literie pendant le sommeil, etc.). D'après une statistique de Worcester (2), dans 68 p. 100 des cas la mort chez les épileptiques est une conséquence des attaques.

(1) Rostan. Cité par Dumont. *Testament médical, philosophique et littéraire*, Paris 1865, p. 483.
(2) W. L. Worcester. Mortalité des épileptiques dans les asiles d'aliénés, *The med. rec. New-York*, 1880, t. I, p. 467 ; — *The Journ. of nerv. and ment. disease*, mars 1892.

Laissant de côté ces cas particuliers ainsi que les cas de mort au cours des attaques épileptiformes, nous ne retiendrons ici que les cas de mort survenant au cours d'une des phases de la crise épileptique dite essentielle. D'après l'avis de la plupart des auteurs, cette terminaison est exceptionnelle. Munson (1) n'a observé que 4 cas de mort au cours de 2732 accès ; cependant, pour Spratling (2), 3 à 5 p. 100 des épileptiques meurent au cours d'une attaque unique, foudroyante.

Nous n'avons pu relever dans la littérature médicale que 13 cas de mort au cours de l'accès suivis d'autopsie ; personnellement nous en avons observé deux cas. Voici les lésions qui ont été observées :

Lésions extracéphaliques.

Noms des auteurs.	Lésions.
Stucki (3)	Déchirure de l'aorte.
Foville fils (4)	Obstruction des voies respiratoires par des aliments.
Lunier (5)	Rupture du ventricule gauche du cœur.
Id.	Rupture du ventricule droit du cœur.
Short (6)	Rupture du ventricule gauche du cœur.
Naoumoff (7)	Obstruction des voies respiratoires par des aliments.
Cade (8)	Rupture de l'aorte.

Lésions encéphaliques.

Blandet (9)	Congestion cérébrale.
Lelut (10)	Congestion cérébrale.
Harbinson (11)	Hémorragie sous-pie-mérienne.
Worthington (12)	Hémorragie ventriculaire.
Mouratoff (13)	Hémorragie méningée.
Vigouroux et Colin (14)	Hémorragies bulbaires.
Cas personnel	Congestion cérébrale et hémorragies sous-pie-mériennes.
Cas personnel	Hémorragies bulbaires.

1° Causes extraencéphaliques. — Parmi les sept cas que nous relatons, on note deux fois la mort par

(1) J.-F. Munson. La mort dans l'épilepsie, *Med. Record.*, n° 2044, p. 58, 8 janv. 1910.
(2) W. Spratling. Comment meurent les épileptiques, *Med. news*, 28 juin 1902.
(3) Stucki. Observation d'épilepsie, *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1858, vol. XIII, 4e cahier.
(4) Foville fils. Deux cas d'épilepsie, *Arch. clin. des mal. nerv. et mentales*, 1862, p. 95, Masson, édit.
(5) Lunier. Deux cas de rupture du cœur chez des épileptiques, *Gaz. des hôpit.*, 1865 ; — *Ann. méd.-psych.*, 4e série, t. VI, 1865, p. 259.
(6) Short. *Medical observations and inquiry*, t. II, p. 119.
(7) Naoumoff. Un cas de mort subite pendant le sommeil post-épileptique, *Moniteur neurol.*, fasc. 1, 1907.
(8) Cade. Rupture de l'aorte au cours d'une crise d'épilepsie, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 5 avril 1910.
(9) Blandet. Note sur un cas de mort subite dans une attaque d'épilepsie, *Revue méd.*, nov. 1844.
(10) Lelut. Epilepsie, *Arch. clin. des mal. ment. et nerveuses*, p. 1, Masson, édit., 1861.
(11) Harbinson. *Journ. of ment. science*, 4e trim., 1877.
(12) Worthington. Cas d'épilepsie terminé par apoplexie, *Journ. of ment. Sc.*, 1880.
(13) Mouratoff. Contribution à l'étude de la pathologie générale des destructions cérébrales précoces par rapport à l'épilepsie, *Congrès des aliénistes et des neurologistes*, Toulouse 1897.
(14) Vigouroux et Colin. Mort subite dans l'épilepsie ; hémorragie bulbaire, *Soc. clin. de méd. mentale*, 18 avril 1910.

obstruction des voies respiratoires par des parcelles alimentaires. Généralement cet accident survient quand le malade est atteint d'un accès pendant le repas; les aliments sont entraînés directement de la cavité buccale dans la trachée. Dans le cas de Foville, le malade est mort dans les conditions suivantes : « Une demi-heure après avoir dîné, il éprouve les prodromes d'un nouvel accès et vient trouver le gardien comme à l'ordinaire; celui-ci lui appuie la tête sur les genoux, puis, au bout d'un instant, étonné de ne pas le sentir remuer, il l'examine et le trouve mort. » Le malade de Naoumoff mourut subitement pendant le sommeil post-épileptique; des parcelles alimentaires avaient pénétré dans les voies respiratoires lors des efforts de vomissements consécutifs à l'accès épileptique.

Les autres causes extraencéphaliques relèvent toutes soit de rupture du cœur (3 cas), soit de rupture de l'aorte (2 cas). Dans le cas de Cade, le sang s'était répandu dans le péricarde. Dans les observations de Short et de Lunier, la rupture du cœur avait porté dans un cas sur le ventricule droit, dans deux cas sur le ventricule gauche. Pour ce dernier auteur, la rupture est due à la gêne apportée à la circulation par l'accès épileptique et aux efforts violents qu'ont dû faire les ventricules pour repousser le sang dans les artères comprimées. Pour M. Magnan (1), quand la mort survient pendant la période tonique, elle est due à la tétanisation du cœur, état qui peut en déterminer la rupture; quand elle survient à la période clonique, elle est due à l'arrêt du cœur ou syncope. Comme nous le montrerons plus loin, l'arrêt du cœur peut être secondaire à des lésions cérébrales et surtout bulbaires.

2° Causes encéphaliques. — Au cours de l'accès comitial, la mort peut survenir sous l'influence de modifications cérébrales non seulement consécutives, mais concomitantes des phases convulsives. La mort peut en effet survenir dès le début des convulsions, à la période tonique; plus souvent, c'est pendant la période du stertor qu'elle a lieu. Dans tous les cas, la congestion méningée et cérébrale ou des hémorragies en rapport avec cet état congestif sont les lésions que l'on trouve à l'autopsie. L'hémorragie peut être méningée, cérébrale, ventriculaire, bulbaire. La congestion cérébrale peut-elle, à elle seule, entraîner la mort? A. Foville (2) admettait que l'épileptique qui meurt dans son accès meurt aussi bien d'asphyxie et de congestion que du désordre propre à la maladie. Dans un cas personnel, nous n'avons relevé à l'autopsie aucune lésion organique autre que la congestion des méninges du cerveau et du cervelet. L'examen histologique de différentes régions du cortex nous a permis cependant d'observer, outre des lésions de méningo-corticalite chronique, outre la congestion méningée cérébrale et cérébelleuse, des suffusions sanguines intra-méningées et sous-pie-mériennes sans lésions des parois vasculaires. Le bulbe ne présentait qu'une légère congestion. Ces lésions sont comparables à celles que l'on rencontre chez les sujets morts en état de mal. Notre malade, âgé de vingt-six ans, n'avait eu cependant que ce seul accès le jour de sa mort.

Dans notre second cas, les lésions congestives n'étaient pas, comme dans le cas précédent, localisées au cerveau et au cervelet, elles prédominaient au niveau du bulbe et avaient déterminé des hémorragies capillaires dans l'épaisseur du plancher du quatrème ventricule.

Il s'agit d'un sujet qui, à l'âge de trois ans, présente à plusieurs reprises des convulsions. Les premiers accidents épileptiques sont apparus à l'âge de onze ans sous forme de vertiges. Les accès complets sont survenus quelques mois plus tard et présentaient les caractères classiques de l'épilepsie généralisée. Les crises se renouvelaient en moyenne douze à quinze fois par mois. L'intelligence du sujet assez développée jusqu'à l'âge de douze ans, s'est affaiblie dans la suite. A l'âge de vingt-cinq ans, ce malade a, dans la même journée, trois crises épileptiques espacées les unes des autres de plusieurs heures avec retour complet de la connaissance. A la troisième crise, pendant la phase tonique, le facies devient violacé, la respiration s'arrête; le malade était mort.

A l'autopsie, nous n'avons relevé aucune lésion du foie, des reins, de la rate, des intestins. Les poumons étaient légèrement congestionnés. Les parois du cœur étaient flasques, le myocarde avait une coloration pâle; pas de caillot à l'intérieur des ventricules et des oreillettes. Traces légères d'aortite chronique. Aucune trace d'hémorragie interne. Les méninges cérébrales étaient congestionnées, surtout au niveau des lobes frontaux. La pie-mère adhérait au cortex. Sur les coupes vertico-transversales du cerveau, on ne relevait aucune lésion localisée. Les ventricules étaient normaux. Sur le plancher du quatrième ventricule, on notait un état congestif très marqué.

A l'examen histologique, outre des lésions diffuses de méningo-corticalite chronique, nous avons observé une congestion marquée des méninges et du cerveau. Sur les coupes du bulbe, on relevait une dilatation énorme des vaisseaux méningés et intrabulbaires. Sur le plancher du quatrième ventricule, on trouvait une extravasation sanguine autour des vaisseaux de petit calibre. Ces hémorragies capillaires dominaient au niveau des noyaux des pneumogastriques et des hypoglosses. Les parois des vaisseaux rompus paraissaient saines.

Ce dernier cas rappelle celui de MM. Colin et Vigouroux qui ont trouvé, chez leur sujet mort brusquement au début d'un accès, deux foyers hémorragiques bulbaires localisés l'un au niveau du noyau gauche de l'hypoglosse, l'autre au niveau du noyau du pneumogastrique.

On ne peut interpréter les causes de la mort survenant au cours de l'accès comitial qu'après l'examen minutieux de tous les organes. Avant de l'attribuer à la syncope, au collapsus, à l'œdème pulmonaire, à l'épuisement nerveux, à l'asphyxie, il est nécessaire

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, 1882, p. 19.
(2) A. Foville père. Art. épilepsie, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, en 15 volumes, 1831.

de pratiquer l'examen histologique des centres nerveux. On peut, d'après les quelques cas cités plus haut, admettre que les causes de la mort, si elles paraissent diverses, relèvent toujours de l'augmentation de la pression artérielle qui détermine soit la rupture du cœur ou d'un gros vaisseau, soit celle de vaisseaux de l'encéphale (hémorragies méningées, cérébrales, hémorragies capillaires du bulbe). L'altération antérieure des parois vasculaires peut favoriser la rupture, mais, comme le montre nos deux observations, elle n'est pas nécessaire.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

Comme pour la colique hépatique, le professeur A. Robin pense que c'est une erreur de donner dans la colique néphrétique une injection de morphine. Celle-ci ne convient qu'aux formes particulièrement douloureuses. L'injection de morphine offre, en effet, l'inconvénient d'empêcher le cheminement du calcul. Il conseille donc, dans le *Journal des praticiens* :

Chlorhydrate de morphine...	5 centigr.
Bromure de potassium... } Eau de laurier-cerise... }	10 grammes
Sirop d'éther...	30 —
Hydrolat de valériane...	110 —

Chaque cuillerée à soupe renferme un gramme de bromure et un demi-centigramme de morphine; deux à trois cuillerées suffisent en général, administrées de demi-heure en demi-heure.

On pourra, en plus, administrer un lavement avec un gramme d'antipyrine et pratiquer des applications de liniments calmants, chloroformés :

Baume tranquille...	40 grammes
Chloroforme...	10 —
Extrait thébaïque... } Extrait de jusquiame... } Extrait de belladone... }	1 —

En imbiber plusieurs doubles de flanelle et couvrir de taffetas gommé.

Des infusions diurétiques seront prescrites : un litre d'une infusion de reine des prés, de feuilles de laurier (15 grammes pour 1000). La fleur de fèves des marais est plus active (5 à 10 grammes pour 1000).

Plus tard le malade, outre les conditions d'alimentation (pas d aliments collagènes; user plutôt de viandes faites que de viandes d animaux jeunes; diminuer les sucres, graisses, pâtisseries, chocolat, thé, les boissons alcooliques, vins blancs plutôt que rouges dilués dans l'eau; un quart d'aliments animaux pour trois quarts d'aliments végétaux, peu d'œufs, lesquels renferment des nucléines et des lécithines), d'hygiène requise (frictions cutanées, exercice modéré), le malade pourra faire une saison dans une station d'eaux. En cas d'uricémie simple, Evian conviendra. Un catarrhe rénal se réclame de Vittel, Contrexéville, Martigny. Si les urines sont très albumineuses, Evian et Vittel sont préférables. Vichy ne sera autorisé qu'en cas d'acidité urinaire considérable; sinon l'alcalinisation urinaire que produisent ces eaux pourrait amener des dépôts phosphatiques sur les calculs uriques préexistants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1911)

M. Dieulafoy, en quittant le fauteuil de la présidence, résume les travaux de l'Académie au cours de l'année 1910, rappelle les pertes regrettables qu'elle a faites de plusieurs de ses membres, souhaite la bienvenue aux nouveaux élus, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à la présidence et les assure, en terminant, que cette année comptera comme la meilleure de sa carrière dans ses souvenirs. Il invite M. Lannelongue à prendre le fauteuil et M. Kelsch à prendre place au fauteuil de vice-président.

M. Lannelongue remercie de nouveau ses collègues et rend hommage à la façon brillante dont M. Dieulafoy a rempli ses fonctions de président.

Le 606. — M. Weiss donne lecture d'une note de M. Ehlers (de Copenhague) à propos d'un malade atteint de paralysie générale auquel il avait fait une injection sous-cutanée de 606 et qui a succombé peu de temps après. Ce fait ayant été communiqué à M. Ehrlich, il en résulta un échange de lettres dont M. Weiss donne la traduction. M. Ehrlich rappelle, dans ses lettres, qu'il a toujours déconseillé l'emploi du 606 chez les malades atteints d'affections graves du système nerveux. Ayant reçu communication des résultats de l'autopsie du malade de M. Ehlers, il déclare que ce malade a succombé, non pas par suite de l'injection, mais bien à sa paralysie générale, c'est-à-dire à la dégénérescence parenchymateuse de tous les organes.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette discussion qu'il est contre-indiqué de recourir au 606 dans les cas de paralysie générale.

Déclaration des maladies infectieuses en Algérie. — M. H. Vincent propose d'ajouter aux maladies à déclaration obligatoire, mentionnées dans la loi du 15 février 1902, la fièvre récurrente, la fièvre de Malte, la trypanosomiose et la piroplasmose humaines, la lèpre. En raison de sa fréquence extrême, de sa gravité et des cas nombreux de cécité qu'elle entraîne en Algérie, il demande l'adjonction, à cette liste, de l'ophtalmie granuleuse. Les enfants non traités ou encore contagieux doivent être éloignés des écoles.

Pour le paludisme, il y a lieu d'instituer la recherche de l'*index endémique* (pourcentage des enfants âgés de moins de quinze ans, dont le sang renferme l'hématozoaire; à défaut de cet examen, pourcentage des enfants à grosse rate) et de prescrire des enquêtes locales sur la fréquence des cas de première invasion, les formes du paludisme, les mesures prophylactiques prises ou à prendre, la destruction des gîtes à anophélines, la prophylaxie mécanique, etc.

Des affiches rédigées en français et en arabe répandraient utilement les notions fondamentales qui concernent le paludisme, savoir le rôle des moustiques et des paludéens anciens ainsi que des enfants, comme réservoirs de germes; enfin les principaux moyens de se protéger contre cette infection.

Tuberculose inflammatoire du squelette. L'ostéomalacie d'origine tuberculeuse. — MM. A. Poncet et R. Leriche. (Voir plus haut, p. 3.)

Déviations utérines, importance des données de la psychiâtrie dans l'étude des indications thérapeutiques. — M. Picqué fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

L'origine des douleurs qui accompagnent parfois le syndrome clinique des déviations utérines a été presque constamment attribuée à des lésions annexielles concomitantes.

Or, il est des cas où celles-ci tiennent exclusivement à des états cérébraux plus ou moins latents.

Il convient donc d'établir le diagnostic préalable de la psychopathie; celui-ci permet de déterminer d'une façon rigoureuse la part qui revient au déplacement et au cerveau dans les troubles subjectifs présentés par la malade.

Quand ceux-ci sont d'origine cérébrale, comme on le voit si souvent chez les hystériques et les hypocondriaques, toute intervention chirurgicale doit être écartée : celle-ci conduit à un échec certain; elle aggrave en outre les états psychopathiques.

A défaut de la chirurgie, la psychothérapie peut parfois rendre de grands services. Elle comporte certaines règles.

Les psychoses confirmées échappent encore à cette thérapeutique. Il s'agit alors d'un problème de pure psychiatrie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1910)

Sérum lactescent et albuminurie chez le nourrisson. — On sait que la lactescence du sérum coïncide fréquemment avec l'albuminurie. MM. ACHARD et FLANDIN ont observé cette relation chez deux nourrissons, et c'est même l'aspect du sérum qui nous a portés à examiner l'urine.

Dans un cas il s'agissait d'un hérédo-syphilitique de deux mois, chez lequel la présence du tréponème avait été vérifiée dans les lésions ulcéreuses des lèvres. Dans l'autre, l'enfant, âgé de six mois, né d'une mère phtisique, était très cachectique et présentait des signes de tuberculose. La réaction de Wassermann était positive chez le premier, négative chez le second.

Le sérum n'a pu être recueilli en quantité suffisante pour une analyse chimique. On a seulement pu établir que la lactescence était sans rapport avec les prises de lait. D'ailleurs, le sérum de deux autres nourrissons non albuminuriques était limpide.

L'examen de l'urine est souvent négligé chez le nourrisson, parce qu'il est difficile de la recueillir. Par contre, on examine assez souvent le sérum pour la recherche de la réaction de Wassermann. Aussi les auteurs pensent-ils que, lorsque le sérum sera trouvé lactescent, la recherche de l'albuminurie s'imposera.

Spondylose rhizomélique à type supérieur, en évolution. — MM. A. COYON et M. VERDUN. Le malade présenté par MM. Coyon et Verdun est atteint d'une spondylose rhizomélique typique. Ce cas confirme donc les descriptions cliniques de M. P. Marie. L'étude radiographique montre les lésions caractéristiques du squelette, prédominant à la colonne cervicale et à la ceinture scapulaire. L'analyse des urines et du sang, particulièrement intéressante à la période de constitution des lésions, a fourni, notamment en ce qui concerne le métabolisme des sels de chaux, quelques faits susceptibles d'être retenus pour l'interprétation pathogénique de cette affection.

Traitement de la syphilis nerveuse et de la parasyphilis nerveuse par l'arsenobenzol. — MM. SICARD et Marcel BLOCH apportent une statistique de 42 cas de maladies nerveuses syphilitiques (tabes, paralysie générale, hémiplégie et paraplégie syphilitique, syphilis cérébro-spinale) traités par l'arsenobenzol et observés et suivis depuis environ quatre mois.

La conclusion de leurs recherches c'est que l'arsenobenzol est efficace dans les syphilis nerveuses jeunes, même en ce qui concerne le tabes au début. Son action est supérieure au mercure, non seulement au point de vue spécifique, mais encore parce que la cure arsenicale à haute dose n'a pas sur le système nerveux l'effet général déprimant de la mercurialisation intensive.

Par contre, dans la paralysie générale traitée même dès l'apparition des premiers symptômes, le résultat thérapeutique est nul. On n'observe également aucune amélioration chez les hémiplégiques ou paraplégiques de vieille date.

La technique de choix est l'association de l'injection intraveineuse qui permet le passage de l'arsenobenzol dans le liquide céphalo-rachidien, à l'injection huileuse musculaire intrafessière (Lévy-Bing, Lafay) faite quelques jours plus tard.

La réaction de Wassermann, presque toujours positive dans les syphilis nerveuses et surtout parasyphilis nerveuses, n'est qu'exceptionnellement modifiée après la cure malgré l'amélioration du malade, au contraire de ce qui se produit pour les accidents cutanés ou muqueux.

Egalement la lymphocytose rachidienne, même lorsqu'il y a régression des symptômes, se maintient à un taux à peu près égal.

A propos de la dissociation fonctionnelle biliaire (pigments et acides) en physiologie normale et pathologique. — Pour mettre en évidence cette dissociation de façon *simple*, M. TRIBOULET insiste sur la valeur éminemment pratique de l'examen des selles en *tube*, avec dilution dans l'eau et adjonction de sublimé acétique, ainsi qu'il l'a préconisé. Chez des sujets soumis au régime lacto-végétarien, on obtient ainsi *rapidement* des détails tout à fait typiques.

Chez un sujet normal, selles *alcalines*. Avec le sublimé acétique, dépôt *inférieur* de matières protéiques, la graisse étant digérée. Coloration rosée du dépôt et du liquide.

Chez un sujet ictérique, selles presque toujours *acides;* avec le sublimé acétique, dissociation de la matière en deux masses; une inférieure, matières albuminoïdes; une supérieure de graisses non digérées. La pigmentation est nulle ou apparaît au prorata de la quantité de pigments qui passent dans l'intestin.

Pour étudier plus à fond la dissociation de la fonction biliaire, déjà bien indiquée ainsi dans la plupart des cas, on complétera par la recherche de la stercobiline, pour apprécier la fonction pigmentaire, et par celle de Pettenkofer pour apprécier la fonction acides biliaires.

Ainsi verra-t-on aisément, dans les différents cas, l'association ou la dissociation fonctionnelle à des divers degrés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1910)

Cancers de l'ampoule de Vater. — M. HARTMANN fait un rapport sur deux observations de ce genre, l'une de M. Novaro, l'autre de M. Cunéo. Dans ces deux cas, il s'agit de noyaux carcinomateux de l'ampoule de Vater opérés chez des malades qui avaient présenté de l'ictère sans douleur et dont le canal cholédoque était obstrué par la tumeur. Dans ces cas l'extraction a été faite par l'incision de Kehr et la duodénotomie. Le malade de M. Novaro est resté guéri depuis deux ans. Celui de M. Cunéo a succombé après l'opération. A l'autopsie on n'a pas trouvé de lésions péritonéales. Le foie était atteint secondairement. Ces cas sont assez rares. En réunissant toutes les observations publiées, M. Hartmann est arrivé au chiffre de quatorze observations, dont huit ont été recueillies par M. Quénu. Sur ces quatorze observations, il y en a douze dans lesquelles on a pratiqué l'ablation du néoplasme par la voie transduodénale. Tous ces malades présentaient de l'ictère par rétention. M. Hartmann a méconnu un cancer de l'ampoule de Vater dans un cas de cholédocotomie pour calcul.

Dans les deux observations qui font l'objet de ce rapport,

MM. Novaro et Cunéo se sont trouvés d'accord pour choisir la voie transduodénale.

Ces cancers sont généralement petits et circonscrits. Ils débutent souvent dans le canal cholédoque et se trouvent ainsi limités et séparés des parties voisines. Ce sont là des conditions favorables au point de vue de l'opérabilité. Sur les quatorze opérations pratiquées pour l'ablation de ces cancers, on compte huit guérisons et six morts, soit 57 p. 100 de guérisons. En cas de rétrécissement du duodénum, il faut pratiquer une gastro-entérostomie complémentaire. C'est ce qui a été fait dans plusieurs des cas rapportés par M. Hartmann.

M. Quénu pense qu'il est indiqué, quand on ne trouve pas de causes de l'obstruction biliaire, de faire, plus souvent qu'on ne le fait, l'ouverture du duodénum. Il se félicite de voir M. Hartmann se rallier à cette opinion que M. Quénu a déjà soutenue. C'est là une bonne pratique permettant de découvrir des calculs méconnus ou des cancers de l'ampoule de Vater.

M. Quénu, en agissant ainsi, a trouvé un papillome au niveau de l'orifice de l'ampoule de Vater.

Au point de vue de la symptomatologie, M. Quénu insiste sur la variabilité de l'ictère dans les cas de cancers de l'ampoule de Vater. Ces malades ont également de la fièvre et de la diarrhée.

En résumé, quand on ne trouve rien qui explique l'ictère, il faut inciser le duodénum. En terminant, M. Quénu insiste sur l'extrême mobilité apparente des calculs engagés dans l'ampoule de Vater. Il serait intéressant de savoir s'il en est de même des cancers de l'ampoule.

M. Kirmisson demande à M. Hartmann si, dans les cas qu'il a cités, la vésicule biliaire était très dilatée.

M. Walther a constaté cette mobilité apparente des calculs signalés par M. Quénu. Il n'a pas eu l'occasion de faire la même constatation pour les cancers de l'ampoule de Vater.

M. Hartmann répond à M. Kirmisson qu'il a constaté cette grosse dilatation de la vésicule biliaire. C'est la règle dans tous ces cas. MM. Quénu et Walther ont constaté la grande mobilité des calculs de l'ampoule de Vater. Il est probable qu'il en doit être de même pour les cancers. C'est un fait à vérifier.

Cancer du testicule. Ablation des ganglions abdominaux. — M. Marion analyse une observation de M. Michel (de Nancy). Il s'agit d'un malade atteint de cancer du testicule chez lequel M. Michel a enlevé, outre le testicule, les ganglions lombo-abdominaux, d'après la technique de Chevassu. Le malade a guéri opératoirement. Il a succombé ultérieurement à une congestion pulmonaire. Voici, très résumée, la technique de Chevassu : incision inguino-scrotale, incision de la vaginale, incision du testicule pour s'assurer s'il s'agit bien d'un néoplasme et non de tuberculose, section du cordon au thermocautère après pincement. A ce moment, l'opérateur change de gants et d'instruments et fait une incision abdominale remontant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; puis cette incision remonte verticalement jusqu'aux côtes. L'opérateur décolle le péritoine et arrive jusqu'au niveau du pôle inférieur du rein. On peut ainsi enlever en bloc tout le cordon avec des ganglions.

Double pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse; tuberculose pulmonaire; rhumatisme articulaire tuberculeux. — M. A. Poncet. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 149, p. 2057.)

Elections. — MM. Coville (d'Orléans), Mériel (de Toulouse), Silhol (de Marseille), Frœlich (de Nancy) et Tanton (du Val-de-Grâce) sont élus membres correspondants nationaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

EXERCICE DE LA MÉDECINE DANS LES COMMUNES FRONTIÈRES DE LA FRANCE ET DE LA BELGIQUE. — Le *Journal officiel* du 1er janvier 1911 publie la convention signée le 25 octobre 1910 pour régler l'exercice de la médecine dans les communes frontières de la France et de la Belgique. (Sera publiée.)

LA CHAIRE MUNICIPALE D'ANATOMIE. — M. Guibert a demandé au Conseil municipal d'émettre le vœu « qu'une chaire municipale d'anatomie chirurgicale et de thérapeutique expérimentale soit créée à l'université de Paris en faveur du docteur Doyen ». Le vœu a été renvoyé pour étude d'urgence à la commission mixte des relations de la Ville et de l'université de Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la cinquante et unième semaine, 891 décès, au lieu de 830 pendant la semaine précédente et au lieu de 938, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

On signale un cas de méningite cérébro-spinale et un décès.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de *Biologica*, luxueuse revue scientifique du médecin éditée par M. Poinat.

Cette revue mensuelle, née sous l'inspiration du regretté docteur Laloy, bibliothécaire de l'Académie de médecine, sera dirigée par MM. R. Blanchard, Calmette, Dastre, Y. Delage, Armand Gautier et Grasset.

Elle s'occupera de tout ce qui, dans le mouvement scientifique, peut intéresser le médecin, notamment de biologie générale.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LEUCÉMIES

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DÉFINITION. — Les *leucémies* comprennent un groupe d'affections caractérisées par un accroissement *considérable, permanent* et *progressif* du nombre des *globules blancs* dans le sang circulant.

La clinique seule avait permis de différencier deux catégories très distinctes parmi ces leucémies, l'une se caractérisant surtout par une hypertrophie considérable de la rate, la leucémie splénique ; l'autre par une réaction ganglionnaire généralisée, alors qu'au contraire la rate n'était que peu hypertrophiée, la leucémie ganglionnaire.

A la suite des travaux d'Ehrlich établissant la dualité d'origine très tranchée des éléments figurés du sang, on compléta et confirma ces données cliniques.

La leucémie splénique devint alors la *leucémie myélogène*; elle se caractérise par une prolifération élective des éléments figurés d'origine myéloïde (polynucléaires granuleux, myélocytes et hématies à noyaux) ; deux cas peuvent se présenter : ou bien la prolifération de ces éléments est considérable et l'on se trouve en présence de la forme typique de la leucémie

myélogène, ou bien l'hyperleucocytose n'est pas très marquée, mais le pourcentage des formes myélogènes est plus considérable qu'à l'état normal, et il s'agit alors des formes d'anémie avec myélémie de Weill et Clerc.

S'opposant à cette forme se place la *leucémie lymphogène*, dans laquelle, d'une manière toute spéciale, le tissu lymphoïde prolifère; cette forme se caractérise par la présence en abondance dans le sang et les organes des petits globules blancs, les *lymphocytes*.

Mais Dominici a montré, d'autre part, que cette dualité de plan de structure du système hématopoiétique était beaucoup trop tranchée, qu'il existait des faits de passage, des transformations possibles; aussi serons-nous obligé, à côté de ces deux formes de leucémie, de faire allusion à des formes de transition; nous y ajouterons une forme spéciale, la *leucémie aiguë*.

I. Leucémie myélogène. — C'est une affection de l'âge adulte qui s'observe le plus souvent chez l'homme, assez rarement chez l'enfant, et qui ne reconnaît comme étiologie bien démontrée que le paludisme (Fernet). Le début en est plus ou moins long et insidieux.

A la période d'état, elle se caractérise par un ensemble de signes fonctionnels et généraux (pâleur, faiblesse, amaigrissement) et surtout par une SPLÉNOMÉGALIE ÉNORME avec légère hypertrophie du foie, *sans hypertrophie considérable* des ganglions.

SPLÉNOMÉGALIE. — C'est souvent pour cette splénomégalie que le malade vient consulter; la rate est extrêmement volumineuse, elle peut descendre jusqu'au pubis; son hypertrophie est plus modérée, s'il existait antérieurement de la sclérose; elle présente une consistance dure et une surface unie; il est classique d'opposer à cette hypertrophie splénique l'absence de toute réaction ganglionnaire; en réalité, l'on peut facilement constater une légère hypertrophie du système ganglionnaire.

Il existe des *douleurs* assez vives au niveau des os, et surtout au niveau de certains os, manubrium du sternum, côtes, etc.

Le *foie* est souvent hypertrophié, mais jamais assez pour justifier le nom de leucémie spléno-hépatique donnée à l'affection.

L'état général est pendant longtemps assez bien conservé, il est en grande partie lié à l'importance de l'anémie concomitante. La maladie est le plus souvent apyrétique; l'on peut parfois observer de la fièvre à type rémittent.

Ce qui domine, à côté de ces symptômes, c'est encore la tendance aux hémorragies (épistaxis, gingivite, pétéchies, etc.), c'est l'importance des troubles digestifs, spécialement de la *diarrhée*; les règles sont en général supprimées, l'amaigrissement est assez rapide; les urines sont abondantes, elles contiennent souvent de l'*albumine* (il n'y a pas d'albumine chez les malades atteints de myélomes); on trouve dans ces urines de l'acide urique en excès, par exagération de la destruction nucléaire; il peut se faire de véritables décharges de lithiase urique avec colique néphrétique. Il faut également signaler la dyspnée, les complications oculaires, rétinite, hémorragies rétiniennes.

HÉMATOLOGIE. — C'est là le renseignement capital.

Presque toujours on constate une *hyperleucocytose très considérable* dépassant souvent et de beaucoup 100000, avec anémie assez accentuée de 1000000 à 3000000; néanmoins il peut y avoir leucémie myéloïde avec une leucocytose moins accentuée (formes frustes, affection intercurrente, traitement radiothérapique); ce qui caractérise spécialement cette leucémie, c'est la présence dans le sang circulant de mononucléaires GRANULEUX qui, normalement, ne quittent pas la moelle osseuse, c'est ensuite la leucocytose totale bigarrée que l'on y constate.

D'une manière un peu schématique on peut dire que l'on trouve dans le sang de la leucémie myéloïde, des MYÉLOCYTES jeunes granulés à noyau unique arrondi; des *myélocytes* adultes; enfin de pseudo-lymphocytes granuleux; on y trouve aussi les *polynucléaires neutrophiles* qui, bien qu'augmentés en nombre, représentent un pourcentage beaucoup moins élevé qu'à la normale; parmi ceux-ci *très abondants* sont les *polynucléaires éosinophiles* de 5 à 10 p. 100.

Non moins caractéristique est la présence dans le sang (de 3 à 8 p. 100) de MATZELLEN, leucocytes dont les granulations se colorent par les bleus basiques et prennent par ces bleus une teinte rougeâtre, métachromasique.

Entre les myélocytes et les mononucléaires, il existe de nombreuses formes cellulaires intermédiaires; il s'y rencontre également en assez grand nombre des cellules de Türck; les mononucléaires *non granuleux* participent, eux aussi, au processus d'hyperleucocytose qui, nous le répétons, s'adresse à tous les *éléments* figurés du sang.

Signalons enfin la présence de *mégacaryocytes* (cellules géantes de la moelle osseuse), assez rares dans le sang circulant, et de cellules bourgeonnantes.

Hayem, Levaditi insistent sur l'augmentation des hématoblastes. D'une manière générale, il y a à peu près égalité de polynucléaires et de myélocytes; cet équilibre peut être rompu par la radiothérapie.

Les HÉMATIES présentent une diminution permanente et progressive de leur nombre (entre 500000 et 3000000 en général); il existe de la poïkilocytose, de l'anisocytose, de la polychromatophilie. La présence de globules rouges nucléés est constante (soit normoblaste, soit mégaloblaste), dans la proportion de 1 ou 2 p. 100 de leucocytes.

Le sang est rouge lie de vin ou terne; la coagulation est tardive et donne un caillot peu solide qui se rétracte lentement. Le sang contient un excès d'acide urique, des cristaux de Charcot-Leyden, de la tyrosine, xanthine, etc.

Telles sont les données capitales que fournit l'examen hématologique; hyperleucocytose très élevée avec anémie globulaire, hyperleucocytose totale bigarrée, mais caractérisée spécialement par la présence des myélocytes, l'abondance des éosinophiles et des globules rouges à noyau.

Il va sans dire que cette formule peut présenter des variations suivant la forme de l'affection, l'époque où l'examen est pratiqué, le malade, etc., mais néanmoins elle reste toujours à peu près identique, dans ses grandes lignes, à celle que nous venons de résumer.

COMPLICATIONS. — Nombreuses sont les complications qui peuvent survenir : périsplénite, rupture de la rate, troubles auditifs à forme de vertige de Ménière, hémorragies cérébrales, pleurésies hémorragiques avec cytologie identique à celle du sang, accès de goutte, thromboses leucémiques, etc.

Spécialement il faut insister sur la fréquence et la gravité des infections intercurrentes (érysipèle, pneumonie, grippe, tuberculose, etc.).

A l'occasion de ces infections, on note une disparition presque complète dans le sang, des éléments de la série myéloïde.

EVOLUTION. — L'évolution est essentiellement *chronique* et *progressive* : la rate s'hypertrophie de plus en plus, l'anémie fait des progrès, et le malade meurt des progrès de cette cachexie.

Cette évolution peut cependant être différente, et l'on a pu décrire d'après elle, un certain nombre de formes cliniques : forme immobilisée par une sclérose splénique, forme rapide qu'il ne faut pas confondre avec la forme aiguë que nous décrirons à part.

MM. Tixier et Troisier ont décrit une forme ictérique subordonnée à des phénomènes hémolytiques.

Chez l'enfant, la leucémie myéloïde se caractérise par le chiffre élevé des mononucléaires non granuleux, l'abondance des cellules de Türck et des mégaloblastes.

Des réactions sanguines moins nettes, moins prononcées, ont permis de distinguer enfin des formes frustes (ce sont les splénomégalies avec anémie et myélémie de Weill et Clerc) et des formes mixtes, leucémies intermédiaires.

Il faut enfin signaler la leucémie *modifiée* par la *radiothérapie* (abaissement très notable de l'hyperleucocytose, diminution du volume de la rate, avec augmentation parallèle du nombre des globules rouges).

En résumé, la leucémie myéloïde est essentiellement une affection spléno-médullaire, une myélomatose typique diffuse de tout l'appareil hématopoiétique.

Etudions maintenant la leucémie lymphogène, étude qui nous permettra d'aborder ensuite utilement le diagnostic de ces leucémies. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 4 janvier. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation temporo-maxillaire, signes, évolution, diagnostic différentiel du phlegmon périnéphrétique. »

MM. Rouffignac, 13 + 19 = 32; Prigent, 14 + 24 = 38; Constantini, 12 + 16 = 28; Salés, 11 + 18 = 29; Camboulives, 12 + 20 = 32; Percepied, 14 + 16 = 30; Paraf, 15 + 19 = 34; Cleisz, 11 + 16 = 27; Théry (Louis), 18 + 21 = 39; Brouet, 13 + 19 = 32.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Un concours public pour la nomination d'un chirurgien suppléant de ses établissements sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 13 mars 1911.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CORPS DES SAPEURS-POMPIERS. — Sont nommés :

M. Delattre, médecin-major de première classe à Roubaix.

M. Giraud, médecin aide-major de deuxième classe à Vinay.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Le bureau est ainsi constitué pour 1911 :

Président, M. Biard; vice-présidents, MM. Vigouroux et Lobligeois; secrétaire général, M. Billon; trésorier, M. Chaumont; archiviste, M. Yvon; secrétaires des séances, MM. Carel, Le Mière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — Cette Société a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1911. Voici la composition de ce bureau, qui entrera en fonction à la séance du 25 janvier courant : président, M. le professeur Chantemesse; vice-présidents, MM. Bertillon, Vincent, Kern et Launay; secrétaire général, M. Mosny; secrétaires généraux adjoints, MM. Borne et Le Couppey de La Forest; archiviste-bibliothécaire, M. Chassevant; trésorier, M. Galante. MM. Dreyfus, Laubry et Jouve ont été élus secrétaires des séances.

UNE DISTINCTION AU PROFESSEUR EHRLICH. — L'Académie des sciences de Stockholm a élu associé étranger, dans la section de médecine, le professeur Ehrlich.

PATERNITÉ ET MATERNITÉ PRÉCOCES. — On a cité des cas nombreux de grossesse chez des filles extrêmement jeunes. Le cas suivant, rapporté par *The Lancet* (1er octobre 1910), est intéressant par suite du jeune âge des deux parents. Il s'agit d'un couple de Chinois qui auraient eu un enfant lui ayant *huit* ans environ et elle *sept*! Le journal anglais reproduit une photographie prise un an plus tard et où l'on voit la minuscule mère donner le sein à son enfant.

Malgré des recherches on n'a pu se renseigner sur les parents de cette exceptionnellement jeune mère, ni sur l'âge auquel elle avait été réglée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur George Bull, médecin oculiste de l'hôpital Hertford et de l'hôpital américain de Neuilly.

PROGRAMME DES COURS ET DES CONFÉRENCES DE L'ÉCOLE DE PSYCHIATRIE (49, rue Saint-André-des-Arts) **POUR L'ANNÉE 1911 (11e ANNÉE).** — La neuvième séance de réouverture des cours aura lieu le lundi 9 janvier, à cinq heures, sous la présidence de M. Edmond Perrier, directeur du muséum, membre de l'Institut.

Ordre du jour. — 1° Docteur Bérillon : Le programme de l'Ecole de psychologie; 2° Allocution de M. Edmond Perrier; 3° Leçon de M. Grollet : Les enseignements psychologiques de l'instinct.

COURS DE 1911 (les cours et les conférences de l'Ecole de psychologie sont publics). — *Psychothérapie. Hypnotisme thérapeutique.* — Docteur Bérillon, professeur. — Objet du cours : 1° La peur en neuropathologie : les timides, les phobiques, les scrupuleux, les obsédés; 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : les arriérés, les instables, les aphroniques, les vicieux. — Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 12 janvier.

Psychothérapie générale. — Docteur Paul Magnin, professeur. — Objet du cours : La prophylaxie des psychonévroses. — Les jeudis, à cinq heures et demie, à partir du jeudi 12 janvier.

Psychologie musicale. — Docteur Demonchy, professeur. — Objet du cours : La mémoire musicale. — Les vendredis, à cinq heures et demie, à partir du vendredi 13 janvier.

Psychiatrie. — Docteur J. Bonnet, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine. — Objet du cours : Civilisation et folie. — Les vendredis, à six heures, à partir du vendredi 13 janvier.

Psychologie des animaux. — M. Lépinay, médecin-vétérinaire, professeur. — Objet du cours : Le cheval, instinct et intelligence. — Les mardis, à cinq heures et demie, à partir du mardi 10 janvier.

Anatomie et psychologie comparées. — M. Grollet, médecin-vétérinaire, professeur. — Objet du cours : Le cerveau, organe de la pensée, chez les animaux supérieurs. — Les mardis, à cinq heures, à partir du mardi 10 janvier. *(A suivre.)*

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE AIGUË

Par le docteur MARCEL MIRIEL,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

I

Définition et Historique. — On réserve actuellement le nom de méningite syphilitique aiguë aux accidents méningés diffus de la syphilis secondaire, ce qui élimine les méningites aiguës dites « tertiaires » qui ne sont en réalité que des complications méningées de lésions syphilitiques primitivement tout à fait différentes et qui feront l'objet d'un travail ultérieur.

Cette façon de délimiter la question serait discutable pour certains auteurs. Nous l'adoptons néanmoins, pour bien montrer que nous n'envisageons que la méningite syphilitique aiguë des premiers stades de la syphilis.

L'histoire de la syphilis méningée comprend deux périodes très distinctes, l'une *clinique* qui s'étend de 1859 à 1900 et l'autre *biologique* qui date des travaux de M. Widal et de ses élèves.

Il n'est pas sans intérêt de voir avec quelle persistance le scepticisme régna sur cette question et quelle réserve les auteurs observèrent, pendant près d'un demi-siècle, de 1859 à 1900 exactement.

C'est en effet Vidal de Cassis qui, en 1859, publia, le premier, une observation qui nous paraît, aujourd'hui, tout à fait nette. Elle fut cependant critiquée dans deux mémoires sur trois, présentés pour le prix Civrieux, à l'Académie impériale de médecine.

Zambaco la rejetait purement et simplement, de Lagneau n'admettait entre le chancre et la méningite qu'un rapport de coïncidence, cependant que Gros et Lancereaux, plus perspicaces, écrivaient : « A côté de l'encéphalite vient se placer la méningite syphilitique aiguë, représentée par l'observation de Vidal de Cassis, dont les symptômes sont, en effet, très nets et bien caractéristiques. »

Dix ans plus tard, en 1869, Lancereaux confirmait son opinion première par des observations probantes.

Molière en 1869, A. Poncet en 1870, ne veulent pas encore admettre la possibilité d'une méningite syphilitique.

M. Bouchard en 1873 publie une observation, point de départ de la plupart des travaux récents. Goujat, dans sa thèse, en discute la valeur et pense qu'il s'agissait de gommes de la dure-mère ayant perforé le crâne.

Les observations de Mauriac en 1874, de Heubner en 1877, de Guelfo von Sommer ne suffirent pas à convaincre Jullien, qui, en 1880, doute toujours, sous prétexte que le traitement fut peu efficace et que l'étiologie n'était pas évidente.

M. Fournier lui-même, en 1872, n'en touche pas un mot dans son traité et à peine y fait-il allusion, en 1880, dans *Syphilis et mariage*.

Plus près de nous, Klippel, malgré les observations déjà plus probantes de Pic et Regaud, de Teissier et Jean Roux et toutes celles publiées entre 1898 et 1900, avait le courage de douter encore et écrivait : « Sans nier les symptômes méningitiques eux-mêmes, peut-être faut-il se demander si les lésions syphilitiques cérébrales ordinaires ne se sont pas, tout à coup, compliquées d'une infection banale aiguë, qui donne alors à la maladie son allure si frappante. » Et ce doute se comprend, car tous les cas publiés par les différents auteurs jusqu'à cette date avaient toutes les apparences cliniques pour eux, mais il manquait encore pour ne plus douter une réaction, comme le sérodiagnostic par exemple.

Et c'est de la découverte du cytodiagnostic, en général, que date, en partie, la question de la syphilis méningée.

La communication faite par MM. Widal et Ravaut, le 30 juin 1900, à la Société de biologie, sur le cytodiagnostic des épanchements liquides de la plèvre a été, en effet, le point de départ de toute une série d'importants travaux.

Cette méthode, toute nouvelle, fut appliquée par MM. Widal, Sicard et Ravaut d'abord à la méningite tuberculeuse, puis à l'étude de processus méningés chroniques, dont faisaient partie le tabes et la paralysie générale, ressortissant à la syphilis.

Enfin en 1902, M. Widal et L. Le Sourd rapportèrent à la Société médicale des hôpitaux une observation de méningite syphilitique aiguë, accompagnée, pour la première fois, d'un examen cytologique et de considérations thérapeutiques.

Les auteurs précédents ainsi que Lemierre, Milian, ont complété, dans la suite, ces premières observations.

Depuis dix ans, MM. Widal et Ravaut ont mis complètement au point cette importante question et l'impulsion donnée par leurs travaux a été très nette, comme on peut le voir dans notre bibliographie, intentionnellement chronologique.

En dehors des thèses de Drouet, de Coux, Vincent, Miriel, Desnos, Goujat a publié dans sa thèse et dans le *Lyon médical*, en 1910, une étude bien au point de la question et tous les auteurs, aujourd'hui, sont d'accord.

Il a fallu pour cela cinquante ans de discussions, moins compréhensibles que dans la question du rhumatisme blennorragique, et le doute ne s'est levé qu'en face de la découverte biologique faite en 1900 par M. Widal.

II

Etiologie. — La méningite syphilitique aiguë est beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement. Pour s'en rendre compte il suffit de faire les remarques suivantes :

1° Goujat dans sa thèse, très documentée, rapporte 20 observations « indiscutables » dans lesquelles la syphilis était évidente ou avouée.

On se contente, habituellement, d'une enquête étiologique moins rigoureuse et les bons résultats thérapeutiques nous permettent de considérer, aujourd'hui, un grand nombre d'autres cas comme vraisemblables.

2° Les prétendus succès obtenus, au cours de méningites, dites tuberculeuses, avec du mercure ou de l'iodure, s'appliquaient, très probablement, à des méningites syphilitiques méconnues.

3° Alors qu'avant 1900 les observations étaient rares, depuis cette date elles sont très nombreuses. La fréquence de la méningite syphilitique n'a cependant pas augmenté, mais la connaissant mieux, on la dépiste plus facilement.

4° Enfin la thérapeutique antisyphilitique étant

(1) Reproduction interdite.

mieux fixée, on a été amené, dans des cas de diagnostic hésitant, à instituer le traitement spécifique et à reconnaître ainsi des méningites autrefois mal étiquetées.

— On ne sait que peu de choses précises relativement au terrain : beaucoup plus fréquente chez l'homme, la méningite syphilitique apparaît surtout entre dix-huit et trente-cinq ans.

On a invoqué comme causes prédisposantes, l'alcoolisme, l'intoxication saturnine, le surmenage intellectuel.

Aucune des observations actuellement publiées ne permet de confirmer ces hypothèses. C'est donc a priori, que Baerhave et Fournier ont toujours dit que « l'alcool dirigeait l'action de la syphilis sur les centres nerveux ».

— On peut par contre, au sujet de l'infection causale, noter quelques particularités, qu'on a signalées récemment.

1° « Dans la grande majorité de cas de méningite syphilitique aiguë, la syphilis s'est manifestée antérieurement par des accidents cutanés graves », ainsi que Ravaut l'avait fait remarquer avant Goujat.

2° « Dans un tiers des cas la méningite coexiste avec des accidents cutanés » (Ravaut).

Dans les cas de Debove, de Gaucher et Malloizel, Goujat, on a même noté, à plusieurs reprises, un parallélisme frappant entre les poussées méningitiques et cutanées.

Ces deux caractères sont tout à fait intéressants à trois points de vue, deux pratiques, un théorique.

En effet grâce à ces symptômes concomitants, la méningite sera plus facilement dépistée et la nature de ces accidents cutanés montrera encore quelle doit être la nature de la méningite.

Théoriquement enfin, ces faits se rapprochent de ceux signalés par M. Ravaut et démontrent que, « sans aucun accident nerveux » *apparent*, les sujets observés par cet auteur présentaient sinon de la méningite, du moins « un état méningé », puisqu'il y avait de la lymphocytose et cette interprétation se trouve confirmer l'hypothèse de Boidin et Weill, quand ils parlent d'un « exanthème méningé ».

— L'influence préventive du traitement antérieur est considérée comme très discutable par Goujat. Ces conclusions ne sauraient être admises d'une façon absolue, d'abord parce que, n'envisageant que des cas avec syphilis antérieure et avouée certaine, il choisit par là même, involontairement, des malades qui se sont observés et bien soignés sans doute parce que leur syphilis était suffisamment rebelle et grave pour exiger d'être traitée. Cet auteur cite à l'appui de son opinion les malades de Sicard et Roussy, Ballet et Barbé, Malloizel et Nathan qui s'étaient soignés de façon intensive, et il conclut : « Nous croyons, qu'en faisant un traitement intensif précoce et régulier de la syphilis, on se met dans les meilleures conditions pour éviter la méningite, mais on n'est pas sûr d'y réussir. »

Nous croyons pouvoir ajouter, comme nous l'avons montré dans notre thèse, que ce qui importe plus encore que le mode de traitement, c'est le moment auquel il a été institué. La ponction lombaire *systématique* au bout de quatre ans de traitement permettrait de reconnaître les cas dans lesquels, le malade étant au seuil d'accidents nerveux, cette thérapeutique bien que suffisante, classiquement, serait cependant à prolonger.

La lecture des différentes observations permet d'admettre que la méningite syphilitique aiguë est une « complication précoce » de la syphilis héréditaire ou acquise.

Les cas de Ravaut, Ponselle et Darré, pour la syphilis héréditaire, s'appliquaient à des nourrissons de moins de trois mois et Bosc cite même un cas de mort du fœtus. Pour la syphilis acquise, Bonnet et Goujat estiment, par leur statistique, que la période la plus dangereuse est le premier semestre et que la méningite peut même accompagner ou précéder la roséole.

Cette opinion n'est pas celle de tous les auteurs. Beaucoup admettent que la syphilis peut toucher les méninges plusieurs années après le chancre et de Coux, dans sa thèse, a même fait un essai de classification et distingue des méningites aiguës secondaires et tertiaires, division subtile que M. Milian reproduit, tout récemment, mais qui ne semble pas reposer sur des faits certains. Comme on l'a fait remarquer justement, dans les cas de syphilis ancienne, les symptômes étaient des lésions gommeuses localisées et non des méningites diffuses aiguës.

Cette précocité cadre bien avec l'allure de maladie infectieuse à accidents diffus, comme l'est la syphilis au début et a permis à Goujat d'écrire : « Il n'existe pas de fait probant de méningite aiguë survenant à une période tardive de la syphilis. »

III

Anatomie pathologique. — Autant les lésions méningées de la syphilis tertiaire sont bien connues, autant l'étaient mal, jusqu'à ces dernières années, celles de la méningite syphilitique aiguë.

Envisagée par MM. Lancereaux, Klippel, Lamy, Mauriac et Teissl, il a fallu les cas de Suchy, de Sicard et Roussy, de Ravaut et Ponselle pour élucider la question. C'est à eux que nous empruntons une grande partie de ce qui suit.

Anatomie macroscopique. — La *dure-mère* n'adhère pas aux os du crâne. Elle ne présente pas de lésion. Elle peut être seulement plus ou moins adhérente aux méninges molles. On trouve surtout de la lepto-méningite et les localisations portent sur l'*arachnoïde* et la pie-mère qui s'épaississent.

L'incision de la dure-mère laisse écouler une grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

La *pie-mère*, très vascularisée, injectée, épaissie, œdématiée, prend un aspect trouble.

On peut trouver, dans l'espace sous-arachnoïdien, de véritables exsudats ressemblant à de la gélatine, à un enduit de collodion, aspect déjà décrit par Fournier et Oppenheim.

Les lésions peuvent intéresser les *ventricules* dont les parois sont parfois ramollies, transformées en une masse gris blanc, baignant dans un liquide quelquefois teinté de sang.

L'encéphale ne présente pas d'altération macroscopique, en dehors d'une hyperhémie plus ou moins généralisée, et habituellement on peut détacher la pie-mère de la surface de l'encéphale : « Au total, lésions macroscopiques légères, quelquefois même sensiblement nulles » (Ballet et Barbé).

Lésions microscopiques. — La pie-mère est épaissie, les espaces arachnoïdiens sont le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse intense, constitués par des petites cellules rondes qui peuvent, par place,

se réunir en amas. L'infiltration est surtout marquée au voisinage des vaisseaux sanguins.

Ceux-ci en effet sont très altérés, il y a dilatation et lésion des parois, endo et péri-vascularite, les lésions portant aussi bien sur les veines que sur les artères, avec péri-artérite et péri-phlébite. « La lumière des vaisseaux est agrandie par de nombreux globules rouges, leurs parois épaissies par prolifération du tissu conjonctif, l'infiltration ne se prolongeant que peu dans les septa conjonctivo-vasculaires. »

Bactériologie. — Ravaut et Ponselle, en 1906, ont pu constater, à l'autopsie d'un hérédo-syphilitique de six semaines, la présence de spirochètes, « très nombreux dans les vaisseaux, à leur périphérie et surtout dans le tissu inflammatoire qui était développé dans le voisinage de ces derniers ».

Par contre « des coupes avaient été également pratiquées sur des régions ne paraissant pas atteintes d'inflammation méningée et l'intégrité des vaisseaux et de la méninge coïncidait avec l'absence de spirochètes ».

IV

Symptomatologie. — Début. — Si le début de la méningite syphilitique peut être brusque et bruyant, comme dans le cas rapporté par Debove, le plus souvent il est progressif et, avant d'arriver à la période d'état, les malades passent par une phase prémonitoire qui, d'après la statistique de Desnos, semble exister trois fois sur quatre environ.

α. *Période prodomique.* — Les symptômes de cette première période peuvent être très variés et (en dehors de phénomènes rarement signalés, comme les bourdonnements d'oreille, les vomissements cérébraux) elle est surtout caractérisée par deux symptômes : la céphalée et l'insomnie.

La *céphalée*, véritable signal symptôme présente des caractères essentiels.

1° Elle est *continue* et rebelle à toutes les médications habituellement employées.

2° Elle est *diffuse* avec maximum localisé au frontal. et l'occiput.

3° Elle subit des *exacerbations nocturnes*, caractère général des céphalées syphylitiques et constaté par tous les auteurs.

4° Enfin elle est tellement *prédominante* que les malades en parlent souvent comme d'un symptôme unique.

L'*insomnie* est déjà moins constante. La plupart des malades s'en plaignent cependant. Tenace, incurable, tant que la cause n'en est pas reconnue, elle doit toujours attirer l'attention et Milian a, très justement, insisté sur ce point.

Il faut encore signaler, à cette période, la possibilité de *rachialgie*, traduisant la participation des méninges rachidiennes, d'*asthénie motrice*, d'affaissement musculaire.

Les *troubles intellectuels* sont surtout représentés par des modifications du caractère qui devient instable. Quant aux troubles d'intelligence, proprement dits, ils sont assez rares à cette période.

L'atteinte de l'état général est habituellement peu marqué.

La *durée* de cette période est extrêmement variable, de quelques jours à plusieurs mois, mais en moyenne et dans les cas typiques elle dure de un mois et demi à deux mois.

En tout cas, au moindre doute, on fera une ponction lombaire, car comme Neumann l'a écrit, « tous les symptômes si confus marquant la phase initiale de la méningite syphilitique aiguë peuvent durer, jusqu'à la fin, sans changer de caractère et constituer toute la maladie », mais, en général, le tableau symptomatique se précise à la période d'état.

β. *Période d'état.* — Bien que la méningite syphilitique aiguë ait, dans l'ensemble, la même symptomatologie que les autres méningites aiguës, les différences de détail nous semblent devoir mieux ressortir d'une étude successivement analytique et synthétique.

1° *Etude analytique.* — Un des caractères très spécial, à la méningite syphilitique, c'est de se manifester par un petit nombre de signes et souvent même d'être mono-symptomatique. C'est donc tout à fait arbitrairement et sans aucune base clinique que certains auteurs mettent au premier rang « le trépied méningitique ». On sait d'ailleurs que, même dans la méningite tuberculeuse, c'est une expression classique, sinon vide de sens, du moins de valeur très relative.

Troubles du système nerveux. — Se divisent en troubles de la motilité volontaire (contractures, convulsions), de la motilité réflexe, les troubles de la sensibilité et enfin les troubles intellectuels et vasomoteurs.

Les *contractures* se manifestent par trois symptômes d'importance inégale : la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'aspect du ventre dit « en bateau ».

La *raideur de la nuque* se rencontre très fréquemment. Toujours moins marquée que dans la méningite tuberculeuse et surtout cérébro-spinale, elle présente quelques variations. D'ordinaire elle est incomplète et si le malade ne peut plus faire de mouvements spontanés, du moins supporte-t-il sans souffrance quelques mouvements provoqués. Cette raideur est des plus variables, car elle peut persister pendant toute la durée de la période d'état et s'améliorer par le traitement, ou au contraire ne survenir que tardivement et être plus rebelle.

Le *signe de Kernig* existe, peut-on dire, toujours (exception faite. parmi toutes les observations publiées, de celles d'Œttinger et Hamel, de Desnos), encore que signalé à la période prémonitoire, ces auteurs ne disent pas si ce signe a été recherché plus tard.

L'aspect spécial du ventre dit « *ventre en bateau* » est plus rarement observé et la lecture des observations montre qu'il manque, au moins dans la moitié des cas, ce qui tient, sans doute, à ce que l'état général est souvent assez bon.

Les *convulsions* peuvent s'observer, mais elle ne sont pas fréquentes. Elles sont généralisées ou partielles et surviennent plus volontiers chez les enfants que chez l'adulte, comme dans le cas de Ravaut et Ponselle.

Les *paralysies*, exception faite des paralysies oculaires, sur lesquelles nous reviendrons, sont très rares. Il s'agit plus souvent même de parésies que de paralysies vraies. Celles-ci sont éphémères, apparaissent surtout dans le domaine des nerfs craniens, sous forme de paralysie faciale, quelquefois de parésie linguale ou même de parésie des membres inférieurs, telle que le malade donne l'impression « d'un homme ivre », comme dans le cas de Mauriac.

Les *troubles réflexes* sont des plus variables. Tantôt ils sont abolis (Boidin et Weill), exagérés le plus souvent avec des symptômes de spasmodicité (Lau-

bry, Giroux, Miriel). Le signe de Babinski est signalé dans un certain nombre d'observations, surtout dans celles où le malade présente une hémiplégie dont il conserve un reliquat plus ou moins marqué, après la guérison de la méningite, qui passe à la phase subaigüe.

Les *troubles des sphincters* sont rares, inconstants et sans caractères de régularité. Tantôt ils se manifestent par de la rétention, tantôt et le plus souvent par de l'incontinence d'urine et des matières.

Les *troubles de la sensibilité* semblent rares, si l'on s'en rapporte aux observations publiées : la plupart d'entre elles n'en font pas mention. Goujat pense qu'il existe souvent de l'hyperesthésie douloureuse.

La *céphalée* est un des symptômes les plus constants de la méningite syphilitique. Elle est intense, paroxystique, exagérée par le bruit, la lumière, les mouvements, elle a des maxima vespéraux et nocturnes. Elle persiste longtemps, mais elle devient moindre sous l'influence du traitement. Ce symptôme, si banal en apparence, est le meilleur signe de méningite syphilitique, c'est du moins le plus fidèle. Dans un travail récent, nous avons rapporté plusieurs cas de méningite spécifique aiguë monosymptomatique.

Troubles intellectuels. — Bonnet et Goujat les considèrent comme constants. La plupart des auteurs n'en font qu'un symptôme assez peu fréquent. Ils se manifestent, soit par des phénomènes d'excitation, soit par des phénomènes de dépression.

Il y a le plus souvent un état de *stupeur* et d'obnubilation très marqué que l'on retrouve dans les observations de Debove, Sicard et Roussy.

Le *délire*, qui est loin d'être rare, affecte surtout la forme de délire tranquille, calme, discontinu. Plus rarement de délire violent comme dans le cas de Suchy où le malade se met à crier, en courant tout autour de sa chambre.

La *raie méningitique* existe dans la majorité des cas et les auteurs ne lui attribuent pas de caractères particuliers.

Les *troubles oculaires* sont extrêmement importants, ils portent, soit sur la musculature externe, soit sur l'œil même.

Les paralysies existent dans la moitié des cas au moins ; nous rappellerons qu'elles ont deux caractères principaux :

1° Elles sont fugaces, incomplètes;

2° Elles atteignent dans la majorité des cas le *moteur oculaire commun*. Elles donnent lieu à toutes les formes possibles : strabisme, diplopie, ptosis isolé et, comme il n'existe pas d'autre cause importante de paralysies oculaires ainsi morcellées, ce symptôme a une valeur capitale, malheureusement ce n'est pas un symptôme de début.

Du côté des pupilles on constate, suivant les cas, du myosis, soit plus souvent de la mydriase, quelquefois de l'inégalité pupillaire, les pupilles sont de plus habituellement paresseuses.

L'examen du fond de l'œil n'a pas toujours été fait, bien qu'il présente une grande importance. « Peut-être la stase papillaire qui traduit l'hypertension intracranienne est-elle en rapport avec des lésions syphilitiques de l'épendyme ; en tous cas, lorsqu'elle existe, elle constitue un signe différentiel important avec la méningite tuberculeuse où la stase papillaire est fort rare » (Dupuy-Dutemps).

Les *troubles digestifs* comprennent les vomissements et la constipation qui avec la céphalée constitueraient le trépied méningitique. Mais leur fréquence est très différente et leur valeur aussi.

Les *vomissements* ont les caractères habituels des vomissements cérébraux; ils sont faciles, surviennent sans efforts et peuvent apparaître dès la période prodromique. D'ordinaire cependant, ils constituent un symptôme tardif, quelquefois même ils manquent. Rarement comme dans le cas d'Hoffmann on signale leur fréquence. Celle-ci est en tous cas beaucoup moindre que dans la méningite tuberculeuse.

La *constipation* est fréquente, mais sans caractères particuliers.

Appareil circulatoire. — Le pouls n'a pas ce cycle schématique qu'il a dans la méningite tuberculeuse, non plus que cette instabilité si importante. Il est souvent ralenti, mais assez régulier.

Quant à la *fièvre*, les avis sont nettement partagés. Pour les anciens auteurs, pour nous-même dans une thèse rapportant dix observations personnelles inédites, la fièvre manquerait constamment. C'était là l'opinion de M. Fournier.

Pour d'autres auteurs, elle existerait souvent, moins marquée et moins tenace que dans les autres états méningés. Il faut donc retenir que la fièvre peut exister, qu'elle n'a pas de type net et qu'elle est en tous cas éphémère.

La dissociation du pouls et de la température, si elle existe dans quelques cas, a donc en général, une importance bien moindre que dans la méningite tuberculeuse.

ETUDE SYNTHÉTIQUE. — Comme on le voit, tous les symptômes méningés peuvent rentrer dans le cadre de la méningite syphilitique. Il n'en est aucun qui n'ait été observé. Leur association se fait de façon très variable, aussi est-il difficile de donner un tableau clinique général.

Quoi qu'il en soit et, c'est ce qu'il faut retenir, la méningite syphilitique constituée des mêmes éléments fondamentaux que les autres états méningés, ne ressemble, dans les cas types, à aucun d'eux.

Son début traînant par de la céphalée, de l'insomnie, de l'asthénie peut faire croire un instant, à une fièvre typhoïde.

Il est tout à fait rare qu'elle ait ce début solennel de la méningite à méningocoque. Toujours pauvre en symptômes, elle ne peut être dépistée que si, en connaissant l'insidiosité, on y pense; sans cela, ce début lent chez un malade lucide, qui a conservé son appétit, est qualifié de « migraine », de « neurasthénie » jusqu'à la période d'état plus nette.

A cette période encore, elle peut être assez discrète pour passer inaperçue. Bien que les malades se plaignent de céphalée, ils sont souvent lucides, parlent, racontent leur histoire et n'ont pas ce facies méningé indiquant la souffrance profonde de l'organisme et qui permet, souvent à lui seul, de faire un diagnostic. Il faut, le plus souvent, un examen soigneux pour découvrir une série de signes frustes : un syndrome méningé à peine ébauché, un léger signe de Kernig, un peu de raideur de la nuque et quelquefois une nuance seulement dans la façon dont le malade ferme les yeux.

C'est cette *symptomatologie restreinte* qui constitue le caractère même de cette méningite, qui est ainsi, même dans sa forme normale, très spéciale, contrairement à l'opinion admise.

Cette forme clinique semble infiniment plus fré-

quente que les cas avec troubles intellectuels, délire, contracture et fièvre. Aussi, comme les formes graves elles-mêmes débutent par ce tableau ébauché, c'est lui qu'il faut connaître, pour dépister la méningite syphilitique aiguë. Quand celle-ci présente le tableau méningé au complet, elle n'a plus, au point de vue du diagnostic utile au malade, qu'un intérêt relatif.

V

Formes cliniques. — Ne nous occupant volontairement que de la méningite syphilitique aiguë, ce chapitre se trouve par là même fort restreint.

On peut, assez schématiquement, reconnaître des formes d'après le mode du début, l'évolution et les symptômes.

La méningite syphilitique aiguë, avant d'être extériorisée, peut être précédée d'une phase de véritable *méningite latente*, absolument muette cliniquement et révélée seulement par la ponction lombaire. Ces faits ont été signalés, dès 1902, par MM. Widal et Ravaut.

Dans d'autres cas, la symptomatologie de début donne une véritable *méningite fruste*, monosymptomatique habituellement, ne se traduisant que par de la céphalée et quelques troubles oculaires légers.

L'évolution permet de distinguer la méningite syphilitique aiguë classique, qui guérit définitivement sous l'influence d'un traitement approprié et prolongé.

D'autres fois les poussées successives, correspondant à des poussées cutanées, donnent une forme de méningite aiguë *à répétition*.

Enfin nombreux sont les cas où la méningite aiguë, guérie en apparence, n'était la lymphocytose persistante, passe à la phase de méningite *subaiguë*. Ce sont des malades qui ayant eu une poussée aiguë conservent un reliquat tel qu'une hémiplégie. Ces faits intéressants à divers points de vue sortent du cadre de notre sujet.

Suivant les symptômes, certains auteurs admettent deux formes :

1° *Forme de la convexité*. Elle débute par le signe constant de toute syphilis méningée, la céphalée. Rarement assez localisée pour faire un diagnostic anatomique, quelquefois elle débute par une crise d'épilepsie bravais-jacksonienne, et Fournier a montré que les cas rapportés par Bravais dans sa thèse rentraient certainement dans cette catégorie.

Le malade assiste à sa crise, caractérisée par des convulsions localisées en une région du corps, précédées ou non d'aura. On en décrit deux formes : *monoplégique* et *hémiplégique*.

La première de ces formes, dite encore circonscrite, se limite à un membre ou à un segment de membre. Fréquente au membre supérieur, elle est plus rare au chef inférieur.

La forme hémiplégique débute soit par le bras, la jambe, la face. Le malade reste conscient jusqu'à ce que sa crise soit généralisée.

Des paralysies corticales se manifestent encore, comme signe de méningite de la convexité : paralysies incomplètes, parésies plutôt même, exagération des réflexes tendineux du côté atteint, avec contracture légère. A la face, on ne note que de la paralysie du facial inférieur comme dans les lésions cérébrales.

Les *méningites de la base* débutent par de la céphalée, un ictus congestif, une attaque d'épilepsie. C'est l'aboutissant de toutes les méningites syphilitiques et la signature en est la paralysie des nerfs craniens; mais parmi ceux-ci, il faut mettre, au tout premier rang, *le moteur oculaire commun*.

Alors que tous les nerfs peuvent être pris, celui-là l'est presque toujours le premier, souvent le seul. C'est une véritable pierre de touche. « Les paralysies du moteur oculaire sentent la vérole », disait Ricord.

Toujours incomplètes, le malade, dit Fournier, se présente au médecin se plaignant de voir double, mais il ne louche pas, du moins d'une façon apparente.

La *méningite syphilitique aiguë des nourrissons* est relativement rare. Il s'agit plus habituellement d'états méningés subaigus ou chroniques avec hydrocéphalie persistante que nous n'avons pas à décrire. Ravaut et Ponselle en ont rapporté une observation.

Cliniquement elle se manifeste surtout par des convulsions, qui peuvent être limitées à la face et à la nuque par exemple et des contractions des muscles de l'œil. On note de plus de la raideur de la nuque avec redoublement paroxystique, de la tension, quelquefois considérable, de la fontanelle antérieure non oblitérée et une augmentation du volume du crâne traduisant l'hydrocéphalie, qui n'est que l'exagération du processus hypertensif habituel dans les méningites. Il s'agit à la fois d'une hydrocéphalie externe modifiant l'état des fontanelles et le volume du crâne et d'une hydrocéphalie interne, avec distension ventriculaire. D'une façon presque constante, la ponction a de bons effets thérapeutiques et constitue un adjuvant utile au traitement mercuriel. L'observation de Ravaut et Darré est à ce point de vue tout à fait intéressante, chaque rachicentèse ayant amené un affaissement des fontanelles et disparition des phénomènes méningés, le malade ayant fini par guérir, sous l'influence du traitement mercuriel.

VI

Examen du liquide céphalo-rachidien. — L'étude cytologique des méningites syphilitiques est, comme nous l'avons montré, due en presque totalité à M. Widal et à ses élèves, Sicard, Ravaut, L. Le Sourd et Lemierre.

Ravaut a publié, en 1909, dans la *Revue mensuelle de médecine interne et de thérapeutique*, une revue générale sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. C'est à ce travail que nous empruntons une grande partie de ce qui suit, obligés seulement de ne citer que les points capitaux.

L'examen du liquide est soumis à certaines règles :

Pour faire l'examen du liquide céphalo-rachidien, écrit Ravaut, nous opérons ainsi : « Aussitôt la ponction faite, le liquide est recueilli directement dans un tube effilé; s'il est trouble, il est bon d'en recueillir dans un autre, qui sera conservé au laboratoire, afin d'étudier, dans les heures suivantes, les phénomènes de coagulation. Puis le liquide est centrifugé : le liquide décanté est recueilli dans un tube à essai stérile; le culot cellulaire est étalé sur lames, une partie du liquide décanté sert à la recherche de l'albumine, l'autre est utilisée pour d'autres réactions notamment celle de Wassermann.

En opérant ainsi le médecin peut connaître, en quelques minutes, les principales réactions du liquide qu'il vient de retirer. »

I. Examen physique. — α. *Tension*. — L'hyperten-

sion est considérée comme la règle. On la juge approximativement par la façon dont le liquide s'écoule. Toujours positive si le liquide coule en jet, il faut n'admettre le contraire qu'après s'être assuré que rien n'obstrue l'aiguille.

Quinke donne comme pression normale 40 à 60 millimètres d'eau ; d'après Krœnig elles varient ici, entre 100 et 200, mais ces mesures ne sont pas faciles à effectuer en clinique.

L'hypertension n'a d'ailleurs la valeur que d'un symptôme complémentaire.

Elle est souvent très marquée chez les hérédo-syphilitiques et heureusement influencée par des ponctions successives (Ravaut).

β. *Aspect.* — Le liquide est le plus souvent clair, légèrement jaunâtre d'après Landry et Giroux.

Il peut être exceptionnellement opalescent et même d'aspect puriforme. « C'est la poussée congestive, l'hyperhémie méningée qui favorise la diapédèse des éléments à travers les vaisseaux et c'est le nombre considérable des éléments qui donne au liquide l'aspect louche qui le caractérise alors » (Widal).

γ. *Fibrine.* — Même quand le liquide est riche en éléments cellulaires on ne constate pas, habituellement, de coagulum fibrineux (Barré).

II. Examen bactériologique. — Dans tous les cas de méningite syphilitique aiguë, où les recherches bactériologiques ont été faites, dans le liquide céphalo-rachidien, elles sont restées négatives.

La recherche du tréponème n'a donné un résultat positif qu'à Schridds, à Dohir et Tanaka, à Gaucher et Merle, à Sésay et Paillard.

III. Examen cytologique. — Dans la grande majorité des cas, la formule est « lymphocytose et lymphocytose pure d'un liquide clair et aseptique ».

Cette leucocytose anormale, à prédominance de lymphocytes a été, par extension, qualifiée de lymphocytose, mais on peut trouver autre chose.

Jamais le liquide ne reste normal, le nombre des lymphocytes est très variable, de 15 à 70 par champ.

On peut rencontrer des grands éléments uninucléés à noyau excentrique « qui, lorsqu'ils sont frais, ont les caractères des plasmazellen, mais sont souvent avariés et difficiles à identifier » (Ravaut).

Assez fréquemment on note de la polynucléose relative ou prédominante, composée d'éléments intacts. « Les polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien viennent par diapédèse des vaisseaux sanguins et traduisent donc un état de congestion vasculaire » (Widal).

Cette leucocytose est constante au cours des méningites aiguës dues à la syphilis.

Chez les hérédo-syphilitiques présentant des troubles nerveux, tels que l'hydrocéphalie, l'hypertension des fontanelles, des contractures, etc., Ravaut a constaté souvent l'existence de grosses réactions du liquide cérébro-spinal évoluant parallèlement à ces accidents.

« Les formules cytologiques, dit-il, n'ont d'ailleurs rien d'absolu, car elles peuvent se transformer sous l'influence du traitement ou par l'évolution naturelle des lésions qu'elles représentent. »

Les réactions cytologiques peuvent être passagères, durables ou persistantes. La lymphocytose est extrêmement précoce, en dehors de tout symptôme clinique, comme l'a montré M. Widal.

Elle suit assez rigoureusement le développement des autres symptômes, atteint son apogée, au plus fort de la maladie et disparaît quand la lésion se cicatrise et guérit, mais en général, avant de s'effacer, « elle survit de longs mois à la lésion qui lui a donné naissance ». C'est la *lymphocytose résiduelle* de M. Sicard.

Celle-ci n'implique pas toujours un pronostic grave, car elle peut n'être que le reliquat de la lésion anatomique. Dans d'autres cas, le pronostic doit être beaucoup plus réservé car elle peut être l'indice d'une lésion encore en activité.

Chez les hérédo-syphilitiques, la lymphocytose évolue comme chez l'adulte. Elle est sensible au traitement et Ravaut dans son mémoire a montré l'évolution parallèle des accidents nerveux et de la réaction rachidienne.

IV. Examen chimique. — Les recherches relatives à l'urée, aux chlorures n'ont pas fourni des résultats appréciables.

α. La *réaction des albumines* à laquelle Widal, Sicard et Ravaut, Guillain et Parant ont, dès 1903, attribué une grande valeur et qu'ils ont mis les premiers en lumière, est très intéressante (1). « Chez les syphilitiques secondaires, disent-ils, en dehors de tout symptôme nerveux, l'albumine n'est pas augmentée. Lorsqu'il existe des lésions cutanées intenses ou des complications nerveuses, parallèlement à la réaction cellulaire s'observe parfois une augmentation assez forte de l'albumine. Chez les hérédo-syphilitiques nous avons souvent constaté une très légère augmentation de l'albumine en rapport avec des phénomènes nerveux ou l'hydrocéphalie. Cette réaction de l'albumine n'est pas toujours parallèle à la réaction cytologique. En général, dans le cas qui nous intéresse, elle disparaît sous l'influence du traitement. »

β. *Réaction de Wassermann.* — Les recherches faites par Levaditi, Noguschi, Calmette, Joltrain, les discussions récentes, à la Société médicale des hôpitaux, montrent qu'on rencontre souvent cette réaction dans la méningite syphilitique aiguë, alors que, lorsqu'il n'existe que des manifestations cutanées de la syphilis secondaire, le liquide ne donne pas cette réaction, même lorsqu'il y a une grosse lymphocytose rachidienne.

Ravaut, Jarkowski et Rechmann ont constaté un parallélisme presque absolu entre la réaction de Wassermann et la réaction albumineuse recherchée à la chaleur.

Conclusion. — De tout ce qui précède, quelle valeur diagnostique faut-il attribuer à l'examen cytologique, dans un cas de méningite mal définie? La cytologie a une valeur presque absolue et, comme nous le verrons au diagnostic, elle est infiniment supérieure aux renseignements étiologiques, cliniques ou même d'évolution.

En procédant par élimination, on voit que :

1° Le liquide céphalo-rachidien des états méningés syphilitiques est amicrobien, ce qui permet d'éliminer la méningite tuberculeuse, la découverte du bacille de Koch dans le liquide étant, au moins, très fréquente.

2° Presque tous les liquides troubles sont dus à une méningite *non* syphilitique, parce que, d'abord, le plus souvent, ils sont microbiens.

Ensuite, parce que, si la méningite cérébro-spinale

(1) Cette réaction est aujourd'hui employée en Allemagne où, négligeant de citer ceux qui en ont montré la valeur, on la qualifie de « réaction de Noune Apelt ».

donne, assez rarement, un liquide clair, il est beaucoup plus rare encore que la méningite syphilitique donne un liquide trouble.

Par conséquent l'interprétation des résultats cytologyques seuls peut donner des renseignements capitaux pour le diagnostic et très importants pour le pronostic.

VII

Evolution. — La lecture des observations montre combien l'évolution de la méningite syphilitique aiguë est variable : très rapide dans les cas de Gaillaud et d'Œlnitz, de Sicard et Roussy, récidivante dans ceux de Ravaut et Darré, de Gaucher et Malloizel, traînante dans le cas d'Œttinger et Hamel. Cette évolution peut être courte ou longue, elle peut être de gravité croissante ou au contraire donner lieu à des améliorations ou à des poussées successives. Les symptômes n'ont pas en effet cette coordination qu'on note dans les autres états méningés et, presque toujours, ce défaut d'évolution régulière, dans un sens ou dans l'autre, doit faire penser à la méningite syphilitique. Il y a des poussées successives inattendues, des aggravations qui succèdent à une amélioration qui semblait devoir persister. Et nombre de méningites syphilitiques aiguës qui semblent guéries deviennent subaiguës et évoluent à bas bruit.

Très particulière aussi, malgré ces poussées successives, est la longue durée de chacune d'elles et cette tendance constante vers le mieux.

Est-ce à dire que toutes les méningites syphilitiques aiguës guérissent ? Il n'en est rien. Le plus souvent la guérison survient par disparition brusque ou progressive des accidents. La mort bien qu'étant survenue dans les cas rapportés par Sommer, Sicard et Roussy, Suchy, Magne, G. Ballet et A. Barbé, Malloizel et Nathan est proportionnellement rare.

La preuve en est que les cas se comptent, alors que la méningite syphilitique aiguë est fréquente et que beaucoup de méningites curables sont des méningites syphilitiques non diagnostiquées.

Quand elle survient, c'est par aggravation des symptômes de la période d'état, bientôt suivis de coma. Quelquefois ce dénouement est hâté comme dans le cas de Sicard et Roussy, par une grosse lésion artérielle.

VIII

Pronostic. — Le pronostic doit être envisagé au point de vue immédiat et au point de vue éloigné.

Au point de *vue immédiat*, les opinions varient beaucoup avec les auteurs et peut-être de l'ensemble se dégage-t-il une conclusion un peu pessimiste. Ceci tient à ce que, n'envisageant que les cas « non douteux » on n'a forcément examiné qu'un nombre restreint des méningites réellement syphilitiques, et comme justement celles dont on n'a pas tenu compte, parcequ'elles étaient mal définies, ont guéri le plus souvent, le pronostic d'ensemble se trouve, de ce fait, amélioré.

Neumann est tout à fait optimiste : « On doit rationnellement admettre un pronostic rassurant, dit-il, puisque la substance cérébrale n'est pas altérée. Par suite, sous l'influence d'une intervention hâtive ou même tardive, on doit espérer s'en rendre maître. »

M. Cornil est d'un avis tout à fait différent : « Si en fait, dit-il, ce pronostic n'est pas absolument grave par lui-même, il reste fort redoutable par les affections intercurrentes qui emportent souvent le malade. »

A vrai dire, de la sorte, la question est un peu déplacée, et ce pessimisme semble surtout inspiré par le pronostic de la syphilis nerveuse en général.

Lamy dit très justement : « Toutes réserves étant faites, on admet que les lésions syphilitiques méningées sont moins graves que les lésions similaires d'une autre origine quelles qu'elles soient (tuberculeuse, tumeur, artério-sclérose). Plus le traitement s'adresse à des lésions jeunes et plus l'on est en droit de compter sur une amélioration voire une guérison complète. »

Enfin il faut se méfier des guérisons apparentes et sournoises et à ce point de vue la cytologie a une grande valeur pronostique comme on peut le voir dans le cas type de Widal et L. Le Sourd, dans lequel il y avait de la lymphocytose persistante plus de deux mois après la guérison apparente du malade. Et il semble bien que tout le pronostic de la méningite syphilitique aiguë soit là : ce que la clinique cache, la biologie le révèle.

Au *point de vue éloigné*, le pronostic est un peu plus sévère, d'abord parce que, une poussée terminée, une ou plusieurs autres peuvent survenir, de gravité variable, quelquefois croissante, comme dans le cas de Sicard, où la deuxième poussée fut mortelle, avec artérite et hémiplégie.

Ensuite la méningite est quelquefois suivie à brève échéance d'artérite cérébrale. Goujat cite un cas d'hémiplégie par artérite, apparue un an après la guérison apparente d'une méningite syphilitique aiguë, bien soignée.

Même association artérielle et méningée dans le cas de Sicard et Roussy, de Malloizel et la lecture de ces observations d'artérite montre que, souvent, il y avait eu une ébauche de méningite avant la paralysie.

Il faut par conséquent tenir compte pour l'avenir de cette menace du côté des artères dans le pronostic de la méningite.

Il y a lieu, enfin, de se demander si le pronostic de la syphilis en général n'est pas aggravé du fait d'une méningite antérieure et si de tels sujets ne verseront pas, plus facilement que d'autres, dans la paralysie générale et le tabes.

Chez les hérédo-syphilitiques, la méningite syphilitique laisse, a-t-on dit, un état de déchéance intellectuelle. Fournier dit que les enfants deviennent des idiots ou des imbéciles, mais n'est-ce pas le sort de beaucoup d'hérédos qui n'ont cependant pas eu de méningite. Aussi le retard dans le développement intellectuel, signalé dans le cas Ravaut, n'est-il pas fait pour nous étonner.

En résumé, par rapport à la fréquence assez grande de méningites syphiliques aiguës, le pronostic est assez favorable, aussi favorable, en tous cas, que celui des autres méningites aiguës considérées comme relativement bénignes.

IX

Diagnostic. — Ce qui importe en cas de méningite syphilitique, c'est de faire précocement le diagnostic exact, pour pouvoir instituer aussitôt le traitement voulu.

Contrairement à l'opinion émise par Drouet dans sa thèse, on peut dire que ce qui caractérise, avant tout, la méningite syphilitique, c'est le petit nombre des signes par lesquels elle se manisfeste et

c'est cette pénurie de symptômes qui en rend le diagnostic délicat.

Si l'on attend, comme le fait Goujat, d'avoir une étiologie indiscutable, syphilis nette et avouée, une symptomalogie complète avec trépied méningitique et accidents occulaires, on risque fort de ne pas faire le diagnostic au moment opportun.

Eléments du diagnostic. — Quels sont donc les éléments dont on dispose? Parmi les signes de grande valeur, il faut retenir avant tout (en dehors de l'examen cytologique sur lequel nous avons insisté) la céphalée et l'évolution.

La *céphalée* ne manque dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour. Toutes insistent sur sa précocité, sa ténacité, l'impossibilité de la faire cesser par une thérapeutique symptomatique et d'une façon très habituelle, sa régression rapide sous l'influence du mercure. Très souvent on la retrouve comme seul symptôme pendant une période prodromique de un à deux mois et avec une constance qu'on ne retronve dans aucune autre méningite.

L'*évolution* est essentiellement capricieuse et ne connaît pas de loi.

Très habituellement, elle tend vers la guérison, quelquefois même sans traitement, mais, il est des malades qui se soignent scrupuleusement, qui ont une hygiène parfaite et chez lesquels la méningite syphilitique, même au cours d'un traitement mercuriel, ou longtemps après une guérison apparente, reprend l'offensive, souvent d'ailleurs avec violence et il est toujours très difficile d'en affirmer la guérison.

Quant au *dossier étiologique*, il a une valeur capitale évidemment, mais l'absence de renseignements n'est pas une objection au diagnostic de méningite syphilitique. On sait combien, chez beaucoup de malades même sincères, le souvenir d'un accident primitif est rare; combien facilement le chancre a pu passer inaperçu, chez la femme surtout, ne serait-ce que dans les cas de syphilis décapitée. On sait aussi qu'un grand nombre de malades instruits de leur affection cachent à leur médecin la vérité et si ce n'étaient les accidents cutanés, qui, par une heureuse coïncidence, accompagnent souvent les accidents méningés, une enquête étiologique négative ne serait qu'une très médiocre objection au diagnostic de syphilis méningée.

Aussi doit-on examiner attentivement les téguments, rechercher la trace des moindres éruptions papuleuses ou maculeuses, penser à la leucoplasie et aux plaques muqueuses. Les ganglions, qui permettent si souvent un diagnostic rétrospectif, le système osseux (comme dans les cas de Laubry et Giroux) seront complètement explorés.

Le *traitement d'épreuve* d'ailleurs, bien que critiqué par Bonnet, a une grande valeur et l'on ne connaît pas, en dehors des coïncidences, des méningites non syphilitiques nettement améliorées par le traitement mercuriel.

Bonnet insiste sur la difficulté qu'il peut y avoir à qualifier des accidents méningés survenant chez des syphilitiques avérés. Hormi les poussées aïguës, que présentent quelquefois les lésions artérielles ou les gommes syphilitiques, en dehors aussi de la neurasthénie syphilitique, il est assez rare d'observer de pareilles coïncidences et en tous cas l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien tranche la question, comme dans le cas de méningite à streptocoques, survenue chez un syphilitique, et remarquablement étudié par MM. Courtois-Suffit et Beaufumé.

Ces considérations admises, le cadre des erreurs possibles, en clinique, se trouve singulièrement réduit.

Diagnostic différentiel. — Ce diagnostic se pose, disent certains auteurs, avec toutes les méningites aiguës et subaiguës, infectieuses et toxiques et avec les affections pouvant les simuler. En réalité il n'y a que certaines erreurs faisables et un examen attentif permettra, même dans les formes les plus éloignées du schéma, d'éliminer facilement les méningites otitiques, les abcès du cerveau, le rhumastisme cérébral et les formes nerveuses de la grippe.

Méningite tuberculeuse. — C'est là certainement le diagnostic le plus délicat. Il suffit de rappeler que le malade, dont l'observation a été rapportée par M. Widal et L. Le Sourd, a été considéré assez longtemps comme ayant une méningite très probablement tuberculeuse; c'est donc que la syphilis peut simuler en tous points la tuberculose méningée. Trois caractères différentiels sont cependant assez nets: l'évolution très irrégulière de la méningite syphilitique, la lucidité bien plus grande des malades et l'absence habituelle de fièvre. Le malade atteint d'une méningite tuberculeuse donne une impression particulière de déchéance physique extrême, de tristesse, d'obnubilation. Le syphilitique, lui, raconte souvent, sans effort, l'histoire de sa maladie.

Quant à la fièvre, considérée par les anciens auteurs et par nous-même comme manquant toujours dans la syphilis méningée, si, comme l'admettent quelques travaux récents, elle existe quelquefois, elle n'a pas du tout la même allure que celle de la méningite tuberculeuse.

Alors que dans la méningite tuberculeuse de l'enfant, la fièvre manque souvent, du moins au début; chez l'adulte il y en a toujours, minime, sans grandes oscillations, mais constante.

Les troubles du pouls et de la respiration, l'atteinte de l'état général sont en tout cas infiniment plus rares dans la méningite syphilitique. Nous avons vu que la véritable solution du problème était fournie par le laboratoire: la découverte du bacille de Koch aujourd'hui courante et l'inoculation toujours positive.

Méningite cérébro-spinale. — Semblable erreur ne peut avoir pour excuse que l'évolution parfois subaiguë signalée dans les cas de Debré, ou l'apparition de ces éruptions si fréquentes dans la méningite cérébro-spinale. Mais outre que ces éruptions sont consécutives à l'état méningé au lieu de le précéder, elles ne sont habituellement pas généralisées comme dans la syphilis et souvent il s'agit d'éruptions zostériformes.

Les *méningites toxiques* sont surtout représentées par les cas d'encéphalopathie saturnine bien étudiée par Mosny et Malloizel. Le tableau est souvent assez analogue à celui de la méningite syphilitique et le laboratoire donne des renseignements insuffisants, mais il est rare qu'on ne soit pas renseigné sur les antécédents du malade. La méningite n'est pas un accident précoce de saturnisme et le plus souvent elle a été précédée de coliques ou de paralysies.

Fièvre typhoïde. — En admettant, avec Mauriac et Dorendorf, que le diagnostic puisse se poser, il sera

tranché, en dehors même du séro-diagnostic par l'existence d'une fièvre continue. On sait en effet que si la fièvre est admise dans la méningite syphilitique par une minorité, jamais on n'a admis que la fièvre puisse être continue.

Restent ces cas troublants rapportés par Laubry, Foy, Parvu, Rist, Gaillard, Guillain, Richet fils, d'états méningés aigus apparus, surtout entre quinze et vingt ans, avec tableau complet d'une méningite grave, hyperthermie, liquide céphalo-rachidien puriforme aseptique et qui guérissent. On ne peut évidemment que les soupçonner en clinique et leur nature ne sera reconnue qu'au laboratoire.

Ces états nous montrent une fois de plus quelle réserve il faut apporter dans le pronostic des états méningés, dont chaque jour nous montre une forme nouvelle.

X

Traitement. — Le traitement, pour être utile, devra être précoce et énergique.

α. *Prophylactique.* — Nous n'insisterons par sur l'utilité absolue d'un traitement sévère lors de l'accident primitif. Bien que le mercure ait une valeur préventive discutable, il faut répéter, après M. Brissaud, qu'un fait négatif ne vaut jamais un fait positif et croire au traitement prophylactique. A ce sujet, nous avons signalé, dans notre thèse, l'utilité d'une enquête qui permettrait sinon de faire de la prophylaxie, du moins d'atteindre la syphilis méningée, dès l'origine, c'est la *ponction lombaire systématique* au bout de quatre ans de traitement. L'examen du liquide céphalo-rachidien permettrait de voir si un malade, considéré comme guéri, n'est pas au seuil d'accidents nerveux et d'instituer immédiatement un traitement énergique.

« Pratiquement, chez un syphilitique ou un hérédo-syphilitique, toute modification du liquide céphalo-rachidien judicieusement interprétée doit être considérée comme une manifestation aussi significative qu'un autre symptôme et justifier une thérapeutique énergique. » (Ravaut.)

β. *Traitement curatif.* — Les auteurs envisagent successivement le traitement symptomatique, le traitement local par la ponction lombaire et le traitement causal.

1° Le *traitement symptomatique* se devine, il est sans intérêt et il faut voir de suite beaucoup plus loin.

2° *La ponction lombaire* constitue, dit Goujat, sans restriction, une méthode thérapeuthique « en diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien, en enlevant un liquide altéré dans sa composition, peut-être même en éliminant une certaine quantité de principes virulents, elle produit une amélioration immédiate très manifeste ».

Cette opinion, basée sur les observations de Milian, Crouzon et Paris, Thibierge, Marie et Guillain, se trouve confirmée par MM. Ravaut, Gastinel et Velter, dans leur intéressante monographie sur la rachicentèse : « La rachicentèse trouve encore une indication dans les méningites syphilitiques apparaissant à la période secondaire du troisième au dixième mois. Dans un certain nombre d'observations une grande amélioration des symptômes méningés a été observée après chaque ponction. »

3° *Traitement causal.* — Les auteurs donnent assez peu de développement à ce chapitre et ne semblent pas avoir de préférence bien fondée. Beaucoup même mettent l'iodure au même rang que le mercure.

Or, d'après ce que nous avons dit, la méningite syphilitique aiguë est un accident précoce qui survient en pleine infection, c'est donc le mercure qui semble surtout indiqué, car il est actuellement et jusqu'à nouvel ordre, considéré comme le médicament spécifique de l'infection syphilitique et c'est aussi lui qui paraît convenir le mieux à la plupart des complications nerveuses.

Comme il faut un traitement intensif, la majorité des auteurs adoptent les sels solubles, du moins pour la période initiale. Drouet écrit dans sa thèse : « On peut être sûr d'obtenir des résultats équivalents quelles que soient les variétés dues à l'imagination et le point important n'est pas de donner le mercure sous une certaine forme plutôt que sous une autre, mais bien de le donner tout simplement. »

Il suffit de rappeler la sensibilité de certains malades à certains sels de mercure, de citer les guérisons merveilleuses obtenues par M. Abadie dans les syphilis oculaires, de constater les cas de perforation du voile arrêtées net par un traitement judicieux pour voir que la façon de donner le mercure a la plus grande importance.

M. Abadie a proposé une méthode qui semble oubliée peut-être à cause d'une technique un peu délicate, mais surprenante comme rapidité, c'est le cyanure de mercure par voie intraveineuse à la dose de 1 et même 2 centigrammes par jour.

Sous la direction de M. Thibierge, nous avons appliqué avec succès cette thérapeutique à de nombreux malades. Nous avons depuis montré dans notre thèse qu'aucune des objections formulées à son égard ne résistaient à la critique et un travail récent de Desnos arrive aux mêmes conclusions.

Sicard, d'ailleurs, a également employé avec succès le cyanure de mercure en injection intrarachidienne.

Quant au traitement des méningites syphilitiques aiguës par le 606, nous n'en dirons qu'un mot, parce que son effet est diversement interprété et que cette question est encore à l'étude.

La communication de Pierre Marie, A Léri et Barré, le 28 octobre 1910, à la Société médicale des hôpitaux semblerait prouver l'heureuse influence de cette médication dans les paralysies du moteur occulaire commun.

Milian, Sicard ont à la même séance rapporté des résultats favorables. Tout récemment enfin, Ravaut et Weissembac sans aborder la question des méningites aigues ont signalé des résultats intéressants dans quelques processus subaigus.

L'influence du traitement est quelquefois très précoce et très remarquable. En deux à cinq jours, très souvent, l'amélioration se manifeste et elle progresse régulièrement ensuite.

Il faut habituellement cinq semaines à un mois pour obtenir une amélioration notable et les cas qui ne semblent pas influencés sont sans doute ceux dans lesquels il y a plus que de la méningite diffuse, mais des symptômes méningés dus à des lésions du voisinage organisées et peu influençables par le traitement.

Goujat, dans une revue récente, montre que le traitement même très précoce et intensif échoue dans un certain nombre de cas. Dans tous les cas mortels que rapporte cet auteur, on avait pratiqué un traitement présentant toutes les garanties (préco-

cité, durée, mode d'administration) et Goujat ajoute : « Il faut être bien prévenu que, malgré le traitement le mieux fait, on n'a pas la certitude, mais seulement deux chances sur trois de guérir son malade. » La lecture de toutes les observations publiées montre qu'on peut élever cette moyenne basée sur un petit nombre de cas et parler de *quatre guérisons sur cinq cas bien traités*, ce qui a permis de dire que de toutes les méningites, la méningite syphilitique aiguë était la plus bénigne.

BIBLIOGRAPHIE

1859. VIDAL DE CASSIS. *Traité des maladies vénériennes*, 2e édition, p. 506.

1861. GROS et LANCEREAUX. *Les Affections nerveuses syphilitiques*, p. 190.

1869. LANCEREAUX. *Traité de la syphilis*, p. 160.

1873. BOUCHARD. *Leçon* du 27 mars.

1876. LANCEREAUX. *Leçons* recueillies par Lamy.

1877. HEUBNER. *Die Syphilis des Gehirns und des ubrigens nerveus System*, Leipzig.

1878. FOURNIER. *Syphilis cérébrale*, p. 272.

1879. CORNIL. *Leçons sur la syphilis*. — GUELFO VON SOMMER. *Il movimento medico-chirurgico*.

1880. JULLIEN. *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, p. 626.

1883. MERCIER. *Syphilis cérébrale à forme comateuse*.

1886. JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2e édition, p. 656.

1890. STŒBER. *Les Accidents méningés de la syphilis héréditaire*, Th. de Paris, 1890-1891.

1891. MAILLET. *Epilepsie syphilitique*.

1893. A. FOURNIER. Epilepsie parasyphilitique, *Revue de neurol.* — LAMY. *Méningo-myélites syphilitiques*, Th. de Paris. — MAIRET. *Aliénation mentale syphilitique*.

1895. PIC et REGAUD. Méningite basilaire syphilitique, syndrome de Weber, *Province méd.*, p. 233.

1897. TEISSIER et ROUX. Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale, *Arch. de neurol.*, p. 102.

1898. PAULY. Syphilis cérébrale méningée à forme comateuse, *Lyon méd.*

1899. BABINSKI et CHARPENTIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 juillet. — CHARVET. *Revue de neurol.*, 30 déc., p. 921. — NEUMANN. *Die Syphilis*, Vien.

1900. GACHKIEWICK. *Syphilis du système nerveux*. — KLIPPEL. *Traité de méd.*, t. VIII. — WIDAL et RAVAUT. Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cytodiagnostic, *Soc. de biol.*, 30 juin. — WIDAL, SICARD et RAVAUT. Cytodiagnostic de la méningite tuberculeuse, *Soc. de biol.*, 13 oct.; — Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, *Soc. de biol.*, 20 oct.

1901. BABINSKI et CHARPENTIER. *Bull. de la Soc. méd.*, 17 mars. — BABINSKI et NAGEOTTE. *Bull. de la Soc. méd.*, 24 mai. — BELÈTRE. *Ponction lombaire chez les syphilitiques*, Th. de Paris. — DEBOVE et CASTAIGNE. A propos d'un cas de méningite syphilitique, *Gaz. des hôpit.*, 15 sept. — DORENDORF. Meningitis syphilitica, *Charité Ann.* — FINKELBÜRG. Un cas d'affection disséminée des vaisseaux et des méninges du cerveau et de la moelle dans la première période de la syphilis, *Zeits. f. nerv.*, avril. — HOFFMANN. Zur meningitis basilaris syphilitica præcox, *Berl. klin. Wochens.* — MAILLARD. Th. de Bordeaux. — WIDAL, SICARD et RAVAUT. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv.

1902. BRISSAUD et BRÉCY. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 mars. — MARIE et GUILLAIN. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 fév. — MILIAN. Syphilis de trois mois; abondante lymphocytose rachidienne, *Bull. de la Soc. anat.*, mai. — QUEYRAT et DEMANCHE. *Bull. de la Soc. méd.* — William PŒTZ. *Sur un cas de méningite basilaire syphilitique précoce*, Th. de Leipzig. — POROT. Syphilis cérébrale maligne et précoce d'origine vaccinale. Méningite basilaire aiguë, *Lyon méd.*, nov. — THIBIERGE et RAVAUT. Syphilis de dix-huit mois. Lymphocytose rachidienne, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, nov. — Paralysie faciale à la période secondaire. Lymphocytose, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, nov. — WIDAL et LE SOURD. Méningite aiguë. Guérison par le traitement antisyphilitique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 fév. — WIDAL et RAVAUT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 mars. — WIDAL et L. LE SOURD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 mars.

1903. GAILLARD et D'ŒLNITZ. Méningite aiguë syphilitique guérie par des injections de benzoate de Hg, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, p. 667. — GAND. *De la Fièvre dans la syphilis cérébrale*, Th. de Lyon. — LÉRI. Méningite syphilitique. Examen du cerveau, *Soc. anat.*, juillet. — MILIAN. Céphalée syphilitique et ponction lombaire, *Tribune méd.*, p. 341. — RAVAUT. Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis à la période secondaire, *Ann. de dermat. et de syphiligr.* — GUILLAIN et PARANT. *Albumines du liquide céphalo-rachidien dans le tabes et la paralysie générale*. — MILIAN, CROUZON et PARIS. La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 fév. — WIDAL, SICARD et RAVAUT. Les albumines du liquide céphalo-rachidien au cours de certains processus méningés chroniques, *Soc. de neurol.*, 2 avril 1903. — RAVAUT. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques à la période secondaire (118 cas), *Soc. méd. des hôpit.*, 9 oct. — WIDAL et LEMIERRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, mai. — WIDAL. *Cytologie du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques*.

1904. BENSAUDE et RIVET. Méningite aiguë syphilitique, *Arch. gén. de méd.*, p. 2766. — COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ. Méningite cérébrale purulente compliquée d'érysipèle de la face chez un syphilitique. Lymphocytose, *Gaz. des hôpit.* — DROUET. *Méningite aiguë syphilitique*, Th. de Paris. — LAMY. Syphilis des méninges, *Traité de méd.* — MANTOUX. *La Syphilis nerveuse latente*, Thèse. — MILIAN. Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, *Tribune méd.* — MOSNY. *Tribune méd.* — SICARD et ROUSSY. *Soc. de neurol.*, 5 mai.

1905. CONSTANTIN. Syphilis cérébrale précoce, *Ann. de dermat.* — FISCHLER. Syphilis à virus nerveux, *Deuts. Zeits. f. Nerv.*, p. 438. — KRONIG. Die Bedentung des lumbal ponction für die exsudative syphili-meningitis, *Dermat. Centrabl.*, t. IX, n° 1. — MINOT. *Ponction lombaire dans la syphilis du système nerveux*, Th. de Lyon. — SOUCQUES et VINCENT. Méningite syphilitique basilaire et tabes supérieur, *Soc. de neurol.* — SUCHY. Un cas de méningite syphilitique aiguë précoce, *Wiener med. Wochens.*, n° 21.

1906. BOISSEAU. *Traitement des gommes syphilitiques par l'iodure de potassium*, Th. de Paris. — L.-M. BONNET. La polynucléose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis des centres nerveux, *Lyon méd.*, t. II, p. 993. — BOSC. Méningo-encéphalite diffuse chez un hérédo-syphilitique, *Bull. de la Soc. de biol.*, p. 630. — CADE. Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse, *Lyon méd.*, t. I, p. 578. — CONSTANTIN. Syphilis cérébrale précoce, *Soc. de dermat.* — RAVAUT et PONSELLE. Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syphilitiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 janv. — THIBIERGE, RAVAUT et L. LE SOURD. Le spirochæte pallida de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 avril.

1907. BRIDOUX. *Des Réactions méningées à liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique*, Th. de Lille. — CHÉREL. *Contribution à l'étude de diverses formes de syphilis graves et de leurs causes*, Th. de Paris. — COUX (DE). *Méningites syphilitiques aiguës. Essai de classification*, Th. de Paris. — DI PORTO. Contribution à l'étude du diagnostic de la méningite syphilitique aiguë, *Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*. — FAIRBANKS. Cerebral syphilis in children, *Journ. of the amer. Assoc.*, mai. — GAUCHER et MALLOIZEL. Syphilis secondaire rebelle au mercure survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés, *Bull. de la Soc. de dermat.*, p. 83. — MAGNE. Syphilis maligne précoce terminée par une méningite aiguë, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 20 oct. — MILIAN. Méningite syphilitique, *Revue des hôpit. en France et à l'étranger*, p. 292. — RAVAUT et DARRÉ. Etude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaire, *Gaz. des hôpit.*, 12 fév. — RAVAUT. Le liquide céphalo-rachidien des hérédo-syphilitiques, *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, fév.

1908. BALLET et BARBÉ. Un cas de méningite syphilitique avec autopsie, *Revue de neurol.* — CHABBERT. *Réactions*

méningées aiguës aseptiques, Th. de Paris. — CLAISSE et JOLTRAIN. Méningite syphilitique aiguë avec guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, p. 313. — CLAUDE et LHERMITTE. Mercure colloïdal, *Soc. de biol.* — DUTHEIL. *Hémiplégie précoce à la période secondaire de la syphilis*, Th. de Paris. — LEVADITI, RAVAUT et YAMOUCHI. Localisation nerveuse de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien, *Soc. de biol.* — LAUBRY et GIROUX. Méningite syphilitique aiguë, *Tribune méd.*, p. 837. — ROQUE et CHARLIER. Valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien, *Lyon méd.* — ROUX et LEMAITRE. Méningite cranienne syphilitique et tabes, *Revue neurol.*, p. 1340. — SCHNEIDER et SPICK. Etude du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite syphilitique aiguë mortelle, *Soc. de biol.* — SÉZARY et PAILLARD. *Processus histologique des réactions méningées dans la syphilis.* — VINCENT. Deux cas de méningite chronique syphilitique, *Revue de neurol.*

1909. L.-M. BONNET. Syphilis artérielle cérébrale précoce. Peu d'efficacité du traitement, *Lyon méd.* — BRELAT. Considérations sur les méningites aiguës non tuberculeuses et non suppurées, *Gaz. méd. de Nantes.* — BRISSAUD et BAÜER. Méningo-myélite syphilitique trente ans après le chancre, *Revue de neurol.* — DEBRÉ. *Presse méd.*, 1909. — GAUCHER et P. MERLE. Tréponème dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise des centres nerveux, *Acad. des sciences*, mars 1909. — Paul GAUTHIER. *Guérison et curabilité des méningites aiguës*, Th. de Lyon, 1909. — ŒTTINGER et HAMEL. Deux cas de méningites syphilitiques aiguës, *Gaz. des hôpit.* — RAVAUT. Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise ou héréditaire, *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, 15 juin.

1910. BONNET et GOUJAT. La méningite syphilitique aiguë, *Lyon méd.*, n° 1. — DESNOS. *La Méningite aiguë syphilitique*, Th. de Paris. — GOUJAT. *Les Méningites syphilitiques aiguës et subaiguës*, Th. de Lyon. — MIRIEL. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des méningites syphilitiques*, Th. de Paris. — VINCENT. *Méningites syphilitiques chroniques. Lésions des nerfs de la base du crâne*, Th. de Paris. — RAVAUT, GASTINEL et VELTER. *La Rachicentèse*, Monographie Masson, 1910.

HOPITAUX DE PARIS

LA RÉFORME DU CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et celle du 7 août 1851;

Vu l'avis émis par le conseil de surveillance dans sa séance du 23 juin 1910 relativement à une réglementation nouvelle du concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux.

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les articles ci-après du recueil des dispositions réglementaires concernant le service de santé sont revisés et remplacés par les nouveaux articles dont la teneur suit :

Art. 198. — Le nombre des places de chirurgien, d'accoucheur, d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de dentiste adjoint ou de pharmacien ne peut excéder trois pour chaque concours.

En ce qui concerne les médecins, il ne peut être ouvert par an qu'un seul concours destiné à pourvoir au nombre de places fixé par l'administration suivant les besoins, au début de chaque année.

Art. 200. — Le jury du concours pour les places de médecin des hôpitaux se compose de 12 membres : 11 médecins, 1 chirurgien, si le nombre des places à pourvoir est égal ou supérieur à 3; de 10 : 9 médecins et 1 chirurgien si le nombre des places est de 2.

Ces membres sont pris parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années, à compter du 1er janvier qui aurait suivi leur nomination.

Art. 201. — Les épreuves du concours pour les places de médecin des hôpitaux sont réglées comme suit :

ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

1° Une *épreuve écrite* comportant deux compositions, l'une sur une question de clinique, l'autre sur une question d'anatomie pathologique et de bactériologie.

Ces deux compositions sont faites le même jour; il est accordé quatre heures, la première heure étant toutefois consacrée à la réflexion et à l'élaboration du plan des compositions définitives.

Ces notes ne peuvent être écrites que sur un cahier de papier de couleur spéciale remis aux candidats au début de la séance. Une heure après les candidats reçoivent deux cahiers de papier de couleurs différentes; ils ont trois heures pour rédiger leurs compositions.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif.

L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé par l'administration pour les concours administratifs.

A la fin de la séance, après avoir inscrit dans l'angle de la copie leur nom sur lequel ils rabattent la partie opaque gommée, les candidats viennent apporter leur brouillon et leurs compositions au membre du jury surveillant qui pointe le nom du déposant sur une liste dressée par ordre alphabétique; les copies sont placées dans des boîtes scellées; quant aux brouillons, ils sont mis également sous scellés et détruits par les soins de l'administration à la fin de l'épreuve.

Pour entendre et juger les copies, le jury se constitue au moyen d'un tirage au sort effectué en présence des candidats au début de la séance en deux sections chargées de juger, l'une l'épreuve de clinique, l'autre l'épreuve d'anatomie pathologique et de bactériologie.

La lecture est faite, en séance privée, par les membres du jury; les copies sont numérotées dans l'ordre des lectures.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Une fois les lectures terminées, les deux sections du jury se réunissent en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles; ces points sont écrits en toutes lettres.

Seront éliminés à la suite de cette épreuve, la moitié des candidats ayant remis deux copies.

2° Une *épreuve clinique* sur un malade. Il est accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour la dissertation orale devant le jury après cinq minutes de réflexion. Seront conservés à la suite de cette épreuve cinq candidats par place à pourvoir.

3° Une *épreuve théorique orale* sur un sujet de pathologie médicale. Il est accordé au candidat quinze minutes pour faire sa leçon.

Seront conservés à la suite de cette épreuve, quatre candidats par place à pourvoir.

ÉPREUVES DÉFINITIVES

1° Une *consultation écrite* sur un malade (diagnostic, pronostic et traitement). Il est accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade et quarante-cinq minutes pour la rédaction de la consultation : cette dernière est lue immédiatement.

Seront conservés à la suite de cette épreuve un nombre de candidats triple de celui des places à pourvoir.

2° Une *épreuve clinique* sur un malade. Il est accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et la réflexion et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

ÉPREUVES DADMISSIBILITÉ

Epreuve écrite : 15 points pour chaque composition, soit au total........................ 30 points
Première épreuve écrite........... 20 —
Epreuve théorique orale.......... 20 —

ÉPREUVES DÉFINITIVES

Consultation écrite............... 20 points
Deuxième épreuve clinique........ 20 —

Les points sont votés après délibération et communiqués aux candidats à la fin de chaque séance.

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se basera, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels aura pris part le candidat, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours, enfin sur l'ancienneté du doctorat.

Seront déclarés admissibles les candidats ayant subi avec succès les trois premières épreuves.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs; ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer avec les médecins des hôpitaux au service des remplacements pendant la période des vacances.

Au cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient à la fin des épreuves classés *ex æquo* pour la ou les dernières places ces candidats subiront une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve clinique sur un malade, épreuve pour laquelle il sera accordé aux candidats dix minutes d'examen, cinq minutes de réflexion et dix minutes d'exposition.

Dispositions transitoires. — Par mesure transitoire, les candidats qui, déclarés antérieurement deux fois admissibles, étaient pendant cinq ans, à dater de la seconde admissibilité, dispensés du concours dit d'admissibilité, pourront continuer à bénéficier de leur privilège pendant les années où ce dernier leur était concédé, mais sans que le fait de prendre part à un ou plusieurs concours constitue pour eux une ou plusieurs admissibilités supplémentaires.

S'ils préfèrent ne pas s'exposer à être éventuellement primés par les candidats qui auraient acquis plus de deux admissibilités, ils auront la faculté de renoncer à leur privilège, afin de gagner de nouvelles admissibilités, mais, en ce cas, ils ne pourront prendre part aux épreuves définitives que s'ils ont été chaque fois déclarés admissibles à la suite des trois premières épreuves. Une seule renonciation implique l'abandon définitif du privilège acquis sous le régime du règlement antérieur.

Pendant cette période transitoire, les admissibles de l'ancien régime viendront s'ajouter au nombre d'admissibles déterminé par le nouveau règlement. Par suite, la cote sera pendant la durée maxima de cinq ans ramenée à 0 après les trois premières épreuves, les deux dernières devant seules décider des nominations.

Quant aux candidats qui n'avaient obtenu sous l'ancien régime qu'une admissibilité, ils devront subir toutes les épreuves du concours; mais, s'ils sont déclarés à nouveau admissibles, ils auront pendant cinq ans, à partir de la date de leur admissibilité antérieure, un droit de priorité sur les candidats qui obtiendraient dans les concours du nouveau régime un nombre égal d'admissibilités; ils passeront toutefois après les candidats ayant acquis dans ces concours un plus grand nombre d'admissibilités.

ART. 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 30 novembre 1910.

Signé : G. MESUREUR.

Vu et approuvé :
Paris, le 26 décembre 1910,
Le sénateur, préfet de la Seine :
Signé : J. DE SELVES.

Evolution et transformisme ou les lois de l'univers, par Albert et Alexandre MARY. Tome IV : Les organismes primordiaux. Une brochure in-8, 4 pl. similigrav. hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 JANVIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne; — M. A. Léri, suppléant.

Mardi 17 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Roussy; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Claude et Rathery; — M. Lecène, suppléant.

Mercredi 18 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique : MM. Kirmisson, Proust et Grégoire.

2e (1re série) : MM. Gautier, Macaigne et Jean Camus; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Branca et Guéniot; — (2e série) : MM. Nicolas, Hartmann et Lequeux; — M. Lœper, suppléant.

Jeudi 19 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique : MM. Pozzi, Lecène et Rouvière.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Brindeau; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Terrien; — (3e série) : MM. Rémy, Demelin et A. Schwartz; — (2e partie) : MM. Achard, Brumpt et Rathery.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 20 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux; — M. Guillain, suppléant.

Samedi 21 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 18 janvier, à une heure. — M. CLÈDE. Contribution à la prophylaxie de la fièvre jaune. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Roger et Léon Bernard.) — M. SCHAEFFER. Le ramollissement cérébral. Etude anatomo-pathologique et expérimentale. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Roger et Léon Bernard.) — M. POSEN. Essais d'alimentation à l'aide des produits abiurétiques fournis par l'hydrolyse de la viande. (MM. Roger, président; Blanchard, Déjerine et Léon Bernard.) — M. DOUVILLE. De quelques signes d'artérite chez les artério-scléreux. (MM. Roger, président; Blanchard, Déjerine et Léon Bernard.) — M. BRUCKER. Contribution à l'étude des luxations doubles de la rotule. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. BERNARD. De l'amputation primitive dans les grands écrasements du membre inférieur. (MM. Delbet, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 19 janvier, à une heure. — M. BRANCHU. Physique et moral dans quelques maladies. (MM. Gilbert, président; Bar, Pierre Marie et Jeannin.) — M. CORPECHOT. Grossesse et cardiopathies. (MM. Bar, président; Gilbert, Pierre Marie et Jeannin.) — M. CHENOT. Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de l'ovaire (Anatomie pathologique et histogénèse). (MM. Pierre Marie, président; Gilbert, Bar et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 3. — MARDI 10 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. MARDI 10 JANVIER 1911. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 6 janvier. — Question donnée : « Anatomie du lobe frontal du cerveau (sans la structure). Signes et évolution de la pneumonie lobaire aiguë franche. »

MM. Réchad, 9 + 15 = 24; Bonnet (Flavien), 14 + 19 = 33; Mercier, 10 + 20 = 30; Mossé, 17 + 20 = 37; Moriez, 13 + 20 = 33; Girard, 18 + 26 = 44; Avezon, 14 + 21 = 35; Antoine, 12 + 16 = 28; Monod (André), 13 + 19 = 32.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Baudet, chef de clinique; et le concours pour une place de médecin des hôpitaux par la nomination de M. Sorel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. Dambrin, agrégé, chargé d'un cours de médecine opératoire, est nommé, pour l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux de médecine opératoire.

Un congé, jusqu'au 30 avril 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Caubet, professeur de clinique médicale.

M. Baylac, agrégé, est chargé, jusqu'au 31 avril 1911 (durée du congé accordé à M. Caubet), d'un cours de clinique médicale.

— MONTPELLIER. — M. le docteur Jeanbrau, agrégé libre, est chargé (sans limite de temps) d'un cours clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 29 décembre 1910, ont été promus dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Jacquier, Manuel, Mariani, Boucher, Duquesney, Tauzia, Massard, Bert, Chavialle, Caillibaud, Bonnaves, Leclerc, Onfray, Desmolins, Crébassol, Plateau, Bertrand, Binant, Vincent, Jolieu, Saint-Béat, Quesnot, Estéoule, Gargaud, Piédallu, Goiny, Savy, Lemaître, Verdier, Vitet, Lièvre, Savouré, Béchard, Soulé, Darmezin, Daget, Boidard, Meusnier, Schneider, du Boyer de Choisy, Briffaut, Darras, Pérard, Fagault, Delmas, Millant, Chollet, Noël, Sénéchal, Royet, Génova, Tournaire, Dupin, Taleb ben Mustapha Ould Morsly, Bruneau, Malécot, Pottier, Malherbe, Jolly, Canuet, Bordes, Fleury, Kermarrec, Gleises, Lombart, Casanouve-Soulé, Brunet, Knoll, Buisson, Couvreur, Friedel, Vaillant, Guillemin, Séran, Boudey, Schirck, Pauly, Clenet, Rousset, Mory, Bergeaud, Vignon, Carel, Brunel, François, Billaud, Fontaine, Guénot, Tillier, Delattre, Bouchet, Martin dit Sisteron, Gelly, Pradelle, Purseigle, Jacquot, Velluet, Bonne, Casteran, Pelletier, Buy, Monteil, Launay, Sagory, Wolters, Chappé, Gardon, Lalagüe, Casalta, Mabin, Liautey, Chirié, Tardieu, Génova, Bichaton, Favette, Deshayes, Molveaux, Sauvy, Porée, Arnal, Galen.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Delbecque, Carron, Rascol, Grelault, Fortin, Leroux, Villaret, Dreyer, Roger, Orssaud, Barbot, Arrault, Jamaux, Martin, Bocquillion, Cornil, Hermabessière, Alamagny, Monnier, Serra, Vincens, Diot, Vincent, Bouvier, Chevallier, Caramanos, Nathan, Cistrier, Gauthier, Rigal, Graz, Jossu, Thomas-Latour, Thiry, Cousin, Couroubacalis, Arquier, Robert, Parrot, Guilly, Verlac, Lambert, Decoly, Jartel, Durieux, Magniez, Mourgues, Gailhac, Le Buanec, Gaillard, Lerouge, Wintrebert, Rochette, Ginestous, Gerst, Tulasne, Raynaud, de Vésian, Lavenant, Aerts, Fauvel, Alglave, Mairesse, Guillemard.

— Par décret en date du 29 décembre 1910, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Fradet, Vincent, Artigues, Estor.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Taillade et Terrasse.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Bourdin, Duplay, Jullien, Perquis, Augier, Clunet, Fabre, Fage, Muret, Garban, Hattat, Hamel, Fayet, Thevenin, Clavel, Girard, Blanc, Lemaire, Tronc, Pley, Lissonde, Flurian, Pontico, Serbouce, Potron, Rais, Basset, Violle, Goujat, Laverrière, Vallon, Delaunay, Roques, Pansier, Alamartine, Parouty, Foulatier, Scheurer, Chedeville, Madre, Turrel, Dupré, Rhenter, Barral, Renaud-Badet, Boulard, Dournay, Chaveron, Bérard, Colibert, Masselot, Potiron, Lauze, Baud, Gérard, Chevalier, Gaujoin, Gutierrez, Viallet, Margarot, Rousset

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 39.)*

UN CAS
DE
FIÈVRE TYPHOIDE AVEC MYOCARDITE GRAVE

Par L. BAUMEL (1),
Professeur de clinique des Maladies des enfants,
Membre correspondant national de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Le petit malade, dont je désire vous entretenir aujourd'hui, est atteint de fièvre typhoïde. Je n'ai pas l'intention de vous faire à son sujet l'histoire de la dothiénentérie. A côté des cas moyens, typiques, que décrit la Pathologie, il existe des cas atypiques, anormaux, des formes diverses de la maladie que la clinique nous apprend à connaître. Je désire précisément vous parler ici des particularités intéressantes par lesquelles la typhoïde de notre malade se différencie de la typhoïde classique, telle que vous pourrez la lire dans vos traités.

Il s'agit d'abord d'un enfant peu surveillé, livré à lui-même, mal et trop abondamment alimenté. En septembre, il était allé avec ses parents faire les vendanges dans un village des environs et ces travaux lui avaient paru très pénibles. Il buvait, nous dit la famille, de l'eau à tout hasard. Enfin on nous signale que, lorsqu'il ne suivait pas ses parents, il était abandonné à lui-même, mangeant et buvant ce qu'il voulait. Vous comprenez, sans que j'y insiste davantage, que toutes ces conditions ont largement favorisé chez lui l'éclosion d'une dothiénenterie grave.

Avant de nous être envoyé, l'enfant, nous a-t-il été dit, avait été plusieurs fois purgé. Or ceci, messieurs, est une faute. Nos maîtres nous ont appris que l'on ne devait sous aucun prétexte administrer de purgation au début d'une affection aiguë, à moins d'indications tout à fait spéciales. J'ai vu une variole hémorragique et mortelle pendant l'incubation de laquelle on avait maladroitement purgé le malade. Je ne dis pas que la purge elle seule suffise à créer de graves complications, elle y aide à coup sûr : dans le cas particulier que je vous signale, gênant l'éruption et contrariant le mouvement expansif vers la peau, elle ne pouvait qu'aggraver l'affection. Quoi qu'il en soit, vous retiendrez ceci : que les purgations sont dangereuses au début d'une affection aiguë.

La courbe de température de notre petit malade est remarquable par son irrégularité. Ce n'est point la courbe classique de la maladie avec son escalier ascendant, son plateau, son escalier descendant. Le pyramidon avait été administré dès les premiers jours et il avait eu sur l'évolution de la maladie une double influence : il avait en premier lieu profondément modifié la courbe thermique, de plus il pouvait exercer sur le myocarde de notre sujet une action déprimante alors que déjà cliniquement l'on constatait l'irrégularité et la faiblesse des contractions cardiaques, la rapidité et la dépressibilité excessive du pouls. Par la suppression du pyramidon, la courbe redevint normale et rien ne vint dès lors interrompre la continuité du plateau. L'influence des antithermiques sur l'appareil circulatoire doit plus longuement retenir votre attention. Pécholier considérait la quinine comme un jugulateur de la typhoïde. Mais avec elle on peut avoir des cas de morts subites, ainsi que je l'ai signalé il y a longtemps, surtout si l'on s'adresse, comme l'a démontré Bouchard peu de temps après, à des sels de mauvaise qualité. Donc pas d'antithermiques au cours de la dothiénentérie, à moins d'indications tout à fait spéciales et si l'on veut éviter d'aggraver la lésion profonde du myocarde telle que Hayem et Zencker l'ont décrite. La glace sur le ventre nous a rendu souvent à cet égard les plus signalés services. Notre petit malade dès le début de l'affection présenta des irrégularités cardiaques, l'auscultation du cœur montra les bruits sourds, lointains, le pouls était inégal, petit, dépressible, presque incomptable. Contre ces défaillances du cœur, nous avons lutté par les toni-cardiaques (teinture de digitale), les injections de caféine et d'huile camphrée à un dixième, le café au rhum en boissons. Nous avons pu ainsi soutenir ce myocarde fatigué : mais à l'heure actuelle vous pourrez encore constater la faiblesse des contractions cardiaques et la petitesse du pouls. De cette lésion du cœur dépendait en partie au moins l'albuminurie dont l'analyse des urines a dès le premier jour démontré l'existence et qui à l'heure actuelle a totalement disparu.

Vous avez pu enfin être frappés, comme moi, de l'existence sur cette courbe thermique d'ascensions brusques, de paratonnerres, que rien, semble-t-il, ne pouvait expliquer. L'examen de la denture de notre malade montra des dents cariées ou manquantes. La première prémolaire supérieure gauche manque, ainsi que la canine inférieure gauche ; la canine inférieure droite est branlante. Il existait donc chez notre sujet une évolution dentaire assez intense et c'était elle qui était venue se greffer sur la courbe jusque-là normale de la typhoïde pour y produire ces clochers irréguliers susceptibles de troubler en apparence notre diagnostic. Souvent, au cours de la dothiénentérie, on voit survenir des accidents nerveux, du délire, du mâchonnement : dans quelques cas l'enfant refuse toute alimentation et doit être nourri à la sonde. L'évolution dentaire suffit à nous expliquer parfaitement ces phénomènes nerveux qui viennent se surajouter à l'évolution habituelle de la maladie et en modifier le tableau.

Je m'en voudrais, messieurs, de ne pas vous parler, avant de terminer, de l'alimentation dans la convalescence de la fièvre typhoïde. J'attends, pour administrer le potage, deux jours d'apyrexie complète, au-dessous de 38 degrés. Je continue ainsi pendant trois jours : après quoi, si l'apyrexie persiste, je prescris chocolat le matin, potage et œuf matin et soir, cela encore pendant trois jours. Passé ce temps (huit jours d'apyrexie complète), je donne, aux deux repas principaux de la journée, potage et

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital suburbain de Montpellier, le 30 novembre 1910, et recueillie par H. Roziès, interne du service.

côtelette d'agneau avec un peu de pain que je recommande au malade de bien mâcher. En suivant fidèlement cette ligne de conduite, nous n'observons d'ordinaire ni rechutes, ni complications.

Vous voyez, messieurs, que le cas que je tenais à vous présenter aujourd'hui méritait de retenir votre attention : il ne s'agissait pas en effet, comme le vous l'ai montré, d'une dothiénentérie banale, mais d'un cas grave avec complications cardiaques, rénales et d'évolution dentaire. Ces cas méritent de la part du praticien un soin tout particulier : 1° pour éviter les rechutes si fréquentes au cours de la typhoïde et qui ne peuvent avoir pour effet que de diminuer encore plus la résistance du malade et du cœur en particulier ; 2° pour écarter de la thérapeutique tout moyen capable de déprimer la circulation et le cœur et de favoriser la syncope mortelle, malheureusement encore trop fréquente dans cette maladie ; 3° enfin pour faire entrer surtout dans ce traitement des analeptiques ou des toniques généraux et cardiaques, dont l'administration résulte des indications précises et particulières du moment, telles que nous les avons formulées plus haut.

PLAIE AURICULO-VENTRICULAIRE
DU CŒUR GAUCHE
SUTURE. RÉANIMATION. MASSAGE. SURVIE DE DIX-SEPT HEURES

Par G. HOUZEL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous ne voulons pas ici, à propos d'une observation personnelle, passer en revue tous les cas de suture du cœur et en dresser la liste complète. Nous nous en tiendrons à rapporter l'histoire d'une cardiorraphie dont les incidents opératoires méritent de retenir l'attention.

Observation. — On amène à l'hôpital Beaujon, le 26 juillet 1910 à minuit, un homme de trente-deux ans, débardeur qui, au cours d'une rixe, avait reçu dans la région précordiale un furieux coup de couteau. En état de syncope, baigné de sang, le blessé présentait une large plaie au niveau du téton gauche, plaie verticale de 6 centimètres environ d'où bavait le sang. L'accident remontait à plus d'une heure et, en examinant de près la blessure, nous constatons la présence d'un pneumothorax gauche ; les bruits du cœur sont sourds, lointains, tumultueux et très irréguliers. Le pouls, pris à la carotide est imperceptible. Le diagnostic de plaie du cœur est évident et l'intervention est immédiate.

Chloroforme à la reine. Toutes précautions d'asepsie minutieusement prises, nous traçons un large volet à charnière sternale afin de passer par l'énorme plaie située près du mamelon. Incision des pectoraux. Résection large de la troisième et de la quatrième côtes. Le jour donné par cette brèche costale est très suffisant et l'on se trouve en face d'une cavité pleurale gauche largement ouverte, d'un péricarde complètement déchiré. Le sang, vu l'intensité et la durée de l'hémorragie, ne sort plus qu'en bavant d'une plaie linéaire intéressant le ventricule gauche, le sillon auriculo-ventriculaire et l'oreillette gauche. Longue de 5 centimètres, à cheval sur les deux cavités, le cœur a des contractions tumultueuses et ses convulsions rapides sont difficiles à suivre dans la cavité thoracique.

Sans emprisonner le cœur, nous nous contentons de le caler de la main gauche et, en suivant l'organe dans ses soubresauts, nous pratiquons avec une aiguille de Reverdin très courbe cinq points de sutures au catgut. Les sutures ventriculaires sont faciles à placer ; il n'en est pas de même pour l'oreillette extrêmement mince, flasque, vide de sang et revenue sur elle-même.

Au moment où nous pratiquions la cinquième suture sur l'oreillette, le cœur s'arrête. Immédiatement nous prenons l'organe dans la main et nous commençons un massage vigoureux du cœur. Aucun résultat pendant onze secondes environ. A la douzième seconde, la main qui masse perçoit une petite convulsion cardiaque ; puis, sous l'influence du pétrissage exercé, les contractions cardiaques réapparaissent, d'abord très espacées, puis un peu plus fréquentes, bien que très irrégulières. On cesse le massage et l'on peut constater que les sutures sont étanches. Pourtant le cœur se remet à faiblir et l'on se rend compte que la pompe cardiaque s'arrête parce qu'elle marche à vide. Le malade est absolument exsangue et le sérum injecté sous la peau pendant l'intervention n'a pu encore entrer en jeu.

Désirant obtenir une absorption immédiate de sang blanc nous prenons deux litres de sérum chaud que nous versons dans la cavité thoracique béante. Tout est noyé dans le sérum jusqu'à fleur de côtes. Nous remarquons alors que, barbottant dans ce sérum, le cœur se remet à battre immédiatement de façon parfaite. Deux pressions de la main ont suffi pour obtenir ces contractions. Au bout de quelques minutes jugeant qu'une injection intra-cardiaque, outre sa difficulté d'exécution, était inutile, nous refermons rapidement en aveuglant la brèche pleurale et péricardique avec les plans musculaires thoraciques. Pas de drainage.

Injection intraveineuse de sérum au pli du coude (1 litre) et 10 centimètres cubes d'huile camphrée sous la peau. Le blessé se réveille et, à notre étonnement, réclame instamment son porte-monnaie qui contient sa paye du jour. On le remet dans son lit. L'intervention a duré en tout quatorze minutes. Le pouls est bon, bien frappé à 110 environ.

Toute la nuit, piqûres d'heure en heure de spartéine, caféine, huile camphrée. Le lendemain matin le blessé a toute sa connaissance, il se sent bien, cependant il se plaint de gêne respiratoire et est assez agité. Pouls très bien frappé à 120. Pas de température. Les bruits cardiaques sont nettement perceptibles.

On refait le pansement qui a peu saigné.

A cinq heures de l'après-midi le pouls du malade faiblit ; son facies décoloré s'altère et la gêne respiratoire augmente. Nous jugeons qu'il est inutile de remuer le blessé pour l'ausculter. A sept heures, mort. Autopsie médico-légale que nous n'avons pu suivre.

En résumé : il s'agit d'une suture du cœur gauche faite tardivement (plus d'une heure après le traumatisme) pour une plaie perforante auriculo-ventriculaire d'environ cinq centimètres de long. Ayant intéressé le ventricule, le sillon auriculo-ventriculaire coupé perpendiculairement à sa direction et l'oreillette gauche, l'instrument avait ouvert toute la région de la valvule mitrale. Cette énorme plaie nous fit mettre cinq points de suture au catgut. Des incidents opératoires méritent en outre de retenir l'attention.

Le premier point est la multiplicité des points de suture. Nous pûmes obtenir l'étanchéité parfaite avec cinq points de catgut passés avec la grande aiguille de Reverdin. De ces points séparés, trois n'étaient pas perforants : quant aux points auriculaires, ils furent d'une extrême difficulté à exécuter,

vu la profondeur de la région et surtout vu les soubresauts du cœur. Ils furent évidemment perforants, étant donné que, vide de sang, l'oreillette apparaît toute petite, flasque, ratatinée avec des parois de l'épaisseur d'une feuille de papier.

Il y a longtemps déjà qu'Elsberg, dans ses expériences, a montré qu'avant tout une cardiorraphie, pour être bonne, devait être à points séparés et non perforants. Dans notre cas, malgré une infraction à cette règle, nous pûmes constater après la suture que l'étanchéité était absolue. Le va-et-vient sanglant que provoquaient les mouvements respiratoires provenaient uniquement de la cavité pleurale gauche inondée.

Ce qu'il faut encore noter dans cette observation c'est l'arrêt du cœur survenant quelques secondes après la dernière suture, au moment où la main gauche repose l'organe dans sa loge. Jaffé (de Posen) a déjà appelé l'attention sur l'arrêt brusque du cœur après suture de ses parois; mais, pour notre blessé, l'arrêt cardiaque était uniquement dû à l'anémie totale, résultat prévu d'une hémorragie de plus d'une heure de durée. La pompe cardiaque ne marche pas à vide et le ventricule cessa de se contracter parce qu'il ne recevait plus de sang. La mollesse extrême du cœur, au moment où nous commencions le massage, en était la preuve.

La réanimation du cœur fut immédiatement tentée par le massage. Ce mode d'excitation cardiaque, pratiqué par compression rythmique, prudente, énergique de l'organe fit attendre son effet pendant douze secondes environ. Ce massage pratiqué à pleines mains, la pointe du cœur dans le creux de la main gauche, pouvait être dangereux pour nos sutures; celles-ci tinrent bon cependant et une première trémulation cardiaque apparut, suivie bientôt d'ondulations d'abord à peine ébauchées, très irrégulières, se dessinant sous forme d'ondes allant des oreillettes aux ventricules. Dans ce cas d'arrêt du cœur par épuisement sanguin le massage n'agit que comme un excitant mécanique du muscle; nous en eûmes la preuve car, sans modifications de la couleur, les contractions musculaires cessaient dès que l'on suspendait le massage.

Pour réanimer le cœur, il fallait réamorcer la pompe cardiaque en provoquant une absorption très rapide de sérum. Dans notre cas nous ne pouvions, vu la flaccidité de l'organe, pratiquer une injection intracardiaque et c'est pour cela que, ne pouvant attendre le résultat douteux d'une injection sous-cutanée, nous avons rapidement essayé, avec deux litres de sérum chaud versé à même par la brèche costale, d'obtenir une véritable inondation thoracique. Emplissant les cavités pleurale et péricardique, noyant cœur et poumon gauche, le sérum venait affleurer les bords de la plaie. Nous insisterons sur ce fait que les contractions cardiaques, incitées par une pression profonde du cœur, se produisirent de nouveau après cette manœuvre. Nous les vîmes devenir régulières et nous pûmes cesser presque immédiatement le massage. On voyait alors, barbottant dans le sérum un cœur dont les battements rythmés et énergiques étaient remarquables. Cette réanimation du cœur par ce procédé nouveau avait le résultat d'une véritable expérience de laboratoire et nous avons pu obtenir ainsi une transfusion extrêmement rapide du sang blanc dans le système circulatoire.

Ce procédé n'est exécutable que dans les plaies du cœur; c'est en plus la dernière ressource à tenter pour obtenir la revivification cardiaque. Elle nous a présenté, dans notre cas, le grand avantage de ne pas suspendre le massage cardiaque; dans une intervention aussi hâtive, elle nous a permis de profiter des premiers résultats obtenus par le massage et nous n'avons pas perdu un temps précieux à découvrir une veine affaissée et à pratiquer une injection massive intraveineuse dans des conditions médiocres d'asepsie opératoire.

Il est à remarquer enfin qu'avec ces sutures et cette réanimation du cœur sur la table d'opération, nous avons pu obtenir une survie de dix-sept heures, grâce au sérum. Le blessé a succombé avec tous les signes d'une anémie suraiguë.

LES
APERÇUS NOUVEAUX SUR LA PARALYSIE INFANTILE
ENVISAGÉS AU POINT DE VUE ÉLECTRIQUE

Par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE.

A côté de la poliomyélite classique il est d'autres formes qui se présentent avec une allure parfois un peu spéciale comme étiologie, symptomatologie et évolution.

Nous déclinons toute compétence en ce qui concerne la détermination de la nature des divers aspects sous lesquels se présente la poliomyélite, mais nous avons cru remarquer dans quelques-uns des cas que nous avons étudiés, certaines particularités intéressantes au point de vue de l'électrodiagnostic et du traitement.

*
* *

Dans la *paralysie infantile classique*, tant soit peu sérieuse, on trouve toujours, pour ainsi dire, un muscle ou un groupe musculaire en réaction de dégénérescence persistante, signe que les cornes antérieures sont touchées profondément. Cette réaction de dégénérescence définitive ou de très longue durée nécessite un traitement prolongé qui donne des résultats plus ou moins marqués et souvent très péniblement acquis.

Les *formes anormales* peuvent cliniquement se présenter avec l'aspect des poliomyélites classiques au point de vue des phénomènes paralytiques, mais comporter des différences au point de vue électrique.

On y rencontre aussi la réaction de dégénérescence aussi absolue dans ses conséquences que dans les cas de poliomyélite classique.

Mais il est plus fréquent d'observer des sujets qui présentent une réaction de dégénérescence plus passagère ou une ébauche de réaction de dégénérescence et se comportent comme une névrite grave

ou moyenne au point de vue de l'évolution ultérieure.

Enfin il n'est pas rare de voir d'autres sujets qui ne diffèrent guères cliniquement des précédents, et qui ont des réactions électriques plus atténuées : inexcitabilité faradique, hypoexcitabilité galvanique, ou même simple diminution aux deux modes d'excitation, et se comportent comme s'ils étaient atteints de troubles assez comparables à la paralysie diphtérique.

Il semble montré qu'on rencontre un peu plus souvent maintenant des *formes moins graves et sur lesquelles on a plus d'action par une thérapeutique appropriée.*

* * *

Ces données inclinent à penser qu'il est de toute première importance, à une période rapprochée du début, de pratiquer l'électrodiagnostic d'une façon systématique, pour préciser le pronostic.

Dans la paralysie classique, avant même que la *période de régression* ne se produise, on peut, grâce à l'examen électrique, prévoir quels groupes musculaires récupéreront le plus vite leurs fonctions ; et ceux qui resteront longtemps paralysés. Ces derniers en effet présentent vers le dixième ou le quinzième jour la réaction de dégénérescence; et si des électrodiagnostics successifs intercalés entre des périodes du traitement montrent que ces réactions ne changent pas, il y a lieu de craindre que la réaction de dégénérescence ne soit définitive.

Toutes les fois qu'un indice clinique peut faire penser à une forme anormale, il y a un intérêt plus grand encore à pratiquer l'électrodiagnostic, et on peut dire que, toutes les fois qu'on soupçonne être en présence d'une de ces formes, cette exploration a une importance capitale parce qu'elle permet souvent de guider avec précision le pronostic.

Il n'est pas sans intérêt certes de savoir vingt jours après le début de la maladie si un enfant paralysé est atteint d'une « forme » légère, assez rapidement curable, d'une paralysie qui durera quelques mois, ou qui sera indélébile.

* * *

La notion, qu'à côté de la poliomyélite classique grave il peut y avoir des paralysies moins sévères, plus facilement amendables et même de nature à guérir complètement, fait acquérir aux agents physiques et en particulier à l'électricité une importance plus grande dans le traitement des cas qui sont groupés sous le nom de « paralysie infantile ».

Jusqu'ici la présence de la réaction de dégénérescence était d'un pronostic sensiblement fâcheux; actuellement elle nous effraie un peu moins et ne nous ferme pas tout espoir : nous savons en effet que la réaction de dégénérescence ne comporte pas un égal pronostic dans tous les cas ; sa signification est d'autant plus grave que la lésion siège plus haut dans le neurone périphérique.

Enfin il n'est pas rare dans les formes anormales d'observer des réactions électriques où la réaction de dégénérescence n'existe pas; est seulement ébauchée; où l'on trouve seulement une diminution quantitative de l'excitabilité; ce qui est très encourageant pour le pronostic.

* * *

Au point de vue du traitement on ne saurait certes donner une ligne de conduite générale; c'est surtout une question d'espèces.

1° Dans la paralysie infantile classique, lorsque les muscles qu'on désire exciter ne peuvent se contracter qu'avec des excitations qui font en même temps contracter les antagonistes, il y a lieu de faire du galvanique constant sans interruptions ni secousses; du courant *trophique* pendant un certain temps.

Plus tard, on peut utiliser le galvanique rythmé au métronome.

Un grand nombre de paralysies à forme anormale sont justiciables du même traitement.

2° Dans certaines formes anormales il faut tenir compte de l'élément douleur qui peut coexister avec les phénomènes paralytiques.

Sans hésiter, c'est au courant constant, à intensité tolérable qu'il faut donner le choix, et le traitement peut être effectué à une période assez rapprochée du début des accidents.

S'il existe des douleurs spontanées, ces douleurs peuvent être atténuées et calmées par le courant constant, absolument comme dans une sciatique, par exemple.

S'il n'y a pas de douleurs spontanées et s'il y a seulement des douleurs réveillées par les mouvements, le courant ainsi fait ne risque pas de les provoquer, alors que, au contraire, l'électrisation par secousses, ainsi que nous nous en sommes rendu compte plusieurs fois, peut réveiller ces douleurs, plusieurs semaines après leur disparition en tant que douleurs spontanées.

Plus tard, quand il n'y a plus aucune manifestation douloureuse, on doit faire des interruptions galvaniques ou faradiques, suivant les cas ; qu'on complétera dès qu'on le pourra, par de l'ondulé et de l'électromécanothérapie.

Dans les variétés graves, à moins de faire des séances très longues, quelquefois mal tolérées par les enfants, il vaut mieux s'attacher à soigner, par l'électricité, les muscles ou les groupes musculaires les plus malades et à faire masser et rééduquer les autres groupes musculaires qui n'ont pas été atteints, mais qui, par suite des positions vicieuses ou de l'immobilité, présentent un certain degré d'atrophie.

Dans les formes légères l'électrisation faradique peut être tentée avec fruit dès le début du traitement.

En résumé, à côté des cas typiques indiscutables, il est d'autres malades chez lesquels l'infection semble frapper d'une manière moins élective ou moins marquée les cornes antérieures ; et peut peut-être englober les racines et les nerfs périphériques, ce qui comporte un pronostic bien moins sombre.

Aussi il n'est pas inutile d'effectuer des explorations électriques suivies, parce qu'elles permettent de sélectionner les cas bénins ou un peu graves, et qu'elles aident ainsi à préciser le pronostic.

Les chances d'amélioration que l'électrisation

longtemps et judicieusement employée donne dans la paralysie infantile classique, sont plus souvent incomparablement plus marquées dans la poliomyélite anormale.

MÉDECINE PRATIQUE

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA DÉSINFECTION DU CHAMP OPÉRATOIRE

Jusqu'à ces dernières années, les procédés de désinfection de la peau du malade avant l'opération différaient peu d'un chirurgien à l'autre, c'étaient des variantes des méthodes de Mickulicz ou de Quénu. Les temps principaux étaient les suivants. La veille de l'opération, bain général, ablation au rasoir des poils, savonnage soigneux avec de l'eau, une compresse stérilisée, séchage à l'alcool suivi de l'application d'un pansement aseptique (gaze, coton, bandage); le jour de l'opération, sous anesthésie générale, long savonnage, avec de l'eau et une brosse stérilisées, dégraissage et décapage à l'éther et à l'alcool, suivis ou non de l'application d'un antiseptique variable, certains chirurgiens employaient à ce moment l'application de teinture d'iode sur toute la surface ou les points difficiles à nettoyer (ombilic).

Heussner (de Barmen) proposa en 1906 de remplacer cette préparation par l'application, *sans lavage et savonnage préalable*, d'un badigeonnage de la peau avec une solution de benzine iodée paraffinée. Ce travail passa presque inaperçu et Heussner n'eut que de rares imitateurs.

En 1908, Grossich (de Fiume) proposa d'employer dans les mêmes conditions les badigeonnages de teinture d'iode. Son article eut un grand retentissement.

En France la méthode fut discutée à la Société de chirurgie (séance du 10 mars 1909), exposée dans de nombreuses publications (voir de Fourmestreaux et Damiot, Guibé, Orillon, à la bibliographie). Par des travaux expérimentaux précis MM. Walther et Touraine en ont démontré la valeur et de nombreux chirurgiens de tous pays l'ont adoptée. Puis peu à peu des critiques se sont élevées, des modifications de technique ont été indiquées, d'autres méthodes de *désinfection rapide de la peau sans lavage préalable* se sont fait jour. C'est le résumé de ces publications que nous désirons faire ici, en tâchant d'en tirer des notions pratiques.

Tout d'abord, en quelques mots, la technique de Grossich :

1° Opération non urgente, un bain et un savonnage la veille de l'opération sans pansement ultérieur, raser la malade.

2° En cas d'urgence, rasage à sec ou épilation au moyen d'une pâte épilatoire (Montagne, Wallace) sur la table d'opération.

3° Une heure, une demi-heure avant l'opération, au plus tard dès le début de l'anesthésie (Walther et Touraine ont montré qu'il fallait sept minutes pour que l'iode pénètre dans les couches profondes de la peau) sur la peau bien sèche, au besoin séchée avec de l'alcool ou de la benzine (Knocke), on étendra avec un tampon d'ouate ou une compresse stérilisée une couche de teinture d'iode. Toute la région étant préparée, on la recouvre d'un champ stérilisé.

4° Au moment d'inciser la peau, repasser une couche de teinture d'iode sur la ligne d'incision.

5° Après l'opération, les sutures finies, repasser un peu de teinture d'iode sur la ligne d'incision (Schanz).

Les avantages de cette méthode ne sont pas douteux. Tout d'abord la désinfection de la peau, si elle n'est pas absolue, est bien supérieure à ce qu'on obtenait par les procédés de désinfection avec lavage et brossage préalables.

C'est ce que montrent les expériences de contrôle de Walther et Touraine, de Stretti, Cammaroni, A. Duse (dans 50 p. 100 des cas la stérilisation est absolue), de Grossich (stérilité absolue dans 72 p. 100 des cas), alors que par le procédé de Mickulicz, Lawenstein et Gottstein, ensemençant des fragments de peau pris à différentes profondeurs, obtenaient des cultures dans 79 p. 100 des cas.

Les résultats cliniques concordent avec l'expérimentation et tous les chirurgiens qui l'ont adoptée déclarent que les suppurations de la paroi sont plus rares et les cicatrices plus belles par l'emploi de la teinture d'iode [un seul cas d'infection sur 150 opérations (H.-F. Waterhouse et St. Fenwick); sur 2 séries de malades à opérations identiques préparés les uns par les anciennes méthodes, les autres par la teinture d'iode, les résultats ont été supérieurs dans la deuxième série (Denucé, thèse Orillon)].

A côté de ce progrès capital, on peut invoquer des avantages multiples :

Le gain de temps si précieux dans les urgences, et qui n'est pas à dédaigner pour les autres opérations (raccourcissement du temps d'anesthésie).

La simplification de la préparation du malade, certains auteurs prenant acte de ce que les résultats sont aussi bons dans les urgences où le malade n'a pas été préparé la veille suppriment cette préparation ; ce qui assure au malade une bien plus grande quiétude la veille et surtout la nuit qui précède l'opération. On se contente de raser à sec le malade et de mettre une première couche de teinture d'iode deux heures avant l'opération (Waterhouse) et de recouvrir d'un champ stérilisé. Cette suppression est dans l'esprit de la méthode : la teinture d'iode pénétrera d'autant mieux que la peau est plus sèche et n'aura pas été imbibée par des lavages antérieurs. Certains auteurs (Grekow, Stanley green, G.-L. Stetton) vont jusqu'à supprimer complètement le rasage, et n'en ont observé aucun inconvénient, les poils étant pénétrés par la solution iodée. C'est aller un peu loin, et en dehors de la question asepsie, il y a la question commodité qui réclame un champ très net et l'enlèvement de tout ce qui peut être emmêlé aux fils et aux instruments.

Un avantage sérieux est d'éviter le refroidissement du malade par ces grands lavages qui n'étaient pas sans jouer un rôle dans la genèse des complications pulmonaires post-opératoires (Laan); on évite de même les excoriations causées sur des peaux délicates par un brossage même modéré.

On obtient bien plus facilement la désinfection des régions difficiles à nettoyer (ombilic, périnée, anus, mains, pieds) ou à glandes nombreuses (aisselle, cuir chevelu).

Un autre avantage très sérieux est de pouvoir procéder à la préparation du malade sans lui faire subir de violences qui peuvent dans beaucoup de cas aggraver l'affection qu'on va opérer (abcès intra-abdominaux, péritonites par perforation, hernie étranglée, grossesse extra-utérine, etc.).

Cette méthode permet d'opérer sans disséminer les germes sur les peaux difficiles à nettoyer par la profession du malade (mains des ouvriers), par l'existence de lésions de voisinage (eczéma, furoncle, ulcères) ou de reliquat d'une opération antérieure (fistule, anus contre-nature). Ce dernier avantage explique son extension au traitement des plaies des ouvriers (Reclus), à la désinfection des brûlures (Descomps), à la chirurgie de guerre (Reclus), à l'expérimentation sur les animaux (Gley).

La coloration brune montre bien les points de la peau qui n'auraient pas été atteints par le désinfectant et d'y remédier. De plus, pendant l'opération si les champs se déplacent, cette coloration permet d'apercevoir les parties situées en dehors du champ qui n'ont pas été préparées.

Un dernier avantage appréciable est de pouvoir agrandir extemporanément le champ opératoire au cours d'une opération, si on veut allonger une incision, faire une contre-ouverture non prévue, ou aller faire une incision dans un autre point du corps (greffes cutanées, graisseuses, aponévrotiques, osseuses).

A côté de ces multiples et sérieux avantages qui tiennent au *principe de la méthode, rapide désinfection sans lavage préalable du champ opératoire*, des chirurgiens n'ont pas été sans signaler de nombreux *inconvénients*, d'importance fort inégale d'ailleurs, *qui tiennent tous non à la méthode mais à la substance employée.* On lui a reproché de colorer le champ opératoire en brun uniforme ce qui empêche de bien voir les points de repère (Montagne); d'amener une hyperémie qui fait saigner le derme (Pauchet, Baum, Waterhouse, Villar); de rendre la peau très dure et difficile à suturer (Waterhouse); d'empêcher les bistouris de couper (Pauchet, Waterhouse); d'être parfois douloureux si on l'applique sans endormir le malade (Wallace, Waterhouse); de brûler la toile des champs (Waterhouse), d'abîmer les gants de caoutchouc qui deviennent friables juste au niveau du bout des doigts (Montagne); d'émettre des vapeurs irritantes qui peuvent, si le badigeonnage a été très étendu, causer du coryza et du larmoiement très pénible pour les assistants et le malade (Cesare Zatti, Waterhouse, Lionel Stettar, A.-S. Wallace, E. W. Baum); certaines peaux ne peuvent supporter la teinture d'iode et certains malades présentent une véritable idiosyncrasie pour le médicament, il se produit des érythèmes, avec ardeur et prurit, suivis de desquamation (nous avons observé un cas d'érythème ortié très pénible), de la vésication, des brûlures véritables, et même des escarres superficielles (Hindenberg) qui laissent des pertes de substance longues à se cicatriser (Fungengel, Auvray, L. Stettin, Wallace, Tuffier, Kirmisson, Delbet, Quénu, Broca); certaines régions à peau fine comme le scrotum peuvent après son emploi rester infiltrées et douloureuses pendant quelques temps (Knocke).

Chez l'enfant, en particulier très jeune, l'action irritante de la teinture d'iode peut entraîner des accidents plus sérieux, de véritables dermatites qui risquent de venir infecter la plaie opératoire et d'entraîner des accidents mortels. Nous en connaissons un cas non publié. Biesalki (de Berlin) et Moszkowicz (de Vienne) à propos de la discussion sur l'opération de Foerster dans la maladie de Little au Congrès allemand de chirurgie en ont rapporté chacun un exemple.

Enfin l'iode est absorbé rapidement par la peau, on le retrouve au bout d'un quart d'heure dans les urines (Lafay), l'application de teinture d'iode peut occasionner de l'albuminurie (Lyon et Loiseau). Chez les enfants où le champ opératoire couvre proportionnellement une surface bien plus grande que chez l'adulte, on pourrait redouter les intoxications.

Certains de ces inconvénients sont faciles à éviter.

En lavant la peau avec de l'alcool avant de placer les champs et d'opérer, on éclaircira beaucoup sa teinte qui de brune passera au jaune orange plus ou moins clair, on empêchera les champs d'être attaqués par l'iode, on protégera de même les gants contre son action, enfin on diminuera dans une large mesure son effet caustique (à condition de ne pas employer de l'alcool dénaturé, qui lui-même peut être irritant). Il suffira d'essuyer son bistouri avec une compresse après l'incision de la peau pour empêcher son tranchant de s'émousser. On a proposé (E.-W. Baum) pour éviter de gêner les aides par les vapeurs irritantes d'iode de faire le badigeonnage dans la salle d'anesthésie à côté de la salle d'opération, quant au malade il est protégé par le masque ou les compresses qui servent à l'endormir.

Reste l'action irritante et caustique de la teinture d'iode, elle est plus sérieuse et son étude demande quelques développements.

Tout d'abord la teinture d'iode est un produit qui peut présenter une composition et partant des propriétés très variables selon son *degré de concentration* et la *pureté des produits* qui entrent dans sa composition.

La concentration de la teinture d'iode diffère beaucoup selon les pays, et à ce point de vue les observations publiées à l'étranger demandent à être interprétées.

Nous avons relevé la composition officielle de la teinture d'iode des diverses pharmacopées; voici ce résumé sous forme de tableaux :

Pays possédant plusieurs teintures d'iode.

Pays	Composition	
France	1° Codex 1884 :	
	Iode	1g
	Alcool à 90°	12g
	2° Codex 1908 :	
	Iode	1g
	Alcool à 95°	9g
Allemagne	N° 1 :	
	Iode	1g
	Alcool à 90°	9g
	N° 2 :	
	Iode	1g
	Alcool absolu	8g
Grèce	N° 1 :	
	Iode	1g
	Alcool à 90°	11g
	N° 2 :	
	Iode	1g
	Alcool à 90°	9g
	N° 3 :	
	Iode	1g
	Alcool absolu	7g

Pays à teinture d'iode se rapprochant de celle du Codex français (1908).

Pays	Composition	
Chili, Finlande et Hongrie	Iode	1g
	Alcool à 90°	9g

Pays à teinture d'iode plus forte que celle du Codex français (1908).

Pays	Composition	
Autriche et Suisse	Iode	1g
	Alcool à 95°	8g
Belgique	Iode	1g
	Alcool à 94°	8g
Portugal	Iode	1g
	Alcool à 90°	8g
Russie	Iode	1g
	Alcool à 95°	8g80
Suisse	Iode	1g
	Alcool à 95°	9g

Pays à teinture d'iode moins forte que celle du Codex français (1908).

Pays	Composition	
Roumanie	Iode	1g
	Alcool à 95°	14g
Japon	Iode	1g
	Alcool à 90°	12g
Mexique	Iode	1g
	Alcool à 90°	11g
Etats-Unis	Iode	7g
	Iodure de potassium	5g
	Alcool à 95°	88g
Angleterre	Iode	2g5
	Iodure de potassium	2g5
	Eau	2g5
	Alcool à 90°	92g50

Ces différences sont très appréciables et, pour nous en tenir aux médicaments français, entre la teinture d'iode du Codex 1884 et celle de 1908, le pouvoir caustique a varié presque du simple au double. Les chirurgiens français ont d'ailleurs remarqué ce changement (Potherat, *Congrès de chirurgie*, 1909), et c'est pourquoi dans une de ses discussions

(séances du 25 mai et 1er juin 1910) la *Société de chirurgie* a invité les praticiens à se servir pour l'asepsie cutanée d'une teinture d'iode moins forte que celle du Codex et à formuler par exemple : « Teinture d'iode dédoublée ». (Kirmisson, Broca, Delbet, Quénu.)

Un second fait peut modifier la concentration de la teinture d'iode : l'évaporation de l'alcool; d'où il résulte que les solutions vieilles, débouchées, en particulier celles qui ont séjourné dans des récipients à large surface d'évaporation comme des verres, sont plus fortement concentrées. On doit donc la conserver dans des flacons à goulot assez large pour pouvoir, au besoin, y tremper un pinceau, bouchés à l'émeri et bien remplis.

La nature et la pureté des éléments qui entrent dans sa composition influent aussi notablement sur sa causticité.

« Préparée avec de l'alcool dénaturé, elle est vingt fois plus énergique, mais trop irritante; elle produit alors des brûlures très difficiles à guérir, dues à l'action énergiquement caustique des combinaisons de l'iode avec les cétones du dénaturant. » (Brissemoret.)

Certains chirurgiens ont fait la même remarque (Lionel Stetton, H. F. Waterhouse, Stephen Fenwick). Watherouse raconte qu'il a acquis cette connaissance à ses dépens et à celle de ses assistants. Il se sert de teinture d'iode diluée à 2 p. 100. Au début, par économie, l'hôpital lui fournissait une solution dans de l'alcool dénaturé avec de l'alcool méthylique, sans le prévenir. Il observa chez lui et ses aides une irritation considérable et très pénible de la conjonctive par les vapeurs caustiques. Rien de tel ne se reproduisit avec une solution d'alcool non dénaturé.

De plus, la teinture d'iode doit être fraîchement préparée ou conservée à l'abri de la lumière; elle s'altère rapidement à la lumière avec formation d'acide iodhydrique très caustique. Brunton a bien prouvé cette action de la lumière en montrant que la peau ne reste jamais teintée et n'est pas menacée de vésication après un usage prolongé si le badigeonnage est pratiqué dans l'obscurité ou à la lumière rouge de la chambre photographique. On peut aussi empêcher la formation d'acide iodhydrique en ajoutant à la teinture d'iode du borax à raison de 2/12 (Claret). M. Courtot propose l'adjonction d'iodure de potassium, ce qui permettrait en plus d'étendre la solution sans que l'iode se précipite.

En résumé, il faut se servir de teinture d'iode de l'ancien Codex (1/12), l'avoir préparée du jour même, ou conservée à l'abri de la lumière dans des flacons bien bouchés, n'en étendre que deux couches sur le champ opératoire (la première avant ou au moment de l'anesthésie, la deuxième sur la ligne d'incision), et avant d'inciser enlever le trop de teinture par un lavage à l'alcool à 90 degrés.

Employée dans ces conditions, mais *dans ces conditions seulement*, il semble que la teinture d'iode ne donne aucun accident. Nous nous sommes informés des résultats obtenus dans les services d'enfants, puisque les enfants, les tout petits surtout, ont une peau qui supporte très mal les irritants.

A Paris, dans les services de MM. Broca, Jalaguier, Savariaud et A. Mouchet, où la désinfection du champ est faite avec la teinture d'iode, mais avec les précautions indiquées ci-dessus, on n'a eu à noter aucune brûlure, même chez les tout petits, tout au plus parfois une légère desquamation sur le scrotum.

M. A. Mouchet évite de l'employer sur le scrotum et le pourtour anal, et fait précéder son application d'un lavage à la benzine iodée à 1/1000. M. Jalaguier fait aussi auparavant un lavage à l'alcool et à l'éther. A Bordeaux, M. Denucé, qui emploie la même technique, n'en a eu aucun ennui.

Cependant, étant donné qu'on n'est pas toujours sûr de la pureté de la teinture d'iode ou qu'on n'a pas toujours des produits fraîchement préparés, étant donné d'autre part qu'on n'est pas certain que même avec toutes ces précautions certains sujets prédisposés ne supportent pas sans incident l'application de teinture d'iode, on a proposé des modifications au procédé de Grossich. En conservant le principe de la méthode qui est excellent on a cherché à modifier le médicament employé ou à le remplacer par un autre.

Nous verrons successivement les modifications où l'iode a été conservé comme base de la désinfection, et ensuite les méthodes qui utilisent d'autres substances.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1910)

Recherches du Bacterium coli en cultures anaérobies dans les eaux et dans les huîtres. — MM. Fabre DOMERGUE et R. LEGENDRE font connaître leur procédé de recherches du *Bacterium coli* en cultures anaérobies dans les eaux et dans les huîtres.

On prépare un bouillon très nutritif de chair et d'intestin de bœuf, peptoné à 2 p. 100 et glycosé à 1 p. 100. Ce bouillon est réparti, par doses de 30 centimètres cubes, dans des tubes de 20 centimètres de long et de 2 centimètres de diamètre, bouchés assez lâchement à l'ouate et stérilisés à 110 degrés pendant 15 minutes. Après refroidissement on additionne les tubes de XV gouttes d'une solution de rouge neutre à 0,50 p. 100, phéniquée à 5 p. 100, en agitant avec une fine baguette de verre stérilisée. Au moment de l'emploi, on ajoute soit la quantité voulue de l'eau à analyser, soit le liquide retiré d'une huître et comprenant l'eau de sa coquille et le suc résultant de la dilacération de son intestin.

Chaque tube ensemencé est ensuite introduit dans un autre plus long, en verre un peu épais, rappelant la forme d'un tube de Roux mais à bords évasés et rodés, dans le réservoir inférieur duquel on a placé quelques centimètres cubes d'eau, 4 ou 5 pastilles de soude caustique et 2 grammes d'acide pyrogallique enveloppés dans une cartouche de papier gommé pour éviter une dissolution trop rapide. Le tube extérieur, légèrement enduit sur son pourtour d'une dissolution épaisse de cire à cacheter dans l'alcool, est fermé par un disque en verre rodé, puis porté à l'étuve à 42 degrés. En quelques minutes O et CO^2 sont totalement absorbés, le résidu gazeux constitué par de l'azote se trouve en dépression et, après un laps de temps qui oscille entre vingt-quatre et quarante-huit heures selon la richesse en bacterium coli, la présence de celui-ci est indiquée par le virage total du milieu en jaune canari, sa fluorescence verte et la production de bulles de gaz à sa surface.

Sur la nature lipoïdienne d'une substance active sécrétée par le corps jaune des mammifères. — MM. P. BOUIN et P ANCEL.

Relation du poids encéphalique à la surface rétinienne dans quelques ordres de mammifères. — M. Louis LAPICQUE.

Note sur épilepsie et constipation. — M. E. DOUMER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1911)

Prothèse du crâne. — M. ROUVILLOIS communique l'observation d'un officier qui, à la suite d'un traumatisme cranien, ayant nécessité une trépanation, conserva une légère hernie du cerveau. Il lui appliqua une plaque ajourée, dont les jours mesurent 5 millimètres de diamètre. Le résultat fut satisfaisant. M. Rouvillois, à propos de cette observation, entre dans

quelques détails sur la constitution de ces plaques, leur mode d'application et leurs avantages.

M. TUFFIER n'est jamais intervenu dans les cas de pertes de substance cranienne avec hernie cérébrale. Il rapporte, à ce sujet, l'observation d'une jeune fille qui fut atteinte d'un grave traumatisme cranien et à laquelle il dut pratiquer une trépanation du temporal. Il resta une légère hernie du cerveau. On lui demanda d'appliquer une plaque de métal. Il s'y refusa. Cette malade alla faire la même demande à Horsley qui refusa également. M. Tuffier estime qu'il ne faut pas craindre les conséquences de ces hernies du cerveau et qu'il vaut mieux ne pas intervenir dans ces cas.

Notions anatomiques relatives à la cholécystectomie. — M. HARTMANN analyse un travail de MM. Gosset et Desmarets sur les artères de la vésicule biliaire. La cholécystectomie étant devenue une opération de pratique courante, les auteurs de ce travail ont pensé qu'il y avait intérêt à bien préciser les différents points d'anatomie de cette région et, l'hémorragie étant un accident relativement fréquent au cours de cette opération, à bien étudier les artères de la vésicule biliaire. MM. Gosset et Desmarets ont donc cherché à bien spécifier les dispositions anatomiques des artères cystiques. Leurs recherches ont porté sur 25 sujets. Ils ont constaté qu'il existait deux variétés d'artères cystiques, l'une dans laquelle l'artère est courte, ce qui est le cas le plus fréquent, puisqu'ils l'ont constaté 18 fois sur 25, l'autre dans laquelle l'artère cystique est plus longue. L'artère cystique naît de la branche droite de l'artère hépatique. Quoi qu'il en soit, que l'artère soit courte ou longue, qu'elle soit haute ou basse, simple ou double, elle se trouve dans un pli péritonéal postérieur au canal cystique. En réunissant tous les cas qui ont été publiés et relatifs à ces recherches, on arrive à un total de 264 cas dans lesquels on trouve 88 p. 100 d'artères cystiques simples, puis 12 p. 100 d'artères cystiques doubles.

Egalement dans la proportion de 88 p. 100 des cas, l'artère cystique naît de la branche droite de l'artère hépatique, quelle que soit la disposition des artères; pratiquement, il faut aborder la vésicule au niveau de son col.

Arrivons à la technique opératoire de choix qui résulte pour MM. Gosset et Desmarets de leurs recherches anatomiques. Il ne faut pas lier à la fois le canal et l'artère; celle-ci doit être liée isolément. Il faut libérer la vésicule par sa face inférieure, la longer postérieurement jusqu'au canal, arriver à l'artère ou aux artères, les isoler, lier et couper le canal cystique et lier ensuite séparément la ou les artères cystiques.

Les auteurs font suivre ce travail de 25 observations de cholécystectomie exécutées dans des conditions différentes, soit comme opérations simples et primitives, soit comme opérations secondaires. Il faut s'appliquer à avoir le minimum d'hémorragie. Dans ce but, M. Gosset recommande quelques autres précautions : il préfère comme anesthésique l'éther au chloroforme.

M. Hartmann, tout en trouvant très justes les diverses prescriptions de MM. Gosset et Desmarets, continue à recourir au chloroforme. Il trouve le procédé de cholécystectomie rétrograde recommandée par ces auteurs comme excellent, mais il n'est pas toujours applicable. Ce procédé, déjà préconisé par Mayo, est à recommander dans les cas d'interventions récentes; mais, en France, les malades atteints d'affections biliaires viennent trouver le chirurgien trop tard, et on se trouve alors en présence de vésicules séreuses, adhérentes, rétractées, et le procédé recommandé par M. Gosset n'est pas toujours d'une application facile chez ces malades. Lui-même, d'ailleurs, ne l'a pas toujours employé, puisqu'il n'y a eu recours que onze fois sur une trentaine de cas. Il y a donc des reserves à faire sur l'emploi de ce procédé.

M. QUÉNU tient à faire les mêmes réserves. Il y a de grandes différences dans les conditions que l'on peut rencontrer. Autant que cela est possible, M. Quénu s'applique à faire la cholécystectomie rétrograde. Il essaie surtout de décoller le péritoine en haut. Mais cela n'est pas toujours possible. Tantôt on se trouve en présence de tissus trop friables, tantôt en présence de tissus trop durs. Le procédé de Gosset et Desmarets devient inapplicable dans ces cas. Il faut aussi compter avec les cas où la vésicule n'existe pour ainsi dire plus et où on peut alors entamer le canal cholédoque, ce qui a donné à Doyen l'occasion de pratiquer la première cholédocorraphie. Il faut s'attendre, en chirurgie biliaire, à se trouver en présence de conditions très différentes les unes des autres.

Traumatisme complexe par balle de revolver. — M. MORESTIN présente une jeune femme qui a reçu, à bout portant, une balle de revolver qui a déterminé un tatouage des deux lèvres, a fait une plaie au niveau de la lèvre inférieure, a échancré l'incisive médiane droite, a fait une plaie au niveau de la partie antérieure de la langue, a traversé cet organe, d'avant en arrière, pour sortir au niveau de sa base, a traversé le voile du palais et s'est perdue du côté de la colonne vertébrale.

A la suite de ce traumatisme, cette malade a présenté une vaso-dilatation extrême de la moitié gauche du cou et d'autres symptômes qui ont conduit M. Morestin à admettre une lésion du grand sympathique cervical. Comme l'hémorragie s'était arrêtée d'elle-même, M. Morestin attendit. On constata, chez cette malade, une sudation abondante du côté gauche, du larmoiement de l'œil gauche; la malade accusait un bruit de marmite du même côté; elle n'avait pas de sommeil et était très agitée. Sur le côté gauche du cou existait un hématome anévrismal. Tout cela finit par s'arranger et M. Morestin put aller à la recherche de la balle qui se trouvait dans un petit kyste sur le devant de la colonne vertébrale, au-devant de l'atlas du côté gauche où l'avait montrée la radiographie. Cette malade a très bien guéri.

Urétroscope. — M. MARION présente un nouvel urétroscope à lumière externe, très ingénieux.

Élections. — MM. Kümmel (de Hambourg), von Herczel (de Budapest), Navarro (de Montevideo), William Mayo (de Rochester) ont été nommés membres correspondants étrangers.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN FONCTIONNAIRE (1).

Le docteur P..., médecin de la maison centrale de Nîmes, fut prié le 2 août 1908 de passer au cabinet du préfet du Gard.

Le préfet lui fit connaître qu'il avait reçu l'ordre de lui faire cesser immédiatement ses fonctions, et, sur la demande du docteur P..., qui réclamait communication de son dossier, lui répondit qu'il n'avait aucun dossier à lui montrer et qu'il ignorait la nature exacte de la mesure prise à son égard ainsi que ses motifs.

Le 8 août, le docteur P... recevait notification d'un arrêté de révocation signé par le ministre de l'intérieur.

Cette mesure aurait été motivée par le rôle qu'aurait joué le docteur P... dans une mutinerie des détenus. Mais l'appréciation de son opportunité ne rentrait pas dans la compétence du conseil d'Etat statuant au contentieux. Ce dont la haute assemblée, saisie d'un pourvoi de l'intéressé, avait à s'occuper, c'était de la régularité de la mesure.

A la plainte du docteur P..., qui alléguait que, contrairement à l'article 65 de la loi du 22 avril 1865, on ne lui avait pas communiqué le dossier, malgré sa réclamation, l'administration objectait que le médecin d'une maison centrale n'est pas un fonctionnaire mais un simple chargé de service qui reçoit une indemnité non sujette à retenue.

(1) *Le Temps*, 31 déc. 1910.

Mais le commissaire du gouvernement Helbronner, qui occupait le siège du ministère public, a fait observer que le docteur P... avait été nommé par un arrêté ministériel et que le fait que l'indemnité qu'il touchait n'était pas sujette à retenue ne pouvait lui enlever la qualité de fonctionnaire que cette nomination lui avait conférée.

Dans ces conditions et conformément à ces conclusions, le conseil d'Etat a prononcé l'annulation de l'arrêté ministériel révoquant le docteur P...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Par décret en date du 29 décembre 1910, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine, Gautier, Bouvier, Gardère, Foulcher, Rebattu, Leballeur, Leclercq, Prunet, Contamin, Chappet, Luissier, Beaumelle, Gaston, Panou, Bernot, Pouget, Veyrat, Réclar, Chaperon, Bourgeois, Halphen, Balland, de Fontbonne, Robert, d'Isoard de Chénerilles, Labernadie, Guersant, Pujol, Barré, l'Hermier des Plantes, Thibault, Rouvillain, Delannoy, Joly, Monin, Maillet, Swinghedauw, Darrasse, Garnier, Jabouille, Delfour, Taphanel, Martel, Eloy, Rouvière, Devillebichot, Mège, Barrio, Desoutter, Vanniménus, Dejust, Fadat, Boda, Boriès, Bellet, Lernout, Besset, Grégoire, Vauzelles, Berranger, Boudon, Leporcq, Huard, Boissard, Rougon, Renevey, Beyly, Vanhaeke, Houchard, Lassalle, Colin, Bonfils, Maillefert, Feutelais, Versmée, Teyssier, Margeot, Mary, Marty, Courtadon, Hourcade, Dagrève, Coillot, Poupon, Gabory, Heisch, Hosteing, Morigny, Dufour, Lavielle, Mouzels, Weil (M.), Mansillon, Gras, Kaplan, Lévy, Pellat, Guichard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Weil (E.), Cornet, Charbonnel, Vitemon, Volbe, Lebedinsky, Frenkel.

EXERCICE DE LA MÉDECINE DANS LES COMMUNES FRONTIÈRES DE LA FRANCE ET DE LA BELGIQUE. — Voici le texte de la Convention dont nous avons parlé dans un précédent numéro (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 1, p. 9) :

« ARTICLE PREMIER. — Les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises où il ne réside pas de médecin.

Réciproquement, les médecins français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans les mêmes mesures dans les communes limitrophes belges où ne réside pas de médecin.

Ces dispositions s'appliquent dans les mêmes conditions aux sages-femmes et aux vétérinaires des deux pays.

ART. 2. — Les personnes qui en vertu de l'article 1er exercent leur profession dans les communes limitrophes du pays voisin n'ont pas le droit de s'y établir en permanence, d'y élire domicile, ni d'y avoir un pied-à-terre. Elles seront tenues de se conformer aux mesures légales et administratives prévues dans ce pays.

ART. 3. — Les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements belges et les médecins français admis en vertu de l'article 1er à exercer leur art dans les communes limitrophes du pays voisin et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays s'il n'y réside aucun pharmacien.

Les médecins vétérinaires belges et les vétérinaires français admis à exercer leur profession dans la zone frontière sont autorisés à vendre des médicaments dans les communes qu'ils visitent.

ART. 4. — Les personnes qui contreviendraient aux dispositions des articles ci-dessus seraient, à la première contravention, privées pendant un an du bénéfice créé par l'article 1er; en cas de récidive elles perdraient tout droit à ce bénéfice et seraient rayées de la liste établie conformément à l'article 5 de la présente convention.

ART. 5. — Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement belge fera tenir au gouvernement français un état nominatif des docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, des sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes belges limitrophes de la France avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis à la même époque par le gouvernement français au gouvernement belge.

ART. 6. — Un état annexé à la présente convention indiquera les communes belges et les communes françaises auxquelles s'appliquent les présentes dispositions.

ART. 7. — *Disposition transitoire.* — Les médecins belges et français actuellement établis dans les communes limitrophes des deux pays sont autorisés à exercer leur art dans toutes les communes limitrophes du pays voisin, même s'il y réside un ou plusieurs médecins et ce, pendant une période de cinq ans prenant cours le jour de l'entrée en vigueur de la présente convention, mais ils n'auront pas le droit de s'établir en permanence ni d'élire domicile dans ces communes.

Ces dispositions s'appliquent aux sages-femmes et aux vétérinaires des deux pays.

ART. 8. — La présente convention, qui remplace celle du 12 janvier 1881 dont les dispositions sont abrogées, sera exécutoire à dater du vingtième jour après sa promulgation dans les formes prescrites par les lois des deux pays et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois à partir du jour où elle aurait été dénoncée par l'une des deux parties contractantes.

Communes du département du Nord. — Bray-Dunes, Ghyvelde, Les Moëres, Hondscoote, Oost-Cappel, Bambecque, Houtkerque, Winnezeele, Steenvoorde, Godewærsvelde, Bœschèpe, Saint-Jans-Cappel, Bailleul, Nieppe, Armentières, Houplines, Frelinghien, Deûlemont, Warneton Sud, Warneton bas, Comines, Werwicq Sud, Bousbecque, Halluin, Neuville-en-Ferrain, Tourcoing, Wattrelos, Leers, Toufflers, Sailly-lez-Lannoy, Willems, Baisieux, Marpent, Jeumont, Colleret, Consolre, Bousignies Hestrud, Beaurieux, Clairfayts, Camphin-en-Pevèle, Wannehain, Bachy, Mouchin, Aix, Rumegies, Lecelles, Maulde, Mortagne, Flines-les-Mortagne, Hergnies, Vieux-Condé, Condé, Saint-Aybert Crespin, Quiévrechain, Rombies et Marchipont, Sebourg, Eth, Bry, Wargnies-le-Petit, La Flamengrie, Bettrechies, Gussignies, Houdain, Hon-Hergies, Taisnière-sur-Hon, La Longueville, Cognies-Chaussée, Bettignies, Villers-sire-Nicole, Vieux-Reng, Fellevies, Eppe-Sauvage, Moustier, Baives, Wallers-Trélon, Ohain, Anor.

Communes du département de l'Aisne. — Hirson, Saint-Michel, Watigny.

Communes du département des Ardennes. — Signy-le-Petit, La Neuville-aux-Tourneurs, Regniowez, Taillette, Gué-d'Hossus, Rocroi, Fumay, Fépin, Montigny-sur-Meuse, Vireux-Molhain, Hierges, Aubrives, Foisches, Givet, Fromelennes, Charnois, Landrichamps, Chooz, Hargnies, Thilay, Hautes-Rivières, Gespunsart, Bosséval, Donchéry, Saint-Menges, Fleigneux, Illy, La Chapelle, Villers-Cernay, Francheval, Pourn-aux-Bois, Escombres, Messincourt, Pure, Matton-Clemency, Tremblois, Mogues, Williers, Puilly-et-Charbeaux, Aufiance, Sapogne, Margny.

Communes du département de la Meuse. — Velosnes, Ecouviez, Verneuil-Grand, Verneuil-Petit, Thonne-la-Long, Breux.

Communes du département de Meurthe-et-Moselle. — Epiez, Allondrelle, Longuyon, Tellancourt, Saint-Pancré, Ville-Houdlemont, Gorcy, Coxne, Longwy, Mont-Saint-Martin.

Province de la Flandre occidentale. — Adinkerke, Moeren, Houthem, Leysele, Beveren-sur-Yser, Rousbrugghe-Haringhe, Watou, Poperinghe, Westoutre, Locre, Dranoutre, Neuve-Eglise, Ploegsteert, Warneton, Bas-Warneton, Comines, Werwicq, Menin, Reckem, Mouscron, Luingne, Herseaux.

Province de Hainaut. — Estaimpuis, Leers-Nord, Néchin, Templeuve, Blandain, Hertain, Lamain, Esplechin, Rumes, La Glanerie, Howardries, Rongy, Quévy-le-Grand, Gognies-Chaussée, Havay, Givry, Rouveroy, Grand-Reng, Erquelinnes, Solre-sur-Sambre, Bersillies-l'Abbaye, Bléharies, Laplaigne, Péronnes, Maubray, Callenelle, Wiers, Péruwelz,

Bon-Secours, Blaton, Bernissart, Hensies, Quiévrain, Hantes-Wihéries, Montignies-Saint-Christophe, Thirimont, Leval-Chandeville, Leugnies, Grandrieu, Sivry, Montbliart, Chimay, Baisieux, Marchipont, Angre, Angreau, Roisin, Autreppe, Fayt-le-Franc, Erquennes, Blaugies, Sart-la-Bruyère, Blaregn es, Aulnois, Salles, Bailièvre, Macon, Momignies, Beauwelz, Macquenoise, Forge-Philippe, Rièzes, L'Escaillière.

Province de Namur. — Cul-des-Sarts, Petite-Chapelle, Brûly, Couvin, Oignies, Mesnil, Treignes, Mazée, Vaucelles, Doische, Agimont, Heer, Mesnil-Saint-Blaise, Feschaux, Diou, Winenne, Felenne, Bourseigne-Neuve, Willerzée, Bourseigne-Vieille, Gedinne, Louette-Saint-Pierre, Nafraiture, Louette-Saint-Denis, Orchimont, Bohan, Membre, Alle.

Province de Luxembourg. — Bagimont Pussemange, Sugny, Corbion, Bouillon, Muns, Fontenville, Chassepierre, Florenville, Villers-devant-Orval, Gérouville, Sommethonne, Dampicourt, Lamorteau, Torgny, Saint-Mard, Ruette, Bleid, Musson, Halanzy, Aubange, Athus. »

HOPITAL BOUCICAUT. — Sur la proposition de M. Mossot, le Conseil municipal de Paris vient de décider d'accorder à l'Assistance publique un crédit de 5000 francs pour installer à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. Letulle, un matériel destiné au traitement de la tuberculose.

BUREAUX D'HYGIÈNE. — Une vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) dans les conditions déterminées par l'arrêté municipal du 5 novembre 1908.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 17 janvier 1911 pour adresser leurs demandes au ministre de l'Intérieur.

— Une autre vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Douai (Nord) dans les conditions déterminées par l'arrêté municipal du 31 mai 1910.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 27 janvier 1911 pour adresser leurs demandes au ministre de l'Intérieur.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — Le conseil d'administration est ainsi constitué :

Président d'honneur, M. Bucquoy ; président, M. Lucas-Championnière ; vice-présidents, MM. Ducor et Vimont ; secrétaire général, M. Granjux ; adjoint, M. Berruyer ; secrétaires des séances, MM. Chancel et Chapon ; trésorier, M. Butte.

Conseillers : Mmes Berruyer, Butte, Colin, Dalché, Deligant, Granjux, P. Guillon, Lucas-Championnière, de Pradel, Sébillotte.

MM. Darras, Dignat, Fumouze, P. Guillon, Helme, Labady, Plessard, Recht, Sébillotte, de Spéville.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 19 janvier, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur G. Eustache (de Lille).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — Docteurs BÉCLÈRE, RIST et DECLOUX (Hôpital Saint-Antoine). — *Enseignement clinique élémentaire* à l'usage des débutants en médecine. Les étudiants en médecine désireux d'être initiés et exercés individuellement à l'examen des malades, aux divers modes d'exploration des organes internes, spécialement des organes thoraciques, et à la notation journalière des faits d'observation clinique, sont invités à se faire inscrire dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine. (Le nombre des inscriptions est limité.)

Le docteur BERGÉ commencera à la fin de janvier 1911 un cours de *Thérapeutique médicale pratique* (la date de début, l'heure et le lieu seront ultérieurement indiqués par une affiche spéciale).

Docteur Edgard HIRTZ (Hôpital Necker). — *Enseignement de propédeutique* aux étudiants non stagiaires de première année. Tous les lundis matin, de dix heures à onze heures, *Examen méthodique et séméiotique des divers organes.*

Salle Delpech : lundi 15 janvier 1911. *Examen radioscopique du cœur* (avec le docteur Lesage).

Tous les mercredis matin, de dix heures à onze heures, salle Delpech, examen de malades par les candidats aux hôpitaux, anciens internes du service. Discussion du diagnostic.

Tous les vendredis matin, à dix heures, examen des malades entrants. Discussion, traitement.

Docteur MOSNY (Hospice Saint-Antoine). — Sous la direction de M. le docteur Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Saint-Girons, interne du service, commencera le mardi 24 janvier 1911, *un cours élémentairre pratique d'auscultation et de diagnostic des maladies des organes respiratoires.* Ce cours aura lieu à trois heures, trois fois par semaine, les mardi, jeudi et samedi. Il sera complet en treize leçons :

Première leçon : Inspection du thorax. Déformations thoraciques consécutives aux épanchements pleuraux.

Deuxième leçon : Palpation. Vibrations thoraciques normales, leurs variations physiologiques ; leurs modifications pathologiques.

Troisième leçon : Percussion du thorax normal ; classification des sons de percussion.

Quatrième leçon : Application de la percussion au diagnostic des affections pulmonaires, des épanchements pleuraux liquides, gazeux, mixtes ; et des lésions simultanées du poumon et de la plèvre.

Cinquième leçon : Auscultation en général.

Sixième leçon : Souffles et râles.

Septième leçon : Auscultation de la voix et de la toux.

Huitième leçon : Bruits pleuraux.

Neuvième leçon : Ponctions pleurales exploratrices et thoracentèse.

Dixième leçon : Diagnostic de la tuberculose au début : Tuberculine (inoculation sous-cutanée ; intradermo, cuti, oculo-réaction).

Onzième leçon : Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique et des formes aiguës.

Douzième leçon : Diagnostic des épanchements pleuraux (liquides, gazeux et mixtes).

Treizième leçon : Pneumonie, pleurésie et spléno-pneumonie.

N. B. — Les élèves seront exercés individuellement à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours est fixé à 50 francs. S'inscrire le matin auprès de M. Saint-Girons, interne du service.

Docteur PISSAVY (Hôpital Necker). — *Consultation de médecine.* — Un enseignement spécialement destiné aux étudiants de première année est organisé de la manière suivante :

1° Tous les matins à neuf heures et demie, les élèves seront individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances ;

2° Tous les mercredis à onze heures, présentation de malades ;

3° Tous les samedis à onze heures, étude des médicaments usuels.

Docteur Emile SERGENT (Hôpital de la Charité). — Tous les matins à dix heures, *Exercices de médecine pratique.* Interrogation et examen d'un malade ; discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques ; manière de formuler et de rédiger une ordonnance.

OPHTALMOLOGIE. — Dr POULARD (Hôpital Beaujon). — Tous les matins, à 9 heures, *Examen des malades.* Enseignement de l'ophtalmologie pratique aux médecins et aux étudiants : les notions indispensables au médecin praticien peuvent être acquises en un mois.

Dr MORAX (Hôpital Lariboisière). — *Enseignement de l'ophtalmologie. Démonstrations d'ophtalmologie* (Enseignement du 1er degré). Le docteur Morax fera pendant les mois de janvier, février et mars 1911 des démonstrations cliniques et techniques, qui auront lieu les lundis et jeudis matin, à 9 heures, dans le service de la consultation ophtalmologique. Ces démonstrations ont commencé le lundi 9 janvier 1911. Le vendredi matin, à 11 heures et demie, conférence avec présentation des malades et de pièces sur les manifestations oculaires en rapport avec les affections générales (syndromes viscéraux, vasculaires et nerveux). Les mercredis et samedis, à 9 heures : Exposé des indications opératoires et interventions chirurgicales.

Pendant cette même période, il sera fait un cours pratique d'ophtalmoscopie par MM. Magitot et Landrieu. Ce cours aura lieu l'après-midi. M. Magitot, assistant du service, recevra les inscriptions et adressera sur demande un programme détaillé.

Dr DUPUY-DUTEMPS (Hôpital Saint Antoine). — *Enseignement clinique d'ophtalmologie.* Le docteur Dupuy-Dutemps fera, tous les jeudis à 11 heures, une leçon clinique avec présentation des malades sur les Traumatismes oculaires, opérations.

Les lundis, mercredis, samedis, à 10 heures et demie, consultation et examen des malades.

PROGRAMME DES COURS ET DES CONFÉRENCES DE L'ÉCOLE DE PSYCHIATRIE (49, rue Saint-André-des-Arts) **POUR L'ANNÉE 1911 (11e ANNÉE).** — COURS DE 1911 (les cours et les conférences de l'Ecole de psychologie sont publics) :

Psychologie pathologique. — Docteur Paul Farez, professeur. — Objet du cours : La psychologie-pathologie de la faim. — Les samedis, à cinq heures, à partir du samedi 14 janvier.

Psychologie du criminel. — M. Guilhermet, avocat à la cour, professeur. — Objet du cours : Les causes psychologiques de l'erreur judiciaire. — La lutte contre la criminalité. — Les vendredis, à cinq heures, à partir du vendredi 13 janvier.

Psychologie sociale. — Docteur Broda, professeur. — Objet du cours : La synthèse de la religion et de la libre-pensée. — Les mercredis, à cinq heures et demie, à partir du mercredi 28 janvier.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, nº 15, 3 oct. 1910.) Samuel ROBINSON : Traitement prophylactique de l'empyème chronique. La trépanation d'une côte et le drainage aspirateur (4 fig.). — E. H. BRADFORD et Robert SOUTTER : La scoliose (avec 10 fig.). — A. E. AUSTIN, Mabel ORDWAY et Ruth MONTAGNE : L'absorption des protéides et des graisses dans la tuberculose pulmonaire (3 tableaux). — Arthur I. KENDALL et Richard SMITH : Un réactif rapide pour le diagnostic de la dysenterie bacillaire. — (Nº 16, 20 oct.) Charles F. PAINTER et Andrew P. CORNWALL : La technique de l'arthrotomie. Description et discussion de 198 observations (*à suivre*). — Arthur L. CHUTE : La petite prostate fibreuse. — W. P. GRAVES : Analyse de l'infection des plaies dans un millier d'opérations aseptiques consécutives. — J. S. FOOTE : Structure histologique comparée du fémur. — Francis W. PALFREY : Les récents progrès dans la théorie et la pratique médicale. L'ulcère duodénal et gastrique (*à suivre*). — (Nº 17, 27 oct.) Richard F. CHASE : La cholélithiase. — Wm. P. BOARDMAN : Nouvelles observations sur la réaction de Wassermann dans la syphilis (1 tableau). — Charles F. PAINTER, Andrew P. CORNWALL : La technique de l'arthrotomie. Description et discussion de 198 observations (suite du nº 16, p. 606, *à suivre*). — (Nº 18, 3 nov.) W. Irving CLARK : L'étiologie des calculs de la vésicule biliaire. — John E. DOULEY : Une erreur en psychothérapie. Le « se battre jusqu'au bout » dans les désordres nerveux fonctionnels. — Charles Greene CUMSTON : Les luxations spontanées de la hanche à la suite des maladies infectieuses. — Charles F. PAINTER, Andrew P. CORNWALL : La technique de l'arthrotomie. Description et discussion de 198 observations (suite du nº 17, p. 650, *à suivre*). — George Albert MAC EVOY : Les maladies d'estomac au point de vue médical (4 fig.). — (Nº 19, 10 nov.) Freeman ALLEN : L'anesthésie spinale. —

ARRÊT de la COUR D'APPEL

La — Chambre des appels correctionnels du Tribunal civil de la Seine a rendu le 15 juin 1910 l'arrêt suivant pour M. le docteur RÉMY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, demeurant à Paris, boulevard de Courcelles, 112, contre : 1º M. le docteur NOIR, gérant du *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, président du Syndicat des médecins de la Seine, 9, rue Linné, Paris; 2º M. le docteur DIVERNERESSE, chaussée de l'Etang, à Saint-Mandé, prévenus de diffamation à l'égard du docteur Rémy.

La Cour, vu les conclusions déposées au nom des appelants : Considérant que si les articles qui paraissent tous les quinze jours sous la plume du docteur Diverneresse, depuis le 20 mars 1908, dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, dont le docteur Noir est le gérant, visaient principalement les Compagnies d'assurances contre les accidents du travail, il n'est pas moins établi par tous les documents de la cause que l'article incriminé du 5 mai 1908 vise aussi la personne du docteur Rémy, qui y est suffisamment désignée; considérant que la majorité des lecteurs du *Bulletin officiel* se compose de médecins, que ceux-ci n'ont pu se méprendre un seul instant ni sur la personne du docteur R..., désigné comme médecin d'assurances en même temps que médecin de l'hôpital départemental de Nanterre, ni sur celle du docteur R.. (de Paris), assigné en dommages-intérêts pour concurrence déloyale devant le tribunal de la Seine par deux confrères ainsi que le docteur Diverneresse avait pris soin de l'annoncer antérieurement à ses lecteurs; considérant que si, pour le développement de sa polémique contre les Compagnies d'assurances, le docteur Diverneresse avait le droit de recourir à la critique la plus large, fût-elle même des plus acerbes, il a toutefois, dans le numéro du 5 mai 1908, dépassé les limites permises; qu'en effet, après avoir écrit que les assureurs enlevaient en automobile les blessés aux médecins librement choisis, il rappelle comme à titre d'exemple l'instance en dommages-intérêts ci-dessus présentant le docteur Rémy comme complice des procédés qu'il signalait, omettant de faire connaître l'issue de ce procès entièrement favorable au docteur Rémy qui avait obtenu les dommages-intérêts réclamés. Considérant qu'il ajoute que le docteur R... avait dû démissionner à la suite d'une plainte qui le visait, adressée au préfet de la Seine en septembre 1903 par M. le député Violette, plainte ayant trait à l'enlèvement d'un blessé, par une Compagnie d'assurances, de l'hôpital de Dam.... où il était admirablement soigné, pour être transféré dans la maison de M... à 100 kilomètres de Dam... où se trouvait un chirurgien dévoué à cette Compagnie. Qu'en outre, en recevant un blessé étranger au département de la Seine qui avait refusé, lors de son arrivée, de signer la déclaration qu'il y était domicilié, le docteur R.. sav it, d'après la plainte, qu'il violait le règlement de la maison. Considérant que ces imputations tendent en réalité à représenter, contrairement à la vérité, le docteur Rémy comme ayant été obligé de quitter l'hôpital de Nanterre dans des conditions fâcheuses pour sa probité professionnelle. Considérant qu'en écrivant. enfin au sujet de la prétendue séquestration de blessés dans des maisons de santé, sorte d'hôpitaux-prisons, appartenant aux assureurs, qu'on ne pouvait croire cette chose possible au XXe siècle, mais que la plainte du député Violette et l'instance devant le tribunal de la Seine l'avaient persuadé de la réalité de ces faits, le docteur Diverneresse précisait mieux encore la part qu'il entendait attribuer au docteur Rémy dans les faits qu'il citait d'une façon incomplète et inexacte sous le prétexte de documentation et associait pour ainsi dire le docteur Rémy, signalé comme dirigeant des cliniques pour le compte des assureurs aux procédés blâmables qu'il prétendait relever à l'encontre des Compagnies d'assurances Considérant que ces imputations dirigées contre le docteur Rémy après d'autres insinuations malveillantes déjà formulées au cours des années précédentes, revêtent un caractère nettement diffamatoire. En ce qui concerne le docteur Noir : Considérant que, bien que l'auteur de l'article soit connu, il n'y en a pas moins lieu de retenir le docteur Noir, en sa qualité de gérant, comme auteur principal, et de confirmer en conséquence le jugement dont est appel tant à son égard qu'à celui du docteur Diverneresse; adoptant les motifs des premiers juges non contraires à ceux du présent arrêt. confirme le jugement dont est appel, condamne le docteur Diverneresse et le docteur Noir solidairement aux dépens de première instance et d'appel.

Cet arrêt confirme un jugement de la 9e chambre du Tribunal correctionnel de la Seine du 1er décembre 1909 qui avait condamné les docteurs Noir et Diverneresse chacun à 500 francs d'amende, solidairement à 1000 francs de dommages-intérêts à payer au docteur Rémy et qui avait autorisé le docteur Rémy à faire publier deux insertions dans cinq journaux de son choix et aux frais des prévenus.

George Cheever SHATTUCH : L'étiologie de l'éléphantiasis. — S. G. WEBBER : Ophtalmoplégie externe congénitale. — Charles F. PAINTER, Andrew P. CORNWALL : La technique de l'arthrotomie. Description et discussion de 198 observations (suite du n° 18, p. 692). — Edwin H. PLACE : Diphtérie cutanée. Un cas fatal. — (N° 20, 17 nov.) W. P. GRAVES : Traitement opératoire de l'atrésie du vagin (4 fig.). — Robert M. GREEN : Cancer du scrotum (3 fig., *à suivre*). — E. DE PAOLI : Recherches cliniques et bactériologiques sur la méthode de Mickulicz pour rendre le péritoine résistant à l'infection opératoire. — Charles F. PAINTER, Andrew CORNWALL : La technique de l'arthrotomie. Description et discussion de 198 observations (suite du n° 19, p. 730). — Hannah G. MYRICK : Quelques cas de mort subite durant la grossesse et le puerpérium (1 tracé). — (N° 21, 24 nov.) Hugh CABOT : Remarque sur la technique des opérations pour calculs de l'uretère (6 fig.). — William H. SMITH : Une méthode pour colorer les bactéries encapsulées dans les liquides du corps. — Robert M. GREEN : Cancer du scrotum (fin du n° 20, p. 759). — Charles F. PAINTER, Andrew P. CORNWALL : La technique de l'arthrotomie. Description et discussion de 198 observations (fin du n° 20, p. 764).

Deutsche medizinische Wochenschrift (N° 45, 10 nov. 1910.) Ph. JUNG : Méthodes vaginales en obstétrique. — SCHRŒDER : Sur le traitement de la tuberculose laryngée. — FRIED : Guérison d'un pneumothorax tuberculeux après une durée de six mois. — PERNICE : Sur le cancer de l'œsophage haut situé et son traitement. — FANKENSTEIN : Remarques critiques sur la question des injections sous-cutanées dans l'éclampsie. — FRAENKEL : Le traitement de l'éclampsie d'après Shoganoff. — LOEWENTHAL : Sur les méthodes de mesure et les unités dans les recherches avec le radium. — SCHINDLER : Sur la question du traitement des myomes par les rayons Röntgen. — (N° 45, 17 nov.) BARDENHENER et GRAESSNER : Le traitement des fractures par les appareils à extension. — CODIVILLA : Sur les attaques de contractures après les opérations orthopédiques. — CASPER : Sur l'importance de l'exploration rénale. — JOCHMANN et MÖLLERS : Sur le traitement de la tuberculose par les préparations de tuberculine libres d'albumine. — BITTORF : Sur l'origine de l'hypertrophie cardiaque et de l'élévation de la tension artérielle dans les scléroses aortiques. — HECKER : Sur l'activité du 606. — GERBER : Action du 606 sur les spirochètes de la bouche. — GRAUL : Remarques sur le traitement diététique du diabète sucré. — HEILIGTAG : Un cas d'alexie traumatique. — WESENBERG : La résorption du iothion, surtout en applications rectales. — SOMMER : Sur la technique de la ponction veineuse. — HEERMANN : Semelles molles pour pied plat.

Presse médicale (N° 86, 26 oct. 1910.) HUTINEL : Le poumon dans les cardiopathies de l'enfance. — (N° 87, 29 oct.) A. MIGNON et BELLOT : Métastase d'un cancer latent de la glande thyroïde dans le segment dorso-lombaire de la colonne vertébrale. — Ch. LENORMANT : Les métastases pelviennes des cancers de l'abdomen supérieur (estomac en particulier). — (N° 88, 2 nov.) BORDIER : Traitement radiothérapique des fibromes utérins. Conditions de son efficacité. Ses indications, ses résultats. — (N° 89, 5 nov.) Victor VEAU : Traitement du bec de lièvre simple. Procédé de M. Jalaguier. — A. THIROUX : Persistance de l'infection des centres nerveux après disparition de l'infection des autres tissus dans un certain nombre de maladies à protozoaires. — (N° 90, 9 nov.) JAYLE : L'endopélyscopie (éclairage interne du bassin). — (N° 91, 12 nov.) MARFAN : La chaire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Leçon inaugurale. — (N° 92, 16 nov.) H. ROGER : Des intoxications. — (N° 93, 19 nov.) E. SERGENT : La valeur thérapeutique de la recalcification (méthode de Ferrier), dans la tuberculose pulmonaire jugée par six années de pratique. — P. FARGIN-FAYOLLE : L'accident de dent de sagesse et en général l'accident de dentition. La péricoronarite dentaire. — (N° 94, 23 nov.) P. RECLUS : Traitement chirurgical des hémorroïdes. — (N° 95, 26 nov.) G. HAYEM : De la réforme des études médicales. — J.-A. SICARD : Méningite sérique et anaphylaxie après sérothérapie rachidienne. — (N° 96, 30 nov.) DIEULAFOY : Etude sur la médiastinite syphilitique. — (N° 97, 3 déc.) A. BROCA et Ed. LÉVY : La tarsalgie des adolescents n'est pas une tuberculose atténuée. — L. MATOUT : Qu'est-ce que la matière ?

Province médicale (N° 43, 22 oct.) H. VERGER et Pierre MAURIAC : Un cas de gastrite phlegmoneuse diffuse. — L. GALLAVARDIN : Des bradycardies. — (N° 44, 29 oct.) RISPAL : Dysenterie spirillaire. — M. PATEL : Etude clinique et diagnostique du mégacolon. — (N° 45, 5 nov.) JABOULAY : Cellules d'une sarcosporidie de la chèvre et de tumeurs humaines. Cultures du cancer. — DESQUEYROUX : Les borborygmes rythmés et leur traitement par la méthode respiratoire. — (N° 46, 12 nov.) DUMAREST : Sur la pratique du pneumothorax thérapeutique. Statistiques et résultats. — (N° 47, 19 nov.) CARLE : Du traitement abortif de la blennoragie par les sels d'argent. — (N° 48, 26 nov.) M. PERRIN : Anaphylaxie vérique en poussées subintrantes. — ROUBIER et A. LACASSAGNE : Endocardite chronique métapneumonique (contribution à l'étude de l'endocardite pneumonique).

Therapie der Gegenwart. — (7e fasc., juillet 1910) Marius LAURITZEN : Du traitement du diabète sucré chez les enfants. — Leo JACOBSOHN : Sorte de crises survenant sans conscience, d'arrêt de la respiration. — Wilhelm STERNBERG : Du goût et capacité du goût en hygiène et en cuisine. — Gustav BRADT : De la thérapeutique de la coqueluche. — MANFRED FRAENKEL : La signification des rayons X en gynécologie. — (8e fasc., août) A. FRAENKEL : De la pleurésie dissimulée, en particulier de l'exsudat interlobaire, avec remarques sur l'empyème putride. — HERMANN TACHAU : L'injection intraveineuse du sérum antidiphtérique. — E. IMPENS : Pharmacologie sur le premier éther p-aminobenzoïque avec une attention spéciale à la forme cyclique. — G. MULLER : De la prophylaxie des anomalies du maintien. — BRUNO GLASERFELD : Remarques sur le traitement de la blennorragie aiguë du conduit urinaire. — (9e fasc., sept.) P. DUBOIS : Principes de psychothérapie. — J.-H. GESELSCHAP : Du traitement de la pleurésie séreuse par insufflation d'air. — MEIDNER : Sur le traitement antisyphilitique d'Ehrlich. — FOCKE : De la production des saignements spontanés du nez et son traitement par la digitale. — W. FISCHER : Sur le traitement de la syphilis d'Ehrlich. — (10e fasc., oct.) F. UMBER : Remarques sur la pathologie et le traitement des tumeurs. — A. BAGINSKY : Fondements généraux du traitement des maladies infectieuses des enfants. — Oskar WEISS : Sur l'état des connaissances actuelles sur l'asthme. — Leo JACOBSOHN : La signification des préparations de glandes surrénales dans la pratique médicale. — (11e fasc., nov.) P. MESERNITZKY et J. KEMEN : Sur les échanges de la substance purine chez les goutteux soumis à un traitement d'émanations de radium. — Adolf MÜHSAM : sur l'emploi du iothion en laryngologie. — (12e fasc., déc.) F. GUDZENT : Sur le moment d'administrer le traitement des émanations de radium. — Alfred ALEXANDER : Sur le traitement de la dyspepsie intestinale de fermentation au moyen de la taka-diastase. — Prof. HERMANN KÜMMELL : Le traitement opératoire et spécifique de la tuberculose des reins et de la vessie. — Leo JACOBSOHN : Discours sur les fondements de la psychologie et psychiatrie modernes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 9 janvier. — Question donnée : « Anatomie de la veine jugulaire interne (sans développement). Signes et diagnostic différentiel de la colique hépatique.

MM. Rudelle, 15 + 24 = 39; Weber (André), 15 + 22 = 37; Durand (Gustave), 17 + 23 = 40; Barat, 13 + 22 = 35; Morisson-Lacombe, 14 + 16 = 30; Dupradeau, 14 + 22 = 36; Mlle Monbiot, 12 + 17 = 29; MM. Moreau, 13 + 16 = 29; Legrain, 15 + 22 = 37; Besançon, 11 + 18 = 29.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Le jury est composé de MM. Lœper, Hallé, Aviragnet, Chantemesse et Wurtz.

Candidats : MM. Laroche, Vaucher, Touraine, Barré, Braun, Weil, Brin, Jumentié, Jacob, Paillard, Lagane et Stevenin.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est composé de MM. Monod, Auvray, Campenon, Mauclaire et Pinard.

Candidats : MM. Pascalis, Mock, Berger, Metzger, Toupet, Cadenet, Barbet, Houdard, Basset et Cruet.

GUERRE. — M. Rouget, médecin-major de première classe à la direction du service de santé au ministère de la guerre, est nommé professeur d'hygiène à l'école d'application du Val-de-Grâce.

MARINE. — M. le médecin en chef de première classe Duval est nommé membre du Conseil supérieur de santé de la marine.

M. le médecin de deuxième classe Bourrut-Lacouture est nommé à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école-annexe de médecine navale de Toulon.

LA SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE aura lieu le mercredi 18 janvier 1911, à quatre heures très précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : 1° Discours de M. A. Routier, président;

2° Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1910, par M. H. Hartmann, secrétaire annuel;

3° Eloge de G. Félizet, par M. E. Rochard, secrétaire général;

4° Proclamation des prix décernés par la Société.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie met au concours les questions suivantes : 1° Etablir, par des recherches expérimentales, les modifications que les injections d'alcool faites dans les troncs des nerfs déterminent dans la partie périphérique et dans la partie centrale;

2° Etudier les lésions de l'empoisonnement par l'hydrogène phosphoré.

Un prix de 800 francs est attribué à chacune de ces questions. La clôture du concours est fixée au 15 juillet 1912.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Sicard, chef de clinique à la Faculté de médecine d'Alger, et Louis-Gabriel Simon, chef du laboratoire central de l'hôpital Bretonneau.

« **LES DIMANCHES DU PRATICIEN** » (deuxième trimestre 1910-1911). — Dimanche 15 janvier. Conférence de M. Mauté, chef de laboratoire de l'hôpital Beaujon : Etude des nouvelles méthodes de traitement par les vaccins spécifiques. Technique. Indications. Résultats. — Laboratoire de biologie appliquée, 54, faubourg Saint-Honoré, dix heures du matin.

Pour les dimanches du praticien, s'adresser à M. Desfosses, 47, rue de Rome.

HOTEL-DIEU (service de M. le docteur Caussade). — M. le docteur G. Leven fera une consultation-leçon sur les maladies de l'appareil digestif (diagnostic, thérapeutique et examens radioscopiques) tous les vendredis, à neuf heures et demie, salle Saint-Augustin.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — CONFÉRENCES 1910-1911. — La conférence d'internat (deuxième série) commencera le 12 janvier.

La conférence d'externat (troisième série) commencera le 13 janvier.

S'inscrire au siège de l'Association, 8, rue Dante.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT DES PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par le docteur MAUCLAIRE,
Agrégé, chargé de cours de clinique annexe,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Nous avons assez souvent dans le service des péritonites généralisées, elles sont d'origine appendiculaire dans les trois quarts des cas. En voici deux exemples typiques et récents.

Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune fille de vingt-quatre ans entrée dans le service dans le courant de juillet dernier. Elle avait eu une première crise légère d'appendicite en janvier, une deuxième plus grave en juin, et une troisième trois jours avant son entrée ici. La crise paraissait se calmer au bout de quarante-huit heures, lorsque brusquement les vomissements porracés reparurent, cela décida la malade à entrer à l'hôpital. A ce moment son état ne parut pas justifier une intervention immédiate. Il y avait bien un peu de ballonnement sous-ombilical, empêchant de sentir un plastron local, les vomissements étaient peu abondants, le pouls à 120, la température à 38°5 ; le facies peu altéré. Le traitement par la glace locale, le repos absolu, la diète absolue furent imposés immédiatement. Le lendemain matin à la visite malgré ce traitement, l'état local et l'état général étaient restés les mêmes. Le facies était plus altéré, le pouls plus rapide, la température était la même, le ventre n'était pas plus ballonné, pas plus douloureux, toutefois la sensibilité me parut remonter un peu vers l'ombilic. Au toucher vaginal et au toucher rectal, je ne sentais pas bien nettement l'existence d'un abcès pelvien collecté. La situation était bien embarrassante au point de vue thérapeutique. Mais dans ces *crises appendiculaires à évolution insidieuse* dans ces *formes torpides*, c'est-à-dire dans ces formes dans lesquelles l'accalmie ne se produit pas franchement, quand le traitement est bien institué, j'ai fini par adopter le principe de l'intervention immédiate. Je crois que dans ces cas la persistance des symptômes indique une persistance, une aggravation et une extension de l'infection péritonéale.

Comme j'ai l'habitude de le faire, dans ces cas de doute sur la généralisation de la péritonite, je commence par faire une incision exploratrire médiane suspubienne. Ici, j'ai trouvé ce que je craignais, à savoir un liquide séropurulent abondant dans l'abdomen, je fis ensuite une incision dans chaque fosse iliaque et j'y trouvai également du pus, au milieu d'adhérences assez nombreuses à droite. Etant données ces adhérences je n'ai pas cherché l'appendice. Par les trois incisions j'ai drainé le pelvis, les fosses iliaques et les fosses lombaires. La malade fut maintenue un peu assise dans son lit. Les symptômes de septicémie péritonéale persistèrent et cette malade succomba au bout de quarante-huit heures, malgré tout le traitement adjuvant : sérum, huile camphrée, etc.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans entré dans le service avec tous les signes d'une crise d'appendicite au 3e jour de sa crise et ne paraissant pas se calmer facilement malgré le traitement tout comme dans le cas précédent. De même l'opération immédiate ne fut pas jugée utile par le chirurgien de garde, le malade fut soumis au traitement habituel, mais le lendemain l'état local et l'état général s'aggravèrent encore. Je fis d'abord la laparotomie exploratrice médiane et je trouvai également une péritonite généralisée. Le sujet fut drainé par les trois incisions, médiane et latérales. Il fut maintenu à moitié assis dans son lit. Il y eut une amélioration les jours suivants, mais la septicémie péritonéale ne disparut pas complètement. J'étais en vacances à ce moment et je regrette de n'avoir pu tenter chez lui, devant cette persistance des symptômes, le drainage abdomino-périnéal que j'ai préconisé. Finalement le malade succomba dix jours après l'opération.

Je pourrais vous citer bien d'autres exemples du service, mais les deux que je viens de vous rapporter sont absolument typiques et c'est à leur propos que je veux vous parler du traitement des péritonites généralisées, traitement très étudié en ce moment dans toutes les Sociétés savantes, de tous les pays.

Je vous rappelle que je vous ai bien souvent parlé des *péritonites appendiculaires, les unes franches, les autres insidieuses*. Je vous ai déjà décrit les deux formes bien différentes l'une de l'autre, la *péritonite septique* diffuse et la *péritonite franchement purulente*.

A. Nous sommes complètement impuissants dans le cas de *péritonite septique diffuse* caractérisée par l'existence d'un liquide louche peu abondant dans l'abdomen, par une douleur abdominale diffuse, un ballonnement généralisé, un facies terreux, un pouls filant, rapidement incomptable, une dyspnée toxique, de la cyanose des extrémités, des sueurs abondantes et une euphorie navrante, car le malade meurt brusquement en pleine connaissance et en déclarant à son entourage qu'il se sent mieux. J'ai renoncé à toucher à ces malades et je vous engage à faire de même. C'est dans ces cas que l'on voit le malade succomber brusquement dès le début de la chloroformisation.

B. Nous sommes mieux armés quand il s'agit de la *péritonite généralisée franchement purulente*, soit qu'il s'agisse de la suppuration étendue à toute la cavite péritonéale c'est-à-dire *totale ou subtotale*, soit qu'il s'agisse de la suppuration collectée sous forme des *grands abcès péritonéaux collectés entre les anses intestinales*.

Il faut, en effet, tout d'abord évacuer et drainer la cavité péritonéale. Les *drainages multiples, hypogastriques* et *bi-iliaques* sont les plus fréquemment employés. Par l'incision hypogastrique on met un drain qui descend dans le cul-de-sac de Douglas. Par les incisions iliaques on met un drain qui descend vers le pelvis et un autre qui remonte vers la

face antérieure du rein, on draine ainsi la fosse iliaque et la fosse lombaire.

On a voulu drainer plus largement l'abdomen et pratiquer le *drainage en étages :* bi-iliaque, suspubien, prérénal sous-hépatique, sous-splénique par des incisions multiples dont vous concevez le siège.

Voici encore d'autres procédés de drainage.

Par le *drainage lombaire* (Bond-Villemin) on fait une incision à la paroi abdominale postérieure juste au-dessus de la crête iliaque au niveau du triangle de Jean-Louis Petit et on draine ainsi plus complètement la loge lombaire.

Par le *drainage abdomino-vaginal* on incise le cul-de-sac postérieur du vagin ; on draine bien le pelvis. J'ai obtenu plusieurs succès par ce drainage.

Le *drainage transversal transmésentérique* (Bode) consiste à passer un drain à la hauteur de l'ombilic, transversalement d'un hypocondre à l'autre, le drain passant à travers le mésentère.

Le *drainage transmésocolique* a été employé lorsque le pus a envahi l'arrière-cavité des épiploons. On effondre le mésocolon transverse et c'est par cette ouverture que l'on draine la collection. J'en ai observé un cas chez un enfant.

Le *drainage prérectal* que j'ai conseillé en 1897, dans une étude anatomique détaillée (Société anatomique, 1897, page 868 et Société de chirurgie, 21 mai 1907) consiste à faire en somme la taille prérectale ; on arrive sur le cul-de-sac péritonéal que l'on suivra et par là on évacue les abcès pelviens limités ou la grande cavité péritonéale. C'est le drainage prérectal direct. Il peut être indirect si après avoir fait l'incision sus-pubienne on repousse de haut en bas le cul-de-sac péritonéal vers lequel on se dirige plus facilement, on incise les tissus prérectaux vers le bout du trocart.

J'ai employé plusieurs fois cette voie de drainage, soit le drainage périnéal direct, soit le drainage indirect (abdomino-périnéal). Cette voie de drainage a été également utilisée par Sutton (1), Delanglade (2), R. Picqué (3), Routier, Giuliani (4), A. Guinard (5).

Les *lavages de la cavité péritonéale* sont-ils nécessaires ? Autrefois ces lavages ont été faits et multipliés avec des solutions bien diverses, antiseptiques ou aseptiques, eau bouillie, sérum, etc. Actuellement, la plupart des chirurgiens y ont renoncé.

L'oxygénation, c'est-à-dire un passage d'un courant d'oxygène dans la cavité péritonéale a été recommandé récemment par MM. Weis et Sencert.

L'injection intra-abdominale d'huile camphrée au 1/10 (Glimm) a des partisans. MM. Vignard et Arnaud (6) s'en montrent très enthousiastes.

L'*appendicostomie* et la *cæcostomie* ont été pratiquées par plusieurs chirurgiens qui pensent que, dans les cas de parésie intestinale, il y a intérêt à évacuer le contenu intestinal. On la pratique soit au cours de l'opération, soit les jours suivants, s'il y a de la parésie intestinale (Lick, Schmitzler, Borchardt, Krogius, etc.). Korte dit l'avoir employée 21 fois et dans 9 cas cette opération sauva réellement le malade.

Les *positions postopératoires* sont actuellement très étudiées. La position couchée à plat est aujourd'hui jugée insuffisante par les chirurgiens américains. Ils adoptent la *position de Fowler*, c'est-à-dire l'inclinaison du malade à 45 degrés dans son lit. De cette façon tout le liquide descend vers le pelvis, l'infection se limite à cette cavité. *Je crois que, dans certains cas, la position de Fowler gagnerait à être complétée par le drainage périnéal chez l'homme ou abdomino-vaginal chez la femme.*

La *position ventrale* a été essayée depuis longtemps. Il y a dix ans, je l'ai tentée chez des enfants ; on les retourne facilement sur le ventre, et j'ai constaté que pendant ce retournement de l'enfant on évacue encore une très grande quantité de pus (Soc. de pédiatrie, 1904). Kuster et Harbin ont également recommandé cette position ventrale. Mais cette position est douloureuse pour le sujet et ne peut être maintenue longtemps.

La *position inclinée sur le côté droit* a été recommandée par Dreesmann, Allen et Walther.

L'*entéroclyse*, c'est-à-dire des lavages rectaux continus avec du sérum, a été très recommandé par Murphy et plusieurs chirurgiens américains. Récemment en France, Marquis (de Rennes) a conseillé fortement cet adjuvant du traitement postopératoire (1).

Quant aux statistiques, elles sont légion ! mais bien différentes suivant les pays. Kummel note 52 p. 100 de guérisons ; Korte 55 p. 100, pour un total de 425 cas ; Neumann, 62 p. 100, pour un total de 314 cas ; Gerster sur un total de 609 cas note 86 p. 100 de guérisons. Il fait un lavage de l'estomac, des injections intraveineuses, des injections sous-cutanées d'huile camphrée. Il endort au protoxyde d'azote, puis à l'éther, pour moins choquer le malade. Il enlève systématiquement l'appendice et il draine. S'il y a de la paralysie intestinale, il fait des lavages de l'estomac et l'entérostomie. Fowler a obtenu 67 p. 100 de guérisons, pour un total de 98 cas.

Dans sa thèse récente, Lerat rapporte 52 cas opérés par Walther et Baumgartner, avec 34 guérisons.

En France, les résultats sont moins bons qu'à l'étranger. Cela est bien surprenant et je pense avec d'autres que, dans ces ultrabrillantes statistiques étrangères, on a englobé bien des cas de péritonite partielle, avec des péritonites généralisées.

Voici ma statistique personnelle : sur environ 70 cas opérés par moi depuis 1896, j'ai 7 guérisons, soit seulement 10 p. 100 de guérisons !

Quelle différence avec les autres statistiques ! Je me hâte de dire que j'ai opéré presque tous les malades que j'ai eu à examiner et dont beaucoup étaient

(1) SUTTON. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1898, p. 1438.
(2) DELANGLADE. *Soc. de chir.*, mai 1900.
(3) R. PICQUÉ. *Soc. de chir.*, 1907, et discussion.
(4) GIULIANI. *Lyon méd.*, mars 1908.
(5) GUINARD. *Journ. des praticiens*, juillet 1910.
(6) VIGNARD et ARNAUD. *Lyon chirurgical*, 1910, p. 545.

(1) MARQUIS. *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 1507.

déjà des moribonds. Je l'ai fait parce que j'ai vu des guérisons inespérées et le malade n'aurait-il qu'une chance sur 100 de guérir, il faut la lui donner. Je n'ai donc pas « soigné » ma statistique.

La conclusion évidente, c'est que les statistiques faites en tenant compte de l'heure de l'intervention montrent que, plus l'opération est précoce, plus le malade a des chances de guérison ; aussi je crois que la *précocité de l'intervention a autant d'importance que les méthodes d'intervention et de drainage si diverses*.

DÉSINTÉGRATION PATHOLOGIQUE DES LEUCOCYTES

OBSERVÉE A L'ULTRAMICROSCOPE

(Sur un cas de leucémie et un cas de pneumonie ayant présenté de la fragmentation leucocytaire.)

Par MM. R. HORAND,

Chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon,

et Ph. RUSSO,

Médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Nous occupant depuis un certain temps de recherches ultramicroscopiques, nous avons pu recueillir une série de faits qui ont permis à l'un de nous d'établir une théorie des modifications des mouvements des grains protoplasmiques visibles dans les cellules à l'ultramicroscope (1). Ces modifications seraient dues toutes à des modifications dans la constitution physico-chimique du milieu intérieur de l'organisme considéré et présenteraient deux formes types : exagération et diminution, correspondant, l'une à une nudilution de l'hydrosol protoplasmique, l'autre à une gélification de cet hydrosol; cette nudilution et cette gélification pouvant s'accompagner de dispersion ultérieure des grains dans le liquide ambiant.

Or, ces faits vus *in vitro*, nous les avons retrouvés *in vivo*, comme le montrent les observations suivantes :

OBSERVATION I. — Le 25 octobre 1910, une jeune femme entre à la clinique du professeur Jaboulay; elle est atteinte d'une anémie intense, d'hémorragies multiples, métrorragie, ecchymose, hématome volumineux du sein gauche, on trouve une rate énorme.

Cette malade avait été traitée, disait-elle, par les rayons X appliqués sur la région splénique, sans aucun succès d'ailleurs. Le diagnostic de leucémie s'impose devant cet état alarmant. On procède à un tamponnement vaginal et on pratique l'examen du sang.

1° On fait des préparations de sang desséché et fixé à l'alcool absolu, et coloré d'une part à l'hématéine-éosine et d'autre part au Leichmann-Donovan. On trouve une augmentation extraordinaire des globules blancs, portant surtout sur les mononucléaires et les myélocytes basophiles. Quelques globules blancs myélocytes ont été réduits à l'état de poussière, de granulation, par simple étalement à la carte (nécrose de Batkine), d'autres sont en voie de mitose. Les globules rouges sont très peu nombreux, quelques-uns crénelés, mais encore assez résistants ; il y a de la poïkilocytose sans polychromatophilie, les globules rouges présentent des expansions pseudo-parasitaires, avec inégalité des hématies et globules rouges nucléés.

2° On pratique la numération des globules blancs. Elle donne les résultats suivants :

Polynucléaires neutrophiles	6
— éosinophiles	10
— basophiles	16
Mononucléaires éosinophiles	8
Myélocytes neutrophiles	60
	100

Globules blancs	600 000	par mill. cube
Globules rouges	500 000	

(Nous devons noter qu'en 1897 M. Reynaud signala un cas analogue où les leucocytes et les hématies étaient en nombre à peu près égal).

3° L'examen ultramicroscopique est pratiqué. Il est assez difficile par suite de l'opalescence du sang. D'une part, les globules blancs sont extrêmement nombreux ; d'autre part, le sérum est tellement peu abondant qu'il est difficile d'examiner chaque leucocyte isolément; toutefois, en certains points, l'examen est rendu plus facile par des courants capillaires dégageant certaines plages et on assiste à un phénomène curieux.

On voit, dans les courants qui se produisent, quelques globules rouges très pâles ayant à peine un reflet d'or fuir le centre d'observation, puis d'autre part des globules blancs morts se montrent, leurs grains ne vibrent plus, ils sont entraînés sans résistance par les courants. D'autres viennent mourir sous l'œil de l'observateur, ils s'arrêtent là, adhèrent à la lame, et on voit les trois zones périphérique, moyenne et périnucléaire (1) se désintégrer successivement. D'abord le noyau et les zones périnucléaire et moyenne vibrent encore, et peu à peu le mouvement s'arrête et la désintégration se fait en formant un véritable limon entraîné par les courants et formé par le protoplasma effrité qui tombe en fine poussière à reflets d'argent. Il est à remarquer que, même lorsqu'ils sont en suspension dans le liquide, les grains morts n'ont plus de mouvements browniens.

Dans d'autres points de la préparation, il n'existe plus de globules blancs nettement différenciés, mais seulement des grains qui ne vibrent plus, sauf quelques rares, qui ont encore des mouvements de trémulation.

Devant ce tableau, nous portâmes un pronostic fatal à très brève échéance, qui se réalisa en effet, car, le sang étant examiné à cinq heures, la mort survint à six heures et demie.

OBS. II. — Un jeune homme, atteint de pneumonie, soigné dans le service du professeur Teissier, présente au début de sa maladie des leucocytes entièrement normaux qui, examinés à l'ultramicroscope, présentent des granulations à mouvements actifs. Ces leucocytes, colorés à l'hématéine-éosine, n'offrent rien de particulier dans leurs granulations. Puis après que le maximum de température eut été atteint, les leucocytes, préparés de la même façon que dans l'observation précédente, présentèrent aussi de la fragmentation et, observée à l'ultramicroscope, cette fragmentation, extrêmement nette, donnait lieu, comme dans le cas précédent, à une véritable bouillie de granulations argentées.

De ces deux cas, il ressort que si, *in vitro*, il est possible, par des modifications expérimentales de la teneur du milieu où vivent les leucocytes, en sels, en alcalins, en acides, en toxines microbiennes, de

(1) RUSSO. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, mai 1910 : — *Etudes de la constitution ultramicroscopique des cellules animales*, Th. inaug., Lyon 1910.

(1) RUSSO. *Arch. intern. de physiol.*, 24 sept. 1910.

créer des fragmentations et des destructions des leucocytes sous forme de bouillie de grains, et cela avec des variations trop faibles pour être décelées par les procédés de dosage de la chimie (1); il est de même possible, *in vivo*, que sous des modifications non plus expérimentales, mais pathologiques, les mêmes phénomènes se produisent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1911)

La néphrotomie et la pyélotomie. — M. Le Dentu, chargé du rapport sur le travail de M. Bazy (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 146, p. 2016), rappelle le volume qu'il a publié en 1889 sur les affections chirurgicales des reins.

A cette époque, l'histoire de l'extraction des calculs rénaux par la néphrotomie était à peine ébauchée. Cependant, dès 1880, M. Le Dentu ayant pratiqué une néphrotomie pour pyonéphrose avait, du même coup, extrait un calcul; un autre chirurgien avait fait, de propos délibéré, la néphrotomie d'un rein non altéré pour en extraire un calcul.

Le second cas de néphrotomie pour calcul appartient à M. Le Dentu. Il remonte à mars 1888. Dans ce cas, il avait fait d'abord l'incision du parenchyme rénal et avait dû prolonger son incision sur le bassinet pour extraire le calcul.

Pour suturer la plaie rénale et celle du bassinet, il s'était servi d'un catgut n° 0. La suture ne tint pas et il y eut une fistule qui se ferma en trois semaines. Le malade guérit. Dans un autre cas, il fut plus heureux et obtint une réunion par première intention.

Quand il y a une pyonéphrose, on va droit à l'organe malade et on l'incise comme on le fait de tout abcès. S'il y a des calculs, on profite de l'incision pour les extraire. On doit donc inciser d'emblée, dans ces cas, le parenchyme rénal. Doit-on procéder de même à l'égard du bassinet? Telle est la question posée par M. Bazy et qu'il semble avoir résolue par l'affirmative. Il faut aborder, dans ces cas, le bassinet par la voie postérieure afin d'éviter les vaisseaux qui se tiennent en avant. La question de la suture est délicate en ce sens qu'on a craint que les fils devinssent eux-mêmes le point de départ de nouveaux calculs. L'emploi du catgut permet d'éviter cette complication.

En résumé, M. Le Dentu estime qu'en principe il vaut mieux inciser le parenchyme rénal que le bassinet, chaque fois que cette incision peut suffire.

Dans son travail, M. Bazy déclare qu'il préfère la pyélotomie à la néphrotomie comme permettant de mieux aborder les calculs enchatonnés, ramollis ou engagés dans l'uretère. Aujourd'hui qu'on possède une bonne technique et un meilleur matériel instrumental, cette incision du bassinet peut être recommandée et donner de bons résultats. M. Le Dentu, tout en maintenant quelques réserves, reconnaît que la question a évolué et que la pratique recommandée par M. Bazy peut avoir des avantages.

M. Monod a pratiqué l'opération recommandée par M. Bazy; il n'a pas eu la moindre hémorragie. Il n'y a pas eu une goutte de sang dans l'urine après l'opération et le résultat a été très satisfaisant. Il ne croit donc pas devoir s'associer aux réserves de M. Le Dentu.

M. Le Dentu persiste à croire qu'on a beaucoup moins de chances d'hémorragie dans la néphrotomie que dans la pyélotomie. Toutefois il reconnaît que si l'on a soin d'aborder le bassinet par la voie postérieure on peut éviter l'hémorragie.

Le 606 et les maladies des yeux. — M. de Lapersonne en son nom et au nom de M. A. Leri fait une communication sur ce sujet.

Dans cette communication les auteurs montrent qu'il n'y a pas lieu d'exagérer les dangers du 606 pour la vision. Une des raisons principales c'est que son mode d'application, en une ou plusieurs injections, espacées, lorsque l'élimination rénale est achevée, est tout différent de celui des autres préparations arsenicales, comme l'atoxyl, employées à doses répétées et qui ont produit des névrites optiques toxiques, rétrobulbaires, plus ou moins rapides. Certes il faut examiner avec soin, tant fonctionnellement qu'à l'ophtalmoscope, tous les malades sans exception avant l'injection et à plusieurs reprises après le traitement, mais il ne faudrait pas attribuer à l'arsenobenzol des lésions oculaires qui relèvent de la syphilis et que, tout au plus, il a été incapable d'empêcher.

En ce qui concerne son action sur les manifestations oculaires de la syphilis, il y a lieu de tenir compte de la complexité des éléments qui constituent l'œil, et de leurs réactions si différentes aux médications. Pour juger de l'efficacité du 606, le terrain est beaucoup moins favorable que lorsqu'il s'agit de manifestations cutanées ou muqueuses. D'après les résultats qu'ils ont obtenus les auteurs pensent que l'arsenobenzol agit très favorablement et très vite dans certains cas simples d'iritis ou de kératite interstitielle, mais qu'il est impuissant, comme on pouvait le supposer, dans ces formes d'iridochoroïdites, dont les causes sont fréquemment multiples et dont les conséquences sont si graves sur toutes les parties de l'œil. Pour les névrites optiques récentes et pour les paralysies oculaires, ils sont encouragés à injecter des quantités plus grandes étant donnée l'amélioration remarquable, mais passagère qu'ils ont obtenue.

Le reproche principal que l'on fait actuellement au 606, c'est, en effet, de ne pas donner à la suite d'une seule injection des résultats durables. Avec beaucoup d'observateurs, ils ont constaté soit des récidives, soit de nouvelles manifestations, des iritis en particulier, un mois, deux mois même après le traitement. Mais la technique des injections, leur nombre et la dose du médicament à employer sont loin d'être fixés d'une façon immuable. Déjà au mois de septembre, Ehrlich préconisait les injections renouvelées. Il semble qu'on pourrait adopter cette manière de faire avec d'autant plus d'innocuité que les injections ne sont renouvelées que lorsque l'élimination du médicament est complète et qu'il ne peut y avoir d'accumulation. D'autre part la médication arsenicale n'est aucunement exclusive de la médication mercurielle. Aussi, se proposent-ils de poursuivre leurs recherches, en associant aussi souvent que cela leur paraîtra nécessaire le traitement hydrargyrique à l'arsenobenzol.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1911)

Immunisation préventive et thérapeutique par des vaccins nouveaux, obtenus grâce aux rayons ultraviolets. — M. Renaud, dans une note préliminaire, donne une vue d'ensemble sur une méthode de vaccination qui lui a déjà donné des résultats extrêmement favorables, et qui repose sur les principes suivants :

1° Les bactéries en suspension dans l'eau physiologique et exposées aux rayons d'une lampe à vapeur de mercure en quartz sont stérilisées complètement et avec certitude. 2° Les bactéries irradiées gardent leurs propriétés physiques et chimiques. 3° Elles abandonnent à l'eau physiologique des quantités importantes de substances toxiques. 4° Lavées, puis

(1) Russo. *Etudes ultramicroscopiques sur la constitution ultramicroscopique des cellules animales*, Th. de Lyon, 1910.

injectées à des animaux, elles sont résorbées à des doses énormes avec une extrême facilité, même quand il s'agit de bacilles tuberculeux. 5° Les produits bactériens toxiques acquièrent des propriétés spéciales au contact des sérums frais. Les complexes formés, tout en créant des lésions locales plus intenses, sont relativement peu toxiques. 6° Par injection méthodique des bactéries irradiées et des substances toxiques qu'on en peut extraire, il est possible d'obtenir à peu de frais et sans le moindre inconvénient une excellente immunisation active contre les microbes les plus différents.

L'auteur a déjà obtenu de nombreux succès thérapeutiques, au cours de différentes maladies microbiennes à marche aiguë et chronique et même au cours de la tuberculose; il a vu un cas de tuberculose suppurée et ouverte de l'os iliaque guérie et cicatrisée en six semaines dans le service du docteur Segond.

M. Victor Henri. Voilà un an que, dans mon laboratoire, je me livre à des expériences analogues sur le seul bacille tuberculeux, et je n'ai pu obtenir le moindre résultat, puisque je n'ai encore rien publié. Que M. Renaud soit arrivé d'emblée, avec toutes les espèces possibles de bacilles, à des résultats positifs, c'est ce dont je suis extrêmement surpris.

M. Grimbert. M. Renaud annonce, pour des communications ultérieures, des faits sensationnels. Nous voudrions bien savoir ce qui, dans ces expériences à l'heure actuelle, paraît définitivement acquis.

M. Renaud. Comme il s'agit d'un sujet à l'ordre du jour, la communication actuelle n'a pour but que de prendre date. En agissant ainsi, je me conforme à un usage constant. Les explications de détail viendront à leur heure. Mais les résultats que j'ai déjà obtenus, particulièrement avec le bacille tuberculeux, me paraissent assez importants pour justifier cette note préliminaire.

M. Dastre, *président*. Les critiques qui viennent d'être adressées à M. Renaud sont dues à ce qu'il a, pourrait-on dire, paru faire une communication de tendances. Qu'il limite mieux son sujet, qu'il apporte des faits précis, et la Société lui accordera la même attention qu'à toute autre communication d'ordre médical.

A la suite d'un échange d'observations, il est décidé, d'un commun accord, que la note de M. Renaud sera remise, à la prochaine séance, sous forme de pli cacheté.

La tension superficielle de l'hémoglobine. — M. H. Iscovesco montre que l'hémoglobine abaisse la tension superficielle du sérum et que cet abaissement est une fonction presque linéaire de la concentration.

Action vaso-tonique comparée des différents produits de sécrétion gastrique. — MM. Loeper et Ch. Esmonet ont étudié d'abord l'action de ces produits en injection intraveineuse. La pepsine à dose forte détermine de l'hypotension, les produits chlorhydro-peptiques artificiels élèvent la tension artérielle, et le suc gastrique naturel de chien provoque toujours une hypertension marquée. Ces phénomènes sont opposables à ceux que provoque l'injection du contenu filtré d'un estomac en digestion et à l'action d'une macération de muqueuse gastrique. Le contenu gastrique, en effet, en raison sans doute des peptones qu'il contient détermine de l'hypotension; la macération de muqueuse, surtout celle du fond de l'estomac, détermine constamment une hypotension remarquable.

En injection intra-intestinale l'action de ces différents produits est sensiblement atténuée. En injection dans une veine intra-mésentérique, la macération de muqueuse seule conserve à peu près toute son action.

L'opposition de ces phénomènes vaso-toniques montre que la sécrétion de la muqueuse de l'estomac ne consiste pas uniquement en la production du suc digestif.

Signification des figures de mitose que l'on observe dans les tissus séparés du corps. — M. Jolly. Parmi les figures de mitose qu'on rencontre dans les tissus séparés du corps: 1° une partie correspond à des cellules frappées de mort pendant la division, à des intervalles variables de la mort somatique; 2° une partie à des divisions déjà commencées qui continuent à s'effectuer plus ou moins lentement, ou avortent; 3° une partie moins importante semble pouvoir continuer à s'effectuer dans le fragment séparé et conservé *in vitro*. Les figures de divisions cellulaires qu'on rencontre dans les fragments de tissus conservés *in vitro* doivent être soumises à une interprétation critique minutieuse avant de pouvoir être considérées comme les signes certains d'un accroissement véritable du tissu.

Influence de la température sur la conservation des cellules nerveuses des ganglions spinaux hors de l'organisme. — Pour MM. Legendre et Minot, la température exerce une grande influence sur la conservation des cellules nerveuses des ganglions spinaux hors de l'organisme. A la température du corps, elles se modifient rapidement. A 15-20 degrés, elles réagissent peu et conservent jusqu'au quatrième jour leur aspect morphologique normal. A 6 degrés, elles se conservent également, mais moins longtemps et moins bien.

Mécanisme de la formation des réseaux artificiels dans la gaine de myéline. — M. Nageotte.

Sur le double pouvoir agglutinant vis-à-vis de l'éberth et du melitensis du sérum de certains malades. — M. Nègre. 1° Le sérum des malades présentant le double pouvoir agglutinant, vis-à-vis de l'éberth et du *melitensis*, a des agglutinines spécifiques pour les deux microbes; 2° il est impossible d'affirmer la présence simultanée dans le sérum de ces malades des anticorps syphilitiques et antimélitensiques, puisque la réaction de fixation se produit dans chacun des anticorps presque aussi bien avec l'un et l'autre des antigènes typhique et mélitensique.

Recherches caryométriques sur la cellule somatochrome du cobaye. — MM. Collin et Lucien.

Modifications valumétriques des noyaux de la cellule nerveuse somatochrome à l'état normal chez l'homme. — MM. Collin et Lucien.

L'hérédité de la sensibilité à la greffe cancéreuse chez les souris. Résultats confirmatifs. — MM. Guénot et Mercier.

Adaptation de l'œil. — M. Dufour.

Sur certaines plicatures de la rétine en voie de développement. — M. Farnarier.

Conservation de la reproductivité du vibrion du choléra et du bacille de la dysenterie sur les charcuteries. — M. Maurel.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la présence de lactose et de l'acide lactique dans les fèces des nourrissons atteints de diarrhée verte. (P. Lavialle. *La Clinique infantile*, n° 15, 1er août 1910.) — **Les selles de diarrhée verte contiennent très souvent du lactose en dehors de toute ingestion particulière de ce sucre; si le lactose manque complètement, on y trouve son produit de fermentation, l'acide lactique; cet acide lactique est un produit normal, qui naît en quantité considérable, pendant la digestion, aux dépens des hydrates de carbone, et dont l'élimination est liée à un état pathologique; son principal rôle est de maintenir à peu près constante la flore bactérienne, en lui imprimant une tendance vers le mono-microbisme, ce qui explique les bons**

effets obtenus, par l'administration des bouillons de culture de diverses bactéries lactiques, et des laits fermentés. En outre l'acide lactique excite la sécrétion des diverses glandes et contribue à faciliter l'action des ferments digestifs.

L. BABONNEIX.

La balnéation chlorurée sodique. (Hermann KELLER. *Runds. f. Med.*, 13 août 1910, n° 32, p. 979.) — Cette balnéation a une influence incontestable sur le cœur et le système vasculaire; elle augmente d'une manière très appréciable l'hématose; elle stimule l'activité du système lymphatique et tout spécialement la phagocytose; enfin elle régularise et accélère la nutrition générale, l'assimilation, la désassimilation, les échanges respiratoires et urinaires.

La salure du bain varie de 1/2 à 31 p. 100 de sel; on divise les bains, en bains faibles 1/2 à 6 p. 100 de sel, bains moyens 6 à 12 p. 100, et bains forts 12 à 31 p. 100.

La température est de 34 à 35 degrés. La durée des bains varie de cinq à soixante minutes.

Le bain est souvent précédé de douche (chaude, froide, ou alternante). Le nombre des bains constituant la cure (de Rheinfelden spécialement) est de douze à trente.

L'effet de la balnéation chlorurée n'est pas fonction de l'absorption des sels en dissolution. Il est la conséquence de l'imbibition, c'est-à-dire de la pénétration de ces sels dans les couches profondes de l'épiderme jusqu'au niveau où se trouvent les extrémités des nerfs périphériques.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Un cas de scoliose congénitale due à l'interposition d'une demi-vertèbre surnuméraire avec une côte entière. (David M. GREIG. *Edimb. med. journ.*, sept. 1910, new series, vol. V, n° 3, p. 236.) — Il s'agit d'une anomalie des plus rares. La scoliose existait dès la naissance et ne se modifia pas sensiblement par la suite. Actuellement à l'âge de sept ans l'enfant présente une scoliose dorsale à convexité gauche dont le sommet correspond à la huitième vertèbre. L'omoplate gauche est surélevée de près de 5 centimètres. Cette courbure latérale sans rotation nette est irréductible à la traction, de plus il n'y a pas de courbure de compensation lombaire. Une courbure de compensation cervicale est très peu marquée. La radiographie montre qu'il existe une demi-vertèbre surnuméraire entre la huitième et la neuvième, avec une côte surnuméraire complète, si bien qu'il y a treize côtes gauches. A propos de ce cas, Greig rappelle les diverses anomalies costales et vertébrales que l'on peut observer : absence de côtes et de vertèbres (Willett et Walsham); il est rare qu'une côte manque complètement sans absence de la vertèbre correspondante; au contraire on peut observer des côtes surnuméraires (7e cervicale, 1re lombaire) ou des vertèbres supplémentaires; cette dernière anomalie a été observée dans toutes les régions de la colonne vertébrale : cervicale (Coote), dorsale (Struthers), lombaire (Langmead) et sacrée (Patterson). Tant que les anomalies en excès ou en déficit sont symétriques, il n'y a pas de scoliose. Au contraire dans le cas d'absence d'une moitié de vertèbre (Bland-Sutton) ou de demi-vertèbre surnuméraire ou de vertèbre asymétrique on observe une scoliose congénitale qui présente les caractères indiqués plus haut.

L'anomalie siège le plus souvent à la région dorsale inférieure, mais ne s'accompagne pas habituellement de la présence d'une côte surnuméraire. Le cas de M. Greig est tout à fait exceptionnel.

M. LANCE.

La fistulo-entérostomie proposée par Von Stubenrauch. (WALTER S. SUTTON. *Ann. Surg.*, vol. LII, n° 3, sept. 1910, pp. 380-383.) — Tout chirurgien qui opère beaucoup a observé un ou deux cas de fistules biliaires post-opératoires où les conditions observées lors de l'intervention première sont telles qu'on ne peut songer à une cholédocho-entérostomie ou une cholécysto-entérostomie secondaires. De nombreux procédés ont été proposés pour remédier à ces cas; les deux qui semblent le plus promettre sont la cholédochoplastie de Sullivan, appliquée une fois avec succès à l'homme par Brewer et la fistulo-entérostomie proposée par Stubenrauch, qui se sert d'un segment d'intestin pour ramener la bile dans le canal intestinal.

Binnie a opéré un cas par cette méthode et c'est ce cas que Sutton relate. Ictère chronique, cholécystotomie, induration de la tête du pancréas comprimant le cholédoque. Toute la bile sort par la fistule. Devant l'insistance de la malade, on se décide à recourir à la technique de von Stubenrauch. On va saisir une anse d'iléon à environ huit pieds du cæcum, on la sectionne entre des pinces, et on prolonge l'incision sur le mésentère de manière à bien garder les connexions vasculaires. On ferme temporairement le bout central du segment périphérique et on implante le bout périphérique du segment supérieur dans la paroi latérale du segment périphérique aussi loin que possible de la ligne de section. Puis on creuse un trajet sous-cutané de la fistule au point d'émergence de l'anse et dans ce trajet on attire le bout d'intestin exclu, on enlève la suture temporaire dont il est parlé plus haut et on suture les lèvres de l'intestin à celles de la fistule. On suture la peau au-dessus de celle-ci.

Succès temporaire. Pendant trois jours la bile passe dans l'intestin, mais au bout de ce temps la fistule se rouvre et donne issue à de la bile et à des matières fécales. Alors on met à nu le segment d'intestin, on l'enlève et on s'aperçoit que la cholécysto-duodénostomie sera possible quoique très difficile.

Ce fait prouve que la fistulo-entérostomie, quoique possible anatomiquement, ne peut guère donner de succès physiologique permanent.

F. GARDNER.

Anesthésie chirurgicale à la novocaïne adrénaline. (Paul RECLUS. *Presse méd.*, 1910, n° 94.) — Le professeur Reclus, dans une intéressante clinique sur le traitement chirurgical des hémorrhoïdes, expose qu'il a recours de préférence à l'anesthésie locale sous les espèces de la novocaïne-adrénaline.

On connaît la solution employée habituellement par le professeur; 100 grammes de sérum physiologique contiennent 50 centigrammes de novocaïne et XXV gouttes d'adrénaline au millième. Par conséquent chaque centimètre cube de la solution renferme un demi-centigramme de novocaïne et un quart de goutte d'adrénaline au millième.

Ces chiffres sont à retenir; ils permettent une comptabilité facile, d'ailleurs presque inutile, car, ajoute M. Reclus, l'innocuité de cet anesthésique est telle qu'il faudrait le vouloir pour en atteindre les doses dangereuses.

On sait d'ailleurs que dans le service de M. le professeur Reclus, où l'extrême prudence est considérée comme la première des vertus, on ne craint pas d'injecter jusqu'à 60 et 80 centimètres cubes de solution, soit XV à XX gouttes d'adrénaline au millième. Et c'est encore de la modération, puisque M. Chaput emploie des doses presque doubles, que M. Reclus n'ose cependant pas conseiller.

L. GAYARD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DOMMAGES ET INTÉRÊTS ACCORDÉS A UN MÉDECIN BLESSÉ PAR UNE AUTOMOBILE (1)

Le 10 février dernier, un médecin parisien, le docteur C... passait dans son coupé au coin de la rue Pierre-Charron et de l'avenue des Champs-Elysées, quand sa voiture fut renversée par une automobile. Gravement blessé, notre confrère récla-

(1) *La Vie automobiliste*, 24 déc. 1910.

mait : 1° 12.000 francs pour soins médicaux et séjour dans le Midi ; 2° 60.000 francs pour perte de clientèle ; 3° 150.000 francs pour diminution de clientèle et affaiblissement ne lui permettant plus le même travail qu'avant l'accident ; soit en tout 222.000 francs.

La onzième chambre du tribunal correctionnel, après avoir condamné le chauffeur à 50 francs d'amende, n'a accordé que 60.000 francs en tout au docteur C... ; le jugement rendu le 13 décembre 1910 en donne les motifs suivants :

« Attendu que le docteur C... est âgé de soixante-cinq ans, qu'il pouvait espérer, dit-il, grâce à sa constitution vigoureuse, rester encore cinq ou six ans en pleine possession de toute son activité, mais que, après le long temps pendant lequel il a été éloigné de son cabinet de consultation, beaucoup d'anciens clients cesseront de s'adresser à lui et que, d'autre part, il n'a plus la résistance physique qui lui permettrait de faire autant de visites qu'avant l'accident ;

« Attendu que, sans méconnaître l'importance de ces considérations, il convient de remarquer qu'arrivés à l'âge du docteur C... la plupart des médecins, après une longue carrière honorablement parcourue et qui n'a pas manqué d'être très fructueuse, aspirent à un repos bien mérité et sans abandonner du jour au lendemain l'exercice de leur profession s'appliquent à en diminuer peu à peu les fatigues... »

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 91, 16 nov. 1910.) DARBOIS : Fièvre de Malte et tuberculose.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 24 nov. 1910.) HORSTMANN : L'étiologie et le traitement des décollements de la rétine. — SAHLI : Sur l'édification ultérieure de la sphygmobolométrie ou de l'examen énergétique du cœur. — WEISS et JOACHIM : Les rapports des bruits du cœur et des souffles cardiaques avec l'électro-cardiogramme. — WECHSELMANN et SELIGSOHN : Sur l'action du dioxy-diamido-arsenobenzol sur l'œil. — KROW : Sur le remplacement musculaire. — JENSEN et KOCK : Un cas d'ostéopériostite paratyphique. — JAPHA : Sur l'emploi de la compression rythmique du cœur dans la syncope des enfants et autres circonstances. — RICHTER : Sur le superoxyde d'hydrogène solide ou pergénol, son emploi en dermatologie. — (N° 48, 1er déc.) DICK : Traitement général des affections dentaires. — WALLENBERG : Nouveaux progrès dans le diagnostic topique de la protubérance et du bulbe. — PLANT : Expériences techniques et biologiques avec le 606. — KLOSE : Sur la réaction de la tuberculose d'après Pirquet. — BÄHR : Sur les affections des tendons. — KRANNER : Un cas d'abcès paracystique avec processus de guérison particulier. — STUHL : Traitement du phimosis pendant l'enfance. — SCHOLZ : Le bain d'oxygène, son mode d'action, son emploi thérapeutique. — FICKLER : Sur l'hydropyrine, nouvelle préparation salicylée soluble dans l'eau. — KLEIN : Influence du salicyle sur le rhumatisme.

Lyon médical. — (N° 49, 4 déc. 1910.) MONTAGNON : L'abcès de fixation dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants du premier âge. — L. BÉRIEL : Note sur les paralysies faciales. — (N° 50, 11 déc.) Jules COURMONT : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — Ch. LESIEUR : Sur la prophylaxie générale des maladies transmissibles dans les écoles municipales de Lyon. — (N° 51, 18 déc.) GAYET : Traitement de l'occlusion intestinale par l'appendicostomie. — E. WEIGERT : Essai de classification des enfants paresseux. — (N° 52, 25 déc.) BORRY : Service vaccinal des hôpitaux de Lyon, statistique pour l'année 1909.

Medizinische Blätter. — (Nos 48 et 49, 26 nov. et 3 déc. 1910.) KLEIN : Contribution à la connaissance des méfaits de la cocaïne.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 25 oct.) V. HERFF : Le traitement causal de la distocie dans les bassins rétrécis. — LÄWEN et SIMERS : L'emploi pratique de la respiration artificielle. — ACHELIS : Sur la représentation orthodiagraphique de la pointe du cœur. — KRÖSING : La douche d'air chaud en gynécologie. — WEINBRENNER : Sur le traitement opératoire des affections inflammatoires des annexes. — SCHWALE : Importance du tampon médicamenteux en gynécologie. — RITTER : Nos expériences avec le 606. — LÖWEMBERG : Emploi des rayons Röntgen en dermatothérapie. — BOHAC : Sur la röntgenthérapie du sclérome. — HAYMANN : Le pantopon en psychiâtrie. — GOLDSCHMIDT : Traitement médicamenteux de l'asthme. — ENSLIN : Courte communication sur un symptôme oculaire chez les gauchers. — LUNCKENBEIN : Une blessure rare de l'estomac. — STRAUSS : Un cas d'intoxication par le poisson.

Policlinico. — (Nov. 1910, fasc. 11.) *Section médicale.* Cesare FRUGONI : Etudes cliniques sur les altérations du rythme respiratoire, notamment en ce qui concerne les formes agoniques et névrosiques. — A. LONGO : Calcium et spasmophilie infantile. A propos de l'hypothèse de Stöltzner sur la pathogénie de la tétanie des enfants. — Alessio NAZARI : Contribution à l'étude anatomo-pathologique des kystes biliaires du foie. — Gino CARDONE : Le mécanisme de l'action vaso-constrictive de l'adrénaline. — *Section chirurgicale.* Annibale PASSAGGI : Etranglement intestinal rétrograde. — Sante SOLIERI : Les kystes hématiques de la moelle. — S. GUSSIO : Contribution à l'étude clinique et à la symptomatologie des tumeurs parathyroïdiennes. — Pietro FRASCELLA : Recherches bactériologiques sur la flore de l'appendice normal chez l'homme vivant. — (Déc., fasc. 12.) *Section médicale.* Italo Giuseppe ROSEO : La genèse des cylindres rénaux. — Gino CARDONE : Le mécanisme de la vaso-constriction adrénalinique. — Francesco FULCI : A propos d'un cas de lymphome malin primitif et multiple du jéjunum. — *Section chirurgicale.* Prof. Della VEDOVA : A propos de la cure radicale et du diagnostic précoce du cancer du larynx. — Prof. Dario MARAGLIANO : Histo-pathologie des implantations nerveuses centrales partielles. — Oscar MARCHETTI : A propos d'une modification de la cholécysto-entérostomie suivant le procédé de Krause. — S. GUSSIO : Contribution à l'étude et à la symptomatologie des tumeurs parathyroïdiennes.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 47, 24 nov. 1910.) FINGER : Traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — GOBIET : Contribution au traitement opératoire de la pancréatite aiguë et chronique. — MAYERSBACH : Un cas d'inflammation simultanée de l'appendice et du diverticule de Meckel. — RODELLA : Etudes sur la putréfaction intestinale. — ADLER : Troubles d'évolution des glandes séminales de l'homme pendant la jeunesse. — (N° 48, 1er déc.) AUTON : Sur la décompression opératoire du cerveau dans les tumeurs et autres affections cérébrales. — TONAKA : Contribution à l'étude de l'hypertrophie du cœur dans le béribéri. — SCHRAMEK : Sur la microsoporée. — PASCHKIS et TITTINGER : Traitement par le radium d'un sarcome de la prostate.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LEUCÉMIES

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC (1)

II. **Leucémie lymphogène.** — Cette leucémie s'observe chez des sujets adultes de préférence; elle se caractérise par l'aspect pâle, bouffi, très prononcé du malade, une tendance marquée aux essoufflements, de l'asthénie progressive, et une *adénopathie généralisée typique*, s'accompagnant d'une *légère hypertrophie splénique.* On trouve des ganglions hypertrophiés, mobiles, aux creux axillaires, aux plis inguinaux, le long de la chaîne carotidienne, au niveau des bronches, du mésentère, etc.; la rate est hypertrophiée mais infiniment moins que dans la forme précédente.

HÉMATOLOGIE. — Dans cette forme il existe comme précédemment une hyperleucocytose, mais elle est en général très modérée et souvent même peut faire défaut; de même l'anémie globulaire s'y rencontre, mais ce n'est pas là le phénomène capital; ce qui domine c'est la rupture de l'équilibre leucocytaire, réalisée au bénéfice des mononucléaires non granuleux, surtout des mononucléaires à type embryonnaire; cette mononucléose pouvant atteindre 80, 90 p. 100 de la leucocytose totale; les plaquettes peuvent être augmentées de nombre; les globules rouges sont de taille à peu près normale; le rapport de l'hémoglobine au nombre des globules rouges est à peu près normal.

La leucémie peut évoluer, suivant la prédominance de certaines réactions ganglionnaires isolées, *leucémie intestinale*, *leucémie cutanée*; l'hyperleucocytose peut être nulle, et l'hématologie peut ne révéler qu'une anémie avec splénomégalie intense, mais avec 90 p. 100 de lymphocytes; il s'agit alors de la forme de *splénomégalie* avec *anémie et lymphocytémie*, bien étudiée par Clerc et Weil. Le pronostic de cette leucémie lymphogène est grave. La mort survient soit par hémorragie, soit par les progrès de la cachexie en un an et demi, deux ans.

Il nous faut rapprocher de ces leucémies *la leucémie aiguë*, affection complètement distincte des formes à allure rapide des leucémies myélogène et lymphogène.

III. **Leucémie aiguë.** — Sous le nom de leucémie aiguë, MM. Gilbert et Weill ont décrit une affection qui par sa formule hématologique se rapproche de la leucémie (abondance des grands lymphocytes, tuméfaction des ganglions, anémie) et qui se rapproche des maladies infectieuses par son allure clinique : le début se fait souvent par une angine, par des hémorragies gingivales, ou par une anémie progressive accompagnée de faiblesse croissante, puis de l'éclosion des phénomènes fébriles.

A la période d'état ce sont les hémorragies qui dominent la scène; l'aspect du malade est assez typique : peau pâle, avec taches purpuriques, œdème des paupières et des malléoles, dyspnée, adynamie, fièvre entre 38 et 39, l'évolution est très rapide, et la mort survient en un ou deux mois; on a décrit à cette affection une forme hémorragique, une forme pseudo-scorbutique, bucco-pharyngée.

On retrouve dans le sang de ces malades de grands lymphocytes à noyau clair, non granuleux, que certains auteurs rapprochent des éléments lymphocytiques (Gilbert et Weil) et d'autres éléments existant aussi dans la moelle osseuse.

DIAGNOSTIC. — Nous éliminerons tout d'abord les diagnostics que l'existence de la *leucémie aiguë* dont nous venons de résumer l'histoire peut permettre d'évoquer : *purpuras infectieux* (ne comportant en général, ni anémie, ni adénopathies), anémies graves symptomatiques ou cryptogéniques (ne s'accompagnant ni d'hypertrophie ganglionnaire ou splénique, ni de fièvre).

Le diagnostic de la *leucémie lymphogène* repose sur la constatation d'une réaction ganglionnaire généralisée, avec légère splénomégalie, combinée à une hyperleucocytose modérée, à type de mononucléaires, spécialement de lymphocytes embryonnaires. Ce type réalise le syndrome *splénoadénique* de Weill et Clerc, l'examen du sang permet seul d'éliminer les faits de lymphadénie (réaction des tissus lymphatiques, sans modification de la formule sanguine, adénie de Trousseau), et les adénites tuberculeuses, syphilitiques, au cours desquelles la formule sanguine montre une hyperleucocytose mixte, polynucléaires et mononucléaires : c'est encore l'examen du sang qui permettra le diagnostic en cas d'*anémie*, de *chlorose*, d'anémie pernicieuse. Le diagnostic positif de la *leucémie myéloïde* se fait par la constatation de l'état anémique du sujet, la splénomégalie considérable, les douleurs osseuses, et la formule sanguine spéciale : hyperleucocytose considérable et bigarrée, présence dans le sang en abondance de tous les éléments de la série myéloïde.

La splénomégalie étant l'une des caractéristiques de cette affection, il s'ensuit que l'on pourra discuter sans trop s'y arrêter le diagnostic général des splénomégalies. Mais parmi celles-ci, nous ne retiendrons que les splénomégalies s'accompagnant de modifications de la formule sanguine.

Si l'on constate une augmentation portant uniquement sur les mononucléaires, on songera à la *leucémie lymphatique à type splénique pur*.

S'il s'agit d'un nourrisson et que l'on trouve une quantité énorme de globules rouges nucléés, une leucocytose modérée, et une myélémie légère, on pensera à l'*anémie splénique myéloïde* de von Jacks Luzet et chez l'adulte à l'*anémie splénique myéloïde*, forme assez rare, qui se caractérise par sa faible leucocytose et sa richesse en hématies nucléées.

Si à la splénomégalie se joint une faible leucocytose, à tendance lymphocytique, on pensera à certaines anémies spléniques lymphocytaires des nourrissons ou de l'adulte, ou à la *maladie de Banti.*

La splénomégalie avec lymphocytémie se rencontre également dans le *paludisme*.

Les splénomégalies avec polynucléose s'observent au cours du *paludisme chronique*, au cours de la TUBERCULOSE DE LA RATE, mais dans ce dernier cas en partculier elles ne s'accompagnent pas d'éosinophilie ou de myélocytose ni d'hématies nucléées.

Il peut s'agir de *splénomégalie avec polyglobulie*, syndrome que l'on peut rencontrer dans la tuberculose de la rate, mais que l'on peut rencontrer aussi en dehors de cette tuberculose comme l'a montré Vaquez, constituant alors une véritable myélomatose avec surproduction excessive de globules rouges et se caractérisant par de la cyanose, quelques accès d'érythromélalgie, des troubles fonctionnels (torpeur, éblouissement, céphalée, hémorragie).

Enfin, l'on peut se trouver en présence de splénomégalies sans modifications sanguines; c'est ce que l'on observe au cours de la maladie de Gaucher, véritable endothéliomatose de l'appareil hématopoïétique à prédominance splénique ou de kystes hydatiques de la rate, sans éosinophilie, ce qui peut se voir encore assez souvent ; il est vrai que si on soupçonne un kyste hydatique l'on pourra rechercher la réaction de fixation de Weinberg.

Tels sont, dans leurs grandes lignes, les diagnostics auxquels il faudra songer, en présence d'un malade soupçonné atteint de leucémie. Il va sans dire, que le diagnostic sera tranché rapidement dans tous les cas où l'examen hématologique étant pratiqué, la formule sanguine qui s'en dégagera sera typique. Il ne pourra être hésitant, que dans certaines formes de transition, formes anormales, au sujet desquelles d'ailleurs l'accord est loin d'être fait entièrement.

BIBLIOGRAPHIE : *Leçons de Dominici sur le sang* : cours manuscrit. — *La leucémie myéloïde* par MÉNÉTRIER et AUBERTIN. — La lymphadénie typique par A. CLERC, *Presse méd.*, 20 avril 1910. — La forme ictérique de la leucémie myéloïde, par Léon TIXIER et Jean TROISIER, *Gaz. des hôp.*, 1910, p. 171.

AGENDA P.-L.-M. — Le tirage de l'*Agenda P.-L.-M.* étant épuisé, la compagnie des chemins de fer P.-L.-M. aura le regret de ne pouvoir donner satisfaction aux demandes qui lui parviendraient désormais.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 1, p. 9.

N° 5. — SAMEDI 14 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 14 JANVIER 1911. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 11 janvier. — Question donnée : « Anatomie de la glande sous-maxillaire. Signes et diagnostic différentiel de l'insuffisance aortique ».

MM. Nadal, 15 + 17 = 32; Delort, 14 + 21 = 35; Debray, 12 + 16 = 28; Bergeret, 18 + 26 = 44; Pimpaneau, 13 + 18 = 31; Desvaux de Lyf, 13 + 19 = 32; Barthélemy, 14 + 20 = 34; Photiadès, 12 + 16 = 28; Vallerant, 8 + 15 = 23; Latil, 16 + 20 = 36.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 janvier 1911 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Schneider passe au ministère de la guerre; Dellac, au 52e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Genevrier passe au 41e d'art.; Pierre, au 42e d'art.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Maisonnave passe au 159e d'inf.; Hérisson, aux hôpit. de la division d'Oran; de Person, à la compagnie saharienne du Tidikelt.

MARINE. — Par décret en date du 9 janvier 1911, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Aubert.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Quédec.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Forgeot.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Bellot.

— Par décret en date du 9 janvier 1911, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — M. Guay, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine.

LA MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES (œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire) s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er décembre dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 704, l'avoir social à 198713 fr. 89.

La veuve d'un sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1911; un sociétaire infirme à 450 franss et une autre veuve à 600 francs.

S'adresser au secrétaire, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la première semaine, 966 décès, au lieu de 915 pendant la semaine précédente et au lieu de 1046, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc assez satisfaisant.

On signale 1 cas nouveau de méningite cérébro-spinale épidémique et 2 décès.

COURS PRATIQUE SUR LA NUTRITION NORMALE ET PATHOLOGIQUE. — (CLINIQUE, TECHNIQUE ET DIÉTÉTIQUE). — MM. Marcel LABBÉ, agrégé, médecin des hôpitaux, et Henri LABBÉ, docteur ès sciences, chef de laboratoire à la Faculté, commenceront le vendredi 3 février à quatre heures, à la Clinique médicale Laënnec (professeur Landouzy), un cours pratique sur la *nutrition normale et pathologique.*

Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, à quatre heures, et comportera 25 leçons.

Les élèves seront exercés individuellement, dans les salles et dans le laboratoire, aux diverses méthodes d'examen.

Programme du cours. — I. Nutrition, alimentation, digestion, assimilation, excrétion.

II. Les gastrodyspeptiques, examen clinique des fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac.

III. Analyse du suc gastrique, repas d'épreuve, acidité, activité fermentative, pepsine, lab-ferment, etc.

IV. Les entérodyspeptiques, examen clinique des fonctions intestinales et pancréatiques.

V. Matières fécales, examen macroscopique et microscopique.

VI. Matières fécales, examen chimique, réaction, extrait, azote total.

VII. Matières fécales, examen chimique, graisses, hydrates de carbone, pigments biliaires, stercolobiline, sang.

VIII. Analyse des urines, azote total, coefficient d'absorption intestinale.

IX. Dosage de l'urée, rapport azoturique.

X. Composés ammoniacaux urinaires, polypeptides, acides aminés, phénols, indican, dosage et valeur séméiologique.

XI. Soufre urinaire, sulfates, sulfo-éthers, dosage et séméiologie.
XII. Les goutteux, lithiasiques et migraineux, pathogénie et diététique de l'uricémie.
XIII. Dosage des purines et de l'acide urique, oxalurie.
XIV. Les albuminuriques, œdèmes, échanges chlorurés.
XV. Recherche et dosage des albumines urinaires, sérine, globuline, nucléo-albumines.
XVI. Recherche et dosage des albumines urinaires, albumines acéto-solubles, albumoses, fibrine, albumines d'origine alimentaire.
XVII. Echanges minéraux, chlorures, phosphates, chaux urinaire.
XVIII. Les diabétiques, pathogénie, évolution et thérapeutique du syndrome d'hyperglycémie.
XIX. Diagnose et dosage des sucres urinaires, glucose, lévulose, lactose, pentoses.
XX. Coma diabétique, vomissements acétoniques, pathogénie et traitement de l'acidose sanguine.
XXI. Facteurs de l'acidose, diagnose et dosage, acides oxybutyrique, diacétique, glycuronique, acétone, alcaptone. Les excrétions indosées des diabétiques.
XXII. Les obèses, pathogénie, formes et traitement de l'obésité.
XXIII. Les syndromes hépatiques, ictères, insuffisance hépatique.
XXIV. Pigments de l'urine, bilirubine, urobiline, pigment rouge brun, etc.
XXV. Interprétation clinique des analyses d'urines, régime d'épreuve.
Le montant du droit à verser est de 100 francs.
Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement dû.
Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés, dès à présent, jusqu'au 3 février, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINE INFANTILE. — Docteur RICHARDIÈRE (Hôpital des Enfants-Malades). — 1° Tous les matins, à neuf heures et demie, visite des malades (salles Gillette et Damaschino).
2° Le mercredi, consultation externe. Examen des malades de la ville.
3° Le jeudi, conférences cliniques aux lits des malades.
Docteur TRIBOULET (Hôpital Trousseau). — Notions pratiques de coprologie, médecine infantile. Samedi matin, à neuf heures trois quarts. — Prière de s'inscrire auprès du docteur Triboulet, hôpital Trousseau.
Docteur VARIOT (Hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — 1° Visite quotidienne de dix heures à midi. Examen clinique des nourrissons et des enfants du deuxième âge.
2° A partir du 15 janvier 1911, conférences hebdomadaires d'hygiène et de clinique infantiles, le lundi à dix heures et demie.

CHIRURGIE INFANTILE. — Docteur BROCA (Hôpital des Enfants-Malades). — Mercredi, dix heures et demie, leçon clinique.
Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures, opérations.
Mardi, jeudi, samedi, consultations (interrogatoire des malades par les élèves).
Docteur SAVARIAUD (Hôpital Trousseau). — A partir du premier samedi de janvier, tous les samedis, à dix heures et demie.
I. Les appareils plâtrés en orthopédie. — II. Traitement du pied bot congénital. — III. Traitement de la paralysie infantile du membre inférieur. — IV. Traitement de la hernie infantile. — V. Traitement de l'appendicite aiguë. — VI. La ténotomie sous-cutanée. Le torticolis. — VII. Traitement de l'ostéomyélite. — VIII. Traitement du mal de Pott. — IX. Traitement de la coxalgie. — X. Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

RADIOLOGIE MÉDICALE. — Docteur A. BÉCLÈRE (Hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un immédiatement avant Pâques, l'autre dans la seconde quinzaine d'octobre.
Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.
II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.
III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit :
Tous les matins, le dimanche excepté, examen clinique et traitement des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathies, splénomégalies, leucémies, etc.).
Lundi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades du docteur Mathieu (affections de l'estomac).
Vendredi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades du service.
Samedi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades externes (exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, etc.).
Le laboratoire du docteur Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES. — Docteur MICHON (Hôpital Cochin-annexe). — Maladies des organes génitaux et des voies urinaires.
Mercredi, à dix heures et demie, examen des malades.
Samedi, à neuf heures et demie, opérations.

CHIRURGIE GÉNÉRALE. — Docteur ARROU (Hôpital de la Pitié). — Jeudi, opérations au pavillon Jerdy, de neuf heures à midi.
Vendredi, à dix heures et demie, présentation des malades et leçon clinique.
Docteur A. LAPOINTE (Hôpital Lariboisière, salle Nélaton, service de M. le docteur Chaput). Examen des malades, pansements et appareils.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — On met à la disposition de médecins, étudiants en médecine ou autres ayant fait de la bactériologie et disposant de quelques après-midi par semaine, un laboratoire où ils pourraient travailler personnellement ou se perfectionner ; on leur demanderait en échange de faire quelques recherches déterminées pour lesquelles un petit traitement serait alloué.
S'adresser chez M. Lépinay, 36, rue Vaneau, de une heure à trois heures.

PROGRAMME DES COURS ET DES CONFÉRENCES DE L'ÉCOLE DE PSYCHIATRIE (49, rue Saint-André-des-Arts) **POUR L'ANNÉE 1911 (11e ANNÉE).** — COURS DE 1911 (les cours et les conférences de l'Ecole de psychologie sont publics) :
Psychologie et sociologie musulmanes. — M. Ismaël Hamet, professeur. — Objet du cours : L'Islam et la pédagogie musulmane. — Les samedis à six heures, à partir du samedi 14 janvier.
Psychologie appliquée. — M. Ch. Julliot, professeur. — Objet du cours : L'éducation de la mémoire à travers les âges. — Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 14 janvier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS LIBRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES. — Le docteur Dupuy de Frenelle commencera son cours, le mardi 17 janvier 1911 à quatre heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier. Ce cours essentiellement pratique aura lieu tous les mardi et jeudi à quatre heures.

La syphilis obscure, par J. AUDRAIN, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen. Un volume in-18, cartonné toile, de 250 pages. — Prix : 4 francs. — O. Doin et fils.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'AUTHENTICITÉ DES ÉPIDÉMIES RÉCENTES DE PARALYSIE INFANTILE

Par les docteurs

ÉMILE GAUJOUX (de Montpellier). et EUGÈNE GAUJOUX (de Nimes).

A feuilleter les articles classiques sur la paralysie infantile, il est difficile de soupçonner les divergences d'opinion pourtant si grandes qui séparent aujourd'hui les cliniciens en ce qui concerne sinon l'étiopathogénie de cette affection, du moins ses relations nosographiques, ses rapports avec les épidémies dites de paralysie infantile comme celles de méningite cérébro-spinale.

Aussi bien définie par ses symptômes cliniques que par ses lésions anatomiques habituelles, la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance est, après le professeur Marie (2), considérée aujourd'hui par l'unanimité des auteurs, comme de nature infectieuse. Sans vouloir relever ici tous les arguments présentés à l'appui de cette manière de voir, rappelons que si le rôle de l'infection génératrice de poliomyélite aiguë paraît bien démontré aujourd'hui, c'est tout autant par la notion de la possibilité de véritables épidémies de paralysie infantile que par le mode d'invasion et les phénomènes généraux, surtout la fièvre, qui en marquent le début.

C'est en 1888 que Cordier (3) publie la première relation française souvent citée depuis, d'une véritable épidémie de paralysie infantile : à Sainte-Foy-Argentière, dans un village de quinze cents habitants, Cordier avait pu observer, dans l'espace de trois mois, treize cas de paralysie infantile; c'étaient des exemples pour la plupart typiques de l'affection alors déjà bien connue et cataloguée comme ressortissant d'une altération des cornes antérieures de la moelle. Cordier avait sans doute été frappé par l'intensité de la fièvre dans les cas graves et par l'existence générale de phénomènes convulsifs; il avait aussi remarqué que les membres supérieurs avaient été souvent atteints et que dans plusieurs cas « les lésions n'étaient pas restées localisées dans la moelle, mais étaient remontées jusqu'au bulbe, jusqu'au plancher du quatrième ventricule ». En tenant compte des dates d'invasion et des relations sociales qui avaient existé entre tous les cas, qu'il eut l'occasion d'observer, Cordier put établir des rapports nets de contagiosité et il conclut que « la paralysie atrophique était vraisemblablement une maladie infectieuse aiguë, laquelle dépend d'une infection générale qui se localise de préférence dans une région circonscrite de la moelle ». L'épidémie de Stockolm en 1887 qui frappa un beaucoup plus grand nombre de malades fut, on le sait, étudiée avec beaucoup d'exactitude par Medin (1). Cet auteur insista au cours de son étude à plusieurs reprises sur ce fait que dans la période de début les phénomènes généraux étaient le plus souvent très intenses et que dans la période d'état les symptômes observés indiquaient en général non plus seulement des lésions uniquement médullaires mais des altérations portant sur tout l'axe cérébro-spinal, lésions généralisées qui furent constatées dans certaines autopsies. Mais c'est sans doute à Bergenholz (1881) et à Oxholm (1881) que reviennent sans contestation l'honneur d'avoir signalé les premières épidémies de paralysie infantile (2).

Quoi qu'il en soit, c'est surtout par les relations de Cordier et Medin que P. Marie dans ses leçons sur les maladies de la moelle étaya la théorie de l'origine infectieuse de la paralysie infantile type, maladie sporadique. Les phénomènes généraux qui marquent le début et fixent la symptomatologie de cette affection devaient faire soupçonner sa nature; les lésions nettement inflammatoires péri-vasculaires prouvaient le mode de pénétration et d'action du virus infectieux dont la localisation presque exclusive au niveau des cornes antérieures ne tient pas seulement à la disposition anatomique des vaisseaux de la moelle, mais aussi à l'état de moindre résistance qu'entraîne l'hyperactivité fonctionnelle de ces centres musculaires, lorsque l'enfant commence à actionner ses membres. Mais c'est l'apparition possible de la paralysie infantile à la suite de diverses maladies infectieuses et surtout l'existence d'épidémies caractéristiques en montrant la contagiosité qui seules pouvaient faire admettre définitivement la théorie éthiopathogénique infectieuse de cette variété de myélite.

Au vu de telles preuves, l'hypothèse de la nature infectieuse de la paralysie infantile fut acceptée comme vraie et reconnue démontrée.

On en serait resté là si l'observation renouvelée d'épidémies de méningite cérébro-spinale d'une part et de l'autre la notification de séries d'épidémies de « soi-disant paralysies infantiles » n'étaient venues jeter le désaccord entre les neuropathologistes et exiger de ce fait une revision des données hier encore classiques et incontestées sur la poliomyélite antérieure aiguë. L'épidémie de Norvège en 1905 a atteint plus de 1.000 cas ; celle de New York en 1907 plus de 2.000; celle de Vienne en 1908 près de 500 et celle de Westphalie en 1909 plus de 600. Mais à côté de ces épidémies si importantes déjà par le nombre des cas un beaucoup plus grand nombre ont été signalées. A l'étranger Wickmann (3) en dresse en 1907 une pre-

(1) Reproduction interdite.
(2) Pierre MARIE. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892, p. 444.
(3) CORDIER. Relation d'une épidémie de paralysie atrophique de l'enfance, *Lyon méd.*, janv. 1888.

(1) MEDIN. Ueber eine Epidemie von Kinderlähmung, *Congrès des sc. méd.*, Berlin 1890; — L'état aigu de la paralysie infantile, *Arch. de méd. des enf.*, 1898.
(2) Cité in JOB et FROMENT. *Revue de méd.*, 1910.
(3) WICKMANN. *Beiträge zur Kentniss der Heine-Medinschen Krankheit*, Berlin 1907.

mière liste déjà nombreuse ; Holt et Bartlet (1) colligent à leur tour en 1908 la littérature de près de 40 épidémies, tous leurs renseignements bibliographiques sont repris et complétés par Collins (2) dans un travail récent.

Tout dernièrement en France une excellente étude historique a été publiée par Job et Froment (3), tandis que Netter présentait à l'Académie de médecine un aperçu complet des épidémies antérieures et contemporaines de poliomyélite. Il est donc inutile que nous revenions sur ce point de pure bibliographie qu'on trouvera régulièrement ordonné dans les quatre mémoires précités.

Mais comme au dire de certains auteurs, pourtant de compétence indiscutable, ces mêmes épidémies si nombreuses et si importantes ne seraient constituées que par des « pseudo-cas de paralysie infantile », nous avons eu l'idée de rechercher personnellement ce qu'il y a de vrai dans de telles affirmations (4). Grâce à notre connaissance suffisante de l'anglais et de l'allemand nous avons cherché d'abord à recueillir toutes les pièces du volumineux dossier de documents cliniques et expérimentaux épars dans les littératures étrangères et ayant trait à la poliomyélite aiguë épidémique ; cela fait, après avoir essayé d'y mettre un peu d'unité, nous croyons pouvoir écrire l'étude présente comme première contribution sinon à la détermination de la vraie nature de la paralysie infantile aiguë, du moins à la recherche des rapports de la cérébro-poliomyélite aiguë épidémique avec les méningites cérébro-spinales, d'une part, et surtout de la paralysie infantile classique simple sporadique, celle que tout médecin a vu ou verra journellement évoluer sous ses yeux. Dans un prochain travail nous montrerons, pièces et documents cliniques à l'appui, comment se peut aujourd'hui établir en clinique le diagnostic de la paralysie infantile épidémique.

I

Épidémiologie. — Les études faites à l'étranger ne laissent aucun doute possible sur le caractère épidémique de la maladie dont ils donnent la description. Frappés par la ressemblance des symptômes de cette maladie épidémique avec ceux de la paralysie infantile aiguë, maladie sporadique que chacun d'eux avait déjà maintes fois observée, les auteurs ont maintenu à la maladie de Cordier-Medin l'appellation générique de poliomyélite antérieure aiguë épidémique, de paralysie infantile épidémique. Nous ferons actuellement comme eux, nous réservant de discuter plus loin la question de savoir si la déterminologie employée est ou non exacte (1).

Ceci dit, posons en principe qu'il est fort possible, qu'il est même probable que l'on doive élever des doutes sur un certain nombre des épidémies décrites ou tout au moins sur un certain nombre de cas que l'on y rapporte (2). Mais d'autre part, il est facile d'après les noms de leurs auteurs, d'apprécier le plus grand nombre d'observations comme émanant d'observateurs aussi compétents que consciencieux ; les relations qu'ils donnent ont trait à des épidémies aussi bien étudiées et analysées comme mode d'apparition de la maladie ou comme symptômes, qu'elles sont suggestives comme nombre de malades atteints. Témoin entres autres les épidémies de Bratsberg et de Trastona dont l'analyse méthodique est faite dans l'article de Job et Froment.

Rapportons simplement nous-mêmes l'exemple bien saisissant qui vient d'être signalé par Shilder (3) ; il établit à la fois le caractère épidémique et contagieux de l'affection étudiée :

Le 4 juillet 1909 on signale à Stromsbourg et aux environs l'apparition de quelques cas d'une maladie à forme généralement spinale mais assez différemment diagnostiquée les premiers jours. Aucune mesure prophylactique ne pouvant être prise, l'épidémie se développe dans de grandes proportions et s'étend sur tout l'état d'York. Quinze jours plus tard en effet (le 20 juillet) un médecin rapporte à Shilder qu'il a déjà pu observer plus de 100 cas.

Une femme d'York étant allée vers le 20 juillet avec son enfant à Stromsbourg trouve chez ses hôtes une jeune malade dont les membres inférieurs étaient partiellement paralysés. Cette femme retourne à York et neuf jours plus tard son petit garçon de cinq ans s'alite et présente des phénomènes fébriles. On diagnostique une crise rhumatismale, mais la fièvre diminue tandis que survient une paralysie partielle. Ce premier cas qui se déclare à York fut bientôt suivi de plusieurs autres, puisque dans la maison voisine où habitait une famille avec six enfants, ceux-ci présentèrent bientôt les mêmes phénomènes fébriles et paralytiques.

Un fait aujourd'hui bien acquis c'est donc que toute une série d'observations bien étudiées tendent à prouver non seulement *le caractère épidémique* de la maladie (nous avons rappelé que ce caractère avait été signalé par tous les auteurs) mais aussi son *caractère contagieux*. Il serait injuste de ne pas ajouter que Wikmann avait longuement insisté sur ce point dans la remarquable étude qu'il a donnée de l'épidémie de 1905 dans le Sud de la Norvège. Le nombre de cas avait dépassé un millier sur un territoire vaste et relativement peu peuplé. Il avait ainsi pu retrouver l'itinéraire de l'épidémie qu'il établissait à la fois et par les dates d'apparition de la maladie et par l'existence de relations détermi-

---

(1) Holt et Bartlet. The epidemies of poliomyelitis acuta, *Journ. of the med. sc.*, 1908.

(2) Collins. The epidemiology of poliomyelitis acuta, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, juin 1910.

(3) Job et Froment. *Revue de méd.*, mars 1910.

(4) M. Cruchet n'écrivait-il pas, il y a six mois, dans le *Journal médical français* : « La maladie, décrite par Medin, et qui correspond à une sorte de méningo-cérébro-myélite diffuse, ne saurait prétendre être assimilée au syndrome paralysie infantile, pas plus qu'au syndrome méningite cérébro-spinale. Il se peut que le syndrome méningite cérébro-spinale, de même que le syndrome paralysie infantile en soient le résultat ou la manifestation, dans un cas donné, mais cela est absolument contingent. »

(1) Berg Poliomyelitis anterior as an epidemie disease, *Med. Record*, 4 janv. 1908. — Netter. *Acad. de méd.*, 1910.

(2) Plusieurs, en effet (comme nous le montrerons ailleurs), se réduisent à un nombre de cas restreints et insuffisamment étudiés.

(3) G. Shilder. The epidemie of spinal disease in Nebraska, *Journ. of the med. Assoc.*, janv. 1910, p. 277.

nées entre les malades. Parmi les relations que nous avons pu détacher, il en est d'assez probantes permettant même d'établir que, si la poliomyélite aiguë est contagieuse, elle l'est surtout d'homme à homme ; d'ailleurs les recherches expérimentales de Levaditi ont bien montré que le contage existait dans la salive fraîche et desséchée.

L'analyse des cas qui se sont présentés dans la même famille devrait, semble-t-il, donner des renseignements complémentaires sur le caractère contagieux de la maladie en même temps qu'elle serait un argument de premier ordre dans la discussion de ses rapports nosologiques. Mais les faits interdisent ici encore toute généralisation.

Wickmann sans doute cite divers exemples de contagion familiale et déclare avoir rencontré une proportion de 20 p. 100 de cas multiples dans les mêmes maisons. Mais la commission chargée d'étudier l'épidémie de New-York de 1907 donne une proportion beaucoup plus faible, de 9 p. 100 environ. La statistique de Shilder semble plus positive.

Nombre des cas dans les familles.

Cas unique dans une famille d'un enfant	3	} 1	
Cas unique — de plus de 1 enfant	22		
2 cas — de 2 enfants	6	} 2	
2 cas — de plus de 2 enfants	6		
3 cas — de 3 enfants	15		
4 cas — de 4 enfants	4		
4 cas — de 5 enfants	4		
4 cas — de 6 enfants	4		
6 cas — de plus de 6 enfants	6		

En conclusion, si la contagiosité générale reste indiscutable, la contagiosité familiale, tout en paraissant très nette, demeure assez faible, interdisant d'établir une différence tranchée entre les cas sporadiques, contagieux ou épidémiques. Et Netter (1) compare avec raison ce qui se passe ici au mode d'apparition de la méningite cérébro-spinale qui se présente bien sous forme d'épidémie de caserne et de famille, mais qui se manifeste aussi souvent par cas isolés rendant impossible l'établissement absolu de la marche et de la distribution géographique générale de chaque épidémie en elle-même.

Ceci posé et nous plaçant toujours au point de vue épidémiologique, deux caractères généraux des épidémies dites de paralysie infantile méritent d'être encore mentionnés.

Ces épidémies se développent invariablement durant les mois d'été, débutant, suivant les cas, en juillet (épidémie de Nebraska, 1909) ou en août (épidémie de New-York, 1907, et épidémie de Norvège, 1905) pour prendre fin avec l'arrivée des temps froids dès le mois d'octobre.

D'autre part, ce sont les enfants qui sont presque seuls atteints et surtout les enfants jeunes. Sur les 387 cas de Gibney et Walace, 4 seulement avaient dépassé douze ans. La statistique de Shilder, conforme d'ailleurs aux observations antérieures, donnera des idées plus précises (1).

Au-dessous de 1 an	9 cas
De 1 an à 2 ans	2
De 2 3 ans	7
De 3 4 ans	4
De 4 5 ans	4
De 5 6 ans	5
De 6 7 ans	1
De 7 10 ans	12
De 10 15 ans	6
De 15 20 ans	5
De 20 30 ans	4

Toutes ces statistiques montrent en tout cas que, quelles que soient les variations qu'elles indiquent, si l'âge ne limite pas absolument les atteintes de la poliomyélite à la première et à la deuxième enfance, il existe pour le jeune âge une prédisposition très remarquable.

L'argument est donc faux qui consiste à dire que la poliomyélite épidémique frappe proportionnellement un nombre plus élevé d'adolescents que la poliomyélite non épidémique. C'est là un point très variable.

Quant au sexe, on signale à peu près le même nombre de malades, garçons et filles.

L'insalubrité du milieu ne semble pas avoir plus d'importance, puisque les enfants riches et pauvres seraient également frappés (2) et qu'on trouve dans la majorité des cas des conditions hygiéniques bonnes et parfois excellentes. Quant aux questions d'hérédité nerveuse, de refroidissement, de surmenage physique, facteurs possibles de manifestations poliomyélitiques, rien de net ne saurait être affirmé. De même, mais à un tout autre point de vue, quelque avancé que soit le problème de la nature exacte du virus de la poliomyélite épidémique, nous négligerons d'en parler ici, comptant le faire en une prochaine étude.

II

SYMPTOMATOLOGIE. — Malgré le caractère nettement épidémique de la maladie, la durée d'*incubation* en reste assez mal déterminée ; elle serait très courte dans certains cas, durerait au contraire plusieurs jours dans d'autres ; la plupart des observateurs s'accordent à lui fixer une durée moyenne de cinq à six jours.

Le *début* est plus ou moins solennel, généralement assez brusque. L'enfant vomit et réalise

(1) A. NETTER. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 mai 1910, p. 478.

(1) Elle est à rapprocher en effet de celle de Wickmann :

Au-dessous de 2 ans	19 cas
De 3 à 5 ans	21
De 6 à 8 ans	17
De 9 à 11 ans	10
De 12 à 14 ans	9
De 15 à 18 ans	7
De 19 à 30 ans	7

(2) COLLINS. Loc. cit., in *Journ. of the amer. med. Assoc.*, juin 1910 ; — Cf. aussi JOB et FROMENT. Loc. cit., in *Revue de méd.*, mai 1910 ; — et pour plus de détails LE GRAND KERR. Caractère infectieux et contagieux de la poliomyélite aiguë, in *Med. Record*, janv. 1910.

d'emblée une fièvre élevée, avec abattement, prostration ou surexcitation et délire; d'autrefois il refuse simplement de jouer et de manger, tout mouvement lui étant devenu douloureux. La fièvre est établie en général dès le troisième jour, persistant alors entre 39 et 40 degrés pendant une semaine environ pour descendre ensuite assez rapidement. Quoi qu'il en soit et quelquefois dès le début de la maladie s'établissent toujours avant le cinquième jour des troubles moteurs affectant le type de paralysies flasques, généralement étendues quoique de distribution assez peu régulière et dont le caractère fondamental est, dans la plupart des observations, de regresser, de se limiter ou même de disparaître. L'abolition des réflexes, l'atrophie musculaire apparaissent et évoluent comme dans la paralysie infantile vulgaire, en même temps que se succèdent dans le même ordre les modifications classiques des réactions électriques. Autant de caractères analogues, de véritables similitudes cliniques imposent à première vue la suppression de toute barrière nosologique entre deux affections que ne différencieraient, semble-t-il, que l'existence dans un cas du caractère plus franchement infectieux, nettement épidémique.

Malheureusement pour la théorie de l'unicité, à cause même de la franchise et de la netteté des observations cliniques de leurs historiens, le tableau symptomatique des dernières épidémies dites de paralysie infantile s'est enrichi d'un certain nombre de documents permettant aux dualistes d'ouvrir de façon honorable la discussion.

Dans la période d'invasion si les convulsions sont plutôt rares (3 à 4 p. 100) on note souvent des troubles gastro-intestinaux dominant toute la scène clinique. Wickmann avait insisté sur la fréquence de la diarrhée mais la constipation est observée aussi fréquemment, semble-t-il. Les vomissements, nous l'avons vu, sont aussi notés (40 à 45 p. 100 des cas); mais par leur répétition ils peuvent donner parfois le change. La céphalée, symptôme assez rare (15 à 20 p. 100), est souvent accompagnée dès la période de début par des symptômes magnétiques (contracture de la nuque, rachialgie, douleur aux mouvements), par des troubles bulbaires et cérébraux (troubles respiratoires, nystagmeux, etc.), quelquefois aussi par des symptômes de polynévrite (hyperesthésie cutanée, etc.).

Ce sont là autant d'éléments cliniques apparus dès la période d'invasion et qui, sans faire des épidémies dites de paralysie infantile des épidémies de méningite cérébro-spinale, suffiraient dans une certaine mesure aux dualistes pour séparer les paralysies épidémiques à syndrome si nettement infectieux de la paralysie infantile de type classique. Mais avec l'évolution morbide s'accusent, semble-t-il, encore davantage les divergences symptomatiques. On peut bien alors retrouver dans nombre de cas le tableau de l'apparition rapide d'une paralysie, variable par sa localisation et son intensité, mais qui siège le plus souvent aux membres inférieurs et qui après une période de régression se localise à un groupe plus ou moins grand de faisceaux musculaires. Ce tableau clinique apparaît même sans doute et se reproduit au cours des épidémies plus fréquemment que les dualistes ne le voudraient (65 p. 100 des cas sur plus de 400 observations dépouillées); mais il est indiscutable qu'on se trouve aussi et assez fréquemment en présence d'une symptomatologie sensiblement différente sur laquelle divers auteurs, comme Lhermitte, Claude, Cruchet, n'ont pas manqué d'insister.

Wickmann (1) lui-même, voulant prouver les relations de ces divers tableaux cliniques, a créé ce qu'il appelle les *formes symptomatiques de la paralysie infantile épidémique*. Il distingue ainsi :

1° La *paralysie spinale classique* que nous n'avons pas à décrire.

2° La *paralysie ascendante simulant la maladie de Landry*, dans laquelle la paralysie nettement extensive atteint successivement les muscles des membres inférieurs, ceux du tronc, ceux des membres supérieurs et souvent le malade meurt par paralysie des centres respiratoires. Tout récemment à la Société de pédiatrie, Netter a justement insisté sur cet aspect clinique assez fréquent de la poliomyélite épidémique.

3° Le *type bulbaire* peut s'établir d'emblée : et alors on constate dès le début des lésions des nerfs craniens et en particulier du facial, de l'hypoglosse, des oculo-moteurs, souvent aussi le pneumogastrique est atteint et on constate une paralysie des muscles respiratoires et des muscles du larynx.

4° Le *type encéphalique* est rarement observé à l'état pur et Wickmann lui-même ne l'admet guère que théoriquement et aussi parceque d'autres auteurs ont observé la coexistence d'hémiplégie spasmodique d'origine cérébrale avec une paralysie atrophique d'un membre.

5° Dans le *type cérébelleux* la démarche est incertaine, chancelante et le petit malade garde difficilement son équilibre.

6° Le *type polynévritique* n'est en somme créé que par l'exagération de l'hyperesthésie signalée parfois dès le début et qui apparaît ensuite comme le symptôme principal, tantôt généralisé, tantôt localisé sur le trajet des troncs nerveux; et accompagné de troubles moteurs plus ou moins intenses et de troubles vasomoteurs.

7° Le *type méningitique* apparaît fréquemment; aux symptômes d'irritation méningée de la période de début, ont succédé des signes indéniables de méningite : d'une part, contracture de la nuque, signe de Kernig, paralysie des sphincters et, d'autre part, délire, excitation ou somnolence allant jusqu'au coma. Cette forme clinique a été récemment étudiée en France par Paisseau et Troisier à l'occasion d'un cas clinique d'un réel intérêt.

8° La *forme abortive* serait caractérisée par un début brusque, des phénomènes généraux plus ou moins intenses, mais surtout une évolution très rapide se terminant par la guérison en vingt-quatre ou quarante-huit heures, reproduisant en somme le tableau d'une infection générale de très courte durée.

---

(1) Wickmann. Loc. cit., p. 24; — *Compte rendu de la commission d'enquête.*

Sans doute, cette classification de Wickmann facilite l'étude symptomatique d'ensemble des cas observés durant les épidémies, et nous avons nous-mêmes au début essayé d'adopter ses cadres nosologiques; mais si, une fois confrontée avec les faits, elle paraît aux uns un argument démonstratif de la non similitude de la soi-disant paralysie infantile épidémique et de la paralysie infantile sporadique, elle nous paraît à nous, au contraire, par trop schématique, surtout après le dépouillement d'un grand nombre d'observations originales. Certains cas peuvent sans doute être placés exactement dans tel ou tel des huit cadres établis par Wickmann, mais la plupart y seraient difficilement classés, parce qu'ils présentent des symptômes par trop divers et multiples. C'est ainsi qu'en étudiant surtout les observations américaines qui ont pour but plutôt de décrire que de classer, le lecteur reste inévitablement frappé de voir combien il est difficile de trouver là des types bien dessinés; chaque cas, malgré qu'y domine l'élément paralysie musculaire, offre pour ainsi dire des symptômes hybrides à tel point qu'on pourrait, semble-t-il, le faire indifféremment ressortir de tel groupement, de telle forme clinique aussi bien que de telle autre. C'est d'ailleurs précisément dans cette multiplicité de symptômes qu'il faut, comme on l'a déjà fait remarquer, chercher un des caractères distinctifs, peut-être le meilleur, des épidémies de paralysie infantile. Mais à l'encontre de Claude (1), Lhermitte (2), et plus récemment Cruchet (3), qui croient devoir, de par ce polymorphisme, considérer les épidémies comme un mélange de syndromes cliniques distincts, nous pensons plutôt avec Netter (4) qu'il y a simplement opportunité d'admettre la fréquence dans la forme épidémique de symptômes démontrant l'extension médullobulbaire et corticale, la participation des méninges au processus pathologique.

Quoi qu'il en soit, c'est bien tout autant à cause de ce *polymorphisme apparent* de la paralysie infantile épidémique que par suite de quelques diagnostics franchement erronés que se sont trouvés légitimement posées : 1° la question des rapports de la méningite cérébro-spinale épidémique avec cette poliomyélite antérieure aiguë; 2° la question de la spécificité même de cette maladie, de l'authenticité de ses poussées épidémiques.

Pour le moment, ne discutons la chose qu'en nous plaçant au point de vue clinique. Comme nous l'avons déjà remarqué, la fréquence des accidents méningés au cours de la poliomyélite aiguë épidémique a de tout temps été soulignée et Wickmann est l'un de ceux qui ont le mieux montré que, si l'on n'y prêtait grande attention, les accidents méningés pouvaient donner le change avec une méningite cérébro-spinale. Mais pourtant, du fait que, comme nous le verrons plus loin, les réactions méningées sont incontestablement fréquentes au cours de la poliomyélite aiguë épidémique, comment pouvoir affirmer que réaction méningée égale méningite cérébro-spinale à méningocoques?

Etudiant les accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës, Courtellement a pu, dans sa thèse de 1904, rapporter des observations montrant l'association possible du syndrome poliomyélite antérieure aiguë et de la méningite cérébro-spinale. Cette constatation, du plus haut intérêt, démontre la difficulté possible de certains diagnostics. Mais, quand même il serait bien démontré que dans un certain nombre de cas on a dû prendre pour de la méningite cérébro-spinale épidémique ce qui n'était que de la paralysie infantile ou vice versa (ce que personnellement nous ne sommes guère éloignés de croire), s'ensuit-il que l'analogie persiste toujours et que le diagnostic pratique soit impossible? Non certes et nous le rappellerons nous-mêmes dans une autre étude.

Un des arguments, trop souvent sans doute invoqué en faveur de l'identité des deux maladies épidémiques, vient, il est vrai, du fait de la coïncidence ou plutôt de la succession fréquente des invasions de poliomyélite aiguë et de méningite cérébro-spinale à méningocoques observée d'abord en Silésie, puis en Westphalie, en Prusse, en Autriche, en Suède, aux États-Unis; cette succession des deux genres épidémiques a toujours été notée.

Mais cela posé, comment oublier que, si la méningite cérébro-spinale est une maladie de l'hiver et du printemps, la poliomyélite épidémique est au contraire une maladie de l'été et de l'automne. De plus la méningite cérébro-spinale épidémique ayant à côté de sa symptomatologie propre une série de symptômes d'emprunt, quoi d'étonnant à ce que son tableau clinique rappelle dans certains cas, de plus ou moins près, l'une des faces de celui si multiple de la paralysie infantile épidémique. Les accidents paralytiques observés au cours des méningites auront beau être de mieux en mieux décrit par les auteurs modernes (1), pourquoi oublier qu'en matière de manifestations pathologiques et de tableaux morbides succession pas plus qu'analogies n'ont jamais signifié l'identité.

Les épidémies de méningite cérébro-spinale sont comparables, elles ne se confondent pas.

Ceci étant posé se trouve à résoudre la question, aujourd'hui agitée, par bien des auteurs, de savoir si les historiographes des épidémies de paralysie infantile aiguë n'ont pas englobé à tort sous une même rubrique des faits disparates sans lien réel.

Nous discuterons ce point à la fin même de ce travail, quand nous aurons en quelque sorte pris connaissance de tous les documents du procès et que, après avoir établi le tableau clinique de la paralysie infantile épidémique, nous aurons précisé les données des divers laboratoires et de l'expérimentation.

Dès maintenant posons simplement qu'au point de

(1) Claude. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, avril 1910 (communication Netter).

(2) Lhermitte. Loc. cit.

(3) Cruchet. Loc. cit.

(4) Netter. Loc. cit.

(1) L'un de nous a contribué, dans une certaine mesure, à cette étude, voir nos articles :

Quadriplégie infantile avec pneumococcie méningée, *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 15 fév. 1910; — Les formes anormales de la méningite tuberculeuse, *Ann. de méd. et de chir. inf.*, mai 1909.

vue purement clinique ce serait une faute de croire que de l'avis même des auteurs les plus familiers avec la paralysie infantile classique le tableau de cette maladie soit exclusivement constituée par un syndrome moteur. Heine, Relliot et Barthez, H. Roger, Damaschino et tout récemment encore le professeur Moussous (1) ont à plusieurs reprises signalé et décrit dans la paralysie infantile classique une forme douloureuse où apparaissent avec la « fièvre non seulement les vomissements et les convulsions du début mais encore aussi l'hyperesthésie généralisée, la céphalalgie, la raideur de la nuque, le renversement de la tête en arrière et enfin cette sensibilité toute particulière des membres aux mouvements spontanés et passifs qui se rapprochent nettement du tableau clinique souvent retrouvé dans les observations de paralysie infantile épidémique » que trop volontiers certains auteurs déclarent être des méningites cérébro-spinales méconnues.

Entre cette variété dite douloureuse de la paralysie infantile, et les formes franchement méningitiques de la poliomyélite épidémique, il existe, comme l'écrit encore Moussous, de nombreux types intermédiaires dans lesquels on retrouve beaucoup des symptômes si nettement indiqués par Medin dans la maladie qu'il a décrite. Quoi d'étonnant dès lors à ce qu'une erreur se puisse produire et donne à la maladie un aspect plutôt méningitique, que poliomyélitique?

Dès 1907 Collins avait lui-même reconnu après d'autres auteurs que certains des cas diagnostiqués comme paralysie infantile aiguë épidémique étaient en réalité de simples méningites cérébro-spinales ou bien des poliomyélites de type classique, ou enfin des paralysies bulbaires simples. Toute règle a des exceptions. Pourquoi le meilleur clinicien ne pourrait-il pas commettre une erreur de diagnostic surtout en temps d'épidémie à un moment où l'on a toujours spontanément tendance à rapprocher des tableaux cliniques également impressionnants?

Il apparaît en conclusion que l'on puisse donc en toute sincérité établir que, *dans la plupart des cas rapportés par les auteurs, il s'agissait bien cliniquement à n'en pas douter d'une paralysie spinale caractéristique, simplement décorée, compliquée, enrichie de symptômes méningés névritiques, bulbaires ou encéphaliques.*

Il suit de là que ces symptômes d'irritation méningée, ces troubles bulbaires ou encéphaliques, ces signes d'altération nerveuse périphériques, bien loin de constituer des types cliniques séparés, forment par leur ensemble (2) un tableau unique et complexe indiquant que ce ne sont pas seulement les cornes antérieures de la moelle qui doivent être atteintes, mais que l'axe cérébro-spinal et ses enveloppes ou plus généralement le système nerveux tout entier sont lésés soit d'une façon diffuse, soit avec localisation.

L'évolution clinique de l'affection ne manque pas d'ailleurs de confirmer à son tour que, malgré la multiplicité des symptômes, les cas observés ont entre eux des liens très étroits. En effet, dans le volumineux dossier d'observations qu'ont édifiés les cliniciens les plus impartiaux et les plus compétents, à côté de la forme nettement abortive avec une évolution très rapide durant vingt-quatre ou quarante-huit heures (1), il y a des cas plus nombreux qui copiaient très exactement la symptomatologie de la poliomyélite antérieure aiguë classique et dans lesquels les paralysies regressaient, guérissaient sans laisser même dans certains cas aucun trouble fonctionnel ni aucune amyotrophie.

Nous plaçant donc au point de vue purement clinique, symptomatique et évolutif, tout en admettant la réalité de plus d'une erreur de diagnostic parmi les faits rapportés de paralysie infantile épidémique, nous croyons avec les unicistes que le syndrome de la paralysie infantile sporadique est souvent dans ces épidémies si bien copié qu'il légitime une juxtaposition entière des tableaux cliniques sous une commune appellation. *(A suivre.)*

(1) Moussous. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale, communication au *Congrès franç. de péd.*, 1910.

(2) Berg. Poliomyelitis anterior an epidemic disease, *Med. Record*, 4 janv. 1908.

(1) Wickmann. Ueber die Prognose der akuten Poliomyelitis und ätiologisch verwander Erkrankungen, *Zeits. klin. Med.*, 1907. — Collins et Romeisce. Epidémie de poliomyélite antérieure aiguë à New-York, in *Med. Record*, 8 fév. 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1911)

Maladie de Recklinghausen. — M. Hartmann analyse une observation de M. Lecène relative à une malade atteinte de cette affection et qu'il opéra d'un fibrome par voie abdominale.

Au cours de cette opération, il constata l'existence d'une tumeur intestinale. Il réséqua la partie de l'intestin qui en était le siège. Il s'agissait d'un sarcome. Ces cas sont très rares.

Ostéite des nacriers. — M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Ombrédanne. Il s'agit d'un garçon de quinze ans qui était atteint d'une hyperostose diaphysaire du fémur. Au premier abord, on pouvait croire à la syphilis. Un traitement spécifique resta sans résultat. Cet enfant souffrait déjà depuis longtemps et cependant l'hyperostose était à peine ossifiée. Ayant appris qu'il travaillait la nacre, M. Ombrédanne porta dès lors le diagnostic d'ostéite des nacriers.

Cette affection est très rare en France, tandis qu'elle est fréquente en Autriche. Cette différence tient à ce qu'en Autriche les ouvriers nacriers travaillent pour ainsi dire en vase clos, alors qu'en France les ateliers sont aérés et ventilés.

M. Ombrédanne n'a pas opéré son malade, et il a bien fait, ajoute M. Broca qui a eu l'occasion d'observer un cas analogue, il y a une dizaine d'années, qu'il n'a pas opéré, qui a guéri et qui a pu faire son service militaire.

Décollement épiphysaire du fémur. — M. Savariaud fait un rapport sur une observation adressée par M. Pillet (de Rouen). Un enfant de six ans et demi a été pris dans l'embrasure d'une porte de grange. La cuisse fut écrasée. Il y avait une fracture du fémur dont le fragment inférieur passait à travers le creux poplité. On fit de l'extension continue et il y eut une consolidation vicieuse avec des troubles trophiques

du pied allant jusqu'à la gangrène de trois orteils. Quand M. Pillet vit le malade pour la première fois la fracture était déjà ancienne et il y avait de l'atrophie musculaire, des ulcérations du pied, un raccourcissement de 3 centimètres, de l'équinisme du pied.

M. Pillet fit une incision externe et une résection de 2 centimètres du fragment inférieur, évida l'articulation. Il ne fit pas de suture osseuse, appliqua un appareil plâtré et fit de l'extension. Il fit ensuite la ténotomie du tendon d'Achille pour redresser le pied. Le résultat fut satisfaisant. Il y a de la mobilité du genou et l'enfant peut fléchir la jambe sur la cuisse à angle droit.

S'agit-il, dans ce cas, de décollement épiphysaire vrai? M. Savariaud ne le met pas en doute. L'opération pratiquée était-elle indiquée? Oui, répond M. Savariaud, en raison de la compression des vaisseaux et des nerfs qui avaient amené des troubles trophiques graves. Quel est l'avenir de ce membre? S'accroîtra-t-il parallèlement à l'autre? Ceci est douteux et ce membre paraît voué à un raccourcisssement considérable. M. Pillet a bien rétabli la mobilité du genou, mais il aurait dû respecter la zone portile du fémur. Dans ce cas, M. Savariaud aurait tout tenté pour réaliser la conservation de la partie inférieure du fémur.

M. Broca partage complètement cet avis et déclare qu'on ne doit jamais réséquer le fragment épiphysaire du fémur quand il s'agit d'un décollement épiphysaire chez l'enfant. En pareil cas, il détruit toute la zone d'os nouveau pour y réintégrer l'os fracturé.

M. Lucas-Championnière est d'accord avec MM. Broca et Savariaud. Mais le cas de M. Pillet est de ceux où on fait ce qu'on peut. En présence de ces vieilles fractures on ne peut pas toujours faire ce qu'on voudrait.

M. Broca insiste pour qu'on suive le conseil qu'il a donné, creuser dans l'os nouveau une loge pour y faire rentrer l'os ancien.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. Potherat rapporte l'observation suivante : un garçon de quinze ans reçoit une balle de revolver dans la région thoracique du côté droit. Il est amené à l'hôpital; l'interne de garde, ne voyant pas d'urgence à intervenir, attend la visite du chef. Le lendemain matin, M. Potherat voit le blessé, le trouve en assez bon état à son arrivée, mais au cours de sa visite, les choses changent; ce blessé présente des signes non douteux d'hémorragie interne. L'examen du malade ne révèle rien du côté de la poitrine ou du cœur.

Il s'agit donc d'une hémorragie intra-abdominale, bien que l'origine d'entrée corresponde en avant au septième espace intercostal. Le ventre est d'ailleurs rétracté; il y a de la défense musculaire. M. Potherat fait la laparotomie, nettoie la cavité abdominale remplie de sang et trouve une déchirure de la face inférieure du lobe droit du foie, déchirure de 3 centimètres de longueur.

Il ferme cette ouverture par cinq points de suture. Explorant la face supérieure du foie, il y trouve un petit orifice qui ne saigne pas. L'hémorragie est arrêtée, le ventre refermé, et le malade guérit. La radiographie a montré que le projectile était resté sur la paroi postérieure de l'abdomen, contre la colonne vertébrale.

M. Souligoux déclare que, dans ces cas, il faut toujours examiner les intestins pour voir s'il n'y a pas de perforations. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette opinion.

— Une courte discussion s'engage entre MM. Potherat, Souligoux et Michon sur des faits analogues à celui de M. Potherat.

Tumeur mélanique du cou. — M. Morestin présente un malade qu'il a opéré d'une énorme tumeur mélanique du cou. Très beau succès malgré les grandes difficultés de l'opération.

LIVRES NOUVEAUX

La Bactériologie expérimentale (1), par W. Kolle et H. Hetsch, traduction française d'après la deuxième édition allemande par H. Carrière (de Berne).

« La Bactériologie expérimentale » de Kolle et Hetsch a été accueillie avec la plus grande faveur par le public médical allemand. A notre époque où la littérature bactériologique s'enrichit chaque jour de publications nouvelles, il ne suffit pas à un livre, pour prétendre au succès, de porter sur sa couverture un nom comme celui du professeur Kolle, il faut encore qu'il offre à ses lecteurs, et c'est ici le cas, des aperçus sinon entièrement neufs du moins présentés sous une forme nouvelle. Il ne s'agit pas en effet ici d'un traité de technique microbiologique, comme il en est déjà d'excellents. Le titre du livre indique ses tendances : mettre à la portée du public médical, sous une forme facilement compréhensible tout en restant strictement scientifique, les résultats des méthodes expérimentales appliquées à l'étude de maladies infectieuses.

Partant de cette idée, les auteurs consacrent d'abord un certain nombre de pages au microscope et aux travaux microscopiques, à la morphologie et à la biologie générale des microbes pathogènes, aux lois générales de l'infection et de l'immunité, aux anticorps, au séro-diagnostic, à la bactériothérapie et à la sérothérapie ; puis ils étudient successivement les principales infections de l'homme et de l'animal. Parmi les chapitres les plus neufs de cette partie du livre, nous citerons ceux qui sont consacrés à l'étude des spirilloses, des trypanosomiases, des piroplasmoses. Dans un appendice, enfin, le lecteur trouvera résumé ce qu'il est indispensable de connaître en fait de technique bactériologique.

Nous ajouterons, et personne ne s'en étonnera, que MM. Kolle et Hetsch se sont placés dans leur exposé sur le terrain des théories de l'école alllemande ; ils ont cependant fait preuve d'une impartialité relative, et s'ils n'ont donné aux recherches des savants étrangers et surtout à celles de l'école française la place qu'il leur revient dans un livre de ce genre, du moins ne les ont-ils pas passé sous silence.

L. Gayard.

Précis de médecine opératoire (2), par le docteur Lecène, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le « Précis de médecine opératoire » qui vient de paraître appartient à la collection de la bibliothèque du doctorat en médecine publiée sous la direction du professeur Gilbert. C'est, comme le qualifie lui-même son auteur « un manuel d'amphithéâtre à l'usage des étudiants, livre essentiellement élémentaire et surtout pratique ».

M. Lecène a borné en effet sa description « aux opérations cadavériques réglées dans tous leurs détails et consacrées par l'usage », c'est-à-dire aux ligatures, désarticulations, amputations et résections typiques, en un mot à la médecine opératoire classique que doit bien connaître l'étudiant qui affronte le troisième examen de doctorat et qui constitue la base essentielle de l'éducation manuelle du futur chirurgien. Cette médecine opératoire à laquelle on a reproché bien à tort d'être inutile parce que l'exception chez le vivant a deux grands avantages : celui de faire revoir à l'étudiant l'anatomie des régions si souvent négligée par lui et d'être ainsi une excellente leçon d'anatomie topographique appliquée ; d'apprendre ensuite à l'élève à se servir de ses doigts, à tenir correcte-

(1) 2 vol. in-8 de 400 pages chacun, avec 66 figures et 81 planches en couleurs. — Prix : 37 fr. 50. — Genève, édition Atar, et Paris, O. Doin et fils.

(2) In-8 de 325 pages avec 321 figures photogravures. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ment son bistouri, à rechercher, trouver avant et pendant l'opération les points de repères précis qui progressivement le conduiront sur l'organe qu'il veut découvrir.

Il faut, dit Lecène, que tous les temps d'une opération cadavérique quelconque soient successivement, méthodiquement et correctement exécutés; c'est seulement à cette condition qu'une ligature d'artère ou une désarticulation typique seront des exercices utiles et profitables pour les étudiants.

Aussi en écrivant ce précis Lecène n'a-t-il eu qu'un but : être clair, bien faire comprendre à l'élève les différents temps toujours bien réglés d'une opération cadavérique et surtout lui enseigner avec précision les différentes attitudes qu'il devra adopter pour exécuter commodément et correctement l'opération.

Avec la connaissance des désirs exprimés par les élèves que nous donnent dix années d'enseignement pratique à l'amphithéâtre nous pouvons dire que le précis de Lecène, par sa précision, ses nombreux documents photographiques et surtout sa lecture facile pour une matière si aride, trouvera auprès des étudiants la faveur qu'il mérite. Il suffira en effet à un élève consciencieux de lire attentivement le texte si clair et de regarder les figures correspondantes pour comprendre rapidement les différents temps opératoires et avoir de suite pour lui et son aide la notion précise des attitudes qu'il doit prendre, partie si souvent négligée par les élèves et cependant si utile à la bonne exécution de l'opération.

En se pliant à cette discipline rigoureuse les étudiants s'habitueront à cette synergie de l'esprit et de la main indispensables non seulement à l'opérateur mais encore au praticien dans l'exercice de la vie médicale courante; en faisant correctement la médecine opératoire classique les futurs médecins réapprendront leur anatomie topographique et acquerront une certaine dextérité manuelle; quant aux futurs chirurgiens en répétant souvent les opérations conventionnelles, ces gammes suivant l'heureuse expression du professeur Segond, ils feront un travail préparatoire très utile indispensable même pour opérer sur le vivant. Il serait insuffisant pour être chirurgien d'avoir opéré beaucoup et très bien à l'amphithéâtre, mais la médecine opératoire classique quelque conventionnelle qu'elle soit n'en restera pas moins la base, le point de départ d'une solide et véritable éducation chirurgicale.

P. DIONIS DU SÉJOUR.

Therapeutische Tecknik für die arztliche Praxis (1), publié sous la direction de J. SCHWALBE.

La deuxième édition de la *Therapeutische Technik* publiée par Schwalbe avec la collaboration des médecins et des chirurgiens les plus éminents d'Allemagne, est un livre essentiellement pratique.

La première édition de 1906-1907, dont nous avons publié ici la critique, s'est enrichie de chapitres nouveaux : citons surtout la technique de la diététique par Kraus et Brugsch, où l'on trouve, présentés avec une concision et une netteté remarquable tous les renseignements dont le médecin peut avoir besoin dans cette branche si importante de la thérapeutique.

La technique de l'orthopédie mécanique, écrite dans la première édition par Hoffa, a été reprise et complétée dans la nouvelle édition par Riedinger.

Citons également le chapitre consacré au traitement de la syphilis et des maladies cutanées, dû à Bettmann.

Le livre est enrichi de nombreuses gravures qui en facilitent l'intelligence.

Un index alphabétique bien plus détaillé que dans la première édition permet de trouver d'emblée dans ce copieux ouvrage les moindres détails de thérapeutique médicale ou chirurgicale dont on peut avoir besoin.

A. LEMIERRE.

(1) Deuxième édition, 979 pages. — Leipsig, G. Thieine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 JANVIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Reclus, Delbet et Pierre Duval; — M. A. Léri, suppléant.

Mardi 24 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Balthazard; — (2e série) : MM. Achard, Castaigne et Rathery; — M. Lecène, suppléant.

Mercredi 25 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Pierre Duval et Grégoire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologtque*, épreuve pratique : MM. Gautier, André Jousset et Lœper.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Desgrez, Mulon et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Proust et Lequeux.

4e : MM. Pouchet, Wurtz et Laignel-Lavastine; — M. L. Bernard, suppléant.

Jeudi 26 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Chevassu et Okinczyc.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Prenant, Gley et André Broca; — (2e série) : MM. Retterer, Langlois et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Lenormant et Rouvière; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Rémy et Thiéry.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Balthazard et Castaigne.

4e : MM. Thoinot, Wurtz et Desgrez; — M. Roussy, suppléant.

Vendredi 27 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Lejars et Pierre Duval; — (2e partie, 2e série) : MM. Delbet, Roussy et Ombrédanne; M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. Guillain suppléant.

Samedi 28 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Lecène, suppléant.

THÈSES

Mercredi 25 janvier, à une heure. — M. LACAINE. La chèvre et l'hygiène. (MM. Blanchard, président; Widal, Macaigne et Guillain.) — M. LECONTE. Contribution à l'étude des arythmies : l'extra-systole. (MM. Widal, président; Blanchard, Macaigne et Guillain.) — Mlle PIATNIZKY. Maladie de Riga (production sublinguale de Fede). (MM. Kirmisson, président; Reclus, Hartmann et Ombrédanne.) — M. BACQUIÉ. Revue critique sur l'extensoin au clou (nagelextension) dans le traitement des fractures. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Hartmann et Ombrédanne.) — M. POIRIER. Contribution à l'étude de l'actinomycose intestinale. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Reclus et Ombrédanne.)

Jeudi 26 janvier, à une heure. — M. BRANLARD. Des avantages de la colpo-hystérectomie dans le cancer du col ulcéré. (MM. Pozzi, président; Gilbert Ballet, Lecène et Gougerot. — M. FENARD. L'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique (maladie de Dercum). (MM. Gilbert Ballet, président; Pozzi, Lecène et Gougerot.) — M. GUYONNAUD. Syphilis du cœur. (MM. Gilbert Ballet, président; Pozzi, Lecène et Gougerot.)

RENSEIGNEMENTS

COMITÉ D'ASSISTANCE ET DE PLACEMENT DES VEUVES ET ORPHELINES. — La création du service d'assistance aux veuves et orphelines de médecins, par la recherche d'un emploi en rapport avec leurs aptitudes, a provoqué un assez grand nombre de demandes.

Le comité se trouve trop souvent dans l'impossibilité de satisfaire à ces demandes parce que les postes qui pourraient convenir ne lui sont pas signalés.

En conséquence, il serait reconnaissant aux membres de l'association de l'aider dans la tâche qu'il a entreprise en signalant à M. le docteur Darras, 5, rue de Surène, Paris, dès qu'ils les connaissent, tous les emplois qui pourraient être tenus par une veuve ou une fille de médecin ; ils rendront ainsi un signalé service à des veuves ou à des filles de confrères qui, restées sans ressources après la disparition du mari ou du père, se voient dans la nécessité de chercher dans le travail les ressources qui devront assurer leur existence.

DEMANDES. — N° 1. — Veuve de sociétaire, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits, prix modérés.

N° 4. — Veuve de médecin donne leçons de peinture, dessin, gravure. Parle allemand et anglais.

N° 6. — Deux sœurs de sociétaire, âgées l'une de trente-huit ans, l'autre de vingt-neuf, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

N° 9. — Fille de médecin, veuve sans enfants, ayant l'habitude du monde et de la tenue d'une maison, musicienne, parlant un peu l'anglais, demande emploi de dame de compagnie ou de gouvernante d'une grande jeune fille.

N° 10. — Veuve de médecin, trente ans, désire emploi de dame de compagnie, ou de caissière, ou de vendeuse.

N° 16. — Veuve de sociétaire demande emploi de *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

N° 18. — Veuve de médecin, connaissant anglais et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

N° 21. — Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

N° 22. — Veuve de médecin désire, à Paris, emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde, ou étrangères.

N° 23. — Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions (Paris).

N° 26. — Veuve de sociétaire, quarante et un ans, désirerait accompagner malades aux eaux ; s'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

N° 28. — Fille de médecin, connaissant très bien l'anglais, connaissant aussi l'allemand, l'espagnol et un peu le russe, demande traductions.

N° 29. — Fille de sociétaire décédé désire emploi de dame de compagnie. S'occuperait d'enfants, donnerait des leçons de piano (Paris).

N° 30. — Veuve de sociétaire, quarante-cinq ans, apte à diriger intérieur, désire emploi dans une clinique.

N° 31. — Fille de sociétaire, trente-trois ans, désire emploi de dame de compagnie ou de gouvernante (région du Midi).

N° 34. — Veuve de sociétaire, vingt-neuf ans, demande emploi dans clinique médicale ou chirurgicale.

N° 35. — Veuve de médecin ayant diplôme de masseuse, demande à faire des massages (Paris).

N° 38. — Fille et sœur de médecins, instruite, excellente éducation, connaissant tenue de maison, comptabilité, correspondance commerciale, désire emploi de directrice d'intérieur ou dans une clinique. Accepterait également situation de gérante, caissière ou secrétaire.

N° 39. — Fille de médecin, très forte en solfège, désire leçons de piano pour commençantes.

N° 41. — Femme de sociétaire infirme désire trouver une situation lui permettant de garder son mari auprès d'elle et plus particulièrement un emploi quelconque dans une maison de santé, en province ou dans la banlieue de Paris.

N° 42. — Petite-fille de médecin désire trouver direction de clinique, maison de santé ou sanatorium, en France ou à l'étranger.

N° 43. — Veuve de médecin, connaissant l'anglais et l'espagnol, cherche une situation de dame de compagnie ou de direction d'un intérieur ou d'une maison de santé. Accepterait même situation des plus modestes.

N° 44. — Veuve de médecin demande emploi de dame de compagnie ou de vendeuse, de préférence à Paris. Accompagnerait enfants.

N° 45. — Fille de médecin, cinquante-huit ans, demande emploi de dame de compagnie. S'occuperait d'enfants et accompagnerait malades.

N° 46. — Veuve de médecin, trente et un ans, active, désire emploi médical ou para-médical.

N° 48. — Fille de médecin, connaissant massage, désire malades à garder.

N° 49. — Veuve de médecin, quarante ans, connaissant l'anglais, désire emploi de dame de compagnie auprès de personnes âgées ou neurasthéniques (Paris ou banlieue).

N° 50. — Fille de médecin, vingt ans, connaissant l'allemand, l'anglais et la dactylographie, désire emploi de secrétaire pour correspondance anglaise et pour comptabilité (première partie du baccalauréat).

N° 52. — Fille de médecin, vingt-quatre ans, étudiante en médecine à Paris, connaissant l'allemand et l'anglais, demande situation médicale ou para-médicale lui permettant de terminer ses études.

N° 53. — Fille de médecin, quarante-sept ans, connaissant la comptabilité et le piano, demande emploi de lectrice ou de dame de compagnie.

N° 7. — Veuve et fille de médecin, tiennent à Paris maison de famille et de santé pour personnes convalescentes, infirmes, âgées ou atteintes de maladies aiguës ou chroniques non contagieuses, enfants malades, convalescents ou arriérés. Accouchements. Hôtel particulier avec très beau jardin et confort moderne. Prix très modérés.

Sociétaire de la région du Nord demande situation médicale dans un sanatorium.

Médecin résidant dans les Vosges demande à faire chez lui des travaux de bureau rémunérés.

OFFRES. — *A.* Femme de sociétaire, possédant villa confortable, pleine campagne Anjou, recevrait pensionnaire enfant, auquel pourraient être assurés soins maternels, médicaux et instruction, ou adulte qui aurait besoin de repos et de soins.

B. Veuve de sociétaire reçoit à Nice, en hiver, à Paramé, en été, quelques jeunes enfants ou jeunes filles (françaises ou étrangères) que les parents ne peuvent accompagner. Vie au grand air. Santé surveillée. Bonne hygiène. Education familiale et pratique. Villa particulière avec jardin et salle de bains. Conditions spéciales, s'il y a lieu, pour les jeunes filles appartenant au corps médical.

C. Veuve de sociétaire désire louer sa villa sise à Ronce-les-Bains, près La Tremblade (Charente-Inférieure). Trois chambres de maître, salle à manger, chambre de domestique. Forêt de pins à proximité de la plage.

Ecrire à M. le docteur Darras, trésorier général de l'association, 5, rue de Surène, à Paris, qui fournira des renseignements.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 96, 3 déc. 1910.) LŒPER et ESMONET : La pancréatinisation intensive dans le traitement de la tuberculose. — (N° 97, 7 déc.) BERNHEIM : Ma conception de la suggestion. — CHAVIGNY : Atrophie papillaire tardive d'origine ourlienne. — (N° 98, 10 déc.) A. ROBIN : Traitement de l'œdème aigu du poumon. — ROUX : L'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose. Ce qu'elle n'est pas. Ce qu'elle est. — (N° 99, 14 déc.) L. BROCQ : Des conditions qui gouvernent la cicatrisation de certaines syphilides ulcéreuses tertiaires. — (N° 100, 17 déc.) F. BEZANÇON et Mathieu P. WEILL : La courbe du poids au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — (N° 101, 21 déc.) E. APERT : Dystrophies variées (hermaphrodisme, puberté précoce, hirsutisme, obésité) en coïncidence avec des lésions des capsules surrénales. — (N° 102, 24 déc.) GRANDMAIRE : Symphyséotomie avec des moyens de fortune. Résultats après cinq ans et huit mois. — (N° 103, 28 déc.) E. VALUDE : Les troubles oculaires chez la femme. — (N° 104, 31 déc.) MAUCLAIRE : Torsion de l'épiploon.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 nov. 1910.) BAILLIART : La rougeur de l'œil. Sa signification. Traitement d'urgence — (8 déc.) CLARET et GY : Séméiologie et thérapeutique de la diarrhée. — (15 déc.) A. ROBIN : Eloge de Henri Huchard. — CLARET et GY : Séméiologie et thérapeutique de la diarrhée (*suite*). — (23 déc.) ROCHARD : De l'indication de l'hystérectomie dans les grossesses compliquées de malformations utérines. — BARDET : Le 606 du professeur Ehrlich au point de vue pharmacologique.

Clinique. — (N° 49, 9 déc. 1910.) POULARD : Les kératites. — SAVARIAUD : Les différentes variétés de pied bot et leur traitement. — SAVIGNAC : De quelques notions de physiologie de l'intestin d'après Hertz. — EMERY et LACAPÈRE : Les injections intraveineuses d'arsenobenzol. — (N° 50, 16 déc.) SABOURAUD : Considérations pratiques à propos des maladies du cuir chevelu. — L. LAFAY : Variations sur le 606. — M. GENTY : Le relâchement sacro-iliaque dans ses rapports avec les douleurs sciatiques et lombaires. — SAUVEZ : Les stigmates dentaires de la syphilis. — V. PAUCHET : Pancréatite biliaire : diagnostic et traitement. — PERDRIZET : Action des rayons X sur les organes génitaux internes de la femme. — (N° 51, 23 déc.) E. LESNÉ et L. DREYFUS : Epidémiologie de la scarlatine. — P.-R. JOLY : Cures thermales à domicile. Balnéation. — PAUCHET : Le « Matas », traitement de choix des anévrismes chirurgicaux. — (N° 52, 30 déc.) CANTALOUBE : Epidémiologie et prophylaxie de la fièvre de Malte.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 49, 4 déc. 1910.) BONNES et ELLOY : Les corps gras en thérapeutique interne. Nouveau moyen de les faire accepter sans dégoût et de faciliter leur absorpion. Les émulsions aériennes. — (N° 50, 11 déc.) BEAUVIEUX et BONNEFON : La sclérectomie avec iridectomie périphérique dans la cure du glaucome chronique. — LEURET : Asystolie du cœur gauche. — (N° 51, 18 déc.) SABRAZÈS, MURATET et MOUGNEAU : Syndrome hémolytique par fragilité globulaire avec anémie grave, subictère, splénomégalie se révélant chez une tuberculeuse avancée ayant toujours eu antérieurement le teint blafard. — BONNES et ELLOY : Les corps gras en thérapeutique interne. Nouveau moyen de les faire accepter sans dégoût, et de faciliter leur absorption. Les émulsions aériennes (*suite*). — (N° 52, 25 déc.) DENIGÈS : A propos de la présence de sels biliaires dans le sérum sanguin de la malade atteinte d'anémie et d'ictère hémolytiques aggravés par la tuberculose. (Observation publiée dans le précédent numéro par MM. Sabrazès, Muratet et Mougneau). — BONNES et A. ELLOY : Les corps gras en thérapeutique interne. Nouveau moyen de les faire accepter sans dégoût et de faciliter leur absorption. Les émulsions aériennes (*fin*).

Echo médical du Nord. — (N° 49, 4 déc.) O. LAMBRET : A propos d'un cas de résection des racines postérieures de la moelle pour crises gastriques du tabes. — R. LE FORT : Genu recurvatum à prédominance tibiale, développé chez une fillette pottique à l'occasion d'une poussée de rhumatisme tuberculeux. — J. VANVERTS : Le drainage latéral transmusculaire dans les laparotomies médianes. — (N° 50, 11 déc.) RAVIART, HANNARD et GAVET : Paralysie générale et taboparalysie conjugales dans le département du Nord (1871-1900). — NOWACZNISKI : Contribution à l'étude des lésions produites au moment de l'agonie (étude médico-légale). — (N° 51, 18 déc.) CHARMEIL : Traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsenobenzol, 606 d'Ehrlich. — E. BERTIN et M. BRETON : Premiers résultats obtenus par l'injection intraveineuse du dioxydiamidoarsenobenzol, 606 d'Ehrlich. — L. BRUYANT : La thérapeutique chimique des spirilloses d'après les récents travaux d'Ehrlich et Hata.

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er déc. 1910.) L. BÉRARD et STÉFANI : Le traitement des grands traumatismes des membres inférieurs (8 fig). — L. BÉRIEL : A propos de la classification de certaines tumeurs malignes : les lipomes malins (2 fig.). — P. VIGNARD et L. ARNAUD : L'injection intrapéritonéale d'huile camphrée dans le traitement des péritonites aiguës.

Nord médical (N° 87, 15 nov. 1910.) G. LEMOINE : Lavage du sang (*suite*.)

Pédiâtrie pratique. — (N° 202, 5 déc.) KIRMISSON : La técrosite crépitante, — JARRICOT : Consultations de nourrissons et écoles normales d'institutrices. — CARRON DE LA CARRIÈRE : Le traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales.

Presse médicale. — (N° 98, 7 déc. 1910.) A. CHAUFFARD : La découverte de l'endocardite rhumatismale. — Paul DARBOIS : Les petits signes de la fièvre de Malte. — (N° 99, 10 déc.) Albert SÉZARY : Histo-microbiologie de l'artérite syphilitique. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : Diminution de la pose en radiographie par les écrans renforçateurs. — M. LETULLE : Le foie à lobe flottant. — (N° 100, 14 déc.) L. BOIDIN et L. DOUAY : Sur la péritonite à streptocoques. — A. ABRAMS : Percussion du cœur et déterminations du myocarde par une nouvelle méthode. — (N° 101, 17 déc.) SAVARIAUD : Les fausses coxalgies. L'incurvation du col fémoral ou coxa-vara de l'adolescence. — BERTOLOTTI : Le syndrome radiologique de l'oxycéphalie et des états similaires d'hypertension cérébrale. Contribution clinique, anatomique et anthropologique à la pathologie osseuse du crâne. — (N° 102, 21 déc.) G. MARION : De l'ablation de certaines tumeurs vésicales par les voies naturelles. — (N° 103, 24 déc.) A. RODET et LAGRIFFOUL : La sérothérapie de la fièvre typhoïde. Résultats cliniques ; 65 cas de traitement. — (N° 104, 28 déc.) SICARD, FOIX et SALIN ; Réactions du liquide céphalo-rachidien au cours de la pachyméningite pottique (séro-diagnostic rachidien pottique). — Paul RAVAUT : Technique des injections intramusculaires et intraveineuses de l'arsenobenzol « 606 d'Ehrlich-Hata ». — G. SCHREIBER : Le lait albumineux. — (N° 105, 31 déc.) DUPRÉ : La psychiatrie d'urgence.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'Internat. — *Oral.* — Séance du 13 janvier. — Question donnée : « Les muscles; biceps brachial et coraco-brachial (anatomie) : signes et diagnostic différentiel de la gangrène pulmonaire ».

MM. Bailleul, 13 + 18 = 31; Maurel, 8 + 18 = 26; Lépine, 10 + 17 = 27; Trousset, 9 + 16 = 25; Gatellier, 17 + 22 = 39; Monbrun, 15 + 21 = 36; Mlle Landesmann, 14 + 19 = 33; MM. Baréty, 12 + 19 = 31; Rœhrich, 8 + 16 = 24; Guelfucci, 9 + 22 = 31.

Séance du 15 janvier. — Question donnée : « Nerf sciatique poplité interne. Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse ».

MM. Charrier, 16 + 17 = 33; Massart, 12 + 16 = 28; Marcassus, 13 + 16 = 29; Couinaud, 16 + 25 = 41; Durœux, 13 + 21 = 34; Vallery-Radot (Pasteur), 17 + 27 = 44; Sourdille, 16 + 21 = 37; Lecerf, 13 + 19 = 32; Gouverneur, 18 + 26 = 44; Bardon, 15 + 18 = 33.

— Concours de la médaille d'or. — *Médecine.* — Le jury est définitivement composé de MM. Monod, Auvray, Campenon, Mauclaire et Pinard.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lœper, Hallé, Aviragnet, Chantemesse, qui acceptent, et Jeanselme, n'a pas fait connaître son acceptation.

HOPITAL D'ALGER-MUSTAPHA. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Moggi.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — La médaille d'or de la Société vient d'être décernée à M. Charles Moureu, pour ses travaux sur les gaz rares et la radio-activité des eaux minérales françaises.

STATISTIQUE DES ACCIDENTS DE CHEMINS DE FER EN FRANCE. — La Compagnie du chemin de fer du Nord vient de publier une très intéressante statistique des accidents de chemins de fer français pour l'ensemble du territoire; elle porte sur les années 1908 et 1909.

En 1908, il y a eu 1734 accidents sur lesquels 427 imputables au service et 1397 accidents de personnes indépendantes du service des trains.

Les 427 accidents d'ordre technique se répartissent ainsi : déraillements, 8 p. 100; prises en écharpe, 6 p. 100; ruptures d'attelages, 7 p. 100; collisions, 3 p. 100.

Dans la seconde catégorie, il y a eu 118 tués et 1332 blessés. Sur ces 1450 victimes les agents des compagnies arrivent en hâte au nombre de 1077, puis viennent les voyageurs au nombre de 259, enfin 114 personnes diverses.

Sur les 1450 accidentés il y a eu 127 victimes d'accidents de trains seulement et 1323 victimes de leur propre imprudence.

Au cours des quatre années 1906-1909, la proportion des victimes rapportée au nombre des voyageurs a été la suivante :

	NOMBRE DE VOYAGEURS	
	Pour 1 tué.	Pour 1 blessé.
1906............	7394000	384000
1907............	7232000	443000
1908............	5970000	393000
1909............	4280000	424000

L'inspection de ce tableau montre avec évidence que la proportion des morts augmente tandis que celle des blessés est en légère diminution.

La statistique de la Compagnie du Nord établit aussi la comparaison de la moyenne décennale des réseaux anglais et français.

	NOMBRE DE VOYAGEURS	
	Pour 1 tué.	Pour 1 blessé.
Angleterre.......	8980000	473000
France...........	6184000	864500

La proportion des tués est donc nettement plus élevée en France et celle des blessés notablement plus considérable chez nos voisins d'outre-Manche.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hocquard, médecin inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon, et André Lombard (de Paris).

HOPITAL LAENNEC (service des tuberculeux). — M. Léon Bernard, professeur agrégé, fait, tous les matins à dix heures, au lit du malade, un enseignement pratique d'auscultation et d'examen de la poitrine. Le vendredi, examens radiologiques, par M. Maingot.



ARRET de la COUR D'APPEL

La — Chambre des appels correctionnels du Tribunal civil de la Seine a rendu le 15 juin 1910 l'arrêt suivant pour M. le docteur RÉMY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, demeurant à Paris, boulevard de Courcelles, 112, contre : 1° M. le docteur NOIR, gérant du *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, président du Syndicat des médecins de la Seine, 9, rue Linné, Paris; 2° M. le docteur DIVERNERESSE, chaussée de l'Etang, à Saint-Mandé, prévenus de diffamation à l'égard du docteur Rémy.

La Cour, vu les conclusions déposées au nom des appelants : Considérant que si les articles qui paraissent tous les quinze jours sous la plume du docteur Diverneresse, depuis le 20 mars 1908, dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, dont le docteur Noir est le gérant, visaient principalement les Compagnies d'assurances contre les accidents du travail, il n'est pas moins établi par tous les documents de la cause que l'article incriminé du 5 mai 1908 vise aussi la personne du docteur Rémy, qui y est suffisamment désignée; considérant que la majorité des lecteurs du *Bulletin officiel* se compose de médecins, que ceux-ci n'ont pu se méprendre un seul instant ni sur la personne du docteur R.., désigné comme médecin d'assurances en même temps que médecin de l'hôpital départemental de Nanterre, ni sur celle du docteur R. (de Paris), assigné en dommages-intérêts pour concurrence déloyale devant le tribunal de la Seine par deux confrères ainsi que le docteur Diverneresse avait pris soin de l'annoncer antérieurement à ses lecteurs; considérant que si, pour le développement de sa polémique contre les Compagnies d'assurances, le docteur Diverneresse avait le droit de recourir à la critique la plus large, fût-elle même des plus acerbes, il a toutefois, dans le numéro du 5 mai 1908, dépassé les limites permises; qu'en effet, après avoir écrit que les assureurs enlevaient en automobile les blessés aux médecins librement choisis, il rappelle comme à titre d'exemple l'instance en dommages-intérêts ci-dessus présentant le docteur Rémy comme complice des procédés qu'il signalait, omettant de faire connaître l'issue de ce procès entièrement favorable au docteur Rémy qui avait obtenu les dommages-intérêts réclamés. Considérant qu'il ajoute que le docteur R... avait dû démissionner à la suite d'une plainte qui le visait, adressée au préfet de la Seine en septembre 1903 par M. le député Violette, plainte ayant trait à l'enlèvement d'un blessé, par une Compagnie d'assurances, de l'hôpital de Dam.... où il était admirablement soigné, pour être transféré dans la maison de M... à 100 kilomètres de Dam... où se trouvait un chirurgien dévoué à cette Compagnie. Qu'en outre, en recevant un blessé étranger au département de la Seine qui avait refusé, lors de son arrivée, de signer la déclaration qu'il y était domicilié, le docteur R.. savait, d'après la plainte, qu'il violait le règlement de la maison. Considérant que ces imputations tendent en réalité à représenter, contrairement à la vérité, le docteur Rémy comme ayant été obligé de quitter l'hôpital de Nanterre dans des conditions fâcheuses pour sa probité professionnelle Considérant qu'en écrivant enfin au sujet de la prétendue séquestration de blessés dans des maisons de santé, sorte d'hôpi aux-prisons, appartenant aux assureurs, qu'on ne pouvait croire cette chose possible au XXe siècle, mais que la plainte du député Violette et l'instance devant le tribunal de la Seine l'avaient persuadé de la réalité de ces faits, le docteur Diverneresse précisait mieux encore la part qu'il entendait attribuer au docteur Rémy dans les faits qu'il citait d'une façon incomplète et inexacte sous le prétexte de documentation et associait pour ainsi dire le docteur Rémy, signalé comme dirigeant des cliniques pour le compte des assureurs aux procédés blâmables qu'il prétendait relever à l'encontre des Compagnies d'assurances Considérant que ces imputations dirigées contre le docteur Rémy après d'autres insinuations malveillantes déjà formulées au cours des années précédentes, revêtent un caractère nettement diffamatoire. En ce qui concerne le docteur Noir : Considérant que, bien que l'auteur de l'article soit connu, il n'y en a pas moins lieu de retenir le docteur Noir, en sa qualité de gérant, comme auteur principal, et de confirmer en conséquence le jugement dont est appel tant à son égard qu'à celui du docteur Diverneresse; adoptant les motifs des premiers juges non contraires à ceux du présent arrêt, confirme le jugement dont est appel, condamne le docteur Diverneresse et le docteur Noir solidairement aux dépens de première instance et d'appel.

Cet arrêt confirme un jugement de la 9e chambre du Tribunal correctionnel de la Seine du 1er décembre 1909 qui avait condamné les docteurs Noir et Diverneresse chacun à 500 francs d'amende, solidairement à 1000 francs de dommages-intérêts à payer au docteur Rémy et qui avait autorisé le docteur Rémy à faire publier deux insertions dans cinq journaux de son choix et aux frais des prévenus.

TRAITEMENT DE L'HÉMOPHILIE CONGÉNITALE ET DU PURPURA PAR LES INJECTIONS DE PEPTONE DE WITTE

Par MM. P. NOBÉCOURT et Léon TIXIER (1).

Les recherches hématologiques modernes ont montré qu'il existait au cours de certains états hémorragiques des modifications de la coagulation sanguine. Il est résulté de cette constatation une thérapeutique pathogénique que l'on a réalisée avec les sels de calcium, la gélatine, le sérum et enfin la peptone de Witte. Ces substances ont été utilisées, notamment dans le traitement de l'hémophilie congénitale et des purpuras, avec des résultats divers (2).

* * *

Pour apprécier les effets des médicaments que nous venons de mentionner, il convient de rappeler comment se comporte le sang des hémophiles et des purpuriques.

L'*hémophilie* est en général considérée comme un état diathésique qui peut être *héréditaire*, *familial* et *congénital*, ou *isolé* et *acquis*. Sa caractéristique clinique est la facilité avec laquelle se produisent des hémorragies spontanées ou traumatiques. Sa caractéristique hématologique consiste dans le retard et la lenteur de la coagulation sanguine, mise en évidence par les travaux de Sahli, de P.-E. Weil, de Nolf, de Morawitz et Lossen, etc.; ce trouble de la coagulation est beaucoup plus manifeste pour le sang recueilli dans une veine que pour le sang périphérique prélevé au bout du doigt. Pour notre part, nous avons constaté nettement ce phénomène chez un garçon de neuf ans atteint d'hémophilie congénitale et familiale, dont nous avons rapporté récemment l'histoire (3).

Les *purpuras* sont loin de présenter la même unité clinique et hématique. Les opinions diffèrent encore sur ce double sujet, et la variabilité des formes observées peut expliquer la diversité des opinions émises. L'observation des malades permet cependant d'individualiser des *purpuras dits primitifs* ou *idiopathiques* qui se présentent avec les allures d'une toxi-infection, qui s'accompagnent ou non d'hémorragies des muqueuses et des viscères. On a voulu distinguer, dans ce groupe, des *purpuras simples* et des *purpuras hémorragiques*. Au point de vue clinique, la plupart des auteurs reconnaissent qu'une telle distinction est trop schématique, et il semble bien que l'étude du sang conduise à cette même conclusion. En effet, d'une part, Hayem, Bensaude (1), Lenoble (2) considèrent que l'*absence de rétractilité du caillot* est un des caractères des vrais purpuras hémorragiques qui les différencie des autres purpuras; P.-E. Weill (3) insiste sur le retard de la coagulation, le peu de rétraction du caillot, la minime exsudation du sérum dans les états hémorragiques et en particulier dans « des états aigus, fébriles, avec hémorragies viscérales multiples et purpura ». Mais, d'autre part, H. Grenet (4) a observé des cas de purpura hémorragique dans lesquels le caillot se rétractait normalement, et nous-mêmes (5) avons constaté chez plusieurs malades que le sang se coagulait rapidement en moins de cinq minutes et que la rétraction du caillot s'effectuait d'une façon normale dans les délais habituels (6).

De ces divergences, il est permis de conclure, a priori, que les médications utilisées dans le but de modifier la coagulation sanguine peuvent avoir leurs indications dans le traitement de l'hémophilie, mais qu'elles ne les ont pas dans celui des purpuras hémorragiques ou tout au moins de tous ces purpuras. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas essayer leur emploi, et, de fait, l'observation a montré que l'effet thérapeutique sur les hémorragies n'était pas lié forcément à une action sur la formation du caillot sanguin.

* * *

Nous nous occuperons d'abord de l'*influence du traitement sur les hémorragies*.

Le traitement de l'hémophilie et des purpuras par les *sels de calcium* (chlorure ou lactate) a donné aux uns de bons résultats, aux autres des résultats nuls ou médiocres. Il est difficile d'aboutir à une conclusion précise au sujet de cette médication; c'est d'ailleurs la conclusion qui se dégage de la lecture des rapports de Carrière et de Marcel Labbé sur l'hémophilie; si le premier a tendance à admettre

---

(1) Travail du service et du laboratoire du professeur Hutinel.

(2) G. Carrière et Marcel Labbé. L'hémophilie, rapports au *IXe Congrès français de médecine*, Paris 1907.

(3) P. Nobécourt et L. Tixier. Sur un cas d'hémophilie familiale et congénitale traité par des injections sous-cutanées de peptone de Witte, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 oct. 1910.

(1) Bensaude. Sur l'absence de rétraction du caillot sanguin et de transsudation du sérum dans les diverses variétés de purpura hémorragique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897, p. 36.

(2) Lenoble. La conception des purpuras d'après leur formule hématologique, *C. r. de la Soc. de biol. de Paris*, 18 oct. 1902.

(3) P.-E. Weill. La coagulation du sang dans les états hémorragipares, *C. r. de la Soc. de biol. de Paris*, 8 déc. 1906.

(4) H. Grenet. Th. de Paris, 1905.

(5) Nobécourt et L. Tixier. Considérations cliniques et hématologiques sur quelques cas de purpuras, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 avril 1910.

(6) Pour la recherche de la coagulation du sang et de la rétraction du caillot, nous avons pris le sang dans la veine avec une aiguille en platine de moyen calibre, préalablement flambée, et l'avons recueilli directement dans un tube à centrifuger à extrémité arrondie. Le tube avait été stérilisé à la flamme d'une soufflerie, la paroi du verre étant portée pendant quelques secondes au rouge sombre. Nous insistons sur ces détails de technique parce que nous avons constaté, à différentes reprises, que le sang recueilli au cours d'une saignée donnait, au point de vue de la coagulation et de la rétraction du caillot, des résultats sensiblement différents suivant le calibre du tube de verre, suivant l'absence ou le mode de stérilisation du récipient. On sait, d'ailleurs (Milian, Vaquez, Grenet, etc.), que des facteurs multiples sont susceptibles d'influencer la coagulation du sang et la rétraction du caillot.

son efficacité, le second est beaucoup plus réservé. Pour notre part, le chlorure de calcium n'a pas eu d'action manifeste dans les purpuras que nous avons étudiés.

La *gélatine*, que l'on a administrée soit en injections sous-cutanées, soit en lavements, paraît peu efficace. Dans le purpura, nous n'en avons retiré aucun bénéfice appréciable. Carrière écrit que dans l'hémophilie elle donne des résultats moins constants que le chlorure de calcium, et M. Labbé conclut que les injections de sérum gélatineux « méritent d'être rejetées de la thérapeutique de l'hémophilie en particulier, et des hémorragies en général ».

Le *sérum* a à son actif des états de services beaucoup plus brillants que les sels de calcium et la gélatine. Ses bons effets dans l'hémophilie ont été mis en évidence par Fry (1898) et surtout par P.-E. Weill (1) qui a obtenu également avec lui la guérison de purpuras aigus ou chroniques; de nombreux auteurs ont observé des faits analogues. Cependant les injections de sérum paraissent moins efficaces dans l'hémophilie familiale que dans l'hémophilie acquise; chez l'enfant atteint d'hémophilie congénitale, auquel nous avons fait allusion plus haut, la sérothérapie n'a pas eu d'action manifeste. Nous avons fait pareille constatation dans plusieurs cas de purpuras hémorragiques, dans lesquels même elle n'a pas été sans inconvénients : au niveau des injections, en effet, nous avons pu voir se former des ecchymoses étendues avec menaces de sphacèle, et, chez une de nos petites malades, nous avons assisté, en même temps que se développait une éruption sérique, à la réapparition des hématuries. Nolf et Herry (1) ont également observé chez un garçon de neuf ans et demi présentant des ecchymoses, des hémorragies gingivales et nasales, le développement d'un vaste hématome au lieu de l'injection de sérum et un suintement sanguin abondant par l'orifice de la piqûre.

La *peptone de Witte* a été introduite dans la thérapeutique des affections que nous étudions par Nolf et Herry qui l'utilisent en solution à 5 p. 100 à la dose de 10 centimètres cubes.

Leurs cas d'*hémophilie* sont au nombre de trois. Le premier malade est un garçon de dix-neuf ans, sans hérédité hémophile, mais qui a perdu un frère d'hémorragies répétées; une injection de peptone fait cesser des épistaxis rebelles ayant nécessité le tamponnement, et plusieurs injections successives améliorent notablement son état général. Les deux autres sont un garçon de vingt ans et sa sœur, âgée de huit ans; chez le premier, deux injections arrêtent une hémorragie rebelle consécutive à une avulsion dentaire; chez la seconde, une injection suspend des épistaxis quotidiennes.

Les états purpuriques auxquels ils se sont adressés sont assez variés; dans sept cas qu'ils rapportent, les effets obtenus ont été favorables. Deux de ces cas peuvent être rapprochés de l'observation personnelle que nous rapportons plus loin.

(1) P.-E. Weill. L'hémophilie. Pathogénie et sérothérapie, *Presse méd.*, 18 oct. 1905.

(1) Nolf et Herry. De l'hémophilie. Pathogénie et traitement, *Revue de méd.*, déc. 1909, p. 115, janv. et fév. 1910.

Dans le premier (obs. VIII, due aux docteurs Bruiers et Lamalle), une fillette de neuf ans présente des pétéchies et des ecchymoses, des hémorragies gingivales, une température légèrement fébrile. Le quatrième jour, on fait une injection de 10 centimètres cubes d'une solution de somatose à 5 p. 100. Les hémorragies s'arrêtent.

Dans le second (obs. IX), une fille de six ans a, depuis six mois, des poussées successives d'éléments purpuriques, et a eu un mois auparavant une épistaxis prolongée. On fait une injection d'une solution de peptone de Witte à 5 p. 100, au moment d'une poussée purpurique. Celle-ci s'arrête. La malade est perdue de vue au bout de huit jours.

Nous avons utilisé, avec succès nous-mêmes, les injections sous-cutanées de peptone de Witte dans un cas d'hémophilie familiale et congénitale et dans un cas de purpura hémorragique grave. Ces observations ayant été publiées ailleurs, nous nous bornons à les résumer succinctement.

Le premier cas concerne un enfant de neuf ans. L'hémophilie lui a été transmise par sa mère qui, elle-même, est sujette aux épistaxis, a des règles extrêmement abondantes et a eu à ses deux accouchements de fortes hémorragies. Sa grand'mère maternelle n'a rien présenté de spécial, non plus que son arrière-grand'mère; mais son trisaïeul maternel saignait très facilement et avait eu plusieurs hémorragies internes très graves. Chez les collatéraux, on trouve plusieurs cas d'hémophilie : deux oncles et une tante (frère et sœur de sa mère), un grand-oncle (frère de sa grand'mère). Donc, comme le fait est classique, l'hémophilie atteint à son plus haut degré les mâles de la famille et se transmet par des femmes qui sont normales en général, mais ne sont cependant pas toutes indemnes de la tendance hémophilique.

Les *premières manifestations hémophiliques* sont apparues dès l'âge de quatre mois et se sont succédé depuis presque sans interruptions : ecchymoses et hématomes sous-cutanés survenant spontanément ou à l'occasion d'un petit traumatisme, hématuries, arthropathies, hémorragies gingivales consécutives à l'avulsion des dents, etc.

Quand nous le voyons pour la première fois, l'enfant est chétif, maigre, pâle, d'apparence anémique. L'*examen du sang*, cependant, ne confirme pas l'existence d'une anémie véritable, puisqu'on trouve 4560000 globules rouges par millimètre cube, et 90 p. 100 d'hémoglobine. Cet examen du sang, d'autre part, montre que le nombre des leucocytes et la formule leucocytaire sont normaux, qu'il n'y a aucun élément cellulaire anormal. La *seule anomalie nettement appréciable* se rencontre dans la coagulation sanguine : le sang, prélevé soit à la pulpe du doigt, soit dans une veine, laisse déposer les globules rouges et ne commence à se coaguler que tardivement (au bout de trois heures pour le sang du doigt, de plus de vingt-quatre heures pour celui de la veine); le caillot une fois formé est peu volumineux et peu consistant.

Après un traitement par les *injections sous-cutanées de sérum de cheval frais*, qui s'est montré sans action sur les hémorragies, nous faisons, l'enfant étant resté sans traitement pendant quarante-deux jours, des *injections sous-cutanées de peptone de Witte* (5 grammes de peptone pour 100 grammes de sérum à 5 p. 1000).

L'*enfant reçoit, à partir du 3 mai jusqu'au 25 août*, 51cc5 de cette solution en douze injections. A la première injection, la dose est de 7 centimètres cubes; aux autres injections, les doses sont de 4, 5 ou 6 centimètres cubes; pour les dernières, elles sont seulement de 3 ou 4 centimètres cubes. Les intervalles des injections sont successivement d'un jour, sept jours, cinq jours, douze jours, dix-sept jours, dix jours, vingt-neuf jours, neuf jours, sept jours, dix jours et sept jours.

Pendant cette période, il s'est produit le lendemain de la deuxième injection une ecchymose assez loin de la piqûre,

Quelques jours après la quatrième injection, l'enfant se fait un traumatisme qui pour la première fois n'a aucune suite fâcheuse. Il contracte une varicelle qui évolue normalement.

Le traitement est interrompu du 25 août au 6 octobre. A cette date, il ne s'est produit aucune hémorragie, les traumatismes n'entraînent que des ecchymoses insignifiantes, disparaissant rapidement; l'état général s'est beaucoup amélioré.

Le 6 octobre, on injecte 3cc5 de la solution de peptone, pour permettre l'avulsion d'une dent qui est faite le même jour. L'hémorragie consécutive est insignifiante; le caillot se forme facilement : elle n'a rien de comparable à celle qu'avait déterminée l'avulsion précédente faite pendant la période des injections de sérum. Quelques jours après, un violent traumatisme sur le front ne provoque qu'une ecchymose analogue à celle que l'on voit toujours en pareil cas.

Au commencement de janvier 1911 l'enfant continuait à être dans les meilleures conditions.

Notre seconde observation (1) concerne un garçon de neuf ans qui avait eu pendant une quinzaine de jours des douleurs rhumatoïdes, des vomissements, des selles fétides et sanguinolentes; l'apparition de violentes douleurs abdominales avaient déterminé ses parents à le conduire à l'hôpital. On constate à l'entrée une éruption purpurique discrète sous forme de pétéchies, des selles nombreuses et franchement sanglantes, un mauvais état général malgré l'absence de fièvre. On porte le diagnostic de purpura hémorragique. Le sang, prélevé au doigt et dans la veine, se coagule dans les délais habituels avec formation d'un caillot qui se rétracte normalement; on ne note que de la leucocytose (21,800) avec polynucléose (76 p. 100 de polynucléaires) et une légère augmentation du nombre des hématoblastes.

Les jours qui suivent l'entrée à l'hôpital, peut-être grâce au traitement par le chlorure de calcium (2 grammes en potion), les hémorragies intestinales deviennent moins abondantes et l'état général s'améliore légèrement. Cependant les crises abdominales persistent et le troisième jour surviennent des crises convulsives à type d'épilepsie jacksonienne, accompagnées de coma, que l'on peut attribuer, malgré l'absence de sang dans le liquide céphalo-rachidien, à une hémorragie méningée; on la traite par des injections d'éther, d'adrénaline et de sérum gélatiné. Le lendemain apparaît une nouvelle éruption purpurique en même temps qu'au niveau de l'injection de sérum gélatiné et d'une intradermoréaction à la tuberculine, qui est positive, la peau prend une teinte ecchymotique et tend à se sphacéler; l'état général est mauvais, le pouls fréquent, malgré l'absence de fièvre.

C'est alors qu'on commence le traitement par les injections sous-cutanées de peptone de Witte en solution à 5 p. 100.

Pendant quatre jours nous injectons quotidiennement sous la peau 3 ou 4 centimètres cubes de la solution; en tout 13cc5. La première injection n'empêche pas une hémorragie intestinale et une éruption purpurique de se produire, mais rapidement les douleurs abdominales s'atténuent, les pétéchies et les ecchymoses formées au niveau des injections antérieures s'effacent et l'escarre de l'intradermoréaction disparaît. Il n'est plus survenu qu'une crise douloureuse abdominale et une hémorragie intestinale légère après la troisième injection.

Le cinquième jour du traitement l'apparition d'un érythème scarlatiniforme généralisé avec élévation de la température à 39 degrés nous fait interrompre momentanément les injections. Mais, après une interruption de quatre jours, pour prévenir une rechute, nous recommençons le traitement peptoné, mais cette fois par la voie rectale.

Pendant six jours consécutifs nous injectons quotidiennement dans le rectum 10 centimètres cubes de la solution à 5 p. 100, au total 60 centimètres cubes; ce traitement ne provoque pas d'accidents.

Depuis cette époque l'état de l'enfant va en s'améliorant, il reprend ses forces, son appétit est bon et ses fonctions digestives sont régulières. Son poids augmente de 3 kilos en dix-neuf jours. Il n'a plus de purpura. Il persiste seulement des traces d'albumine, fait assez commun au cours de l'évolution des formes graves du purpura.

(1) NOBÉCOURT et LÉON TIXIER. Un cas de purpura hémorragique traité par des injections sous-cutanées de peptone de Witte. *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, 15 nov. 1910, p. 444.

En présence des résultats obtenus avec la peptone de Witte, il est intéressant de préciser la technique de son emploi et les réactions que provoque son introduction dans l'organisme.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LA PEPTONE DE WITTE. — Nolf et Herry emploient la préparation suivante, que nous avons nous-mêmes utilisée :

Peptone de Witte....	5 grammes.
Chlorure de sodium...	0g50.
Eau distillée.........	100 grammes.

La solution, qui est trouble à froid, se clarifie à l'ébullition avec formation de flocons. On la filtre à chaud et on la stérilise à 120 degrés. Le liquide obtenu doit être tout à fait clair.

On peut l'utiliser par la voie sous-cutanée et par la voie rectale.

La voie sous-cutanée est la plus habituellement utilisée et la plus efficace. Nolf et Herry injectent des doses de 10 et 20 centimètres cubes, même à des enfants de six à huit ans; dans la plupart des cas de purpura, une ou deux injections ont suffi; chez le premier de leurs hémophiles ils les ont répétées tous les deux ou trois jours à six reprises.

Nous avons en général employé des doses plus faibles; chez des enfants de neuf à dix ans, après avoir injecté 6 ou 7 centimètres cubes, nous nous sommes bornés à des doses de 3 ou 4 centimètres cubes, qui nous ont paru tout aussi efficaces. Chez les hémophiles, il convient de faire des séries de trois ou quatre injections renouvelées tous les deux ou trois jours, et de mettre entre chaque série un intervalle de trois ou quatre semaines. Dans le purpura, on renouvelle les injections tous les jours ou tous les deux jours suivant les indications; trois ou quatre au plus sont en général nécessaires; on y revient ultérieurement s'il y a lieu.

Les injections intrarectales de 10 centimètres cubes chez l'enfant, de 20 centimètres cubes chez l'adulte, ont peut-être leur utilité pour continuer l'action des injections sous-cutanées. Mais elles nous ont paru insuffisantes, lorsque nous nous sommes adressés à elles au début du traitement. L'un de nous a tout récemment soigné une jeune femme, qui présentait depuis plusieurs mois des hématuries, du melæna, des pétéchies; les injections intrarectales n'ont pas empêché les hémorragies intestinales de se renouveler.

La technique du traitement peptoné ne pourra d'ailleurs être fixée d'une façon définitive qu'après de nouvelles observations. Il importe de la préciser, car les injections de peptone peuvent déterminer des réactions plus ou moins vives de l'organisme.

RÉACTIONS CONSÉCUTIVES AUX INJECTIONS DE PEPTONE DE WITTE. — D'après Nolf et Herry l'injection de la solution de peptone à 5 p. 100 est très bien supportée; elle « provoque tout au plus un vague endolorissement local »; la répétition des doses de 10 et 20 centimètres cubes peut se faire un grand nombre de fois sans provoquer d'anaphylaxie. Cependant, dans une note faite à propos de notre communication, Nolf (1) ajoute les considérations suivantes. « Chez les adultes, la température n'est habituellement pas influencée. Chez les enfants, j'ai constaté parfois une hausse thermométrique passagère de quelques dixièmes de degré, de même chez des tuberculeux auxquels l'injection avait été faite après une hémoptysie. A cela se bornait la réaction générale. Localement, on constatait le plus souvent un peu de douleur, comme après une injection de sérum, parfois rien; quelquefois, une rougeur diffuse et passagère autour de la piqûre. »

Chez nos malades nous avons observé des réactions locales et générales.

Localement, nous avons vu des doses de 6 ou 7 centimètres cubes provoquer de vives douleurs dans le membre où avait été faite l'injection, tandis que les doses de 3 ou 4 centimètres cubes n'avaient pas le même inconvénient.

Comme phénomènes généraux, nous avons constaté de la fièvre, des frissons, des maux de tête, des nausées, des érythèmes. Il importe de préciser les conditions dans lesquelles ils sont apparus.

Chez notre petit hémophile, la première injection de 7 centimètres cubes n'a provoqué aucune réaction thermique, tandis que le thermomètre marquait 39°3 après la deuxième injection (6 centimètres cubes), 39°5 après la quatrième (5 centimètres cubes), 39°1 après la sixième (6 centimètres cubes) : la fièvre a d'ailleurs été passagère, elle a atteint son maximum quelques heures après l'injection et n'a pas tardé à baisser; le lendemain la température était normale. Il est à noter que les injections ne dépassant pas 3 centimètres cubes n'ont été suivies d'aucune réaction générale.

Après certaines injections notre petit hémophile a eu un érythème généralisé de courte durée. Notre purpurique présenta le cinquième jour du traitement un érythème scarlatiniforme généralisé avec élévation de la température à 39 degrés, érythème se rapprochant par certains caractères de la scarlatine, s'en différenciant par d'autres. Il est difficile d'affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une véritable scarlatine, car le diagnostic des faits de ce genre est toujours délicat. Toutefois deux jours après, alors que la rougeur des téguments s'atténuait, apparaissaient de nouvelles plaques érythémateuses non purpuriques et quelques jours plus tard, après une reprise du traitement, une éruption papuleuse qui ne prêtait pas à discussion. Il est donc légitime de penser qu'il s'agissait dans ces deux cas d'un érythème toxique. Un fait mérite d'être signalé, c'est que les érythèmes ne se sont accompagnés ni de poussée purpurique, ni de reprise des hémorragies; nous avons cependant pu constater le premier de ces phénomènes chez un enfant que nous avons traité récemment.

(1) NOLF. Les injections sous-cutanées de propeptone dans le traitement de l'hémophilie. *Bull. et mém. de la Soc. méd des hôp. de Paris*, 18 nov. 1910.

En résumé, les réactions consécutives aux injections de peptone de Witte n'ont jamais de caractère de gravité; elles sont passagères et ne suffisent pas pour empêcher la continuation du traitement. Leur existence doit seulement rendre réservé dans l'emploi des hautes doses, qui ne sont d'ailleurs pas nécessaires. On pourrait se demander si les néphrites purpuriques constituent une contre-indication à la méthode. Chez un jeune garçon de dix ans, soigné dans le service du professeur Hutinel, nous avons pu l'instituer sans aucun inconvénient. Après une recrudescence passagère de l'hématurie, celle-ci a regressé rapidement ainsi que les autres symptômes de néphrite.

Quelle est la cause de ces phénomènes réactionnels ?

Nolf se demande si la différence qui existe sous le rapport de ces phénomènes entre ses observations et les nôtres ne tiennent pas à une qualité différente de la peptone ou à la technique des injections, qui doivent être faites « sous la peau des flancs profondément, de façon à éviter l'infiltration du derme qui est toujours douloureuse ». Nous ne pensons pas que ces facteurs interviennent, car nous avons utilisé le même produit que Nolf et fait les injections comme il convient.

Il semble plutôt qu'un rôle doit être attribué et aux doses et à la répétition des injections. Nous nous sommes expliqués sur la question des doses. Reste le second point.

Chez nos deux malades les injections faites quotidiennement ne déterminent de réaction générale que le deuxième jour dans un cas, le cinquième dans l'autre. L'observation de notre hémophile est la plus instructive : la première injection de 7 centimètres cubes ne détermine aucune réaction générale, la deuxième de 6 centimètres cubes, faite le lendemain, provoque une élévation de température à 39°3, la troisième de 4 centimètres cubes faite après sept jours ne donne pas de fièvre. Mais la quatrième de 5 centimètres cubes, faite après cinq jours, fait monter le thermomètre à 39°1. Il semble donc qu'on se trouve en présence de phénomènes réactionnels liés à une intoxication et que la répétition des injections crée une sensibilisation de l'organisme, puisque des doses inférieures à la première les ont provoquées (1).

Nous ne croyons cependant pas qu'on puisse parler d'anaphylaxie, car les faibles doses qui n'ont pas produit de réaction pendant une première série d'injections n'en provoquent pas non plus après un intervalle de quatre à six semaines.

(1) L'expérimentation chez le cobaye ne nous a pas permis de reproduire ces phénomènes. Il est à noter que chez un jeune enfant que nous avons pris comme témoin, ne présentant ni purpura, ni hémorragies, les injections de peptone faites dans les mêmes conditions que chez les purpuriques, n'ont déterminé aucune réaction notable.

* * *

L'observation clinique montre que, d'une façon plus ou moins constante, les médications par les sels de calcium, par la gélatine, par le sérum frais, par le peptone de Witte sont susceptibles de diminuer ou d'arrêter les processus hémorragiques de l'hémophilie et du purpura. On a cherché l'explication de ces effets dans les modifications apportées par ces substances à la coagulation sanguine.

L'hémophilie est l'affection qui prête le mieux à l'étude de ces modifications, puisque, comme nous l'avons dit plus haut, l'anomalie du sang la plus constante et la plus caractéristique consiste dans le retard et la lenteur de la coagulation, phénomènes beaucoup plus appréciables avec le sang veineux qu'avec le sang périphérique.

Les *sels de calcium* jouent un rôle dans la coagulation (Arthus). Mais la teneur en calcium du sang de l'hémophile n'est pas diminuée. D'ailleurs *in vitro* l'addition de chlorure de calcium n'influence que faiblement la rapidité de coagulation de ce sang (P. E. Weil), et, en clinique, les modifications apportées par le traitement calcique sont assez controversées, bien qu'il y ait des cas où le retard de la coagulation se soit trouvé diminué, par exemple chez deux malades de Carrière.

La *gélatine* injectée dans les vaisseaux jouit de propriétés coagulantes (Dastre et Floresco). Mais il semble bien, d'après les recherches de Gley et Camus, de Labbé et de Froin, que, introduite en injections sous-cutanées, elle n'a aucune action sur la coagulation. Chez quatre hémophiles cependant, Carrière a observé une légère augmentation de la rapidité de la coagulation.

Le *sérum frais* a une action beaucoup plus manifeste que les substances précédentes sur la rapidité de la coagulation sanguine. Les recherches de P.-E. Weil et d'autres auteurs ont montré que les injections de sérum corrigeaient plus ou moins complètement les anomalies de la coagulation sanguine chez les hémophiles.

Pour P.-E. Weil (1), deux hypothèses sont seules susceptibles d'expliquer cette anomalie : ou bien il existe dans le sang hémophile des substances empêchant la coagulation, ou bien les substances favorisantes font défaut. Il constate que le sérum des hémophiles ne modifie pas la coagulation du sang humain, tandis que, *in vitro*, le sérum normal de sujets sains modifie la coagulation de telle sorte qu'elle s'effectue alors dans les délais habituels; de même, les sérums animaux (à la dose de trois gouttes pour 3 centimètres cubes de sang) favorisent la coagulation de façon assez marquée.

Weil conclut de ses recherches que « l'anomalie de coagulation que présentent les hémophiles ne tient pas à la présence de substances anticoagulantes dans leur sang ; elle est provoquée par l'absence ou l'altération de certaines substances normales, probablement du ferment coagulant le fibrin-ferment ou thrombase. Il suffit d'en remettre des traces avec du sérum normal pour empêcher le retard de la coagulation. Il est probable que la cause d'où résultent les hémorragies hémophiliques n'est autre qu'un manque de production ou un trouble dans la formation du fibrin-ferment. Il y a, soit athrombasie, soit dysthrombasie, plutôt dysthrombasie, puisque la coagulation du sang finit néanmoins par se faire spontanément *in vitro* ».

C'est donc en apportant au sang la quantité de thrombase qui lui fait défaut que la sérothérapie agirait sur la coagulation sanguine et par suite sur le processus hémorragique chez les hémophiles.

Généralement, dans le traitement sérique, l'amélioration des hémorragies et de la coagulation sanguine marchent parallèlement. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Chez notre hémophile, si nous avons obtenu avec cette thérapeutique une légère amélioration de la coagulation du sang, par contre les hémorragies n'ont été nullement influencées. M. Labbé (1) a vu inversement, chez un hémophile, les injections de sérum frais exercer une action curative sur les accidents hémorragiques, tandis qu'elles n'amélioraient pas la coagulation sanguine et que certaines injections même la diminuaient. La sérothérapie semble donc parfois agir d'une façon contradictoire sur la coagulabilité du sang et sur les hémorragies.

Ces faits n'ôtent nullement de leur valeur aux résultats thérapeutiques obtenus dans de nombreux cas d'hémophilie par les injections de sérum. Ils montrent que ces résultats ne sont pas constants (dès le début d'ailleurs on avait noté les moins bons effets de ce traitement dans l'hémophilie congénitale que dans l'hémophilie acquise) et que l'explication des faits est plus complexe qu'on ne le pensait.

La theorie développée par P.-E. Weill comporte en effet de sérieuses objections, comme l'ont montré Nolf et Herry.

Ces auteurs, à la suite des recherches de Nolf sur la coagulation du sang des sujets normaux (2), aboutissent aux conclusions suivantes relativement au mécanisme de la coagulation du plasma et du sang des hémophiles. Un des facteurs les plus importants de la coagulation du sang, la thrombozyme est un dérivé des leucocytes et des cellules endothéliales des vaisseaux. Dans l'hémophilie le retard de la coagulation serait dû à une insuffisance de la thrombozyme et par conséquent à une insuffisance fonctionnelle de la paroi endothéliale des vaisseaux et probablement aussi des leucocytes du sang circulant. C'est ainsi qu'on peut expliquer le trait d'union qui joint deux données cliniques bien

(1) P.-E. Weill. L'hémophilie. Pathogénie et sérothérapie, *Presse méd.*, 18 oct. 1905.

(1) M. Labbé. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 oct. 1910.

(2) La tendance qu'a un plasma à se coaguler, disent ces auteurs, est la résultante de deux influences de sens contraire ; d'une part, l'influence anticoagulante de l'antithrombine qui tend à maintenir la fluidité du milieu ; d'autre part, l'affinité de trois facteurs, thrombozyme, thrombogène, fibrinogène, qui les pousse à s'unir en un complexe insoluble : la fibrine. Cette affinité des trois facteurs, cette tendance qu'ils ont à se précipiter l'un l'autre, est augmentée par toute cause qui diminue la solubilité d'un ou plusieurs d'entre eux.

établies l'une et l'autre, la dyscrasie sanguine et la friabilité vasculaire.

Quant à l'explication de l'action thérapeutique du sérum proposée par P.-E. Weill, elle comporte, d'après Nolf et Herry, un certain nombre d'objections. « L'opinion que se fait P.-E. Weill de la façon dont agit le sérum qu'il injecte, écrivent-ils, est beaucoup moins bien établie que l'efficacité thérapeutique de ces injections. S'inspirant de la théorie classique, P.-E. Weill suppose que si le sang de l'hémophilique fournit un caillot incomplet et tardif c'est que la thrombine ou plasmase de ce sang est insuffisante. C'est en se plaçant dans cette hypothèse que cet auteur a été amené à faire des injections de sérum frais qui devaient apporter à l'organisme de l'hémophilique la quantité de thrombine qui lui fait défaut. » En réalité, le rôle des injections de sérum est loin d'être aussi simple. En effet ce n'est pas la thrombine du sérum qui peut agir, puisque normalement le sérum perd sa thrombine après deux à trois jours de conservation à la température ordinaire et que de bons effets sont obtenus chez les hémophiles par l'injection de sérum antitoxique porté à une température de 56 degrés que détruit en quelques minutes la thrombine. Un fait clinique viendrait au surplus ruiner cette hypothèse; les injections sous-cutanées de sérum sont, en effet, parfois suivies de l'apparition d'une large ecchymose avec suintement sanguin.

D'après Nolf et Herry, l'action complexe des injections de sérum s'explique d'une toute autre façon et doit être comparée aux réactions consécutives aux injections de propeptone. Cette substance introduite à dose massive dans les veines produit l'incoagulabilité du sang, par un mécanisme indirect, précisé par Fano. Elle commence par agir sur les leucocytes qui sécrètent de la thrombozyme et des agents thromboplastiques; il en résulterait une augmentation de la coagulation du sang, si très rapidement le foie ne réagissait par une sécrétion abondante d'antithrombine. Lorsque l'attaque est vive, que l'injection intraveineuse est rapide et abondante, c'est l'action anticoagulante du foie qui prédomine; lorsque au contraire l'injection est minime et qu'elle est effectuée lentement, c'est au contraire l'action leucocytaire qui triomphe et la coagulation du sang est accrue.

Le sérum agit exactement de la même façon que la propeptone, c'est-à-dire comme une albumine étrangère, et ce qui le prouve c'est que son action est beaucoup plus énergique à distance, après qu'il a passé dans la circulation générale qu'au niveau même de l'injection, où il peut même déterminer des ecchymoses. « L'action curative du sérum étranger n'est pas propre à ce liquide, mais s'étend à toutes les albumines étrangères au milieu sanguin. Parmi ces innombrables substances, il en est de plus ou moins actives. La propeptone (telle qu'elle existe dans la peptone de Witte) mérite d'être rangée parmi les plus actives. Tout au moins est-elle beaucoup plus active que les sérums étrangers. »

Les injections de *peptone de Witte* sont susceptibles de corriger d'une façon très nette la coagulation sanguine. L'observation de notre hémophile est sous ce rapport des plus démonstratives: nous avons constaté en effet que la coagulation se faisait beaucoup plus rapidement en quelques minutes, au lieu de trois heures pour le sang du doigt, en cinquante minutes au lieu de vingt-quatre heures pour le sang pris dans la veine. Les résultats ne sont d'ailleurs pas toujours aussi nets : dans l'observation d'hémophilie familiale de Nolf et Herry, après plusieurs injections, le sang de la veine coagulait seulement en 2 h. 35 (avant le traitement il coagulait entre 3 heures et 3 h. 30) et le sang du doigt en 38 minutes (au lieu de 1 h. 51).

Les différences dans les effets sur le sang veineux et le sang périphérique tiennent, d'après Nolf, à l'action du suc des tissus. L'interprétation qui rend compte de ces différences est aussi celle qui doit expliquer pourquoi l'injection de peptone arrête les hémorragies spontanées sans changer beaucoup le taux de coagulation du sang pur.

L'hypothèse de Nolf et Herry est très séduisante et semble reposer sur des expériences indiscutables. Il n'est pas illogique d'admettre avec eux que la peptone exerce une action sur les leucocytes du sang et les cellules endothéliales des vaisseaux, qu'elle active leur sécrétion en thrombozyme et par suite diminue le retard de la coagulation du sang.

Si les injections de sérum et de peptone étaient seulement efficaces dans l'hémophilie, où la coagulation du sang est retardée, les explications précédentes paraîtraient suffisantes. Mais nous avons vu qu'on les avait employées avec succès dans les états purpuriques. Sans reprendre la discussion des faits relatifs à la coagulation du sang dans ces états, sur laquelle nous avons attiré l'attention plus haut, il suffit de rappeler l'observation de l'enfant atteint de purpura que nous avons traité par la peptone de Witte ; or, chez cet enfant la coagulation du sang veineux et périphérique se faisait normalement.

Le mécanisme de l'action de la peptone est sans doute encore beaucoup plus complexe que ne le pensent Nolf et Herry. L'introduction dans l'organisme d'une albumine étrangère au sérum sanguin détermine des modifications du milieu humoral dont il nous est difficile d'entrevoir toutes les conséquences. En effet l'action sur les globules blancs, l'endothélium vasculaire, la réaction secondaire du foie ne sont pas seules en cause, puisque la peptone agit chez des malades qui perdent du sang sans avoir aucun vice de coagulation à corriger. Nous n'avons aucune explication valable à proposer pour expliquer l'action de cet agent thérapeutique.

*
* *

De l'étude que nous venons de poursuivre, un fait nous paraît intéressant à retenir, c'est que la peptone de Witte introduite sous la peau a, dans certains cas, une action plus rapide et plus efficace que les autres albumines (sérum frais, etc.). Cette médication constitue donc une ressource thérapeutique de premier ordre pour conjurer les hémorra-

gies graves des hémophiles et des purpuriques; convenablement réglée, elle ne présente pas d'inconvénients sérieux.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE REMÈDE D'EHRLICH

Par le docteur Louis CAMOUS,
Médecin des hôpitaux de Nice.

Je tire un certain nombre de conclusions de soixante-six syphilitiques que j'ai injectés en octobre et en novembre par le dioxydiamidoarsenobenzol :

1° L'injection intraveineuse constitue la voie de choix ;

2° Elle est plus efficace et elle est indolore ;

3° La voie intramusculaire doit être l'exception ;

4° Intramusculaire, les doses de 50 et 60 centigrammes sont insuffisantes dans beaucoup de cas ;

5° Il faut espacer les injections intraveineuses, mais il faut les répéter ;

6° Le nouveau remède est un grand remède.

L'injection intraveineuse ne saurait constituer une difficulté pour le praticien. Si j'ai eu des injectés intramusculaires avec peu de douleurs, j'en ai eu qui ont beaucoup souffert ; par contre la voie intraveineuse est indolore, complètement indolore. La plupart du temps, vingt-quatre heures après, le malade vaque à ses affaires sans se ressentir de rien. C'est l'avis de tous ceux qui ont beaucoup injecté le nouveau remède : tel, le professeur Karl Taege qui m'écrivait le 27 décembre : « Je crois que les injections intramusculaires disparaîtront bientôt complètement. » Iversen (de Saint-Pétersbourg) combine souvent les deux méthodes et voici sa façon d'opérer qu'il a bien voulu m'expliquer : « D'abord 40-50 centigrammes intraveineux ; après quarante-huit heures, 50 centigrammes intramusculaires ; — ce sont donc les fortes doses préconisées par Duhot. Trois semaines après, je fais le Wassermann et, si positif, j'injecte de nouveau 50 centigrammes intraveineux. Six semaines écoulées, je répète la réaction et, s'il y a lieu, je réinjecte 50 centigrammes. »

Nous sommes ainsi sur la véritable voie, c'est-à-dire que si nous avons pu dire à des malades qu'ils étaient guéris après une injection, par contre il en est d'autres qu'il faut réinjecter sans hésiter. Une récidive n'entache en rien les bienfaits de la médication ; elle prouve à mon avis l'insuffisance de la dose injectée ; je viens de le vérifier pour deux accidents secondaires ayant récidivé et un pour un accident primitif laissé indifférent et que j'ai dû réinjecter.

Préparons donc nos malades non pas à recevoir une seule injection, mais peut-être deux, trois, quatre injections. Et si une injection a laissé insensible un tabes ou une paralysie générale, ne nous déclarons pas vaincus, mais pratiquons plutôt comme le fait Iversen : « Je traite d'une autre manière le tabes et la paralysie générale ; j'injecte généralement 40 centigrammes intramusculaires et après quatre semaines je répète l'injection soit par même voie, soit intraveineuse. »

Actuellement nous pouvons dire que le nouveau remède se manie sans danger à condition d'être convenablement dissous et correctement injecté. Ses contre-indications sont peu nombreuses : la voie intraveineuse en ayant fait tomber quelques-unes. Les effets sont prompts dans presque tous les cas; mais il faut se tenir prêt à réinjecter sans hésitation. Ici encore, la voie intraveineuse — non accumulatrice — nous rendra les meilleurs services.

MÉDECINE PRATIQUE

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA DÉSINFECTION DU CHAMP OPÉRATOIRE (1)

Occupons-nous tout d'abord des auteurs qui ont modifié la technique de Grossich tout en conservant la teinture d'iode alcoolique.

Les uns y ont adjoint divers temps :

Lavage préalable à la benzine iodée à un millième puis application d'une couche (A. Mouchet), de trois couches de teinture d'iode (Bogdan) ;

Dégraissage à l'alcool à 96 degrés, ou à la benzine pendant cinq minutes avant l'application de teinture d'iode (Grekow);

Nettoyage de la peau au savon à l'alcool, éther, alcool, teinture d'iode puis gaudanine (vernis protecteur), poudre de talc (Westermann) ;

Lavage à la térébenthine, alcool, éther, application de teinture d'iode, injection intradermique d'eau phéniquée sur la ligne d'incision (Titone de Palerme), etc.

Ces procédés qui visent à dégraisser plus complètement la peau ne changent rien à l'emploi de la teinture d'iode elle-même.

Pour diminuer leur causticité, beaucoup d'auteurs ont été amenés à employer des teintures d'iode diluées.

H. F. Waterhouse, chirurgien du Charing Cross Hospital, qui se servait au début d'une teinture ainsi composée :

Iode....................	6 ou 8 grammes
Alcool..................	100 —

ne tarda pas à s'apercevoir qu'on se servait de solutions beaucoup trop fortes. Il a adopté la solution suivante :

Iode....................	2 grammes
Alcool..................	100 —

avec laquelle il obtient d'excellents résultats. Il insiste sur la nécessité de faire alors le badigeonnage très à l'avance (deux heures avant l'opération), il a de meilleurs résultats à l'hôpital où cette règle est suivie, qu'en ville où parfois on la néglige.

Stanley Green s'est pendant un certain temps servi de la solution suivante :

Liniment iodé..................	2 parties
Teinture d'iode................	6 —

sans avoir eu d'autres accidents que parfois une légère desquamation au septième ou huitième jour.

Segelken (de Stendal) avant les opérations sur les yeux badigeonné les paupières avec une teinture d'iode diluée à 5 p. 100. Il n'a eu aucun accident.

Plusieurs chirurgiens américains se servent de la solution suivante :

Teinture d'iode (américaine)........	1 partie
Alcool à 90 degrés..............	3 —
Eau distillée....................	3 —

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 3, p. 35.

Pour la médecine expérimentale chez les animaux, Gley se sert de préférence de la solution suivante :

Teinture d'iode..................	15 parties
Alcool à 95 degrés...............	75 —

D'autres auteurs ont cherché à utiliser comme véhicule de l'iode un produit soit dissolvant mieux les graisses et pénétrant plus profondément que l'alcool, soit donnant une teinture moins caustique.

C'est Heussner, nous l'avons déjà dit, qui deux ans avant Grossich pratiqua systématiquement la préparation du champ opératoire sans lavage préalable au moyen de benzine iodée à un millième. Cette préparation donne une désinfection complète de la peau dans 77 p. 100 des cas, et pratiquement les résultats sont toujours bons (von Brunn). On peut lui reprocher (Brunner) d'être caustique en particulier chez les jeunes enfants ou pour la peau du scrotum. On éviterait cet inconvénient (Brewitt) par l'emploi de la solution de Frank :

Iode.....................	1 gramme
Benzine..................	750 —
Paraffine molle............	250 —

Sous cette forme, elle serait si peu irritante qu'on s'en est servi pour le traitement des eczémas (Esau). La paraffine donne une peau onctueuse au toucher, empêche l'infection par les germes venus de la profondeur, le sang ne séjourne pas sur la peau, la gaze n'y adhère pas, et les pansements ne sont pas douloureux.

Mais le gros inconvénient de la benzine est sa grande inflammabilité à distance, et son usage a causé des accidents (voir thèse Ballet, Paris 1909).

Delangre (de Tournai) a proposé, au Congrès français de chirurgie de 1909, une teinture d'iode éthéro-chloroformée qui désinfecterait plus profondément la peau et serait plus stable que la teinture d'iode. Malheureusement son évaporation est trop facile, la solution se concentre rapidement, de plus certaines peaux la supportent mal. Au congrès de 1910, il donne une nouvelle formule contenant du borax et qui ne serait pas irritante.

Witthauer a récemment utilisé pour désinfecter la peau une solution d'iothion et s'en est montré satisfait.

A.-J. Wallace a eu l'idée de combiner à l'action profondément dégraissante de l'acétone-alcool de von Herff, que nous verrons plus loin, le pouvoir antiseptique de l'iode. Une heure avant l'opération, après friction avec de l'acétone-alcool, on peint la peau avec la solution suivante :

Iode.....................	3 grammes
Acétone................	100 —

et on recouvre d'un champ stérile. La peau est à peine jaune, la désinfection étudiée par Leith Murray est supérieure à celle obtenue par la teinture d'iode et on n'observe aucune irritation de la peau. Mais les vapeurs d'acétone donnent lieu à du coryza et du larmoiement, aussi Wallace a-t-il cherché un autre véhicule de l'iode parmi les puissants dissolvants des graisses, dérivés de l'éthane et de l'éthylène. Après essai de divers produits, son choix s'est fixé sur le dichloride d'éthylène, liquide à peine inflammable, non caustique, non volatil, dont le pouvoir de dissolution des graisses est double de celui de l'acétone. Il dissout 2g48 d'iode pour 100 grammes, c'est cette solution à saturation, qui présente l'avantage de ne pas se concentrer par évaporation, qu'il emploie. Une heure avant l'opération on frotte pendant cinq minutes avec un mélange de dichloride d'éthylène et d'alcool, on lave avec du dichloride pur et on badigeonne avec la solution iodée. Les résultats sont parfaits de tous points.

Mais la solution iodée qui semble appelée à un emploi de plus en plus étendu est le chloroforme iodé.

Préconisé dès 1906 par Chassevant pour remplacer la teinture alcoolique, en solution à saturation :

Iode................	1 gramme
Chloroforme........	10 cent. cubes (15 gr.)

il présente les propriétés révulsives et antiseptiques de la teinture alcoolique sans en avoir les propriétés caustiques. Son application, loin d'être douloureuse, est légèrement anesthésiante. La solution étant à saturation ne peut se concentrer, par évaporation des cristaux d'iode se déposent sur le flacon. La solution est inaltérable si on a soin de la bien boucher (un capuchon de caoutchouc par-dessus le bouchon à l'émeri), dans ces conditions, les solutions anciennes sont aussi bonnes que les fraîches. La solution est violette, et quand on l'applique sur la peau bien sèche, on obtient une teinte jaune orangé clair, la peau reste souple. La désinfection est excellente et la pénétration profonde, puisque Stanley Grenn depuis qu'il l'emploie ne rase plus ses malades, le poil étant pénétré par l'iode. Enfin la solution n'est pas caustique même chez les tout petits. M. Ombrédanne qui s'en sert couramment n'a jamais observé d'irritation chez les petits enfants comme avec la teinture d'iode. M. Denucé qui l'avait employée a observé un peu de desquamation chez les enfants au-dessous de cinq ans, et se sert de teinture d'iode (ancien codex). Stanley Green emploie du chloroforme iodé à un trentième et Waterhouse une solution à un cinquantième. En Roumanie, dans les hôpitaux de Jassy en particulier, le chloroforme iodé serait d'un emploi courant avec des résultats excellents.

Nous devons encore citer une tentative pour employer l'iode en vapeur pour la désinfection du champ opératoire. Au moyen d'un appareil spécial, Fungengel (de Bemberg) emploie avec succès cette méthode. A. Duse, Doepke ont constaté qu'on obtenait ainsi une désinfection parfaite.

D'autres antiseptiques que l'iode ont été employés pour la désinfection du champ opératoire sans lavage préalable, et on en préconisera d'autres : M. Doyen par exemple se sert d'alcool formolé, Konrad vante le chlormétacrésol.

A la Société de chirurgie, M. Lucas-Championnière rappelait l'étonnante affinité de l'acide phénique pour l'épiderme et les matières grasses, et rappelait que la désinfection de la peau par l'eau phéniquée forte ne doit être précédée d'aucun lavage à l'eau et au savon. Dans une lettre au *British medical* en 1907, lord Lister rappelait qu'il avait toujours préconisé cet emploi. Dans ses leçons sur l'évolution du traitement des plaies dans les quarante dernières années, sir Hector Cameron, rappelait la stérilisation absolue de la peau obtenue par l'emploi de l'eau phéniquée forte, l'imprégnation des cheveux devenue telle que lord Lister jugeait inutile de raser la tête pour enlever les loupes et ramenait les cheveux imprégnés sur le champ opératoire comme un pansement antiseptique.

Jusqu'ici nous n'avons étudié que des méthodes de préparation du champ opératoire sans lavage préalable, au moyen de substances antiseptiques. On a tenté d'atteindre le même but *sans employer d'antiseptiques*, en partant d'idées théoriques très différentes.

C'est Furbringer qui le premier, en 1887, démontra l'importance de l'emploi de l'alcool dans la désinfection cutanée. Mais c'est à von Brunn que revient le mérite d'avoir érigé son emploi exclusif à l'état de méthode.

Le principe est le suivant : au lieu de chercher à enlever le plus grand nombre de germes et de détruire ceux qui restent, les immobiliser pour toute la durée de l'opération dans la profondeur de la peau. Pour cela il suffit de laver la région opératoire pendant cinq minutes avec des tampons aseptiques imbibés d'alcool à 90 degrés. L'alcool fort dissout les graisses de la peau, pénètre par capillarité dans les travées profondes où sont les bactéries. Les couches superficielles de l'épiderme se durcissent, bouchent les orifices et empêchent les germes profonds, qui auraient pu échapper à l'action bactéricide faible

de l'alcool, de sortir. Il se forme une sorte de vernis protecteur temporaire. Il est inutile d'employer de l'alcool très concentré dont l'action bactéricide décroît (Kasten). A défaut d'alcool à 90 degrés, l'alcool à brûler peut suffire.

Meissner a montré que le nombre des bactéries n'est pas ici moindre que par le savonnage-brossage, mais que les germes sont fixes. Pratiquement les résultats sont excellents.

Neck qui l'emploie depuis avril 1907 pour les plus grosses opérations est très satisfait de la méthode. Il se sert d'alcool à 96 degrés. Nast-Kolb, Einhorn l'ont aussi adopté. Pfisterer, par contre, considère que l'action de l'alcool est assez courte et ne recommande son emploi que pour les opérations de peu de durée.

Von Herff a proposé d'ajouter à l'alcool de l'acétone qui pénètre plus et, chose plus importante pour lui, qui durcit, qui tanne plus la peau. Son assistant Oeri a montré qu'il suffit de frotter la peau pendant quatre ou cinq minutes avec une flanelle imbibée du mélange à parties égales d'alcool à 96 degrés et d'acétone pour avoir une désinfection qui est bactériologiquement satisfaisante. Silberberg (d'Odessa) a adopté cette technique.

Poussant plus loin cet emploi du tannage protecteur de la peau, Sablondowsky et Tatarinof (de Moscou) emploient la solution suivante :

Tannin..................	5 grammes.
Alcool à 95 degrés.......	100 —

On frotte pendant cinq minutes la peau, humide ou sèche, avec une gaze imbibée de la solution. La désinfection bactériologique serait absolue et persisterait quarante à cinquante minutes après l'opération. Les résultats cliniques parfaits ne reposent encore que sur 32 cas. Un mélange de benzine et de tétrachlorure de carbone essayé par Grossmann s'est montré très efficace mais irritant. D'autres auteurs se sont servis des pétroles pour la désinfection de la peau. M. Darier se sert d'un nettoyage à l'éther de pétrole sans lavage préalable pour les biopsies et petites interventions. Il n'a eu qu'à s'en louer et a constaté bactériologiquement une bonne désinfection des couches profondes de la peau.

Récemment Cesare Zatti a fait connaître la méthode qu'il emploie depuis trois ans pour la préparation du champ opératoire : on promène sur la peau pendant une minute à une minute et demie un gros tampon de coton imbibé de pétrole ordinaire, ensuite on frotte légèrement pendant trente secondes avec un tampon imbibé de benzine du commerce. Le résultat a été excellent pour les 700 opérations pratiquées. La peau reste souple, n'est pas irritée, la méthode est économique et pratique par la facilité de se procurer les substances employées.

Telles sont actuellement les principales méthodes préconisées pour la désinfection rapide du champ opératoire sans lavage préalable. Il nous reste à dire quelques mots de l'application qu'on a tentée de ces méthodes pour des régions spéciales.

C'est Austin H. Goelett (juin 1909) qui le premier a indiqué la désinfection du vagin par la teinture d'iode. Il a montré que cette dernière peut être appliquée non diluée sur la surface vaginale, au delà de la vulve, sur le malade endormi, pourvu que le vagin soit maintenu distendu par des valves jusqu'à ce qu'elle soit sèche. Il ne faut pas que la teinture entre en contact avec la muqueuse des petites lèvres. Sur la malade non endormie, l'application est douloureuse et il faut diluer la teinture, et employer une solution à 1/100 dans l'eau chaude (une cuillerée à café de teinture d'iode pour 500 grammes d'eau chaude).

Peu après, Chevrier, dans la *Gazette des hôpitaux* (23 nov. 1909), proposait une méthode analogue; il assèche la surface humide du vagin avec de l'éther avant d'appliquer la teinture d'iode. Wallace emploie la technique suivante : sécher au moyen d'une solution d'acétone-alcool, puis badigeonner avec une solution iodée :

Iode..............0g50 à	1 gramme.
Acétone.................	100 —

Dans le cas d'opération pour cancer du col, on poussera la désinfection plus loin avec la solution suivante :

Iode,..................	10 grammes.
Acétone....	100 —

Le vagin résiste admirablement à l'iode, par contre la muqueuse vulvaire doit en être sévèrement protégée. Elle sera simplement, après lavage à l'acétone-alcool, badigeonnée à la gaudanine ou simplement avec une gomme-résine (benzoïn-ore americanum) dissoute dans l'acétone. Il reste un vernis protecteur qui subsiste intact deux à trois heures.

Rappelons encore que la muqueuse buccale supporte très bien les badigeonnages de teinture d'iode (dentistes), le chloroforme iodé peut aussi y être employé sans inconvénients.

En résumé : on voit que dans ces dernières années une modification capitale tend à se produire dans la désinfection du champ opératoire; c'est la suppression du lavage préalable à la brosse et au savon dont l'action ramollissante sur les couches épidermiques, l'action obturatrice du savon dans les intervalles cellulaires gênent la pénétration des substances employées ultérieurement.

Deux ordres de méthodes semblent se disputer la préférence des chirurgiens :

L'emploi des antiseptiques et surtout les solutions iodées (teinture d'iode, chloroforme iodé, benzine iodée, etc.);

L'emploi de substances tannant superficiellement la peau et les dissolvants puissants des graisses (alcool, acétone-alcool, alcool-tannin, éther de pétrole, pétrole et benzine, etc.).

La teinture d'iode qui est le plus en honneur aujourd'hui doit être employée faible (à 1/12 dans l'alcool à 90 degrés au maximum) préparée du jour, ou conservée à l'abri de la lumière dans un flacon bien bouché, et le surplus de l'iode enlevé par un lavage à l'alcool.

Malgré cela on peut toujours craindre que la solution soit altérée, ou que le malade ait une peau particulièrement sensible à l'action irritante de l'iode. C'est pourquoi différentes solutions non caustiques semblent devoir être préférées; à ce point de vue le chloroforme iodé à saturation, très stable, nous paraît supérieur.

Les méthodes de tannage de la peau ont le grand mérite de la simplicité, à défaut de solution iodée, dans la chirurgie d'urgence; le praticien se rappellera que l'emploi de l'alcool à brûler, de la benzine du commerce, du pétrole ordinaire est suffisant pour la préparation du champ opératoire.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne citons ici que quelques travaux français sur la stérilisation à la teinture d'iode, la bibliographie complète comportant près de 200 articles pour les années 1909-1910. Nous ne citons que les auteurs ayant apporté des modifications à la technique de Grossich ou proposé des méthodes nouvelles.

1906. CHASSEVANT. *Soc. de thérap.*, 22 nov. — HEUSSNER. *Centralbl. f. Chir.*, n° 8.

1908. BRUNNS (de Tubingen). *Beitr. z. klin. Chir.*, p. 858, fasc. 1; — *Münch. med. Wochens.*, 22 avril. — GROSSICH. *Centralbl. f. Chir.*, 31 oct. — LEJARS. *Sem. méd.*, 4 nov.

1909. BALLET. Th. de Paris, juillet. — CHEVRIER. *Gaz. des hôpit.*, 23 nov., n° 133, p. 1663. — DELANGRE (de Tournai). *Congrès français de chir.* — ESAU. *Med. Klin.*, p. 811. — DE FOURMESTREAUX et DAMIOT. *Gaz. des hôpit.*, 20 juillet. — (GAILLARD. Th. de Montpellier, mai. — Austin H. GOELETT de New-York). *Intern. Journ. of Surg.*, t. XXII, n° 5, mai; — *The Canada Practit. and Review*, juin, vol. XXXIV, n° 6. — GREKOW. *Roussky Vratch.*, nos 7, 8 et 9. — GUIBÉ. *Presse*

méd., 26 mai, n° 42, p. 379. — Von Herff. *Centralbl. f. Chir.*, 25 déc.; — *Deuts. med. Wochens.*, n° 10, p. 501. — Lucas-Championnière. *Revue clin. méd.-chir. des accidents du travail*, n° 9, 1er sept., p. 210. — Montagne. *Soc. holl. de chir.*, 3 oct., in *Nederland Tjdschr. voor Gen.*, 27 nov., t. II, n° 22, p. 1669. — Neck. *Münch. med. Wochens.*, t. LVI, n° 30, 27 juillet, p. 1564. — Œri. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, vol. LXIII, n° 3. — H. Segelken (de Stendal), in *Sem. méd.*, 10 août, n° 32, p. 383. — Walther et Touraine. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXXV, nos 10, 11 et 12. — Westermann. *Soc. holl. de chir.*, 3 oct., in *Nederland Tjschr. voor Gen.*, 27 nov., t. II, n° 22, p. 1670.

1910. E. W. Baum (de Kiel). *Med. Klin.*, t. VI, n° 12, 20 mars, p. 459. — Bérard et Chattot. *Lyon chir.*, 1er mai, t. III, n° 5. — Biesalki (de Berlin). *Centralbl. f. Chir.*, n° 31, p. 50. — Bodgan (de la Hongrie). *Centralbl. f. Chir.*, 15 janv., p. 73. — Brewitt. *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 6, 8 fév.; — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXXVI, nos 18 et 19 (Tuffier, Delbet, Kirmisson, Quénu, Broca). — Courtot. *Arch. de méd. milit.*, déc. 1910. — Ant. Duse (de Brescia). *La Clin. chir.*, 30 juin, anno XVIII, n° 6, p. 1320. — Einhorn. *Deuts. med. Wochens.*, t. XXXVI, n° 34, 25 août. — Stanley Green. *The Lancet*, 23 avril, p. 1167. — Hindenberg. *Münch. med. Wochens.*, t. LVII, n° 27, 5 juillet. — Jungengel. *Münch. med. Wochens.*, t. LVII, n° 12, 22 mars. — Knocke (de Kiel). *Münch. med. Wochens.*, t. LVII, n° 18, 3 mai, p. 965. — Motzkowicz (de Vienne). *Centralbl. f. Chir.*, n° 31, p. 50. — Nast-Kolb. *Münch. med. Wochens.*, t. LVII, n° 6, 8 fév. — Orillon. Th. de Bordeaux, 13 avril. — V. Pauchet. *La Clinique*, 31 déc., n° 53, p. 844; — *Arch. prov. de chir.*, juillet, t. XIX, n° 7, p. 369. — J. Lionel Stetton. *Brit. med. Journ.*, 4 juin, p. 1350. — Titone (de Palerme). *Vita Osped.*, 8 janv., p. 5. — Arthur J. Wallace. *The Practitionner*, avril, p. 501; — *Brit. med. Journ.*, 28 mai, p. 1288. — Walther. *Congrès français de chir.*, oct. — H. F. Waterhouse et Stephen Fenwick. *The Lancet*, 16 avril, p. 1063. — Witthauer. *Med. Klin.*, t. VI, n° 31, 31 juillet. — A. Zablondowsky et Tatarinov. *Chirourgia*, t. XXXI, n° 47. — M. Cesare Zatti. *Gazz. degli Osped.*, 19 avril, anno XXXI, n° 47, p. 497. — Zilberberg. *Soc. des méd. d'Odessa*, 16 janvier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1911)

La première séance de l'année a été consacrée, comme c'est la coutume, à l'installation du bureau et à la lecture par M. Siredey des notices biographiques de MM. Brissaud, Gasne, Moizard, Raymond et Lancereaux.

Allocution du président sortant, M. de Beurmann.

Allocution du président pour l'année 1911, M. G. Ballet.

Le bureau de la Société pour l'année 1911 est ainsi constitué : président, M. Gilbert Ballet; vice-président, M. Brault; secrétaire général, M. Siredey; secrétaires annuels, MM. Lereboullet et Hallé; trésorier, M. Hudelo; conseil d'administration : MM. Oulmont, Roger, Jeanselme, Thiroloix, Belin, Chavigny; conseil de famille : MM. Balzer, Faisans, Bourcy, Guinon et Lion; comité de publication : MM. Siredey, Lereboullet, Hallé, Queyrat, Papillon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCES DES 15 DÉCEMBRE 1910 et 5 JANVIER 1911)

Traitement des traumatismes fermés du crâne (suite de la discussion). — M. Vandenbossche préconise l'incision systématique des parties molles dans tout traumatisme cranien fermé important. Si l'incision montre qu'il n'y a pas de fracture, il ne trépane que si le blessé présente des signes de compression du cerveau; s'il y a fracture, il est d'avis de trépaner dans tous les cas.

M. Brousse montre combien, en matière de chirurgie cranienne, les signes les plus nets peuvent être trompeurs, quant à la nature des lésions. Chez un blessé ayant fait une chute de cheval sur la tête et qui présentait des signes évidents de compression localisée, hémiplégie gauche, crises d'épilepsie jacksonienne, il pratique une trépanation dans la zone rolandique droite. Il ne rencontre aucune lésion; le blessé succombe. L'autopsie démontre l'intégrité absolue du crâne. Les seules lésions qu'il découvrit furent un fin piqueté hémorragique de la substance grise dans la région rolandique droite et un point de contusion cérébrale au niveau du lobule paracentral du même côté.

M. Josse, dans un cas, trouve une lésion importante du crâne chez un blessé qui ne présentait aucun signe immédiat de réaction du côté de l'écorce cérébrale. Il lui semble en conséquence indiqué de pratiquer toujours une trépanation exploratrice.

M. Batut présente douze observations de traumatismes craniens. L'intervention lui semble inutile lorsqu'il n'y a ni hématome ni dépression perceptible et douloureuse; la ponction lombaire suffit. Il n'intervient pas non plus dans les cas très graves compliqués de lésions profondes de contusion cérébrale. Il n'accepte l'intervention que lorsqu'il y a des signes de localisation évidente.

Fièvre de Malte (discussion). — M. Bassères a observé à Perpignan deux cas de cette affection. Il est vraisemblable qu'elle tend à se diffuser actuellement dans le midi de la France, car des observations nouvelles sont publiées chaque jour; mais il se demande si la séro-réaction de Wright positive est un test absolument sûr et si, sur la seule foi de cette épreuve, on n'a pas étiqueté sous le nom de fièvre de Malte d'autres pyrexies. L'hémoculture, qui est le signe le plus fidèle, ne peut être pratiquée partout.

MM. Papon et Tartavez ont observé à Montpellier un cas de fièvre méditerranéenne. Le malade fut traité d'abord pour embarras gastrique fébrile, puis pour congestion du sommet droit, et enfin pour sacro-coxalgie. Ce n'est que la longue durée de la maladie qui mit sur la voie du diagnostic réel qui fut confirmé par le séro-diagnostic.

M. A. Billet. M. P. Darbois a attiré tout récemment l'attention sur ce qu'il appelle les petits signes de la fièvre de Malte, en particulier les algies, les sueurs nocturnes, la constipation, la desquamation qui peuvent, s'ils sont ignorés, donner le change et égarer le diagnostic.

MM. Conor et Jaubert ont observé aussi des cas de fièvre de Malte en Tunisie, où cette affection sévit depuis déjà assez longtemps (Nicolle). Ils remarquent, eux aussi, la diversité des formes cliniques de la maladie et reconnaissent la nécessité de recourir à la séro-réaction de Wright; à 1/50, cette réaction peut être considérée comme spécifique; toutefois il est arrivé que des malades atteints de typhus exanthématique ont présenté une réaction positive.

Un cas de sangsue fixée dans le larynx. — M. Chassin a soigné un Arabe qui avait, en buvant l'eau d'une flaque, avalé une sangsue. Celle-ci s'était fixée dans la région sous-glottique et elle ne déterminait aucun trouble; une sensation de gêne et un trouble de la voix étaient les seuls signes. Le malade, d'ailleurs, ne vint consulter le médecin que quatre jours après l'ingestion de la sangsue qui fut extraite très facilement avec une pince de Cusco.

Injections sous-cutanées d'oxygène dans les états asphyxiques. — M. Maisonnet a utilisé ces injections chez un certain nombre de malades atteints d'affections graves des voies

respiratoires : pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésie purulente. Il a toujours observé à la suite une amélioration presque immédiate de l'état général, la diminution des symptômes asphyxiques, un ralentissement marqué du rythme respiratoire ; aucun accident n'a été constaté. C'est un procédé thérapeutique qui mérite d'être utilisé en raison de la facilité de son mode d'emploi, de son innocuité et de ses résultats immédiats et brillants, dans tous les cas où il existe une gêne de la respiration par insuffisance de l'hématose.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies du nourrisson (1), par le docteur LESAGE, médecin des hôpitaux.

Dans cet élégant volume de 700 pages, le docteur Lesage expose, avec sa compétence bien connue, la pathologie du nourrisson. Le livre débute par des considérations sur la vie normale du nourrisson ; l'auteur pense, avec juste raison d'ailleurs, que, pour être parfaitement en mesure de pouvoir réglementer l'alimentation d'un petit être, il est indispensable de connaître la physiologie normale de ses sécrétions gastriques et intestinales, la manière dont se fait l'absorption, la nature des échanges, etc.

Le lecteur trouvera dans toutes les pages où ces points sont traités de très utiles renseignements, tant sur cette physiologie normale assez souvent méconnue que sur les procédés les plus récemment décrits qui permettent l'exploration des fonctions intestinales. Puis, l'auteur aborde la question de la ration alimentaire, et il indique dans ses grandes lignes la conduite à tenir dans l'allaitement au sein, dans l'allaitement au biberon (coupage, allaitement mixte, etc.).

Là se termine la première partie de l'ouvrage ; dans la seconde partie, l'histoire des maladies spéciales aux nourrissons est traitée avec, souvent, une façon nouvelle d'envisager les questions les mieux connues, qui donne un intérêt tout spécial à cette lecture.

C'est à ce point de vue que nous signalons spécialement tout le chapitre des gastroentérites ; pour M. Lesage bon nombre de cas étiquetés « gastroentérites » ne sont que l'expression d'un état général (septicémie, méningite).

A retenir aussi des aperçus entièrement nouveaux, sur la maladie spasmodique, la fièvre de déséquilibre, le coup de chaleur, la cachexie dermolymphatique, etc.

Tout particulièrement nous croyons devoir signaler les pages qui ont trait aux méningites. On sait la contribution importante que l'auteur a apportée à l'étude de la méningite tuberculeuse, spécialement chez le tout petit enfant : on retrouvera exposées tout au long ces formes normales de la maladie, de même que l'on y trouvera une excellente étude d'ensemble de la méningite cérébro-spinale épidémique.

L'ouvrage se termine par quelques pages de diététique et de posologie, fort utiles à consulter en raison des renseignements que l'on y trouve, sur la composition de certains laits, sur la valeur de certaines méthodes ou de certains produits, enfin sur la posologie spéciale aux nourrissons des médicaments les plus usuels.

Comme le dit l'auteur, ce livre est le résultat de recherches poursuivies pendant vingt-cinq années, et le lecteur ne peut que profiter d'observations cliniques si agréablement présentées.

L. BABONNEIX.

Taschenbuch der pathologischen Anatomie (2), par Edgar GIERKE.

L'auteur a réussi à condenser en deux fascicules un résumé très complet de l'anatomie pathologique. Le texte, rédigé en style télégraphique, est pourtant d'une clarté parfaite grâce à la multiplicité des divisions et subdivisions, et à une ingénieuse exécution typographique.

Ce n'est ni un traité, ni même un précis : c'est un résumé qu'un étudiant peut feuilleter rapidement pour se remettre en mémoire les points importants de chaque question.

Le premier fascicule « partie générale » est un petit memorandum de physiologie générale, de bactériologie et d'histologie générale. Le deuxième fascicule est consacré à l'exposé de l'anatomie pathologique des tissus et des viscères en particulier.

Ce qui fait la valeur de ce petit ouvrage, c'est non seulement le choix judicieux qui a présidé au choix des notions et des grands faits principaux rapidement notés, mais encore la présence de nombreuses gravures extrêmement claires et de schémas très simples et très ingénieux qui en facilitent l'intelligence.

A. LEMIERRE.

(1) Paris, Masson et Cie.
(2) Leipzig, Werner Klinkhardt.

Les Formes larvées du paludisme. Diagnostic et traitement (1), par le docteur Basile MOUSSÉOS.

Dès l'antiquité on avait remarqué les formes multiples que peut revêtir le paludisme, et cette symptomatologie protéiforme le devient plus encore lorsqu'il s'agit de paludisme chronique. D'ailleurs certains individus, non atteints de paludisme franc, ont pu être infectés par l'hématozoaire, et celui-ci embusqué dans un point quelconque de l'organisme peut se manifester de temps à autre par des phénomènes qu'on ne saurait attribuer au paludisme.

Le docteur Mousséos s'est attaché à découvrir un procédé précis qui, grâce à l'étude du sang des malades, permette de déceler l'hématozoaire dans ces cas.

C'est le résultat de ses recherches qu'il expose dans l'ouvrage que nous présentons ici.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 3 déc. 1910.) FASSIN (Mlle) et G. FOUCART : De l'iode dans les affections aiguës. — LERAT : Note sur un cas de triorchidie. — VAN GEHUCHTEN : La radicotomie postérieure dans le traitement des affections nerveuses spasmodiques (modification de l'appareil de Fœrster). —

(1) In-8 raisin de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Goris : Extraction de corps étrangers de la trachée et de la bronche gauche.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1910.) Citelli : L'hypophyse pharyngée dans la première et la deuxième enfance. Ses rapports avec la muqueuse pharyngée et l'hypophyse centrale. — G. Alexander : L'intérêt que doivent prendre les maîtres, les parents et le médecin d'école à l'hygiène des oreilles des écoliers. — V. Combier : De la valeur du sulfocyanure de potassium dans la salive des otopathes. — C.-J. Kœnig : Traitement des nodules des chanteurs et autres excroissances des cordes par la galvano-cautérisation. Nouveau cautère protège.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 49, 4 déc. 1910.) C. Fromaget : Inutilité du traitement mercuriel dans la kératite hérédo-syphilitique. — (N° 50, 11 déc.) Bitot, Rabère et Augistron : Abcès du foie, volumineux et unique, survenu rapidement, quelques jours après le début d'une grippe bénigne à forme respiratoire, chez un homme de quarante-cinq ans ayant eu la dysenterie à l'âge de vingt et un ans, lors de son service militaire au Tonkin. — Ed. Crouzel : A propos d'une réaction de l'urine dans l' « épilepsie essentielle ». — (N° 51, 18 déc.) Chavannaz et Pierre Nadal : Tumeur mixte maligne du corps thyroïde. — (N° 52, 25 déc.) Feutelais : Le traitement de la maladie de Little. — Cadet-Boisse : Fracture incomplète du crâne chez un enfant de deux ans. Elimination spontanée et tardive d'un séquestre.

Journal des praticiens. — (N° 50, 10 déc. 1910.) Savariaud : L'opération précoce, traitement idéal de l'appendicite aiguë. — Alex. Renault : Considérations pratiques à propos du traitement de la syphilis avec le nouveau remède d'Ehrlich-Hata. — Mauté : Gommes du pénis à localisation curieuse chez un tabétique. — (N° 51, 17 déc.) Ch. Fiessinger : Henri Huchard. — Debove : Tuberculose pulmonaire, rénale et cardiaque. — Legueu : La grossesse tubaire et son traitement chirurgical. — Claude : Troubles nerveux de la ménopause. — (N° 52, 24 déc.) Broca : Fractures et décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus. — A. Mathieu : L'ulcère vrai et invétéré du duodénum. — Mauclaire : Mal de Pott sous-occipital. — L. Pron : Charbon et flatulence. — (N° 53, 31 déc.) Louis Rénon : L'héliothérapie de la tuberculose pulmonaire. — Jeanselme : Le 606. Indications et contre-indications. Voies d'introduction et doses. — De Brun : Un nouveau mode de recherche du réflexe rotulien.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 48, 1er déc. 1910.) Axenfeld : Le rôle de la tuberculose dans l'étiologie des hémorragies intraoculaires et les affections vasculaires et proliférantes de la rétine. — De Graeuwe : A propos de la prostatectomie transvésicale. — (N° 49, 8 déc.) A. Jaboin : Pharmaco-biologie du radium. — Gnudi : Un nouveau signe fonctionnel des lésions initiales des sommets pulmonaires. — (N° 50, 15 déc.) Héger : Nouvelle démonstration relative à certains procédés de défense de l'organisme. — A. Bayet : L'état actuel de la question de l'arsenobenzol dans le traitement de la syphilis. — (N° 51, 22 déc.) Poirier : Essais de traitement de la syphilis par les injections d'arrhénal à hautes doses. — Sénac-Lagrange : Problèmes biologiques soulevés et résolus par l'application des eaux thermo-sulfureuses de Cauterets.

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc.) E.-G. Beck : Le traitement conservateur des abcès froids (6 fig.). — Pierre Duval : Technique opératoire de la sous-clavière en dedans des scalènes et dans le médiastin (9 fig.). — I. Tanton : Les fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires (4 fig.). — Caraven et Basset : De l'ulcération de l'artère iliaque externe dans les abcès appendiculaires (2 fig.). — E. Marquis : Origine de l'hypertrophie de la prostate (9 fig.).

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc.) De Beurmann, Gougerot et Vaucher : Oïdiomycose gommeuse ulcéreuse disséminée. Mycose nouvelle due à un parasite nouveau : l'oïdium cutaneum [ancien groupe des blastomycoses (11 fig)]. — Jankelevitch : Maladie et éructation, contribution à la pathogénie du cancer. — M. Salomon et P. Halbron : Lésions du pancréas dans les gastro-entérites infantiles. — Jean Baur : De l'hippocratisme dans les affections cardio-vasculaires (4 fig.).

Riforma medica. — (N° 47, 21 nov. 1910.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Carmelo Bruni : Le cathétérisme dans les rétentions aiguës complètes d'urine. — U. Gabbi : A propos de la kala-azar. — Giuseppe Moscati : Recherche physico-chimique de la peptone dans l'urine. — (N° 48, 28 nov.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Giuseppe Moscati : Action de la quinine sur l'autolyse hépatique et splénique. — Oscar Marchetti : L'utilisation du crémaster pour la cure de la hernie inguinale d'après le procédé de Bassini. — (N° 49, 5 déc.) Luigi Marenduzzo : L'albumosurie au cours de l'albuminurie. — Luigi Bobbio : Tuberculome de la lèvre inférieure. — Giuseppe Moscati : La perméabilité de la vésicule biliaire. — W. Janowski : Etude graphique de l'oreillette, sa signification et son importance au point de vue du diagnostic. — (N° 50, 12 déc.) Giuseppe Ruggi : A propos du traitement moderne des processus inflammatoires aigus localisés. — A. Signorelli : Sur les mouvements d'expansion inspiratoires paradoxaux des espaces intercostaux. — Oreste Cignozzi : Méso et périsigmoïdite fibreuse adhésive. Laparotomie libératrice. Guérison. — (N° 51, 19 déc.) Carmelo Bruni : Le cathétérisme dans les rétentions aiguës complètes d'urine. — Giovanni Morone : Contribution à l'étude des carcinomes de la glande thyroïde. — Gabriele Doglioni : Colite muco-membraneuse rebelle guérie par la typhlostomie temporaire. — (N° 52, 26 déc.) Table générale des matières et des noms d'auteurs pour 1910.

Province médicale. — (N° 50, 10 déc. 1910.) Léon Bérard et A. Sargnon : Quelques applications pratiques de la méthode de Meltzer et de l'emploi de l'oxygène pour les voies respiratoires. — Joseph Ducuing : Etude anatomique de la rotule. — (N° 51, 17 déc.) Vires : Traitement des gastrites. — (N° 52, 24 déc.) Arloing, Courmont et Gaté : Un cas de fièvre de Malte. Contagion de laboratoire. — J.-P. Tourneux : Rhumatisme syphilitique. — Bonnamour et Roubier : Polynévrite consécutive à une intoxication par le sel d'oseille. — (N° 53, 31 déc.) Crespin : Quadruple empoisonnement par l'atropine dû à une erreur de préparation. — Duroux et Convers : Paralysies nerveuses dans les fractures. — Sarvonat : Teneur en chaux de l'expectoration des tuberculeux pulmonaires. — Finck : A quoi tient la supériorité des stations de cures allemandes ?

Semaine gynécologique. — (N° 49, 6 déc. 1910.) R. Pichevin : Responsabilité des chirurgiens. — (N° 50, 13 déc.) R. Pichevin : De quelques difficultés de diagnostic de l'ascite dans les tumeurs mixtes des annexes. — (N° 51, 30 déc.) R. Pichevin : I. Les délabrements dans les cancers mammaires et de l'utérus ; — II. Le pessaire doit-il être maintenu longtemps en place ?

Tribune médicale. — (N° 49, 3 déc. 1910.) A. Gilbert et P. Emile-Weil : Deux cas d'anémie pernicieuse chez des frères. L'anémie pernicieuse familiale. — (N° 50, 10 déc.) J. Lhermitte : Les narcolepsies.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 7. — JEUDI 19 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 19 JANVIER 1911. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Anatomie descriptive et structure de la vésicule biliaire (sans le développement), invagination intestinale. »

M. Lucas-Championnière, 15 + 17 = 32; Mlle Blanchier, 16 + 16 = 32; MM. Durand (Albert), 11 + 20 = 31; Gresset, 10 + 16 = 26; Beloux, 9 + 18 = 27; Richard (G.-H.), 15 + 25 = 40; Hischmann, 14 + 22 = 36; Hertz, 13 + 19 = 32; Wiart, 8 + 16 = 24; Desaux, 13 + 20 = 33.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Le jury est définitivement composé de MM. Lœper, Hallé, Avi-ragnet, Chantemesse et Jeanselme.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est définitivement composé de MM. Monod, Auvray, Campenon, Mauclaire et Pinard.

— Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 février 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 23 janvier au samedi 4 février inclusivement.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — LA SUCCESSION DE M. GERNEZ. — L'Académie a discuté en comité secret pour les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique par suite de la mort de M. Gernez.

La section a présenté en première ligne : Mme Curie par 3 voix contre 2 à M. Branly; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Daniel Berthelot, professeur à l'école de pharmacie de Paris; Branly, professeur à l'Institut catholique, le véritable inventeur de la télégraphie sans fil; André Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Cotton, professeur à l'École normale, et Perrot, professeur à l'Ecole polytechnique.

Cette élection est fixée à lundi prochain.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE BAILLEUL ET D'ARMENTIÈRES. — Un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire en médecine dont deux à Bailleul et une à Armentières, et à cinq places d'interne provisoire dont quatre à Bailleul et une à Armentières sera ouvert le lundi 13 février 1911, à neuf heures précises, à la Faculté de médecine de Lille.

Sont admis au concours les étudiants en médecine possédant au moins dix inscriptions de doctorat, dans une Faculté ou une Ecole de médecine de l'Etat.

Les candidats devront, pour se faire inscrire au concours, s'adresser à la préfecture du Nord.

La liste des candidats sera close cinq jours avant la date d'ouverture du concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Paul Carnot (de Paris), Fauqué (de Mauvezin), Mossel (de Trie).

L'ORCHESTRE MÉDICAL organise une grande soirée artistique, à la salle Gaveau, rue La Boëtie, pour le 2 février, au bénéfice de la Maison du médecin.

La soirée du 2 février présentera ce caractère unique que le programme sera entièrement exécuté par des médecins ou des membres de la famille médicale.

L'orchestre comprendra 80 exécutants, tous médecins, sous la direction de M. Busser, chef d'orchestre à l'Opéra.

Mlle Daumas, de l'Opéra, fille du docteur Daumas; Mme Vaucaire, femme du docteur Vaucaire; M. le docteur Coville, interpréteront des mélodies de Grieg, Schumann, Franck, etc., des airs d'opéras accompagnés à l'orchestre ou à l'orgue; celui-ci sera tenu par Mme Chéron, femme du docteur Chéron. Une délicieuse harpiste, Mlle Laskine, premier prix du Conservatoire, fille de notre confrère, fera également applaudir son joli talent.

Le docteur Paul Mounet, de la Comédie-Française, dira un à-propos composé spécialement par le docteur Montoya, et celui-ci interprétera une pièce d'ombres, dont il est l'auteur.

Enfin, un intermède de micro-cinématographie médicale, préparé par les docteurs Kolbé et Comandon, fera défiler ses films les plus curieux sur la physiologie et la microbiologie.

Le programme sera illustré par le docteur Colin.

Le prix des billets est de 10 francs, 5 francs, 3 francs et

1 franc. On peut retenir ses places, soit salle Gaveau, soit à la Maison du médecin, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires.

RÉHABILITATION DU DOCTEUR BOILEUX. — La 8e chambre de la Cour d'appel vient de prononcer la réhabilitation du docteur Boileux qui avait été condamné en 1895 par la Cour d'assises de la Seine, à cinq ans de réclusion pour avortement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Loubrieu, ancien chef de clinique aux Sourds-Muets, médecin auriste de la préfecture de police, chevalier de la Légion d'honneur; Alban de la Garde, professeur honoraire à l'École de médecine de Poitiers; G. Crouset (de Marseille); Rosiers (de Bagnères-de-Bigorre); Numa Tribou (de Leers); Meunier (de Tien-Tsin), mort victime du devoir professionnel en soignant les pesteux à Moukden; Tafforin (d'Availles-Limouzine); M. Ed. Sala, étudiant en médecine de l'Ecole de Marseille.

« LES DIMANCHES DU PRATICIEN » (deuxième trimestre 1910-1911). — Dimanche 22 janvier. Conférence de M. Comandon : « La vie et le mouvement des petits êtres étudiés au cinématographe. » Cette conférence aura lieu à l'Institut Pasteur, rue Dutot, grand amphithéâtre de l'institut de chimie, à quatre heures et demie.

Dimanche 29 janvier. Conférence de M. Pachon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : « Etude pratique de la mesure de la tension artérielle par la méthode des oscillations. Oscillométrie pratique. » Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton, à cinq heures un quart.

Dimanche 5 février. Conférence de M. Jayle : « Etiologie des maladies gynécologiques. » Cette conférence sera suivie d'une visite du service de clinique du professeur Pozzi. Rendez-vous, trois heures un quart, hôpital Broca.

ANALYSES

MÉDECINE

De l'application du régime végétarien aux épileptiques. (*Ann. médico-psych.*, nov. 1910.) — MM. LALLEMANT, RODIET et J.-Ch. ROUX ont expérimenté le régime végétarien strict, c'est-à-dire sans lait ni aucun aliment d'origine animale chez onze épileptiques. Ils ont obtenu des résultats favorables dans sept cas, franchement défavorables dans trois et nuls dans un cas.

Lorsque ce régime produit d'heureux effets sur les crises, l'état mental, les urines et la tension artérielle des malades, c'est en améliorant leur état gastrique, car les troubles digestifs et les intoxications alimentaires sont chez eux la cause d'une fréquence plus grande des accès.

Mais il faut se garder de l'appliquer systématiquement à tous les cas; l'indication des régimes végétarien, lacto-végétarien et carné doit varier suivant l'état des organes et des fonctions digestives. Il faut toujours rechercher s'il y a insuffisance gastrique, intestinale ou hépatique, s'il existe des fermentations et auto-intoxications, si l'estomac présente l'hypersécrétion avec hyperacidité ou au contraire hypoacidité et hypopepsie. P. CAMUS.

La plasmothérapie des épanchements séreux (autosérothérapie). (V. AUDIBERT. *Journ. méd. franç.*, n° 11, 15 nov. 1910.) — La *Gazette des hôpitaux* montrait récemment dans une courte médecine pratique quel est l'état actuel de la question de l'autosérothérapie (*Gaz. des hôp.*, 1910, n° 131, p. 1789).

M. Audibert propose d'appeler plasmothérapie ce qu'on a nommé à tort selon lui autosérothérapie.

Son étude très documentée, avec des vues personnelles intéressantes, se termine par les conclusions suivantes :

« La plasmothérapie est certainement une méthode thérapeutique, mais une méthode adjuvante et non curatrice. Le plasma des épanchements séreux n'agit pas comme spécifique; le processus tuberculeux cirrhotique ou autre demeure le même.

Il semble que toute l'action de la plasmothérapie se borne à favoriser la résorption liquide par la mise en branle d'une diurèse abondante qui se fait aux dépens de l'épanchement (diurèse qui, le plus souvent, avait résisté à tous les remèdes). A la faveur de celle-ci, la pleurésie se tarit (ce qui dans l'immense majorité des cas représente son évolution fatale), l'ascite reste stationnaire (car il lui est plus difficile de guérir).

Quand nos pères se trouvaient en présence de malades hydropiques ou ayant de l'eau dans le côté, ils y allaient à coup de diurétiques, c'était leur façon de guérir. Nous possédons grâce à la plasmothérapie, une méthode plus élégante d'aider la nature. » L. GAYARD.

CHIRURGIE

Des adéno-phlegmons iliaques. (Thèse de Paris, 1910; Steinheil édit.) — M. le docteur P. BONVOISIN. Parmi les suppurations de la fosse iliaque, il en existe une variété rare, dont l'origine est souvent méconnue et peut entraîner à des erreurs de thérapeutique, qui se développent au niveau des ganglions iliaques externes. Ces adéno-phlegmons iliaques se produisent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal au-dessus du fascia iliaca, et « l'on peut dire que les phlegmons primitifs qui ont cette localisation exacte reconnaissent tous ou presque tous cette origine ». Ils succèdent à une infection du territoire lymphatique afférent, tantôt d'origine périphérique, tantôt d'origine viscérale.

Les adéno-phlegmons d'origine périphérique succèdent à des plaies septiques du membre inférieur avec ou sans lymphangite et adénite inguinale intermédiaire. Parfois la plaie est fermée quand la complication éclate et le phlegmon semble se produire d'emblée, c'est l'infection puerpérale qui est la cause habituelle des adéno-phlegmons iliaques d'origine viscérale.

Le diagnostic de cette affection devient difficile quand elle paraît se produire d'emblée. M. LANCE.

Un cas de triorchidie. (P. LERAT (d'Uccle). Procès verbal de la séance du 3 décembre 1910. *Académie royale de médecine de Belgique.*) — Le docteur Lerat communique à l'Académie l'observation d'une anomalie extrêmement rare et dont les exemples signalés jusqu'à ce jour sont contestables. Il s'agit de la présence d'un testicule surnuméraire constaté chez un sujet de quinze ans. L'auteur put s'assurer par un examen microscopique que la tumeur, qu'il avait prise pour un kyste du cordon, présentait la structure absolument normale du testicule. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Guy Patin (1), par Pierre PIC.

« Guy Patin a été abominablement surfait. C'est un raseur, dont la seule excuse (il est vrai qu'elle est d'importance dans le cas présent) consiste en ceci qu'il n'a pas écrit pour le public, et serait peut-être fondé à se plaindre qu'on l'ait édité malgré lui. »

Qui parle ainsi ? C'est M. Pierre Pic ! Et là-dessus, sans doute pour prouver sa virtuosité, il écrit une introduction de soixante-huit pages, très intéressante, consacrée à ce même Guy Patin qu'il vient de démolir en un tour de main.

Puis quand on a lu, tout d'un trait, ladite préface, il reste quelques centaines de pages extraites de Guy Patin à lire... par fragments.

Ces extraits, M. Pierre Pic les a divisés en chapitres sous les rubriques suivantes : Médisances et calomnies professionnelles ; Guerre à l'antimoine ; Drogues diverses décriées ; Eaux minérales ; Thérapeutique personnelle de Patin ; Documents d'ordre médical (La Faculté, Autopsies, La taille) ; Superstitions ; Les Jésuites ; Le Jansénisme ; Documents historiques ; Maximes ; Traits d'esprit.

Suivent enfin dix-neuf lettres inédites de Charles Spon, médecin lyonnais, à Guy Patin.

Il y a là, on le voit, des documents intéressants à des points de vue très divers, et l'ouvrage de M. Pierre Pic s'adresse au philosophe et à l'historien au moins autant qu'au médecin

L'auteur a d'ailleurs eu la chance de rencontrer en M. G. Steinheil un éditeur plein d'une bienveillance toute particulière, et l'érudition de l'un, l'expérience et le goût de l'autre ont réussi à faire de *Guy Patin* un ouvrage que l'on aimera à posséder dans sa bibliothèque, et que l'on aura plaisir à en extraire souvent pour le parcourir et le consulter.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de LXVIII-300 p., avec 74 portraits ou documents. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
du 18 janvier 1911.

ÉLOGE (1)

DE

G.-M. FÉLIZET

(*1844-1909.*)

Par M. E. ROCHARD,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Ce n'est pas un type banal que celui de notre ancien collègue! Chirurgien, certes, mais original, artiste, écrivain, homme d'épée et comme sorti d'un creuset dans lequel on aurait mis de cette bonne terre de France, prise un peu à Tarbes, patrie de Dartagnan, un peu à Chinon où naquit Rabelais, et aussi peut-être un peu à Bergerac, pays d'origine de notre inoubliable Cyrano!

Et pourtant, étant né à Elbeuf, le 13 février 1844, il est Normand d'origine; mais ce n'est que par hasard, selon lui, qu'il vit le jour dans la Seine-Inférieure, et il préférait se dire Champenois.

Georges-Marie Félizet était le fils de Laurent Félizet, vétérinaire, et de Mlle Laure Cadet Le Choizelat.

Son grand-père, Savinien-Laurent Félizet, était maître de poste et cultivateur dans l'Aube, à Maizières-la-Grande. La femme de ce dernier était la sœur de Cléophas Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, le père de Gustave Flaubert, le célèbre écrivain, et d'Achille Flaubert, chirurgien comme son père, du même hôpital. On voit que par sa naissance, notre futur collègue avait déjà des attaches avec la chirurgie.

C'est sur le conseil de Cléophas Flaubert que son père vint s'établir en Normandie, ce qui resserra les liens d'intimité des deux familles. Félizet passa donc les premières années de sa jeunesse à Elbeuf.

On sait l'impression durable produite par les récits que nous avons entendus dans notre prime jeunesse. Le cerveau de l'enfant grandit tout ce qu'il entend, comme tout ce qu'il voit. Qui de nous n'a été frappé de désillusion en revenant aux lieux où se sont passées nos premières années! Minuscule la pièce d'eau qui semblait un bel étang, toute petite la place où nous nous ébattions et que notre souvenir décuplait.

Quelles proportions peuvent aussi atteindre les histoires avec lesquelles nous avons été bercés et qu'un contrôle presque impossible, le plus souvent difficile ou toujours très tardif, ne peut ramener à de justes dimensions. Elles pénètrent notre jeune cerveau encore si malléable, l'imprègnent profondément et exercent sans conteste une certaine influence sur nos jugements futurs et peut-être aussi sur la manière de conduire notre existence.

C'est ainsi que la fréquentation d'un vieil ami de la famille donna à Félizet, encore tout enfant, cet esprit enthousiaste et batailleur qu'il conserva homme fait.

Il passait une partie de ses journées, en compagnie du père Noirot, gardien du pont à péage d'Elbeuf, et qui était un ancien *artiste*. C'est ainsi, paraît-il, qu'on appelait les vétérinaires militaires.

Il avait fait partie de la grande armée, et non seulement vu Napoléon, mais lui avait adressé la parole au siège de Hambourg où l'un des premiers il préconisa la consommation de la viande de cheval. On voit d'ici le prestige que put avoir cette vieille moustache dans l'esprit de Félizet, et quelle admiration il conserva pour ce vieil ami qui avait causé avec le grand homme. Qu'on se rappelle, en effet, la chanson de Béranger :

Il vous a parlé, grand'mère!
Il vous a parlé!

Mais le jeune Georges dut bientôt quitter Elbeuf, sa famille et le père Noirot, pour entrer au lycée de Rouen. Il y fit, du reste, d'excellentes études, à ce point même que le collège Sainte-Barbe lui donna une bourse, et le voilà à Paris où son travail lui fait obtenir le prix d'honneur au concours général.

Comme ses parents ne pouvaient lui être d'aucun secours, il entra comme maître d'étude dans ce qu'on appelait alors un four à bachot, dont il est inutile de dire le nom. Je ne connais pas au monde de situation plus lamentablement décevante que celle de cet homme qu'à cette époque on appelait un pion. Toujours en proie à l'inlassable malice des élèves, mal payé, mal nourri, en étude pendant le jour, au dortoir pendant la nuit, quel courage ne fallut-il pas à notre futur collègue pour ajouter à cela le travail de la médecine.

Pour faire face aux dépenses qu'elle exigeait, il donnait des répétitions, et dans quelles conditions!

Il loua, rue de Condé, et pour 90 francs par an, une chambre, si on peut donner ce nom à un réduit si petit que lorsqu'on avait dressé le lit la porte ne pouvait plus s'ouvrir, et que pour se laver il fallait laisser ouverte la fenêtre à tabatière, et pourtant le même Béranger, que je citais tout à l'heure, a chanté : « Dans un grenier qu'on est bien à vingt ans! »

Il vivait du fruit de ses leçons. Comme il faisait partie du service d'Hervieu qui exigeait sa présence à l'Hôtel-Dieu dès huit heures, il se faisait réveiller par un garçon boulanger, allait à pied du quartier latin à Neuilly où il donnait une répétition à six heures du matin. Il avait su persuader aux parents que c'était dans l'intérêt de son élève, et on admirait même son dévouement.

Il faisait aussi des traductions anglaises, espagnoles, arrivait à se tirer d'affaire; plus tard, il donna des leçons d'anatomie.

Ils sont nombreux, et c'est une des gloires de notre corporation! ceux qui sont arrivés sans la moindre ressource à parcourir la carrière de chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le voilà interne de 1867 à 1871, et ses deux maîtres préférés sont Gosselin et Dolbeau.

Ce dernier le prit en affection. L'homme solennel, autoritaire, un peu glorieux qu'était Dolbeau, l'amateur qui se plaisait à orner sa demeure de tapisseries dont on brisa les métiers, heureux qu'il était de posséder à lui seul des chefs-d'œuvre inédits, devait, suivant la loi des contrastes, avoir du penchant pour la nature simple, primesautière, franche et un peu rabelaisienne de Félizet. Celui-ci fut pour lui un véritable ami et non seulement dans la bonne, mais encore dans la mauvaise fortune...

M. Rochard décrit alors la carrière de Félizet chirurgien, et il continue :

(1) Limités par la place, nous ne pouvons, à notre très grand regret, que donner les principaux passages du très bel éloge de M. Rochard.

*
* *

Voilà la carrière du chirurgien, de l'homme qui porte l'acier tranchant dans sa trousse, c'est-à-dire dans sa poche; mais, nous voyons aussi bien dans des temps plus reculés, Félizet, la rapière au côté, chevalier des dames, chatouilleux sur le point d'honneur et prêt à défendre les siens et son pays.

Il adorait en effet l'escrime; l'épée était le grand attrait de son existence, il semblait que l'éclair de sa pointe le fascinât.

Il a sur ce sujet écrit un fort beau livre, apprécié de tous, même des professionnels, lui qui n'était qu'un amateur.

Dans une courte préface il a comme condensé tout ce qui pour lui fait l'homme grand et digne de ce nom, il y a résumé les qualités qu'il voudrait voir à son fils.

Honneur et patrie! Cette devise que dans ma prime jeunesse, j'ai vu de longues années peinte sur la dunette de nos anciens vaisseaux, Félizet l'avait faite sienne et avec quel courage il la soutenait. C'était un brave dans toute l'acception du terme; il n'avait pas le courage qui aime à s'entourer du panache, mais le vrai, le froid, celui qui se possède.

Pendant la guerre, fait deux fois prisonnier, deux fois il s'évada pour reprendre du service, et il ne se contenta pas d'exercer son art avec le dévouement que vous savez, mais chargé d'un message officiel, bravant l'eau et le feu, il traversa les lignes ennemies pour rentrer dans Metz. On donne souvent le nom de héros à des hommes qui n'en ont pas fait davantage, vous allez en juger vous-mêmes.

Le 18 août, Félizet reçut une feuille de route lui enjoignant de se rendre sur le champ à Metz, pour se mettre à la disposition de l'intendant militaire de la 3e division...

Arrêté d'abord à Soissons, puis à Reims, il commença à entrevoir la triste vérité, un maréchal des logis de dragons lui ayant dit qu'il avait vu l'empereur arriver à Mourmelon, dans un wagon de marchandises, assis sur une chaise d'église, la tête penchée, le regard inerte, les bras pendants.

Arrivé à la gare de Rethel où la population attendait un train de blessés, un honnête habitant, dont il a toujours regretté de ne pas savoir le nom, s'avança vers lui et lui offrit mille francs pour faire *un peu de bien la-bâs*. Il regretta depuis de n'avoir pu l'accepter. Enfin, l'intendant de Charleville lui dit qu'il allait donner des ordres pour lui faciliter l'entrée dans Metz où il fallait arriver *à tout prix*.

Alors, la plupart de ses compagnons restant à Montmédy, le voilà parti pour Longuyon où il trouve une locomotive avec deux wagons qui le mènent à Thionville. Là, le général en chef lui confie un pli pour Bazaine.

Un train devait partir pour Metz, mais à 6 kilomètres on dut rétrograder devant la présence des Prussiens. Un brasseur du pays mit deux chevaux à la disposition de Félizet et du seul compagnon qui lui restait, mais la route était coupée. Il fallut partir à pied et les voilà vêtus comme deux pauvres serruriers, qui traversent Elrange, Uckange et arrivent à Mondelange d'où il partit seul, son camarade blessé aux pieds ne pouvant plus marcher.

Pour gagner Vitry, petit village assis sur les bords de l'Orne, la passerelle étant détruite et ne trouvant pas le moindre bateau, Félizet dut la traverser à la nage et tout mouillé, il fut obligé, transi de froid, de faire dans les terres labourées les huit kilomètres qui le séparaient d'Hauconcourt. Tout était désert: il trouva pourtant une vieille femme qui lui apprit que Mézières était occupé et qu'il fallait passer par Rugy, c'est-à-dire traverser la Moselle. Il la passa comme l'Orne en faisant cette seule réflexion que l'eau de la Moselle est infiniment plus agréable que celle de l'Orne. Mais à Rugy il tomba en pleine occupation allemande, il entra chez un épicier, se dissimulant autant que possible, quand la porte de la boutique s'effondra plutôt qu'elle ne s'ouvrit et un lieutenant entra, lui mit la main sur l'épaule en lui disant: « Toi écrivain ya; toi écrire »; et le voilà qui, sous la dictée du prussien, dresse une réquisition qui vide la boutique du coup.

Il sortit de Rugy et rencontra le 2e régiment d'artillerie hessois. Il se cacha tant bien que mal, passa par bonheur inaperçu et, laissant à gauche Malroy, il vit brusquement se détacher au-dessus de la ligne verte des forêts qui dominent la crête, le cône rougeâtre et majestueux du mont Saint-Quentin. Il était arrivé. C'était Metz.

Il n'avait depuis longtemps été aussi heureux, sa mission était accomplie; pas encore cependant, car il fut immédiatement salué par une salve partie du 2e chasseurs français, mais (nous dit-il dans un récit auquel j'ai emprunté presque tout ce que je viens de vous narrer) « les cavaliers tirent mal à cheval; le 2e chasseurs est pourtant un excellent régiment, les hommes sont entêtés, pas moyen de leur faire cesser leur maudit feu. J'avais si mauvaise mine! Je courus vers eux en criant: France! ils s'arrêtèrent ».

Il lui fallait voir Bazaine. Il traversa donc Metz au milieu d'une patrouille, insulté par la population qui le prenait pour un espion et il comparut après bien des pourparlers devant un homme indifférent qui lui fit un accueil glacial et reçut sa missive sans le moindre mot de remerciement. C'était Bazaine, le traître, au procès duquel il dut plus tard comparaître comme témoin.

Il n'avait eu pour récompense que le sentiment du devoir accompli. Pour un homme comme Félizet cela suffisait, sa conduite ultérieure le montra. Resté dans Metz malade après la capitulation, il s'évada une première fois, rentra dans le Luxembourg déguisé en paysan et reprit immédiatement du service dans l'armée de l'Est ayant simplement changé son prénom de Georges en celui de Marie. Repoussé en Suisse avec Bourbaki et blessé à la tête par une balle, il s'évada une seconde fois pour reprendre encore du service dans l'armée de la Loire et resta aux ambulances jusqu'à la fin de la guerre. Ce n'est pas tout, la Commune arrive, il est encore à Colombes à soigner les blessés.

Devant un homme qui a accompli de tels actes, qui a servi de cette façon son pays, il n'y a qu'une chose à faire, il n'y a qu'à se découvrir. Je me permets de saluer sa mémoire en votre nom et au mien.

*
* *

Je vous ai dit au début de cette notice que Félizet était un littérateur. Il s'est manifesté dans bien des genres. Allié à Laurier par sa femme, il devint l'ami d'About, de Gambetta et surtout de Francisque Sarcey.

Il était à bonne école pour faire du journalisme et dans le *XIXe siècle* il a tenu une place honorable. Il y faisait la chronique scientifique sous le nom de Henri Vivien. Il y écrivit même un roman.

Félizet avait quarante-huit ans quand j'eus l'hon-

neur de faire sa connaissance. Ses cheveux blonds avaient déjà pris des tons d'automne; ils commençaient à pâlir et en s'éclaircissant, ils laissaient voir le front haut, solide, bien conformé, comme modelé sur un puissant cerveau. Le nez régulier était un peu saillant, les pommettes accusées. Les moustaches un peu épaisses et la barbiche à l'impériale le faisaient ressembler à un ancien militaire. Le teint rose un peu poussé donnait une valeur toute spéciale à la coloration bleue des yeux qui étaient très expressifs. La pensée y apparaissait rapide et s'y traduisait par le jeu des pupilles, le changement de nuance des iris et la mimique soudaine des paupières et des sourcils.

Le regard paraissait en jaillir prompt comme l'éclair, parfois dur comme le bleu de l'acier, mais le plus souvent doux, estompé, un peu mouillé comme l'émeraude azuré de la mer, quand il n'était pas malin et pénétrant comme s'il voulait entrer dans la pensée de son interlocuteur.

Je le vois encore dans son cabinet de la rue d'Amsterdam. Le jour y était fort discret et éclairait doucement les objets qui révélaient bien la nature artistique de celui qui les y avait placés. A côté d'une belle cheminée en bois sculpté et d'un superbe bas-relief situé derrière la table à laquelle il travaillait, il y avait d'antiques objets de cuivre et une batterie de vieux mortiers pharmaceutiques qui donnaient à cet ensemble un aspect un peu mystérieux.

Mais au lieu du vieil alchimiste qu'on n'aurait pas été très étonné d'y rencontrer, on était accueilli par un homme au regard franc, à l'air affable et qui vous donnait l'impression d'une grande bonté. Il aimait en effet à rendre service et à faire le bien. Sa charité quoique peu connue de ses collègues était très appréciée par les pauvres pour lesquels il aimait à se dévouer, et parmi les travailleurs il a laissé l'impression d'un praticien aussi habile que modeste et surtout désintéressé.

Sa caractéristique était du reste la façon dont il voyait la vie, non pas comme les modernes arrivistes, qui tout jeunes semblent déjà porter tristement sur leurs épaules le fardeau d'une longue existence; mais joliment avec les yeux de l'optimisme, sans trop songer au lendemain, en pensant que chaque jour suffit à sa peine et que la gaieté doit être le propre de l'homme.

Mais s'il était bon, il n'était pas très endurant. Chatouilleux sur le point d'honneur, il était toujours prêt à mettre flamberge au vent et considérait un duel comme une chose salutaire et ma foi d'assez peu d'importance.

Il aimait volontiers la polémique et on a encore présente à la mémoire celle qu'il soutint lors de la création des accoucheurs des hôpitaux.

* * *

En octobre 1909, à la rentrée, Félizet me fit savoir qu'il était souffrant et me pria de le remplacer dans ses fonctions de secrétaire de votre compagnie.

Je me souviendrai toujours de l'effet qu'il me produisit à ma première visite. La mort l'avait déjà marqué et de cet homme naguère si robuste et si vigoureux avait déjà fait une pauvre chose haletante et sans force; mais l'intelligence était intacte. Seuls, le courage, l'énergie, la volonté tenaient encore debout ce pauvre corps qu'un cœur impuissant était inapte à soutenir.

Il m'accueillit néanmoins le sourire aux lèvres, et d'une voix entrecoupée par les faux pas d'une respiration désormais insuffisante, la sueur au front, les narines battantes, voulut encore plaisanter avec moi, je dus abréger ma visite.

A partir de ce moment ce fut une longue suite de crises d'urémie et d'asystolie. Comment dire les souffrances de cet homme qui vivait dans les angoisses constantes de l'asphyxie, que la situation allongée faisait suffoquer, qui ne pouvait donc jamais passer une nuit dans son lit, et qui comme médecin se rendait un compte exact des progrès du mal. Et pourtant il n'eut pas un seul instant de défaillance.

Mais s'il put avoir le grand courage d'essayer de dissimuler à son entourage tout ce qu'il y avait de douloureux dans sa pénible situation, il eut le suprême bonheur de terminer ses jours au milieu des siens, ayant à ses côtés sa femme, ses filles, son fils qui fut vraiment admirable et même une petite-fille qui venait de naître et dont le sourire perça d'un rayon de soleil l'ombre des dernières tristesses.

Félizet avait une passion pour le jeu de dames où il était de première force; à chaque visite notre collègue Belin, qui fut pour lui le médecin ami et si dévoué, avait l'habitude de faire plusieurs parties avec son malade, et avec la victoire la gaieté revenant, les anecdotes reparaissaient en nombre, il oubliait son mal.

Le 10 novembre 1909, notre collègue sonnait à sa porte, au moment où on se précipitait pour aller le chercher; Félizet venait d'être pris d'une syncope. Il monta en hâte dans la chambre où le jeu de dames était préparé pour ce qui devait être la dernière partie et se rendit immédiatement compte de la situation. Rien ne put empêcher la catastrophe qui fut absolument inopinée et par suite sans angoisse et sans souffrance.

Nous apprîmes sa mort par les journaux et nous ne sûmes que plus tard qu'il avait été enterré au Blanc dans le département de l'Indre.

Il était retourné modestement à la terre entouré seulement des siens comme un brave homme qu'il était, et ayant voulu, sans doute, en supprimant l'éclat d'un convoi plus ou moins retentissant, éviter d'attrister ceux qu'il aimait, de déranger les indifférents et d'éveiller la curiosité de ceux qui ajoutent une grande importance aux marques de l'ostentation.

C'est pourquoi la Société de chirurgie a eu le regret de ne pouvoir l'accompagner à sa dernière demeure.

Ce qui personnifie surtout le caractère de Félizet c'est certainement la bravoure, cette vertu généreuse devant laquelle pour ma part je m'inclinerai toujours avec respect.

C'est elle en effet qui, dans un joli geste, nous fait faire le sacrifice de notre vie pour sauver celle de notre prochain; quand elle ne s'emploie pas à la défense de ces deux idées qui résument la vie de Félizet comme elles furent le résumé de la préface du livre qu'il dédia à son fils : HONNEUR ET PATRIE.

CONTRE LE HOQUET DES ENFANTS

Sirop diacode..................	20 grammes
Chloroforme....................	xx gouttes
Sirop de menthe..............	10 grammes
Huile d'amandes douces	60 —

par cuillerées à café jusqu'à effet.

SUR

LA PERSISTANCE DE LA TOUX

DANS LA COQUELUCHE

TERMINAISON DE LA COQUELUCHE NORMALE. ÉVOLUTION VERS LE TIC COQUELUCHOIDE

Par MM.

LESAGE et COLLIN

Médecin de l'hôpital Hérold. Interne des hôpitaux de Paris.

Le 20 septembre (1), il entrait à l'hôpital Hérold, une enfant de cinq ans que ses parents envoient parce qu'elle tousse depuis plus de six mois « en coqueluche ». L'enfant est bien portante, absolument apyrétique et nous apprenons que c'est la troisième fois qu'elle entre à l'hôpital pour cette coqueluche. Les soins avaient été impuissants à faire cesser cette toux prolongée compatible avec un aussi bon état général. Au bout de quinze jours, les parents la reprenaient et comme l'enfant était refusée dans les crèches et dans les écoles ils se voyaient forcés de la ramener à l'hôpital pour traiter cette coqueluche prolongée.

L'absence de crachats attira spécialement notre attention et malgré la vive congestion de la face au moment de la toux, le chant du coq, voire même les vomissements alimentaires, nous fîmes observer cette enfant de plus près. Il fut bientôt facile de remarquer que les quintes de toux venaient plus ou moins consciemment au service de cette petite pour lui éviter ce qui pouvait lui être désagréable : une quinte terrible empêchait la surveillante de faire sa piqûre de cacodylate de soude ; une autre quinte venait à propos pour l'empêcher de boire sa potion et si l'on forçait l'enfant, une quinte libératrice suivie de vomissements indiquait à tous que la potion ne pouvait être tolérée. Les parents, d'autre part, nous apprirent que toute sollicitation extérieure, tout changement de température, tout excès alimentaire étaient prétextes à l'enfant pour recommencer à tousser, au même titre que les causes que nous avons signalées.

Nous avons pu retrouver dans le service une observation suivie longtemps encore après la sortie de l'hôpital absolument superposable à celle-ci :

Il s'agit d'une enfant de huit ans et demi très nerveuse qui entre à Hérold le 11 novembre 1909 pour des quintes de coqueluche nettes (19 à 20). Elle cesse de cracher le 15 décembre et cependant, elle tousse encore 10 fois, en vingt-quatre heures, jusqu'au 1er janvier où une bronchite légère lui redonne jusqu'à 15 et 16 quintes toujours sans expectoration. Au 1er février, elle toussait encore « en coqueluche » 4 et 5 fois par jour et on remarque à cette période que sa quinte est précédée de tremblements, et qu'elle obéit à la moindre émotion. Sa mère nous dit d'elle-même que « c'était presque une habitude ». Le 26 février, elle retourne à l'école. Au mois d'août, à la suite d'un léger refroidissement, elle se remet à tousser et elle a des quintes fréquentes. Elle était à ce moment chez sa grand'mère qui la gâte beaucoup ; sa mère la fit revenir et prit sur elle de l'empêcher de tousser « inutilement ». « Si tu tousses encore, gare à toi », disait-elle. Deux jours après, la toux avait pris fin. Il s'agit d'une enfant nerveuse, occupée d'elle-même et qui, encore maintenant, bien que parfaitement guérie, se plaint de-ci, de-là, sans raisons apparentes.

La cause émotive, volontaire, de ces quintes de toux coqueluchoïde nous parut si évidente que nous recherchâmes dans les auteurs classiques les signes qui nous autoriseraient à dire s'il s'agissait de coqueluche prolongée ou de rechute. Nous cherchâmes d'autre part si des travaux permettaient de justifier l'opinion que nous avions que ces enfants avaient un tic coqueluchoïde survivant à la coqueluche, maladie infectieuse, alors et depuis longtemps terminée.

Les renseignements trouvés dans les auteurs classiques furent très pauvres, et si l'on s'accorde à reconnaître à la coqueluche trois périodes, une période catharrale de huit à quinze jours, une période de quintes proprement dite d'un mois de durée et une période de déclin, aucun auteur n'assigne de limite à cette période de déclin, variable de quelques jours à deux ans ! Et nous n'avons pas trouvé dans la littérature de renseignements précis indiquant le passage de la période de quintes à cette troisième période.

D'autre part, les opinions émises sur la contagion sont assez variables et si Weill [de Lyon (1)] soutient que la coqueluche n'est contagieuse que tout à fait au début, les autres auteurs et notamment Hutinel disent qu'il est prudent de tenir l'enfant à l'écart tout le temps que dure la maladie. Cependant les travaux importants tant en France qu'à l'étranger ont attiré l'attention sur un certain nombre de faits qui nous ont semblé devoir permettre de limiter la période infectieuse de la coqueluche ; de donner leur juste valeur aux coqueluchettes sur lesquelles il est toujours permis de discuter, aux rechutes, aux récidives, et aux formes prolongées des coqueluches avérées.

Nous avons donc mis à profit les recherches sur les urines de Blumenthal et d'Hippius citées par Filatow qui, à juste titre, leur attache une importance si considérable qu'il dénomme « urines de coqueluche » les urines présentant ces caractères. Ces auteurs ont, en effet, mis en évidence que les urines de la coqueluche sont d'une densité beaucoup plus élevée que la moyenne et que leur teneur en acide urique est très en excès. On sait, d'autre part, que pendant l'évolution de la coqueluche et dès le début de la maladie les urines sont bien diminuées de quantité. Quelle que soit la difficulté insurmontable que nous ayons eue à évaluer la quantité totale de l'urine d'enfants de vingt-cinq et trente mois, il nous a paru, ainsi qu'au personnel infirmier qui en fit spontanément la remarque, que dans tous les cas la totalité des urines était diminuée d'une façon très appréciable. D'autre part, lorsque la coqueluche est près de se terminer, l'enfant fait une crise urinaire et le taux des urines paraît notablement plus élevé. La rareté des urines au début suffit à expliquer la haute densité qu'elles présentent et, dans les 17 cas, que nous avons étudiés, la densité a varié à la période aiguë de la maladie de 1.015 à 1.035 les enfants étant restés à l'alimentation lactée également dosée tous les jours.

L'acide urique est pour Bouchard de 55 centi-

(1) Dans cette étude purement clinique nous laissons de côté la question de la recherche du bacille de Bordet et Gengou ainsi que les récentes recherches de Delcourt sur le complément.

(1) WEILL, *Précis de médecine infantile*, 1911, 3e édition.

grammes par jour, pour un homme adulte ordinairement nourri. Nous avons fait faire par M. Damas, pharmacien du service, des analyses hebdomadaires de chacun des 17 enfants en observation. Nous avons évalué par litre les résultats obtenus par le procédé Ronchez. Il est facile d'objecter que ce résultat n'a pas une valeur absolue, puisque nous ne savons pas la quantité d'urine émise par jour ; mais dans cinq cas nous avons pu obtenir la quantité totale des urines (il s'agissait d'enfants de quatre, cinq, six ans) et dans les autres cas ce résultat, à notre avis, conserve une valeur relative considérable, étant donnée la disproportion entre les chiffres obtenus pour les urines d'enfants de même âge et de même alimentation non atteints de coqueluche et les chiffres obtenus pour les urines d'enfants atteints de coqueluche étudiés aux différentes périodes de leur maladie.

Nous avons construit des courbes de ces urines menées parallèlement avec la courbe des quintes accompagnées de crachats et nous avons remarqué que, dans tous les cas, la densité et l'acide urique restaient respectivement élevés tant que duraient les « quintes utiles » accompagnées de crachats ; et dans les courbes que nous avons sous les yeux, lorsque les quintes avec crachats sont tombées à 0, la densité des urines revient à la normale et l'acide urique également.

En outre, nous avons pu constater chez deux malades atteints de rougeole à la fin de la coqueluche, que la densité obéissant à toute maladie infectieuse était remontée vers 1.020, alors que la teneur en acide urique dont l'exagération paraît être une des caractéristiques de la coqueluche restait voisine de la normale et n'était nullement influencée par cette maladie intercurrente.

Il apparaît, d'autre part, que ces deux courbes sont d'autant plus élevées que la maladie est plus grave. C'est ainsi que nous avons noté chez un enfant de cinq ans, qui avait 44 quintes en vingt-quatre heures et qui urinait environ 300 grammes, une densité égale à 1.035 et 1 gramme d'acide urique par litre. L'authenticité de cette coqueluche, en dehors de la constatation du syndrome urinaire, était nettement prouvée par l'abondance des crachats expulsés au nombre de deux et trois à chaque quinte entrecoupée de trois ou quatre reprises.

Nous avons fait dans deux cas la contre-épreuve et nous avons pu voir que des enfants présentant des toux plus ou moins coqueluchoïdes et qui n'expectoraient pas ne présentaient pas le syndrome urinaire, qui nous paraît avoir la même valeur diagnostique que la constatation clinique des crachats avec l'abondance et le nombre desquels il marche de pair.

Freulich et Meunier *ont noté l'existence constante* de la leucocytose sanguine à prédominance de lymphocytes dans les coqueluches, et Cavasse reprenant cette étude a pu dépister une coqueluche à la période catharrale par la simple constatation d'une lymphocytose élevée, injustifiée sans cela. Nous avons fait en séries tous les huit jours, chez chaque enfant en observation, la numération des globules blancs à l'aide du Zeiss Thomas et nous avons trouvé d'une façon constante des chiffres oscillant de 18.000 à 40.000 et 45.000, le début de la lymphocytose ayant pu être remarqué dans deux cas avant la constatation clinique de la quinte et le retour de la lymphocytose à la normale coïncidant avec la disparition des quintes avec crachats. En dehors de ce fait, l'extrême variabilité de la composition sanguine, soumise à tant de causes diverses, nous a empêchés de voir si la courbe leucocytaire était parallèle ou non aux quintes.

Suivant l'opinion généralement admise, elle ne nous paraît pas dans son intensité suivre fidèlement la courbe des quintes ; mais si la courbe leucocytaire commence un peu avant, elle reste élevée tout le temps que dure la maladie infectieuse et suit la double courbe urinaire au moment de la terminaison.

Ces différentes constatations, le syndrome urinaire, la numération globulaire et la disparition des crachats, nous ont permis de ranger les malades observés en deux groupes principaux :

Premier groupe : la coqueluche dure un mois ou cinq semaines; elle a été, soit complètement apyrétique (3 cas), soit légèrement pyrétique, 38 degrés le soir au début, c'est la moyenne (10 cas), soit beaucoup plus élevée comme température. Mais au terme de ce délai, la courbe des quintes utiles est tombée à 0 après modification progressive des crachats devenus moins épais et plus faciles à expulser, cependant que les courbes de sang et d'urine revenaient à la normale, une diurèse plus ou moins abondante s'étant produite. Dans ces cas, une période de déclin courte et normale a succédé à la période des quintes; des modifications dans la toux et dans les crachats ont annoncé la disparition progressive de ces deux phénomènes. On attend par précaution quelques jours pour voir si une rechute ne se produira point et, dans les cas favorables, le malade peut être considéré comme guéri et non contagieux.

Le *second groupe* comprend les coqueluches dont la durée, cliniquement, est beaucoup plus longue : six semaines, deux mois, deux mois et demi. Ici, plusieurs cas se présentent :

α. Il s'agit de coqueluches prolongées ou à rechutes ; la symptomatologie alors reste absolument pareille à ce qu'elle était à la période d'état ; les quatre courbes, urines, sang, quintes et crachats, restent élevées avec des variations journalières qui peuvent être des modifications sans importance ou de véritables rémissions de trois ou quatre jours sans qu'il puisse y avoir retour à la normale. On est donc en droit de considérer ces formes comme des formes prolongées simples.

β. Les crachats se modifient un peu, la toux garde ses caractères, la température ne revient pas à la normale, la courbe leucocytaire est encore élevée, l'état général n'est pas satisfaisant, la densité des urines reste élevée, la diurèse ne s'est pas produite, seule la courbe d'acide urique revient à la normale. Il y a alors tout lieu de supposer que l'on est en présence d'une forme compliquée tardivement et il faudra avoir l'attention spécialement attirée vers la tuberculose pulmonaire, vers l'adénopathie intertrachéobronchique, vers toutes les complications bronchopulmonaires.

Les examens ordinaires de clinique, la température et tous les moyens de palpation, de percussion et d'auscultation mis en œuvre, la cutiréaction au besoin, permettront de dépister une complication qui entraînera pendant longtemps encore un état général précaire et une toux justifiée plus ou moins modifiée. Dans ces cas d'infection multiple il est très difficile de faire la part de ce qui revient à chacun des facteurs et l'enfant n'étant pas en mesure de reprendre sa vie habituelle la question perd de son intérêt.

Etant donnée cependant la fixité de l'acide urique à la normale nous sommes portés à croire que la coqueluche est terminée.

γ. La toux seule persiste avec ses caractères de toux de coqueluche, congestion de la face, reprise, parfois même vomissements, mais il n'y a plus de crachats, les courbes d'urine sont redevenues normales, la courbe leucocytaire est redevenue normale, l'état général s'améliore progressivement et la toux devient presque exclusivement diurne, les nuits sont très bonnes.

Lorsque dans ces cas on a soigneusement éliminé les causes naso-pharyngées susceptibles d'entraîner une toux quinteuse, on est en droit de considérer que la maladie coqueluche est entrée dans une phase nouvelle : c'est la période du « tic coqueluchoïde ».

Des enfants nous ont été amenés (2 observations) toussant encore en coqueluche pour lesquels les différents examens sus-mentionnés ont été faits et reconnus négatifs. Nous avons alors mis en œuvre les procédés de rééducation de la toux et les résultats ont été rapidement excellents. Il est très important de remarquer que chez ces enfants et chez les deux ou trois autres, qui sur nos 17 observations présentaient une tendance à prolonger la toux quinteuse, une hérédité nerveuse, particulièrement précise et chargée, pouvait être décelée. Ces jeunes pathomimes appartiennent par leur hérédité à la famille névropathique; nous avons relevé dans leurs antécédents des comitiaux, des méningitiques, des aliénés. Ainsi donc la coqueluche, maladie infectieuse étant terminée, lorsque le terrain s'y prête, peut laisser à la suite comme séquelle un tic coqueluchoïde qui reproduit la maladie, aux crachats et aux courbes urinaires et sanguines près, et qui, dans bien des cas, si l'on n'a point l'attention attirée sur ce fait, peut faire supposer que l'enfant est atteint de coqueluche prolongée.

On peut donc être logiquement amené à exercer inutilement la même thérapeutique de précautions et d'isolement qu'à la période aiguë de la maladie.

D'autre part, ce tic coqueluchoïde n'est pas sans inconvénients et nous avons vu des enfants s'adonner avec tant de conviction à cette habitude de toux, que les accidents mécaniques, vomissements (5 cas), hémorragies nasales (2 cas) se reproduisaient comme au plus fort de la période infectieuse.

Nous avons été surpris de voir combien il est facile, même sur des enfants en très bas âge (vingt-cinq mois) de prendre un ascendant rapide; la consigne avait été donnée aux infirmières et à la famille de ne point s'apitoyer outre mesure, de ne point avoir toujours à portée la cuvette sollicitant le vomissement et bientôt une promesse de friandise, une gronderie au besoin, un regard sévère ont suffi à faire avorter une quinte dorénavant défendue.

Nous avons remarqué aussi la contagion de ces sortes de quintes analogues à celles du fou rire et du bâillement. D'autre part chez les enfants de la même famille, les récidives de toux quinteuse peuvent être la règle, témoin le bel exemple suivant, qui nous a été rapporté :

Une femme vient à l'hôpital Hérold amener son enfant pour une scarlatine. La mère âgée de trente-trois ans a eu 13 grossesses, une hémiplégie hystérique en 1909. Sa sœur est morte à onze ans après avoir été à sept ans un mois en léthargie (?). Une tante est internée. Sur ses 13 grossesses, 4 enfants lui restent : l'un débile mental, beau parleur, l'autre atteint de folie circulaire, une fille grande hystérique et l'enfant amené à l'hôpital pour la scarlatine sur laquelle le diagnostic de dégénérescence mentale avait été porté à Sainte-Anne. La mère a eu cinq fois la coqueluche, elle ne pouvait se débarrasser de la toux pendant quatre ou cinq mois, chaque fois. Chacun des enfants a eu des coqueluches de très longue durée, chacun pour sa part, au moins deux fois.

Ces exemples, corroborés par les examens que nous avons pu faire, nous permettent de supposer que dans certains cas bien délimités, à la coqueluche maladie infectieuse peut succéder un tic coqueluchoïde, véritable maladie nerveuse justiciable d'un traitement moral qui doit être exercé avec patience et fermeté. Il importe donc de diagnostiquer ce tic coqueluchoïde, afin de mettre en œuvre le traitement dont il est justiciable d'une part, et d'éviter ainsi à l'enfant de prendre dès son plus jeune âge l'habitude d'un tic récidivant, non exempt de danger pour sa santé; afin, d'autre part, de ne pas retenir loin de l'école un enfant non contagieux, puisque la coqueluche infectieuse est terminée.

Nous conclurons donc :

1° Toute coqueluche s'accompagne d'élévation de la densité urinaire et de la teneur en acide urique, de l'augmentation du nombre des lymphocytes dans le sang, de la présence de crachats spéciaux.

2° La fin de la maladie infectieuse s'accompagne cliniquement de la cessation de l'expectoration, de la diminution très marquée des quintes nocturnes, et du retour à la normale des courbes d'urine et de sang.

3° Il s'ensuit que la recherche de ces différents faits permet de délimiter la période de la contagion et tranche la question de la durée de l'isolement.

4° On n'est donc pas en droit de prendre pour une coqueluche prolongée un état morbide caractérisé uniquement par des quintes de toux.

En conséquence, si la toux quinteuse de la coqueluche continue en dehors de toute rechute dûment contrôlée et de toute complication de l'arbre respiratoire capable de justifier la présence d'une toux quelconque, il s'agit de la coqueluche névrose qui n'est plus infectieuse et plus contagieuse.

C'est le « tic coqueluchoïde ».

Huit enfants, sur les dix-sept que nous avons suivis, avaient essayé sans raison de prolonger leurs quintes de toux après cessation de toute infection.

Nous les avons changés de salle pour éviter la contagion par l'exemple et c'est avec facilité que les différents procédés de rééducation de la toux, dont nous pouvions disposer, ont eu raison en deux ou trois jours de ces fâcheuses tendances.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1911)

Résistance des chèvres et des moutons aux trypanosomiases; longue durée de l'immunité acquise à la suite de ces maladies. — M. A. LAVERAN.

Le processus de la caséification dans la tuberculose humaine. — MM. P. CHAUSSÉ et L. PISSOT. La caséification tuberculeuse est le résultat de l'action toxique locale du ba-

cille ; elle se traduit par une *dégénérescence* granulo-graisseuse et une fragmentation nucléaire ; mais chez l'homme la quantité de graisse produite dans les tubercules est moindre que chez les animaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1911)

Données nouvelles sur le traitement abortif et curatif de la syphilis par l'hectine. — M. HALLOPEAU. L'hectine est loin d'avoir acquis la notoriété du 606, et son inventeur, M. Mouneyrat, attend encore son jour de triomphe ; elle l'emporte cependant de beaucoup, par la constance de ses effets et son innocuité, sur le produit de Francfort.

Le traitement abortif de la syphilis peut se limiter à trente injections d'hectine pratiquées quotidiennement au voisinage de l'accident primitif ; il faut renoncer aux injections d'oxycyanure de mercure en raison des accidents de gangrène qu'elles ont provoqués.

La proportion des succès obtenus par les injections d'hectine, quand on les pratique suivant les règles formulées par M. Hallopeau, est de 100 p. 100 ; la guérison étant complète, on peut autoriser le mariage après ces trente injections.

L'application de ce traitement, dans la généralité des cas, constituerait un puissant facteur d'augmentation de la population ; il n'y aurait plus de tabes ni de paralysie générale, causes fréquentes de mort. On n'observerait plus les fausses couches réitérées, ni la genèse d'avortons syphilitiques, et la possibilité de procréer sans danger dès l'expiration du mois de traitement, augmenterait dans des proportions considérables le nombre des naissances.

M. GAUCHER fait observer que les conclusions de M. Hallopeau, qui vont être reproduites dans tous les journaux, sont tellement graves et tellement importantes qu'elles méritent d'être vérifiées. Il propose à l'Académie de nommer une commission chargée d'examiner la question. Au dire de M. Hallopeau, moins de quatre mois après ce traitement, dit abortif, on pourrait autoriser le mariage. On conçoit toute la gravité de cette allégation. Quant à M. Gaucher, il n'oserait pas, à l'heure actuelle, donner cette autorisation.

M. FOURNIER s'associe à la protestation de M. Gaucher et déclare que, quant à lui, jamais il n'autoriserait le mariage après trente injections d'hectine, comme vient de le déclarer M. Hallopeau.

Plusieurs membres appuient la proposition de M. Gaucher qui est renvoyée au bureau.

Actinomycose. — M. SCHWARTZ communique le fait suivant : un homme de soixante ans, travaillant aux champs, se couche dans l'herbe le 26 juillet 1910. Il sent une piqûre sur la joue. Au niveau de cette piqûre se développe une tumeur qui augmente de volume et décide le malade à venir consulter. Croyant à un kyste sébacé enflammé, M. Schwartz opère ce malade. A la section de la tumeur, on trouve un liquide jaunâtre avec des grains jaunes et, au centre, une barbe d'épi encore verte. A l'examen histologique, on constata la présence de nombreux mycéliums mais pas de bacilles de l'actinomycose.

M. RECLUS estime que, dans ces cas, il vaut mieux recourir au traitement par l'iodure à hautes doses qu'à l'intervention chirurgicale.

M. SCHWARTZ est de l'avis de M. Reclus, mais il fait observer que, dans ce cas, il n'aurait pas fait le diagnostic d'actinomycose. D'ailleurs, l'épi qui se trouvait au centre de la tumeur devait être enlevé.

M. LETULLE estime qu'en matière d'actinomycose, il faut, autant que possible, éviter l'intervention chirurgicale. Il rappelle un cas d'actinomycose de la plèvre qui a été opéré et gratté, qui a récidivé dans le cerveau et qui a entraîné la mort.

M. WIDAL insiste sur l'importance qu'il y a, dans ces cas, à faire un diagnostic précoce. On en a le moyen, aujourd'hui, dans la sporo-agglutination. Ce moyen de diagnostic précoce doit être vulgarisé.

M. SCHWARTZ répond à M. Widal qu'à l'époque où il a vu le malade, la sporo-agglutination qui est d'invention toute récente n'existait pas.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place laissée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie par la mort de M. Gréhant.

PRATIQUE MÉDICALE

LE CERCLE VICIEUX GASTRIQUE

Malgré les progrès réalisés dans l'étude des affections de l'estomac, et les données de plus en plus précises fournies par le laboratoire sur le chimisme gastrique, la thérapeutique, trop souvent, reste encore en butte aux caprices de la nature, qui semble se complaire à mettre en échec nos diagnostics les mieux raisonnés, nos déductions les plus sagement conduites.

A cela, l'on peut trouver plusieurs raisons ; une de celles qui nous semblent ne pas avoir été assez mises en lumière est ce que nous pourrions appeler le cercle vicieux gastrique. Expliquons-nous.

Une gastrite laisse en général après elle une atrophie des glandes pepsiques. Il en résulte naturellement une insuffisance gastrique, une hypopepsie, se manifestant par une diminution soit en qualité, soit en quantité, du suc gastrique. De même, l'atonie gastrique et la dilatation peuvent se compliquer de ce processus, de cette insuffisance ; dans le cancer de l'estomac, elle vient accroître les tourments du malade ; dans les dyspepsies, elle peut être soit cause, soit effet.

Cette diminution du pouvoir digestif du suc gastrique laisse, c'est une règle dans toute fermentation, le champ libre à toutes les fermentations anormales : butyrique, acétique, etc. Or, la présence de nombreux produits irritants ou toxiques, au contact de la muqueuse digestive, ne peut que contribuer à maintenir et même à augmenter les lésions inflammatoires. Il se produit donc un véritable cercle vicieux, qui tient en échec toutes les médications, et dont rien ne semble devoir amener la fin. Il faut que le praticien rompe ce cercle vicieux, d'autant plus grave que le passage d'un chyme fermenté et plus ou moins toxique, dans l'intestin, peut amener des phénomènes d'entérite et même l'entéro-colite muco-membraneuse. On tend actuellement à voir aussi, dans la plupart des troubles gastro-intestinaux des nourrissons, un résultat de la mauvaise digestion du lait.

La question revient donc à obtenir une digestion stomacale se rapprochant autant que possible de la normale. Rien ne peut mieux remplir ce rôle que les ferments digestifs. Grâce à leur action, on coupe court aux fermentations butyriques et autres, les lésions de gastrite et d'entérite se réparent souvent d'elles-mêmes ; tout au moins, la médication entreprise se trouve dans les meilleures conditions pour agir, et l'état général s'améliore, l'intestin n'offrant plus au sang de produits toxiques ou inassimilables. Le cercle vicieux est rompu.

On doit donner la préférence à la papaïne, qui a l'avantage d'être un ferment végétal. Il ressort des expériences du professeur Wurtz, et plus récemment de Caroll Chase, qu'elle est un peptonisant énergique des matières albuminoïdes. Chose des plus intéressantes, la réaction du milieu ne peut entraver son action, et elle agit toujours, qu'elle soit en milieu acide, neutre ou alcalin. De plus, elle transforme aussi l'amidon en maltose, elle émulsionne les graisses et digère parfaitement le lait.

Elle triomphe surtout dans la médecine infantile et peut être donnée, même pendant les premières semaines de la vie, pour combattre les vomissements, les lienteries, les diarrhées de l'enfant élevé soit au sein, soit au biberon. Quelle que soit la théorie par laquelle on explique le fait, tous les troubles dyspeptiques de la première et de la seconde enfance sont guéris par la papaïne. Ce produit est donc une arme que le

médecin doit avoir entre les mains et dont il doit se servir. Le succès ne dépend que de la préparation, très délicate, du produit ; aussi insistons-nous sur la nécessité de n'utiliser que des produits de bonne marque. Dr G. C.

Rôle des hémolysines dans la genèse des pigments biliaires et de l'urobiline, par le docteur Jean TROISIER. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES

DÉFINITION. — On appelle *ictères d'origine hémolytique* les ictères dans lesquels la cholémie et tous les symptômes qui en découlent sont la conséquence d'une *destruction exagérée des globules rouges*; ces ictères se présentent en clinique suivant deux types différents : ou bien il s'agit d'*ictères congénitaux, familiaux*, c'est le type décrit par M. Chauffard; ou bien il s'agit d'*ictères acquis*, dont la connaissance est due aux travaux de M. Widal et de ses élèves. Pour M. Gilbert, ces ictères sont les mêmes que ceux qu'il a décrits, dès 1902, sous le nom d'ictère chronique simple à forme splénomégalique.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — Quelle que soit la variété d'ictère observée, on peut décrire un ensemble de signes communs à tous les ictères d'origine hémolytique :

a. L'ICTÈRE est variable dans son intensité et présente des fluctuations extrêmement importantes; *b.* les *matières fécales* ne sont jamais décolorées, au contraire souvent il y a pléiochromie ; *c.* les *urines* ne contiennent pas de pigments biliaires vrais, mais au contraire toujours de l'urobiline ; il n'existe, en outre, aucun symptôme d'intoxication biliaire; assez fréquemment l'on constate des crises abdominales douloureuses; le foie n'est pas modifié et il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatique; *d.* la SPLÉNOMÉGALIE EST CONSTANTE; la rate est ferme et non douloureuse; *e.* il existe enfin des signes cliniques indiscutables d'*anémie* (souffles cardiaques, essoufflement, palpitations).

La constatation de pareils symptômes oriente les recherches vers l'*étude hématologique*.

Hématologie. — L'examen hématologique permet de mettre en évidence :

1° La DIMINUTION DE LA RÉSISTANCE GLOBULAIRE recherchée, soit par le procédé de Vaquez et Ribierre, soit par le procédé des hématies déplasmatisées (Widal). Ce dernier procédé est de beaucoup le plus sensible.

On peut compléter ces recherches par la mise en évidence de la fragilité de ces globules en présence du plasma d'un sujet sain.

2° La présence d'HÉMATIES GRANULEUSES. On constate, dans le sang de ces ictériques, jusqu'à 12 et 20 p. 100 de ces hématies (coloration par le réactif de Pappenheim ou coloration vitale au bleu de Unna) ; les granulations se présentent à l'intérieur du globule sous la forme d'un semis assez irrégulier ou plus souvent encore sous un aspect réticulaire.

3° Cet examen montre encore une ANÉMIE assez marquée, jusqu'à 500000, avec des variations assez parallèles aux variations d'intensité de l'ictère; il existe une leucocytose modérée et une ébauche de réaction médullaire; la rénovation sanguine se traduit par l'anisocytose et la polychromatophilie.

Cet examen hématologique doit se compléter par l'étude des PROPRIÉTÉS DU SÉRUM. Le sérum renferme des pigments biliaires, mais pas de sels biliaires ; il a le pouvoir de provoquer l'*agglutination des* HÉMATIES du malade (hématies déplasmatisées) et il peut même agglutiner les hématies d'un autre individu. Le sérum peut posséder parfois un véritable pouvoir *hémolytique* et la constatation de cette propriété a permis de décrire, à côté des ictères par fragilité globulaire, un *ictère hémolysinique*; la présence de ce pouvoir hémolytique du sérum peut être mise en évidence par l'*épreuve de Donath et Landsteiner*.

Selon la variété des caractères cliniques et hématologiques, on peut décrire plusieurs variétés morbides.

I. ICTÈRE HÉMOLYTIQUE CONGÉNITAL. — Entrevu par Minkowski, il fut individualisé par Chauffard; il s'agit d'une affection congénitale et familiale, à l'origine de laquelle (Chalier) on peut retrouver l'hérédo-syphilis, mais souvent aucune cause appréciable. L'ictère peut apparaître dès la naissance, ou plus tardivement jusqu'à huit ou dix ans; l'ictère progresse jusqu'à l'adolescence, puis il reste stationnaire, mais est assez foncé. Il n'y a ni symptômes d'intoxication biliaire, ni décoloration des matières; la rate est grosse, le foie normal, l'anémie peu accentuée, la fragilité globulaire est très nette, les hématies granuleuses sont en très grand nombre; par contre, le phénomène de l'*auto-agglutination des hématies n'existe pas*. L'évolution de cet ictère est longue. Ces ictériques sont à peine des malades (Chauffard) et le pronostic reste favorable.

II. ICTÈRES HÉMOLYTIQUES ACQUIS. — Ces ictères revêtent plusieurs types morbides selon la pathogénie spéciale que l'on peut invoquer pour en expliquer l'existence; néanmoins ils présentent un certain nombre de *symptômes communs*.

L'anémie est le symptôme capital. — L'hypoglobulie peut être très accentuée; l'ictère est peu marqué, les malades sont plus *pâles qu'ictériques* (Chauffard) ; la splénomégalie est constante, mais moins accusée que précédemment; il existe fréquemment des crises abdominales douloureuses ; la diminution de la résistance globulaire est assez délicate à mettre en évidence (hématies déplasmatisées); mais, par contre, le phénomène de l'auto-agglutination des globules est positif; les hématies granuleuses sont abondantes, le diamètre moyen des hématies est très accru; au maximum se rencontrent l'anisocytose et la polychromatophilie. L'évolution se fait par poussées aiguës avec augmentation parallèle de l'anémie et de l'ictère, et terminaison fatale par anémie, ou parfois amélioration et guérison.

On peut décrire de nombreuses formes cliniques :

FORMES CLINIQUES. — a. *Forme chronique.* — Elle peut simuler l'ictère congénital ; néanmoins, les malades sont surtout des anémiques et non des ictériques.

b. *Formes aiguës graves* [simulant l'ictère grave] (Roque et Chalier).

c. *Formes aiguës passagères.* — Elles s'observent à l'occasion d'une maladie infectieuse, d'une intoxication, la forme la plus intéressante est représentée par l'ictère dit *idiopathique des nouveau-nés*, dont Cathala a démontré l'origine hémolytique.

FORMES SUIVANT LA VARIÉTÉ HÉMATOLOGIQUE. — 1° Ictère par fragilité globulaire sans propriété hémolysante du sérum; 2° ictère par hémoglobinurie paroxystique essentielle; 3° ictère hémolysinique décrit tout récemment par MM. Chauffard et Troisier, et dont l'existence se rencontre fréquemment au cours des anémies aiguës graves ou des anémies pernicieuses avec ictère.

FORMES SUIVANT L'ÉTIOLOGIE. — L'ictère hémolytique acquis peut s'observer au cours des maladies infectieuses, et tout spécialement dans le paludisme ; on l'a signalé également dans la syphilis; il a pu être décrit au cours de certaines intoxications (*ictère post-chloroformique*), etc.; ses rapports avec les états anémiques, même avec l'anémie pernicieuse, sont particulièrement intéressants à signaler ; enfin cet ictère a été rencontré au cours de cirrhoses veineuses.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic positif de l'ictère hémolytique est essentiellement basé sur les recherches hématologiques qui doivent comporter l'étude de la résistance globulaire, du pouvoir hémolytique du sérum, de l'auto-agglutination des hématies, la recherche des hématies granuleuses et la réaction de Donath-Landsteiner.

Il faut néanmoins savoir que la délimitation absolue entre l'*ictère* d'origine *hémolytique* et l'ictère *d'origine hépatique* n'est pas toujours aussi précise qu'on le croirait, et tout récemment encore, MM. Gilbert et Lereboullet rappelaient que, sous le nom d'*ictère chronique simple à forme splénomégalique*, ils avaient décrit, dès 1902, les formes individualisées plus

LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE
ET DES NÉVROSES

L'épilepsie essentielle a été considérée comme une affection rebelle à tout traitement, jusqu'au jour où Voisin, Legrand du Saulle et Falret ont introduit le bromure de potassium dans la thérapeutique. Depuis lors, il est resté le remède souverain dans la plupart des maladies nerveuses, et on l'envisage à juste titre comme un véritable spécifique de l'excitabilité médullaire. Aussi n'est-il plus possible de soigner un épileptique sans lui administrer du bromure à haute dose, non seulement pendant la maladie, mais encore pendant les deux ans qui suivront la guérison. Comme l'a si justement fait remarquer M. Voisin, le bromure doit rester un aliment pour l'épileptique guéri.

Il est encore toute une série d'affections, les névroses, qui sont justiciables du bromure, car elles présentent pour la plupart des symptômes, tels que douleur et excitabilité neuromusculaire, qui nécessitent l'usage d'un sédatif.

Or, il serait difficile de trouver en thérapeutique un produit autre que le bromure qui agisse plus efficacement sur le cerveau et la moelle, tout en ne présentant qu'un très petit nombre d'inconvénients. Il suffit, pour se rendre compte de son importance thérapeutique, d'ouvrir un formulaire des maladies du système nerveux, pour constater que le bromure est utilisé comme analgésique, antispasmodique et hypnotique. A part l'épilepsie, dont il est pour ainsi dire l'antidote, toutes les névroses présentent des symptômes qui nécessitent son concours. L'insomnie et les douleurs de la neurasthénie, les palpitations, la tachycardie, les tremblements du goitre exophtalmique, les tremblements de la paralysie agitante, de la chorée, les spasmes des tics convulsifs, les secousses du paramyoclonus multiples, les convulsions de l'hystérie, de l'éclampsie, les vertiges, les migrations, sont du ressort du bromure de potassium.

Le sirop Henry Mure s'est acquis dans ce genre de médication une notoriété justifiée par sa composition, son mode de préparation et son dosage exact. Le sel employé est rigoureusement exempt de chlorure, d'iodate et de bromate de potassium. Son association au sirop d'écorces d'oranges augmente ses propriétés calmantes et sédatives, en même temps qu'elle en fait une préparation tonique, stimulante, et qu'elle aide la tolérance du médicament pour les estomacs délicats.

Dans les cas où le bromure de potassium serait contre-indiqué ou mal supporté par certains sujets, on pourrait avoir recours aux sirops Henry Mure à base de bromure de sodium, de polybromure ou de bromure de strontium. Les préparations à base de bromure de sodium doivent être prescrites quand l'usage des sels de potasse présente quelque inconvénient. Quant aux polybromures, ils permettent d'instituer un traitement intensif, et de comparer, dans des conditions identiques, les bromures, alcalins seuls ou associés.

Quant au bromure de strontium préconisé par MM. G. Sée, Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz, il passe pour moins toxique que les autres, tout en étant aussi efficace. Le sirop Henry Mure, au bromure de strontium, peut être substitué au sirop de potassium chez les sujets qui sont lassés de cette dernière médication. Il a, d'autre part, la propriété de régulariser la digestion dans les dyspepsies, de faire disparaître les douleurs des gastralgiques. Son usage est tout particulièrement indiqué chez les cardiaques, les albuminuriques, dont il facilite la diurèse et la décharge urinaire.

Ces propriétés sont suffisantes pour que le bromure de strontium se fasse une place éminente dans la thérapeutique; mais à une condition, c'est qu'il soit à l'état de pureté parfaite et qu'il ne renferme pas la moindre trace de baryte. C'est pour offrir au corps médical un produit d'une pureté irréprochable que M. Henry Mure a créé son sirop au bromure de strontium, dosé dans les mêmes proportions que le sirop de potassium, c'est-à-dire à raison de 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée.

En ayant recours à l'une ou l'autre de ces préparations, les médecins peuvent être certains qu'ils agiront avec efficacité sur les manifestations si diverses des névroses. Ils se laisseront guider dans leur choix par le genre de la maladie et aussi par l'état des organes, estomac, cœur ou rein, qui peut nécessiter une variante dans leur médication.

tard sous le nom d'ictère congénital, d'ictère hémolytique. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des autres ictères ACHOLURIQUES *non hémolytiques*, pas davantage que sur le diagnostic des cirrhoses biliaires à type splénomégalique ou hypersplénomégalique, infectieuses, syphilitiques, etc.; enfin il est intéressant de rapprocher des ictères hémolytiques certaines anémies splénomégaliques.

En résumé, les ictères hémolytiques, surtout les ictères hémolytiques acquis, peuvent revêtir les aspects les plus divers, et selon les malades et selon les périodes de la maladie, ils peuvent simuler l'ictère chronique lithiasique, l'ictère catarrhal pléiochromique prolongé, la cirrhose de Hanot, l'anémie pernicieuse; ils peuvent s'observer au cours des états les plus divers, chez les paludéens, les anémiques, les cancéreux, les syphilitiques, le nouveau-né; leur diagnostic ne peut être affirmé que grâce aux indications hématologiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les altérations caractéristiques sont au nombre de trois : a. *hypertrophie et congestion de la rate*, portant sur les cordons de Billroth et n'intéressant pas les sinus; b. *infiltration* de la rate, du foie et du rein par le *pigment ocre*; c. *reviviscence de la moelle osseuse*; à signaler l'*absence d'altérations du foie* et la constatation de l'*intégrité des voies biliaires*.

PATHOGÉNIE. — Ce qui est démontré d'une manière incontestable, c'est l'existence d'un ictère dû à la destruction plus ou moins abondante des hématies.

Ce qui est, par contre, beaucoup plus discutable et hypothétique, c'est la cause intime de cette fragilité globulaire, c'est le lieu où se passe la destruction globulaire : pour Hayem l'hémolyse serait INTRAHÉPATIQUE; pour Chauffard, elle serait surtout SPLÉNIQUE, le foie intervenant néanmoins pour former des pigments biliaires aux dépens de l'excès d'hémoglobine fourni par la rate; c'est à peu près à cette théorie que se rangent Vaquez et Aubertin qui admettent, en sus, une lésion sanguine de cause ignorée; pour Widal et ses élèves enfin, l'ictère hémolytique s'expliquerait uniquement par une THÉORIE HÉMATOGÈNE, les faits bien établis de biligénie hémolytique locale permettant de comprendre la possibilité de *biligénie hémolytique intravasculaire*.

La réalisation expérimentale de cet ictère, par certains toxiques, confirme cette manière d'interpréter les faits.

PRONOSTIC. — Le pronostic n'est pas très sévère dans les ictères hémolytiques congénitaux; il l'est au contraire beaucoup, dans l'ictère hémolytique acquis, où il est surtout *fonction* du degré d'*anémie*.

TRAITEMENT. — Il devra surtout combattre l'*anémie*; à signaler les bons résultats obtenus par la *médication ferrugineuse*, et l'échec de la médication arsenicale et de l'opothérapie médullaire; bons effets de la quinine, surtout s'il s'agit d'ictères chez un paludéen; il importe d'insister sur l'*abstention chirurgicale*.

BIBLIOGRAPHIE. — J. CHALIER. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, mai 1910, p. 789. — H. FAYOLLE. Revue générale, *Progrès méd.*, 19 mars 1910. — J. CASTAIGNE. *Journ. méd. franç.*, mars 1910. — M. BRULÉ. *Les Ictères hémolytiques acquis*, Th. de Paris, 1910. — J. CHALIER. *Les Ictères hémolytiques*, Th. de Lyon, 1910.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 8. — SAMEDI 21 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 21 JANVIER 1911. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 18 janvier. — Question donnée : « Ligaments extérieurs passifs de l'articulation du genou. Signes et évolution de l'hémorragie cérébrale, à début apoplectique. »

MM. Duter, 14 + 20 = 34; Grandjean, 12 + 17 = 29; Buc, 16 + 21 = 37; Mignot, 14 + 25 = 39; Achard (Pierre), 14 + 20 = 34; Fitte, 13 + 20 = 33; Faveret, 11 + 15 = 26; Schoop, 14 + 18 = 32; Levi-Franckel, 13 + 19 = 32; Netter (René), 13 + 21 = 34.

Il y aura séance dimanche, 22 janvier, à neuf heures.

Erratum. — Dans la séance du 14 janvier, au lieu de Nadal, 15 + 17 = 32; lire 15 + 22 = 37.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de deuxième classe Imbert (Joseph-Marius) a été désigné pour remplir provisoirement les fonctions de professeur adjoint d'anatomie chirurgicale à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, en remplacement de M. le médecin-major de deuxième classe Imbert (Antonin-Jean-Xavier).

MARINE. — Par décret en date du 13 janvier 1911, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — M. Gaussen, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Routier (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Malteste (de Ruffec) et Yver (de Flers).

M. Prouvost, médecin-major des troupes coloniales.

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE AU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration a voté l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, représentant 1 700 médecins syndiqués de Paris et de la banlieue, ému des conséquences graves que pourrait avoir l'établissement d'une jurisprudence limitant par une responsabilité civile trop étendue la liberté d'action du chirurgien;

Considérant que, le plus souvent, le chirurgien, dans les circonstances les plus critiques, doit prendre, sans arrière-pensée et sans crainte, des décisions rapides et parfois audacieuses;

Considérant que l'indécision et la timidité du chirurgien sont toujours funestes aux malades qui ont recours à ses soins;

Attire respectueusement l'attention de la Cour sur les résultats fâcheux que pourrait avoir l'extension de la responsabilité en paralysant l'action médicale et chirurgicale dans les cas où la vie humaine se trouve le plus menacée;

Et émet le vœu que cette responsabilité reste bornée, comme par le passé, à la faute lourde nettement établie. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la deuxième semaine, 1099 décès, au lieu de 966 pendant la semaine précédente et au lieu de 1046, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. On remarque pourtant l'accroissement des maladies de l'appareil respiratoire.

Les maladies épidémiques sont rares.

On signale 2 décès par méningite cérébro-spinale.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie, en Corse et aux Echelles du Levant, ou vice-versa.* — Carnets individuels ou collectifs, 1re, 2e et 3e classes, délivrés pour voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux métropolitains, départementaux (réseau de la Corse), algériens et tunisiens, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache), par la Société générale de transports maritimes à vapeur, par la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet et Cie) ou par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens, tunisiens ou corses.

Minimum de parcours sur les réseaux métropolitains : 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par

les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes ou de la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet) et par ceux de l'une quelconque des trois autres compagnies de navigation.

Validité : 90 jours; 120 jours, lorsque les carnets comprennent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demander les carnets 5 jours à l'avance à la gare de départ.

Pendant la saison d'hiver, Paris et Marseille sont reliés par des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies. Trajet rapide de Paris à Marseille en 10 h. 1/2 par le train « Côte d'Azur rapide » (1re classe). (Voir les indicateurs pour les périodes de mise en marche.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Déjerine, Guillain et L. Bernard; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 31 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. de Lapersonne, Lenormant et Chevassu; — (2e série) : MM. Quénu, Lecène et Terrien; — M. Rathery, suppléant.

5e (obstétrique, (1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 1er février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Legueu et Grégoire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

2e (1re série) : MM. Gariel, Macaigne et Jean Camus; — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Mulon; — (3e série) : MM. Gley, Branca et Zimmern; — M. Laignel-Lavastine, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delbet, Aug. Broca et Proust.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Pierre Marie, Sicard et L. Bernard; — M. Guillain, suppléant.

Jeudi 2 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Rouvière et Chevassu.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Desgrez, Brumpt et Roussy.

2e (1re série) : MM. Prenant, Gley et Maillard; — (2e série) : MM. Retterer, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Morestin et Terrien; — (2e série) : MM. Rémy, Demelin et Lecène; — (3e série) : MM. Thiéry, Brindeau et Lenormant.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Wurtz et Balthazard; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Channevant et Richaud; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 3 février, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Proust et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Pierre Duval; — M. Guillain, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux; — M. A. Léri, suppléant.

Samedi 4 février, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Widal et Roussy; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Achard et Castaigne.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Claude, suppléant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1911, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, revisé conformément au Codex de 1908, par M. Paul Robin. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur Macrez.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom des professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 8 déc. 1910.) Hildebrand : Contribution à la chirurgie du cerveau. — Blumenthal : Sur l'atoxyl et ses dérivés. — Michaëlis : Le traitement d'Ehrlich-Hata en médecine interne. — Oppenheim : Mes expériences avec le traitement par le 606 dans les affections nerveuses syphilogènes. — Rumpel : Nos résultats actuels avec le 606. — Stern : Mes expériences avec le 606. — Kromayer : Le traitement chronique de la syphilis par le 606; — Prescriptions pour l'emploi du médicament d'Erhlich-Hata. — Macht : La sabromine dans la chorée. — Ehrardt : Inversion d'un diverticule vésical comme complication d'une prostatectomie. — Blos : Résultats du traitement de l'asthme des foins par résection du nerf ethmoïdal antérieur. — (N° 50, 15 déc.) Gaffky : Discours sur Robert Koch. — Hirsch : Pathologie et traitement de la pneumonie. — Scholtz, Salzberger et Beck : Traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — V. Grosz : L'arsenobenzol dans la syphilis oculaire. — Saffert : Nouvelle méthode sérologique de diagnostic de la syphilis. — Hofbauer : Grossesse et tuberculose. — Blos et Kronstein : Traitement des fistules tuberculeuses par un dérivé du baume du Pérou. — Heermann : L'extension double dans les fractures. — Hammerschlag : Progrès dans la pratique gynécologique. — Lublinski : La langue géographique est-elle héréditaire. — (N° 51, 22 déc.) Baisch : Indications et technique de la version. — Klemperer : Sur la lipémie diabétique. — Jadassohn : Nos expériences avec le salvarsan. — Gerber : Nouvelles communications sur les spirochètes de la bouche et du pharynx; action exercée sur eux par le 606. — Schrumpf : La labilité psychogène de la pression sanguine et son importance en pratique. — Müller : Différences de cultures entre les bacilles paratyphiques et les bactéries de l'entérite. — Schidorsky : La théorie d'Emmerich sur le poison cholérique. — Kakowsky : Sur la méthode de numération des éléments organisés de l'urine. (*Voir la suite*, p. 117.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'AUTHENTICITÉ DES ÉPIDÉMIES RÉCENTES DE PARALYSIE INFANTILE (2)

Par les docteurs

ÉMILE GAUJOUX (de Montpellier). et EUGÈNE GAUJOUX (de Nimes).

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'examen nécropsique vient-il confirmer ou infirmer l'hypothèse des unicistes touchant la commune nature de la paralysie infantile tantôt sporadique, tantôt épidémique ?

A une telle question le mémoire très méthodique d'Herbitz et Scheel (3) permet déjà de répondre ; ces auteurs firent en effet, dès 1907, l'examen histologique très complet du neuraxe dans 17 cas de poliomyélite aiguë. Et voici l'excellent résumé qu'en donne Lhermitte : « La substance grise spinale apparaît très hyperémiée et les vaisseaux qui la parcourent sont infiltrés d'éléments cellulaires abondants : lymphocytes, plasmazellen, polyblastes, leucocytes à noyau polymorphe. Les cellules nerveuses dans les régions où siège l'inflammation sont très altérées et présentent tous les stades du processus nécrobiotique avec neuronophagie. Mais dans aucun cas l'inflammation ne se bornait à la substance grise; dans les cordons, surtout dans les faisceaux antéro-latéraux, les vaisseaux dilatés étaient entourés d'éléments cellulaires analogues à ceux qui infiltraient la substance grise. La moelle allongée, la protubérance, la partie basale du cerveau étaient le siège d'un processus identique dans les formes à évolution rapide et dans certains cas l'inflammation se propageait même au cervelet. Les méninges participaient toujours au processus inflammatoire et paraissaient très altérées surtout au niveau des régions où l'inflammation de l'axe cérébrospinal était accentuée. »

Ces conclusions étant de 1907, les études anatomopathologiques faites depuis lors apportent quelques données nouvelles, mais insistent surtout sur la coexistence possible de ce processus histologique de généralisation inflammatoire avec d'autres lésions plus limitées. C'est ainsi que Strauss (4) montre qu'il atteint le plus souvent à la fois la substance grise, la substance blanche et la pie-mère ; qu'il est constitué par de l'œdème et par la congestion périvasculaire. Mais, à côté de ces lésions généralisées d'inflammation diffuse, le même auteur signale avoir dans certains points observé des foyers dans lesquels on constatait un processus très limité de dégénérescence cellulaire portant surtout sur les cellules des cornes antérieures de la moelle.

Comment ne pas reconnaître que les deux genres de lésions anatomiques expliquent et viennent éclaircir le fouillis de symptômes cliniques que nous avons analysés et groupés en deux séries : d'une part les signes de réaction générale du système nerveux avec participation méningée, de l'autre des symptômes de paralysie plus étendue et durable mais indiquant toujours des lésions de dégénérescence plus ou moins profonde des cellules des cornes antérieures ou de leurs homologues supérieurs.

C'est d'ailleurs vraiment ici le cas de rappeler encore aux partisans de la non réalité anatomo-clinique d'une paralysie infantile épidémique, que de l'avis même des dualistes on ne doit plus admettre dans son absolutisme trop rigoureux la conception anatomo-pathologique pure de la paralysie infantile type sporadique strictement limitée aux cellules des cornes antérieures de la moelle. Il y a déjà longtemps que Damaschino étudiant histologiquement des cas de paralysie infantile avait nettement reconnu qu'il s'agissait d'une lésion d'ordre inflammatoire avec prédominance et antériorité des lésions vasculaires, lésion qui peut diffuser en dehors de la corne antérieure et atteindre les cordons blancs, voire même les enveloppes molles de la moelle (Moussous).

Cela est vrai au point que dans certains cas nettement sporadiques de paralysie infantile au processus de poliomyélite antérieure s'associe parfois un processus de polioencéphalite inférieure ou supérieure ; ces faits ont même été réunis par certains auteurs sous le nom de polioencéphalomyélite. Acuna en rapportait il y a deux ans dans les *Archives de médecine des enfants* une observation intéressante.

C'est d'ailleurs là un point sur lequel nous reviendrons ici même.

***

Quoi qu'il en soit, et nous plaçant encore à un autre point de vue, les résultats de la PONCTION LOMBAIRE et L'EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN dans les paralysies infantiles viennent établir une chaîne considérable et ininterrompue d'intermédiaires réunissant les observations de paralysies sporadiques et épidémiques ; mais non sans montrer, dans ce dernier cas, l'extension plus fréquente du processus inflammatoire aux méninges.

Dans un grand nombre de cas la ponction lombaire (1) montre en effet qu'il y a alors hypertension nette du liquide céphalo-rachidien, lequel reste tantôt clair, d'autres fois aussi légèrement louche, mais en tout cas renferme des flocons fibrineux et une lymphocytose plus ou moins intense. Ce résul-

(1) Reproduction interdite.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 5, p. 61.
(3) HERBITZ et SCHEEL. Akute poliomyelitis und verwanste Krankheiten, pathologisch-anatomische Untersuchungen aus den Epidemien in Norwegen 1903-1906, *Deut. med. Wochen.*, 28 nov. 1907.
(4) STRAUSS. Pathologie de la poliomyélite antérieure aiguë, in *Med. Record*, 1910 ; — Cf. aussi l'article de SAKE, in *Med. Record*, 1910, p. 980.

(1) M. WOLLSTEIN. A biological study of the cerebro-spinal fluid in anterior poliomyelitis, *Journ. of the experim. med.*, 1908. — Les articles publiés depuis confirment l'hypertension et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

tat diffère sans doute complètement sauf quelques observations suspectes, signalons-le en passant, de celui que l'on obtient dans le cas de méningite bien caractérisée; mais il indique pourtant nettement une inflammation subaiguë des méninges.

Dans une récente étude du plus haut intérêt (1), M. le professeur Moussous souligne à juste titre les observations rapportées depuis Wolstein, par Netter, Nobécourt et Voisin, Guinon et Simon en France, et à l'étranger par Spieler, Krause, Flexner, Muller et La Fatra. Spieler sur 44 cas observés indique que le liquide présentait de la lymphocytose avec examen bactériologique négatif (2).

Krause n'a aussi noté qu'une hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien qui contenait de l'albumine, parfois même de la fibrine et des mononucléaires (lymphocytes).

Flexner (3) affirme que le liquide est toujours stérile sans caractère inflammatoire.

Muller (4) a trouvé le liquide clair sous pression mais toujours stérile.

La Fatra sur 14 ponctions a retiré un liquide démontré toujours stérile mais venu cinq fois sous forte pression et quatre fois sous pression modérée, cinq fois sous pression légère.

C'est dire que si le liquide céphalo-rachidien dans les paralysies infantiles épidémiques démontre assez souvent une esquisse plus ou moins nette de réaction méningée (habituellement mais non toujours absente dans les poliomyélites antérieures aiguës sporadiques); il paraît être toujours stérile au point de vue des germes classés aujourd'hui et ne doit donc en aucune façon autoriser l'assimilation des épidémies de paralysie infantile à celles dues au méningocoque.

*
* *

Mais ce n'est pas tout; il est encore une autre source de renseignements à laquelle nous pouvons puiser pour fixer le substratum anatomique de paralysies infantiles épidémiques comme les relations nosologiques. Nous voulons parler de l'expérimentation. Ici nous serons brefs, car l'on trouve dans les articles de Job et Froment et aussi de Levaditi toute la mise au point de ce côté de la question. Rappelons simplement les faits qui nous paraissent les plus importants à notre point de vue :

C'est en décembre 1908 que Landsteiner et Popper (5) montrèrent la possibilité de transmettre au singe une maladie ressemblant à la paralysie infantile en lui inoculant de la moelle d'un enfant ayant lui-même succombé à la paralysie infantile. Depuis lors les communications se succèdent apportant sans cesse de nouvelles données, surtout depuis que la transmission de la maladie en série chez le singe (1) a pu être réalisée, remplaçant l'inoculation directe de l'homme au singe. Leiner et Wiesner ont bien montré que le virus se répand dans le système nerveux avant l'apparition du moindre symptôme paralytique, puisque l'inoculation de la moelle d'un singe sacrifié avant l'apparition de paralysie donne la maladie à un autre singe. D'autre part, après avoir précisé la durée d'incubation et le caractère anatomo-clinique de la maladie expérimentale ainsi créée par inoculation, Meinicke (2) d'abord, Levaditi et Landsteiner (3) ensuite, montrèrent l'évolution de cette paralysie expérimentale du singe.

En général elle est d'abord unilatérale et c'est l'extrémité du membre qui est la première atteinte; mais quelques heures plus tard tout le train postérieur est atteint. La paralysie peut alors ne pas progresser ou prendre le type ascendant ; dans d'autres expériences au contraire, les mêmes auteurs ont noté presque d'emblée des manifestations bulbaires.

Au point de vue anatomique, les altérations constatées sont ici encore de deux ordres : lésions peu étendues limitées aux cornes antérieures médullaires ou lésions diffuses généralisées par une inflammation vasculaire et périvasculaire. Il en résulte un piqueté spécial de la substance blanche et grise, une vascularisation plus forte des méninges, un œdème plus ou moins intense, une hyperproduction de liquide céphalo-rachidien. Quant aux lésions localisées, Levaditi et Landsteiner les ont surtout vues porter sur les cellules nerveuses médullaires et tout particulièrement sur celles des cornes antérieures. Ces cellules présentent des signes de dégénérescence : « Tout se passe comme si les neurones étaient primitivement atteints par le virus ou sa toxine » (Levaditi).

IV

Etiologie. Conclusions. — Quelle est donc la nature de cette maladie épidémique bien spéciale dont, après avoir étudié l'allure générale, nous venons d'essayer d'analyser les symptômes cliniques et les lésions anatomiques pour les trouver en fin de compte très rapprochables de l'ensemble anatomo-clinique connu sous le nom de paralysie infantile ?

La plupart des auteurs étrangers, persuadés après Medin de l'identité des deux affections, les désignent par le même vocable et prononcent toujours le terme de paralysie infantile, de poliomyélite antérieure aiguë, tantôt sporadique, tantôt épidémique. Mais, ne l'oublions pas, raisonner de la sorte c'est admettre ou demander plus que l'épanouissement et la démonstration absolue de la suggestive hypothèse du professeur Marie (la paralysie infantile poliomyélite aiguë d'origine infectieuse); c'est appe-

(1) Moussous. *Assoc. franç. de péd.*, 1910.
(2) Spieler. *Soc. méd. int.*, Berlin, 18 nov. 1909.
(3) Flexner. In Moussous. Loc. cit.
(4) Muller. *Münch. med.*
(5) Landsteiner et Popper. Ubertragung der Poliomyelitis acuta auf Affen, *Zeit. z. Immun.*, mai 1909. — Cf. aussi Krause et Meinicke. *Deut. med. Wochen.*, 4 oct. 1909. — Knœpfelmacher. *Med. Klin.*, 31 oct. 1909.

(1) Levaditi et Landsteiner. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 19 fév. 1910. — Leiner et Wiesner. Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis acuta anterior, *Wiener klin. Wochen.*, 1910, n° 3. — Römer. Weitere Mitteilung über experimentelle Affen Poliomyelitis, *Münch. med. Wochen.*, 1910, n° 5. — Flexner et Lewis. Recherches de l'Institut Rockfeller publiées dans le *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1909 et 1910.
(2) Meinicke. *Deut. med. Wochen.*, 1909, n° 15, p. 693.
(3) Levaditi et Landsteiner. *C. r. de la Soc. de biol.*, Paris, 19 fév. 1910. — Levaditi. *Presse méd.*, 23 mai 1910.

ler la consécration par des documents nouveaux de la conception géniale de Strumpell qui dès 1884 écrivait : « On peut se demander si toute différence basée sur des raisons purement anatomiques entre la névrite, la poliomyélite, et l'encéphalite aiguë n'est pas arbitraire. Pour nous cette opinion nous semble digne d'attention et nous inclinons à envisager les affections susnommées sous un même point de vue étiologique et à les regarder comme n'étant que des manifestations différemment localisées d'une maladie spécifique ou provenant du moins de germes assez rapprochés. »

Ainsi formulée, il y a plus de vingt-cinq ans, l'hypothèse de Strumpell reste aujourd'hui encore à l'ordre du jour et d'un haut intérêt au point de vue de la neuropathologie générale; mais il serait sans doute prématuré de la juger démontrée, en ce qui concerne la paralysie infantile (par neurocellulite des cornes antérieures de la moelle ou lésions généralisées diffuses) à allure clinique tantôt épidémique, tantôt sporadique.

Voilà pourquoi, partisans convaincus de l'unité anatomo-clinique que constituait jadis la paralysie infantile, avec altération des cornes antérieures de la moelle, certains cliniciens et non des moindres (1) refusent de laisser ainsi attaquer le vieux dogme de l'école française et rêvent de conserver à la poliomyélite antérieure aiguë classique la place privilégiée qu'elle avait occupée jusqu'ici dans la nosographie ; ils refusent de lui rattacher la soi-disant poliomyélite antérieure aiguë épidémique dans laquelle, disent-ils, on ne retrouve que rarement l'évolution clinique en quatre périodes distinctes ; dans laquelle les symptômes sont multiples au point que plusieurs voudraient faire de la maladie non plus une entité morbide, mais un mélange de méningites, de myélites, d'encéphalites, de névrites groupées artificiellement ; dans laquelle enfin l'examen anatomo-pathologique montre aussi une multiplicité de lésions portant sur les différentes parties du système nerveux et de ses enveloppes.

Tels sont les deux points de vue.

Sans vouloir discuter ici dans le fond le problème ainsi posé, *après avoir démontré comme nous avons essayé de le faire l'incontestable unité anatomo-clinique des épidémies récentes de paralysie infantile, qu'il nous soit permis de présenter simplement les divers arguments invoqués pour ou contre la théorie uniciste.* Ce sera, nous semble-t-il, le meilleur moyen d'établir ou d'infirmer l'authenticité de ces mêmes épidémies, puisque nous chercherons à en préciser la vraie nature.

a. Si l'on a admis que la paralysie infantile sporadique est une maladie infectieuse, en vertu de quel principe déclarerait-on que cette infection ne peut se présenter dans certaines conditions avec un caractère contagieux, épidémique? De quel droit lui refuserait-on de pouvoir déterminer des lésions multiples ou provoquer une symptomatologie non toujours identique à elle-même? N'est-ce pas au contraire le propre de toutes les maladies infectieuses que de se présenter tantôt isolément en cas sporadiques, tantôt sous la forme épidémique? Ne voyons-nous pas journellement la pneumococcie, la grippe, la fièvre typhoïde par exemple, créer tantôt des cas sporadiques, tantôt de vraies épidémies avec quelquefois même des lésions très diverses qui déterminent de ce fait une symptomatologie et une évolution impossibles à fixer de manière absolue.

b. En dehors de toute opinion étiologique sur la vraie nature de la paralysie infantile sporadique plaçons-nous maintenant sur le terrain *anatomique* et *clinique*. Alors même que, par la localisation précise des lésions dans la corne antérieure de la moelle, il serait démontré que peut se soutenir la conception anatomo-pathologique stricte de la paralysie infantile, comment admettre que la substance grise antérieure médullaire et la moelle elle-même peuvent constituer une sorte de compartiment étanche, dont il serait possible de rencontrer des altérations isolées de celles de ses enveloppes, de ses racines et surtout du bulbe, de la protubérance et de l'encéphale qui sont en continuité avec elle?

Nous avons déjà souligné d'ailleurs que dans certains cas indubitables de paralysie infantile sporadique le processus inflammatoire ne reste pas toujours localisé à la moelle, mais « atteint parfois le bulbe et l'encéphale y produisant des altérations analogues aux altérations médullaires et des paralysies dont le caractère est en rapport avec la fonction des éléments nerveux touchés » (1). Pierre Marie (2) n'a-t-il pas lui-même admis il y a longtemps la réalité de ces lésions encéphaliques ou bulbaires au cours de la paralysie infantile : « Ce sont les mêmes lésions, ajoute-t-il, c'est le même processus, la localisation seule diffère. »

Quoi d'étonnant dès lors à ce que dans une forme particulièrement aiguë de la maladie, les lésions soient diffuses, généralisées!

Au point de vue purement *clinique*, d'autre part, nous avons montré (et il est inutile d'y insister), que l'on trouve dans les protocoles d'épidémies toutes les formes de transition entre la paralysie infantile simple schématique, et la même affection compliquée de troubles généraux et généralisés. Nous ne saurions mieux faire que de rappeler avec Lhermitte (3) qu'il est incontestable qu'un assez « grand nombre d'observations répondent exactement au tableau clinique de la poliomyélite aiguë de l'enfant ou de l'adulte. Le début fébrile accompagné de troubles gastro-intestinaux, la rétrocession et la limitation de la paralysie généralisée suivie d'amyotrophie irréductible indiquent assurément la participation de la substance antérieure de la moelle épinière. Si l'on ajoute à ces caractères les signes négatifs le plus souvent tirés de l'examen de la sensibilité cutanée, de l'intégrité des nerfs

(1) LHERMITTE. *Presse méd.*, 24 nov. 1909, art. cité. — CLAUDE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 3 déc. 1909. — CRUCHET. *Journ. méd. franç.*, 15 fév. 1909.

(1) MORANT. *Formes bulbo-encéphaliques de la paralysie spinale infantile* Th. de Paris, 1908. On y trouvera à la fois une excellente bibliographie et des cas cliniques typiques.

(2) P. MARIE. Art. PARALYSIE INFANTILE, in *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, t. IX, p. 621.

(3) LHERMITTE. Loc. cit., p. 556, 2e col.

craniens, de l'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien, le diagnostic de poliomyélite antérieure peut être assuré. »

La contagiosité elle même ne saurait bien entendu constituer un sérieux élément de différenciation entre les pseudo-variétés sporadiques ou épidémiques de la même affection. Netter (1) en effet rappelle avec juste raison qu'entre les cas où la poliomyélite sévit à l'état épidémique et ceux où elle procède par maladies isolées, il existe toute une série d'intermédiaires où la maladie frappe simultanément un petit nombre de sujets dans le même village ou dans la même famille. Nous ne pouvons citer ici les différents exemples qu'il invoque; mais le cas de W. Pasteur (2) rapporté si souvent dans les revues américaines a une valeur particulière : il décrit 7 cas de poliomyélite successive dans une même famille ; 3 des enfants présentèrent des paralysies persistantes, l'une de type spinal classique, l'autre de type très analogue, la troisième de type hémiplégie spastique; 2 autres enfants présentèrent des phénomènes paralytiques transitoires; enfin 2 autres eurent seulement de la fièvre et des phénomènes généraux de courte durée; c'est dire que, même en cas de paralysie infantile existant dans la même famille, on peut voir se réaliser avec le même virus toutes les variétés lésionnelles et la multiple symptomatologie que nous avons vu être comme la caractéristique de la maladie elle-même.

Nous conviendrons toutefois qu'il est étrange à première vue de parler de poliomyélite antérieure aiguë lorsque les lésions ne sont rien moins que toujours localisées aux cornes antérieures de la moelle ; et qu'il est même inexact d'accuser la paralysie infantile, lorsqu'aucune paralysie ne peut survenir au cours de l'évolution morbide. Il y a lieu sans doute de regretter une terminologie à la fois insuffisante et inexacte; mais ce n'est là qu'une question de mots et le tout est, croyons-nous... de s'entendre.

D'ailleurs mêmes ennuis pour les synonymes proposés.

Le nom de maladie de Heine-Medin, donné par Wickmann, en modifiant les indications nosographiques consacre une erreur. Heine avait étudié en 1840 la poliomyélite antérieure aiguë d'évolution typique, tandis que Medin est le premier à avoir analysé la multiplicité des symptômes et des lésions de la première épidémie de Norvège.

Cruchet propose avec d'autres auteurs le terme méningo-cérébro-myélite diffuse épidémique ; mais il faudrait alors exclure du cadre ainsi créé les cas de myélites antérieures localisées qui, comme nous l'avons déjà souligné, sont loin d'être rares même en temps d'épidémie.

En réalité pourquoi ne pas se servir du terme général et un peu vague encore aujourd'hui en usage jusqu'au moment peut-être prochain où l'étiologie de la maladie sera définitivement établie.

Il faut d'ailleurs reconnaître que ces difficultés de classification existaient avant même toutes relations d'épidémies de paralysie infantile et qu'elles subsisteraient même quand on aurait réduit la paralysie infantile vraie aux cas sporadiques dans lesquels on trouve souvent, nous l'avons montré, plus que des troubles moteurs, plus que la poliomyélite antérieure aiguë classique.

Nous en arrivons ainsi à examiner la dernière critique opposée par les dualistes à l'authenticité de la poliomyélite aiguë épidémique ; au rapprochement et même à l'identité étiologique de celle-ci avec la paralysie infantile sporadique. Il est absolument inutile (1), déclarent-ils, de faire appel à l'agent pathogène de la poliomyélite antérieure aiguë pour expliquer les lésions multiples, constatées durant les épidémies en question, puisque toute une série d'agents différents peuvent expérimentalement produire le même résultat.

L'argument exact comme principe ne subsiste pas dans la pratique. Il est sans doute bien établi aujourd'hui que de nombreux microbes, que plusieurs variétés de toxines introduits expérimentalement dans l'organisme d'animaux peuvent occasionner des lésions de poliomyélite diffuse : mais de là à conclure comme Claude il y a loin. Des causes différentes pouvant déterminer les mêmes lésions poliomyélitiques, il en résulte sans doute qu'un tel syndrome clinique ne répond pas absolument à une unité étiologique; de même qu'il existe des méningites cérébro-spinales de causes diverses, de même il peut exister et personne ne le conteste des poliomyélites de causes diverses. Ce que croient les unicistes, c'est que parmi celles-ci il en est une de spécifique et qu'au lieu de toujours se présenter avec des allures épidémiques cette poliomyélite au même titre que la méningite cérébro-spinale à méningocoque habituellement épidémique peut, elle aussi, se rencontrer en cas sporadiques.

Quoi qu'il en soit, d'une part, lorsqu'une épidémie à syndrome poliomyélitique se développe, ne semble-t-il pas plus logique de faire appel à un virus unique plutôt qu'à une série de toxi-infections sans rapports entre elles ?

D'autre part, comment concilier avec les recherches expérimentales récentes l'hypothèse des provocateurs multiples de paralysie infantile épidémique comme sporadique ?

Sans insister sur ce dernier point toujours à l'étude rappelons les faits acquis. Après avoir jugé les lésions du virus infectieux de la paralysie infantile épidémique, de nombreux expérimentateurs ont cherché à caractériser ce virus lui-même ; les résultats obtenus à ce point de vue en France par Levaditi et Landsteiner à l'Institut Pasteur, aux Etats-Unis par Flexner, par Roemer, Keinir et Weissner constituent un trop important faisceau pour prêter à discussion.

1° Ces auteurs ont montré que le virus infectieux de la poliomyélite aiguë appartenait à la catégorie des virus filtrants, se rapprochant ainsi de la

(1) NETTER. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 19 déc. 1909.
(2) W. PASTEUR. *Trans. of the clin. Soc.*, 1897.

(1) CLAUDE. Art. cité in BULLET. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris 3 déc. 1909.

rage et que, d'autre part, existant dans la salive et dans les fosses nasales il pouvait s'introduire dans l'organisme par la voie nasopharyngienne.

2° Ils ont établi qu'une attaque de poliomyélite aiguë immunise à une seconde infection (1) et qu'un singe qui a survécu à une première attaque légère de la maladie peut recevoir des inoculations très fortes de virus actif sans montrer de nouveaux signes d'infection.

3° A côté de cette immunisation active, Flexner et Lewis ont constaté (2) que le sérum des singes guéris possédait des propriétés neutralisantes pouvant assurer une immunisation passive chez d'autres animaux de la même espèce, puisque, si on mélange à du sérum des singes immunisés du virus actif de poliomyélite durant un temps donné, et qu'ensuite on injecte ce mélange, la poliomyélite n'apparaîtra pas tandis qu'elle se développera chez les animaux qui ont reçu du même virus non traité par le sérum immunisé.

*
* *

Nous conclurons donc que :

Dans l'état actuel de la documentation anatomo-clinique, comme le dit si excellemment le professeur Moussous;

« Sans affirmer que tous les faits rapportés par les historiens des dernières épidémies de paralysie infantile forment un groupe absolument homogène, ce que personne aujourd'hui ne prétend ;

Tout en reconnaissant que certaines observations ont été à tort mal classées et trop hâtivement déclarées comme ressortissant d'une épidémie alors réelle de paralysie infantile ;

Sans croire que, même s'il est péremptoirement démontré que les paralysies infantiles (sporadique et épidémique) méritent d'être rapprochées et dépendent du même agent pathogène, cet agent aurait le monopole exclusif de solliciter et de grouper suivant des modes variés des lésions qui peuvent porter sur les nerfs periphériques ou leurs racines, sur les centres nerveux et leurs enveloppes ; lésions qui s'extériorisent par leurs différentes manifestations cliniques et évoluent au cours d'un état infectieux plus ou moins grave... ».

Nous pensons toutefois :

1° Que les différences de symptomatologie et de lésions anatomiques que signalent les dualistes sont jusqu'ici insuffisantes à faire nier la réalité et l'authenticité d'épidémies de paralysie infantile aiguë.

2° Que par conséquent reste entier l'argument épidémique invoqué depuis le professeur Marie à l'appui de la doctrine de l'origine infectieuse de la paralysie infantile sporadique.

3° Que les résultats obtenus dans ces derniers mois par des recherches expérimentales établissent le lien étroit qui unit la poliomyélite antérieure aiguë sporadique et la poliomyélite aiguë épidémique, toutes deux semblant dues à un même agent pathogène qui serait suivant les cas plus ou moins diffusible et plus ou moins virulent.

4° Ces recherches de laboratoire ne ressortissent pas seulement de la curiosité scientifique. Elles sont aussi et surtout d'ordre pratique : dès maintenant elles exigent non seulement une prophylaxie méthodique basée sur l'isolement, sur l'antisepsie des voies d'entrée et d'élimination du virus, mais encore dans tous les cas une thérapeutique véritablement anti-infectieuse jusqu'au jour peut-être prochain où elles permettront un traitement réellement curatif parce que vraiment étiologique s'opposant directement au développement intra-organique du virus infectieux.

*
* *

Il est à souhaiter en tout cas que dès maintenant tous les médecins d'enfants étudient, mieux encore qu'ils ne l'auraient peut-être fait il y a quelques mois, toutes les particularités cliniques des observations de paralysie infantile qui se présenteraient à eux, même avec le caractère le plus nettement sporadique.

De tels documents contribueront sans doute à édifier une nouvelle preuve de cet aphorisme aujourd'hui classique, qu'il n'est pas en clinique nerveuse de cloison étanche, de barrière infranchissable. Tout en laissant entière la doctrine capitale de ses localisations fonctionnelles, la pathologie médullaire mérite d'être sinon confondue du moins unifiée avec la pathologie cérébrobulbaire.

(1) Netter et Levaditi ont établi ce point en pathologie humaine, cf. *C. r. de la Soc. de biol.*, 2 mai 1910, après l'avoir établi chez l'animal, *C. r. de la Soc. de biol.*, 10 janv. 1910 et fév. 1910.

(2) Flexner et Lewis. *Amer. Journ. of med. Assoc.*, mai 1910. — Römer, in *Münch. med. Wochen.*, 1910.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1)

M. Hirtz fait la prescription suivante pour un cas d'hémorragie intestinale au cours d'une fièvre typhoïde :

1° Cesser d'une façon absolue les bains et laisser le malade au repos le plus complet.

2° Ne donner comme alimentation que du bouillon glacé, du lait ou des tisanes glacées à petites doses.

3° Toutes les deux heures (7 fois dans la journée) faire prendre une cuillerée de la potion suivante :

Ergotine	8 grammes
Chlorure de calcium	6 —
Eau distillée	150 —

4° Dans l'heure intercalaire faire prendre une cuillerée à soupe de :

Extrait thébaïque	0g10
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 grammes
Eau	140 —

Lorsque le sang aura disparu des garde-robes, on diminuera progressivement les doses d'opium et d'ergotine, on continuera la glace et on se gardera d'alimenter le malade autrement qu'avec des bouillons ou du lait glacé écrémé et étendu d'eau.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*

5° Maintenir en permanence sur le ventre une vessie de caoutchouc remplie de glace qu'on changera avant que toute la glace ne soit fondue. Un double jeu de sacs de caoutchouc permettra de substituer rapidement au sac appliqué sur le ventre le second sac rempli de glace, ce qui est de la plus haute importance.

Au sujet des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, M. Hirtz fait remarquer qu'en face d'une hémorragie intestinale de cause inconnue, il faut avoir soin de rechercher si le malade a de la fièvre, s'il présente des taches rosées lenticulaires, une augmentation de la matité splénique, etc., car le typhus ambulatorius peut se révéler comme premier signe par un accident de ce genre.

TRAITEMENT INTERNE DU LUPUS

On a conseillé en dehors du traitement local du lupus un traitement interne formulé de la façon suivante :

1° Prendre matin et soir un des cachets :

Sulfate de quinine	0g40
Bicarbonate de soude	0g60

Pour 1 paquet, n° 60.

2° Après un mois de ce traitement, lui substituer la solution arsenicale suivante :

Arséniate de soude	0g10
Eau de laurier-cerise	25 grammes
Eau	225 —

Chaque cuillerée à café contenant 2 milligrammes d'arséniate de soude, on commence par 4 milligrammes (soit 2 cuillerées à café) et on va graduellement jusqu'à 16 milligrammes (soit 8 cuillerées à café) [*Le médecin praticien*].

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 18 JANVIER 1911)

M. Routier, au moment de quitter le fauteuil de la présidence, remercie ses collègues, souhaite la bienvenue aux nouveaux élus et se félicite de n'avoir à rappeler la mort d'aucun membre titulaire. Il adresse quelques paroles de souvenir ému à l'égard de M. Hennequin, membre honoraire.

M. Hartmann, dans un rapport très bien écrit, rappelle les travaux et les discussions qui ont eu lieu cette année :

Le traitement du cancer par le radium, les accidents d'ictère grave post-chloroformiques, l'hémophilie, le procédé d'hémostase de Momburg, les greffes chirurgicales, la chirurgie cérébrale, le traitement des plaies du crâne par armes à feu, l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du crâne, les cancers du voile du palais, les polypes naso-pharyngiens, le traitement de la contracture permanente des mâchoires, la thyroïdectomie partielle dans les cas de goitre exophtalmique, la chirurgie du thorax, les affections du thymus, la suture de la veine porte, les plaies de la rate, l'ulcère du duodénum, l'appendicite post-traumatique, la séparation des urines, les tumeurs malignes du testicule, les grossesses anormales, etc.

En terminant cette longue énumération des questions qui ont été traitées à la Société de chirurgie, en 1910, M. Hartmann fait observer que l'activité de cette Société se maintient plus forte et plus vivace que jamais.

M. Rochard prononce l'éloge de Félizet. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 7, p. 93.)

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1911)

Syndrome cérébelleux unilatéral (note complémentaire sur le malade présenté, le 14 décembre dernier, par MM. Babinski et Jumentié). — M. Laignel-Lavastine. Avant son entrée dans le service de M. Babinski, le malade venait de Sainte-Anne où on avait constaté une hémiplégie spasmodique droite avec clonus du pied, signe de Babinski bilatéral, pupilles inégales, écriture tremblée, dysarthrie légère, émotivité excessive, conscience conservée. Le traitement par des injections d'huile grise et l'iodure amena une telle amélioration que le malade avait quitté l'asile en août, après un séjour de cinq mois.

Nævus linéaire non radiculaire. — M. Laignel-Lavastine montre les photographies en couleur d'un nævus, formé de petits angiomes agminés ou confluents, qui commence au niveau de l'acromion droit, et, sous forme d'une bande régulière de 4 millimètres de diamètre, traverse obliquement la partie externe du bras, pour disparaître sur sa face postérieure à 16 centimètres au-dessus de l'olécrâne. La topographie se rapproche de celle des lignes de Voigt.

Spasme des oculo-moteurs et crises comitiales. — M. Achard. Une fille atteinte de crises comitiales présente, en dehors d'elles, un spasme lévogyre des yeux avec léger retrait de la commissure labiale et secousses légères du buccinateur. Le liquide céphalo-rachidien contient de l'albumine, mais pas d'éléments figurés; la réaction de Wassermann est négative.

Pseudo-tumeur cérébrale. — M. Claude montre une femme de quarante-deux ans, aujourd'hui bien portante, et qui, en avril 1910, après quelques malaises et vomissements, perdit connaissance. Il resta de la céphalée, vomissements, tendance à la diplopie, déviation de la face, impossibilité de se tenir debout. Cet état dura près de deux mois, avec diminution de l'acuité visuelle par stase papillaire, paralysie des sixième et septième paires droites, marche ébrieuse, signe de Romberg, tendance à tomber à gauche. Par la ponction lombaire, on constata l'hypertension du liquide, mais pas de lymphocytes. Aujourd'hui, il ne reste plus que la diminution des réflexes achilléens. — M. Babinski estime qu'il ne faut pas trop se hâter d'intervenir; la ponction lombaire peut amener une sédation remarquable. — M. Souques a observé un fait analogue, mais avec amélioration moins complète. — M. Sicard a assisté à l'apparition de signes de tumeur à deux reprises différentes, au cours d'une grossesse; une intervention chirurgicale amena la mort; l'autopsie montra l'absence de tumeur. — M. Long a observé à Genève, chez M. Bard, un fait analogue avec, à l'autopsie, méningite diffuse légère, sans tumeur, et un fait d'hydrocéphalie due à un kyste flétri du quatrième ventricule. — M. Alquier a vu, dans le service de M. le professeur Raymond, un homme de vingt-six ans qui présenta, pendant trois mois, une céphalée occipitale augmentant par les efforts des vomissements, un peu d'exophtalmie et d'amblyopie avec anosmie, paralysie du facial inférieur droit, démarche ébrieuse, sans asynergie, réflexes tendineux augmentés. A l'autopsie, pas de tumeur, énorme hydrocéphalie ventriculaire, lésions des méninges au niveau du quatrième ventricule consistant en épaississement, aspect opalin, sans granulations.

Sur le traitement de la névralgie faciale. — M. Baudouin signale l'heureuse influence de la grossesse, et attire l'attention sur le danger qu'il y aurait à pousser une injection d'alcool lorsque l'anesthésie produite par l'injection préalable de 2 centigrammes de cocaïne dans l'une des branches s'étend à la totalité du territoire du trijumeau; il a vu, dans ces conditions, un début de kératite neuro-paralytique.

Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. — MM. Strœhlin et Gelma ont vu chez un homme de cinquante-neuf ans, après un violent traumatisme, survenir la spasmodicité des quatre membres avec atrophie, réaction de dégénérescence, contractions fibrillaires; trois ans après, paralysie labio-glosso-laryngée. — M. Sicard qui a eu le malade dans son service avait pensé à une hématomyélie ou à un mal de Pott sans signes rachidiens.

Monoplégie crurale. — MM. Déjerine et Goducheau. Ce fait a la valeur d'une expérience de physiologie; après des crises jacksoniennes débutant par l'orteil, apparut une monoplégie segmentaire de la jambe et du pied avec quelques troubles sensitifs. C'est ce qu'avait obtenu Sherrington chez les singes anthropoïdes par l'ablation de la partie inférieure de la frontale ascendante.

Une forme de paraplégie spasmodique. — M. Babinski oppose à la forme d'Erb le complexus symptomatique suivant, réalisé chez deux malades : paralysie particulièrement intense, abolition des réflexes tendineux que n'explique pas la rigidité, mouvements involontaires considérables, intensité des réflexes cutanés, qui paraît nécessaire pour conditionner cette spasmodicité. Il semble qu'une lésion cantonnée au faisceau pyramidal soit insuffisante pour produire ce syndrome.

Amyotrophie. — M. Thomas présente une fillette de six ans atteinte d'une atrophie musculaire cliniquement analogue à une myopathie, mais sans caractère familial et avec réaction de dégénérescence, et rapproche ce fait des types Charcot-Marie et Werdnig-Hoffmann.

Myatonie congénitale. — M. Chatelain. Fillette de quatre ans avec flaccidité musculaire ayant augmenté après une paralysie diphtérique et prédominant aux membres inférieurs et aux muscles des gouttières vertébrales; les membres supérieurs et la face sont presque indemnes. Il existe un certain degré de rétractions musculo-tendineuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1911)

Salage des échantillons d'eau destinés à l'analyse bactériologique. — M. Remlinger. On sait que dans une eau enlevée à son milieu naturel, les micro-organismes pullulent bientôt de façon intense. On essaie de s'opposer à cette multiplication dans les eaux destinées à l'analyse bactériologique en maintenant les échantillons dans de la glace depuis le prélèvement jusqu'à la mise en train de l'expertise. C'est un procédé incommode, coûteux et imparfait. L'addition d'une quantité convenable de sel marin à un échantillon d'eau est capable de maintenir sensiblement fixe pendant plusieurs jours le nombre des germes renfermés dans cette eau; après quoi, la multiplication commence à s'effectuer. Les micro-organismes subissent un simple retard dans leur pullulation, retard applicable à la pratique des analyses bactériologiques. La quantité de sel à ajouter à un échantillon en vue de son transport paraît devoir varier avec la température extérieure et la richesse supposée de l'eau en micro-organismes.

Enclavement post mortem de l'amygdale cérébelleuse dans le canal rachidien. — M. Laignel-Lavastine présente un cervelet dont on voit un prolongement de l'amygdale gauche s'enfoncer jusqu'au septième segment cervical dans les espaces sous-arachnoïdiens spinaux sous l'aspect d'une masse grisâtre grossièrement et irrégulièrement granuleuse, très friable, qui s'étale en arrière de la moelle et se relie, par des prolongements qui passent entre les racines, à une masse analogue, mais moins volumineuse, située en avant de la moelle. La hernie, hors de la pie-mère cérébelleuse éventrée, de cette masse enclavée nue dans les espaces sous-arachnoïdiens sans interposition de membrane propre, le déficit de l'amygdale au prorata des fragments ectopiés, l'absence de connexions vasculaires et d'adhérences intimes avec les méninges, et la seule constatation de faits analogues sur des cadavres formolés font conclure que la soi-disant hétérotopie cérébelleuse n'est qu'une ectopie mécanique par injection de formol sous forte pression.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle du sérum sanguin. — M. Iscovesco montre que le sérum sanguin a une tension superficielle inférieure à celle de l'eau. Lorsqu'on ajoute à du sérum de l'eau distillée en quantités croissantes, on obtient un maximum de tension correspondant aux points où précipitent les globulins.

Evolution de la cholestérinémie chez les typhiques. — MM. A. Chauffard, Guy Laroche et Grigaut, au cours de recherches poursuivies chez des typhiques, ont reconnu que, pendant le premier septénaire, le taux de la cholestérine du sérum sanguin est faible et le plus souvent inférieur à la normale. Dans les septénaires suivants, la courbe est progressivement ascendante jusqu'à un maximum qui est apparu entre le vingt-septième et le cinquante-sixième jour. Ce maximum se produit au moment de la défervescence e dans les huit jours qui suivent et *précède toujours la reprise alimentaire*. La courbe s'abaisse ensuite assez rapidement pour revenir à la normale dans un délai de trois semaines environ. Dans les cas compliqués de rechute ou de perforation, la cholestérine tombe brusquement au-dessous de la normale et cet abaissement reste définitif et ne s'accompagne pas d'une réascension secondaire.

Etant donné que l'hypercholestérinémie typhique se produit au déclin de la maladie et avant la reprise alimentaire, au moment où les sujets maigrissent et perdent du poids, il paraît légitime d'admettre que l'augmentation de la cholestérine dans le sang est peut-être en partie subordonnée à l'état d'autophagie albuminoïde et adipeuse qui accompagne la fin de la période infectieuse et signale le début de la convalescence. Mais d'autre part l'hypocholestérinémie du début de la maladie, au début des perforations, au début des rechutes et l'hypercholestérinémie de la fin de la maladie semblent bien réactions, la première, d'état infectieux aigu, la seconde, d'immunisation progressive et peuvent s'expliquer par un rôle antitoxique de la cholestérine au cours de la fièvre typhoïde. La pathogénie de l'hypercholestérinémie typhique pourrait donc être considérée comme double et relevant en proportions qu'il est difficile de préciser de l'autophagie du sujet et probablement surtout de son immunisation acquise.

Sur la survie possible de la cornée transparente de l'œil après conservation prolongée en dehors de l'organisme. — M. A. Magitot. En dehors des résultats pratiques considérables qui pourraient découler de la réussite de semblables expériences, la cornée, par sa situation superficielle dans l'organisme, la pauvreté de ses échanges nutritifs et par-dessus tout à cause de sa transparence, semble être un objet d'étude particulièrement intéressant. L'auteur est arrivé à conserver in vitro, pendant douze jours, des yeux de lapins immergés dans du sérum sanguin et maintenus à la température de o degré. Non seulement, après ce délai, la cornée garde toute sa transparence, mais le cristallin et l'humeur vitrée restent si clairs qu'il est possible de voir à l'autre pôle de l'organe la papille du nerf optique. Un fragment de cornée ainsi conservée, greffée sur la cornée d'un autre lapin, adhère en vingt-quatre heures, garde sa translucidité et continue à vivre pour son propre compte. L'examen histologique pratiqué huit jours, un mois et deux mois après l'opération ont permis de constater la juxtaposition de l'élément étranger sans qu'il y ait modification des affinités tinctoriales et infiltration leucocytaire. L'épithélium, d'abord un peu tassé, reprend peu à peu

de sa hauteur, et il est facile de voir aux points périphériques la rencontre des fibres conjonctives du greffon avec celles de la cornée qui le supporte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1911)

Installation du bureau. — M. BOURSIER, président sortant, prononce une allocution à laquelle répond M. CAYLA, président pour l'année 1911.

Rapport du secrétaire général. M. Paul GUILLON lit un rapport sur les travaux de l'année ainsi que les notices nécrologiques sur les membres décédés.

Traitements abortifs de la syphilis. — A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Cayla, Gastou, Leredde, le rapporteur de la Commission, M. Druelle, fait voter à l'unanimité la conclusion suivante : « Tout en rendant hommage aux cliniciens qui ont tenté de réaliser le traitement abortif de la syphilis, et tout en tenant compte des légitimes espérances que ces travaux permettent de concevoir, la Société de médecine de Paris estime qu'à l'heure actuelle il n'existe pas à proprement parler de traitement abortif de la syphilis. »

De l'utilisation des bains de mer et comment il faut les prendre. — M. LEVASSORT insiste surtout sur l'importance de l'orientation et cite la Bretagne comme le pays qui fournit le mieux la gamme des plages excitantes ou calmantes. Par analogie avec ce qui se passe dans les stations thermales, M. Levassort montre l'avantage qu'on peut tirer de bains de jambes et cite en exemple les bons effets qui résultent pour les enfants des jeux sur le sable, alors qu'ils passent une partie des journées dans l'eau.

M. FROUSSARD rappelle que, dans différentes stations thermales et en particulier à Plombières-les-Bains, les pédiluves, les bains de jambe, ainsi que les douches locales sur les extrémités inférieures sont journellement employées pour combattre la congestion hémato-intestinale et utéro-annexielle. M. LE ROUVILLOIS estime que les pédiluves, employés très chauds et à eau courante, déterminent une hyperémie passagère des extrémités et sont très utiles au Mont-Dore et dans les stations thermales sulfureuses. Mais il ne croit pas qu'ils aient une action réellement active dans la cure thermale dont ils ne peuvent constituer qu'un accessoire.

Les limites de la thérapeutique. — M. André LOMBARD. Dans cette communication posthume, l'auteur fait preuve d'un esprit scientifique très élevé et se montre opposé à la conception d'une « therapia sterilisans magna ».

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique usuelle du praticien (1), par Albert ROBIN, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Le livre que le professeur Albert Robin vient d'écrire spécialement pour les praticiens, bien que d'aucuns affirment que les « officiels » cadenassés dans leur tour d'ivoire ne s'inquiètent point du praticien, ce livre, disons-nous, est composé des leçons professées par le maître dans la chaire de clinique thérapeutique. Afin de leur donner plus d'unité, les sujets ont été groupés par appareils, mais naturellement tous les états morbides n'ont pu être étudiés dans ce seul volume, et nous enregistrons avec satisfaction la promesse que fait M. Albert Robin de compléter ces leçons dans d'autres séries successives qni paraîtront à intervalles rapprochés. Ce qu'a voulu l'auteur, c'est de mettre le médecin en présence « d'instantanés », c'est-à-dire de cas réels, en ne prenant parmi nos connaissances dans la pathologie, l'étiologie et la pathogenie des maladies en cause, que ce qui peut être immédiatement applicable au traitement du cas considéré. Voici d'ailleurs en quels termes imagés M. Albert Robin expose « la pratique médicale en action », telle qu'il l'a condensée dans son livre : « Nous sommes devant le malade. On pose le diagnostic et l'on trace le rapide tableau de ceux des éléments de la maladie que la thérapeutique est capable d'impressionner. Cela fait, on dresse le plan de campagne avec l'échelle des opérations à conduire. A ce moment, le praticien fait la revue des armes dont il dispose ; il se rappelle leur mode d'action et leur portée, puis reconnaît les éléments morbides auxquels elles répondent. Alors, il rédige sa prescription, en tenant compte des multiples variations qui lui sont imposées par la maladie elle-même et par l'individualité elle-même. »

On sait que M. Albert Robin ne veut pas que dans l'état actuel de la science médicale la thérapeutique soit dirigée par des théories pathogéniques incertaines et constamment changeantes ; il a foi au contraire, et une foi solide parce que basée sur son expérience, dans une thérapeutique essentiellement fonctionnelle qui se laisse guider par une étude approfondie des réactions vitales.

Tout l'ouvrage est une mise en pratique de cette conception et l'on s'explique bien, après avoir étudié ne fût-ce qu'une des questions qui y sont traitées, l'affirmation qui termine la préface de l'auteur « que le scepticisme est un aveu d'ignorance bien plus qu'un aveu d'impuissance ».

Cette conviction deviendra certainement, comme le souhaite M. Albert Robin, celle de ses lecteurs.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Technique thérapeutique chirurgicale (1), par les docteurs PAUCHET, professeur à l'école de médecine d'Amiens, et DUCROQUET, chargé du service d'orthopédie à la polyclinique Rothschild.

Ce volume qui fait partie de la bibliothèque de thérapeutique de Gilbert et Carnot appartient à cette littérature médicale essentiellement pratique, destinée non à l'enseignement didactique, mais au praticien. Aussi ne sera-t-on pas étonné de voir avec quelle précision dans les détails sont décrits les préparatifs des opérations et la technique des opérations de chirurgie courante, les soins post-opératoires, ainsi que la construction des appareils. Chemin faisant les auteurs n'ont pas oublié de nous montrer comment on devait tirer parti des moyens de fortune en absence de matériel et d'instrumentation. Avec raison les auteurs ont multiplié les figures qui suivent pas à pas le texte et rendent sa lecture claire et attrayante.

M. LANCE.

Eléments d'anatomie pathologique (2), par L. BÉRIEL.

Cet ouvrage n'est pas un livre de laboratoire ; on n'y trouverait pas les détails précis nécessaires pour la lecture et l'interprétation des préparations microscopiques ; il est destiné aux étudiants et à ceux qui, n'ayant pas le temps de faire par eux-mêmes de l'anatomie pathologique, désirent cependant en comprendre les grandes lignes.

Laissant de côté théories et discussions, l'auteur se borne à exposer les notions courantes, en montrant aussi schémati-

(1) In-8 de 520 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

(1) In-8° de 543 p. avec 552 figures, cartonné. — Prix : 15 francs. — J.-B. Baillière et fils.

(2- n8) de 563 p. — 232 fig. — Paris, Steinheil.

quement que possible la filiation et l'enchaînement des lésions; il part des notions d'anatomie pathologique générale, passe en revue les organes et appareils, et finit par les tumeurs qu'il considère, avec raison, comme la partie la plus difficile de l'anatomie pathologique.

Les figures, toutes dessinées par M. Bériel, sont remarquablement simples et claires, tout en représentant fort exactement les lésions; elles donnent l'illusion de préparations microscopiques simplifiées par l'ablation des détails qui ne sont pas essentiels. L. ALQUIER.

Médecine interne (1), par G. ZUELZER.

La médecine interne de G. Zuelzer constitue le troisième tome des fils conducteurs de la médecine pratique. Ce volume est consacré aux maladies infectieuses et parasitaires, aux affections du cœur et des vaisseaux et aux affections des organes respiratoires. Conformément au plan qui semble général pour les livres de cette collection, celui-ci est un précis et non un traité. La symptomatologie et le traitement des maladies passent au premier plan; l'anatomie pathologique et les questions encore obscures de pathogénie sont réduites au strict minimum. Ce petit volume est pourtant très au courant : tous les points nouveaux de la séméiotique cardiaque touchant la question des arythmies, l'électrocardiogramme, la mesure de la tension artérielle y sont exposés avec clarté et avec une ampleur suffisante. A. LEMIERRE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, à très faibles doses de 1/10 de milligramme, 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE ILLÉGAL

Le vieux zouave Jacob — il a aujourd'hui quatre-vingt-cinq ans — était, il y a quelques mois, poursuivi devant le tribunal correctionnel pour exercice illégal de la médecine. Il avait été acquitté. Sur appel du parquet, l'affaire est revenue devant la cour.

« Je ne suis, a fait soutenir le zouave guérisseur par Me Rodanet, qu'un fidèle intermédiaire entre les esprits et les malades. Les premiers me communiquent un fluide que je transmets consciencieusement aux seconds. Il y a là guérison par suggestion, mais non exercice de la médecine, car il y manque l'acte extérieur qu'exige pour cela la Cour de cassation. »

Tel n'a pas été l'avis de la cour qui, après réquisitoire de M. Maxwel, avocat général, a infirmé le premier jugement et condamne le zouave Jacob à 100 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers le syndicat des médecins de la Seine, partie civile.

« Considérant, dit notamment l'arrêt, qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait par une personne non munie de diplôme de docteur en médecine de prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies, sauf le cas d'urgence avérée;

(1) Leipzig, Werner Klinkhardt, édit.

Que cet article n'exclut de la qualification légale du délit aucun mode de traitement, dès qu'il est habituel ou suivi;

Considérant que le sens du mot « traitement » est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie; qu'ainsi entendu, tout traitement ne suppose pas nécessairement la prescription d'un régime ou d'un remède, qu'il ne suppose pas davantage la connaissance, par le prétendu guérisseur, de la nature de la maladie traitée. »

SUITE DES SOMMAIRES

Lyon médical. — (N° 1, 1er janv. 1911.) X. DELORE : Des épiploïtes post-opératoires.

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1910.) AUDIBERT : Le 606. Impressions de Francfort, Wiesbaden, Paris. — F. ARNAUD : La quinine dans la fièvre typhoïde (*suite*). — VALLETTE : De l'involution utérine (*fin*). — (N° 24, 15 déc.) F. ARNAUD : La quinine dans la fièvre typhoïde (*fin*). —

Montpellier médical. — (N° 49, 4 déc. 1910.) E. JEANBRAU : L'école d'apprentissage pour estropiés et accidentés de Charleroi. — MASSABUAU : Sigmoïdites et périsigmoïdites (*fin*). — ROUVEYROLIS : Histoire de l'épidémie de choléra qui sévit à Aniane en 1854 (*suite*). — (N° 50, 11 déc.) LÉVY et E. ROGNER : Néphrectomie tardive pour plaie du rein chez un enfant. — ROUVEYROLIS : Histoire de l'épidémie de choléra qui sévit à Aniane en 1854 (*fin*). — (N° 51, 18 déc.) G. SARDA : Première leçon du cours de médecine légale, de l'année 1909-1910. — (N° 52, 25 déc.) G. SARDA : Première leçon du cours de médecine légale (*suite et fin*). — C. FLEIG : Action des injections d'eaux minérales sur le sang et le système circulatoire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 8 nov.) NAUWERK et WEICHERT : La réaction de Wassermann sur le cadavre. — SPIEGEL : Que donne la réaction de la syphilis par la méthode de von Dungern. — THIEMISCH : Importance d'une assistance organisée des nourrissons et des petits enfants pour la prophylaxie de l'épilepsie, de l'idiotie et de la psychopathie. — HOPPE : Même sujet. — KÖHLER : L'insufflation intrabrachiale de Meltzer de New-York et l'intubation perorale de Kuhn. — FISCHER : Tuberculose pulmonaire et musculature de la poitrine. — SEHANZ : La préparation 606 dans les affections oculaires. — EITNER : Troubles vésicaux et autres manifestations graves après une injection de 606 d'Ehrlich. — SACHS : La pyorrhée alvéolaire et son traitement avec succès. — SEIDEL : Extraction de corps étrangers du poumon. — RUETE : Hyperkératoses toxiques. — GRAUPNER : Névromes multiples pendant l'enfance. — ROTHLISBERGER : Méthode clinique de dosage de l'acide urique dans le sérum. — SCHNÉE : Haute fréquence et thermopénétration dans le bain à quatre cellules. — LEVIE : Sur un plessimètre à résonance utilisé comme sthétoscope. — (N° 46, 15 nov.) RUPPEL : Sur l'immunisation des animaux contre la tuberculose. — REINER MÜLLER : Les arthropodes comme véhicules de maladie. — TREUPEL : Nouvelles expériences avec les injections d'Ehrlich-Hata, en particulier

dans la syphilis du système nerveux central, le tabes et la paralysie générale. — WILLEGE : Expériences avec le 606 en neuro-psychiatrie. — LOEWY : Sur l'action du pantopon sur le centre respiratoire. — BERGIEU : Influence du pantopon sur la respiration et la circulation. — SOHLER : Le traitement par la trypsine dans la tuberculose chirurgicale. — LOELE : Sur la démonstration colorimétrique de quelques substances oxydantes de l'organisme. — ZWEIFEL : Sur l'anesthésie lombaire dans la clinique des femmes de l'Université de Leipsig. — MUSKAT : Pied plat et rayons Röntgen. — METTENHEIMER : L'évaluation calorimétrique de la nourriture du nourrisson. — KRAUSS : Sur le traitement de l'hémophilie. — LEVINGER : Ostéomes multiples des voies aériennes. — BÖHM : La fièvre typhoïde dans la ville d'Augsbourg. — (N° 47, 22 nov.) KREHL : Conseil de prudence dans l'emploi de l'iode. — ELB : Sur la clinique de la claudication intermittente. — GARRÉ : Sur l'étiologie de l'hydropisie articulaire récidivante. — STRASBURGER : Sur la participation des vaisseaux sanguins au mouvement du sang. — ZIELER : Evolution et données de la thérapeutique arsenicale dans le syphilis. — PASINI : Sur une méthode simple et pratique d'injection du 606. — HAUDEK : Le diagnostic radiologique de l'ulcère calleux de l'estomac. — JASEHKE : Sur la question du mariage chez les jeunes filles cardiaques. CASSIERER et SCHMIEDEN : Kyste du cervelet guéri par une opération. — EXNER : Sur les guérisons durables de carcinomes après radiumthérapie. — PHILIPPI et MÜHLE : Sur une intoxication en masse par l'usage de racine de hyoscyamus niger. — GIEMSA : Sur une coloration rapide par une solution d'azur éosine. — STEINITZ : La réaction de Wassermann simplifiée d'après von Dungern-Hirschfeld. — DRÜNER : Opération de phimosis. — BRÜNINGS : Un procédé simple de traitement dans le cancer de l'œsophage. — TANEL : Sur les avantages de l'élévateur de malades d'après Carrard. — SCHITTENHELM et WEICHHARDT : Impressions épidémiologiques et autres impressions de voyage médicales sur Saint-Pétersbourg. — BRUNS : Le nouveau programme de la chirurgie allemande. — (N° 48, 29 nov.) HENKEL : Sur l'influence de l'injection d'eau salée. — RIEDER : L'ulcère chronique de l'estomac et sa démonstration röntgénologique. — HILDEBRANDT : Etat clinique du foie pendant la scarlatine. — SCHENCK : Sur le passage de l'anaphylaxie du père et de la mère à l'enfant. — HECKER : Sur la valeur des numérations relatives de leucocytes. — WERTHER : Mes expériences avec le 606. — HAUSSMANN : Sur l'injection intraveineuse d'arsenobenzol; sa technique et sa valeur. — CHRZELITZER : Mes expériences avec le 606 d'Ehrlich-Hata. — GIOSEFFI : Le 606 d'Ehrlich-Hata contre la lèpre. — SCHANZ : Traitement orthopédique de la tuberculose du pied. — GRAF : Casuistique de kystes traumatiques du pancréas. — STÖSSNER : Un cas de myxœdème lié à la gravidité. Guérison relative. — PLÖGER : Sur la technique de la prise de sang. — UEBELEIREIS : Contribution au traitement des ataxies.

Nord médical. — (N° 388, 1er déc. 1910.) DAUTHUILE : Le Scharlach-rot en ophtalmologie. — P. CARNOT et G.-J. SLAVA : Sur la vitesse du passage pylorique de différentes sortes de lait. — (N° 389, 15 déc.) G. LEMOINE : Les lavements.

Revue de médecine et d'hygiène tropicales. — (N° 3, 1910.) DE BEURMANN et GOUGEROT : Importance pratique du diagnostic de la sporotrichose et des autres mycoses. Facilité et difficulté de ce diagnostic. — MATHON : Remarques sur le diagnostic des pyrexies intertropicales. — EGAZ MORRIZ DE ARAGAO : Un cas de maladie de Silva Lima (Aïnhum). — DUPONT : Quelques cas de bilharziose vésicale observée à Ouahigouya (Soudan français). — DUPONT : Des mesures de prophylaxie que prennent les indigènes du Yatenga vis-à-vis de la variole. — NAAMÉ : L'origine surrénale de la tachycardie de la fièvre de Malte et le traitement de cette pyrexie par la cryogénine. — D'HOSTALRICH : De la contagiosité de la lèpre en Annam.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 49, 3 déc. 1910.) V. SAXTORPH-STEIN : Sur l'emploi d'une scie à fil d'acier dans la cure radicale de l'otorrhée. — (N° 50, 10 déc.) A. BONAIN : Contribution à l'intubation du larynx chez l'adulte; un cas de sténose néoplasique du larynx traité par l'intubation. — (N° 51, 17 déc.) E. ESCAT : Pharyngodynie grippale ou forme douloureuse de l'angine grippale ; les rapports avec l'angine herpétique classique. — (N° 52, 24 déc.) P. JACQUES : La prophylaxie de la surdité chez les écoliers. — P. MAGNE : Obstruction subite de la glotte par un papillome ; trachéotomie ; ablation de la tumeur ; guérison.

Revue médicale de l'Est. — (N° 23, 1er déc.) SCHMITT : Leçon d'ouverture des cours de clinique médicale. — (N° 24, 15 déc.) G. ETIENNE : Etude sur la tuberculinothérapie, notamment chez les tuberculeux âgés. — FINCK : Le régime alimentaire du goutteux (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1910.) A. SOUQUES : Le professeur Raymond. — Gotthard SODERBERGH : Faut-il attribuer à une perturbation des fonctions cérébelleuses certains troubles moteurs du myxœdème ? — (N° 23, 15 déc.) S. SOUKHANOFF : De la combinaison de la psychasténie et de la cyclothymie. — Gabriel DELAMARRE et André CAÏN : Un cas de méningo-épendymite séreuse tuberculeuse du nourrisson (tuberculose typique des ganglions jugulaires, du poumon, du foie, de la rate et des reins, atypique, diffuse des méninges, des plexus choroïdes et de l'épendyme cérébro-médullaire. Origine infectieuse de l'hydrocéphalie et de l'hydromyélie.

Semaine médicale. — (N° 49, 7 déc. 1910.) R. DE BOVIS : Menstruation et conception. — (N° 50, 14 déc.) G. DENY et J. LHERMITTE : Un nouveau syndrome anatomo-clinique ; la démence paraplégique de l'encéphalite corticale chronique. — (N° 51, 21 déc.) CHEINISSE : La valeur clinique de la viscosité du sang. — (N° 52, 28 déc.) R. DE BOVIS : Salpingites et laminaires.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 49, 8 déc. 1910.) DIMMER : Cours d'ouverture. — KÖNIGSTEIN : Troubles de la sensibilité dans le vitiligo. — GALAMBOS : Numération des cellules éosinophiles d'après la méthode de Dungern. — FINSTERER : Guérison d'un coup de feu du foie. — FREUND : Emploi diagnostique de la lampe monochrome et à mercure en médecine. — STEINDL : Cellules géantes dans le sédiment urinaire dans la tuberculose urogénitale. — (N° 50, 15 déc.) JAEGER : La cause du cancer. — STERNBERG : Pathogénie et diagnostic précoce du saturnisme. — JELLINCK : Electropathologie. — PFEIFFER et LEYACKER : Tentatives d'administration interne de la tuberculine. — WEINLÄNDER : Un cas de fracture de l'apophyse odontoïde. — GLASS : Emploi de l'arsenobenzol en clientèle. — (N° 51, 22 déc.) PÖTZL, EPPINGER et HESS : Sur les examens fonctionnels du système nerveux végétatif dans quelques groupes de psychoses. — GHEDINI : Nouvelle contribution au diagnostic des affections des organes hématopoïétiques au moyen de la ponction exploratrice de la moelle osseuse. — EPSTEIN : Tentative de dosage quantitatif des sérums syphilitiques au point de vue de l'intensité de leur propriété de fixation du complément en présence de l'extrait alcoolique de cœur. — SCHWARB : Sur une image Röntgen typique du cœur des obèses et sur ses causes anatomiques. — STEINDL : Cellules géantes dans le sédiment urinaire dans la tuberculose urogénitale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 9. — MARDI 24 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. MARDI 24 JANVIER 1911. — N° 9

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 20 janvier. — Question donnée : « Anatomie du lobule pulmonaire. Signes, évolution et diagnostic différentiel du cancer de la langue. »

MM. Busson, 12 + 15 = 27; Dutheillet de Lamothe, 15 + 21 = 36; Rousseau (Emile), 14 + 20 = 34; Chatelin, 18 + 20 = 38; Thiers, 16 + 22 = 38; Huc (Georges), 12 + 17 = 29; Dubois (Jean), 13 + 18 = 31; Plaisant (Eugène), 14 + 21 = 35; Broussolle, 16 + 22 = 38.

Séance du 22 janvier. — Question donnée : « Rapports du rectum chez l'homme. Signes et complications du rétrécissement mitral pur. »

MM. Maréchal, 12 + 22 = 34; Vinay, 16 + 19 = 35; Dufour, 17 + 20 = 37; Bontemps, 15 + 21 = 36; Marcorelles, 15 + 18 = 33; Dietz, 13 + 15 = 28; Paley, 19 + 23 = 42; Mlle Pouzin, 16 + 16 = 32; MM. Mazzoléni, 13 + 16 = 29; Lefranc (Victor), 14 + 18 = 32.

— MUTATIONS. — M. Ombrédanne passe de Saint-Louis (service de chirurgie de Hérold), à l'hôpital Bretonneau, en remplacement de M. Villemin, mis en disponibilité.

M. Cunéo passe à l'hôpital Saint-Louis (service de chirurgie de Hérold).

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Les prix accordés chaque année, par l'administration des hospices de Lille, aux externes qui se sont signalés par leur tenue et leur zèle, ont été, pour 1910, attribués ainsi qu'il suit :

Prix de 100 francs : MM. Paul Laurent, Lepan, Debeyre.

Prix de 50 francs : MM. Andt, Leborgne, Georges Laurent, Siauwe, G. Leclercq, Colpaert, Messemacker, Bathiat, Israël, Hallez, Dekester, Guilbert, Clair, Bernard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur H. Alamartine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Thèses récompensées pour 1910.* — Médailles d'argent : MM. Aynaud, Bazy (Louis), Bondouy, Brulé, Caraven, Cawadias, Clunet (Jean), Duverger, Guimbellot, Harvier, Lerat, Marsan (Félix), Merle (Pierre), Picot (Gaston), Pinard (Marcel), Rendu (Albert), Tiffenau, Tinel et Troisier.

Médailles de bronze : MM. Boudet (Gabriel), Boyé, Cheurlot, Chevallier (Gabriel), Deniker, du Castel, Fage (Albert), Fayolle, Foulatier, Hamel (Henri), Labernadie, Laurence, Lebas (Robert), Lebègue (Paul), Le Bras, Lemarchal, Lian, Marq, Monges, Monier-Vinard, Poupardin, Renaud-Badet, Roy (Paul), Sauphar, Sauvé, Violle (Louis).

Mentions honorables : MM. Aubry, Bory (Louis), Chanoine d'Avranches, Delannoy (Jean), Descomps (Paul), Durand (Louis), Gay, Giroux, Laffont, Maingot, Mallein, Nègre, Neveu, Odoul, Paynel, Prieur, Roger, Serin, Vigneron d'Heucqueville, Willette (Robert).

Sujets à traiter pour les prix de 1911 et 1912. — Prix Saintour pour 1911 : « Pancréatites. »

Prix Corvisart pour 1911 : « Hépatite tuberculeuse. »

Prix Béhier pour 1912 : « Syphilis rénale. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRIX DÉCERNÉS EN 1910. — *Prix Laborie.* — Partagé entre : M. le docteur Paul Sourdat (2000 francs) [mémoire sur : « Etude radiographique des tuberculoses osseuses et articulaires. Coxalgie. Tumeurs blanche du genou »]; — MM. les docteurs Jules et André Boëkel (800 francs) [mémoire sur : « Etude sur les fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires »]; — et M. le docteur Guibé (500 francs) [mémoire sur : « Paralysie du nerf sus-scapulaire »].

Prix Dubreuil. — M. le docteur L. Lamy (1000 francs) [mémoire sur : « Résultat orthopédique de l'atragalectomie chez l'enfant »].

Prix Lannelongue. — (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 145, p. 1991).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Polin est nommé directeur de l'école du service de santé militaire de Lyon.

— M. le médecin principal Richard est nommé médecin inspecteur et directeur du service de santé du 7e corps.

— Sont nommés :

Médecins principaux de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Loup et Toussaint.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rouget et Toubert.

Médecins-majors de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bizouard, Cathoire passe à l'hôpit. milit. de Toulouse; et Vernet.

— M. Comte, médecin principal de première classe, est nommé directeur du service de santé au 4e corps d'armée.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 129.*)

LA PRATIQUE

DE

L'IMMUNOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

DU CHOIX ET DE L'EMPLOI DES DIFFÉRENTS AGENTS D'IMMUNOTHÉRAPIE :

Tuberculines. Sérums. Granulations de Much. Leur signification clinique,

Par M. le docteur E.-A. BOSSAN,

Médecin en chef de l'hôpital des Dames françaises de la Croix-Rouge (Nice).

L'immunothérapie, entrée dans la pratique courante à l'étranger, est trop peu connue et trop peu employée en France. Et cependant, cette thérapeutique a fait ses preuves et donne de nombreux succès quand elle est judicieusement appliquée. Il y a donc, comme le dit si bien le professeur J. Teissier (1), « vrai devoir de conscience à faire bénéficier des progrès actuellement réalisés dans la cure rationnelle de la tuberculose, ceux-là, tout au moins et ils sont légion, qui étant dans l'impossibilité de recourir aux cures diététiques dispendieuses réservées aux rares privilégiés, sont forcés de continuer leur labeur quotidien, alors que la tuberculose les a déjà marqués de son empreinte ».

Dans ce travail, nous étudierons le traitement par la tuberculine et le sérum, et nous essayerons de donner, avec leur mode d'emploi, les indications respectives de ces agents, *toxinothérapie* et *sérothérapie*.

La tuberculinothérapie n'est pas une science spéciale, elle peut être appliquée par chaque praticien, à condition de s'être sérieusement mis au courant, non seulement par des lectures, mais encore par un séjour dans un hôpital où il suivra quelques leçons sur ses avantages et ses dangers et où il apprendra une technique précise.

On ne peut nier qu'il y ait entre les diverses tuberculines des différences importantes : il est cependant hors de doute que le principe thérapeutique est le même dans toutes ces préparations et l'expérience a prouvé qu'on peut avoir de bons ou de mauvais résultats avec chacune d'elles, selon la manière dont on les emploie.

Nous avons employé pendant ces deux années la nouvelle tuberculine S. B. E. de Meyer et Ruppel, pour les raisons théoriques et pratiques que nous exposerons dans le cours de cet article.

Le sérum antituberculeux est celui de Marmorek. Nous ne nous étendrons que très peu sur les questions théoriques soulevées par la tuberculinothérapie et la sérothérapie, désirant nous en tenir presque exclusivement au côté pratique. Nous devons cependant commencer par nous demander : *qu'est-ce que la tuberculine?*

TUBERCULINOTHÉRAPIE. — Nous savons tous comment on obtient la tuberculine et que l'on en distingue plusieurs différentes (1), l'ancienne et la nouvelle. La première (Alttuberkulin) est en résumé le bouillon filtré d'une culture de bacilles de Koch, contenant les substances solubles produites par ces bacilles.

La seconde (Neutuberkulin) comprend un groupe de préparations ayant ceci de commun qu'elles renferment, en plus des substances solubles, les corps eux-mêmes des bacilles sous une forme facile à résorber.

Comme ces deux sortes de tuberculine, l'ancienne et la nouvelle contiennent toutes les deux les substances solubles sécrétées par les bacilles tuberculeux, nous devons essayer de résoudre ce second problème si souvent posé : *la tuberculine est-elle ou non une toxine?*

Dans l'état actuel des connaissances sur l'immunité, il ne paraît pas que le doute soit possible : *la tuberculine n'est pas une toxine ;* il lui en manque tous les signes distinctifs.

La tuberculine n'est pas non plus une *endotoxine* par la simple raison que les endotoxines ont la propriété de tuer rapidement les animaux *sains* auxquels elles sont injectées, ce que la tuberculine ne fait pas, ou tout au moins, à des doses énormes.

Les récentes recherches de Bail et de ses élèves permettent de mieux comprendre l'action des tuberculines. Bail est parvenu à isoler de l'organisme des animaux certaines substances bactériennes qui ont le pouvoir de transformer une dose sublétale de ces bactéries en une dose suffisante pour donner la mort ; en d'autres termes, en injectant les produits solubles d'une bactérie, on rend mortelle une faible injection de ce même microbe. Par exemple, on injecte à un cobaye une petite quantité de bacilles typhiques qui dans les conditions ordinaires est supportée sans réaction par l'animal. Ce cobaye reçoit une dose d'exsudat stérilisé d'un animal mort d'une inoculation de bacilles typhiques et dans lequel naturellement se trouvent les produits solubles de ces bacilles. Cet exsudat, par lui-même sans action sur un animal sain, provoque chez l'animal précédemment inoculé, une infection suraiguë. Wassermann et Citron ont montré que cette action *agressive* de l'exsudat ne doit pas être attribuée à une nouvelle substance produite dans l'organisme luttant contre les bactéries vivantes, mais que ces *agressines* sont des produits solubles bactériens que l'on peut aussi mettre en évidence *in vitro*.

Si l'on rapproche de ces expériences les recherches classiques de l'action de la tuberculine sur le cobaye, si l'on se rappelle que la tuberculine injectée à un cobaye sain reste sans action, tandis que la même dose injectée à un cobaye tuberculeux entraîne très rapidement la mort, on voit que la tuberculine dans ce cas se rapproche beaucoup des agressines.

(1) J. TEISSIER. La médication spécifique de la tuberculose, *Revue scientifique*, n° 23, 4 déc 1909.

(1) Je tiens à remercier ici le docteur J. Citron, assistant du professeur Kraus, deuxième clinique médicale de l'Université de Berlin, pour la façon aimable dont il a bien voulu m'aider de sa science et de son expérience.

Dans cet article il a été fait de nombreux emprunts à ses remarquables travaux sur la question.

J. CITRON. *Die Methoden der Immunodiagnostik und Immunotherapie*, Leipzig 1910, Georg Thieme, édit.

Il n'est cependant pas exact d'assimiler complètement la tuberculine aux agressines, car ces dernières ont la propriété d'immuniser les animaux sains contre de hautes doses du bacille correspondant. Koch, il est vrai, a dit qu'il était possible avec la nouvelle tuberculine d'immuniser des cobayes contre la tuberculose, mais cela ne ressemble pas du tout à la forte immunité, facilement obtenue avec les agressines.

La tuberculine n'est donc pas une agressine dans le vrai sens du mot, mais elle s'en rapproche beaucoup ; nous pouvons penser que l'agressine dérive de la tuberculine, dans l'organisme lui-même.

Une autre propriété des agressines est de provoquer, chez l'animal sain immunisé, une « antiagressine » qui neutralise l'agressine. J. Citron, dans ses travaux, a démontré que l'antiagressine n'a pas la constitution d'une antitoxine, c'est-à-dire qu'elle ne neutralise pas son antigène comme un acide neutralise une base, mais que le processus est plus complexe. L'antiagressine appartient au groupe des ambocepteurs, car elle a besoin du complément pour effectuer la neutralisation. On peut dire que de même, dans l'immunisation par la tuberculine, l'antituberculine est, comme l'antiagressine, un ambocepteur ; mais il faut ajouter qu'il y a encore une différence, car l'antituberculine ne se produit que lorsqu'on immunise des organismes tuberculeux et jamais chez les organismes sains.

Puisque la tuberculine n'est pas à proprement parler une toxine, nous allons essayer de nous rendre compte de son action qui certainement est très complexe. Injectée, elle produit différents effets. Chez les tuberculeux elle provoque à la place de la piqûre une rougeur (*réaction à la piqûre*) ; sur les foyers tuberculeux elle produit la *réaction de foyers*; troisièmement enfin, à dose suffisante, elle produit une élévation de température (*réaction fébrile*) que nous employons déjà dans le tuberculinodiagnostic.

On peut se demander ce qui pour la guérison est le plus important; on a alors, avant tout, deux hypothèses à envisager. Sûrement, l'action curative de la tuberculine tient en partie à la réaction de foyers. Cette réaction de foyers due à la tuberculine est une inflammation aiguë.

Il s'ensuit un afflux de leucocytes, lymphocytes et d'une grande quantité de substances humorales que nous ne connaissons pas encore toutes. Nous savons, surtout depuis les travaux de Bier, comment ce processus sert en général à la guérison. La seconde hypothèse à laquelle se rallie le plus grand nombre de tuberculinothérapeutes consiste à penser que le poison tuberculeux, produisant comme une toxine ou une agressine des effets nocifs dans l'organisme, est neutralisé par immunisation. On provoque ainsi une immunisation contre la tuberculine dans l'idée qu'un homme ainsi immunisé est plus résistant vis-à-vis de sa tuberculose.

Les deux sortes de tuberculines dont nous avons déjà parlé, l'ancienne et la nouvelle (Alt et Neutuberkulin), ont-elles la même action? Il semble que l'on doive admettre une certaine différence.

L'ancienne (Alttuberkulin) provoque une plus forte réaction de foyers que la nouvelle (Neutuberkulin); celle-ci, contenant en plus des substances solubles les substances insolubles des bacilles tuberculeux, peut aussi immuniser contre eux et produire une immunité de plus longue durée.

Pour ces raisons, car la réaction de foyers est très difficile à doser, dans les cas généralisés et surtout dans la tuberculose pulmonaire, nous donnons la préférence au groupe des nouvelles tuberculines.

Nous devons maintenant élucider les points les plus importants pour les tuberculinothérapeutes. Ils se réduisent à trois qui sont la base de la méthode :

1. Quelle est la meilleure tuberculine?
2. A quelle dose doit-on l'injecter?
3. A quels intervalles?

Toute la littérature récente se rapportant à la partie pratique de la tuberculinothérapie se préoccupe de ces trois questions. Certains auteurs s'efforcent d'obtenir des tuberculines aussi complètes que possible. La tuberculine n'est en effet qu'une partie du bacille tuberculeux et nous savons, par toutes les recherches sur l'immunité, qu'elle est strictement spécifique, à tel point qu'un homme ou un animal, immunisé par exemple contre l'ancienne tuberculine, n'est pas, par cela même, sensiblement immunisé contre la nouvelle.

Poussés par ces considérations, les auteurs ont cherché des préparations contenant autant que possible toutes les substances du bacille tuberculeux; dans cet ordre d'idées, Robert Koch avait déjà recommandé la tuberculine nouvelle qui est une émulsion de bacilles tuberculeux broyés vivants.

Nous savons de plus, aujourd'hui, que dans des tuberculoses différentes il se rencontre des variétés différentes de bacilles, et de tous ces points de vue on s'est efforcé d'obtenir une préparation qui, autant que possible, renferme toutes les propriétés des différentes races, en un mot qui soit polyvalente.

Parmi toutes ces préparations, celle de Koch, appelée nouvelle tuberculine B. E. est une des plus complètes et par conséquent des meilleures. Mais cette émulsion de bacilles, quoique ne provoquant que rarement des réactions de foyers et de la fièvre, a le gros inconvénient de produire, surtout à doses un peu élevées, de la douleur et des infiltrations.

La nouvelle préparation fabriquée sur les indications de F. Meyer et Ruppel par la fabrique d'Höchst (1) réduit les infiltrations douloureuses à leur minimum.

Dans cette préparation, on ajoute à l'émulsion de bacilles de Koch du sérum tuberculeux contenant un peu d'antituberculine. L'expérience que de telles émulsions appelées *émulsions de bacilles sensibilisées* S. B. E. sont bien supportées n'est pas nou-

(1) Notre reconnaissance est acquise à la maison Meister et Lucius à Höchst qui a bien voulu nous envoyer gracieusement une quantité assez considérable de sa tuberculine S. B. E. pour nous permettre de l'expérimenter et de traiter de nombreux malades dans notre service de polyclinique.

velle. Le principe de l'atténuation d'un antigène par du sérum a été posé par Behring dans ses recherches classiques sur l'immunisation des cobayes contre la toxine tétanique. Il démontra que l'on ne peut immuniser le cobaye contre la toxine tétanique avec de très petites doses de bacilles, mais que cela devient possible quand on injecte en même temps un peu de sérum d'animal tétanisé.

Marmorek, plus tard, a remarqué la production d'infiltration et d'abcès lorsqu'on inocule sous la peau d'un cobaye un mélange de bacilles tuberculeux et de sérum normal, tandis que abcès et infiltration font défaut quand on ajoute du sérum tuberculeux.

Ces expériences et d'autres analogues, publiées par J. Citron, expliquent pourquoi, ainsi que nous l'avons personnellement vérifié, la nouvelle tuberculine sensibilisée est supportée sans réaction par la plupart des tuberculeux.

La deuxième question, *à quelle dose doit-on injecter la tuberculine ?* est certainement la plus importante et a reçu les réponses les plus opposées. D'un côté, Wright et son école recommandent des doses infinitésimales, des doses de 1/1000000 et même moins, et s'en tiennent à ces doses. De l'autre côté, Schlossmann, Bauer, Engel, etc., recommandent des doses élevées, jusqu'à 20 centimètres cubes de tuberculine ancienne chez des nourrissons. Au milieu se trouvent la grande majorité des thérapeutes qui commencent avec de petites doses et montent progressivement jusqu'à des doses moyennes, 1 centimètre cube à 4 centimètres cubes, au maximum, d'émulsion bacillaire ou 1 centimètre cube de tuberculine ancienne.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord de commencer avec des doses très faibles; mais nous ne pouvons pas être de l'opinion de Wright qui en reste à ces faibles doses pour les raisons suivantes.

Wright lui-même et son élève Freemann ont très élégamment démontré par les courbes de l'index opsonique combien la tuberculine spontanément formée dans le corps des tuberculeux est facilement et rapidement nuisible. Ils ont pu ainsi rendre évident que chaque mode d'activité, se lever du lit, une promenade, etc., produit aussitôt chez les tuberculeux un abaissement dans la courbe de l'index opsonique, parce que, dans ces conditions, de la tuberculine a été résorbée par l'organisme qui en a immédiatement souffert.

Or, nous savons que l'immunisation contre la tuberculine peut être progressivement croissante et que des doses de plus en plus élevées peuvent être supportées sans réaction. Dans ces conditions, il semble a priori plus utile (lorsque le malade peut le supporter sans dommage) de l'immuniser contre de fortes doses que contre des faibles seulement; de cette façon il pourra neutraliser complètement les quantités plus ou moins considérables de tuberculine qu'il produit lui-même et résorbe dans toutes les occasions possibles.

En raisonnant logiquement, on comprend facilement que l'organisme doit être immunisé contre les doses maxima qu'il peut produire. C'est pourquoi il est inutile d'injecter des doses trop fortes, car celles-ci ne sont jamais produites spontanément dans le corps et que l'on obtient avec ces doses moyennes les mêmes résultats qu'avec les doses élevées et cela sans danger.

Au point de vue des *intervalles*, on a au début injecté la tuberculine tous les jours. Si la tuberculine était, comme beaucoup de médecins le pensent encore, un *remède* spécifique contre la tuberculose, un sérum, une antitoxine, cela serait nécessaire.

Mais la tuberculine n'est pas une antitoxine, elle doit exciter l'organisme malade à fabriquer lui-même cette antitoxine, et l'organisme malade, pas plus que l'organisme sain, n'est capable de produire une antitoxine sous l'influence d'une injection d'antigène répétée tous les jours.

L'organisme a besoin de repos. C'est pour cette raison qu'il faut rejeter l'ancienne méthode des injections quotidiennes et choisir celle que nous avons coutume d'employer pour l'obtention des sérums antitoxiques, c'est-à-dire que nous devons faire les injections à des intervalles de cinq, six, huit jours et même plus.

En agissant ainsi, on a l'avantage de n'être pas aussi étroitement limité pour le dosage, car à ces intervalles les doses peuvent être augmentées sensiblement sans produire de réaction. Quelques tuberculeux cependant, très rares, il est vrai, ont de la fièvre pour des doses très faibles (1/1000000 cc.) de nouvelle tuberculine sensibilisée. Il est encore impossible de dire avec certitude d'où cela provient. Citron a trouvé dans le sérum de ces individus de l'antituberculine; peut-être ce fait pourra-t-il nous conduire plus tard à une explication de ces cas exceptionnels.

Indications et contre-indications de la tuberculinothérapie. — Les contre-indications varient suivant les auteurs. Les uns voient dans les hémoptysies une contre-indication formelle; d'autres, au contraire, y voient justement une raison de traitement par la tuberculine. Certains disent que les tuberculeux fiévreux ne doivent pas être soumis aux injections. Citron, moi-même et bien d'autres encore, avons vu que bien souvent ces cas sont très heureusement influencés et que la fièvre disparaît. Dans les cas d'infection associée, on a peu ou point de bons résultats; cependant nous n'avons jamais vu survenir d'accidents et les malades sont morts comme ils seraient morts sans ce traitement.

Les maladies de cœur, l'épilepsie, la neurasthénie, le diabète, etc., sont considérés comme des contre-indications. Si l'on veut avoir sûrement de bons résultats par la tuberculinothérapie, il vaut mieux ne pas traiter ces cas-là; mais ce ne sont pas dans le strict sens du mot des contre-indications, car beaucoup de ces malades ont pu, prudemment soignés, retirer de bons effets de la tuberculinothérapie.

Les plus grandes chances de succès se rencontrent certainement chez les malades au début, ne présentant encore que des signes cliniques peu accentués, et dont le diagnostic a été confirmé par une injec-

tion de tuberculine. Ceux-là, on peut presque à coup sûr les guérir.

Un deuxième groupe comprend les cas avec de légères lésions locales et ayant des bacilles dans l'expectoration. Suffisamment et sagement traités, ce qui est de la dernière importance, on voit presque constamment disparaître les bacilles, diminuer l'expectoration et survenir au moins une amélioration considérable. Mais on n'obtient plus, dans tous les cas, une guérison certaine.

Vient ensuite le groupe très nombreux des cas du deuxième degré, avec des lésions étendues mais encore sans cavernes. Ici, les résultats ne sont plus favorables dans tous les cas, mais un nombre assez élevé de malades en retirent un bénéfice certain.

Enfin, les tuberculoses avancées, graves, avec cavernes, ne sont que très peu améliorées, quoiqu'on puisse encore, avec de la patience et du temps, obtenir des résultats inespérés.

Combien de temps doit durer le traitement ? — Il est absolument impossible de dire d'avance combien durera le traitement. Seuls les résultats, disparition des douleurs et des symptômes objectifs, peuvent indiquer que le moment est venu de cesser les injections. Quand doit-on dans un cas donné abandonner le traitement et se dire qu'il n'a aucun effet favorable? Lorsqu'un tuberculeux, au bout de quatre semaines, ne montre ni amélioration ni arrêt dans la marche de sa maladie, mais au contraire voit son état empirer malgré la tuberculine, alors on doit cesser tout traitement. Mais cela n'arrive en général pas dans les catégories de malades citées plus haut.

Les tuberculeux des deux premiers degrés peuvent être traités dans les consultations de polycliniques ou chez eux dans la clientèle privée ; mais dans les autres catégories de malades, présentant des lésions avancées, il est nécessaire de *commencer* le traitement dans un hôpital ou une clinique, car là seulement on peut observer assez minutieusement les réactions de foyers, la courbe de température et par conséquent doser exactement les injections de tuberculine.

Dans la clientèle privée, on mettra auprès du malade une garde instruite et expérimentée. Au bout de cinq à six semaines, on peut le renvoyer chez lui et le confier à son médecin qui continuera le traitement.

Quels critères avons-nous pour juger les résultats de la tuberculinothérapie ? — On a cherché des critères biologiques; Wright croit en avoir trouvé dans les *opsonines*.

Cependant, nous ne sommes pas encore bien fixés sur leur nature; nous savons seulement que les opsonines sont des substances qui favorisent la phagocytose, mais nous ne savons pas jusqu'à quel point ces substances ont une action de défense. Aussi semble-t-il qu'il est tout au moins prématuré de prendre la courbe de l'index opsonique pour juger les résultats de la tuberculinothérapie.

Plus récemment on a voulu employer dans ce but la méthode de la *fixation du complément* de Bordet et Gengou. Wassermann et ses élèves ont trouvé, dans le sérum des tuberculeux traités par la tuberculine, certains anticorps que l'on a coutume de comprendre sous le nom d'antituberculine.

Cette antituberculine n'est pas une antitoxine, puisque la tuberculine n'est pas une toxine. Par suite elle ne peut pas neutraliser la tuberculine dans le vrai sens du terme, c'est-à-dire qu'un mélange de tuberculine et d'antituberculine ne devient pas absolument sans action. Seules, quelques-unes des propriétés de la tuberculine disparaissent.

Ainsi Pickert et Loewenstein ont montré que la plupart des sérums riches en antituberculine mélangés à l'ancienne tuberculine lui enlèvent la propriété de produire la réaction de Pirquet. J. Citron a vérifié l'exactitude de ces observations et remarqué que cela arrive de même avec du sérum inactivé et que l'addition de complément ne change rien (1).

Mais il ne peut être question d'une neutralisation directe plus complète de la tuberculine par l'antituberculine. C'est pourquoi il n'est pas possible de tirer des conclusions satisfaisantes de la courbe de l'antituberculine comme Schlossmann et Pickert ont essayé de le faire. Certainement il peut arriver que l'antituberculine apparaisse parallèlement avec une amélioration de l'état du malade; mais il existe un certain nombre de tuberculeux qui, comme l'a montré J. Citron, fabriquent de l'antituberculine et ces cas justement présentent de nombreuses particularités. Il y a déjà quelques années, Citron a montré que ces individus, quoique sûrement tuberculeux, ne réagissent pas à une injection de tuberculine ; cela semblerait concorder avec l'interprétation précédente. Mais, il est d'autres cas, où l'antituberculine existe chez des sujets tuberculeux qui réagissent aux plus faibles doses. Il faut supposer que l'antituberculine est un symptôme à « double tranchant » que l'on peut rencontrer dans les cas les plus favorables aussi bien que les plus mauvais.

Comme il nous est impossible de distinguer dans ces cas l'antituberculine provoquée par l'immunisation, de l'antituberculine développée spontanément dans l'organisme, ce criterium des résultats de la tuberculinothérapie ne peut nous être utile.

(*A suivre.*)

(1) La particularité que le sérum tuberculeux inactivé peut empêcher la réaction de Pirquet rend douteux que cela tienne à l'action de l' « antituberculine ». Nous savons que la lécithine enlève à la tuberculine le pouvoir de produire la réaction de Pirquet et l'ophtalmo-réaction. D'autre part, les recherches de Calmette sur l'activation du venin de cobra ont montré que le sérum tuberculeux est riche en lécithine. Chez les tuberculeux traités par la tuberculine on peut directement mettre en évidence la richesse de leur sérum en lipoïdes en le conservant dans une glacière. Il se forme à la surface une sorte de couche crémeuse. Il est à croire que l'action adoucie de la tuberculine sensibilisée est due aux lipoïdes contenus dans le sérum qui y est ajouté.

MÉDECINE PRATIQUE

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR LA PARALYSIE INFANTILE ÉPIDÉMIQUE (POLIOMYÉLITE AIGUE ÉPIDÉMIQUE. MALADIE DE HEINE-MEDIN).

EXPÉRIMENTATION (1).

La paralysie infantile est peut-être l'affection sur laquelle on a le plus écrit depuis quelques années. La littérature des deux dernières années comporte plusieurs centaines de publications (2).

La raison en est, d'une part, l'extension considérable de l'affection dans certains pays sous forme épidémique qui a permis des études cliniques nombreuses; d'autre part, la découverte de l'inoculabilité de la maladie au singe, d'où la possibilité de son étude expérimentale. Ces travaux, bien que laissant encore fort incomplète l'histoire de cette affection, mettent déjà en lumière beaucoup de points qui ont une grosse importance pratique pour nous, puisque la France figure au nombre des pays frappés.

Nous verrons aujourd'hui ce qu'a pu montrer l'étude expérimentale de l'affection, et ce que l'on sait sur son étiologie et son épidémiologie.

I

Il y a déjà longtemps (Strumpell, Pierre Marie) que l'on soupçonnait la *nature infectieuse* de la paralysie infantile. Aujourd'hui cette démonstration est chose faite. Elle est due à un micro-organisme de dimensions si petites qu'il est invisible au microscope, à l'ultramicroscope, et qu'il passe à travers les filtres les plus fins. Il entre donc dans la catégorie des *virus filtrables*, comme celui de la rage, de la dengue, de la fièvre jaune à une période, de la vaccine, la fièvre d'été italienne, la pleuro-pneumonie du bétail, etc.

On peut la reproduire chez le singe par inoculation d'une émulsion de certains tissus ou liquides organiques d'un enfant mort à la période aiguë de l'affection (expér. de Landsteiner et Popper, Flexner et Lewis). Elle est réinoculable d'un singe à l'autre, et ce *passage en série* est nécessaire pour prouver qu'il ne s'agit pas seulement de l'injection de toxines mais bien d'un virus vivant. L'inoculation n'a pas réussi chez d'autres animaux, sauf peut-être le lapin (Krause et Meinicke, Neisser, Paisseau et Troisier, *Gaz. des hôpit.*, n° 116, 11 oct. 1910.)

Le *virus se trouve* dans la moelle et le cerveau, les nerfs, dans la muqueuse du naso-pharynx, les ganglions lymphatiques (mésentériques), les glandes salivaires, le sang, la rate du malade ou du singe inoculé. Dans le liquide céphalo-rachidien, on ne le trouverait que tout à fait au début de l'affection (Krause et Meinicke, Paisseau et Troisier).

L'*inoculation* peut être faite dans le cerveau, l'espace sous-dural, dans ou autour des nerfs, dans le péritoine, la veine mésentérique, le tissu cellulaire sous-cutané, dans la chambre antérieure de l'œil.

La réussite de l'inoculation est surtout constante (90 p. 100) si on la fait intracranienne.

On a encore réussi à reproduire la maladie par introduction du virus avec une sonde dans l'estomac, par ponction d'une anse intestinale, par injection intratrachéale, par frottis sur la muqueuse nasale après scarification ou même sans scarification, par simple inhalation. L'expérimentation prouve donc que l'infection peut avoir pour porte d'entrée le tube digestif et les voies respiratoires. On comprend l'importance de cette donnée étiologique.

Le *virus est très résistant* aux agents extérieurs, à la dessiccation (au-dessus d'acide sulfurique ou de potasse pendant huit jours, cent quarante-deux jours à l'air), au froid intense (— 8 degrés), mais il s'atténue aux températures de 45 à 50 degrés et se détruit aux températures plus élevées de coagulation de l'albumine. Il ne s'agit donc pas d'un virus sporulé, résistant.

Cette longue vitalité est importante et explique la possibilité du transfert à longue distance (de Norwège en Amérique par les émigrants) et la reproduction à longs intervalles des cas sporadiques.

Par contre, les *antiseptiques* ordinaires (menthol, eau oxygénée, permanganate de potasse) le détruisent facilement. Römer et Joseph ont montré que la désinfection habituelle (huit heures en espace clos) des locaux par les vapeurs de formol était très efficace.

Le virus n'a pu être cultivé sur aucun des milieux habituels ou du moins les cultures ne peuvent se reproduire par inoculation.

La *période d'incubation* chez le singe est de trois à quinze jours (moyenne huit ou neuf jours) et il est possible que chez l'homme, chez lequel la maladie est d'allure moins aiguë que l'infection expérimentale, la période d'incubation soit encore plus longue. Cela expliquerait, pour S. Flexner, les cas sporadiques du début de l'hiver qui ont pu être contaminés pendant l'automne précédent. Cette période d'incubation correspond au temps mis par le virus à se propager dans l'organisme. L'anatomie pathologique montre qu'elle se fait le long des vaisseaux, probablement dans les espaces lymphatiques périvasculaires. Elle peut aussi (comme la rage) se faire dans le tissu des nerfs eux-mêmes. En injectant le virus dans le nerf médian on obtient une paralysie qui se localise d'abord au territoire médullaire correspondant (Levaditi). Après inoculation dans le nerf, si on le sectionne plus haut, la propagation ne se fait pas (Leiner et Wiesner).

On a recherché par quelles *voies* le virus était rejeté de l'organisme et créait des *causes de contagion*. On ne l'a retrouvé ni dans les selles, ni dans les urines. Mais S. Flexner a montré que, si l'on extirpe la muqueuse naso-pharyngienne d'un singe inoculé, qu'on l'écrase, la filtre et qu'on inocule le liquide obtenu, on reproduit l'affection. Cela ne tient pas à la petite quantité de sang qui peut s'y trouver, car chez le même animal, au même moment, le sang était peu virulent. S. Flexner, qui a fait des constatations analogues pour le méningocoque dans la méningite cérébro-spinale épidémique, en conclut que la voie naso-pharyngienne est, outre une voie d'infection, une voie de dissémination de la maladie. C'est une notion à retenir.

L'expérimentation a permis aussi de se rendre compte du degré d'*immunité* conféré par une première atteinte de la maladie. Les singes qui en guérissent, ce qui est exceptionnel, car chez eux elle est le plus souvent mortelle (en général 50 p. 100, parfois 100 p. 100), sont réfractaires à une nouvelle inoculation. Il semble en être de même dans l'espèce humaine, cependant Eshner vient de publier un cas de deuxième attaque chez un enfant déjà frappé (*Med. Record*, 24 sept. 1910).

Cette immunité ne semble être que temporaire, comme celle de la vaccine, et sa durée est encore inconnue.

Etant données les ressemblances du virus avec celui de la rage, on a pensé à utiliser le moyen même découvert par Pasteur, pour créer l'immunisation antirabique. Par dessiccation sur de la potasse de fragments de moelle, on obtient une atténuation du virus qui permet, par des inoculations répétées et à dose croissante, d'*immuniser les sujets*. Malheureusement le virus de la poliomyélite est plus résistant à la dessiccation

(1) Dans des articles ultérieurs, nous donnerons quelques notes sur l'étiologie, l'épidémiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le traitement.

(2) On trouvera une partie de cette bibliographie à la suite du rapport de Robert W. Lovett sur les constatations du comité médical de l'Etat de Massachusetts, *Boston med. and surg. Journ.*, 14 juillet 1910, vol. CLXIII, n° 2, p. 54.

que celui de la rage, et de temps en temps, la dose étant trop forte, on inocule la maladie. On a remplacé la dessiccation pour atténuer le virus par la chaleur qui serait plus active (Flexner et Lewis); mais les résultats ne sont pas encore définitifs.

Le *sérum* des animaux guéris de poliomyélite contient des *anticorps* qui neutralisent l'effet du virus. Un mélange à partie égale de ce sang et de substance infectée, ne reproduit plus l'affection. Il en est de même si l'on emploie du sang d'enfant guéri d'une attaque de maladie de Heine-Medin épidémique, ou même de paralysie infantile sporadique (Netter et Levaditi, Landsteiner et Levaditi, Flexner et Lewis). Ces propriétés neutralisantes peuvent persister pendant des années (plus de deux ans), mais finissent par s'atténuer peu à peu. Le sérum des animaux immunisés injecté à un animal neuf vingt-quatre heures après inoculation du virus (pendant la période d'incubation) empêche la maladie de se développer (Flexner et Lewis). D'autres modes de vaccination sont aussi à l'étude. On comprend la portée de ces constatations.

Tout d'abord c'est l'identification indiscutable de la paralysie infantile sporadique classique, avec la forme épidémique, ou maladie de Heine-Medin, identification niée par certains auteurs. Il s'agit bien de deux formes d'une même infection puisque le sérum d'un sujet frappé par l'une contient des substances immunisantes pour l'autre.

De plus, c'est la possibilité de fabriquer un sérum préventif et peut-être curateur, sa recherche est de tous côtés poussée activement.

Mais ici il faut bien spécifier que ce sérum n'aura d'action que sur l'infection au début, avant la destruction des cellules de la substance grise; une fois la lésion créée, la paralysie est acquise. On comprend donc l'importance capitale d'un diagnostic précoce, avant l'apparition de la paralysie. Nous verrons sa difficulté à l'heure actuelle. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1911)

Néphrite syphilitique traitée par l'arsenobenzol. — MM. F. WIDAL et JAVAL ont traité par l'arsenobenzol un malade atteint d'une néphrite syphilitique secondaire datant de quatorze mois, où la quantité d'albumine oscillait entre 10 et 14 grammes par litre. On fit au malade une injection intraveineuse de 60 centigrammes d'arsenobenzol. La quantité d'albumine resta stationnaire pendant une semaine, puis se mit à diminuer à partir du huitième jour et au bout d'un mois elle était descendue au chiffre de 1g50.

Ce malade avait reçu au début de sa néphrite syphilitique de nombreuses séries de piqûres de biiodure qui avaient été sans action sur le rein. Au contraire l'arsenobenzol paraît exercer une influence heureuse sur la chute de l'albumine; mais il faut tenir compte que ces traitements ont été appliqués à des périodes très différentes de la maladie : le mercure au moment des œdèmes et de la rétention chlorurée la plus intense; l'arsenobenzol, au contraire, au moment où la perméabilité rénale aux chlorures était très améliorée.

Il est possible que l'arsenobenzol ne produise pas les mêmes effets à toutes les périodes des néphrites syphilitiques; mais, en tous cas, si dans le traitement par l'arsenobenzol on doit tenir compte de l'état du rein, la contre-indication de la néphrite syphilitique, qui avait été posée au début, ne s'applique pas indistinctement à toutes les formes de la syphilis rénale, ni à toutes les périodes de la maladie.

M. SIREDEY rapporte une observation analogue d'un malade atteint de néphrite syphilitique, chez lequel la quantité d'albumine a diminué notablement à la suite du traitement par l'arsenobenzol.

La contention des ptoses de l'estomac (résultats éloignés). — MM. Gaston DURAND et RAULOT-LAPOINTE ont examiné et suivi par l'examen aux rayons X un grand nombre de cas traités par le port de la sangle inextensible à peloté pneumatique de M. Enriquez. Ils ont constaté :

1° Que par ce seul moyen, presque toutes les ptoses pouvaient être réduites, l'estomac étant relevé de six à douze centimètres, le retour de cet organe à la statique normale pouvant être obtenu d'une manière définitive en des temps variables suivant les individus.

2° Que dans un certain nombre de cas cependant, il y avait irréductibilité de la ptose et augmentation des phénomènes douloureux par le port de la sangle. Chez plusieurs de ces malades opérés on a pu vérifier l'existence d'adhérences fixant l'estomac en position vicieuse ainsi qu'on avait pu le constater par la radioscopie. Après libération de l'estomac, ces ptoses ont pu être réduites d'une manière définitive.

Il semble donc que tout estomac ptosé peut être relevé à condition :

1° D'employer un mode de contention qui puisse s'adapter à toutes les formes de ventres (sangles inextensibles et pelotes pneumatiques);

2° De vérifier par la radioscopie que l'estomac ptosé n'est pas fixé par des adhérences.

Arthrite blennorragique suppurée consécutive à une prostatite datant de huit ans. — MM. PISSAVY et H. RENDU présentent l'observation d'un malade qui fit une arthrite purulente du genou droit. La ponction donna issue à 80 centimètres cubes de pus où l'on décela du gonocoque. L'infection gonococcique primitive datait de huit ans; à cette époque le microbe se localisa sur la prostate qui resta toujours chroniquement irritée. La virulence du microbe avait été exaltée par une infection intercurrente (stomatite aphteuse) qui sensibilisa les séreuses et favorisa la fixation du gonocoque sur l'article.

L'affection fut très peu fébrile et la température ne dépassa jamais 38°6. La maladie, quoique très douloureuse, évolua de façon bénigne et le malade guérit complètement.

Guérison de deux cas d'hydropneumothorax tuberculeux. — M. GALLIARD.

Radiographie et radioscopie de l'estomac. Diagnostic radiologique d'un estomac biloculaire. — M. AUBOURG présente de nombreux clichés de radiographies rapides de l'estomac qui montrent quel intérêt présente cette méthode au point de vue du diagnostic des affections gastro-intestinales.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de physiopathologie clinique, par le professeur J. GRASSET. — T. II, *Fonctions de défense contre la maladie. Antixénisme* (1).

Le tome premier de cet ouvrage comprenait l'exposé des fonctions d'échange et de transformation de matière (trophobiologie) : ce volume, qui en est la suite, comprend les fonctions de défense, contre l'étranger (*antixénisme*).

Le programme est vaste et sans cesse encore s'agrandit chaque jour grâce aux travaux des biologistes, aussi, l'auteur a-t-il pu très judicieusement écrire dans son introduction, que ce nouveau volume lui avait donné beaucoup plus de peine à écrire que le premier.

Il sera d'ailleurs facile de se rendre compte de l'exactitude

(1) In-8. — Paris, Masson et Cie.

de ce fait, en parcourant la table des matières : les questions les plus nouvelles y sont abordées et exposées avec une bibliographie des plus complètes. Nous nous contentons de signaler le chapitre qui a trait aux acquisitions récentes sur les rayons X et le radium, sur certaines particularités d'action de quelques bactéries, enfin et surtout sur le mode intime d'action nocive de ces bactéries, ainsi que sur la défense opposée par l'organisme à cet envahissement.

Tous les problèmes nouveaux qu'a soulevés l'étude de l'immunité (rôle des leucocytes, rôle du sérum, propriété de ce sérum, agglutinines, précipitines, opsonines, etc.), sont exposés en quelques pages claires fort utiles à consulter; parce que ces recherches sont rapportées sans parti pris, avec une indication toujours très exacte des sources, ce qui fait que le lecteur peut ainsi facilement se mettre au courant de ces questions cependant si compliquées.

Le volume se termine par une étude anatomopathologique d'ensemble des réactions cellulaires et tissulaires : inflammations et tumeurs ; aucune thèse philosophique n'est spécialement défendue dans cette étude qui s'y prêtait cependant remarquablement ; néanmoins, et l'auteur se garde bien de s'en défendre d'ailleurs, il se dégage de toute cette lecture, suivant l'expression même du professeur Grasset, l' « amour d'un certain finalisme immanent ». L. BABONNEIX.

Maladie des muscles (1), par G. Marinesco.

Dans cette nouvelle édition l'étude des myopathies primitives progresssives, fort complète d'ailleurs, n'a subi que des modifications de détails. Le chapitre des maladies inflammatoires des muscles s'est au contraire accru d'une série nouvelle d'articles consacrés aux myosites accompagnant les affections articulaires (myosite rhumatismale et myosite par gonocoques), aux myosites tuberculeuse, syphilitique, ossifiante progressive, suppurée, etc. L. GAYARD.

Morphinisme et morphinomanie. Les différentes méthodes de sevrage sans souffrance (2), par le docteur Oscar Jennings. Traduction et introduction du docteur Henri Mignon.

Pour l'auteur la morphinomanie est beaucoup plus curable qu'on ne le suppose généralement, et il condamne formellement la séquestration.

Le traitement à suivre, tel que le conçoit le docteur Oscar Jennings, est minutieusement et clairement décrit de façon à permettre aux praticiens de le mettre facilement en œuvre le cas échéant. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Formulaire pour les maladies des enfants (3), par le docteur A. Veillard, médecin à Vichy.

Cette 5e édition s'est trouvée en quelque sorte commandée par l'apparition du nouveau Codex : néanmoins l'auteur ne s'est pas attaché à entasser une énumération complète de tous les médicaments figurant au Codex : ce formulaire présente tout spécialement *un côté pratique;* pour chaque maladie l'auteur indique un traitement de choix, et ce côté thérapeutique exclusif est heureusement complété par quelques aperçus de première importance, sur l'*étiologie*, ainsi que sur les mesures *prophylactiques* à prendre. C'est là un livre toujours utile à consulter, et dont une lecture, même rapide, permet parfaitement d'expliquer le succès. L. BABONNEIX.

---

(1) In-8 de 172 pages avec 76 figures (fasc. XXXVIII du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*). — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 raisin de 135 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

(3) Paris, Berthier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES (SUITE)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Huit places de sous-inspecteur de l'Assistance publique ont été mises au concours, par arrêté du 13 octobre 1910.

Les épreuves écrites ont eu lieu le 14 décembre 1910.

Trente-six candidats sur trente-huit inscrits ont pris part à ce concours ; dix candidats ont été admissibles aux épreuves orales.

A la suite des épreuves orales subies le 18 janvier 1911, ont été admis :

MM. Bouscatel, licencié ès lettres ; Leygue, licencié en droit ; Collet, docteur en droit ; Cuchet-Chéruzel, commis d'inspection ; Marsy, docteur en médecine ; Dequidt, docteur en médecine, et Lévy, sous-chef de bureau de préfecture, *ex æquo;* Gullon, commis d'inspection.

— Une médaille d'argent pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Bonnaire (de Paris).

Une médaille de bronze est décernée au docteur Ollivier (de Paris).

MARINE. — Par décret en date du 17 janvier 1911, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. Jouin, Cahuzac, Seguy, Scoarnec et Bizard, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sur la proposition du gouvernement royal hongrois, l'empereur-roi vient de conférer la plaque de grand-officier de l'ordre de François-Joseph au professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du comité de patronage des étudiants hongrois en France.

— L'empereur de Russie a conféré la plaque de grand officier de l'ordre de Saint-Stanislas à M. le professeur Raphaël Blanchard et la croix de chevalier de Sainte-Anne, au docteur A. Robert, chef des travaux de zoologie à la Sorbonne.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Imbert (de Castellane).

M. le docteur Combe, professeur de clinique infantile (de Lausanne).

M. le docteur Pike, citoyen américain (à Paris).

BUREAU D'HYGIÈNE D'AUXERRE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville d'Auxerre (Yonne) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 7 mai 1909. Le traitement alloué est fixé à 4500 francs.

Les candidats ont un délai, expirant le 2 février 1911, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 26 janvier 1911, à quatre heures et demie du soir.

A cinq heures trois quarts, le docteur Jean Charcot fera une conférence sur son voyage au pôle Sud.

AVIS AUX CONFRÈRES. — Le Syndicat médical de Cambrai et de la région de Cambrai engage tout confrère qui serait sollicité de s'installer à Quiévy (Nord) de se renseigner d'abord auprès du président du Syndicat, le docteur Bombart, à Solesmes (Nord).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort

de MM. les docteurs Duronéa (d'Ustaritz); Georges Reynaud (de Marseille) et Marcel Durand, externe des hôpitaux de Lyon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1911

THÈSES

Mercredi 1er février, à une heure. — M. BUGEAU. De l'anesthésie générale en oto-rhino-laryngologie. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. JACOULET. Les épithéliomas kystiques de la glande mammaire. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 2 février, à une heure. — M. VILLANDRE. Anévrismes de l'artère hépatique. (MM. Chantemesse, président; Ribemont-Dessaignes, Chauffard et Jeannin.) — M. YATROU. Etudes sur les grossesses gémellaires dans des utérus doubles. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Chantemesse, Chauffard et Jeannin.) — M. DE BRUNEL DE SERBONNES. Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, nº 22, 1er déc. 1910.) M.-G. SEELIG : La doctrine du vitalisme en médecine. — W.-P. GRAVES : Nos connaissances actuelles sur les lois de l'hérédité (3 fig.). — James G. MUNFORD : Les psychoses post-opératoires. — Hugh CABOT : Un cas de myxo-fibro-sarcome provenant du grand épiploon et intéressant la vessie et le petit intestin. — (Nº 23, 8 déc.) John RITCHIE : Ce que les sociétés médicales doivent faire pour la santé du peuple. — Samuel T. ORTON et Walter L. DODD : Expériences sur la transmission des bactéries par les mouches avec la description spéciale d'une épidémie de dysenterie bacillaire à l'hôpital de l'Etat de Worcester à Boston en août et septembre 1910 (2 tabl., 2 fig.). — A.-E. TAFT : Rapport sur une étude expérimentale de l'épilepsie de Brown-Séquard chez le cobaye. — C.-H. HARE : Une grossesse extra-utérine à terme.

Encéphale. — (Nº 10, oct. 1910.) P. SOLLIER : Phénomènes de cénesthésie cérébrale unilatéraux et de dépersonnalisation liés à une affection organique du cerveau. — AUBRY : Psychoses de l'enfance à forme de démence précoce. — COURBON : Le traitement de l'agitation par le bercement. — RÉMOND et VOIVENEL : Trois cas de paralysie générale régressive. — BRUNET et CALMETTES : Un cas de psychose post-grippale sans confusion mentale. — LATAPIE : Les aliénés refoulés d'Amérique et débarqués au port de Saint-Nazaire. — (Nº 11, nov. 1910.) LHERMITTE et KLARFELD : La myélite segmentaire d'origine tuberculeuse. — ASCENZI : Compression médullaire par le mal de Pott. — H. CLAUDE : Compression médullaire et hystérie. Paraplégie à rechutes. — HEULLY : Phénomènes tabétiques et kystes hydatiques paravertébraux. — (Nº 12, déc. 1910.) LAIGNEL-LAVASTINE et PITULESCU : Lésions neurofibrillaires des cellules nerveuses corticales des paralytiques généraux. — LAURÈS : Confusion mentale et démence. — HORNOWSKI et RUDZKI : Sur la sclérose tubéreuse cérébrale. — HALBERSTADT : Sur un état mixte pseudo-circulaire. — J. CHARPENTIER : Maladie de Recklinghausen et psychose périodique.

Journal de médecine interne. — (Nº 34, 10 déc. 1910.) FOVEAU DE COURMELLES : La radiologie de l'appareil digestif. — (Nº 35, 20 déc.) A. MATHIEU : L'ulcère du duodénum. — Ch. FOUQUET : Acnés (*suite*). — (Nº 36, 30 déc.) ISCOVESCO : Les lipoïdes de la thyroïde et la théorie lipoïdienne du goitre exophtalmique.

Medizinische Blätter. — (Nos 50 et 51, 10 et 17 déc. 1910.) SIEBELT : Le repas dans la ville d'eaux. — (Nº 52, 24 déc.) SIEBELT : Le repas dans la ville d'eaux (*suite*). — NEUBAUER : Sur le radiosol.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (Nº 49, 6 déc. 1910.) SCHLIMPERT et SCHNEIDER : Anesthésie sacrée en gynécologie et obstétrique. — HAMM : Sur la question de la bradycardie puerpérale physiologique. — MAYER : Sur la lutte contre les porteurs sains de bacilles dysentériques. — KAYSER : Sur les séquelles et les récidives de la diphtérie. — BRAUMÜLLER : Sur l'action toxique du sucre après alimentation par l'albumine du lait. — LŒW : Sur le rôle physiologique des sels de potasse. — HILDEBRANDT : Sur l'urobiline dans le sang. — HAYN et SCHMITT : Utilisation pratique de la réaction de Wassermann et en particulier avec la modification de Stern. — HIRSCH : L'Ehrlich-Hata dans les affections spécifiques de l'œil. — MONTESANTO : Expériences avec le 606. — MÜLLER : Le traitement de la raideur du genou. — STÜRMER : Sur le traitement du diabète. — ZIEGNER : Sur la narcose par le chloroforme-oxygène. — TANAKA : Sur les maladies dues aux parasites animaux au Japon.

Pédiatrie pratique. — (Nº 203, 15 déc. 1910.) WEILL : Diagnostic précoce et pathogénie de la méningite bacillaire. — CARON DE LA CARRIÈRE : Le traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales françaises (*suite*). — (Nº 204, 25 déc.) HUTINEL : L'évolution schématique de la tuberculose infantile. Quelques considérations sur le purpura. — MARFAN et DEBRÉ : Gonohémie à manifestations viscérales multiples chez une fillette de dix ans et demi (essais de traitement par le vaccin de Wright et le sérum antiméningococcique).

Tribune médicale. — (Nº 51, 17 déc. 1910.) G. DELAMARE : L'épidémie de variole du XVIIIe arrondissement). — (Nº 52, 24 déc.) PARVU et DONAI : Tumeur du rein droit simulant un kyste hydatique suppuré du foie. Valeur diagnostique de quelques signes cliniques et des recherches de laboratoire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (Nº 22, 30 nov. 1910.) BICHATON et DRIOUT : Quelques nouveaux cas d'œsophagoscopie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — JEUDI 26 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 26 JANVIER 1911. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Les nerfs récurrents (anatomie). Complications de la rougeole. »

MM. Koechlin, 13 + 24 = 37 ; Colombe, 15 + 22 = 37 ; Trifaud, 14 + 17 = 31 ; Rougier, 10 + 18 = 28 ; Leblanc, 19 + 25 = 44 ; Alexandre, 13 + 19 = 32 ; Larroque, 15 + 17 = 32 ; Mlle de Pfeffel, 14 + 21 = 35 ; MM. Rouillard, 16 + 22 = 38 ; Goret, 15 + 20 = 35.

FACULTÉ D'ALGER. — Il est institué un doctorat de l'université d'Alger (mention pharmacie).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 21 janvier 1911 :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Caubet, Dargein et Marvy.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 18 janvier 1911, ont été promus, à compter du 1er février 1911, au grade de médecin aide-major de première classe des troupes coloniales, comme ayant accompli deux années de services dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Motais, Denœux, Lafargue, Deneufbourg, Baisez, Tardieu, Certain, Borel, Gayrard, Lucas, Gambier, Bideau, Morin, Combaudon, Raymond, Bizolier, Roussy, Coste, Caillet, Rouvier, Corson, Lossouarn, Riquier, de Reilhan de Carnas, Enault, Legrand, Pouzoul et Rey.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Election du docteur Branly.* — L'élection au siège vacant par suite du décès de M. Gernez a eu lieu lundi. Le nombre des votants s'élevait à 58, la majorité était donc de 30.

Il y a eu deux tours de scrutin dont voici les résultats :

	1er tour.	2e tour.
Mme Curie	28	28
MM. Berthelot	0	0
Branly	29	30
Broca	0	0
Cotton	0	0
Perot	0	0
Brillouin	1	0
	58	58

M. Branly ayant obtenu la majorité des suffrages est déclaré élu.

Le docteur Branly est né en 1846 à Amiens. Après avoir fait ses études à Saint-Quentin, puis au lycée Henri IV, il entra à l'Ecole normale supérieure en 1865 et fut reçu à l'agrégation des sciences physiques et naturelles. Docteur ès sciences en 1873, il se fit recevoir docteur en médecine en 1882. Chef des travaux et directeur du laboratoire d'enseignement de la physique à la Sorbonne, il quitta l'Université pour prendre la chaire de physique à l'Université catholique de Paris.

Le docteur Branly est bien connu dans le monde scientifique pour ses nombreux et remarquables travaux dans le domaine de la physique. Il devait y faire la découverte de l'admirable appareil qui a illustré sa carrière : le cohéreur de la télégraphie sans fil. Vers 1890, dit *Le Temps* auquel nous empruntons ces détails, les savants s'occupaient, dans les laboratoires de physique, de la question des ondes électriques à l'étude desquelles le professeur Hertz avait apporté de curieuses élucidations. Le professeur Branly ne manqua pas de s'y attacher aussi, et par de méticuleuses expériences, il constata qu'un tube de limaille métallique placé au voisinage de ces ondes produites par éclatement subissait des modifications dans le groupement et la conductibilité de son contenu : le cohéreur était dès lors découvert. En 1895, le jeune physicien et électricien italien Marconi eut l'idée que l'on pouvait utiliser les intermittences du cohéreur pour en faire des signaux : il l'intercala, à cet effet, dans le circuit d'un conducteur relié à une antenne, c'est-à-dire à un mât vertical pou-

vant servir soit à répandre dans l'espace les ondes provenant de l'éclatement électrique, soit à les recevoir à distance : dès lors, on entrait dans la voie pratique de la télégraphie sans fil dont on sait la belle destinée. On peut dire qu'une des plus grandes découvertes modernes apparaissait et que sans le cohéreur du docteur Branly elle fût demeurée à tout jamais ignorée. Marconi le constata avec beaucoup de courtoisie en envoyant au docteur Branly le premier télégramme sans fil qu'il eut le mérite et la joie de pouvoir lancer dans l'espace : auparavant les signaux s'étaient bornés à de simples points. Tel est le très bref historique du début de cette grande découverte.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. Van Cauwenberghe est nommé président pour 1911 en remplacement de M. Debaisieux, président sortant.

Sont élus membres honoraires étrangers : MM. Ramon y Cajál (de Madrid) et J. Loeb (de New-York).

Correspondant étranger : M. A. Bier (de Berlin).

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC. — M. Henri Gautier, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et M. Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et directeur honoraire de ladite Ecole sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section).

Ils siégeront en cette qualité, à la Commission de médecine et de pharmacie.

COMMISSION CHARGÉE DE PRÉPARER LA FUTURE ÉDITION DE LA PHARMACOPÉE FRANÇAISE (codex medicamentarius). — M. Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et directeur honoraire de ladite Ecole, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, est maintenu, en la double qualité de membre et de vice-président de la Commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (codex medicamentarius).

M. Marty, membre de l'Académie de médecine, membre de la Commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (codex medicamentarius), est nommé vice-président de cette Commission.

LA FILARIOSE CHEZ LES TIRAILLEURS SÉNÉGALAIS. — La mission bactériologique chargée d'examiner les tirailleurs sénégalais en garnison dans le Sud oranais a terminé ses travaux, dont les premiers résultats peuvent se résumer ainsi :

1° 234 tirailleurs sur 800 et 18 femmes ou enfants sur 450 ont été trouvés porteurs de filaires.

2° Leur santé n'est nullement affectée par la présence de ces nématodes dans leur sang, et aucun d'entre eux ne présente les complications attribuées à la filariose.

3° La contagion paraît nulle en Algérie et dans les pays de chaleur sèche. En effet, seuls sont atteints les sujets qui sont originaires des pays de chaleur humide ou qui y ont séjourné. Aucun des cinquante Européens du cadre, officiers ou sous-officiers, ne présente de filaires. Fait caractéristique : un ménage de tirailleurs a un enfant né au Congo et un autre né au Sénégal avant le retour; le père, la mère et le petit Congolais sont tous trois filariés, le petit frère né au Sénégal est indemne.

La commission n'a pas encore étendu ses investigations sur la population indigène des oasis (Arabes, Nègres soudanais, Nègres sahariens).

Plusieurs cas de filariose ont été signalés dans le Sud algérien et tunisien depuis longtemps, mais aucune étude ne permet de déterminer la proportion des filariés qu'elle renferme. Ces constatations seront nécessaires avant qu'on puisse rien conclure au point de vue scientifique.

Etant donné ces premiers résultats et les mélanges de population qui ont eu lieu en Afrique septentrionale à toutes les époques, il est probable que l'on ne trouvera une forte proportion de filariés que dans les oasis où subsistent encore des eaux stagnantes.

Par ailleurs, on ne voit guère la possibilité d'une sanction pratique qui serait appliquée à ces études, étant donnés la bénignité de la filariose et son peu de contagion en Algérie. En agitant l'opinion publique à propos de cette question, on serait vraisemblablement amené à prendre des mesures extrêmement compliquées (analyse du sang, de l'urine et des fèces) du côté de l'Egypte, pays essentiellement filarié, et du Sud tunisien. Le pèlerinage de la Mecque et la main-d'œuvre du Djerid seraient entravés.

Il paraît nécessaire d'indiquer dès maintenant que des mesures sanitaires visiblement très exagérées peuvent avoir de fâcheuses conséquences au point de vue économique et politique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Simon (de Paris).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 11, 25 nov. 1910.) FRŒLICH : Les côtes cervicales, complications, apophysite cervicale latérale. — VIDAL : Recherches sur le mécanisme et le traitement des syncopes chloroformiques. — LOFARO : Endothélioma développé sur un nævus dermoïde congénital.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 49, 3 déc. 1910.) Carlos LEPOUTRE : L'anatomie du faisceau de His. — R. DECOUSSER : Ectopie testiculaire sous-cutanée. Extirpation, guérison. — (N° 50, 10 déc.) A. BONNET-LABORDERIE : Déchirure du sinus longitudinal supérieur à la suite d'une application de forceps. — A. DAVID : Gangrène complète de l'auriculaire consécutive à quelques applications phéniquées. — D. VESVAL : Ostéosarcome de la tête de l'humérus, désarticulation de l'épaule. Récidive. Désarticulation interscapulo-thoracique. Propagation à la colonne vertébrale. Mort. Autopsie. — (N° 51, 17 déc.) Max POISSONNIER : Le larmoiement chronique, ses causes, son traitement. — Maurice D'HALLUIN : Fracture de la base du premier métacarpien. Luxations de la phalangette du pouce. — (N° 52, 24 déc.) H. LAVRAND : Mastoïdite chez un diabétique. Opération. Guérison. — Jean POULAIN : Encéphalite subaiguë hyperplastique déterminant des attaques d'épilepsie jacksonienne. Etude médico-chirurgicale. Mort. Autopsie. — Jean POULAIN et Paul DEKESTER : Grossesse tubaire non rompue. Salpingectomie double. Examen des pièces. Guérison.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 10, déc. 1910.) MATIGNON : Traitement chirurgical de certaines constipations par l'ablation des valvules de Houston. — Hubert HOULLIER : Corps étranger du tube digestif. Amygdalite aiguë avec douleurs polyarticulaires.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 déc. 1910.) DE MARBAIX : Fractures du radius et mobilisation. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Le retour aux applications de la méthode antiseptique. Traitement des plaies contuses avec la teinture d'iode par le docteur Lapasset. — HIRTZ : Rétrécissements urétraux silencieux et rétrécissements marqués. Traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde.

Journal médical français. — (N° 12, 15 déc. 1910.) L. BOIDIN : Les procédés biologiques dans le diagnostic de la maladie hydatique. — A. CHAUFFARD : Les signes physiques des kystes hydatiques de la convexité du foie. — F. DÉVÉ : La rupture intrapéritonéale des kystes hydatiques du foie et ses conséquences cliniques. — DESTERNES : Exploration radiologique du foie et le diagnostic des kystes hydatiques. — DUJARIER : Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. — CASTAIGNE et GOURAUD : Le rôle du médecin dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

LA PRATIQUE
DE
L'IMMUNOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

DU CHOIX ET DE L'EMPLOI DES DIFFÉRENTS AGENTS D'IMMUNOTHÉRAPIE :

Tuberculines. Sérums. Granulations de Much. Leur signification clinique (1),

Par M. le docteur E.-A. BOSSAN,
Médecin en chef de l'hôpital des Dames françaises de la Croix-Rouge (Nice).

GRANULATIONS DE MUCH. BACILLES TUBERCULEUX NON COLORABLES PAR LE ZIEHL MAIS COLORABLES PAR LA MÉTHODE DE GRAM MODIFIÉE. — Much (de Hambourg) démontra en 1907 l'existence d'une « forme granulaire du virus tuberculeux, non colorable par le Ziehl mais colorable par la méthode de Gram modifiée ». Il avait remarqué que des organes d'animaux, infestés dans des conditions identiques et présentant les mêmes lésions microscopiques, donnaient des résultats tout à fait différents à la recherche des bacilles. Certains animaux donnaient des préparations riches en bacilles colorés par le Ziehl, tandis que d'autres n'en avaient aucun. Chez ceux-ci, une coloration par la méthode de Gram légèrement modifiée faisait paraître des granulations. Ces granulations injectées à des cobayes se montraient virulentes et cultivées se transformaient en bacilles ordinaires.

Dans une série de travaux, Much conclut qu'il ne s'agissait pas de produits de destruction du bacille, comme Behring le croyait, mais d'une forme à un certain stade de développement du bacille de Koch, développement qui pourrait ainsi se schématiser :

1° Bacille acido-résistant colorable par le Ziehl
2° Bacille non acido-résistant } seulement colorables par le Gram.
3° Granulation }

Wirths pense que les bacilles tuberculeux sont entourés d'une substance colorable par le Ziehl. Lorsque cette substance disparaît, l'acido-résistance disparaît aussi et les bacilles restent seulement colorables par le Gram. L'hypothèse de Much serait donc confirmée et il s'agirait d'une forme évolutive du bacille, peut-être d'une forme plus résistante.

Fontes pense aussi que la forme granulaire est plus résistante.

Weiss remarque que ces formes granulaires se trouvent dans le contenu des ganglions tuberculeux plus ou moins caséifiés, presque à l'exclusion des bacilles acido-résistants. Comme ce contenu est souvent stérile (Cornet), il s'agirait donc tout au moins d'une forme de bacille à l'état de latence.

Geipel attribue cette disparition de l'acido-résistance à un processus dégénératif, à des bacilles nécrosés ou se nécrosant, ce qui explique la présence de cette forme granulaire exclusivement dans de vieux foyers tuberculeux ou dans de vieilles cultures et leur absence dans les tissus fraîchement atteints de tuberculose.

St. Rosenblatt, Schultz, ont étudié cette forme granuleuse dans l'expectoration des tuberculeux. Ils l'ont trouvée à côté de la forme acido-résistante et dans quelques cas où celle-ci n'existait pas.

Quelle que soit l'hypothèse admise pour expliquer ce changement dans la morphologie du bacille tuberculeux (1) [forme de résistance ou processus dégénératif], nos recherches confirmant celles de Schultz et Weiss montrent qu'il est dû à l'influence des anticorps produits par l'organisme.

Quand l'organisme est mis en état de résister, c'est-à-dire produit des anticorps en quantité suffisante, l'antigène (bacille de Koch), ou tend à être détruit complètement (bactériolyse), ou tout au moins est obligé, pour éviter une destruction complète, à revêtir une forme plus résistante (spores ou forme granulaire de Much pour le bacille tuberculeux).

Nous avons donc pensé que l'étude des variations dans la teneur des crachats en granulations de Much pourrait servir de critère, dans les cas de tuberculose ouverte, pour apprécier l'effet thérapeutique des injections de tuberculine.

Nous avons employé pour l'examen de l'expectoration de nos tuberculeux le procédé de Weiss dit de la « double coloration ».

Cette double coloration permet de voir à la fois les parties colorables par le *Ziehl* et celles qui ne sont colorables que par le *Gram* et ainsi d'en mieux comparer la valeur relative. S'il n'y a plus rien de colorable par le Ziehl, ce qui est colorable par le Gram ne le reste pas moins ; et si les formes bacillaires et granulaires coexistent dans la même préparation, l'image microscopique est ainsi plus claire et plus facile à interpréter.

Comme les granulations ne sont pas attaquées par l'antiformine, il est très commode d'employer ce procédé, car les autres granulations et les cocci sont alors dissous. *Par leur résistance à l'antiformine les granulations tuberculeuses se différencient de toutes les formations analogues.* Ainsi tombent les objections de Liebermeister, objections basées sur la difficulté de les différencier les unes des autres dans les préparations microscopiques.

MÉTHODE DE WEISS, DITE « DOUBLE COLORATION ». — Après étalement et fixation ordinaires, les lames subissent les préparations suivantes :

1° Vingt-quatre à quarante-huit heures dans 3/4 solution méthylviolette B N phéniquée + 1/4 solution fuschine phéniquée.

Cette solution phéniquée de méthylviolette s'obtient en ajoutant 10 centimètres cubes de la solution alcoolique saturée de méthylviolette B N à 100 centimètres cubes d'eau phéniquée à 5 p. 100.

De même pour la fuschine phéniquée (formule connue de Ziehl).

2° Solution iodo-iodurée, cinq minutes à froid.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 9, p. 123.

(1) Cette question si importante fera l'objet d'un prochain travail où nous exposerons le résultat de nombreuses expériences actuellement en cours.

3° Décoloration à l'acide nitrique 5 p. 100, une minute.

4° Décoloration à l'acide chlorhydrique 3 p. 100, dix secondes.

5° Décoloration à l'alcool-acétone parties égales, continuer la décoloration jusqu'à ce qu'il ne reste plus trace de colorant (contrôler plusieurs fois la préparation sous le microscope).

6° Sécher au papier buvard.

7° Coloration du fond avec solution de safranine à 1 p. 100, cinq à dix secondes ou avec brun de Bismarck, une minute.

8° Lavage à l'eau.

9° Court séchage à la flamme.

10° Examen de la préparation.

Renouveler le mélange colorant au moins tous les huit jours, filtrer soigneusement avant chaque coloration. Six cas de tuberculose pulmonaire traités par la tuberculine et deux traités par le sérum de Marmorek ont montré dans leur expectoration que la quantité des granulations de Much augmentait à mesure que s'améliorait l'état du malade. Dans un cas, les bacilles acido-résistants avaient complètement disparus ; il ne restait plus que la forme granulaire (ce qui prouve que, dans tout examen, on doit actuellement employer le procédé de Much, avant de conclure à l'absence de tuberculose).

Nous ne développerons pas plus longtemps ce sujet, désirant le reprendre et le compléter par de nombreuses expériences actuellement en cours et par les observations qui s'y rapportent. Nous avons tenu cependant à attirer dès maintenant l'attention sur cette importante question de la présence et de la signification des *granulations de Much*.

Mais pour nous, le *critère biologique* par excellence dont, ainsi que nous le démontrerons plus tard, les résultats concordent avec l'apparition des corps de Much, l'augmentation du poids, la disparition de la fièvre, avec les signes cliniques d'amélioration, ce critère est ce que nous avons appelé dans de précédents travaux, le *coefficient phagocytaire* (1). Cette méthode, en effet, ne préjuge en rien des diverses substances défensives produites dans l'organisme ; elle n'est que la représentation exacte, mesurable sous le microscope, de ce qui se passe *in vivo*, et nous permet de voir la réaction défensive générale de l'organisme et d'en apprécier les fluctuations.

La seule méthode pour arriver a une estimation correcte de la résistance hémophagocytaire d'un malade n'est-elle pas en effet d'évaluer la résistance des cellules dans leur propre sérum ? — Il nous semble pouvoir résumer ainsi les avantages de cette méthode :

1° La technique est plus simple et demande moins de temps que les autres et en particulier que la recherche de l'index opsonique.

2° La phagocytose s'effectue dans le plasma sanguin frais et non dans le sérum seul, par conséquent dans des conditions sensiblement semblables à ce qui se passe *in vivo*.

3° Il est infiniment préférable d'étudier l'action des leucocytes du malade lui-même dans leur propre sérum, que d'étudier les cellules d'un autre individu.

4° Les cellules ne sont pas soumises à des lavages répétés, ce qui ne peut que nuire à leur vitalité.

En dehors des *critères biologiques*, nous avons, pour juger de l'action de la tuberculine, les critères cliniques. Ici, comme toujours, l'observation du malade, la surveillance vigilante de tous les phénomènes qu'il présente, la clinique, en un mot, doit avoir le pas sur toutes les autres méthodes.

L'augmentation du poids, *l'amélioration des symptômes locaux*, *la disparition de la fièvre* sont les critères d'après lesquels nous devons nous guider. Certes, chacun de ces signes, pris isolément, peut nous tromper ; un tuberculeux peut augmenter de poids ou ne plus avoir de fièvre et cependant voir son état empirer.

Mais ces trois signes pris ensemble, formant faisceau, ont une haute signification et sous ces réserves, nous pouvons dire que le *critère de la tuberculinothérapie comme de la sérothérapie antituberculeuse doit être l'amélioration clinique, confirmée par la mesure du coefficient phagocytaire.*

Sérothérapie antituberculeuse. — La différence qui existe entre la tuberculinothérapie (*immunisation active*) et la sérothérapie (*immunisation passive*) nous fait immédiatement comprendre les différences profondes qui existent dans leurs indications respectives.

Nous savons, en effet, que par l'immunisation active il se forme dans l'organisme des substances défensives spécifiques qui circulent dans le sérum et peuvent avec ce sérum être transmises à d'autres individus. Ces substances peuvent chez les animaux en expérience empêcher une intoxication ou une infection mortelle, car les antitoxines et antiagressines neutralisent les toxines et les agressines, les bactériolysines dissolvent les bactéries que les bactériotropines préparent pour la phagocytose. Leur valeur n'est pas seulement prophylactique; nous savons par le sérum antidiphtérique que ces substances défensives ont aussi une grande valeur thérapeutique.

L'obtention et l'usage des sérums sont entourés de grandes difficultés, dans tous les cas où, comme dans la diphtérie, ne suffit pas l'action antitoxique.

Le pouvoir bactériolytique peut être très dangereux, car s'il atteint à la fois un trop grand nombre de bactéries, l'animal en expérience meurt, par la mise en liberté d'une grande quantité d'endotoxine. Il faut donc chercher une anti-endotoxine.

Bail et ses élèves ont démontré que les antiagressines ne peuvent être produites par l'injection de bacilles morts. Seuls les bacilles vivants en sont capables, nouvelle difficulté.

---

(1) E. Bossan. Opsonines et index opsonique comme moyen de contrôle de l'effet produit par certaines médications, *Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1907. — Bossan et Marcelet. Les métaux colloïdaux. Etude sur leur action et leur effet sur le pouvoir phagocytaire, *Gaz. des hôpit.*, 10 sept. 1908; — Opsonines et métaux colloïdaux. Coefficient phagocytaire et action spécifique des différents métaux colloïdaux, *Gaz. des hôpit.*, 26 août 1909.

Cependant à part le sérum anticholérique, on peut dire que les immunserums, même dans les circonstances les plus favorables, ne provoquent presque pas de bactériolyse, mais se contentent de fixer avec leurs ambocepteurs (bactériolysines et antiagressines) le complément libre ou, par leurs bactériotropines, d'exalter la phagocytose.

Si nous ne pouvons encore actuellement attribuer une action défensive certaine à la *fixation du complément*, nous savons combien sont utiles les *bactériotropines*.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître qu'une forte phagocytose est l'expression exacte d'une forte réaction défensive, ce qui donne tant d'intérêt à l'étude du « coefficient phagocytaire ». Les leucocytes du reste ne détruisent pas seulement les bactéries en les dévorant, il les « emmurent » en les entourant d'une muraille de leucocytes et même peuvent neutraliser les toxines sécrétées.

Mais s'il est difficile d'obtenir un sérum actif, il est difficile aussi de rencontrer toutes les conditions nécessaires à son action bienfaisante.

Dans les maladies aiguës, on peut espérer pouvoir mettre assez de substances actives en contact avec les bactéries, ce qui n'est pas toujours possible avec une seule injection; mais dans les maladies chroniques (en particulier la tuberculose) la sérothérapie rencontre encore d'autres écueils. Etant donné la longue durée de la maladie, il est naturellement impossible d'introduire assez de substance défensive avec quelques injections seulement comme dans la diphtérie.

Il faut répéter les injections beaucoup plus longtemps. Il arrive alors que l'organisme humain produit des anticorps contre les albuminoïdes étrangers et peut-être aussi contre les substances défensives elles-mêmes du sérum. Cette réaction de l'organisme humain contre le sérum injecté peut encore se révéler sous une autre forme, la « maladie du sérum » qui dépend de l'*anaphylaxie* (Richet).

Il n'y a pas encore d'explication satisfaisante pour les phénomènes d'anaphylaxie; nous savons seulement qu'il s'agit de faits ayant d'étroits rapports avec les processus d'immunisation.

Besredka pense que le système nerveux central est surtout intéressé dans les accidents anaphylactiques qui peuvent être évités chez des cobayes soumis à la narcose par l'éther.

Le *sérum antituberculeux de Marmorek* (1) répond à notre avis à tous les desiderata que nous avons formulés plus haut. Il est obtenu par l'immunisation de chevaux à l'aide de bacilles tuberculeux jeunes. Quand ces chevaux sont hautement immunisés, on leur injecte différents streptocoques isolés de l'expectoration de phtisiques, streptocoques qui n'ont pas subi de fréquents changements de milieux.

Le sérum ainsi fourni est donc en même temps antituberculeux et antistreptococcique polyvalent et peut agir dans les cas d'infections associées (sérum double).

Le sérum s'injecte à la dose de 5-10 centimètres cubes tous les jours pendant une vingtaine de jours, avec intervalle de repos d'une durée égale. On peut aussi le donner à la dose de 20 centimètres cubes quotidiennement en lavements, pour éviter les accidents anaphylactiques. Il est facile, du reste, de prévenir les réactions locales et générales qui pourraient forcer à cesser le traitement en employant le procédé préconisé par Besredka. Injecter la veille, ou même quelques heures avant la nouvelle série, une petite quantité de sérum dans le rectum ou mieux encore inoculer sous la peau une dose très faible de ce sérum (1 centimètre cube).

Ce sérum s'est montré, d'après nos recherches, absolument sans danger. Les quelques incidents observés par certains auteurs proviennent d'une idiosyncrasie des malades contre les albuminoïdes du sérum (Citron).

Par la définition même de la sérothérapie, on comprend que la première indication du sérum antituberculeux se trouve être les cas aigus, fébriles, où il faut agir vite et désintoxiquer un organisme qui se consume.

Les tuberculoses locales, osseuses et articulaires, rénales, sont aussi très heureusement influencées par le sérum de Marmorek. Mais, la plus précieuse de toutes les indications est la suivante :

Comme la sérothérapie antituberculeuse est un moyen d'immunisation passive, c'est-à-dire qu'au lieu de demander à l'organisme l'effort nécessaire pour produire les substances défensives utiles, elle les lui transmet toutes faites, nous pouvons employer d'abord le sérum de Marmorek pour préparer les malades fiévreux, intoxiqués, à la tuberculinothérapie qu'ils ne pourraient sans son aide, supporter.

Le sérum bien souvent permet de mener à bien une tuberculinisation et c'est en coupant la tuberculinisation progressive de périodes de Marmorek en injections ou en lavements que l'on peut arriver à d'excellents résultats dans certains cas graves et très avancés (Stephani de Montana).

Conclusions. — 1° Pour bénéficier de la toxinothérapie, le tuberculeux doit posséder, en premier lieu, une sensibilité spécifique suffisante, en deuxième lieu, une capacité de réaction assez accusée pour répondre utilement à cette incitation artificielle (Bauer).

2° La sérothérapie est utile dans les cas où l'intoxication est plus menaçante que la lésion. Ne nécessitant aucun effort de l'organisme, elle peut dans les cas graves préparer le malade à supporter la tuberculinothérapie et à en retirer de bons résultats.

3° Les seuls critères actuels de l'action de l'immunothérapie antituberculeuse sont les améliorations cliniques et les variations du « coefficient phagocytaire ».

4° La présence de bacilles non acido-résistants et des « granulations de Much » semble l'indice d'une augmentation de résistance de l'organisme et être d'une bonne signification pronostique.

(1) Le docteur Marmorek a bien voulu nous faire parvenir de ses laboratoires de Neuilly une quantité de sérum suffisante pour les besoins de notre polyclinique. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

BIBLIOGRAPHIE (relative à la forme non acido-résistante du bacille tuberculeux).

1. V. BEHRING. Beitr. zur Lehre von den Infektionswegen der Tuberkulose, *Tuberkulosis*, vol. VI, sept. 1907.
2. BEYER. Neue Methoden der Tuberkelbazillenfärbung, *Med. Gesellsch. z. Magdeburg*, 20 janv. 1910.
3. CORNET. Die Tuberkulose (1 Hälfte) in Nothnagel, *Spez. Pathol. u. Therapie*, Bd. XIV.
4. G. DEYCKE u. MUCH. Bakteriolyse von Tuberkelbazillen, *Münch. med. Wochens.*, 1909, n° 39.
5. G. DEYCKE. Zur Biochemie der Tuberkelbazillen, *Münch. med. Wochens.*, 22 mars 1910, n° 12.
6. EISENBERG (Philipp). Ueber neue Methoden des Tuberkelbazillenfärbung, *Berl. klin. Wochens.*, 1910, n° 8.
7. GEIPEL. Ein Beitrag zur Saürefestigkeit des Tuberkelbazillus, *Gesellsch. f. Natur. u. Heilkunde z. Dresden*, 8 avril 1910.
8. HATANO. Kombinierte Färbungsmethode für Tuberkelbazillen, *Berl. klin. Wochens.*, 1909, n° 37.
9. KNOLL. Zur Morphologie des Tuberkulosevirus, *Verhandl. des Deuts. Kongresses f. innere Med.*, XXVIIe Kongres, Wiesbaden, 18-21 avril 1910.
10. KOCH. Die Aetiologie der Tuberkulose, *Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesund.*, 1907.
11. G. LIEBERMEISTER. Ueber die nach Ziehl nicht darstellbare Form des Tuberkelbazillus, *Deuts. med. Wochens.*, 1909, n° 28.
12. MICHAELIDES. Eine durch Ziehlfärbung nicht darstellbare Form des Tuberkelbazillus, *Beitr. z. Klin. der Tuberkulose*, Bd. VIII, h. 1, 1907.
13. H. MUCH. Ueber die Granuläre, nach Ziehl nicht färbbare Form des Tuberkulosevirus, *Beitr. z. Klin. der Tuberkulose*, Bd. VIII, h. 1, 1907.
14. H. MUCH. Ueber die nicht Säurefesten Formen des Kochschen Tuberkelbazillus, *Beitr. z. Klin. der Tuberkulose*, Bd. VIII, h. 4, 1907.
15. H. MUCH. Granuläre nach Ziehl nicht färbbare Form des Tuberkulosevirus, *Münch. med. Wochens.*, 1907.
16. H. MUCH. Ueber moderne Tuberkulosefrage (Ueberempfindlichkeit-Bewertung der Tuberkulosereaktion-Infektion-Immünität), *Biol. Abteil. des ärzlichen Vereins in Hamburg*, 16 fév. 1909.
17. H. MUCH. Die nach Ziehl nicht darstellbaren Formen des Tuberkelbazillus, *Berl. klin. Wochens.*, 1908, nos 13-14.
18. H. MUCH. Ueber die Granuläre, nach Ziehl nicht darstellbare Form des Tuberkulosevirus, *Münch. med. Wochens.*, 1908, n° 20.
19. H. MUCH. Granula und Splitter, *Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose*, Bd. XI, h. 1.
20. OEHLECKER. Untersuchungen über chirurgische Tuberkulosen, *Tuberkul. a. d. Kaiserl. Gesund.*, 1907, h. 6.
21. PRŒSCHER (Fred.). Simplified method of staining fuschinophile and gramophile forms of tubercle bacilli, *New-York med. Journ.*, p. 896, 30 avril 1910.
22. ROSENBLATT (Stephanie). Granuläre Form der Tuberkelbazillen im Sputum, *Münch. med. Wochens.*, 1909, n° 49.
23. SCHOTTMÜLLER. Ueber die klinische Bedeutung der nicht nach Ziehl, sondern nach Gram färbbaren Wuschsformen des Tuberkulosevirus, *Biol. Abteil. des ärzlichen Vereins in Hamburg*, 30 juin 1908.
24. SCHULZ (Eduard). Ueber die Granuläre Form des Tuberkulosevirus im Lungenauswurf, *Deuts. med. Wochens.*, 1909, n° 36.
25. TREUHOLZ (C. A.). Form of Tubercle bacilli, which cannot be coloured by Ziehl system, *Med. Record*, 11 janv. 1908.
26. WEHRLI und KNOLL. Ueber die nach Much färbbare granüläre Form des Tuberkulosevirus, *Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose*, Bd. XIV, h. 2.
27. WEISS. Granüläre Form des Tuberkulosevirus, *Aerzlicher Verein in Hamburg*, 9 feb. 1909.
28. WEISS. Morphologie des Tuberkulosevirus und Doppelfärbung des Tuberkelbacillus, *Berl. klin. Wochens.*, 1909, n° 40.
29. WEISS. Ueber den Gehalt Käsig-Kreidiger Lymphdrüsen an Tuberkelbazillen, *Münch. med. Wochens.*, 1909, n° 9.
30. WEISS. Zur Morphologie des Tuberkulosevirus, unter besonderer Berücksichtigung einer Doppelfärbung, *Berl. klin. Wochens.*, 1909, n° 40.
31. WIRTHS. Ueber die Muchsche granüläre Form des Tuberkulosevirus, *Biologische Abteil. des ärzlichen Vereins in Hamburg*, 2 mai 1908.
32. WIRTHS. Ueber die Muchsche granüläre Form des Tuberkulosevirus, *Münch. med. Wochens.*, 1908, n° 32.
33. WIRTHS. Die Muchschen granula und die Carl Spenglerschen Splitter, *Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose*, Bd. XI, h. 1.
34. WOLFF. Latentes Vorkommen des Muchschen Form des Tuberkulosevirus, *Münch. med. Wochens.*, 1909, n° 45.
35. O. VON SPINDLER. De la forme granulaire du bacille de la tuberculose, *Rev. de vulgarisat. des sc. méd.*, 1910, n° 26.

FAITS CLINIQUES

BLESSURE DE LA JAMBE DROITE PAR UN COUP DE FEU EN RETOUR

Par le docteur BONNETTE,
Médecin major, lauréat de l'Institut.

Au mois de mai 1908, les gendarmes de la brigade de Dreux exécutaient des tirs au revolver d'ordonnance dans une carrière de pierres abandonnée, sise à proximité de la ville. Le tir venait de commencer quand soudain un des gendarmes éprouva une assez vive douleur survenue au tiers inférieur de la crête du tibia droit. Cette plaie contuse avait été produite par une balle de revolver ricochée, qui, après avoir obliquement frappé la paroi concave d'une anfractuosité, d'une des *poches* d'un moellon de pierre, avait glissé sur cette face courbe et était repartie vers son point de départ. Cette plaie contuse, atténuée par le pantalon et le caleçon, n'eut aucune suite grave mais détermina une légère périostite, qui persista un mois environ. La balle de revolver, que nous avons conservée, présente un aplatissement latéral bien marqué.

* * *

Ce traumatisme bénin montre comment il peut arriver qu'une balle, après avoir frappé un point d'une surface concave, parcourt cette surface dans toute son étendue et sort par une de ses extrémités, pour revenir presque au même point et blesser quelquefois la personne même par qui elle a été lancée : c'est ce que Dupuytren appelait *le coup de feu en retour*. *Il n'est donc pas toujours sans danger pour une personne qui s'exerce au tir, ou qui veut se divertir de diriger des balles sur des murs qui présentent des surfaces concaves des niches ou bien des inégalités quelconques* (docteur Paillard).

Pendant les tumultueuses journées de 1830, les niches de la colonnade du Louvre ne produisirent-elles pas plusieurs de ces blessures par coups de feu en retour ?

Mais un des exemples les plus curieux de ces blessures n'est-il pas celui du soldat, cité par H. Larrey, qui reçut d'arrière en avant une balle, qui lui traversa la cuisse et qui, *par un choc en retour sur une pierre*, conserva assez de force d'impulsion pour le blesser à la face d'une manière fort grave.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1911)

Isolement de l'antithrombine hépatique. Description de quelques-unes de ses propriétés. — MM. DOYON, MOREL et POLICARD.

Sur l'hémoglobine comme peroxydase. — MM. Gabriel BERTRAND et F. ROGOZINSKI.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1911)

L'accordéon respiratoire de l'homme. — M. R. ROBINSON, en disséquant l'espace intercostal de l'homme et de quelques vertébrés (chien, oiseau, chameau d'Egypte, etc.), a trouvé une disposition particulière de petits ligaments et muscles qui donne une ressemblance frappante du thorax avec un accordéon de musique.

Le mouvement respiratoire général n'est, d'après les physiologistes, que la résultante algébrique des mouvements locaux élémentaires. La découverte du docteur R. Robinson explique le mécanisme de ces éléments anatomiques de la respiration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1911)

Vaccination antityphique. — M. H. VINCENT. A l'occasion de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde ouverte l'année dernière à l'Académie de médecine, une commission a été nommée, sur la proposition de M. Chantemesse, à l'effet d'étudier la question de la vaccination antityphique.

M. Vincent, chargé de ce rapport, rappelle l'historique de la vaccination, les méthodes diverses proposées, les résultats qu'elle a donnés chez un très grand nombre d'individus, dans les armées anglaise, allemande, russe et américaine.

Il résume, comme il suit, le rapport présenté à l'Académie de médecine :

1° La vaccination antityphique a été appliquée avec succès, depuis plusieurs années, dans les armées anglaise, allemande et américaine. Plus de 100000 sujets ont été inoculés, soit dans leur pays d'origine, soit plus spécialement dans les colonies où ces militaires étaient envoyés, et où la fièvre typhoïde est très commune.

Les vaccins antityphiques les plus employés jusqu'ici ont été des vaccins bacillaires, c'est-à-dire des cultures de bacille d'Eberth tuées par la chaleur.

2° Le bénéfice résultant de ces inoculations préventives ressort des statistiques comparées de la morbidité et de la mortalité par dothiénentérie, d'une part chez les militaires soumis à la vaccination, d'autre part chez ceux qui n'ont pas été inoculés.

Les premiers ont présenté un chiffre de cas de fièvre typhoïde au moins deux fois plus faible que les seconds.

3° La vaccination antityphique ne fait pas disparaître complètement la maladie infectieuse dans les milieux où elle est appliquée, mais elle en diminue très notablement la fréquence.

En outre, ceux des individus vaccinés qui contractent néanmoins la fièvre typhoïde, sont atteints beaucoup moins sévèrement que les sujets non vaccinés. Le pourcentage des décès survenus chez les premiers est deux fois moindre que chez les typhoïsants qui n'ont pas été soumis à l'inoculation.

4° Une seule inoculation de vaccin bacillaire assure une protection moins efficace que deux ou trois inoculations. Pour la vaccination par les autolysats de bacilles vivants, il est fait quatre injections.

5° Relative ou complète, l'immunité assurée par la vaccination antityphique paraît se prolonger pendant un à quatre ans. Il est donc utile, lorsqu'on veut entretenir cet état d'immunité, de recourir à la revaccination.

6° Quel que soit le vaccin employé, la vaccination antityphique s'est toujours montrée sans danger chez les très nombreux individus qui ont été inoculés.

Des faits observés par Wright, par Pfeiffer et Kolle, par Bassenge et Mayer, etc., il résulte que les injections de vaccins bacillaires morts, bien que tout à fait inoffensives, provoquent souvent de la fièvre ainsi que des symptômes locaux et généraux douloureux. Ceux-ci disparaissent en vingt-quatre à quarante-huit heures.

On a proposé l'emploi, comme antigène, d'autolysat, de bacilles vivants ; ce vaccin est beaucoup mieux toléré et ne provoque qu'une douleur faible ou nulle.

7° L'inoculation du vaccin antityphique bacillaire détermine quelquefois, pendant une à trois semaines, une diminution de la résistance du sujet vacciné à l'égard de l'infection éberthique. Il peut en résulter une prédisposition momentanée à cette infection. Bien que cette dernière soit niée par Leishman et par d'autres, il y a lieu de conclure, cependant, par mesure de prudence, que les inoculations vaccinales ne doivent pas être faites en période épidémique, ni chez les personnes qui se sont exposées avec certitude, depuis moins de trois semaines, à la contagion typhoïdique. La vaccination préventive doit, en conséquence, être généralement opérée avant l'époque habituelle de l'apparition des épidémies dans les localités et dans les milieux où on l'observe habituellement.

8° Pour la même raison et pendant la période qui suit immédiatement les inoculations, tout individu vacciné contre la fièvre typhoïde doit, par une surveillance attentive de son eau de boisson et de ses aliments, ainsi que par une hygiène individuelle et une propreté rigoureuses, prendre les précautions les plus strictes pour éviter les chances d'infection éberthique.

Cette période utile de précautions a une durée de deux ou trois semaines au plus.

9° Dans l'armée et dans la marine, la vaccination antityphique est appelée à rendre de réels services, plus particulièrement en Algérie-Tunisie ainsi qu'aux colonies, où la dothiénentérie est fréquente et grave. Lorsque aucun cas de fièvre typhoïde ni aucune menace épidémique ne règnent au lieu de destination des militaires et marins, les inoculations pourront être pratiquées à leur arrivée. Dans l'éventualité contraire, les inoculations devront précéder d'au moins trois semaines l'arrivée de ces jeunes gens dans la colonie où la maladie existe à l'état endémique ou épidémique.

10° La typho-vaccination doit être formellement proscrite chez tout sujet qui est en imminence de fièvre typhoïde, ou au début de celle-ci. Elle peut, en effet, aggraver l'affection.

La vaccination antityphique ne doit être pratiquée que chez les sujets parfaitement sains, exempts de toute tare viscérale ou autre, de toute affection locale ou générale, quelle qu'en soit la nature, notamment de tuberculose.

A moins de nécessité exceptionnelle, on doit éviter de vacciner les individus affaiblis, délicats, susceptibles de manifester une réaction trop forte contre l'antigène.

11° La vaccination contre la fièvre typhoïde ne peut être, dans l'état actuel, que facultative.

Toutefois, il est très important et très utile d'en encourager l'emploi en faisant connaître aux collectivités, ainsi qu'aux militaires et aux nombreux sujets exposés à l'infection typhoïdique, le degré de protection que l'on peut attendre de cette méthode spécifique d'immunisation.

12° Les divers vaccins antityphiques provenant de cultures tuées par la chaleur, et dont l'efficacité a été démontrée chez les animaux par Chantemesse et Widal, et, ultérieurement, chez l'homme, par Pfeiffer et Kolle, Wright, etc., sont également recommandables.

En raison des réactions douloureuses que les vaccins bacillaires déterminent souvent chez les sujets inoculés, il y a lieu de prendre en considération et de mettre en essai les vaccins obtenus par l'autolyse des bacilles vivants ou tout autre vaccin qui se sera montré inoffensif et efficace.

13° Parmi les personnes qui pourraient être appelées à bénéficier plus particulièrement de la vaccination antityphique, il convient de signaler :

a. Les médecins, internes, étudiants en médecine, infirmiers et infirmières des hôpitaux civils et des hôpitaux militaires;

b. Les sujets appartenant aux familles dans lesquelles auront été constatés des porteurs de germes;

c. Les jeunes gens des deux sexes venus d'une région salubre ou de la campagne, dans les villes qui sont des foyers habituels de fièvre typhoïde;

d. La population des villes où cette dernière maladie est fréquente;

e. Les militaires et les marins (officiers et hommes de troupe) envoyés soit en Algérie-Tunisie, soit dans les colonies où la fièvre typhoïde sévit à l'état endémo-épidémique.

Conclusion. — La conclusion générale que le rapporteur propose d'adopter découle de la longue série des observations scientifiques qui se sont accumulées, pendant ces dernières années. Ces constatations, faites chez l'homme, empruntent leur valeur à la fois à leur nombre et à leurs résultats qui sont pleinement démonstratifs. Elles se trouvent encore fortifiées par les appréciations unanimement émises en Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis, par les personnalités médicales les plus hautes et les plus compétentes de ces nations.

Cette conclusion est la suivante :

Il y a lieu de recommander l'emploi facultatif de la vaccination antityphique comme un moyen rationnel et pratique de diminuer, dans des proportions sensibles, la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde en France et dans les colonies.

Cette recommandation s'adresse à tous ceux que leur profession, leurs conditions usuelles ou accidentelles d'alimentation ou d'habitat, leurs rapports quotidiens ou fréquents avec des malades ou des porteurs de germes, exposent à la contagion directe ou indirecte par le bacille de la fièvre typhoïde.

M. Delorme, membre de la commission au nom de laquelle M. Vincent a fait ce rapport, déclare avoir scrupuleusement suivi ses études, avoir pris part à toutes les discussions, avoir mûri la question, et il reste convaincu qu'un certain nombre de ces conclusions sont imprudentes ou prématurées. Il demande à développer son opinion dans une prochaine séance.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Le classement des candidats est le suivant : en première ligne, M. Prenant; en deuxième ligne : MM. Delezenne, Hallion, Langlois, Retterer, Sébileau.

Le nombre des votants étant de 82, majorité 42, M. Sébileau obtient 45 suffrages, M. Prenant 37.

M. Sébileau est élu.

Œsophagoscopie. — M. Chauffard fait un rapport sur un travail de M. Guisez. On connaît aujourd'hui les résultats très intéressants obtenus par M. Guisez à l'aide de l'œsophagoscopie. De l'étude à laquelle il s'est livré à l'aide de l'œsophagoscope, il résulte qu'il existe un certain nombre de rétrécissements œsophagiens apparaissant spontanément. M. Guisez a relevé dix-huit cas de ce genre. Au point de vue pathogénique, il attribue la formation de ces rétrécissements à un spasme de l'œsophage qui amène un rétrécissement. La partie rétrécie s'enflamme. L'œsophagoscope permet de reconnaître cette variété de sténose. C'est ainsi qu'un rétrécissement d'abord purement spasmodique devient ensuite cicatriciel. Tout en reconnaissant le grand intérêt de cette constatation, M. Chauffard fait des réserves sur l'origine même de ce spasme qui, dans bien des cas, pourrait être une lésion ulcéreuse ou autre.

Tumeurs bénignes de la mamelle. — M. Letulle a fait une étude approfondie des tumeurs bénignes de la mamelle (adénomes, fibromes, maladie de Reclus). Il est arrivé à cette conclusion que toutes ces tumeurs bénignes présentent un caractère commun qui est une malformation embryonnaire de la mamelle. Ces malformations portent sur des canaux galactophores mal constitués ou des acini souvent mal formés, affaissés, rétractés. Histologiquement, ces malformations se retrouvent d'une façon constante et des plus caractérisées dans toutes les tumeurs bénignes de la mamelle. Autour de ces malformations peuvent se former des masses épithéliales qui transforment ces tumeurs bénignes en tumeurs mixtes et malignes.

Les résultats de l'étude si intéressante de M. Letulle sont très précieux pour les praticiens, et la conclusion pratique à en tirer, c'est qu'il faut pratiquer l'exérèse de toutes ces tumeurs primitivement bénignes.

Hectine. — La commission nommée pour étudier les faits avancés par M. Hallopeau dans la dernière séance (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 7, p. 99) est ainsi composée : MM. Balzer, Fournier, Gaucher, Hallopeau, Hutinel, Pinard et Vaillard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1911)

La notion de l'isostalagmie. — M. H. Iscovesco. Il est de notion classique que l'adjonction de quantités quelconques de sérum physiologique ne touche en rien aux propriétés biologiques ni à la constitution chimique d'un sérum sanguin.

Cette notion est absolument fausse. Un sérum physiologique est nocif comme de l'eau distillée ; la différence est simplement quantitative et non pas qualitative.

L'auteur apporte la preuve de cette affirmation d'une part par l'étude de la courbe de la tension superficielle du sérum sanguin auquel on mélange des quantités progressivement croissantes d'eau physiologique et d'autre part par des expériences sur des animaux.

Or, la courbe de la tension montre d'une façon évidente que le sérum est gravement altéré dans ces conditions et que ces altérations ne sont pas seulement physiques, mais touchent à la constitution chimique des albumines du sérum : celui-ci se comporte à cet égard absolument comme un colloïde instable.

Pouvoir catalytique des eaux de Vichy. — M. R. Glénard. Les eaux de Vichy, examinées quelques heures après leur émergence, décomposent l'eau oxygénée d'une manière constante pour chacune des sources, mais très différente de l'une à l'autre. Cette action n'est pas liée directement à la température de l'eau; elle est essentiellement temporaire : on peut l'attribuer à l'existence de colloïdes, car si on filtre

l'eau sur bougie Chamberland, elle perd son pouvoir catalytique, qui reste entièrement sur le filtre. Ce pouvoir catalytique est lié lui-même à la précipitation de l'oxyde de fer hydraté, sous l'influence de l'acide carbonique qui se produit à l'émergence. Le pouvoir thérapeutique des eaux ne paraît pas dû à l'état colloïdal, car il manque au griffon, où l'eau a sa plus grande efficacité.

De l'anaphylaxie alimentaire. — M. Ch. Richet. L'anaphylaxie alimentaire peut être démontrée de différentes façons. Par exemple, si l'on fait ingérer de la crépitine à des chiens, ils sont très fortement anaphylactisés contre cette substance introduite par injection. Ou encore, si l'on donne à ingérer de la crépitine à un chien ayant reçu une injection préparante du même poison.

Action des rayons X sur le testicule du chien. — MM. Nogier et Regaud. Les rayons X exercent sur le testicule du chien une action semblable à celle observée chez les autres mammifères. On peut en effet, en quelques séances, obtenir par leur intermédiaire la stérilisation complète et définitive de cet organe.

Action du 606 sur la vaccine. — MM. Nicolle et Comar. L'action du 606 sur la vaccine paraît nulle. Il semble donc peu probable que le 606 puisse être appliqué avec succès au traitement de la variole.

Sur une condition de milieu nécessaire à l'action de l'amylase salivaire. — M. Lisbonne. La réaction amphotère du milieu est une des conditions nécessaires à l'action de l'amylase salivaire, du moins lorsque la diastase se trouve en présence d'amidon contenant encore des corps phosphorés.

Action d'un sang hétérogène et de ses éléments sur le cœur isolé de cobaye. — M. Launoy. Le cœur isolé du cobaye, perfusé avec du liquide de Ringer-Locke additionné de petites proportions d'un sang hétérogène, n'est pas réellement un cœur protégé; il présente en effet des altérations propres de forme et de rythme de ses battements. La présence de ce sang est donc capable de troubler l'action d'un poison cardiaque dont on fait l'étude pharmacodynamique, et, s'il n'en est pas tenu compte, de fausser l'interprétation des résultats obtenus.

Traitement direct de l'entérite des nourrissons. — M. P. Bonnier. Sur sept cas traités d'entérite, de diarrhée verte, d'athrepsie, chez des enfants d'un à dix mois, tous, ou presque tous les troubles ont disparu en vingt-quatre heures par une très légère galvanocautérisation des cornets inférieurs. La reprise d'équilibre fonctionnel des centres digestifs bulbaires rappelle, par son mécanisme et par sa rapidité, celle qu'on provoque au niveau des centres respiratoires par l'aspersion du trijumeau cutané, dans les cas d'asphyxie.

Le taux de la cholestérinémie au cours des cardiopathies chroniques et des néphrites chroniques. — MM. A. Chauffard, Guy Laroche et Grigaut. Les résultats de dosages du sérum de malades atteints d'affections cardiaques en état d'asystolie avec œdèmes, et de sujets atteints de néphrite chronique montrent que ces deux séries d'affections évoluent en sens différent au point de vue de la cholestérinémie; les asystoliques restent dans les limites des variations connues, tandis que les brightiques évoluent dans le sens de l'hypercholestérinémie. Celle-ci peut s'élever à un degré considérable et ces auteurs l'ont vu atteindre 8 grammes dans un cas de néphrite avec œdème aigu du poumon. Il semble que quand la néphrite s'accompagne de grande rétention azotée le chiffre de la cholestérinémie tende à baisser comme s'il y avait un rapport inverse entre les taux de la cholestérinémie et de l'azotémie. Nous pensons que dans ces cas, comme nous l'avons déjà dit pour les typhiques, il s'agit d'un processus de réaction antitoxique.

Autres communications :

Quelques observations sur la préparation et les propriétés des sérums déminéralisés. — M. Ch. Dhéré.

Les mitochondries des cellules adipeuses. — M. Dubreuil.

Action des microbes sur les globulins. — M. Aynaud.

La variété noire du pied de Madura. — M. Babes.

Terminaison des nerfs sensitifs dans le tissu conjonctif de la peau chez la carpe et la grenouille. — M. Boterat.

L'alexine et les anticorps de la circulation générale existent-ils dans le liquide céphalo-rachidien? — M. Ciuca.

Histologie fine de la poliomyélite expérimentale. — M. Marinesco.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des méningites syphilitiques. (M. Miriel. Thèse de Paris 1910.) — On ne connaissait il y a quelques années que les méningites sclérogommeuses. Actuellement depuis que la rachicentèse a permis de dépister les réactions méningées en dehors des seuls signes cliniques, on peut reconnaître plusieurs types de méningites syphilitiques qui ont été isolés depuis les travaux de M. Widal et de ses élèves. Il existe en effet :

1° *Méningites latentes* mises en lumière dès 1902 par Widal et Ravaut; survenant au cours de la syphilis secondaire (syphilides papuleuses surtout), la lymphocytose est le seul signe de la réaction méningée.

2° *Méningites frustes* apparaissant surtout à la période secondaire, caractérisée par de la céphalée et de la lymphocytose du liquide rachidien habituellement hypertendu. Elles existent plus rarement à la période tertiaire.

3° *Méningites aiguës.* Le tableau clinique se caractérise par de la céphalée, le décubitus en chien de fusil, la raideur de la nuque, le kernig, les paralysies parcellaires du muscle de l'œil, l'abolition du réflexe rotulien, la température; par la ponction on recueille un liquide clair lymphocytique et amicrobien.

4° *Méningites chroniques* siégeant soit à la convexité (symptômes épileptiques), soit à la base amenant des paralysies des nerfs craniens, surtout du moteur oculaire commun. L'examen cytologique décèle une lymphocytose très considérable.

La présence de tréponèmes n'a pas encore été signalée dans le liquide céphalorachidien au cours de méningites. Pour apprécier le pronostic des méningites aiguës il faut se méfier des guérisons apparentes, l'étude cytologique ayant permis de constater la présence de lymphocytes deux mois après la guérison apparente du malade. Le pronostic des méningites chroniques est plus sévère; il faut savoir qu'il y a des méningites qui se prolongent indéfiniment et que d'autres peuvent guérir sans laisser de traces. Le diagnostic doit se faire surtout avec les méningites tuberculeuses et quelquefois avec l'encéphalopathie saturnine.

Le traitement de choix est l'injection intraveineuse de cyanure de mercure.

Miriel insiste sur l'intérêt du traitement prophylactique; il montre toute l'importance de la ponction lombaire pratiquée systématiquement au bout de quatre ans de traitement pour s'assurer que le malade n'est pas « au seuil d'accidents nerveux ».

P. GASTINEL.

CHIRURGIE

Tumeurs de la moelle épinière. (*New-York Surgical Society*, 23 mars 1910.) — Kiliani présente une femme opérée en 1908 pour tumeur intradurale et extramédullaire des segments correspondants à la sixième et septième dorsales. A l'incision de

la dure-mère, on trouva la pie-mère parsemée de petits disques nacrés de cholestérine. La tumeur fut facile à énucléer. La guérison se maintient.

Woolsey a opéré huit cas de tumeurs de la moelle épinière : 1° un endothéliome de la région cervicale inférieure (extra-médullaire) ; guérison maintenue après sept ans ; 2° un fibrosarcome extramédullaire des deuxième, troisième et quatrième cervicales : récidive ; seconde extirpation : guérison maintenue après quatre ans ; 3° un fibrosarcome des segments huitième cervical et premier dorsal : retour partiel de la fonction ; pas de récidive après cinq ans et demi ; 4° un fibrosarcome extramédullaire de la région cervicale inférieure et dorsale supérieure : mort en trois jours ; 5° fibrosarcome de la région de la dixième dorsale : guérison maintenue après trois ans et demi ; 6° un fibrosarcome extramédullaire de la région lombosacrée : extirpation, amélioration, mais récidive en moins d'un an ; 7° une tumeur intramédullaire de la région cervicale supérieure : opération exploratrice et évacuation de 8 grammes de liquide kystique de l'intérieur de la moelle ; 8° mélanome du sacrum avec compression de la queue de cheval : opération exploratrice, mort deux mois après.

Woolsey préfère la laminectomie simple aux ostéoplastiques plus compliquées. Parmi les ostéoplastiques, la meilleure est celle de Cavicchia et Durante. Il faut donner préventivement 1 gramme d'urotropine qui s'élimine par le liquide céphalo-rachidien. Pour déterminer le niveau des apophyses épineuses, il faut à la fois compter à partir du haut et à partir du bas. Des formations kystiques sont fréquentes au voisinage de la tumeur, qui, en règle, se trouve du côté dorsal de la moelle. Si l'on est obligé de sectionner des racines postérieures, il est parfaitement inutile de les suturer, quoique tous le conseillent. Les tumeurs sont généralement encapsulées. Suturer la dure-mère. Drainer un peu le canal céphalo-rachidien. Il peut être bon d'opérer en deux fois.

La mortalité ordinaire est d'environ 47 p. 100. Woolsey a une mortalité de 14,3 p. 100 sur ses 7 cas opérés complètement. Si l'on ajoute deux autres cas où l'opération resta purement exploratrice, la mortalité est de 10 p. 100. Les résultats sont naturellement bien meilleurs dans les cas de tumeurs extramédullaires. Les sarcomes du canal rachidien sont relativement peu malins.

Hunt étudie ces tumeurs au point de vue neurologique et relate 7 autres cas non chirurgicaux. Il plaide pour une laminectomie exploratrice précoce.

Elsberg a opéré un fibrosarcome des troisième, quatrième et cinquième cervicales. Après l'incision de la dure-mère, il lésa l'arachnoïde, et par l'ouverture ainsi faite un fragment brunâtre vint faire hernie. A ce moment, il fut obligé d'interrompre l'opération. Une semaine après, il trouva que la tumeur s'était énucléée elle-même à travers l'arachnoïde et fut enlevée très facilement. Il opéra un second cas avec les mêmes résultats ; il croit que cette manière de faire en deux temps faciliterait beaucoup dans les cas de tumeurs intramédullaires.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Un cas de maladie familiale avec symptômes de maladie de Friedreich et d'hérédo-ataxie cérébelleuse très améliorés par les rayons X. (Gothard Söderberg, *Revue neurol.*, 1910, t. II, p. 7-12, 3 fig.). — « En résumé, il s'agit d'un garçon de treize ans, qui, depuis dix mois, est atteint d'une maladie réalisant le tableau symptomatique d'un état spasmodique des membres inférieurs, des troubles cérébelleux divers, de pieds bots et de mains botes de Friedreich. Un frère, qui avait débuté de la même manière à l'âge de dix ans, était mort après deux ans de maladie. Il existe dans cette famille une dégénérescence très nette. Donc il me paraît assez superflu de discuter le diagnostic du cas, qui réunit en lui les signes de la maladie de Friedreich, de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, de la paraplégie spasmodique familiale et s'ajoute aux observations semblables de Raymond, F. Rose, Max Vincent, etc. »

Dans les membres de la même famille on trouve l'ébauche de signes de même ordre : chez le père, nystagmus horizontal ; chez une sœur de quinze ans, des pieds bots de Friedreich, des secousses fibrillaires de la langue et une pseudo-neuritis optica ; chez une sœur de neuf ans, des réflexes tendineux exagérés et des pieds creux.

Le fait le plus intéressant est le résultat obtenu par la radiothérapie (2 séries de séances de radiothérapie spinale en six semaines ; voir dans l'original indications précises sur la technique) : l'hypertonie des membres inférieurs a presque totalement disparu ; amélioration de l'écriture, des troubles de la parole, de la titubation, de la maladresse. L'exagération des réflexes, l'adiadococynésie, les déformations des pieds et des mains n'ont pas été modifiées.

L. ALQUIER.

PSYCHIATRIE

Démence précoce et tuberculose. (*Ann. médico-psych.*, nov. 1910.) — MM. Soutzo et Dimitresco ont, chez un très grand nombre de malades, fait des recherches à l'aide de la tuberculine en ophtalmo-réaction et ont constaté la grande fréquence de la tuberculose chez les déments précoces. Ils pensent que dans un bon nombre de cas il n'existe pas qu'une coexistence purement accidentelle entre les deux maladies, mais un certain rapport de solidarité qui tiendrait peut-être à quelque mécanisme d'ordre plus intime.

Chez ces malades dont le cerveau est déjà atteint par des lésions spéciales, l'action de la toxine tuberculeuse se ferait ressentir d'une manière plus évidente que chez d'autres sujets. Il y aurait une sorte de synergie d'action entre les processus bio-chimiques de la démence et ceux d'ordre toxique dus à la bacillose.

P. CAMUS.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LES MODIFICATEURS DE LA SÉCRÉTION BRONCHIQUE

par M. Ed. Tilly.

Les agents thérapeutiques, utilisés pour modifier les sécrétions bronchiques, sont généralement des substances à principes volatils qui, après absorption, s'éliminent par la muqueuse respiratoire et la modifient favorablement en y réalisant un certain degré d'antisepsie. Tels sont les balsamiques, les gommes résines, les sulfureux, les iodés et les composés gaïacolés.

Lequel de ces agents médicamenteux est-il préférable d'utiliser ? Quel est celui qui possède l'action curative la plus nette ? Quel est celui qui présente le moins d'inconvénients ?

Les balsamiques ont une réelle efficacité. Parmi eux, le copahu semble le plus puissant, il modifie vite les expectorations et peut les tarir en quelques jours. Mais ce produit est peu employé parce qu'il est falsifié et de mauvaise réputation. Il renferme une essence volatile seule utile au point de vue pulmonaire, la résine étant excrétée par les reins. La dose en est de deux à quatre capsules de 50 centigrammes par jour.

Dujardin-Beaumetz associait le copahu au goudron et le prescrivait à parties égales (25 centigrammes de chaque, 4 à 8 capsules par jour).

La térébenthine, en capsules de 25 centigrammes, 6 à 8 par jour, est encore utilisée. Mais on lui préfère le terpinol ou la terpine. Le goudron est inférieur à ces précédentes préparations. Cependant Guéneau de Mussy a recommandé la préparation suivante :

Goudron purifié	2	grammes.
Benjoin de Siam	2	—
Poudre de Dower	1	—

M. pour 40 pilules, de 4 à 8 par jour.

Le baume de tolu est peu actif et on doit le réserver à la médecine infantile.

Parmi les gommes résines, l'assa fetida, le galbanum, la gomme ammoniaque peuvent rendre des services. Mais les deux meilleures médications pour modifier les sécrétions bronchiques sont l'eucalyptus et les gaïacolés. Ceux-ci à tout prendre sont même plus pratiques, lorsqu'ils sont choisis parmi les composés synthétiques ne fatiguant pas l'estomac. Ainsi les comprimés Roche de thiocol, trois à huit par jour, et le sirop Roche, deux à huit cuillerées à café, sont des préparations supérieures à l'eucalyptol qui donne des renvois nidoreux très désagréables et fatigue l'estomac.

L'action antiseptique pulmonaire est aussi beaucoup plus nette avec les comprimés de thiocol, et si on a soin de les donner à des doses variant avec l'abondance des crachats, on parvient à modifier et à tarir une expectoration rebelle à toute autre thérapeutique; l'agent gaïacolé s'élimine en partie par les bronches, mais surtout il est absorbé et porté au niveau des lésions où il agit par ses effets antiseptiques directs, hyperleucocytaires et excitants pour les dépenses organiques. Mieux que par les balsamiques, les résines et les essences, le médecin obtient ainsi sans inconvénients la *restitutio ad integrum* de l'appareil bronchopulmonaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES AGRÉGATIONS SPÉCIALES (OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, OPHTALMOLOGIE)

Réponse de M. le ministre de l'instruction publique à une question posée par M. Borderie, député, le 16 janvier 1911 (1).

M. Borderie, député, avait demandé à M. le ministre de l'instruction publique : 1° que des agrégations spéciales (oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie) soient créées dans toutes les facultés de médecine de province; 2° que les programmes de ces concours soient nettement déterminés et publiés dans le plus bref délai; 3° que le nombre des places de ces agrégations mises au prochain concours soit indiqué sans retard aux candidats; 4° qu'une circulaire ministérielle indique aux conseils de faculté que les autres agrégations en exercice (médecine, anatomie, physiologie, etc.) ne donnent aucun droit à leurs titulaires actuels à l'enseignement des diverses spécialités (oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, etc.).

Voici la réponse du ministre :

« 1° Le statut du 16 novembre 1874, modifié par l'arrêté du 21 juillet 1909, rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, prévoit (art. 38) pour l'agrégation des facultés de médecine :

Une section d'ophtalmologie;

Une section d'oto-rhino-laryngologie.

Mais il ne pourra être créé d'emplois d'agrégé de cet ordre dans les différentes facultés de médecine que suivant les besoins du service et dans la limite des crédits disponibles.

2° Il n'y a pas de programme à publier.

Les articles 39 et 40 du statut ont en effet fixé avec précision la nature des épreuves préparatoires et des épreuves définitives pour chacune des sections de l'agrégation des facultés de médecine.

D'autre part, aux termes de l'article 11 du statut, le président du jury du concours désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort entre les candidats.

3° Il serait prématuré, pour ne pas dire impossible, d'indiquer dès à présent le nombre des places d'agrégé qui seront mises au prochain concours.

Les concours d'agrégation des facultés de médecine ont lieu tous les trois ans. Les derniers se sont ouverts en 1910, les prochains s'ouvriront en 1913. Ils seront annoncés dès 1912. Mais, au préalable, les facultés de médecine seront invitées à proposer, chacune en ce qui la concerne, au ministre la répartition entre les différentes sections des places vacantes et à mettre au concours.

Leurs propositions seront soumises à la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public, et le ministre statuera (art. 38 du statut, § 3) en tenant compte des crédits disponibles.

4° Il paraît impossible de décider en principe que les agrégations autres que celles d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie ne donnent aucun droit à leur titulaire à l'enseignement des diverses spécialités (oto-rhino-laryngologie). Une pareille mesure porterait atteinte aux prérogatives que les facultés et la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique tiennent de la législation en vigueur (décret-loi du 9 mars 1852, loi du 27 février 1880) pour les présentations aux chaires vacantes.

D'ailleurs, lorsqu'il s'agit de pourvoir à un enseignement vacant (chaire magistrale ou cours complémentaire), les facultés ne proposent jamais au choix du ministre que des candidats désignés pour la fonction par leurs aptitudes professorales, leurs grades, titres et travaux scientifiques. »

(1) *Journal officiel*, 23 janv. 1911, p. 553.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Reproduction. Manuel pour l'instruction des enfants dans les choses sexuelles, à l'usage des parents, instituteurs, médecins et prêtres, par B. S. TALMEY. (En anglais.) In-18 relié, de 194 pages avec 19 coupes et 47 dessins dans le texte. — Prix : 7 fr. 50. — The Practitionners publishing C°, New-York, 12 w. 123. rd. street.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

PENDANT LES QUATRE PREMIERS MOIS

L'évolution de la grossesse est divisible en deux parties : la *première* englobant les quatre premiers mois et demi environ; la *seconde* allant jusqu'à terme. A ces périodes correspondent : 1° les signes dits de probabilité ou mieux les signes maternels; 2° les signes dits de certitude ou mieux les signes fœtaux.

La période qui s'étend pendant les quatre premiers mois et demi comprend comme la seconde du reste : A. des signes *physiologiques*; B. des signes *anatomiques*; C. certains signes de *certitude* qui peuvent s'ajouter à la fin de cette époque.

A. SIGNES PHYSIOLOGIQUES. — 1° **Signes** concernant les règles; mais leur étude non contrôlée par l'examen utérin entraînerait de graves erreurs. Par *définition :* toute femme en âge d'être enceinte, bien réglée normalement, est enceinte en cas de suppression de ses règles. Cependant il faut connaître : *α. Règles* dites *persistantes* pendant la grossesse, très rares, se rapportant à des cas pathologiques; endométrite chronique,

hémorragies cervicales, utérus double. L'interrogatoire serré montre les caractères spéciaux d'hémorragie (abondance, durée, aspect, irrégularités) de même l'examen utérin. β. *Modifications de règles* : en durée, aspect (en général diminution), soit dans : *a.* conception immédiatement avant les époques; *b.* modification des règles proche la ménopause (diminution, espacement, arrêts momentanés plus ou moins longs). γ. *Conception* possible chez les femmes ; *a.* jamais réglées (très rare); *b.* mal réglées; *c.* non réglées par allaitement, tuberculose, cardiopathies; *d.* exagérément réglées (cas pathologiques ou par exagération anormale de la dernière époque régulière).

2° **Diagnostic**. — α. AMÉNORRHÉE : a. *ovarienne*; b. *générale*; c. *maladies*; d. *nerveuse*.

a. *Aménorrhée ovarienne*, évidente en cas de castration double, possible par ménopause précoce, kystes ovariens, sclérose, périovarites. b. *Aménorrhée générale*, par surmenage intellectuel, absence d'exercice, changement de régime, adipose, antécédents scrofuleux, développement général de l'individu. c. *Aménorrhée par maladies*, par anémie, chlorose, mal de Bright, diabète, affections chirurgicales chroniques ou aiguës, tuberculose pulmonaire, cachexie cancéreuse, palustre, convalescence des pyrexies, alcoolisme, morphinisme, syphilis, polysarcie. d. *Aménorrhée nerveuse* par frayeur, dépression morale, hystérie, autosuggestion, refroidissement brusque, émotivité (jeunes mariées).

β. IRRÉGULARITÉ DES RÈGLES PRÉ-MÉNOPAUSE.

B. SIGNES ANATOMIQUES. — 1° **Signes**. α. TUMEUR UTÉRINE : a. *hypertrophie graduelle*; b. *attitude*; c. *abaissement*.

a. *Hypertrophie graduelle*, à début lent; deuxième mois le fond utérin déborde la symphyse; troisième mois à 5-6 centimètres au-dessus du pubis, affleure dans le décubitus dorsal le plan vertical passant par le promontoire; quatrième mois à 10 centimètres au-dessus du pubis. Tenir compte de la réplétion vésicale. b. *Attitude* variable; plus souvent antéflexion. Cas pathologiques possibles (rétroversion, rétroflexion, hystéropexie, etc.). c. *Abaissement utérin* au début de la grossesse : non démontré.

β. SIGNE DE HEGAR ou compressibilité du segment intermédiaire au col et au corps, appréciable dès la quatrième semaine, surtout marqué vers le cinquantième jour (inconstant).

γ. RAMOLLISSEMENT DU COL de la surface à la profondeur; plus lent chez les I-pares.

2° **Diagnostic**. — α. TUMEUR floue au premier mois; de plus en plus nette dans cul-de-sac antérieur. Sensation pâteuse, spéciale; mieux rénitence molle. A quatre mois et demi avoisine l'ombilic, avec alternance de contractions indolores, moins tendue qu'un kyste, moins dure qu'un fibrome.

Diagnostic avec : a. *Congestion utérine*, qui peut donner modification de règles, ramollissement léger du col, augmentation relative de volume. b. *Métrite parenchymateuse* ayant parfois aménorrhée et phénomènes dyspeptiques, et modification d'époques, mais absence de signe de Hegar, utérus plus résistant. c. *Corps fibreux* donnant quelquefois phénomènes réflexes gastriques et mammaires; mais moins de coloration vagino-vulvaire, utérus plus dur, règles plus persistantes et surtout plus abondantes. Diagnostic des complications : fibrome et grossesse. d. *Cancer du corps utérin*, donnant quelquefois troubles mammaires, mais état général, écoulements pathologiques. e. *Hématométrie*, mais absence de vagin ou imperforation. Aménorrhée mais à chaque époque douleurs violentes, augmentation de volume brusque, par à-coup. Plus l'oblitération est élevée, plus le diagnostic est difficile.

β. RAMOLLISSEMENT DU COL : rare en dehors de grossesse, cependant avec : a. *leucorrhée ancienne*; b. *endométrite* cervicale avec ectropion et prolifération végétante des papilles; c. constatation de zones de *ramollissement*, mais coexistant avec néoplasme ou des fibromes; d. plus rare mais pouvant exister dans grossesse extra-utérine (tumeur juxta-utérine, modification spéciale d'époques, etc.).

C. SIGNES ACCESSOIRES. — N'ont tous que valeur très secondaire ; se rencontrent dans d'autres cas.

α. **Signes**. — *a.* MODIFICATION DES SEINS, rapides, picotement, augmentation de volume, tension. Vers quatrième mois possibilité de vergetures, même de veinules sous-cutanées. Coloration aréolaire (intensité variable). Hypertrophie des tubercules de Montgomery, aréole secondaire périphérique (tachetée, mouchetée). Hypertrophie du mamelon plus sensible, plus érectile. Sensibilité mammaire. *b.* TROUBLES DIGESTIFS, fréquents au début mais inconstants. Nausées ou vomissements souvent au réveil. Vomissements possibles après les repas (aspect, genres variables), parfois vomissements incoercibles. Ptyalisme. Modifications d'appétit (en général diminution). Constipation habituelle. La plupart de ces incidents s'atténuent ou disparaissent vers le quatrième mois. *c.* TROUBLES NERVEUX, extrême variabilité, troubles moraux légers, rarement graves, parfois apathie, aboulie. Plus souvent exagération d'état intellectuel et moral habituel, modification du caractère. Tendances syncopales à durée variable, lipothymies. Sommeil. Répugnance alimentaire ou boulimie.

d. Plus rares dès le début de la grossesse, ou augmentant peu à peu sont : a. *Coloration* violacée de la muqueuse vulvo-vaginale et des grandes lèvres ; mais elle se trouve souvent pendant la menstruation et peut parfois manquer dans la grossesse. b. *Pigmentation* de la ligne ombilico-pubienne, notable à partir de trois et demi à quatre mois, mais inconstante et se voyant aussi en dehors de la gestation. c. *Varices* des membres inférieurs, en général tardives, cependant peuvent exister de très bonne heure. d. *Accroissement* inconstant des tumeurs érectiles. e. Saillie de l'*hypogastre*, notable à partir de la fin du troisième mois.

β. **Diagnostic**. — *a.* TUBE DIGESTIF. Les troubles ne sont pas caractéristiques de grossesse, cependant importance des nausées, vomissements matinaux se montrant peu de temps après la cessation des règles. Peuvent ne pas exister chez les femmes enceintes. *b.* SYSTÈME NERVEUX. Troubles non caractéristiques de grossesse, connaître l'état utérin d'une part, l'état général d'autre part. *b'*. GROSSESSE NERVEUSE peut donner augmentation de volume d'abdomen, gonflement mammaire avec douleur, liquide mammaire lactescent, troubles digestifs, mais examen utérin soigneux. *c.* *Adipose*. *Tumeurs* abdominales peuvent simuler la grossesse dans les trois ou quatre premiers mois. *d.* *Affections* aiguës ou chroniques, entre autres : 1° tuberculose pulmonaire pouvant donner nausées, vomissements, dégoût alimentaire, irrégularité ou suppression de règles, mais examen utérin et général ; 2° péritonite tuberculeuse, même examen.

CONCLUSION. — L'élément capital est l'augmentation de volume de l'utérus (avec quelques signes secondaires), augmentation dont l'absence suffit à faire rejeter l'idée de grossesse.

D. Ajouter vers la fin du quatrième mois en général un certain nombre des SIGNES dits de CERTITUDE :

1° **Ballottement abdominal** ; sensation fournie par le déplacement total ou partiel du fœtus dans le liquide amniotique; maximum au niveau de la région ombilicale. 2° **Mouvements actifs du fœtus**; difficiles à percevoir à cette époque, parce que peu intenses, le plus souvent frôlement (reptation), chocs légers. 3° **Bruits du cœur fœtal**, possibles à constater parfois dès la fin du troisième mois, sont pathognomoniques de façon absolue. 4° **Bruits des mouvements fœtaux** ou chocs très légers par déplacement en totalité du fœtus, perceptibles même à la fin du troisième mois, en général au quatrième, même avant la perception maternelle elle-même. 5° Ajouter, non pathognomonique de la grossesse, le **souffle utérin**, perceptible vers la fin du quatrième mois; exceptionnellement avant, en général médian, un peu au-dessus de pubis.

E. DIAGNOSTIC DE L'ÂGE DE LA GROSSESSE. — Précision très difficile. Se baser à peu près sauf variation de cinq à dix jours en arrière sur le coït fécondant quand il a été unique. Sinon tenir compte de la durée, aspect des époques. Si dernières règles normales, compter en moyenne huit à dix jours après pour la fécondation et décompter ensuite de trois mois. Erreurs faciles et fréquentes (jusqu'à trois semaines durée de période intermenstruelle).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — SAMEDI 28 JANVIER 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 28 JANVIER 1911. — N° 11

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'Internat. — *Oral.* — Séance du 25 janvier. — Question donnée : « L'artère fémorale. Causes, signes et évolution de l'hématocèle rétro-utérine. »

MM. Belloir, 12 + 17 = 29; Bouquier, 14 + 22 = 36; Hagueneau, 13 + 21 = 34; Baudouin, 13 + 21 = 34; Mlle Delage, 10 + 19 = 29; MM. Besset, 15 + 21 = 36; Escallier, 12 + 20 = 32; Coppin, 15 + 21 = 36; Bonnet (Emile), 14 + 23 = 37.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 20 mars 1911, à deux heures précises, il sera ouvert à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, du lundi 20 février au samedi 4 mars 1911 inclusivement.

Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires.

Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonction le 1er mai qui suivra l'ouverture du concours.

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement.

Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles.

Les internes appelés à rester en fonctions après leurs trois années d'internat reçoivent un traitement de 1400 francs pendant la quatrième année et 1600 francs pendant la cinquième.

Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés.

Ceux de l'infirmerie spéciale des aliénés de la préfecture de police recevront le traitement ainsi que les avantages en nature ou les indemnités représentatives, dans les proportions fixées par la préfecture de police.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — Les docteurs Lévy-Bing et Ermenge viennent d'être nommés médecins de Saint-Lazare; le docteur Lévy-Bing est chargé du service de vénéréologie et dirigera le laboratoire de bactériologie, le docteur Ermenge est chargé du service de médecine générale.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un arrêté ministériel en date du 24 janvier 1911 décide que lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à une ou plusieurs vacances d'*inspecteur général adjoint des services admintstratifs du ministère de l'intérieur*, il sera procédé à un concours qui ne sera ouvert qu'à des docteurs en médecine ou techniciens d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de médecine sanitaire.

L'arrêté du ministre qui fixera le nombre des places mises au concours sera inséré au moins cinquante jours avant la date fixée pour le concours.

Les détails concernant l'inscription des candidats, les épreuves et le programme du concours sont publiés dans le *Journal officiel* du 26 janvier 1911.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Bureau de 1911. — Président : M. Péraire; vice-président : M. Verchère; secrétaire général : M. Ozenne; secrétaires des séances : MM. Delaunay (V.) et Rigollot-Simonnot; trésorier : M. Delbet (Paul); archiviste : M. Monnier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alexis Jullien, professeur libre d'anatomie à Paris; E. Goldenstein (de Paris); Motheau (de Saint-Maixent).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie a mis en marche le *train de nuit extra-rapide* desservant la Côte d'Azur.

Ce train aura lieu :

A l'aller, jusqu'au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 10 mai, les mercredis, samedis et dimanches.

Au retour, jusqu'au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 12 mai, les lundis, vendredis et dimanches.

Trajet de Paris à Nice en quinze heures.

Ce train est composé de grandes voitures de 1re classe à bogies, de lits-salon, d'un salon à deux lits complets, d'un sleeping-car et d'un vagon-restaurant entre Paris et Dijon.

Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

Des résultats de la saphénectomie dans le traitement des varices superficielles (membres inférieurs) et de leurs complications, par le docteur Jean MAGNIEN (Th. de Paris). — Maloine, édit.

REVUE GÉNÉRALE (1)

STÉNOSES DU PYLORE

Par MM. Fernand LÉVY et Paul BAUFLE.

I

Définition. — Sous le nom de sténoses du pylore, on entend toutes les diminutions de calibre de l'orifice pylorique, liées à l'existence d'un obstacle mécanique ou d'une contracture spasmodique agissant isolément ou associées pour se traduire par un syndrome de rétention stomacale.

Au point de vue clinique, « tout individu qui a dans l'estomac, non d'une façon passagère, mais durable, après le jeûne de la nuit, un liquide résiduel souillé de débris alimentaires, est atteint de sténose du pylore » (Hayem).

La notion du syndrome pylorique est de date relativement récente et ses manifestations n'ont été bien connues que du jour où le tubage est devenu d'un emploi courant et où les interventions de chirurgie gastrique se sont multipliées.

II

Etiologie. — La sténose pylorique est surtout l'aboutissant de lésions gastriques, mais peut aussi, plus rarement, relever d'altérations des organes voisins. Parmi les affections de l'estomac, il en est deux dans lesquelles on rencontre couramment la sténose : l'*ulcère* et le *cancer*. Pour les lésions de voisinage, c'est la *lithiase biliaire* qui occupe la plus grande place dans l'étiologie. Aussi décrirons-nous surtout en détail ces trois facteurs pathogéniques.

Le *cancer*, très souvent localisé au pylore (60 p. 100 des cancers gastriques d'après Brinton), réalise la sténose de diverses manières suivant le type anatomique qu'il revêt : comme l'a montré Bard, le squirrhe, dur, prend une forme annulaire et réduit le calibre du pylore par épaississement des parois ; l'épithélioma forme plus souvent une tumeur juxtapylorique, sessile ou pédiculée, bourgeonnante, n'obturant qu'assez tardivement la lumière du conduit ; la linite plastique de Brinton, dont la nature cancéreuse est à peu près universellement admise à l'heure actuelle, est parfois localisée exclusivement au pylore formant alors un anneau rigide, inextensible. Le cancer s'accompagne, parfois, de réactions péritonéales, plus souvent d'hypertrophies ganglionnaires très précoces (groupe rétro et sous-pylorique, groupe de la petite courbure), ce qui contribue à rendre plus étroit encore le rétrécissement.

L'ulcère du pylore se rencontre avec une fréquence relativement grande, mais il est difficile d'en donner des chiffres précis, car les statistiques varient suivant que les auteurs, sous le nom de pylore, envisagent la valvule pylorique elle-même ou la région pylorique tout entière. La sténose ulcéreuse peut s'observer à deux périodes : soit pendant l'évolution de l'ulcère, soit après sa cicatrisation.

L'ulcère récent, ulcère aigu, ne détermine à son pourtour que de légères altérations ; à peine constate-t-on un peu de congestion et d'œdème de la muqueuse au niveau des bords de l'ulcération (Hayem et Lion), suffisant cependant à réaliser une sténose si l'ulcère est pylorique.

Dans l'ulcère chronique, deux cas sont à distinguer : l'ulcère siège au pylore ou il en est plus ou moins éloigné. La première éventualité s'explique d'elle-même : l'ulcération repose sur une base scléreuse due à la réaction des tuniques gastriques, souvent même les bords sont indurés, épaissis, par prolifération exubérante du tissu conjonctif (ulcère calleux) et l'ulcère forme alors une véritable tumeur agissant mécaniquement.

Si au contraire il s'agit d'un ulcère juxtapylorique on peut à l'exemple de Hartmann et Soupault, invoquer l'existence d'un spasme réflexe déterminant une contracture du sphincter ; mais les faits anatomiques ne sont pas toujours d'accord avec cette théorie et on rencontre des ulcères, même très éloignés du pylore, qui entraînent une sténose réelle. C'est ainsi que M. Lion, dans un fait inédit, a constaté une sténose pylorique consécutive à un ulcère de la petite courbure : du pourtour de l'ulcération partait une longue bride inflammatoire qui venait se terminer au pylore provoquant un rétrécissement très serré.

Lorsque l'ulcère est guéri, une cicatrice de forme souvent annulaire ou analogue aux plis radiés d'une bourse peut obturer presque totalement l'orifice pylorique. Enfin sur un ulcère cicatrisé se greffe parfois un cancer, constituant l'ulcéro-cancer prépylorique (Hayem) qui peut aussi être cause de sténose.

La lithiase biliaire détermine, par des mécanismes également divers, le rétrécissement du pylore. La vésicule biliaire, remplie de calculs, peut comprimer le pylore ; ou bien un calcul, arrivé dans l'estomac grâce à une fistule cholécystico-gastrique, vient obturer la lumière de l'orifice (Galliard). Mais ce sont là des éventualités rares. Plus souvent la lithiase biliaire détermine des réactions péritonéales locales constituant une péritonite sous-hépatique avec brides susceptibles d'enserrer le pylore.

Cancer, ulcère de l'estomac, lithiase biliaire, tels sont les facteurs étiologiques le plus souvent rencontrés à l'origine des sténoses pyloriques, mais d'autres lésions peuvent, plus rarement, déterminer ce même syndrome et il est classique de les grouper, dans un cadre artificiel, sous trois chefs, suivant que l'obstacle est extérieur, cavitaire ou pariétal.

A l'extérieur, ce peut être une stricture étroite, telle une bride péritonéale au cours d'une péritonite tuberculeuse à forme fibreuse, ou une compression large, tels les déplacements ou les tumeurs du rein droit, le cancer de la tête du pancréas, le cancer, l'abcès, le kyste hydatique de la face inférieure du foie, peut-être aussi le foie lui-même ptosé sous l'influence du corset, le cancer des voies biliaires, du côlon transverse et, plus rarement, les hypertro-

(1) Reproduction interdite.

phies ganglionnaires, les anévrismes du tronc cœliaque ou de ses branches.

Dans la lumière du conduit, l'obstruction peut être réalisée par des corps étrangers (râteliers, objets divers chez les aliénés) ou des tumeurs bénignes pédiculées d'ailleurs exceptionnelles, telles qu'un polype fibreux (Cornil), une tumeur mycosique (Hayem et Lion).

Mais ce sont surtout *les lésions pariétales* qui sont le plus souvent en cause. *La tuberculose gastrique* (Ricard et Chevrier) se localise souvent à la région pylorique et prépylorique : les ulcérations s'accompagnent d'infiltration du pylore qui est épaissi, cartonné, en même temps qu'un véritable blindage péritonéal et des hypertrophies ganglionnaires augmentent encore le rétrécissement. *La syphilis*, qu'elle revête l'aspect d'ulcérations, de gommes ou de syphilome diffus, peut, dans quelques cas assez rares, être cause de sténose pylorique. Quant *aux rétrécissements cicatriciels* du pylore, consécutifs à l'ingestion de liquides caustiques, ils se rencontrent parfois, mais avec une fréquence moins grande que les sténoses œsophagiennes de même nature.

On doit réserver une place à part aux *sténoses des nouveau-nés et des nourrissons*. Sous cette dénomination, on englobe des cas assez disparates : il peut s'agir d'un vice congénital de développement amenant une occlusion partielle, parfois totale de l'orifice pylorique ; plus souvent les fibres circulaires du sphincter pylorique sont hypertrophiées, déterminant une véritable tumeur qui « fait dans le duodénum une saillie en entonnoir à la façon du museau de tanche dans le vagin ». Enfin dans un certain nombre de cas, il n'y a pas d'altérations anatomiques, mais seulement spasme musculaire : c'est le pylorospasme essentiel sur lequel Weil et Péhu ont les premiers attiré l'attention.

Dans les divers types étiologiques de sténose que nous venons d'envisager, le rôle mécanique des lésions est souvent accru par l'existence d'un *spasme du sphincter pylorique*. Ce spasme peut-il, à lui seul, sans lésions anatomiques, déterminer une contracture permanente, réalisant ainsi un obstacle à l'évacuation du contenu gastrique? Küssmaul, Doyen, Robin l'ont admis, mais les interventions chirurgicales et les constatations nécropsiques ont montré que, dans tous les cas où le spasme existait d'une manière permanente, on trouvait toujours des lésions gastriques, en particulier de petites ulcérations au niveau de la région pylorique. Ces ulcérations sont le point de départ du spasme et celui-ci ne saurait exister en dehors d'elles. Sans méconnaître l'importance de la contracture dans la pathogénie des troubles qui constituent le syndrome de sténose pylorique, il faut, à l'heure actuelle, reconnaître que ce spasme n'est jamais primitif, mais toujours secondaire à une lésion, parfois discrète et qui demande à être cherchée.

A l'étude des sténoses du pylore se rattache celle des *sténoses sous-pyloriques* : celles-ci relèvent d'un obstacle siégeant sur la première ou la deuxième portion du duodénum ; des compressions diverses peuvent les déterminer, mais deux facteurs sont le plus souvent en cause, la lithiase biliaire et l'ulcère duodénal cicatrisé.

III

Etude clinique. — Nous étudierons d'abord sous le nom de syndrome pylorique l'ensemble des signes qui traduisent l'obstruction du pylore. D'ordinaire ces symptômes ont un début insidieux, difficile à préciser, et prennent l'apparence de troubles digestifs sans caractères spéciaux ; puis ceux-ci se précisent et ce sont généralement les douleurs ou les vomissements qui décident le malade à consulter.

A. SIGNES FONCTIONNELS. — *Les douleurs*, au début, surviennent un temps variable après le repas, deux à cinq heures environ ; elles siègent au creux épigastrique et irradient, en cas d'ulcère, à la région dorso-lombaire. Leur intensité est variable : tantôt légères, tantôt plus violentes, comparées par le malade à une sensation de brûlures, elles peuvent devenir intolérables ; ce sont alors de véritables crises gastriques. Elles sont exagérées par les tentatives d'alimentation, calmées par les vomissements que les malades provoquent pour se soulager. Ces douleurs relèvent de divers facteurs ; le plus souvent elles sont dues à la lésion causale ; parfois elles seraient liées à la contraction du muscle gastrique qui lutte contre l'obstacle pylorique. Aussi s'atténuent-elles souvent à une période avancée, lorsque la musculature est affaiblie ; elles sont alors remplacées par une sensation vague de pesanteur, de tiraillement due au poids des liquides accumulés dans l'estomac dilaté.

Les vomissements constituent un symptôme beaucoup plus constant. Au début, ils sont irréguliers, capricieux, variables avec le régime alimentaire ; plus tard, une fois l'estomac dilaté, ils deviennent rares, ne se produisant qu'à intervalle de plusieurs jours ; ils sont alors très abondants et ont un aspect tout à fait caractéristique. Ils dégagent une odeur fétide, par suite de la formation d'acides butyrique, acétique, sulfhydrique ; on peut y retrouver, et c'est là un fait important au point de vue du diagnostic, des débris alimentaires ingérés plusieurs jours auparavant et qui ont échappé à l'action du suc gastrique (péricarpe de pruneaux, pépins de raisins, pulpe d'orange). Enfin, tardivement, les vomissements sont encore plus espacés : l'estomac dilaté et atone n'évacue plus que son trop plein : il se vide par regorgement, comme une vessie distendue et forcée.

Dans l'intervalle des vomissements, les malades se plaignent souvent de régurgitations, de pyrosis, d'éructations de gaz fétides ; parfois de sensations pénibles de faim et de soif. A ces troubles s'ajoute une constipation opiniâtre, entrecoupée à certains moments de débâcles diarrhéiques ; celles-ci seraient dues à l'irritation de l'intestin par le chyme stomacal altéré qui parvient de temps à autre à forcer l'obstacle pylorique.

En même temps les urines se modifient, elles sont moins abondantes et leur quantité peut servir

de mesure à la perméabilité du pylore; elles sont aussi moins acides, pauvres en chlorures et en urée. Tandis que l'individu normal excrète par les urines et par les fèces une quantité d'azote égale à la quantité d'azote ingérée, le sténosé, au contraire (A. Robin), élimine moins d'azote qu'il n'en ingère et d'autre part le rapport de l'azote fécal à l'azote urinaire se trouve augmenté.

Il peut arriver que les troubles gastriques retentissent sur tout l'organisme : la dyspnée s'observe parfois et serait due au refoulement du diaphragme par l'estomac dilaté; elle peut s'accompagner de troubles cardio-vasculaires, tels que des palpitations, de la petitesse du pouls, des crises douloureuses simulant l'angine de poitrine, manifestations qui sont aussi sous la dépendance de la distension gastrique. Enfin on observe des accidents nerveux dont les plus graves sont *la tétanie* assez fréquente, et le *coma dyspeptique*, exceptionnel et même contesté. La tétanie peut être limitée, se traduisant par des contractures des extrémités, ou généralisée ; le coma dyspeptique aurait une évolution analogue à celle du coma diabétique. Ces troubles nerveux relèveraient soit de la déshydratation, soit d'une véritable auto-intoxication consécutive à la stase gastrique (Bouchard, Bouveret et Devic).

B. Signes physiques. — Ils varient suivant l'état de la musculature gastrique, qui, au cours de la dilatation, peut être atrophiée ou hypertrophiée.

1. S'il y a dilatation hypertrophique, les réactions gastriques sont très marquées et se traduisent par deux signes qui ont une grande valeur séméiologique : *le durcissement intermittent* et l'*agitation péristaltique*.

Le durcissement intermittent a été magistralement décrit par Cruveilhier (1852) : « Cette contraction, qui se manifeste d'une façon intermittente, est facile à reconnaître pendant la vie par un durcissement douloureux analogue aux légères contractions utérines qui précèdent les grandes douleurs de l'accouchement. Pendant toute la durée de cette contraction, la forme de l'estomac se dessine à travers la paroi abdominale et, chez les sujets amaigris, on peut en suivre tous les contours à l'œil et au doigt. C'est, à mon avis, un grand moyen de diagnostic pour les maladies de l'estomac que ce durcissement intermittent; à ce seul signe, j'ai souvent diagnostiqué un rétrécissement du pylore que l'exploration directe ne permettait pas de reconnaître. » C'est ce même symptôme que Bouveret a décrit ultérieurement sous le nom de *tension intermittente de l'épigastre* (Lion).

L'ondulation péristaltique (Küssmaul) se reconnaît facilement à la simple inspection de la région épigastrique. On voit une série d'ondes musculaires lentes, intermittentes, naissant à l'hypocondre gauche pour venir se terminer au niveau de la région pylorique; exceptionnellement le péristaltisme se manifeste en sens inverse (mouvements antipéristaltiques). Souvent spontané, ou survenant après le repas, ce phénomène ne se produit parfois qu'à la suite de la palpation, de la percussion, ou encore après l'insufflation qui détermine un degré de tension favorable à la production des contractions. On peut dans certains cas les faire réappparaître grâce à un choc ou une chiquenaude sur la région stomacale.

2. Lorque l'estomac se dilate passivement et que la tunique musculaire perd sa tonicité, les signes de dilatation attirent surtout l'attention.

A l'inspection, en examinant le sujet de face et de profil, on constate, surtout si l'amaigrissement a déjà fait des progrès, une voussure assez prononcée de la région épigastrique, voussure qui peut descendre à plusieurs travers de doigt, au-dessous de l'ombilic.

La percussion, soit manuelle, soit phonendoscopique, délimite l'aire de sonorité gastrique qui est augmentée : il faut percuter légèrement et de haut en bas. La distension est-elle surtout gazeuse, on retrouve une poche d'air assez considérable. Cependant les résultats obtenus ne sont pas toujours précis, surtout à la limite inférieure où la sonorité de l'estomac se confond avec la sonorité intestinale. On peut faciliter cette recherche en distendant artificiellement l'organe, soit par insufflation d'air au moyen d'une sonde, soit par l'administration de la potion de Rivière (acide tartrique et bicarbonate de soude ingérés successivement et dont le mélange dégage de l'acide carbonique). Si l'estomac est plein de liquide, on a au contraire une matité qui descend plus ou moins bas, parfois, bien au-dessous de l'ombilic.

La palpation donne également des renseignements importants. Indépendamment de la constatation possible d'une tumeur pylorique, elle permet de dessiner les contours de l'estomac. De plus elle fait reconnaître le *bruit de clapotage*. C'est une sensation bien particulière, comparable à celle que donnerait une vessie de caoutchouc à demi remplie de liquide et déprimée brusquement. Elle indique la présence de liquide et délimite la partie la plus déclive de l'estomac. Elle n'a de valeur, au point de vue du diagnostic de sténose, que si elle est retrouvée le matin à jeun, alors que l'estomac normal est toujours vide.

Si, au lieu de déprimer la paroi abdominale par de légers chocs, on secoue le malade couché, en le saisissant à bras le corps au niveau de la partie inférieure du thorax, il est fréquent de percevoir un bruit de glou-glou, *bruit de succussion* analogue à celui de l'hydropneumothorax.

Les signes précédents permettent habituellement de reconnaître la dilatation gastrique avec stase et il n'est pas nécessaire, pour les confirmer, de recourir à l'emploi de méthodes plus complexes, telles que la palpation à travers la paroi abdominale de l'extrémité inférieure d'une sonde introduite dans l'estomac, la gastro-diaphanie (Max Einhorn, Heryng et Reichmann), la gastroscopie. Par contre on doit toujours pratiquer le tubage de l'estomac ainsi que l'examen radioscopique et radiographique.

Le *tubage* s'opère avec le tube, armé de la poire Frémont, le matin après le jeûne de la nuit, moment auquel un estomac normal est vide ou ne renferme qu'une quantité insignifiante de liquide. Toutes les fois que la sonde en ramène, on peut affirmer la

stase par sténose. Ces liquides résiduels pourront se présenter sous deux aspects différents et M. Hayem distingue deux cas suivant que le liquide contient ou non des débris alimentaires visibles à l'œil nu.

Dans le premier cas, le liquide résiduel peut être très abondant (1000 à 1500 centimètres cubes, en moyenne 200 à 300 centimètres cubes); il a la consistance d'une bouillie alimentaire épaisse, d'extraction difficile, de coloration variable suivant le régime auquel est soumis le malade (blanchâtre s'il ne prend que du lait, brunâtre s'il s'alimente de viande, quelquefois verdâtre par reflux de bile ou par présence de chromogènes d'origine microbienne). Dans un verre le liquide se divise en trois couches: une couche supérieure mousseuse; une couche moyenne, fluide, claire; une couche inférieure, dépôt de consistance épaisse dans lequel on peut reconnaître des débris alimentaires anciens qui ont séjourné longtemps dans l'estomac (fragments de fruits), plus rarement des corps étrangers, des parcelles de néoplasme.

Dans un deuxième type, les liquides résiduels sont peu abondants (5 à 50 centimètres cubes); ils ont une consistance fluide, une coloration grisâtre et donnent, par le repos, un dépôt pulvérulent, blanchâtre dans lequel on ne trouve pas de débris alimentaires visibles à l'œil nu. Mais l'examen microscopique permet de déceler des cellules végétales, des grains d'amidon colorables par l'iode, des fragments de fibres musculaires, des globules de lait; il y a souvent en outre quelques éléments cellulaires et des microbes divers (sarcines, levûres, bâtonnets).

L'examen chimique montre une acidité très élevée pouvant être due à l'acide chlorhydrique, dans le cas d'ulcère, mais d'autres fois, dans le cancer par exemple, où l'acide chlorydrique est diminué ou absent, l'hyperacidité du liquide ne peut s'expliquer que par le développement d'acides organiques, consécutif à la stase alimentaire.

Le tubage après repas d'épreuve (repas d'Ewald, repas à l'alcool de P. Carnot) donne surtout des renseignements sur les origines de la sténose. Cependant, quelle que soit la nature de l'obstacle, il existe certaines modifications de la digestion stomacale qui s'observent dans toutes les sténoses.

Normalement en effet la sécrétion chlorhydrique passe par trois phases, d'augment, d'acmé et de décroissance s'abaissant progressivement jusqu'à cessation. S'il y a rétrécissement pylorique, la courbe qui représente la sécrétion chlorhydrique manifeste, pendant le stade de décroissance, des oscillations, des réascensions; la digestion est « indéfiniment prolongée » (Hayem).

Le cathétérisme permet aussi de mettre en évidence le retard dans l'évacuation stomacale. On fait absorber au malade un repas (repas d'Ewald, repas huileux de Mathieu) qui, chez un sujet normal, franchit le pylore en un temps déterminé; au bout de ce laps de temps, on pratique le tubage et on constate quelle est la quantité de résidus alimentaires retenue dans l'estomac. Ce procédé semble préférable à l'administration du salol, de l'iodoforme dont la décomposition au niveau de l'intestin, et par suite le temps de séjour dans l'estomac, peuvent être suivis par l'examen des urines.

Radioscopie et radiographie. — A l'état normal, après ingestion de lait de bismuth, l'estomac réagit et se moule en quelque sorte sur son contenu. Il paraît alors constitué par trois segments: une zone supérieure claire, en forme de dôme au-dessous du diaphragme (cloche à air); une zone sous-jacente en forme de conduit cylindrique, enfin un troisième segment horizontal ou légèrement ascendant vers la droite, représentant le canal pylorique.

A l'état pathologique, cette épreuve permet de constater que l'estomac est dilaté: il se comporte comme une poche inerte et le liquide s'accumule à la partie inférieure; d'autre part l'ombre pylorique est amoindrie ou absente et « ce défaut d'image pylorique est un bon signe de sténose » (Schmiedel et Hartel).

IV

Formes cliniques des sténoses du pylore. — *Les sténoses légères* passent facilement inaperçues; en effet la réaction stomacale est réduite au minimum; on n'observe ni vomissements, ni phénomènes de stase évidente. Les malades n'accusent qu'une douleur tardive peu intense, survenant trois ou quatre heures après les repas. C'est seulement l'analyse du contenu stomacal, pratiqué d'une manière systématique, qui révèle les troubles de la digestion: ceux-ci s'attestent par la durée prolongée du travail stomacal et consécutivement le retard de l'évacuation. Les liquides résiduels peuvent manquer, mais si on fait ingérer au malade des aliments de digestion difficile (pruneaux, raisins de Corinthe) on retrouve le lendemain matin à jeun des résidus alimentaires, ce qui met en évidence un certain degré d'imperméabilité du pylore.

Dans les *sténoses moyennes*, la douleur semble encore plus constante que dans le type précédent. Son intensité varie; parfois sourde elle revêt dans d'autres cas une forme pongitive ou bien encore le malade se plaint de crampes assez violentes ou de brûlures à l'épigastre. De plus, l'estomac commence à réagir et à expulser une partie de son contenu; on note des vomissements de liquide acide, de saveur aigrelette, grisâtre, mousseux, dans l'intervalle desquels surviennent des éructations et des régurgitations acides. L'examen physique révèle rarement une dilatation nette; mais le tubage ramène toujours des liquides résiduels répondant le plus souvent au deuxième type décrit par M. Hayem, c'est-à-dire ne contenant pas de débris alimentaires visibles à l'œil nu. Comme les formes légères, ces sténoses moyennes présentent des phases d'accalmie et d'aggravation. variant avec le régime alimentaire et l'hygiène générale suivis par le malade.

Ces deux formes ont une évolution essentiellement chronique, parfois entrecoupée, mais rarement, de quelques accidents aigus; elles peuvent durer des mois et des années. Elles se rencontrent presque exclusivement au cours de l'ulcère pylorique en activité ou cicatrisé.

Il est, par contre, des *sténoses pyloriques à marche rapide* où, d'emblée, l'obstruction pylorique est complète et où l'estomac n'a pas le temps de se dilater. Les signes physiques sont nuls, tandis que prédominent les signes fonctionnels : l'intolérance gastrique est absolue, les douleurs intolérables, l'état général s'altère rapidement par suite de l'inanition et la mort peut survenir en quelques semaines, peut-être même en quelques jours.

Les sténoses sous-pyloriques sont susceptibles de présenter la même symptomatologie que les précédentes; la seule particularité est la présence de bile en quantité notable dans les vomissements et dans les liquides résiduels. Il faudra toujours la rechercher au moyen de la réaction de Gmelin, car la coloration verte peut être due à des chromogènes d'origine microbienne. D'aprèsM. Hayem, c'est à ce groupe de sténoses que se rattache un grand nombre de cas de « maladie de Reichmann ».

Sténose des nouveau-nés et des nourrissons. — Les sténoses des nouveau-nés se traduisent par des vomissements persistants, d'odeur butyrique, parfois accompagnés de dilatation gastrique et de péristaltisme; la constipation est opiniâtre; en même temps l'état général s'altère, le poids baisse régulièrement. L'évolution est variable suivant l'étiologie : dans les *sténoses par vice congénital de développement*, les vomissements apparaissent dès la naissance, sont incoercibles et la mort survient en hypothermie, par inanition. Les *sténoses par hypertrophie du pylore*, les plus fréquentes, ont une allure moins rapide et ne se révèlent d'ordinaire que trois ou quatre semaines après la naissance. Aux signes fonctionnels s'ajoute parfois la constatation d'une tumeur pylorique. Quant au *pylorospasme essentiel de la première enfance* de Weil et Péhu, il peut se manifester encore plus tardivement; il se caractérise par des vomissements qui peuvent disparaître après quelques semaines, car la guérison spontanée est fréquente.

V

Diagnostic. — Le diagnostic des sténoses pyloriques comporte deux points. Il faut : 1° reconnaître l'existence de la sténose; 2° déterminer sa cause, c'est-à-dire la nature de l'obstacle.

I. Le diagnostic positif de sténose pylorique est le plus souvent facile; cependant certaines affections gastriques peuvent s'accompagner de troubles qui simulent le syndrome pylorique.

Au premier rang, se placent *la myosthénie gastrique et la dilatation de l'estomac par atonie*. De même que dans la sténose, il y a dilatation gastrique révélée par l'existence de bruit de clapotage plusieurs heures après les repas ; mais à l'inverse de la sténose, la dilatation simple ne s'accompagne jamais de contractions péristaltiques ; de plus, il est exceptionnel, sauf dans les très grandes dilatations, de recueillir par le tubage, le matin à jeun, des liquides résiduels. D'ailleurs la dilatation gastrique apparaît souvent à la suite de fatigues, de surmenage chez des sujets nerveux, parfois pendant la convalescence d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde), plus souvent encore chez les gros mangeurs où elle est la conséquence de la surcharge alimentaire. Ce sont là autant de circonstances étiologiques qui peuvent faciliter le diagnostic et, d'autre part, le traitement médical est susceptible d'assurer, dans le cas de dilatation, une amélioration qui ne s'observerait pas au cours d'une sténose pylorique.

La gastropose, qui stimule parfois la dilatation gastrique, pourrait plus rarement prêter à erreur, mais elle n'est généralement qu'un épisode au cours de la ptose viscérale et d'ailleurs l'examen radioscopique permet de la reconnaître facilement.

La dislocation verticale, qui ne s'observe guère que chez la femme, est susceptible d'amener des troubles simulant une sténose légère, mais l'insufflation et la radioscopie montrent la forme et la position de l'estomac.

Plus difficile peut être le diagnostic entre la sténose pylorique et l'*estomac biloculaire* congénital, ou acquis (cicatrisation d'un ulcère siégeant sur la petite courbure ou sur les faces de l'estomac et entraînant une sténose médio-gastrique). L'insufflation, en dessinant l'estomac, peut faire soupçonner la biloculation; le cathétérisme évacuateur permet de retirer une certaine quantité du liquide sans que le bruit de clapotage disparaisse; mais c'est surtout l'examen radioscopique qui lève tous les doutes.

En dehors des affections que nous venons d'énumérer il était classique, autrefois, d'établir un diagnostic différentiel entre la sténose du pylore et la maladie de Reichmann ou gastro-succhorée ; actuellement on admet, avec M. Hayem, que le « syndrome de Reichmann » est toujours la manifestation d'une sténose pylorique ou sous-pylorique, souvent légère, le plus souvent d'origine ulcéreuse. Cependant dans les cas de ce genre, il est souvent difficile au point de vue pathogénique, de distinguer la part de la rétention mécanique ou spasmodique et de l'hypersécrétion.

Le diagnostic des sténoses aiguës peut dans certains cas se poser avec *les vomissements incoercibles* qui se rencontrent au cours de la grossesse, de l'urémie et surtout avec les crises gastriques du tabes, les vomissements périodiques de Leyden, plus rarement avec une occlusion intestinale, haut située, au niveau du duodénum.

II. La sténose étant reconnue, il reste à déterminer sa cause. C'est là un point important au point de vue pronostic et aussi thérapeutique. Mais ce diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés.

Indépendamment des sténoses cicatricielles qui pourront être soupçonnées par l'étude des commémoratifs, il faudra songer aux facteurs étiologiques les plus fréquents : le cancer, l'ulcère du pylore, puis la lithiase biliaire.

Le cancer détermine suivant sa forme et son siège des sténoses serrées ou des sténoses à marche lente et progressive. On y songera surtout chez un homme qui a dépassé la cinquantaine et qui se plaint de troubles gastriques avec retentissement sur l'état général (amaigrissement, perte des forces). Le tubage à jeun donne des liquides résiduels fétides, parfois

nauséabonds par suite du développement des acides organiques; ce sont ces acides organiques, qui expliquent l'acidité élevée des liquides résiduels (exagération de α) contrastant avec ce fait que la sécrétion chlorhydrique est diminuée ou nulle après repas d'épreuve. D'ailleurs d'autres signes attirent l'attention : les hématémèses, noirâtres, analogues à de la suie, du marc de café, sont fréquentes; la palpation peut révéler au-dessus de l'ombilic l'existence d'une tumeur, siégeant un peu à droite de la ligne médiane mobile ou adhérente, parfois diffuse et difficile à délimiter à cause de la réaction péritonéale et des hypertrophies ganglionnaires concomitantes. De plus le cancer s'accompagne de signes spéciaux, l'examen du sang révèle une anémie avec leucocytose marquée; l'amaigrissement fait de rapides progrès que les vomissements et le défaut d'alimentation ne suffisent pas à expliquer. Un seul signe serait pathognomonique, mais il est exceptionnel : c'est la constatation de cellules cancéreuses dans les liquides résiduels retirés par tubage. Il faut enfin mentionner une particularité; parfois les signes de sténose cèdent spontanément, d'une manière temporaire et le fait s'explique par l'élimination de fragments néoplasiques qui obturaient l'orifice pylorique.

A l'*ulcère* se rattache, comme nous l'avons vu, plusieurs types cliniques de sténose pylorique. On se rappellera que l'ulcère est surtout fréquent chez la femme, entre vingt et trente ans. Indépendamment des signes de sténose qui peuvent survenir à un stade quelconque de son évolution, il se traduit d'ordinaire par des douleurs, accrues par l'ingestion de certains aliments irritants; calmées, au contraire, par d'autres, tels que le lait, les purées; les vomissements sont très riches en acide chlorhydrique, car l'hyperchlorhydrie est constante au cours de l'ulcère, ce que confirme d'ailleurs le tubage après repas d'épreuve; on peut observer une hématémèse abondante d'une grande valeur diagnostique; enfin, l'état général est beaucoup moins atteint que dans le cancer et l'anémie consécutive aux hémorragies se répare rapidement. La présence d'une tumeur ne permettra pas d'éliminer l'ulcère, car les adhérences péritonéales peuvent former une masse assez volumineuse, et d'autre part un ulcère calleux donne parfois une tuméfaction perceptible à la palpation. Le diagnostic est rendu très difficile dans le cas d'ulcéro-cancer pré-pylorique où se rencontrent à la fois les signes du cancer et les manifestations de l'ulcère : ce sont surtout l'amaigrissement, la tendance à la cachexie rapide qui feront songer à la transformation cancéreuse.

Toutes les fois que l'on soupçonnera un cancer ou un ulcère, il faudra rechercher dans les vomissements, dans les liquides résiduels et dans les fèces, la présence de sang au moyen de réactions chimiques et après avoir mis le malade au régime lacté pendant quelques jours (réaction de Weber-Boas à la teinture de gaïac ; réaction d'Adler à la benzidine).

La *lithiase biliaire* sera soupçonnée si l'on retrouve dans les antécédents du malade des signes certains de colique hépatique ou d'autres manifestations lithiasiques.

En dehors de ces faits, le diagnostic étiologique devient très délicat; il faut d'abord penser à la possibilité d'une *affection gastrique* peu fréquente, telle que la syphilis ou la tuberculose gastrique. La *tuberculose gastrique* à forme sténosante aurait, comme particularité, l'existence de la diarrhée, alors que la constipation est la règle dans les autres variétés de sténose (Ricard et Chevrier). Quant à la *syphilis stomacale*, d'ailleurs rare, elle ne pourra être que soupçonnée par l'étude des antécédents du malade; récemment Lewen a montré que le traitement spécifique pouvait mettre en évidence cette origine syphilitique en amenant une rapide amélioration.

Si la sténose ne peut s'expliquer par une lésion gastrique, on examinera systématiquement les *organes voisins* susceptibles de déterminer une compression, le foie, le pancréas, le rein droit, et on songera enfin aux cas exceptionnels, tels que les hypertrophies ganglionnaires, les anévrismes des artères de la région; mais le plus souvent de tels diagnostics ne pourront être faits qu'au cours d'une laparotomie exploratrice.

VI

Pronostic. — Le pronostic des sténoses du pylore varie essentiellement avec la nature de l'obstacle: il est devenu moins sombre depuis que la chirurgie gastrique est entrée dans la pratique courante et il ne reste réellement grave que pour le cancer.

VII

Traitement. — Il dépend, dans une certaine mesure, de la nature de l'obstacle. Dans les sténoses légères, répondant au syndrome de Reichmann, ou symptomatiques d'un ulcère gastrique, il faudra recourir d'abord au traitement médical de l'ulcère (diète, pansement au bismuth, puis alimentation progressive) qui donne souvent d'excellents résultats. Dans les sténoses confirmées, au contraire, il existe un obstacle qu'il faut enlever ou contourner. S'il s'agit d'une lésion bien limitée (rétrécissement cicatriciel, cicatrice d'ulcère pylorique, cancer du pylore au début) on peut remédier directement à la sténose en rétablissant la perméabilité pylorique par ablation de l'obstacle.

La divulsion digitale après gastrotomie (Loreta), *la pyloroplastie* (Mikulicz) ne donne que des résultats médiocres et on devra, toutes les fois que cela est possible, recourir à la *pylorectomie* ou résection pyloro-gastrique : c'est, en particulier, l'opération de choix pour le cancer du pylore encore bien circonscrit.

Lorsque cette intervention n'est pas possible, il faut faire *la gastro-entérostomie*, opération d'ailleurs plus bénigne sous le rapport de la mortalité opératoire. Elle donne d'excellents résultats dans les sténoses cicatricielles, dans les sténoses déterminées par un ulcère calleux et cicatrisé ; mais dans le cas de cancer du pylore elle ne peut être qu'une méthode palliative qui agit d'une manière temporaire sur les douleurs, les vomissements et l'inanition. Deux accidents sont à redouter après cette intervention : le circulus vitiosus et l'ulcère peptique du

jejunum. Le circulus vitiosus est caractérisé par le reflux du contenu stomacal dans l'anse duodénale afférente : on peut y remédier par une jéjuno-jéjunostomie complémentaire ou l'éviter en recourant à la gastro-entérostomie en Y de Roux. Quant à l'ulcère peptique du jejunum (Gosset), complication rare également, il ne se rencontre que dans les sténoses accompagnées d'hyperchlorydrie, c'est-à-dire surtout dans les sténoses relevant d'un ulcère en évolution ou cicatrisé : aussi faut-il, pour le prévenir, instituer après la gastro-entérostomie le traitement médical de l'ulcère gastrique; la gastro-entérostomie, en effet, a surtout pour résultat de mettre l'estomac au repos et de permettre au traitement médical d'avoir une action efficace sur l'ulcère.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les articles et mémoires antérieurs à 1902, voir la Revue générale de THAON, Les sténoses du pylore, *Gaz. des hôpit.*, 1902, nos 132 et 135.

Consulter également les indications bibliographiques des *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.*

BARD. Les formes cliniques du cancer de l'estomac, *Sem. méd.*, 1904, n° 34.

BÉCLÈRE. Radiogramme typique d'un cancer du pylore, *Soc. de radiol. méd. de Paris*, 11 mai 1909.

CUNÉO. Technique de la pylorectomie pour cancer, *Journ. de chir.*, 1909, p. 465.

DUVAL et PASCALIS. A propos de deux observations de sténoses de l'œsophage et du pylore par ingestion de liquides caustiques, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, 1910, t. IV, n° 3.

DENÉCHAU. *Les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications*, Th. de Paris, 1907.

LERICHE et MOURIQUAND. Les formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac, *Revue de chir.*, 1909, nos 2-3.

LEVEN et BARRET. Radioscopie gastrique; technique spéciale et applications cliniques, *Presse méd.*, 16 sept. 1905; 31 janv. 1906.

LEDRAIN. *Sténose pylorique consécutive à l'ulcère de l'estomac chez l'Arabe*, Th. de Paris, nov. 1909.

LION. Durcissement intermittent et agitation péristaltique, *Le Médecin praticien*, 20 mars 1906.

MONTPROFIT. *La gastro-entérostomie*, 1903.

MOREAU. *Des suites de la gastro-entérostomie pour sténose non cancéreuse du pylore*, Th. de Paris, 1909.

ŒTTINGER. Des sténoses méconnues du pylore dans l'ulcère gastrique, *Sem. méd.*, 1905, n° 38.

PATER. *La Syphilis gastrique*, Th. de Paris, 1907, et *Gaz. des hôpit.*, nos 128 et 131.

PFAUNDLER. Considérations sur la question des sténoses pyloriques chez les nourrissons, *Jahrb. f. Kind.*, sept. 1909, t. LX, f. 3.

RICARD et CHEVRIER. De la tuberculose et des sténoses tuberculeuses du pylore, *Revue de chir.*, mai, juin, juillet 1905.

RICHARD. *Syndrome de la sténose du pylore chez le nouveau-né*, Th. de Paris, 1905.

ROTHSCHILD. Sur la sténose congénitale du pylore, *Arch. intern. de chir.*, 1908, t. IV, fasc. 2, p. 111-123.

SCHMIEDEL et HÄRTEL. Examen aux rayons X des affections chirurgicales de l'estomac, *Berl. klin. Wochen.*, 1909, t. XLVI, nos 15, 16 et 17.

TAPPEINER. Les sténoses pyloriques tuberculeuses, *Beitr. z. klin. Chir.*, mars 1910, t. LXIV, fasc. 2.

TUFFIER. *Chirurgie de l'estomac.*

VARIOT. Rétrécissement congénital et spasme du pylore chez le nouveau-né, *Gaz. des hôpit.*, juin 1903, n° 69.

VILLARD. Des rétrécissements inflammatoires du pylore et spécialement des formes tuberculeuses, *Lyon chir.*, oct. 1909, t. II, n° 5.

VINCENEUX. *Indications et résultats opératoires dans le traitement chirurgical du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1906.

VOUTERS. Symptomatologie du cancer du pylore, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 17 nov. 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1911)

Sigmoïdite rhumatismale. — M. GUINARD analyse une intéressante observation de M. Dervaux. Il s'agit d'un malade qui présenta, à cinq reprises différentes, des crises présentant tous les caractères d'une sigmoïdite aiguë, douleurs abdominales, constipation et pseudo-obstruction intestinale, apparition dans la région de l'S iliaque d'un empâtement dur, sensible, avec mictions douloureuses et ténesme vésical, empâtement périvésical semblant un phlegmon. Ces phénomènes duraient quelques jours, puis tout disparaissait pour faire place aussitôt à une manifestation rhumatismale articulaire. Ce malade était rhumatisant. Cinq fois, les choses se passèrent de la même façon et quand les symptômes de sigmoïdite apparaissent, les manifestations articulaires disparaissent aussitôt et réciproquement. M. Dervaux croit devoir qualifier cette variété de sigmoïdite du nom de sigmoïdite rhumatismale. Ce serait là une forme nouvelle de la maladie. M. Guinard fait quelques réserves sur ce diagnostic. Ayant étudié particulièrement la sigmoïdite pour un article de son livre sur la chirurgie abdominale, il a lu tout ce qui a été écrit sur ce sujet et nulle part il n'a trouvé signalé le rhumatisme comme une des causes de la sigmoïdite. On a bien invoqué, comme causes possibles, tous les états infectieux, la grippe, la fièvre typhoïde, etc., faut-il y joindre le rhumatisme? Il est vrai que pour beaucoup d'auteurs le rhumatisme est lui aussi une maladie infectieuse. Ce qu'il faut retenir de l'observation de M. Dervaux, c'est cette alternance très nette entre les manifestations franchement rhumatismales et les crises de sigmoïdite. Mais cela suffit-il pour en faire une sigmoïdite rhumatismale ou faut-il admettre une simple coïncidence, c'est-à-dire une sigmoïdite au cours d'une affection rhumatismale. Sans trancher d'une façon absolue la question, M. Guinard fait quelques réserves sur ce diagnostic de sigmoïdite rhumatismale.

M. MICHAUX regrette que, dans ce cas, il n'y ait pas eu de constatation anatomique de la sigmoïdite. Le diagnostic n'en est pas toujours aisé et on peut confondre bien des choses avec la sigmoïdite, ne serait-ce que des phénomènes de constipation.

Abcès du cerveau d'origine amibienne. — M. SIEUR fait un rapport sur deux observations de M. Jacob, relatives à deux cas d'abcès du cerveau d'origine dysentérique diagnostiqués et traités chirurgicalement.

Dans le premier cas, il s'agit d'un sous-officier de vingt-trois ans ayant eu la dysenterie en Cochinchine. Il eut successivement plusieurs abcès du foie d'origine amibienne opérés, et guéris. Au cours de la convalescence du dernier abcès hépatique, ce malade fut pris d'une céphalée qui alla toujours en augmentant sans fièvre, sans vomissements, mais restant rebelle à tous les anesthésiants. Bientôt, le malade se plaint d'avoir comme un brouillard devant les yeux. M. Jacob prie M. Sieur de l'examiner à l'ophtalmoscope; cet examen fut négatif sur tous les points. Le malade conserve son intelligence et répond bien aux questions qu'on lui pose. M. Jacob et M. Lemoine, croyant à un abcès du cerveau, font une ponction lombaire qui indique de l'hypertension, mais donne un liquide très clair. La température reste à 37°2, le pouls à 70; toujours pas de vomissements; mais apparaît de la paraphasie, l'intelligence sombre, il y a un commencement de paralysie du facial droit; on fait une nouvelle ponction lombaire. Le malade tombe dans un état de torpeur.

M. Marie, consulté, déconseille toute intervention. Surviennent une contracture du membre supérieur droit, de l'incontinence des matières et des urines. M. Jacob diagnostique un abcès de la partie inférieure de la région rolandique gau-

che. Il décide l'intervention et fait une couronne de trépan de la dimension d'une pièce de 5 francs au niveau de cette région. Il constate de l'hypertension cérébrale, ponctionne sans résultat, agrandit la couronne de trépan et ne trouve pas d'abcès. Le malade succombe quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouve pas de méningite; il y avait un abcès au niveau de la partie inférieure du lobe temporal gauche qui avait fusé jusque dans le lobe temporo-occipital. Les parois étaient déchiquetées. L'abcès était bien dans la substance blanche. Le pus fut examiné et contenait des amibes, comme en avait contenu le pus des abcès hépatiques. Du côté du foie, il y avait encore un nouveau petit abcès amibien.

Le second malade est un soldat colonial de trente-deux ans qui, à la suite de la dysenterie, eut plusieurs abcès hépatiques d'origine amibienne, tous opérés avec succès. Trois mois après son dernier abcès, ce malade fut pris de céphalalgie, s'accompagnant bientôt de fièvre et de vomissements. Une ponction lombaire donne un liquide clair avec nombreux polynucléaires, sans microbes, sans tension exagérée. Bientôt apparaît de l'hémianopsie, de la parésie du membre supérieur gauche, de la torpeur cérébrale.

On fait une seconde ponction lombaire qui n'amène pas d'amélioration. On décide l'intervention. M. Jacob trépane, incise la dure-mère, trouve une tension exagérée du cerveau; fait une ponction qui donne du pus; il incise avec prudence la substance cérébrale, arrive sur l'abcès, évacue une forte cuillerée à café de pus qui contient de nombreuses amibes vivantes. Il s'agissait donc bien d'un abcès cérébral d'origine dysentérique. On laisse un drain.

Après cette intervention, la plupart des accidents disparaissent, mais la parésie du membre supérieur gauche persiste. Peu à peu, le malade retombe dans la torpeur, a de l'incontinence d'urine et meurt. A l'autopsie, pas de méningite, mais il y avait un autre abcès dans la circonvolution temporale.

Ces deux faits sont intéressants; ce sont, croyons-nous, les deux premiers cas d'abcès amibiens du cerveau diagnostiqués et opérés.

Ces abcès amibiens peuvent aussi se développer dans le poumon.

D'après les recherches de M. Jacob, les abcès du cerveau d'origine dysentérique sont plus fréquents qu'on ne croit. M. Jacob estime qu'il peut y en avoir 3 p. 100, comparativement aux abcès hépatiques. Le premier symptôme de ces abcès est la céphalée, céphalée intense, progressive, rebelle à toute médication calmante. Les symptômes de localisation ont été trompeurs dans le premier cas, fidèles dans le second. Ces deux cas furent les premiers qui furent traités chirurgicalement.

L'opération, dans ces cas, est formellement indiquée et elle doit être aussi précoce que possible.

M. Lucas-Championnière trouve les faits communiqués par M. Jacob du plus haut intérêt. Il veut insister sur deux points de cette communication :

1° La céphalalgie qui est due à la tension intra-cérébrale, qui est progressive, absolument rebelle à toute médication et, par cela même, pathognomonique. M. Championnière rappelle avoir beaucoup insisté sur les caractères particuliers de cette céphalalgie.

2° La détermination du centre cérébral, siège de la lésion, n'ayant pas absolument la précision qu'on lui avait d'abord attribuée, il importe de faire des ouvertures craniennes très larges. Il faut ouvrir très largement la boîte cranienne et, sans vouloir apporter aucune critique à la conduite tenue par M. Jacob chez ses deux malades, il regrette toutefois qu'il n'ait pas fait de plus larges orifices pour atteindre la substance cérébrale.

Cavités intrapulmonaires comblées par des tissus conservés dans la glace. — M. Tuffier présente deux malades bien intéressants : dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente ans, mère de sept enfants, qui était atteinte d'abcès gangréneux du poumon, ayant donné lieu à une vomique fétide, une expectoration semblable et des hémoptysies très graves. Il s'agissait d'un abcès gangréneux intralobaire du côté droit, M. Tuffier réséqua la septième côte en arrière, trouva un décollement considérable; il restait une cavité assez vaste qu'il combla avec un fragment d'épiploon réséqué quelques jours auparavant chez une femme très saine, au cours d'une hystérectomie abdominale et conservé dans la glace : réunion complète sans drainage. Tous les accidents ont cessé.

Emphysème chondro-costal. — Le second malade présenté par M. Tuffier est un homme très amaigri qui était atteint d'emphysème chondro-costal asphyxiant. M. Tuffier lui sectionna en avant cinq cartilages costaux qui étaient indurés, de façon à rendre au thorax sa mobilisation. Le résultat thérapeutique fut parfait, et cependant la mobilisation du thorax est loin d'être complète.

M. Delorme rappelle que la quatrième côte diffère des autres en ce sens qu'elle est franchement horizontale, tandis que celles qui sont au-dessus sont obliques de haut en bas et que celles qui sont au-dessous sont obliques de bas en haut.

M. Souligoux trouve très remarquables les résultats obtenus par M. Tuffier. Mais il insiste sur la difficulté du diagnostic dans ces cas. Quels sont les emphysèmes qu'il faut opérer, quels sont ceux qu'il faut respecter sous peine de les aggraver par l'opération? Voilà le point difficile de cette question.

Abcès du cervelet. — M. Kirmisson présente un garçon qu'il a opéré, il y a neuf ans, d'un abcès du cervelet et qui va très bien.

Election. — M. Ombrédanne est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Branca et Jean Camus; — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Mulon; — (3e série) : MM. Gley, Macaigne et Zimmern; — M. Laignel-Lavastine, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Delbet et Ombrédanne.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Pierre Marie, Guillain et A. Léri; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 7 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lenormant et Chevassu.

2e (1re série) : MM. Prenant, Gley et Maillard; — (2e série) : MM. Retterer, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Bar et Morestin; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Terrien et Rouvière.

3e (oral, 2e partie) : MM. Achard, Castaigne et Brumpt; — M. Tiffeneau, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Lecène et A. Schwartz.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Gilbert, Gougerot et Rathery; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 8 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Ombrédanne et Grégoire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Macaigne; — (2e série) : MM. Gariel, Retterer et Jean Camus; — (3e série) : MM. Pouchet, Branca et Zimmern; — (4e série) : MM. Roger, Mulon et Tiffeneau; — M. Sicard, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


SIROP "ROCHE"
au THIOCOL
administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
Sirop Roche
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE
Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges. PARIS


GYNÉCOLOGIE
THIGÉNOL "ROCHE"
Médicament synthétique à base de Soufre, Soluble eau, alcool, glycérine.
INODORE - NON CAUSTIQUE - NON TOXIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE
KÉRATOPLASTIQUE
Action calmante énergique
Décongestion puissante.
Suppression rapide des Ecoulements.
Mode d'emploi { Thigénol "Roche" 30 ou 45 gr. Glycérine 70 ou 55 gr.
en tampons tous les deux jours
ou bien
OVULES "ROCHE"
AU THIGÉNOL
OVULES "ROCHE"
AU
THIGENOL
dosés à 30 %
parés par Ch. WEISS, Pharmacien de 1re Classe
30, Boulevard Magenta - PARIS
VENTE EN GROS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7, rue Saint-Claude, Paris
Prix : 4 Fr.
F. Hoffmann-La Roche & Cie PARIS
Thigénol Roche
PARIS
100 gr.
Echantillons & Littérature F. Hoffmann-La Roche & Cie. 7 Rue Saint Claude. PARIS.

Fds DE PHARMACIE au *Perreux* (Seine), av. Cce DE de Rosny, 92, apparti à *M. Collard*. A adjr en l'ét. Me BRÉCHEUX, not. à Paris, av. d'Italie, 21, le *10 févr. 1911*, à 2 h. M à p. (pt ét. b.) 8 000f. Loy. à rr 350f. Cons. p. ench. 1 500f.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le docteur Albert VEILLARD, médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge, 5e édition. — 1 vol., VIII-456 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie médicale Bougault.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 27 janvier. — Question donnée : « Anatomie de la trompe utérine (sans le développement). Signes et diagnostic différentiel du cancer de l'œsophage. »

MM. Cassard, 15 + 21 = 36; Miégeville, 18 + 22 = 40; Frette, 14 + 18 = 32; Piot, 12 + 18 = 30; Alary, 14 + 17 = 31; Clap, 17 + 18 = 35; Pernet, 15 + 20 = 35; Collet, 11 + 15 = 26; Dedet, 12 + 18 = 30; Papillon, 10 + 17 = 27.

Séance du 29 janvier. — Question donnée : « Le nerf radial depuis sa sortie de la gouttière de torsion. Gangrène sénile. »

MM. Mairesse, 12 + 24 = 36; Pollet, 10 + 14 = 24; Noël, 12 + 18 = 30; François, 13 + 25 = 38; Lechelle, 9 + 16 = 25; Rousseau (Ferdinand), 16 + 23 = 39; Mallet (Lucien), 11 + 19 = 30; Boutet, 8 + 16 = 24; Bloch (René), 12 + 24 = 36; Lévy (Isaac), 12 + 22 = 34.

— RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1911-1912. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1911-1912, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions, ceux de première année le 15 février 1911, et ceux des deuxième, troisième et quatrième année le 1er mai 1911) : internes et internes provisoires, le samedi 11 février, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1911) : ceux de septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième année (externes ayant concouru en 1904, 1905, 1906, 1907), le vendredi 17 février, à deux heures; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1908), le lundi 20 février, à deux heures; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1909), le mercredi 22 février, à deux heures; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1910), le vendredi 24 février, à deux heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 mars 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel) de dix heures à trois heures, du lundi 27 février au samedi 11 mars 1911, inclusivement.

— Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 6 mars 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, du lundi 6 février au samedi 18 du même mois inclusivement, de dix heures à trois heures, dimanches et fêtes exceptés.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juillet 1911 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 22 mars 1911, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le mercredi 1er février jusqu'au mardi 28 du même mois inclusivement.

CONCOURS POUR DIX PLACES DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A PARIS. — Un concours pour la nomination à dix places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 13 mars 1911, à midi, à la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de dix heures à trois heures, du mercredi 1er février 1911, au samedi 25 du même mois inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. H. Caubet, agrégé des facultés de médecine, est chargé, à partir du 1er janvier 1911, d'un cours de pathologie externe.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 170.)*

Recherches d'anatomie chirurgicale sur les artères de l'abdomen : Le tronc cœliaque, par Pierre DESCOMPS, prosecteur des hôpitaux. — 1 vol. in-8 jésus de 210 pages, avec 97 figures. — Prix, cartonné : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

SUR

L'ÉRUPTION PROVOQUÉE CHEZ L'HOMME PAR LA GALE DU CHAT

Par le docteur GEORGES THIBIERGE,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

S'il est de notion courante que la gale sarcoptique des animaux domestiques peut se transmettre à l'homme ou plus exactement que le sarcopte de ces animaux peut provoquer chez l'homme des lésions cutanées, l'aspect des lésions ainsi provoquées est beaucoup moins connu de la généralité des médecins. La plupart des traités de dermatologie se contentent de signaler que les gales d'origine animale ne se traduisent pas par la présence de sillons, qu'elles se manifestent uniquement par une éruption papuleuse et prurigineuse et guérissent facilement par des soins de propreté (1).

Cette description est insuffisante pour reconnaître directement et d'emblée une gale animale. Aussi le diagnostic ne peut-il reposer que sur l'indication fournie, en général fortuitement, par le patient, qu'il s'est trouvé en contact avec un animal atteint de gale.

Plusieurs cas de « gale du chat », que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement chez l'homme, m'ont amené à étudier de plus près la question, et m'ont incité à appeler de nouveau l'attention sur cette dermatose et sur les moyens de la reconnaître.

Commun au chat, au lapin et au rat, le Sarcoptes notoedres (Bourguignon et Delafond), ou Sarcoptes minor (Fürstenberg), provoque chez le chat des lésions qui occupent ordinairement la tête, en particulier le pavillon de l'oreille. Débutant par des taches semblables à celles produites par les piqûres de puces, ces lésions se transforment en papules, puis en vésicules, finalement en croûtes; les poils sont d'abord agglutinés ensemble, ils deviennent moins adhérents, s'éclaircissent et finalement tombent; autour des parties malades, la peau est tuméfiée, plus dure, moins élastique. Les croûtes peuvent atteindre de grandes dimensions (2).

La localisation si typique des lésions chez l'animal, localisation qui est facilement reconnue et décrite même par des personnes peu observatrices, permet de diagnostiquer presque sûrement la gale du chat même sans avoir sous les yeux l'animal malade.

Les expériences de Railliet (3) ont démontré que la gale sarcoptique due au S. minor, se transmet facilement du chat au chat, beaucoup plus difficilement et avec une période d'incubation extrêmement longue du chat au lapin et que les lapins qui l'ont contractée du chat peuvent la transmettre à d'autres lapins.

(1) Voir notamment : Notes de BESNIER, in KAPOSI. *Leçons sur la pathologie et le traitement des maladies de la peau*, traduction française, 2e édition, Paris 1891, t. II, p. 881. — W. DUBREUILH et L. BEILLE. *Parasites animaux de la peau humaine*, Encyclopédie des aide-mémoire Léauté, p. 67.

(2) J. HELLER. *Die vergleichende Pathologie der Haut*, Berlin 1910, p. 310.

(3) RAILLIET. Recherches sur la transmissibilité de la gale du chat et du lapin due au Sarcoptes minor, Fürstenberg, *C. R. des séances de la Soc. de biologie*, 9 avril 1892, p. 315.

La transmission de la gale sarcoptique du chat à l'homme a été observée par Hertwig, Berthold, Hering, Gerlach (1); elle est relativement fréquente chez les vétérinaires et leurs infirmiers et connue parmi eux pour une affection très prurigineuse mais très bénigne, qui guérit facilement par des soins de propreté et des bains. En dehors de ces conditions spéciales où le diagnostic est fait sans hésitation, en raison de la compétence spéciale des victimes, de la notion généralement précise d'un contact avec un animal malade, les cas de contagion du chat à l'homme sont plus rares, plus souvent méconnus. Néanmoins des dermatologistes ont rapporté des cas qu'ils avaient observés. Aux faits déjà cités on peut ajouter les suivants plus récemment observés. Alexander (2) a publié l'observation de deux sœurs âgées, l'une de onze ans et demi, l'autre de six ans, qui avaient contracté d'un chat avec lequel elles jouaient une éruption cutanée prurigineuse.

Bruhns (3) a rapporté le cas de deux petites filles, qui, après avoir joué pendant longtemps avec un chat reconnu galeux par l'auteur, étaient atteintes d'un prurit intense, occupant les bras, une partie du tronc et des jambes et laissant indemnes le tiers inférieur des avant-bras et le voisinage des creux axillaires.

Voici l'histoire de huit malades répartis sur trois familles, atteints de gale d'origine féline, que j'ai eu l'occasion d'observer dans le cours de l'année 1910.

OBSERVATIONS I et II. — Mme X... se présente à ma consultation de l'hôpital Saint-Louis en mars 1910, pour une affection prurigineuse remontant à une quinzaine de jours.

Cette éruption est remarquable par sa distribution tout à fait extraordinaire. Elle occupe presque exclusivement le côté gauche du corps, et a son maximum sur la partie supérieure du thorax et du bras. Des éléments éruptifs se voient sur la partie moyenne du bras, sur l'avant-bras, sur l'abdomen, et en beaucoup moins grand nombre sur la cuisse; quelques-uns, enfin, en très petit nombre sont disséminés sur le côté droit du thorax.

En toutes les régions, les éléments sont constitués par des papules d'un rouge vif, acuminées, dont un certain nombre sont excoriées à leur partie centrale occupée par une croûte brunâtre. Ces papules mesurent 2 à 3 millimètres de diamètre, sont régulièrement arrondies. Sur la partie supérieure du thorax, en avant et en arrière, elles forment par leur confluence de larges placards presque continus, à la périphérie desquels elles s'isolent les unes des autres.

La malade éprouve un prurit très intense, surtout nocturne.

Mme X... est d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu d'éruption cutanée.

(1) Voir DELAFOND et BOURGUIGNON. *Traité pratique d'entomologie et de pathologie comparée de la psore ou gale de l'homme et des animaux domestiques*, Paris 1862, p. 104.

(2) ALEXANDER. Ueber die Uebertragung der Thierkrätze auf den Menschen, *Arch. f. Dermat.*, 1900, t. LII, p. 184.

(3) BRUHNS. Thierskabies, *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 6 fév. 1900, *Dermat. Zeitschrift*, avril 1900, p. 237.

En présence de la localisation bizarre de l'éruption, nous sommes amené à chercher une affection parasitaire peu commune. Nous apprenons alors que le mari de la malade présente une éruption semblable, mais occupant le côté droit du corps, éruption qui s'est développée en même temps que celle de sa femme ; nous apprenons de plus que Mme X... a un chat, porteur de lésions croûteuses de la tête (oreilles et dessus du crâne) et que ce chat passe la nuit dans le lit de ses maîtres, reposant sur le côté gauche de la poitrine de Mme X... et sur le côté droit de la poitrine de M. X...

Le chat, examiné sur ma demande, par le chef de clinique de M. le professeur Barrier (d'Alfort) a été reconnu atteint de gale.

Quant à M. X..., il est venu nous voir à l'hôpital Saint-Louis et nous avons constaté qu'il portait, en effet, une éruption de tous points analogue à celle de sa femme, occupant la partie supérieure de la moitié droite du thorax, le bras du même côté, accessoirement le cou, le visage, l'avant-bras droit et ne se traduisant sur le côté gauche du thorax, que par quelques éléments papuleux très disséminés.

Ni chez M. X..., ni chez Mme X..., il n'a été possible de trouver trace de sillons de gale.

Après l'éloignement du chat et quelques jours d'applications de pâte à l'oxyde de zinc mentholée, aidées de bains d'amidon, l'éruption et le prurit avaient complètement cessé chez les deux malades.

Obs. III. — Mag..., âgé de cinquante ans, entre le 23 décembre 1910 à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption prurigineuse qui frappe par sa localisation singulière.

Elle occupe, en effet, la région scapulaire gauche, les parois antérieure et postérieure de l'aisselle, le bras, l'avant-bras gauches, ainsi que la région lombaire du côté gauche, et la cuisse gauche. Elle respecte absolument le poignet, la main, la jambe et le pied du même côté et ne déborde que très irrégulièrement et à un très faible degré sur la région mammaire et le dos, laissant complètement indemne le côté droit du corps.

Cette éruption est constituée par des papules d'un rouge vif, saillantes, acuminées, dont un certain nombre sont excoriées à leur partie centrale qui est occupée par une croûtelle brunâtre. Par places, en particulier au niveau de l'épaule et de la région scapulaire, elles sont presque confluentes et de leur confluence résulte la formation d'une large nappe érythémateuse, presque uniforme, parsemée d'élevures correspondant aux éléments initiaux. Sur la plupart des régions atteintes, les papules sont isolées les unes des autres, réunies en placards irréguliers plus denses à leur partie centrale qu'à leur périphérie.

En aucun point, on ne trouve de sillons, ou d'éléments autres que des papules de prurigo.

Mag... raconte que cette éruption date de quelques jours seulement. Le 19 décembre, en rentrant chez lui à midi, il trouva dans sa chambre un chat qui avait dû y pénétrer par la fenêtre, et dont la tête et spécialement les oreilles étaient couvertes de croûtes. Le chat était, au moment où il fut trouvé par Mag..., au milieu de la chambre ; mais, comme le lit était défait, il avait pu s'y coucher.

Mag... tue le chat ; le soir il se couche dans son lit sans défiance ; comme il est amputé du bras droit, il se couche toujours sur le côté gauche, et ce jour-là sa chemise était longuement déchirée au niveau de l'épaule gauche.

Le lendemain matin, il éprouve un prurit assez violent au niveau du bras gauche et de la partie gauche du corps ; trois jours après, le prurit augmentant, il regarde son bras et est frappé de la présence d'une éruption rouge ; il va alors consulter un médecin qui l'envoie à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Le malade n'a eu pour traitement, pendant son séjour à l'hôpital, que des bains d'amidon et des applications de pâte à l'oxyde de zinc additionnée de 1 p. 100 de menthol. Le prurit diminua rapidement et le 9 janvier il sortait définitivement guéri.

Obs. IV, V, VI, VII et VIII. — Les cinq enfants de la famille Yo..., sont amenés à ma consultation de l'hôpital Saint-Louis le 30 décembre 1910, pour une éruption cutanée prurigineuse qui s'est développée successivement chez eux depuis trois semaines.

L'aîné, Maurice, âgé de onze ans, a été atteint le premier. Il présente actuellement des lésions papuleuses très abondantes sur le tronc, où elles sont espacées au plus d'un centimètre; elles se rapprochent encore davantage en quelques régions du tronc, spécialement au voisinage des aisselles où elles sont presque confluentes.

Les éléments papuleux sont rosés, légèrement saillants, mesurant environ 2 millimètres de diamètre. Le centre des plus récents est occupé par une très minime vésicule brillante, qui sur quelques-uns se transforme en une pustulette d'un millimètre environ de diamètre. La plupart sont déjà transformés en une papule de prurigo offrant des caractères typiques, mais de très petites dimensions; le centre de ces éléments est occupé par une croûtelle brune qui au premier abord rappelle, en raison de son exiguité, un comédon acnéique; sur quelques éléments, la croûtelle est jaunâtre.

En somme, l'éruption présente sur le tronc les caractères d'un prurigo monomorphe, à petits éléments, sans traînées de grattage, sans eczématisation, sans réaction érythémateuse.

Sur les membres supérieurs, les éléments occupent surtout la face postérieure, avec prédominance au niveau des bras et des coudes; ils deviennent peu nombreux sur les avant-bras et font totalement défaut sur les mains, spécialement dans les espaces interdigitaux. Sur les avant-bras, on voit quelques traces de grattage et des éléments atteignant jusqu'à 5 millimètres de diamètre. Aux membres supérieurs, les éléments présentent les mêmes caractères que sur le tronc, mais avec une coloration rouge plus vive.

A la région lombaire et sur les fesses, on voit quelques éléments excoriés et suppurés.

Sur les cuisses, les éléments sont plus larges que dans les autres régions, recouverts d'une croûtelle également plus large; ils ont une tendance à revêtir l'aspect urticarien. Leur nombre diminue à mesure qu'on s'éloigne de la racine du membre. Il n'y a aucune lésion sur les jambes.

La verge est également indemne.

Au cou, les éléments sont assez analogues à ceux des cuisses, assez uniformément répartis, mais moins nombreux que sur le tronc.

Au visage, on voit quelques éléments papuleux espacés, au voisinage du maxillaire inférieur; d'autres, de moins en moins nombreux à mesure qu'on s'éloigne du cou, se voient sur les joues et sur le front.

La seconde enfant, Sarah, âgée de neuf ans, présente sur le tronc des éléments très abondants, moins nombreux que son frère Maurice, prédominant nettement au-devant des aisselles et à la région abdominale; leur type est plus nettement que chez Maurice celui du prurigo, avec des excoriations centrales, arrondies, légèrement suintantes, recouvertes de croûtes brunes assez larges.

Sur le dos, les éléments très abondants donnent nettement à la main la sensation de râpe. A la région sus-scapulaire, on voit quelques larges papules excoriées, présentant l'aspect du prurigo phtiriasique (on trouve d'ailleurs des poux dans le linge de l'enfant), mais sans traînées linéaires de grattage.

Aux membres supérieurs, les lésions sont localisées surtout aux bras et aux coudes. Les mains sont indemnes.

Aux membres inférieurs, on voit de larges lésions papuleuses, rappelant le prurigo de Hebra sur la partie supérieure des cuisses; les éléments sont moins larges et moins nombreux sur les autres régions de ces membres.

Au cou, on trouve des éléments papuleux disséminés sur toute son étendue.

A la face, se voient quelques petites papules disséminées, comme chez Maurice.

L'enfant présente dans le sillon rétro-auriculaire gauche et à la nuque des pustules d'impétigo, en rapport avec la phtiriase du cuir chevelu dont elle est atteinte.

Max, âgé de sept ans, présente une éruption analogue à celle de Maurice, avec petits éléments de prurigo absolument confluents sur le tronc.

Il y a de l'impétigo phtiriasique du cuir chevelu.

Mathilde, âgée de deux ans, est atteinte de lésions rappelant plutôt l'éruption de Sarah et ayant quelque analogie avec la gale pustuleuse.

Ces lésions occupent les parties couvertes et en particulier le tronc, avec des éléments pustuleux isolés ou réunis en placards, des lésions de grattage particulièrement aux aisselles.

Les mains et les pieds sont indemnes.

Sur le visage, on voit au menton sept ou huit éléments pustuleux formant un petit placard.

Au cuir chevelu, on trouve de l'impétigo datant de l'année dernière, dû à une phtiriase assez discrète.

Henri, âgé de trois ans et demi, est également atteint de phtiriase discrète. Il présente quelques minimes traces de grattage et quelques papules de prurigo sur le tronc.

Ces enfants ont tous du prurit, à prédominance vespérale et nocturne, prurit très intense, dont le siège correspond aux localisations des lésions cutanées.

Leur père et leur mère n'ont aucune lésion cutanée.

La famille Yo... possédait depuis six mois une chatte, qui a eu trois petits, il y a quatre mois. Peu après la naissance des petits, l'un d'eux a été confié à des amis. Ceux-ci l'ont rendu il y a quatre semaines aux parents Yo... qui ont remarqué alors qu'il avait des croûtes sur tout le pourtour de l'oreille et sur le dessus de la tête.

Néanmoins ce chat a couché dans le lit où couchait Maurice, Max et Sarah. Quant à Mathilde, le chat n'a jamais couché dans son lit, mais elle jouait constamment avec lui pendant la journée et l'embrassait fréquemment. Henri n'a non plus jamais eu le chat dans son lit et jouait peu avec lui.

Or, Maurice, Max et Sarah ont commencé à peu près simultanément à avoir des boutons il y a trois semaines, Mathilde en a moins que les trois premiers et présente une prédominance des lésions sur le visage et Henri, qui ne paraît avoir été infecté que médiatement par Mathilde est très peu atteint.

Nous n'avons pu examiner le chat malade, la femme Yo... s'étant empressée de le chasser de chez elle après sa première visite à l'hôpital où nous lui avions dit que ce chat était la cause de l'éruption de ses enfants.

Ces divers faits montrent que l'éruption provoquée chez l'homme par la gale du chat est essentiellement constituée par des papules prurigineuses.

Débutant par une saillie papuleuse, acuminée, de coloration rouge, mesurant 2 à 3 millimètres de diamètre au plus, la lésion ne tarde pas à présenter à son centre une vésicule miliaire, brillante; cette vésicule, tout en étant assez résistante, est excoriée par les grattages que provoque le prurit; à sa place, on voit une excoriation superficielle, suintant parfois passagèrement, mais qui bientôt se recouvre d'une croûtelle; la croûtelle, brune et sèche, adhérente, s'infiltre généralement de sang, prend la teinte foncée, presque noire, qui caractérise essentiellement la *papule de prurigo*.

Cet élément ne diffère en rien de la papule de prurigo qu'on observe dans d'autres affections parasitaires, dans la phtiriase, par exemple, ou dans des dermatoses d'origine toxique, en particulier dans le prurigo de Hebra.

Lorsque l'affection dure depuis un certain temps, la présence simultanée d'éléments parvenus à différents stades de leur développement donne à l'ensemble de l'éruption un certain degré de polymorphisme, mais il suffit de l'examiner attentivement pour constater que tous les éléments dérivent d'une lésion initiale identique, qu'ils en représentent uniquement les transformations évolutives, et que, au moins dans une région donnée, ils ont dû initialement avoir tous des dimensions identiques.

Dans les formes les plus actives, on observe une rougeur diffuse, formant une nappe plus ou moins étendue dans laquelle les papules sont en partie confondues et dont elles ne se distinguent que par leur saillie. A la périphérie des placards rouges les papules atteignent souvent des dimensions considérables; elles sont le siège d'une infiltration œdémateuse de leur base et rappellent plus spécialement les éléments de l'urticaire papuleuse.

Lorsque la gale est pure, on ne trouve ni les larges traînées de grattage qui caractérisent la phtiriase, ni même ordinairement la transformation purulente des vésicules initiales et l'existence de pyodermites.

Avec l'éruption coïncide un prurit d'intensité variable, parfois excessive, prurit qui se fait sentir d'une façon continuelle, mais avec prédominance nocturne.

Somme toute, éruption de prurigo, sans autre lésion cutanée, sans eczématisation et surtout sans sillons rappelant le sillon classique de la gale humaine, telle est l'éruption provoquée chez l'homme par la gale du chat.

Si elle ne se distingue en rien, par ses caractères morphologiques, de la généralité des éruptions prurigineuses banales, elle est individualisée par sa topographie.

A ce point de vue, il faut en distinguer deux variétés : l'une localisée, ou tout au moins à prédominance partielle et asymétrique, l'autre généralisée.

Dans la variété localisée, qui paraît correspondre à des contacts peu prolongés ou peu étendus avec l'animal infecté, les lésions occupent les régions qui ont été en contact avec le chat galeux, elles s'étalent à partir de ces régions sur des surfaces plus ou moins étendues, mais en diminuant progressivement d'intensité; il en résulte une disposition asymétrique du prurigo, extrêmement remarquable et qui doit attirer l'attention sur la possibilité de la gale féline. Cette disposition atteignait son summum de bizarrerie chez le ménage qui fait l'objet des observations I et II, chacun des deux conjoints étant atteint de prurigo unilatéral correspondant à la partie médiane du lit et au décubitus du chat. Elle se montrait aussi chez le malade de l'observation III qui, amputé du bras droit, se couche sur le côté gauche, lequel repose sur le matelas et a un contact plus intime avec le drap dans lequel avait séjourné le

chat, d'où le développement presque exclusivement unilatéral de ces lésions.

Dans la variété généralisée, les lésions de prurigo occupent la plus grande partie du corps, principalement les régions recouvertes par les vêtements; elles s'étendent en se dégradant progressivement sur le cou et la face, diminuent d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la racine des membres, où il y a un maximum au bord antérieur des aisselles, et laissent complètement indemnes les poignets et les mains, les cous-de-pied et les pieds.

Le diagnostic de la gale féline chez l'homme est facile lorsqu'on est prévenu de son existence.

Il repose sur l'intensité du prurit, sur le monomorphisme de l'éruption à type exclusivement papuleux, sur sa topographie.

L'intégrité des mains, des pieds, des régions mammaires, du pénis, l'absence de sillons élimine la gale humaine.

L'absence d'excoriations linéaires de grattage, de pustules, de prédominance dans les régions sus-scapulaires et interscapulaires fait rejeter la phtiriase des vêtements.

La dissémination des lésions loin des régions pilaires, l'absence de taches bleues ou de lésions pustuleuses est contraire au diagnostic de phtiriase du pubis.

Le prurigo dermanyssique, provoqué par le contact de l'acarien des volailles (dermanyssus gallinæ) est caractérisé par des papules moins larges, occupant à peu près exclusivement les parties découvertes, principalement le dos des mains et les avant-bras, régions qui au contraire sont respectées par la gale féline.

L'évolution rapide de l'affection élimine le diagnostic de prurigo de Hebra.

L'aspect exclusivement papuleux des lésions, avec peu ou pas de réaction urticarienne, l'évolution rapide par poussée unique et continue, l'extension considérable des lésions, l'abondance des éléments montrent qu'il ne s'agit pas des éruptions prurigineuses d'origine gastro-intestinale connues dans l'enfance sous le nom de strophulus.

L'aspect objectif de l'affection permet donc de rejeter facilement les divers prurits et, par élimination dans tous les cas, parfois d'emblée lorsqu'il s'agit de la variété localisée, de porter le diagnostic de gale féline.

Une fois ce diagnostic admis ou simplement devenu vraisemblable, il suffit pour le confirmer de rechercher si le malade s'est trouvé en contact direct ou indirect avec un chat atteint de gale: le plus souvent l'interrogatoire apprend, en effet, que le malade possédait un chat porteur de lésions cutanées dont le siège et les caractères suffisent à établir la nature et avait avec lui des contacts répétés. Il se peut cependant, et l'observation III est là pour le montrer, que le contact avec le chat qui a provoqué l'éruption soit médiat et accidentel : dans cette observation, le hasard seul a permis au sujet de savoir que son lit avait servi de refuge à un chat et aurait tout aussi bien pu le lui laisser ignorer. Il faut donc, au cas où le contact avec un chat malade est inconnu du malade, conserver un doute sur l'exactitude du diagnostic, mais non le rejeter définitivement.

Par quel mécanisme le sarcoptes minor produit-il les lésions cutanées de l'homme? J'ai inutilement cherché à l'extraire des vésicules même récentes. Je ne sache pas que d'autres observateurs aient été plus heureux. Il semble donc probable que les lésions papuleuses sont le résultat d'une action directe du parasite sur la peau, piqûre, déambulation, mais non de son insertion intra-épidermique.

La marche de la « gale féline de l'homme » est des plus simples.

Après la cessation du contact avec le chat malade et avec les linges qu'il a pu contaminer, le prurit disparaît rapidement, les papules s'affaissent, les croûtes tombent, toute trace de l'éruption s'efface dans l'espace de quelques jours.

Aussi suffit-il de prescrire des bains d'amidon, des préparations antiprurigineuses, dont le type est la pâte de Lassar, additionnnée de 50 centigrammes à 1 gramme pour 100 de menthol ou d'acide phénique neigeux; mais sous aucun prétexte on ne doit recourir à la pommade d'Helmerich ou aux préparations soufrées qui risqueraient d'irriter la peau et de provoquer des lésions plus intenses et plus persistantes que celles de la maladie elle-même.

MÉDECINE PRATIQUE

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR LA PARALYSIE INFANTILE ÉPIDÉMIQUE (POLIOMYÉLITE AIGUE ÉPIDÉMIQUE, MALADIE DE HEINE-MEDIN).

ÉTIOLOGIE. ÉPIDÉMIOLOGIE (1).

II

En face de ces constatations expérimentales, voyons ce que l'étude des malades a pu montrer sur l'étiologie et l'épidémiologie de l'affection.

Le premier fait qui frappe, c'est l'*extension considérable de la maladie depuis cinq ans.* Cette augmentation n'est pas apparente et ne tient pas seulement à ce qu'on connaît et dépiste mieux ses différentes formes, ce qui est exact, mais ne suffit pas à expliquer des épidémies comme celle de l'été 1907 à New-York qui a frappé 2500 enfants en quelques mois. Il est certain qu'une telle extension de la maladie n'aurait pu passer inaperçue à aucune époque.

Le deuxième fait indéniable, c'est l'*allure épidémique* prise par la maladie. On savait bien depuis longtemps que l'affection pouvait de temps à autre donner lieu à de petits centres épidémiques (Marie), à de petites épidémies familiales (W. Pasteur, Cordier, etc.), mais c'était sous la forme sporadique qu'on la voyait habituellement. Depuis cinq ans les épidémies sont devenues plus sérieuses et parties des Etats scandinaves semblent chaque été s'étendre davantage à la surface du globe.

Voici un tableau dû à E. Holt qui, bien que sans doute

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 9, p. 127.
Dans un article ultérieur nous donnerons quelques notes sur l'anatomie pathologique, les symptômes, le traitement.

incomplet, donne une idée de l'accroissement de ces épidémies :

Années.	Nombre de cas.	Foyers épidémiques.	Moyenne des cas.
1880-84....	23	2	11,5
1885-89....	93	7	13
1890-94....	151	4	38
1895-99....	345	23	15
1900-04....	349	9	39
1905-09....	8054	25	322

En *Norwège*, la première petite épidémie (14 cas, 5 décès) a été signalée par Ch. Bull en 1868; en *Suède*, par Bergenholtz (18 cas) en 1881. Puis les épidémies se succèdent en Suède : Oxholm, 6 cas en 1886; Medin, à Stockholm dans une suite de travaux remarquables, signale 44 cas en 1887, 21 en 1895, 54 en 1899; Bulow Hansen et Harbitz signalent une épidémie en 1897; Leegard, 54 cas en 1899; Looft, des épidémies à Bergen en 1898 et 1899; à Goteberg, on relève 20 cas en 1902.

En Norwège, Coldewin signale un foyer de 18 cas (6 décès); Platon, de 24 cas (5 décès); Nannestad, de 41 cas (6 décès).

Enfin, en 1905 éclate une grande épidémie qui, en Suède, donne 1036 cas avec 155 décès (Wickman), et en Norwège, 952 cas avec 84 décès (Leegard). L'année suivante on cite encore 379 cas en Suède, 334 en Norwège. Puis les épidémies décroissent, en 1907 on relate un foyer de 50 cas; en 1908, une épidémie à Upsal.

C'est l'*Amérique du Nord* qui semble avoir ensuite été le plus frappée.

En 1894, éclate la première épidémie dans les Massachusetts et dans une partie de l'Etat de Vermont (Otter Creek-valley), Caverly et Macphail réunissent 126 cas. En 1896, on signale deux foyers dans l'Alabama et le Maine; puis en 1897 à New-York, en 1899 à New-York et en Californie, en 1900 dans les Massachusetts, en 1901 à San Francisco (55 cas). Enfin, en 1907, éclate l'épidémie la plus importante que l'on ait encore observée; étendue à l'Etat de New-York, le New-Jersey, le Connecticut, les Massachusetts (234 cas), la Pennsylvanie, le Canada; dans la ville seule de New-York on évalue à plus de 2500 le nombre des cas observés. Les cas sont moins nombreux pendant l'été 1908, mais l'extension est très grande : Massachusetts (136 cas), Pennsylvanie, Iowa, Wisconsin, Michigan, Minnesota (150 cas), Virginie. New-York ne présente que quelques cas isolés.

En 1909, l'épidémie est très violente au Massachusetts (923 cas), au Nebraska (619), au Minnesota (161); le Kansas ne compte que 8 cas. Dans l'est du Canada, L. Starck relève plus de 700 cas avec 7 p. 100 de mortalité. Pour 1910, les résultats des enquêtes ne sont qu'imparfaitement connus, mais pour certains Etats (Massachusetts), il semble que la maladie soit encore très fréquente.

A Cuba on avait observé en 1907 et 1908 quelques cas isolés près de la Havane et les régions tempérées de l'île; en 1909, éclate dans la province de Santa-Clara une épidémie de 140 cas.

Après ces deux grands foyers principaux, ce sont les *épidémies d'Autriche et d'Allemagne* qui tiennent la place la plus importante.

C'est Zappert et Neurath qui, à Vienne, signalent la fréquence des cas hospitaliers pendant certains étés : 42 en 1898, en 1902, 45 en 1908, 26 pour le premier semestre de 1909. Une enquête de Zappert lui permet de réunir pour l'été 1908, 29 cas à Vienne et 137 en Basse-Autriche.

En 1909, les cas se multiplient en Haute-Autriche : 212 cas sont signalés, Lindner et Mally en observent 94 (avec 16 morts). Ghon en réunit 506 cas en Styrie (Stiefler, 77 à Linz et ses environs), 130 en Carinthie. On en observe en Carniole et à Salzburg.

En Allemagne, pendant l'été de 1889, divers petits foyers ont déjà été signalés (Iéna, Kiel, Francfort); en 1908, à Heidelberg, Hoffmann signale 36 cas; un autre foyer est noté aux environs de Hambourg. Mais c'est en 1909 que la maladie prend un caractère inquiétant dans tout le bassin industriel de la Ruhr (provinces du Rhin, Westphalie, Hesse-Nassau, Bas-Hanovre), près de 2000 cas sont signalés. Un autre foyer éclate en Silésie; Kramer, à Breslau, réunit 196 cas. D'autres foyers plus petits sont signalés en d'autres points de l'Allemagne.

En *Hollande*, une petite épidémie est signalée en 1906, et en 1909 on cite 24 cas à Leyde, 14 à Zutphen.

En *Angleterre*, en 1895 et 1897, Buzzard cite de petites épidémies; en 1896, W. Pasteur, une épidémie familiale de 7 cas; en 1902, Batten, à Londres, Stevens, à Cardiff, relèvent des foyers. En 1908, Trèves signale un foyer de 8 cas, et en 1909 on cite 40 cas à Bristol.

Les pays méditerranéens semblent encore peu frappés.

En *Espagne*, une seule petite épidémie (8 cas) en 1896; en *Italie*, en 1884, quelques cas signalés par Luciani; en 1895. 7 près de Florence, 26 à Padoue, 17 à Gênes; en 1897, 9 cas à Conegliano et 13 l'année suivante, plus 5 à Vicence; en 1903. Lorenzelli en réunit 26 à Parme.

Les auteurs *australiens*, par contre, rapportent des épidémies plus importantes : en 1895 à Port-Lincoln, en 1904, à Sidney (44 cas), à Brisbane (104 cas); en 1905, une forte épidémie dans le Queensland; en 1908, à Victoria (135 cas) et à Bendigo.

Jusqu'à ces dernières années, la *France* semblait peu atteinte, on citait seulement quelques épidémies partielles : à Sainte-Foy-l'Argentière, près de Lyon, en 1885 (Cordier, 13 cas, 4 morts); à Saint-Girons en 1893, et à Toulouse en 1895 (André). En 1895, M. Béclère signale un autre foyer (12 cas). En 1897, M. Guinon appelle l'attention sur la fréquence des cas observés à la consultation des Enfants-Malades

Mais c'est surtout pendant les étés de 1909 et 1910 que la maladie prend une allure épidémique à Paris, en banlieue, dans divers départements. C'est M. Netter surtout (*Soc. méd. des hôpit.*) qui met ces faits en évidence. Pour l'été 1909, il observe 56 cas personnels, et avec plusieurs confrères réunit environ 100 cas à Paris et dans certains centres de banlieue (Créteil 7 cas). En 1910, même constatation à Paris (14 cas à Trousseau, M. Netter; 6 aux Enfants-Malades, Schreiber, etc.). On signale de petits foyers de 6 à 17 cas dans divers départements : Pas-de-Calais, Côtes-du-Nord, Eure, Oise (Orgeval, 7 cas, L. Bernard et Maury), Aube, Yonne, Basses-Pyrénées. A Guéret, M. J. Renault étudie une épidémie de 31 cas.

Il est certain que ces chiffres sont bien au-dessous de la vérité et que beaucoup de cas passent inaperçus. La forme méningitique que revêt souvent l'affection, comme nous le verrons, la fait prendre par le médecin pour de la méningite cérébro-spinale. M. Dopter signale qu'à l'Institut Pasteur, depuis deux ans, on lui envoie fréquemment du liquide céphalo-rachidien comme provenant de malades atteints de méningite cérébro-spinale, liquide clair, stérile, qui doit appartenir à des cas de poliomyélite méconnus.

L'étude de ces diverses épidémies a permis d'établir déjà un certain nombre de points très intéressants.

D'une façon générale, on peut dire que l'*apparition des grandes épidémies est précédée et suivie d'épidémies plus petites*, que la *maladie se propage lentement* d'une année à l'autre et à de *grandes distances*. En Amérique, Flexner et Lewis remarquent que l'affection est apparue sur les bords de l'Atlantique en 1907, après les grandes épidémies scandinaves de 1905 et 1906; le virus très résistant a dû franchir l'Atlantique avec les émigrants; de là l'affection gagne lentement vers l'Est; en 1908, elle frappe le centre des Etats de l'Ouest; en 1909, elle gagne les Etats de l'est des Etats-Unis et du Canada. A Cuba, qui était vierge de l'affection auparavant, elle semble importée par des Américains en 1907 et 1908 près de la Havane, et en 1909 éclate une épidémie

Ces épidémies ne se produisent qu'en *été* et au *début de l'automne*; commençant en mai ou juin, elles atteignent leur maximum à la fin de juillet, août et début de septembre, pour décroître en octobre et s'éteindre brusquement en novembre. Cette influence saisonnière manifeste ne semble pas en rapport avec l'abondance des pluies ou la grande sécheresse (Lovett). Il faut cependant remarquer que la seule région tropicale frappée jusqu'ici, Cuba, ne l'a été que dans ses parties les plus tempérées.

Il est à remarquer aussi que les épidémies de poliomyélite présentent une *distribution géographique* et *chronologique concordante* avec la *méningite cérébro-spinale*. M. Netter remarque la coïncidence des deux maladies à Paris en 1897, 1908, 1909. Caverley et Macphail l'ont signalée à Otter Creak'Valley (1894), Mackensie à Dutchess County (1901), Carl Looft à Bergen (1908). Mais, fait capital, les épidémies de méningite cérébro-spinale débutant en hiver ont leur maximum au printemps pour disparaître en été. Les deux maladies ont une courbe saisonnière inverse.

Brorström (1910) étudiant 303 cas de poliomyélite en Suède, les rattache à une épidémie d'influenza, son opinion est restée isolée. Les enfants sont surtout frappés, principalement les *petits enfants dans le cours de la deuxième et troisième année*. Dans l'épidémie de New-York, on note 60 p. 100 avant la quatrième année, 90 p. 100 avant la sixième année. Sur 628 cas Lovett relève 7 p. 100 la première année, 71 p. 100 avant cinq ans, 87 p. 100 avant la dixième année. M. Netter pour 50 cas donne les chiffres suivants : 6 avant un an, deuxième année 8, troisième année 13, quatrième année 7, cinquième année 4, sixième année 3, septième année 2, huitième année 3, dixième année 1, quinze ans 1, trente-six ans 1. Tous les chiffres concordent à admettre un maximum de fréquence entre deux et quatre ans. Batten (*Brain*, juillet 1910, XXXIII, 149) a publié 3 cas où l'affection serait acquise pendant la *vie intra-utérine*.

Il ne faut pas croire que les *adultes* soient indemnes, s'ils échappent plus facilement que les enfants, ils figurent cependant dans la plupart des épidémies; sur 94 cas Lindner et Mally signalent quatre adultes, M. Netter 1 sur 50 cas, Stiefler 11 sur 77, Lovett 33 sur 628 cas. Il semble que la *race nègre* soit moins frappée que la blanche. Taylor l'a remarqué en Amérique. A Cuba, sur 72 cas il y avait 60 blancs, 8 nègres et 4 métis.

Toutes les classes de la société sont frappées indistinctement. La maladie se montre aussi bien dans les quartiers riches, aérés (Zappert à Vienne, Lovett à Boston), que dans les quartiers pauvres et insalubres. Elle atteint très souvent les *campagnes*, les *environs des villes* sans atteindre ces dernières, et frappe relativement plus les *petites villes* que les grandes (Lovett).

Bien souvent les enfants atteints sont des enfants très bien portants (H. Ling Taylor) sans qu'on puisse invoquer de *causes prédisposantes* (dentition, hypernutrition, surmenage). Il faut remarquer seulement qu'on a noté fréquemment soit un refroidissement, soit un coup avant le début de l'affection.

D'une façon générale, la maladie semble *relativement peu contagieuse*. Les épidémies hospitalières, ou de pensionnats sont rares et minimes. Pendant l'épidémie des Massachusetts en 1909 les asiles contenant 3600 enfants n'ont présenté qu'un seul cas (à Dorchester); le malade, non isolé de ses 40 camarades, n'en a contaminé aucun (Lovett).

Beaucoup de familles comptant plusieurs enfants n'en virent qu'un seul atteint. Stiefler signale dans l'épidémie de Styrie une maison habitée par plusieurs familles avec 27 enfants qui chaque jour jouaient ensemble, un seul enfant tomba malade, et bien que tous les habitants de la maison fussent venus voir l'enfant malade, son cas resta isolé. E. Merson dans l'épidémie de Deerfield Valley note que les 67 cas observés étaient en rapport avec 166 enfants dans leurs familles et 86 du voisinage, 2 seulement furent contaminés secondairement. Hill pour 81 cas dans 69 familles ne note que 17 p. 100 de cas secondaires et comparativement à d'autres affections sévissant au même moment, il établit ainsi la fréquence des cas secondaires observés :

Scarlatine	40 p. 100
Fièvre typhoïde	30 —
Diphtérie	20 —
Poliomyélite aiguë	17 —

Cependant il semble que sur ce point il y ait de grandes divergences entre les auteurs, ce qui doit tenir à des différences parallèles entre les épidémies. C'est ainsi que, tandis que ce pourcentage des cas de contagion directe par le malade ne s'élèverait d'après Ling Taylor pour l'épidémie de New-York qu'à 3 p. 100, à 2 p. 100 à Vienne (Neurath), à 8,5 p. 100 dans les Massachusetts, Wickman la porte à 20 p. 100 en Suède, Lindler et Mally à 38,2 p. 100 en Haute-Autriche, Shidler dans le Nebraska à plus de 40 p. 100.

A côté des cas de non contagion dans une même maison, on cite quelques cas d'*épidémies familiales*. Buzzard, en Angleterre, en observe en 1895 et 1897; W. Pasteur en 1896 décrit dans le comté d'Essex une épidémie qui frappa 7 frères et sœurs; dans l'épidémie de Haute-Autriche de 1909, Stiefler signale la fréquence des contagions entre frères et sœurs et même parents (7 épidémies familiales sur 77 cas).

Il n'en reste pas moins acquis que la poliomyélite aiguë n'est pas extrêmement contagieuse directement par le malade, et que la propagation se fait souvent par l'*intermédiaire de sujets sains* qui deviennent des *porteurs de virus*.

On a trouvé fréquemment cette contagion par intermédiaire de sujets sains dans les *épidémies d'origine scolaire*. La fréquentation de l'école est en effet un facteur de dissémination nettement prouvé. Les études de Wickman à Trostena et de Shidler à York sont bien connues. La paroisse de Trostena (Suède) composée de 500 habitants disséminés dans des fermes isolées, tirant l'eau et leurs aliments de leurs domaines propres a permis à Wickman de suivre la marche de la contagion avec l'école comme centre. Sur 49 cas, 4 se sont produits dans la maison de l'instituteur, 22 dans des familles ayant un enfant allant à l'école et tombé malade, 11 dans des familles ayant un enfant fréquentant l'école et resté sain, 9 dans les familles fréquentant les familles malades. M. Netter a pu faire des constatations analogues lors de la petite épidémie de Créteil en 1909.

Parfois ces porteurs de contage vont le disséminer au loin, ce qui explique la diffusion le long des lignes de chemin de fer (Krause, Starck) à propos de fête, d'excursions. Tel est le premier cas de l'épidémie de Nebraska (E. Holt). Krause a signalé que l'un de ses premiers cas en Westphalie avait été en relations avec un ingénieur suédois qui venait de faire un voyage en Suède pendant l'épidémie scandinave.

On comprend l'importance de cette contagion par porteurs sains et combien elle vient compliquer la prophylaxie de la maladie. On a recherché si les *animaux* ne pouvaient pas servir de transfert au contage. Dès 1894 Calverly note, en même temps qu'une épidémie de paralysie infantile, une maladie analogue sur le bétail et les volailles. Urey (Pennsylvanie, 1908-1909) note chez les porcs et les poulets, Krause (1909), Wilkes (1909) chez les poulets, Sturm (1909) chez les chiens, Shone de Lake City chez les jeunes poulains une maladie analogue à la poliomyélite aiguë. Aussi s'est-on demandé si les parasites dont ces animaux sont porteurs (puces) ne servaient pas à transmettre l'affection à l'homme. La question est encore à l'étude.

Par contre il est prouvé que les *objets inanimés* peuvent servir au transport du virus. Wickman a rapporté le cas d'un sujet convalescent qui envoie au loin des dessins pour les faire reproduire. La jeune fille qui se livre à ce travail, loin de tout foyer de contagion, gagne la maladie.

On a remarqué de même en Suède que les *maisons* pouvaient transmettre l'affection aux locataires successifs d'un même logement.

Comme dans certaines épidémies la maladie débute souvent par des signes intestinaux (Krause, 90 p. 100 en Westphalie), on a cherché si les *aliments* ne pouvaient pas servir au transport du virus; on n'a rien constaté de ce côté; seul Wickman a incriminé le lait. Lovett fait au contraire remarquer qu'à Boston sur 150 enfants frappés, pas un seul n'était nourri exclusivement au lait; il note que par contre 62 de ces enfants avaient, peu de temps avant le début, nagé ou barboté dans de l'eau contaminée par les égouts. Dans certaines épidémies, malgré toutes les recherches on n'a pu être mis sur la voie du mode de propagation de la maladie, c'est ce que Hill note pour l'épidémie du Minnesota, et Peiper pour celle de Volpommern, là presque tous les cas furent uniques dans les familles, et beaucoup apparurent dans des maisons isolées dans la montagne.

On peut tirer de ce qui précède des conséquences très importantes pour la *prophylaxie* de la maladie.

Tout d'abord c'est qu'il est nécessaire, comme elle l'est dans certains pays, que la *déclaration* de la poliomyélite aiguë soit *obligatoire* en France.

Voici les mesures prises par M. Renault lors de l'épidémie de la Creuse : 1° licenciement des écoles communales; 2° suppression des vacances dans les lycées, pensions, internats, pour empêcher les enfants d'aller s'infecter; 3° isolement aussi complet que possible du malade et de sa famille.

Naturellement, on pratiquera après la guérison la désinfection des locaux et objets infectés aux vapeurs de formol. Dans un but de prophylaxie il sera bon de faire laver plusieurs fois par jour avec de l'eau oxygénée la gorge des personnes qui approchent le malade.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1911)

A propos du diagnostic et du traitement des tumeurs cérébrales. — M. SICARD rapporte des observations où le diagnostic du siège néoplasique a pu être précisé par l'algie cranienne localisée, celle-ci étant spontanée ou réveillée par la percussion ou le diapason à fortes vibrations. Il insiste sur les enseignements que peut donner la radiographie dans quelques cas, non seulement pour le diagnostic de localisation, mais encore pour celui de nature, l'existence d'une marque blanchâtre sur l'épreuve indiquant qu'il s'agit d'éburnation osseuse, spéciale, témoin à peu près certain d'une tumeur maligne.

Enfin, au point de vue thérapeutique, M. Sicard conseille, avant la craniectomie décompressive, d'accoutumer les centres nerveux au choc brusque opératoire par l'emploi judicieux de la ponction lombaire, et au cas de néoplasie superficielle d'avoir recours à la radiothérapie à travers la brèche osseuse, l'ectoderme nerveux étant moins sensible aux rayons X que l'ectoderme cutané.

Radiologie de l'estomac. — M. LION met en garde le médecin contre la tendance qui tend à s'implanter actuellement de demander au radiologue l'image de l'estomac malade, l'interprétation de l'image et le diagnostic.

La radiologie doit être mise à sa place parmi les différents procédés d'exploration clinique applicables à l'estomac, et considérée comme un moyen de contrôle, tout au plus, dans quelques cas, comme un moyen complémentaire capable de fournir les éléments d'un diagnostic difficile.

La radioscopie a presque uniquement été utilisée jusqu'ici en radiologie gastrique. Pourtant, depuis 1904, M. Lion a fait pratiquer un grand nombre de radiographies d'estomac par M. Contremoulin et il en possède une nombreuse collection.

Ces radiographies ont toutes été pratiquées en position horizontale et dans les mêmes conditions (même distance du foyer radiogène à la plaque, incidence normale correspondant à l'ombilic).

Elles montrent que l'estomac, dans ces conditions, présente différentes formes et peut se ranger en trois classes : les estomacs obliques, les estomacs en équerre, les estomacs en écharpe.

Si on délimite les contours de l'estomac par la recherche du bruit de clapotage et qu'on fasse la radiographie immédiatement après, on peut se convaincre que les résultats obtenus par les deux méthodes concordent d'une façon presque absolue.

Enfin, M. Lion montre successivement des radiographies d'estomacs dilatés, d'estomacs en dislocation verticale, d'estomacs en sablier et d'estomacs atteints de cancer de l'estomac. Une de ces dernières, rapprochée de la pièce de gastrectomie, est tout à fait démonstrative.

Appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire. — M. FAISANS rapporte de nombreuses observations de malades qui ayant toute l'apparence de tuberculeux pulmonaires avaient seulement de l'appendicite chronique. Ce sont des malades, souvent des jeunes filles ou jeunes femmes, qui maigrissent depuis des mois, parfois des années, ont une asthénie marquée, des douleurs thoraciques et de la gêne de la respiration au moindre effort. Souvent elles se présentent comme des dyspeptiques et ont des troubles d'autant plus intenses qu'on cherche à les alimenter davantage, elles ont de l'entérocolite muco-membraneuse et sont très nerveuses, souvent psychasthéniques. La toux est fréquente, mais sans expectoration et en grande partie de nature suggestive. La température surtout fait songer à la tuberculose, elle s'élève le soir ou à la fin de la journée, principalement à la suite des mouvements, ne dépasse guère 38 degrés, 38°5. En dehors de la tuberculose, M. Faisans ne connaît que la rhino-pharyngite chronique et l'appendicite susceptibles de donner lieu à des fièvres semblables. Les signes pulmonaires existent et ce sont eux surtout qui donnent lieu à des erreurs de diagnostic, il y a une diminution du murmure vésiculaire et des râles sous-crépitants à la base et souvent même au sommet. L'appendicite chronique, dont l'existence a été contestée, n'est cependant pas douteuse; tandis que la tuberculose évoluant pendant des années avec de la température est une rareté. Ces malades attirent eux-mêmes l'attention sur leur abdomen et si sans se laisser impressionner par les signes pulmonaires on les interroge on trouve dans leur passé des crises de colique; si on les examine le point de Mac Burney est sensible. Enfin si on les opère on trouve des lésions non douteuses d'appendicite chronique et tous les troubles disparaissent.

M. COMBY a bien souvent observé des cas semblables à ceux que vient de rapporter M. Faisans. Il a eu l'occasion de voir un jeune homme considéré depuis des années comme un tuberculeux pulmonaire et dont la guérison fut complète après que M. Jalaguier lui eut enlevé son appendice. Les appendicites chroniques non seulement existent mais sont même assez fréquentes chez les enfants dyspeptiques et chlorotiques. On les opère et ils ne présentent plus aucun accident.

M. SIREDEY à son tour apporte de nombreux arguments en faveur de l'opinion de M. Faisans. Il a observé les mêmes symptômes et les mêmes erreurs de diagnostic ont été commises, mais, en outre, il a noté les relations fréquentes qui existent entrent l'ovarite chronique scléro-kystique et l'appendicite.

M. THIROLOIX se demande si un processus fébrile peut exister avec un processus éteint. Il a observé des cas

d'appendicite chronique chez des tuberculeux et il s'agissait d'appendicite tuberculeuse.

M. Gaillard insiste sur l'intérêt que présente dans des cas semblables l'examen des selles et la recherche du parasitisme intestinal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Rousseau est nommé prosecteur.

Après concours, M. Siraudeau est nommé aide-prosecteur.

Après concours, M. Vincent est nommé préparateur et M. Raby aide-préparateur de chimie.

— Amiens. — Un congé, du 1er janvier au 30 décembre 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bernard, professeur de clinique médicale.

M. Courtellemont, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er janvier au 30 décembre 1911 (durée du congé accordé à M. Bernard), d'un cours de clinique médicale.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en bronze est décernée à MM. les docteurs Baratier (de Jeugny), Petit (d'Asnières), Gosselin (d'Argenteuil), Vidal, médecin sanitaire maritime.

MM. Baufle, Champonnois, Cléret, Riberol, Saint-Girons, Virenque, internes des hôpitaux de Paris.

MM. Capdevila, Hutinel (Jean), Imbert, Mlle Lévy, M. Pougaud, externes des hôpitaux de Paris.

MM. Boissau et Poisson, étudiants en médecine à Paris.

M. Huchard (Camille), préparateur à l'Institut Pasteur.

— Une médaille d'argent pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Leroy (de Constantine).

Une médaille de bronze est décernée à M. le docteur Gérard (de Bougie).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la troisième semaine, 1188 décès, au lieu de 1099 pendant la semaine précédente et au lieu de 1046, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès; elle n'en avait causé aucun pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41, comme pendant la semaine précédente (moyenne 39).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 292 décès, au lieu de 260 pendant la semaine précédente, et au lieu de 209, moyenne ordinaire de la saison. La grippe, sous forme de pneumonie, et la congestion pulmonaire ont surtout contribué à grossir ce chiffre.

On a noté 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (un seul cas nouveau a été signalé par les médecins).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS. — Le bureau pour les années 1911 et 1912 est composé de MM. les docteurs Mullois, président; Brin, vice-président; Turlais, secrétaire général; Denéchau, trésorier; Breau, secrétaire; Abel Bichon, secrétaire adjoint.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bolognési (de Paris) et John Evans (de Paris), neveu de feu Thomas Evans, dentiste de l'impératrice Eugénie.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 FÉVRIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 9 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Rouvière et Anselme Schwartz.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Brumpt et Nicloux.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Retterer et Desgrez; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca; — (3e série) : MM. Rémy, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Ribemont-Dessaignes et Terrien.

4e : MM. Thoinot, Chassevant et Carnot; — M. Lecène, suppléant.

Vendredi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Hartmann et Grégoire.

2e (1re série) : MM. Gautier, Retterer et Jean Camus; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Macaigne; — (3e série) : MM. Déjerine, Desgrez et Mulon; — (4e série) : MM. Roger, Branca et Zimmern.

4e : MM. Pouchet, Pierre Marie et Wurtz; — M. Lœper, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 11 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Prenant, Gley et Nicloux; — (2e série) : MM. Retterer, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Quénu et Lecène; — (2e partie) : MM. Chauffard, Brumpt et Roussy.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Achard et Castaigne; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Widal et Gougerot.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Claude, suppléant.

THÈSES

Mercredi 8 février, à une heure. — M. Debré. Recherches épidémiques, cliniques et thérapeutiques de la méningite cérébro-spinale. (MM. Landouzy, président; Reclus, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. Fresnel. De la compression élastique par le procédé du docteur Bruandet dans le traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (MM. Reclus, président; Landouzy, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. Vacher. Deux cas de mort subite par hypertrophie du thymus chez deux jeunes enfants hérédo-syphilitiques. (MM. Reclus, président; Landouzy, Marcel Labbé et Léon Bernard.)

Jeudi 9 février, à une heure. — M. Delaplane. Contribution à l'étude de l'avortement criminel dans ses rapports avec les théories néo-malthusiennes et la législation. (MM. Bar, président; Demelin, Brindeau et Jeannin.) — Mlle Kanevsky. Contribution à l'étude de la procidence du cordon. (MM. Bar, président; Demelin, Brindeau et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


ELIXIR DE VIRGINIE
Il n'existe qu'un 1 seul ÉLIXIR de VIRGINIE
Littérature et Échantillons gratuits au Corps Médical.
Pharmacie MORIDE 20, rue de La Rochefoucauld PARIS
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
Capsicum Brasiliense
MARQUE DÉPOSÉE
PRIX DU FLACON 4f50
VARICES HÉMORRHOÏDES.
Congestions Hémorrhagies
Accidents de l'Age critique
VENTE EN GROS
PHARMACIE MORIDE
Il porte TOUJOURS la signature de garantie:
NYRDAHL

N° 13. — JEUDI 2 FÉVRIER 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 2 FÉVRIER 1911. — N° 13.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'Internat. — *Oral.* — Séance du 30 janvier. — Question donnée : « L'artère axillaire. Insuffisance tricuspidienne (causes, signes, évolution). »

Mlle Peltier, 12 + 23 = 35; MM. Sebillotte, 12 + 16 = 28; Ferrand, 12 + 17 = 29; Colleville, 12 + 19 = 31; Petit-Dutaillis, 17 + 21 = 38; Vaudescal, 15 + 21 = 36; Mlle Athanassiu, 14 + 21 = 35; MM. Chatellier, 13 + 17 = 30; Vielle, 17 + 25 = 42; Libert, 16 + 17 = 33; Pierret, 16 + 19 = 35.

L'épreuve supplémentaire aura lieu vendredi 3 février, à quatre heures trois quarts, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAL D'ALGER-MUSTAPHA. — M. le docteur Pélissard, médecin suppléant à l'hôpital de Mustapha, a été nommé médecin titulaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Les chargés des fonctions d'agrégé à la Faculté d'Alger viennent de publier une protestation contre la situation qui leur a été faite à la suite de la transformation de l'école en faculté.

LA DÉFENSE DES STATIONS THERMALES. — Le groupe interparlementaire des stations thermales a déjà tenu deux séances. Dans la première, il a constitué son bureau; dans la seconde, il a recueilli les dépositions des principaux représentants de la science hydrologique et de l'industrie thermale. Après cela, il a fixé le programme provisoire de ses travaux, qui comprend trois termes :

1° Recherche des moyens de donner son maximum d'effet à la loi sur la taxe de séjour et sur les chambres d'industrie thermale, loi votée en 1910 par le parlement;

2° Création d'une chaire d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris;

3° Création d'un grand institut d'hydrologie et de climatologie.

M. le professeur Robin, dans un article publié dans *Le Temps* du 1er février, donne d'intéressants renseignements sur l'exécution de ce programme. Voici ce qui concerne la nouvelle chaire.

« La création d'une chaire d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris est réclamée, on le sait, depuis vingt ans par tous les congrès d'hydrologie, par les syndicats de médecins des eaux minérales et même par les grandes compagnies de chemins de fer. Les conseils municipaux de plus de soixante stations ont exprimé le même vœu et ils ont chargé leurs sénateurs et leurs députés de l'appuyer.

La commission permanente des eaux minérales auprès du ministère de l'intérieur a voté, elle aussi, le principe de la chaire et chargé une sous-commission, présidée par le professeur Armand Gautier, de l'Institut, et par M. Sarrien, ancien président du conseil des ministres, d'étudier les moyens pratiques d'en obtenir la fondation. Le groupe interparlementaire aura d'autant plus de chance de faire aboutir cette innovation qu'il n'en coûtera rien à l'Etat, puisque le syndicat des stations thermales de France, directement intéressé dans la question, s'engage à faire les frais de la chaire.

La seule condition mise par le syndicat des stations thermales, à sa donation, c'est que le professeur désigné présente certaines garanties. Pour cela, il demande d'abord que l'homme choisi soit compétent, c'est-à-dire que ses œuvres écrites démontrent qu'il a consacré sa vie à l'étude des eaux minérales, et ensuite qu'il s'engage à se fixer définitivement dans son enseignement, c'est-à-dire qu'il ne fasse pas de clientèle (pour être à même de voyager) et *qu'il ne puisse jamais permuter.*

En ce moment, il y a dans les milieux officiels une certaine tendance à faire de l'hydrologie une simple branche de la physiothérapie. Cette conception est absolument contraire à celle des stations et des médecins hydrologues. L'hydrologie a droit à sa vie propre, tant au point de vue de la science et de la pratique médicales qu'à celui des intérêts qu'elle représente. Une chaire de physiothérapie, par exemple, qui serait occupée par un électricien ou par un professeur de diététique ne remplirait nullement le but que s'est proposé le groupe interparlementaire. »

HOPITAL COCHIN. — Consultation de médecine sous la direction du docteur Paul Ribierre, médecin des hopitaux. — *Policlinique et thérapeutique médicales.* — Tous les jours à neuf heures trois quarts : Examen et présentation de malades. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques. Rédaction d'ordonnances.

Le samedi, à onze heures (à partir du 18 février 1911) : Conférences sur la séméiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cardio-vasculaires.

Cet enseignement s'adresse particulièrement aux étudiants en fin de scolarité.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

LES RÉACTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
DANS LES ADÉNOPATHIES MÉDIASTINES

Par le professeur HUTINEL (1).

Je vous ai parlé bien souvent de la tuberculisation des ganglions du médiastin. Si je reviens une fois de plus sur ce sujet, c'est qu'il me paraît être le point dominant, je dirai presque le nœud de la question si vaste et si difficile de la tuberculose infantile.

Dans les autopsies d'enfants qui présentent, à des degrés divers, des lésions tuberculeuses, il est rare qu'on ne découvre pas, dans quelques-uns de ces ganglions, des amas de matière caséeuse. D'autre part, quand un jeune sujet est emporté par une poussée granulique, pulmonaire, méningitique ou généralisée, c'est souvent dans un foyer ganglionnaire ramolli qu'on en trouve le point de départ. Une fois transformés en blocs caséeux, les ganglions peuvent se scléroser, se crétifier et perdre toute nocivité; ils n'en sont pas moins, pendant longtemps, des réservoirs de bacilles, toujours prêts à déverser leur contenu dans la circulation s'ils viennent à être modifiés par une infection accidentelle, surtout par une de celles, comme la rougeole, la coqueluche ou la grippe qui portent leur action sur les voies respiratoires.

L'histoire clinique de ces adénopathies est trop connue pour que j'essaie de la retracer. Tous les livres classiques font une longue énumération des accidents et des symptômes dont elles sont responsables. Dans ces descriptions, les ganglions tuberculeux sont envisagés comme des masses inertes et résistantes, plus ou moins volumineuses, qui compriment, refoulent et aplatissent les organes voisins. Situés au-dessus et en arrière du cœur, entre les deux poumons, dans un carrefour où sont groupés des appareils de la plus haute importance, ils sont en rapport : avec les conduits respiratoires, au moment de leur pénétration dans les poumons; avec les grosses artères, aorte, artère pulmonaire et avec les vaisseaux qui en partent; avec les veines qui viennent s'ouvrir dans les deux oreillettes; avec des troncs lymphatiques et surtout avec des troncs nerveux: pneumogastrique et sympathique dont les branches enchevêtrées forment les plexus pulmonaires, récurrents, phréniques, etc.

Si les conduits aériens sont comprimés, il peut en résulter du cornage, des modifications du murmure et du rythme respiratoires, même un certain degré de dyspnée.

Les artères se laissent difficilement aplatir; dans quelques cas cependant on perçoit des souffles artériels. Les veines résistent moins; quand elles sont comprimées, il se produit des stases, surtout dans le domaine de la veine cave supérieure et l'on voit apparaître du gonflement des jugulaires, des œdèmes de la face ou un développement exagéré des veines du thorax.

Si la compression porte sur les nerfs, il y a des troubles de la voix, quand le récurrent est intéressé; une toux spasmodique, quinteuse, coqueluchoïde, des accès de suffocation, parfois des vomissements ou des modifications du pouls quand le pneumogastrique et les plexus pulmonaires sont lésés.

Si l'adénopathie médiastine est volumineuse, elle peut d'ailleurs se manifester par des signes physiques. A la percussion, on trouve une zone de matité, en avant, au niveau du manubrium sternal, en arrière, de chaque côté des vertèbres dorsales. Les vibrations thoraciques sont parfois augmentées dans ces zones. A l'auscultation, on perçoit souvent une diminution du murmure vésiculaire dans un des poumons, tandis que la respiration est puérile ou soufflante dans l'autre; parfois un souffle doux expiratoire avec retentissement spécial de la voix et de la toux. Enfin, la radioscopie, en dessinant entre les deux poumons des taches opaques, fait apparaître sur l'écran l'image même des ganglions hypertrophiés.

Ces signes ont une valeur indiscutable. Ils sont analogues, pour la plupart, à ceux que font naître des anévrismes ou des tumeurs néoplasiques. Quand ils existent chez un enfant, à l'âge où ne se voient jamais les anévrismes et presque jamais les tumeurs du médiastin, ils ont une signification presque certaine.

Ce sont là, malheureusement, des signes de grosses adénopathies. Or, dans la pratique journalière, ces adénopathies volumineuses sont exceptionnelles et, quand elles existent, la présence de masses ganglionnaires au cou et aux aisselles facilite singulièrement leur diagnostic.

Celles que l'on rencontre tous les jours, sont des petites adénopathies. Dans celles-ci, les tubercules, gros comme un pois, comme une noisette, tout au plus comme une châtaigne ont un trop faible volume pour comprimer et déformer sérieusement les organes voisins. Les signes par lesquels elles révèlent leur existence sont donc forcément moins nets et moins schématiques que ne le ferait croire l'exposé didactique de vos livres.

Pas de cornage le plus souvent; la toux coqueluchoïde elle-même n'existe pas toujours, tant s'en faut; peu de modifications de la voix, pas de dyspnée, peu de troubles respiratoires et circulatoires. En réalité les symptômes de compression sont le plus souvent réduits au minimum. Les signes physiques ne sont guère plus nets. La percussion, à laquelle on demande souvent, en pareil cas, plus qu'elle ne peut donner est presque toujours muette. Je ne vous parle pas de la palpation; essayez de faire parler un enfant de deux ans pour étudier les vibrations de son thorax et vous me direz ce qu'elle vous aura appris. Ce que l'on constate le plus ordinairement, c'est une inégalité du timbre respiratoire aux deux hiles pulmonaires, le murmure vésiculaire étant affaibli d'un côté, tandis qu'il est rude de l'autre; c'est un certain retentissement de la voix et du cri ou un léger souffle à l'expiration. Mais ces signes

(1) Leçon du 7 janvier 1911.

sont souvent douteux et leur interprétation est discutable. Je ne connais pas de signe pathognomonique, pas même le signe de Smith qui consiste en un murmure veineux, continu avec redoublement, comparable au bruit de diable des chlorotiques, qui se perçoit à droite de la première pièce du sternum quand on ausculte un enfant dont la tête est en extension forcée. Ce signe fait fréquemment défaut quand il existe des ganglions tuberculeux et parfois il se perçoit nettement quand il n'y en a pas.

La symptomatologie est donc fruste et les erreurs sont communes, soit que l'on affirme une adénopathie qui n'existe pas, soit qu'on ne reconnaisse pas celle qui existe. Cependant il serait de la plus haute importance de savoir faire le diagnostic de ces foyers tuberculeux, car les autopsies nous montrent chaque jour de quels méfaits ils sont capables.

Dans certains cas, où les signes physiques, les symptômes fonctionnels, la radioscopie et la radiographie ne permettent pas un diagnostic précis, il se produit parfois des manifestations à distance, des troubles fonctionnels, des localisations inflammatoires ou fluxionnaires, ayant leur siège dans l'appareil respiratoire et dont il faut tenir compte, car ils peuvent contribuer à nous éclairer.

C'est de ces réactions que je veux vous entretenir aujourd'hui.

***

Les ganglions caséeux du médiastin ne se comportent pas à la façon de simples corps étrangers; ce sont des tubercules dont le rôle ne saurait être exclusivement mécanique.

D'abord ils font naître autour d'eux des processus de défense, des scléroses plus ou moins étendues, qui n'aboutissent pas seulement à un épaississement de la coque ganglionnaire, mais qui atteignent les organes voisins, modifient leur structure et troublent leur fonctionnement. Ensuite, la matière caséeuse ne se forme pas dans les ganglions sans que des poisons y soient élaborés; or ces poisons agissent sur la nutrition et font naître des réactions fébriles.

Les adénopathies médiastines sont des sources d'infection et d'intoxication. Les infections éclatent généralement quand les ganglions viennent à se ramollir; l'intoxication se révèle surtout par une fièvre continue à marche plus ou moins irrégulière qui prend, dans certains cas, les allures de la typhobacillose.

Quand on constate, chez un enfant, une de ces fièvres qui semblent imputables à une tuberculose latente, c'est généralement dans le médiastin qu'il faut en chercher la cause; quand il s'agit d'un adulte, chez qui les ganglions ont un rôle plus effacé, il faut plutôt surveiller les poumons et les plèvres.

D'autre part, les organes contenus dans le médiastin ne sont pas des conduits inertes; ils vivent et réagissent chacun à sa façon. Les ganglions tuberculeux les compriment, c'est certain; mais en même temps ils les irritent et les modifient. La symptomatologie de l'adénopathie médiastine ne doit donc pas être exclusivement d'ordre mécanique. Les réactions consécutives aux altérations nerveuses ont été mises en lumière par mon élève et ami Meunier; ce sont les plus frappantes, mais ce ne sont pas les seules.

Les filets nerveux qui s'enchevêtrent pour former les plexus pulmonaires proviennent du pneumogastrique et du sympathique; ils sont intimement accolés aux ganglions; aussi sont-ils comprimés, irrités, sclérosés ou simplement modifiés dans leur fonctionnement quand ces ganglions se tuberculisent. L'effet de ces lésions nerveuses retentit sur tout l'appareil respiratoire. Ces nerfs sont sensitifs; leur excitation explique la toux réflexe et le spasme glottique que l'on observe dans certaines adénopathies; ils sont moteurs et, pour cette raison, peuvent être mis en cause dans certaines dyspnées spasmodiques; ils sont vaso-moteurs et responsables des troubles circulatoires qui apparaissent si fréquemment; ils sont trophiques et exercent sur l'évolution des lésions pulmonaires une influence indiscutable; enfin ils sont sécréteurs et peuvent être accusés de certaines hypercrinies ou de certaines infiltrations œdémateuses.

Il faut donc s'attendre à voir apparaître, au cours des adénopathies médiastines, des réactions curieuses, trompeuses parfois, mais révélatrices si on sait les interpréter. Certes, ces réactions n'ont rien de pathognomonique, car elles peuvent être éveillées par d'autres lésions que la tuberculose ganglionnaire (j'ai déjà cité les anévrismes et les tumeurs du médiastin); mais, quand elles apparaissent, il faut chercher si elles n'ont pas leur origine dans une lésion des ganglions et préciser la nature de cette lésion.

***

Parmi ces réactions, il faut noter surtout des fluxions, des inflammations ou des dyspnées paroxystiques. Elles sont éveillées le plus souvent par des infections accidentelles.

Certains sujets font des bronchites avec une facilité désespérante. Voilà par exemple un enfant qui semble atteint d'un simple coryza; il n'a presque pas de fièvre, pas de malaise et c'est à peine si son nez coule; cependant, dès le lendemain ou le surlendemain, la poitrine est pleine de râles sonores. Méfiez-vous de cette invasion rapide de l'arbre respiratoire; elle suppose une prédisposition locale qui s'explique souvent par des infections antérieures, comme cela se voit souvent chez les adénoïdiens, mais qui peut aussi être due à l'existence d'une adénopathie médiastine comprimant les nerfs pulmonaires et modifiant la résistance de la muqueuse qui se laisse envahir immédiatement par l'infection la plus banale et la moins spécifique.

Dans ce cas, la susceptibilité anormale des voies respiratoires nous invite à chercher s'il n'existe pas une cause prédisposante; il en est d'autres plus intéressants où la localisation du catarrhe bronchique éveille de suite l'idée de cette cause et permet jusqu'à un certain point d'en préciser la nature et le siège.

Je vous montrais, un jour, salle Bouchut, un enfant

chétif qui présentait des ganglions durs, au cou, aux aines et aux aisselles : on notait en même temps à la base du poumon droit des râles de bronchite simple sans congestion pulmonaire ni broncho-pneumonie. Quelques jours après, les râles avaient disparu, mais la respiration restait affaiblie dans tout le côté droit de la poitrine. Il était donc facile de conclure à l'existence d'une adénopathie médiastine qui avait comprimé le hile du poumon droit.

Ces bronchites unilatérales des bases sont assez communes; elles n'impliquent pas forcément l'idée d'une lésion ganglionnaire. Elles peuvent s'expliquer simplement par l'attitude de l'enfant ou par l'existence d'une lésion antérieure du poumon ; cependant elles doivent éveiller l'attention et provoquer un examen minutieux.

Souvent, chez des enfants de deux à quatre ans, on entend des râles sous-crépitants localisés à la partie moyenne d'un poumon, au niveau du hile, ou dans les deux poumons, de chaque côté de la colonne vertébrale. Ces râles, plus ou moins secs, groupés en couronne autour du hile pulmonaire ou répartis à la partie moyenne de l'organe dans un espace plus ou moins étendu, m'inquiètent toujours, car ils accompagnent ordinairement des lésions ganglionnaires. Ils sentent la tuberculose, comme l'a fait remarquer Fernet.

L'intérêt et les difficultés du diagnostic sont tout autres quand il s'agit d'une bronchite limitée au sommet d'un poumon ; or ces cas sont loin d'être rares. Certes, ils n'exposent pas à méconnaître la tuberculose, mais ils la font souvent croire plus grave et plus profonde qu'elle ne l'est en réalité. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns.

Je voyais, il y a longtemps déjà, un enfant de onze ans, pâle, de mine chétive, qui présentait quelques ganglions au cou et que l'on disait atteint de grippe. Je fus étonné de percevoir, au sommet droit, une pluie de râles sous-crépitants, très abondants et très humides, et je manifestai devant la famille quelques inquiétudes. Bientôt les signes se modifièrent, une dizaine de jours après les râles avaient disparu ; mais l'expiration était prolongée, légèrement soufflante au sommet, et l'inégalité de la respiration aux deux hiles pulmonaires me faisait penser à une bronchite locale du sommet causée par une adénopathie médiastine.

Une autre fois, j'étais appelé auprès d'un grand garçon, pâle, mou et lymphatique, dont le frère était mort phtisique, quelques mois auparavant, et qui toussait depuis quelques jours. Des râles humides abondants s'entendaient au sommet droit et éclataient sous l'oreille quand le malade toussait. On pouvait certainement penser à une fonte tuberculeuse du poumon, mais l'évolution des accidents avait été trop rapide, la percussion ne donnait pas de matité, la transsonance pulmonaire était conservée et il y avait peu de retentissement de la voix. Là encore il s'agissait d'une bronchite locale. Les accidents disparurent vite et le malade parut guérir ; mais on constatait facilement que la respiration, affaiblie au niveau du hile droit en arrière, était rude à gauche et qu'une adénopathie trachéo-bronchique était très probable. L'enfant fut envoyé à la campagne, il s'y fortifia et sa santé se consolida rapidement.

Un autre jour, on amenait à ma consultation un grand garçon de 13 ans, blond et pâle, très lymphatique qui, depuis plusieurs jours, toussait d'une façon pénible. Je fus surpris, en l'auscultant, de trouver sous la clavicule droite de nombreux râles muqueux. Pas de matité d'ailleurs ni de modifications de la transsonance, pas d'exagération des vibrations thoraciques. Je parlai de bronchite locale et j'engageai les parents à faire surveiller l'enfant. Le médecin de la famille constata les mêmes signes et eut la sagesse de n'être pas trop pessimiste. L'orage passa, la bronchite disparut, mais elle laissa après elle les signes d'une adénopathie médiastine qui d'ailleurs n'empêcha pas l'enfant de se développer.

Voilà donc des cas où la tuberculose des ganglions bronchiques et sans doute aussi quelque foyer scléreux du parenchyme pulmonaire ont amené au sommet d'un poumon la localisation d'une bronchite accidentelle. Vous aurez certainement l'occasion de rencontrer des cas pareils. Ne vous hâtez pas trop d'attribuer ces bronchites suspectes à une tuberculose en évolution, ni même à une adénopathie ; vous en trouverez de semblables, au cours de certaines fièvres typhoïdes, dans certaines affections cardiaques ou rénales et chez des enfants atteints de végétations adénoïdes. Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans ces cas, votre diagnostic et votre pronostic devront toujours être très prudents.

Quand ces bronchites locales s'accompagnent d'un certain degré de dilatation des bronches, le pronostic semble encore plus mauvais. J'ai vu une fillette de trois ans qui, à la suite d'une coqueluche, fut atteinte d'une broncho-pneumonie du sommet droit. L'année suivante, à l'occasion d'un simple rhume elle présenta, au même sommet, des râles humides à timbre cavernuleux. Il existait, en même temps, une adénopathie médiastine assez facile à reconnaître ; il n'y avait pas de fièvre, pas de cachexie et la guérison survint assez vite.

Cette coexistence de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la dilatation des bronches est loin d'être rare. La souffrance des nerfs comprimés par les ganglions hypertrophiés modifie la nutrition dans tout un territoire broncho-pulmonaire et les bronches se laissent facilement dilater. La vraie cause des dilatations bronchiques chez les enfants n'est cependant pas la tuberculose des ganglions du médiastin, c'est la broncho-pneumonie à évolution lente ou subaiguë qui diminue la résistance des conduits aériens et fait apparaître un certain degré de sclérose pulmonaire.

*
* *

A côté des bronchites, il y a des manifestations plus profondes et plus importantes que je dois vous signaler maintenant : ce sont d'abord des congestions pulmonaires. Ces congestions, dues sans doute à une vaso-dilatation active, se produisent ordinairement à l'occasion d'une infection accidentelle des voies respiratoires. Elles sont fréquentes au cours des adénopathies trachéo-bronchiques, comme si

lt'alération des filets nerveux, due au voisinage des ganglions malades, facilitait leur apparition.

Chez certains enfants, ces fluxions sont essentiellement mobiles, fugaces, variables et leurs signes se modifient d'un jour à l'autre; chez d'autres, elles se localisent et se fixent davantage.

Voici le tableau clinique que vous avez pu observer plus d'une fois. Un enfant, de deux à quatre ans, entre à l'hôpital avec un rhume. Le soir, la température monte à 39 degrés ou 39°5; le pouls atteint 120 ou 130 et la respiration est fréquente; l'enfant est agité, sa face est vultueuse, il est anxieux et tousse fréquemment. Le thorax est submat en un point et parfois on note du skodisme. Au milieu des rhonchus disséminés dans les deux poumons, on perçoit un souffle doux dans une étendue plus ou moins considérable du poumon. Naturellement on croit à un début de pneumonie et on traite l'enfant en conséquence. Le lendemain, la température est à 37 degrés; le pouls s'est ralenti, la dyspnée a presque disparu et la toux s'est calmée. L'enfant n'est plus le même; on l'ausculte et on ne retrouve plus de souffle. Il ne s'agissait donc pas d'une pneumonie mais d'une congestion passagère, d'une simple fluxion qui a disparu en quelques heures. Au cours des adénopathies, ces congestions ont des sièges variables, bien étudiés par Fernet; on les trouve soit au hile, soit au sommet, soit à la partie inférieure et externe du poumon.

Celles qui siègent aux bases ressemblent souvent à des fluxions banales et, si elles sont passagères, on ne leur attribue pas toujours l'importance qu'elles méritent; parfois cependant elles marquent le début d'accidents très graves.

J'étais appelé, il y a deux ans, auprès d'une fillette de trois ans et demi, maigre, pâle, dyspnéique qui toussait depuis une quinzaine de jours. Elle avait de la fièvre, tous les soirs; mais jusque-là l'auscultation avait été muette. Je constatai une légère diminution de la sonorité à la base gauche en arrière et du skodisme en avant; la respiration était obscure, en bas, mais elle était légèrement soufflante au voisinage du hile. Quelques ganglions suspects au cou, aux aisselles et aux aines; signe de Smith. Je pensai à une congestion pulmonaire occasionnée par une tuberculose des ganglions bronchiques et je fis un pronostic très réservé. Trois semaines après, l'enfant succombait à une méningite tuberculeuse.

Ces congestions de la base en imposent souvent pour des pleurésies séro-fibrineuses et quelquefois elles s'accompagnent d'épanchements plus ou moins abondants. Dans ces cas, le diagnostic se trouve singulièrement facilité.

Les congestions de la partie moyenne du poumon se traduisent par du souffle, par des râles fins et par une modification de la sonorité en arrière, au voisinage du hile; parfois elles s'étendent vers la ligne axillaire et font penser à des pleurésies interlobaires. Elles sont communes chez les enfants atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques et, en raison de leur siège, elles appellent l'attention sur l'état des ganglions.

Quand les congestions siègent au sommet, elles se traduisent habituellement par un certain degré de submatité, avec augmentation des vibrations thoraciques et par un souffle expiratoire à timbre plus ou moins doux et voilé dont le maximum est au hile et qui va en s'atténuant jusqu'au sommet. Dans ces cas, on croit souvent à une infiltration tuberculeuse de tout le lobe supérieur du poumon; mais le siège du souffle et sa variabilité montrent bientôt, si on examine le malade à plusieurs reprises qu'il s'agit d'une lésion ganglionnaire et non pulmonaire. C'est là un diagnostic de la plus haute importance, car le pronostic d'une adénopathie est loin d'être aussi sombre que celui d'une infiltration tuberculeuse du poumon. Ne croyez pas d'ailleurs que ces cas soient d'une interprétation facile. J'ai vu des maîtres éminents conclure à des tuberculoses pulmonaires massives, alors qu'il s'agissait simplement de fluxions dont les signes disparaissaient en quelques jours.

Dans d'autres cas, le tableau clinique est un peu modifié; on trouve encore, au sommet du poumon, une légère diminution de la sonorité et une augmentation des vibrations; mais le murmure vésiculaire est affaibli. C'est le schéma que Grancher avait déjà signalé au cours des pleurésies et qu'il a retrouvé souvent dans la tuberculose ganglio-pulmonaire des enfants des écoles.

Ces congestions ne sont nullement pathognomoniques; on en rencontre de semblables, chez des enfants qui n'ont pas d'adénopathies trachéo-bronchiques, à la suite d'infections banales des voies aériennes. Leur présence ne suffit donc pas pour permettre d'affirmer l'existence des tubercules ganglionnaires; mais elles éveillent l'attention. Il existe d'ailleurs, dans leur évolution clinique, des particularités qui, parfois, précisent leur signification. Elles apparaissent souvent sans raison suffisante, elles ne s'accompagnent pas de réactions vives et tardent à disparaître; elles sont subaiguës et peu franches.

Nous avons vu, la semaine dernière, deux enfants de trois et quatre ans, qui, à l'occasion de grippes légères, ont présenté des manifestations à peu près identiques : congestion nette du sommet droit et de la base gauche, avec signes assez discrets de bronchite diffuse. Ces fluxions croisées ne sont pas rares au cours des adénopathies et, quand elles n'éveillent pas plus de réactions que chez nos deux enfants, le diagnostic est bientôt fait. L'examen ultérieur des sujets a prouvé que le diagnostic de tuberculose ganglionnaire était exact.

Il est des cas, où les fluxions ont une durée beaucoup plus longue, où elles s'installent avec une certaine fixité et revêtent les caractères de la splénopneumonie. Nous avons vu, l'année dernière, à la salle Bouchut, un enfant de huit ans, pâle, maigre, délicat, qui présentait une matité très étendue de tout le côté gauche du thorax en arrière. La respiration était à peu près éteinte dans toute la hauteur du poumon, tandis qu'elle était puérile à droite. Les vibrations thoraciques n'étaient pas complètement abolies, l'espace semi-lunaire n'était pas effacé, le cœur était peu dévié et, dans les quintes de toux, on percevait quelques râles dans la zone obscure. On fit plusieurs ponctions exploratrices, toujours sans

succès. Il s'agissait donc bien d'une spléno-pneumonie. Les signes locaux s'atténuèrent, mais ceux d'une tuberculose ganglio-pulmonaire se dessinèrent graduellement.

Je crois que bon nombre de spléno-pneumonies sont conditionnées en partie par la tuberculose des ganglions du médiastin. La plupart des enfants que j'ai observés avec des spléno-pneumonies sont devenus tuberculeux ; or, si les uns présentaient des signes d'adénopathies médiastines, d'autres ne paraissaient pas en avoir. Il n'y a donc pas une subordination absolue entre la tuberculose ganglionnaire et la spléno-pneumonie, mais il existe entre ces deux ordres de lésions des connexions difficiles à méconnaître.

* * *

Les lésions consécutives aux adénopathies peuvent encore être plus profondes. Meunier, dans sa thèse, signale des foyers de broncho-pneumonie exclusivement localisés dans les territoires des filets nerveux qu'avaient irrités des ganglions tuberculeux ; dans d'autres cas, des lésions caséeuses s'étaient cantonnées dans ces points et y avaient pris un développement considérable ; dans d'autres même, il s'était formé des noyaux de sphacèle.

Il est certain que, en altérant les nerfs des plexus pulmonaires, la tuberculose des ganglions bronchiques diminue notablement la résistance du poumon et qu'elle facilite ainsi la localisation et le développement des infections banales ou spécifiques ; mais si ces particularités semblent évidentes dans certaines autopsies, elles ne sont pas encore du ressort de la clinique. Il serait hasardeux, à l'heure actuelle, de conclure de l'existence d'un foyer pneumonique ou tuberculeux à une lésion nerveuse d'abord, à une lésion ganglionnaire ensuite.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que les manifestations bronchiques ou pulmonaires, passées en revue dans cette leçon, soient imputables exclusivement à l'adénopathie. On voit des bronchites et des congestions pareilles chez des sujets atteints d'insuffisance nasale ou d'infections des voies respiratoires supérieures, chez les sujets dits arthritiques, chez les eczémateux, etc.

Ce qui frappe le plus les cliniciens, ce qui rend leur tâche si difficile et si intéressante, c'est précisément la diversité des réactions individuelles contre des infections identiques. Il y a des sujets chez qui la moindre infection est prétexte à fluxion : ce sont des congestifs. C'est chez ces congestifs que s'observent surtout les phénomènes fluxionnaires que nous avons étudiés. Elles sont facilitées, cela tombe sous le sens, si les nerfs sont irrités ou malades ; mais de même qu'elles manquent souvent, si les réactions sont torpides chez un enfant porteur d'adénopathie trachéo-bronchique, de même elles apparaissent sans qu'il y ait de lésions ganglionnaires chez certains sujets nerveux.

* * *

Ces différences apparaissent encore plus nettement si l'on considère les réactions qui ont un caractère particulièrement spasmodique. Parmi les sujets atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, les uns toussent peu, les autres ont une toux incessante, obsédante ; les uns respirent facilement, tandis que d'autres ont bientôt une dyspnée intense qui va parfois jusqu'à l'accès d'asthme nettement caractérisé : c'est l'*asthme ganglionnaire* de Joal.

Voici comment se présente habituellement cette manifestation : un enfant s'enrhume ; il a d'abord un coryza léger. Bientôt apparaît une dypsnée intense, avec cyanose et anxiété ; en même temps des sibilances remplissent les deux poumons, du haut en bas. Le tout évolue sans fièvre et il y a un désaccord évident entre les réactions locales et l'état général du malade. Le spasme des muscles inspirateurs, les modifications des sécrétions bronchiques, les poussées fluxionnaires, l'emphysème aigu, caractérisent suffisamment l'asthme catarrhal.

En pareil cas, il ne faut pas se contenter de reconnaître l'asthme ; il faut essayer de remonter à sa cause. Or, la cause efficiente paraît être le mode particulier de la nutrition qui caractérise le tempérament dit arthritique. L'enfant a généralement reçu de ses parents le mode spécial de réaction qui fera de lui un spasmodique comme il l'exposera aux migraines ou aux vomissements acétonémiques. Faut-il incriminer des altérations humorales, des modifications des glandes endocrines, une impressionnabilité nerveuse excessive ? C'est possible ; mais presque toujours il y a des causes occasionnelles qui interviennent pour mettre en évidence la prédisposition morbide. Parmi ces causes on trouve souvent l'adénopathie médiastine. Faut-il donc conclure avec mon ami Landouzy que la tuberculose est toujours l'origine de l'asthme ? Je n'irai pas si loin. J'admets très volontiers que l'adénopathie médiastine, chez l'enfant, soit la cause occasionnelle la plus fréquente de l'asthme ; c'est celle que vous devrez toujours rechercher.

Mais, si les tubercules ganglionnaires éveillent souvent la susceptibilité asthmatique chez un sujet prédisposé, d'autres causes produisent le même effet. L'asthme peut apparaître à l'occasion de lésions du nez, du cavum, des bronches, à l'occasion d'un eczéma ou même d'un trouble dyspeptique.

En présence d'une crise d'asthme, chez un enfant, il faut donc chercher la cause qui l'a fait éclater, et cette cause sera bien souvent une adénopathie trachéo-bronchique, tuberculeuse. Chez les sujets de ce genre, cette lésion évolue généralement dans un sens favorable ; elle n'en est pas moins plus importante à connaître et à traiter que la manifestation symptomatique elle-même.

* * *

De cette énumération rapide et incomplète ne pouvons-nous pas conclure que l'adénopathie trachéo-bronchique doit être recherchée de parti pris dans nombre de cas où, au premier abord, elle ne paraît guère devoir être mise en cause.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une bronchite localisée, d'une congestion pulmonaire à marche un peu anormale, d'une dilatation des bronches ou d'un asthme catarrhal dont la cause

n'apparaît pas clairement, il faut songer à l'adénopathie médiastine et en chercher les signes. Examinez donc vos malades de près, percutez, auscultez, recourez à la radioscopie et à la radiographie, faites appel aux méthodes de laboratoire. Certes vous ne trouverez pas toujours la lésion que vous aurez cherchée, car des manifestations pareilles peuvent avoir des origines multiples, mais vous la découvrirez souvent, je vous le promets, car elle est commune et cette découverte vous aidera singulièrement à établir un pronostic et un traitement rationnels.

L'enfant qui a des ganglions caséeux dans le médiastin, quels que soient les symptômes qu'il présente, est un tuberculeux et doit être traité comme tel. Sans doute sa lésion est curable : elle n'en constitue pas moins un danger pour le présent et une menace pour l'avenir.

LES TROUPES NOIRES EN ALGÉRIE

ET LA FILARIOSE

Par M. RAPHAËL BLANCHARD,

Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Il résulte d'un article, paru dans *Le Temps* (1) du 22 janvier, que les troupes sénégalaises introduites dans le Sud-Oranais, avec femmes et enfants, présentent de nombreux cas de filariose : 234 tirailleurs sur 800 sont atteints, 18 femmes et enfants sur 450 le sont également, au total 252 individus sur 1250, soit 20,16 p. 100.

La commission, aux travaux de laquelle est due cette constatation, me paraît envisager celle-ci avec un optimisme excessif, du moins si j'en juge par l'article susdit : « Etant donnés la bénignité de la filariose et son peu de contagion en Algérie », il semble inopportun d'agiter « l'opinion publique à propos de cette question : on serait vraisemblablement amené à prendre des mesures extrêmement compliquées (analyse du sang, de l'urine et des fèces) du côté de l'Egypte, pays essentiellement filarié, et du Sud tunisien. Le pèlerinage de la Mecque et la main-d'œuvre du Djérid seraient entravés. Il paraît nécessaire d'indiquer dès maintenant que des mesures sanitaires visiblement très exagérées peuvent avoir de fâcheuses conséquences au point de vue économique et politique. »

J'ai cru devoir citer tout au long ce passage, pour m'élever plus énergiquement contre les singularités qu'il contient. Si vraiment tels sont les motifs invoqués par la commission pour laisser les choses en l'état actuel, on est en droit de se demander si celle-ci a une notion exacte de la manière dont se propage la filariose.

Il est prouvé depuis onze ans, et c'est depuis lors une notion classique, que la maladie est inoculée par la piqûre des Moustiques, ces Insectes puisant dans le sang d'un malade l'embryon du parasite, puis l'inoculant à l'état de larve dans la peau d'un autre individu, chez lequel il va passer à l'état adulte et se reproduire.

D'après cela, la prophylaxie de la filariose est des plus précises : elle consiste uniquement à lutter contre les Moustiques, seuls agents de l'infection. Partout où règne la filariose, *c'est un devoir impérieux* de détruire les Moustiques ; ce n'est pas ici le lieu de dire par quels moyens, ceux-ci étant d'ailleurs bien connus.

Dès lors, comment peut-il devenir nécessaire de procéder, en Egypte et en Tunisie, à l'analyse du sang, de l'urine et d'autres déjections ? Qu'ont à voir ici ces deux pays, alors que seul le Sud-Oranais est en cause ? En quoi le pèlerinage de la Mecque et la main-d'œuvre du Djérid sont-ils compromis ? J'avoue ne rien comprendre à ces préoccupations, qui ne peuvent s'expliquer que par une insuffisante connaissance de l'histoire naturelle de la Filaire du sang, c'est-à-dire de l'étiologie et de la prophylaxie de la filariose.

La question est beaucoup plus simple : elle concerne, je le répète, uniquement les Moustiques.

La filariose est répandue dans toute la zone intertropicale : la *Filaria Bancrofti*, parasite qui est la cause de cette maladie endémique, est transmise et propagée par des Moustiques, à l'exclusion, semble-t-il, de tout autre moyen. Les Insectes de ce groupe qui peuvent jouer ce rôle redoutable sont très nombreux ; on en connaît actuellement plus de vingt espèces et, bien certainement, ce n'est pas tout. Quelques-unes de ces espèces ont une aire de distribution plus ou moins restreinte ; d'autres occupent une vaste étendue ou même toute la zone intertropicale.

De ce nombre sont, par exemple, le *Culex fatigans* et le *Stegomyia calopus*, qui fréquentent surtout les côtes, mais peuvent aussi s'enfoncer profondément à l'intérieur des terres, notamment dans les régions de faible altitude. Or, ces deux espèces remontent bien au delà du tropique du cancer ; on les trouve en Egypte, en Algérie, en Espagne et en Portugal ; le *Stegomyia calopus* est également connu du Maroc, de l'Italie méridionale et des îles voisines (Sicile et Sardaigne) ; il n'a pas encore été vu en Corse. La région oranaise, où sont cantonnées les troupes noires venues du Sénégal, est donc en pleine zone à *Culex fatigans* et à *Stegomyia calopus*, sans compter *Culex pipiens* et d'autres Moustiques locaux qui, eux aussi, pourraient éventuellement propager la filariose.

Ce n'est pas là une vaine appréhension, car les conditions que je viens de dire se sont déjà réalisées. En effet, la filariose a été observée à Fez, au Maroc ; en Italie, chez un individu provenant de Gibraltar ; à Canet del Mar, au nord de Barcelone, chez un paysan qui n'avait jamais quitté le nord de l'Espagne.

Il y a donc une extrême urgence à détruire les Moustiques qui pullulent dans la région susdite ; les Sénégalais, dont 20,16 p. 100 sont porteurs de la Filaire, constituent un danger de tous les instants, non seulement pour les 79,84 p. 100 encore indemnes, mais pour tout le reste de la population, européenne

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, n° 10, p. 135.

aussi bien qu'indigène ; ils constituent un inquiétant foyer, d'où la maladie peut s'irradier en tous sens et se répandre de proche en proche à travers tout le nord de l'Afrique.

Les mesures qu'il s'agit de prendre ne sont pas « extrêmement compliquées », comme le croit la commission; elles sont, au contraire, extrêmement simples. Il faut que l'opinion publique se rende compte et de leur simplicité et de leur urgence : elle a le devoir d'exiger que la filariose ne se propage pas en Algérie, qu'elle soit combattue dans toutes nos possessions de la zone tropicale et, d'une façon générale, que nos colonies s'assainissent. Alors que, depuis dix ans, la Havane n'a plus de fièvre jaune; que cette terrible maladie épidémique a disparu du Mexique, des républiques de l'Amérique centrale, de Rio, des Antilles, etc., n'est-il pas navrant de constater qu'elle règne encore au Sénégal et que, voilà moins de deux ans, elle dévastait encore la Martinique? Les possessions françaises vont être bientôt les derniers pays librement ouverts à ce fléau dévastateur : c'est humiliant pour nous; c'est cela, et non autre chose, qui peut avoir pour notre nation « de fâcheuses conséquences au point de vue économique et politique ».

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE

Par MM. Antonin PONCET et Léon BÉRARD (1).

Depuis la publication du *Traité clinique de l'actinomycose humaine* en 1898, et depuis les communications que nous avons faites à l'Académie de médecine en 1900, 1903, 1904, sur la diffusion et la fréquence de cette maladie en France, nous avons eu l'occasion de recueillir d'assez nombreux cas, soit dans nos services, soit dans ceux de nos collègues des hôpitaux de Lyon, soit dans la clientèle d'anciens élèves de notre Faculté. Prochainement nous aurons l'honneur de vous soumettre l'ensemble de ces faits, en même temps que l'évolution éloignée des lésions mycosiques chez nos anciens malades.

Aujourd'hui, à l'occasion de la présentation de M. Schwartz, nous émettrons simplement quelques considérations d'ordre thérapeutique.

Pas plus à l'heure actuelle qu'il y a douze ans on ne possède de remède spécifique contre l'actinomycose.

Depuis les premières tentatives de sérothérapie de Wolff, aucun progrès sérieux n'a été accompli soit dans le traitement curatif, soit dans la vaccination préventive par les produits des cultures mycosiques; les échecs sont dus surtout à la symbiose habituelle des microbes d'infection secondaire avec les oospora. La tuberculine préconisée par Billroth en 1891, après une fortune passagère entre les mains des chirurgiens allemands, semble n'avoir servi qu'à la démonstration de ce fait que les actinomycosiques réagissent comme les tuberculeux à l'injection des produits du bacille de Koch, dont certaines formes rappellent tant les actinomyces.

En 1909, Choukkévitch, dans ses recherches sur l'agglutination des actinomycètes et sur l'immunisation des animaux contre les infections actinomycosiques, a reconnu seulement comme MM. Widal et Boivin, que le mycélium de l'oospora ne se laisse pas agglutiner au contact du sérum de tous les sujets infectés par ce parasite. Les travaux récents de MM. Widal et Abrami sur la sporo-agglutination n'ont encore montré que la possibilité d'un séro-diagnostic indirect de l'actinomycose au moyen des cultures de sporotrix. Ce séro-diagnostic exige une technique très délicate; il est d'une rigueur relative, car il donne des résultats positifs avec d'autres infections ; on doit encore le compter parmi les méthodes de laboratoire réservé à quelques hôpitaux privilégiés. Jusqu'à plus ample informé, pour dépister le champignon rayonné dans les lésions, le médecin devra recourir encore aux colorations extemporanées des produits pathologiques prélevés par lui; il y trouvera presque toujours le mycélium, et souvent les massues.

Parmi les médications empiriques auxquelles nous sommes encore réduits, il faut placer au premier rang les produits iodés et surtout l'iodure de potassium. Comme adjuvants à l'iodure ou à titre de succédanés on a proposé depuis quelques années les préparations mercurielles et aussi toutes les préparations arsenicales si vantées contre la tuberculose, la syphilis et le cancer, aux caractères desquels participent d'ordinaire les lésions mycosiques. Le caractère gommeux des nodules sous-cutanés de l'actinomycose engagera certainement les cliniciens à user contre eux de la préparation 606. Dès 1908, en tous cas, Föderl (de Vienne) avait déjà présenté au Congrès allemand de chirurgie six cas de guérison d'actinomycose, par l'administration interne du cacodylate de soude, qu'il estimait préférable à l'iodure de potassium. Depuis quinze ans nous avons donné à presque tous nos malades actinomycosiques des préparations arsenicales au même titre qu'à des malades tuberculeux, et avec la même heureuse influence sur l'état général que sur les lésions locales.

La photothérapie et la radiothérapie enfin ont été également utilisées. Chez une de nos malades, il ne semble pas douteux que l'exposition répétée aux rayons X de lésions mycosiques diffuses du cou n'ait provoqué leur extension rapide vers la profondeur et l'apparition des accidents méningés aigus auxquels succomba la malade.

Ces préliminaires posés, il ne saurait être question, comme on le prétend encore parfois, de dresser un formulaire unique, bien plus, d'user d'un seul agent médicamenteux contre toutes les lésions mycosiques. Nous estimons toujours qu'il faut distinguer au point de vue thérapeutique les principaux types anatomo-cliniques suivants :

1° Une première forme, particulièrement bénigne, mais relativement peu fréquente, est représentée par le nodule mycosique limité, induré ou déjà

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 31 janvier 1911.

ramolli, mais non fistuleux. On l'observe dans les plans sous-cutanés ou sous-muqueux de la face, du cou, de la langue, parfois aux maxillaires, plus rarement à la main ou au pied. C'est la forme que M. Schwartz observa chez son dernier malade. Que le diagnostic soit certain ou seulement indécis, on peut, comme il l'a fait, assimiler le nodule suspect à une tumeur et pratiquer son extirpation en bloc avec les téguments. Mais c'est parfois alors faire trop ou trop peu, car on obtiendrait le même résultat au moyen d'une large incision suivie d'un curettage, de pansements à plat, etc.; et d'autre part, on n'est jamais sûr, dans l'extirpation en bloc, de dépasser la limite profonde de l'infiltration mycosique et par conséquent d'obtenir une réunion par première intention, ainsi qu'on le voudrait. Dans ce premier type l'iodure est le complément très utile de l'acte chirurgical; donné isolément, il n'assurerait pas toujours la guérison, quoiqu'on l'ait prétendu.

2° Beaucoup plus souvent, et c'est le type habituel des lésions cervico-faciales, on se trouve en présence du placard gaufré, livide, diffus, qui infiltre à la fois la peau et les plans sous-cutanés, avec des zones ligneuses et fluctuantes alternées, avec des fistules récentes s'ouvrant à côté de trajets anciens en voie d'oblitération spontanée.

Ici le diagnostic, pour un œil prévenu, se fait au seul aspect du malade; il est d'ailleurs facilement confirmé par l'examen des grains jaunes qui manquent rarement. Déjà, dans ces cas, il ne saurait plus être question d'ablation radicale, pas plus que d'une thérapeutique interne exclusive par les produits iodés ou arsenicaux. Ces lésions mixtes, mycosiques primitives et infectieuses surajoutées, relèvent du bistouri, de la curette, du thermo-cautère, des applications et des injections caustiques ou antiseptiques (sublimé, chlorure de zinc, teinture d'iode, iodipine) autant que du traitement médical qui à lui seul se montrerait trop souvent impuissant. Nous avions déjà affirmé, avec de multiples preuves à l'appui, au Congrès pour l'avancement des sciences à Saint-Etienne, en 1897, cette nécessité d'un traitement mixte. Elle vient d'être affirmée de nouveau en 1909 par Maiër (de Prague) lorsqu'il publia les résultats éloignés du traitement de l'actinomycose à la clinique de Wölfler depuis 1895. Mais il est bien entendu que les indications d'une semblable thérapeutique sont soumises aux lois générales qui interdisent aux chirurgiens d'ouvrir inutilement des portes d'entrée aux infections secondaires, surtout aux infections streptococciques, en dilacérant, en contusionnant par des manœuvres trop superficielles, les tissus dont les plans profonds, souvent les plus malades, devraient échapper à son action. De même, chez un tuberculeux, on curette la paroi d'un abcès thoracique, dut-on réséquer le fragment de côte malade, mais on ne va pas de gaieté de cœur inciser une collection froide de l'aine, symptomatique d'un mal de Pott dorso-lombaire en évolution.

3° Ces dernières indications de prudence sont encore plus formelles, dans les actinomycoses viscérales primitives non ulcérées, telles que l'actinomycose du poumon et de la plèvre, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire. Dans ces formes médico-chirurgicales, souvent torpides pendant longtemps, toutes les méthodes d'exploration peuvent et doivent être mises en œuvre pour fixer le diagnostic. C'est là surtout que le sporo-diagnostic de MM. Widal et Abrami trouvera son emploi. Presque tous les cas opérés à ce stade l'ont été jusqu'ici sur des erreurs de diagnostic. Quand ces lésions profondes seront arrivées jusqu'aux plans superficiels, pour s'y ouvrir par des trajets fistuleux d'ordinaire multiples et parfois très éloignés les uns des autres, il est bien évident que le chirurgien devra exceptionnellement, pour ne pas dire jamais, tenter une opération radicale; et d'ordinaire il lui sera interdit de se livrer à des manœuvres aussi vaines qu'aggravantes de drainage, de grattage, de dilacération. MM. Reclus et Letulle ont eu bien raison de condamner, en pareille occurrence, toute intervention intempestive du chirurgien; comme eux, nous avons vu des fistules mycosiques de la plèvre ou du péritoine, incisées et curettées en surface, provoquer des septico-pyohémies actinomycosiques, des foyers infectieux à distance, etc., des métastases dans le cerveau et entraîner la mort. Dans ces formes nous concédons volontiers la première place au traitement ioduré et arsenical, car s'il n'est pas sûrement efficace, il n'offre du moins aucun danger. Quelles que soient les thérapeutiques mises en œuvre, ces actinomycoses viscérales comportent encore une mortalité de 40 à 90 p. 100, en procédant par gravité croissante de l'intestin à l'appareil urinaire, aux voies respiratoires et enfin aux centres nerveux.

En terminant, nous rappellerons qu'ici, comme dans toute infection suivant les agents et suivant les terrains, il est des actinomycoses bénignes et d'autres malignes d'emblée. Notamment parmi les lésions cervico-faciales, habituellement si favorables aux modifications thérapeutiques, il en est qui progressent fatalement, en s'insinuant le long des vaisseaux et des nerfs, jusqu'à la base du crâne dont elles franchissent les orifices pour aboutir à la production de méningite ou de foyers encéphaliques toujours mortels.

Tel est notre bilan thérapeutique dans l'actinomycose. Contre cette redoutable affection, nous avons mis en œuvre depuis quinze ans tous les agents nouveaux qui se présentaient à notre choix avec quelques chances de succès. Nous devons reconnaître que ce sont les méthodes de la première heure qui nous sont restées les plus fidèles. C'est pourquoi nous avons gardé jusqu'ici le silence sur les plus récentes de nos tentatives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1911)

Nouvelle méthode permettant de constater par la radiographie si un enfant, déclaré né mort, a vécu ou n'a réellement pas vécu. — M. Ch. VAILLANT. Dans la séance du 4 mai

1908, l'auteur a montré que chaque fois qu'un enfant a vécu, ses organes abdominaux, estomac et intestins, sont visibles sur le cliché radiographique. Quand il n'a pas vécu aucun organe n'est visible.

Ses conclusions ayant été contestées, M. Vaillant s'est livré à de nouvelles expériences qui confirment ses premières conclusions avec d'autant plus de force qu'il a opéré ses recherches sur des sujets en état de putréfaction.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1911)

L'extension du choléra pendant l'année 1910 et le rôle de l'émigration. — M. CHANTEMESSE, en son nom et au nom de M. BOREL, fait une communication sur ce sujet.

Stérilisation et dessiccation des plantes médicinales. — M. BOURQUELOT lit un travail sur cette question.

A propos du traitement de l'actinomycose humaine. — MM. A. PONCET et L. BÉRARD. (Voir plus haut, p. 181.)

Sur la vaccination antityphoïdique. — M. DELORME considère que dans l'état actuel de la science les conclusions du rapport de la commission de la vaccination antityphoïdique sont *prématurées* et *excessives*. Il se refuse à admettre qu'on puisse se croire autorisé à conseiller aujourd'hui la vaccination antityphoïdique *même facultative* en France, en Algérie-Tunisie et dans les colonies à plus de la *moitié des Français*.

La vaccination antityphoïdique a été appliquée dans trois foyers principaux : dans les colonies anglaises, en particulier aux Indes, pendant la guerre du Transvaal et pendant la campagne allemande des Herreiros. La morbidité et la mortalité typhoïdiques, dans ces divers foyers, étaient telles qu'on a eu recours à la vaccination comme à un moyen suprême, d'application relativement facile, alors que les procédés ordinaires de prophylaxie étaient souvent de réalisation impossible. Devant des nécessités urgentes, on comprend que l'on ait passé outre sur les inconvénients et les imperfections de la méthode, mais dans les pays européens où le danger typhoïdique n'est plus le même, en France notamment où la situation sanitaire va s'améliorant de jour en jour, grâce aux perfectionnements apportés au régime des eaux et de l'hygiène urbaine, est-il nécessaire de s'adresser à un mode de protection aussi peu sûr et aussi imparfait qu'est la vaccination antityphoïdique à l'heure actuelle?

Aucun Etat européen ou étranger ne le pense. Les Anglais et les Allemands eux-mêmes, les protagonistes cependant de la vaccination antityphoïdique, ne songent pas à étendre cette vaccination à la population civile et à l'armée métropolitaine. Pourquoi penserions-nous et agirions-nous autrement?

Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que les modes actuels de vaccination antityphoïdique présentent des inconvénients et des plus sérieux. Ce sont eux, comme le rapporteur le remarque lui-même, qui ont jusqu'ici fait obstacle à son extension.

Le vaccin antityphoïdique n'immunise pas comme le vaccin antivariolique. Il faut pour le premier *trois* ou *quatre* inoculations *dans un mois*, une *revaccination annuelle* et l'*immunisation n'est pas sûre*, même pour un an, et pour tout le monde ; elle n'est acquise que pour la moitié des inoculés.

Pendant un certain temps (phase négative), le sujet inoculé, loin d'être immunisé contre la dothiénentérie, est au contraire tout particulièrement sensibilisé, rendu réceptif pour la maladie et, s'il est atteint, celle-ci est bien plus grave que chez les non inoculés. Le fait suivant est caractéristique à cet égard. Sur 320 hommes vaccinés en période épidémique par Wright 5 contractèrent la fièvre typhoïde et 2 en moururent alors que pas un seul des non inoculés ne prit la maladie.

M. Delorme ne saurait donc partager l'opinion que la vaccination antityphoïdique n'est pas dangereuse.

L'existence de phénomènes locaux et généraux graves : rougeurs diffuses, œdème dur ou érysipélateux, lymphangites, douleurs vives, fièvre intense s'élevant à 38 degrés et même 40 degrés, dans le tiers des cas, vomissements, nausées, palpitations, syncopes, etc., est constamment observée avec les méthodes anglaise de Wright et allemande de Pfeiffer-Kolle, les plus employées, ainsi qu'avec les autres méthodes expérimentées. Seule la méthode des autolysats bacillaires, la dernière venue, mettrait, dit-on, à l'abri de ces réactions, mais est-on autorisé après un si petit nombre de cas observés (17) à engager l'avenir, alors qu'au début de l'application d'autres modes on a eu les mêmes espérances, irréalisées dans la suite. Les réactions douloureuses sont telles que, sur 150 inoculés, 33 ont refusé une seconde inoculation, or il en faut trois ou quatre pour obtenir l'immunisation passagère.

Enfin les contre-indications sont si nombreuses qu'elles semblent devoir limiter singulièrement l'emploi de cette méthode.

La vaccination antityphoïdique doit être interdite dans tous les foyers, non seulement d'épidémicité, mais d'endémicité, c'est-à-dire précisément dans les points où elle serait le plus utile. On ne compte pas les villes grandes et petites où du fait de l'endémicité typhoïdique elle serait inutilisable (Marseille, Toulon, Avignon, etc., etc.).

Les gens de constitution physique médiocre, les gens fatigués, les tuberculeux qui sont légion, les paludéens si nombreux en Algérie notamment, les alcooliques en proportion si grande dans les grandes villes et dans certaines régions, sont au nombre de ceux chez lesquels l'inoculation est contre-indiquée.

Devant ces imperfections notoires (immunisation incomplète, phase négative, phénomènes locaux et généraux, contre-indications nombreuses), M. Delorme ne peut pas accepter les conclusions proposées à l'Académie et il ne croit pas que cette assemblée, conseillère des pouvoirs publics, soit autorisée à recommander l'emploi, *même facultatif*, de méthodes encore aussi peu sûres, aussi imparfaites, aussi entachées d'inconvénients et même de dangers.

Ses conclusions sont les suivantes :

La vaccination antityphoïdique est, à l'heure actuelle, une méthode dont les milieux scientifiques comme les milieux dirigeants ne sauraient se désintéresser.

Malgré les progrès réalisés, elle ne donne pas une immunisation assez sûre, assez complète ; elle n'est pas encore assez dépourvue d'inconvénients (phase négative, accidents locaux et généraux, contre-indications nombreuses), pour qu'on puisse la recommander, même à *titre facultatif*, aussi bien dans le milieu civil que dans l'armée.

M. NETTER fait tout d'abord observer que la commission ne demande pas que la vaccination antityphoïdique soit obligatoire. M. Delorme montre la fièvre typhoïde comme une maladie en décroissance. C'est là une erreur. En particulier, dans la dernière expédition en Tunisie, la morbidité et la mortalité typhoïdiques ont été très considérables. Avons-nous un moyen de diminuer cette morbidité et cette mortalité? M. Netter apporte des documents qui prouvent, d'une façon incontestable, l'action bienfaisante de la vaccination antityphoïdique. La méthode a été perfectionnée et ne présente plus les inconvénients ni les dangers de la première heure.

Ces documents sont de deux ordres : ils sont puisés dans l'armée indienne elle-même et dans l'armée britannique aux Indes. Dans ces armées, il y eut, en 1909, 33917 soldats inoculés et 33370 non inoculés. Il y eut 96 décès par fièvre typhoïde chez les seconds et 6 cas légers de fièvre typhoïde seulement chez les premiers.

M. Delorme a parlé des différentes nations qui n'ont pas jugé à propos de recourir à la vaccination antityphoïdique.

Mais il n'a pas parlé des États-Unis d'Amérique qui ont employé cette vaccination. Dès la fin de 1908, les médecins militaires ont commencé par s'inoculer eux-mêmes, eux et leurs familles. Leur exemple a été suivi par les troupes. Sur 1987 militaires inoculés, il n'y a eu qu'un seul cas de fièvre typhoïde, tandis qu'il y a eu 150 cas dans la portion de l'armée non inoculée. Pour 1910, on est arrivé au chiffre de 14 286 inoculés, ce qui représente le cinquième du total de l'effectif militaire. Sur ce nombre d'inoculés, il y eut 6 cas de fièvre typhoïde sans un décès. Sur les 60 000 non inoculés, il y eut 418 cas avec 32 décès.

Une compagnie du génie part en manœuvres : 92 soldats de cette compagnie sont inoculés, 24 ne le sont pas. Il n'y eut pas un seul cas de fièvre typhoïde chez les premiers, il y eut six cas chez les autres. Ces faits méritent vraiment l'attention.

En Amérique, on a inoculé le personnel infirmier des hôpitaux civils. Dans ce personnel, il y avait tous les ans deux ou trois cas de fièvre typhoïde. Depuis les inoculations, il n'y en eut pas un seul. Il est donc hors de doute que, du fait des inoculations, il y eut une diminution très notable de la morbidité et de la mortalité typhoïdiques.

La vaccination présente-t-elle les dangers qu'a rappelés M. Delorme? Depuis que la méthode a été perfectionnée, les accidents locaux et généraux ont été très atténués et sont devenus très rares et, actuellement, les sujets inoculés une première fois se prêtent très volontiers à une seconde et à une troisième inoculation.

La conclusion à tirer de ces faits, dit en terminant M. Netter, s'impose.

M. Chantemesse a eu entre les mains les mêmes documents dont vient de parler M. Netter et confirme ses conclusions.

— La discussion se poursuivra dans les prochaines séances.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1911)

Anaphylaxie alimentaire lactée. — MM. Guy Laroche, Ch. Richet fils et F. Saint-Girons ont étudié chez le cobaye l'anaphylaxie alimentaire au lait de vache.

Leurs expériences ont démontré que le lait en *ingestion* pouvait provoquer l'état anaphylactique. Bien qu'il se développe également à la suite d'ingestion de lait bouilli, il est à la fois plus fréquent et plus précoce avec le lait cru.

Granulations leucocytaires en milieu hypotonique. — MM. Achard et Feuillié ont étudié les altérations artificielles que subissent les globules blancs dans un milieu composé d'un mélange de sérum normal ou de sérosité d'ascite et de solution saline hypotonique. Les polynucléaires, dont le noyau ne forme plus qu'une masse unique, montrent souvent des granulations acidophiles. Les lymphocytes deviennent granuleux et les granulations dont est bourré le protoplasma sont le plus souvent neutrophiles, assez souvent acidophiles, beaucoup plus rarement basophiles.

Ces transformations granuleuses se voient aussi bien dans les globules blancs du sang que dans ceux des sérosités.

Ainsi, une action physique relativement simple peut opérer dans les leucocytes des modifications morphologiques analogues à celles qui servent de base à la distinction des différents types de ces éléments.

Sur la réalité de l'anaphylaxie par les voies digestives. Rôle de l'acidité chlorhydrique, du suc gastrique et du suc pancréatique. — MM. Edmond Lesné et Lucien Dreyfus. Un grand nombre d'accidents toxiques observés en clinique après ingestion de substances albuminoïdes (œufs, laits, moules, fraises, etc.) sont considérés comme des phénomènes d'anaphylaxie d'origine alimentaire. Expérimentalement, en injectant dans l'estomac ou dans l'intestin grêle de l'actinocongestive chez le chien ou du blanc d'œuf chez le lapin, on n'obtient pas d'anaphylaxie à la suite d'une injection d'épreuve dans les veines. On anaphylactise au contraire parfaitement les animaux par injection dans un segment quelconque du gros intestin. L'adjonction de suc gastrique ou d'acide chlorhydrique à la substance anaphylactisante, qu'il s'agisse de l'injection première ou de l'injection d'épreuve, n'empêche pas la production des phénomènes anaphylactiques. Par contre, et c'est là un fait très important, il suffit de faire agir soit de la pepsine, soit de la pancréatine sur l'albumine de l'injection d'épreuve pour que celle-ci ne soit plus capable de produire l'anaphylaxie. Les mêmes ferments agissant sur l'actinocongestive atténuent d'une façon remarquable, sans toutefois les faire disparaître complètement, les accidents anaphylactiques de l'injection d'épreuve. Cela tient à une transformation incomplète des toxalbumines. En somme les auteurs pensent que la non anaphylaxie par les voies digestives est due aux transformations subies par les substances albuminoïdes au contact de la pepsine et des ferments pancréatiques.

Réaction des syphilitiques aux injections sous-cutanées de tuberculine. — MM. Nicolas, Favre, Augagneur et Charlet (de Lyon) démontrent que les syphilitiques non tuberculeux en phase d'infection évoluante et généralisée, secondaire, tertiaire et quaternaire, présentent à la suite de l'injection sous-cutanée de 1/10 de milligramme de tuberculine des réactions thermiques aussi fréquentes et aussi élevées que les tuberculeux avérés. Donc, la sous-cutiréaction à la tuberculine, pas plus que la cutiréaction, ni que l'intradermo-réaction, ni que l'examen histologique, comme ces auteurs l'ont démontré antérieurement, ne peuvent servir à trancher en faveur de la tuberculose un diagnostic hésitant entre syphilis et tuberculose.

Election. — M. Branca est nommé membre titulaire de la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1911)

Fièvre de Malte (suite de la discussion). — M. Niclot estime que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic de fièvre de Malte peut être fait avec les simples ressources de la clinique. Ce n'est que dans les cas douteux que l'on devra s'adresser à la bactériologie.

La séroréaction de Wright étant encore quelque peu imprécise, mieux vaudra, peut-être, rechercher les signes positifs des affections susceptibles de présenter des analogies cliniques avec la fièvre de Malte : recherche des hématozoaires pour le paludisme, hémoculture pour la fièvre typhoïde, etc.

M. Colnenne a observé, en 1884, une forte épidémie de fièvre de Malte à Sfax. Les complications furent fréquentes. Parmi les principales, il a noté l'avortement, l'orchite, la parotidite, des épistaxis graves et surtout des névralgies et des douleurs musculaires et articulaires.

Dans la garnison forte de 800 hommes, cette épidémie qui sévissait également dans la population civile, détermina trois décès.

M. Laplanche craint qu'on ait par trop exagéré la fréquence de la fièvre de Malte dans le bassin de la Méditerranée. Pendant un séjour de quatre ans qu'il a fait en Crète, il n'a pas observé un seul cas de fièvre de Malte. Il pense qu'on est amené à confondre la fièvre de Malte vraie, qui possède une physionomie clinique tout à fait caractéristique, avec les fièvres continues d'ordre indéterminé qui sont excessivement fréquentes sur tout le littoral méditerranéen. Les médecins anglais qui connaissent très bien la fièvre de Malte la considèrent comme une affection relativement rare. Dans l'île de

Malte même, depuis que le lait de chèvre n'est plus consommé que bouilli, elle a presque disparu; par contre, les fièvres continues simples, les pyrexies de nature indécise n'ont pas diminué de fréquence; en 1907, à Malte, il y eut 60 cas de fièvre de Malte, 58 de fièvre typhoïde et 548 de « fièvre continue simple ». On s'est le plus souvent basé pour affirmer le diagnostic de fièvre de Malte sur la seule séroréaction de Wright. L'auteur croit que c'est s'exposer à des erreurs; Wright lui-même ne l'a jamais tenue pour spécifique, et de nombreuses publications récentes ont montré que le sérum des malades atteints des affections les plus variées : fièvre typhoïde, paludisme, typhus exanthématique, tuberculose, etc., était susceptible d'agglutiner le micrococcus melitensis.

Aussi l'auteur conclut-il qu'il y a lieu de faire les plus expresses réserves sur la soi-disant fréquence de la fièvre de Malte dans le bassin méditerranéen. Celle-ci est une entité morbide bien définie. Il ne faut pas classer sous la même rubrique les pyrexies diverses de nature encore peu connue.

Traitement mécanothérapique des ankyloses fibreuses du genou consécutives à une arthrite blennorragique. — M. Vennin pense que la mécanothérapie peut réussir à restaurer intégralement les mouvements du genou dans les cas où l'affection est récente; mais dans les cas anciens, la mécanothérapie, comme tout autre traitement, sauf l'intervention chirurgicale, aboutira à un échec fatal.

Il cite un certain nombre d'observations à l'appui.

Observations de bilharziose dans l'armée en Tunisie. — M. Conor a eu l'occasion de traiter quatre malades atteints de cette affection, dont peu de cas ont encore été publiés. Chez trois d'entre eux la bilharziose était exclusivement vésicale; chez un autre elle était à la fois vésicale et rectale et se traduisait par des hématuries et des selles non diarrhéiques sanguinolentes. Le diagnostic fut confirmé par la constatation des œufs caractéristiques de Schistosomum.

Il pense que l'infection se fait par voie cutanée; les piscines thermales du Sud tunisien, très fréquentées par les indigènes, constituent de véritables réservoirs de parasites. L'embryon cilié, à la faveur du ramollissement de la peau par l'eau chaude, pénètre à travers elle et infecte l'organisme.

VARIÉTÉS

LA PESTE EN MANDCHOURIE

L'épidémie de peste, qui sévit en Mandchourie et sur laquelle les journaux nous apportent quotidiennement des nouvelles alarmantes, semble en effet devoir être très grave, et menace même de gagner l'intérieur du Céleste-Empire. Quelques cas ont déjà été signalés à Péking.

La gravité de cette épidémie provient de ce qu'elle revêt la forme pulmonaire et non le type classique de la peste bubonique.

Au point de vue clinique (1) le début de la pneumonie pesteuse est brusque, avec frisson, fièvre, point de côté, puis troubles de l'état général. Le thermomètre s'élève rapidement à 40 degrés, le pouls bat à 120-130, la respiration est peu accélérée et il n'y a pas de dyspnée intense. Bientôt survient une toux légère qui amène l'expulsion d'un crachat séro-muqueux, puis rosé, mais qui n'est ni rouillé ni adhérent; ce n'est donc pas un vrai crachat de pneumonie. La percussion révèle de la submatité ou de la matité à l'une des bases ou aux deux, où l'on perçoit par l'auscultation des râles crépitants fins. La caractéristique de l'affection consiste dans la disproportion manifeste entre la petitesse du foyer et la gravité de l'état général. Le poumon s'infiltre rapidement et la mort survient en quatre ou cinq jours.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1899, nos 108 et 111.

Dans l'épidémie actuelle la marche de l'affection semble être encore plus rapide puisqu'à Moukden, sur 151 cas signalés, 92 ont eu une issue fatale dans les vingt-quatre heures

La maladie, qui se transmet par la voie aérienne aussi bien que par contact avec les déjections des malades, à ce que dit le docteur Chabaneix, professeur français au collège impérial de médecine de Tien-Tsin, est réfractaire au traitement par le sérum antipesteux de Yersin et par la lymphe de Haffkine. Pour enrayer la marche envahissante du fléau le mieux est d'incinérer les morts, et de vacciner préventivement les personnes appelées à être en contact avec les malades. Les cordons sanitaires et les mesures rigoureuses d'assainissement peuvent avoir aussi une influence favorable, mais que peut-on espérer d'un pays où l'on peut voir les faits suivants, rapportés par le *Novaïa Jizu*, et constatés à Foudziadian par plusieurs personnes ?

« Dans la première rue, à sept ou huit pas devant notre voiture, nous apercevons sept cadavres de Chinois, autour desquels faisaient cercle trente ou quarante badauds — également Chinois. Cinq pas plus loin, de chaque côté de la rue, deux cadavres gisaient encore dans le ruisseau. Sortant de ce cercle de mort, nous apercevons le tableau suivant. Un Chinois, qui vend des noisettes et des graines de lotus, agonise devant son éventaire ; sa marchandise est éclaboussée par ses vomissements ; un instant après il rend le dernier soupir. Et de nos yeux, nous voyons les Chinois qui ramassent les graines de lotus et se mettent tranquillement à les manger. Quelques-uns en bourrent leurs poches.

D'une échope voisine, nous voyons des gens sortir un moribond et le jeter à la rue. Un agent de police chinois, à qui nous demandons pourquoi on ne prend pas de mesures, nous dit que cela ne le regarde pas. Arrivés au bord du fleuve (le Soungari), nous voyons encore deux cadavres entièrement nus et un troisième à demi vêtu. Deux chiens dévorent la tête, et des oiseaux becquètent ce qu'ils peuvent attraper.

Le spectacle était tellement horrible que presque toutes les dames qui nous accompagnaient s'évanouirent. En continuant notre route vers l'embarcadère du vapeur, nous comptons dix-huit tombes creusées dans les buissons. Nous avions rencontré en tout trente-six cadavres. Quand nous nous embarquâmes sur le vapeur, le mécanicien chinois nous dit qu'il mourait chaque jour de cent cinquante à deux cents personnes et que maintenant le fléau n'atteignait plus seulement les gens misérables, mais aussi les commerçants et les fonctionnaires.

Au bord d'une petite île située en face du moulin de Drizin, nous avons vu des chiens traînant un cadavre chinois, dont il ne restait que la tête et la partie supérieure du tronc. De l'autre côté de l'île, nous avons vu un cercueil ouvert dans lequel se trouvait un cadavre défiguré.

Sur un autre point de la même île, nous avons vu encore un cadavre que dévorait un chien.

Quand arrivera le dégel, le fleuve entraînera ces misérables restes dans l'Amour. »

En présence de ces horreurs nous ne pouvons qu'adresser à nos courageux confrères qui luttent contre le fléau, et cela à quelque nationalité qu'ils appartiennent, le tribut de notre sympathie et de notre admiration. G.-L'H.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

DÉFINITION. — Le kyste hydatique du foie est le résultat du développement, dans le parenchyme hépatique, de l'embryon d'un cestode très répandu, le *tænia echinococcus* : à l'état adulte ce ténia vit habituellement dans l'intestin du chien; la contamination se fait par les œufs ingérés par l'homme, soit que le chien expulse directement ces œufs avec ses excréments dans de l'eau ou sur des légumes, soit que cette contamination se réalise directement par la langue du chien.

MM. Gilbert et Lereboullet pensent en outre, que le kyste hydatique coexiste fréquemment avec d'autres affections hépatiques développées communément sur le terrain de la cholémie familiale : cirrhose biliaire, alcoolique, lithiase biliaire, cancer du foie.

La découverte des procédés *biologiques* nouveaux, permettant d'arriver à un diagnostic à peu près certain, les discussions récentes de la *Société de chirurgie* concernant la *fréquence des kystes hydatiques multiples*, ainsi que l'opportunité de tel ou tel *traitement*, ont donné à cette question un intérêt tout spécial.

Nous exposerons, aussi schématiquement que possible tout en restant essentiellement clinique, les divers aspects sous lesquels le kyste hydatique du foie peut se révéler; nous montrerons, pour chacune des variétés rencontrées, l'évolution différente, s'expliquant par le siège du kyste, sa rupture, suivant qu'il est ou non suppuré; nous discuterons, à propos de chacune de ces variétés, les différents diagnostics à envisager; puis, dans un chapitre d'ensemble, nous étudierons les nouveaux procédés par lesquels on peut parvenir au diagnostic. Enfin nous insisterons quelque peu sur le traitement.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous n'aurons en vue dans cette étude que les kystes hydatiques, parvenant à un développement suffisant pour présenter des symptômes physiques assez nets, et nullement ces petits kystes alvéolaires, trouvaille d'autopsie le plus souvent, dus au ténia echinococcus alveolaris, se caractérisant quelques fois par de l'hépatomégalie irrégulière, de l'ictère et de l'ascite.

Phase prodromique. — *Petits signes.* Le peu d'altération des tissus entourant un kyste du foie, explique le contraste entre le développement progressif de la tumeur et le peu d'importance des signes fonctionnels et généraux.

Néanmoins M. le professeur Dieulafoy insiste sur toute une série de symptômes qui accompagnent cette période initiale :

a. *Douleur de l'épaule droite* et de l'omoplate, celle-ci surtout fréquente dans les kystes se rapprochant de la face supérieure du foie;

b. *Apparition d'une urticaire*, se présentant sous la forme d'éruptions ortiées, se répétant plusieurs fois;

c. *Dégoût des matières grasses*, s'accompagnant de régurgitations, sans nausées, sans efforts; dans les régurgitations, l'on peut parfois constater l'existence de gouttelettes huileuses, simulant *les yeux du bouillon*;

d. *Fréquence des pleurésies secondaires*, sèches ou avec épanchement, même lorsqu'il ne s'agit pas d'un kyste encore volumineux, capable d'irriter directement la plèvre.

e. *Les épistaxis*, les sensations de tiraillement, de pesanteur au creux épigastrique, la *diarrhée*, pendant ou après le repas (Bouilly), sont également des symptômes de cette première période de l'évolution du kyste. Si le médecin est consulté, ce qui est rare d'ailleurs, pour l'un quelconque de ces symptômes, il sera en droit de discuter l'hypothèse plausible d'un kyste hydatique et d'essayer de la vérifier en s'adressant aux procédés de laboratoire que nous décrirons plus loin; mais le plus souvent le malade vient consulter parce que son ventre *grossit* ou parce qu'il s'est découvert une *tuméfaction* à l'hypocondre droit, c'est dire que la TUMEUR est le signe capital de cette affection.

Période d'état : signes physiques. — L'aspect physique varie avec le siège de la tumeur; nous allons décrire successivement un kyste central, un kyste à développement chondro-abdominal, un kyste à développement thoracique, un kyste abdominal; pour chacune de ces variétés nous envisagerons l'évolution spéciale du kyste et les différents diagnostics à discuter.

I. KYSTE CENTRAL. — Nous serons brefs sur cette forme spéciale; le refoulement du parenchyme détermine une *hypertrophie* diffuse et régulière du foie ou d'un de ses lobes, généralement le droit, et tant que le kyste reste parfaitement central, le tableau clinique est uniquement celui du GROS FOIE, *sans ictère*; l'on peut croire qu'il s'agit d'une cirrhose hypertrophique alcoolique, d'une cirrhose tuberculeuse, d'un foie cardiaque, leucocythémique, paludéen, syphilitique. Ce kyste en se développant peut venir faire saillie à la superficie de l'organe et dans ce cas alors son étude clinique se rapproche des formes que nous allons étudier; il peut, tout en restant central, suppurer et déterminer ainsi la production d'un volumineux abcès du foie, avec tous les signes classiques des suppurations hépatiques; il peut enfin aboutir à la *cachexie hydatique*.

Le diagnostic étiologique de l'hypertrophie du foie observée ne peut être fait que par élimination des autres causes des gros foies, et par la mise en œuvre des nouveaux procédés de laboratoire; on doit s'abstenir de toute ponction exploratrice.

II. KYSTE DE LA RÉGION CONVEXE DU FOIE. — Deux cas sont à envisager : ou bien le kyste se développe franchement en avant, déterminant une voussure épigastrique, ou bien il se développe à la partie supérieure du foie, refoulant le diaphragme, d'où deux variétés : *kyste à développement chondro-abdominal, kyste à développement thoracique*; dans le premier cas, on constate à la surface du foie une tumeur régulière, lisse, rénitente, non fluctuante, indolente, mate à la percussion; c'est dans cette forme que l'on peut obtenir, par une percussion appropriée, le FRÉMISSEMENT HYDATIQUE décrit par Blatin, symptôme dont la pathogénie est assez obscure, mais qui paraît nécessiter, pour se produire, la présence de nombreuses vésicules filles dans le kyste; si le foie dépasse le rebord costal, on peut constater le *retentissement hydatique sonore* décrit par Santini; c'est un bruit musical que fait percevoir l'auscultation combinée à la percussion.

Lorsque le kyste naît de la face supérieure du foie (*kyste à développement thoracique*) il refoule le diaphragme, envahit le thorax parfois jusqu'à la deuxième côte. Si le kyste est petit, ni la percussion ni l'auscultation ne pourront en révéler la présence, et seul l'examen radioscopique pourra permettre ce diagnostic; mais s'il s'agit d'un *kyste très développé*, l'hémithorax droit est presque totalement envahi, et dès lors apparaissent des signes très analogues à ceux des grands épanchements *pleurétiques droits*; il est classique de signaler comme signes distinctifs les caractères suivants : dans le kyste, l'*obliquité naturelle* des côtes diminue au lieu de s'exagérer, comme dans la pleurésie; la *courbe de Damoiseau* revêt la forme d'une courbe à convexité supérieure dont le sommet répond à la ligne axillaire; enfin, pour Hanot, un kyste, même volumineux, ne s'accompagne pas en général d'un *abaissement* notable du foie. D'ailleurs une pleurésie coexistant souvent avec ce kyste il s'ensuit une difficulté extrême du diagnostic positif de cette variété de kyste. C'est pourquoi nous croyons devoir insister sur quelques signes importants récemment décrits par M. le professeur Chauffard, et dont la recherche devra toujours être tentée : ce sont le *flot transthoracique*, le flot *transabdomino-thoracique*, le *ballottement sus-hépatique*. *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Fonction sexuelle, par H. BUSQUET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. In-18 jésus, cartonné toile, de 300 pages, avec 15 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Vaccinothérapie, par Emm. POZZI-ESCOT. (Collection : « Les Actualités chimiques et biologiques », t. XIII.) In-16 avec figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 4 FÉVRIER 1911. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 1er février. — Question donnée : « Le muscle grand oblique de l'abdomen et l'arcade crurale. Signes et évolution du goitre exophtalmique. »

MM. Chichmanian, 14 + 16 = 30; Tzanck, 15 + 21 = 36; Galop, 15 + 16 = 31; Françon, 17 + 23 = 40; Ribo, 15 + 16 = 31; Quénu, 17 + 25 = 42; Michel, 13 + 19 = 32; Duval, 12 + 18 = 30; Ducastaing, 17 + 21 = 38; Butin, 14 + 21 = 35; Héricourt, 14 + 22 = 36.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BOURSES. — Un arrêté ministériel en date du 26 janvier 1911 fixe ainsi les conditions nécessaires pour obtenir les bourses :

« Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat ;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat. »

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 30 janvier 1911, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe pour prendre rang du 1er février 1911, et ont été maintenus à leurs postes actuels.

MM. Collignon, Maisonnet, de Lagoanère, Surin, Fidon, Pernod, Baur, Roudouly, Demerliac, Théobalt, Duband, Abel, Rivay, Hauvuy, Salinier, Bressot, Poulhès, Chéneby, Hirtzmann, Rollin, Beaufort, Pradourat, Peltier, Pellissier, Lafforgue, Gallès, Avril, de Brisson de Laroche, Brizon, Le Mansois-Duprey, Jullian, Grenot, Doniol, Allenet, Xambeu, Tartavez, Merlat, Xémard, Roux, Wateau, Vendeuvre, Péré, Malgat, Schangel, Minguet, Druard, Pellet, Delorme, Clot, de Labonnefon, Prat, Chanoine, Belbèze, Bornecque, Tricolet et Godar.

— Par décret en date du 30 janvier 1911, les élèves de l'école du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, les docteurs en médecine directement admis après concours à l'école d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 15 janvier 1911 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe, élève à l'école d'application du service de santé militaire.

MM. Abécassis, Accolas, Achard, Albaret, Ballet, Bernard, Birat, Blondel, Bonjean, Brusset, Buisson, Camo-Seine, Chappet, dont la démission de médecin aide-major de deuxième classe de réserve est acceptée; Chapuis, Chauvin, Chenelot, Coïc, Collilieux, Delpy, Drouet, Dubois, Fauqué, Frilet, Gabrielle, Galey, Georges, Gosswiller, Gourdon, Guibert, Guillaume, Guilmain, Jourdan, Lacaze, Laffont, Landret, du Laurens de la Barre, Le Landais, Longuet, Maire, Maix, Maniel, Marc, Marty, Mathiot, Maux, Mireaux, Mouzels, Muller, Mulot, Nain, Naudet, Ollé, Raymondaud, Razou, Remy, Risser, Robert, Roshem, Rottier, Russo, Sarrazin, Sarlnier, Schneider, Séry, Talpin, Touranjon, Tronyo, Vermelin, Vignol et Violet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRIX A DÉCERNER EN 1911. — *Prix Marjolin-Duval.* — Annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1911.

Prix Laborie. — Annuel (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail, inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Dubreuil. — Annuel (400 francs). — Prix destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord. — Bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Demarquay. — Bisannuel (700 francs). — Sujet à

RENSEIGNEMENTS

traiter : De la transplantation ou anastomose des nerfs, manuel opératoire et résultat.

Prix Gerdy. — Bisannuel (2.000 francs). — Sujet à traiter : De la sporotrichose au point de vue chirurgical.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er novembre 1911.

L'INSTITUT DE MÉDECINE POUR FEMMES DE KHARKOFF sera inauguré le 12 février 1911, à une heure précise.

L'idée de l'enseignement supérieur des sciences médicales aux femmes revient à la Société de médecine de Kharkoff (Russie). En 1910 cette Société fondée en 1861 réussit à réaliser cette idée à Kharkoff.

Près de 400 étudiantes en médecine ayant fait des démarches auprès de la Société pour obtenir la fondation d'une école de médecine bien organisée à Kharkoff, la Société de médecine le 8-21 mai 1910 prit la décision de fonder « l'Ecole supérieure de médecine pour femmes », qui ultérieurement fut nommée « Institut de médecine pour femmes ».

Au mois d'août l'Institut vit le jour. Depuis le 1-14 novembre 1910 les cours théoriques et pratiques (1er, 3e et 5e semestres) ont été inaugurés, 977 étudiantes sont immatriculées à l'heure qu'il est.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro d'*Æsculape*, revue mensuelle illustrée publiée par l'éditeur A. Rouzaud.

Dans le format de l'*Illustration* et éditée avec un grand luxe la nouvelle revue aura sûrement un grand succès que nous sommes heureux de lui souhaiter.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quatrième semaine, 1183 décès, au lieu de 1188 pendant la semaine précédente et au lieu de 1046, moyenne ordinaire de la saison.

On signale de nombreux cas de grippe. Les maladies de l'appareil respiratoire (surtout la pneumonie et la congestion pulmonaire) continuent à être fréquentes.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 308 décès, au lieu de 292 pendant la semaine précédente, et au lieu de 209, moyenne ordinaire de la saison.

On a noté 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (4 cas nouveaux ont été signalés par les médecins).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Grangé (d'Ay).

LE DIAGNOSTIC DE LA MORT RÉELLE. — Le docteur Icard (de Marseille) qui, depuis de longues années, s'est attaché à trouver un moyen certain de diagnostic de la mort réelle (1) vient de proposer le procédé suivant que rapporte le *Sud médical*. L'auteur est parti du principe suivant : si la mort est réelle, la circulation sanguine est abolie, et un liquide injecté sous la peau restera sur place. Au contraire, si la mort n'est qu'apparente, la circulation, bien que faible, très ralentie, persiste néanmoins et alors le même liquide injecté dans les muscles circulera dans l'organisme et se révélera dans une région assez éloignée de celle où il a été injecté. M. Icard emploie à cet effet un liquide très colorant, la fluorescine ammoniacale. On injecte 2 centimètres cubes dans les veines ou bien 24 centimètres cubes dans les muscles fessiers. Quelques minutes après l'injection, la peau et les muqueuses se colorent en vert et simulent la jaunisse.

L'œil prend aussitôt (vingt minutes après) une coloration verte très intense, « on dirait qu'une émeraude a été enchâssée dans l'œil », selon l'expression de l'auteur. Cette réaction sur les téguments se produit, en cas de mort apparente, entre la vingtième minute et la deuxième heure après l'injection. C'est dire qu'on peut être rapidement renseigné. Il faut ajouter que cette solution de fluorescine n'est nullement toxique.

(1) S. Icard. *La Mort réelle et apparente*, in-12, Paris, Alcan, 1897 ; analysé in *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 931 ; — *Le Signe de la mort réelle en l'absence du médecin*, in-8, Paris, Maloine, 1907 ; analysé in *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 1386.

HOPITAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Programme des conférences publiques et gratuites qui auront lieu à l'hôpital « Accidents du travail » (à cinq heures du soir), 136, rue Championnet.

Mardi 7 février. — M. le docteur Paul Redard : Les accidents du travail et la tuberculose chirurgicale.

Vendredi 17 février. — M. le docteur Just Lucas-Championnière : Les brûlures au point de vue des accidents du travail.

Mardi 21 février. — M. le docteur Terson : Les corps étrangers méconnus dans l'œil et ses annexes.

Samedi 25 février. — M. le docteur Raymond Petit : Les accidents du travail et les abcès des os.

Vendredi 3 mars. — M. le docteur Martha : Des traumatismes bienfaisants.

Jeudi 9 mars. — M. le docteur Miramond de Laroquette : Le surchauffage lumineux dans les accidents du travail.

Jeudi 16 mars. — M. le docteur Terrien : Cataractes traumatiques.

Jeudi 23 mars. — M. le docteur O. Lenoir : Syphilis et traumatisme.

Mardi 28 mars. — Me Tourey-Piallat, docteur en droit : Les incapacités inappréciables et l'accoutumance.

Vendredi 31 mars. — M. le docteur Œttinger : Ulcères de l'estomac consécutifs aux traumatismes externes.

Mercredi 5 avril. — M. le docteur Dagron : Massothérapie dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Lundi 10 avril. — M. le docteur Govin : La puériculture en général.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 FÉVRIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Segond, Mauclaire et Grégoire ; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Branca.

1er (oral) : MM. Nicolas, Aug. Broca et Mulon.

2e : MM. Gautier, Macaigne et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie) : MM. Hartmann, Retterer et Guéniot ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Quénu, Lecène et Lenormant ; — (2e série) : MM. Auvray, Rouvière et Chevassu.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Demelin et Morestin ; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Retterer et Terrien ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hutinel, Claude et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Gilbert, Carnot et Rathery ; — M. Gougerot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Tiffeneau, suppléant.

Mercredi 15 février, à une heure. — 2e : MM. Gariel, Mulon et Jean Camus.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, André Jousset et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Laignel-Lavastine ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Proust ; — (2e série) : MM. Aug. Broca, Mauclaire et Ombrédanne.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pierre Marie, Marcel Labbé et A. Léri ; — (2e série) : MM. Widal, Sicard et L. Bernard ; — M. Tiffeneau, suppléant.

Jeudi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Pozzi, Lecène et Rouvière ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Grégoire et Okinczyc.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Balthazard et Nicloux.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DES TROUBLES OCULAIRES
AU COURS DE L'ALBUMINURIE GRAVIDIQUE

Par M. R. BURNIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Au cours de l'albuminurie gravidique, on peut observer divers troubles oculaires : les uns soudains dans leur apparition, allant jusqu'à la cécité, mais plus ou moins fugaces ne s'accompagnent d'aucune lésion marquée du fond de l'œil : c'est *l'amaurose albuminurique*. Les autres progressifs, moins intenses, mais plus durables, parce qu'ils possèdent un substratum anatomique, une lésion organique visible à l'ophtalmoscope, constituent la *rétinite* et la *névrite albuminuriques*.

I

Amaurose albuminurique. — On décrit d'une façon générale sous le nom d'amaurose, la perte totale de la vision ; mais on réserve ordinairement cette appellation aux yeux qui ne présentent aucune lésion décelable à l'ophtalmoscope. Avant la découverte d'Helmoltz, tous les troubles visuels survenant au cours de l'albuminurie gravidique, étaient étiquetés amaurose ; et même depuis 1855, de nombreuses observations ont été publiées sous le nom d'amaurose urémique, d'amaurose éclamptique au cours de la grossesse, sans qu'il ait été fait le moindre examen ophtalmoscopique. On conçoit que nous ne puissions actuellement faire état de ces documents qui ne font que consacrer et perpétuer des erreurs d'interprétation.

Aussi les observations d'amaurose sont-elles beaucoup plus rares que celles de rétinite albuminurique (51 cas d'amaurose pour 154 cas de rétinites).

Beaucoup de ces cas d'amaurose fugace et passagère passent inaperçus au cours de l'éclampsie, ou ne sont pas vérifiés à l'ophtalmoscope, tandis que la rétinite albuminurique plus durable est plus facilement constatée.

Quoi qu'il en soit nous donnerons au mot amaurose son sens restreint. Ce sera, comme on l'a dit, l'état où la malade ne voit rien, et où le médecin ne voit rien non plus.

L'amaurose albuminurique survient le plus souvent chez les primipares (22 primipares pour 14 multipares). C'est ordinairement à la fin de la grossesse qu'elle apparaît, soit avant, soit pendant, soit après l'accouchement, parfois un mois après celui-ci (Herringham).

Les rapports avec la crise d'éclampsie sont des plus variables. Tantôt l'amaurose apparaît isolément sans aucune convulsion : elle peut être alors considérée comme une manifestation de l'éclampsie : c'est une variété d'*éclampsie sans crise*. Tantôt l'amaurose survient un peu avant la crise, précédant de peu celle-ci : c'est alors un véritable signal d'alarme. Tantôt enfin l'amaurose s'installe à la fin de la crise ; quand la malade sort de sa torpeur, tout est sombre autour d'elle.

Le mode d'apparition de l'amaurose albuminurique est également très variable. La malade peut devenir aveugle en l'espace de quelques minutes, et ses deux yeux sont toujours atteints avec une égale intensité ; c'est un fait sur lequel il est important d'insister au point de vue du diagnostic différentiel avec la rétinite albuminurique. Dans d'autres cas au contraire, l'amaurose est précédée pendant quelques jours d'obnubilation passagère, et surtout de troubles de l'accommodation. La malade éprouve une difficulté inaccoutumée à lire, à enfiler une aiguille ; cette parésie accommodative sur laquelle a insisté Sourdille, doit attirer l'attention sur l'imminence de la crise éclamptique.

A la suite de cette amblyopie progressive, l'amaurose devient complète au bout d'un temps qui varie de quelques heures à un jour. La perception lumineuse ou quantitative peut persister. Dans d'autres cas, la cécité est absolue. Il est quelquefois difficile, si la malade présente des phénomènes cérébraux, de se rendre compte de la perception lumineuse (Babinski). Il se peut aussi que la cécité n'atteigne qu'une des formes du langage visuel et Jocqs a cité un cas d'éclampsie où les troubles visuels affectaient le type de la cécité verbale.

L'amaurose s'accompagne le plus souvent des autres signes de la toxémie gravidique : céphalée, vomissements, troubles gastriques, etc. Les urines sont rares, hautes en couleur, souvent riches en albumine, pauvres en urée ; parfois même dans les cas graves, l'anurie est complète. Dans certains cas, l'albumine peut faire défaut : mais alors on rencontre les autres signes de la toxémie gravidique, indiquant nettement que l'amaurose dite albuminurique est fonction de la toxémie gravidique et non pas de l'albuminurie.

L'aspect extérieur des yeux n'est pas sensiblement modifié.

Les pupilles offrent ordinairement un diamètre normal, ou sont légèrement dilatées. Elles peuvent réagir normalement à la lumière (12 fois sur 20 cas). Dans certains cas d'amaurose absolue, on peut observer du myosis. Parfois les pupilles sont fixes et dilatées (8 fois sur 20). La conservation du réflexe pupillaire est d'un pronostic favorable. Mais, il ne faudrait pas croire que les cas d'amaurose avec réflexe aboli soient voués à une cécité ultérieure.

Le fond de l'œil est normal ; c'est ce qui fait la caractéristique de l'amaurose au point de vue ophtalmoscopique. On a bien signalé, mais dans des cas exceptionnels, un léger œdème papillaire. Ce fait viendrait confirmer la théorie mécanique de Traube, sur l'hypertension cérébrale.

Dans des cas très rares, on a constaté des hémorragies rétiniennes. Ces hémorragies peuvent tenir à la rupture des vaisseaux rétiniens sous la poussée hypertensive au cours de l'éclampsie.

On observe parfois la coexistence d'une rétinite albuminurique. Mais les deux affections n'ont aucun

rapport direct ; chacune évolue pour son propre compte ; ce sont deux manifestations différentes de la toxémie gravidique ; l'une est fugitive : l'amaurose ; l'autre est plus tenace : la rétinite ; et cette dernière persiste encore alors que l'amaurose est disparue.

La durée de l'amaurose, d'une façon générale, est en effet courte. Dans les cas bénins, au bout de quelques minutes, au bout de quelques heures, la vision est souvent revenue à la normale. Dans les cas plus graves, l'amaurose peut persister plusieurs jours, rarement une semaine, et le retour à la vision se fait souvent alors non plus brusquement, mais lentement et progressivement. Pendant plusieurs semaines, l'acuité reste défectueuse, variant de 1/12 à 1/18 (Sourdille). La malade continuera pendant quelque temps, même quand l'acuité est revenue à la normale, à éprouver une certaine paresse accommodative qui rend impossible tout travail suivi. Ce sont là des faits exceptionnels.

Dans d'autres cas, on peut observer des scotomes transitoires (Schmidt-Rimpler).

Parfois enfin, on a relevé une hémianopsie après la disparition de l'amaurose (cinq jours après) ou avant l'apparition de cette dernière. Quelquefois même, l'amaurose est incomplète d'emblée, se manifestant dès le début par une hémianopsie homonyme le plus souvent.

Les crises d'amaurose peuvent se répéter plusieurs fois. Les récidives nombreuses peuvent faire craindre que la vue ne se rétablisse pas complètement. On a signalé, en effet, dans certains cas, le développement d'une véritable névrite optique, avec atrophie partielle du nerf optique.

On peut dire d'une façon générale que, dans la grande majorité des cas, l'amaurose guérit complètement, toutes les fois que la malade ne succombe pas à ses crises d'éclampsie.

Aussi le *pronostic* de l'amaurose, quoique favorable d'une façon générale, doit être réservé dans certains cas. C'est ainsi qu'on peut noter une récidive de l'amaurose au cours des grossesses ultérieures, une persistance de l'hémianopsie.

L'absence de la réaction pupillaire ne semble pas toujours aggraver le pronostic. Les deux seuls éléments, dont il faille tenir compte, sont l'état du fond de l'œil et l'état des urines. Si, avec un œil normal, l'albumine disparaît des urines, la guérison est assurée ; mais si l'albumine persiste, la malade est exposée à toutes les complications habituelles des néphrites : la rétinite et la névrite optiques.

La *pathogénie* de l'amaurose albuminurique gravidique est encore incertaine. On peut cependant aujourd'hui, exclure l'hypothèse d'un œdème passager de la rétine (Heyl), du nerf optique (Ebert), ou de sa gaine (Rothmann).

On doit plutôt admettre que la cécité est due à un processus cérébral, dont le siège peut dans certains cas être assez exactement localisé. La conservation habituelle de la réaction pupillaire à la lumière, montre que la rétine, le nerf optique, le chiasma, les bandelettes, les couches optiques, et surtout les tubercules quadrijumeaux (centre réflexe auquel aboutissent les nerfs optiques) sont hors de cause.

C'est donc plus loin dans le lobe occipital que doit siéger la cause de l'amaurose. Le siège bilatéral de la lésion expliquerait l'amaurose totale ; une lésion d'un seul lobe occipital, les phénomènes hémiopiques qu'on observe parfois.

Quant à la nature même du processus pathologique, nous en sommes réduits aux plus grandes hypothèses. Le caractère fugitif habituel de l'amaurose est contre l'hypothèse d'une lésion profonde, d'une destruction complète des éléments anatomiques.

La théorie mécanique de Traube explique l'amaurose par un spasme artériel, entraînant une transsudation séreuse comprimant l'encéphale. Cet œdème cérébral par compression des lobes occipitaux entraînerait l'amaurose par compression des centres moteurs du cerveau, causerait les convulsions éclamptiques. On a signalé en effet, dans certains cas d'amaurose, un léger degré d'œdème papillaire que cette théorie permettrait d'expliquer.

La théorie a été reprise avec de légères modifications par Vaquez, Bar, qui attribuent l'amaurose à l'hypertension toujours si marquée chez les éclamptiques (T. A. : 21-25).

Plus récemment Widal et Vaucher attribuent l'hypertension cérébrale, facteur causal de l'amaurose, à la rétention chlorurée si fréquente dans la néphrite aiguë avec œdème. Weill et Wilhelm ont noté cette chlorurémie dans un cas d'amaurose gravidique. Ces cas d'amaurose fugace liés à la chlorurémie doivent être opposés aux lésions durables de rétinite, liées à l'azotémie.

Le *diagnostic* de l'amaurose albuminurique se fait en général facilement, quand on constate chez une femme enceinte albuminurique une cécité brusque ou tout au moins rapide, accompagnée ou non de crises éclamptiques, et sans lésions ophtalmoscopiques. Ce dernier signe est pathognomonique et différencie l'amaurose de la rétinite albuminurique et de la névrite optique. Toutes les fois d'ailleurs qu'après l'amaurose, l'acuité ne revient pas à la normale, il faut soupçonner une complication rétinienne, névritique surajoutée.

On pourra parfois confondre l'amaurose dite albuminurique, surtout si l'albumine fait défaut, avec l'amaurose hystérique : même apparition brusque de la cécité sans lésions, même conservation des réflexes ; mais, l'amaurose hystérique est souvent unilatérale, bien que Jacobson, Harlent aient décrit des cas d'amaurose bilatérale. La cessation de la crise amaurotique est plus brusque que dans l'amaurose albuminurique. Elle laisse après elle non pas une diminution de l'acuité centrale, mais un rétrécissement notable et concentrique du champ visuel, avec achromatopsie surtout marquée pour le violet et le vert. Enfin les autres stigmates de l'hystérie : troubles divers de la sensibilité, de l'excitabilité, l'hémianesthésie, l'anesthésie du voile du palais, les contractures spéciales mettront sur la voie du diagnostic.

En cas d'amaurose non albuminurique survenant après l'accouchement, il faudra penser à l'amaurose

par perte sanguine. Une hémorragie considérable n'est pas d'ailleurs nécessaire, tout dépend de l'état général de la femme; chez une femme épuisée, une hémorragie même minime pourra déterminer plusieurs crises amaurotiques passagères.

Les cas d'amaurose dus à un ictère gravidique sont très rares. On ne connaît que deux observations: celle de Lutz et de Landesberg. Il est intéressant de noter que dans l'ictère ordinaire même très accentué on n'a pas signalé d'amaurose. Il semble donc que l'amaurose doive être attribuée non à l'ictère mais bien à l'intoxication gravidique.

Peut-être faut-il expliquer de la même manière certains cas d'anesthésie rétinienne observés par Silex chez des femmes enceintes chez lesquelles il n'existait aucun phénomème hystérique.

Dans certains cas, le diagnostic peut être hésitant avec une migraine ophtalmique survenant pendant ou après l'écoulement. Mais alors la céphalée, les vomissements surviennent ordinairement à la fin de l'accès; et pendant ce dernier, les scotomes, l'hémianopsie partielle, toujours homonyme mettront sur la voie du diagnostic.

Dans tous les cas, le fond de l'œil a été trouvé normal. L'examen ophtalmoscopique permettra donc de différencier facilement ces cas d'amaurose sans lésions, des troubles de rétinite, ou de névrite optique.

II

Rétinite albuminurique. — La rétinite albuminurique, pendant la grossesse, peut s'observer chez trois catégories de femmes différentes :

1° Chez des femmes enceintes, qui n'ont aucun antécédent rénal, et qui présentent, en plus de leurs troubles oculaires, un ou plusieurs symptômes de la toxémie gravidique, tels que nous les avons décrits. C'est la forme la plus fréquente : la rétinite albuminurique proprement dite.

2° Chez des femmes enceintes qui, à la suite d'une infection (scarlatine, diphtérie, typhoïde, syphilis) ou d'un refroidissement, font à l'occasion de leur grossesse une néphrite aigüe.

3° Enfin chez des femmes enceintes atteintes depuis plusieurs années d'une néphrite chronique.

Dans ces deux derniers cas la grossesse n'est plus la cause, mais une complication de la lésion rénale.

La *rétinite albuminurique gravidique proprement dite* se montre d'après nos observations, plus souvent chez la multipare (54 p. 100) que chez la primipare (46 p. 100). Elle survient rarement avant le sixième mois (21 p. 100); elle apparaît surtout pendant le sixième et septième mois (37 p. 100 des cas), et également pendant les deux derniers (33 p. 100). On a même signalé des cas de rétinite post partum (8 p. 100).

C'est en somme une affection relativement rare, puisque nous trouvons une proportion de 1 rétinite pour 3,700 femmes enceintes et 1 rétinite pour 45 femmes albuminuriques.

L'albuminurie peut faire défaut au cours d'une rétinite, les autres signes de la toxémie gravidique existent ordinairement (nausées, céphalée, quelquefois ictère); nous avons pu recueillir sept cas de rétinite, sans albumine, dans lesquels le tableau ophtalmoscopique était identique à celui de la rétinite albuminurique classique.

Quelquefois d'ailleurs l'albumine fait son apparition après la rétinite, et nous rapportons quelques observations de *rétinite préalbuminurique*.

Au point de vue histologique, les lésions essentielles de la rétinite néphrétique consistent, comme l'a démontré Rochon-Duvigneaud en une *infiltration* de la rétine par des éléments du sang (globules, fibrine) et non dans une *dégénérescence* de la membrane rétinienne. Cette notion cadre bien avec la guérison anatomique et fonctionnelle de la rétinite gravidique, puisque des résorptions suffisent, sans qu'une réparation des tissus dégénérés soit nécessaire : cela concorde aussi, nous le verrons, avec la théorie toxique de la rétinite gravidique, et cela va à l'encontre de la théorie allemande d'après laquelle la rétinite est fonction d'une sclérose vasculaire qui ne pourrait déterminer que des dégénérescences définitives.

Au point de vue pathogénique, Opin et Rochon-Duvigneaud, Monthus incriminent la rétention dans l'organisme de produits toxiques encore indéterminés.

Récemment, Widal, Morax et Weill ont montré dans 17 cas de rétinites, non gravidiques, il est vrai, la constance de la rétention azotée. Ils pensent que la rétinite dite albuminurique est en réalité, au moins dans la grande majorité des cas, une rétinite azotémique avec le sérieux pronostic de l'azotémie. Cette rétinite est donc à opposer à l'amaurose simple due à la rétention chlorurée (Widal et Vaucher). Weill et Wilhelm ont observé également une azotémie marquée dans un cas de rétinite gravidique.

Cliniquement, la rétinite albuminurique gravidique se manifeste par des signes ophtalmoscopiques identiques à ceux de la rétinite brightique. La papille est floue et estompée, la rétine présente des hémorragies péripapillaires et des exsudats blanchâtres groupés surtout autour de la papille et de la macula. Parfois ces exsudats forment à ce niveau une figure étoilée, la macula stellaire, qui est d'ailleurs extrêmement rare.

Les troubles visuels ne sont pas en rapport avec les altérations du fond de l'œil. Ici, ce n'est pas une question de quantité qui intervient, c'est une question de siège. Une petite tache maculaire attirera l'attention du malade bien plus qu'un œdème prononcé de la rétine ou des hémorragies abondantes au voisinage du nerf optique.

L'affaiblissement visuel est progressif ou se fait par étapes. La cécité n'est jamais brutale comme dans l'amaurose; et si, au cours d'une rétinite albuminurique, la cécité devient complète et subite, il faut chercher autre chose et expliquer par une amaurose transitoire cette perte de la vision qui est d'ailleurs toujours d'assez courte durée. Quelquefois, c'est assez brusquement que les malades s'aperçoivent de leurs troubles visuels : il leur est impossible de lire, de reconnaître les personnes. Il

s'agit là vraisemblablement d'une lésion maculaire qui, même minime, peut faire baisser l'acuité centrale rapidement à 1/10 et au-dessous. D'autres fois, c'est l'impression de lacunes daus le champ visuel. Les *scotomes* centraux ou paracentraux ne sont pas rares dans la rétinite albuminurique gravidique.

Le tableau clinique et ophtalmoscopique peut être modifié par l'apparition de *complications* qui ne sont souvent que le stade terminal de l'évolution des lésions optiques et rétiniennes.

L'*atrophie du nerf optique*, caractérisée par la décoloration plus ou moins complète de la papille, et par une diminution de l'acuité pouvant aller jusqu'à la cécité, s'observe assez fréquemment comme phase terminale de la neuro-rétinite albuminurique gravidique. Nous la notons dans 13 p. 100 des cas.

On peut également observer de l'*atrophie choroïdienne et rétinienne*, *des hémorragies du vitré*.

Mais parmi les complications de la rétinite albuminurique gravidique, une des plus fréquentes, sans contredit, c'est le *décollement de la rétine*. Sur 157 cas de rétinite gravidique que nous avons rassemblés, nous trouvons 29 décollements (17 p. 100).

Le décollement peut survenir d'une façon rapide et même soudaine. Certains facteurs semblent influer sur sa production : c'est ainsi que le mécanisme de l'effort sous une forme quelconque (crise d'éclampsie, douleurs subintrantes, accouchement) en augmentant la tension oculaire, peut être invoqué dans l'apparition du décollement.

Le recollement de la rétine est l'issue ordinaire, quand la cause qui produit la rétinite a disparu. Au bout d'un temps variable, huit jours (Brecht) à trois mois (Cirincione), quinze jours en moyenne (Flemming, Helbron, Lutz, Southey, Bernard) la rétine est complètement recollée. Mais il est ordinairement possible de reconnaître à l'ophtalmoscope le siège de l'ancien décollement. On constate au siège de l'ancien décollement une pigmentation irrégulière, des foyers noirâtres de forme variée qui rappellent le fond marbré de certaines chorio-rétinites; et ce n'est que la stricte limitation de ces taches pigmentaires en tel secteur ou telle moitié de la rétine qui, en l'absence de commémoratifs, peuvent permettre le diagnostic différentiel, avec les chorio-rétinites. Cependant, il faut noter que dans certains cas même ces légères marbrures font défaut (Bernard).

Mais s'il est vrai que la rétine ait une grande tendance à reprendre rapidement sa place, il s'en faut que l'acuité visuelle revienne toujours à son état antérieur. Sur 25 cas où l'acuité visuelle est notée, six seulement ont recouvré une vision normale (Cirincione, Ahlström, Southey, Schreiber, Helbron, Bernard); dans le cas de Holmes, l'œil gauche seul était revenu à la normale. Dans les autres cas, l'acuité varie entre 1/3 et 1/6 et même 1/13 (Holmes). La malade de Himmelheber demeura complètement aveugle, celle de Lotz également.

Le *diagnostic* de rétinite albuminurique est ordinairement facile. On peut cependant confondre parfois le tableau ophtalmoscopique de cette affection avec celui de certaines autres. Woods a vu une jeune fille *chlorotique* avec troubles menstruels présenter des lésions oculaires analogues sans albumine.

James Bordley, dans les cas de *tumeurs cérébrales* observés à Hopkin's hospital, a vu 16 fois sur 50, outre la stase papillaire, des taches rétiniennes qu'on eût pris pour une rétinite albuminurique. Les urines étaient normales et le diagnostic de tumeur cérébrale fut confirmé à l'autopsie ou à l'intervention.

Dans certains cas, le diagnostic de rétinite albuminurique sans albumine avait été posé pendant la grossesse. L'évolution ultérieure de certains symptômes permit de rapporter les lésions rétiniennes à leur véritable cause, la *syphilis*, jusque-là méconnue de la malade et de son médecin (Morax).

Mais parfois le diagnostic est plus difficile. Par exemple chez une femme enceinte présentant de l'albumine, une chorio-rétinite syphilitique peut être étiquetée rétinite albuminurique. C'est l'examen ophtalmoscopique attentif seul qui fera le diagnostic en montrant ordinairement l'existence de taches pigmentaires surtout périphériques, à côté de taches blanches ou jaunâtres atrophiques ou exsudatives et en général l'absence ou le petit nombre des hémorragies.

On trouve écrit un peu partout que le *pronostic* de la rétinite albuminurique gravidique est très favorable. Il faut s'entendre. Certes, comme nous le verrons, le pronostic de cette variété de rétinite est assurément meilleur que celui de la rétinite albuminurique survenant chez une femme enceinte, atteinte de néphrite aiguë ou chronique. Mais de là à conclure à la restitution complète de l'acuité visuelle dans tous les cas, il y a loin.

D'une façon générale, on peut dire que, pour la mère, le pronostic dépend surtout de l'étendue et de la localisation des lésions rétiniennes (une lésion maculaire est plus grave qu'une lésion périphérique), du temps écoulé jusqu'à l'apparition, d'une thérapeutique utile, enfin du mois de la grossesse où se sont produits les troubles.

Lorsque la rétinite survient au huitième ou neuvième mois, et si on provoque l'accouchement, le pronostic est relativement plus favorable. Il est plus sombre au contraire pour les rétinites apparaissant au début de la grossesse. Silex a vu sur 30 malades 3 cas seulement (où la grossesse fut interrompue) dans lesquels les altérations rétiniennes disparurent et où la vision redevint normale. Dans tous les autres cas, la grossesse, ayant été interrompue souvent trop tardivement, la *restitutio ad integrum* ne fut pas obtenue; l'acuité atteignit 2/3 dans 3 cas, un peu plus que 1/2 dans 6 cas, 1/3 dans 6 cas, 1/4 dans 2 cas, 1/5 dans un cas, 1/6 dans un cas, 1/12 dans 2 cas, 1/18 dans 2 cas, 1/100 dans 5 cas. Le plus souvent, les deux yeux étaient également atteints. Les 5 dernières femmes qui ne pouvaient compter les doigts qu'à 1 ou 2 mètres pouvaient être considérées comme pratiquement aveugles. Culbertson qui a réuni 43 cas de rétinite albuminurique gravidique, établit le pourcentage suivant : guérisons, 16,66 p. 100 ; améliorations de la vue, 58,31 p. 100; cécité, 24,99 p. 100.

Sur 116 cas de rétinite albuminurique gravidique non compliqués de décollement rétinien que nous avons rassemblés, nous notons 22 cas seulement de *restitutio ad integrum*, 42 cas d'amélioration, 29 cas de diminution visuelle telle, qu'elle équivaut pratiquement à la cécité, et 23 cas de cécité complète.

Le pronostic de la rétinite albuminurique est aggravé surtout par l'existence de lésions rétiniennes, de lésions atrophiques de la choroïde et de la rétine, par l'atrophie optique bien que parfois, malgré l'aspect blanchâtre de la papille, la vue s'améliore jusqu'à arriver à une acuité de 2/3 (Foerster) ou même de 5/5 (Brecht).

Le décollement de la rétine aggrave le pronostic légèrement, nous l'avons vu, bien que le recollement soit la règle. Sur 26 décollements, nous notons 6 guérisons totales, 9 améliorations, 6 cas de cécité presque complète, et 5 cas de cécité absolue, dont 2 terminés par la mort au cours des crises d'éclampsie.

La rétinite albuminurique *récidive* fréquemment au cours des grossesses ultérieures (14 p. 100), et le pronostic en est souvent aggravé d'autant, non constamment cependant. Nous avons noté 13 fois une aggravation au cours des récidives ultérieures : aggravation pour la vue se manifestant par la cécité, aggravation pour la vie se terminant par la mort. Il est pourtant des exceptions. Alt signale le cas d'une primipare dont l'acuité baissa à 1/3 à la suite d'une rétinite albuminurique ; la deuxième grossesse évolue sans complication.

De plus, à chaque nouvelle grossesse, il peut survenir une aggravation de la lésion rénale, sans que la rétinite reparaisse forcément : tel le cas d'Axenfeld où la rétinite albuminurique guérit complètement et où la grossesse suivante se compliqua de néphrite, mais sans nouvelle rétinite albuminurique.

Le pronostic est aggravé du fait de la persistance de l'albumine après l'accouchement. C'est l'indice qu'une néphrite chronique s'est installée secondairement à une atteinte gravidique du rein. Ces faits, qui sont loin d'être rares (cas de Silex, Graenouw) sont de pronostic très sombre parce qu'ils peuvent entraîner la cécité et même la mort de la mère. Mais même dans les cas de rétinite purement gravidique, le pronostic pour la mère *quoad vitam* est loin d'être bénin, puisque nous notons 13 p. 100 de mort, quelquefois subite, parmi nos observations. C'est qu'en effet une rétinite albuminurique gravidique est toujours une forme grave de la toxémie gravidique ; elle est un indice de l'imprégnation de l'organisme par le poison ; et à moins d'une thérapeutique rationnelle très active, les pires accidents peuvent se dérouler.

On le voit donc, une affection qui cause 44 p. 100 de cécité, ou de diminution grave de la vision et 13 p. 100 de mort n'est pas une affection bénigne et ne mérite pas d'être traitée à la légère.

Le *pronostic pour l'enfant* est d'ailleurs loin d'être favorable. Sur 61 observations où l'état de l'enfant est noté, nous trouvons 36 fœtus morts avant l'accouchement et 25 enfants nés vivants ; mais sur ces 25, 13 sont morts les quelques jours suivant la naissance, ce qui fait donc pour le fœtus une mortalité globale de 79 p. 100.

A côté de la rétinite gravidique proprement dite il faut placer la rétinite survenant pendant la grossesse chez des femmes atteintes de *néphrite aiguë* (a frigore, scarlatineuse).

Le tableau clinique diffère peu de celui de la variété précédente, mais le pronostic est plus sombre. La vie de la mère est sérieusement menacée puisque dans 3 cas sur 7, la mort a été la terminaison de la maladie.

Plus grave encore est le pronostic de la rétinite survenant chez une femme enceinte atteinte de *néphrite chronique*. Dans 72 p. 100 des cas, la cécité a été complète ou presque complète. Le pronostic *quoad vitam* est également des plus graves puisqu'on note, 4 fois sur 11 cas, la mort immédiate au cours d'un accès urémique avec ou sans hémiplégie, et 2 fois la mort survint au bout d'un an et demi et deux ans. Le pronostic de cette forme se rapproche donc de celui de la rétinite brightique.

III

Névrite optique. — Dans certains cas, la rétine reste saine durant toute la grossesse, et seule la papille présente une infiltration œdémateuse assez marquée. Cette névrite optique albuminurique gravidique, bien étudiée par Galezowski s'observe moins souvent chez la primipare que chez la multipare et surtout dans les trois derniers mois de la grossesse. Cette névrite guérit d'autant plus facilement que les fibres optiques auront subi une compression moins prolongée. La vision s'améliore ordinairement après l'écoulement, mais il est des cas où la papille subit une dégénérescence atrophique très prononcée et devient complètement blanche ; il peut en résulter un trouble visuel très marqué, quelquefois même une cécité absolue (6 cas sur 16).

On distinguera facilement cette névrite de la rétinite, grâce à l'examen ophtalmoscopique.

Pendant la grossesse, on a signalé des cas de *névrite rétrobulbaire* (Uhthoff, Level, Churchill, Galezowski, Scheffczyk, Sous). Ordinairement bilatérale, cette lésion apparaît généralement vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse. Le fond d'œil est normal, mais il existe un scotome central, ou une amblyopie centrale.

Le *diabète*, le *paludisme*, la *sclérose* en *plaques*, le *tabes*, la *syphilis*, peuvent également causer des névrites optiques chez la femme enceinte, névrites qui seront facilement rapportées à leur véritable cause.

Hochenegg a incriminé, pour expliquer ces troubles oculaires survenant à chaque grossesse, une hypertrophie gravidique de la glande pituitaire : dans le cas de von Reuss, il existait, en effet, de l'hémianopsie.

Après des *métrorragies*, il peut survenir une névrite optique qui peut se terminer par une atrophie totale ou partielle de la papille (Kries, Bistis, Chevallereau).

Enfin chez la femme enceinte non albuminurique, on peut observer une névrite optique survenant après le quatrième mois, ordinaire du septième au neuvième mois (Bar, Knapp, Bull, Valude, Holzbach, Weigelin). Ordinairement la vision se rétablit complètement après l'accouchement, mais parfois il persiste une amblyopie et même de la cécité.

Cette forme se rapproche par beaucoup de points de la névrite albuminurique ; elle en diffère par l'absence d'albumine, mais nous avons vu que c'est là un caractère contingent. Toutes deux sont des manifestations de la toxémie gravidique, et l'arrêt de l'intoxication, c'est-à-dire la provocation de l'accouchement, entraîne dans les deux cas une amélioration de la vision. Au contraire si on abandonne la femme à elle-même, l'atrophie optique survient fréquemment (69 p. 100).

IV

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur l'examen des urines qui doit être soigneusement pratiqué dès le cinquième mois de la grossesse. C'est une précaution devenue banale aujourd'hui. Mais nous avons vu que les troubles oculaires peuvent précéder l'apparition de l'albuminurie, ou même que celle-ci peut manquer complètement. Quand on constatera chez une femme enceinte des vomissements répétés, une céphalée persistante, une agitation plus ou moins marquée, une diminution de la quantité d'urée excrétée, même si l'urine ne contient pas d'albumine, ces signes de toxémie gravidique devront mettre en garde et l'examen oculaire pourra être d'un grand secours. Posey et Hirst en rapportent un exemple typique. Si l'ophtalmoscope n'avait pas révélé la malignité de la toxémie, il est probable que le travail n'eût pas été interrompu et la femme serait peut-être morte d'éclampsie.

L'examen ophtalmoscopique s'impose donc chez toute femme enceinte présentant des signes d'intoxication gravidique, d'autant plus que, même si les signes oculaires subjectifs font défaut ou n'attirent pas l'attention de la femme, l'ophtalmoscope peut déjà déceler des lésions du fond de l'œil.

Quelle est la conduite à tenir en face d'un trouble oculaire dûment constaté à l'ophtalmoscope ?

En cas d'*amaurose*, en raison du caractère transitoire et ordinairement bénin du trouble visuel, il n'y a pas d'indications à intervenir. On traitera la toxémie gravidique et l'éclampsie plus que l'amaurose. On se défiera toutefois de la saignée qui donne d'excellents résultats dans l'éclampsie, mais qui peut amener sur des yeux prédisposés une atrophie optique (Hirschberg, Chevallereau).

En cas de *neuro-rétinite albuminurique*, si les lésions apparaissent dans les six premiers mois, tous les auteurs sont d'accord pour interrompre la grossesse. L'enfant a peu de chances d'aller à terme, la vue de la mère est sérieusement menacée et l'affection rénale s'est certainement aggravée.

Les divergences commencent quand il s'agit de la conduite à tenir en face d'une neuro-rétinite apparaissant dans les trois derniers mois de la gestation. Deux camps sont en présence : les temporisateurs d'une part, les interventionnistes d'autre part ; d'un côté, l'intérêt de l'enfant ; de l'autre, celui de la mère.

Malgré l'interruption de la grossesse, disent les non interventionnistes, la vie de la mère est menacée et le rétablissement de la vue n'est nullement garanti. D'autre part, la rétinite, même compliquée de décollement, peut guérir sans intervention thérapeutique. Le rôle du médecin est de conserver la vie même naissante et non de la troquer contre un avantage, peut-être illusoire, pour l'acuité visuelle de la mère.

Assurément, répondent les interventionnistes, nous ne garantissons pas le recouvrement de la vision, mais au moins la vie de la mère a beaucoup de chances d'être sauvegardée. Cette opinion est défendue avec énergie, surtout par les auteurs américains à la suite de Loring, Howe, Barker ; Pooley se montre parmi les plus affirmatifs : « Dans la neuro-rétinite gravidique, la provocation du travail n'est pas seulement justifiable, elle est exigée, ordonnée. » Les auteurs allemands avec Silex, et les auteurs français avec de Lapersonne, Morax, partagent cette opinion.

Il y a déjà quelque vingt ans, le professeur Pinard exposait en quelques lignes la conduite à tenir en pareil cas : « Quand chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue) et que, sous l'influence d'un régime lacté absolu, continué pendant huit jours au moins, l'albumine ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre le cours de la grossesse. »

Axenfeld est en quelque sorte la transition entre les deux camps ; il préconise l'expectative, mais admet l'intervention quand l'acuité visuelle est descendue au-dessous de 1/6 et quand on croit avoir des chances d'obtenir un enfant vivant.

Il faut également exposer à la femme les dangers qu'elle court en devenant enceinte une deuxième fois. Assurément, il est des cas où ni la rétinite ni la lésion rénale ne se reproduisent à la grossesse suivante, mais dans 16 p. 100 des cas l'aggravation visuelle est très marquée et la mort peut survenir. Sans aller, comme le conseille Snell, jusqu'à pratiquer la castration dans ces cas, il est préférable d'interrompre la grossesse d'une façon précoce chez toute femme ayant présenté des lésions de rétinite à une grossesse antérieure.

BIBLIOGRAPHIE (à partir de 1900).

1900. UHTHOFF. *XIIIe Congrès int. méd.*, Paris. — BOSSE. *Arch. f. Aug.*, t. XLII. — BAUER. *Monats. f. G. und Gyn.*, t. XXIII. — CIRICIONE. *Clin. ocul.*, p. 97. — GUÉVIN-VALMALE. *Soc. méd. de Montpellier*, 16 fév. — PUIG-AMETLLER et TÉDENAT. *Id.*

1901. MONTHUS. Th. de Paris. — CLAP. *Boston med. Journ.*, juillet. — JACK. *Id.* — HANN et KNAGGS. *Lancet*, 18 mai. — KNAPP. *Prager med. Wochen.*, n° 21. — ENTENAUER. Th. Giessen. — ROCHON-DUVIGNEAUD. *Soc. franç. d'opht.* — STUDY. *Med. Record*, 27 avril.

1902. AYRES. *Am. Journ. of Opht.*, p. 293. — KRISTELLER.

Th. Freiburg. — HELBRON. *Berl. klin. Wochen.*, 3 fév. — HARTMANN. *Berl. klin. Wochen.*, n° 4.
1903. AHLSTRÖM. *Hyg.*, août. — PICK. *Verein deut. Aertze*, Prag, 6 nov. — GUIOT. *Année méd. de Caen.* — NETTLESHIP. *Brit. med. Assoc.*, juillet.
1904. JACOBI. *Am. Journ. of med. sc.*, avril. — BAR. *Soc. obst.*, Paris, n° 4. — LOP. *Soc. obst.*, p. 96.
1905. SCHEREMBERG. *Klin. Monats. f. Aug.*, t. XLIII. — POLTE. *Id.* — BERGER et LŒWY. Paris, Alcan. — SPURWAY. *Brit. med. Journ.*, 16 oct. — SNELL. *Lancet*, 15 juillet. — STONE. *Med. News*, 1er juillet. — JARDINE. *Journ. Obst. a. Gyn. of Brit. emp.*, t. VIII, p. 14.
1906. RADTKE-SEMON. *Ost. und Westpreuss. Gesell. f. Gyn.*, 21 nov. — BALL. *Opht. Record*, p. 476. — SCHEFFCZYK. *Centralbl. f. Gyn.*, p. 1254. — GERMANN. *Petersb. med. Wochen.*, p. 386. — POTEN. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII.
1907. FAUCONNIER. Th. de Paris. — BONTE. *Clin. opht.*, p. 245.
1908. PLEY. Th. de Paris. — HOLZBACH. *Centralbl. f. Gyn.*, p. 709. — ELLETT. *Journ. Am. med. Assoc.*, 18 juillet. — POOLEY. *Am. Journ. of Surg.*, mars. — BISTIS. *Arch. d'opht.* — WEIGELIN. *Arch. f. Opht.*, Bd. LXXVI. — POSEY et HIRST. *Journ. of Am. med. Assoc.*, 14 mars. — KNAPP. *Arch. f. Opht.*, p. 165.
1909. ADAMÜCK. *Viest. Opht.*, t. XXVI. — BERNARD. Th. Fribourg. — MORELL. *Surg. gyn. obst.*, déc. — WILSON et HIRD. *Lancet*, 17 juillet. — SKEEL. *Am. Journ. of obst.*, mars. — TERRIEN. *Clinique*, 25 fév. — HIMMELHEBER. *Münch. med. Wochen.*, n° 42. — VALLOIS, DUFOIX et REYNÈS. *Réunion obst. de Montpellier*, 3 fév. — REUTER. *Arch. f. Aug.*, t. LXIII.
1910. STEPHENSON et HERRINGHAM. *The Opht.*, 1er mars. — STARLING. *Lancet*, 10 sept. — BURNIER. *Progrès méd.*, n° 35. — VORON et GONNET. *Revue obst. de Lyon*, 19 mai. — COMMANDEUR et GONNET. *Id.*, 21 avril. — DAUNAY et LEQUEUX. *L'Obstétrique*, mars. — ROCHON-DUVIGNEAUD. *Soc. franç. d'opht.*, oct. — JAVAL. *La Gyn.*, mars. — WIDAL et VAUCHER. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 avril. — WIDAL, MORAX et WEILL. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 avril.
1911. WEILL et WILHELM. *Soc. d'obst.*, janv. — BURNIER. Th. de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1911)

Abcès cérébelleux. — M. KIRMISSON communique l'observation d'un garçon de vingt ans qu'il a présenté dans la dernière séance. Ce garçon entre dans son service le 13 janvier 1902. Quinze jours auparavant, il avait eu une mastoïdite consécutive à une ancienne otorrhée. Un médecin avait fait une simple incision et il restait une fistule derrière l'oreille. Il sortait encore du pus par le conduit auditif. Ce malade présentait, en outre, des symptômes généraux graves, de la torpeur, qui indiquaient une complication cérébrale. Le 15, M. Kirmisson fit une trépanation mastoïdienne. Il y eut un peu d'amélioration, mais quelques jours après la prostration s'accentua, le pouls devint petit et fréquent, il y eut des vomissements, de la raideur de la nuque, des vertiges, une sorte de mouvement giratoire de gauche à droite, une sensation de chute vers la gauche, de l'irrégularité du pouls, de l'incontinence des urines et des matières. M. Kirmisson pensa à une complication cérébelleuse. Il agrandit la trépanation mastoïdienne, fit dans le cerveau une ponction exploratrice qui ne donna rien, fit alors vers la partie postérieure une perte de substance de 4 centimètres de diamètre, se porta vers la fosse cérébelleuse, ponctionna, amena du pus, fit alors une incision et tira 60 grammes d'un pus verdâtre et fétide. Il mit un drain. L'amélioration fut rapide et le malade sortit guéri à la fin de mars. L'examen du pus y montra des colibacilles.

Ce malade fut présenté dans la dernière séance, c'est-à-dire neuf ans après et est resté complètement guéri.

Infection amibienne. — M. POTHERAT, à propos des deux cas de M. Jacob rapportés dans la dernière séance par M. Sieur, communique l'observation suivante :

Le 27 janvier 1911, il reçoit dans son service un homme de quarante ans avec tous les signes d'une pleurésie purulente. Il fait une ponction qui donne un liquide séro-fibrineux. En examinant de plus près le malade, il trouve un gros foie. Il pense à un kyste hydatique en voie de suppuration. La recherche du complément est négative. Interrogeant le malade au point de vue de ses antécédents, il apprend que c'est un voyageur de commerce atteint depuis trois mois d'une diarrhée profuse. L'examen des selles ne révèle rien de particulier. Il se décide à une intervention transpleurale. Il résèque les neuvième et dixième côtes, fait une ponction dans le foie et tire du pus. Il incise et pénètre dans un vaste abcès d'où il retire deux litres de pus. Il met deux gros drains. Il y a une grande amélioration, mais la suppuration et la diarrhée persistent. Le docteur Brown examine les selles et y trouve des amibes. Il y en a également dans le pus. M. Brown inocule des chats qui meurent de dysenterie amibienne. Il s'agissait donc, chez ce malade, d'un abcès hépatique d'origine amibienne. Un traitement spécial par l'ipéca améliore la situation. La dysenterie disparaît. Le 1er mai le malade est pris d'une toux quinteuse, a des crachats purulents et une vomique. M. Potherat dilate le trajet hépatique, le pus sort en abondance et le malade va mieux. Il semble marcher vers la guérison quand, le 12 juillet, il est pris d'attaques épileptiformes, de céphalalgie et de prostration. Il n'y a pas de localisation possible. Une ponction lombaire montre qu'il n'y a pas beaucoup de tension. Elle n'améliore pas la situation qui s'aggrave et le malade meurt le 27 juillet, quinze jours après le début des accidents cérébraux. Il n'y eut pas d'autopsie. Quoi qu'il en soit, il s'agit dans ce cas d'une infection amibienne chez un malade qui n'avait jamais quitté la France.

Plaie de l'estomac par balle de revolver. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation adressée par M. Baudet. Une femme se tire une balle de revolver au niveau du huitième espace intercostal. Elle vomit du sang. M. Baudet l'opère deux heures après ; il fait un volet thoracique et trouve une plaie haut située sur la face antérieure de l'estomac, il la suture, ne trouve rien du côté de la rate et referme. La malade guérit. Une radiographie montre que la balle siège dans le segment latéral droit de la colonne vertébrale. Il y a donc eu une seconde plaie sur la face postérieure de l'estomac qui n'a pas été suturée.

M. Baudet avait déjà eu recours, dans un cas analogue, au volet thoracique, avant les faits publiés par M. Novaro.

M. CUNÉO lit une observation d'anévrisme de l'aorte qui est renvoyée à l'examen de M. Guinard.

Tumeur abdominale syphilitique. — M. POTHERAT fait un rapport sur une observation de M. Meslay (d'Espagne). Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui, après un accouchement normal, vit apparaître une tumeur dans le côté gauche du bas-ventre. Cette tumeur grossit au point d'acquérir le volume d'une tête de fœtus à terme. Après un traitement médical inefficace, M. Meslay fit une laparotomie latérale gauche et se trouva en présence d'une tumeur adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen qui lui parut être du cancer. Il referma le ventre. Après cette opération, la malade se leva le quatrième jour et, malgré le chirurgien, quitta l'hôpital le cinquième jour. Ultérieurement cette malade fut soumise au

traitement mercuriel et la tumeur fondit à vue d'œil. M. Meslay en conclut qu'il s'agissait d'une tumeur syphilitique, probablement en raison de l'adage : *naturam morborum ostendunt curationes*.

M. Potherat fait quelques réserves sur ce diagnostic et se demande s'il ne s'agissait pas d'un phlegmon du ligament large.

M. Bazy, à propos du fait que cette malade s'est levée quatre jours après une laparotomie, rappelle un fait signalé autrefois par Prengrueber dans lequel une malade, ovariotomisée le matin, se leva le soir même de l'opération, sans le moindre incident.

M. Quénu rapproche de ce cas celui d'une femme qui avait subi le matin l'hystérectomie vaginale, qui avait une grappe de pinces entre les jambes; le soir, en la soudant, l'infirmière mit le feu à la ouate qui entourait les pinces. La malade se sauva dans les jardins de Cochin. Cette fugue n'eut pour elle aucun inconvénient. Ces faits prouvent que nous exagérons l'immobilisation des grands opérés.

Kyste dermoïde du plancher buccal. — M. Savariaud présente un garçon de douze ans qu'il a opéré d'un kyste dermoïde du plancher de la bouche par la voie buccale. L'opération a été facile. Il a fait un tamponnement de la petite plaie qui a amené un peu de suppuration. Dans une autre circonstance, il s'abstiendra de ce tamponnement.

M. Thiéry, comme M. Savariaud, préfère pour l'ablation de ces tumeurs la voie buccale à la voie sus-hyoïdienne.

M. Delorme, dans deux cas, a eu recours à la voie sus-hyoïdienne et a trouvé l'opération très facile. Cette voie a, à ses yeux, le grand avantage de mettre à l'abri de toute infection. Il n'en est pas de même pour la voie buccale.

M. Morestin rapporte l'observation d'une jeune femme qui avait été opérée par la voie externe. Il s'est fait une récidive que M. Morestin a opérée par la bouche. Une fois la muqueuse incisée, la tumeur est peu rénitente et peut être correctement opérée. M. Morestin suture ensuite la muqueuse et tamponne par-dessus.

M. Quénu préfère également passer par la voie buccale pour l'ablation de ces tumeurs.

M. Savariaud rappelle que, dans un cas, M. Monod a cautérisé au chlorure de zinc le point d'implantation.

M. Monod, dans ce cas, a vu se produire un œdème considérable et a bien juré qu'on ne l'y reprendrait plus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1911)

Sur l'action thérapeutique des pédiluves. — M. Perpère attire l'attention sur le pédiluve marin et en rappelle l'action thérapeutique bienfaisante dans les cas où il faut soulager l'arbre vasculaire; il l'oppose à la douche froide qui a l'inconvénient de déterminer une vaso-constriction réflexe viscérale.

Talalgie et exostoses sous-calcanéennes. — Pour M. Lacaille, la talalgie est une affection douloureuse souvent en rapport avec une exostose du calcanéum que la radiographie dévoile facilement, ainsi que le démontre une série de clichés. Cette exostose peut avoir des causes variables : infections gonococciques, tuberculose, syphilis, artério-sclérose.

M. Mouchet estime que la talalgie n'est pas toujours produite par une exostose sous ou rétro-calcanéenne : des apophysites de croissance, des bursites du tendon d'Achille peuvent l'occasionner. Toute une classe d'exostoses sous- et rétro-calcanéennes est constituée par des saillies osseuses normales, simplement exagérées et devenues douloureuses à l'occasion de l'inflammation, traumatique ou autre, de la bourse séreuse qui les recouvre. M. Mouchet ne croit pas qu'il faille être systématiquement interventionniste dans ces cas d'exostoses douloureuses.

M. Aubourg insiste sur la fréquence relative des exostoses, leur caractère souvent indolore. Pour lui, il s'agit le plus souvent de malades pulmonaires, qu'ils soient tuberculeux ou non tuberculeux.

Corps étrangers broncho-œsophagiques : du traitement endoscopique de leurs complications. — M. Guisez rapporte 21 cas de corps étrangers bronchiques ou œsophagiens, extraits par la broncho-œsophagoscopie au cours de l'année 1910. Parmi ces corps étrangers bronchiques, se trouvent un canif grand ouvert, avalé par un enfant de quatre ans, et un os de lapin situé dans la bronche droite d'un enfant de onze mois. Au nombre des corps étrangers œsophagiens, certain corps septiques (os, arêtes) avaient déjà déterminé des phlegmons intra et péri-œsophagiens. L'évacuation a pu se faire par les voies naturelles.

L'homme préhistorique. — M. Maurice Faure présente des documents paléontologiques permettant de croire que, il y a 20 000 ans, vivait une race humaine différente de la nôtre, mais ayant déjà un art et une industrie. Une autre race « moustérienne » existait il y a des centaines de milliers d'années, race très voisine de l'animalité, elle s'étendait en Europe, en Asie, en Afrique, mais il n'est pas plus facile de la relier anatomiquement à l'homme moderne qu'aux anthropoïdes. M. Faure présente à l'appui de sa communication une série de projections fort intéressantes.

PRATIQUE MÉDICALE

LES IDÉES NOUVELLES SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION ET DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

Les travaux de Schmidt (1), complétés et vulgarisés en France par Paul Carnot (2), Bardet (3), Martinet (4) et Nepper (5), ont démontré que la constipation habituelle n'est le plus souvent que le résultat d'un trouble dans la digestion intestinale consistant essentiellement : 1° en une déshydratation plus ou moins complète du bol fécal, dont la progression ou l'expulsion se trouvent ainsi plus ou moins entravées; 2° en une insuffisance plus ou moins marquée de la sécrétion de la bile qui est l'excito-moteur physiologique du péristaltisme intestinal.

Cette conception nouvelle de la constipation a eu pour effet d'entraîner une modification complète dans les habitudes du praticien, qui a, pour ainsi dire, touché du doigt l'erreur qu'il commettait en prescrivant à ses malades un laxatif ou purgatif, méthode dont il avait, du reste, aperçu depuis longtemps les inconvénients.

L'exonération une fois obtenue, le constipé, non seulement n'était pas guéri mais souvent aggravé, quelque ingéniosité que pouvait mettre son médecin à varier les formules.

Les recherches de Schmidt, en même temps qu'elles éclairaient d'un jour nouveau la pathogénie de la constipation, indiquaient en même temps la voie à suivre. Il fallait trouver un produit capable d'augmenter le volume des fèces et de les hydrater sans exercer aucune action irritante sur la muqueuse intestinale. Ces indications se trouvent réalisées par les mucilagineux dont le type le plus commode est celui qui est connu sous le nom de « thaolaxine ».

(1) Ad. Schmidt. *Münch. med. Wochens.*, 1905, n° 41.
(2) P. Carnot. *Progrès méd.*, 17 oct. 1908.
(3) Bardet. *Bull. gén. de thérap.*, 8 juillet 1908.
(4) A. Martinet. *Presse méd.*, 5 déc. 1908 et 30 mars 1910.
(5) Nepper. Th. de Paris, 1906.

La « thaolaxine » n'est en effet autre chose que de l'agar-agar soigneusement sélectionné, auquel il a été combiné, par un artifice ingénieux de préparation, une très faible proportion d'extraits de diverses rhamnées. Très avide d'eau dont elle absorbe quinze ou seize fois son poids, cette substance gonfle aisément, augmentant ainsi le volume des fèces auxquelles elle communique sa mollesse et son onctuosité, rendant en même temps efficaces les contractions intestinales. Sous son action, on voit, au bout de quelques jours, les garde-robes redevenir faciles et régulières et, après un temps variable, l'intestin récupérer son péristaltisme normal.

Malgré la très faible proportion de rhamnées que contient la « thaolaxine », quelques intestins très irrités par l'abus des purgatifs réclament un agar sans addition. Ce produit, connu sous le nom de « laxagarine », a été préparé sur les indicatisns du docteur A. Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, qui l'emploie pur ou mélangé en proportions variables à la « thaolaxine ».

Quoi qu'il en soit, la « thaolaxine » expérimentée aujourd'hui dans tous les hôpitaux de Paris est considérée par la plupart des auteurs, Paul Carnot, Louis Renon (1), Paul Le Gendre (2), Martinet, J.-Ch. Roux (3), etc., comme le moyen le plus pratique d'administrer la gélose aux constipés et de les guérir.

Mais la « thaolaxine » ne guérit que le constipé habituel n'ayant ni douleurs intestinales, ni productions anormales dans ses matières. L'apparition de glaires (mucus coagulé), de fausses membranes ou de sable intestinal, accompagnée ou suivie de grosses douleurs, avec alternative de constipation opiniâtre et de débâcles diarrhéiques, caractérise la transformation d'un symptôme banal en une maladie pénible entre toutes : nous avons nommé l'entéro-colite muco-membraneuse.

On sait aujourd'hui [professeur Roger (4), Trémolières et Riva (5), Hallion et Nepper (6)] que cette affection et les symptômes qui l'accompagnent sont dus à l'insuffisance de la sécrétion biliaire. Seule, en effet, la bile peut s'opposer à l'action coagulante qu'exerce sur le mucus intestinal le ferment isolé par Roger et qu'il a appelé mucinase, ferment qui existe en abondance dans l'intestin et même dans le sang des malades atteints d'entéro-colite. Nous avons vu, en outre, que la bile étant l'excito-moteur physiologique du péristaltisme, son insuffisance entretient la constipation, circonstance qui favorise encore l'action coagulante de la mucinase.

A ces malades, la « thaolaxine » ne convient que comme adjuvant, il faudra lui préférer ou lui associer un extrait de bile capable de restaurer la fonction compromise.

L'une des meilleures préparations de ce genre (M. de Langenhagen) est la « choléokinase », qui est constituée par l'association des principes essentiels de la bile, isolés par un procédé spécial, avec des traces de kinase active.

En l'employant aux doses convenables — six à douze ovoïdes et même plus par jour — nous avons vu se réaliser constamment les heureux effets annoncés par le professeur Roger lorsqu'il a écrit : « Prescrivez aux personnes qui rendent des membranes de l'extrait de fiel de bœuf, vous verrez les douleurs s'apaiser, les fausses membranes disparaître. »

Toute la thérapeutique intestinale se trouve ainsi heureusement résumée en deux produits — « thaolaxine » et « choléokinase » — qui se recommandent par leurs effets réguliers à l'attention du praticien.

(1) L. Renon. *Bull. gén. de thérap.*, 24 juin 1908.

(2) P. Le Gendre. *Journ. des prat.*, 8 mai 1909 ; — *Bull. méd.*, déc. 1909.

(3) J.-Ch. Roux. *Les Consultations médicales françaises*, fasc. 14, Poinat, éditeur.

(4) H. Roger. *Alimentation et digestion*, Paris, 1907, Masson, éditeur.

(5) Trémolières et Riva. *C. r. de la Soc. de biol.*, 7 avril 1906.

(6) Hallion et Nepper. *C. r. de la Soc. de biol.*, 20 et 27 juillet 1907.

LIVRES NOUVEAUX

L'État mental des hystériques (1), par Pierre Janet.

Trois parties composent cet ouvrage. La première est la reproduction du travail que l'auteur avait publié dans la collection Charcot-Debove sur l'état mental et les accidents mentaux des hystériques. La seconde réunit un certain nombre d'études parues dans diverses revues sur certains symptômes hystériques plus particuliers ; on y trouvera notamment des observations sur la localisation unilatérale des troubles hystériques, sur l'hémianopsie transitoire, sur le rythme de Cheyne-Stokes dans l'hystérie, sur certains troubles de la vision, les modifications de la mémoire et les doubles existences. La troisième partie enfin est constituée par une étude, sur le traitement psychologique de l'hystérie, traitement de la faiblesse mentale, traitement des idées fixes et de quelques accidents spéciaux, avec considérations sur le rôle de l'isolement, du sommeil hypnotique, de la suggestion et de la direction morale chez ces malades.

L'un des principaux mérites de ce volume est d'être un recueil d'observations cliniques prises avec un soin jaloux et relatées avec une minutie dans le détail qui en rend la lecture intéressante.

Dans cette seconde édition, l'auteur vient de nouveau affirmer sa croyance dans la doctrine de l'hystérie, classique en 1893 et 1894 lors de l'apparition de la première édition de cet *Etat mental des hystériques*. Sa conception ne semble pas avoir été ébranlée ni même sensiblement modifiée par les travaux et les discussions pourtant si importants de ces dernières années. P. CAMUS.

Précis de consultations médicales (2), par X. Arnozan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'excellente « Collection Testut » s'enrichit constamment de nouveaux ouvrages, et un livre écrit par le savant thérapeute qu'est le professeur Arnozan y figurera en digne place.

On avait déjà du même auteur dans la même collection un précis, bien connu, de thérapeutique, et le *Précis de consultations médicales* vient le compléter et non faire double emploi avec lui.

Cet ouvrage étant destiné aux praticiens pour les aider dans le traitement des affections courantes, l'auteur n'a mentionné que les médications et les médicaments ayant fait leurs preuves. D'autre part, persuadé qu'il importe avant tout de ne pas contrarier l'évolution du mal qui doit guérir par les seules défenses de l'organisme, persuadé aussi de l'importance primordiale des prescriptions hygiéniques pour concourir à ce but, M. Arnozan a consacré à ces prescriptions un paragraphe spécial, parfois très développé, dans chaque chapitre.

La place réservée aux médications symptomatiques est restreinte, car elles conduisent à une polypharmacie néfaste et parfois d'ailleurs en combattant un symptôme dont on ignore la valeur on s'expose à troubler les défenses de l'organisme.

Enfin, pour les maladies graves, un paragraphe a été consacré au traitement de la convalescence et de ses accidents, ce qui manque trop souvent dans les ouvrages de ce genre.

(1) 1 vol. grand in-8 de 700 p. 2e édition. — Prix : 18 francs. — Paris, Félix Alcan.

(2) In-8 de 460 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le *Précis de consultations médicales* du professeur Arnozan sera donc pour le médecin un conseiller prudent, averti et sûr auquel il aura fréquemment recours.

A. GAULLIEUR-L'HARDY.

Les Albuminuries et leur traitement, par le docteur Arthur LECLERCQ (1).

Cet ouvrage est le quatrième, et dernier, d'une série que l'auteur a consacrée aux « maladies de la cinquantaine ». Les différentes variétés d'albuminurie et leur traitement y sont étudiés à la lumière des dernières conquêtes de la clinique et du laboratoire, et lorsque l'auteur nous dit que son but a été de « faire quelque chose pour aider la frêle embarcation humaine à doubler le cap toujours périlleux de la cinquantaine », on ne peut qu'applaudir à l'intention et à la forme sous laquelle elle est exprimée. A. GAULLIEUR-L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 269, 10 déc. 1910.) H. BORDIER : Les effets de la teinte IV de mon chromoradiomètre dans le traitement des épithéliomas de la face. — H. MARQUÈS : Radiothérapie de la syringomyélie. — CLUZAN : Traitement électro-chirurgical des prolapsus génitaux. — ARCELIN : Interrupteur soupape. — F. BARJON : Essais comparatifs des différents modes de traitement des nævi vasculaires. — (N° 270, 25 déc. 1910.) FABRE, BARJON et TRILLAT : Radiographie du fœtus *in utero* sur le vivant. — MARIE et DURAND : Des avantages et des inconvénients de l'interrupteur Wehnelt en radiographie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1910.) AVIRAGNET : Inconvénients et dangers du lait des vaches nourries de résidus industriels. — ARRAGA : La colite mucomembraneuse. — P.-V. BADIN : Du traitement consécutif des luxations congénitales de la hanche réduites par la méthode non sanglante. — SALAZAR DE SOUZA : Ostéite fibreuse déformante avec ostéomalacie. — COMBY : L'anémie splénique, maladie parasitaire.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 11, nov. 1910.) A. MATHIEU : Les colites hémorragiques. — H. MILLON et Louis MARRE : Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique. — M. LABBÉ, LAIGNEL-LAVASTINE et VITRY : Un cas de diabète maigre. — A. BAUER : Le séro-diagnostic du kyste hydatique du foie par la réaction de fixation du complément.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 12, 20 déc. 1910.) Jean PETIT : Fractures du radius causées par la manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile. — LE DAMANY : Luxation congénitale de la hanche (*fin*). — VAILLANT : Traitement de la syphilis du nouveau-né. — RENAUDIN : Que faut-il penser des opinions en cours sur le traitement de la tuberculose ? — LEREMBOURE : Hépatocholécystite suppurée d'origine calculeuse et pancréatite. Cholédocotomie, cholécystectomie, drainage de l'hépatique. Guérison. — LISSONDE : Appendicite aiguë. Vomito-negro appendiculaire. Intervention. Mort.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 13 déc. 1910.) SAUERBRUCH et HEYDE : Recherches sur les causes du début de l'accouchement. — MARKS : Sur l'action du dioxydiamidoarsenobenzol sur la vaccine expérimentale du lapin. — HERING : Expériences sur la dose mortelle de la solution acide de 606. — WEILER : Sur le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — HAUSMANN : Sur la possibilité des thromboses veineuses après l'injection intraveineuse d'arsenobenzol. — FRIEDBERGER : Nature et signification de l'anaphylaxie. — HIRSCHEL : Importance clinique du cancer mammaire de Paget. — AST : Expériences pratiques sur la réaction de la typhoïde de Mandelbaum. — LIPOWSKI : Traitement de la constipation chronique par les lavements de paraffine. — SCHWENTER : Nouvelle méthode d'irradiation Röntgen. — CHRISTEN : Sur le traitement par inhalation. — GRAFF : Sténoses rares du larynx. — STRAUSS : Le cycloforme, nouvel anesthésique. — ERBEN : Paralysie faciale dans les intoxications par substances alimentaires. — (N° 51, 20 déc.) IGERSHEIMER : Expériences sur le dioxydiamidoarsenobenzol et en particulier sur son action sur l'œil. — MARTINS : Action locale du 606 sur le point de l'injection. — BOHAC et SOBOTKA : Remarques d'ensemble sur quelques actions accessoires observées après les injections de 606. — THERSTAPPEN : Un cas de régénération osseuse après une seule injection de 606. — RÖMER et JOSEPH : Encore quelques expériences sur la poliomyélite. — BUMKE : Troubles pupillaires dans la démence précoce. — KELLING : Sur les méthodes d'arrêt des hémorragies graves de l'estomac et de l'intestin. — SCHULZE : Emploi des ganglions sous-cutanés du thorax pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — KIRSCHEIM : Emploi et doses de l'adrénaline en injections sous-cutanées. — SCHAEFER : Expériences cliniques sur un nouvel hypnotique, l'adaline. — SCHULZ : Contribution historique à l'intoxication par la jusquiame. — HARRASS : Prolapsus génital et hernie à la suite d'une fracture ancienne du bassin. — RACH et REUSS : Le foie dans la scarlatine. — FRIEDBERGER : Sur la nature et la signification de l'anaphylaxie. — (N° 52, 27 déc.) MAYER et LINSER : Tentative pour guérir les intoxications gravidiques par les injections de sérum antigravidique. — RIEHL : L'abaissement de la température centrale et notamment de la température de l'estomac par l'application externe de froid. — BUSSOW : Epidémie de dysenterie à Flexner dans un hôpital, où la transmission des germes fut transmise de la cuisine par les aliments. — KOCH : Sur l'endotine. — GENNERSICH : Technique et contre-indication du traitement par le salvarsan. — RAVASINI : Le salvarsan dans 80 cas de syphilis. — SCHULE : La doctrine du point nerveux et le massage du point nerveux d'après Cornilius. — RICHTER : Sur l'hémorragie intra-orbitaire dans l'exophtalmie intermittente. — MÜLLER : Appareil pour injections urétrales. — VANSELOW : Boîte à désinfection pour sages-femmes. — MARTINS : Sur les actions locales du 606 au lieu de l'injection.

Tribune médicale. — (N° 53, 31 déc. 1910.) BEILÈRE : L'exploration radiologique dans le diagnostic des affections du foie.

(1) In-8 écu de 264 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Guinon, Chauffard, Rénon, Laffitte, Méry, Renault (A.), Oulmont, Achard, Bruhl, Béclère, Roger et Broca.

Candidats. — 1. MM. Chiray, Tanon, Voisin, Moutier, Géraudel, Merklen, Gauthier, Crouzon, Agasse-Lafont, Léri,

11. Tixier, Du Castel, Esmein, Trémolières, Lemaire, Babonneix, Ramond, Villaret, Comte, Lippmann,

21. Paris, Salomon, Beaufumé, Malloizel, Fiessinger, Gougerot, Darré, Paisseau, Detot, Grenet,

31. Rostaine, Lemierre, Milhit, Le Sourd (Louis), Laubry, Deguy, Audistère, Lévi, Nathan, Laederich,

41. Camus, Lemaire, Herscher, Weill-Hallé, Vitry, Ferrand, Ribadeau-Dumas, Sézary, Norero, Giroux,

51. Jomier, Touchard, Feuillié, Balthazard, Fouquet, Brulé, Civatte, Israels de Jong, Nathan-Larrier, Lortat-Jacob,

61. Boidin, Louste, Rosenthal, Monier-Vinard, Ferrand, Pagniez, Faroy, Rendu, Faure-Beaulieu, Génevrier,

71. Bigort, Dreyfus-Rose, Armand Delille, Bory, Claude, Bergeron, Halbron, François, Verliac, Bondon,

81. Lévy, Gy, Claret, Legroux, Harvier, Froin, Vincent, Courcoux, Bloch, Baudouin,

91. Lejonne, Lian, Ambard, Rivet, Roussy, Ameuille, Philibert, Appert, Aubertin, Lhermithe,

101. Renaud.

— Concours de l'Internat. — *Oral.* — Epreuve supplémentaire du 3 février. — Question donnée : « Faisceau pyramidal (anatomie). — Pleurésies interlobaires. »

MM. Gouverneur, 17; Vallery-Radot-Pasteur, 19; Girard, 20; Bergeret, 16; Leblanc, 18.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Girard, Vallery-Radot-Pasteur, Leblanc, Gouverneur, Bergeret, Vielle, Paley, Quénu, Delivet, Couinaud,

11. Richard, Durand (Gustave), Miégeville, Françon, Rudelle, Dubois (Robert), Godlewski, Rousseau (Ferdinand), Mignot, Gatellier,

21. Théry (Louis), François, Thiers, Rouillard, Prigent, Ducastaing, Chatelin, Broussolle, Petit-Dutaillis, Thouvenin,

31. Colombe, Buc, Weber (André), Kœchlin, Nadal, Pierret, Jacquet, Sourdille, Monod (Raoul), Mossé,

41. Legrain, Dufour, Bonnet (Emile), Besset, Vaudescal, Monbrun, Bloch, Gautruche, Tzanck, Héricourt,

51. Bruel, Le Maux, Cassard, Latil, Coppin, Mairesse, Bontemps, Lœwy, Bouquier, Meaux-Saint-Marc,

61. Dutheillet de Lamothe, Dupradeau, Hischmann, Pernet, Mlle de Pfeffel, M. Delort.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Plaisant, Krebs, Avezou, Butin, Vinay, Goret, Mlle Peltier, MM. Lamare, Barat, Mlle Athanassiu,

11. M. Clap, Mlle Leven, MM. Bouttier, Netter (René), Paraf, Lévy (Isaac), Barthélemy, Baudouin, Achard (Pierre), Durœux,

21. Maréchal, Haguenau, Duter, Moriez, Mlle Landesmann, MM. Bel, Charrier, Marcorelles, Bardon, Desaux,

31. Bonnet (Flavien), Libert, Fitte, Escallier, Monod (André), Larroque, Alexandre, Lucas-Championnière, Mlle Blanchier, MM. Frette,

41. Michel, Brouet, Schoofs, Rouffignac, Marchak, Mlle Pouzin, MM. Lefranc (Victor), Hertz, Lévy-Franckel, Lecerf,

51. Hartmann, Pimpaneau, Ribo, Angot, Dubois (Jean), Colleville, Trifaud, Baréty, Guelfucci, Bailleul,

61. Alary, Galop, Duval, Chichmanian, Piot, Mercier, Noël, Mallet (Lucien), Dedet, Morisson-Lacombe,

71. Michaux, Percepied, Durand (Albert), Chatellier, Pilatte, Ferrand, Besançon, Salés, Mlle Delage, M. Moreau,

81. Mlle Monbiot, MM. Garcin, Mazzoléni, Monod (Lorenz), Huc (Georges), Grandjean, Marcassus, Belloir, Boirac.

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté, après discussion, a remis à quinzaine la décision à prendre au sujet de la création de la chaire d'hydrologie.

Facultés de médecine. — Alger. — Un congé de trois mois, à partir du 1er décembre 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Weber, professeur d'anatomie.

— Montpellier. — Un congé du 1er janvier au 30 décembre 1911 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Rodet, professeur de microbiologie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Kelsch, médecin inspecteur, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut de vaccine. Ses obsèques auront lieu le mardi 7 février à midi, on se réunira à la maison mortuaire, 5, rue du Quatre-Septembre; Schlemmer (de Paris); Michel, décédé à Kharbine, victime du dévouement professionnel.

LA TORSION DE L'UTÉRUS

Par le docteur CH. GIROD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La torsion de l'utérus est un phénomène assez rare et qui n'a été signalé jusqu'à présent que par un nombre assez restreint d'observateurs. Nous n'aurons d'ailleurs en vue, dans cette revue générale, que les cas de torsions produites par les tumeurs utéro-annexielles. Celles-ci, en effet, peuvent, en se déplaçant, entraîner avec elles le corps utérin; l'utérus subit alors, autour de son axe vertical, un mouvement de rotation plus ou moins prononcé vers la gauche ou vers la droite, tandis que le col, fixé par l'insertion vaginale, reste en place. C'est donc une complication des tumeurs de l'utérus ou de ses annexes; c'est cette complication dont nous allons essayer de donner la description.

HISTORIQUE. — Ce n'est guère qu'à partir de Rokitansky que l'on commença à s'occuper de la torsion des organes abdominaux. Mais, bien que Virchow et Klob aient depuis longtemps mentionné la torsion utérine dans leurs traités, il faut cependant arriver jusqu'à ces dernières années pour la voir décrite d'une façon à peu près complète. Jusque-là, les auteurs n'en parlent que d'une façon tout à fait incidente : tels Kœberlé, Lefour, Schrœder, Terrillon, Planque. Mais, dans ces dernières années, plusieurs travaux d'ensemble ont paru sur cette question; c'est ainsi que Lejars la mentionne dans son *Traité de chirurgie d'urgence* et indique que les formes aiguës de la torsion utérine peuvent nécessiter une intervention rapide; enfin des descriptions fort complètes ont été faites par Johanowski (1898), Schultze (1898), Ehrendorfer (1899), von Wœrtz (1900), Barozzi (1904). C'est en nous aidant de ces travaux et en étudiant de près les nombreuses observations publiées que nous allons essayer de tracer l'aspect clinique de la torsion de l'utérus.

ETIOLOGIE. — La torsion de l'utérus autour de son axe est produite par deux variétés de tumeurs : le fibrome et les tumeurs annexielles.

Le fibrome est de beaucoup la cause la plus fréquente : 60 p. 100 environ des cas. Quant aux tumeurs des annexes, ce sont des kystes de l'ovaire, des tumeurs ovariennes (cancer, papillome, etc.), des kystes parovariens.

Rien de particulier au sujet de l'âge des malades. La torsion de l'utérus étant une complication de tout un groupe de tumeurs du bassin se voit à l'époque habituelle du développement de ces tumeurs. C'est dire que l'âge habituel varie entre trente et cinquante ans; quelquefois beaucoup plus tôt, dix-neuf ans; d'autres fois plus tard, soixante-treize ans.

Il serait plus intéressant de connaître l'âge de la tumeur au moment où la torsion se produit. Malheureusement, pour bien des causes, cette évaluation est très difficile. Cependant il est un fait qui, dans une certaine mesure, peut nous renseigner sur ce sujet; c'est le volume de la tumeur. Or, sur ce point tous les auteurs ont sensiblement les mêmes conclusions : il s'agit presque toujours de tumeurs déjà volumineuses; il y a donc là un élément étiologique très important.

Mentionnons enfin l'importance de la grossesse, qui agit aussi bien en relâchant les parois abdominales, qu'en rendant, d'après Barozzi, le tissu utérin plus malléable, plus ductile.

MÉCANISME. — Le mécanisme des torsions de l'utérus est, dans ses grandes lignes, le même que celui de toutes les tumeurs au petit bassin; il présente cependant quelques points particuliers que nous allons essayer de mettre en évidence.

Il faut d'abord, selon l'exemple d'Ehrendorfer, distinguer deux groupes de faits, selon que la tumeur causale est pédiculée ou non. En effet, dans ce dernier cas seulement, la rotation de l'utérus est immédiate : « Si les causes qui tendent à la torsion de la tumeur se produisent, c'est l'utérus qui se tord. » Dans le premier cas, au contraire, la torsion de l'utérus est médiate; la tumeur pédiculée se tord la première, puis le mouvement se continue au niveau de l'isthme utérin.

Cette distinction faite, voyons les conditions nécessaires pour qu'un utérus puisse se tordre; il faut d'abord la *mobilité*, qui implique l'absence d'adhérences, puis la présence d'un *pédicule grêle*. Or tous les observateurs ont mentionné ce fait : lorsque les tumeurs du bassin, attenantes à l'utérus, ont tendance à s'élever, elles attirent avec elles cet organe. Celui-ci, fixé par son insertion vaginale, se trouvera par conséquent allongé au niveau de sa partie la plus faible, c'est-à-dire entre le corps et le col; en même temps cette portion sera amincie et aura ainsi la forme d'un véritable pédicule, plus ou moins long, plus ou moins grêle, autour duquel le corps utérin pourra tourner.

Quant aux théories destinées à expliquer le mécanisme même de la torsion utérine, elles sont ici les mêmes que lorsqu'il s'agit du pédicule d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome. On peut donc invoquer le *relâchement de la sangle abdominale*, qui permet la mobilité de la tumeur, les *alternatives de réplétion et de vacuité* de la vessie et du rectum, les *changements d'attitude* et les *mouvements brusques*. Mais ce qu'il nous faut indiquer surtout, c'est l'*accroissement* de volume de la tumeur, surtout lorsqu'il s'agit d'un fibrome; celui-ci, en effet, en se développant progressivement dans la cavité abdominale, tend à tourner par le même mécanisme d'accommodation que l'on voit dans l'accouchement : la tête (ou la tumeur) tourne parce qu'elle accommode ses grands diamètres aux grands diamètres du bassin (ou du ventre).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ce qui frappe d'abord lorsqu'on examine une pièce de torsion utérine, c'est la déformation de l'utérus. Le corps est plus ou moins volumineux, congestionné, et la partie isthmique est allongée, amincie et tordue. L'élongation, très variable, est en moyenne de 4 à 6 centimètres; l'épaisseur est celle d'un crayon ou du petit

doigt; les tours de spire sont en nombre très variable, depuis un jusqu'à cinq; en général la torsion est de 180 degrés, c'est ainsi qu'elle apparaît dans la grande majorité des observations. De même la torsion peut se faire aussi bien de gauche à droite ou de droite à gauche.

La surface extérieure de l'utérus, dans toute la partie située au-dessus de la torsion, a changé de couleur : au lieu d'être rosée ou rouge pâle, elle est devenue rouge sombre, violette, et cette teinte cyanotique est parfois tellement accusée qu'elle seule a pu obliger l'opérateur à faire une hystérectomie. De plus, on voit très souvent des extravasations sanguines sous-péritonéales plus ou moins étendues. Il en est de même à la coupe, où l'on voit le tissu utérin d'un rouge foncé, avec, par endroits, de véritables noyaux d'infarctus. Enfin, la muqueuse elle-même est rouge ou violet foncé, tantôt par places, tantôt dans sa totalité.

Selon le degré de striction, la cavité utérine est plus ou moins fermée au niveau de l'isthme. En général, l'occlusion n'est pas complète; cependant, dans quelques observations, la cavité a disparu au niveau du lieu de torsion. Et même il peut se produire une séparation complète du col et du corps, tel le cas de Ricard. Cette occlusion de la cavité cervicale est très importante à connaître; c'est en effet une cause d'erreur lorsqu'on veut cathétériser l'utérus; comme l'isthme est allongé, l'hystéromètre, bien qu'il soit arrêté avant d'arriver au fond de l'utérus, peut donner une longueur normale.

Au-dessus de cette cavité cervicale ainsi déformée se trouve la cavité du corps : celle-ci est plus ou moins dilatée, parfois vide, d'autres fois pleine de sang.

Les ovaires ne sont plus à leur place normale : attirés par le mouvement de rotation de l'utérus, ils ont cheminé avec lui et l'on peut ainsi trouver celui de droite à gauche et vice versa. Le même mouvement enroule les trompes autour du pédicule utérin et les allonge quelquefois considérablement. Généralement, les annexes sont œdématiés, et sur ces tissus mous et friables les ligatures tiennent mal, d'où possibilité d'hémorragies secondaires.

Si nous passons maintenant aux lésions microscopiques, nous voyons que les fibres musculaires utérines sont grosses, comme gonflées, mal colorées; le noyau est volumineux, arrondi. Par places, se voient des ruptures vasculaires avec amas plus ou moins considérables de globules rouges; cette extravasation sanguine dissocie les fibres musculaires, au contact immédiat desquelles elle se trouve. Il en est de même pour la muqueuse; ce qui domine surtout, c'est l'envahissement de tout le chorion par un nombre considérable de globules sanguins; les cellules de l'épithélium muqueux sont grosses, mal colorées, parfois confondues les unes avec les autres.

Telles sont les lésions anatomo-pathologiques consécutives à la torsion de l'utérus. Nous voyons qu'elles relèvent toutes du même facteur, les troubles circulatoires, et que les conséquences en sont l'infiltration œdémateuse et l'extravasation sanguine.

Symptomatologie. — Pour faciliter la description clinique de la torsion de l'utérus, nous en distinguerons deux formes : forme rapide, forme lente.

La *forme rapide* se manifeste par une crise très violente, qui met rapidement en danger la vie de la malade. La femme, jusqu'alors bien portante, n'a jamais souffert du ventre; parfois, cependant, de petites crises douloureuses se sont déjà manifestées, mais ces douleurs, peu violentes, ont passé inaperçues. Tout à coup, à l'occasion d'un mouvement brusque, la malade ressent dans le ventre une douleur extrêmement vive et dont l'intensité augmente rapidement; d'abord localisée au bas-ventre, elle ne tarde pas à s'étendre aux fosses iliaques puis à tout l'abdomen. Cette douleur est telle qu'elle rend la station debout impossible et oblige la malade à s'aliter immédiatement. En même temps le facies s'altère; la malade est pâle, anxieuse, les traits sont tirés, la respiration est courte. Bientôt surviennent des nausées, puis des vomissements plus ou moins répétés; enfin, lypothymies et syncopes. Le pouls est toujours petit, souvent très rapide, atteignant 120-130 pulsations à la minute. La température est généralement normale; cependant, dans les cas graves, elle peut s'élever jusqu'à 38 ou 39 degrés.

Tels sont les symptômes généraux, extrêmement graves, qui commandent l'intervention d'urgence. Il est d'ailleurs presque impossible d'examiner la malade, par suite de l'intensité de la douleur et de la contracture musculaire.

Dans cette forme, la mort rapide est la règle, à moins qu'une opération prompte ne soit pratiquée.

Forme lente. — Celle-ci se distingue de la précédente par l'intensité bien moindre des symptômes et l'évolution plus lente. Mais entre ces deux formes extrêmes, il existe toute une série de formes intermédiaires allant de la plus grave à la plus bénigne. Ce qui caractérise surtout ces formes moyennes, c'est la répétition plus ou moins fréquente des crises; c'est ainsi que, dans certaines observations, les malades eurent des crises répétées pendant huit à dix mois.

La douleur est toujours le premier symptôme et sa caractéristique est d'apparaître constamment à l'époque des règles; l'intensité en est extrêmement variable; le siège en est toujours le bas-ventre et les fosses iliaques.

L'état de la menstruation est variable selon le degré de torsion. Comme nous l'avons vu, le plus souvent la cavité cervicale reste perméable; les règles ont alors lieu normalement, à moins qu'il n'y ait un fibrome occasionnant des pertes sanguines plus ou moins abondantes. Mais lorsque la striction est serrée, il n'y a plus de communication entre la cavité du corps et l'extérieur; les règles sont alors totalement supprimées et leur époque d'apparition n'est plus indiquée que par de violentes crises douloureuses. Parfois même, ces dernières n'existent pas et l'on conçoit alors, ainsi que l'a fait observer J.-L. Faure, que l'augmentation du volume du ventre due à la tumeur et la suppression des règles aient pu faire croire à une grossesse.

Enfin il existe un dernier ordre de symptômes,

les troubles vésicaux, sur lesquels ont insisté Lœhlein et Johanowski. Il peut arriver en effet que l'utérus tordu entraîne dans son mouvement la vessie, d'où des envies fréquentes d'uriner, des douleurs à la miction, de l'incontinence ou de la rétention d'urine.

L'examen du ventre et le palper bi-manuel donnent des résultats assez variables selon la tumeur en cause. Remarquons cependant que, quelle que soit cette tumeur, la consistance en est presque toujours rénitente, même lorsqu'il s'agit d'un fibrome, par suite de l'infiltration œdémateuse, résultat de la torsion. On constate parfois une certaine quantité d'ascite; mais celle-ci est presque toujours peu considérable.

L'utérus, par le toucher vaginal, ne donne aucune sensation précise : il ne semble pas que l'on puisse ainsi sentir la torsion utérine ; la seule chose facile à constater est l'allongement parfois considérable du col.

Enfin Johanowski a indiqué *a priori* un autre signe : la position des ovaires. Ceux-ci ont, en effet, changé de place par suite de la rotation de l'utérus ; si donc, par le palper bimanuel, on les trouve à une place anormale, on pourra admettre la possibilité d'une torsion utérine.

Le cathétérisme de l'utérus donne des résultats assez variables. Si la cavité de l'isthme est perméable, l'instrument pénètre jusqu'au fond de l'utérus et indique alors un allongement considérable de cet organe. Mais si la torsion est serrée, l'hystéromètre est arrêté immédiatement et indique ainsi l'occlusion du canal cervical ; remarquons cependant que, dans ce cas, par suite de l'allongement du col, l'instrument peut donner une longueur presque normale.

Tels sont les symptômes dominants de la torsion de l'utérus. Ils s'accompagnent en général de toute une série de symptômes d'ordre secondaire : troubles digestifs, constipation, douleur à la défécation.

L'évolution en est lente et se manifeste sous forme de crises de durée variable et revenant à intervalles plus ou moins rapprochés ; l'intervention devient alors nécessaire, soit par l'apparition d'une crise plus violente, soit par suite de quelque complication grave : gangrène, nécrose, infection de la tumeur.

Torsion utérine avec grossesse. — La présence d'un fœtus dans la cavité d'un utérus tordu rend cette complication beaucoup plus grave. Il s'agit toujours d'une forme très rapide et la crise douloureuse est très intense. De plus la gravité en est très grande, aussi bien pour l'enfant que pour la mère. Cependant, dans ces dernières années, des opérations promptes ont pu être faites, qui ont permis la continuation de la grossesse.

Pronostic. — De tout cela, il résulte que le pronostic d'une torsion utérine est assez variable. Grave dans les formes aiguës, grave encore dans le cas de grossesse coexistante, il est beaucoup plus bénin dans les formes lentes.

Diagnostic. — Diagnostiquer une torsion utérine est assez délicat. En effet, il n'y a pas de signe véritablement pathognomonique de cette affection ; il n'y a qu'un ensemble de symptômes qui peuvent le faire soupçonner : ce sont les crises douloureuses au moment des règles, les troubles menstruels, les troubles vésicaux, le cathétérisme de l'utérus. Ce sont ces symptômes surtout qui serviront à distinguer la torsion utérine de la torsion du pédicule d'une tumeur.

Traitement. — La conclusion de tout ce que nous venons de voir est qu'une intervention s'impose, d'autant plus rapide que les phénomènes sont plus aigus. L'opération sera variable selon la tumeur en cause : hystérectomie supra-vaginale s'il s'agit d'un fibrome ; ablation du ou des ovaires en cas de tumeur annexielle. Dans ce dernier cas en effet, on peut laisser l'utérus en place, à moins que les lésions à son niveau ne semblent trop prononcées ; d'ailleurs, dans bien des cas, l'utérus se redressa spontanément sous les yeux de l'opérateur.

BIBLIOGRAPHIE

Barozzi. *Gynécologie*, 1904 et *Manuel de gynécologie pratique.* — Bland-Sutton. *Trans. of the obst. Soc. of London*, XLI, 1899. — Bourcart. *Ann. de gyn.*, 1894. — Ciencha-nowski. *Deut. med. Woch.*, 1897, p. 435. — Ehrendorfer. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, IX, 1899. — Ehrdmann. *Ann. of surg.*, 1904. — J.-L. Faure. *Trib. méd.*, 1908. — Ferroni. *Ann. di ost.*, 1899. — Girod. Thèse de Paris, 1908. — Goullioud. *Soc. chir. de Lyon*, 1904. — Homans. *Amer. J. of obst.*, 1894. — Johanowski. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1899. — Lejars. *Sem. méd.*, 1907. — Lœhlein. *Deut. med. Woch.*, 1897. — Petit. *Sem. gyn.*, 1903. — Pick. *Prag. med. Woch.*, 1891. — Reinprecht. *Wien. klin. Woch.*, 1899. — Schultze. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1898. — Sonnenfeld. Thèse de Breslau, 1900. — Stratz. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1902. — Weinberg. Thèse de Leipzig, 1904. — Wœrtz. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1900.

LA DÉPOPULATION

ET

L'IMPUISSANCE DES LOIS

Par le docteur GAULLIEUR L'HARDY.

Le danger pressant, que fait courir à notre race l'abaissement continu du taux de la natalité en France, ne pouvait manquer d'attirer l'attention du monde médical, appelé à saisir quotidiennement sur le vif quelques-unes des multiples causes de cet alarmant phénomène. Il n'est donc point surprenant que des médecins, et non des moindres, aient songé à proposer des remèdes pour enrayer les progrès du mal. Nous rappellerons notamment que M. le professeur Lannelongue a déposé au Sénat un projet de loi contre-signé par MM. Léon Labbé et Peyrot, projet qui, d'une part, veut tenter la reconstitution du foyer familial par la liberté de tester rendue au chef de famille et d'autre part prévoit un accroissement de charges militaires pour les célibataires, et des avantages de carrière et de retraite pour les hommes mariés avant vingt-cinq ans et pères d'au moins trois enfants.

Tout récemment (1) M. Jayle publiait sur la dépopulation un travail fort intéressant et très juste, à mon avis, sur beaucoup de points, où il propose comme remèdes de s'intéresser avant tout à la protection des enfants sains et des adultes sains au lieu de sacrifier toutes les ressources disponibles aux éléments faibles de la population, et surtout d'établir l'égalité sociale entre les productifs et les improductifs par l'institution de l'impôt du sang transmis. « Tout Français doit assurer entre trente-cinq et soixante ans l'élevage jusqu'à quinze ans de trois enfants, ou payer une somme correspondant à celle que coûteraient ces trois enfants dans la classe sociale à laquelle il appartient...

Les improductifs n'ont droit dans les fonctions publiques rétribuées qu'à une quantité de places proportionnelle à leur nombre dans la société. On donnera aux familles pauvres, en particulier à celles ayant plus de trois enfants des sommes importantes d'argent. Le montant de ces sommes sera d'autant plus élevé que les enfants seront d'un meilleur état de santé. L'argent nécessaire sera fourni par les improductifs riches. »

Je ne me permettrai point de discuter ici personnellement les deux propositions résumées ci-dessus ; je ne suis pas économiste et n'ai point par conséquent les connaissances nécessaires pour aborder une question aussi vaste et aussi complexe que celle de la dépopulation. Je me bornerai seulement à examiner si les distingués auteurs des travaux auxquels j'ai fait allusion ont vraiment agi en médecins. Ont-ils, suivant la méthode que leur esprit clinique leur eût certainement imposée en médecine, parce qu'elle est la seule vraie, recherché si le procédé de thérapeutique sociale qu'ils préconisent aujourd'hui a déjà été mis en œuvre dans des cas semblables, et dans l'affirmative, quels en ont été les résultats, favorables, nuls, ou désastreux pour les organismes auxquels il a été antérieurement appliqué? Voilà la question que je me permets de poser. Or il est surtout un point, commun aux propositions de M. le professeur Lannelongue et de M. Jayle, qui ne me paraît pas avoir été soumis à cette nécessaire critique préalable. Emportés par leurs généreuses et patriotiques espérances, les auteurs des deux projets ne se sont sans doute pas enquis de ce que vaut le système, qui consiste à frapper les célibataires et les époux sans enfants de charges écrasantes, et à donner subsides pécuniaires et places rétribuées aux chefs de nombreuses familles. L'idée est trop séduisante a priori, et vient trop naturellement à l'esprit pour n'avoir pas été déjà expérimentée au cours des âges ; c'est donc à l'histoire qu'il faut s'adresser pour en connaître les résultats. Comme je ne suis pas plus historien que je ne suis économiste, la seconde qualité comportant obligatoirement la première, je laisserai parler ici l'éminent homme d'état qu'est M. Jules Roche, lequel a publié dans la *République française* (7 et 10 août 1908), sur le sujet qui nous occupe, des articles fort suggestifs et d'une irréfutable puissance de démonstration. C'est même le titre de ces articles que j'ai reproduit en tête de ces lignes, tant il est net et frappant, et je sais pertinemment que leur auteur ne m'en voudra pas de ce plagiat intentionnel et hautement avoué.

(1) *Journal de médecine de Paris*, 10 déc. 1910.

Interrogeons d'abord l'histoire romaine. Jules César inquiet de l'abaissement redoutable de la natalité à Rome, survenu dans la seconde moitié du dernier siècle avant Jésus-Christ, voulut y remédier par la force des lois, et ici je cède la parole à M. Jules Roche : « Il inaugura le premier triumvirat par une loi agraire distribuant aux pères de trois enfants les champs de la Campanie et le territoire de Stella. Une série d'autres lois, que Tacite appelle *Juliæ rogationes*, développèrent les applications du principe. Le temps passa, et le jour vint où l'empereur Auguste, à son tour, crut devoir instituer tout une législation pour assurer l'accroissement du peuple romain : ce fut la célèbre loi *Pappia Poppœa* (an 9 après J.-C.) qui, du moins, a engendré tant de volumes.

Rien n'y manquait. C'était un code, réglant tout : fiançailles, mariage, donations, dot, testaments, droits héréditaires, etc., suivant les circonstances et les conditions de paternité, d'état civil, de nombre d'enfants ; prévoyant tous les cas imaginables ; stipulant d'un côté les faveurs, les encouragements, les bénéfices, les primes ; de l'autre, les amendes, les incapacités, les déchéances. En un mot, c'était une véritable révolution dans le droit civil.

La nation entière se trouvait désormais partagée, par le fait, en deux grandes catégories : à droite, les gens de bien, c'est-à-dire les pères et les mères de famille ; à gauche, les frêlons, les célibataires, et les « sans enfants », *orbi*, même mariés.

Quiconque, parmi les hommes, de vingt ans au moins à soixante ans au plus ; parmi les femmes, de vingt ans au moins à cinquante ans au plus, n'était pas marié, ou qui, l'ayant été mais ne l'avait plus été, ne s'était pas remarié dans le délai de trois ans au plus — était classé « célibataire » — *cœlebs.*

Quiconque, homme ou femme, âgé de cinquante ans au moins à soixante ans au plus, était, quoique marié, sans enfant, au moins adoptif, était classé parmi les « sans enfants » — *orbi.*

Malheur à eux !

Ils devenaient des parias.

Le célibataire était *incapable de recevoir* aucun héritage, aucun legs d'un étranger, et les parents les plus proches étaient seuls tenus pour non étrangers. L'*orbus* ne pouvait plus recevoir que la moitié des biens qu'il aurait reçus en entier.

Des amendes énormes atteignaient de toutes parts les coupables.

Défense leur était faite d'assister aux spectacles et aux festins donnés pour célébrer l'anniversaire de la naissance de l'empereur.

Quant aux *patres* et aux *matres*, à eux tous les privilèges : pleine capacité d'hériter, de recevoir dons ou legs, de parents ou d'étrangers ; places spéciales réservées dans les théâtres ; privilèges particuliers (*praemia patrum*), pour obtenir certaines fonctions ou certaines distinctions ardem-

ment recherchées par les Romains ; exemptions de toutes sortes, administratives, fiscales; en un mot, une série d'avantages, de bénéfices, de revenant-bons, de faveurs, dont la pratique étendait le nombre et la portée bien au delà des limites fixées par le texte de la loi *Pappia Poppœa.* »

Et quel fut le résultat de toute cette législation? Tacite va nous le dire : «... On ne se maria point davantage; on n'éleva point plus d'enfants; l'isolement était encore préférable! La loi ne fit qu'augmenter la multitude des victimes, à cette époque où les délateurs ravageaient toutes les familles par leurs dénonciations. On *souffrit alors par les lois* comme autrefois *par les crimes : utque antehac flagitiis, ita tunc legibus.* »

Franchissons maintenant un long espace de temps et interrogeons l'histoire de notre propre pays, car ce n'est pas la première fois qu'il souffre du mal qui le menace à l'heure actuelle. Arrivons donc au règne de Louis XIV, et laissons parler encore le savant économiste dont nous suivons depuis un moment la lumineuse exposition.

« Il n'est pas nécessaire de sortir de chez nous pour rencontrer une expérience décisive, car elle fut faite à une époque où la force effective des lois atteignit son maximum, puisqu'elles émanaient de l'autorité la plus puissante et s'exerçaient sur les sujets les plus obéissants; je veux parler du règne de Louis XIV.

Si jamais « législateur » fut fort, ce fut lui.

Si jamais particuliers reconnurent le pouvoir de la loi, ce furent les Français d'alors, surtout à l'époque où s'épanouissait en pleine gloire la toute-puissance du grand roi.

C'était en 1666. A la suite des événements qui s'étaient déroulés depuis la mort de Louis XIII, soit par leurs conséquences directes, soit plus encore par les changements accomplis dans les mœurs, la fécondité des mariages faiblissait depuis quelque temps au point de préoccuper le roi. Il crut, naturellement, au pouvoir de ses lois, et il promulgua l'édit de Saint-Germain-en-Laye (novembre 1666). Il invoque d'abord la nécessité de favoriser « la fertilité des mariages », qui sont « les sources fécondes d'où dérivent la force et la grandeur des Etats », et de porter remède aux atteintes que leur inflige « la licence des temps ».

Aussi veut-il, « à l'exemple de tous les siècles, accorder à la fécondité des mariages des distinctions d'honneur et des prérogatives qui en rendent le mérite plus recommandable ».

En conséquence, il décrète à cet effet une série de mesures, dont voici les principales :

Tous les sujets soumis à la *taille* qui se seront mariés avant leur vingtième année seront *exempts de toute taille ou de toute autre contribution ou charge publique* jusqu'après leur vingt-cinquième année.

Tout père de famille soumis à la taille qui aura dix enfants vivants sera de même exempt de toute taille, taillon, etc., et autres charges publiques; et tout enfant *mort au service du roi* comptera comme s'il était vivant.

Quant aux nobles, ceux qui seront dans les mêmes conditions que les pères de famille taillables jouiront de *mille livres de pension par an;* et, s'ils ont douze enfants, la pension sera de *deux mille livres* (1000 livres d'alors valaient *au moins* 8000 à 10000 francs d'aujourd'hui).

Pour les bourgeois, les avantages seront de moitié.

Certes, tous ces privilèges étaient considérables! Ils parurent cependant insuffisants à Louis XIV. Par un second édit, rendu à Amiens, l'année suivante, il les étendit à *tout père de famille*, même *taillable*, qui aurait dix enfants, ou douze enfants : 1000 livres de pension dans le premier cas; 2000 dans le second. »

Eh bien! les édits du grand roi n'eurent pas d'effets plus heureux que les lois de Jules César et d'Auguste, et voici ce qu'il en advint : « Dix-sept ans plus tard, il dut lui-même les rapporter par un édit signé à Versailles le 13 janvier 1683. Les édits de 1666 et de 1667 n'avaient engendré qu'une série d'abus de toutes sortes, qui retombaient à la charge « de la foule des autres sujets »; si bien que, « à ces causes », ils furent supprimés. Ils n'avaient pas procuré à la France un enfant de plus, mais avaient donné naissance à tout une ingénieuse industrie d'exploitation budgétaire. C'est le sort le plus sûr de bien des lois sociales. »

Tels sont les faits; ils m'avaient beaucoup frappé au moment où parurent les articles de M. Jules Roche, et il m'a paru intéressant, dans les circonstances présentes, de les mettre sous les yeux des lecteurs de ce journal. Il importe en effet que ces leçons de l'histoire soient méditées par cette partie de la nation, à laquelle les médecins appartiennent, et que son éducation générale rend vraiment digne de s'intituler « consciente ». Les mêmes causes engendrent toujours les mêmes effets; si le Parlement votait aujourd'hui des lois identiques à la loi *Pappia Poppœa* ou aux édits de Louis XIV, le résultat serait le même et un nouveau Tacite pourrait écrire encore : « On ne se maria point davantage, on n'éleva point plus d'enfants. » Mais par contre il surgirait immédiatement toute une industrie, avec ses chevaliers, pour exploiter les nouvelles lois, et la dénonciation, le chantage, les procédures louches fleuriraient à l'envi. Est-il un seul médecin qui puisse en douter en présence de la mentalité déplorable que la loi sur les accidents du travail, dont le principe cependant est si humain et si juste, a créée chez une foule de gens?

Non, on n'obtiendra pas directement, par des lois coercitives, l'augmentation de la natalité en France, et croire le contraire c'est tomber, selon nous, dans l'erreur que M. Jules Roche appelle la *superstition législative.* Il faut espérer que notre pays, grâce à ses ressources latentes d'énergie, échappera encore une fois spontanément au « suicide de la race ».

Quand? Comment se produira cette évolution de l'esprit public? Personne, je crois, ne saurait le prévoir à l'heure actuelle. Mais il faut qu'elle se produise, sans quoi l'on ne peut que songer avec tristesse aux paroles du Koran : « Chaque nation a son terme. Quand le terme est arrivé les hommes ne sauraient ni le reculer ni l'avancer. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1911)

Sur un cas parisien de poliomyélite aiguë (maladie de Heine-Medin); transmission de l'infection au singe. — MM. C. LEVADITI, G. FROIN et J. PIGNOT. Un jeune homme de dix-neuf ans, charpentier en fer, après une quinzaine de jours d'une céphalée et d'une fatigue légères, est pris, le 17 décembre 1910, de frissonnements et d'un accablement qui l'obligent à prendre le lit. Trente-six heures après, le 19 décembre, on le trouve étendu au pied de son lit : s'étant levé dans la nuit, il s'est affaissé sur le sol et n'a pu se relever.

On le transporte à l'hôpital, et le 20 décembre nous constatons une paralysie complète et flasque des quatre membres. Les réflexes tendineux sont abolis. Il n'y a pas de troubles des sphincters. La sensibilité est normale.

Il n'existe aucun signe de méningite. La respiration est pénible, superficielle et très accélérée. Le pouls bat à 80 et est intermittent. La température est à 39°4 le matin et 39 degrés le soir.

Ce même jour, la respiration s'embarrasse de plus en plus et la mort arrive à huit heures du soir dans le collapsus cardiaque.

Une ponction lombaire a permis de retirer un liquide limpide, contenant des polynucléaires, des éléments uninuclées et surtout des lymphocytes.

A la nécropsie, les centres nerveux étaient très hyperémiés, la substance grise bulbo-médullaire avait une coloration rougeâtre, les principaux viscères étaient congestionnés.

L'examen histologique des centres nerveux montre des lésions typiques de poliomyélite aiguë plus intenses au niveau de la moelle épinière qu'au niveau de la protubérance et du bulbe. Le cerveau n'est pas lésé. L'infiltration méningée est relativement peu intense.

Dans la moelle, les espaces périvasculaires extrêmement dilatés sont remplis de globules rouges et de cellules. Les cellules nerveuses des cornes antérieures ont disparu et sont dégénérées. Enfin, les ganglions rachidiens présentent des lésions ressemblant à celles de la rage.

Un singe (macacus rhesus), inoculé avec une émulsion de substance nerveuse, a présenté des paralysies et des lésions médullaires semblables à celles qui ont déjà été constatées chez les simiens inoculés avec le virus de la poliomyélite aiguë. Mais la transmission en série de ce virus parisien a échoué jusqu'à présent (vingt-troisième jour).

Il a été impossible d'établir toute contamination directe ou toute relation de leur malade avec un foyer épidémique. Il y a donc lieu d'attirer l'attention sur le caractère sporadique de ce cas.

En résumé, il s'agit d'un cas typique de poliomyélite infectieuse aiguë ayant abouti en trois jours à la mort, en pleine période paralytique. Les centres nerveux présentaient les lésions décrites dans la maladie de Heine-Medin; leur inoculation au singe a montré qu'ils contenaient le virus, sans doute d'une variété peu virulente pour le singe, de la poliomyélite aiguë épidémique ou maladie de Heine-Medin.

Appendicite chronique et tuberculose. — M. Emile SERGENT. L'importance pratique des faits si bien observés par M. Faisans ne saurait échapper à personne ; nombre de soi-disant tuberculeux ne sont que des appendiculaires chroniques.

Mais, à côté de cette donnée clinique, il en est une autre, non moins importante, sur laquelle l'attention doit être également attirée ; l'*appendicite chronique ne se borne pas à simuler bien souvent la tuberculose pulmonaire débutante, elle y conduit nombre de sujets*. En effet, lorsqu'elle n'est pas opérée dès le premier moment, les troubles dyspeptiques qu'elle entretient rendent l'alimentation difficile ; les spoliations calcaires qui accompagnent l'entéro-colite muco-membraneuse (Lœper, etc.) conduisent à la *décalcification* et, trop souvent, celle-ci est encore hâtée (Sergent) par l'absorption des *ferments lactiques* qu'il est encore de mode de verser en abondance dans les intestins malades, quelle que soit la cause de l'entérite. Ainsi se trouve réalisée l'une des conditions qui préparent le mieux le terrain pour la germination du bacille de Koch.

L'auteur a observé un grand nombre de ces cas, dont l'importance pratique n'est pas moindre que la signification doctrinale (théories de la déminéralisation de Robin, de la décalcification de Ferrier).

Ces faits apportent un nouvel argument en faveur de l'intervention chirurgicale précoce dans l'appendicite chronique. Ils établissent, d'autre part, l'importance des *entéro-colites prétuberculeuses* en même temps que l'indication de recourir, en face d'elles, au *traitement de récalcification*, à titre préventif — sinon déjà curatif — d'une tuberculisation pulmonaire.

Appendicite chronique simulant la tuberculose. — M. Paul CLAISSE, à l'appui de la récente communication de M. Faisans, relate deux cas d'appendicite chronique, dans lesquels les signes locaux d'appendicite étaient nuls, alors que l'amaigrissement, l'asthénie, le teint terreux, les poussées fébriles à l'occasion du moindre exercice, faisaient penser à une tuberculose en germination. Le contact prolongé avec un parent tuberculeux renforçait les craintes. Ce qui conduisit à écarter l'idée de tuberculose, ce fut l'intégrité absolue de l'appareil respiratoire, constatée à intervalles espacés, ainsi que, dans l'un de ces cas, la notion d'accidents abdominaux très anciens.

M. Claisse attache une grande importance à ce signe négatif, à cette intégrité prolongée des poumons chez des sujets dont l'état général inspire des craintes de tuberculose. Il insiste sur la non spécificité du signe de Daremberg, l'épreuve de la marche pouvant donner lieu à une réaction fébrile des plus nettes, chez les sujets atteints d'appendicite chronique, aussi bien que chez les tuberculeux. Dans les deux cas, l'appendice atteint de lésions scléreuses fut enlevé; l'état général subit une transformation rapide et complète. Les forces et le poids augmentèrent dès les premières semaines, et l'un des malades, opéré à la fin de juin, gagna 4500 grammes en juillet. Depuis lors tous les troubles ont disparu et la santé est parfaite.

Epilepsie pleurale. Etude expérimentale de la sensibilité de la plèvre au froid. — MM. THIROLOIX et Paul BRETONVILLE font une communication sur ce sujet.

A la suite de cette communication, M. JEANSELME dit que M. Thiroloix vient de faire allusion au mémoire publié par lui, en 1892, dans la *Revue de médecine*, sur les accidents nerveux consécutifs à la thoracentèse et à l'empyème.

La cause la mieux établie de l'épilepsie pleurale est, selon M. Jeanselme, la résorption lente des produits toxiques élaborés dans la plèvre. Ce qui l'autorise à mettre en relief cette théorie de la toxi-infection, c'est que l'épanchement pleural est presque toujours purulent ou gangréneux.

Sur un ensemble de 43 observations, 3 fois seulement il s'agissait d'une pleurésie séreuse. Dans 6 cas, en même temps que l'empyème, il y avait une pneumonie et dans 2 de la gangrène pulmonaire. Or, des expériences de Vulpian prouvent que l'injection de produits putrides augmente l'excitabilité réflexe de la moelle.

Quant à l'intervention opératoire, elle peut être insignifiante et ne joue qu'un rôle secondaire. Elle n'est, pour ainsi dire, que le prétexte qui déclanche les accidents nerveux en imminence.

LIVRES NOUVEAUX

La Vie sexuelle et ses lois (1), par le docteur Anton NYSTRÖM (de Stockholm). Préface du docteur A. Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Cet ouvrage, dont MM. Vigot frères offrent la traduction au public médical, a fait beaucoup de bruit en Suède, où il a rencontré une grande opposition.

C'est cependant l'œuvre d'un médecin observateur, qui tire ses conclusions des faits que la profession médicale le met à même d'étudier tous les jours, et qui rêve de rendre la morale sexuelle contemporaine plus conforme à la nature qu'elle ne l'a été dans le passé.

Philosophe et historien en même temps que médecin, le docteur Anton Nyström, pour étudier les lois de la sexualité, s'est appuyé sur la psychologie comparée et sur l'étude rétrospective de leur évolution historique. Il s'agit donc là d'une œuvre scientifique, et l'on peut, sans partager tant s'en faut toutes les vues de l'auteur, rendre hommage à son talent et à sa probité.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Milieu médical et la question médico-sociale. [*Les Etudes contemporaines* (2)], par le docteur GRASSET.

Ce petit livre de 226 pages résume les incidents qui marquèrent le dernier concours d'agrégation : c'est en quelque sorte un historique assez complet des diverses phases de la lutte entreprise par les médecins praticiens contre le concours de l'agrégation en particulier, et l'organisation des études médicales en général.

Ces faits sont encore trop près de nous pour que nous y insistions dans ce court résumé, mais il est utile de dire que c'est sans parti pris d'aucune sorte que les faits sont relatés en ce volume par le docteur Grasset qui, en matière de conclusion, insiste sur la crise grave, que traverse la profession médicale à l'heure actuelle et reprend sous forme de conseil le mot d'Huchard, qui intitulait « Pax », l'un de ses derniers articles sur cette irritante question...

L. BABONNEIX.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1910 (3), par le docteur Victor GARDETTE.

Comme le dit M. Manquat dans la préface qu'il consacre à cet ouvrage, « qu'on le veuille ou non, qu'on l'approuve ou qu'on le désapprouve, il faut en prendre son parti, les spécialités s'accumulent de plus en plus ». Aussi le formulaire du docteur Gardette vient-il à point pour aider médecins et pharmaciens à se reconnaître au milieu de ce flot montant, et la preuve qu'il répond à un besoin c'est qu'il paraît pour la quatrième fois.

Cette nouvelle édition est divisée en trois parties. Dans la première les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique avec leur composition et leur dose; la seconde et la troisième donnent tous les renseignements nécessaires sur les fabricants.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. in-8 cavalier de 354 p. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.
(2) In-8, 2e et 3e édition. — Paris, Bernard Grasset.
(3) Un vol. de 379 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 FÉVRIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 16 février (suite), à une heure. — 2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Morestin et Lenormant; — (2e série) : MM. Retterer, Brindeau et Chevassu; — (3e série) : MM. Thiéry, Jeannin et Anselme Schwartz.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Castaigne et Brumpt; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Reclus, Mauclaire et Grégoire; — (2e série) : MM. Hartmann, Aug. Broca et Branca.

3e (2e partie), épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Macaigne.

2e : MM. Gariel, Mulon et Jean Camus.

4e : MM. Widal, Marfan et Laignel-Lavastine; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Guillain, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux; — M. A. Léri, suppléant.

Samedi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. de Lapersonne, Rouvière et A. Schwartz; — (2e série) : MM. Quénu, Lecène et Okinczyc.

2e : MM. Prenant, Langlois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Morestin et Terrien; — (2e série) : MM. Retterer, Demelin et Chevassu; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gougerot et Rathery.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Roussy, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 février, à une heure. — M. PORCHERON. De l'épithélioma cutané développé sur des dermatoses préexistantes. (MM. Gaucher, président; Marfan, Guillain et Gougerot.) — M. DESCUBES. Contribution à l'étude de l'entéro-colite dysentériforme. (MM. Marfan, président; Gaucher, Guillain et Gougerot.) — M. TISSIER. L'appareil digestif dans la scarlatine. (MM. Marfan, président; Gaucher, Guillain et Gougerot.) — M. PLOTKIN. Des principaux procédés utilisés pour la cure radicale des hernies crurales. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Zimmern.) — M. MOYRAND. Contribution à l'étude de la pyélotomie comme traitement de la lithiase rénale. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Zimmern.) — M. GOUHOT. De l'air chaud dans la thérapeutique des maladies des voies génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Zimmern.) — M. DINANIAN. Un nouveau procédé d'anus iliaque dans le cancer du rectum. Opération de Reclus. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Zimmern.) — M. BOUDOL. Résections partielles du foie. (MM. Segond, président; Delbet, Hartmann et Branca.) — M. SAISSI. Essai sur la réduction non sanglante des fractures diaphysaires des os de la jambe. (MM. Segond, président; Delbet, Hartmann et Branca.) — M. PARIS. La cloison nasale. Les déviations et leur traitement. (MM. Delbet, président; Segond, Hartmann et Branca.) — M. FAYET. La lithotritie. Etude critique basée sur 78 observations dont 68 inédites. (MM. Hartmann, président; Segond, Delbet et Branca.)

Jeudi 16 février, à une heure. — M. BASCOUL. Hyperesthésies systématisées et troubles connexes dans la tuberculose pulmonaire. (MM. Debove, président; Ribemont-Dessaignes, Achard et Rathery.) — M. DENIAU. Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. ALBERTIN. Le corps thyroïde et le rhumatisme articulaire aigu. (MM. Achard, pré-

sident; Debove, Ribemont-Dessaignes et Rathery.) — M. GIRAUD. De certaines manifestations dysermiques chez les tuberculeux soumis au repos et suralimentés. (MM. Achard, président; Debove, Ribemont-Dessaignes et Rathery.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 31 déc. 1910.) A. LEMAIRE (de Louvain) : Sur la pathogenèse de l'ictère diphtérique du chien. — MAHAIM : Un cas d'aphasie motrice guérie, suivi d'autopsie, lésion de la troisième circonvolution frontale, intégrité de la zone lenticulaire. — F. HENRIJEAN : Contribution à l'étude expérimentale des analeptiques du cœur. — GORIS : La palatoplastie à lambeau fronto-palpébral de Bardenheuer après résection des deux maxillaires supérieurs. — G. CORIN, rapporteur de la commission académique : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1910.) DE BEURMANN, BITH et HENYER : Ptyriasis rubra pilaire familial. — V. ZAROUBINE : Du traitement de la syphilis par la nouvelle préparation arsenicale Ehrlich-Hata (606). — J. CHAILLOUS : Rétrécissement des voies lacrymales et ses complications chez les lépreux.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1910.) LESIEUR : Les progrès récents réalisés en hygiène dans les écoles.

Archives de médecine navale. — (N° 12, déc. 1910.) BRUNET : Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Cherbourg en 1909. — BELLEY : Trois cas de chirurgie d'urgence. — GUÉGUEN : Recherche et dosage de l'huile d'arachide dans les huiles en général et en particulier dans les huiles d'olive comestibles et industrielles.

Archives générales de chirurgie. — (N° 12, 25 déc. 1910.) WORMS et HAMAND : Traitement des fractures de jambe par la « marche directe ». — WILKIE : Ulcération du jéjunum après la gastro-entérostomie. — VIDAL : Recherches sur le mécanisme et le traitement des syncopes chloroformiques (*suite et fin*). — MAUCLAIRE : Enorme fibrome pur de la partie inférieure du maxillaire supérieur.

Archives générales de médecine. — (Nov. 1910.) Léon POULIOT : Les méningites chez la femme enceinte.— RŒDERER : Essai d'un nouvel agent modificateur dans le traitement des tuberculoses externes. — (Déc. 1910.) MIRAMOND DE LAROQUETTE : Les frottements sous-scapulaires. Etude physiologique et clinique. — O. CLAUDE et E. CHABROL : Les sarcomes du bulbe (observations anatomo-cliniques). — Roger VOISIN et G. PAISSEAU : Sur 25 cas de méningite cérébro-spinale.

Biologica. — (N° 1, 15 janv. 1911.) LE DANTEC : La stabilité de la vie. — LALOY : La sélection sexuelle.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, N° 24, 15 déc. 1910.) G. W. CRILE : Les associations philogénétiques et leurs relations avec la solution de certains problèmes en médecine. — John B. HAWES : Le problème de la tuberculose dans l'enfance. — Herbert MAC INSTOSH : La thérapeutique par la lumière. — James LINCOLN-HUNTINGTON : L'opération césarienne extrapéritonéale.—(N° 25, 22 déc.) J. DELLINGER-BARNEY : Les soins de la vessie des tabétiques. I. Le diagnostic (2 fig.). — C. Guy LANE : Bilharziose. Description d'un cas avec appendicite. Littérature du sujet depuis 1904 (6 fig.). — Isaac W. BREWER : La tuberculose dans les troupes indigènes (éclaireurs) de l'armée américaine aux Philippines.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 29 déc. 1910.) RIEDEL : Sur la rupture de la paroi intestinale. — HERTZ : Sur la substance granuleuse des globules rouges prenant la coloration vitale, sa nature et ses relations avec les granulations basophiles. — MOMM : Coup de feu à travers le foie et l'aorte ; mort au bout de quatre semaines par septicémie. — FLATAU : Sur un nouveau sédatif et hypnotique, l'adaline. — REITER : Technique de la mesure des opsonines. — HEERMANN : Appareils médico-mécaniques pour les praticiens.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 52, 29 déc. 1910.) QUERTON : Les maladies professionnelles et les accidents du travail. — SÉNAC-LAGRANGE : Problèmes biologiques soulevés et résolus par l'application des eaux thermo-sulfureuses de Cauterets (*suite*).

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1911.) F. CURTIS et R. LE FORT : Tumeur de la région sacro-coccygienne chez un adulte. Angiosarcome à type périthélial développé aux dépens de la glande de Luschka. — Ch. MONOD et J. VANVERTS : Du traitement des hématomes artériels et artério-veineux. Documents et remarques (*à suivre*). — W. DUBREUILH et P. NOËL : De la greffe cutanée par transplantation totale ou lambeau non pédiculé.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1910.) LANDOUZY : Voies conceptionnelle et transplacentaire de pénétration de la tuberculose (tuberculose congénitale) (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 52, 24 déc. 1910.) P. JACQUES : La prophylaxie de la surdité chez les enfants. — Paul MAGNE : Obstruction subite de la glotte par un papillome; trachéotomie; ablation de la tumeur; guérison.— (N° 53, 31 déc.) BROECKAERT : Goitres et cancers cervicaux exophtalmiques avec paralysie récurrentielle.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1910.) BARRAQUER : Etudes cliniques et expérimentales de neurologie. Dégénération et régénération du système nerveux périphérique (12 fig.).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 52, 29 déc. 1910.) FLINKER : Sur le crétinisme chez les Juifs. — KOKALI : La scarlatine et sa propagation à distance. — WINIWARTER : Contribution aux suppurations après les blessures sous-cutanées du rein. — GROSS : Sur le diagnostic de l'ulcère duodénal. — BECK : Remarques sur la question de la maladie de l'appareil auditif après le traitement par l'arsenobenzol.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 16. — JEUDI 9 FÉVRIER 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 9 FÉVRIER 1911. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est toujours provisoirement composé de MM. Guinon, Chauffard, Rénon, Laffitte, Méry, Renault (A.), Oulmont, Achard, Bruhl, Béclère, Roger et Broca.

— Concours de l'Internat. — Les récompenses du concours ont été ainsi attribuées :.

Prix (livres), M. Girard; accessit (livres), M. Vallery-Radot-Pasteur; première mention honorable à M. Leblanc; deuxième mention honorable à M. Gouverneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Prix décernés pour l'année 1910. — *Prix Corvisart* (médaille de vermeil et 400 francs). — Question : « Epanchements pleuraux. »

Le prix est accordé à M. Demoulin (de Paris).

Prix Béhier (1 800 francs). — Question : « Rôle de l'hypophyse dans la nutrition et dans les maladies. »

Le prix est décerné à M. Francis Dunan (de Paris).

Prix Saintour (3 000 francs). — Question : « Recherche du tréponème dans ses diverses localisations. »

Le prix est attribué à M. le docteur Marcel Pinard (de Paris).

Prix Montyon (700 francs). — Le prix est accordé à Mme Tinel-Giry (de Paris) pour son travail sur l'épidémie de poliomyélite dans la région parisienne (1909-1910).

Prix Lacaze (10 000 francs). — Le prix est attribué à MM. les docteurs Lemierre et Abrami (de Paris) pour leur travail sur la fièvre typhoïde.

Prix Jeunesse [hygiène] (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Langlois (de Paris) pour ses recherches expérimentales sur les conditions physiologiques du travail dans les mines.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Lévy (de l'hôpital militaire de Toulouse) est nommé répétiteur (médecine légale, thérapeutique et hygiène) à l'école du service de santé militaire.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 16 février, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

UN PROFESSIONNEL DU DÉVOUEMENT. — Le docteur Mesny, médecin-major des troupes coloniales à Tien-Tsin, dont on connaît la mort héroïque au milieu des pestiférés de Moukden, était un professionnel du dévouement. En juin dernier, il avait déjà reçu la médaille d'argent des épidémies pour sa belle conduite dans des circonstances antérieures.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de la *Tunisie médicale*, revue mensuelle de médecine et de chirurgie, publiée sous la direction des docteurs Porot et Thibaudeau (de Tunis).

Nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service du docteur Josué (salles Monneret et Cruveilhier). — Visite du docteur Josué, chef de service, tous les matins à neuf heures et demie. Exercices de technique clinique et plus spécialement technique de l'appareil circulatoire.

Consultation spéciale pour le cœur et les vaisseaux, le vendredi à neuf heures et demie. Examen des malades, thérapeutique pratique, rédaction des ordonnances, hygiène et régimes.

RENSEIGNEMENTS

UN CAS DE PARALYSIE ASCENDANTE AIGUË CHEZ UN ENFANT DE ONZE ANS

Par MM. A. COYON et L. BABONNEIX.

Il y a quelques années encore, la paralysie ascendante aiguë était considérée comme une affection autonome, reconnaissant des causes univoques, liée à des lésions toujours identiques à elles-mêmes, et caractérisée, cliniquement, par des troubles moteurs à marche extenso-progressive et à évolution presque constamment fatale. Aujourd'hui, notre conception s'est quelque peu modifiée, et nous envisageons surtout la paralysie de Landry comme un syndrome susceptible d'être déterminé par les causes les plus diverses. Parmi ces causes, deux surtout méritent d'attirer l'attention. Ce sont les intoxications et les infections. L'un de nous, dans sa thèse, s'était efforcé de montrer, il y a plusieurs années déjà, que les paralysies expérimentales produites par l'introduction, dans l'organisme, de toxines diverses, et surtout de toxine diphtérique, affectent très généralement le type de la paralysie ascendante. Les infections réalisent moins souvent ces troubles moteurs si particuliers. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter un cas, que nous avons eu l'occasion d'observer, cette année, chez un petit garçon de onze ans.

***

Observation I. — J... Adolphe, âgé de onze ans, entre le 15 août 1910 à la maison Dubois, salle Féréol, lit n° 12, pour une quadriplégie à peu près complète et datant de trois jours.

Antécédents héréditaires. — La *mère* est morte, il y a cinq ans, d'une tumeur cérébelleuse, pour laquelle elle était allée consulter successivement MM. Babinski, Ballet et Brissaud. Comme elle avait, jadis, présenté des symptômes assez nets de tuberculose pulmonaire, on s'était demandé si la tumeur cérébrale n'était pas de nature bacillaire.

Le *père* est très bien portant.

Il y a un *frère*, âgé de cinq ans, et qui jouit d'une très bonne santé.

Une *cousine* serait morte de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Le jeune J... n'a jamais été malade jusqu'à il y a quelques mois. A ce moment, serait survenue une éruption mal déterminée, qui a disparu au bout de quelques jours sans laisser la moindre trace. Dans ces temps derniers, il aurait considérablement maigri.

La maladie actuelle aurait débuté le 12 août. Le jeune J... était déjà depuis une dizaine de jours au Crotoy lorsque brusquement, subitement, dans la nuit du 11 au 12, il fut pris de douleurs très vives localisées à la colonne vertébrale. En même temps, on constatait une paralysie des membres inférieurs. Le lendemain matin, l'impotence fonctionnelle avait gagné les membres supérieurs. Il y eut quelques vomissements qui furent combattus avec succès par la potion de Rivière. On remarqua aussi une certaine tendance à la constipation, que l'on traita par de simples lavements à l'eau salée ou à l'eau de guimauve. Un médecin, appelé aussitôt, prescrivit un peu d'aspirine. Pendant deux jours, aucune modification ne se produisit dans l'état du petit malade. Aussi, se rangeant à l'avis de notre confrère, le père se décida-t-il à ramener son enfant à Paris et à le faire entrer, dans la soirée du 15 août, à la maison Dubois.

Etat actuel. — Les douleurs, le long de la colonne vertébrale, sont toujours très accusées, mais, à part le signe de Kernig, d'ailleurs peu accentué, dont on constate l'existence à plusieurs reprises, il n'y a *aucun signe de spasticité.* Les membres sont souples, la raideur de la nuque manque presque complètement, les réflexes tendineux sont abolis, il n'y a ni trépidation spinale, ni signe de Babinski. Les *troubles moteurs* consistent en une quadriplégie à peu près complète. Cependant quelques mouvements persistent aux membres supérieurs, par exemple la flexion du pouce. Le thorax est immobile, les muscles intercostaux semblent parésiés. Les sphincters, par contre, fonctionnent normalement.

La *sensibilité objective* serait intacte à tous les modes si le petit malade n'éprouvait les plus vives douleurs toutes les fois qu'on le touche ou qu'on veut le mobiliser. Il n'y a pas le moindre *trouble trophique ou vaso-moteur.* La raie méningitique manque. L'*intelligence* est conservée, et l'enfant répond avec justesse et netteté aux différentes questions qui lui sont posées. Les *sens spéciaux* fonctionnent d'une façon parfaite. La *ponction lombaire* donne issue à un liquide clair, en état d'hypertension modérée et contenant quelques lymphocytes.

L'*état général* est profondément altéré. La température oscille entre 38 et 39 degrés. La respiration est courte et fréquente, sans que l'on observe de troubles laryngés ni pulmonaires. Les grands appareils n'offrent aucune altération notable. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 16 août, l'état est à peu près le même. Toutefois le signe de Kernig est devenu plus net et la dyspnée plus intense. Le soir, vers sept heures, apparaissent quelques convulsions dans les muscles de la face, précédant de peu la mort qui survient subitement, sans que rien n'ait pu la faire présager.

Autopsie. — Pratiquée le 18. Les constatations macroscopiques n'aboutissent qu'à des résultats négatifs. Les principaux viscères paraissent tout à fait normaux, les centres nerveux n'offrent aucune altération notable.

Examen histologique du système nerveux. — Des fragments de circonvolutions rolandiques, de protubérance, de bulbe et de moelle ont été fixés au formol, inclus à la celloïdine et à la paraffine, débités en coupes fines et colorés par les méthodes habituelles : Nissl, hématéine-éosine, van Giesen.

Moelle dorsale. — Des coupes de moelle dorsale, colorées à l'hématéine-éosine, montrent déjà, à un faible grossissement, d'importantes lésions : congestion des méninges, injection vasculaire et nodules infectieux de la substance grise (fig. 1).

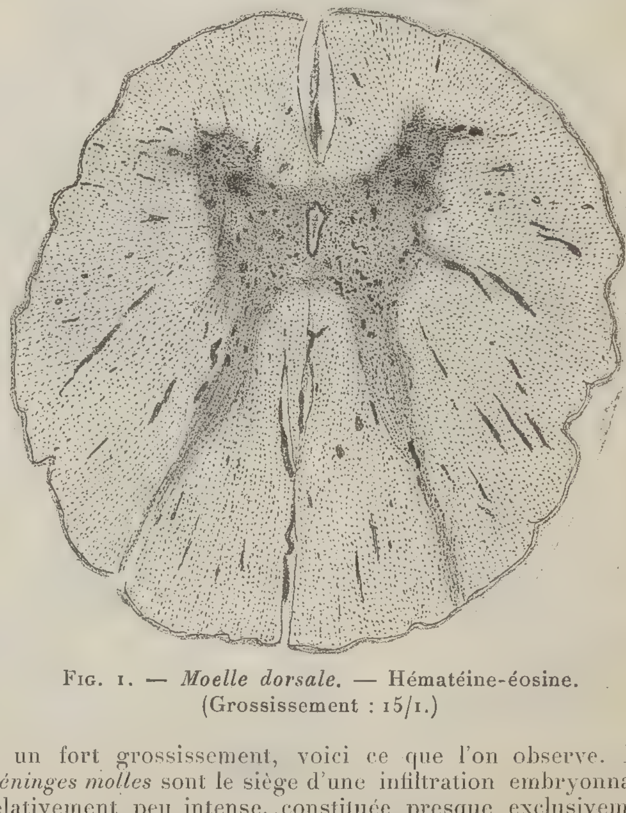


Fig. 1. — *Moelle dorsale.* — Hématéine-éosine.
(Grossissement : 15/1.)

A un fort grossissement, voici ce que l'on observe. Les *méninges molles* sont le siège d'une infiltration embryonnaire relativement peu intense, constituée presque exclusivement par de grands mononucléaires, et qui s'accuse autour des gros

troncs artériels; elle devient particulièrement manifeste au fond du septum médian antérieur : là, il existe un foyer mal délimité, uniquement formé de mononucléaires, et qui se continue dans la substance nerveuse voisine. Les *racines* sont relativement intactes; cependant, certaines contiennent des vaisseaux congestionnés ou même rompus. Par contre, la

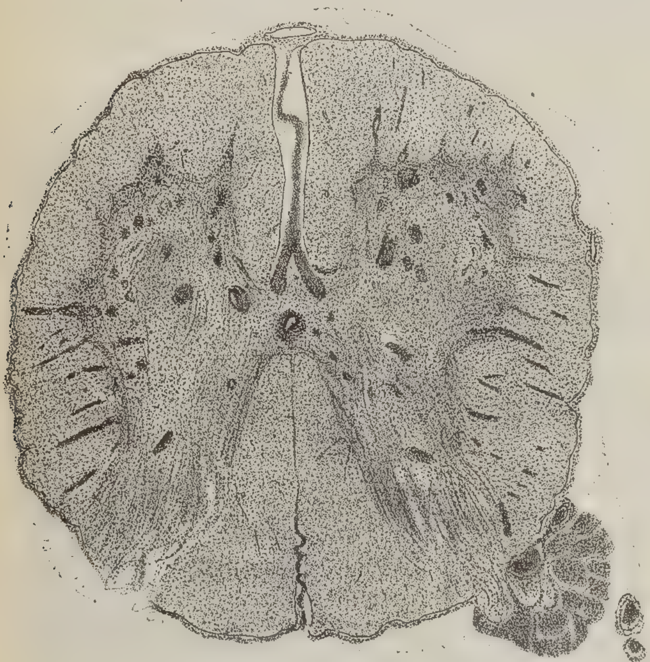


Fig. 2. — *Moelle lombaire.* — Hématéine-éosine. (Grossissement : 15/1.)

plupart des vaisseaux, surtout ceux qui appartiennent au type artériel, sont dilatés et gorgés de sang. Il n'y a pas de foyers hémorragiques apparents à l'intérieur des espaces sous-arachnoïdiens. La *substance blanche* paraîtrait normale si elle n'était point parcourue par des vaisseaux injectés, et qui se rendent, suivant une direction radiaire, des méninges vers

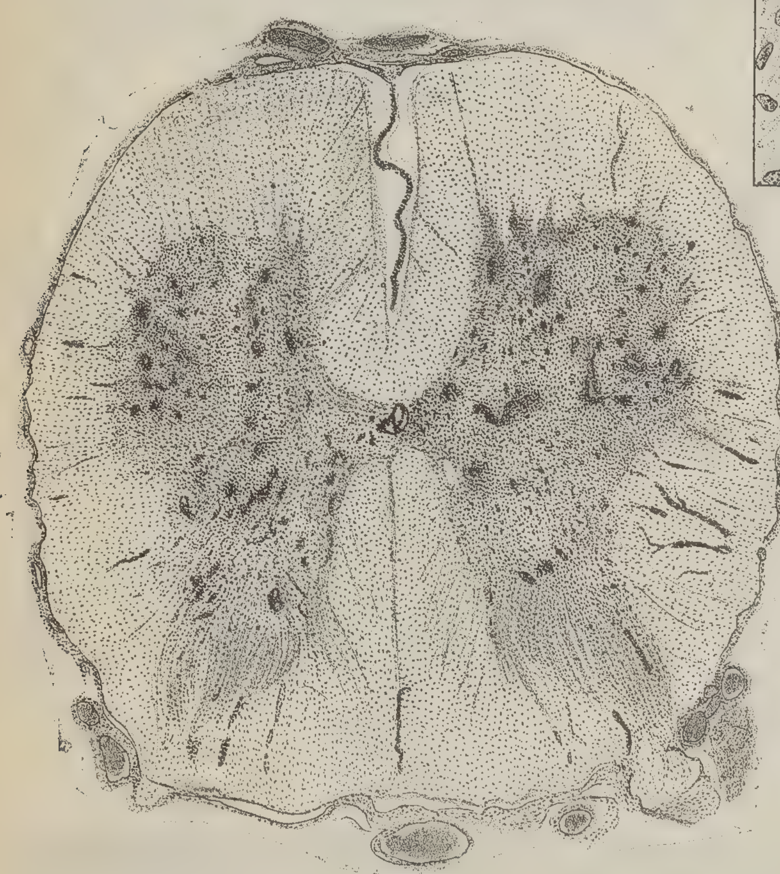


Fig. 3. — *Moelle lombaire.* — Nissl. (Grossissement : 15/1.)

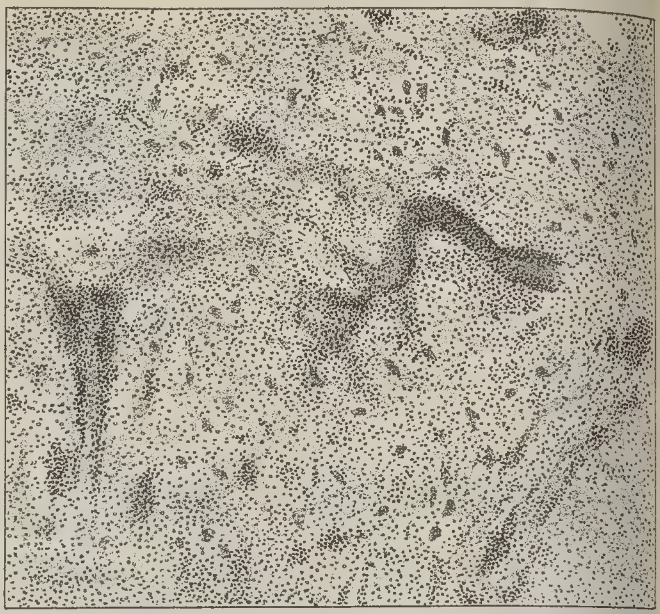


Fig. 4. — *Moelle lombaire.* — Nissl : une partie de la préparation précédente (corne antérieure droite), vue à un plus fort grossissement (50/1).

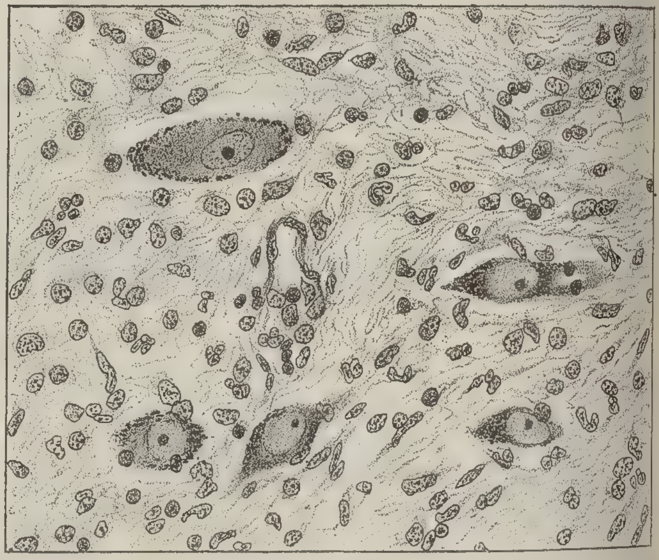


Fig. 5. — *Moelle lombaire.* — Corne antérieure, région radiculaire. Nissl. (Grossissement : 550/1.)

le centre du névraxe. Quant à la *substance grise*, c'est évidemment elle qui est la plus altérée. Elle est le siège d'une infiltration embryonnaire très intense, plus nette au niveau des cornes antérieures que des postérieures, et qui masque absolument tous les détails de la structure normale de la région. Cette infiltration embryonnaire, formée, ici encore par des cellules du type mononucléaire, s'agminé, par endroits, en îlots, surtout disposés autour de petits vaisseaux artériels ou de capillaires : ceux-ci sont d'ailleurs uniformément congestionnés, quelques-uns même, rompus, laissent épancher leur contenu dans la substance grise voisine. En certains points, existent de véritables foyers d'œdème interstitiel. Le canal de l'épendyme ne semble pas altéré. Mais *les grandes cellules radiculaires ont presque toutes disparu* : et c'est à peine si, en les recherchant avec soin, à un fort grossissement, on peut en rencontrer quelques rares, petites, et comme ratatinées, pâles, en état d'achromatose, et complètement privées de prolongements. *Les cellules des colonnes de Clarke sont intactes.* Fait digne d'être noté, les altérations que nous venons de décrire sont *très irrégulière-*

ment réparties : il y a des coupes où elles sont peu marquées; d'autres, au contraire, où elles acquièrent une extrême intensité. Au *Nissl*, les cellules des colonnes de Clarke n'offrent aucune lésion appréciable. Les rares cellules de la substance grise qui sont conservées sont profondément altérées; elles ne possèdent plus de corps chromatophiles, surtout autour de leur noyau, souvent homogénéisé; elles sont dépourvues de prolongements, arrondies, atrophiées, rétractées. Elles sont parfois le siège d'une neuronophagie active. Sur quelques coupes, certaines d'entre elles semblent mieux conservées; mais elles sont pourtant lésées lorsqu'on les examine à un fort grossissement, comme le montre leur chromophilie, leur chromatolyse ou l'homogénéisation de leur noyau.

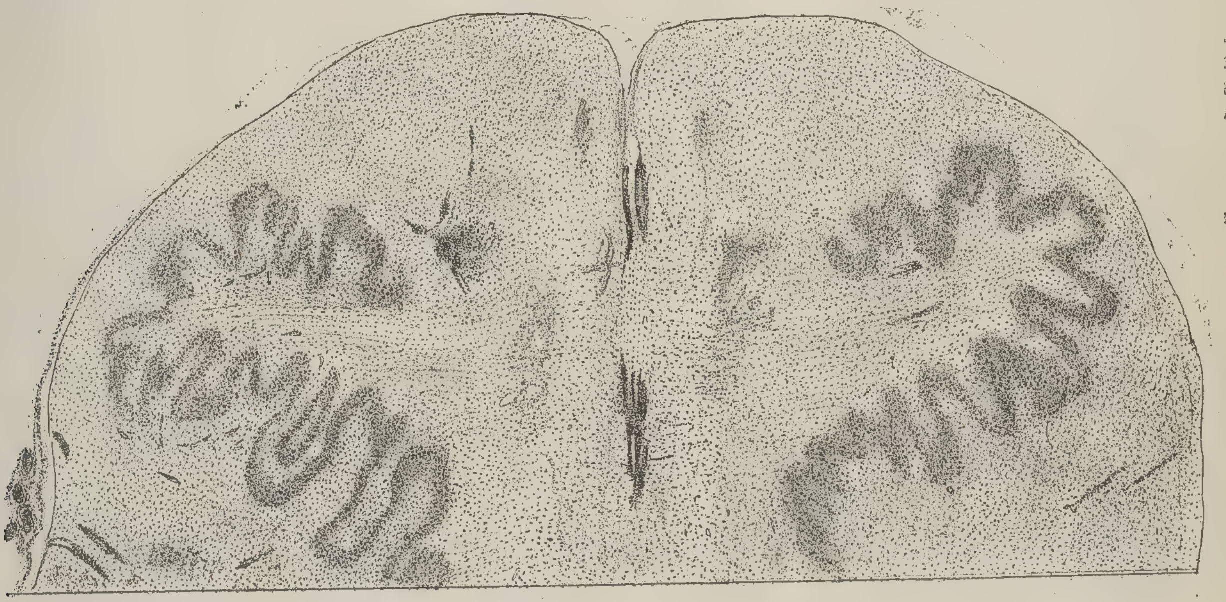


Fig. 6. — *Bulbe.* — Région interolivaire. (Grossissement : 10/1.)

Moelle cervicale. — Les altérations sont identiques et l'on retrouve, ici encore, une infiltration embryonnaire méningo-médullaire, prédominant dans la substance grise, où elle forme des îlots plus ou moins importants.

Moelle lombaire. — Sur des coupes colorées à l'hématéine-éosine et au Nissl, les lésions sont, d'une façon générale, très analogues aux précédentes (fig. 2 et 3). Les *méninges molles* contiennent des vaisseaux congestionnés, bourrés d'hématies; elles sont le siège d'une infiltration embryonnaire modérée qui entoure les racines dans leur trajet sous-arachnoïdo-pie-mérien. La *substance blanche* n'est pas altérée, on y trouve cependant, de place en place, des nodules infectieux périvasculaires. Dans la *substance grise*, grosse infiltration embryonnaire (fig. 4), paraissant provenir d'un amas situé au fond du septum médian antérieur, et se condensant, par places, en îlots plus ou moins volumineux; l'un d'eux entoure le canal de l'épendyme, dont l'épithélium est en partie desquamé. Les grandes cellules radiculaires ont presque toutes disparu, celles qui restent sont méconnaissables : atrophiées, arrondies, sans prolongements, sans noyau, ce ne sont plus que des moignons de cellules.

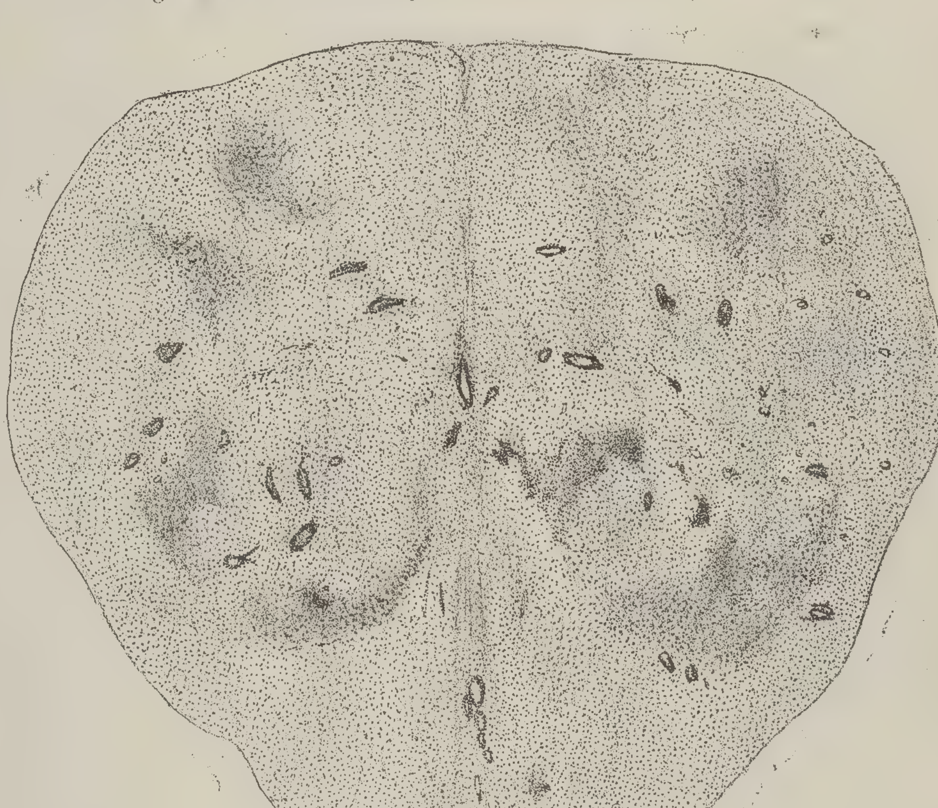


Fig. 7. — *Bulbe.* — Hématéine-éosine. (Grossissement : 15/1.)

Moelle sacrée. — L'infiltration embryonnaire des méninges s'étend autour des racines et des vaisseaux, toujours congestionnés. L'infiltration de la substance grise prédomine, comme au niveau de la moelle lombaire, autour du canal de l'épendyme.

Au *Nissl*, il y a des coupes où l'on ne peut retrouver aucune grande cellule radiculaire. Sur d'autres, ces cellules peuvent encore être retrouvées, mais elles présentent des lésions considérables : diminuées de nombre et de volume, privées de la plupart de leurs prolongements et de leurs éléments chromatophiles, elles ont un noyau excentrique ou montrent une homogénéisation de toute la zone nucléaire (fig. 5). Comme nous l'avons dit, la variabilité des lésions cellulaires est extrême, et, des coupes où il n'y a pour ainsi dire plus de cellules à celles où il y en a encore un certain nombre, plus ou moins bien conservées, tous les intermédiaires peuvent être observés.

Les *ganglions rachidiens* offrent des altérations analogues à celles qui ont été signalées par divers auteurs (Bauer, Levaditi) : hémorragies capsulaires, infiltration interstitielle, chromatolyse et état poussiéreux des cellules nerveuses. Ces altérations sont, d'ailleurs, assez peu accusées.

Bulbe. — Des coupes passant par les olives et colorées par l'*hématéine-éosine* montrent l'existence d'une infiltration embryonnaire modérée se condensant, par endroits, pour former de véritables îlots; l'un d'entre eux est précisément situé entre les deux olives; volumineux, mais à limites peu nettes, il diffuse dans les régions voisines (fig. 6). Des vaisseaux, coupés en long, laissent voir une lumière dilatée, bourrée d'hématies, et une gaine gorgée de leucocytes mononucléaires. Au *Nissl*, ce qui domine, c'est la chromatolyse diffuse de toutes les cellules des olives. Au-dessus des olives, on trouve surtout (fig. 7) d'innombrables nodules péricapillaires et périvasculaires, et aussi une infiltration embryonnaire modérée, surtout accusée autour de l'aqueduc de Sylvius. Les cellules des noyaux moteurs ne présentent pas de grosses lésions.

Cervelet. — Il ne paraît pas atteint. Les méninges sont normales, les cellules de Purkinje aussi. Il n'y a aucune modification dans la couche des grains.

Protubérance. — Sur des coupes colorées à l'*hématéine-éosine*, on trouve quelques nodules infectieux périvasculaires; par places, se voient des vaisseaux congestionnés, coupés longitudinalement et entourés d'une gaine bourrée de leucocytes. A un fort grossissement, on constate l'existence d'une infiltration embryonnaire incontestable, mais beaucoup moins accusée qu'au niveau de la moelle et qui, parfois, s'agmine en îlots. Les cellules des divers noyaux moteurs sont normales sur les coupes colorées de la même façon.

Ecorce. — La *frontale ascendante gauche* (partie moyenne) ne présente aucune lésion, mais, à sa partie inférieure, il est facile de constater l'existence de nodules périvasculaires limités à une toute petite portion de la circonvolution; on voit aussi quelques îlots embryonnaires, constitués, comme partout ailleurs, par des mononucléaires, à limites peu nettes et au voisinage desquels les grandes cellules pyramidales, colorées par le Nissl, montrent quelques altérations : chromatolyse périphérique, neuronophagie, etc. Quant à la *frontale ascendante droite*, si sa partie moyenne paraît intacte, sa partie inférieure offre des altérations évidentes : hémorragies méningées en nappe, nodules périvasculaires situés dans l'épaisseur de l'écorce, à la hauteur des cellules pyramidales qu'ils compriment et dissocient; ces nodules, petits, à grand diamètre parallèle à celui de la circonvolution, ne sont pas nettement limités (fig. 8).

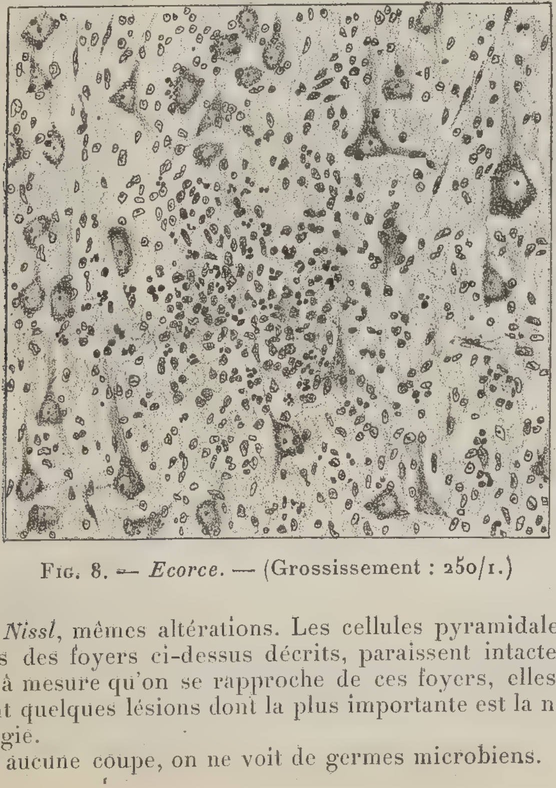


Fig. 8. — *Ecorce.* — (Grossissement : 250/1.)

Au *Nissl*, mêmes altérations. Les cellules pyramidales, en dehors des foyers ci-dessus décrits, paraissent intactes; au fur et à mesure qu'on se rapproche de ces foyers, elles présentent quelques lésions dont la plus importante est la neuronophagie.

Sur aucune coupe, on ne voit de germes microbiens.

* * *

Il s'agit, en somme, d'une poliomyélite antérieure aiguë ayant évolué sous la forme d'une paralysie ascendante. Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels ; parmi les plus récents, signalons celui de M. et Mme Savini (1), Paisseau et Troisier (2), M. Schreiber dans lequel l'un de nous a procédé à l'examen anatomique (3), et ceux de M. et Mme Tinel, très soigneusement étudiés au point de vue histologique (4). Lorsqu'on dépouille ces observations et celles qui ont été publiées dans ces dernières années, on se rend compte qu'elles relatent des faits très comparables, si bien qu'elles paraissent presque toutes calquées les unes sur les autres. Etiologiquement, il s'agit d'affections contagieuses, parfois même épidémiques, comme dans le cas inédit que nous rapportons un peu plus loin; toutefois, les diverses humeurs de l'organisme, sang, liquide céphalo-rachidien, ne contiennent pas de germes. Il semble que l'on ait affaire ici à un virus inconnu, que l'on ne peut pas voir, soit à cause de ses faibles dimensions, soit parce qu'il ne fixe pas les colorants habituellement employés en bactériologie. Et cependant, ce germe existe, puisque des fragments de moelle, prélevés à l'autopsie des sujets morts de cette affection, et inoculés à des singes, leur transmettent la maladie, comme l'ont montré divers auteurs, et, en France, surtout, Levaditi (5). Les conditions étiologiques sont donc celles de la maladie de Heine-Medin. Quant aux symptômes, ce sont d'abord, et avant tout, des phénomènes moteurs, souvent à évolution variable, capricieuse, irrégulière, mais pouvant aussi prendre les allures de la paralysie ascendante aiguë. Fait caractéristique : aux troubles moteurs se joignent souvent des symptômes qui indiquent la participation, au processus morbide, des méninges : raideur de la nuque, douleurs de la colonne vertébrale, photophobie, céphalée, vomissements, signe de Kernig, inégalités et intermittences du pouls, strabisme, etc. ; des cordons antéro-latéraux : exagération des réflexes, signe de Babinski ; des racines et des nerfs : douleurs à la pression des masses musculaires, pendant l'extension des membres ou dans certains actes physiologiques tels que l'éternuement ; de la protubérance et du bulbe : troubles urinaires, dysphagie, tendance aux syncopes et à la mort subite ; de l'écorce : délire, convulsions. Le polymorphisme même de ces symptômes laisse prévoir ce que l'anatomie confirme à savoir qu'il s'agit de lésions diffuses, prédominant sur la substance grise, mais pouvant atteindre toutes les autres parties du système nerveux. Ces lésions sont surtout d'ordre vasculaire : congestions, hémorragies, nodules infectieux périvasculaires, infiltrations étendues de grands mononucléaires, semblant parfois se propager des méninges à la

(1) Savini-Castano et Savini. *Arch. f. Psych.*, Bd. 45, H. 2.
(2) Paisseau et Troisier. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 116, p. 1575.
(3) Schreiber. *Soc. de péd.*, nov. 1910.
(4) M. et Mme Tinel. *Soc. de neurol.*, déc. 1910.
(5) Levaditi. *Presse méd.*, et *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1910.

moelle; et cellulaire : les grandes cellules radiculaires sont le siège de processus d'histolyse et de neuronophagie (1), et ce n'est pas un des caractères les moins curieux de la maladie que de constater la disparition quasi-totale, en deux à trois jours, de tous les groupes cellulaires des cornes antérieures, si bien qu'il faut un examen prolongé et minutieux pour retrouver, sur certaines coupes, quelques moignons méconnaissables de cellules. Contrairement à ce que l'on voit d'habitude dans les poliomyélites, les colonnes de Clarke ne sont que peu atteintes. Le plus souvent, les nerfs, après fixation à l'acide osmique, n'offrent aucune lésion, comme si les altérations de leurs centres trophiques avaient évolué trop vite pour avoir le temps de retentir sur eux.

L'un de nous a eu l'occasion, l'an dernier, d'examiner avec le professeur Hutinel, un petit garçon de trois ans et demi, qui était atteint, lui aussi, de l'affection que l'on est convenu d'appeler poliomyélite antérieure aiguë épidémique, bien que le mot prête à de très importantes critiques(2). Voici son observation, très résumée. Il est intéressant de l'opposer à la précédente, ne fût-ce que pour montrer quelles différences symptomatiques peut, suivant les cas, présenter la même maladie.

Obs. II. — Joseph W..., trois ans et demi, envoyé au professeur Hutinel pour une paralysie faciale gauche et une monoplégie crurale droite datant de quelques jours.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont très bien portants. La mère aurait fait une fausse couche. Ils n'ont pas d'autre enfant que le petit malade.

Antécédents personnels. — Le petit J... est né à terme, à la suite d'un accouchement normal. La grossesse n'avait rien présenté de particulier Il s'est toujours bien porté jusqu'au 25 septembre 1909. A cette date, il a été brusquement pris de fièvre et de malaise général, puis apparut une éruption cutanée qui a été diagnostiquée rougeole. Il n'y avait pas de céphalée; les vomissements manquaient, mais il existait une violente raideur de la nuque. D'après notre confrère de là-bas, qui a eu l'amabilité de nous envoyer les détails les plus circonstanciés sur ce cas, *un grand nombre d'enfants auraient été pris de la même façon et en même temps dans la ville qu'habitait le petit malade.* Quatre jours après le début des accidents, paralysie faciale gauche, probablement du type périphérique. Huit jours après, monoplégie crurale droite. Depuis, la température est tombée, et l'état général resté stationnaire, mais les troubles moteurs persistent sans aucune modification.

Etat actuel. — Le petit J. W..., est un enfant très bien développé, d'aspect général satisfaisant; il est intelligent et gracieux, et répond de son mieux aux questions qui lui sont adressées. On ne constate chez lui aucun signe de tuberculose ni de syphilis, héréditaire ou acquise. Les grandes fonctions s'accomplissent normalement chez lui, et tout se réduit, en somme, aux *troubles nerveux* que voici.

Symptômes moteurs. — Il existe une paralysie faciale gauche encore très nette, mais actuellement l'enfant peut fermer les yeux. Les membres supérieurs sont intacts; de même, le membre inférieur gauche. Le membre inférieur droit, au contraire, est nettement parésié. L'enfant, en marchant, jette sa jambe comme un hémiplégique; de plus, il semble, de temps à autre, avoir quelque tendance à la rétropulsion, ou présenter une démarche légèrement ébrieuse. Les phénomènes moteurs prédominent à la cuisse. Il n'y a jamais eu de chute brusque, de vertiges, de convulsions, de tremblements, ni de mouvements athétoso-choréiques.

Sensibilité générale. — Elle est intacte dans l'ensemble. Cependant, il faut signaler des douleurs spontanées dans la cuisse droite, et aussi les douleurs de la colonne vertébrale dont nous avons déjà parlé. Les yeux, examinés par M. Terrien, sont normaux, mais, quelques jours avant, on avait cru voir une paralysie de la sixième paire gauche. Les fonctions auditives et gustatives ne sont nullement troublées. Il n'y a aucun signe de radiculo-névrite.

Les *réflexes tendineux* sont conservés, peut-être un peu diminués à droite, où le réflexe achilléen est faible. Le signe de Babinski manque. Il n'y a ni contracture, ni trépidation spinale. Les *réflexes cutanés* paraissent normaux.

Comme *troubles trophiques*, il n'y a à signaler que l'amyotrophie de la cuisse droite, qui, à sa partie moyenne, a un centimètre de moins que l'autre.

Il n'y a pas de *troubles sphinctériens*.

Les *fonctions intellectuelles* sont normales, et les parents n'ont observé, depuis le début, aucune modification nette du caractère.

Une *ponction lombaire*, faite le 24, ramène un liquide clair, en état d'hypertension manifeste, contenant une certaine quantité d'albumine. Au microscope, M. Tixier trouve une lymphocytose pure et abondante.

L'*intradermoréaction* reste absolument négative.

Les *réactions électriques*, recherchées par M. le docteur Larat, le 26 octobre, sont les suivantes : face, moitié gauche, hypoexcitabilité faradique et galvanique (7 à 8 M. A. au lieu de 5); cuisse droite, mêmes constatations.

L'enfant est électrisé régulièrement deux fois par semaine; au bout de quelques mois, il était complètement guéri.

*
* *

Dans ce cas, le diagnostic a été hésitant au début : la présence de paralysies alternes, les caractères de la démarche pouvaient, jusqu'à un certain point, faire penser à un néoplasme cérébral; d'autre part, les douleurs de la colonne vertébrale comme la raideur de la nuque orientaient l'esprit vers l'idée d'une méningite cérébro-spinale. Ce qui nous permit de formuler un diagnostic exact, ce fut le caractère épidémique de la maladie, qui manquait absolument dans notre premier cas. Entre les deux, il y a bien d'autres différences : paralysie ascendante, évolution suraiguë et rapidement mortelle dans celui-ci, paralysie à type de Millard-Gubler, évolution lente, guérison, dans le second. Et pourtant, dans les deux cas, il s'agit d'affections très voisines, sinon identiques, et qui méritent de rentrer dans ce que l'on est convenu aujourd'hui d'appeler la *maladie de Heine-Medin*, c'est-à-dire une affection causée par un virus encore inconnu, dont les lésions, quoique prédominant sur les cornes antérieures, s'étendent, en largeur, à toute la moelle et à ses enveloppes, en hauteur, au bulbe, à la protubérance et même à l'écorce, et dont les symptômes sont, par suite, quoique surtout moteurs, essentiellement variables et disparates.

FORMULAIRE

POTION ANTIVOMITIVE (Scheffler).

Menthol	0g10 à	0g30
Teinture de quillaïa		5 grammes
Glycérine	5 à	10 —
Sirop de menthe		100 —
Eau distillée		200 —

(1) Pour M. et Mme Tinel, les lésions cellulaires seraient primitives, les lésions vasculaires consécutives. — Voir aussi la communication de M. Marinesco, *Réunion biologique de Bucarest*, in *Bull. Soc. Biol.*, n° 2, 20 janvier 1911.

(2) V. Claude. *Soc. méd. des hôpit.*, 1910. — Lhermitte. *Sem. méd.*, 1910. — Cruchet. *Journ. méd. franç.*, 1910.

JURISPRUDENCE

LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCE ET LE SECRET MÉDICAL

Par M. R.-Marcel PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

La presse fait grand bruit en ce moment autour d'un curieux exemple de l'interprétation du secret professionnel en ce qui concerne les déclarations de naissance.

Voici le fait. Un médecin parisien s'était présenté au bureau de l'état civil de la mairie de X... pour déclarer la naissance d'un enfant du sexe féminin, mort-né. Se retranchant derrière le secret professionnel, le praticien avait refusé de révéler à l'employé de la mairie le nom et l'adresse de la mère. Le fonctionnaire refusa alors de recevoir la déclaration d'état civil et fit conduire le docteur au commissariat. Là le médecin déclara de nouveau que sa profession lui interdisait de fournir le moindre renseignement sur l'identité du mort-né (1).

Le médecin avait-il le droit d'agir ainsi? Nous répondrons oui sans hésiter. La loi et la jurisprudence l'y autorisaient. En effet, de quelque façon qu'on examine la situation dans laquelle peut se trouver un médecin lors d'une déclaration de naissance, la conclusion sera toujours la même : c'est la limitation de sa déclaration à l'état civil.

L'étude générale sur ce cas particulier de secret professionnel comporte deux séries d'observations que nous allons examiner : quand le médecin est-il tenu de la déclaration, et quel est l'objet de sa déclaration?

Rappelons ici que la loi, en vue d'assurer à l'enfant nouveau-né la constatation de son état, impose l'obligation de déclarer sa naissance au bureau de l'état civil, à différentes personnes, parmi lesquelles figurent les médecins et les sages-femmes. La sanction de cette obligation est double, on le sait, car outre l'indemnité pécuniaire que le médecin serait obligé de payer à l'enfant comme réparation du dommage causé par son abstention, le contrevenant est passible des peines de l'article 346 du Code pénal. Mais la loi n'a voulu frapper ici que la simple omission (Cassation, 1er mars 1821 et 3 oct. 1823; Dalloz *Répertoire*, V° actes de l'état civil, nos 216 et 217; Grenoble, 5 mai 1838; Dalloz *Répertoire*, V° crime contre les personnes, n° 267-10).

§ I. *Quand le médecin est-il tenu de la déclaration?* — Le médecin n'est tenu de la déclaration de naissance qu'à titre de témoin, alors que le père y est tenu obligatoirement comme chef de famille. Pour avoir cette qualité de témoin, il faut qu'il soit en mesure d'attester que le nouveau-né se trouve bien être l'enfant de l'accouchée. Or, une pareille attestation n'est admissible que de la part des personnes ayant vu l'enfant sortant du sein de sa mère, ou encore uni à elle par le cordon ombilical. N'est donc obligé à aucune déclaration le médecin n'ayant assisté qu'au travail préalable à l'expulsion du part ou n'étant arrivé qu'après la section du cordon; il peut craindre une habile substitution. En revanche la qualité de témoin suffit pour l'obliger, le médecin serait-il appelé pour la première fois auprès de l'accouchée.

Le médecin est témoin de l'accouchement; il peut être tenu de la déclaration de naissance aux termes de l'article 56 du Code civil. Mais dans quelles conditions?

Le médecin est tenu de déclarer la naissance, à défaut du père, soit lorsque l'enfant naît après le décès du père, soit lorsque, étant fils naturel, son père s'abstient de le reconnaître (Cour de cassation, 12 nov. 1859). Il y est encore tenu lorsqu'un obstacle de fait empêche le père d'accomplir son obligation, notamment lorsque le père ayant disparu de son domicile on a des doutes sur sa vie (absence légale), lorsqu'il est aliéné ou alité pour cause de maladie. Il suffirait même que le père fût simplement éloigné de son domicile, la loi ne lui imposant certainement pas l'obligation d'y revenir pour déclarer la naissance.

Comme il incombe aux personnes astreintes à la déclaration d'apprécier si elles se trouvent dans les conditions où la loi leur en impose le devoir, le médecin doit vérifier si les motifs qui empêchent le père d'intervenir sont tels qu'il doive, lui médecin, déclarer lui-même l'enfant. Toutefois il n'est pas tenu de pousser son enquête aussi minutieusement qu'un juge, et il se contentera des renseignements que les circonstances et les usages lui permettront d'obtenir. Pas de difficulté lorsque le père assiste à la naissance, qu'il est le mari de la mère et que le médecin le connaît. Quand le père n'assiste pas à l'accouchement, le médecin doit s'informer s'il peut faire la déclaration, auprès des membres de la famille, à défaut de famille auprès des personnes de la maison où se trouve l'accouchée; mais, lorsqu'il n'a pas de raison de suspecter la sincérité de ces témoignages, il n'est pas obligé de les corroborer par des renseignements pris au dehors. Enfin, lorsque le médecin trouve auprès de l'accouchée, ou dans sa maison, un homme se présentant à lui comme le mari, mais qu'il ne connaît pas personnellement, la question devient plus délicate. Evidemment il a le droit de s'en tenir à cette affirmation, serait-elle inexacte, si le prétendu mari passe généralement pour tel. Il peut même se montrer plus large encore, les usages n'autorisant pas le médecin à demander à ses clients communication de leur acte de mariage, et se contenter de cette affirmation du prétendu mari, chaque fois que les circonstances de fait ou la notoriété publique ne l'avertissent pas de s'en méfier.

En cas de doute cependant, le médecin doit toujours soit faire la déclaration, soit proposer à la famille de la faire, soit passer à la mairie dans

(1) Cf. L. TISSIER. Déclaration d'avortement par les médecins et dépôt de fœtus, communication à la *Société d'obstétrique*, séance du 19 fév. 1903 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 23, p. 225, et *Bull. de la Soc. d'obstétrique*, n° 2, fév. 1903); — Sur la déclaration des fœtus et leur dépôt aux mairies, *Soc. de méd. légale*, séance du 2 mars 1903.

le courant du troisième jour qui suit la naissance pour savoir si la déclaration a été effectuée.

§ II. *Objet de la déclaration.* — Quelle est donc l'étendue de la déclaration que le médecin peut faire à l'état civil? Comme nous l'avons dit au début de cette étude, elle est limitative.

Il n'y a pas de doute pour le fait matériel de l'accouchement, sans quoi sa déclaration ne serait pas celle d'une naissance. Le médecin doit également indiquer ses propres nom, prénoms, profession et domicile, comme toutes les autres personnes intervenant dans la rédaction d'un acte de l'état civil (article 34 du Code civil).

Mais doit-il indiquer aussi les noms des père et mère de l'enfant, les nom et prénoms de celui-ci, l'heure et le lieu de sa naissance, toutes mentions qui composent en principe un acte de naissance (article 57 du Code civil) et que les maires exigent souvent? *Le refus de ces renseignements n'est pas frappé des peines édictées par l'article 346 du Code pénal*, qui renvoie seulement à l'article 56 et non à l'article 57 du Code civil, sanctionnant ainsi l'omission de déclarer le fait matériel de l'accouchement et non le refus de donner les indications contenues dans un acte de naissance complet (Cassation, 1er août 1845; Dalloz périodique, 1846, 1re partie, p. 368; Cour d'Angers, 18 nov. 1850; Dalloz périodique, 2e partie, p. 20).

Cependant, ces divers renseignements étant nécessaires à la rédaction de l'acte, et l'officier d'état civil ne pouvant les recueillir que de la bouche des personnes appelées, en principe et en premier lieu, à lui déclarer l'accouchement, celles-ci sont donc astreintes en principe à lui en fournir les éléments, sauf en l'absence de sanction pénale, à n'en être tenu que par obligation civile, c'est-à-dire sous la garantie d'une indemnité pécuniaire, si leur refus cause un dommage à l'enfant.

Mais cette obligation reçoit une importante limitation à l'égard du médecin. D'une part, celui-ci pourrait ne pas connaître les divers renseignements énoncés dans l'article 57 du Code civil (noms des parents); comment lui imposerait-on des affirmations devant être claires et précises, alors qu'il serait forcé de s'en rapporter à des indications fournies par des tiers quelconques, peut-être parfaitement inconnus de lui? D'autre part, dans le conflit qui s'élève entre l'utilité de donner à l'enfant une preuve complète de son état civil, et celle d'assurer le repos des familles par le silence, les tribunaux font prédominer cette dernière considération, en exemptant le médecin de parler sur tous les points touchant au secret professionnel.

La jurisprudence, qui commença par exiger du médecin l'indication de toutes les mentions contenues dans l'article 57 du Code civil, décide aujourd'hui depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 16 sept. 1843 (Dalloz périodique, 1844, 1re partie, p. 137) qu'il ne doit rien dire de contraire au secret professionnel. (Voy. dans ce sens Cassation, 1er juin 1844; Dalloz périodique, 1845, 1re partie, p. 363; Agen, 20 avril 1844; Sirey, 1844, 2e partie, p. 326; Angers, 18 nov. 1850; Dalloz périodique, 1851, 2e partie, p. 20; Tribunal de la Seine, 30 déc. 1875; *Gazette des tribunaux*, 30 déc. 1875.) Par suite, le médecin peut et doit fournir au maire les indications légales qu'il connaît et qui ne froissent pas le secret professionnel, comme le jour et l'heure de la naissance, le nom et les prénoms de l'enfant; au contraire, il peut et doit refuser tout renseignement sur les points qu'il ignore, ou dont la révélation serait contraire à l'obligation du secret. Le médecin doit donc taire les noms des père et mère s'ils ne lui ont été révélés que sous le sceau du secret (Cassation, 1er août 1845, précité). Il doit taire aussi le lieu de la naissance, lorsque son indication risquerait de révéler indirectement le nom de la mère et que celle-ci veut garder l'anonyme (Angers, 18 nov. 1850, et Tribunal de la Seine, 30 déc. 1875, précités).

Cependant, comme l'officier de l'état civil n'est compétent que dans sa commune pour recevoir les déclarations de naissance, encore faudra-t-il lui dire que l'accouchement a eu lieu dans sa commune — à Paris dans son arrondissement (tribunal de la Seine, 30 déc. 1875, précité); — c'est là une source d'inconvénients dans les petites communes où le maire découvrira vite la femme accouchée.

Pour prévenir cet inconvénient, certains médecins vont faire leur déclaration dans une autre commune. Ils occasionnent ainsi des difficultés ultérieures aux parents qui veulent reconnaître l'enfant, ou à l'enfant qui cherche à établir sa filiation en justice, et ils s'exposent aux peines de l'article 346 du Code pénal; mais ils ne commettent pas le crime de faux, quoi qu'on en ait dit parfois, en l'absence d'intention dommageable. Il n'y a pas non plus crime de faux lorsque le médecin donne pour la mère un nom imaginaire, afin de dérouter les recherches (Cassation, 1er août 1845; Dalloz périodique, 1845, 1re partie, p. 363).

Le décès de l'enfant avant que sa naissance ait été déclarée, quelque temps qui se soit écoulé entre sa venue au monde et sa mort, n'empêche pas la déclaration de naissance de rester obligatoire pour les personnes ayant assisté à l'accouchement, et ce dans les conditions et sous les peines édictées par les articles 55 et 56 du Code civil et 346 du Code pénal.

L'officier de l'état civil doit alors constater que l'enfant lui a été présenté sans vie; l'acte est inscrit sur le registre des décès, sans qu'il en résulte aucun préjugé sur la question de savoir si l'enfant est né viable ou non (décret du 4 juillet 1806).

Conclusions. — En appliquant les théories dégagées par la jurisprudence en matière de secret professionnel, il faut conclure que le refus par le médecin de répondre aux questions du maire ne l'expose même pas à des dommages et intérêts envers ceux qui souffriraient de son silence, et que toute indication volontairement donnée, contrairement à l'obligation du secret, l'exposerait aux peines de l'article 378 du Code pénal. De plus, le maire ne doit pas inscrire dans l'acte les mentions relatives au refus du médecin: de telles indications, s'il les inscrit, sont dénuées de force probante.

Tout dernièrement le tribunal correctionnel de Reims a acquitté, le 12 mars 1910, un médecin qui s'était refusé, en faisant la déclaration d'une naissance, de donner le nom de la mère et le domicile de celle-ci.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1911)

Sur la signification physiologique des réactions leucocytaires des infections et des intoxications. — MM. L. BRUNTZ et L. SPILMANN. Les réactions leucocytaires des infections et des intoxications sont caractérisées par un stade généralement court d'hypoleucocytose (correspondant aux périodes d'invasion et d'état), auquel succède un stade d'hyperleucocytose généralement très manifeste et plus durable. Pendant le stade d'hypoleucocytose, les produits à éliminer sont conduits par certaines formes de leucocytes aux organes d'excrétions clos et ouverts. Le stade d'hyperleucocytose correspond d'abord à la rentrée dans la circulation générale des anciens globules débarrassés des produits qu'ils avaient fixés et ensuite à l'apparition d'éléments néoformés dans le but d'achever plus rapidement l'élimination des substances étrangères à l'organisme.

Forme du « Sporotrichum Beurmanni » dans les lésions humaines. Sa fructification à l'intérieur des capillaires. — M. E. PINOY.

Démonstration de la nature exclusivement hépatique de l'antithrombine. Extraction de cette substance par un solvant des corps nucléaires. — MM. DOYON, A. MOREL et A. POLICARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1911)

La fièvre de Malte. — M. F. WIDAL fait un rapport sur ce sujet. Il rappelle avoir, dans une précédente communication, demandé que l'Académie émette le vœu que la fièvre de Malte soit inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

M. le gouverneur de Malte ayant réclamé, se basant sur ce fait que cette fièvre ne réside pas uniquement à Malte, mais sur toute la côte méditerranéenne, qu'on change sa désignation actuelle pour celle de fièvre méditerranéenne, M. Widal propose de lui donner satisfaction et de désigner désormais cette maladie sous le nom de fièvre méditerranéenne, tout en faisant observer que c'est bien à Malte qu'elle a pris naissance.

La vaccination antityphoïdique. — M. LANDOUZY insiste sur les raisons qui, suivant lui, plaident en faveur de cette vaccination. Il se rallie donc complètement aux conclusions du rapport de M. Vincent. Nous avons, dit-il, un moyen d'atténuer et de diminuer la morbidité et la mortalité de la fièvre typhoïde, notre devoir est d'y recourir, d'autant que cette vaccination n'est ni dangereuse, ni difficile.

Primum non nocere, c'est là le principal argument invoqué par M. Delorme. Mais les dernières expériences ont montré que le vaccin antityphoïdique se montre inoffensif et efficace. Il n'y a donc pas de raisons de le repousser.

M. Landouzy rappelle les objections qui ont été faites, au début, contre le sérum antidiphtéritique de Roux. Qui hésite aujourd'hui à s'en servir ? Il en sera probablement de même du vaccin antityphoïdique.

Quoi qu'on en ait dit, la fièvre typhoïde continue ses ravages. L'avant-dernier *Bulletin hebdomadaire* signalait encore 152 cas de fièvre typhoïde et 6 morts. Le dernier signale 128 cas et 8 décès.

La morbidité et la mortalité typhiques restent toujours très élevées : 3 152 cas et 400 décès pour une seule année. Ces chiffres dépassent de beaucoup ceux que fournissent l'Allemagne, la Hongrie et l'Angleterre. De 1900 à 1909, pour la France seule et ses colonies, l'armée a compté 97 000 cas de fièvre typhoïde et 4 000 décès.

M. Landouzy donne également des statistiques qui prouvent que cette maladie atteint un grand nombre d'infirmiers militaires. Il en est de même pour les infirmiers et les infirmières des hôpitaux civils. Devant ces faits, nous engagerions beaucoup notre responsabilité en n'admettant pas le vaccin facultatif qui nous est proposé.

L'administration de la guerre et celle de l'Assistance publique attendent notre jugement. Dans notre pays de dépopulation, il est de notre devoir de recourir à tous les moyens qui peuvent atténuer la morbidité et la mortalité typhoïdiques. Nous avons donc des raisons humanitaires, scientifiques et économiques de voter les conclusions du rapport de M. Vincent.

M. CHAUFFARD. Dans les questions que soulève le rapport de M. Vincent, il faut faire un choix et retenir surtout ce qui est d'ordre vraiment pratique.

Il ne paraît pas douteux que la typho-vaccination a fait ses preuves d'efficacité ; et que, si elle peut donner lieu à des réactions pénibles, elle reste cependant sans danger à condition que les précautions voulues soient prises. Mais, pour le moment elle ne peut entrer dans la pratique générale, et doit rester une mesure d'exception, applicable seulement au moyen d'une organisation technique spéciale et très surveillée, pour laquelle, en France, tout reste à faire.

On ne devra actuellement la tenter que dans des milieux spéciaux, où les risques de contamination typhique sont considérables : milieux militaires, pour les expéditions coloniales ou les garnisons insalubres; milieux hospitaliers, pour le personnel des infirmières appelées à soigner des typhiques. Celles-ci sont infectées dans une proportion qui, pour les services de typhiques, est considérable, alors que dans les services de chirurgie elle reste très faible.

La protection contre ces *fièvres typhoïdes professionnelles* peut et doit être demandée à une typho-vaccination méthodiquement organisée et surveillée. Agir autrement serait manquer à un devoir médical et social.

Le choléra. — Dans la dernière séance, M. CHANTEMESSE, en son nom et au nom de M. Borel, a fait une communication sur le choléra et le rôle de l'émigration dont voici le résumé :

L'année 1910 a permis au choléra d'accentuer sa marche de l'est à l'ouest; l'hiver a assoupi ses foyers; celui de Russie, celui de la Prusse orientale, les trois foyers ottomans, celui de la Hongrie et le foyer italien. Les luttes locales instituées contre ces divers foyers suffiront-elles pour nous protéger ? Nous n'osons l'espérer.

De l'enquête de M. Chantemesse ressortent quelques faits qui démontrent l'importance du microbisme latent et le rôle redoutable des émigrants dans le transport du choléra.

M. Chantemesse cite ici plusieurs exemples et termine ainsi :

Les faits précédents établissent des exemples de microbisme latent : des individus ont quitté depuis vingt-cinq à trente jours le centre d'infection cholérique ; tous leurs bagages ont été désinfectés et quelquefois à plusieurs reprises ; ils ont été eux-mêmes visités deux et trois fois par des médecins ; ils présentent en définitive les garanties les plus sérieuses au

point de vue de la police sanitaire maritime telle qu'elle est définie dans les textes internationaux ; et cependant l'infection de ces individus résiste au temps, n'est point détruite par la désinfection, dépiste tous les examens médicaux et se manifeste en dehors de toutes nos prévisions.

Que valent contre ce danger les cinq jours d'observation imposés par la dernière conférence sanitaire internationale aux individus provenant de pays contaminés de choléra ?

Si on veut lutter contre le transport du choléra par microbisme latent, on ne pourra atteindre ce résultat — tout au moins en grande partie — que par une réglementation sévère et une surveillance active de l'émigration.

Les précédentes conférences sanitaires internationales ont porté tout leur effort vers l'organisation du pèlerinage musulman. La prochaine devra s'occuper d'un état de choses nouveau, de l'extension toujours croissante de l'émigration, car les enquêtes démontrent que pour exporter et répandre le choléra, le pèlerinage de la misère est aussi dangereux que celui de la religion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1911)

Lipémie dans un cas de diabète maigre. — MM. JAVAL, AMADO et BOYET. Le sérum que nous présentons a été recueilli chez un diabétique maigre au début du coma, deux jours avant la mort : il renferme 108 grammes de matières grasses par litre et sa lactescence était perceptible au cours de la saignée. Après quelques jours de repos dans un tube, ce sérum s'est partagé en deux couches : la supérieure crémeuse et épaisse, l'inférieure plus claire, quoique encore laiteuse. L'émulsion graisseuse de ce sérum paraît donc instable comme celle du lait.

L'analyse chimique nous a montré qu'il contenait 8 p. 1 000 de cholestérine et 35 p. 1 000 de lécithine. La lécithinémie et la cholestérinémie paraissent présenter des intensités variables au cours de la lipémie.

Le pancréas, le foie et le rein de ce malade présentaient microscopiquement une surcharge graisseuse assez accentuée.

Comparaison de la résistance aux antiseptiques du bacille Perfringens et de l'Anhémobacille du rhumatisme, variété banale et différenciée du bacille d'Achalme. — M. G. ROSENTHAL établit par une série d'expériences que le bacille Perfringens est beaucoup plus résistant aux antiseptiques, que l'on considère la dose inhibitrice ou la dose stérilisante. Ce nouveau caractère complète la différenciation quantitative des deux variétés de bacille d'Achalme.

Le 606 agit-il sur la vaccine ? — M. L. CAMUS. Il résulte des expériences de l'auteur que le 606 à la dose de 0g02 par kilo n'influence pas d'une façon appréciable l'évolution de la vaccine. Les résultats sont sensiblement les mêmes quand l'injection de 606 accompagne, précède ou suit la vaccination ; l'éruption n'est modifiée ni dans sa durée, ni dans son intensité.

Note sur les colloïdes des eaux de Vichy. — M. L. SALIGNAT répond à M. Roger Glénard, qui avait cru pouvoir réfuter une hypothèse, jadis émise par lui, et suivant laquelle on pourrait attribuer une partie de l'action thérapeutique des eaux de Vichy à divers colloïdes.

M. Salignat démontre que l'action décomposante de l'eau oxygénée par l'eau de Vichy, observée par M. R. Glénard, n'est pas une action catalytique.

D'autre part le défaut d'action catalytique n'implique pas l'absence de colloïdes à l'émergence, certains colloïdes n'ayant aucune action catalytique.

En ce qui concerne la production des colloïdes, l'hypothèse de M. R. Glénard, basée sur l'oxyde de fer hydraté, ne peut être soutenue, l'hydrate de fer étant électro-positif alors que les eaux de Vichy ne contiennent que des colloïdes électro-négatifs.

Le travail de M. R. Glénard, intéressant au point de vue de certaines réactions chimiques, n'est pas démonstratif en ce qui concerne l'action catalytique et les colloïdes des eaux de Vichy.

La réaction de Marmorek est-elle une fixation vraie du complément? — M. A. BERGERON. La réaction de Marmorek qui ne résiste pas à un excès même léger de sensibilisatrice ne paraît pas assimilable au phénomène de Bordet. Le pouvoir antihémolytique du sérum de Marmorek n'est d'ailleurs pas nul vis-à-vis des urines de non tuberculeux. Ces faits rendent délicate l'interprétation des résultats de la méthode.

Précipito-diagnostic de la morve. — MM. COSTA et FAYET. La malléine provoquant le développement de précipitines dans le sérum, le précipito-diagnostic de la morve n'a de valeur, quand il est positif que s'il a été pratiqué avec du sérum de chevaux non préalablement malléinés.

Rôle des électrolytes dans la saccharification de l'amidon par les amylases salivaire et pancréatique. — M. LISBONNE. En faisant agir les amylases salivaire et pancréatique dialysés sur l'amidon de Fernbach et Wolff, on arrive à dissocier mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les actions multiples qu'exercent sur l'amylalyse les électrolytes, dont les uns agissent sur l'état physique de la diastase, les autres, sur l'amidon lui-même.

Sur la diminution du pouvoir lipolytique du suc pancréatique au cours des sécrétions provoquées par des injections répétées de pancréatine. — MM. MOREL et TERROINE. Pour M. Fleig, cette diminution relève pour une part importante de modifications dans les propriétés physico-chimiques du suc, notamment de la viscosité et de l'alcalinité. Contrairement à cette théorie, nous persistons à croire que les facteurs invoqués par M. Fleig ne peuvent expliquer le phénomène observé.

Etude bactériologique d'un cas d'appendicite vermineuse. — M. RAMENOVITCH a trouvé, dans un appendice enlevé chirurgicalement, une douzaine d'oxyures et des microbes variés, parmi lesquels le *bifidus*, qui n'avait été trouvé, jusqu'ici, que dans l'appendice sain.

Morphologie du pneumocoque. — Pour MM. TRUCHE et Mme GOSSET, le pneumocoque peut devenir méconnaissable : 1° soit parce qu'il se raccourcit, il tend alors vers une forme ronde, symétrique ; 2° soit parce qu'il s'allonge, il tend vers une forme bacillaire toujours assez courte ; 3° soit parce qu'il prend une apparence monstrueuse, en rapport avec certaines conditions ambiantes défavorables.

Substance anticoagulante du foie. Entraînement de cette substance par une solution faiblement alcaline. — MM. DOYON, MOREL et POLICARD.

Procédé des vaccinations subintrantes de Besredka, appliqué à l'anaphylaxie lactique. — M. CRUVEILHIER.

Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. — M. DEWITZKY.

Action des sels des métaux du groupe aurique sur la saccharification de l'empois d'amidon par les ferments amylolytiques. Sels de cadmium et de zinc, mercuriques et argentiques. — M. TERBER.

Présence d'un ferment glycolytique dans le liquide d'ascite. — M. LÉEL.

ANALYSES

MÉDECINE

Mes expériences avec le traitement d'Ehrlich-Hata dans les affections nerveuses syphilogènes. (H. OPPENHEIM. *Deut. med. Woch.*, 8 déc. 1910, n° 49, p. 2284.) — Il est intéressant de relever l'opinion d'un neurologiste de la compétence d'Oppenheim sur l'action du 606 sur la syphilis et la parasyphilis des centres nerveux. La plupart des malades dont il parle dans ce travail ont reçu le traitement par l'arsenobenzol en dehors de lui et il se contente de comparer l'état de ces malades avant et après le traitement; un certain nombre des cas cités par lui ont déjà été rapportés par d'autres auteurs.

Dans la syphilis spinale et cérébro-spinale, le 606 ne paraît pas sensiblement plus actif que l'iode et le mercure; mais il peut donner de beaux résultats quand ceux-ci ont échoué.

Son action se fait sentir surtout dans les processus gommeux, tandis qu'il y a peu de chose à en attendre dans l'endartérite et dans la paralysie spinale syphilitique, tout au moins à un stade avancé.

Oppenheim conseille de plus dans la syphilis cérébro-spinale de ne pas se fier au 606 seul. Citons parmi les faits d'amélioration remarquable : deux cas de méningite basilaire dont un avec symptômes protubérantiels; un cas de névrite optique; un cas d'hémiplégie avec troubles de la parole; un cas de méningite spinale avec symptômes radiculaires; un cas de myélite transverse; un cas de lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux de la moelle. Mais un traitement antérieur par le 606 ne met pas à l'abri de la syphilis des centres nerveux : un malade traité en avril pour des accidents de syphilis récente par le 606 (Wechselmann) se présenta en août à la clinique d'Oppenheim avec des signes de syphilis cérébrale.

Dans le tabes le 606 fait parfois rétrocéder des manifestations qui semblaient installées à demeure et peut produire un relèvement de l'état général. Oppenheim a vu dans un cas reparaître pour six semaines la réaction à la lumière; dans un cas, un mal perforant guérit; dans un autre cas, en même temps que le tabétique engraissait de 20 livres, les phénomènes douloureux, les troubles vésicaux et la constipation disparurent; il est vrai que les signes objectifs ne varièrent pas. En dehors de ces cas, le 606 se montra sans action tant sur les signes subjectifs que sur les signes objectifs chez les autres tabétiques suivis par Oppenheim.

De plus, chez deux tabétiques l'injection de 606 fut suivie d'une exacerbation des phénomènes douloureux qui prirent pendant dix jours dans un cas, pendant quatre semaines dans l'autre, une acuité intolérable. Chez un autre, non seulement les douleurs, mais encore les troubles vésicaux et l'ataxie subirent une aggravation telle que le sujet qui pouvait encore marcher devint incapable même de se tenir debout après l'injection de 606.

Chez sept paralytiques généraux, le 606 ne produisit aucun résultat favorable. Dans un huitième cas, traité en vain par le mercure, Oppenheim a vu, après l'injection de 606, disparaître des crises convulsives jusqu'alors fréquentes et la démence ne plus progresser. Un neuvième malade était atteint de démence avec idées de grandeur et de troubles pupillaires et était interné depuis un an et demi; peu de jours après une injection de 0g45 de 606, malgré la persistance des signes pupillaires, les troubles mentaux s'étaient tellement amendés que l'intelligence semblait redevenue normale. Enfin, chez un sujet syphilitique, atteint d'une psychose mal déterminée, le 606 semble avoir exercé une action des plus heureuses.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Sur l'élongation du sciatique. (Edward M. FOOTE. N.-Y. *State journ. of med.*, vol. X, n° 8, août 1910, pp. 382-383.) — Cette manœuvre a été presque totalement abandonnée à cause des accidents (rupture, paralysie permanente) que l'on a observés avec l'emploi de la technique classique : incision verticale au milieu de la cuisse, élongation par traction sur le nerf jusqu'à ce que la jambe soit soulevée du plan de la table. Foote pense qu'avec une bonne technique on n'a pas à craindre d'accidents et que l'opération pent rendre de grands services. Il se sert d'une incision horizontale au niveau du pli fessier, où le nerf est superficiel et facile à découvrir dans l'angle formé par le bord inférieur transversal du grand fessier et le bord externe, vertical, du biceps. On élonge le nerf en tirant dessus avec les doigts. La force de traction ne doit pas dépasser 22 k; on mesure cette force par la pression exercée par le chirurgien sur une petite balance à bascule sur laquelle il se tient. Foote relate un cas de sciatique rebelle s'aggravant constamment où le résultat fut fort satisfaisant.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

De la myotonie dans la maladie de Parkinson. (M. J. ROUX (de Saint-Etienne), *Revue neurol.*, 1910, p. 204-208.) — Lorsque le malade veut se lever, se mettre en marche ou s'asseoir, tous les muscles des membres inférieurs sont pris d'un spasme, durant vingt à quarante secondes et immobilisant le malade. Les réactions électriques se rapprochent de la réaction myotonique d'Erb. L'auteur émet l'hypothèse de cérébrosclérose lacunaire de la région sous-thalamique.

L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Résultats obtenus avec la « trigémine ». (Alfred PAUL (de Berlin). *Zahnt. Rund.*, n° 47, 20 nov. 1910.) — On ne possédait autrefois aucun moyen permettant de soulager les douleurs causées par les pulpites et les périostites après pansement à l'arsenic. Cette lacune a été comblée par la trigémine qui a donné à l'auteur des résultats surprenants.

Si l'on donne à un patient, après avoir pansé la dent malade, deux à trois capsules de trigémine, la douleur disparaît de suite; le calme produit persiste quatre à six heures et comme pendant ce laps de temps l'arsenic a pu produire son effet, la douleur n'apparaît plus. Même dans les périostites intenses, dans lesquelles l'intervention chirurgicale est contre-indiquée à cause des douleurs intolérables, la trigémine secondée par l'application locale de teinture d'iode est capable de calmer ces douleurs de telle sorte que le pansement de la dent devient possible.

La trigémine ne possède pas seulement une action élective contre la douleur des périostites, mais elle rend également le plus grand service pour calmer les douleurs post-opératoires de quelque intensité qu'elles soient. Même après l'extraction de plusieurs racines ou dents, sans ou sous l'anesthésie locale, les douleurs post-opératoires sont calmées presque instantanément par la trigémine ou empêchées lorsqu'on la prend préventivement. Mais tandis qu'ordinairement deux à trois capsules de trigémine suffisent pour calmer les douleurs des pulpites et des périostites, cette dose doit être absorbée deux à trois fois et même quatre fois dans les douze heures qui suivent l'intervention opératoire, lorsqu'il s'agit de fortes douleurs post-opératoires.

Même dans le cas de douleurs intolérables accompagnant des abcès ou des suppurations de la mâchoire, la trigémine a produit son effet analgésique.

La trigémine ne produit pas seulement un effet sur les douleurs, mais elle engendre un sommeil calme et reposant lorsqu'elle est employée le soir. Cette propriété peut être utilisée pour préparer le sujet à l'opération par un repos calmant.

L. GAYARD.

KELSCH

La médecine militaire vient de perdre un de ses représentants les plus autorisés. Kelsch, né à Schiltigheim (Bas-Rhin), en 1841, d'une vieille famille alsacienne, n'a dû qu'à un labeur acharné la haute situation scientifique et militaire, à laquelle il est arrivé. Elève à l'école de Strasbourg, il y est resté comme répétiteur. Agrégé du Val-de-Grâce, il devient ensuite professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, puis professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce et directeur de l'école d'application; élu membre de l'Académie de médecine, en 1893, dans la section de pathologie médicale, il prit sa retraite comme inspecteur, après avoir été nommé commandeur de la Légion d'honneur en 1900.

L'Académie de médecine, à la mort d'Hervieu, lui confia la direction de la vaccine qu'il a réorganisée d'une façon complète et qui, sous sa direction, fonctionna parfaitement.

Ce qui caractérisa surtout la carrière scientifique de Kelsch, ce fut sa haute compétence en épidémiologie. Ses travaux si importants sur cette partie de la médecine sont tous basés sur la plus rigoureuse observation des faits. Il ne se contentait pas, pour se documenter, des livres et des statistiques publiés, c'est surtout dans les cartons des *Archives de médecine militaire* qu'il puisait les observations qui servaient de base à ses travaux. Il a publié deux beaux *Traités des Maladies des pays chauds* et *d'Épidémiologie*.

Marchant avec les progrès de la science, il s'initia également aux données de l'anatomie pathologique, de l'histologie et même de la bactériologie. Mais tout en tenant compte des résultats fournis par ces diverses branches de la science médicale, il restait toujours et avant tout clinicien. Tous ses travaux, toutes ses communications à l'Académie étaient présentés dans un style impeccable, fait de précision, de clarté et même d'élégance.

La patience de la recherche, la rigueur de l'observation, la richesse de la documentation, la précision de la conclusion, la perfection du style, telles furent les notes dominantes du caractère scientifique de Kelsch que l'on peut ainsi résumer d'un mot : la conscience dans la science.

Ses obsèques ont eu lieu mardi. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe : par M. Gaucher, au nom de l'Académie de médecine, et par M. Vaillard, au nom du Val-de-Grâce.

A. BROCHIN.

VARIÉTÉS

ALFRED DE MUSSET, ÉTUDIANT EN MÉDECINE

Il y a quelques jours avait lieu le 34e dîner du *Moulin à sel*. On sait que cette réunion de littérateurs, d'artistes, de médecins, se réunit périodiquement autour d'un président qui porte le titre de *meunier*. Il existe un *meunier perpétuel* qui est M. Jules Claretie, et un meunier de tour. Au dernier dîner cette dignité était dévolue à notre confrère Cabanès. Le président d'honneur n'était autre qu'Alfred de Musset représenté en la circonstance par un modeste buste de plâtre.

Suivant la coutume, le meunier Cabanès prononça l'éloge du président, Alfred de Musset, éloge brillant, plein de l'esprit et de la documentation que Cabanès apporte en tous ses écrits.

Un hasard heureux a fait tomber entre nos mains le manuscrit de Cabanès. C'est une bonne fortune pour nous. Voici une anecdote entre mille :

« Alfred de Musset était une véritable sensitive, que le moindre souffle agitait. Il jouissait, ou plutôt il souffrait d'une impressionnabilité exceptionnelle qui en fait pour les physiologistes un sujet d'étude particulièrement attachant.

On s'explique qu'avec un pareil tempérament il n'ait pas réussi à vaincre la répulsion qu'il avait éprouvée, en pénétrant dans un amphithéâtre : car, vous le savez sans doute, il eut un instant la velléité de suivre la carrière médicale.

La médecine, me contait sa sœur, Mme Lardin de Musset, au cours d'un entretien qu'elle avait bien voulu m'accorder, la médecine l'attirait et il avait le grand désir de pratiquer. Mais Alfred ne put jamais arriver à surmonter la répugnance que lui avait inspirée la vue des cadavres. Il revenait de la dissection malade, les nerfs horriblement surexcités. Il lutta quelque temps contre ce dégoût instinctif, mais à la longue il dut céder. Et ce qui le passionnait, c'était, le croirait-on, la chirurgie. Etre chirurgien, rien ne lui semblait plus beau !

Il avait les mains trop blanches pour cette besogne rude, il jeta la trousse au vent et bien lui en prit. Si nous y avons perdu un méchant médecin, nous y avons gagné un poète génial; comme quoi l'aveugle Destin se montra une fois de plus la plus avisée des providences. »

LIVRES NOUVEAUX

Maladies cutanées et vénériennes (1), par F. PINKUS.

Le livre de Pinkus est le deuxième volume d'une série paraissant sous le titre général de « fils conducteurs de la médecine pratique ».

C'est un précis consacré à l'étude des affections cutanées, de la syphilis, de la blennorragie, etc.

L'auteur n'a pas eu évidemment pour but d'écrire un traité complet; il évite d'aborder les discussions dogmatiques. Il se borne a exposer succinctement les notions essentielles à connaître sur chaque affection. La symptomatologie et la thérapeutique tiennent la place principale. D'assez nombreuses photographies des maladies les plus importantes et quelques reproductions de coupes histologiques utiles à connaître illustrent le texte. Un court appendice est consacré à la posologie du 606 et à l'exposé des résultats fournis par ce médicament.

A. LEMIERRE.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (2)

KYSTES DE LA CONVEXITÉ DU FOIE : nouveaux signes physiques décrits par M. Chauffard. — a. *Flot transthoracique.* — « Pour constater ce signe, il faut examiner le malade debout, le thorax mis à nu. La main gauche est placée horizontalement sur la partie postérieure du thorax, au-dessous de la pointe de l'omoplate droite, tandis que les doigts de la main droite percutent en avant légèrement, au niveau de la cinquième ou de la sixième côte, ou des espaces intercostaux correspondants. La main gauche reçoit et perçoit une ondulation profonde et vibratoire, moins élastique que le frémissement hydatique, qui semble se propager d'avant en arrière, véritable sensation de flot transthoracique. » Ce signe ne se retrouve ni dans les grandes pleurésies droites, ni dans les grands abcès dysentériques du dôme hépatique. On le constate surtout au niveau du lobe droit, plus exceptionnellement au niveau du lobe gauche.

b. *Flot transabdomino-thoracique.* — La recherche du flot peut être également tentée, non plus sur la paroi costale, mais sur la portion du foie hypertrophié qui déborde les fausses

(1) In-8 de 275 pages. — Leipsig, Werner Klinkhardt.
(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 13, p. 186.

côtes; on peut également le rechercher dans certains kystes antéro-externes, au niveau de l'échancrure costo-iliaque, c'est le *flot transabdominal*.

c. *Ballottement sus-hépatique*. — La main gauche appliquée en avant et transversalement au niveau du deuxième et du troisième espace intercostal droit, les doigts de la main droite tournés vers le haut du corps sont placés au-dessous du rebord hépatique au point le plus abaissé du lobe droit; une fois le bord tranchant du foie ainsi accroché, une série de petites secousses dirigées de bas en haut ébranlent et remontent pour ainsi dire toute la masse hépato-kystique; or, à chaque saccade, la main gauche perçoit un choc léger dirigé de bas en haut au niveau du deuxième espace intercostal droit.

A ces signes qui permettent, ainsi qu'on le voit, le diagnostic avec la *pleurésie*, les *abcès*, les *tumeurs du dôme* hépatique, il faut ajouter les renseignements tirés de l'*examen radioscopique*.

L'examen radioscopique peut tout d'abord permettre parfois d'éliminer le diagnostic de kyste hydatique, en cas de *cirrhose*, de *cancer*; il peut, dans d'autres circonstances, non pas permettre une affirmation absolue, mais orienter le diagnostic vers deux ou trois affections seulement (abcès du foie, *syphilis du foie*, *cancer du foie*); il peut enfin, lorsque l'on se trouve en présence d'une image caractéristique, permettre un diagnostic positif certain; c'est spécialement lorsque l'ombre phréno-hépatique se projette sur le champ pulmonaire droit, sous l'aspect d'une saillie en forme de brioche en arc de cercle régulier.

Evolution : *suppuration*. — L'évolution des kystes hydatiques de la convexité se fait rarement vers l'extérieur, vers la paroi; bien plus fréquemment l'ouverture du kyste a lieu dans la plèvre, ou plus souvent encore dans les bronches. Deux cas sont à envisager suivant que la rupture se produit, le kyste étant *aseptique* ou au contraire *suppuré*.

L'*ouverture* d'un kyste aseptique dans la plèvre est chose rare, c'est le *choléthorax hydatique*, et lorsque le fait se produit, on assiste à des accidents d'*intoxication* que nous décrirons plus longuement à propos de la rupture intrapéritonéale.

Lorsque le kyste suppure, que l'infection soit d'origine sanguine, biliaire ou lymphatique, qu'elle soit due au colibacille ou à d'autres germes, cette suppuration s'annonce par l'apparition de deux symptômes : la *douleur* et la *fièvre*; il faut en ajouter un troisième décrit par Gilbert et Weill, c'est l'*augmentation subite de volume* de la tumeur qui *devient sonore*.

Frerichs a signalé l'ouverture du kyste au niveau de l'épigastre, de l'ombilic, des hypocondres; mais c'est le plus souvent dans la *plèvre* ou dans les bronches que cette ouverture a lieu. Si la rupture a lieu dans la plèvre on observe les signes d'une pleurésie purulente suraiguë à épanchement rapidement abondant; l'ouverture dans les bronches est suivie d'une vomique dont le pus est mélangé de débris caractéristiques, crochets, bile; le malade peut mourir asphyxié; si la mort ne survient pas, on voit apparaître les signes physiques d'une vaste excavation pulmonaire qui devient souvent gangréneuse. (La stérilité des kystes suppurés n'est en réalité qu'apparente, la suppuration étant le fait de germes anaérobies.)

Eichhorst a signalé comme phénomènes prémonitoires de cette complication de l'oppression, des quintes de toux, de la fièvre, une odeur spéciale de l'haleine et de l'expectoration qu'il a comparée à celle de la marmelade de prunes.

Il est exceptionnel que l'ouverture ait lieu dans le péricarde.

Tels sont les symptômes et l'évolution des kystes hydatiques de la convexité du foie; nous avons vu successivement les différentes erreurs de diagnostic auxquelles il pouvait donner lieu, nous n'insisterons pas davantage sur les diagnostics de *pleurésie* purulente, de vomiques, de pneumothorax, de gangrène, qui seront parfois discutés lors de l'ouverture de ce kyste suppuré dans la plèvre ou les bronches.

III. Kyste a développement abdominal. — Le kyste hydatique né de la face inférieure du foie peut, ou bien adhérer intimement au tissu hépatique, ou bien se *pédiculiser* et descendre plus ou moins librement dans l'abdomen ; dans le premier cas, il peut se diriger soit franchement en avant, soit, au contraire, en arrière; suivant les cas, il apparaît alors à la percussion et à la palpation nettement en continuité avec le foie, ou bien l'on constate une bande sonore, colique, interposée entre la matité hépatique et la matité kystique, qui peut même dissimuler l'origine hépatique de la tumeur (il faut alors rechercher avec soin si la tumeur suit les mouvements du diaphragme).

Le développement dans la *région lombaire* peut donner le signe du *ballottement rénal* et en imposer pour une tumeur de cet organe, kyste du rein, hydronéphrose ; dans cette variété, d'ailleurs, l'on observera fréquemment des signes de *compression* de la veine porte ou des voies biliaires au niveau du hile; directement ou indirectement par l'intermédiaire de phénomènes inflammatoires (pyléphlébite, thrombose de la veine cave, périhépatite adhésive) la compression peut s'exercer sur les gros canaux biliaires intra-hépatiques (subictère), sur les voies biliaires extra-hépatiques (ictère franc avec décoloration des matières), sur la veine porte (ascite à développement et reproduction rapides), sur la veine cave inférieure (œdème sous-ombilical, circulation veineuse et collatérale), sur le pylore (sténose pylorique).

Lorsque le *kyste est pédiculisé* il peut, suivant la longueur du pédicule, flotter plus ou moins librement dans l'abdomen et simuler ainsi toute tumeur kystique intraabdominale. C'est dire la multiplicité de diagnostics que cette variété de kyste, à développement abdominal, comporte : hydropisie ou tumeur de la vésicule biliaire, cancer nodulaire du foie, gomme syphilitique, kyste du mésentère, de l'épiploon, de la rate, de l'ovaire, abcès par congestion; le diagnostic radioscopique, après distension gazeuse de l'estomac et du gros intestin, rendra souvent les plus grands services en montrant la connexion du foie avec la tumeur; il faut se rappeler néanmoins la difficulté qu'il y a souvent à différencier, même à l'écran radioscopique, un cancer, une syphilis à forme kystique, d'un véritable kyste hydatique.

Evolution des kystes à développement abdominal. — L'intérêt tout spécial de cette variété de kyste réside dans la rupture possible du kyste aseptique ou suppuré dans le péritoine; les conséquences de cette rupture ont particulièrement été bien étudiées par Devé.

a. *Rupture intrapéritonéale*. — Contrairement à l'opinion classique, cette rupture serait assez fréquente et comporterait une bénignité *immédiate* habituelle ; elle serait quelquefois le résultat d'un traumatisme, mais souvent serait spontanée; le tableau clinique est assez dramatique : affaissement rapide de la tumeur, douleur brusque atroce, défaillance, collapsus, puis quelques heures après ce début, éruption généralisée d'urticaire. La mort peut survenir en quelques heures; elle est attribuable à l'*intoxication hydatique aiguë* ou à l'*anaphylaxie hydatique*; exceptionnellement à l'hémorragie interne foudroyante; elle peut ne survenir que quelques heures plus tard, du fait d'une *péritonite aiguë généralisée* ; le liquide aseptique intrapéritonéal peut s'infecter par l'écoulement d'une bile septique, ou bien il s'agit de la rupture d'un kyste suppuré avec péritonite généralisée ou localisée.

Si la mort n'est pas survenue, on peut voir apparaître, à assez longue échéance, des complications *éloignées*, parmi lesquelles il faut signaler l'ÉCHINOCOCCOSE SECONDAIRE DU PÉRITOINE (surtout localisée au niveau du pelvis d'où l'importance du toucher rectal) s'accompagnant de cachexie hydatique; la PSEUDO-TUBERCULOSE HYDATIQUE rappelant, par son aspect, la granulation tuberculeuse; le CHOLÉPÉRITOINE, épanchement intrapéritonéal de bile aseptique se faisant par une fistule biliaire interne capable de s'infecter ultérieurement, et dont le diagnostic ne se fait le plus souvent que par la ponction; enfin le kyste rompu peut s'infecter (*angiocholite hydatique* de Quénu).

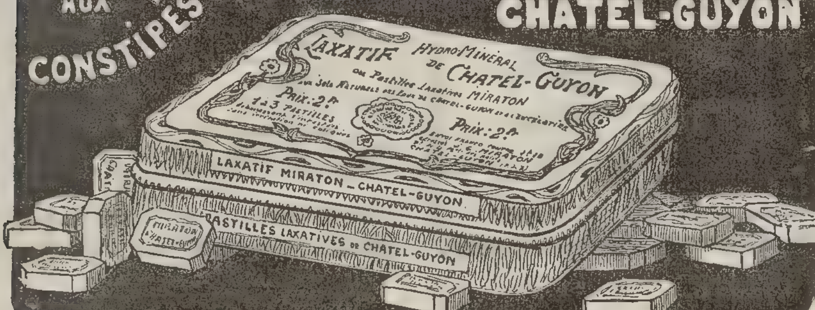
Le diagnostic de cette rupture est à discuter, spécialement à l'occasion des accidents aigus, avec l'appendicite, les péritonites, la rupture de grossesse tubaire, etc. ; il est à discuter surtout *rétrospectivement*, à l'occasion d'une échinococcose secondaire, d'un cholépéritoine, etc.

Le pronostic de cette évolution est sérieux, d'abord en raison des accidents immédiats : intoxication hydatique aiguë, anaphylaxie hydatique; mais surtout en raison des complications éloignées, échinococcose secondaire, cholépéritoine.

(*A suivre*.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


LAXATIF HYDRO-MINÉRAL DE CHATEL-GUYON
Prix : 2f
LAXATIF MIRATON – CHATEL-GUYON
PASTILLES LAXATIVES DE CHATEL-GUYON

N° 17. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 11 FÉVRIER 1911. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est toujours provisoirement composé de MM. Rénon, Méry, Renault (A.), Oulmont, Achard, Roger, Broca (qui ont accepté), Dufour, Chauffard, Laffitte, Bruhl et Béclère (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Demelin, accoucheur des hôpitaux, est délégué, du 1er mars au 31 octobre 1911, dans les fonctions de chargé de cours de clinique annexe.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Tesson, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1910-1911 (durée du congé accordé à M. Monprofit, député), d'un cours de clinique chirurgicale.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Defressine et l'Helgoual'ch.

Au grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Giraud et Dupin.

LES APPELLATIONS DANS L'ARMÉE. — Par décret en date du 4 février 1911 l'article 73 du décret du 25 mai 1910 est abrogé et remplacé par le suivant.

« Le supérieur parlant à l'inférieur l'appelle :

Général, si l'inférieur est général de division ou de brigade ou pourvu d'un grade correspondant dans la hiérarchie propre du corps auquel il appartient;

Colonel, s'il est colonel ou lieutenant-colonel ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre ;

Commandant, s'il est chef de bataillon ou d'escadrons ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre;

Capitaine, s'il est capitaine ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre ;

Lieutenant, s'il est lieutenant ou sous-lieutenant ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre;

Les hommes de troupe gradés sont interpellés par l'énonciation de leur grade; les simples soldats, suivant l'arme, par les mots : soldat, chasseur, zouave, tirailleur, légionnaire, cavalier, canonnier, sapeur, etc.

Le supérieur peut, dans tous les cas, ajouter, s'il le juge à propos, le nom de l'inférieur.

Les mêmes appellations sont employées par l'inférieur s'adressant à un supérieur ; elles sont précédées du mot « mon » si le supérieur est pourvu du grade d'adjudant ou d'un grade plus élevé.

Le ministre de la guerre, le sous-secrétaire d'Etat de la guerre, les maréchaux de France, le grand chancelier de la Légion d'honneur, les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les gouverneurs des places fortes sont désignés par leur titre précédé des mots : « Monsieur le... »

Il en est de même pour les personnels dont la hiérarchie propre ne comporte aucune assimilation avec les grades de l'armée ; la classe dans le grade n'est pas mentionnée. »

Les médecins militaires ayant la correspondance de grade dans leur hiérarchie propre seront donc *appelés* général, colonel, commandant, capitaine ou lieutenant, suivant le nombre de leurs galons.

Le dernier paragraphe s'applique au personnel non assimilé, comme les contrôleurs.

LA COMMISSION PARLEMENTAIRE D'HYGIÈNE, réunie hier à la Chambre, a décidé de faire une démarche auprès du ministre de l'Intérieur pour lui demander de hâter la réunion d'une conférence internationale chargée d'étudier les moyens d'enrayer les épidémies de peste et de choléra.

Elle a décidé ensuite de visiter les casernements de Paris et les hôpitaux du Val-de-Grâce et de Lourcine.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la cinquième semaine, 1104 décès, au lieu de 1183 pendant la semaine précédente et au lieu de 1117, moyenne ordinaire de la saison. L'amélioration est due à ce que les maladies de l'appareil respiratoire ont diminué de fréquence. Les chiffres actuels se rapprochent des chiffres moyens.

On a compté 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (2 cas nouveaux ont été signalés).

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AU JAPON. — Bien que le Japon fabrique et exporte même certains produits pharmaceutiques, il a grand besoin des articles étrangers et les importations sont assez importantes.

Les produits les plus nécessaires au Japon sont : la glycérine, le bismuth, l'antipyrine, l'antifébrine, la cocaïne, la quinine, la morphine et la santonine. Ils sont vendus surtout par l'Allemagne et aussi par l'Angleterre. Par contre, ce sont les Etats-Unis qui, en 1909, auraient envoyé, sur ce marché, le


ELIXIR DE VIRGINIE
Il n'existe qu'un 1 seul ÉLIXIR de VIRGINIE
Littérature et Échantillons gratuits au Corps Médical.
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
Pharmacie MORIDE 20, rue de La Rochefoucauld PARIS
Il porte TOUJOURS la signature de garantie :
NYRDAHL

plus de préparations médicinales. Quant à la France, elle ne participe, pour ainsi dire pas, à ce commerce et c'est à peine si elle fournit régulièrement une très petite quantité de préparations médicinales. Cependant, à en croire M. Fernand Pila, notre attaché commercial en Extrême-Orient, à l'intéressant rapport duquel nous empruntons ces indications (1), nos pharmaciens auraient trouvé au Japon un bon placement pour quantités de leurs produits, s'ils s'étaient organisés pour l'exportation dans ce pays. Il serait peut-être encore temps de faire quelques tentatives dans ce sens : nous avons, en France, des spécialités qui, bien lancées, auraient beaucoup de chances de succès.

NOUVELLE PUBLICATION. — Vient de paraître à la librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne à Paris, le *Répertoire de médecine internationale*, revue et revue des revues, publiant le 15 de chaque mois sous forme de résumés distribués par feuillets mobiles la substance des principales publications médico-chirurgicales du monde entier ; rédacteur en chef, M. le docteur F. Louis Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — COURS DE MALADIES VÉNÉRIENNES ET DE MALADIES DES VOIES URINAIRES. — Les docteurs Queyrat, médecin, Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin-Ricord, feront à cet hôpital, du 20 février au 7 avril, un cours de perfectionnement de maladies vénériennes et de maladies des voies urinaires, avec l'assistance de :

M. le docteur Monthus, ophtalmologiste de l'hôpital Cochin-Ricord ;

M. le docteur Paul Ertzbichoff, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté (voies urinaires) ;

M. le docteur Robert Demanche, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, assistant de consultation à l'hôpital Cochin-Ricord ;

M. le docteur Marcel Pinard, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Ces cours auront lieu tous les jours, sauf le dimanche, de quatre à six heures, et comprendront une leçon théorique et des exercices pratiques.

Les conférences théoriques auront lieu dans la salle du musée de l'hôpital Cochin-Ricord (avec présentation de malades et de moulages).

Les exercices pratiques, dans le laboratoire du docteur Queyrat ou dans la polyclinique du docteur Michon.

Le prix d'inscription est de 50 francs.

On peut s'inscrire tous les matins à l'hôpital Cochin annexe, 111, boulevard de Port-Royal, aux laboratoires du docteur Queyrat ou du docteur Michon.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Le docteur Paul Ravaut, médecin des hôpitaux, remplaçant le docteur de Beurmann, fera pendant tout le mois de février, tous les jeudis, à onze heures, au laboratoire Cazenave, une démonstration pratique sur la technique des injections du 606.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Lubin, une *excursion sur les bords de la Méditerranée* (*Carnaval de Nice*).

Départ de Paris le 17 février 1911.

Durée de l'excursion : 16 jours.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 515 francs ; 2e classe, 465 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Lubin, 36, boulevard Haussmann, à Paris.

— *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 23 février 1911 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 1er mars, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

(1) Fascicule n° 922. En vente à l'Office national du commerce extérieur, 3, rue Feydau, Paris. Prix : 0 fr. 30 ; par poste, 0 fr. 35.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 FÉVRIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Segond, Retterer et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Ombrédanne et Grégoire.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Macaigne et Couvelaire; — (2e série) : MM. Reclus, Branca et Guéniot ; — (3e série) : MM. Delbet, Mulon et Lequeux; — M. Zimmern, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Guillain, suppléant.

Mardi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Quénu, Auvray et Rouvière; — (2e série) : MM. Thiéry, Lenormant et Okinczyc.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Brumpt et Gougerot; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Terrien et Chevassu; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Lecène et Anselme Schwartz; — M. Roussy, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert, Carnot et Claude; — M. Rathery, suppléant.

Mercredi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Lejars, Proust et Branca; — (2e série) : MM. Legueu, Pierre Duval et Grégoire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Macaigne et Couvelaire ; — (2e série) : MM. Hartmann, Mulon et Guéniot; — (3e série) : MM. Retterer, Ombrédanne et Lequeux; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 23 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Pozzi, Lecène et Rouvière; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et A. Schwartz.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Chassevant; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert Ballet et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 24 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Reclus, Retterer et Proust; — (2e série) : MM. Hartmann, Mauclaire et Grégoire.

2e : MM. Gautier, Branca et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Mulon et Lequeux; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Lejars et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Pierre Duval ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. Tiffeneau, suppléant.

Samedi 25 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. de Lapersonne, Lecène et Rouvière; — (2e série) : MM. Quénu, Chevassu et A. Schwartz.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Brumpt et Gougerot.

4e : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Widal et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Claude et Castaigne.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Roussy, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
DANS LES MALADIES MENTALES

PAR MM.

J. ROUBINOVITCH et H. PAILLARD
Médecin de Bicêtre. Interne des hôpitaux.

L'étude du liquide céphalo-rachidien au cours des maladies mentales a constitué, dans ces dernières années, l'élément le plus important des progrès de la psychiatrie. En même temps qu'il a permis de mieux fixer la nature organique de certaines psychoses, de mieux préciser la participation méningée au milieu de lésions diverses, l'examen du liquide cérébro-spinal a mis en évidence des propriétés biologiques de la plus haute importance telles que la toxicité ou la présence d'anticorps. Les notions sont devenues si complexes et la bibliographie si nombreuse que ce travail d'ensemble pourra peut-être rendre quelques services.

I

Considérations générales. — L'examen complet du liquide céphalo-rachidien doit porter sur toutes ses propriétés, physiques, chimiques, biologiques.

Propriétés physiques. — *Tension.* — Les premiers observateurs se sont contentés d'apprécier l'intensité du jet liquide ou de compter le nombre de gouttes s'écoulant par minute.

Hallion et Sicard ont utilisé un simple tube de verre que l'on adapte à l'aiguille de ponction et où le liquide céphalo-rachidien monte plus ou moins ; nous-mêmes (1) avons employé un procédé analogue dont nous avons précisé la technique. J. Parisot (2) a fait construire un appareil plus complexe où l'on met en communication le liquide céphalo-rachidien soit avec un manomètre à eau, soit avec un manomètre à mercure suivant le degré des pressions que l'on doit mesurer. D'après Quincke et d'après Parisot la pression normale est comprise entre 10 et 20 centimètres (de liquide céphalo-rachidien ou d'eau). Parisot considère comme pathologique toute pression dépassant 20 centimètres.

Rappelons que la pression doit toujours être mesurée le malade étant dans le décubitus dorsal.

Densité. — Le chiffre normal est voisin de 1.003 à 1.004 (Achard et Loeper).

A l'état pathologique il peut aller jusqu'à 1.012.

Cryoscopie. — On sait que le point cryoscopique du sérum sanguin est de — 0,56. Widal, Sicard et Ravaut (4) ont trouvé $\Delta = 0,65$ pour le liquide céphalo-rachidien ; Achard, Loeper et Laubry (3) admettent au contraire $\Delta = -0,54$. Le liquide céphalo-rachidien ne serait donc pas hypertonique par rapport au sérum sanguin mais isotonique ou hypotonique.

(1) Reproduction interdite.

Coloration. — Le liquide céphalo-rachidien est, normalement, clair « comme de l'eau de roche ». Il pourra prendre une teinte rouge, rosée ou jaunâtre si un peu de sang s'y mélange. On conçoit tout l'intérêt d'une pareille constatation ; indice d'une hémorragie méningée, ou d'une hémorragie ventriculaire, la présence de sang vient affirmer la nature organique de l'affection, fixer aux méninges une localisation qui pouvait rester parfois hésitante, ou révéler une complication cliniquement inaperçue.

Propriétés chimiques. — Les substances qu'il est intéressant de doser ou de rechercher sont : l'albumine, les substances réductrices, l'urée, les divers produits azotés ; à l'état pathologique : les pigments biliaires, l'acétone et en matière de psychiatrie surtout la choline.

Albumine. — Dans le liquide céphalo-rachidien normal il existe une faible proportion d'albumine ; 0g08 environ par litre. Si on soumet le liquide à l'action de la chaleur, on voit se former une opalescence légère due à la coagulation. Cette albumine est constituée par une globuline ; en effet, si on ajoute au liquide une solution saturée de sulfate de magnésie en excès, on la précipite entièrement et si l'on recherche de nouveau l'albumine dans le liquide filtré, on n'en trouve pas trace ; il n'y a donc pas de sérine. Nous verrons que Guillain et V. Parant ont vu dans la présence surajoutée de la sérine un important caractère du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux : cette notion a cependant été combattue par Sabrazès (5) qui, à l'encontre de la plupart des auteurs, a décelé la sérine en même temps que la globuline dans cinq liquides céphalo-rachidiens provenant de sujets normaux.

La recherche de l'albumine dans les cas pathologiques a fait l'objet de nombreux travaux ; mais les auteurs ont rarement dosé l'albumine d'une façon très précise ; ils se sont contentés d'appréciations approximatives, se basant sur l'intensité du précipité et comparant les cas les uns avec les autres. La plupart utilisent la coagulation par la chaleur [Widal, Sicard et Ravaut (6), Guillain et Parant, etc.], d'autres précipitent l'albumine en ajoutant au liquide céphalo-rachidien une quantité égale d'une solution saturée de sulfate d'ammonium neutre pur [Nonne et Apelt (7)].

On peut employer des procédés plus précis, mais beaucoup plus longs et presque impossibles, quand on veut faire de nombreux dosages.

Feuillié (8) précipite l'albumine par la chaleur en ajoutant prudemment de petites doses d'acide acétique, puis il filtre, sèche et pèse.

En général l'augmentation de l'albumine est la signature d'un processus inflammatoire et reste parallèle à la réaction leucocytaire ; des exceptions à cette règle ont été signalées par Rénon et Tixier (9), par Sicard et Foix.

Substance réductrice. — Elle a été l'objet de nombreuses discussions. Cl. Bernard, Havratzki en ont fait de la glycose. Récemment Grimbert et Coulard l'ont démontré en obtenant avec la phénylhydrazine

les cristaux caractéristiques de l'osazone de la glycose. Ces cristaux ont été retrouvés par Lannois et Boulud (10); ces auteurs ont dosé dans le liquide normal de 0g40 à 0g50 de glycose par litre.

Mestrezat arrive à un chiffre voisin.

Choline. — Elle a donné lieu à un très grand nombre de travaux dont nous rapporterons ici ceux qui intéressent les maladies mentales (11 à 16).

Depuis Mott et Halliburton, on sait que la choline se trouve dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, dans les cas où il y a dégénérescence plus ou moins active des tissus nerveux. La choline provient de la lécithine (ou plutôt du protagon) et semble un produit de désintégration de la myéline; il semble donc que, si on trouve de la choline dans le liquide céphalo-rachidien, on peut admettre de graves lésions des gaines myéliniques.

Recherche : après ponction lombaire, prélever dans une éprouvette stérile 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien (toujours la même quantité pour pouvoir comparer les quantités de choline); aciduler avec un peu d'HCl; évaporer à siccité; épuiser le résidu par l'alcool absolu; on dissout ainsi le chlorhydrate de choline qui s'est formé; ajouter une ou deux gouttes d'une solution de chlorure de platine dans l'alcool absolu; on obtient au bout de quelques minutes un précipité de chloroplatinate de choline.

Dissoudre le précipité dans l'alcool à 15 p. 100; mettre une goutte sur une lame, évaporer et examiner au microscope. On voit des lamelles cristallines de couleur nettement jaune, d'une forme lancéolée, ou quelquefois irrégulièrement hexagonale ou octogonale; parfois on voit des cristaux en forme de croix ou de rosettes.

C'est J. Donath (de Budapesth) qui a indiqué cette technique; il l'a encore perfectionnée (17) avec des détails dans lesquels nous ne pouvons entrer; mais la modification intéressante et utile qu'il a surtout apportée, c'est l'examen des préparations à la lumière polarisée et avec nicols croisés; dans ces conditions les cristaux étrangers ou surajoutés au cours des manipulations restent obscurs; les cristaux de chloroplatinate de choline sont seuls clairs et brillants sous la forme de lamelles, de bâtonnets, d'aiguilles droites, de touffes, de rosettes, etc.

Quelle peut être l'utilité de la constatation de la choline? Elle est considérable si l'on songe que cette substance semble indiquer une désintégration nerveuse; le fait qu'il y a de la choline dans le liquide céphalo-rachidien atteste la nature organique de la maladie et le caractère grave des lésions. En même temps que l'examen chimique révèle la choline, l'examen cytologique peut déceler une lymphocytose plus ou moins abondante, mais il importe de remarquer avec Wilson (18) que la lymphocytose indique surtout une réaction méningée, tandis que la choline relève essentiellement d'une lésion parenchymateuse (gaines myéliniques).

Les résultats de Donath et de Wilson ne sont d'ailleurs pas concordants. Aussi bien d'ailleurs l'entente n'est-elle aucunement faite sur la question, et même l'existence réelle de la choline a été mise en doute par Claude et Blanchetière (19); ces auteurs se demandent si la choline n'a pas été artificiellement créée au cours des nombreuses réactions que nécessite son isolement.

Propriétés biologiques. — Il nous faut étudier successivement les éléments figurés (cellules et microbes) et les substances dissoutes.

Eléments figurés. — L'examen cytologique ne comporte pas ici d'indications bien spéciales; souvent le culot de centrifugation sera minime et il faudra se contenter de la dernière goutte du tube qu'on devra déposer et non étaler sur la lame de verre. Cotton et Ayer (20) ont utilisé en psychiatrie la méthode d'Alzheimer (durcissement, inclusion et coupes sériées du culot) qui ne nous semble pas avoir de très sérieux avantages.

L'examen bactériologique est presque toujours négatif; Maurice Faure et Laignel-Lavastine (21) ont ensemencé le liquide céphalo-rachidien (et le sang) de 200 malades atteints de troubles mentaux ou nerveux et ont constaté la complète stérilité de ces liquides.

Rappelons que les examens cytologiques et bactériologiques n'ont de valeur que lorsque le liquide est prélevé sur l'individu vivant; lorsqu'il est prélevé sur le cadavre on peut observer des formes cellulaires très variées [Villaret et Tixier (22)] ou de nombreux microbes [Belletrud (23)] dont on ne peut tenir compte.

Substances dissoutes. — La *toxicité* du liquide céphalo-rachidien a été expérimentée dans de nombreuses maladies.

La méthode suivie a été principalement celle des injections intra-cérébrales de Roux et Borrel, appliquée à la pathologie par Widal, Sicard et Lesné (24).

Nulle à l'état normal, cette toxicité a été déterminée dans les différents cas que nous rapporterons.

La présence d'*anticorps* et les applications de la méthode de Bordet et Gengou ont été largement utilisées pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis; la réaction de Wassermann maintenant employée par beaucoup d'auteurs a donné des résultats vraiment intéressants et d'application clinique immédiate.

Enfin, l'un de nous (25 à 27) a insisté sur l'action physiologique et thérapeutique de certaines substances évidemment mal définies encore, contenues dans le liquide céphalo-rachidien. L'injection intrafessière du liquide cérébro-spinal provenant soit du propre malade (dans des cas de dépression mélancolique ou d'état anxieux), soit d'un autre malade (dans l'épilepsie), a montré qu'il y avait dans ce liquide des substances biologiquement actives, susceptibles de modifier et d'améliorer plus ou moins l'état somatique ou psychique du sujet.

II

Nous étudierons successivement les renseignements fournis par la ponction lombaire dans

- la paralysie générale,
- les troubles mentaux d'origine toxique,
- la démence précoce,

les psychoses constitutionnelles,
l'épilepsie.

Paralysie générale. — L'origine syphilitique de la paralysie générale est de plus en plus acceptée; plusieurs travaux récents ont montré la filiation des accidents d'après l'étude du liquide céphalo rachidien.

On sait que l'infection syphilitique touche de bonne heure les centres nerveux; à la période secondaire, alors que la céphalée est le seul symptôme clinique attirant l'attention sur l'axe cérébro-spinal, la ponction lombaire montre très souvent une lymphocytose discrète (Milian, Crouzon et Paris (28), Ravaut (29), Jeanselme et Barbé (30), Sézary) et d'ailleurs transitoire.

Cl. Vincent (31) insiste sur ce fait que le tabes et la paralysie générale sont précédés par une phase de méningite chronique plus ou moins latente, décelable par la ponction lombaire et traduisant un processus préalable sur lequel le traitement peut avoir un heureux résultat, prévenant ainsi les accidents parasyphilitiques incurables.

Evidemment la lymphocytose n'est qu'une signature indirecte de la syphilis, mais elle est cliniquement suffisante. La recherche du tréponème n'a été positive que dans peu de cas au cours des affections syphilitiques des centres nerveux [Dohi et Tanaka, Gaucher et Merle, Sézary et Paillard (32)]. La réaction de Wassermann peut rendre d'utiles services et sa recherche est entrée dans la pratique courante.

La *pression* du liquide céphalo-rachidien a été récemment étudiée par nous-mêmes (1). Cette pression est différente suivant que le malade est dans une période de repos et de calme, ou dans une période d'excitation avec ictus épileptiformes, ou enfin dans cet état de marasme qui précède souvent la mort de quelques semaines. Au cours d'une période de calme, on trouve en général une pression de 10 à 15 centimètres, à quelques variations près en plus ou en moins. Si le malade présente des phénomènes d'excitation, la pression s'élève : l'un de nos paralytiques généraux, par exemple, avait en temps habituel une pression de 10 centimètres et demi; il fit une phase aiguë, avec ictus épileptiformes, et à ce moment-là la pression céphalo-rachidienne atteignit 19 à 23 centimètres; chez deux autres malades nous avons vu la pression monter jusqu'à 35 centimètres.

Au contraire, si l'on examine un paralytique général dans le marasme et la cachexie avancée, on trouve la plupart du temps une pression nulle ou minime; elle est inférieure à 10 centimètres et parfois même à 5 centimètres.

Rapprochons de ce fait la constatation de Vaschide et Raymond Meunier (33) qui ont observé, mais seulement dans les quelques jours qui précèdent la mort, une baisse assez notable de la pression artérielle, pouvant permettre de formuler un pronostic fatal à brève échéance.

Le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux est plus riche en éléments divers que le liquide normal et sa richesse moléculaire globale est mise en évidence par un abaissement de son *point cryoscopique*; il a été bien constaté par E. La Pegna (34), par Nizzi et Pighini (35).

La *densité* est élevée, comme il est facile de le concevoir; le chiffre maximum de 1012 a été signalé par Achard et Lœper.

L'étude des *chlorures*, de la *glycose*, n'offre pas ici d'intérêt spécial.

Il n'en est pas de même de l'*albumine* qui est constamment *augmentée*; tous les auteurs s'accordent sur ce point (Guillain et Parant, L. Marchand, Nonne et Apelt, Zilanakis, Merzbacher, Ernest Jones, etc.). L. Marchand (36) en a fait une étude d'ensemble : la plupart des paralytiques généraux présentent une quantité d'albumine qui atteint un gramme et plus par litre de liquide céphalo-rachidien; pareille quantité ne s'observe dans aucune autre forme d'aliénation mentale. La quantité d'albumine n'est pas en rapport avec la période plus ou moins avancée de la maladie; elle peut varier chez le même malade. Guillain et Parant (37) insistent également sur l'excès d'albumine; l'action de la chaleur, au lieu de donner, comme avec le liquide normal, une très légère opalescence, produit un épais coagulum blanc caractéristique; de plus, alors que l'albumine du liquide normal est exclusivement de la globuline, on trouve ici de la sérine en plus et on met le fait en évidence de la façon suivante : on ajoute au liquide céphalo-rachidien un excès d'une solution saturée de sulfate de magnésie; toute la globuline est précipitée ; si dans le liquide filtré on trouve encore de l'albumine, c'est qu'il y a de la sérine en même temps [Wolf (38); Widal et Sicard l'avaient déjà signalé]. Sabrazès a combattu la spécificité du fait en montrant la coexistence de globuline et de sérine dans le liquide céphalo-rachidien de cinq individus normaux.

Du reste, c'est toujours la globuline qui est le plus augmentée; Ernest Jones (39) admet qu'il s'agit d'une euglobuline de qualité particulière dont l'existence est associée à la formation des anticorps qui sont les agents actifs de la réaction de Wassermann.

En somme, chez les paralytiques généraux, la quantité d'albumine est augmentée, atteint ou dépasse un gramme par litre; d'après Zilanakis (40) elle monte parfois jusqu'à 3 grammes. Il y a à la fois de la globuline et de la sérine, la présence de cette dernière constituant pour certains auteurs un phénomène essentiellement pathologique.

Nous ne dirons qu'un mot de la *cholestérine*; celle-ci est normalement absente du liquide céphalo-rachidien. Pighini (41) l'a recherchée dans le sang et dans le liquide cérébro-spinal de dix paralytiques généraux, il l'a trouvée neuf fois dans le sang et huit fois dans le liquide céphalo-rachidien. D'après cet auteur, la présence de cholestérine suffirait à rendre positive la réaction de Wassermann et comme il a trouvé cette substance en dehors de la paralysie générale et de la syphilis (chez des déments précoces et chez des épileptiques graves), il refuse à la réaction de Wassermann sa valeur spécifique.

La *choline*, sur laquelle insiste Donath, a été rencontrée par cet auteur six fois sur sept dans la paralysie générale; elle serait surtout abondante chez les malades sujets à des crises nombreuses et répétées. Mais la constatation de cette substance n'est, comme on le sait, pas pathognomonique, et il convient d'apporter quelques restrictions concernant son existence même.

La présence de l'*ammoniaque* a été discutée. Dans un récent travail, Laignel-Lavastine et Lasausse (42) la nient, mais admettent qu'on y trouve des substances se transformant très facilement en ammoniaque sous l'influence de la chaleur et des réactifs.

Les mêmes auteurs admettent la présence, à côté de la choline, d'une base organique qui présente quelques-uns des caractères de la triméthylamine.

La *réaction leucocytaire* prend dans la paralysie générale une importance considérable. Dès la naissance du cyto-diagnostic, on a constaté dans le liquide cérébro-spinal des paralytiques généraux des leucocytes plus ou moins nombreux. Nous ne rapportons pas ici la longue série de travaux, de discussions qui ont surgi à cette époque; il nous suffira d'exposer les conclusions universellement adoptées.

Il s'agit d'une lymphocytose presque pure et d'abondance moyenne (culot de centrifugation de 1 ou 2 millimètres, parfois inappréciable; quinze à trente lymphocytes par champ).

Lorsque chez le malade survient une série d'ictus épileptiformes, la formule cytologique peut se modifier, le culot de centrifugation devient plus abondant et aux éléments précédemment cités se surajoutent des polynucléaires assez nombreux.

La lymphocytose rachidienne est en général un élément de diagnostic précoce, et si l'on admet les idées de Cl. Vincent (31), elle doit toujours précéder les symptômes cliniques de la paralysie générale. Très exceptionnels sont les cas où elle a été tardive [Achard et Demanche (43)] et où elle a manqué complètement [Séglard et Cotard (44)].

Joffroy (45), Duflos (46) considèrent la lymphocytose comme un précieux appoint pour le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et les troubles mentaux d'origine alcoolique, alors que les symptômes cliniques ne sont pas encore très tranchés. Telle est également l'opinion de Van der Kolk (47).

Chez le vieillard, la paralysie générale, d'ailleurs rare, peut se confondre avec bien des variétés de troubles mentaux, en particulier avec ceux qui relèvent de l'artério-sclérose et de foyers de désintégration encéphalique. Morris J. Karpas (48) insiste sur la valeur de la lymphocytose en faveur de la paralysie générale.

Signalons simplement que d'après S. Stern (49) les éléments cellulaires observés dans le liquide céphalo-rachidien seraient non pas des lymphocytes, mais des cellules endothéliales desquamées.

A côté de la cytologie, on a fait l'*étude bactériologique* du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Maurice Faure et Laignel-Lavastine ont ensemencé le liquide de cinquante-trois paralytiques généraux; il s'est toujours montré *stérile*, à part quelques staphylocoques ou streptocoques surajoutés au cours des manipulations.

W. Ford Robertson (50 à 54) a émis l'opinion très originale suivante : la paralysie générale serait due à l'action d'un bacille spécial, morphologiquement analogue au bacille de Klebs-Löffler et que l'on trouve du vivant du malade dans le pharynx, sur les amygdales, dans la salive; à l'autopsie, dans le cerveau, l'intestin et les bronches. Douze fois sur vingt cas de paralysie générale il a pu mettre en évidence dans le liquide céphalo-rachidien ce microbe nouveau, le *bacillus paralyticans*, qui peut d'ailleurs se présenter sous des aspects divers. La porte d'entrée serait la cavité naso-pharyngienne et si l'on retrouve la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux c'est que la vérole crée des lésions spéciales au niveau des fosses nasales et favorise la pénétration des bacilles. Il nous a suffi de mentionner ces recherches; elles n'ont pas été confirmées par d'autres auteurs; si les résultats étaient néanmoins exacts, on en conçoit tout l'intérêt.

Ce qu'il n'est pas rare d'observer, c'est la présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'une assez grande quantité de microbes en rapport avec une infection secondaire quelconque; le plus souvent c'est une escarre qui en est le point de départ; il existe quelques observations typiques de Laignel-Lavastine et Mermier (55), de Belin et Bauer (56), de Damaye et Deswelles (57).

La *toxicité* du liquide céphalo-rachidien a été étudiée par Ardin Delteil et Monfrin (58). Injecté à toutes doses dans la veine marginale de l'oreille du lapin il ne s'est montré toxique en aucune façon.

Toutes les notions récentes concernant la réaction de fixation, ici la *réaction de Wassermann*, devaient trouver une application particulièrement heureuse, et actuellement on donne beaucoup plus de valeur à cette réaction qu'à la lymphocytose. Les travaux initiaux de Wassermann et Plaut, ceux de Marie et Levaditi (59) et ceux qui sont actuellement poursuivis dans de nombreux laboratoires accordent à la réaction de Wassermann une importance de plus en plus grande dans la paralysie générale. Elle permet de remonter à l'origine syphilitique de la maladie dans les cas où les accidents spécifiques ont passé inaperçus; elle permet parfois de porter le diagnostic de paralysie générale probable dans les cas où les symptômes cliniques sont un peu insuffisants.

Il faut d'ailleurs rechercher à la fois la réaction de Wassermann dans le sérum sanguin et dans le liquide céphalo-rachidien; lorsque la réaction devient positive dans ce dernier, elle traduit d'une façon précoce l'atteinte des centres nerveux.

Metchnikoff et A. Marie (60) ont recherché si les anticorps du liquide céphalo-rachidien étaient capables d'agir directement sur le tréponème; pour cela, à une certaine quantité de virus syphilitique humain ou simien, ils ont ajouté du liquide céphalo-rachidien provenant de paralytiques généraux chez lesquels la réaction de Wassermann avait été trouvée positive, puis ils ont inoculé le mélange à des singes; or, ceux-ci ont présenté néanmoins un chancre

syphilitique au bout de dix-sept à vingt-quatre jours; ces anticorps n'ont donc pas d'action directe sur le tréponème.

En résumé, dans la paralysie générale :

1° La pression du liquide céphalo-rachidien normale en temps ordinaire (10 à 15 centimètres) augmente au moment des périodes de crises convulsives (20 à 35 centimètres), diminue considérablement dans la période de marasme (au-dessous de 10 et même de 5 centimètres).

2° La quantité d'albumine est notablement augmentée et atteint ordinairement un gramme par litre.

3° La lymphocytose est constante et souvent précède les symptômes cliniques; lors des accès aigus, on observe une polynucléose partielle.

4° Le liquide céphalo-rachidien est stérile; il contient parfois des microbes d'infection secondaire dans le cas de méningite consécutive à une escarre.

5° La réaction de Wassermann est positive.

III

Troubles mentaux d'origine toxique. — Nous n'insisterons pas sur les diverses variétés de ces troubles mentaux; ils peuvent accompagner une intoxication aiguë, se développer lentement au cours d'une intoxication chronique ou précéder le coma terminal.

La question revient ici à résumer les recherches sur le liquide céphalo-rachidien au cours des diverses intoxications susceptibles de provoquer des troubles psychiques; la plupart de ces travaux sont tout à fait récents (61 et 62).

Alcoolisme. — 1° *Delirium tremens.* — Très peu de documents existent sur le liquide céphalo-rachidien dans le delirium tremens. On cite l'hypertension du liquide, l'absence d'éléments cellulaires.

2° *Intoxication alcoolique chronique avec manifestations nerveuses et mentales.* — En règle générale il n'y a pas trace de réaction leucocytaire; le fait a été établi dès les débuts du cyto-diagnostic par Monod (63), Widal, Sicard et Ravaut (64), Laignel-Lavastine (65), Nageotte (66), Babinski et Nageotte (67). Il a été confirmé par Joffroy (45), par Duflos (46), par Van der Kolk (47), par de Fontbonne (62). L'ensemble est donc concordant; citons cependant une exception de Dufour (68) qui a constaté une lymphocytose appréciable chez une femme de trente-six ans, présentant des troubles mentaux d'origine alcoolique; ni l'examen, ni l'autopsie n'avaient permis de trouver aucun indice de syphilis.

Saturnisme. — Tanquerel des Planches avait déjà signalé la « démence saturnine » mais c'est par Delasiauve (69) que fut décrite la pseudo-paralysie générale saturnine qui a fait depuis l'objet de tant de discussions. La plupart de celles-ci ont eu lieu avant l'époque de la ponction lombaire et du cyto-diagnostic et les renseignements concernant le liquide céphalo-rachidien sont très restreints.

Au point de vue clinique, dans un travail des plus complets, Ch Vallon (70) rejette l'existence de la pseudo-paralysie générale saturnine; malgré tout, il existe des troubles mentaux d'origine plombique et si l'on admet avec Mosny et Malloizel (71) l'affinité particulière du saturnisme pour les méninges, il est possible que la ponction lombaire donne quelques renseignements intéressants. Or voici tous les documents que nous avons pu trouver : Mosny et Malloizel (71) ont observé chez un saturnin un syndrome méningé avec confusion mentale; la ponction lombaire montrait une très abondante lymphocytose. Sicard et Monod (72) ont trouvé une lymphocytose intense chez deux malades atteints de syndrome paralytique général, survenu dans le cours d'une intoxication saturnine très accusée (*).

Evidemment rien n'est bien démonstratif et la question reste à élucider.

Notons que, dans un cas d'encéphalopathie saturnine, A. Marie (73) a pu mettre en évidence le plomb dans le liquide céphalo-rachidien à l'état de traces indosables.

Intoxication par l'oxyde de carbone. — On a remarqué de longue date les troubles délirants susceptibles de survenir dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. L'histoire de la réaction méningée en tant que fait anatomo-clinique est d'histoire beaucoup plus récente.

Legry et Duvoir (74) ont attiré l'attention sur les caractères cytologiques du liquide céphalo-rachidien d'un malade intoxiqué par le gaz d'éclairage : polynucléose abondante avec globules rouges, puis mononucléose ultérieure. Chauffard et Jean Troisier (75) en ont repris l'étude à propos d'un nouveau cas et ont insisté sur le caractère hémorragique de la réaction. R. Gaultier et l'un de nous (76) ont publié un troisième cas où il existait une lymphocytose presque pure sans globules rouges.

Ces faits sont susceptibles d'éclairer d'un jour nouveau les diverses modalités de l'intoxication oxycarbonée aiguë, la preuve de la réaction méningée est à rapprocher des phénomènes délirants transitoires que l'on observe; ceux-ci sont véritablement de nature organique et méritent toute la considération des médecins et des psychiatres, surtout alors qu'ils en pénètrent mieux le mécanisme et l'évolution.

Diabète. — Le liquide céphalo-rachidien des diabétiques contient un excès de sucre (Widal et Sicard, Achard et Lœper, Sicard et Rousseau-Langwelt, Lannois et Boulud, Bierry et Lalou). S'il y a acétonémie, l'acétone (ou l'acide acétylacétique) peut être retrouvée dans le liquide cérébro spinal d'après Carrière (77), Grunberger (78), Souques et Aynaud (79), Bousquet et Derrien (80). Les phénomènes précédant ou accompagnant le coma ne sont pas sans intérêt au point de vue psychiatrique. D'après Bousquet et Derrien, le meilleur procédé pour la recherche de l'acétone serait la réaction de Frömmer-Emilevicz : il suffit de verser dans un petit tube à essais, un ou deux centimètres cubes de liquide de ponction lombaire, II à III gouttes d'une solution alcoolique d'al-

(*) Récemment Sicard et Bloch (*Soc. de neurol.*, 7 juillet 1910) ont trouvé la réaction de Wassermann positive dans un cas de paralysie générale saturnine; ils estiment que la question doit être revisée.

déhyde salicylique à 1 p. 10, d'agiter, de laisser tomber au fond du tube une pastille de potasse et de chauffer sans agiter, au-dessus de la flamme d'une allumette (il ne faut pas dépasser 70 degrés); si le liquide contient de l'acétone, il apparaît au-dessus de la potasse un anneau rouge cramoisi dû à la formation d'o.o-dioxybenzalacétone dont les sels alcalins ont cette couleur.

Urémie. — On a décrit des réactions méningées dans l'urémie chronique (81) et dans l'urémie aiguë convulsive (82 à 84). Dans le premier cas on observerait quelquefois au point de vue anatomique un épaississement pie-mérien et la ponction lombaire montrerait de la lymphocytose; dans le second on a signalé une polynucléose abondante et transitoire. Tous ces faits demandent à être confirmés, et il faut en particulier rechercher s'il n'y a pas d'infection surajoutée [Chauffard et Vincent (85)] ou d'intoxication autre (saturnisme, Mosny et Pinard (86)].

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 8 février 1911)

A propos du rôle de la syphilis dans les traumatismes anciens du crâne. — M. Lucien Picqué discute l'opinion qu'a formulée Delbet sur le rôle de la syphilis dans les traumatismes anciens du crâne qui résulte de la proportion des syphilitiques qu'il a trouvés chez ces malades.

Jusqu'ici la question des rapports de la syphilis et du traumatisme avait une fonction toute différente.

On admettait la paralysie générale due exclusivement au traumatisme et on s'appliquait alors à démontrer qu'au moment du traumatisme le sujet n'était pas syphilitique et qu'il ne l'était pas devenu depuis.

L'accord était toujours difficile à se faire entre les cliniciens.

Aujourd'hui la question s'est simplifiée grâce à la ponction lombaire.

Quand celle-ci est positive, on doit rejeter l'action du traumatisme.

Mais reste la question des relations réciproques du traumatisme et de la syphilis.

Ici on se trouve en présence de simples hypothèses. Toute conclusion pour le pathologiste est prématurée, mais l'expert a le droit de faire bénéficier la victime d'un traumatisme cranien des lacunes de la pathologie.

Sarcome kystique de l'intestin grêle. — M. Hartmann fait un rapport sur une observation présentée par M. Cunéo. Les sarcomes kystiques de l'intestin grêle ne sont pas absolument rares. M. Lecène a pu en réunir 89 cas dans un travail. L'observation de M. Cunéo tire son intérêt de dispositions spéciales de la tumeur.

Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans qui, depuis quatre ans, avait vu son ventre grossir et souffrait de douleurs abdominales, de péritonite subaiguë. La tumeur présentait tous les caractères d'un kyste de l'ovaire chez la femme. On fit une ponction, on tira un litre et demi de sang noirâtre. M. Cunéo se décida alors à faire la laparotomie et se trouva en présence d'un kyste dont le pédicule était constitué par une anse d'intestin grêle. Il enleva le kyste, l'intestin fut ouvert puis suturé. Le malade guérit.

L'examen histologique de la pièce, qui présentait le volume d'une tête d'adulte, montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire télangiectasique.

M. Hartmann fait l'historique de cette affection et rappelle les différents cas publiés. Il fait observer que ces tumeurs, très rares pour l'intestin, sont plus fréquentes à l'estomac.

Dans le cas de M. Cunéo, il eût été plutôt indiqué de faire la résection de l'anse intestinale atteinte. C'est en raison de l'état cachectique du malade qu'il a cru devoir se borner à cette intervention.

M. Potherat rappelle avoir présenté un cas analogue chez une femme. Il avait cru à un kyste de l'ovaire. L'opération fut facile et la malade survécut cinq ans.

M. Bazy rappelle également avoir présenté un cas de sarcome kystique à la face antérieure de l'estomac. Cette malade, opérée depuis quatre ans, va bien.

Traitement des anévrismes poplités. — M. Le Dentu fait une communication sur le traitement des anévrismes poplités par le sérum gélatiné. Il rapporte plusieurs observations. Dans le premier cas il s'agissait d'un anévrisme tibio-péronien résultant d'un coup de couteau. M. Le Dentu a fait à ce malade sept injections de sérum gélatiné à 2 p. 100. La guérison a été absolue et s'est maintenue. Dans un second cas d'anévrisme fusiforme, une très grande amélioration fut obtenue. M. Le Dentu rapproche de ces faits ceux de Reynier, Lancereaux, Gérard-Marchand. Il rappelle un cas de M. Moreau, dans lequel une injection de 200 centimètres cubes de sérum gélatiné à 5 p. 100 a déterminé une gangrène qui a nécessité l'amputation. Ces faits sont très exceptionnels. M. Le Dentu conclut que le sérum gélatiné peut donner de bons résultats dans les cas où, pour une raison quelconque, on ne croit pas devoir recourir à l'intervention.

Epithélioma du col et grossesse. — M. Walther présente une malade qui, le 27 septembre 1910, étant enceinte et étant atteinte d'un épithélioma du col, subit, avec succès pour elle et son enfant, l'opération de Porro. Deux mois après, M. Walther fit une seconde laparotomie et enleva le moignon cancéreux.

Fracture de cuisse traitée par la méthode ambulatoire. — M. Savariaud présente un malade atteint de fracture grave de la cuisse et traité avec succès par l'appareil de marche.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 2 février 1911)

Contracture en flexion. — M. Claude rappelle qu'en 1909 il a publié dans l'*Encéphale* un fait de contracture en flexion comme ceux sur lesquels M. Babinski a insisté dans la dernière séance, l'autopsie révéla l'existence de plusieurs tumeurs comprimant la moelle à divers niveaux, et l'intégrité complète de la voie pyramidale.

Atrophie musculaire neuritique. — M. Claude montre un jeune homme atteint d'amyotrophie qu'il essaie de rapprocher du type Charcot-Marie : l'exagération de volume des os du crâne, la taille élevée du sujet, permettent de poser la question d'une dystrophie générale, avec participation des glandes internes. M. Marie estime abusif de rapprocher du type qu'il a individualisé avec Charcot des cas comme celui-ci, qui est plutôt un myopathique, ce qui est également l'avis de M. Thomas.

Paralysie complète du nerf radial par section complète. Retour de la motilité après suture tardive du nerf. — MM. Souques et Huet présentent un malade qui, à la suite

d'un coup de couteau, eut une paralysie complète des muscles innervés par la branche postérieure de ce nerf avec réaction de dégénérescence complète sur tout le territoire atteint, y compris le long supinateur. Quatre ans et demi après, M. de Martel opéra la suture après avivement des deux bouts du nerf, distants d'environ 2 centimètres et demi. Pendant quatre mois, pas d'amélioration, puis apparut graduellement le retour de la motilité suivi bientôt d'amélioration des réactions électriques. L'opération doit donc être tentée, même plusieurs mois après une section nerveuse, puisqu'un pareil résultat est possible, quoique inconstant.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux avec autopsie, diagnostic topographique et traitement chirurgical. — M. Souques. La tumeur qui occupe l'angle ponto-cérébelleux gauche avait été diagnostiquée avec précision grâce aux symptômes suivants : hémianopsie, surdité et paresse des mouvements associés des yeux du côté gauche. La tumeur, dure, bosselée, encapsulée, se creuse une loge aux dépens du lobe cérébelleux gauche et de la masse bulbo-protubérantielle : son volume est celui d'une noix, l'auditif n'est pas visible, le facial et le trijumeau rampent, aplatis, sur la tumeur et n'ont jamais montré de signes de compression. L'intervention chirurgicale fut refusée par le malade. Elle a cependant donné des guérisons définitives lorsque le néoplasme est encore petit, facile à extirper, et doit être tentée, bien que ne donnant pas toujours des résultats brillants, le pronostic de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes étant toujours fatal.

Syndrome bulbaire guéri par le 606. — MM. Léri et de Lapersonne montrent un jeune homme atteint de troubles bulbaires avec signe d'Argyll et réaction de Wassermann, après insuccès du traitement mercuriel qui ne put enrayer la rapide progression des accidents, les troubles disparurent rapidement après l'emploi du 606.

Sciatique avec éruption discrète de zona. — MM. Klippel et Mallet. La sciatique, très discrète, avait le caractère d'une névrite ; sa nature eût pu être méconnue, si l'éruption, très discrète, avait passé complètement inaperçue. M. Sicard a vu, dans le service de M. Brissaud, les voisines de lit de zonas, prises de névralgies sans éruption, qu'il convient de rapporter au zona.

Tabes précoce. — M. Ferry. Ce cas n'a d'autre intérêt que le début vers la vingtième année.

Arthropathie sans tabes. — M. Barré. L'articulation prise est la hanche. Le refroidissement du pied droit avec absence de pouls pédieux viennent à l'appui de la théorie vasculaire des arthropathies que l'auteur compte développer ultérieurement.

Obstruction intestinale paralytique et lavement électrique. — M. Baudouin. Deux cas d'obstruction paralytique chez des myopathiques furent traités l'un par un lavement électrique, et guérit, l'autre, chirurgicalement, la malade mourut; le lavement électrique doit donc toujours précéder en pareil cas l'intervention, surtout chez des myopathiques, spécialement prédisposés à l'obstruction paralytique.

Deux cas d'hypertension cérébrale sans tumeur guéris par la trépanation décompressive. — MM. Velter et Chauvet. Homme de vingt-huit ans, ayant présenté, en juillet 1908, céphalée surtout fronto-pariétale spontanément et à la percussion, vomissements, obnubilation visuelle et stase papillaire, troubles psychiques. Trépanation en 1909. Guérison jusqu'en octobre 1910, où il mourut d'hémoptysie. A l'autopsie, pas de tumeur, mais, sur la face postérieure du lobe cérébelleux gauche, cicatrice d'un tubercule guéri. Le deuxième malade eut en mai dernier la triade : céphalée, vomissements, stase ; une large trépanation temporo-pariétale amena la disparition graduelle des accidents. Ces deux faits sont à rapprocher de celui rapporté dans la dernière séance par M. Claude.

Tumeur oblitérant l'aqueduc de Sylvius, hydrocéphalie ventriculaire. — MM. L. Alquier et B. Klarfeld ont trouvé à l'autopsie d'une femme de quarante-neuf ans un petit sarcome calcifié, de 1 centimètre de diamètre environ, se creusant une loge dans la calotte du pédoncule cérébral gauche, au-dessous des tubercules quadrijumeaux, que rien n'avait permis de soupçonner cliniquement. Chez une autre femme, de vingt-cinq ans, existait un gliome, de mêmes dimensions que l'autre tumeur, mais situé sur la ligne médiane, à peu près à la même hauteur dans la calotte pédonculaire, immédiatement au-devant de l'aqueduc, qu'elle semble obturer complètement. La malade présentait depuis deux ans le syndrome d'hypertension cérébrale : céphalée, vomissements, stase et atrophie papillaires, sans autre signe de localisation qu'un peu de strabisme et de diplopie transitoires. Dans le premier cas, pas d'hydrocéphalie ventriculaire, dans le deuxième, les trois premiers ventricules cérébraux étaient nettement distendus, sans altérations de leurs parois ni des plexus choroïdes, visible à l'œil nu, l'aqueduc dans sa traversée protubérantielle et le quatrième ventricule semblaient absolument normaux et nullement dilatés.

Ces deux faits semblent bien indiquer que l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius dans le deuxième est la cause de l'hydrocéphalie qui fait défaut dans le premier. Il convient cependant de faire remarquer que, dans le premier cas, le ventricule cérébral droit était peut-être très légèrement dilaté, et que, dans le deuxième, les gaines radiculaires des nerfs spinaux paraissent présenter la distension étudiée par Lejonne dans d'autres cas de tumeurs cérébrales. Reichardt, qui s'est livré à une étude approfondie de la question, estime que l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius ne suffit pas à engendrer l'hydrocéphalie ventriculaire; il faut en outre que la fente de la corne sphénoïdale qui contient le plexus choroïde soit obstruée par leptoméningite; cette lésion manquait totalement dans le fait actuel.

Elévation anormale de certaines paupières ptosiques dans les mouvements de la mâchoire. — M. Cantonnet. L'élévation de la paupière en ptose incomplète avec immobilité de l'autre se produit lors des mouvements d'abaissement de la mâchoire ou de diduction du côté opposé. Il s'agit d'un ptosis congénital ; l'auteur a retrouvé, dans trois cas de ptosis acquis, cette particularité, qui, si elle était toujours recherchée dans les cas de ptosis congénital, unilatéral, incomplet, serait assez souvent observée.

Appareil dynamométrique. — MM. Français et Baudouin. Cet appareil, fort ingénieux, et appelé à rendre de grands services en clinique et en physiologie, se compose essentiellement d'un dynamomètre hydraulique, fixé sur le bord de la table sur laquelle est étendu et immobilisé le sujet; les mouvements lui sont transmis par une poulie que l'on peut placer à distances variables. Les auteurs ont pu mesurer la force des principaux mouvements pour tous les segments du corps.

HYDROLOGIE

LES EAUX MINÉRALES DE BEAUCENS

(HAUTES-PYRÉNÉES)

Parmi les sites pittoresques qui ornent l'admirable vallée d'Argelès et contribuent à sa grande renommée, il en est un qui se recommande plus particulièrement à l'attention du touriste, c'est le château de Beaucens, ancienne résidence des vicomtes du Lavedan, dont les ruines, fièrement dressées sur

un rocher abrupt, font face à la vieille église de Saint-Savin, majestueusement assise, de l'autre côté de la vallée, au milieu du charmant village de ce nom.

Beaucens, qui attire les regards par l'originalité de sa silhouette à demi ruinée, n'est pas seulement un site magnifique. La nature a doté ce joli coin de la vallée d'Argelès d'une source minérale « aïguo salado », émergeant d'un gisement de plomb argentifère, de blende et de sulfure de zinc, dont les vertus les plus surprenantes sont, depuis plus d'un siècle, connues des habitants de la région, et renommées par la guérison de toutes les manifestations de l'arthritisme.

Déjà, à la fin du XVIIIe siècle, les propriétés curatives de l'eau de Beaucens étaient connues et appréciées. Un mémoire publié en 1825 par le docteur Balencie, de la Faculté de médecine de Montpellier, révéla au corps médical et au public les résultats de l'analyse faite par MM. Bualé et Bourdet, pharmaciens à Argelès, et les observations cliniques relevées par les praticiens de la région sur les malades qui faisaient usage des eaux de Beaucens.

Une installation rudimentaire composée d'une cuve établie au ras du sol, et placée sous de simples abris en planches, s'offrit d'abord aux baigneurs; mais, plus tard, dans les premières années du XIXe siècle, le nombre de ceux-ci ayant sensiblement augmenté, les propriétaires firent procéder à un captage méthodique des eaux et construisirent un petit établissement comportant quatre baignoires et une buvette.

Cet établissement a fonctionné pendant plus d'un siècle, caché dans un repli de terrain bien abrité, ombragé d'arbres séculaires, dans un site agreste et charmant, d'où la vue s'étend sur les pentes gracieuses du versant de Davantaïgue, sur la pointe hardie du pic de Viscos, et les fiers sommets, enguirlandés de neige, de Cauterets et de Gavarnie.

La vogue toujours croissante de Beaucens a provoqué, il y a peu de temps, des initiatives dont les efforts seront certainement profitables au public et mériteront l'attention du corps médical au delà de la région pyrénéenne où la réputation des eaux de Beaucens est déjà faite.

Une société anonyme s'est constituée à Argelès pour l'achat des sources et leur mise en valeur. Il a été procédé à une exploration scientifique des sources, dont l'analyse avait été faite en 1898 par M. Adolphe Carnot, directeur de l'Ecole nationale des mines; sous la haute direction de M. le professeur Garrigou, le savant hydrologue de la Faculté de Toulouse, de nombreux captages ont été effectués, et, avec les conseils de cet éminent spécialiste, un établissement de bains et un hôtel vont se construire à côté des sources.

En attendant la réalisation de ces constructions, le service des eaux, sensiblement amélioré, est assuré dans l'ancien établissement où des baignoires neuves, en tôle émaillée, ont remplacé les anciennes cuves en bois qui étaient seules mises à la disposition du public.

Un matériel et du linge neufs sont, d'ores et déjà, mis en usage, en attendant les nouvelles installations qui répondront, sûrement, à toutes les exigences de la thérapeutique moderne.

D.

VARIÉTÉS

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LA DÉPOPULATION

Un certain nombre de professeurs de la Faculté des lettres de Paris viennent d'adresser la lettre suivante à la commission sénatoriale chargée d'étudier les remèdes à la dépopulation.

« Nous avons l'honneur d'appeler votre attention sur une charge singulièrement injuste que le projet de loi d'impôt sur le revenu imposerait aux familles nombreuses. En tant que membre de la commission sénatoriale chargée d'étudier les remèdes à la dépopulation, vous vous intéresserez certainement à leur défense. Cette surcharge provient de ce que l'impôt « progressif » sur l'ensemble des revenus y est établi en principe par famille, et non par tête, comme si le superflu d'un revenu donné était à peu près le même quand il est entre les mains d'une personne seule ou quand il en fait vivre quatre ou cinq. Les quelques « dégrèvements » proposés en faveur des familles sont très loin de compenser cette iniquité fondamentale.

Le seul principe équitable pour déterminer le taux d'un impôt progressif est que le revenu soit taxé par tête; en sorte, par exemple, qu'un revenu de 12000 francs soit taxé comme deux revenus de 6000 francs s'il fait vivre deux personnes, comme trois revenus de 4000 s'il en fait vivre trois, etc.

On objectera que plusieurs personnes vivent ensemble à meilleur compte que séparément. Mais paraîtrait-il juste de frapper d'un impôt complémentaire, pour la même raison, les membres d'une coopérative? Et si par la réforme que nous demandons les familles nombreuses bénéficient d'un léger avantage, y a-t-il lieu de le regretter?

Mais allons jusque-là : admettons qu'on tienne à leur refuser tout privilège, si minime qu'il soit. On pourra le faire en réduisant fictivement d'une unité sur quatre, ou même sur trois, le nombre réel des membres de la famille. Un tel système leur serait encore moins préjudiciable que le projet actuel. Il consacrerait, au moins, dans son principe « l'individualisation de l'impôt ».

Voici deux célibataires, homme et femme, vivant chacun de ses revenus propres. Est-il admissible que s'ils viennent à s'épouser, ils soient aussitôt taxés davantage? L'Etat ne doit-il pas plutôt les encourager à fonder une famille?

Ce n'est pas tout. Beaucoup de pères de famille, pour subvenir aux besoins des leurs, sont obligés d'ajouter à leur gain principal le produit de travaux accessoires. Ils seraient loin d'avoir à s'imposer cette surcharge, souvent pénible, s'ils étaient célibataires ou sans enfants. Faudra-t-il que cet appoint leur soit compté comme un superflu, et vienne augmenter non seulement la quotité, mais le taux de leur impôt progressif?

Nous sommes certains que vous apprécierez le haut intérêt moral qui s'attache à la reconnaissance de ce principe, seul conforme aux conditions de la vie moderne : diviser le revenu brut par le nombre de personnes qu'il fait vivre. Nous espérons que vous voudrez bien, le cas échéant, le défendre devant le Sénat.

Nous vous prions, etc.

Ch. ANDLER, V. BASCH, C. BOUGLÉ, H. CHAMARD, H. DELACROIX, V. DELBOS, E. DENIS, M. DUBOIS, E. DURKHEIM, G. GLOTZ, Ch. GUIGNEBERT, H. HAUVETTE, A. LALANDE, G. LANSON, L. LÉVY-BRUHL, G. MICHAUT, G. MILHAUD, G. RODIER, I. ROUGE, G. SÉAILLES. »

FORMULAIRE

FRIABILITÉ DES ONGLES

Nous sommes parfois embarrassés pour traiter les malades qui accusent une friabilité des ongles. Voici deux préparations qui pourraient être employées avec succès dans ce cas.

Enduire les ongles, le soir, avec une des deux pommades suivantes :

1° Huile de lentisque		15 grammes
Sel marin		2 —
Colophane	*àà*	1g50
Alun		
Cire vierge		

2° Lanoline		10 grammes
Oxyde de zinc	} ââ	1 —
Glycérophosphate de chaux		
Arséniate de soude		0g05
Nitrate de pilocarpine		0g10
Extrait de noix vomique		0g50
Cochenille		Q. s. p. colorer

(*Médecin praticien.*)

LIVRES NOUVEAUX

Consultations médicales. Maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire (1), par H. Huchard.

Ce volume qui paraît peu après la mort de Huchard est le troisième et dernier volume des « Consultations médicales »; le premier est intitulé Thérapeutique clinique; le deuxième, Maladies du cœur, artério-sclérose; celui-ci est consacré aux maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire.

L'ouvrage débute par une étude très complète de l'*œdème aigu du poumon*; il est inutile de rappeler ici la contribution personnelle considérable que Huchard apporta à l'étude pathogénique de cette affection; très simplement en cet article l'auteur expose successivement toutes les théories émises, et, tout en faisant une large part à la rétention chlorurée, au rôle des surrénales, il conclut néanmoins à la *péri-aortite*, comme cause la plus fréquente de cet œdème.

Viennent ensuite les descriptions des *congestions pulmonaires*, de la *pneumonie*, des *pleurésies*; dans la description de toutes ces affections l'auteur s'est dégagé le plus possible des considérations exclusivement théoriques et s'est efforcé de traduire aussi exactement que possible l'allure clinique de ces maladies; à chaque page, l'on retrouve des indications qui montrent ce souci et dans toutes ses descriptions l'on sent le besoin impérieux de bien inculquer cette idée, que la maladie n'est jamais uniforme, et que tout dans son évolution dépend du terrain et de l'état des organes principaux, cœur, foie, rein.

L'auteur aborde ensuite l'histoire de la *tuberculose pulmonaire* et s'étend très longuement sur toutes les cures usitées (cures climatiques, chaleur, lumière, etc., sanatorium et spécialement cures hydro-minérales). Ce dernier chapitre est particulièrement utile à consulter, à cette heure surtout, où de plus en plus les cures hydro-minérales, dans le traitement de la tuberculose, semblent revenir en faveur. Le praticien trouvera dans ce chapitre toutes les indications nécessaires sur la conduite à tenir suivant les cas.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée aux maladies de l'*appareil digestif* (dyspepsies, cancer de l'estomac); ce dernier chapitre est suivi d'une très originale étude sur les *faux cancers* sans tumeur avec cachexie (gastrosucchorée, achylie gastrique, anorexie hystérique et dyspepsies nerveuses, dyspepsie neurasthénique).

L'ouvrage se termine par une étude de la *lithiase biliaire* et de la colique hépatique, complétée par un exposé très détaillé de la thérapeutique à mettre en œuvre, d'abord contre la lithiase, puis contre la colique elle-même et par un résumé assez rapide des urémies et de leur traitement.

La lecture de ce volume est tout aussi intéressante que la lecture des deux volumes précédents, dont le succès a été si vif. On retrouve dans chacun des chapitres de ce volume les qualités maîtresses de clarté et de vie qui avaient valu à Huchard sa renommée.

L. Babonneix.

(1) In-8 de 504 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Homosexualité et les types homosexuels (1), par le docteur Laupts (G. Saint-Paul).

Cet ouvrage est la seconde édition complétée et mise à jour d'un livre intitulé « Perversion et Perversité », et pour lequel Emile Zola avait écrit une préface. Cette première édition remonte à 1895; depuis, les années se sont écoulées, et si l'auteur a abandonné des idées qu'il défendait alors, c'est que l'observation et l'étude constante des phénomènes ont modifié sa vision.

Comme le dit très bien le docteur Laupts, l'intérêt de la question de l'homosexualité cesse d'être proprement psychologique pour devenir social, et sa conviction est que les variations sexuelles et parasexuelles se modèlent sur les circonstances économiques, l'instinct sexuel demeurant subordonné à l'instinct de nutrition.

Le médecin, le psychologue et le sociologiste, liront donc avec intérêt le livre que nous présentons ici.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) 1 vol. in-8° raisin, de 450 p. — Prix : 6 fr. — Paris, Vigot frères.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles par la peau et les muqueuses externes, par Achalme, Sergent, Marchoux, Simond, Thoinot, Ribierre, Jeanselme, etc. 1 vol. gr. in-8° de 746 pages, avec 200 figures. — Prix : broché, 16 fr.; cartonné : 17 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janvier 1911.) M. Delamare : Traitement de l'incontinence nocturne essentielle d'urine par les injections de sérum au périnée. — Vedel, Papon et Tartavez : Deux cas de fièvre de Malte dans la garnison de Montpellier. — P. Chevrant : Note sur l'étiologie du goitre. — G. Bergasse : Appendicocèles. — E. Galzin : Contusion du flanc droit. Hématurie persistante avec exacerbations aiguës graves. — C. Long : Plaies pénétrantes de l'abdomen par morsure de chiens avec hernie épiploïque. — J. Sarthou : Détermination rapide de la valeur diététique d'un lait. Dosage des catalases bactériennes. Catalasimétrie. — H. Morissot : Transport des blessés en haute montagne. Le brancard ski. — L. Arnaud : Le précurseur de la gymnastique médicale moderne : Clément-Joseph Tissot, chirurgien-major au quatrième régiment de chevau-légers (1762-1766).

Bulletin médical. — (N° 1, 4 janv. 1911.) Lemoine : La première étape de la tuberculose pulmonaire au Conseil de

revision et devant la Commission de réforme. — (N° 2, 7 janv.) Quénu : Diagnostic et traitement des abcès du foie. — Noel : La méningite cérébro-spinale dans la garnison de Laval. — (N° 3, 11 janv.) Quénu : Diagnostic et traitement des abcès du foie (*suite et fin*). — (N° 4, 14 janv.) Pautrier et Gouin : Traitement du lupus érythémateux par la neige carbonique. — (N° 5, 18 janv.) Vandenbossche : Coups de feu de la tête.

Centralblatt für innere medizin. — (N° 1, 7 janvier 1911.) Jolles : Contribution à l'étude des hydrates de carbone. — (N° 2, 14 janvier.) Axisa : Les corps puriques dans un cas de cirrhose hépatique avant et après une opération de Talma.

Clinique. — (N° 1, 6 janv. 1911.) R. Burnier : Les théories pathogéniques de la toxémie gravidique. — J. Labouré : Technique de l'œsophagoscopie. — G. Leven : La « Douleur-Signal ». Procédé clinique pour délimiter l'estomac. V. Pauchet : Faut-il enlever l'appendice « à froid » après l'incision d'un abcès péri-appendiculaire. — Perdrizet : Transfusion directe du sang chez l'homme. — (N° 2, 13 janv.) P. Claisse : Gangrène pulmonaire. Indications thérapeutiques. — P Rudaux : Des renseignements à demander à l'arrière-faix après la délivrance. — A.-F. Hertz : De la constipation. — V. Pauchet : Tuberculose rénale. Etat du rein opposé. — H. Triboulet : Méfions-nous du menthol. Perdrizet : Thérapeutique des hémorragies du post-partum. — M. Genty : Les accidents tardifs du chloroforme. — Emery : L'évolution du « 606 ».

Echo médical du Nord. — (N° 1, 1er janv. 1911.) Deléarde et Monnier : La néphrite, complication du purpura rhumatoïde. — Damaye : L'évolution des maladies mentales. — (N° 2, 8 janv.) Patoir et Leclercq : Un cas de rupture spontanée de l'aorte.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 1, 1er janv. 1911.) Cruchet : Kyste hydatique du poumon chez une fillette de neuf ans.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 1er janv. 1911.) Vergely : La limitation des débits d'alcool. — Lande et Balard : Sur un grand traumatisme par une roue de charrette ; fractures multiples de côtes ; rupture du cœur ; fracture du bassin. — (N° 2, 8 janv.) J. Carles : Obésité et traitement thyroïdien. — (N° 3, 15 janv.) Oraison : De l'anurie au cours de l'évolution des néoplasmes vésicaux. — P. Carles : Moût, vin et alcool.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 janv. 1911.) Castaigne : Néphrite urémigène.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 3 janvier 1911.) Ehrlich : Le traitement par le salvarsan. — Gottlieb et Tambagh : Sur le digipuratum. — Riedel : Sur le traitement du bec de lièvre compliqué de gueule de loup. — Kappis : Quelques points pratiques du traitement de l'iléus. — Rolly : Contribution à la clinique de la septicémie provoquée par le bacille de Friedländer. — Benario : Sur les récidives de névroses syphilitiques, notamment après le traitement mercuriel. — Kreuzfuchs : Symptômes et fréquence du goitre intrathoracique. — Schmidt et David : Sur la narcose au chloroforme-oxygène. — Beissele : Sur la réaction de l'urine dans la paralysie avec la liqueur de Bellostins. — Strauss : La technique du traitement des affections cutanées par la neige carbonique. — Tründ : Sur la technique du traitement par la neige carbonique. — Reicher et Stein : Une nouvelle canule à vaisseaux. — Roloff : Blessure mortelle par masturbation rectale. — Reiche : Diagnostic radiologique de l'ulcère pénétrant de l'estomac.

Paris médical. — (N° 6, 7 janv. 1911.) P. Lereboullet : La tuberculose en 1910. — L. Rénon : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sérums. — A. Mesureur : Le dispensaire antituberculeux de Laënnec. — F. Bezançon : Les poussées de la tuberculose chronique. — Rollier : La cure solaire de la tuberculose chirurgicale.

Pédiatrie pratique. — (N° 1, 5 janv. 1911.) Broca : Le diagnostic de la coxalgie au début. — Lemoine : Snobisme médical et stations thermales allemandes. — Hardouin : Traitement de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant en bas âge. — (N° 2, 15 janv.) Hutinel : Les néphrites dans le purpura. — Novi-Josserand : Des luxations vraies dans la coxalgie. — F. Piéri : Considérations sur les imperforations ano-rectales. — (N° 3, 25 janv.) Kirmisson : A propos de l'hypospadias. — Nobécourt et Paisseau : Médiastinite tuberculeuse à évolution rapide chez un enfant de dix ans. Mort par accidents asystoliques à marche aiguë et à granulie apyrétique. — Jayle : Les causes de la dépopulation de la France. Le remède : l'impôt du sang transmis.

Presse médicale. — (N° 1, 4 janv. 1911.) Roger : Rôle de l'auto-intoxication dans l'occlusion intestinale. — Fredet et Merry : Un nouvel appareil pour l'anesthésie chloroformique. — (N° 2, 7 janv.) Audibert et Rouslacroix : Traitement de la fièvre de Malte par le bleu de méthylène. — Jolly : La structure et le développement du tissu conjonctif. — Gouget : L'exsufflation des épanchements pleuraux. — (N° 3, 11 janv.) Weill et Mouriquand : Myocardite et mort brusque dans la scarlatine. — (N° 4, 14 janv.) Meige et Bauer : Nanisme et chétivisme. — H. Labbé et Gallais : Les échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux. — Lenormant : Quelques travaux récents sur la pancréatite aiguë hémorragique. — (N° 5, 18 janv.) Gantz et Hertz : Présence d'albumine dans les crachats. Son importance pratique.

Province médicale. — (N° 1, 7 janv. 1911.) G. Rauzier : Tuberculome du cervelet. — Audry : Sur la syphilis abortive et l'abortion de la syphilis. — Ch. Viannay : Deux cas de strumectomie à chaud. — A. Cade : Quelques installations cliniques modernes en Allemagne et en Danemark.

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1911.) Bernheim : De la fièvre prolongée dans certaines maladies infectieuses. — H. Labbé : Contribution à l'étude du métabolisme des composés ammoniacaux. Toxicité et élimination au cours du jeûne (1 fig.). — A. A. Hijmans van den Bergh : Ictère hémolytique avec crises hémoglobinuriques. Fragilité globulaire.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 1, 7 janv. 1911.) Seifert : Sur l'amygdalite préépiglottique phlegmoneuse. — Pugnat : Des paresthésies pharyngées symptomatiques de tumeurs des voies digestives. — (N° 2, 14 janv.) E.-J. Moure : Sur deux nouveaux cas d'abcès du cerveau (hémisphère gauche) d'origine otique. — (N° 3, 21 janv.) E.-J. Moure : Sur deux nouveaux cas d'abcès du cerveau (hémisphère gauche) d'origine otique (*fin*).

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1911.) Etienne : Etude sur la tuberculinothérapie, notamment chez les tuberculeux âgés (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1911.) Seglas et Logre : Délire hypocondriaque, torticolis mental, tics multiples. Aspect parkinsonnien (1 fig.). — A. Souques et Vaucher : Monoplégie cérébrale durable avec anesthésie et astéréognosie passagères. — H. Meige : Comment concevoir l'hypnotisme. Ses applications thérapeutiques et médico-légales, d'après J. Babinski.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Nº 18. — MARDI 14 FÉVRIER 1911. 84e ANNEE. MARDI 14 FÉVRIER 1911. — Nº 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est toujours provisoirement composé de MM. Dufour, Rénon, Méry, Renault (A.), Oulmont, Achard, Bruhl, Béclère, Roger, Broca (qui ont accepté), Chauffard et Laffitte (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

GUERRE. — Mutations :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Dusolier passe au 2e spahis; Mahaut, au 6e escadron du train des équipages; Duffau, au 58e d'art.; Lafforgue est nommé membre de la commission technique permanente pour la prophylaxie des maladies infectieuses dans l'armée; Bonhomme passe au 99e d'inf.; Benard, au 6e hussards; Derappe, au 9e d'inf.; Pinchon, au 29e dragons; Montané, au 34e d'art.; Lère, au 1er bataillon d'inf. légère d'Afrique.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Péridier passe au 112e d'inf.; Fayet, au 27e d'art.; Desquiens, au 38e d'inf.; Chatinières, au 1er spahis; Badie, au 20e d'inf.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Olive passe au 148e d'inf.

LES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE. — Les étudiants en chirurgie dentaire se sont rendus à la Chambre, la semaine dernière, pour remettre aux députés une pétition résumant leurs revendications corporatives. Leur fédération s'est réunie et a voté une motion demandant au gouvernement d'examiner cette pétition avec bienveillance.

Voici la partie principale de ce document :

« Nous estimons que vu les cinq années d'études très complètes imposées, vu nos stages dans les hôpitaux et les amphithéâtres de dissection, vu les examens complets et difficiles dont dépend notre diplôme, nous devrions avoir le droit de concourir pour les places d'Etat relevant directement de notre spécialité, en particulier pour les places de chirurgiens dentistes des hôpitaux. Ce n'est pas une priorité, mais une égalité qu'en tant que spécialistes nous demandons vis-à-vis des docteurs, qui jusqu'ici sont seuls admis à postuler pour les places de chirurgiens dentistes des hôpitaux (20 juin 1901).

Dans l'armée, nous croyons que la France est restée trop longtemps en arrière. Les nations étrangères, telles l'Angleterre, l'Allemagne, l'Amérique, ont estimé que les chirurgiens dentistes rendraient plus de services au régiment en soignant la bouche des soldats qu'en faisant les corvées de quartier. C'est pourquoi dans ces nations il existe des affectations spéciales pour les chirurgiens dentistes qui, assimilés aux majors, rendent les plus grands services. »

LA PESTE. — La peste se propage actuellement dans tout le territoire mandchourien; elle atteint légèrement le nord de la Chine.

La situation a empiré à Kouan-Tchen-Tzé.

La peste est moins intense à Kharbine, où la virulence du bacille diminue, en léger développement à Tien-Tsin et à Che-Fou; il n'y a pas de changement dans les autres centres.

Sur le désir exprimé par le gouvernement chinois, et aux frais de celui-ci, le gouvernement russe envoie en Chine une mission scientifique, à la tête de laquelle est le professeur Sabolotny, pour rechercher les moyens et prescrire les mesures propres à combattre la peste.

D'autre part le docteur Broquet, envoyé par le gouvernement français, vient de partir pour l'Extrême-Orient, viâ Sibérie, avec 50000 ampoules de sérum de Haffkine. Il est accompagné du sergent d'infanterie coloniale Chardonnet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère, le docteur Jumon, secrétaire de la rédaction de la *Médecine moderne*. Sa disparition sera vivement ressentie par tous ceux qui avaient été à même d'apprécier l'homme de bien et le journaliste distingué. Nous prions son fils, M. Henri Jumon, interne des hôpitaux de Paris, de recevoir l'assurance de nos très vives condoléances; — et celle de M. le docteur G. Pouliot (de Poitiers), un de nos plus anciens abonnés. Nous prions son fils, notre collègue le docteur Léon Pouliot, de recevoir l'assurance de notre très douloureuse sympathie.

RECTIFICATION. — Nous sommes heureux d'apprendre que M. le docteur Motheau (de Saint-Maixent), dont, par une déplorable erreur, nous avions annoncé la mort dans notre numéro du 28 janvier, est au contraire bien vivant et ne s'est jamais mieux porté que depuis la fâcheuse nouvelle. Nous nous félicitons d'avoir à faire cette rectification.

FONDATION PIERRE BUDIN (91 *bis*, rue Falguière, Paris, XVe). — Une conférence sera faite le jeudi 23 février, à 5 heures, par le docteur Jeannin, agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux, sur : « Sujets et préjugés concernant l'allaitement ».

QUESTIONS D'HYGIÈNE URBAINE

LES IMMONDICES DE PARIS

Au docteur Fr. Le Sourd,
Directeur de la *Gazette des hôpitaux*.

Je suis à mi-jambe en l'ordure.

Ch. Le Petit, *Chronique scandaleuse ou Paris ridicule*. Cologne, in-12, 1668.

Mon cher ami,

Dans le courant de l'été dernier, nous devisions sur le boulevard Saint-Germain, à quelques pas de nos domiciles respectifs, quand, avec une impudence d'autant plus audacieuse qu'elle était sûre de l'impunité, un individu, tenant en laisse un roquet, s'arrêta au milieu même du large trottoir, pour laisser son animal expulser le contenu de son gros intestin. Outrés l'un et l'autre d'un tel spectacle, nous tombâmes d'accord pour reconnaître qu'à Paris les voies publiques étaient odieusement sales, qu'elles étaient souillées par des immondices sans nom et que, toute autre considération mise à part, il était urgent de réagir, au nom de l'hygiène, contre un laisser aller aussi préjudiciable à la santé publique.

« Cela touche à des questions de parasitologie, me dites-vous; vous devriez donner à la *Gazette* un article là-dessus.

— Très volontiers, ai-je répondu; l'article demandé est écrit depuis plusieurs mois, car j'ai fait déjà, auprès d'une grande et puissante société (dont je vous citai le nom), une tentative personnelle, pour l'intéresser à cette situation vraiment honteuse. Comme il lui eût fallu vraisemblablement entrer en conflit avec les pouvoirs publics, la société en question refusa de m'écouter. Les raisons invoquées par elle pour se dérober démontraient à quel point j'étais dans la vérité. Je ne me tins donc pas pour battu; j'attendais simplement une occasion favorable pour saisir le corps médical et l'opinion publique de la question des immondices de Paris. Cette occasion, vous me l'offrez très libéralement; je la saisis avec empressement et je vous promets un article pour le courant de l'hiver prochain, à moins que, d'ici là, la situation ne se soit améliorée. »

Or, la situation est pire que jamais, le scandale est à son comble. Je tiens donc ma promesse et voici, cher ami, que j'ai le grand plaisir de devenir votre collaborateur.

Je pourrais faire, et sans doute vous l'eussiez préféré, un exposé méthodique de la question. Je crois pourtant qu'il n'est pas inutile de connaître en quels termes j'avais posé celle-ci auprès de la société indiquée plus haut. Je publierai donc d'abord ma correspondance avec cette société, en supprimant les passages qui pourraient la faire trop facilement reconnaître (vous savez son nom); je ferai ensuite le commentaire explicatif de mes lettres, en tant que cela paraîtra utile.

*
* *

Paris, le 3 décembre 1909.

Monsieur le Président,

Tout le monde admire et approuve hautement l'œuvre d'assainissement qui, sous votre active et féconde direction, se poursuit en France avec une ardeur et un succès remarquables. L'univers entier saluera avec joie votre nouvelle entreprise, si vous décidez de vous occuper aussi d'assainir nos villes, en commençant par notre capitale.

Je connais toutes les capitales d'Europe; j'ai visité l'Amérique du Nord presque tout entière et je ne crains pas de dire que Paris est la ville la plus sale que j'aie jamais vue. J'ai des relations très étendues parmi les étrangers de tout pays et je les ai souvent entendu manifester leur surprise profonde de trouver si odieusement souillée d'ordures et d'immondices de toutes sortes cette ville de l'élégance et du bel esprit, qui les fascine si puissamment.

Mon appréciation vous semblera peut-être sévère; j'ai pourtant l'absolue conviction d'être juste en formulant, avec une infinie tristesse, l'avis que Paris est la ville la plus sale du monde civilisé. Voilà peu de temps qu'il en est ainsi, mais le mal va sans cesse en augmentant; il y va de notre bonne réputation, il y va de notre amour-propre. Ce sont de graves questions, avec lesquelles il n'est pas permis de balancer.

Les prospectus, romans feuilletons et follicules divers, toujours inutiles, souvent orduriers, qu'on distribue à profusion aux passants, sans souci de leur âge ou de leur sexe, et qu'on laisse tomber sans les lire, jonchent nos rues et nos boulevards de la façon la plus repoussante.

On a déjà crié contre eux, mais sans succès; la législation actuelle, paraît-il, ne permet pas de les supprimer. Interdit-elle aussi d'en réglementer l'usage ? A l'étranger, l'éducation du public est telle, qu'un honnête homme se déconsidérerait à ses propres yeux, s'il jetait un papier dans la rue. Il est vrai qu'on ne lui encombre pas les mains presque malgré lui, de ces papiers sordides dont il n'a que faire. Partout se trouvent des paniers, des corbeilles ou des boîtes, où chacun jette en passant les papiers, pelures d'orange ou de banane et mille autres déchets; on voit l'enfant comme le personnage le plus grave traverser la rue pour déposer dans la boîte ou la corbeille le détritus dont il veut se débarrasser. Jeter ce détritus sur la voie publique serait un délit, que les règlements de police punissent sévèrement et qui, s'il échappait à l'œil vigilant du constable ou du Schutzmann, serait immédiatement réprimé par le premier passant. Voilà deux ans environ, la Ville de Paris nous a gratifiés aussi de corbeilles à ordures, mais leur nombre est infime, elles sont inapparentes et on a eu la bizarre idée de leur donner, par une fallacieuse préoccupation artistique, une forme disgracieuse au possible, en même temps qu'une étroitesse qui les rendrait inutiles en fait, si le Parisien pouvait s'accoutumer à en faire usage. Un tel résultat est-il souhaitable ? Assurément. Que faire dans ce but ? Les gardiens de la paix doivent recevoir l'ordre formel et inéluctable de verbaliser contre quiconque jette à terre un prospectus ou un objet quelconque.

En Amérique, aucune femme ne sort dans la rue avec une robe à traîne. Dans un grand nombre de villes de l'étranger, la municipalité a interdit ces mêmes robes. La femme n'en est pas moins élégante, car, en fait de mode, tout n'est qu'habitude. En revanche, l'hygiène publique s'en trouve mieux; en effet, les innombrables microbes pathogènes, qui souillent la surface du sol et que la traîne des robes soulève par myriades, n'ont pas du moins cette occasion de se répandre dans l'atmosphère et de pénétrer jusque dans nos poumons avec l'air inspiré. Ils ne se déposent pas non plus sur les denrées alimentaires de toute nature qui sont sans cesse promenées dans nos rues ou qui sont exposées des journées entières aux étalages des épiciers, boulangers, confiseurs, etc., sans être protégées

en aucune façon. Qui dira jamais le nombre des tuberculeux qui ont été contaminés par suite de ces coutumes malsaines, meurtrières, contre lesquelles la science nous ordonne d'entrer en campagne ? L'exemple nous vient encore de l'étranger. Ces étaux, appétissants, peut-être, mais que l'hygiène dénonce comme éminemment dangereux, n'existent guère que dans les pays latins ; on ne voit rien de semblable en Allemagne ou en Amérique, par exemple. A Ems, l'été dernier, j'étais songeur devant une modeste voiturette qui portait la marchandise d'une vendeuse de brioches et de gâteaux; son étalage était dans une vitrine horizontale, hermétiquement close ; on lui désignait à travers la vitre le morceau convoité; elle s'en emparait elle-même et l'empaquetait aussitôt; les deux faces de la voiturette portaient, bien apparente, une pancarte imprimée disant ces simples mots : « Il est interdit par la police de saisir les gâteaux. »

Il y a plus encore, et j'arrive ici à un point délicat, mais que je dois signaler, car il s'agit de la plaie la plus grave, la plus honteuse dont souffre notre bonne ville. Je ne parlerai que du boulevard Saint-Germain, mais je connais assez les autres quartiers pour être bien sûr qu'ils portent la même souillure.

Beaucoup de mes voisins possèdent des chiens de forte taille, qu'on ne peut tenir toute la journée renfermés dans l'appartement. Le matin de six à huit ou neuf heures, on rencontre des animaux de tout poil et de toute taille, les uns tenus en laisse, les autres vagabondant, qui bientôt s'arrêtent et procèdent, au beau milieu du trottoir, à la satisfaction d'un besoin naturel. C'est l'heure où les chiens se délestent, pour employer un euphémisme qui est bien de circonstance par ce temps d'aérostation. Aussi, le boulevard, auquel un service de balayage à peine suffisant n'avait donné qu'une propreté relative, est-il dès la première heure odieusement souillé.

Voilà quelques mois, outré d'indignation à ce spectacle immonde, j'interpellai un valet qui assistait avec une évidente sollicitude au délestement d'un énorme chien danois; je lui exprimai d'une façon véhémente ma réprobation et le menaçai du sergent de ville... « Le sergent de ville, me dit-il, voyez donc ce qu'il fait? » L'agent avait vu l'animal s'arrêter et prendre une posture facile à interpréter; il avait prestement tourné les talons, afin de n'être pas témoin d'un acte que peut-être il n'avait pas le pouvoir de réprimer.

En cette saison où la nuit tombe vite, ce n'est pas le matin seulement, c'est aussi entre cinq et sept heures que ces faits odieux se reproduisent tout le long de mon boulevard. J'ai vu, ce soir encore, des femmes en toilette et des enfants patauger dans des ordures toutes fraîches et un petit garçon glisser et se jeter par terre. C'est abominable! C'est un scandale qui va chaque jour en s'accentuant; il est grand temps de réagir.

En voilà sans doute assez pour aujourd'hui. Si ce n'était abuser de votre patience, je voudrais encore émettre l'avis qu'on réglemente l'éclairage par le moyen des lampes à arc. Certains magasins, cafés ou restaurants ont un éclairage d'une violence excessive, notamment à l'extérieur; il en résulte du scotome, de la rétinite et divers autres graves accidents, au sujet desquels il me semble qu'une enquête s'impose. Les enseignes lumineuses à feux fixes ou intermittents n'échappent pas à ce même reproche.

Veuillez agréer, etc.

R. BLANCHARD.

En m'accusant réception de la lettre ci-dessus, il me fut écrit que la question soulevée par moi était assurément très intéressante, mais ne concernait pas l'association que j'avais cru devoir en saisir, celle-ci s'occupant exclusivement de tourisme.

Cette fin de non-recevoir me dictait ma réponse. Je la rédigeai en ces termes, dans les derniers jours de décembre 1909 :

Monsieur le Président,

Je suis très heureux que ma lettre du 3 décembre vous ait paru intéressante. *Paris étant le centre de tourisme le plus important du monde entier* (1), j'ai l'espoir que le Comité ne reculera pas devant la tâche difficile assurément, mais des plus urgentes et nullement au-dessus de ses forces, qui s'impose chaque jour davantage. La souillure odieuse de nos rues par les ordures de chien est loin de se ralentir; j'ai assisté, avant-hier encore, rue Saint-Guillaume, à 20 mètres du poste de police, à une scène dont deux sergents de ville ont été les témoins impassibles. C'en est trop ! C'est une honte qu'il n'est pas possible de tolérer plus longtemps.

Veuillez agréer, etc.

R. BLANCHARD.

Puis je n'entendis plus parler de rien. Je me rendis alors au siège de la Société en question ; je vis l'un des administrateurs ; il reconnut avec moi que la question n'était pas sans importance et me promit de la soumettre au Conseil, tout en me laissant entrevoir qu'elle serait probablement écartée, en raison du conflit qu'elle pourrait faire naître avec les pouvoirs publics.

J'ignore ce qu'il en advint : depuis un an exactement, je suis sans nouvelles. Je me crois donc autorisé à conclure qu'effectivement la question soulevée par mes deux lettres n'a pas été prise en considération. Je reprends donc ma liberté et je recouvre le droit de traiter la question dans la *Gazette*, que vous m'ouvrez si libéralement.

*
* *

Au 3 décembre 1909, date à laquelle j'écrivais la lettre ci-dessus, personne encore ne s'était préoccupé de la saleté croissante de Paris. Je m'en inquiétais, quant à moi, depuis des années, ainsi que des mesures prises à l'étranger pour maintenir l'élégance et la propreté des villes (2). Depuis lors, l'opinion s'est ressaisie et, à maintes reprises, la presse a dénoncé la mauvaise tenue de nos voies publiques, en demandant à l'administration d'y porter un prompt remède (3). Bien que trop légitimes, ces objurgations n'ont eu aucun succès : l'incurie règne en maîtresse et notre ville est plus sale que jamais.

L'opinion s'est ressaisie, ai-je dit. Voici deux extraits du journal *Le Temps* qui en donnent la preuve :

« Malgré l'optimisme professionnel de l'administration, des ingénieurs et des balayeurs et de beaucoup de conseillers municipaux, quiconque a un peu voyagé à l'étranger ne se dissimule plus que Paris est devenu l'une des villes les plus sales du monde. La supériorité à ce point de vue de grandes

(1) Il est curieux de noter que, depuis quelques mois, le *Bulletin* de la Société en question publie des articles ayant précisément pour titre : *Paris centre de tourisme.*

(2) On trouvera dans les *Archives de parasitologie*, à la rubrique *Notes et informations* et sous le titre *La lutte contre les maladies infectieuses*, une série de courtes notes qui montrent que, dès 1899, j'étais hanté par cette préoccupation.

(3) Voir notamment : Pierre GAUTHIEZ. La propreté physique de Paris. *L'Echo de Paris*, 13 janv. 1910. — L. DESCAVES. Pour la propreté de Paris. *Le Journal*, 14 juillet 1910. — La saleté de Paris. *Le Temps*, 29 déc. 1910. — Le billet de Junius. *L'Echo de Paris*, 10 janv. 1911.

capitales comme Londres et Berlin ne supporte pas la discussion... Il n'en a pas toujours été ainsi. La toilette de Paris était encore parfaitement soignée il y a quinze ou vingt ans. Aujourd'hui, les boulevards et les principales rues sont constamment souillés de paperasses, de détritus et d'immondices en tous temps; dès qu'il pleut un peu sérieusement,... les Parisiens pataugent dans des marécages et des fondrières. *Cloaca maxima* ! » — Les prospectus. *Le Temps* du 27 juin 1910.

« Les capitales européennes ont la coquetterie de la propreté. Paris semble avoir le goût particulier du négligé. A Londres, avez-vous vu le ramasseur de crottin courir, son balai à la main, sur la chaussée, dès que le cheval du cab a passé ? Berlin est prodigieux de propreté. Vienne est brillant comme un plat de cuivre hollandais. Les distributeurs de prospectus font de Paris un déversoir à chiffons.

« Il paraît que ce spectacle va nous manquer bientôt. M. Louis Dausset a protesté au nom de la beauté de Paris, et le Conseil municipal a écouté la bonne parole. On va nettoyer, on va faire la guerre aux bouts de papier comme on a interdit les confetti, et Paris sera présentable lorsque le roi des Belges lui fera visite. Car à Bruxelles aussi, les maculatures de la rue sont rares et la propreté est une vertu.

En vérité il est désagréable d'entendre des étrangers, j'entends de ceux qui nous aiment, nous dire :

— Ah! ce Paris! Il est toujours délicieux. Il est charmant. J'y reviens avec une joie toujours nouvelle. Oui. Mais, dites-moi, pourquoi est-il si sale? » — Jules CLARETIE. La vie à Paris. *Le Temps* du 1er juillet 1910.

Pourtant, cela ne peut durer plus longtemps! Si la presse quotidienne est demeurée impuissante, il est urgent que la presse et l'opinion médicales, en se basant non plus sur des raisons d'esthétique et de décence, mais sur des raisons d'hygiène et de salubrité, jettent aussi leur cri d'alarme et entreprennent une campagne pour faire cesser au plus tôt ce scandaleux état de choses. Dans cet espoir, mettons donc la question au point et voyons, notamment par l'exemple de l'étranger, quelles mesures pourraient être utilement introduites chez nous.

Distribution de prospectus. — Cette question ne relève que secondairement de l'hygiène. J'ai dit plus haut ce qu'il en fallait penser au point de vue de la propreté des rues et de la morale; je n'insisterai pas davantage. Aussi bien, la cause est entendue : grâce à l'énergique initiative de M. Dausset, le Conseil municipal a voté le principe d'un droit de timbre sur les prospectus, avis et imprimés distribués gratuitement sur la voie publique (1).

Cette taxe devait être appliquée à partir du 1er janvier 1911. Or, les choses restent en l'état; bien plus, l'administration du timbre et de l'enregistrement, à laquelle devait incomber le soin d'estampiller les prospectus ayant acquitté la taxe, vient de faire connaître qu'elle refuse ce surcroît de travail, faute du personnel et des machines nécessaires (2)! Comme si l'apposition d'un timbre mobile ne pouvait suffire, comme pour les quittances et les affiches! Les Turcs nous ont précédés dans cette voie: combien de temps nous faudra-t-il attendre encore pour suivre leur exemple (1) ?

(1) La taxe sur les prospectus, *Le Temps*, 29 juin 1910.

(2) P. DELAY. Les prospectus vont-ils continuer à salir Paris? *L'Echo de Paris*, 3 et 4 fév. 1911. — Les prospectus et la propreté de Paris. *Ibidem*, 6 fév. 1911.

Confetti. — Souhaitons aussi que la suppression des confetti soit et demeure définitive. L'usage de ces petites rondelles de papier n'est pas seulement une odieuse et intolérable brimade; il peut encore être la source de divers accidents. Les vieux papiers, dans lesquels on les découpe, sont le gîte de nombreux Acariens, tels que les *Cheyletus*, les *Glyciphagus*, etc., qui peuvent passer sur la peau, y séjourner temporairement et y causer de légères éruptions prurigineuses, notamment chez les femmes et les enfants. J'ai vu un jeune garçon qui, à la suite d'une bataille prolongée de confetti et après en avoir reçu nombre de poignées dans le cou, se plaignait de démangeaisons sur tout le corps. Celles-ci étaient dues à de petits Acariens détriticoles du genre *Tyroglyphus*.

Corbeilles à déchets et à vieux papiers. — En Allemagne, Angleterre, Belgique, Hollande, etc., on en trouve partout, et partout on se fait scrupule de souiller de débris de victuailles, de vieux papiers, de pelures d'oranges ou de bananes, etc., le sol des rues et des jardins publics (2). L'éducation des citoyens à cet égard est vraiment admirable. Il en est exactement de même dans toute l'étendue du Canada et des Etats-Unis, comme j'ai pu m'en assurer.

Dans les rues et les parcs de Londres, les corbeilles de ce genre sont nombreuses; elles portent ce simple mot : *refuse* (rebut). A Niagara Falls, même formule. A Boston, les corbeilles sont de grande taille et portent cette inscription :

Waste. Help us keep the city clean.
(Rebut. Aidez-nous à maintenir la cité propre.)

Cette prière n'est pas faite en vain : tous s'y conforment et nulle ordure ni détritus d'aucune sorte ne souille la voie publique. Quel contraste avec ce qui se voit chez nous!

Je veux croire pourtant qu'on pourrait arriver chez nous au même résultat. Un arrêté du préfet de police, une large distribution de corbeilles, artistiques si l'on veut, mais surtout n'ayant pas le ridicule aspect de porte-parapluies, comme celles dont on nous a dotés naguère avec une inconcevable parcimonie, enfin un procès-verbal envers quiconque jette à terre un papier ou un détritus : voilà tout ce qu'il faut pour changer à ce point de vue nos déplorables habitudes. Surtout, pas de faiblesse ou de pitié envers les contrevenants! Et notre ville sera promptement débarrassée d'une de ses plus hideuses souillures.

(1) On m'a distribué à Constantinople, en septembre dernier, dans le jardin du Petit-Champ, le programme d'un concert qui allait y être exécuté en plein air. Ce document mesure 28 centimètres sur 20, soit 560 centimètres carrés, et porte un timbre mobile de 2 paras (0 fr. 05). A Paris, d'après la proposition Dausset, le droit de timbre serait de 0 fr. 03 pour un prospectus de même dimension.

(2) Qui fera la statistique des fractures de bras ou de jambe, des luxations et autres accidents, par suite de glissade sur des pelures d'orange?

Crachats. — Il est incontestable qu'à cet égard les habitudes du public se sont beaucoup améliorées. Voilà dix ans, on avait partout, dans la rue, dans les omnibus, les trains, les théâtres, etc., le répugnant spectacle de gens, même de la classe élevée, qui crachaient sur le sol ou le plancher. Cela ne se voit plus guère, sauf dans la rue; il y a encore à faire dans ce sens, mais les résultats obtenus sont déjà satisfaisants. Ils sont dus à diverses causes, notamment à des arrêtés du préfet de police, pris sur la proposition du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine (23 juin 1898), ou conformes à des délibérations du Conseil Municipal (8 juillet 1901), *priant* de s'abstenir d'une telle pratique; à l'action de la Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire, vulgarisant par l'affiche et par la carte postale illustrée la notion, aujourd'hui acceptée de tous, que la tuberculose se répand par les crachats desséchés et transformés en poussière.

Notez bien que cet heureux résultat est la conséquence de conseils, d'avis, de prières adressées au public, et non d'ordres prohibitifs, sanctionnés par une amende ou un procès-verbal. Je crois pourtant qu'une défense formelle, émanant de l'autorité et comportant des poursuites en simple police ou en police correctionnelle, est nécessaire pour mettre à la raison les malandrins ou simplement les frondeurs qui sont légion ici et se font un malin plaisir d'enfreindre les règles les plus utiles : la partie saine de la population, c'est-à-dire l'immense majorité des citoyens, souffre de leurs méfaits et le bon renom de la ville entière en reçoit la plus regrettable atteinte.

A l'étranger, on n'y va pas de main morte; un grand nombre de villes ont leurs rues, tramways, gares, édifices publics, etc., pourvus d'affiches ou de plaques émaillées qui font savoir au passant à quelle pénalité il s'expose en crachant par terre. L'amende est assez élevée pour qu'on y prenne garde; on l'exigerait sans faiblesse, si le passant susdit n'était empêché, d'autre part, d'enfreindre la défense par le sentiment de sa propre dignité et par l'humiliante répulsion que lui manifesteraient les témoins de sa déchéance.

Voici, d'après mes notes de voyage, quelques exemples de ce que j'avance :

En Autriche, les personnes qui crachent sur le plancher des gares ou des wagons sont, suivant ordonnance du ministre des chemins de fer, passibles d'une amende de deux à deux cents couronnes et d'un emprisonnement de six heures à quatorze jours. L'affiche qui porte cette décision à la connaissance du public est répandue à profusion dans toutes les gares; elle est, suivant la région, rédigée en allemand et en italien, en allemand et en slovène, en allemand et en tchèque, etc. Nous en donnons un fac-simile, réduit des deux tiers environ (1).

K. k. priv. Südbahn-Gesellschaft.

Warnung.

Zur Abwehr der Tuberkulose.

Das freie Ausspucken ist strengstens verboten; Zuwiderhandelnde werden nach der Ministerialverordnung vom 30. September 1857, R. G. Bl. Nr. 198, mit Geldstrafen von 2 bis 200 Kronen oder mit Arrest von 6 Stunden bis 14 Tagen bestraft.

K. k. Eisenbahn-Ministerium.

I. r. Società priv. delle Ferrovie Meridionali.

Per guardarsi dalla tubercolosi.

È proibito severamente di sputare sul pavimento. Trasgressori verranno puniti secondo l'ordinanza ministeriale dei 30 Settembre 1857, B. L. J. No. 198 con multa da 2 a 200 corone, o con arresto da 6 ore a 14 giorni.

I. r. Ministero delle ferrovie.

A Liverpool, amende de 40 shillings à quiconque crache dans les tramways, conformément à l'affiche ci-après :

LIVERPOOL CORPORATION TRAMWAYS.

NOTICE

SPITTING IN THE CARS IS A | CONTRAVENTION OF THE BYE-LAWS. | PENALTY FORTY SHILLINGS, which | will be strictly inforced.

BY ORDER
C. W. MALLINS
Traffic manager.

Une affiche similaire se trouve apposée dans les

(1) Cf. *Archives de Parasitologie*, 1906, t. X, p. 300.

trains du chemin de fer électrique souterrain (*tube*), à Londres.

Sur les bateaux du Saint-Laurent et de la rivière de Saguenay, au Canada.

NOTICE

PERSONS SPITTING ON THE | FLOOR ARE LIABLE TO A FINE OF | FORTY DOLLARS OR TWO MONTHS | IMPRISONMENT.

AVIS

TOUTE PERSONNE CRACHANT SUR | LE PLANCHER EST PASSIBLE D'UNE | AMENDE DE QUARANTE DOLLARS | OU DE DEUX MOIS DE PRISON.

Dans les rues de Syracuse, N.-Y., sont apposées des plaques en émail bleu :

SPITTING ON WALKS | OR IN PUBLIC PLACE | IS A VIOLATION OF LAW. | PENALTY $ 50.00.

A New Bedford, Mass., sur plaques émaillées, apposées au coin des rues :

DO NOT | SPIT | ON THE | SIDEWALK. | FINE $ 20.

A Boston, Mass., dans les gares souterraines :

SPITTING ON THIS PLATFORM | FORBIDDEN BY THE BOARD OF | HEALTH. | PENALTY $ 100.

A New-York, Jules Huret a relevé dans les tramways un avis qu'il traduit ainsi (1) :

Il est défendu de cracher sur le plancher des cars, sous peine de 500 dollars d'amende ou d'un emprisonnement d'un an, et même de tous les deux. — Par ordre du Conseil de salubrité.

J'ai noté moi-même la formule suivante :

SPITTING | ON THE FLOOR, PLATFORMS | OR OTHER PARTS OF THIS CAR | IS UNLAWFUL. | OFFENDERS ARE LIABLE TO ARREST. | BY ORDER OF THE BOARD OF HEALTH.

Dans les divers pavillons du Parc Zoologique de New-York, se voient des affiches ainsi libellées :

SPITTING | ON THE FLOOR OF | THIS BUILDING | IS | FORBIDDEN. | BEING A MISDEMEANOR IT IS PUNISH | ABLE BY $ 500 FINE, A YEAR IN PRISON, | OR BOTH. | BY ORDER OF THE BOARD OF HEALTH | SANITARY CODE, SEC. 194. | PENAL CODE, SEC. 16.

Dans les tramways de Chicago :

PLEASE DO NOT SPIT ON THE FLOOR.

A Colorado Springs, Col., les plaques indicatrices des rues sont surmontées chacune d'une plaque plus petite :

DONT SPIT IN THE SIDEWALK. FINE $ 5^{00}.

En voilà assez, sinon trop, pour montrer avec quelle sévérité on réprime la projection de crachats sur le sol, dans les endroits publics, en ces pays de liberté qui s'appellent la Grande-Bretagne, le Canada et les Etats-Unis. Personne ne songe à s'en plaindre, chacun se conforme à ces injonctions (2). C'est que, dans ces heureux pays, la liberté individuelle ne va pas jusqu'à la licence sans frein, jusqu'à l'égoïsme féroce : elle est tempérée par la notion des devoirs sociaux et des obligations de courtoisie que chacun contracte tacitement envers ses concitoyens.

Et pourtant, aux Etats-Unis, il y a un réel mérite à ne pas cracher dans la rue, tant est répandue l'habitude de chiquer le tabac ou la gomme. Au club, à l'hôtel, au bureau, le Yankee se rattrape largement : des crachoirs monumentaux, généralement en cuivre jaune et astiqués comme une batterie de cuisine hollandaise, occupent la place d'honneur, au milieu de la salle. Des jets de salive sillonnent celle-ci sans cesse, venant de toute distance tomber avec une merveilleuse précision dans ces objets d'art, dont la forme s'inspire souvent des produits de la céramique gréco-romaine.

(*A suivre.*) R. BLANCHARD,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

(1) Jules HURET. *En Amérique. De New-York à la Nouvelle-Orléans*. Paris, in-16, 1906; cf. p. 8.

(2) Le 31 août 1907, sous la conduite même du docteur Th. Darlington, président du Board of Health (bureau d'hygiène) de la cité de New-York, j'ai visité par le menu tous les services placés sous sa direction. Un telle visite est suggestive au plus haut point; nous sommes en retard, et à quel degré!

A propos de la défense de cracher dans les endroits publics, j'émettais (par manière d'amorce) le doute que la pénalité indiquée fût réellement appliquée : « En effet, me dit le docteur Darlington, on ne l'applique jamais, parce que personne ne s'y expose. Au début, on a été sans pitié et on a fait quelques exemples qui ont suffi pour toujours. Toute incartade nouvelle serait d'ailleurs punie avec la même rigueur ; on le sait et on se le tient pour dit. C'est ainsi que nous arrivons à discipliner d'emblée les nouveaux venus, qui arrivent chaque jour d'Europe, et à leur inculquer la notion du *self-control*, grâce à laquelle ils ne tardent guère à acquérir un haut degré de dignité personnelle. Ils deviennent ainsi, en peu de temps, de bons citoyens américains. »

Nous remontions l'East River, pour aller visiter North Brother island, où se trouvent de très importantes installations dépendant du Board of Health. Des usines fumaient à quelque distance. Le Dr Darlington s'assure qu'elles appartiennent bien à telle compagnie, qui récemment a dû payer une amende pour excès de fumée. Il prend une note et me dit :

« Demain, ils paieront une double amende.

— Par quelle voie juridique ?

— De par mon autorité. Les règlements sanitaires m'en donnent le pouvoir. J'ai vu et cela suffit. »

On se plaint souvent à Paris de la fumée des usines, des locomotives, etc., et l'on en est encore à attendre une réglementation efficace. Que dirait-on d'un fonctionnaire jouissant d'un pouvoir aussi étendu, ayant sous ses ordres 2020 employés, dont environ 400 médecins, et recevant un traitement de $ 650 par mois (39000 francs par an) ?

PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE

RAPPELANT LE CHOC ANAPHYLACTIQUE

Observés chez un malade ayant reçu quatre injections d'arsenobenzol,

Par MM. PAUL RAVAUT et R.-J. WEISSENBACH.

Des nombreux travaux qui se publient de tous côtés sur le traitement de la syphilis par le 606 d'Ehrlich, il se dégage nettement que ce médicament doit jouer un rôle de plus en plus grand dans le traitement de cette maladie ; aussi s'il est intéressant de publier les bons résultats, il est peut-être plus utile encore d'en signaler les inconvénients, car ce sont eux qui permettront de déterminer d'une façon plus rationnelle les indications des injections. C'est à ce titre surtout que nous publions l'observation suivante.

Le 19 décembre 1910, nous venions d'injecter 0g45 d'arsenobenzol par voie intraveineuse à un jeune homme robuste de dix-sept ans lorsqu'il présenta une série de symptômes assez alarmants que nous n'avions encore jamais observés. L'aiguille est à peine retirée de la veine que le malade est pris brusquement d'oppression, se plaint de bouffées de chaleur, de fourmillements, qui, débutant au niveau des extrémités, envahissent rapidement les membres et le tronc. Il accuse une angoisse très vive, porte instinctivement sa main gauche dans la région du cœur, présente quelques suffocations et puis s'affaisse sur une chaise. En même temps apparaissent sur le corps des taches rouges disséminées en larges placards, les yeux s'injectent de sang et le malade émet involontairement quelques gouttes de salive spumeuse. N'ayant pas complètement perdu connaissance, il nous dit par phrases brèves et entrecoupées qu'il va mourir, qu'il est de plus en plus oppressé et que les fourmillements augmentent. Mais heureusement tous ces phénomènes, au bout de quelques minutes, diminuent d'intensité, le malade est couché sur son lit, la respiration devient plus régulière, le cœur se ralentit, l'angoisse et l'oppression s'atténuent, et au bout de dix minutes. nous sommes tout à fait rassurés sur son état. Les conjonctives sont encore injectées de sang; au niveau de la peau, les grands placards érythémateux persistent, l'angoisse a disparu et la respiration a repris son cours régulier. Une heure après apparaissent des douleurs intestinales et des vomissements; ces accidents durent quatre heures et la température s'élève le soir à 38°5. Le lendemain matin, le malade est complètement remis, les conjonctives sont encore injectées de sang, mais l'érythème a disparu; il se plaint d'une grande fatigue, d'un peu de céphalée, la température est à 36°8. Le surlendemain, tous ces accidents ont disparu et il se lève, ne présentant aucun phénomène anormal.

C'était la première fois que nous observions de semblables phénomènes après les injections de 606. Le même jour nous avions pratiqué dans les mêmes conditions de technique, à deux autres malades, également 0g45 d'arsenobenzol en solution alcaline diluée dans 250 centimètres cubes de sérum, provenant directement des laboratoires du professeur Ehrlich; bien souvent nous avons injecté des doses supérieures sans constater le moindre phénomène anormal. Ce n'est donc pas à une faute de technique qu'il faille attribuer ces phénomènes.

Ce malade avait déjà reçu antérieurement plusieurs doses d'arsenobenzol et la répétition de ces injections nous paraît jouer le rôle principal dans l'apparition des phénomènes que nous venons de rapporter.

Voici d'ailleurs son observation complète.

L..., âgé de dix-sept ans, garçon de café, contracte la syphilis en avril 1910. Il présente successivement comme accidents un chancre induré de la verge, une adénite inguinale, une éruption de syphilides folliculaires s'étendant en une vingtaine de jours (juin 1910) au visage, au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs, éruption pour laquelle il vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 21 juillel 1910, salle Alibert, service du docteur Thibierge.

Traitement suivi. — Le malade avait reçu, de mai à juillet, neuf injections d'huile grise. Du 25 juillet au 27 août, il reçoit, par injection intrafessière quotidienne de 0g10 et 0g20, la dose totale de 3 grammes d'hectine. Sous cette influence, l'éruption s'améliore notablement, les éléments pâlissent, s'affaissent, l'infiltration disparaît spécialement au niveau du visage et des membres. Du 3 au 19 septembre, nouvelle série d'injections d'hectine, 3 grammes au total ; il ne persiste alors au niveau des éléments folliculaires qu'une tache cicatricielle souple, rose ou pigmentée. Le malade quitte le service, pour revenir le 6 octobre en pleine poussée : l'éruption a réapparu environ dix jours après la sortie de l'hôpital, s'étendant rapidement au visage, au tronc et aux membres : elle est caractérisée par des éléments miliaires, tantôt disséminés (membres), tantôt réunis en groupe (région deltoïdienne), très infiltrés, rouge violacé, et dont certains sont recouverts de squames, répartis entre les cicatrices encore visibles des éruptions antérieures et aux dépens d'éléments anciens qui avaient paru cicatriser.

Il n'existe aucune autre manifestation de spécificité : la réaction de Wassermann est positive.

Le 8 octobre, le malade reçoit une injection intramusculaire de 0g70 de 606 préparée suivant la technique de Wechselman.

Du côté des lésions, on ne note rien durant les trois premiers jours; du 12 au 16 octobre, amélioration manifeste d'un certain nombre d'éléments, qui pâlissent, s'affaissent légèrement et dont la desquamation s'accentue, mais à partir du 20 octobre l'état reste stationnaire, la plupart des éléments restant nettement infiltrés. Le 30 octobre, au niveau de la face semble même se produire une recrudescence de l'éruption.

Nous décidons de recourir à une nouvelle injection d'arsenobenzol et, le 4 novembre, le malade reçoit une injection intramusculaire de 0g70.

On observe au début une amélioration des symptômes : quelques éléments pâlissent, mais la plupart restent saillants, papuleux, très infiltrés. Comme le malade présente aux points injectés deux nodules, nous pensons à une résorption insuffisante et, le 23 novembre, nous pratiquons une injection intraveineuse de 0g45 de 606.

Les lésions après cette dernière injection n'ont été en rien modifiées, elles ont gardé à peu de chose près le même aspect qu'au moment où nous avons pratiqué la seconde injection d'arsenobenzol. Le 16 décembre 1910, nous présentons ce malade à la Société médicale des hôpitaux comme un exemple d'arseno-résistance provoquée par les injections répétées de sels arsenicaux et son observation porte le numéro 1 de notre mémoire (1).

Trois jours après, pour tenter encore une dernière fois l'effet du 606 chez ce malade, après nous être assurés par l'examen des urines qu'il n'y avait plus d'arsenic en circulation, nous injectons par la voie intraveineuse 0g45 de 606. C'est à la suite de cette dernière injection que se produisaient les incidents précédents; nous ajouterons qu'elle ne fut suivie d'aucun effet appréciable sur les accidents cutanés. Cette constatation nous donnait une fois de plus la preuve qu'il faut attribuer à des phénomènes d'arseno-résistance l'insuffisance des résultats obtenus par les injections de 606 consécutives à des injections d'hectine ou par les injections répétées de petites doses de 606.

En résumé ce malade, outre neuf injections d'huile

(1) P. Ravaut et Weissenbach. L'arseno-résistance au cours du traitement de la syphilis par l'hectine et l'arsenobenzol. Conséquences pratiques, *Société médicale des hôpitaux*, séance du 16 décembre 1910.

grise, fut traité par deux séries d'injections d'hectine (6 grammes) du 25 juillet au 19 septembre. Il reçut ensuite le 8 octobre 0g70 de 606 intramusculaire, le 4 novembre 0g70 de 606 intramusculaire, le 23 novembre 0g45 de 606 intraveineuse sans incident. Le 19 décembre, dans les mêmes conditions, une injection intraveineuse de 0g45 détermine brusquement à la fin de l'injection des accidents graves caractérisés par de l'asthénie intense, de la congestion de la face et des conjonctives, de la dyspnée, une sensation très pénible d'angoisse et de défaillance cardiaque, de l'accélération du pouls, phénomènes qui, à l'exception des vomissements et des douleurs intestinales disparaissent rapidement.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous ne pouvons pas attribuer à une faute de technique l'apparition de ces accidents. Il ne s'agit pas non plus de phénomènes toxiques, car si le début des accidents d'intoxication peut être rapide, l'évolution en est au contraire plus lente, plus prolongée et ne disparaît pas en quelques heures sans laisser de traces, comme nous l'avons observé chez notre malade; de plus il n'y avait pas chez lui de rétention arsenicale apparente, car ses urines ne contenaient plus d'arsenic au moment où fut pratiquée cette dernière injection.

On ne peut s'empêcher de rapprocher ces accidents de ceux que l'on considère comme caractéristiques de l'anaphylaxie aiguë, du choc anaphylactique, suivant l'expression de Besredka. Comme eux, ils ont un début brusque apparaissant au cours ou quelques instants après l'injection intraveineuse; même terminaison brusque après s'être présenté sous un tableau clinique des plus impressionnants. Nous y retrouvons également les symptômes cardinaux de l'état du choc anaphylactique : l'asthénie subite, la dyspnée, les vomissements, les phénomènes circulatoires périphériques, la diminution de conscience. Nous n'avons pas recherché les modifications de la tension artérielle.

Au point de vue pathogénique, une différence capitale doit cependant séparer les phénomènes que nous avons observés et les accidents anaphylactiques. Alors que les substances susceptibles de produire l'anaphylaxie sont des matières albuminoïdes : actinocongestine dans les expériences de Richet, sérum de cheval dans celles d'Arthus et chez l'homme au cours des traitements sérothérapiques, c'est au contraire à la suite de l'injection d'un composé non albumineux que nous voyons apparaître des accidents rappelant si bien le choc anaphylactique.

Malgré cette différence dans leurs causes, nous ne pensons pas qu'elle soit suffisante pour séparer l'une de l'autre deux séries d'accidents d'apparences si semblables; d'autant plus que l'on peut toujours se demander si l'injection d'arsenobenzol n'a pas mis en circulation ou suscité la production des substances albuminoïdes qui paraissent nécessaires pour produire l'anaphylaxie.

Laissant de côté l'interprétation pathogénique de ces accidents et n'envisageant cette observation qu'au point de vue pratique, il en ressort clairement qu'après avoir reçu quatre doses successives d'arsenobenzol un malade a présenté des symptômes graves d'intolérance qui pendant quelques minutes nous inquiétèrent beaucoup. C'est la première fois que nous sommes obligés, en raison de la persistance des lésions cutanées, de pratiquer quatre injections consécutives d'arsenobenzol, et cette observation nous montre les dangers possibles d'une semblable pratique.

Aussi, comme nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises et pour nous conformer aux conseils d'Ehrlich, nous employons, pour ne pas multiplier les injections, de fortes doses d'emblée ; une première intraveineuse et quelques jours après une seconde intramusculaire. Nous obtenons ainsi d'excellents résultats; les récidives sont exceptionnelles, et surtout, par cette technique, nous cherchons à éviter l'arseno-résistance et l'apparition possible de phénomènes d'intolérance qui nous paraissent avoir tous les caractères de l'anaphylaxie aiguë.

MÉDECINE PRATIQUE

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR LA PARALYSIE INFANTILE ÉPIDÉMIQUE (POLIOMYÉLITE AIGUE ÉPIDÉMIQUE, MALADIE DE HEINE-MEDIN).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC (1).

I

Anatomie pathologique. — Jusqu'à ces dernières années, on ne connaissait les lésions de la paralysie infantile qu'à un stade avancé de la maladie, soit qu'on ait eu à faire l'autopsie d'un malade peu après la production de sa paralysie, soit de longs mois après. Ces lésions classiques consistent en foyers de ramollissement localisés aux cornes antérieures et remplacés dans le second par des foyers correspondants d'atrophie. Les récentes épidémies de poliomyélite ont permis d'étudier les lésions à un stade beaucoup plus précoce (autopsies par Wickman, Harbitz et Scheele, Strauss, Coulter, Koplik, Russell, Robertson et Chesly, etc.); l'inoculation au singe a permis de reconstituer l'évolution anatomique de l'affection (Levaditi et Landsteiner, Flexner). Toutes ces constatations sont concordantes et peuvent se résumer ainsi.

On se trouve, dès le début, en face d'une toxémie étendue à la plupart des organes : cœur, foie, rein, rate, tissu lymphoïde de l'intestin (origine peut-être intestinale de l'infection), axe cérébro-spinal tout entier. Mais alors que les lésions interstitielles et parenchymateuses des viscères ne sont que passagères, le virus et ses toxines se fixent sur la substance nerveuse et y produisent des lésions plus durables. Au début il s'agit de lésions périvasculaires et interstitielles.

On observe une infiltration étendue aux méninges de tout l'axe cérébro-spinal qui semble précéder l'atteinte de la moelle elle-même (Flexner). La pie-mère du cortex, de la base du cerveau, du cervelet, de la moelle, surtout au niveau du renflement lombaire et cervical, est injectée, œdématiée. Cette atteinte générale des méninges existe même quand il n'y a pas de symptômes cérébraux, bulbaires, méningés (Strauss). Russell a noté dans deux autopsies des lésions des organes des sens ne se traduisant par aucun symptôme, vu l'âge des malades.

(1) Voir l'expérimentation, l'étiologie et l'épidémiologie, *Gaz. des hôpit.*, 1911, nos 9 et 12, 24 et 31 janvier.

Dans un article ultérieur nous donnerons quelques notes sur le pronostic et le traitement.

La moelle est œdématiée; l'infiltration périvasculaire de l'arachnoïde et de la pie-mère pénètre avec les ramifications des artères dans les scissures, autour des racines et des ganglions. Elle ne se limite pas exclusivement au territoire de l'artère spinale antérieure. Le processus doit vraisemblablement se borner à cette infiltration, constituée par l'amas de cellules rondes autour des vaisseaux, dans les cas abortifs évoluant sans paralysie.

Mais dans la grande majorité des cas, on observe des lésions dans le parenchyme médullaire, soit des foyers hémorragiques ou des foyers de ramollissement. Ces foyers siègent surtout dans les cornes antérieures, mais non exclusivement, car on en trouve dans les cornes postérieures et même dans la substance blanche; l'extension plus grande du processus aux cornes antérieures proviendrait simplement de leur plus grande vascularité (Wickman). Dans ces foyers, les cellules motrices des cornes antérieures sont détruites puis résorbées par un processus étudié par Levaditi et Landsteiner. C'est une véritable neurophagie. Les cellules frappées par le virus, entourées par les poly et les mononucléaires, sont achevées par les polynucléaires et leurs débris résorbés par les mononucléaires.

On peut observer des lésions semblables dans l'écorce cérébrale, les ganglions de la base, le cervelet.

Il s'agit donc d'une infection d'origine vasculaire frappant les méninges et les centres nerveux, non purulente, infiltrative, de type lymphocytique.

Liquide céphalo-rachidien. — La poliomyélite expérimentale du singe a permis de suivre pas à pas les modifications du liquide céphalo-rachidien (Wil. Palmer Lucas. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXIII, n° 6, 11 août 1910). Dès la période d'incubation on observe de l'augmentation de la quantité du liquide, du nombre des cellules (100 à 300 par millimètre cube), larges mono, quelques polynucléaires et lymphocytes. Cet accroissement s'affirme (1000 par millimètre cube) à la période prodromique, les polynucléaires sont alors nombreux (parfois 60 p. 100) avec lymphocytes et larges mono. Au début du stade aigu on observe presque exclusivement des lymphocytes ou des cellules jeunes non différenciées; cette lymphocyte diminue plus tard et les polynucléaires réapparaissent. A la période prodromique ou de début, le liquide d'ordinaire clair donnait parfois un petit caillot de fibrine qui disparaissait dans les ponctions ultérieures. Le liquide restait toujours stérile.

Les constatations faites en clinique, en général à la période de début du stade aigu, sont absolument superposables : tension presque toujours forte (surtout dans les formes méningitiques), liquide clair, ne cultivant pas, très rarement au début polynucléaires, d'ordinaire lymphocytose abondante, plus tard réapparition des polynucléaires.

L'*examen du sang* montre deux particularités intéressantes au début de la maladie :

1° Leucopénie constante et marquée qui commence pendant la période prodromique et se continue au début de la période aiguë;

2° Lymphocytose constante et modérée atteignant 40 p. 100 (lymphocytes 40 p. 100, polynucléaires 40 p. 100, larges mono 15 p. 100, éosinophiles 5 p. 100).

La notion capitale qui ressort de ces constatations anatomiques est que les lésions de la poliomyélite sont beaucoup plus diffuses au début qu'on ne le supposait jusqu'ici, qu'il n'est pas une partie du système nerveux qui ne puisse être frappé par elles. C'est ce que l'on ne doit jamais perdre de vue en étudiant les formes multiples qu'elle peut présenter et c'est là l'explication de cette multiplicité.

II

Symptômes. — Dans sa forme épidémique, la poliomyélite aiguë présente une variété de symptômes, de formes anormales s'écartant du type classique de la paralysie infantile sporadique (1). Quoi qu'il en soit de cette variété extrême, l'évolution de la poliomyélite comprend trois périodes successives :

1° *Une période d'incubation.*

2° *Une période aiguë.* — *A.* Avant l'apparition des paralysies : période prodromique ; — *B.* Période des paralysies.

3° *Une période chronique.* — *C.* Période de régression des paralysies; — *D.* Période des paralysies définitives et des déformations.

Période d'incubation. — D'après les cas où on a pu l'établir chez l'homme, on a constaté que sa longueur est très variable, de cinq à trente-trois jours, avec une moyenne de dix jours. L'infection ne se traduit par aucun symptôme net.

Période aiguë. — *A.* **Période prodromique.** — La présence des symptômes prodromiques est très fréquente dans les épidémies de poliomyélite.

Son étude est très importante, car nous l'avons déjà dit c'est à cette époque qu'un sérum antitoxique pourrait enrayer la destruction des cellules nerveuses et empêcher la paralysie.

Beaucoup d'observateurs ont cherché à dépister ces symptômes en milieu épidémique chez des sujets pouvant être contaminés (A. Friedlander, E. Holt, E. La Fétra, Müller, Lovett, G. Stiefler) et à les comparer à ceux de la poliomyélite expérimentale du singe (Wil. Palmer Lucas. Loc. cit.).

Ces symptômes semblent varier selon les épidémies. Les auteurs précédents insistent surtout sur les modifications du caractère, la douleur, les sueurs profuses, les symptômes méningés, les troubles des voies respiratoires et digestives, la fièvre, les modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Modifications du caractère. — L'enfant devient subitement irritable, inquiet, agité, parfois cette irritabilité est extrême. Le délire, les convulsions sont plus rares. D'autres fois, on observe de l'abattement, de l'apathie, et alors en général la paralysie survient plus tardivement.

Douleurs. — On observe souvent (62 p. 100, Netter) une hyperesthésie considérable qui apparaît subitement et disparaît vite; le moindre choc imprimé au lit, le moindre mouvement surtout de la colonne vertébrale arrache des cris au malade (Müller, épidémie de Westphalie) ; les membres inférieurs sont aussi souvent très douloureux et parfois gonflés. Les enfants plus âgés se plaignent souvent de céphalée.

Tendance aux sueurs profuses. — Elle est fréquente (Müller, Friedlander) même dans les cas où la diarrhée existe.

Symptômes méningés. — Dans certains cas, dès le début, on note de la raideur de la nuque et du tronc, le signe de Kernig, la raie vaso-motrice. M. Netter a insisté sur la fréquence de ces formes à début méningitique qui en imposent pour de la méningite cérébro-spinale. Il estime l'avoir rencontré dans un tiers de ses malades de 1909.

Voies respiratoires. — Dans beaucoup de cas, dès le début, on trouve du coryza, de l'angine, de la bronchite. C'est ce qui explique le rôle qu'on a attribué à cette voie comme porte d'entrée.

Voies digestives. — Plus souvent encore on observe des troubles digestifs. Ils semblent dominer dans certaines épidémies (Krause, 90 p. 100 en Westphalie). Au début on trouve des nausées, des vomissements, puis très souvent de la constipation, plus rarement de la diarrhée.

Fièvre. — La fièvre est constante, mais d'habitude de courte durée et sans caractères particuliers.

L'*examen du sang* montre, nous l'avons vu, une constante et marquée leucopénie, plus marquée dans les cas graves (Koplik) avec légère lymphocytose.

(1) Nous ne discuterons pas ici l'authenticité des formes anormales de la poliomyélite aiguë épidémique et l'identité de nature entre cette dernière et la paralysie infantile sporadique, nous renvoyons sur ce point à la récente Revue générale de E. et E. Gaujoux (*Gaz. des hôpit.*, 14 et 21 janv. 1911).

La *ponction lombaire* révèle d'ordinaire une augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien. Celui-ci est stérile, clair, avec quelquefois un petit caillot de fibrine. Il y a augmentation des éléments, surtout des lymphocytes, et aussi, à cette période, des polynucléaires.

On peut avoir une idée de la fréquence relative de ces divers symptômes d'après les chiffres qui suivent.

La Fétra, sur 63 cas observés par lui à New-York (1907), Lovett, sur 147 cas de l'épidémie des Massachusetts (1909) ont relevé au début les signes suivants.

	La Fétra 63 cas.	Lovett 147 cas.
Agitation, irritabilité...	37	24
Apathie	10	
Stupeur	4	14
Délire................	2	15
Convulsions	4	4
Douleur	32	110
Sensibilité des membres inférieurs..........		108
Céphalée	10	33
Rigidité de la nuque....	11	60
Vomissements.........	25	37
Constipation	14	31
Diarrhée..............	17	12
Angine...............	6	12
Fièvre................	52	132

En général, le début de ces symptômes est violent, avec des vomissements, de la constipation, une fièvre à 38°5, 39 degrés et apparition des douleurs, de l'hyperesthésie ; la prostration est grande et le malade s'alite.

La durée de cette période est très variable. Exceptionnellement, elle semble complètement faire défaut : un enfant se couche en bonne santé et le matin on découvre qu'il est paralysé (*paralysies du réveil*) ; plus souvent elle est limitée à quelques heures. D'ordinaire elle s'étend à deux, trois, quatre jours ; enfin, exceptionnellement, on la voit se prolonger pendant huit à quatorze jours (G. Stiefler).

E. La Fétra donne les chiffres suivants pour 40 cas : un jour, 24 cas ; deux jours, 9 cas ; trois jours, 3 cas ; plus longtemps, 4 cas.

Formes abortives. — Dans beaucoup d'épidémies, au milieu de malades présentant une poliomyélite à évolution complète, c'est-à-dire avec paralysies plus ou moins étendues, on voit certains enfants présenter quelques-uns des troubles précédents, puis après deux ou trois jours, la maladie tourne court et la guérison se produit sans paralysie.

Toute la maladie se borne à quelques troubles que Wickman range sous quatre variétés différentes :

α. On observe une infection légère (fièvre, céphalée, signes généraux).

β. Ce sont les signes méningés qui dominent.

γ. La douleur est le phénomène capital et l'affection simule alors la grippe.

δ. On observe des troubles gastro-intestinaux.

Ces cas qui naturellement ne peuvent être suspectés qu'en temps d'épidémie, au milieu d'autres cas avec paralysie, constituent la forme abortive de la maladie. Cette notion est récente, jusqu'à ces dernières années on éliminait de la poliomyélite tous les cas sans paralysie. Aujourd'hui son existence est admise par beaucoup d'auteurs (M. Netter, Petren, Holt, etc.) et des cas en ont été signalés par Wickman dans les épidémies de Suède, par Shidler dans celle de Nebraska, Lindler et Mally en Basse-Autriche, Stiefler en Haute-Autriche, etc. Leur fréquence semble varier selon les épidémies : Brorström (Suède, 1905-1906) sur 394 cas n'en relève que 79, soit 20 p. 100, ayant présenté des paralysies ; à Trostena sur 49 cas Wickman trouve 23 cas abortifs ; Shidler signale, sur 66 cas, 10 sans paralysie et 11 avec seulement de l'incoordination ; Stiefler n'en rencontre que 8 sur 77 cas.

Ces différences doivent tenir aussi à ce que ces cas ne sont pas toujours montrés au médecin, et que, si on ne les recherche pas, beaucoup passent inaperçus.

B. **Période des paralysies.** — Elle coïncide en général avec une diminution des phénomènes généraux. Il faut d'ailleurs remarquer que l'intensité des phénomènes prodromiques n'implique aucune indication de gravité pour les paralysies (Petren et Ehrenberg).

Comme nous l'avons vu, il n'est pas un point de l'axe cérébro-spinal qui soit à l'abri des lésions ; aussi, selon le siège et l'évolution des foyers, les formes les plus variées peuvent-elles être observées. C'est en Suède surtout avec Medin, puis Harbitz et Scheele, enfin Wickman, qu'on a entrepris l'étude systématique de ces variétés cliniques.

Voici la classification établie par Wickman et généralement admise.

Forme spinale. — C'est la forme classique de la paralysie infantile sporadique, nous n'y insisterons pas. C'est d'ailleurs la plus souvent observée dans la poliomyélite épidémique.

Forme ascendante. — Qui atteint successivement les membres inférieurs, les membres supérieurs, les muscles thoraciques, et entraîne la mort par arrêt de la respiration. C'est l'évolution habituelle de la poliomyélite expérimentale du singe. Cette forme comprendrait beaucoup de cas de la maladie de Landry. Elle serait rare : sur plus de 1.000 cas, Wickman n'en relève que 7 observations. (Voir à son sujet le récent article de Coyon et Babonneix. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 16.)

Plus rarement encore on signale de la paralysie descendante.

Forme bulbo-protubérantielle. — Ici, on observe d'emblée des paralysies atteignant les nerfs craniens, les nerfs moteurs oculaires (strabisme, diplopie), le larynx (aphonie), le pharynx (dysphagie), la langue. La paralysie faciale n'est pas très rare ; sur 150 cas, Lovett l'a notée 34 fois. Il faut se garder de croire que cette forme soit toujours fatale, la guérison n'est pas rare. Heiman sur 40 cas observés à New-York a vu 7 formes bulbaires avec 3 décès.

Forme cérébrale. — En général, on observe à la période prodromique de la stupeur, une sorte d'extase, puis subitement les quatre membres sont paralysés. Les réflexes existent. On n'observe ni signe de Kernig, ni de Babinski, souvent la température est normale. Si le cas est très grave, la stupeur augmente, on a des troubles de la respiration, de la déglutition, du coma, et la mort arrive par collapsus ou paralysie respiratoire. Parfois la stupeur disparaît et peu à peu la conscience revient ; on observe une paralysie spastique portant sur les quatre membres, les muscles du dos, de l'abdomen. Sur 63 cas, E. La Fétra a observé 5 fois cette forme.

Forme ataxique. — Sans qu'il existe de paralysies, on peut voir survenir de l'incoordination dans certains groupes musculaires. Shidler, dans l'épidémie de Nebraska, en a constaté 11 cas sur 66 malades.

Forme polynévritique. — Elle se traduit par des douleurs violentes dans les extrémités, rapportées souvent aux articulations et simulant le rhumatisme articulaire. Les réflexes peuvent être augmentés, la sensibilité et les douleurs sont particulièrement intenses et prolongées. Souvent la paralysie est étendue à plusieurs membres, aux quatre membres et au nerf facial. Parfois il ne se développe, après quelques troubles intestinaux et un peu de fièvre, qu'une paralysie faciale, on comprend alors la difficulté du diagnostic.

Le plus souvent ces paralysies rétrocèdent rapidement, en ne laissant aucune trace, après deux, trois mois, ce qui ne peut s'expliquer que si la moelle n'a pas été touchée et qu'il s'agit bien d'une réelle névrite. Sur 150 cas, Lovett trouva 25 cas (16,7 p. 100) où la paralysie avait complètement disparu. Dans 8 cas, la paralysie atteignait les 4 membres, 12 fois la paralysie ne disparut qu'après huit à douze semaines.

Forme méningitique. — Nous avons déjà signalé les poliomyélites qui présentaient à leur début l'allure de méningite

cérébro-spinale ; tantôt après ce début bruyant, on les voit tourner court, constituant une variété méningitique de la forme abortive, tantôt on les voit passer à la phase paralytique. Ce sont le plus souvent des paralysies flasques, mais parfois spasmodiques, en général avec douleurs très vives des masses musculaires et hyperesthésie considérable. Il n'est pas rare de voir, dans ces cas, la paralysie regresser et parfois disparaître complètement. Leur pronostic n'est pas particulièrement grave.

Formes abortives. — Nous n'avons pas à y revenir.

On a encore signalé une *forme cérébelleuse* avec vomissements, vertiges, troubles de la vision.

Il faut bien remarquer, que tous les cas observés ne rentrent pas strictement dans le cadre de ces formes, car une des particularités de la poliomyélite aiguë, c'est la variété extrême de la symptomatologie. On pourrait multiplier encore ces variétés cliniques.

Signalons quelques particularités.

Dans certains cas, on a observé à la période de paralysie, un météorisme abdominal notable. Il coïncide le plus souvent avec la *paralysie des muscles de l'abdomen*. Celle-ci n'est pas rare (comité de New-York, 8 cas sur 750 malades, Lovett, 37 sur 150). H. Ling Taylor, qui en a observé 16 cas, montre qu'elle est parfois unilatérale et même limitée à la moitié supérieure des muscles, le plus souvent à gauche. On voit alors la partie paralysée bomber à la toux, aux cris. Plus tard, il se développera une éventration localisée.

Souvent on observe de la *paralysie des muscles du dos*, celle-ci peut être unilatérale, et plus tard devenir l'origine d'une scoliose (Ling Taylor).

Chez les adultes, la poliomyélite épidémique peut affecter les mêmes formes que chez l'enfant, mais en général, le début des symptômes est plus violent, et le pronostic plus grave.

Nous avons déjà indiqué les modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien à cette période.

La paralysie une fois instituée persiste dans toute son étendue pendant un temps très variable. Quelquefois au bout de six semaines à deux mois, la régression commence, mais elle peut ne débuter qu'après cinq à six mois. Le malade entre alors dans une nouvelle phase. Mais avant même que cette régression ne commence, on peut prévoir par l'*examen électrique* quels sont les muscles qui récupéreront leurs fonctions ou ceux qui sont plus sérieusement touchés (présence de la réaction de dégénérescence au dixième ou quinzième jour).

C. **Période de régression des paralysies.** — Nous n'insisterons pas sur ces phénomènes qui sont bien connus. Nous rappellerons seulement combien parfois l'évolution est lente et la patience que doit montrer le médecin pour mener à bien un traitement qui durera parfois deux ou trois ans. Il devra ne pas se laisser gagner par le découragement des parents et n'abandonner la partie que s'il n'a plus observé d'amélioration depuis plusieurs mois.

D. **Période des paralysies définitives et des déformations.**

III

Diagnostic. — Une fois la paralysie constituée, le diagnostic est en général aisé. Après un début fébrile la formation sans perte de connaissance d'une paralysie flasque est caractéristique. Signalons cependant les difficultés particulières résultant de l'existence de certaines affections antérieures : rachitisme, chorée, paralysie obstétricale, mal de Pott. Les formes très douloureuses avec hyperesthésie, crampes, rigidité, photophobie, sont parfois d'un diagnostic difficile. On pensera à du rhumatisme articulaire si l'attention est surtout attirée sur les phénomènes douloureux, à de la méningite cérébro-spinale, si les phénomènes méningitiques prédominent. Dans ce dernier cas, la ponction lombaire sera d'un heureux secours pour le diagnostic.

Les formes cérébrales et bulbaires sont quelquefois d'un diagnostic très difficile et seront méconnues en dehors du milieu épidémique.

Enfin il existe des poliomyélites à virus autre que celui de la maladie de Heine-Medin. Il sera difficile de les différencier. C'est ainsi qu'on a signalé (Hoffmann, *Neurol. Centralbl.*, 16 octobre 1909. Préobaschenski, *Neurol. Centralbl*, 26 nov. 1908) des cas où la syphilis héréditaire donnait lieu à une véritable poliomyélite antérieure curable par le traitement spécifique.

Mais c'est surtout à la période de début, avant l'apparition d'une paralysie, que le diagnostic présente des difficultés. Nous avons indiqué les signes sur lesquels il s'appuiera. Souvent on pensera à une grippe, ou à une gastro-entérite, à un début de fièvre typhoïde selon la prédominance des troubles digestifs ou respiratoires. Si les phénomènes méningés prédominent on pensera à la méningite cérébro-spinale, mais ici l'époque de l'année, l'examen du liquide céphalo-rachidien pourront mettre sur la voie.

On n'oubliera pas, dans tous les cas, la valeur de l'agitation du malade, de la sensibilité au toucher, de la tendance aux sueurs abondantes, et de l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien. M. LANCE.

JURISPRUDENCE

LA TAXE DES AUTOMOBILES

Comme on le sait, la loi du 11 juillet 1889, art. 4, § 3 et 4, fait bénéficier les médecins d'une réduction de moitié sur la taxe établie sur les chevaux, voitures et automobiles leur servant habituellement dans l'exercice de leur profession. Mais on ne savait exactement comment étaient taxés par le fisc les voitures automobiles. Un arrêt du conseil d'Etat très intéressant vient de fixer ce point très particulier.

L'impôt des automobiles comprend une taxe fixe, quelle que soit la puissance du moteur, et une taxe par cheval qui varie avec cette puissance. Jusqu'en janvier 1911 le fisc taxait d'après la puissance maxima des moteurs. Les voitures automobiles sont presque toujours vendues avec une double appellation, par exemple 14-20 chevaux ; ce qui veut dire que le fabricant vous garantit en usage 14 chevaux courant, et 20 chevaux au banc d'essai. Or, les propriétaires étaient imposés sur 20 chevaux, sous l'autorité d'une déclaration du ministre des finances de 1908, d'une instruction de ce département du 24 février 1909, et d'une circulaire du ministre des travaux publics en date du 13 septembre 1908. Un propriétaire s'est élevé contre ces circulaires, et a demandé au conseil de préfecture de les déclarer illégales. Ledit conseil lui donna raison. Le ministre des finances en a appelé au conseil d'Etat, et le conseil d'Etat lui a donné tort, par un arrêt fort intéressant :

« Considérant que, par l'arrêté attaqué, le conseil de préfecture, après avoir reconnu que la voiture automobile vendue au sieur Zens comme voiture de 14-20 HP, aurait du être imposée d'après la force réelle de 14 HP, et non d'après la force nominale de 20 HP, a décidé, etc. ;

Considérant que, pour demander l'annulation dudit arrêté, le ministre des finances se fonde sur les dispositions de la loi du 13 juillet 1900, qui a assujetti les voitures automobiles à une taxe de 5 francs par cheval-vapeur, et soutient que les voitures automobiles doivent être imposées d'après le nombre de chevaux-vapeur indiqué par les constructeurs comme exprimant la force *maximum* du moteur ;

Mais considérant que cette force *maximum* correspond à la force que le moteur peut donner au banc d'essai, et que le ministre des finances n'établit pas que la force réelle de la voiture appartenant au sieur Zens soit de 20 chevaux-vapeurs ; que, par suite, il n'est pas fondé à demander le rétablissement de la taxe primitivement imposée à ce contribuable sur le rôle de la Ville de Paris ;

Rejette. »

Ainsi donc, les médecins propriétaires d'automobiles peuvent demander la détaxe. Ils pourront le faire d'ici quelque temps lors de la publication des rôles. Ils adresseront pour cela, une requête au Conseil de préfecture, par l'intermédiaire du préfet ou du sous-préfet, dans le délai de trois mois à dater de la publication du rôle, selon les prescriptions des articles 23 et suivants de la loi du 21 avril 1832.

R.-M. PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CORRESPONDANCE

LES TROUPES NOIRES EN ALGÉRIE ET LA FILARIOSE

Alger, le 6 février 1911.

Monsieur le directeur,

A maintes reprises déjà, en ces derniers temps, des journaux politiques de la métropole et de l'Algérie ont écrit sur les maladies exotiques des tirailleurs sénégalais d'Algérie, notamment à l'occasion d'une mission médicale récente à laquelle j'ai pris part.

Les membres de cette mission, inutile de le dire, ne sont pour rien dans les communications faites à la presse. Ils n'y peuvent mais.

Pourtant il leur serait désagréable d'être taxés d'ignares par des plumes autorisées. Aussi je vous serais obligé de publier la note rectificative suivante.

Dans son article sur « les troupes noires en Algérie et la filariose », de la *Gazette des hôpitaux* du 2 février 1911, M. le professeur Blanchard me paraît avoir admis, avec peut-être plus de facilité que de bienveillance, que la mission médicale chargée d'effectuer ces temps derniers certaines recherches spéciales sur les tirailleurs sénégalais d'Algérie était bien l'inspiratrice d'un article paru dans le *Temps* du 22 janvier 1911.

Troublé « par les singularités » des vues qu'il prête à cette mission, il prend gracieusement le soin de fournir « à celle-ci une notion exacte sur la manière dont se propage la filariose ».

J'espère que M. le professeur Blanchard voudra bien rendre quelque estime aux connaissances médicales des membres de cette mission, si je lui dis qu'ils ne sont absolument pour rien dans les communications et opinions données par la presse. J'ajoute que le rôle des moustiques leur était même connu.

Chargés par le ministre de la guerre d'une mission spéciale bien déterminée, ces médecins ne pouvaient pas — il y a là une question de convenance trop évidente — communiquer aux journaux politiques un rapport destiné au ministre et qui ne lui est même pas encore parvenu puisqu'il vient seulement d'être établi et remis à M. le directeur du service de santé de la division d'Oran.

Il leur appartenait moins encore d'accompagner leurs constatations scientifiques de considérations extramédicales « au point de vue économique et politique », dans le genre de celles qui ont motivé l'indignation de M. le professeur Blanchard.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments très dévoués.

MORVAN,
Médecin-major, hôpital du Dey (Alger).

Paris, le 10 février 1911.

Mon cher directeur et ami,

L'article paru dans *Le Temps* du 22 janvier avait toutes les allures d'un communiqué officieux, sinon officiel. C'est pourquoi j'ai jugé utile de manifester publiquement l'émoi qu'il m'avait causé; c'était pour moi un devoir et je ne regrette pas de l'avoir accompli.

J'étais surpris pourtant qu'une telle note pût émaner des officiers du corps de santé, et la formule restrictive qui figure au début du second alinéa de mon article dit assez clairement mes hésitations à cet égard. La lettre de M. le docteur Morvan précise les choses et met hors de cause le corps de santé militaire. Ai-je besoin de dire que j'en suis très heureux et qu'il m'est agréable de constater, ici, encore, la science étendue de nos confrères de l'armée?

Il n'en est pas moins vrai que la note du *Temps*, d'où qu'elle tire son origine, est de nature à fausser l'opinion publique. La presse médicale devait faire à ce propos les rectifications nécessaires et je ne doute pas que M. le docteur Morvan ne soit d'accord avec nous sur ce point.

Veuillez agréer, etc.

R. BLANCHARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1911)

Néphrite syphilitique traitée par l'arsenobenzol. Considérations sur la toxicité du 606. — MM. G. CAUSSADE et REGNARD. Les auteurs présentent un cas de néphrite syphilitique à forme azotémique. Le malade était déjà sujet à des accidents d'urémie gastro-intestinale à son entrée à l'Hôtel-Dieu; il avait de l'inappétence, il eut ensuite une anorexie totale, il avait des vomissements aqueux incessants; de plus une hématémèse de sang noir assez abondante était survenue quelques jours auparavant. Il existait de l'oligurie (450 à 500 centimètres cubes); l'albumine se chiffrait à 9 et 10 grammes. Il y avait dans le sang 5 grammes d'urée par litre.

C'est dans ces conditions que 30 centigrammes de 606 furent injectés dans le système veineux, après échec de la médication mercurielle et de la thérapeutique ordinaire non spécifique employée en pareil cas. Le malade en raison de son azotémie intense était donc condamné quand les auteurs eurent recours à l'arsenobenzol. Mais deux jours après son injection, l'anurie apparut (50 à 70 centimètres cubes). L'albumine de 12 grammes s'éleva à 33 grammes et l'azotémie resta à peu près stationnaire (6 grammes par litre).

La mort survint au bout de huit jours d'anurie sans qu'il y ait eu d'autres accidents urémiques que les troubles gastro-intestinaux et sans que les hématémèses aient reparu. Il faut ajouter que le Δ de l'urine était de 0,36 et que l'imperméabilité rénale était à peu près absolue aussi bien avant qu'après l'injection du 606.

C'est donc en face d'un cas tout à fait désespéré que se sont trouvés les auteurs. Cette situation autorisait leur thérapeutique. A l'autopsie, les reins présentaient les altérations de la néphrite aiguë diffuse généralisée avec épithélium granuleux et dégénérescence amyloïde des glomérules. Cette dernière lésion était intense. Le bouquet vasculaire comblait la cavité glomérulaire. Cette lésion explique l'anurie. Le mécanisme de cette dernière est le même que dans la scarlatine. L'hématémèse avait été provoquée par des érosions hémorragiques de la muqueuse gastrique.

Les auteurs ne pensent pas que le 606 puisse être seul la cause de la mort, surtout en présence d'une azotémie aussi prononcée. Il a peut-être hâté la mort? Cependant on ne peut pas considérer l'arsenobenzol comme très toxique en s'appuyant sur le fait suivant : la longue durée de la période d'anurie qui s'est prolongée pendant huit jours sans que même s'accentue l'urémie gastrique déjà existante sans qu'il apparaisse aucun autre accident urémique et sans que réapparaisse l'hématémèse. Ce point mérite d'être signalé et d'être opposé à celui que présentait il y a trois mois M. Jacquet qui accusait ce médicament d'avoir provoqué la mort par hématémèses chez un syphilitique porteur d'un ulcère gastrique.

Cette période de tolérance se rapproche de celle de l'anurie calculeuse et diffère de celle de l'anurie de la scarlatine où on voit à cause du poison de la scarlatine qui s'ajoute aux produits d'élimination normaux retenus, les accidents urémiques survenir d'une manière précoce.

Autothérapie ascitique par injections successives intraveineuses. — MM. SICARD et GALUP ont pu, chez deux malades ascitiques par cirrhose atrophique simple, empêcher la reproduction de l'ascite et améliorer très notablement l'état

général par des injections successives intraveineuses du liquide ascitique de ces sujets.

300 à 500 grammes étaient prélevés tous les dix à quinze jours et réinjectés aussitôt dans une veine du bras. L'amélioration ne s'est franchement dessinée que vers la cinquième ou sixième injection. L'une des deux malades ainsi traitée depuis quatre mois peut être considérée comme guérie, au moins actuellement, l'autre est encore en cours de traitement.

Toutes les thérapeutiques antérieurement essayées, ponctions simples répétées, diurétiques divers, régime déchloruré, injections sous-cutanées de liquide ascitique, etc., avaient échoué.

Ce traitement est indolore, ne comporte pas de danger, n'a jamais donné lieu à aucun incident, mais il nous paraît indispensable de s'assurer auparavant de la nature non bacillaire de l'ascite par le contrôle expérimental sur le cobaye.

Septicémie d'origine dentaire à forme prolongée. — MM. Paul Sainton et J. Debertraud rapportent l'observation d'un malade qui eut à la suite d'un adéno-phlegmon d'origine dentaire des accidents septicémiques multiples, congestion pleuro-pulmonaire, pseudo-rhumatisme, suppurations diverses. Il présenta successivement des abcès du testicule, de la région fessière et trochantérienne, une infiltration œdémateuse énorme du bras, enfin un abcès de l'épaule. Leur caractéristique était une guérison presque instantanée après chaque incision; seul l'abcès de l'épaule nécessita une intervention plus sérieuse. L'examen bactériologique du pus, l'hémoculture montrèrent la présence constante d'un coccus se présentant sous forme de tétrades, de diplocoque et de chaînette, sans virulence pour les différents animaux ayant la plupart des caractères du tétragène, mais non tous. Les accidents septicémiques ne disparaissent qu'après trois vaccinations faites par M. Mauté suivant la méthode de Wright, quoique l'identification du microbe pathogène n'ait pas été absolue.

Hernie intermittente du poumon gauche consécutive à un écrasement du thorax. — MM. Galliard et Baufle. Voici un grand garçon de vingt et un ans, charretier, qui, le 8 novembre 1908, eut la poitrine serrée entre un mur et un tombereau. Il fut soigné à l'hôpital de Saint-Denis jusqu'au 20 janvier 1909 et ne put reprendre son travail que le 3 mars.

Actuellement, on constate, au repos, que la partie supérieure du thorax est légèrement affaissée à gauche et que la saillie normale de la quatrième côte est remplacée, en dedans du mamelon, par une dépression dont le fond est soulevé d'une façon rythmique par les contractions du cœur, et dans laquelle on peut engager trois doigts. Cette dépression résulte de l'écartement définitif des deux fragments de la quatrième côte fracturée. Le fragment externe fait saillie au-dessus du mamelon, tandis que l'extrémité libre du fragment interne semble remontée et enfoncée au-dessous de la troisième côte. La radiographie que les auteurs présentent montre seulement le fragment externe; l'autre est caché par l'ombre cardiaque. Cette radiographie montre aussi la consolidation défectueuse de la troisième côte fracturée, dont les deux fragments chevauchent l'un sur l'autre.

La peau est indemne; elle ne porte même pas de cicatrice.

Lorsque le malade tousse ou fait un effort, on voit les téguments soulevés par une masse hémisphérique dont le diamètre mesure 8 centimètres. C'est le poumon gauche qui fait hernie; la hernie est paracardiaque. L'orifice herniaire n'est pas large; on peut l'oblitérer à l'aide d'un seul doigt et mettre ainsi obstacle à la pneumocèle.

Le sinistré ne souffre pas; il est venu à l'hôpital pour une grippe légère et ne réclame pas de traitement.

Faut-il tenter la cure radicale? Elle ne s'effectuera pas sans pneumothorax, puisque l'incision du sac va permettre l'irruption de l'air dans la cavité pleurale. D'autre part, le rapprochement et la suture des deux fragments de la quatrième côte seront difficiles à réaliser.

Faut-il se contenter d'un bandage compressif?

Résection costale dans certains cas d'emphysème pulmonaire. — M. Tuffier lit à la Société un travail très intéressant sur l'opération de la résection costale dans certains cas d'emphysème pulmonaire. Il montre deux malades opérés et améliorés d'une façon évidente et durable.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES MOYENS DE COMBATTRE LA GRIPPE

Par M. E. Cassin.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de médication spécifique de la grippe et on doit se borner à instituer un traitement général et symptomatique.

Tout d'abord, on imposera aux malades des mesures d'hygiène et, en premier lieu, l'antisepsie des muqueuses aériennes. Le repos absolu au lit, avec une alimentation liquide, pendant toute la période fébrile, sera ordonné ainsi que l'usage des boissons abondantes, café, thé, alcool à petites doses.

L'antisepsie des voies aériennes, extrêmement importante pour empêcher les complications bronchopulmonaires, consiste dans l'usage de l'acide salicylique ou du salicylate de soude et les instillations d'huile mentholée matin et soir, dans les narines. On peut ordonner le salicylate de soude de la manière suivante, en gargarismes :

Salicylate de soude.....5 à	10 grammes
Sirop de mûres...........	60 —
Eau bouillie..............	1 litre

Usage externe.

Une bonne pratique consiste en même temps à déterminer l'antisepsie pulmonaire par les comprimés Roche de thiocol (4 à 6 par jour) ou le sirop Roche (4 à 6 cuillerées à café). C'est le seul moyen de déverser dans l'organisme sans aucun inconvénient une dose de gaïacol suffisante pour être antiseptique.

S'il est indiqué de donner un purgatif, on s'adressera au calomel (30 à 50 centigrammes ou bien 20 centigrammes en deux fois chez l'adulte, autant de centigrammes que d'années d'âge chez l'enfant).

Par ces divers moyens, on arrive habituellement à modifier très favorablement une évolution grippale et d'une manière rapide.

Quand on constate des signes de trachéo-bronchite et de bronchite, on doit avoir recours aux révulsifs énergiques, aux sédatifs de la toux, aux expectorants, aux modificateurs broncho-pulmonaires.

Comme formule sédative et décongestive, nous conseillons celle-ci :

Teinture d'aconit.........	2 grammes
— de belladone.....	1g50
Sirop de codéine.........	40 grammes
Eau de tilleul..... q. s. p.	120 —

4 cuillerées à soupe par jour.

En même temps, il est utile d'agir directement sur l'élément catarrhal par la terpine, le benzoate de soude, le thiocol.

Ce dernier médicament employé sous la forme de comprimés Roche, ne fatigue pas l'estomac et, tout en modifiant très favorablement l'expectoration, possède des effets dynamogéniques et antidéperditeurs très nets. Dans la grippe, il doit être employé le premier parce que ses actions sont multiples : action antiseptique, hyperphagocytaire, tonique et antisécrétoire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 19. — JEUDI 16 FÉVRIER 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 16 FÉVRIER 1911. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Chauffard, Rénon, Laffitte. Méry, Renault (A.), Oulmont, Achard, Bruhl, Dufour, Béclère, Roger et Broca.

PENSION NATIONALE. — La loi du 2 août 1883 avait attribué, à titre de récompense nationale, une pension de 25 000 fr. à Louis Pasteur, l'illustre savant, avec réversibilité en totalité sur sa veuve d'abord et ses enfants ensuite.

Un décret décide que cette pension sera reversée sur la tête de Mme René Vallery-Radot, née Louise Pasteur, fille du savant.

LA PESTE ET LES MÉDECINS EUROPÉENS. — A la Chambre des communes britannique, M. Mac Kinnon Wood, sous-secrétaire parlementaire aux affaires étrangères, a expliqué qu'à l'exception d'un docteur qui demeure au consulat britannique, tous les médecins européens actuellement à Kharbine sont confortablement installés dans un wagon de chemin de fer. Tous ont été inoculés avec le sérum Haffkine. Le gouvernement chinois fait tout son possible pour assurer leur bien-être, comme le montrent leurs lettres particulières.

Les docteurs sont pourvus de masques, de bottes en toile cirée et de vêtements spéciaux pour approcher les pestiférés.

Le docteur français Mesny, qui n'était pas inoculé et ne portait pas de masque, fut contaminé par un malade qui lui toucha le visage. Il ne tarda pas à succomber.

Le docteur anglais Jackson mourut aussi parce qu'au cours de ses visites incessantes parmi la masse des coolies malades il s'était probablement trop surmené pour continuer à observer les précautions nécessaires.

Le ministre britannique déclare que l'héroïsme des médecins est au-dessus de tout éloge.

LE DIAGNOSTIC A DISTANCE DE LA PESTE. — Le docteur Broquet, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, qui vient précisément de partir pour l'Extrême-Orient, rapporte dans le numéro 3 de 1910, des *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, une nouvelle méthode de diagnostic à distance de la peste.

Cette méthode, qui repose sur le même principe que celle de la conservation des moelles rabiques, consiste à expédier les produits pesteux prélevés sur le cadavre quelques heures après la mort, dans une solution de glycérine et eau, telle qu'elle puisse empêcher le développement des germes de la putréfaction, tout en conservant au bacille de Yersin, une virulence assez grande pour qu'une émulsion en eau physiologique d'un fragment de ce produit conservé puisse reproduire l'affection avec rapidité chez les animaux de laboratoire : cobayes et rats.

Les ganglions prélevés ont pu ainsi rester de un à six jours dans ces solutions.

Le docteur Claverie en signalant cette méthode dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, rappelle que ce procédé a déjà été employé en Algérie pour le diagnostic même de la peste, par le docteur H. Soulié, sous-directeur de l'Institut Pasteur d'Alger.

LA MORTALITÉ DES ADULTES. — La commission de la mortalité réunie, au ministère de l'intérieur, sous la présidence du professeur Lannelongue, sénateur, a adopté les conclusions du rapport de M. Lannelongue et du docteur A.-J. Martin, sur la mortalité des adultes en France.

Voici le texte de ces conclusions :

« 1° Quelque faible que soit relativement l'importance de la mortalité des adultes comparés à l'influence qu'exercent la mortalité infantile et surtout la natalité, elle n'en compte pas moins pour une part appréciable dans l'ensemble complet des causes qui influent sur la dépopulation.

2° En France, comme dans la plupart des nations civilisées, la mortalité des adultes est en baisse progressive et continue. Celle-ci est manifestement due aux progrès de l'hygiène générale et au développement de plus en plus apparent de l'hygiène privée dans les divers milieux sociaux.

3° Les mœurs s'y adaptent chaque jour davantage, il est du devoir des pouvoirs publics et des groupements corporatifs d'en favoriser les transformations, notamment en assurant l'enseignement rationnel et pratique de l'hygiène publique et privée à tous les degrés de la vie scolaire, et dans l'éducation industrielle, technique et professionnelle.

4° L'application de la législation sanitaire, telle qu'elle est

déjà fixée en France par les lois relatives à l'hygiène industrielle, au développement des habitations ouvrières salubres et à bon marché, et surtout par les dispositions de la loi sur la santé publique, doit être poursuivie avec méthode, prudence, fermeté et assurée par l'autorité de plus en plus compétente des administrations chargées d'en faire bénéficier les divers intéressés.

5° La mortalité par les maladies transmissibles et évitables est devenue de plus en plus faible, en France, et compte de moins en moins dans l'ensemble de la mortalité générale. Cette diminution est manifestement due à la mise à exécution des mesures d'hygiène, de plus en plus appréciées, à l'assainissement et à la salubrité en voie de progrès des villes, des agglomérations et des habitations, et aux progrès du bien-être.

6° Seule, la mortalité par la tuberculose, si elle paraît ne pas s'accroître, reste stationnaire et compte pour un cinquième, quelquefois pour le quart, de la mortalité totale ; elle a surtout une importance considérable sur la mortalité des adultes.

7° Il est donc de toute urgence de mettre en pratique toutes les mesures propres à diminuer cette cause si grande de la mortalité française, qui, seule, lui fait encore dépasser outre mesure le taux de la mortalité des nations voisines. Dans ce but, il faut s'efforcer de diminuer les progrès de l'alcoolisme, développer l'armement antituberculeux et les efforts dus à l'initiative privée, pour accroître la prophylaxie et en faciliter l'application. Il convient surtout de pouvoir dépister la tuberculose dès l'apparition de ses premiers symptômes et de permettre à ceux qui en sont atteints de recevoir immédiatement des soins et des modes de traitement qui éloignent tout danger de contagion et leur assurent, pendant tout le temps où ils devront être suivis, des moyens de subsistance ainsi qu'à leur famille. »

POUR MARQUER LE PROFESSIONNEL DU CRIME. — Le docteur Séverin Icard (de Marseille) vient de proposer, dans les *Archives d'anthropologie criminelle* (janv. 1911, p. 30), un procédé pour marquer d'un signe indélébile et non infamant les professionnels du crime. Ce procédé consiste à injecter à froid, sous la peau, une certaine quantité de paraffine de manière à déterminer une petite nodosité dont l'origine judiciaire restera ignorée des non-initiés.

Les points de la peau choisis pour l'injection varieront suivant la nature des crimes ou délits et aussi suivant le danger que présentera le criminel. Les autorités compétentes, qui ont pour devoir de protéger la société contre l'armée du crime toujours plus nombreuse et toujours mieux organisée, se doivent d'examiner attentivement la proposition du docteur Icard; l'idée est ingénieuse et paraît très pratique. Après tout, comme le dit l'auteur, l'ouvrier honnête ne porte-t-il pas le sceau de son métier dans quelque malformation corporelle caractéristique de sa profession? Pourquoi les criminels échapperaient-ils à cette loi et ne seraient-ils pas eux aussi porteurs d'un signe professionnel?

L'IMPORTATION DE PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES A SALONIQUE. — Le chiffre d'importation de ces produits s'est élevé, en 1909, à un million et demi de francs. La France participe à ce commerce pour une large part, surtout en ce qui concerne ses spécialités pharmaceutiques qui sont assez demandées et qui le seraient encore davantage si on leur faisait un peu plus de publicité et de réclame. L'Allemagne fournit les produits chimiques en gros à des conditions très avantageuses. L'Autriche importe les médicaments et les fournitures pour pansements. [*Extrait d'un rapport de M. Zarzecki, vice-consul de France à Salonique* (1).]

5000 MARQUES DE FABRIQUES CONTESTÉES. — *Les Nouveaux remèdes* annoncent qu'une société française, qui avait pris soin de se protéger contre la contrefaçon par le dépôt de ses marques, vient de voir mettre en doute la validité en Belgique de toutes ses marques.

Cette firme avait effectué 37 dépôts. Or, la cour d'appel de Bruxelles (3e chambre, 18 novembre 1910) vient d'arrêter que l'étranger n'ayant pas d'établissement en Belgique n'y est pas protégé, si une convention internationale assurant la protection de la marque n'existe pas entre la Belgique et le pays dans lequel l'étranger a son établissement. L'arrêt estime que telle est la situation actuelle entre la France et la Belgique.

Heureusement que cet arrêt a fait l'objet d'un pourvoi en cassation, car il ébranle la validité de plus de 5000 marques protégées à présent en Belgique.

Presque tous les étrangers se verraient déchus du bénéfice de la loi belge et les conséquences les plus graves pour notre industrie et notre commerce à l'étranger résulteraient du fait que pareille interprétation serait admise par les autres pays.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Le IIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Bruxelles du 26 au 30 septembre 1911.

A l'occasion de ce Congrès, il sera organisé :

1° Une exposition de pièces et de documents relatifs à l'étude et au traitement des fractures, à laquelle pourront participer tous les médecins qui en auront fait la demande au secrétaire général, demande qui sera soumise au comité national pour agréation.

2° Une exposition d'appareils et d'instruments de chirurgie.

Les séances de la Société seront publiques, mais seuls les membres effectifs seront autorisés à prendre part aux discussions.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

I. *Chirurgie pleuro-pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. Garré (de Bonn), Gaudier (de Lille), Girard (de Genève), Lenormand (de Paris), Ferguson (de Chicago), Van Stockum (de Rotterdam), Sauerbruch et Friedrich (de Marburg).

II. *Colites.* — MM. Sonnenburg (de Berlin), Segond (de Paris), Gibson (de New-York), d'Arcy Power (de Londres).

III. *Pancréatite.* — Rapporteurs : MM. Michel (de Nancy), Korte (de Berlin), Giordano (de Venise).

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétaire général, M. le professeur Depage, 75, avenue Louise, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Van Cauwenberghe (de Gand), président de l'académie royale de médecine de Belgique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Trajet rapide de Paris à la Côte d'Azur en treize heures.* — Train de jour « Côte d'Azur rapide » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément), lits-salon et restaurant. — Départ de Paris : 9 heures matin.

« Train extra-rapide de nuit » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément); lits-salon, lits-salon avec draps, salon avec lits complets. Restaurant au départ de Paris. — Départ de Paris : 7 h. 20 soir.

Pour les périodes de mise en marche, les horaires et les conditions d'admission dans ces trains, consulter les affiches ou les indicateurs.

— La Compagnie a mis en marche le *train de nuit extra-rapide* desservant la Côte d'Azur.

Ce train aura lieu :

A l'aller, jusqu'au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 10 mai, les mercredis, samedis et dimanches.

Au retour, jusqu'au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 12 mai, les lundis, vendredis et dimanches.

Trajet de Paris à Nice en quinze heures.

Ce train est composé de grandes voitures de 1re classe à bogies, de lits-salon, d'un salon à deux lits complets, d'un sleeping-car et d'un vagon-restaurant entre Paris et Dijon.

Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

— La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Lubin, une *excursion sur les bords de la Méditerranée* (*Carnaval de Nice*).

Départ de Paris le 17 février 1911.

Durée de l'excursion : 16 jours.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 515 francs ; 2e classe, 465 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Lubin, 36, boulevard Haussmann, à Paris.

(1) Office national du commerce extérieur, 3, rue Feydeau, Paris. — Fascicule n° 927. Prix : 0 fr. 20, par poste, 0 fr. 25.

QUESTIONS D'HYGIÈNE URBAINE (1)

LES IMMONDICES DE PARIS

Robes à traîne. — Aux Etats-Unis, toutes les femmes ont des robes courtes, ne balayant pas le sol. Cela ne diminue en rien leur élégance ; cela leur donne, au contraire, un cachet agréable et une allure désinvolte, en leur laissant la liberté des deux bras. L'usage de la robe trotteuse se répand manifestement en Europe; il faut s'en féliciter, au double point de vue de l'hygiène et de l'esthétique. Les robes à traîne avaient l'inconvénient de soulever la poussière et de mettre en suspension dans l'air les microbes sans nombre incorporés à celle-ci.

En plus d'un endroit, on fait la guerre à cette mode insalubre et diverses municipalités enjoignent aux dames de porter des robes courtes. L'administration de l'établissement thermal d'Abbazia, dans le sud de l'Autriche, sans se préoccuper de déplaire à ses jolies clientes, a pris une décision toute semblable (2). A toutes les entrées du jardin se dressent des plaques en fonte portant cette inscription :

Die P. T. Damen werden | hiermit höflichst ersucht, | der gesundheitsschädlichen | Staubentwicklung wegen, | auf der Promenade keine | Schleppkleider zu tragen. | Die Cur-Commission.

Toutes les dames se conforment à cette invitation. N'est-ce pas pour les élégantes viennoises une occasion inespérée de faire admirer leurs fines attaches et de laisser soupçonner la rondeur savoureuse de leurs... gastrocnémiens ?

Prague est la ville de la monarchie autrichienne où le chiffre de la mortalité est le plus élevé, en raison de l'alarmante augmentation de fréquence des maladies pulmonaires. Dans l'espoir d'améliorer l'état sanitaire, le Conseil municipal a prohibé le port des jupes longues, balayant le sol, d'abord dans les jardins et les parcs publics, puis dans la ville tout entière. Toute femme se montrant dans les rues avec une robe traînant à terre est punie d'amende et même arrêtée, en cas de récidive (3).

Plus récemment, la municipalité de Nordhausen (Hanovre) a pris un arrêté punissant d'une amende de 30 marks toute personne portant une robe à traîne dans la rue.

Une prohibition semblable a été mise en vigueur à Nuremberg, grâce à un arrêté du président de la police (4).

A Ems, on trouve partout l'avis ci-après, rédigé en trois langues (français, allemand, anglais) :

Par égard pour les malades, | les médecins d'Ems et les | membres de l'Administra- | tion des Bains prient in- | stamment les dames de ne | pas laisser traîner leurs robes.

(1) Fin. — *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 18, p. 251.
(2) *Archives de Parasitologie*, 1907, t. XI, p. 537.
(3) *Ibidem* 1908, t. XIII, p. 152.
(4) Les arrêtés municipaux de Nuremberg. *Le Temps*, 6 août 1909.

A Bad Nauheim, la formule est la suivante, également en trois langues :

A la suite de plaintes de la part de malades, | les dames sont instamment priées de ne pas laisser | traîner leurs robes sur la terrasse et dans le parc.

La conséquence de ces mesures, impératives ou non, est partout la même : la robe traînante a partout disparu. Il tend à en être de même à Paris, mais par un pur caprice de la mode, qu'un autre caprice peut révoquer demain. Et voilà la robe à traîne plus que jamais triomphante ! Nous attendons un arrêté du préfet de police pour la vouer à une prohibition définitive.

En formulant une opinion aussi absolue, j'ai pleinement conscience, et j'y suis très sensible, d'encourir les foudres de la plus belle moitié du genre humain. Mais la Parisienne est trop intelligente et trop compatissante pour ne pas faire d'elle-même le sacrifice de la robe à traîne, s'il lui est démontré que le sillage de poussière, qu'elle soulève en passant, est chargé des microbes les plus malfaisants. Le vent en soulève bien plus, dira-t-on, et même les balayeurs municipaux, quand il leur plaît de travailler (voilà plusieurs jours que le boulevard Saint-Germain n'a pas été balayé), car Paris est l'une des dernières villes où le balayage se fasse encore à sec (1). En

(1) La mortalité par tuberculose pulmonaire est grande chez les balayeurs et les cantonniers (*a*). Cela résulte des conditions déplorables pour l'hygiène, dans lesquelles se font le balayage de la ville et l'enlèvement des ordures ménagères. Ces opérations sont essentiellement antihygiéniques à un triple point de vue : le balayage des trottoirs à sec, le chargement des boîtes d'ordures dans des tombereaux trop élevés, l'agitation des ordures dans des voitures toujours trop pleines, d'où chute, pendant la marche, d'une certaine quantité de détritus qui se disséminent tout le long du trajet lointain que celles-ci doivent accomplir cahin-caha.

Le balayage n'est souvent pas encore achevé à l'heure où les marchands de denrées alimentaires commencent leur étalage sur le trottoir. Aucune précaution n'est prise pour protéger ces denrées contre les nuages de poussière qui ne manquent pas de les saupoudrer abondamment.

Pour parer à de tels dangers, il est indispensable de procéder au balayage humide des rues et des trottoirs; il faut aussi, pour l'enlèvement des ordures, adopter le système des boîtes fermées et interchangeables, tel qu'il fonctionne à Berlin, à Vienne et dans d'autres capitales. Les boîtes à ordures sont d'un modèle uniforme; elles sont étanches et fermées par un couvercle. La charrette dépose chaque matin une boîte vide et emporte une boîte pleine, qui ne doit être ouverte et vidée que dans l'usine où l'on procède au traitement chimique des ordures. La « poubelle », que j'ai vu naître, a été un progrès incontestable; elle est « vieux jeu » maintenant et elle doit céder la place aux boîtes interchangeables, dont la municipalité, semble-t-il, doit prendre le monopole.

Mais, dira-t-on, que deviendrait alors la sympathique industrie des chiffonniers ? Sera-t-on privé de ces prospecteurs nocturnes ou matinaux qui, sous prétexte de chercher leur modeste existence dans les détritus ménagers, éparpillent le contenu des poubelles sur le trottoir que les balayeurs viennent, l'instant d'avant, de soumettre à un vague nettoyage. De telles mœurs ne manquent pas de pittoresque, j'en conviens, mais sont-elles bien d'accord avec les principes de l'hygiène moderne? Nul n'oserait le prétendre. Donc, qu'on supprime les chiffonniers. A la réflexion, on est tout surpris de voir persister de nos jours une corporation aussi manifestement ancestrale, tel l'Okapi dans les profondes forêts congolaises.

(*a*) Le Gendre et Plique. Tuberculose et poussière des villes, *Revue de la tuberculose*, 1904, p. 449; — *Arch. gén. de méd.*, 1905, t. CXCVI, p. 1967.

présence d'un aussi énergique moyen de dispersion des microbes pathogènes (1), la robe à traîne semble être bien inoffensive : pour secondaire, pour effacé que soit son rôle, il n'en est pas moins réel et cela suffit à la proscrire.

Microbes du sol et denrées alimentaires. — La coutume d'étaler sur la voie publique, ou d'y véhiculer dans de petites voitures, des denrées alimentaires de toute nature est surtout répandue dans les pays latins. Passe encore pour les fruits que l'on pèle ou les légumes que l'on fait cuire avant de les manger, mais les fraises, les cerises, les tartes, les gâteaux, les pâtisseries qui restent des journées entières exposés à la poussière, au sordide contact des mouches et à tant d'autres causes de contamination, quel réceptacle de choix, quel terrain de culture, quel exceptionnel moyen d'ingestion n'offrent-ils pas aux microbes pathogènes que la poussière véhicule par myriades!

C'est grand'pitié de voir, dans les promenades et jardins publics, des bandes d'enfants se repaître de gâteaux déjà manipulés par cent mains malpropres, exposés à l'air depuis des heures et saupoudrés d'une poussière épaisse! Ce lamentable spectacle ne manque jamais de me causer un serrement de cœur. Pauvres petits! Pourquoi l'autorité compétente ne prend-elle pas, comme elle en a le pouvoir, des mesures restrictives, les mettant à l'abri du danger qui, de ce fait, les menace gravement et, sans aucun doute, a déjà fait de nombreuses victimes (2)?

J'ai fait allusion plus haut à la transmission de la tuberculose par les poussières introduites dans les voies respiratoires; il s'agit maintenant de bacilles tuberculeux envahissant l'organisme par la voie digestive. Naguère encore, on n'attachait qu'une médiocre importance à ce dernier procédé d'invasion. Mais il faut décidément compter avec lui; les récentes expériences de Calmette ont montré qu'il joue un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait supposé. A la lumière de ces résultats, les aliments souillés par la poussière des rues nous apparaissent comme fréquemment contaminés et comme éminemment suspects.

Déjà en 1902, le professeur E. Maurel, de la Faculté de médecine de Toulouse, attirait l'attention de l'Association française pour l'avancement des sciences sur des faits de ce genre. A la suite de sa communication, la section de médecine émettait à l'unanimité le vœu « que les pâtisseries et les sucreries vendues dans les lieux publics fussent toujours conservées sous vitrine ».

Comme il arrive, hélas! trop souvent, ce vœu resta sans effet. En 1910, le professeur Maurel reprit la question devant la section d'hygiène publique de la même Association, lors du Congrès de Toulouse. Le résultat fut identique : le vœu, adopté à l'unanimité, demeure encore sans effet.

Plus récemment, le même hygiéniste a apporté à cette même question d'importantes contributions expérimentales (1). D'une part, il montre que les pâtisseries et sucreries exposées à la poussière des rues sont souillées à leur surface par de nombreux microbes : dans le nombre figure un diplocoque pathogène pour le lapin, chez lequel il détermine de l'amaigrissement. D'autre part, il répand des cultures de *Bacillus coli* et de *Bacillus typhosus* à la surface de charcuteries diverses et constate que ces microbes pathogènes continuent d'y vivre et d'y prospérer.

La cause est entendue; des mesures de protection s'imposent. Elles doivent être multiples, mais l'une des plus urgentes, et des plus faciles à réaliser, consiste en la mise sous vitrine des pâtisseries et autres aliments analogues. Maurel le demandait déjà en 1902; on attend toujours une réglementation devenue vraiment très urgente.

---

(1) Paris compte 469 balayeuses à chevaux et 3438 balayeurs. Quelle terrible nuée de microbes est soulevée par une pareille armée! Une somme de 17700000 francs est inscrite au budget municipal pour le balayage et l'arrosage des voies publiques, celles-ci représentant une superficie de 15500000 mètres carrés, soit une dépense moyenne de 1 fr. 14 par mètre carré. L'état sordide de la ville n'autorise pas à dire que ces crédits sont insuffisants, mais bien que le travail obtenu n'est aucunement en rapport avec les sommes qu'on y consacre. Incurie, incapacité, indiscipline et sabotage, telles sont les raisons de la saleté de notre ville.

Que les poussières microbifères soient une source commune d'infection, personne n'en doute à l'heure présente. C'est de notion classique, en ce qui concerne la tuberculose (*a*); on a invoqué la même étiologie pour certains cas de peste (*b*) et même on a pensé que les souillures de la rue pourraient jouer un rôle dans la propagation du choléra (*c*).

(*a*) J. Courmont et C. Lesieur. Sur l'origine périphérique fréquente de la tuberculose chez le cobaye vivant au milieu de poussières bacillifères. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1909, t. LXVII, p. 714.

(*b*) W. Goss. Contribution à l'étude de l'infection par l'air. *Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, 1905, t. XI, p. 330.

(*c*) Choleragefahr und Strassenreinigung. *Pester Lloyd*, 16 sept. 1910, p. 6. — « La propreté des rues de Budapest a subi depuis quelques années un terrible recul. Au début de ce siècle, Budapest pouvait, à juste titre, être considéré comme une ville bien tenue. » Ainsi, la capitale de la Hongrie subirait, elle aussi, une crise de malpropreté, dénoncée par la presse locale. J'étais à Budapest peu de temps après que l'article en question est paru et m'est tombé par hasard sous les yeux; je dois dire, pour rendre hommage à la vérité, que cette ville, habituellement si propre, était encore d'une très belle tenue, en comparaison de Paris.

(2) Je ne puis songer à traiter, ne fût-ce qu'en les effleurant, tous les points qui mériteraient notre attention. A propos des jardins publics, je dois pourtant signaler une pratique des plus condamnables dont j'ai été le témoin attristé. Dans un jardin fréquenté par des milliers d'enfants, qui y mangent des pâtisseries et y boivent des sirops divers, j'ai vu, *pendant tout un après-midi*, laver les quinze ou vingt verres en service dans une vasque d'étain qui ne contenait pas 15 litres d'eau. *Cette eau n'a pas été renouvelée une seule fois*; elle avait littéralement l'aspect de l'eau d'égout. On y plongeait rapidement les verres qui venaient de servir, puis, sans les essuyer ou les égoutter, on les remplissait d'un nouveau breuvage, bientôt absorbé par un nouvel enfant. C'est inouï, mais pourtant rigoureusement exact.

(1) E. Maurel. Existence et survivance des microorganismes à la surface des pâtisseries et des sucreries exposées à l'air libre dans les rues et sur les places publiques. *C. r. de la Soc. de biol*, 1910, t. LXIX, p. 427. — Note sur l'existence et la survivance de microorganismes à la surface des pâtés. *Ibid.*, p. 473. — Existence et survivance de microorganismes à la surface du saucisson et du cervelas. *Ibid.*, p. 513. — Survivance du colibacille et du bacille d'Eberth sur les charcuteries. *Ibid.*, p. 574. — Conservation de la reproductivité du *Streptococcus*, du *Proteus vulgaris* et de la bactéridie charbonneuse sur les charcuteries. *Ibid.*, p. 602. — Conservation de la reproductivité du vibrion du choléra et du bacille de la dysenterie sur les charcuteries. *Ibid.*, 1911, t. LXX, p. 37.

Ce qu'on n'a pas encore su faire à Paris est déjà réalisé à l'étranger. J'ai parlé plus haut d'une marchande de pâtisseries, installée à Ems sur la promenade longeant la Lahn, et dont les gâteaux et brioches étaient sous vitrine. Celle-ci portait, bien apparente, l'inscription suivante :

DAS ANFASSEN DER BACKWAREN IST POLIZEILICH VERBOTEN.

A Craiova (Roumanie), une ordonnance de police enjoint aux paysans d'apporter leurs denrées au marché dans des paniers à couvercle en fer blanc ou en tôle, par conséquent impénétrable à la poussière. Les gâteaux sont aussi sous vitrine.

Ordures de chien. — J'ai stigmatisé plus haut, assez énergiquement pour n'avoir pas à y revenir, la souillure qu'inflige à Paris, autant qu'à notre dignité personnelle, l'odieuse coutume de mener les chiens faire leurs déjections sur la voie publique. Cette coutume est récente ; elle résulte évidemment de l'incurie générale qui s'accentue chaque jour davantage, et d'une façon plus désastreuse, dans tous les rouages de l'administration et à tous les degrés de la vie sociale. Je ne sais rien de plus abject et de plus révoltant. Il n'existe rien de semblable dans aucune des nombreuses villes que j'ai visitées à l'étranger.

Le chien d'appartement ne répond à aucun besoin domestique ou social ; c'est, à proprement parler, un objet de luxe, que le fisc peut frapper d'un impôt très élevé. Est-ce pour cette raison ou pour toute autre, toujours est-il qu'on ne voit pas de chiens dans les villes des Etats-Unis ; elles n'en sont que plus propres, cela va de soi. En Angleterre, en Allemagne, les chiens ne sont pas rares, mais la voie publique ne subit jamais leur souillure. Est-il excessif d'exiger qu'il en soit de même à Paris ?

Dans le courant de l'année 1910, Constantinople a radicalement supprimé ses chiens fameux. Depuis lors, la ville s'assainit et gagne en propreté ce qu'elle a perdu en pittoresque; on y a entrepris d'importants travaux de voirie, qui vont en modifier profondément les conditions de salubrité. « La rue, comme le soleil, est à tout le monde, dit le *Jeune Turc* (1), au pauvre comme au riche, au piéton comme au cavalier, au bicycliste comme au portefaix. Mais cela ne veut pas dire que chacun y puisse faire ce que bon lui semble, ennuyer et incommoder son voisin. »

Telle est la vraie doctrine : ce sont les Turcs qui nous l'enseignent maintenant. C'est ce même principe de la déférence réciproque, dérivé de l'ancien adage : *Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît à toi-même*, qui nous amène à réclamer énergiquement une réglementation sévère, concernant la sortie des chiens dans la rue, et un notable relèvement des taxes frappant les chiens d'appartement.

Si je ne craignais de paraître excessif, j'opinerais même pour leur suppression totale, en raison des dangers multiples dont ils nous menacent d'une façon incessante.

(1) L'hygiène de la rue. *Le Jeune Turc*, 18 septembre 1910.

Les docteurs Letourneur et Couppé de Lahongrais, dans des thèses inspirées par moi, ont très bien mis en évidence le rôle du chien dans la transmission et la dissémination de diverses maladies parasitaires (1).

De ce nombre sont la teigne tondante, la teigne faveuse, la tuberculose, la rage, la gale, le kyste hydatique (2), le *Dipylidium caninum*, la puce, et jusqu'à la fièvre typhoïde (3). Voilà pour ce qui concerne le chien d'appartement.

Le chien des rues donne la rage, les puces et les infections qu'elles inoculent. Ses déjections, délayées par la pluie, éclaboussent les vêtements ou souillent les chaussures; elles sont introduites ainsi dans les appartements, où la brosse les résoud en poussière et disperse leurs germes pathogènes. Desséchées par le soleil sur la voie publique, elles se mélangent directement à la poussière des rues, que le vent soulève et dissémine comme il a été dit plus haut.

Le *Tænia echinococcus* n'est pas rare chez le chien de ville : ses anneaux ovigères, rejetés au dehors avec les excréments, se détruisent sur le sol et mettent leurs œufs en liberté dans la poussière. On peut donc admettre que la poussière des rues joue un rôle appréciable dans l'étiologie du kyste hydatique. Mais là n'est pas son unique origine. Le paillasson d'escalier, sur lequel la porteuse de pain pose la miche, qu'elle a d'ailleurs manipulée à loisir, après nombre d'autres personnes dont il est légitime de suspecter la propreté manuelle, est souillé de mille ordures, et notamment d'œufs de *Tænia echinococcus* rapportés de la rue. Tout concorde donc en vue de la propagation du kyste hydatique. Est-il étonnant, dès lors, qu'on l'observe si fréquemment dans les hôpitaux de Paris?

L'Académie a voté naguère, à l'unanimité, les conclusions d'un rapport que je lui avais présenté sur la prophylaxie du kyste hydatique. Voilà de cela près de sept ans, et rien n'a encore été fait. Ces conclusions visaient principalement la circulation des chiens dans les abattoirs. Je maintiens intégralement ces conclusions et je n'hésite pas à les aggraver, en demandant, comme je l'ai déjà dit plus haut, une sévère réglementation de la circulation des chiens sur la voie publique.

Eclairage électrique. — La lumière électrique et ses multiples dérivés produisent, en outre des rayons éclairants, contenus dans le spectre, une grande quantité de rayons chimiques ou ultraviolets. La plaque photographique est sensible à ces rayons; l'œil ne les perçoit pas, mais il peut éprouver des

(1) H. LETOURNEUR. *Les hôtes habituels de nos appartements, chiens, chats, oiseaux, et du danger qu'ils présentent*, Th. de Paris, 1905, in-8 de 135 pages. — E. G. H. COUPPÉ DE LAHONGRAIS. *Le voisinage du chien : ses dangers*, Th. de Paris, 1906, in-8 de 105 pages.

(2) R. BLANCHARD. Sur un travail, de M. le Dr Dévé (de Rouen), intitulé : Mémoire sur la prophylaxie de la maladie hydatique. *Bull. de l'Acad. de méd.*, (3), 1904, t. LII, p. 501.

(3) J. COURMONT et ROCHAIX. Le chien porteur de bacilles d'Eberth. *Bull. de l'Acad. de méd.*, (3), 28 juin 1910, t. LXIII, p. 660-663.

lésions ou des accidents plus ou moins graves, chez les individus longtemps exposés à leur influence.

E. C. Baly et J. H. Parsons ont déterminé expérimentalement en quoi consiste cette action; E. et M. Landolt nous renseignent aussi sur ce point (1).

J'ai souvent l'occasion de passer devant certains cafés, restaurants ou magasins qui sont éclairés par de très puissantes lampes à arc, situées à l'extérieur et tout au plus à 3 mètres de hauteur. J'en éprouve un tel éblouissement que je me vois forcé de passer sur l'autre trottoir, pour me soustraire à cet inconvénient. Celui-ci a du moins l'avantage d'être, en quelque manière, un avertissement du danger qui me menace.

C'est là le plus commun et le moindre des accidents provoqués par un éclairage intense : cela n'est rien, quand on ne fait que passer et qu'on s'écarte de ce foyer ultra-lumineux. Mais il est fréquent que l'éblouissement prémonitoire soit passager ou même inappréciable. L'action prolongée d'une lumière trop intense et trop riche en rayons chimiques produit alors de la photophobie, avec congestion et sensation de cuisson à la conjonctive ; les yeux sont bouffis, larmoyants, incapables de supporter la moindre lumière; le malade perd le sommeil. L'irritation peut même gagner les paupières et la face, qui sont alors le siège d'une sorte de brûlure superficielle, s'accompagnant de douleurs plus ou moins vives.

Que se prolonge l'action de la source lumineuse, et les accidents deviendront beaucoup plus graves. La cataracte peut s'ensuivre; le cristallin devient opaque et fluorescent; la rétine devient elle-même fluorescente et ses éléments nerveux entrent en dégénérescence ; la cornée et l'humeur vitrée subissent aussi des modifications analogues.

Il est donc dangereux de rester longtemps exposé à l'action directe des lampes à arc et même des lampes à acétylène : ces foyers lumineux produisent, dans la partie ultraviolette du spectre, une abondance de rayons chimiques, sans utilité pour l'éclairage, mais pouvant faire subir de graves lésions à l'organe visuel. De telles sources de lumière sont utiles pour éclairer de vastes espaces, comme des rues, des boulevards, des places, des gares de chemin de fer, etc., à la condition d'être placées très haut, très loin des yeux; elles ne peuvent servir à éclairer un appartement, un cabinet de travail, ni même un établissement public tel qu'un magasin, un café, un théâtre.

Les lampes à incandescence ont exactement les mêmes inconvénients, mais ceux-ci sont mitigés, pour ainsi dire, par la faiblesse de l'intensité lumineuse qui, dans la pratique, dépasse rarement seize à vingt bougies. Néanmoins, il faut éviter la vision directe du fil incandescent et faire usage, pour la table de travail, d'une lampe à verre dépoli ou mieux à verre jaune. L'expérience m'a appris que ce dernier fatigue les yeux infiniment moins que le verre dépoli. Mais je ne puis insister sur cette question qui sort de mon sujet.

(1) E. et M. Landolt. De l'hygiène des yeux. *L'Hygiène*, nov. 1910, t. I, n° 12, p. 4-12.

Les nouveaux tubes éclairants à vapeur de mercure et divers autres procédés récents d'éclairage présentent aussi, et même à un plus haut degré, les dangers que nous venons de signaler.

Loin de moi la pensée d'arrêter le progrès, mais je suis formellement d'avis que le préfet de police doit demander au Conseil d'hygiène ou à une Commission technique de l'instruire sur les avantages et les inconvénients des nouveaux procédés d'éclairage, après quoi il pourra prendre, en parfaite connaissance de cause, un arrêté réglementant leur emploi. Il y a urgence.

Mens sana in corpore sano. — Un dernier mot, sur une question d'ordre moral.

La presse a très justement flétri (1) la sotte manie des imbéciles qui écrivent ou gravent leur nom sur les murs, les statues, etc., sans crainte de dégrader des œuvres d'art.

Nomina stultorum semper parietibus insunt,

dit le poète latin. On a gémi, sans parvenir encore à la guérir, sur la plaie morale que révèle l'exhibition, en cent endroits divers, de livres et dessins pornographiques, accessibles à tous les regards, vendus à tout venant, dépravant et démoralisant la jeunesse. Il y aurait beaucoup à dire à cet égard ; d'autres l'ont fait et je n'ai nulle envie de le recommencer.

Mais il reste à notre chère ville, que nous aimons toutefois sans condescendre, comme Montaigne, à l'aimer jusque dans ses verrues, une tare odieuse entre toutes et qu'un peu d'énergie pourrait faire disparaître. Je veux parler des inscriptions et dessins obcènes, que les voyous tracent sur les murailles. La jeunesse y trouve des leçons d'un odieux réalisme, qui fanent prématurément la fleur embaumée de son innocence morale et qui, trop souvent, l'incitent à perdre beaucoup trop tôt son innocence physique. L'adulte, à son tour, y trouve un sujet de honte et d'humiliation, surtout si le voyage lui a appris que rien de semblable ne se voit dans les autres pays.

La santé morale d'un peuple est en danger, quand il ne sait pas réagir contre de pareilles infamies. Le médecin ne se préoccupe pas seulement des individus; il doit veiller aussi sur la société tout entière. C'est pourquoi j'ai cru qu'il était de mon devoir d'attirer l'attention sur le notoire affaissement moral dont est atteinte une partie de la population de Paris.

***

J'ai fini, mon cher ami, et sans doute en serez-vous satisfait, car, en plus d'un passage, cette très longue lettre a bien plutôt l'allure d'un réquisitoire que celle d'un mémoire scientifique. Je l'ai écrite au courant de la plume, sans ménager mes expressions, disant en toute sincérité ce que, depuis longtemps, je ressens très profondément.

J'entends d'ici des critiques acerbes : on va me reprocher d'avoir dévoilé tant de tares et d'avoir osé

(1) G. d'Esparbès. Les salisseurs. *L'Echo de Paris*, 28 juillet 1910. — Pierre-Gauthiez. La propreté morale de Paris. *Ibid.*, 4 fév. 1911.

les étaler au grand jour; c'est, dira-t-on, l'œuvre d'un mauvais Français. Nous sommes, vous et moi, d'un avis opposé : nous voulons que l'opinion publique secoue sa trop longue torpeur, que nos concitoyens ouvrent enfin les yeux, qu'ils comprennent que notre capitale perd chaque jour un peu plus de son élégance, de sa grâce, de son prestige et qu'il est grand temps de réagir pour lui conserver ces qualités, qui la rendent si chère aux esprits éclairés de l'univers tout entier. Elle a été jusqu'à ce jour le centre du monde civilisé : nous voulons qu'elle le demeure et nous attendons des pouvoirs publics, avec confiance, les mesures les plus radicales et les plus promptes pour atteindre ce but suprême.

Veuillez croire, mon cher ami, à mes sentiments les plus dévoués.

R. Blanchard,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 6 février 1911)

Un nouveau champignon pathogène pour l'homme. — M. Louis Matruchot. A côté des sporotrichoses, dont les agents sont des *Sporotrichum* et formes voisines, et dont les travaux de de Beurmann et Gougerot ont montré la fréquence insoupçonnée, il convient de placer un type nouveau de mycose que ses caractères cliniques semblent rapprocher des sporotrichoses, mais dont l'agent est un champignon non encore décrit et auquel M. Matruchot donne le nom de *Mastigocladium Blochii* (en hommage à M. le docteur Bruno-Bloch (de Bâle) qui a le premier isolé ce champignon).

Si, comme il y paraît au premier abord, ce champignon est sans affinité réelle avec les sporotrichum, la maladie qu'il provoque doit différer assez profondément des sporotrichoses pour constituer un type pathologique nouveau qui pourrait, par exemple, recevoir le nom de *cladiose*. Si, au contraire, une parenté réelle avec les sporotrichum pouvait être établie, il s'ensuivrait que les agents des sporotrichoses se rattachent aux champignons de la famille des hypocréacées, et ce serait là une notion biologique nouvelle fort importante.

Action du ferment bulgare sur les acides monobasiques dérivés des sucres réducteurs. — MM. Gabriel Bertrand et R. Veillon.

Mensurations comparées d'individus des deux sexes, appartenant à la population des asiles d'aliénés et d'hommes et femmes dits normaux. — MM. A. Marie et Mac Auliffe.

Sur le traitement de l'épilepsie d'origine gastro-intestinale. — M. E. Deschamps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 14 février 1911)

La fièvre de Malte. — Une discussion, à laquelle prennent part MM. Blanchard, Chauffard, Landouzy, Vaillard et Widal, s'élève sur la meilleure désignation qu'il convient d'attribuer à cette affection. Cette question est renvoyée à la commission.

Traitement des fractures du poignet. — M. Lucas-Championnière analyse un travail du docteur de Marbaix (d'Anvers) sur le traitement de ces fractures par la méthode de Lucas-Championnière, il met en relief l'excellence de la méthode de massage et mobilisation immédiats qu'il applique dans des conditions très rigoureuses puisqu'il ne fait même jamais en ces cas aucune tentative de réduction.

Les constatations pour la loi sur les accidents du travail lui ont permis de comparer les résultats définitifs sur les travailleurs du port d'Anvers.

Les traitements classiques par l'appareil plâtré lui avaient donné les résultats suivants :

Traitement avant reprise du travail, moyenne, 201 jours; invalidités admises, 80 p. 100 des cas.

Avec le massage et mobilisation immédiats :

Durée du traitement avant la reprise du travail, moyenne, 41 jours; invalidité, 0. Ainsi, pas un seul cas d'invalidité.

Il a été plus loin et choisi deux sujets très simples, sans aucune déformation, les a soumis à une immobilisation courte, 17 jours.

Durée du traitement pour l'un, 85 jours; pour l'autre, 135 jours; moyenne du traitement, 110 jours. Un sujet bien remis et l'autre ayant un enraidissement permanent.

Ces cas sont déjà très probants, car ils démontrent qu'avec un certain degré de déformation la réparation fonctionnelle est parfaite. Mais il a pu constater en outre que la réparation sous l'influence du mouvement se fait dans de si bonnes conditions qu'une part de la déformation disparaît. A longue échéance, après plus de trois ans, il a fait radiographier les plus graves des déformations et la comparaison des radiographies montre l'extraordinaire diminution de la déformation et cela par l'inspection directe de l'ancien foyer de fracture.

Aucune étude ne pouvait donner une démonstration plus parfaite de l'excellence de la méthode de massage et mobilisation immédiate.

Traitement abortif de la syphilis. — M. Gaucher fait un rapport dont la conclusion, admise à l'unanimité par la commission, sauf par M. Hallopeau, est la suivante. La commission estime que les affirmations produites par M. Hallopeau, ne reposent pas sur des preuves suffisantes et qu'il y a lieu de lui en laisser l'entière responsabilité.

M. Hallopeau ajoute que l'action abortive et curative de son traitement local est établie par l'absence complète chez tous les malades de la réaction de Wassermann. On lui objecte que quatre années ne se sont pas encore écoulées depuis le commencement du traitement. Il est bien invraisemblable que la situation se modifie avant leur échéance, et c'est en toute confiance qu'il donne rendez-vous à la commission d'ici deux ou trois ans pour juger définitivement la question.

Si d'ici-là, les trente sujets sont restés indemnes, on devra considérer comme justifié le mariage précoce après le traitement abortif.

Puériculture. — M. Pinard fait un historique complet de la pouponnière de Porchefontaine, établissement destiné à recueillir les mères pauvres enceintes et à les conserver à condition qu'elles partagent leur lait avec d'autres enfants. Au début, cette œuvre marcha bien, sous la direction de fondatrices admirables, auxquelles M. Pinard rend hommage. Lui-même en fut nommé le président médical. Mais, peu de temps après, l'institution subit une crise. Les règles d'hygiène n'y étaient pas suffisamment observées, M. Pinard démissionna et ce fut M. Sevestre qui le remplaça. Grâce au dévouement du docteur Raymondi, l'œuvre se releva et actuellement, sous la présidence si dévouée de Mme Veil-Picard, la pouponnière est devenue un véritable institut de puériculture qui a pris une grande extension et donne des résultats excellents. Les élèves de l'école normale d'institutrices de Versailles y vien-

nent faire un stage et elles en sortent enthousiasmées de ce qu'elles ont vu et de ce qu'elles ont fait. La preuve est faite que, grâce à de certaines précautions hygiéniques, on peut, sans danger, réunir des enfants dans un même établissement.

Les résultats obtenus sont tels que M. Pinard demande à l'Académie d'émettre le vœu que des établissements semblables soient fondés dans toutes les villes de France où se trouvent des écoles normales d'institutrices.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté.

La vaccination antityphoïdique. — M. Chantemesse qui, comme on sait, a recouru depuis plus de dix ans à cette vaccination, croit pouvoir affirmer qu'elle donne d'excellents résultats, tant au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde qu'au point de vue de son traitement. La méthode est donc efficace sans être dangereuse. En terminant, M. Chantemesse fait observer qu'on a eu tort de considérer cette vaccination comme d'origine étrangère. C'est une méthode qui est bien née en France.

M. Delorme. On a rappelé que les conclusions contre lesquelles il s'est élevé ont été votées par la Commission à la presque unanimité. La chose est exacte, mais il conviendrait d'ajouter, pour laisser aux discussions de cette Commission leur physionomie, qu'on y a fait des appels très sages à la prudence, tendant à limiter l'extension de la méthode et que des doutes ont été émis sur la valeur du procédé des autolysats bacillaires qu'on oppose actuellement aux premiers modes d'immunisation et qui se prétend à l'abri des inconvénients imputables à ceux-ci.

M. Netter, membre de la Commission, est venu jeter dans la discussion des faits nouveaux, non communiqués à la Commission, qui d'après lui doivent vaincre les derniers scrupules, faire tomber les dernières hésitations. M. Landouzy, dans son discours, s'est servi des mêmes arguments. Pour sa part, il estime qu'on ne doit pas en faire état dans la discussion actuelle parce qu'ils n'ont pas été soumis à la critique de cette Commission. N'a-t-on pas récemment exigé cette critique pour des faits allégués par un de nos collègues?

M. Landouzy a déclaré que « se refuser à indiquer l'opportunité de la vaccination antityphoïdique c'était mal servir la défense nationale et méconnaître l'orientation des sciences médicales plus portée vers la prophylaxie que vers la guérison des maladies ». Le reproche ne saurait atteindre M. Delorme car, dans la précédente discussion sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde, il a pris la défense de la prophylaxie la plus efficace sacrifiée à une autre plus théorique que pratique.

Quant à celui, tout gratuit, de méconnaître la portée des méthodes nouvelles, il répondra, qu'étant directeur du Val-de-Grâce il a réussi, il y a cinq ans, à obtenir du ministre de la guerre que le sérum du docteur Chantemesse lequel, d'après son inventeur, diminue plus qu'aucun autre traitement la mortalité des typhoïdiques, soit employé dans cet hôpital militaire. Combien de médecins des hôpitaux de Paris ou de la province, combien de membres de l'Académie ont pris la même initiative vis-à-vis de leurs malades? M. Landouzy y fait-il exception au milieu de tant d'abstentions? Il est mal venu de le représenter comme réfractaire aux méthodes nouvelles.

N'est-il pas sage de réserver le présent? Pour ceux qui, enthousiastes, voudraient, dès aujourd'hui, étendre cette vaccination, ne serait-il pas assez suggestif cet aveu d'un partisan, en principe, de la méthode mais qui reste praticien, clinicien avant tout, l'aveu du professeur Chauffard: « L'heure n'est pas venue où cette vaccination peut entrer dans la pratique générale; elle doit encore rester, pour le moment, tout au moins, une mesure d'exception. » Et ailleurs: « Le laboratoire est bien loin d'avoir terminé son œuvre. »

Au moment présent, et le fait reste toujours nouveau, quoi qu'en dise M. Landouzy, les vaccins bacillaires, qui ont pour eux l'appoint de l'expérience ont des inconvénients sur lesquels il est superflu de revenir et, d'un autre côté, la méthode des autolysats bacillaires manque de l'épreuve du temps et laisse le champ à l'imprévu.

On ne généralise pas à un pays une vaccination alors que ses procédés ne sont pas sûrement inoffensifs, ou bien ont encore besoin d'être sanctionnés par l'expérience.

M. Delorme dit que sa réserve est un acte de prudence en même temps que de loyauté. Sa conviction scientifique changera peut-être demain, si on apporte la lumière. Elle n'a pas été faite entière, sa confiance ne peut être absolue.

Il maintient donc ses conclusions. Elles indiquent à la fois tout l'intérêt que l'Académie prend à la vaccination antityphoïdique et les réserves qu'imposent les méthodes actuelles.

M. Landouzy se défend d'avoir visé la personnalité de M. Delorme. Il n'a eu pour but que de soumettre des arguments de principe. Consulté par le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, il lui a répondu qu'il fallait qu'il attendît la discussion de ses conseillers-nés, c'est-à-dire de l'Académie.

M. Landouzy ajoute qu'il a été aussi bien souvent consulté par des pères de famille sur les moyens qu'ils pouvaient employer pour que leurs fils ne fussent pas envoyés dans des garnisons où la fièvre typhoïde règne pour ainsi dire endémiquement. On conçoit qu'on puisse être pressé de pouvoir dire à ces pères qu'il y a peut-être un moyen de mettre leurs fils à l'abri de la contagion typhoïdique. Il rappelle également que l'on rencontre bien souvent dans les hôpitaux civils des malades atteints de reliquats ou de séquelles de la fièvre typhoïde. Il est donc bien naturel qu'on soit tenté de recourir à un moyen qui vous est donné comme pouvant être un préventif contre cette maladie. M. Delorme a reproché à M. Landouzy d'apporter, dans le débat, des arguments de sentiment. Il revendique hautement cette argumentation, car il s'agit d'un sentiment humanitaire.

M. Netter répond au reproche de M. Delorme d'avoir apporté des documents qui n'ont pas été communiqués à la commission. La raison en est bien simple. M. Netter n'a eu ces documents que tout récemment, après les réunions de la commission.

M. Delorme répond à M. Landouzy qu'il est bien libre de recourir à son initiative personnelle pour indiquer aux pères de famille le moyen qu'il croit bon. Mais avant de donner à ce moyen l'appui de l'Académie, il faut attendre d'être mieux éclairé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 11 février 1911)

Déformation globuleuse homogène de certains éléments nerveux dans le vermis des paralytiques généraux. — MM. Laignel-Lavastine et Pitulesco. Le vermis de certains paralytiques généraux, traité par les méthodes de Cajal et de Bielchowski montre des masses globuleuses homogènes, présentant parfois à leurs pôles des neurofibriles. Ces cellules, munies de prolongements ressemblent à la variété profonde des cellules de Golgi, qui, jusqu'à présent, n'ont jamais été signalées chez l'homme.

Effets de l'activation de l'atmosphère par l'émanation de radium sur la germination et la poussée de divers organismes végétaux. — M. G. Fabre. *Sterigmatocystis nigra.* Dose optima de poussée au quatrième jour : 1/2 microcurie par centimètre cube d'air; dose abiotique : 1 microcurie par centimètre cube d'air et au delà.

Mucor mucedo. Dose optima de germination et de développement : 2 microcuries par 2 litres d'air. (Le développement passe avant par un minimum presque nul à 1 microcurie pour 2 litres d'air.) Aux doses très élevées on trouve un second

maximum de germination des spores à 1 microcurie pour 2 centimètres cubes d'air avec développement du mycelium aux dépens de son bourgeonnement en spores.

A la dose de 2 microcuries pour 2 centimètres cubes d'air, on note la formation de nombreux gamètes qui s'unissent sans se féconder.

Lilium catharticum. Dose optima de germination et de poussée : 1 microcurie, 5 pour 2 litres d'air. Dose mortelle et abiotique : 40 microcuries pour 1 litre d'air.

Structure et histogénèse des végétations adénoïdes. — MM. Retterer et Lelièvre. Les végétations adénoïdes résultent habituellement de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne. Le processus qui préside à leur formation est le même que celui qui donne lieu aux follicules des membranes tégumentaires. Il débute par l'hyperplasie de l'épithélium de revêtement de l'amygdale pharyngienne, ainsi que par celui des cryptes pharyngiens. A cette hyperplasie succède la transformation des masses épithéliales en tissu conjonctif réticulé soit diffus, soit condensé en follicules clos.

Identité des diphtéries aviaires et humaines. — Pour MM. Reppin et Vaunay, la maladie désignée communément sous le nom de diphtérie aviaire n'est pas une entité morbide bien définie; mais, dans bien des cas, il s'agit de diphtérie identique à la diphtérie humaine.

Transformation lymphoïde du foie au cours des trypanosomiases. — M. A. Pettit. Au cours de diverses infections à protozoaires, trypanosomiase et leismanhiose notamment, plusieurs organes, et en particulier le foie, sont le siège de localisations lymphoïdes hétérotopiques. Ces modifications organiques offrent ce caractère spécial de reproduire un état réalisé normalement au cours du développement. Ces transformations lymphoïdes doivent suppléer à l'absence d'organes hémolymphatiques différenciés ; elles doivent être interprétées comme le retour à un état primitif, susceptible, en augmentant l'importance du tissu hémolymphatique, de renforcer une fonction insuffisamment assurée par les tissus normaux; en d'autres termes, la transformation lymphoïde ne serait qu'une hypertrophie tissulaire réactionnelle.

Communication faite à la réunion biologique de Bordeaux du 7 février 1911 :

Colorations hématologiques, cytologiques et microbiologiques extemporanées. — M. Sabrazès (de Bordeaux) précise la technique du procédé qu'il a fait connaître, il y a quelques années, et qui consiste à renverser sur des frottis bien desséchés sur lame une gouttelette mise sur lamelle de bleu de méthylène médicinal pur, en solution aqueuse. Les dilutions varient, suivant le but qu'on se propose, de 1/300 à 1/1000. La solution usuelle est à 1/500.

Les diverses espèces de globules blancs, les hématies granuleuses, à ponctuations basophiles, etc., se différencient nettement. Veut-on une double coloration, on met préalablement sur la lamelle une très fine gouttelette de solution alcoolique d'éosine dite française pure (solution saturée d'éosine dans l'alcool à 95 degrés = 5 centimètres cubes ; alcool à 95 degrés = 10 centimètres cubes) et, par-dessus, une goutte de bleu à 1/500, on renverse cette lamelle très rapidement sur le frottis.

Autres communications :

Sur un bacille liquéfiant rapidement le sérum coagulé. — M. Remlinger.

Cils géants et corps fuso-spirillaires amibiens. — M. Gauducheau.

Contribution à l'étude sur l'anaphylaxie microbienne. — M. Studzinski.

Circulations artificielles à travers le foie. Entraînement de l'antithrombine. — MM. Doyon, Morel et Policard.

Sur les pores du poumon humain. — MM. Laguesse et Marchand.

Fréquence des streptothrichées dans des crachats tuberculeux. — M. Karwacki.

ANALYSES

MÉDECINE

De la propagation des tumeurs malignes. Étude synthétique et critique. (B. Huguenin. *Rund. für. med.*, 18 juin 1910, p. 789.) — Dans cet article illustré de cinq belles planches en noir, l'auteur envisage les différentes voies que les éléments néoplasiques suivent dans leurs migrations à travers l'organisme : *thrombus*, *embolies*, propagation par l'appareil *circulatoire lymphatique*, soit de proche en proche, soit par métastases; la propagation la plus *rare* est celle qui se produit par simple *contact*, par exemple le carcinome de la lèvre inférieure communiqué à la lèvre supérieure, celui du foie communiqué au diaphragme; le mode de propagation le plus *fréquent* est l'envahissement de *proche en proche* des tissus les plus voisins et aussi des organes environnant le point de départ.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Etude sur la valeur du testicule en ectopie. [John Bland-Sutton. *The Practit.*, janvier 1910, n° 499, vol. LXXXIV, n° 1, p. 19 (3 fig.)]. — Dans cet intéressant article l'auteur rappelle ce que nous savons actuellement sur le développement du testicule. Il insiste sur ce point qu'au début l'embryon est véritablement hermaphrodite. Il rappelle que, d'après les travaux de Frankl, le testicule n'est pas entouré de péritoine, seul l'épididyme est complètement entouré par la séreuse; au niveau du testicule le péritoine s'interrompt comme au niveau de l'ovaire, et la surface du testicule est recouverte par un véritable épithélium germinatif. Cette théorie donnerait une explication simple des tumeurs complexes du testicule. Bland-Sutton cite à l'appui de cette idée ce fait que dans des laparotomies il a trouvé des testicules ectopiés libres dans la cavité péritonéale absolument comme un ovaire.

Les testicules en ectopie sont d'ordinaire imparfaits et il est classique d'attribuer cette imperfection à la descente incomplète. Pour Bland-Sutton cet arrêt de développement est primitif, et c'est cet arrêt de développement qui empêche la descente. Bien que le mécanisme de la descente testiculaire soit encore obscur, lorsque le testicule est bien développé son impulsion est invincible. Il donne pour exemple ces pseudo-hermaphrodites mâles, qui possèdent un utérus mâle, et chez lesquels l'utérus est entraîné par la descente testiculaire jusque dans le scrotum. Tous les examens histologiques de testicules ectopiés ont montré que les conduits séminifères étaient impropres à la spermatogénèse, et le conduit déférent borgne, et c'est exceptionnellement que des cryptorchides ont présenté une orchite gonococcique ou présenté des spermatozoïdes dans le sperme. Cette dernière présence n'est d'ailleurs observée que vers le moment de la puberté et disparaît après quelques années.

Un autre point de l'histoire des testicules en ectopie est qu'ils présentent plus souvent que le testicule en place des phénomènes d'étranglement par torsion. Bland-Sutton remarquant qu'il existe dans le testicule ectopié un espace étendu entre le testicule et l'épididyme le faisant ressembler à l'ovaire avec son méso, se demande si parfois cette torsion ne se passe pas en ce point, mais c'est une hypothèse.

Enfin les testicules en ectopie sont plus souvent le siège de tumeurs malignes que les testicules en place. En vingt ans 57 cas de tumeurs malignes du testicule ont été traités au London Hospital, et sur ceux-ci (16 p. 100) chez des cryptorchides, proportion bien plus élevée que celle des cryptor-

chides aux individus à testicules descendus. Et ce sont surtout les pseudo-hermaphrodites mâles qui semblent atteints de ces tumeurs testiculaires. Bland-Sutton en étudiant la structure de ces tumeurs a été frappé de ce fait que la néoformation n'était pas dans le testicule, mais entre le testicule et l'épididyme. Il pense que ces tumeurs dermoïdes, véritables tératomes doivent se développer dans du tissu ovarien entraîné pendant l'évolution testiculaire dans les replis du mesorchium.

Pratiquement, en raison de leur inutilité et des dangers qu'ils font courir, Bland-Sutton est partisan convaincu de l'exérèse des testicules en ectopie. M. LANCE.

UROLOGIE

Cellules géantes dans le sédiment urinaire au cours de la tuberculose uro-génitale. (H. STEINDL. *Wiener klin. Woch.*, 8 déc. 1910, n° 49, p. 1752.) — Chez une femme présentant des douleurs lombaires, de la pollakiurie, de la tuméfaction du rein gauche, de la fièvre subcontinue, le cathétérisme uretéral permit de recueillir une urine qui donna un sédiment purulent abondant dans lequel on ne trouva pas de bacille de Koch.

Mais on constatait sur les préparations de grandes cellules arrondies ou ovalaires, avec un protoplasma non granuleux, bien colorable, montrant des traces de dégénération, et avec plusieurs noyaux dont le nombre variait de cinq à seize, et présentant un réseau chromatinien très net.

Le diagnostic de tuberculose, déjà très probable en raison des signes cliniques, se trouvait donc corroboré par l'existence de ces cellules géantes, malgré l'absence de bacilles de Koch. C'est là un fait qu'il ne faudra peut-être pas négliger à l'avenir pour le diagnostic de la tuberculose génito-urinaire. A. LEMIERRE.

ANATOMIE

Note sur la situation du rein chez le jeune enfant, par rapport à la crête iliaque et réflexions sur l'ectopie rénale. (M. P. ALGLAVE. *Bull. Soc. anat.*, p. 595-600, 2 fig., 1910.) — Ayant étudié la situation du rein chez 50 enfants pris au hasard des autopsies, l'auteur arrive à cette conclusion que le rein de l'enfant âgé de moins d'un an, est relativement bas placé : en rapport trois fois sur 4, avec la crête iliaque par son pôle inférieur. Dès la deuxième année, il se dégage de la crête, et prend la position lombaire, à mesure que se développe la fosse lombaire, et perd l'aspect lobulé, fœtal, pour prendre à la fois sa forme et sa situation définitives ; l'aspect fœtal persisterait si le rein reste en position fœtale. D'après cette donnée, « il existerait une sorte de migration rénale normale de bas en haut, comme il existe une migration testiculaire de haut en bas, et le rein qui n'effectuerait pas sa migration resterait un rein d'aspect fœtal. A cette cause serait dû l'aspect fœtal que présentent chez l'adulte certains reins qu'on trouve placés à la partie supérieure de la fosse iliaque interne et que l'on considère comme représentant des cas de ptose congénitale alors qu'il ne s'agirait que de reins ectopiés, c'est-à-dire restés dans leur position fœtale, parce qu'un obstacle quelconque les a empêchés de gagner leur position lombaire définitive ». L. ALQUIER.

VARIÉTÉS

LA RENCONTRE DU DOCTEUR PAGELLO ET DE G. SAND

Nous extrayons de l'éloge de Musset par Cabanès (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 16, p. 229) ces détails encore inédits en France sur la rencontre de Pagello et de G. Sand.

Sur un carnet où il a consigné ses impressions du moment, Pagello a relaté dans quelles circonstances il avait vu, pour la première fois, la femme qui allait jouer dans sa vie un rôle qu'il était alors loin de soupçonner.

Il se promenait sur le quai des Esclavons, en compagnie d'un de ses amis, et ils devisaient gaiement quand, en passant sous les fenêtres de l'albergo Danieli, une jeune femme « de figure mélancolique, aux cheveux très noirs, aux yeux d'une expression décidée et virile », attira les regards des deux promeneurs. « Elle était assez singulièrement accoutrée, note Pagello sur ses tablettes; elle avait les cheveux en arrière, réunis dans un foulard écarlate en guise de petit turban et portait au cou une cravate lâche, sur un col blanc de neige; elle avait l'air dégagé d'un soldat fumant un « paquitos », en parlant avec un jeune homme blond assis à ses côtés. » Pagello resta fasciné par cette apparition. Il s'arrêta un certain temps à la considérer, au point que son interlocuteur lui demanda s'il la connaissait déjà. Il s'en défendit, mais ne cacha pas le désir violent qu'il éprouvait de faire sa connaissance. Par une heureuse rencontre, ses vœux n'allaient pas tarder à être exaucés : le lendemain, on venait le quérir pour un étranger atteint de fortes douleurs de tête et Pagello se retrouvait en présence de l'inconnue qui l'avait si fort troublé la veille. Il examina le patient, indiqua les prescriptions et se retira.

On l'invita à revenir; il ne s'en fit pas prier. « Si je fus assidu au lit de ce malade, raconte Pagello dans son mémorial, vous pouvez l'imaginer. G. Sand veilla avec moi des nuits entières à son chevet. Ces veilles n'étaient pas muettes et les grâces, l'esprit élevé et la douce confiance que me donna la Sand m'attachèrent à elle tous les jours, toutes les heures, tous les instants davantage. Nous parlâmes de littérature, des poètes, des artistes italiens, de la ville de Venise, mais à tout moment elle s'arrêtait, me demandant à quoi je pensais. Confus de me sentir surpris dans quelque abstraction pendant que je causais avec elle, je me confondis en excuses, non sans rougir beaucoup, et elle, avec un sourire imperceptible, de me dire : « Oh! docteur, je vous ennuie bien avec toutes mes questions ! » Je ne répondais rien...

Un soir qu'Alfred de Musset nous pria de nous éloigner de son lit, se sentant mieux et ayant envie de dormir, nous nous assîmes à une table... « Eh bien ! madame, lui dis-je, avez vous l'intention de composer quelque roman qui parle de notre belle Venise? — Peut-être », répliqua-t-elle, et, prenant une feuille de papier, elle se mit à écrire, tout d'un jet, avec la rapidité de l'improvisation. Je la regardais, étonné, et afin de ne pas troubler l'inspiration, je pris un volume de Victor Hugo et feignis de le parcourir, tandis que ma pensée vagabondait ailleurs. Enfin, George Sand déposa la plume et, au lieu de me regarder et de me parler, elle prit son chapeau entre ses mains et resta dans cette attitude pendant un quart d'heure. Au bout de ce temps, elle se leva, me regarda fixement, et me tendant le feuillet qu'elle avait couvert de son écriture, elle me dit : « C'est pour vous ! » Après quoi, elle prit la lumière, s'avança doucement vers le malade qui dormait et se retournant vers moi : « Vous semble-t-il, docteur, que la nuit sera tranquille ? » — Je répondis oui avec assurance. — « Alors, vous pouvez partir et revenir demain matin. »

Pagello n'avait qu'une hâte, c'était de lire le petit papier qui lui avait été remis de si étrange manière.

C'était une déclaration passionnée, brûlante comme la lave d'un volcan. Cet hymne inspiré, cette ardente invocation à Eros, avait été improvisée en moins d'une heure, en présence de celui-là même à qui elle était destinée. J'ai conté longuement ailleurs comment ce magnifique morceau, digne de figurer dans une anthologie et qu'on a été jusqu'à comparer au Cantique des Cantiques et à la Prière sur l'Acropole, après être resté, pendant plus d'un demi-siècle, inédit, fut livré à la publicité, avec l'agrément de celui qui en était le légitime détenteur.

Quelle impression avait produit sur Pagello la lecture de cette épître, on le devine. « J'aurais tout donné pour la voir

de suite, écrit-il dans son mémorial, me mettre à ses pieds, lui jurer un amour éternel. Mais il était trop tard; je restai devant ce feuillet et le relus deux fois avec le même enthousiasme. » C'était l'emprise; Pagello était conquis!

La suite, vous la connaissez...

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'alimentation du nourrisson (1), par le docteur F.-J. Bosc, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Savoir diriger correctement l'hygiène alimentaire du nourrisson, c'est en somme instituer toute la thérapeutique préventive des maladies propres à cet âge.

Or, malgré que les médecins se pénètrent de plus en plus de l'importance prépondérante de l'hygiène alimentaire pour la santé du jeune enfant, la plupart usent encore de régimes dangereux, et beaucoup, déconcertés par la diversité des opinions, demeurent hésitants sur la valeur des aliments et la réglementation des régimes.

Le livre de M. Bosc s'adresse au praticien lui permettant d'y trouver une ligne de conduite que l'auteur n'a adoptée qu'après vérification de ses résultats par une longue pratique.

Ce précis traite de l'alimentation du nourrisson normal; l'auteur y a cependant fait entrer l'allaitement des prématurés normaux et des débiles, ainsi que quelques conseils au sujet de l'allaitement du nouveau-né syphilitique.

Un dernier chapitre est consacré à étudier les consultations de nourrissons. M. Bosc a décrit en somme l'installation et le fonctionnement de sa consultation de Montpellier qu'il a amenée peu à peu au degré de perfectionnement, où une institution de ce genre peut rendre le maximum de services.

M. DELESTRE.

Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis (2), par le docteur Démétrius A. Zambaco pacha, correspondant de l'Institut, membre associé national de l'Académie de médecine.

On lira avec le plus haut intérêt ce livre à la fois captivant et effrayant, où l'humanité n'apparaît certes pas sous un jour favorable, mais où cependant on a la joie de voir rendre hommage au rôle joué à l'heure actuelle en Afrique par la France et l'Angleterre, pour l'honneur de ladite humanité.

L'histoire, la philosophie, la biologie et la physiologie sont également familières à l'auteur, et il le montre bien au cours de son ouvrage; aussi celui-ci franchissant le cercle, trop étroit pour lui, du monde médical sera-t-il lu et discuté dans tous les milieux où l'on pense. Certaines des opinions émises par le docteur Zambaco pacha, au point de vue philosophique et politique, pourraient même soulever d'ardentes polémiques; mais ce n'est point la partie de son œuvre que nous avons à considérer ici, et puisque nous nous adressons à des médecins, nous ne pouvons que les engager à lire l'étude si documentée de notre éminent confrère.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Traité des maladies du nourrisson, par le docteur A. Lesage, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol in-8°, de VI-736 pages, avec 68 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traitement des gangrènes par l'air chaud, par le docteur F. Sigwalt. — Thèse. — Paris, Maloine.

(1) In-18 de 258 pages. — Montpellier, Coulet et fils. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. de 254 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 FÉVRIER 1911

THÈSES

Mercredi 22 février, à une heure. — M. Médeville. Ruptures spontanées dans le péritoine des kystes gélatineux de l'ovaire. (MM. Reclus, président; Roger, Nicolas et Marcel Labbé.) — Mme Iermolenko. Plaies par armes à feu des voies aériennes cervicales. (MM. Reclus, président; Roger, Nicolas et Marcel Labbé.) — Mlle Katz. Contribution à l'étude des lésions traumatiques des ménisques articulaires du genou (symptômes, anatomie, pathologie et traitement). (MM. Reclus, président; Roger, Nicolas et Marcel Labbé.) — M. Smolizanski. L'albumine dans les crachats des tuberculeux. Sa valeur diagnostique et pronostique. (MM. Roger, président; Reclus, Nicolas et Marcel Labbé.) — M. Lauriat. Le signe des spinaux dans la pleurésie. (MM. Nicolas, président; Reclus, Roger et Marcel Labbé.)

Jeudi 23 février, à une heure. — Mlle Rombach. Traitement des complications articulaires de la blennorragie par l'air chaud. (MM. Gilbert, président; Achard, Carnot et Castaigne.) — M. Foix. Activité leucocytaire et pouvoir leuco-activant des tumeurs. (MM. Achard, président; Gilbert, Carnot et Castaigne.)

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

b. *Rupture dans d'autres organes.* — Le kyste hydatique peut encore s'ouvrir dans la *veine cave*, et le contenu du kyste, lancé dans la circulation, peut tuer par embolie, ou donner naissance à des kystes secondaires; en cas de suppuration, l'ouverture peut encore se faire dans l'estomac, dans le côlon; dans les kystes à développement postérieur l'abcès peut simuler un abcès périnéphrétique et évoluer comme lui.

En résumé, quelle que soit la variété à laquelle il appartienne, le kyste se révèle surtout par des signes physiques, fort peu par des symptômes généraux (dyspnée, pesanteur, troubles dyspeptiques); c'est bien rarement qu'il guérit spontanément; bien plus souvent, au contraire, il compromet la vie du malade par ses complications, cachexie hydatique, compression d'organes de voisinage, rupture et suppuration. C'est dire la gravité que comporte l'existence d'un kyste hydatique du foie, et la nécessité absolue d'une intervention chirurgicale, une fois ce *diagnostic affirmé*. Mais l'affirmation de ce diagnostic n'est pas chose aisée; nous avons vu la difficulté du diagnostic avec les gros foies, avec les pleurésies, avec les abcès, les tumeurs du foie, avec les cirrhoses (syphilitique, etc.), avec les tumeurs de voisinage. C'est pourquoi, nous pensons, en terminant cette étude, devoir insister quelque peu sur les nouvelles réactions biologiques utilisées à l'heure actuelle, pour parvenir à ce diagnostic (éosinophilie sanguine, réaction de fixation, etc.), sur le danger de certaines recherches (ponction exploratrice), enfin, sur le traitement à instituer.

(1) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 13, p. 186 et n° 16, p. 229.

Procédés biologiques permettant le diagnostic du kyste hydatique. — La *ponction exploratrice* était vivement recommandée autrefois : en réalité elle présente deux écueils. Si le kyste est bourré de vésicules filles ou ne renferme pas de liquide, la ponction est blanche, et d'autre part surtout, la ponction n'est pas sans danger; quelques heures après qu'elle a été pratiquée, peuvent apparaître, soit une urticaire bénigne, soit quelques fois des accidents bien autrement graves (dyspnée, hoquet, collapsus, *mort* même), par *intoxication hydatique* et *accidents anaphylactiques*. Plus tard enfin, le kyste peut s'évacuer dans le péritoine par le trajet de la piqûre, et s'infecter secondairement. Aussi préfère-t-on, à l'heure actuelle, remplacer les enseignements fournis par cette ponction par la recherche des procédés biologiques suivants :

1° Recherche de l'éosinophilie sanguine. — Cette éosinophilie oscille autour de 12 p. 100, et peut atteindre même des chiffres beaucoup plus élevés : elle peut faire défaut (kystes morts, kystes suppurés); cette réaction n'est pas absolument spécifique; elle peut être observée également, au cours du parasitisme intestinal, au cours du traitement ioduré; cette éosinophilie disparait très rapidement, en quelques heures, aussitôt après la cure radicale.

2° Réaction de fixation. — Grâce à l'ingénieux procédé imaginé par Weinberg (l'antigène employé étant du liquide de kyste hydatique), on est en possession d'une méthode extrêmement précieuse et d'une rigueur presque absolue dans ses résultats : on a signalé quelques faits en contradiction avec la méthode, mais ils sont rares, et d'ailleurs la réaction est devenue positive dans ces mêmes cas, après l'opération.

3° Précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne. — C'est la recherche dans le sérum du malade, de précipitines vis-à-vis du liquide de kyste hydatique; les résultats obtenus seraient souvent en défaut.

4° Anaphylaxie passive. — Les accidents aigus d'intoxication hydatique, dus vraisemblablement à des accidents anaphylactiques, pouvaient faire penser à la possibilité d'une réalisation expérimentale des mêmes accidents, par injection du sérum de porteurs de kystes, à des animaux sensibilisés. Les expériences de Chauffard, Boidin, Laroche ont toutes été négatives.

5° Réaction de la méiostagmine. — Sous ce nom on entend l'abaissement de la tension superficielle du mélange dans des proportions données, d'un sérum riche en anticorps spécifiques, et de l'antigène correspondant, après un séjour de deux heures à l'étuve à 37 degrés (cet abaissement est calculé par l'augmentation du nombre de gouttes, déterminée par le stalagmomètre de Traube). Dans la recherche du kyste hydatique cette recherche n'a pas encore fait ses preuves.

Dans les kystes suppurés l'éosinophilie est remplacée par de la polynucléose, et le *pouvoir antitryptique* du sérum est assez nettement augmenté.

Il n'existe pas de parallélisme étroit, entre ces diverses réactions : l'éosinophilie peut rester localisée à la seule paroi périkystique; il peut également y avoir, *toxicité enclose* (Chauffard), en cas de réaction de fixation négative, avant l'opération.

En résumé, grâce aux nouveaux signes cliniques décrits par M. Chauffard, grâce à l'examen radioscopique, comme aussi, grâce à ces nouvelles méthodes biologiques, on est en mesure de diagnostiquer d'une manière assez précise le kyste hydatique du foie, et par cela même de poser parfaitement les indications du traitement.

TRAITEMENT. — 1° MÉDICAL. C'est essentiellement un *traitement prophylactique*; se rappeler le rôle du chien dans la dissémination de la maladie, et réglementer dans les abattoirs, la saisie de tout viscère envahi par les échinocoques. D'autre part si le malade refuse l'opération, le médecin pourra pratiquer avec le plus grand soin, une ponction évacuatrice suivie de l'injection dans la poche, d'une solution *de formol à* 1 p. 100, qu'on laissera dix minutes en place, et qu'on retirera ensuite du kyste.

2° CHIRURGICAL. Les récentes discussions de la Société de chirurgie ont bien mis en évidence la *fréquence des kystes hydatiques multiples*, que la clinique est impuissante à diagnostiquer, et qu'il appartient au chirurgien de rechercher systématiquement au cours de son intervention : aussi plusieurs hypothèses sont-elles à envisager en ce qui concerne le traitement chirurgical du kyste.

I. Le kyste est unique. — La règle consiste à ouvrir dans la partie culminante du kyste; chaque variété de kyste comporte donc une voie d'abord, et une ligne d'incisions différentes.

Lorsque le kyste est découvert, en vue d'éviter une greffe secondaire possible, on doit pratiquer une *injection parasiticide* (formol à 1 p. 100) en prenant toutes les précautions nécessaires, pour éviter l'issue d'une goutte de liquide non stérilisé; on doit également protéger très étroitement le champ opératoire; puis on procède à l'évacuation du kyste, et l'on attire si possible ensuite la membrane kystique à l'extérieur; il est indispensable d'inspecter très attentivement cette membrane, pour dépister des vésicules qui se dissimulent souvent dans des diverticules. On a conseillé à la fin de ce temps opératoire (Dévé), l'attouchement des parois du kyste avec des compresses imbibées d'eau formolée à 1 p. 100.

Il faut ensuite traiter la cavité du kyste; il existe trois méthodes tendant à ce but : a. l'*extirpation de l'ectocyste*, procédé dangereux exposant aux hémorragies; b. la *marsupialisation*; c. la *réduction de la poche sans drainage*; ces deux dernières méthodes ont chacune leurs partisans.

La réduction de la poche sans drainage comporte plusieurs variantes : 1. *réduction sans suture*; ce procédé expose à un cholépéritoine hydatique postopératoire ou à une péritonite biliaire postopératoire; 2. la *réduction simple avec suture*; les inconvénients sont la cholerragie intrakystique et la suppuration; 3. la *réduction sans drainage avec capitonnage*, ou procédé de P. Delbet; 4. *réduction sans drainage avec fixation méthodique à la paroi* : la marsupialisation et la réduction sans drainage sont les procédés de choix; si la suppuration s'installe, la simple ponction évacuatrice (Quénu) peut amener la guérison de ces collections. La suppuration du kyste est une contre-indication à la fermeture sans drainage, et dans ce cas il faut marsupialiser.

II. Kystes multiples. — Le chirurgien, systématiquement, au cours de son intervention, devra très soigneusement explorer la surface du foie, la cavité du kyste incisé, pour dépister ces kystes multiples; il pourra même pratiquer une ponction exploratrice à travers le parenchyme hépatique en protégeant bien son champ opératoire.

Si l'existence de plusieurs kystes est reconnue, on pourra, pour les aborder, avoir recours à des incisions cutanées distinctes, ou effondrer la cloison de parenchyme hépatique; à la suite de ces interventions, les hémorragies graves ne sont pas rares, et fréquentes aussi sont les suppurations.

Le pronostic de ces kystes multiples est aussi plus grave que celui des kystes simples; en raison de la longueur de l'opération on peut traiter les différents kystes en plusieurs séances.

III. Kystes compliqués. — Si le kyste est suppuré, c'est la marsupialisation qui s'impose après ponction et formolage.

Si le *kyste est rompu dans le péritoine*, laparotomie précoce, puis marsupialisation; il en est de même en cas de kystes rompus dans le tube digestif ou les voies biliaires, avec phénomènes infectieux secondaires.

Si le kyste est rompu *dans la plèvre*, il faut pratiquer une pleurotomie après résection de côtes, puis évacuation du choléthorax ou du cholépyopneumothorax avec marsupialisation du kyste par suture de l'ouverture diaphragmatique à la plèvre pariétale.

Bibliographie. — Castaigne, Boidin, Dévé, Chauffard et Dujarrier. *Journ. méd. franç.*, 15 déc. 1910. — Lenormant. Les kystes hydatiques multiples du foie. Fréquence, diagnostic, traitement, *Progrès méd.*, fév. 1910. — Braine. Traitement des kystes hydatiques du foie, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1887. — *Les Maladies du foie et leur traitement*, article de A. Ribot, p. 450, chez Baillière, 1910.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 20. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1911. 84e ANNEE. SAMEDI 18 FÉVRIER 1911. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BESANÇON. — Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale de l'hôpital Saint-Jacques sera ouvert, à Besançon, le mercredi 5 avril 1911, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon. Le registre d'inscription sera clos le mardi 4 avril, à quatre heures du soir.

Les chefs de clinique sont nommés pour six ans et leurs émoluments sont fixés à 600 francs par an, indépendamment des émoluments alloués par l'Ecole de médecine.

— ROUBAIX. — Le docteur Paul Butruille est nommé chirurgien adjoint de l'hôpital de la Fraternité.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (8, rue Dante, Paris. Téléphone 824-40.) — CONFÉRENCES PRATIQUES DE KINÉSITHÉRAPIE AVEC PRÉSENTATION DE MALADES. — *La kinésithérapie dans les maladies de la nutrition.* — Vendredis 24 février et 3 mars, à six heures : M. Wetterwald.

La rééducation motrice. — Vendredis 10 et 17 mars, à six heures : M. Hirschberg.

L'orthopédie (*kinésithérapie et appareils*). — Vendredis 24, 31 mars et 7 avril, à six heures : M. René Mesnard.

La kinésithérapie dans les maladies de l'appareil respiratoire. — Vendredis 5 et 12 mai, à six heures : M. Rosenthal.

La kinésithérapie dans les maladies des voies digestives. — Vendredis 19, 26 mai et 2 juin, à six heures : M. Hirschberg.

Ces conférences gratuites sont ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine. Elles ont lieu au siège de l'association, 8, rue Dante. Prière de s'inscrire au secrétariat.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la sixième semaine, 1075 décès, au lieu de 1104 pendant la semaine précédente et au lieu de 1117, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc redevenu normal. Les affections des organes respiratoires ont actuellement une fréquence un peu inférieure à la moyenne.

On a compté 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (5 cas nouveaux ont été signalés).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lazare Klein (de Paris).

RADIOLOGIE MÉDICALE. — M. A. BÉCLÈRE (hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un immédiatement avant Pâques, l'autre dans la seconde quinzaine d'octobre.

Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit :

Tous les matins, le dimanche excepté, examen clinique et traitement des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathies, splénomégalies, leucémies, etc.).

Lundi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades du docteur Mathieu (affections de l'estomac).

Vendredi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades du service.

Samedi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades externes (exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, etc.).

Le laboratoire du docteur Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

L'IMPERMÉABILISATION DES DRAPS D'UNIFORME DE L'ARMÉE PAR L'ACÉTATE D'ALUMINE. — M. A. Balland, pharmacien principal de première classe en retraite, rapporte dans la *Revue du service de l'intendance militaire* les différentes tentatives faites pour imperméabiliser les vêtements de l'armée. C'est ainsi qu'on a préconisé tour à tour le caoutchouc, la gélatine, la gomme laque, l'huile de lin cuite, le savon à l'huile de ricin, les sels d'alumine sous différents états (acétates, margarates, oléates, stéarates, sulfates), des hydrocarbures solides, tels que la paraffine et la vaseline préalablement dissous dans l'essence de pétrole, etc.

Après bien des essais, le ministère de la guerre s'est arrêté au procédé suivant qui est également employé pour les toiles de tente.

« *Matériel.* — Le matériel nécessaire est des plus sommaires; il comprend :

1° Un récipient en bois de contenance suffisante pour pouvoir recevoir une dizaine de manteaux et de capotes à la fois. On peut utiliser les baquets dont on se sert généralement pour faire la lessive;

2° Un seau en toile pour remplir et vider le baquet.

Composition du bain d'imperméabilisation. — On utilise l'acétate d'alumine que l'on trouve communément dans le commerce de la droguerie et qui est employé comme mordant dans la teinture de coton et dans l'impression des tissus.

Ce produit se présente sous la forme d'un liquide marquant généralement 6 à 7 degrés à l'aréomètre Baumé. On l'emploie mélangé avec de l'eau ordinaire dans la proportion de 1 litre d'acétate liquide pour 40 litres d'eau.

Opération. — Le baquet étant rempli de la solution d'acétate d'alumine à une hauteur suffisante pour pouvoir recouvrir entièrement les effets, on y plonge ceux-ci après avoir eu soin de découdre les boutons en métal.

Les effets doivent rester immergés pendant vingt-quatre heures environ; ils sont changés de place à plusieurs reprises, de manière que chacun d'eux soit parfaitement imprégné.

Avant de faire sécher les effets, on les suspend pendant quelque temps au-dessus du baquet à l'aide de cordes pour les égoutter, puis on les fait sécher à l'ombre, soit à l'air libre, soit sous un hangar aéré. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

1. M. ROUSSIN : Etude de la gastrite septique d'origine bucco-dentaire. Forme gastrique de la septicémie buccale. — 2. M. PENEL : Valeur thérapeutique du cathétérisme uretéral dans les pyélites suppurées. — 3. M. GUIBER : De la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de bassins rétrécis. — 4. M. CURTIL : Le pseudogliome de la rétine. — 5. M. MAGNIEN : Des résultats de la saphénectomie totale dans le traitement des varices superficielles (membres inférieurs) et de leurs complications. — 6. M. RENDU : Etude de l'oblitération des cavités osseuses et articulaires tuberculeuses par le mélange de von Mosetig-Moorhof. — 7. M. TRONYO : Complications oculaires des oreillons. — 8. M. LONGUET : Contribution à l'étude du kératoglobe. — 9. M. RAZON : De la myase intestinale. — 10. M. COLLILIEUX : De l'électrocardiographie. — 11. M. GUILMAIN : Valeur clinique comparée des réactions de Porges et de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis. — 12. M. RHOSHEM : La phtisiothérapie au XIXe siècle : de la saignée aux sanatoriums. — 13. M. PHILIPPE : De quelques altérations du foie chez les tuberculeux et de l'influence de ces lésions sur l'évolution et le pronostic de l'affection. — 14. M. BADET : Des kératites parenchymateuses traumatiques unilatérales et bilatérales. — 15. M. SOUTY : La médication opiacée rationnelle. — 16. M. BONHOMME : Traitement des ascites cirrhotiques d'origine alcoolique par la dérivation intestinale. Méthode Chauffard. — 17. M. BRUSSET : Les pyométries dans le cancer du col de l'utérus. — 18. M. BERNARD : La sérothérapie antityphique. — 19. M. GEORGES : Les mutilations volontaires de l'armée française. — 20. M. MAIX : Taille, grande envergure, buste et indice céphalique chez les détenus. Rapports entre ces différentes données anthropométriques. — 21. M. BRANCHE : Du drainage du canal de Wirsung au cours des pancréatites aiguës. — 22. M. DELACHANAL : Des tumeurs malignes du tissu cellulo-adipeux ; lipomes malins. — 23. M. DESMAROUX : Les difficultés de l'abaissement du pied antérieur dans la présentation du siège décomplété (mode des fesses). — 24. M. WUILLERMOZ : Des accidents hémorragiques au cours de l'introduction des bougies de Krause dans l'accouchement prématuré artificiel. — 25. M. LAUTARD : Des cyanoses tardives avec splénomégalie et hyperglobulie. — 26. M. ABÉCASSIS : De l'origine syphilitique des dilatations bronchiques. Leur coexistence avec lésions viscérales d'origine syphilitique. — 27. M. MAUX : De la rhinotomie sous-labiale dans les déviations graves de la cloison nasale. — 28. M. RUSSO : Etudes sur la constitution ultramicroscopique des cellules animales. Ses modifications expérimentales et pathologiques en particulier sous l'influence de l'hyperchloruration. — 29. M. JOURDAN : Du chlorure de calcium, son action diurétique et déchlorurante. — 30. M. BONJEAN : Valeur clinique de la réaction de Barierstern. Etude comparative avec la réaction de Wassermann. — 31. M. GALEY : Intervention ou non intervention immédiate dans l'hémo-thorax consécutif aux plaies pénétrantes de poitrine.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

DANS LES MALADIES MENTALES (2)

PAR MM.

J. ROUBINOVITCH et H. PAILLARD

Médecin de Bicêtre. Interne des hôpitaux.

IV

Démence précoce. — La *pression* du liquide céphalo-rachidien est, d'après nos recherches, normale ou supérieure à la normale (on observe assez souvent 25 à 30 centimètres de pression).

L'*examen cytologique* est négatif dans la très grande majorité des cas. Néanmoins on peut trouver chez quelques malades une lymphocytose légère, principalement chez ceux qui présentent une évolution déjà longue de leurs troubles mentaux et sont arrivés à la période terminale de démence [P. Camus et J. Lhermitte (87), R. Leitao da Cunha et Ulysse Vianna (88)].

Harper Smith et Rae Gibson (89) ont pratiqué l'*examen bactériologique* du liquide céphalo-rachidien chez trente déments précoces; le liquide s'est toujours montré absolument stérile.

Roubinovitch et Levaditi (90) ont recherché *la réaction de Wassermann* pour le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien chez quinze déments précoces; la réaction a été négative dans tous les cas pour le liquide céphalo-rachidien; elle a été positive dans trois cas seulement pour le sérum sanguin; quoique syphilitiques, ces trois derniers malades ne doivent pas leurs troubles mentaux, à la vérole, puisque le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas d'anticorps syphilitiques.

V

Psychoses constitutionnelles. — Dans les psychoses constitutionnelles, l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a montré jusqu'ici aucune altération susceptible de comporter des applications diagnostiques ou de révéler des altérations anatomiques. Peut-être l'étude biologique du liquide cérébro-spinal permettra-t-elle de préciser quelques nouveaux caractères; l'un de nous (26, 27) a utilisé en effet ce liquide en injections intrafessières pour la thérapeutique de divers états psychopatiques; les résultats favorables obtenus semblent indiquer la présence de certaines substances biologiquement actives, mais de détermination encore bien obscure. Telle est également l'opinion récemment exprimée par Anton (91).

VI

Epilepsie. — Le liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques a préoccupé tous les médecins et les expérimentateurs.

Dans cette maladie toujours décevante, on s'est adressé à la ponction lombaire comme nouveau moyen d'information et nombreux sont les examens minutieux d'où l'on a essayé de tirer des conclusions diagnostiques, pathogéniques ou même thérapeutiques. Silencieux sur bien des points, le liquide céphalo-rachidien a fourni sur d'autres les plus utiles renseignements et actuellement un certain nombre de faits sont définitivement acquis.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu chez la plupart des épileptiques; la tension peut devenir très considérable dans certains cas d'état de mal.

La présence de la *choline* a été et reste encore très discutée. Beaucoup de travaux ont été faits sur cette matière et principalement ceux de Donath (13) qui a de la question une conception très personnelle; nous avons décrit précédemment les méthodes de recherches de cet auteur (examen au microscope polarisant après transformation en chloroplatinate de choline). D'après lui on rencontre la choline principalement chez les épileptiques qui présentent des accès fréquents et chez les paralytiques généraux dont la maladie est entrecoupée d'ictus épileptiformes. Cette choline serait la cause des crises convulsives. Chez le cobaye, le chien, le lapin, les injections subdurales ou corticales de chlorhydrate de choline déterminent des convulsions violentes, toniques, parfois suivies de paralysies. Sur six malades atteints d'épilepsie idiopathique, Donath a pu quatre fois caractériser très nettement les cristaux de chloroplatinate de choline; dans deux cas la recherche a été négative.

Les conclusions de Ziveri (92) sont directement opposées aux précédentes. Il a recherché la choline dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints d'épilepsie essentielle; Ziveri n'a jamais trouvé la choline dans le sérum sanguin et une seule fois dans le liquide céphalo-rachidien; au contraire si l'on a affaire à des épilepsies symptomatiques, on trouve la choline en abondance variable dans le liquide céphalo-rachidien. En somme, et c'est le côté véritablement ingénieux de la question, la choline semble indiquer une désintégration de la substance nerveuse, et sa constatation doit inviter et supposer des lésions encéphalo-méningées sérieuses qui éliminent l'hypothèse d'une névrose pure.

De Buck a obtenu dans ses recherches des résultats variables et sans pouvoir tirer de conclusions fermes. Nous-mêmes, avons recherché la choline dans le liquide de deux épileptiques, sans pouvoir la caractériser.

Que faut-il conclure de tous ces résultats dissemblables? Peut-être tout d'abord qu'il conviendrait de s'entendre sur la signification du qualificatif d'épilepsie essentielle; c'est là, à la vérité, un cadre d'attente, dont on voit peu à peu se dissocier les éléments à mesure qu'on les caractérise mieux; il est très vraisemblable qu'il n'y a pas *une* épilepsie essentielle, mais bien des variétés dont on pourra peut-être établir une classification en s'appuyant sur tous les renseignements que des examens somatiques nombreux, minutieux, auront fourni. La présence de choline sera peut-être alors considérée

---

(2) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 17, p. 237.

comme un élément de mauvais pronostic, puisque sa présence semble indiquer une désintégration nerveuse en évolution.

Enfin les techniques de recherche sont tellement délicates qu'il convient de faire à propos de la choline les sages réserves que Claude et Blanchetière ont formulées et que nous avons rapportées précédemment.

De Buck (93) a dosé les *phosphates* du liquide céphalo-rachidien et les a trouvés augmentés comparativement aux chiffres obtenus dans les états formellement organiques et en particulier dans la paralysie générale. La recherche de l'*ammoniaque* a été négative ; de même celle de l'acétone ; la *substance réductrice* a été trouvée par lui en proportions très variables. Il ne faut en somme attribuer à tous ces éléments qu'une importance minime.

On a étudié longuement le liquide céphalo-rachidien pour essayer d'y déceler une *réaction leucocytaire* quelconque ; les recherches sont restées *entièrement négatives*.

C'est là un fait universellement admis ; sur une série de vingt, trente, cinquante épileptiques régulièrement ponctionnés on ne trouvera pas une seule fois de leucocytose rachidienne, *sauf si un élément surajouté* intervient pour créer un processus méningé nouveau. La loi est absolue et dans bien des cas elle permettra de distinguer des épilepsies symptomatiques de l'épilepsie essentielle. Les épilepsies par méningite tuberculeuse ou syphilitique s'accompagnent de lymphocytose, les hémorragies méningées donnent au liquide céphalo-rachidien une teinte rosée, rouge foncé ou jaunâtre ; de toute façon la centrifugation fournit un culot rouge où le microscope met en évidence de nombreuses hématies ; les tumeurs cérébrales elles-mêmes laisseront parfois échapper dans le liquide céphalo-rachidien quelques-unes de leurs cellules dont la constatation constitue un précieux appoint pour le diagnostic.

La ponction lombaire a été pratiquée chez les épileptiques à toutes les phases de la maladie : pendant l'intervalle des crises, immédiatement après celles-ci, parfois alors que le patient est en véritable état de mal ; jamais, même dans ce dernier cas, on n'a pu mettre en évidence de leucocytes dans le liquide.

Cette absence de réaction leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien a encore été mise en évidence récemment par J. et R. Voisin (94).

Corrélativement on n'a pas trouvé non plus d'augmentation de l'albumine et le fait n'est pas pour nous étonner puisque nous savons que cette augmentation va toujours de pair avec la réaction inflammatoire et la leucocytose ici complètement absente.

Restent à étudier les *propriétés biologiques* du liquide céphalo-rachidien des épileptiques et tout d'abord sa toxicité.

De très nombreuses recherches ont été faites sur ce sujet : Dide et Sacquépée, Pellegrini, de Buck, Roubinovitch y ont consacré d'importants travaux. Dide et Sacquépée (95) ont procédé en injectant le liquide dans la substance cérébrale du cobaye ; ils enfonçaient l'aiguille dans l'hémisphère droit, à 2 millimètres en dehors de la ligne médiane et introduisaient de 2 à 5 dixièmes de centimètre cube, en poussant l'injection très lentement ; l'animal supporte sans inconvénients dans les mêmes conditions une injection de 1 centimètre cube de sérum physiologique ; mais dans tous les cas, il succombe de suite si l'injection est poussée brutalement.

Leurs résultats ont été les suivants :

Le liquide céphalo-rachidien pris dans l'intervalle des crises et injecté dans le cerveau d'un cobaye à la dose d'un demi-centimètre cube ne détermine aucun phénomène pathologique.

Le liquide pris après une crise isolée (cinq à neuf heures après la crise) à la dose d'un demi-centimètre cube provoque quelques secousses généralisées avec abattement et stupeur pendant quelques heures.

Le liquide pris après une série d'attaques, injecté à la dose d'un quart de centimètre cube détermine des convulsions généralisées intenses et parfois subintrantes ; à la dose d'un demi-centimètre cube il provoque la mort en quelques heures, parfois en quelques minutes après une série d'accès tétaniformes ou épileptiformes.

Pellegrini (96) aboutit à des conclusions à peu près comparables.

De Buck a injecté le liquide céphalo-rachidien sous la peau des cobayes ; il n'a alors observé aucun phénomène réactionnel ; il a suivi avec soin le bilan nutritif des animaux injectés et n'a noté aucune modification appréciable.

Le liquide céphalo-rachidien très toxique en injections intracérébrales ne l'est donc pas en injections sous-cutanées.

L'un de nous (25) a obtenu des résultats favorables en pratiquant, chez divers épileptiques, des injections intrafessières de liquide céphalo-rachidien provenant de malades moins gravement atteints. L'interprétation de ces résultats relève de la pure hypothèse.

La simple ponction lombaire ne semble pas avoir d'influence favorable sur les accidents isolés de l'épilepsie. F. Tissot (97) l'a essayée méthodiquement dans un certain nombre de cas ; il ne retient que six observations dans lesquelles les malades ont pu être suivis pendant des années et ont été observés pendant de longues périodes au cours desquelles ils étaient alternativement ponctionnés en série et laissés sans cette intervention. Tissot conclut que la ponction lombaire n'apporte aucune modification à l'épilepsie ni à ses accès. D'après lui, on peut rejeter tout rapport de causalité entre les conditions de tension ou de quantité de liquide céphalo-rachidien et l'explosion de la crise convulsive.

Les résultats semblent être plus nets et plus heureux dans certains cas d'état de mal épileptique. A. Pichenot et P. Castin (98) rapportent l'observation d'un enfant de seize ans, en état de mal et chez lequel on pratiqua cinq fois la ponction lombaire ; chaque fois la ponction amena la presque cessation des crises pendant un laps de temps variant entre une demi-journée et deux jours ; le liquide céphalo-rachidien était toujours en hypertension.

Richard C. Allen (99) publie l'observation d'une femme de vingt-huit ans qui venait de présenter trente-six accès convulsifs en huit heures et était sur le point de succomber quand on lui fit une ponction lombaire ; elle demeura une douzaine d'heures dans la torpeur après quoi elle se remit peu à peu.

En résumé, dans l'épilepsie :

1° Il y a hypertension du liquide céphalo-rachidien.

2° La présence de la choline longuement discutée semble indiquer, dans les cas où on la trouve, une lésion dégénérative, donc la nature organique de l'épilepsie.

3° Il n'y a pas de réaction leucocytaire, sauf si un incident méningé vient créer un processus qui se surajoute à l'épilepsie.

4° Le liquide céphalo-rachidien, non toxique en injections intraveineuses, est toxique en injections intracérébrales au cobaye, et d'autant plus qu'il est prélevé sur des malades plus atteints.

5° La ponction lombaire ne semble pas avoir d'influence très marquée sur la répétition des crises en temps ordinaire ; au contraire, s'il s'agit d'état de mal, l'intervention peut avoir les meilleurs résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roubinovitch et Paillard. *Soc. de biol.*, 9 avril 1910, et *Gaz. des hôpit.*, 28 juin 1910, n° 73.
2. J. Parisot. Mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme. Appareils et technique, *Revue méd. de l'Est*, 1909, p. 456 ; — *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Nantes 1909, *C. r.*, p. 381.
3. Achard, Lœper et Laubry. Contribution à la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1901.
4. Widal, Sicard et Ravaut. Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, *Soc. de biol.*, 20 oct. 1900.
5. Sabrazès. Globuline et sérine dans le liquide céphalo-rachidien normal, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 2 août 1903.
6. Widal, Sicard et Ravaut. Albumines du liquide céphalo-rachidien au cours de différents processus méningés chroniques, Société de neurologie, *Revue neurol.*, 1903, p. 437.
7. Nonne et Apelt. Recherches sur l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, *Arch. f. Psych.*, t. XLIII, fasc. 2, p. 433.
8. Emile Feuillié. Etude sur l'albumine et la cytolyse du liquide céphalo-rachidien, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1906.
9. Rénon et Tixier. Méningite tuberculeuse; présence d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien; pas de leucocytes, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 juin 1906.
10. Lannois et Boulud. Sur la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien, Société de neurologie, *Revue neurol.*, 1904, p. 513.
11. Mott et Halliburton. The chemistry of nerve Degeneration, *The Lancet*, 15 avril 1901.
12. Gumprecht. Cholin in der normal u. pathol. Spinalflüssigkeit und die physiol. Function desselben, *Verhandl. d. Kongresses f. innere Med.*, 1900.
13. Donath. Das Vorkommen und die Bedeutung des Cholins in der Cerebro-spinalflüssigkeit bei Epilepsie und organischen Erkrankungen des Nervensystems nebst weiteren Beiträgen zur Chemie desselben, *Hoppe-Seyler's Zeit. f. physiol. Chemie*, t. XXXIX, 1903; puis *Deut. Zeit. f. Nerven.*, t. XXVII, 1904, et *Med. News*, New-York, 2 janv. 1905.
14. G. Rosenfeld. *Versam. der südwest-deutschen Irrenärzte*, 1904.
15. H. Corial. The chemical findings in the cerebrospinal fluid and central nervons system in various mental diseases, *Amer. Journ. of insanity*, 1904, n° 4.
16. Scoczynsky. Chemische Untersuchung der Spinalflüssigkeit, Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nerven krankh, ref. *Neurol. Centralbl.*, 1905, n° 1.
17. J. Donath (de Budapesth). Choline dans le liquide céphalo-rachidien. Mise en évidence par le microscope polarisant, *Revue neurol.*, 28 fév. 1906.
18. S. A. K. Wilson (d'Edimbourg). Choline dans le liquide céphalo-rachidien comme un signe de dégénération nerveuse. Son importance clinique, *Revue neurol.*, 1904, p. 401 (travail du laboratoire de Pierre Marie), Société de neurologie.
19. Claude et Blanchetière. Congrès de Lille, *Revue neurol.*, 1906, p. 781.
20. Henry A. Cotton et J. B. Ayer (de Danvers). Méthode d'Alzheimer pour l'étude cytologique. Sa valeur en psychiatrie, *Rewiew of Neurol. and Psych.*, avril 1908.
21. Maurice Faure et Laignel-Lavastine. Recherches des microbes dans le cerveau; le liquide céphalo-rachidien et le sang dans 200 cas de troubles mentaux ou nerveux, Congrès de Limoges, 1901, *Revue neurol.*, 1901, p. 83.
22. M. Villaret et L. Tixier. Eléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien après la mort, *Soc. de biol.*, 8 juin 1907.
23. Belletrud (de Pierrefeu). Bactériologie post mortem du liquide céphalo-rachidien des aliénés, *Revue de psych.*, mars 1908.
24. Widal, Sicard et Lesné. *Soc. de biol.*, 16 juillet 1908.
25. Roubinovitch. Quelques faits biologiques observés chez les épileptiques à la suite d'injections hypodermiques ou intramusculaires du liquide céphalo-rachidien d'origine hétérocomitiale, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 nov. 1908.
26. Roubinovitch. Les injections de liquide céphalo-rachidien autogène dans le traitement des états asthéniques d'origine organique ou fonctionnelle, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 5 nov. 1908.
27. Roubinovitch. Sur l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien en psychiatrie en général et dans le traitement des états anxieux en particulier, communication au *Congrès de Budapesth*, 1909.
28. Milian, Crouzon et Paris. La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 fév. 1902. — Milian. *Le Liquide céphalo-rachidien*, 1904, Steinheil, édit.
29. Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques à la période secondaire, *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1903.
30. Jeanselme et Barbé. Contribution à l'étude de la ponction lombaire chez les syphilitiques, *Soc. de biol.*, 25 mai 1907.
31. Clovis Vincent. *Les Méningites syphilitiques*, Th. de Paris, 1910.
32. A. Sézary et H. Paillard. Constatation du tréponème dans le liquide céphalo-rachidien dans un cas d'hémiplégie syphilitique, *Soc. de biol.*, 19 fév. 1910.
33. Vaschide et Raymond Meunier. Possibilité d'un pronostic de la mort chez les paralytiques généraux par l'examen de la pression sanguine, *Soc. de biol.*, 20 juin 1908.
34. Eugenio La Pegna. Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales, *Ann. de Nevroglia*, an. XXIV, 1906, fasc. 4, p. 241-288. — V. de plus, du même auteur : Thèse de libre docence, un vol. in-8 de 131 pages, Strabtip. F. Sangiovanni, Naples 1906.
35. F. Nizzi et Pighini. La pression osmotique du sérum et du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies mentales, *Riv. sperim. di Frenatria*, 15 déc. 1908.

36. L. MARCHAND. Dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques maladies mentales et en particulier dans la paralysie générale, *Revue de psych.*, mai 1903.

37. Georges GUILLAIN et Victor PARANT. Sur la présence d'albumines coagulables par la chaleur dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques spinaux, *Revue neurol.*, 1903, p. 406.

38. WOLF. *Des Eléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire*, Th. de Paris, 1901.

39. Ernest JONES. Le contenu en protéides du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, *Rewiew of Neurol. and Psych.*, juin 1909.

40. Georges ZILANAKIS (de l'asile Dromokaition d'Athènes). Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien chez les aliénés; statistique et conclusions de 160 ponctions, *Congrès panhellénique de médecine*, Athènes, avril 1906.

41. Giacomo PIGHINI. La cholestérine dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques et sa participation à la réaction de Wassermann, *Riforma med.*, 18 janv. 1909.

42. LAIGNEL-LAVASTINE et LASAUSSE. *Soc. de biol.*, 22 janv. et 7 mai 1910.

43. ACHARD et DEMANCHE. Lymphocytose céphalo-rachidienne tardive au cours d'une paralysie générale, Société de neurologie, *Revue neurol.*, 1906, p. 1087.

44. SÉGLAS et COTARD. Débilité mentale, idées de grandeur absurdes persistant sans variations depuis sept ans. Signe d'Argyll. Pas de lymphocytose, *Soc. de psych.*, 1908.

45. JOFFROY. *Soc. méd.-psych.*, 20 mai 1901.

46. DUFLOS. *La Ponction lombaire en psychiatrie*, Th. de Paris, 1901-1902.

47. VAN DER KOLK (d'Endegeest). Diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la pseudo-paralysie générale alcoolique, Soc. néerl. de méd., Leiden, janv. 1906, *Psych. en neur. bladen*, aff. 3, 1906.

48. Morris J. KARPAS (de New-York). Importance de la ponction lombaire pour le diagnostic de paralysie générale sénile, *New-York med. Journ.*, 28 janv. 1908.

49. S. STERN. Etude cytoscopique du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, *New-York med. Journ.*, 30 avril 1910.

50. W. FORD ROBERTSON, D. MAC RAE et J. JEFFREY. Recherches bactériologiques sur la pathologie de la paralysie générale des aliénés, *Rewiew of Neurol. and Psych.*, avril-mai 1903.

51. W. FORD ROBERTSON et T. SHENNAN. Recherches expérimentales de l'action pathogénique d'un organisme semblable au bacille Klebs Löffler isolé de cas de paralysie générale des aliénés, *Rewiew of Neurol. and Psych.*, avril 1903.

52. W. FORD ROBERTSON. Preuve histologique de la présence d'un organisme ressemblant au bacille de Klebs Löffler dans des cas de paralysie générale des aliénés, *Rewiew of Neurol. and Psych.*, juillet 1903.

53. W. FORD ROBERTSON et Douglas MAC RAE. Nouvelles recherches bactériologiques et expérimentales concernant la pathologie de la paralysie générale et du tabes, *The Journ. of ment. sc.*, juillet 1907.

54. W. FORD ROBERTSON et R. DOBS BROWN. La bactériologie du liquide cérébro-spinal dans la paralysie générale, *Edimb. Rewiew of Neurol. and Psych.*, janv. 1909.

55. LAIGNEL-LAVASTINE et MERMIER. Suppurations méningées chez trois paralytiques généraux, *Bull. de la Soc. anat.*, 1902, p. 913.

56. Joseph BELIN et A. BAUER. Résultats de l'autopsie d'un paralytique général à polynucléose céphalo-rachidienne persistante, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 nov. 1903.

57. DAMAYE et DESRUELLES. Méningite purulente à streptocoques chez une paralytique générale, *Echo méd. du Nord*, 3 mai 1908.

58. ARDIN-DELTEIL et MONFRIN (de Montpellier). Toxicité du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, *Bull. de la Soc. de biol.*, 28 nov. 1903, p. 1512.

59. A. MARIE et LEVADITI. *Revue de méd.*, juillet 1907.

60. METCHNIKOFF et A. MARIE (de Villejuif). L'action du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux sur le virus syphilitique, *Soc. de biol.*, 11 mai 1907.

61. H. PAILLARD et DE FONTBONNE. Les réactions méningées au cours des intoxications, *Progrès méd.*, 22 oct. 1910.

62. DE FONTBONNE. *Les Réactions méningées au cours de quelques intoxications et leur cyto-diagnostic*, Th. de Paris, 1910.

63. MONOD. *Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1901.

64. WIDAL, SICARD et RAVAUT. *Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1901.

65. LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 21 juin 1901.

66. NAGEOTTE. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 janv. 1901.

67. BABINSKI et NAGEOTTE. Contribution à l'étude du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mai 1901.

68. DUFOUR. Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite chronique alcoolique, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1901.

69. DELASIAUVE. *Ann. méd.-psych.*, 1851; — *Soc. méd. des hôpit.*, 11 fév. 1852.

70. Ch. VALLON. *Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique*, Paris 1894, Masson, édit.

71. MOSNY et MALLOIZEL. La méningite saturnine, *Revue de méd.*, 1907.

72. SICARD. *Le Liquide céphalo-rachidien*, un vol. de l'Encyclopédie Léauté, p. 177.

73. A. MARIE. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 janv. 1908.

74. LEGRY et DUVOIR. *Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1908.

75. CHAUFFARD et J. TROISIER. *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1909.

76. R. GAULTIER et H. PAILLARD. Réaction méningée au cours de l'intoxication oxycarbonée, *Bull. méd.*, 5 mars 1910.

77. CARRIÈRE. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1905, p. 114.

78. GRUMBERGER. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1905, t. XXV.

79. SOUQUES et AYNAUD. Passage de l'acétone dans le liquide céphalo-rachidien au cours du coma diabétique chez l'homme et à l'état normal chez les animaux, *Soc. méd. des hôpit.*, 31 janv. 1907.

80. L. BOUSQUET et E. DERRIEN. Acétonémie et acétone dans le liquide céphalo-rachidien, *Soc. de biol.*, 11 juin 1910.

81. R. LÉPINE. Existe-t-il une méningite urémique, *Sem. méd.*, 31 juillet 1907, p. 361.

82. CHAUFFARD. Urémie aiguë et polynucléose rachidienne, *Sem. méd.*, 13 nov. 1907, p. 511.

83. CAUSSADE et WILLETTE. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 juillet 1908.

84. DE MASSARY. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 déc. 1908.

85. CHAUFFARD et VINCENT. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 avril 1910.

86. MOSNY et PINARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 déc. 1908.

87. P. CAMUS et J. LHERMITTE. Congrès de Pau, 1904, *Revue neurol.*, 1904, p. 872.

88. LEITAO DA CUNHA et U. VIANNA. Contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses et mentales, *Ann. méd.-psych.*, juillet-août 1909.

89. G. H. Harper SMITH et RAE GIBSON. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1909, vol. IV.

90. ROUBINOVITCH et LEVADITI. Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 62.

91. G. ANTON. Ueber die operative Druckentlastung des Gehirnes bei Tumoren und anderen Gehirnkrankheiten, *Wiener klin. Woch.*, 1910, n° 48.

92. Alberto ZIVERI. Présence de la choline et du potassium dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang des épileptiques, *Riv. ital. d' ellettrotterapia*, Catane, vol. I, f. 3, p. 119-129, mars 1908.

93. De Buck. Pathogénie et diagnostic de l'épilepsie, *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1907.
94. Jules et Roger Voisin. Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie essentielle, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars 1910.
95. Dide et Sacquépée. Toxicité du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie, Société de neurologie, *Revue neurol.*, 1901, p. 438.
96. Pellegrini. La toxicité du liquide céphalo-rachidien des épileptiques, *Rif. med.*, 4-5 juin 1901.
97. F. Tissot. Epilepsie et ponction lombaire, *Progrès méd.*, 6 mai 1908.
98. A. Pichenot et P. Castin. Un cas de mal épileptique traité par la ponction lombaire, *L'Encéphale*, janv. 1907.
99. Richard C. Allen. Un cas d'état de mal épileptique. Ponction lombaire. Guérison, *Brit. med. Journ.*, 11 avril 1908, n° 2467, p. 865.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 15 février 1911)

Fracture de l'omoplate. — M. Morestin fait un rapport sur une observation de M. Tesson. Il est rare que ces fractures soient justiciables d'une opération. La consolidation s'effectue généralement très bien, ainsi que M. Morestin a eu l'occasion de l'observer sur un grand nombre de pièces.

Il s'agit d'un homme qui tomba sous la roue d'une voiture. M. Tesson constata que l'angle de l'omoplate avait basculé. Il essaya vainement de réduire et de mobiliser. Il se décida alors à tenter la réduction sanglante. Il fit une incision et constata une grande fracture sur le bord spinal avec un fragment qui s'enfonçait dans l'espace intercostal. Il crut un instant à une perforation de la plèvre, il n'en était rien. Il fit l'extraction de ce fragment et le malade guérit bien.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est l'insertion de ce fragment dans l'espace intercostal. M. le rapporteur approuve la conduite de M. Tesson, d'autant que le résultat fonctionnel est parfait.

Calcul de l'uretère. Uretérotomie. Guérison. — M. Legueu fait un rapport sur une observation de M. Luys. Il s'agit d'un malade qui avait eu des coliques néphrétiques. M. Luys fit le cathétérisme uretéral et constata l'existence d'un calcul dans l'uretère droit. Il fallait donc une intervention. L'état s'aggrava. M. Luys fit d'abord la néphrostomie et fait secondairement l'uretérotomie. Il trouve l'uretère gros, l'incise, enlève le calcul. Il fait le cathétérisme de haut en bas, s'assure de sa perméabilité. Il referme l'uretère. Tout s'arrange avec une fistule lombaire. Il cathétérise l'uretère et ferme la fistule rénale. Le malade guérit. Trois ou quatre mois après, il y eut une récidive.

Il a une nouvelle colique néphrétique, présente de nouveau une obstruction uretérale. Seconde opération analogue à la première. Ablation d'un second calcul uretéral. Il laisse une sonde à demeure dans l'uretère, en haut et en bas, qu'il tire en bas à l'aide du cystoscope.

M. Legueu se demande si M. Luys a bien fait de pratiquer préalablement la néphrostomie. Il croit qu'il a bien agi étant donné l'état grave dans lequel se trouvait le malade. Quant à la question de la récidive, ces récidives sont très rares dans l'uretère.

M. Legueu fait remarquer que M. Luys, tout en étant partisan de la séparation, sait au besoin recourir, avec succès, au cathétérisme uretéral.

M. Arrou a assisté M. Luys. Contrairement à M. Legueu, il croit que le second calcul a été oublié, non dans le rein, mais bien dans l'uretère. Il était très facile de laisser un second et même un troisième calcul.

Rupture du pénis. — M. Legueu fait un second rapport sur un cas cité par M. Abbadatros. Il s'agit d'un homme qui, dans une masturbation énergique, détermine une rupture de la verge, suivie d'un épanchement sanguin considérable. M. Abbadatros incisa le dos de la verge et trouva une rupture des corps caverneux. Suture des corps caverneux, suture de la peau et guérison.

Le malade a eu d'abord des érections postérieures, puis des érections d'abord postérieures, puis antérieures, et après des érections complètes. Résultat parfait.

M. Delorme a souvenir d'un cas où, après l'incision d'un corps caverneux, le malade est resté, dans la suite, très embarrassé.

M. Demoulin ne peut que féliciter l'auteur et le malade, car les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement.

Kyste du pancréas. — M. Quénu fait observer que les kystes du pancréas ne sont pas communs. Dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* il n'a été publié que quatre observations de ce genre par MM. Delagenière, Rochard et Potherat.

M. Quénu communique l'observation d'une femme de trente-six ans qui présenta une douleur extrêmement violente dans la région épigastrique. Le médecin crut à une colique néphrétique. La malade fut envoyée à Lariboisière où on crut à une appendicite. Cette malade vint à Cochin dans le service de M. Chauffard qui diagnostiqua un kyste hépatique. M. Quénu fit le même diagnostic. Le seul indice qui aurait pu éviter l'erreur était ce fait qu'il y avait un sillon entre le foie et le kyste et que celui-ci ne suivait pas les mouvements du foie dans l'inspiration.

M. Quénu pratique l'opération : décollement du duodénum, mise à découvert d'une petite portion du kyste, incision et marsupialisation, drainage. Le premier jour on recueille du sang et du liquide pancréatique. Le troisième jour, une débâcle de bile. Il ne s'écoulait pas moins de 860 grammes de liquide biliaire. Cet écoulement finit par se tarir.

Ce qu'il y a de particulier, c'est la cholerragie qui est exceptionnelle dans ces cas. Il y a lieu de penser qu'il s'agit d'une ulcération.

Au point de vue de la pathogénie, ces kystes sont rarement d'origine épithéliale. Il y en a davantage d'origine traumatique, ce sont des pseudo-kystes résultant d'une nécrose partielle du pancréas. Dans la majorité des cas, l'origine de ces kystes est une nécrose partielle du tissu pancréatique. En résumé, ces kystes néoplasiques sont rares. Les kystes du pancréas les plus fréquents sont des pseudo-kystes d'origine nécrosique.

M. Quénu termine par l'examen des faits au point de vue de l'intervention, extirpation totale, extirpation partielle et marsupialisation. Le pronostic grave ne dépend pas de la nature maligne de la lésion, mais bien de la lésion elle-même.

Pharyngotomie rétro-thyroïdienne. — M. Sébileau fait une communication sur ce sujet. Il rappelle un travail qu'il a fait, en 1884, en collaboration avec M. Quénu. M. Sébileau présente un malade qui avait avalé un gros os de lapin. L'œsophagoscopie montra derrière la fourchette sternale un corps étranger et, autour, des plaques de sphacèle. On essaya de désenclaver le corps étranger. Ce fut impossible. MM. Sébileau et Lemaître décidèrent une intervention, la pharyngotomie rétro-thyroïdienne. M. Sébileau décrit en détails cette opération qui lui a permis d'enlever un gros corps étranger.

L'œsophagoscopie a été, dans ce cas, très utile. Toutefois l'œsophagoscopie est surtout un moyen d'exploration et non de thérapeutique. Quand il s'agit d'un corps lisse, d'un sou par exemple, M. Sébileau est d'avis de s'en tenir aux vieilles méthodes, au panier de Graefe, l'œsophagoscopie étant une méthode difficile, pénible pour les malades. Quand le corps étranger est enclavé, trop difficile à extraire, à quelle sorte

de brèche faut-il recourir, à l'œsophagotomie externe ou à la pharyngotomie rétro-thyroïdienne. C'est à l'avenir et aux observations à le dire.

Le malade présenté par M. Sébileau, a subi, avec succès, la dernière opération.

Appareil de Lambret. — M. Quénu présente un malade qui était atteint d'une fracture du tibia et qui a été traité avec succès à l'aide de cet appareil. Correction absolue, absence de douleur, marche parfaite après quarante jours.

Autoplastie. — M. Morestin présente une malade chez laquelle il a pratiqué une opération esthétique très heureuse.

Rupture d'une hernie ombilicale. — M. Morestin présente une négresse de soixante-quinze ans, vieille servante de sa famille, qui était atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale. Cette femme fit une chute sur le trottoir et se rompit sa hernie. Elle rentra chez ses maîtres, en maintenant ses intestins dans son tablier. Rentré chez lui deux heures après, M. Morestin trouva cette femme assise sur une chaise, maintenant toujours ses intestins. Trouvant l'indication urgente, bien que n'ayant pu prendre la moindre précaution antiseptique, il réduisit cet intestin et referma le ventre en faisant la cure radicale. Après bien des péripéties, congestion pulmonaire, phlébite, etc., cette malade finit par guérir et M. Morestin est heureux de la présenter, bien portante, à ses collègues.

— Une commission est nommée pour étudier la question de l'augmentation du nombre des membres titulaires de la Société de chirurgie. Cette commission se compose de MM. Bazy, Walther, Broca, Demoulin, Auvray.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1911)

M. Cayla, président, est heureux d'annoncer que la Société de médecine de Paris a décidé la création d'une bibliothèque, avec salle de lecture et de réunion, au siège même de la Société, 51, rue de Clichy.

La diathermie et ses applications pratiques. — M. E.-Albert Weil présente le nouvel appareil d'Arsonval-Graffe, muni de l'éclateur Brien et du graduateur Albert Weil. Il démontre comment cet appareil permet de faire avec la plus grande facilité des séances de thermopénétration ou d'électro-coagulation.

Cas anormal de blennorragie. — M. Huerre signale un cas anormal de blennorragie dans lequel l'examen bactériologique décela de très nombreux gonocoques, mais dont l'évolution clinique fut insignifiante et la guérison rapide, en quelques jours, sans traitement.

Logements insalubres des concierges à Paris. — M. C. Depasse attire l'attention sur l'état antihygiénique des logements de concierges et demande que la Société de médecine intervienne auprès de M. le préfet de la Seine et des autorités compétentes pour que dans les nouvelles percées, dans les nouvelles constructions que la Ville de Paris se propose de faire ou d'autoriser avec l'emprunt de 900 millions, on exige des propriétaires, des loges qui répondent aux lois et désirs de l'hygiène actuelle, afin de lutter contre la tuberculose et les autres maladies contagieuses.

M. Dignat rappelle la difficulté pour les médecins de signaler à l'administration des cas de tuberculose constatés par eux dans les loges de concierge, et, en l'absence de toute maladie, les conditions défectueuses dans lesquelles sont établies certaines loges; car, en dehors du secret professionnel, le médecin engagerait sa responsabilité civile en mettant en quelque sorte à l'index certains immeubles.

M. Roeser estime qu'il suffit de s'adresser à la commission d'hygiène qui fera personnellement le nécessaire.

FORMULAIRE

LAVEMENT SIMPLE

Il se compose d'eau bouillie à laquelle on peut ajouter de 50 à 100 grammes de glycérine neutre.

LAVEMENT LAXATIF

Du Codex dont la formule est :

Mellite de mercuriale .... 100 grammes
Eau tiède .... 400 —

LAVEMENT HUILEUX

Huile d'olives ou d'amandes douces .... 60 grammes
Décoction de guimauve ou de graine de lin .... 500 —

LAVEMENT PURGATIF

Feuilles de séné .... 15 grammes

Faire infuser une demi-heure, passer, ajouter :

Sulfate de soude .... 15 grammes

Après infusion, ajouter :

Eau .... q. s. p. 500 grammes

LAVEMENT PURGATIF DES PEINTRES

Faire infuser 8 grammes de séné dans 500 grammes d'eau, passer, ajouter :

Jalap pulvérisé .... 4 grammes
Diaphœnix .... 30 —
Sirop de nerprun .... 30 —

LAVEMENT ASTRINGENT

Faire infuser :

Roses rouges .... 10 grammes
Racines de bistorte .... 10 —
Dans eau .... 300 —

Ajouter v gouttes de laudanum.

LAVEMENT LAUDANISÉ

Décoction de guimauve .... 250 grammes
Laudanum de Sydenham ...... x gouttes

LAVEMENT ANTIDIARRHÉIQUE

Eau de chaux .... 200 grammes
Eau de riz .... 200 —
Laudanum de Sydenham ...... 1 —

LAVEMENT NUTRITIF

Jaune d'œuf .... N° 1
Jalap pulvérisé .... 2 grammes
Bouillon de viande sans sel .... 150 —

Ou bien :

Jaune d'œuf .... N° 1
Peptone .... 10 grammes
Lait .... 150 —

(G. Lemoine, *Nord médical.*)

Le Milieu médical et la Question médico-sociale (Collection : Les études contemporaines). — Prix : 2 francs. — Paris, Grasset.

ANALYSES

MÉDECINE

L'indice respiratoire dans l'emphysème pulmonaire. (Docteur E. Hirtz, *Leçon clinique*, à l'hôpital Necker.) — La mensuration du thorax, dont l'importance clinique dans les affections respiratoires avait été bien mise en évidence par Woillez, ne paraît pas mériter, d'après M. Hirtz, l'ostracisme systématique qu'elle subit spécialement si l'on se met dans certaines conditions spéciales d'observation et si l'on part de données précises. Ainsi *à l'état normal*, chez un adulte, la circonférence du thorax à la hauteur des mamelons après une inspiration et une expiration forcées présente une variation de 7 *centimètres* : ce chiffre constitue l'INDICE RESPIRATOIRE ; les variations de cet indice, qui ne traduisent que les modifications de l'élasticité thoracique, ne préjugent en rien des lésions pulmonaires; elles sont utiles à connaître surtout dans l'*emphysème pulmonaire*.

Dans cette affection l'indice peut s'abaisser à 4, 2 centimètres et dans aucune maladie, sauf au cas d'épanchement pleurétique ou d'hydrothorax bilatéral, il ne présente un tel abaissement.

La mesure de l'indice respiratoire est encore très utile en vue du PRONOSTIC : M. Hirtz, propose en ce qui concerne l'examen, tel que le réclament les Compagnies d'assurances, de considérer comme inacceptable, tout emphysémateux dont l'indice est inférieur à 3 centimètres.

Il en serait de même en ce qui concerne les dangers possibles d'une crise d'asystolie à plus ou moins longue échéance.

Egalement enfin, l'opération de Freund, dans l'emphysème essentiel (section des cartilages costaux), serait très légitime, lorsque l'indice respiratoire est très faible, 1 centimètre, 1 centimètre et demi: cette énorme diminution de l'élasticité thoracique est l'une des meilleures indications opératoires.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Le goitre congénital; 6 observations. (Edward W. Mooney. *Arch. of Pediatrics*, déc. 1910, vol. XXVII, n° 12, p. 930.) — L'auteur, après avoir donné l'énumération des travaux parus sur la question (le plus important est celui de Fabre et Thévenot, dans la *Revue de chirurgie*, 1908, qui réunissent 130 cas), en donne une description complète.

Il ajoute ensuite la description de six cas observés par lui ou des médecins voisins, dans lesquels on observe que les six mères étaient goitreuses, cinq multipares; dans un cas la grand'mère était goitreuse, dans un autre deux tantes, un enfant était mort-né, un autre ne vécut que deux jours, un autre mourut à deux ans d'une autre affection, les trois autres sont vivants. Mooney insiste sur la nécessité d'un traitement prophylactique. Quand une femme goitreuse devient enceinte, il est nécessaire de lui faire prendre de l'iodure, ou mieux de l'extrait thyroïdien jusqu'à la limite de sa tolérance. Dans les cas graves, pour l'enfant, le seul traitement sera le traitement chirurgical.

M. LANCE.

De la tuberculose des trompes de Fallope comme facteur étiologique de la grossesse extra-utérine. (Taylor. *Amer. journ. of surg.*, juin 1910.) — En un mois, l'auteur a observé trois cas de grossesse extra-utérine, tous trois chez des tuberculeuses pulmonaires avancées. Dans trois autres cas de grossesse extra-utérine observés par lui, les trompes étaient tuberculeuses. Dans un autre cas, grossesse extra-utérine au septième mois, le placenta s'étendait du tiers supérieur de l'utérus à travers la trompe rompue dans la cavité abdominale et s'insérait au péritoine, à l'épiploon, aux intestins, au foie; l'utérus avait les dimensions d'un utérus gravide au quatrième mois. Cette malade aussi était tuberculeuse. En tout, Taylor a vu 64 cas de grossesse extra-utérine dont 42 (66 p. 100) étaient tuberculeux; l'examen histologique fut pratiqué. Comme la tuberculose des trompes est infiltrante et obstructive plus qu'ulcérative, il semble qu'il faille lui faire jouer le rôle le plus important de tous dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine.

F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'examen de l'oreille et des premières voies respiratoires chez les aspirants pilotes pour la navigation aérienne. (*Arch. ital. di Otol., Rinol. e Laryngol.*, 1911, fasc. I). — Le professeur A. Nieddu-Semidei consacre un très intéressant travail à la physiologie de l'homme-volant, et il termine par les considérations suivantes. Chez les pilotes de dirigeables et d'aéroplanes, il doit exister une parfaite activité fonctionnelle des organes de la respiration et de la circulation, ainsi que des centres nerveux. Cette activité est en effet soumise, durant les hautes et moyennes ascensions, à un travail intense et à de nombreuses causes perturbatrices.

La vue a naturellement pour eux une importance capitale, car c'est d'elle que dépend la reconnaissance du chemin parcouru et des signaux. Il faut donc posséder un excellent pouvoir visuel, central et périphérique, pour le blanc et les couleurs. Les affections externes de l'œil qui n'intéressent pas la fonction visuelle, doivent être évaluées d'après la diminution de protection qu'elles entraînent vis-à-vis des agents de l'ambiance spéciale.

En ce qui concerne l'oreille, ces pilotes doivent avoir en premier lieu un labyrinthe non acoustique fonctionnant admirablement, sensible et non surexcitable. Ils doivent pouvoir juger très exactement la position des objets (ce dont on pourra s'assurer par l'épreuve du bâton et les épreuves optiques, de Gradenigo.) Ils doivent posséder dans son intégrité leur équilibre dynamique, lequel s'affine par l'exercice ; et le saut, la précision des mouvements des membres, la résistance aux chocs doivent être vérifiés par des épreuves convenables. Un sens correct de la direction est nécessaire, soit pour diriger l'appareil, soit pour éviter les obstacles, surtout au moment de l'envol et de l'atterrissage. Les erreurs et les illusions de direction pouvant survenir par altération fonctionnelle du labyrinthe sont en pareils cas désastreuses.

Chez un aspirant aviateur qui au cours de ses premières épreuves avait manifesté de semblables illusions et en était demeuré très impressionné, l'examen de l'oreille fit voir à l'auteur des résidus d'otite moyenne purulente bilatérale, avec diminution de l'ouïe et troubles fonctionnels du labyrinthe non acoustique. Invité à marcher en ligne droite les yeux fermés, il déviait toujours vers la droite; la déviation était encore plus manifeste dans la progression circulaire, le cercle parcouru s'élargissant à chaque tour si la marche se faisait l'oreille droite étant en dehors, se rétrécissant au contraire si la progression avait lieu l'oreille droite étant en dedans. Cette observation a conduit l'auteur à introduire l'*épreuve du cercle* dans l'examen fonctionnel du labyrinthe non acoustique chez les aspirants pilotes aviateurs.

L'ouïe doit être normale, car c'est aux sensations acoustiques qu'est spécialement dévolue la surveillance du bon fonctionnement du moteur et de tout l'appareil.

L'état normal de la caisse tympanique, le libre jeu de la chaîne des osselets, la perméabilité des voies aériennes supérieures et de la trompe, sont des conditions indispensables pour la défense de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'oreille contre les effets de la décompression de l'air et des agents météorologiques.

D'après leur influence sur l'oreille, les affections des premières voies aériennes doivent être évaluées selon leurs effets sur la respiration, les troubles nerveux réflexes, la gêne de la circulation lymphatique cérébrale (aprosexie) qu'elles peuvent entraîner.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Parasitologie (1), par E. Brumpt, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de parasitologie à la Faculté de médecine de Paris. Préface de M. le professeur R. Blanchard.

Pour se rendre compte rapidement des progrès immenses accomplis par la parasitologie dans ces dernières années, il suffit de lire l'avant-propos que M. Brumpt a placé en tête de son livre, et cet exposé sommaire suffit à justifier le but que s'est proposé l'auteur de grouper en un ouvrage unique toutes les connaissances qu'on possède actuellement sur ce sujet.

M. Brumpt a tenu à ce que son livre fût complet et à ce que toutes les espèces connues y fussent consignées, car, ainsi qu'il le fait très judicieusement observer, personne ne peut prévoir l'importance médicale qu'une espèce considérée comme rare peut prendre en quelques années; aussi, jusqu'à la dernière minute, s'est-il efforcé de tenir son texte au courant des dernières découvertes scientifiques.

Sans parler de ceux qui veulent faire de la parasitologie une étude particulière et approfondie, il est hors de doute que le présent ouvrage rendra quotidiennement service aux médecins; pour peu qu'on lise, on est en effet constamment arrêté par des noms de parasites, dont on ignore tout, ou à peu près, et si l'on veut se renseigner à leur sujet que de recherches alors, et que de temps perdu! L'ouvrage de M. Brumpt évitera désormais tout cela, et n'eût-il que cette utilité, que certains peuvent peut-être qualifier de secondaire, il n'en mérite pas moins grandement la reconnaissance des médecins.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Tronc cœliaque (2), par Pierre Descomps, prosecteur des hôpitaux.

Ce travail est l'exposé des constatations faites par l'injection et la dissection des artères abdominales chez 50 sujets. Malgré l'intérêt qu'elle présente en elle-même l'auteur ne s'est pas borné à la description anatomique. Chacun des chapitres sur les branches du tronc cœliaque est suivi de notes qui expliquent et discutent l'intérêt chirurgical des dispositions normales ou anormales décrites. Citons parmi les plus importantes la présence d'un rameau hépatique de la coronaire stomachique qu'il faudra respecter dans la gastrectomie, les conséquences de la ligature de l'hépatique commune en cas d'anévrisme ou de plaie, les rapports de la gastro-duodénale avec le cholédoque, les rapports vasculaires du cholédoque, de l'hépatique, du cystique, gros de conséquences dans les opérations sur les voies biliaires, ou les hernies de l'hiatus de Winslow, la disposition de l'artère pylorique et l'irrigation du bout duodénal dans la pylorectomie, autant de chapitres qui intéressent au plus haut point la chirurgie de la région.

Si l'on joint à ces applications la multiplicité des figures, on comprend pourquoi la lecture de ce travail est facile et attachante.

M. LANCE.

Précis de Pathologie chirurgicale (3). Tome III : *Glande mammaire*; *Abdomen*, par P. Duval, A. Gosset, P. Lecène, Ch. Lenormant, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, chirurgiens des hôpitaux.

Ce nouveau volume vient continuer très heureusement la publication de ce « Précis de Pathologie chirurgicale ». Très concis dans sa forme, il est néanmoins complet. On y trouvera la mise au point très juste des derniers travaux de pathologie externe. Citons parmi ces chapitres : les hernies par glissement, les infections des voies biliaires et leurs rétrécissements, l'examen fonctionnel du pancréas, les pancréatites, calculs, tumeurs, kystes et fistules du pancréas, l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire, la pathologie du diverticule de Meckel, les thrombo-phlébites mésentériques, le cæcum mobile, le mégacolon congénital, les occlusions intestinales par coudure de l'angle gauche du côlon, l'ulcère simple du gros intestin, les sigmoïdites et périsigmoïdites, les rétrécissements péricoliques pelviens.

Orné de nombreuses figures, ce nouvel ouvrage sera entre les mains de tous les étudiants, et beaucoup de praticiens le consulteront avec fruit.

M. LANCE.

La Stabilité de la vie. Etude énergétique de l'évolution des espèces, par Félix Le Dantec, chargé de cours à la Sorbonne.

Le nouvel ouvrage, dû à l'éminent philosophe qu'est M. Félix Le Dantec, est écrit pour prouver que l'organisme de l'être vivant est en état d'équilibre stable, et pour démontrer que cette stabilité augmente sans cesse, qu'elle n'a pu qu'augmenter depuis que la vie est apparue sur la terre.

Pour étudier un sujet aussi vaste, l'auteur fait appel à des connaissances très diverses; certes il reconnaît qu'à notre époque on ne saurait plus être encyclopédiste, mais il affirme aussi que le philosophe ne doit ignorer aucune des idées générales qui sont nées des découvertes spéciales faites, dans les cantons les plus divers, par la curiosité humaine. Or pour se retrouver dans ce labyrinthe, il faut une méthode claire. M. Le Dantec pense que son livre remplira le but qu'il s'est proposé, si l'on y trouve cette méthode claire et une série solide de déductions, et il nous semble, quant à nous, qu'on ne saurait choisir pour guide, en l'espèce, de meilleur guide qu'un esprit tel que le sien.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) 1 vol. de XXII-915 p., avec 683 fig., dont 240 originales, et 4 pl. hors texte en couleur. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) 1 vol. grand in-8° de 205 pages avec 97 fig. — Prix, cartonné : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

(3) In-8° de XII-781 p., avec 352 fig. dans le texte. — Prix : cart. toile, 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 FÉVRIER AU 4 MARS 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 1er mars, à une heure. — 3e (oral, 2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Gougerot.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Gaucher, André Jousset et Jean Camus; — (2e série) : MM. Roger, Sicard et Guillain.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Laignel-Lavastine; — M. Mulon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delbet, Lejars et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Legueu et Proust; — (3e série) : MM. Aug. Broca, Mauclaire et Ombrédanne.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pierre Marie, Marcel Labbé et A. Léri; — (2e série) : MM. Marfan, Lœper et L. Bernard; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 2 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Grégoire et A. Schwartz.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Brindeau; — (2e série) : MM. Prenant, Demelin et Terrien; — (3e série) : MM. Bar, Thiéry et Chevassu; — (4e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Morestin et Lenormant; — (5e série) : MM. Rémy, Jeannin et Okinczyc.

4e : MM. Chantemesse, Balthazard et Tiffeneau; — M. André Broca, suppléant.

(1) 1 vol. de 300 p. — Prix, cartonné : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Vendredi 3 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Hartmann et Rouvière.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Potocki et Mulon; — (2e série) : MM. Reclus, Branca et Guéniot; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Legueu et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux; — M. A. Léri, suppléant.

Samedi 4 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Terrien.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Demelin et Grégoire; — (2e série) : MM. Bar, Morestin et Chevassu.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Widal et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert, Claude et Gougerot; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Roussy.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 1er mars, à une heure. — M. Verdier. Un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la clavicule. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Segond et Zimmern.) — M. Fabien. Contribution à l'étude des tumeurs du rein chez l'enfant. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Segond et Zimmern.) — M. Lenoir. Les contusions du pancréas. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Segond et Zimmern.) — M. Timal. La consolidation de la blessure dans lès accidents du travail. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Segond et Zimmern.) — M. Carof. De l'incision des épidimytes blennorragiques suppurées. (Résultat de deux années de pratique à l'hôpital Ricord). (MM. Segond, président; Kirmisson, Reclus et Zimmern.)

Jeudi 2 mars, à une heure. — M. Vosy. Contribution à l'étude des réactions broncho-pulmonaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (MM. Hutinel, président; Widal, Achard et Gougerot.) — M. Bader. Contribution à l'étude des dermatoses linéaires. (MM. Widal, président; Hutinel, Achard et Gougerot.) — M. Foy. Manifestations cérébrales de l'hypertension artérielle. (MM. Widal, président; Hutinel, Achard et Gougerot.) — M. Rambaud. Du rôle des porteurs de graines dans l'épidémiologie de la fièvre typhoïde. (MM. Achard, président; Hutinel, Widal et Gougerot.) — M. Feuillet. Corps libres du péritoine. (MM. Achard, présidnet; Hutinel, Widal et Gougerot.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de médecine opératoire, par le docteur Lecène, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 325 pages avec 321 photographures. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Consultations médicales, par H. Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. Trois in-8 de 600 pages. Chaque volume se vend séparément : I. *Thérapeutique clinique*, 12 francs; II. *Maladies du cœur*, 12 francs ; III. *Maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif*, 12 francs. — Paris, J.-B. Bsillière et fils.

Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes, par le docteur Jean Clunet. Un vol. de 336 pages. — Paris, Steinheil.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1911.) Murie : Rougeole et suette en Poitou. — Bellon : Assainissement des atmosphères confinées dans le travail des textiles. — Garnier : Empoisonnement criminel par le cyanure de mercure et tentative par le sublimé corrosif.

Annales médico-psychologiques. — (No 1, janv.-fév. 1911.) Dupouy : L'opiumisme d'Edgard Poë. — Remond et Voivenel : Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie, enquête et critique (*suite et fin*). — Cullerre : Documents d'outre-mer. L'hôpital d'épileptiques d'Ohio. — Adam : Les maladies mentales dans l'armée (*suite et fin*).

Archives d'électricité médicale. — (No 301, 10 janv. 1911.) Bergonie et Speder : Contribution à la radiothérapie des fibromes. — Bordier : Remarques sur le traitement radiothérapique des fibromes utérins. — Fabre et Egger : Effets du radium sur un cas de sclérose combinée.

Archives de médecine des enfants. — (No 1, janv. 1911.) Moussous : Diagnostic différentiel de la méningite cérébro-spinale et de la poliomyélite épidémique, de la paralysie infantile et de l'encéphalite de l'enfance. — Mme de Biehler : Les taches de Koplik. — Péhu : Note sur la topographie périvasculaire de la tuberculose intestinale dans le premier âge. — Delcourt : Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordet-Gengou.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 1, 5 janv. 1911.) Elschnigg : Pathogénie et traitement des lésions de l'œil. — Hering : Sur un phénomène d'auscultation post-mortel chez l'homme. — Leo : Sur l'action antiinflammatoire des sels neutres solubles de chaux. — Kausch : Nutrition sous-cutanée et intraveineuse par le glucose. — Bokaj : Contribution à la connaissance de la maladie de sérum. — Kreibich : Le salvarsan. — Bettmann : Herpes zoster après injection de salvarsan. — Carl Stern : Un nouveau cas de paralysie des muscles de l'œil après le salvarsan. — Lissauer : Sur la connaissance de la méningite carcinomateuse. — Loeb : Sur la signification du corps jaune pour la périodicité du cycle sexuel dans l'organisme mammifère femel. — Nagelschmidt : Importance clinique de la diathermie. — (No 2, 12 janv.) Elschnigg : Pathogénie et trai-

tement des lésions oculaires. — ULEULUTH et MULZER : Affection syphilitique générale chez le lapin. — DUNBAR : Emploi de substances nuisibles dans la fabrication de la margarine. — ISRAËL : Sur la fièvre dans les tumeurs du rein et des capsules surrénales. — BOAS : L'épreuve de la phénolphtaléine comme réaction des hémorragies occultes du tube digestif. — ASTWAZATUROW : Sur les rapports entre le tabes et la liptoméningite. — WEILL : Pouvoir bactéricide des exsudats inflammatoires séreux. — VOECKLER : Sur l'extension dans le traitement des fractures. — ROTHSCHILD : Sur la guérison fonctionnelle de la paralysie du trapèze au moyen de plastique libre des aponévroses. — BORUTTAU : Sur le sort de l'hydropyrine dans l'organisme. — PERNICE : Un nouveau coussin pour s'asseoir.

Journal de médecine interne. — (N° 1, 10 janv. 1911.) LACAPÈRE : Les procédés de choix dans le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — Ch. FOUQUET : Alopécies. — René MÉNARD : La kinésithérapie dans les suites de la coxalgie. — (N° 2, 20 janv.) MAUCLAIRE : Hernies ombilicales congénitales. — VAN DEN BRANDEN : Méningite cérébro-spinale provoquée par un streptocoque.

Journal des praticiens. — (N° 2, 14 janv. 1911.) Paul RECLUS : « La consolidation de la blessure ». — PINARD : L'hémorragie rétro-placentaire. — CLAUDE : Equivalents comitiaux. — (N° 3, 21 janv.) TUFFIER : Rétroflexion utérine. — A. SCHWARTZ : Un cas d'achisomycose (inoculation prise sur le fait). — SABOURIN : La phtisie pulmonaire à forme menstruelle.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 2, 14 janv. 1911.) M. LEDUC : Cystofibrome utérin pédiculé. Hystérectomie. Guérison.

Journal français de médecine. — (N° 1, 15 janv. 1911.) PASTEAU : Les procédés modernes d'exploration rénale. — F. WIDAL : Les grands syndromes du mal de Bright : l'albuminurie et la chlorurémie, l'azotémie, le syndrome d'hypertension artérielle (l'insuffisance rénale à forme hydropigène et l'insuffisance rénale à forme sèche). — CASTAIGNE et André WEILL : Considérations pratiques d'ordre clinique et thérapeutique sur le liquide céphalo-rachidien des urémiques. — CASTAIGNE : Les régimes dans les néphrites chroniques. — F.-X. GOURAUD : Les travaux récents sur le traitement médico-chirurgical des anuries.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 1, 5 janv. 1911.) W. JESSOP : Les aspects ophtalmoscopiques de la tuberculose chronique de la choroïde. — FERRAS : Aperçu général des sources sulfurées des Pyrénées. — (N° 2, 12 janv.) CANTINEAU et CHEVAL : Deux cas d'intoxications par le sublimé corrosif. Un cas de névrite mercurielle. — FERRAS : Aperçu général des sources sulfurées des Pyrénées (*fin*). — (N° 3, 19 janv.) M. BERTRAND : Le Foroche (mal des montagnes).

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er janv. 1911.) PONCET : Résultat éloigné d'une énucléation massive pour goitre exophtalmique. — BÉRARD et STÉPHANI : Le traitement des grands traumatismes des membres inférieurs (*suite*). — DESTOT : Fractures anciennes de la région malléolaire (*suite et fin*), 2 fig. — VIGNARD et ARNOUD : L'injection intrapéritonéale d'huile camphrée dans le traitement des péritonites diffuses aiguës. — LERICHE et COTTE. A propos du traitement chirurgical de la symphyse du péricarde et de la médiastino-péricardite.

Lyon médical. — (N° 2, 8 janv. 1911.) LYONNET et PIÉRY : De quelques moyens pratiques destinés à prévenir les accidents immédiats du pneumothorax artificiel. — (N° 3, 15 janv.) CH. ROUBIER et ANT. LACASSAGNE : Un cas de sclérodermie progressive avec quelques réflexions sur sa pathogénie. — (N° 4, 22 janv.) A. CHALIER : Sarcome mélanique primitif du rectum.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1911.) GUÉRIN-VALMALE : Leçon d'ouverture. — PIERI : Considérations sur les imperforations ano-rectales. — IMBERT et CLÉMENT : Appendicite et annexite. — J. POUCEL et CLÉMENT : Epilepsie jacksonnienne. — VAYSSIÈRE : Fibro-sarcome du cuir chevelu. — MASINI et DUGAS : Abcès du foie. — (N° 2, 15 janv.) REYNAUD : La quinine préventive contre le paludisme et la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — DUFOUR : Suicide par ouverture de la gorge. — FARNARIER : Syndrome de Gradenigo.

Medizinische Blätter. — (N° 1, 7 janv. 1911.) DIMMER : Prophylaxie de la blennorrhée des nouveau-nés. — (N° 2, 21 janv.) DIMMER : Prophylaxie de la blennorrhée chez les nouveau-nés.

Montpellier médical. — (N° 1, 1er janv. 1911.) VALLET : De l'action bactéricide des rayons ultraviolets. — FLEIG : Action des injections d'eaux minérales sur le sang et le système circulatoire. — (N° 2, 8 janv.) DE ROUVILLE : Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques, basées sur 130 observations personnelles. — C. FLEIG : Action des injections d'eaux minérales sur le sang et le système circulatoire.

Nord médical. — (N° 390, 1er janv. 1911.) JOIRE : La nature de l'hystérie et son traitement. — HERVÉ : La cure d'air surveillée et disciplinée chez les enfants. — (N° 391, 15 janv.) G. LEMOINE : Traitement des bronchites à résolution lente. — E. DOUMER : Epilepsie et constipation.

Normandie médicale. — (N° 1, 1er janv. 1911.) R. LE CLERC : Du diabète sucré. A propos de 27 observations (*à suivre*).

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 24, 30 déc. 1910.) COLLEVIL : Sur un cas de phlébo-sclérose chez un bacillémique.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 3 janv. 1911.) R. PICHEVIN : Stérilité et sténose. — La lutte contre le cancer. — Les chirurgiens et la justice. — (N° 2, 10 janv.) PICHEVIN : Laparotomie et anesthésie. — A propos du 606. — Traitement de la vérole par l'ammoniaque et l'uranate d'ammoniaque. — (N° 3, 17 janv.) R. PICHEVIN : L'avortement criminel. — (N° 4, 24 janv.) PICHEVIN : La voie vaginale et la voie sus-pubienne.

Semaine médicale. — (N° 1, 4 janv. 1911.) CIRO L. URRIOLA : Sur un nouveau signe pathognomonique du paludisme. — (N° 2, 11 janv.) DE BOVIS : Le lever précoce des nouvelles accouchées. — (N° 3, 18 janv.) C. FRUGONI et F. GIUGNI : Le « signe du lacet » dans les maladies à manifestations hémorragiques. — (N° 4, 25 janv.) LEJARS : Les indications et la technique des anastomoses bilio-intestinales.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 1, 5 janv. 1911.) PFEIFFER : Sur la connaissance des actions photodynamiques des substances fluorescentes. — SORGO et SUESS : Expériences sur le traitement par la tuberculine. — LAUB : Traitement par la tuberculine et diagnostic par la tuberculine. — PIESEN : Importance de l'albuminurie lordotique en hygiène scolaire. — NOBL : Sur la connaissance de l'herpes zoster généralisé. — GIOSEFFI : Sur l'emploi des plaques de sang et de la réaction de fixation du complément dans le diagnostic des cas sporadiques de choléra. — STERNBERG : Diète et cuisine en chimie, physique et physiologie. — (N° 2, 12 janv.) NEURATH : Les enfants obèses. — TANAKA : Sur la connaissance de la maladie pulmonaire à distomes. — PICHLER : Sur les causes du scotome scintillant et son traitement. — DEUK : Sur la question de la péritonite chronique adhésive. — BICHOMSKI : Diagnostic différentiel de l'hystérie et des affections nerveuses organiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Eaux Minérales Naturelles admises dans les Hôpitaux

SAINT-JEAN. Gastralgie, dyspepsie.

PRÉCIEUSE. Foie, calculs, reins, diabète, goutte.

MARIE. La meilleure des eaux de table gazeuses.

Très agréables à boire. Une bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

PANSEMENTS DE JOUR POUR LA DERMATOLOGIE

ONGUENT A LA CASÉINE

Laccodermes

SIMPLES

ET AU GOUDRON DE HOUILLE

Pharmacie Pierre BRISSON

31, rue Boissy-d'Anglas, 31. — PARIS

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

Pastilles de

Stovaïne Billon

contre

Affections

Bouche

Gorge

Larynx

Estomac.

Etablts POULENC Frères. Paris.

APPAREILS DE L'ART MÉDICAL PERFECTIONNÉS

Orthopédie. Prothèse

Nouveaux Appareils brevetés S.G.D.G., contre toutes les déviations ou déformations du corps, de la colonne vertébrale et des membres : Mal de Pott, Lordose, Cyphose, Scoliose aux 3 degrés, Coxalgie, Paralysie infantile, Luxation, etc.

JAMBES ET BRAS ARTIFICIELS, MODÈLES PERFECTIONNÉS

Modèles spéciaux établis sur les indications de MM. les Membres du Corps médical

Etablissements A. CLAVERIE, 234, Faubourg St-Martin, PARIS

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des Toniques ne constipant jamais.

Dose : Un verre à bordeaux avant ou après chaque repas.

MARIANI, Phien, 41, boul. Haussmann, et dans toutes les pharmacies.

PYRAMIDON CREIL AUTHENTIQUE ET GARANTI PUR

Produits Pharmaceutiques Spéciaux "CREIL"

CACHET CÉPÉ

à 0 gr 30

Pyramidon "Creil"

Produits Pharmaceutiques Spéciaux "CREIL"

CACHET CÉPÉ

à 0 gr 30

Pyramidon "Creil"

Prix 20 cent.

DUPUTEL à CREIL (OISE)

Produits Pharmaceutiques Spéciaux "CREIL"

CACHET CÉPÉ

à 0 gr 30

Pyramidon "Creil"

Prix 20 cent.

DUPUTEL à CREIL (OISE)

PRODUITS PHARM. SPÉCIAUX "CREIL"

LABORATOIRE E. DUPUTEL PHAR. DE 1re Cl. CREIL, (OISE)

DE LA Cie PARISIENNE DE COULEURS D'ANILINE

9, Fg POISSONNIÈRE, PARIS.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM, Lermoyez, Sébileau, Lombard, Monod, Darier et Launois.

Candidats. — MM. Baldenweck, Blanluet, Hautant, Grivot et Laurens.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. le docteur Raymondaud, professeur d'anatomie, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 25 février 1911.

BOURSES A L'ÉTRANGER. — L'Université de Paris dispose, depuis l'année scolaire 1910-1911, de dix bourses de séjour dans les universités de l'étranger de 3000 francs chacune.

Ces bourses peuvent être attribuées soit à des docteurs, soit à des pharmaciens de première classe se destinant à l'enseignement, soit à des agrégés des divers ordres de l'enseignement secondaire, hommes et femmes.

Les demandes devront être adressées au vice-recteur de l'Académie de Paris avant le 1er mai 1911. Elles indiqueront l'âge des postulants, leurs grades, leurs services antérieurs et les universités où ils se proposent de se rendre.

Les bourses seront attribuées par le Conseil de l'Université.

LES PRÉPARATEURS DES ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — La Chambre a voté le 16 février une résolution de MM. Barthe et Deloncle, ainsi conçue :

« La Chambre invite M. le ministre de l'instruction publique à étudier en vue du budget du futur exercice les moyens d'assimiler les traitements des préparateurs des écoles supérieures de pharmacie à ceux des préparateurs des facultés des sciences. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Ch. Durand (de Branoux), Guillet [P.-L.-V.-J.] (de Paris), Guilloteau (d'Alfort), Leroux [L.-L.-E.] (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Amouroux (de Ratayrens), Bianchi (de Lyon), Bosche et Cazaux [Jacques] (de Paris), Cazes [Romain] (de Toulouse), Chenal (de Cepoy), Cornil [Gilbert] (de Vichy), David [E.-V.] (de Paris), Debedat (de Bordeaux), Dor [Henri] (de Caluire-et-Cuire), Lemaire (de Cosne), Lemonnyer (de Crérences), Marque, Naegelin et Parmentier [Henri] (de Paris), Picaud (de Grenoble), Saint-Laurent et Vermesch (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante et il y a lieu, en conséquence, pour le ministre de l'intérieur de pourvoir à la nomination d'un auditeur.

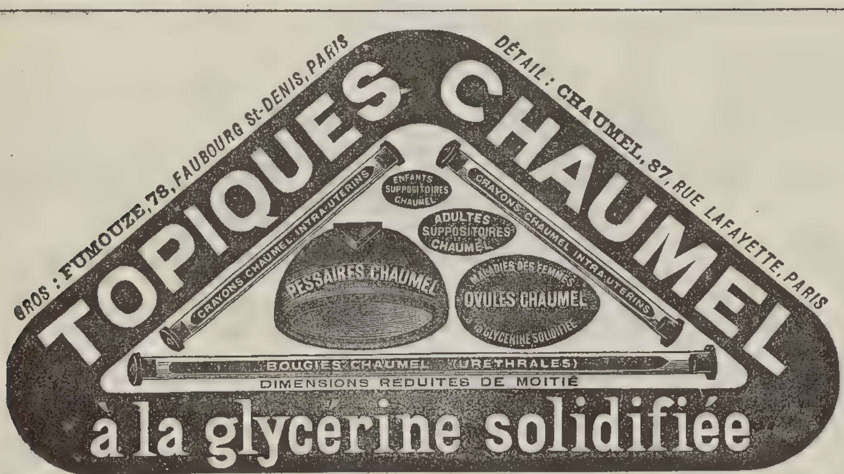
D'après le règlement intérieur du conseil supérieur d'hygiène, appelé à établir une liste double de présentation de candidats, la présentation pour la place déclarée vacante sera faite en faveur d'un ingénieur.

Conformément à l'article 5 du décret du 18 décembre 1902, les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres avant le *samedi 25 février 1911*, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau).

— Ont été nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :
Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Kaeppelin (du Puy) et Leclercq (de Bully).

GUERRE. — La médaille d'argent des épidémies est décernée à MM. les docteurs Bordas, médecin en chef du Prytanée

RENSEIGNEMENTS


GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
TOPIQUES CHAUMEL
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES OVULES CHAUMEL GLYCERINE SOLIDIFIÉE
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS REDUITES DE MOITIÉ
à la glycerine solidifiée

militaire; Bailley, médecin-major de deuxième classe; Enjalbert, médecin-major de première classe.

— Est cité au *Bulletin officiel* avec lettre de félicitations pour sa coopération à l'œuvre de la préparation militaire M. le docteur Céry, médecin-major de deuxième classe de réserve.

LE BOUTON DES MÉDECINS TERRITORIAUX. — On sait que les médecins territoriaux comme tous les officiers de l'armée territoriale portaient au collet de la tunique ou du dolman une ganse à bouton qui les distinguait de l'active et de la réserve. Cette ganse à bouton vient d'être supprimée.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Dans sa dernière réunion, l'association a étudié la question de la *limitation du nombre des médecins* qui est posée au comité de vigilance du Congrès des praticiens.

A la suite d'un échange de vues, les membres présents ont, à l'unanimité, donné mission à leur délégué, le docteur Granjux, de repousser la limitation, mais de demander une juste sévérité dans les examens et un fort bagage d'instruction, tel que les études classiques, avant de pouvoir aborder les études médicales.

M. le docteur Blondel a attiré l'attention sur une conséquence très préjudiciable aux intérêts des médecins français, de l'accès aux études médicales accordé aux bacheliers « sciences, langues vivantes ». Ce diplôme étant très facile à obtenir par les étrangers qui se réclament de leur langue maternelle, tous ceux d'entre eux qui veulent exercer la médecine en France le préparent. En ce moment, ils sont légion à la Sorbonne, sans parler des simples instituteurs.

A la suite de cette communication, l'assemblée a décidé qu'une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Blondel, Butte et Granjux, irait trouver les rapporteurs du budget de l'instruction publique à la Chambre et au Sénat, pour leur signaler les conséquences désastreuses de l'autorisation d'entreprendre les études médicales, accordée aux porteurs du baccalauréat « sciences, langues vivantes » et de demander le retrait de ce regrettable arrêté, créé au profit des facultés des sciences, comme l'a été déjà l'institution du P. C. N.

L'association étant incitée par l'association de la *Presse médicale internationale* à désigner quatre membres pour la commission internationale de « l'unification de la terminologie médicale » a désigné MM. Marcel Baudouin, Cabanès, Foveau de Courmelles, Landouzy.

UNE CONFÉRENCE SANITAIRE A PARIS. — Le gouvernement français vient de prendre l'initiative de la réunion à Paris, au mois de mai prochain, d'une conférence sanitaire internationale, et il a adressé dans ce but des invitations aux Etats des deux continents. A ce sujet la note suivante est communiquée par le gouvernement :

« Cette nouvelle délibération a paru s'imposer au lendemain de l'épidémie cholérique qui a éclaté l'an dernier sur certains points de l'Italie méridionale, où elle a été d'ailleurs magistralement étouffée, et au moment où la peste pneumonique sévit en Mandchourie dans des conditions effroyables qui rappellent les plus mauvais jours de l'épidémie des Indes.

Ces manifestations violentes de l'une et de l'autre maladies, si déplorables dans leurs effets meurtriers, ont cette conséquence utile qu'elles permettent de mettre mieux à l'épreuve les mesures de préservation prises non seulement par les gouvernements des pays atteints, mais aussi par l'ensemble des Etats qui se sont engagés dans les liens d'une réglementation internationale.

La dernière convention sanitaire sur le choléra, la peste et la fièvre jaune, date du 3 décembre 1903. Sept années sont une longue période de durée en cette matière d'hygiène où, de nos jours surtout, les progrès de la science et la diffusion des procédés qui en résultent sont particulièrement rapides. Il faut donc songer à adapter aux nécessités nouvelles les découvertes ou améliorations les plus récentes, tout en demeurant fidèle au programme de conciliation si difficile à réaliser, ce qui peut se formuler comme suit : le maximum de sécurité avec le minimum de réglementation.

Afin de faciliter autant que possible la tâche de la future conférence, le gouvernement français a eu l'idée de faire préparer les bases de la discussion par le comité permanent de l'Office international d'hygiène publique.

Le comité, qui depuis 1907, date de sa création à Paris, accumule et publie la documentation la plus complète sur toutes les questions d'organisation sanitaire et dont l'un des rôles essentiels est de suggérer les modifications à apporter aux conventions sur la matière, avait précédemment inscrit à l'ordre du jour de sa session d'avril l'examen des résultats constatés lors de la récente épidémie italienne.

A la demande qui lui en a été faite par le ministère des affaires étrangères, le président de ce comité, le professeur Santoliquido, a bien voulu répondre favorablement et convoquer le comité pour le 8 mars prochain.

Dès que les conclusions du comité permanent auront été arrêtées, elles seront communiquées à tous les gouvernements invités à la conférence de Paris, afin qu'ils puissent en tirer parti dans leur participation à cette réunion.

L'office d'hygiène remplira ainsi, en fait, une fonction analogue à celle qui est attribuée, dans la préparation des conférences internationales, aux bureaux que les gouvernements intéressés entretiennent à Berne en vue de la protection de la propriété littéraire, artistique et industrielle. »

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — Le dimanche 26 février, à 10 heures du matin, aura lieu sous la présidence de M. Collignon, directeur, et de M. Ch. Leroux, médecin de l'institution, une *Conférence* sur la méthode d'enseignement oral de la parole et de la lecture sur les lèvres par MM. les professeurs de l'Institution, avec visite des classes et des ateliers d'enseignement professionnel.

MM. les médecins et les étudiants seront admis sur présentation de leur carte.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Lesouëf, ancien sénateur de la Seine-Inférieure, Pierre Cornet (de Châlons-sur-Marne), Ed. Cornaz (de Neuchâtel, Suisse), Paul Favel (de Tarare) et Pactet (de Montbarrey, Jura).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La VIe session du cours de physiothérapie organisé par MM. Albert Weil, Degrais, Dominici, Durey, Cautru, Sandoz, Leroy, Wetterwald, Kouindjy, Bardet, Martinet, aura lieu à l'Ecole des hautes-études sociales, 16, rue de la Sorbonne, du 24 avril au 16 mai, de cinq à sept heures.

Ce cours, divisé en deux séries de vingt leçons (série *A*, électro, radio, radium, photo et hydrothérapie; série *B*, massage, gymnastique, rééducation, méthode de Bier), est essentiellement pratique et est complété par des démonstrations et des manipulations.

On peut s'inscrire pour une ou deux séries. Le droit d'inscription pour chaque série est de 50 francs.

On peut demander le programme détaillé ou s'inscrire dès à présent chez MM. Vigot frères, libraires, 23, place de l'École-de-Médecine, ou chez le docteur Durey, 16, rue Logelbach.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le docteur Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 8e édition revue et augmentée. Gr. in-8 de XII-1791 pages, relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de parasitologie, par E. BRUMPT, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de parasitologie à la Faculté de médecine de Paris. Préface de M. le professeur BLANCHARD. In-8 (de la Collect. des Précis médicaux) de XXVI-915 pages, avec 683 fig. dont 240 originales dans le texte et 4 planches hors texte en couleur; relié toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Essai sur les rapports de l'hydronéphrose et du traumatisme, par le docteur Georges DEVERRE. — Thèse de Paris. — Paris, Leclerc.

La Psychologie du vice infantile, par M. VAN BRABANT. 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

LES
TUMEURS SOLIDES THYROIDIENNES
DE LA BASE DE LA LANGUE

Par MM. P. BERTEIN,
Médecin aide-major de première classe

et E. GELLÉ,
Chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique
à la Faculté de médecine de Lille.

Dans son trajet depuis le sommet du V lingual jusqu'au conduit laryngo-trachéal, le canal thyréo-glosse ou le cordon qui le remplace est assez souvent, par suite d'anomalies de développement, le siège de productions pathologiques. Parmi celles-ci, les tumeurs liquides de la région hyoïdienne sont les plus fréquentes, les néoplasies solides par contre, formées aux dépens des amas glandulaires décrits par His tout le long du tractus, depuis le foramen cæcum jusqu'à l'isthme de la thyroïde, sont moins communément observées.

Elles constituent le groupe des goitres aberrants, dont il nous fut donné de rencontrer presque coup sur coup au niveau de la base de la langue deux exemples typiques. Ces néoformations de structure thyroïdienne, signalées pour la première fois par Wolf au congrès allemand de chirurgie en 1882, n'ont fait l'objet que de rares travaux résumés dans la thèse de Chevalier (1) faite sous l'inspiration de M. le professeur Gaudier. Depuis, l'article de Bérard du nouveau traité de MM. Le Dentu et Delbet, une clinique de Mackins (2), une observation isolée de Stirling (3), étaient les seuls documents que nous ayons rencontrés sur le sujet; quand, ce travail achevé, parut récemment la thèse de Leullier (4) qui porte à quarante-trois en comptant les nôtres le nombre de cas recueillis.

Observations personnelles. — I. Marie Br..., dix-huit ans, domestique, se présente le 8 janvier 1909 à la consultation du docteur Dubar de Roubaix. Les parents de la jeune fille sont très bien portants ainsi que ses frères et sœurs. Elle-même n'a jamais présenté aucun trouble sérieux de santé, avant le 7 janvier où, en déjeunant, elle s'aperçut qu'elle saignait par la bouche. Cette hémorragie peu importante s'est arrêtée spontanément pour recommencer un peu avant midi, puis le soir et le lendemain matin.

A l'examen de la cavité buccale, on ne note à l'inspection des muqueuses jugales et gingivales aucune ulcération ou excoriation, mais l'attention est attirée sur une tuméfaction siégeant à la pointe du V lingual, du volume environ d'une grosse noisette. En déplissant la région, et en attirant la langue au dehors, on s'aperçoit que la tumeur est bilobée, parcourue d'un riche lacis veineux. Le lobule gauche très saillant, des dimensions d'un noyau de cerise, est médian, semblant émerger du foramen ; sa surface est à vif et saigne ; l'autre partie débordant à gauche est plus aplatie et se perd insensiblement dans la masse charnue de la langue, aussi bien latéralement qu'en arrière où elle semble plonger vers l'épiglotte. La palpation est indolore et révèle une consistance rénitente.

Etat général satisfaisant, aucun trouble intellectuel. La malade est un peu gênée pour avaler. La respiration s'effectue normalement. Au cou, on perçoit la thyroïde normalement développée.

Opération. — Le 13 janvier. Elle est pratiquée tout entière par voie buccale et sous chloroforme. Incision de la muqueuse suivant le grand axe de la tumeur. La dissection est difficile, surtout à gauche où il n'existe pas de plan de clivage perceptible. Hémorragie assez abondante. Suture de la muqueuse au fil de soie très fin.

Suites opératoires simples. Guérison en une quinzaine de jours. Actuellement, la jeune fille se porte bien, il persiste seulement à gauche de la cicatrice un peu d'induration.

Examen de la tumeur. — Elle présente l'aspect bilobé; son volume total est celui d'une petite noisette. La consistance est différente, envisagée dans chacun des deux lobes. L'un plus petit, gros comme un pois, rappelle au toucher la thyroïde normale, l'autre plus développé est dur, et, à la coupe, on ne voit pas comme dans le premier un liquide colloïde sourdre de la surface de section.

L'examen histologique montre que les deux segments de la masse sont séparés par une cloison conjonctive bien développée. Dans le lobe plus volumineux, il est très difficile de retrouver la texture du tissu thyroïdien. C'est à peine si, en quelques points très rares, on peut découvrir de vagues ébauches vésiculaires, très petites et ne contenant que peu de substance colloïde. L'ensemble est uniformément constitué par une prolifération glandulaire très abondante et ramifiée.

Les acinis sont tapissés par un épithélium légèrement cubique disposé en une couche unique. Pas de substance colloïde dans leur lumière. Quelques-uns sont dilatés, tendent à former des kystes sans que pour cela on puisse apercevoir de vésicules nettes. Ce tissu épithélial est plongé au sein d'un stroma conjonctif, dans lequel apparaissent des vaisseaux à parois bien formées. Nulle part on ne trouve trace d'hémorragie.

L'autre lobe de la tumeur rappelle nettement, par sa structure, la glande thyroïde. On y rencontre des petits tubes régulièrement arrondis groupés autour de vésicules bien formées renfermant dans leur lumière une petite masse colloïde. La disposition du tissu n'est cependant pas aussi régulière que dans la glande normale. Les vésicules sont disposées au hasard dans un stroma irrégulièrement développé, et les lumières tubulaires qui les entourent n'offrent pas un arrangement aussi bien ordonné que dans la thyroïde. Par places, on remarque des plages de tissu épithélial rappelant l'aspect du goitre parenchymateux. Dans les parties les plus profondes de la masse, celles qui se trouvaient incluses plus intimement dans les éléments musculaires de la langue, on voit ces derniers intriqués très étroitement avec le tissu néoplasique.

II. Mme G..., quarante ans, est envoyée par son médecin à l'examen de notre confrère le docteur Depoutre de Douai, pour des accès de suffocation qui se présentent depuis quelques semaines, et dont la persistance, ces derniers jours, semble la mettre en danger.

La malade est très pâle, les lèvres sont cyanosées, la respiration très bruyante s'effectue avec peine. Pouls 110, température 38°5.

L'auscultation, très gênée par un bruit de cornage intense laisse cependant percevoir des râles nombreux de bronchite généralisée qui seraient insuffisants à expliquer l'aspect dramatique qu'offre la malade, si l'examen de la gorge ne révélait l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse mandarine, sessile, développée aux dépens de la base de la langue, remplissant presque complètement le pharynx. La muqueuse qui la recouvre est lisse, rosée; au toucher, la masse est ferme,

(1) Chevalier. Th. de Lille, 1902.
(2) Mackins. *Lancet*, 1906, t. II.
(3) Stirling. *Ann. of Surg.*, 1907, XLVI.
(4) Leullier. Th. de Paris, 1909.

rénitente. La déglutition est peu gênée relativement à la difficulté extrême de la respiration.

Malgré une révulsion thoracique intense, l'état de la malade ne s'améliorant pas, la température se maintenant à 38 degrés et les phénomènes asphyxiques croissant en intensité, une trachéotomie est pratiquée dans les quarante-huit heures qui suivent l'arrivée de la malade, qu'on avait placée en observation. Les résultats en sont satisfaisants, la fièvre tombe progressivement; la respiration et le pouls reprennent peu à peu leur rythme normal. Il persiste encore quelques signes de bronchite et une abondante expectoration par la canule trachéale.

L'état général bien que meilleur laisse encore beaucoup à désirer. Dans ces conditions la malade est renvoyée chez elle en attendant que sa santé lui permette de subir l'exérèse de la tumeur linguale.

Celle-ci est extirpée le 15 mai. A ce moment, Mme G... est guérie totalement de sa bronchite ; aucun signe d'hypothyroïdie.

Anesthésie générale au chloroforme administré par une canule de Trendelenbourg substituée à la canule à trachéotomie. Pharyngotomie médiane transhyoïdienne. Incision des parties molles de la symphyse mentonnière au bord supérieur du cartilage thyroïde. Section de l'os hyoïde, les deux fragments réclinés latéralement, on tombe sur la base de la tumeur. Après une dissection laborieuse on arrive à l'énucléer complètement sans créer de solution de continuité de la muqueuse. Hémorragie abondante. Suture et drainage.

Les suites opératoires, malgré une suppuration assez considérable due à un hématome sous-muqueux, sont simples. La canule trachéale est enlevée au quatrième jour, la déglutition s'effectue normalement au huitième. La malade quitte la clinique au quinzième jour de l'opération. Actuellement rien à signaler.

Examen de la tumeur. — Celle-ci est du volume d'une noix, sa surface parcourue de quelques arborisations vasculaires. Il semble, quand on prend la tumeur entre les doigts, qu'elle soit constituée de deux zones de consistance différente, l'une rappelant exactement celle de la thyroïde normale, l'autre plus dure parsemée de place en place de petites masses d'apparence calcaire. A la coupe, l'aspect est uniformément blanc jaunâtre, au niveau de la zone de moindre consistance sourd un liquide colloïde d'apparence thyroïdienne.

L'*examen histologique* révèle deux structures différentes suivant la région examinée.

Dans l'une, répondant à la partie plus molle de la tumeur, on note la présence de nombreuses vésicules en tout semblables à celles de la thyroïde, elles sont organisées en un certain nombre de lobules séparés par des cloisons conjonctives. Ces lobules sont tantôt uniformément formés de grosses vésicules, tantôt, autour des vésicules centrales volumineuses, on en remarque d'autres plus petites ; à la périphérie, celles-ci ne forment plus que de tout petits tubes. Par endroits même, on ne trouve que des orifices glandulaires renfermant un peu de substance colloïde dans leur lumière sans trace de formation vésiculaire. Ces régions uniquement tubulées rappellent exactement la structure des goitres parenchymateux.

Dans les points des coupes, où existent des vésicules, celles-ci apparaissent accolées les unes aux autres, à peine séparées par une mince cloison conjonctive. Leur paroi est tapissée parfois d'un épithélium, aplati, mais disposé sur une seule couche ; cependant dans beaucoup de vésicules les cellules, toujours en une seule rangée, sont plus élevées, brillantes, réfringentes, remplies souvent d'une petite perle colloïde. De place en place, s'insinuant entre les formations vésiculaires, mais surtout dans les points uniquement tubulés, s'infiltrant entre les lumières des tubes, on trouve des faisceaux musculaires de la langue coupés sous diverses incidences étroitement intriqués avec les éléments de la tumeur. Certaines fibres musculaires présentent l'aspect hyalin. Dans l'autre zone, plus dure, de la masse, on ne trouve plus qu'un tissu conjonctif dense sans aucune formation vésiculaire, avec quelques petits dépôts calcaires de place en place.

Cliniquement le goitre lingual s'observe à tout âge, mais de préférence à la puberté et presque exclusivement chez la femme. Hickmann et Meixner l'ont rencontré chez deux nouveau-nés qui succombèrent rapidement par asphyxie. Dans nos deux cas, le mode de début fut anormal. Dans l'un, ce fut une hémorragie buccale due sans doute à l'éraillure par un fragment alimentaire d'un lacis variqueux superficiel, qui attira l'attention; dans l'autre, c'est à l'occasion d'une bronchite banale que l'intensité des phénomènes respiratoires mit sur la piste d'un obstacle pharyngé.

Le début de l'évolution passe d'ailleurs habituellement inaperçue, et il faut un incident du genre de ceux que nous venons de signaler dans nos observations pour provoquer l'examen de la cavité buccale. Dans un cas de Leullier, les premiers symptômes observés furent ceux du myxœdème, la thyroïde cervicale n'était pas perceptible ; on crut pouvoir rattacher l'insuffisance du développement à des végétations adénoïdes dont on fit l'ablation, sans qu'à ce moment l'ouverture de la bouche fit déceler le goitre lingual. Il fallut, à quelque temps de là, que le malade subît un examen laryngoscopique à l'occasion d'une laryngite pour qu'on découvrît la tumeur. Chez une femme de vingt-sept ans, observée par Butlin, la tumeur se manifesta durant quatre ans par des hémorragies buccales. L'affection peut parfois passer totalement inaperçue durant toute l'existence et, dans le fait rapporté par Staclin, on ne découvrit qu'après la mort une petite tumeur basolinguale, chez une femme ayant succombé à un cancer de l'estomac, que l'on crut, momentanément, propagé dans l'épaisseur de la langue.

L'affection progresse lentement ; dans certains cas, on a pu voir le néoplasme prendre tout à coup un développement rapide, mais momentané, en rapport avec l'apparition des règles (Leullier) ou l'éclosion d'une affection aiguë : la grippe (Collins Warren), la coqueluche (Wolf). Dans notre deuxième observation, l'infection bronchique semble avoir exercé une influence de ce genre sur l'évolution du goitre qui jusque-là avait été très bien supporté par la malade.

Quand la masse a acquis un volume assez considérable, elle entraîne des troubles mécaniques dans la déglutition et la phonation, et l'examen de la région, la langue énergiquement attirée au dehors, en s'aidant au besoin du miroir laryngoscopique, décèle l'existence d'une masse régulière du volume d'une grosse noix, le plus souvent dure, indolente, parcourue d'un riche réseau veineux et semblant émerger du foramen cæcum. La muqueuse linguale de recouvrement est habituellement intacte, mais la tumeur en s'accroissant peut arriver progressivement à l'ulcérer ; la surface apparaît alors saignante et c'est cette ulcération qui peut être le point de départ des hémorragies répétées que l'on trouve signalées dans nombre d'observations.

Ces caractères objectifs sont suffisants pour établir un diagnostic différentiel avec les autres variétés de tumeurs bénignes de la langue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous venons de dire quelle apparence macroscopique revêtaient chez les malades ces néoplasies thyroïdiennes. Ajoutons que la palpation révèle une consistance qui n'est pas toujours la même, tantôt rappelant celle de la glande thyroïde, tantôt beaucoup plus résistante. Dans une même tumeur on trouve souvent des zones inégalement consistantes comme il nous fut donné de le constater dans nos deux observations. La coupe offre ou bien une tranche de section brillante humidifiée de liquide colloïde; ou bien celle-ci est plus sèche rappelant la surface de coupe d'un fibrome.

Ces différences d'aspect microscopique répondent à des diversités de texture, et les tumeurs de la base de la langue, tout en reconnaissant toutes pour origine l'ébauche thyroïdienne, répondent à deux types différents. L'un qui est celui de la glande thyroïde normale : le néoplasme n'étant somme toute que la glande elle-même arrêtée dans sa descente ; l'autre issu aussi du canal thyréoglosse, mais où les éléments plus jeunes marquent pour ainsi dire un stade dans le développement glandulaire et n'ont pas abouti au degré ultime de l'évolution de l'organe. Ce sont les tumeurs adénomateuses décrites par Bochdaleck pour la première fois. Les deux structures adénomateuse et thyroïdienne peuvent d'ailleurs coexister dans une même tumeur. C'était le cas chez notre premier malade où, n'avait été la coexistence des deux types hystologiques, il eût été impossible d'après les régions tubulées de diagnostiquer l'origine thyroïdienne de la néoformation. On ne trouve en effet dans ces points adénomateux aucune ébauche vésiculaire ni trace de substance colloïde. Au contraire, dans la forme à proprement parler thyroïdienne, les coupes offrent les divers aspects du goitre. Le plus souvent, ce sont des lobules limités par des faisceaux conjonctifs dans lequel on note la présence de vésicules de toutes dimensions avec tout autour irrégulièrement disposées, des lumières tubulaires de calibre variable; jamais en tous cas la structure n'est complètement semblable à celle de la glande thyroïde normale, et les tubes n'y forment pas d'agencements aussi ordonnancés autour des vésicules. C'est là l'aspect du goitre parenchymateux. Parfois, les vésicules offrent des dimensions considérables, leurs parois s'amincissent : la tumeur revêt l'aspect kystique, dont MM. Gaudier et Chevalier ont rapporté un bel exemple. Les goitres linguaux comme les autres peuvent à la longue subir des dégénérescences variées, en particulier la dégénérescence calcaire, comme dans la deuxième observation que nous avons rapportée. Signalons les relations qu'affecte le néoplasme avec la langue, parfois développé à la surface du muscle lingual, il n'a fait que soulever la muqueuse de l'organe sous lequel il s'est encapuchonné, plus souvent il plonge dans le tissu musculaire, et ses éléments s'intriquent étroitement avec ce dernier, dont on aperçoit les faisceaux coupés en divers sens, apparaissant entre les groupes vésiculaires et tubulaires. Dans le premier cas, le néoplasme est facilement énucléable; dans le second, le mélange des deux tissus musculaire et goitreux créera une difficulté assez grande à l'extirpation totale.

Le *plan opératoire* suivi dans nos deux cas fut différent. On peut utiliser soit la voie buccale, soit la voie sus ou transhyoïdienne (Vallas), l'indication de l'une ou de l'autre résidant dans la notion du siège, du volume de la propagation de la tumeur.

Chez notre première malade, les accidents asphyxiques qu'elle présentait au début avaient nécessité la trachéotomie. Cette opération a été préconisée comme premier temps dans tous les cas par certains chirurgiens [Moure et Duran (1)], la sécurité qu'elle procure de ne point voir survenir d'accidents de suffocation par inondation sanguine des voies respiratoires peut avoir son prix, mais il n'est pas indifférent de compliquer ainsi l'ablation du goitre déjà longue par elle-même et la position de Rose, dans laquelle on placera l'opéré, sera bien suffisante à empêcher la pénétration du sang dans la trachée. Goris, qui fait lui aussi de la cricotrachéotomie le premier temps de ses ablations de goitres linguaux par la voie buccale, complique encore l'intervention par l'incision transversale de la muqueuse du plancher de la bouche, et la section des génioglosses, cette dernière ayant l'avantage incontestable de permettre d'amener la langue très au dehors, et d'exposer ainsi nettement la région opératoire. Il nous semble qu'une telle mutilation n'est point indispensable pour permettre l'accès de la tumeur, et nous préférons à cette myotomie la technique plus simple de Gaudier. Celui-ci, par un fil en anse, transfixe la base de la langue en passant sous le goitre; les deux chefs amenés hors de la bouche mettent par leur traction suffisamment à jour la tumeur. Cette dernière une fois enlevée, les fils servent à la suture de la muqueuse. Dans les cas comme le nôtre où en raison des accidents d'asphyxie rapidement menaçants, on est amené à pratiquer l'ouverture de la trachée, celle-ci présente l'avantage important, par l'incision du plan superficiel du cou, d'aller apprécier l'existence ou l'absence de la thyroïde. C'est là en effet un point capital dont on devra de toute nécessité se préoccuper avant l'intervention. On pourra à la simple palpation rechercher l'organe en se rappelant qu'à elle seule la masse néoplasique linguale peut représenter tout l'appareil thyroïdien arrêté dans sa descente. Les recherches de Soulié et Verdun ont démontré en effet que non seulement l'isthme, mais aussi les deux lobes latéraux thyroïdiens, prenaient leur origine aux dépens de l'épithélium bucco-pharyngien. La thyroïdectomie linguale pourra donc être suivie comme les interventions pour goitres cervicaux d'accidents, et ce n'est point là un danger purement hypothétique le myxœdème a été signalé en effet à la suite des opérations de goitres linguaux (Seldowitsch, Snorrs). Kraske, malgré des signes nets de myxœdème, pratiqua quand

(1) DURAN. Th. de Bordeaux, 1901.

même l'ablation de la tumeur, l'état de la malade s'aggrava dans la suite. Dans les cas où l'on n'a point la certitude de l'existence au cou de la glande thyroïde, et où la néoplasie constitue, semble-t-il, à elle seule l'organe en situation anormale, il paraît préférable de s'abstenir de toute manœuvre sanglante. C'est ce que fit Sébileau chez les deux myxœdémateuses de la thèse de Leullier. Les malades furent soumises à un traitement opothérapique qui détermina rapidement une amélioration profonde de l'état général. Que si par son volume, par les symptômes qu'elle provoque, la tumeur devient gênante, il sera indiqué de l'enlever en partie, en ayant soin d'en laisser un fragment en place pour parer à l'insuffisance sécrétoire. Jacques opéra ainsi avec succès. Malheureusement ces ablations partielles exposent à la récidive. Celle-ci est notée dans quelques cas (Butlin, Powers, Smith). Les dimensions de la masse, sa propagation très en arrière du V lingual, son inclusion profonde dans le muscle peuvent en rendre difficile l'extirpation par la voie buccale : on pourra alors employer la *voie sushyoïdienne*. Après section du mylohyoïdien, écartement des deux génioglosses, le goitre sera facilement abordable, surtout si l'on a la précaution, par le doigt d'un aide introduit dans la bouche, de le faire refouler dans la plaie opératoire. Point ne sera besoin de compléter l'incision des parties molles par la section du maxillaire inférieur (Wolf). La *voie transhyoïdienne* utilisée chez notre seconde malade trouvera elle aussi ses indications. La section de l'os hyoïde ouvre un jour plus grand sur la région. La tumeur enlevée on se contentera de suturer les parties molles, ou mieux pour éviter une consolidation vicieuse, on réunira au préalable par un fil les deux fragments hyoïdiens (Gaudier). Signalons enfin que, dans un grand nombre de cas rapportés, l'intervention pratiquée suivant l'un ou l'autre des modes sus indiqués se compliqua comme chez nos deux malades, d'une hémorragie post-opératoire, à la vérité peu abondante.

FORMULAIRE

LE PYRAMIDON ET LES MAUX DE DENTS

Le pyramidon, en raison de ses propriétés antinévralgiques et de sa tolérance parfaite, est un médicament précieux pour les dentistes. L'introduction de la pâte arsenicale caustique dans la cavité dentaire, lorsqu'il faut détruire une pulpe hyper sensible, provoquant des douleurs d'une façon très irrégulière, c'est-à-dire tantôt plus tôt, tantôt plus tard, il est bon de prescrire de 30 à 50 centigrammes de pyramidon au moment où les douleurs apparaissent.

Pour calmer la douleur après l'extraction, on se trouve très bien de faire prendre une dose d'environ 50 centigrammes, dix minutes avant l'opération. Dans la périostite, caractérisée surtout par une douleur vive au contact, il est utile de prendre une à deux doses de pyramidon, la deuxième dose en se mettant au lit.

Les douleurs névralgiques de la tête, de la face, si fréquentes avec les lésions dentaires, celles qui sont aussi d'origine rhumatismale, sont combattues encore avec succès par le pyramidon.

Il est utile de faire prendre au malade une position horizontale aussitôt après l'ingestion du pyramidon, position qu'il conservera jusqu'au moment où l'insensibilité à la douleur sera complète. (*Bull. gén. de thérapeut.*)

MÉDECINE PRATIQUE

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR LA PARALYSIE INFANTILE ÉPIDÉMIQUE (POLIOMYÉLITE AIGUE ÉPIDÉMIQUE, MALADIE DE HEINE-MEDIN).

PRONOSTIC. TRAITEMENT (1)

I

Pronostic. — Le pronostic de la maladie de Heine-Medin est très diversement apprécié et la *mortalité* semble très différente *selon les épidémies*. Elle varie de 4 à 20 p. 100 avec une moyenne de 10 p. 100. Voici les chiffres donnés par quelques auteurs :

	Cas	Morts	P. 100
Stephen (Melbourne)	137	6	4,4
L. Starck (Canada 1909)........	700	49	7
Lovett (Massachusetts).........	628	50	8
Mac Clanahan (New-York)	1000	137	13,7
Wickman (Suède 1905)........	1036	155	15
Lindner et Mally (Hte-Autriche).	94	16	17
Rickzeh (Westphalie)..........	93	17	18,2
Platon (Norwège).............	24	5	20
Coldewin (Norwège)	18	6	33
E. Holt, 33 épidémies en 1907..	1659		12
» 14 épidémies en 1908..	1209		12,3

Il convient de remarquer que les chiffres les plus forts sont indiqués par les petites statistiques locales où les cas légers, abortifs, passent mieux inaperçus que dans les grands centres épidémiques; de plus, certains auteurs n'admettant pas ces cas abortifs les éliminent de leurs statistiques.

E. Holt a essayé de comparer cette mortalité à celle des cas sporadiques; réunissant 234 cas isolés ou de petits foyers de 14 à 18 cas au plus, il arrive à une mortalité seulement de 5 p. 100. Mais il faut remarquer que si les cas légers, abortifs, ne peuvent être diagnostiqués que dans les épidémies, il en est vraisemblablement de même des cas cérébraux et bulbaires mortels, quand ils se produisent isolément. Les statistiques ne peuvent pas être comparables.

La *mortalité* est variable *selon l'âge*.

Wickman trouve qu'elle est de 11 p. 100 avant dix ans et de 26 p. 100 après dix ans. Lovett montre qu'elle est très élevée la première année (16 p. 100), faible entre un an et dix ans (4 p. 100) et s'élève à nouveau chez les sujets très âgés (20 p. 100).

C'est presque toujours la lésion primitive ou son extension secondaire au bulbe et au cerveau qui est la cause de la mort.

Si la mortalité est assez élevée dans la maladie de Heine-Medin, par contre la gravité des paralysies semble bien moindre que dans la forme sporadique. Tous les auteurs insistent sur la *fréquence des paralysies passagères*, disparaissant sans laisser de traces après un temps plus ou moins long. Delherm et Laquerrière, dans un récent article (*Gaz. des hôpit.*, 10 janv. 1911), montrent que l'électro-diagnostic permet de les reconnaître très tôt, et que, d'une façon générale, les résultats de l'électrisation sont bien plus favorables dans ces cas où les nerfs et les racines semblent bien plus frappés que la moelle elle-même.

Sur 628 cas de l'épidémie de Massachusetts en 1909 (Lovett), 62 cas (10,8 p. 100) guérissent complètement de leur paralysie. L. Starck (du Canada), sur 700 cas, note cette guérison chez 35 p. 100, Leegard et Collins, dans 22 p. 100 des malades.

Enfin, un des éléments importants du pronostic, au point

(1) Voir l'expérimentation, l'étiologie et l'épidémiologie; anatomie, symptômes, diagnostic, *Gaz. des hôpit.*, 1911, nos 9 et 12, 24 et 31 janvier, et no 18, 14 février.

de vue de la création des déformations, réside dans leur traitement prophylactique. Nous verrons l'importance du traitement orthopédique précoce et bien conduit dans ces paralysies.

II

Traitement. — Prophylaxie. — Nous avons déjà indiqué les mesures propres à enrayer la contagion de l'affection; l'isolement des malades doit être aussi complet que possible, désinfection de ses excreta : matières fécales, urines, crachats (comité d'hygiène américain); lavages du pharynx et du nez du malade et des personnes de l'entourage avec une solution d'eau oxygénée à 1 p. 100. Lorsqu'il existera un sérum immunisant, son emploi prophylactique sera indiqué. Désinfection au formol de la chambre du malade et de son contenu.

Traitement curatif. — Le traitement spécifique idéal serait évidemment un sérum thérapeutique. La question est encore à l'étude, mais en tout cas son emploi ne sera efficace que pendant la période de début avant la destruction des cellules du neurone moteur périphérique. Cette destruction effectuée, la paralysie suit sa marche habituelle. On a tenté, dans le but d'atténuer l'infection médullaire, l'emploi d'*antiseptiques généraux* qui passent rapidement dans le liquide céphalo-rachidien (urotropine, cytogène, aminoforme, formine, etc.). Parmi eux, l'urotropine a le plus de partisans. On l'a aussi employée comme prophylactique chez les personnes approchant le malade.

Le *traitement* est actuellement presque exclusivement *symptomatique* et *palliatif*.

Pour son application, on peut (voir W. E. Paul, *Boston med. and surg. Journ.*, 12 janv. 1911) diviser la maladie en trois stades :

1° *Période aiguë*, d'une durée moyenne de quatre à six semaines, du début jusqu'à la fin de la fièvre et des phénomènes douloureux.

2° *Période de convalescence*, de deux à six mois, parfois un an, qui comprend la phase de régression des paralysies jusqu'à leur localisation définitive.

3° *Période des paralysies définitives et des déformations.*

Période aiguë. — L'indication formelle, capitale, est le repos; *repos au lit* aussi complet que possible du petit malade pendant tout le temps de ce stade. Ce repos est nécessaire pour mettre la moelle à l'état de calme, et éviter autant que possible la diffusion des lésions. Dans les cas très douloureux, la mise au repos complet de la colonne vertébrale par l'application d'un corset plâtré amènerait un soulagement immédiat (méthode de Lange, voir Hohman, *Münch. med. Wochen.*, 7 déc. 1909).

En tout cas, il sera souvent indiqué de fixer le petit malade sur un cadre bien rembourré par un corselet et des courroies absolument comme dans le mal de Pott. Il faut éviter de remuer l'enfant pour faire une révulsion (ventouses, pointes de feu sur la colonne vertébrale) qui est au moins inutile. A plus forte raison on doit éviter à cette période toute tentative de massage, électrisation, ingestion de strychnine qui ne peuvent qu'aggraver les lésions. Il faut aussi éviter les médicaments antithermiques et sédatifs qui sont déprimants, au plus un peu d'aspirine pour calmer les douleurs.

La *ponction lombaire* répétée ne peut agir que favorablement en diminuant la tension exagérée du liquide céphalo-rachidien et la quantité des liquides toxiques de l'organisme. On tiendra le malade très chaudement, mais avec une aération aussi grande que possible, et dès la fin de la fièvre on lui donnera une alimentation reconstituante.

Dès cette période, il est absolument indispensable de se préoccuper du *traitement prophylactique des déformations.*

Lorsque la paralysie apparaît, des déformations tendent à s'établir par l'action des antagonistes sains, par les attitudes plus commodes que l'enfant tend à prendre dans son lit (flexion des genoux et des cuisses dans la position assise); enfin, le poids de la literie tend à maintenir les pieds en équinisme.

Il faut tenter d'empêcher la production des déviations car tout d'abord l'élongation du muscle déjà frappé ne peut qu'affaiblir encore son action (le raccourcissement des muscles seulement parésiés suffit à leur donner de la force); de plus, même si le muscle frappé guérissait entièrement, la déformation ne disparaîtrait pas pour cela, les antagonistes étant raccourcis, le muscle étiré, la déviation subsiste et demande parfois un long traitement.

On rencontre souvent de ces déviations correspondant à la paralysie d'un muscle redevenu presque normal et qu'on aurait évitées par un traitement orthopédique préventif.

On supprimera le poids de la literie par un cerceau. On fixera les membres en rectitude par des courroies sur le cadre rembourré et, au besoin, mais cela est rarement nécessaire, on fera une extension continue légère. Les pieds seront maintenus en bonne position dans des boîtes de bois ou par des emplâtres adhésifs.

Enfin, dès cette période, on devra s'inquiéter de pratiquer, avec précaution, l'*électro-diagnostic*, qui permettra de se guider pour l'institution d'un traitement ultérieur.

Période de convalescence. — C'est ici que doit commencer la thérapeutique active.

Trois moyens sont à notre disposition : l'électrothérapie, le massage, les mouvements actifs et passifs.

Electrothérapie. — Certains auteurs, surtout en Amérique (H. Ling Taylor, Bernard Sachs), nient toute action à l'électrisation qui ne donnerait des résultats que pendant la période de guérison spontanée de la maladie. Cette opinion est loin d'être générale et l'on admet encore actuellement que le travail musculaire qu'elle crée est un excitant efficace à la régénération du nerf moteur. En tout cas, quand la contraction volontaire est abolie, c'est le seul moyen que nous possédions de faire contracter le muscle.

Si elle a souvent donné de mauvais résultats, c'est qu'elle est à tort confiée à des mains inexpérimentées ou qu'on ne la prolonge pas assez.

Le reproche qu'on lui a fait d'être souvent douloureuse au début indique seulement qu'on l'a employée trop tôt ou mal à propos.

Quant à son mode d'administration, nous renvoyons pour les détails à l'étude publiée récemment par Zimmern et Bordet (*Arch. méd. d'électricité*, 10 fév. 1910). Rappelons seulement que dans les parésies, où la contraction volontaire existe encore, l'électricité interviendra comme adjuvant des exercices actifs sous forme d'électricité faradique, au point moteur du muscle.

Dans les paralysies vraies, où le nerf ne répond plus à cette excitation, on emploiera le courant galvanique interrompu, en se servant soit du pôle négatif soit du pôle positif sur le muscle, selon que ce dernier réagit encore à l'un ou à l'autre. Si le muscle ne se contracte plus, on se servira du pôle négatif en faisant passer le courant qui aura alors un rôle trophique.

Il faut se rappeler que ce traitement doit être conduit très longtemps avec persévérance. Zimmern et Bordet indiquent la marche à suivre, pendant trois années, avec seulement des interruptions pour permettre à l'enfant de remonter son état général à la mer ou à la campagne.

Le traitement ne sera cessé que lorsque l'amélioration n'aura plus fait de progrès depuis plusieurs mois.

Exercices. — Lorsque certains muscles se contractent encore volontairement, il faut instituer des exercices actifs

avec résistance au mouvement. En dehors des exercices faits sous le contrôle du médecin sans appareils ou avec appareils mécanothérapiques, il conviendra de chercher les jeux qui peuvent servir d'exercice à l'enfant. W. E. Paul cite l'action de presser la poire d'une corne d'automobile, un dynamomètre, de tirer à l'arc, de lancer une balle attachée à un caoutchouc, de jouer du tambour, de lancer un ballon à coups de pied, etc.

Les exercices passifs seront aussi utilisés pour prévenir la contracture et mobiliser les articulations.

Massage. — L'action du massage est ici très discutée, en tout cas il ne doit jouer qu'un rôle d'adjuvant d'une thérapeutique plus active.

Commencé le plus tôt possible (un mois, six semaines après le début), il ne doit jamais être douloureux. C'est-à-dire qu'au début il doit consister en un effleurage superficiel, on n'arrivera que plus tard au pétrissage.

W. E. Paul résume ainsi son opinion sur la valeur relative des diverses médications, selon l'état des muscles.

1° Muscles affaiblis :

1. Exercices volontaires ;
2. Electrisation ;
3. Massage.

2° Paralysie modérée (réaction de dégénérescence légère) :

1. Electrisation ;
2. Massage ;
3. Exercices passifs.

3° Paralysie (réaction de dégénérescence complète, atrophie, troubles vasculaires) :

1. Massage ;
2. Exercices passifs ;
3. Electrisation.

C'est pendant cette période que se pose une question très importante : *Quand et comment doit-on laisser lever le malade ?*

Dès que la période fébrile est passée, que les douleurs ont disparu, le petit malade réclame à cor et à cris qu'on le lève. Il est très important d'obtenir de la mère de le maintenir au lit pendant toute la durée de l'évolution de la lésion médullaire, c'est-à-dire cinq ou six semaines. Cette période passée, on procédera à un examen sérieux de la musculature des membres inférieurs, avec électrodiagnostic si possible. Si les membres inférieurs sont indemnes, on peut faire lever le malade, sinon on ne doit pas le faire sans suppléer à l'action des muscles frappés par un appareil orthopédique.

On évitera ainsi la formation des déformations qu'exagère le poids du corps (pied bot, genu valgum, hyperextension du genou, etc.). Avec une marche précoce et sans support, on voit les muscles étirés perdre toute puissance, les ligaments se distendent, il se produit des déplacements et déformations osseuses.

Si l'examen révèle à la fin de la période aiguë des paralysies ou parésies de certains muscles du membre inférieur, on doit faire construire un appareil de soutien et de maintien en bonne attitude et tenir le malade au lit jusqu'à ce que cet appareil soit prêt.

Ce traitement prophylactique des déformations présente une grande importance sur laquelle insistent beaucoup de travaux récents.

Période des paralysies définitives et des déformations. — Il s'agit ici d'un traitement orthopédique qui peut être seulement palliatif (appareils de soutien) ou curatif (anastomoses, réimplantations tendineuses, arthrodèses). La tâche sera facilitée d'autant plus que le traitement des périodes précédentes aura été plus activement conduit.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 17 février 1911)

Kératose blennorragique des mains. — MM. Albert Robin et Noël Fiessinger présentent un malade de trente et un ans, qui à la suite d'une blennorragie subaiguë avec complications articulaires et paraarticulaires des articulations des doigts a vu survenir sur la face dorsale des doigts et des mains une éruption de parakératose avec cônes cornés épidermiques de la face dorsale et semelle cornée palmaire. La localisation aux mains est un fait exceptionnel, la kératose se localisant généralement aux extrémités du membre inférieur. La reproduction par inoculation sur le malade est restée négative.

Les pommes de terre dans l'alimentation du diabétique. — F. Rathery. Les pommes de terre sont à tort considérées, comme un aliment toujours utile pour le diabétique ; elles ne doivent jamais être permises au diabétique en quantité indéterminée. Par une série d'observations cliniques l'auteur montre que d'une part des quantités même minimes de pommes de terre (50 grammes par exemple) suffisent à faire réapparaître le sucre chez des diabétiques. D'autre part, le diabétique est loin d'assimiler toujours plus facilement les hydrates de carbone de la pomme de terre que ceux d'autres féculents ; parfois même il les assimile moins bien. On peut admettre d'une façon générale que chez le plus grand nombre des diabétiques la pomme de terre doit être considérée comme un aliment comparable à n'importe quel hydrate de carbone. Dans certains cas cependant la pomme de terre semble jouir de propriétés d'assimilation qui lui sont spéciales, supérieures ou inférieures à celles des autres féculents. Ce fait n'est en réalité qu'un des cas particuliers de la loi établie par Bouchardat c'est que chaque diabétique a pour l'utilisation des hydrates de carbone son coefficient personnel d'utilisation au point de vue *quantitatif* comme au point de vue *qualitatif*.

Syndrome méningé aigu avec polynucléose céphalo-rachidienne surabondante et fugace chez une alcoolique. — MM. E. Mosny et F. Saint-Girons viennent d'observer chez une alcoolique âgée de trente-six ans un syndrome méningé aigu dont le début fut soudain, l'évolution rapide et la symptomatologie fruste presque exclusivement caractérisée par des troubles mentaux : agitation, délire, coma, confusion mentale. Sauf la céphalée qui fut violente, précoce et persista jusqu'à la fin, les autres phénomènes somatiques (contractures, hyperesthésie cutanée, vomissements, incontinence alvine) furent légers et fugaces. Ces troubles morbides s'accompagnaient d'une polynucléose céphalo-rachidienne pure et surabondante. Symptômes cliniques et réaction céphalo-rachidienne disparurent en quelques jours.

Cette malade n'étant ni tuberculeuse, ni syphilitique, ni brightique, ils attribuent à l'alcoolisme le syndrome méningé qu'ils ont observé.

Quelles que soient les analogies de ce syndrome avec celui de la méningite, les auteurs ne pensent pas que l'on puisse le considérer comme tel.

Ils pensent qu'il s'agit simplement ici d'un raptus congestif soudain, violent, passager des méninges internes ; origine que semblent confirmer l'évolution clinique du syndrome et la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Car on doit différencier les polynucléoses céphalo-rachidiennes, d'origine purement congestive, de lymphocytoses seules vraiment caractéristiques de la réaction inflammatoire des méninges. L'une peut préluder à l'autre, mais ce n'est pas fatal et ne s'observe que dans certaines conditions étiologiques déterminées. Rien ne prouve qu'il existe une méningite alcoo-

lique, mais cette observation démontre qu'il peut survenir chez les alcooliques un syndrome méningé aigu rapide et curable.

Il faut donc admettre que ces raptus congestifs des méninges peuvent au point de vue symptomatique simuler la méningite vraie : telle leur paraît être l'interprétation qui convient non seulement au cas actuel, mais aussi aux états méningés récemment décrits, aux soi-disant méningites urémiques et aux prétendues méningites tuberculeuses terminées par guérison.

ANALYSES

MÉDECINE

Gangrène de la jambe consécutive à la diphtérie. (J.-B. Rolleston, assistant au Grove Fever hospital de Londres.) — La gangrène des extrémités, en tant que séquelle des maladies infectieuses, est relativement rare. Elle est cependant connue de longue date, puisque Thucydide, dans sa description de la peste d'Athènes, relate que certains malades guérirent après avoir perdu leurs mains et leurs pieds. A vrai dire la nature de l'épidémie athénienne n'a pu encore être déterminée d'une façon certaine. D'ailleurs, si l'on a cherché à l'identifier avec telle ou telle infection aiguë il ne semble pas qu'on ait jamais songé à la diphtérie. Estlander, qui croit à une épidémie de typhus, remarque que la gangrène des membres a été signalée également au cours des épidémies de typhus survenues pendant le moyen âge, au XVIe et au XVIIe siècles et dans la première partie du XIXe siècle.

Barraud, en 1904, a signalé deux cas de diphtérie compliquée de gangrène des extrémités. Indépendamment de ces faits l'auteur a pu en trouver huit dont il fournit les références. Le cas personnel dont il publie l'observation porte à onze le nombre des faits de gangrène des extrémités consécutive à la diphtérie et relevés par M. Rolleston dans la littérature médicale.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un garçon de treize ans qui fut amené au Grove hospital pour une diphtérie le 19 juin 1910. Il était malade depuis dix-sept jours. Une semaine avant son admission, sa voix était devenue nasonnée et les liquides avaient commencé à refluer par le nez. Lors de son admission, il n'y avait pas de membranes dans la gorge. Les réflexes étaient normaux, le cœur irrégulier. Aucune injection de sérum ne fut pratiquée.

Le soir même, toute la partie du membre inférieur droit située au-dessous du genou devint froide, exsangue, insensible. Les orteils et l'articulation tibio-tarsienne ne pouvaient se mouvoir ; le réflexe plantaire était aboli. Au bout de quatre heures environ, la circulation se rétablit.

La semaine suivante, on put constater une notable dilatation du cœur avec apparition d'un souffle mitral systolique très prononcé. Le foie et la rate étaient gros et sensibles. L'urine était albumineuse. Le vingt et unième jour les deux jambes devinrent froides, décolorées, engourdies. La pulsation des tibiales postérieures était affaiblie. L'enfant se plaignait aussi de fourmillements dans les mains ; mais le pouls radial était normal. Le lendemain la décoloration des jambes avait disparu. Le treizième jour une douleur soudaine suivie de décoloration cutanée survint dans la jambe gauche. Le creux poplité était sensible à la pression ; on ne pouvait percevoir l'artère poplitée, mais on sentait battre la fémorale dans le triangle de Scarpa. Des phénomènes de gangrène se développèrent rapidement dans le pied et la jambe gauches. Le 23 août, soit le quatre-vingt-deuxième jour de la maladie, la gangrène occupait tout le pied et s'étendait en dedans à 10 centimètres au-dessus du sommet de la malléole interne, en dehors à 9 centimètres au-dessus de la pointe malléolaire externe, en arrière à 18 centimètres au-dessous du creux poplité. La dilatation cardiaque persistait, mais le souffle systolique avait disparu. La voix était claire. Les réflexes rotulien et achilléen de la jambe droite étaient abolis. La désarticulation du genou fut pratiquée le 29 août et on trouva un caillot dans l'artère poplitée. La guérison s'effectua sans incident.

Après quelques considérations générales sur le mécanisme de la gangrène post-diphtérique, l'auteur fait remarquer que si le pronostic de la gangrène des extrémités consécutive aux maladies infectieuses est grave il n'est cependant pas fatal. Quant à la prophylaxie, elle consiste dans l'emploi de larges doses de sérum antitoxique et dans le repos prolongé.

A. HOUSQUAINS.

Le séro-diagnostic du kyste hydatique du foie par la réaction de fixation du complément. (A. Baüer. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, nov. 1910.) — Nous croyons devoir tout spécialement signaler cet article en raison d'abord, de la compétence bien connue de l'auteur en cette matière, puis ensuite surtout, parce que M. Baüer a trouvé le moyen de condenser en quelques pages extrêmement claires, cette technique, qui paraît si ardue, à ceux qui ne sont pas initiés parfaitement à la pratique de ces nouveaux procédés d'investigation biologique. Le principe de la méthode est tout d'abord exposé très simplement ; puis les divers temps de la technique sont énumérés ; enfin, l'auteur envisage les causes d'erreur, les difficultés d'interprétation de certains résultats, le tout, d'une manière limpide, bien qu'absolument scientifique et parfaitement documentée relativement aux travaux les plus récents sur cette question.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Le traitement préventif et curateur du cubitus varus et valgus. (Alexander Mac Lennan. *The Practitionner*, août 1910, n° 506, vol. LXXXV, n° 2, p. 204.) — Ces déformations, consistant en déviation en dedans ou en dehors de l'axe normal de l'avant-bras sur le bras, se produisent dans le jeune âge, à la suite de chute sur le membre supérieur. Le plus souvent il se produit un gonflement du coude, l'avant-bras est en demi-flexion, mais les mouvements du coude ne sont limités que par la douleur. Le plus souvent l'affection passe inaperçue, à ce moment, parce qu'on n'examine pas le membre en extension complète ; on doit toujours le faire, sous chloroforme s'il est nécessaire. En effet, dans la flexion, la déviation disparaît ; elle se révèle au contraire à mesure que l'extension se produit, comme l'angle normalement ouvert en dehors du coude. La radiographie montre peu de chose, ce qui permet d'éliminer les fractures épiphysaires. En réalité, il s'agit d'un décollement épiphysaire incomplet de l'humérus avec écartement d'un côté et tassement de l'autre. Si la déviation a passé inaperçue, et qu'on place un plâtre, on ne fait que fixer la mauvaise position. C'est lorsqu'on enlèvera le plâtre et qu'on allongera l'avant-bras qu'elle apparaîtra ensuite, et à mesure que cette extension progressera, la déviation latérale deviendra plus apparente, ce qui a fait dire qu'elle était progressive, ce qui est inexact ; en effet, une fois l'extension complète obtenue on ne la verra plus augmenter.

Pour prévenir la production de l'affection, Mac Lennan conseille de ne jamais négliger dans les traumatismes du coude cet examen en extension. Si on trouve une déviation latérale, on fixera le membre dans un plâtre en hyperpronation si la déviation est en varus, en supination complète si elle est en valgus ; ce sont les positions qui corrigent l'obliquité anormale de l'extrémité inférieure de l'humérus.

On devra revoir le malade au bout de huit à dix jours avant consolidation complète et refaire un nouveau plâtre pour parfaire la réduction si elle est insuffisante.

Lorsqu'on aura à traiter un cas ancien, on devra s'adresser à la résection cunéiforme de la partie inférieure de la dia-

physe humérale. La résection se fera dans le sens et l'étendue nécessaire à la correction, en n'oubliant pas les courbures antéro-postérieures possibles. On suturera au fil de cuivre et on placera le bras dans un appareil plâtré dans les positions indiquées plus haut. L'auteur donne six cas où cette intervention lui a donné d'excellents résultats.

M. LANCE.

JURISPRUDENCE

MÉDECINS ET SÉRUMS

Le 29 octobre 1910, le docteur X... était poursuivi devant la dixième chambre correctionnelle. On lui contestait le droit d'injecter à ses malades un sérum antituberculeux de son invention et qu'il préparait lui-même. Ce sérum était un mélange de sérum antidiphtériqne, de sérum antistreptococcique et d'un troisième produit que le médecin refusait d'indiquer. Immédiatement poursuivi pour infraction à la loi du 25 avril 1895, le docteur X... était renvoyé devant le tribunal correctionnel. Le ministère public avait demandé de trancher la question par un distinguo. Le médecin est-il un inventeur, ou encore ses recherches sont-elles faites de bonne foi ? Dans ce cas l'acquittement est tout indiqué. Ou bien le médecin a-t-il abusé du droit qu'il a de traiter ses malades pour vendre soit un sérum sans valeur, soit un sérum fabriqué par autrui ? Dans ce dernier cas, la condamnation s'impose. Mais l'avocat du docteur X... soutenait qu'un médecin a le droit de prescrire et d'appliquer à ses malades, sous sa responsabilité, le traitement qu'il juge bon et que l'emploi de méthodes, moyens et produits nouveaux, constitue la partie la plus délicate, mais la plus légitime de son art. Et le tribunal d'acquitter le médecin, car « la loi de 1895 ne vise que le débit de virus et sérums, et il y a dans la cause un traitement ne tombant pas sous le coup de la loi ».

Ce jugement n'est pas nouveau en la matière. Le même tribunal de la Seine avait admis la même thèse, le 23 février 1907 (*Gazette du Palais*, 1907, 1re partie, p. 308). Il consacrait le rapport fait sur la loi par M. Bourrouillou qui avait déclaré : « Il ne faut soumettre à un contrôle que le produit lui-même, lorsque destiné à être mis en circulation, il reçoit une application thérapeutique », et les déclarations de M. le professeur Lannelongue (*Journ. off.*, Ch. des déput., déb. parl., 6 avril 1895). Cependant ces deux décisions suggèrent certaines réflexions en ce qui concerne l'interprétation de la loi de 1895. D'après elle, le débit des sérums thérapeutiques n'est licite qu'avec une autorisation spéciale du gouvernement, et le sérum ne peut être délivré au public que par les pharmaciens, les médecins n'ayant le droit de le fournir à leurs malades que dans le cas d'urgence (art. 2, § 2 de ladite loi). Donc l'emploi du sérum par le médecin traitant n'est pas un *débit*, mais une *fourniture* qui, d'après le paragraphe 2 de l'article 2 précité, est normalement réservée aux pharmaciens. Or les jugements rapportés ne voient pas en l'espèce une fourniture, mais simplement l'expérimentation d'une méthode nouvelle de traitement reposant sur des données scientifiques (V. Trib. civ. Gray, 29 juillet 1873, Dalloz périodique, 1874, 5e partie, p. 436), et qui a pour but de guérir le malade, et non une expérience essentiellement scientifique et hasardée (V. Trib. Lyon, 15 déc. 1859, D. P. 1859, 3,87 ; Cour d'Aix, 22 oct. 1906, D. P. 1907, 2,41).

Disons pour terminer que la loi sur les sérums injectables ne s'applique pas aux substances même organiques présentées sous une autre forme (Trib. Orléans, 31 oct. 1906, *la Loi*, 12 nov. 1906).

R.-M. PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

VARIÉTÉS

CHAMPIGNONS ET URINES ROUGES

La liste des substances dont l'absorption colore les urines en rouge doit, paraît-il, être augmentée d'une unité. Le professeur Notthaft raconte en effet (*Münch. med. Woch*, n° 3) qu'un homme, friand de champignons, vit avec effroi ses urines devenir rouges quelques heures après avoir mangé des « lactaires délicieux ». Ce mycophage crut d'abord qu'il urinait du sang, puis les urines ayant repris leur couleur normale au bout de vingt-quatre heures environ, il se demanda si le suc rouge des champignons qu'il avait absorbés ne serait pas la cause du phénomène. Une nouvelle expérience, flattant à la fois sa curiosité d'observateur et ses instincts de gourmet, lui permit de constater que son hypothèse était juste, car les urines redevenaient rouges quatre heures après l'absorption des champignons susdits, et conservaient cette coloration pendant trente-six heures. Une analyse minutieuse faite par le professeur Notthaft ne révéla d'ailleurs rien d'anormal dans les urines de l'expérimentateur.

Comme le fait est signalé pour la première fois, à notre connaissance, il est intéressant d'appeler l'attention des médecins sur le champignon qui provoque le phénomène, afin que de nouvelles observations viennent s'il y a lieu corroborer celle que nous venons de reproduire.

Le lactaire délicieux appartient au genre *Lactarius* représenté en France par 58 espèces, et appartenant à la famille des *Agaricacées*. Ce sont des champignons à chair ferme, cassante, et caractérisés par le fait qu'ils laissent écouler, une fois brisés, un lait auquel leur genre doit son nom.

Sur les 58 espèces qui représentent le genre en France, les unes sont comestibles ; d'autres ne sauraient être absorbées sans inconvénients, mais ne sont cependant pas mortelles. Les lactaires sont des champignons dont le chapeau présente des couleurs très vives et souvent fort belles. Celui qui nous occupe ici, le *Lactarius deliciosus* pousse en été et en automne dans les forêts de pins ou de sapins, qui constituent son habitat exclusif ; sa couleur est d'un beau rouge orangé, et sur le chapeau on observe des zones concentriques d'une coloration plus intense auxquelles viennent s'entremêler des taches couleur vert-de-gris.

Le lait qui s'écoule lorsqu'une cassure est produite est très abondant et orangé. Dans d'autres espèces, le lait peut être blanc, gris, violacé, et la saveur en est aussi variable que la coloration ; parfois très douce elle peut être ailleurs très âcre et même poivrée. La cuisson détruit cette saveur désagréable, au moins partiellement, aussi, dit une intéressante étude à laquelle nous empruntons ces détails, « comme certains de ces *poivrés* sont très charnus et souvent d'une abondance extraordinaire, qu'ils peuvent donc rapidement fournir un plat copieux, bien des personnes n'hésitent pas, sinon à s'en régaler, du moins à s'en nourrir. En Russie, ces champignons constituent même le fond de la nourriture du peuple en temps de carême ; chaque famille en fait provision et les conserve dans la saumure ».

Quoi qu'il en soit, les médecins qui exercent dans les régions où poussent les lactaires comestibles, et notamment dans le Midi, où le *Lactarius sanguifluus* abonde sous les pins, feront bien de songer à cette cause possible de coloration en rouge des urines. Ils pourront parfois rassurer un malheureux client effrayé, et souvent peut-être, à une époque où la simulation des maladies est élevée à la hauteur d'un art, dépister une fraude à la fois facile et agréable à réaliser.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat (1), par le docteur C. Oddo, correspondant national de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole de médecine, médecin des hôpitaux de Marseille. Préface de M. le professeur Grasset.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Marseille comprend une épreuve, dite *épreuve de garde*, dans laquelle le candidat doit répondre en dix minutes, et sans réflexion préalable, à trois questions concernant les cas qui peuvent se présenter inopinément à l'hôpital.

Or, le livre du professeur Oddo est destiné à permettre aux étudiants la préparation de cette épreuve en ce qui concerne la médecine, c'est dire à quel point l'auteur a dû se cantonner dans tout ce qui est d'ordre pratique, à tout ce qui du moins peut concourir à un but immédiatement pratique.

Pour écrire un tel livre il faut, comme le dit le professeur Grasset dans sa préface, savoir beaucoup et être un bon clinicien, car « il n'y a ni science médicale sans clinique, ni clinique sans science médicale ».

Il suffit de parcourir l'excellent ouvrage de M. Oddo, lequel est appelé à rendre des services quotidiens aux médecins dans la pratique de leur profession, pour se rendre compte que l'auteur a parfaitement atteint le but qu'il se proposait, et cela parce qu'il possède les deux qualités dont parle le professeur Grasset.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Fonction sexuelle (2), par le docteur H. Busquet, chef adjoint du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris.

Cet ouvrage, qui fait partie de l' « Encyclopédie scientifique » éditée par MM. Doin, est destiné à réunir et à coordonner les documents et les faits nouveaux si nombreux qui ont été publiés dans ces vingt dernières années, relativement à la fonction sexuelle.

Après une courte introduction ne comportant que quelques généralités fondamentales, l'auteur étudie dans une première partie les organes génitaux envisagés comme appareil de perpétuation de l'espèce, puis dans une seconde partie, relative aux fonctions de sécrétion interne, il étudie les organes génitaux envisagés comme organes utiles à l'individu.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 814 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(2) In-8 de 359 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 28 janv. 1911.) H. de Waele : Sur la médication de l'amblyopie nicotinique par la lécithine. — Wybauw : Le devoir de la Belgique vis-à-vis de Spa.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1911.) Haslund : Sur un cas de syphilis contractée au moment même de la naissance. — L. Jacquet et P. Jourdanet : Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique des dermites professionnelles des mains. — E. Neuber : Influence exercée par quelques produits antisyphilitiques (sublimé, calomel, 606) sur la phagocytose.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1911.) Gabriel Delamare : Epidémie de variole du XVIIIe arrondissement de Paris en 1910. — E. Stockis : Nouvelle méthode de relevé par transfert des empreintes et des taches. — Michel Belletrud et Paul Froissart : L'alcool et l'aliénation mentale dans le Var. Statistique de l'asile de Pierrefeu. — Beaussart et Bonhomme : Observations d'une famille de déséquilibrés à réactions antisociales. — Balthazard et Lebrun : Les canaux de Havers de l'os humain aux différents âges. — Courtois-Suffit et Fr. Bourgeois : Deux cas de coccygodynie d'origine traumatique. — G. Guérin : Sur la présence constante du plomb dans l'acide tartrique du commerce, sa recherche et son dosage.

Archives d'électricité médicale. — (N° 302, 25 janv. 1911.) J. Belot et Jouin : Traitements physiques de l'acné chéloïdienne de la nuque. — A. Zimmern : Considérations pronostiques sur le lavement électrique. — Marie et Sorel : Quelques remarques particulières sur le traitement des angiomes caverneux érectiles par l'électrolyse. — H. Bordier : Nouveau modèle du chromoradiomètre. — (N° 303, 10 fév.) W. His : Le traitement de la goutte et du rhumatisme par le radium. — Mme Fabre et M. Bender : La radiumthérapie en gynécologie. — Dominici, Barcat et Beaudouin : Comparaison des rayons de l'ampoule de Crookes et des rayons du radium au point de vue thérapeutique. — Mme S. Fabre et M. G. Fabre : Technique et outillage actuels en radiumthérapie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1911.) Rocaz : Eczéma des nourrissons. — Péhu et Ch. Porcher : De l'emploi habituel du lactose dans l'alimentation du nourrisson. — Eugène Lust : Six cas de scorbut infantile en ces trois derniers mois. — Buffet-Delmas : Scarlatine maternelle et nourrissons. — Pastia : Le signe du pli du coude dans la scarlatine. — J. Comby : Les effets tardifs des modes d'allaitement.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1911.) Gary : Des parotidites postopératoires. — Patris de Broé : Intoxication iodique mortelle. — Du Chatelet et Friant : De la méningite cérébro-spinale dans la garnison de Verdun. — Hirtz : L'électrothérapie et la radiothérapie au IIIe Congrès international de physiothérapie.

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1911.) L.-E.-F. Brunet : Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Cherbourg en 1909. — Guéguen : Recherche et dosage de l'huile d'arachide dans les huiles en général et en particulier dans les huiles d'olives comestibles et industrielles.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 12, déc. 1910.) J.C. Roux et R. Savignac : Le pouvoir antitryptique

du sérum sanguin dans les cancers de l'appareil digestif. — (N° 1, janv. 1911.) ROUBIER et CRÉMIEN : Péritonite généralisée par perforation du côlon iléo-pelvien au cours de la tuberculose du gros intestin. — TERRIEN : A propos de l'emploi combiné de la bouillie de Malt et du lait caillé dans les troubles digestifs du premier âge. — GIORDANO : Pour l'intervention chirurgicale dans les péritonites typhoïdiques. — BAUMANN : Lavage et masso-lavage du côlon.

Archives générales de médecine. — (Janv. 1911.) Consacré aux analyses.

Archives générales de chirurgie. — (N° 1, 25 janv. 1911.) Paul GUIBAL : De l'inversion du vagin consécutive à l'hystérectomie. — J. POULAIN : Sigmoïdites et infections des organes génitaux internes de la femme. — D. ZESAS : Les complications ostéoarticulaires de la fièvre de Malte. — MAUCLAIRE : Essais de drainage de l'ascite dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Archives internationales de neurologie. — (Janv. 1911.) BECHTEREW : Sur les rapports existant entre les maladies nerveuses et mentales. — A. MARIE, A. CHAILLON et MAC-AULIFFE : Anthropologie psychiatrique, le type cérébral. — KOSTYLEFF : Les derniers travaux de Freund et le problème de l'hystérie. — (Fév.) HALBERSTADT : Hallucinations lilliputiennes dans un cas de démence précoce au début. — N. KOSTYLEFF : Les derniers travaux de Freund et le problème de l'hystérie (*fin*). — A. MARIE : Faits relatifs à l'étude anatomo-clinique des hallucinations latéralisées.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 1, 20 janv. 1911.) H. DELAGENIÈRE et LANGEVIN : L'ulcère du duodénum. — J. CARAVEN : Actinomycose osseuse indépendante chez l'homme. — H. HAMEL : L'avenir du tuberculeux ganglionnaire. — R. BESSONNET : Le diagnostic des méningites aiguës. — DENÉCHAU : La paralysie infantile épidémique. — G. RENON : Diagnostic différentiel du kyste du cordon et de la hernie étranglée chez l'enfant. — QUERTANT : Sur un cas de superfœtation.

Biologica. — (N° 2, 15 fév. 1911.) St. LEDUC : L'évolution et les générations spontanées. — L. LALOY : Le revêtement pileux dans l'espèce humaine. — LE DANTEC : Le problème de l'origine des espèces.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 1, 1er janv. 1911.) E. ESCAT : Hiatus auditif dû à l'absorption d'un son intérieur par un bourdonnement unisonnant ou consonnant plus intense. — A. CASTEX et G. BERRUYER : Les malformations de l'oreille. — SIEUR et ROUVILLOIS : Deux cas de fistules congénitales de l'hélix. — F. MOUNIER : Intoxications tardives dues au bromure d'éthyle. — J. FOURNIÉ : Otorrhée profuse et prolongée sans participation antrale au cours d'une otite moyenne aiguë. — H. RAZEMON : Le bain nasal et naso-pharyngien. — P. LE BEC : Laryngectomie totale en deux temps séparés. — Claude et Francisque MARTIN : Deux cas de résultats éloignés de rhinoplastie sur charpente métallique. — M. GUISEZ : Statistique générale et fréquence relative de différentes affections de l'œsophage.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 janv. 1911.) Ed. LAVAL : Les divers modes de la suppression de la sensibilité en vue d'une intervention. — (23 janv.) TIFFENAU : Des groupements atomiques actifs au point de vue pharmacodynamique. — (30 janv.) TIFFENAU : Des groupements atomiques actifs au point de vue pharmacodynamique. — (8 fév.) Ed. LAVAL : Principales affections chroniques du rhino-pharynx chez l'enfant.

Bulletin médical. — (N° 6, 21 janv. 1911.) Gilbert BALLET : La mélancolie. — (N° 7, 25 janv.) BABINSKI : Paraplégie spasmodique organique avec contracture en flexion et contractions musculaires involontaires.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 3, 15 janv. 1911.) SABRAZÈS et DUBOURG : Effets de l'arsenobenzol dans un cas de syphilis tertiaire à manifestations cutanées, muqueuses, orchi-épididymaires résistant au traitement hydrargyrique. Mode d'action sur le sang. — (N° 4, 22 janv.) Paul LEMAIRE : Posologie de la cryogénine; ses indications et la durée de son séjour dans l'organisme. — CODET-BOISSE : Appareil pour le traitement des déviations vertébrales et plus particulièrement la détorsion du rachis dans les scolioses (6 fig.). — (N° 5, 29 janv.) Paul LEMAIRE : Détermination physiologique de la valeur des feuilles de digitale. — (N° 6, 5 fév.) PETIT DE LA VILLÉON : Appareil postopératoire de la luxation congénitale de la hanche chez le nourrisson. — (N° 7, 12 fév.) André CHARRIER : Résultats éloignés du traitement des tumeurs blanches du genou par les injections profondes du chlorure de zinc.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1911.) G. REYNAUD : La quinine préventive contre le paludisme et la fièvre bilieuse hémoglobinurique (*suite*). — ROUX DE BRIGNOLES et MICHEL : Amputation de cuisse sous-trochantérienne pour tuberculose du genou. — IMBERT et P. FIOLLE : Résection du pubis. — PIÉRI et WEILL : Occlusion aiguë de la vésicule. — P. NIEL : Extraction d'un corps étranger de l'œsophage. — JOURDAN : Morphinisme et mal de Bright.

Montpellier médical. — (N° 3, 15 janv. 1911.) DE ROUVILLE : Informations et conseils salutaires. — C. FLEIG : Action des injections d'eaux minérales sur le sang et le système circulatoire (*fin*). — (N° 4, 22 janv.) ESTOR : Traitement du pied bot varus équin congénital par le redressement modelant. — V. RICHE : La rachianesthésie haute. — (N° 5, 29 janv.) ESTOR : Les méfaits du corset orthopédique.

Nord médical. — (N° 392, 1er fév. 1911.) LEMOINE : Faut-il donner de la morphine dans les affections mitrales ? — J. BERTIER : Tachycardie et arythmie paroxystiques tuberculeuses.

Paris médical. — (N° 8, 21 janv. 1911.) J. JOMIER : L'ictère catarrhal. — MARFAN : Traitement du rachitisme. — SCHWARTZ : Les luxations du coude. — (N° 9, 28 janv.) HUTINEL : Association de la rougeole et de la scarlatine. — DEMOULIN et LEGRAND : Luxation ancienne métacarpo-phalangienne du pouce simple, complète, réduction sanglante. — Albert WEIL : La pratique du lavement électrique. — GASTOU : Psychologie du sommeil et de la commotion cérébrale. Auto-observation à propos du déraillement de Montereau. — (N° 10, 4 fév.) Albert WEIL : La physiothérapie en 1911. — BÉCLÈRE : Le traitement du cancer par la radiothérapie. — L. WICKHAM et P. DEGRAIS : Le radium dans le traitement du cancer. — GUILLEMINOT : Traitement des fibromes utérins par la radiothérapie. — NOGIER : Les rayons ultraviolets. Leur application à la thérapeutique et à l'hygiène. — L. DUREY : L'exercice physique journalier. — (N° 11, 11 fév.) A. GILBERT : Principes généraux de thérapeutique. — J.-Ch. ROUX : Les dyspepsies nerveuses. — Pierre GAGEY : Rééducation de la respiration et de l'attitude droite chez un asthmatique.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1911.) E. QUÉNU : Du traitement opératoire des angiocholécystites typhiques au cours de la maladie ou pendant la convalescence. — WEITZEL : Du traitement des blessures du crâne dans les formations de l'avant. — L. IMBERT et G. DUGAS : Pronostic éloigné des luxations de l'épaule. — Ch. MONOD et J. VANVERTS : Du traitement opératoire des hématomes artériels et artério-veineux. Documents et remarques (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


GYNÉCOLOGIE
THIGÉNOL "ROCHE"
Médicament synthétique à base de Soufre, Soluble eau, alcool, glycérine.
INODORE - NON CAUSTIQUE - NON TOXIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE
KÉRATOPLASTIQUE
Action calmante énergique
Décongestion puissante.
Suppression rapide des Ecoulements.
Mode d'emploi { Thigénol "Roche" 30 ou 45 gr. Glycérine 70 ou 55 gr.
en tampons tous les deux jours
ou bien
OVULES "ROCHE"
AU THIGÉNOL
OVULES "ROCHE"
AU
THIGENOL
dosés à 30 %
Préparés par Ch. WEISS, Pharmacien de 1re Classe
30, Boulevard Magenta - PARIS
VENTE EN GROS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7, rue Saint-Claude, Paris
Prix : 4 Fr.
F. Hoffmann-La Roche & Cie PARIS
Thigénol Roche
F. Hoffmann La Roche & Co
PARIS
100 gr.
Echantillons & Littérature F. Hoffmann La Roche & Cie. 7, Rue Saint Claude, PARIS.


SIROP "ROCHE"
au THIOCOL
administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
Sirop Roche
Sirop Roche
au Thiocol
Ch. Weiss
Prix 4 fr le flacon
COMPRIMÉS
DE
THIOCOL ROCHE
Prendre la 3 comprimés dissous dans 1/4 de verre d'eau trois fois par jour
Prix 2f
Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges. PARIS

N° 22. — JEUDI 23 FÉVRIER 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 23 FÉVRIER 1911. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Mutations.* — M. le docteur Martin du Magny atteint par la limite d'âge est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Mongour passe de l'hôpital des Enfants à l'hôpital Saint-André.

M. le docteur Lamacq passe de l'hospice général Pellegrin à l'hôpital des Enfants.

M. le docteur Verger, médecin adjoint, devient médecin titulaire à l'hospice général Pellegrin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Marquès, docteur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux pratiques de physique biologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un congé, du 1er janvier au 30 juin 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Gauthier, chargé d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. Raybaud, docteur en médecine, est chargé, du 1er janvier au 30 juin 1911 (durée du congé accordé à M. Gauthier), d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

— REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 4 juillet 1911, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— ROUEN. — M. Dumont, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er janvier 1911.

ASILES DE BAILLEUL ET D'ARMENTIÈRES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Desruelles, Rabel, Clercq et Connesson.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — ÉLECTION D'UN ACADÉMICIEN LIBRE. — L'Académie a procédé à l'élection d'un académicien libre en remplacement de M. Tannery.

La section avait classé les candidats dans l'ordre suivant et porté :

En première ligne : M. Tisserand, correspondant de l'Académie, ancien directeur au ministère de l'agriculture, membre de la commission de l'Institut Pasteur.

En deuxième ligne : M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

En troisième ligne (*ex æquo* et par ordre alphabétique) : MM. André, ancien professeur de mathématiques; Blondel, ingénieur des ponts et chaussées; de Gramont, chimiste, et Paul Janet, professeur à la Sorbonne, directeur de l'Ecole supérieure d'électricité.

Le nombre des votants s'élevait à 65. La majorité comportait en conséquence 33 suffrages.

Les trois tours de scrutin qui se sont succédé ont donné les résultats suivants :

	1er tour	2e tour	3e tour
MM. Tisserand	20	31	33
Landouzy	23	28	30
André	3	»	1
Blondel	9	5	1
Janet	5	»	»
De Gramont	1	»	»
D'Ocagne	3	»	»
Chantemesse	1	»	»
Stanislas Meunier	»	1	»
	65	65	65

M. Tisserand a été déclaré élu.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Des médailles en or sont décernées à MM. les docteurs Samuel Bernheim, Beurnier, Crauk (de Paris), Pezet (de Montpellier).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Dutilleul (de Lille), Barlerin, Blum (Edgar), Roblot, Vallat et Willette (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Vergne (de Tulle), Paumès (de Toulouse), Christin (de La Bourboule), Broudic, Cazin, Salmon (Auguste), Serin et Yvon (de Paris), Duclos (de Ballancourt), Galvani (de Sarcelles), Aragon (de Tunis).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Boucher [Victor] (de Marseille), Latour (du Puy), Baffet (de Pogny), Girard (d'Aigueperse), Blondeau (de Mamers), Belgrand (de Paris),

Chazet (de Bagnolet), Dircksen et Thomin (de Saint-Maur), Laurent (de Bois-Colombes).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CONCOURS POUR FEMMES SEULES. — Une affiche vient de soulever quelque émotion parmi les étudiants, la voici :

« CONCOURS POUR L'INTERNAT DE L'ASILE NATIONAL DU VÉSINET. — Il sera ouvert le lundi 6 mars 1911, au ministère de l'intérieur, salle Telmon, un concours pour l'internat de l'asile national du Vésinet.

Ce concours est ouvert seulement aux étudiantes en médecine.

On trouvera au secrétariat de l'asile et chez le concierge de la Faculté de médecine des exemplaires de l'arrêté ministériel qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours. »

— Il y a lieu de remarquer qu'il s'agit d'un concours pour un emploi nouvellement créé. Jusqu'ici il n'y avait pas d'internes au Vésinet qui est, on le sait, une maison de convalescence pour femmes. C'est la raison pour laquelle le ministère de l'intérieur a cru devoir réserver aux étudiantes ces nouveaux postes.

Ier CONGRÈS DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS ORGANISÉ PAR L'ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS (PARIS, 23 MARS 1911). — Le Ier Congrès des journalistes médicaux français s'annonce comme un brillant succès. De très nombreuses adhésions sont parvenues au comité d'organisation.

En dehors des membres de l'association, nous pouvons signaler les adhésions de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine qui a bien voulu accepter la présidence d'honneur du Congrès, de MM. Lucas-Championnière, Hallopeau, Ricard, Valude ; de MM. les professeurs Poncet, Grasset, Régis, Moure ; de MM. Paul Claisse, Milian, J.-Ch. Roux (de Paris), Félix Baudouin (de Tours), Riche (de Montpellier), Ausset (de Lille), Antheaume (de Paris), Viron (de Paris).

A ce Congrès ont également tenu à adhérer un certain nombre d'éminents journalistes médicaux des pays de langue française et des pays latins : les sénateurs professeurs Maragliano (de Gênes) et Mangiagalli (de Milan) ; les professeurs Rummo, Rubino, Borgoni, Scongnamiglio (de Naples), Cattaneo (de Parme), d'Ormea (de Sienne), Pires de Lima et Antonio de Azevedo (de Lisbonne), Ricardo Horno Alcorta (de Saragosse), Barbera Marti (de Valencia), Jorge Leyro Diaz (de Buenos-Aires), Aristote Konzis (d'Athènes).

MM. Laruelle, Vergauwen, Crocq, Coppez et Delsaux (de Bruxelles), Charles (de Liége), Merveille (de Chénée).

L'esperanto est représenté par M. Thalwitzer (de Dresde).

PROGRAMME. — Le Congrès s'ouvrira à Paris le jeudi 23 mars 1911, à neuf heures du matin, dans *le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine*, sous la présidence d'honneur de M. le doyen Landouzy.

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° « Du droit de reproduction des articles médicaux » (Rapporteur : M. Vitoux) ;

2° « Rapports de la presse médicale avec les congrès et autres manifestations intéressant l'art et la pratique de la médecine » (Rapporteur : M. Ausset) ;

3° « Organisation d'une caisse de secours immédiat » (Rapporteur : M. Duchenne [de Châtel-Guyon]) ;

4° « Usurpation du titre de docteur » (Rapporteur : M. Dieupart).

Les rapports seront envoyés avant l'ouverture du Congrès.

Les titres des communications devront être adressés au secrétaire général, le docteur Cabanès, 9, rue de Poissy, à Paris, avant le 1er mars 1911.

BANQUET. — Un banquet par souscription aura lieu à l'issue des travaux du Congrès, le même jour à sept heures et demie sous la présidence de M. le doyen Landouzy. Plusieurs membres du gouvernement et les présidents des différentes associations de presse assisteront au banquet.

Prix de la cotisation pour le banquet, 10 francs. Les souscriptions devront être adressées autant que possible au trésorier avant le 20 mars, dernier délai.

THÉATRE. — *Soirée du 22 mars (veille du Congrès).* — Des places dans différents théâtres de Paris seront mises gracieusement à la disposition des congressistes pour la soirée du 22 mars. Ces places étant en nombre limité, s'inscrire de suite auprès du trésorier.

Il sera donné satisfaction d'abord aux demandes des congressistes de la province et de l'étranger.

BUREAU DE RENSEIGNEMENTS. — Un bureau de renseignements fonctionnera le mercredi 22, de 2 à 6 heures, à la Faculté.

CHEMINS DE FER. — Quelques compagnies ont déjà accordé le 50 p. 100, les autres l'accorderont vraisemblablement.

Adresser les demandes de bons de réduction au trésorier, *avant le 1er mars.*

CONDITIONS D'ADMISSION. — Nous rappelons que le prix de la cotisation comme membre adhérent est fixé à 6 francs. Les adhésions accompagnées d'un mandat-poste de six francs doivent être adressées, avant le 1er mars 1911, au docteur F. Le Sourd, trésorier, 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris, VIe.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Il est institué auprès du ministre de l'Instruction publique un conseil du muséum.

Le conseil se compose de cinq membres nommés par décret, pour une durée de six ans ; du directeur de l'enseignement supérieur et du directeur du muséum, membres de droit.

FIÈVRE APHTEUSE. — Le ministre de l'agriculture vient de rapporter l'arrêté du 22 novembre 1906 qui autorisait le transit par la France des animaux de l'espèce bovine expédiés de Suisse par chemin de fer à destination de l'Espagne.

Cette mesure a été prise en raison de l'existence de la fièvre aphteuse en Suisse.

Pour la même raison le ministre vient en ce qui concerne l'Italie, de rapporter les arrêtés du 30 juin 1896, du 19 décembre 1903 et du 11 février 1909, qui autorisent le transit par la France des animaux des espèces bovine, ovine, caprine et porcine provenant de l'Italie à destination de l'Espagne, de la Suisse et de la gare maritime de Marseille ; l'arrêté du 8 avril 1899, qui autorise l'entrée en France du bétail né et élevé en Sardaigne ; et enfin l'arrêté du 1er septembre 1903, qui autorise l'importation en France, pour être dirigés sur un abattoir, des animaux de l'espèce bovine provenant de l'Italie.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 février 1911 à 4 heures et demie du soir, 12, rue de Seine dans les locaux de la Société de chirurgie.

A 5 heures trois quarts, le docteur Maurice Faure (de Lamalou) fera une conférence sur *l'Homme dans l'Europe occidentale durant les temps préhistoriques* (avec projections).

LE MONUMENT DU PROFESSEUR CORNIL sera inauguré le dimanche 5 mars à 10 heures et demie du matin à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Fallières, président de la République.

Les dernières souscriptions sont reçues chez M. Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro du *Bulletin chirurgical de Cannes et de la région du Sud-Est*, publié par nos excellents collègues Barozzi et Pascal. Tous nos vœux de bienvenue.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Max Bernardeau, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales ; Victor Decugis (de Besse) ; F. de Pérignon, ancien médecin sanitaire maritime ; M. le professeur Th. Escherich (de Vienne, Autriche).

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. Henri Piéron, maître de conférences à l'Ecole des hautes études, fera, de mars à juin, une série de conférences de psychologie expérimentale, suivies de travaux pratiques.

Ces conférences auront lieu au laboratoire de psychologie expérimentale, à l'asile de Villejuif, les mercredis, à deux heures un quart.

Les séances de travaux pratiques dureront de trois heures à cinq heures et demie.

Le nombre des places étant strictement limité, on est prié de s'inscrire au laboratoire d'évolution de la Sorbonne (3, rue d'Ulm), avant le 1er mars.

Les personnes inscrites seront avisées de leur admission.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

Professeur A. PONCET.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

A FORME NÉOPLASIQUE :

Adénome du sein, lipome d'origine tuberculeuse, abcès froids : lombaire, thoracique; tuberculose pulmonaire (1).

Messieurs,

Je vous présente une malade chez laquelle nous observons des manifestations pathologiques très diverses, de siège, d'apparence, de nature, et qui ont, cependant, entre elles, plus d'une analogie, en se plaçant sur le terrain pathogénique qui est ici particulièrement intéressant.

Vous avez, en effet, devant vous, une femme, âgée de cinquante ans, qui, depuis quelques années, réunit diverses formes de tuberculose dont nous nous sommes beaucoup occupé, et dont l'aspect polymorphe n'est plus, aujourd'hui, pour nous étonner.

Voici, du reste, pour fixer immédiatement votre attention, l'énumération rapide des tares multiples dont cette malade est atteinte.

Son histoire pathologique remonte à une huitaine d'années, ainsi qu'en témoigne une cicatrice remplaçant le sein gauche qui fut enlevé à cette époque en totalité, par un chirurgien, pour un adénome, et cela, quelques mois après l'apparition de la tumeur. Plus tard, est survenu un lipome sous-cutané, actuellement du volume d'une grosse amande, occupant, ainsi que vous pouvez le constater, la partie moyenne du bras gauche. Sur ces entrefaites, la malade a été albuminurique; son albuminurie aurait complètement disparu, depuis longtemps déjà, après quelques mois de traitement.

Enfin, il y a quatre mois, douleurs lombaires, à siège principal au niveau des apophyses épineuses, puis, peu de temps après, apparition, à ce niveau, d'une tuméfaction locale qui n'était autre qu'un abcès froid, ainsi qu'en témoignent l'issue spontanée d'une certaine quantité de pus et la persistance d'une fistule ossifluente.

Un mois plus tard nouveau gonflement du même genre, situé au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, et appartenant nettement à la paroi thoracique.

Cette dernière tuméfaction, douloureuse à la pression, a conduit la malade dans nos salles; elle n'était autre, également, qu'un abcès froid, comme l'a bien montré une ponction que l'on a fait suivre d'injection iodoformée. Cette ponction donna issue à un pus, séreux, grumeleux, tout à fait caractéristique d'un abcès tuberculeux. Ajoutons, pour compléter cet examen rapide, que cette malade présente des signes non douteux au sommet du poumon droit, de tuberculose pulmonaire à forme scléreuse.

Tel est, messieurs, l'exposé sommaire d'un bilan pathologique important. Il se résume ainsi : ancien adénome du sein, lipome du bras gauche, albuminurie non moins ancienne, dont il ne reste plus trace aujourd'hui, abcès froid lombaire d'origine vertébrale, abcès froid d'origine costale de la paroi thoracique gauche, et, brochant sur le tout, tuberculose pulmonaire. Ajoutons, pour ne laisser dans l'ombre aucun point de l'histoire si instructive d'un tel sujet, qu'il s'agit d'une femme, pâle, amaigrie, exerçant la profession de ménagère et dont la vie, comme dans beaucoup de petits ménages ouvriers, paraît avoir été assez dure.

Il ne paraît exister chez elle aucun antécédent héréditaire. Mariée, son mari qui exerce la profession d'ajusteur-mécanicien se porte bien. Elle a eu deux enfants : un fils actuellement vivant, mais elle a perdu, il y a quatre mois, une fille âgée de vingt-trois ans qui est morte rapidement d'une méningo-encéphalite aiguë, survenue sans cause appréciable, et que l'on pourrait, dès lors, rapporter, a priori, à une infection tuberculeuse?

Ceci dit, et le diagnostic clinique des différentes lésions, énumérées plus haut, étant bien établi, nous devons nous demander quelle est leur origine, et si, entre ces diverses manifestations pathologiques disparates, il n'existe pas un lien de causalité.

Il y a quelques années seulement, avant nos recherches sur le rhumatisme articulaire tuberculeux, et spécialement, sur la tuberculose inflammatoire à forme néoplasique, une telle malade eût été, permettez-moi l'expression, un véritable rébus au point de vue pathogénique. Tout au moins, si certaines lésions eussent été reconnues, de par leurs caractères morphologiques, comme étant manifestement de nature tuberculeuse, d'autres n'auraient été susceptibles d'aucune interprétation étiologique; on n'eût même tenté, à leur sujet, aucune hypothèse. On se fût contenté de dire, par exemple : adénome du sein, lipome, albuminurie, etc., de cause inconnue, chez une femme devenue, plus tard, une tuberculeuse avérée.

Eh bien! nous pouvons aujourd'hui, messieurs, tenir, à bon escient, un tout autre langage, nous pouvons préciser la nature de ces accidents d'origine indéterminée et les attribuer à une seule et même cause qui est, dans l'espèce, l'infection, l'intoxication tuberculeuse.

Déjà, il y a sept ans, nous écrivions, en épigraphe du *Rhumatisme tuberculeux* (1) :

« Le rhumatisme que l'on observe chez les tuberculeux n'est généralement pas, comme on l'avait cru jusqu'à présent, une simple coïncidence, une maladie intercurrente, et pas davantage, une cause de tuberculose; manifestations rhumatismales et tuberculeuses réunies ont une même pathogénie : l'*empoisonnement tuberculeux*, d'où : le *rhumatisme tuberculeux.* »

Aujourd'hui ainsi que nous l'avons établi par de nombreux travaux (Poncet et Leriche), il nous est permis de généraliser bien davantage et de dire par exemple : toute lésion, toute manifestation pathologique, quelle que soit sa forme, quel que soit son siège, viscéral ou autre, survenant, apparaissant chez un tuberculeux classique doit être, en dehors de toute autre cause appréciable, imputée au virus tuberculeux.

Nous allons plus loin, et l'expérience clinique nous l'enseigne journellement : la tuberculose peut, d'emblée, se révéler dans tous les organes, dans tous les tissus, sous des formes, atténuées, frustes, avec des modalités aiguës, subaiguës, chroniques; elle peut, avec une allure septicémique plus ou moins

(1) Leçon recueillie par MM. Florence, interne, et Bonniot, externe des hôpitaux.

(1) Antonin PONCET et Maurice MAILLAND. *Rhumatisme tuberculeux*, paru dans l' « Œuvre médico-chirurgicale », n° 34, docteur Critzmann, directeur. Paris, 1903. Masson et Cie.

grave, être confondue avec d'autres maladies infectieuses. Chronique, elle prend souvent le masque de l'arthritisme, du neuro-arthritisme, etc., et donne ainsi le change sur la véritable nature des accidents en face desquels on se trouve.

Ne croyez pas, messieurs, que ces nouvelles idées doctrinales soient de simples vues de l'esprit. Elles nous sont, à chaque instant, imposées par la pratique des malades, par leur hérédité, par leur passé, par l'absence de toute interprétation étiologique plausible, par la filiation, l'enchaînement des lésions, etc. Maintes fois, d'autre part, ce diagnostic pathogénique est corroboré par le laboratoire, par les recherches bactériologiques, etc.

C'est en recueillant des observations très complètes, c'est en scrutant avec soin le passé des malades, en les suivant pendant longtemps et en ne nous dérobant pas à l'évidence des faits que nous sommes arrivés à la connaissance des deux grandes formes de tuberculose que nous avons décrites sous les noms de : *Tuberculose septicémique* et de *Tuberculose inflammatoire* (1) :

La *Tuberculose septicémique* dont les modalités vont, depuis une intoxication tuberculeuse à forme légère, volontiers ambulatoire, jusqu'aux formes plus ou moins rebelles, d'une gravité variable, parfois rapidement mortelles, dans tous les cas sans réactions lésionnelles ; et en second lieu, la *Tuberculose inflammatoire*, celle-là avec des lésions plus ou moins graves et étendues d'inflammation banale, avec des réactions anatomiques, autrement dit, aspécifiques.

Je ne m'étendrai pas davantage, messieurs, sur ces deux grandes variétés de tuberculose dont l'examen des malades consacre tous les jours et l'existence et le polymorphisme.

De telles considérations sur lesquelles nous avons déjà tant insisté avaient, cependant, besoin d'être rappelées en face de la malade dont je m'occupe aujourd'hui.

Je n'hésite pas, en effet, à établir une solidarité infectieuse, entre tous les accidents dont elle a été atteinte et dont elle est encore porteur, ces derniers, abcès froids, tuberculose pulmonaire, venant à l'appui de la nature tuberculeuse des uns et des autres.

Que voyons-nous en effet ? Une tumeur bénigne du sein, un adénome mammaire ouvrant la scène pathologique. Or, une telle néoplasie, nous l'avons bien montré avec Leriche, peut être, comme d'autres néoplasmes du même ordre, dans le corps thyroïde par exemple, d'origine tuberculeuse. Cette notion d'une tuberculose inflammatoire à forme néoplasique, nous l'avons développée dans une communication entre autres à l'Académie de médecine suivie, peu de temps après, d'une autre communication sur les lipomes d'origine également tuberculeuse (2).

Je ne reviendrai pas, messieurs, sur les preuves que nous avons données d'une telle étiologie bacillaire. Qu'il vous suffise de savoir que, depuis lors, la tuberculose inflammatoire néoplasique, à forme adénomateuse, lipomateuse, etc., a été rencontrée par d'autres observateurs, et que nous avons, de notre côté, recueilli de nombreux faits corroborant notre opinion première. Sur dix cas, par exemple, d'adénomes du sein, Leriche n'en a pas trouvé, moins de sept, nettement imputables à une toxi-infection tuberculeuse.

Que vous dire maintenant de cette albuminurie dont notre malade a été également atteinte, si ce n'est qu'elle a dû être aussi de même source ?

Depuis longtemps nous enseignons que les néphrites spontanées, se développant spontanément, sans aucune étiologie valable, doivent être rapportées à la tuberculose et que les albuminuries dites *prétuberculeuses* ne sont déjà dans leurs modalités passagères ou chroniques que des albuminuries tuberculeuses.

Je passe sous silence les abcès froids d'origine osseuse dont je vous ai parlé, les lésions existant du côté du sommet droit ; elles sont, on ne peut plus classiques ; elles ne peuvent donner lieu à aucune discussion. Elles n'en ont, pas moins, une grande valeur pour le diagnostic rétrospectif des lésions antérieures qui n'avaient pas et qui ont continué de ne pas avoir de signature histologique.

Ne croyez pas, messieurs, que des malades, dans le genre de celle que vous avez sous les yeux, soient rares. En chirurgie nous les rencontrons souvent. Je dirais volontiers que ces malades encombrent les services de médecine, alors qu'avec des lésions, plus ou moins chroniques, du cœur, des vaisseaux, du foie, des reins, etc., etc., de tels sujets sont simplement étiquetés : cardiopathes, artério-scléreux, hépatiques, rénaux, brightiques, etc. L'autopsie, du reste, ne vient-elle pas démontrer que, dans la plupart des cas, ces malades n'ont été et ne sont que de vieux tuberculeux.

La tuberculose est, plus que jamais, la grande maladie. C'est à elle qu'il faut penser, dans tous les processus inflammatoires spontanés, se développant sans étiologie appréciable.

La plupart du temps, elle n'est pas uniquement, comme on le croit encore généralement, la maladie terminale d'une vie plus ou moins longue, semée de malaises les plus divers, d'états pathologiques commandés par des lésions organiques d'aspect variable, elle est, au contraire, la cause première de toutes ces lésions. C'est la toxi-infection bacillaire que l'on doit incriminer.

Petits et grands tuberculeux se donnent la main dans un vaste cycle que nous apprenons, journellement, à mieux connaître.

(1) A. Poncet. Tuberculose septicémique, inflammatoire, spécifique, *Arch. intern. de chir.*, Gand, 1903.

(2) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Adénomes du sein, du corps thyroïde, etc., d'origine tuberculeuse, *Acad. de méd.*, séance du 10 avril 1906. — A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Les lipomes d'origine tuberculeuse, *Acad. de méd.*, séance du 2 avril 1907.

DÉLIRES D'INCUBATION

A FORME MANIAQUE

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR LES DOCTEURS

M. OLIVIER et M. BOIDARD

Médecin-adjoint Interne

de l'Asile d'aliénés de Blois.

L'éclosion d'un accès de délire, tout à fait au début de la fièvre typhoïde, parfois même à la période d'incubation de la maladie, n'est pas un fait d'observation récente. Il y a de longues années que les auteurs ont été frappés de cette constatation ; et ce qui les préoccupa surtout, ce fut à juste titre la possibilité d'une confusion souvent légitimée, par-

fois même inévitable, de ces délires initiaux avec de véritables accès d'aliénation mentale, confusion suivie le plus souvent de son effet naturel, à savoir un placement dans un asile, en apparence peu justifié.

Parmi les auteurs déjà anciens signalons Esquirol (1), Baillarger (2), Dumesnil (3), Marcé (4), Motet (5), Marandon de Montyel (6), qui se sont occupés de la question. Mais les auteurs récents n'y sont pas restés non plus indifférents. « Le délire initial, disent MM. Brouardel et Thoinot (7), a fréquemment amené des méprises donnant le change pour un accès d'aliénation indépendamment de toute cause toxi-infectieuse... » et M. Régis (8): « L'erreur a été fréquemment commise, elle l'est encore, et sa conséquence presque obligée est l'internement regrettable dans un asile d'aliénés d'un malade à la phase initiale d'une fièvre typhoïde... »

Mais si, dans la littérature médicale, on trouve des relations de ce fait remontant à une époque déjà lointaine, du moins ces relations ne sont pas nombreuses. M. Rougé (9), dans un travail très documenté paru en 1903, dit à ce sujet : « Il y a lieu de croire que les cas de fièvre typhoïde simulant l'aliénation mentale sont assez fréquents, mais les observations publiées sont rares. Ce sont toujours les mêmes, au nombre de quatre ou cinq, qui sont citées. » Et il ajoute que dans les divers recueils scientifiques il n'a pu en trouver que 32, dont 4 qui lui sont personnelles. Dans 10 de ces cas seulement, le délire initial survint à la période prodromique; dans les autres, il fut une manifestation de la période d'invasion.

C'est cette rareté relative qui nous incite à rapporter deux cas intéressants qu'il nous fut donné d'observer et dans lesquels le délire éclata en pleine période d'incubation de la fièvre, plusieurs jours avant toute autre manifestation clinique.

Observation I. — A..., âgée de dix-sept ans, domestique, entre à l'asile le 11 septembre 19.. Sa mère est très nerveuse, et sa sœur est soignée à l'asile depuis un mois pour un accès de confusion mentale post-puerpérale avec agitation et actes désordonnés. La malade, de taille moyenne, est vigoureuse et d'une bonne santé générale apparente; elle ne présente pas de signes physiques de dégénérescence. Le 3 septembre, elle est prise brusquement de troubles mentaux. Elle s'agite violemment, devient incohérente, chante, crie, gesticule, ne reste pas en place, se montre désordonnée, manifeste des tendances à la violence, si bien que son séjour à la maison paternelle devenant impossible, on l'amène à l'asile le 11 septembre.

A son arrivée elle est dans un état d'agitation avec poussées anxieuses très accentuées ; elle a de l'excitation motrice et verbale, de la logorrhée, parle d'une façon incohérente, chante, éclate de rire, interpelle les personnes de l'entourage; parfois elle se dit malheureuse, tourmentée, gémit et pleure ; elle est cependant capable, par moments, de donner des renseignements assez précis. Elle est courbaturée, se plaint des bras et des membres inférieurs et souffre beaucoup de la tête. Le thermomètre accuse 38°6.

Les jours suivants, l'état d'agitation continue; il est très difficile de maintenir au lit la malade, qui cherche sans cesse à se lever, à courir, et à sauter sur les genoux de ses infirmières. La fièvre continue et ne tarde pas à atteindre 39°6. A... présente une langue saburrale, puis rôtie et fuligineuse, de l'inappétence ; elle s'alimente très difficilement. Bientôt apparaît de la diarrhée, en même temps que du gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite. L'abdomen est parsemé de taches rosées très nombreuses et tout à fait caractéristiques. Le 15 septembre, rétention urinaire nécessitant un cathétérisme. Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire ni du côté de l'appareil circulatoire. L'insomnie est persistante.

On traite la malade par les bains, mais l'agitation ne diminue pas, et la mort survient le 23 septembre dans un état ataxo-adynamique.

Il apparaît bien nettement, dans ce cas, qu'il y eut succession de deux ordres de phénomènes, la malade s'étant révélée d'abord comme une véritable aliénée, pour offrir en second lieu le complexus clinique d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique. La température s'éleva à 38°6 le soir de l'arrivée de la malade à l'asile ; si l'on peut admettre avec vraisemblance, que ce n'était pas là la toute première manifestation fébrile, par contre cette température en somme peu élevée permet aussi de croire que la fièvre était de date récente, et n'était pas, à coup sûr, contemporaine des premiers troubles mentaux datant de huit jours déjà. Les troubles vésaniques furent donc, dans l'ordre d'apparition des symptômes, les premiers en date ; ils ne revêtirent pas la forme confusionnelle et hallucinatoire habituelle aux délires infectieux, mais se présentèrent sous un aspect franchement vésanique qui fit croire d'abord à un accès de manie aiguë, diagnostic rendu d'autant plus vraisemblable que la malade offrait des tares héréditaires, sa sœur se trouvant au même moment à l'asile.

Mais beaucoup plus précis, et plus significatif encore, est le cas suivant.

Obs. II. — B..., âgée de trente-trois ans, entre à l'asile le 3 janvier 19.. Comme antécédent héréditaire, signalons que sa mère est morte aliénée. Nous avons appris, quelques jours après son arrivée à l'asile, qu'elle-même avait eu, dix ans auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire, suivie de complications cardiaques qui auraient cliniquement guéri.

En décembre elle se consacre aux soins d'une malade; elle se dépense beaucoup, passe des nuits, se surmène. Brusquement, dans les tout derniers jours du mois, elle devient bizarre, et se met à divaguer. Le 30 décembre, elle offre le tableau de la grande agitation maniaque, avec cris, incohérence complète, désordre des actes, elle rejette sans cesse ses couvertures; par instants, moments d'anxiété au cours desquels elle dit qu'elle va mourir. Elle a la face congestionnée, de la dilatation des pupilles, de la *fréquence du pouls*, de l'incontinence urinaire et fécale; *pas de fièvre*. Le 3 janvier, la face est moins congestionnée, *le pouls reste rapide, mais il n'y a toujours pas d'élévation de la température*. L'état mental reste sensiblement le même : agitation, incohérence, fuite des idées, désordre des actes. Il devient impossible de la traiter à domicile; on décide son placement.

Elle arrive alors à l'asile; température le soir 37°1. Le lendemain l'agitation se calme un peu, et laisse paraître un état de confusion des idées, avec délire onirique. La malade a une notion assez exacte du temps, mais elle s'oriente très mal dans le lieu; elle croit être toujours dans la maison où l'on avait confié une malade à sa garde. Parfois elle a des réminiscences, mais ce sont des clartés très fugitives. La conversation est lente à conduire; on n'obtient le plus souvent que des réponses imprécises, incomplètes, contradictoires. De temps en temps des questions pressantes semblent l'éveiller à la réalité, mais

(1) Esquirol. *Des Maladies mentales*, 1838, t. I, p. 73.
(2) Baillarger. Annotation à la page 217 du *Traité des maladies mentales* de Griesinger.
(3) Dumesnil. *Ann. médico-psychol.*, 1863, 2e partie, p. 3.
(4) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 302.
(5) Motet. *Gaz. des hôpit.*, 1866, no 36.
(6) Marandon de Montyel. De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie, *Ann. médico-psychol.*, 1883, 1re partie, p. 387.
(7) Brouardel et Thoinot. Fièvre typhoïde, in *Traité de méd. et de thérap.* de Brouardel et Gilbert, 1905.
(8) Régis. *Précis de psych.*, 1909.
(9) Rougé. Fébricitants délirants pris pour des aliénés, *Ann. médico-psych.*, 1903.

elle retombe bientôt dans un état de rêve, sorte de délire inconsistant; parfois elle élabore quelques idées de teinte mélancolique, disant qu'il n'y a plus d'espoir de guérison, qu'elle est perdue, qu'elle est condamnée à mourir, qu'elle l'a bien voulu. *Elle déclare ne souffrir d'aucun organe.* Elle ne dort pas. Facies légèrement plombé et contracté, langue saburrale, constipation; pouls à 120; réflexes patellaires normaux Température le matin 37 degrés, le soir 37°2.

Le 5, l'agitation s'apaise, et l'état confusionnel devient tout à fait prédominant; elle est dans un état de semi-torpeur avec obnubilation et ralentissement des opérations psychiques, et semble faire de vains efforts pour répondre aux questions. Le matin le thermomètre accuse 37°5, et elle est prise à neuf heures d'une abondante hémorragie intestinale évaluée à un litre de mélæna. Le pouls monte à 130; il est petit. Le facies est plus terreux que la veille, la langue saburrale et fendillée, la malade s'alimente mal. A midi, deuxième hémorragie intestinale, beaucoup moins abondante. Elle se plaint de souffrir violemment de la tête. Elle est toujours constipée. Température du soir, 38 degrés. Le lendemain apparition des règles, bien que la malade ait été réglée déjà quelques jours avant son entrée à l'asile.

Les jours suivants, les différents symptômes s'accentuent. L'état mental est différent le jour et la nuit : le jour c'est un état confusionnel avec torpeur, désorientation, délire onirique, et parfois idées mélancoliques de culpabilité et d'auto-accusation; la nuit, au contraire, la malade est le plus souvent agitée, elle parle beaucoup, cherche à se lever, gesticule, est désordonnée, souffre de la tête. Les traits sont tirés, le visage plombé, révélant un état infectieux évident. La langue, sale, est très chargée et fendillée; l'abdomen est un peu tendu, mais non douloureux; la constipation persiste. Le pouls dépasse 130; il ne tarde pas à devenir inégal et irrégulier, les pulsations sont molles; les battements cardiaques sont arythmiques et sans énergie. La respiration est un peu rapide; il n'y a rien d'anormal à l'auscultation des poumons. Les urines, peu abondantes, sont fortement colorées; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. La température s'accroît progressivement, atteint 39 degrés le 8, et 39°2 le 9.

Le 10, l'aspect typhique est tout à fait caractéristique. Le ventre toujours tendu devient douloureux, on a pu obtenir une selle. Pas de taches rosées. Le pouls, toujours irrégulier, atteint 140, le cœur est de plus en plus arythmique et sans énergie. On n'observe pas de troubles pupillaires, pas de Kernig, pas de vomissements. Pas de modification appréciable du volume de la rate.

Sous l'influence d'administration de digitaline les contractions cardiaques deviennent le lendemain plus régulières, et le pouls retombe à 120. La malade semble sortir de son état de torpeur; elle reconnaît des personnes qui viennent la voir et leur parle un peu.

Le 10 et le 11, la température atteint le matin, 38°6, et le soir 39°2.

Le 11 au soir, la respiration devient fréquente, les extrémités inférieures se cyanosent.

Le 12, *séro-diagnostic positif.* Le matin, dyspnée intense, cyanose et léger œdème des extrémités inférieures, anurie, conscience très obtuse. Vers deux heures, coma; mort à quatre heures.

L'autopsie ne peut être pratiquée.

En somme chez cette malade, survient brusquement, à la suite d'un surmenage physique, un état de grande agitation avec incohérences, désordre des actes et insomnie; le pouls est fréquent, la température est normale, la malade est une héréditaire; l'hypothèse d'un accès de manie aiguë semble tout à fait légitime; et devant l'impossibilité de soigner cette malade à domicile, elle est suivie de son effet naturel, l'internement. Deux jours après, l'agitation cède la première place, dans le tableau morbide, à un état confusionnel avec délire onirique, en même temps que la température dépasse légèrement la normale pour s'élever peu à peu, et que s'installent les signes cliniques habituels de l'infection éberthienne. Dans une troisième phase enfin, les complications myocardiques, expliquées par l'affection cardiaque antérieure, dominent la scène et finalement emportent la malade.

Lorsqu'on est en possession de toutes ces données, émanées des renseignements que nous fournissent, d'une part les antécédents tant héréditaires que personnels de la malade, d'autre part l'évolution de la maladie, cet ensemble symptomatique, cette succession de phénomènes morbides, pour intéressants qu'ils soient, paraissent en somme assez peu surprenants, les troubles les plus intenses s'étant manifestés du côté des organes tarés.

Tout autre était la situation, le jour où fut décidé l'internement! A ce moment les seuls symptômes présentés étaient les manifestations mentales et la fréquence du pouls; et l'on ignorait encore l'affection cardiaque antérieure qui donnait la raison de cette tachycardie. Etait-il possible alors de prévoir l'évolution ultérieure de la maladie, et de découvrir, sous l'état maniaque qui la masquait, une dothiénentérie à la période d'incubation? Sur quels symptômes pouvait-on se baser pour conclure à l'existence d'une maladie infectieuse en voie d'évolution?

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il n'est guère possible, en pareil cas, de faire le diagnostic différentiel entre la manie aiguë et le délire initial à forme maniaque sur le seul examen de l'état mental. Au surplus, dans ce deuxième cas comme dans le premier, le délire n'a nullement revêtu, au début, les caractères ordinaires des délires infectieux, mais s'est présenté sous un aspect franchement vésanique.

Dumesnil (1) a insisté autrefois sur la présence de l'albuminurie dans les délires infectieux, et donne ce signe comme un moyen de diagnostic; mais son inconstance lui a fait perdre une grande partie de sa valeur. M. Rougé (2) déclare que c'est au thermomètre et au pouls qu'il faut demander les clefs du problème; et dans un travail tout récent M. du Castel (3), après avoir reconnu, que « les formes délirantes précoces de la dothiénentérie sont particulièrement hyperthermiques », adopte cette manière de voir : « Schématiquement, dit-il, on peut admettre les aphorismes que pose Rougé : température peu élevée et pouls fréquent, accès de manie aiguë; température plus élevée et pouls relativement calme, fièvre typhoïde. »

Or, dans le cas qui nous occupe, les urines ne contiennent pas d'albumine et n'en présentent à aucun moment de l'évolution de la maladie. Le thermomètre n'accuse d'élévation de la température que deux jours après l'arrivée à l'asile, et le cœur, antérieurement touché, accélère ses battements, d'où, au début, fréquence du pouls.

De sorte que se trouvaient réunis tous les éléments amenant naturellement à poser le diagnostic de manie aiguë, à savoir : hérédité directement vésanique, délire franchement maniaque au début, absence de fièvre, fréquence du pouls, absence d'albuminurie. Dans ces conditions, il semble qu'il était exceptionnellement difficile, pour ne pas dire impossible, de dépister la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, nous relevons dans les deux cas, l'existence de tares héréditaires; et l'issue

(1) DUMESNIL. Loc. cit.
(2) ROUGÉ. Loc. cit.
(3) DU CASTEL. Complications cérébrales et méningées de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 30 juillet 1910.

fatale qui, malheureusement, termina ces deux maladies, confirme l'opinion de M. Rougé qui considère, comme ayant un pronostic particulièrement sombre, les fièvres typhoïdes avec délire initial. Remarquons enfin que, dans l'observation II, la malade présenta constamment une constipation opiniâtre laquelle, ne permettant pas l'élimination des toxines tant éberthiennes qu'alimentaires, a pu contribuer dans une certaine mesure à maintenir l'état délirant.

Pour conclure, nous sommes amenés à penser qu'il n'existe pas de moyen de diagnostic certain, entre les délires infectieux initiaux et les accès de psychose vrais; si l'examen de la température et du pouls donnent de précieuses indications dans la majorité des cas, il peut aussi arriver que ces indications, dans certaines conditions, soient trompeuses; et le seul élément de certitude dont on pourrait disposer, le séro-diagnostic, fait lui-même défaut, le plus souvent, à la période prodromique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1911)

Expériences faites au mont Blanc en 1910 sur la sécrétion gastrique aux hautes altitudes. — M. Raoul Bayeux. En dehors des grandes crises asphyxiques ou syncopales qu'on est exposé à subir lorsqu'on monte dans les couches les plus élevées de l'atmosphère, le phénomène morbide le plus habituel est l'anorexie, souvent accompagnée de nausées et de vomissements. On peut même affirmer que ce dégoût de la nourriture apparaît dans toutes les formes du mal d'altitude. Les aéronautes peuvent en être atteints aussi bien que les ascensionnistes et ceux-ci même le ressentent souvent davantage lorsqu'ils séjournent à l'abri des intempéries; il ne faut donc pas l'imputer au froid ni à la fatigue; la privation relative d'oxygène en est la preuve la plus évidente.

M. Bayeux a voulu analyser le mécanisme de cette anorexie et, en septembre dernier, grâce à l'hospitalité du laboratoire de M. Joseph Vallot au mont Blanc, il a étudié les variations déterminées par la très haute altitude dans la qualité du suc gastrique sécrété et dans son acidité totale.

Ses expériences lui ont montré que :

1° La *quantité* du suc gastrique sécrété dans un temps donné, après un repas identique, *diminue notablement* pendant le séjour à une haute altitude;

2° L'*acidité totale* de ce suc n'est que *peu diminuée* dans les mêmes conditions;

3° L'*activité générale* du suc gastrique est *fortement ralentie*; en effet, si l'on évalue la différence entre le volume total du contenu stomacal et le volume du liquide filtré, les résidus que retient le filtre ont augmenté notablement pendant le séjour au mont Blanc.

Ce ralentissement de l'activité sécrétoire de l'estomac concorde avec le ralentissement des combustions. La pénurie du suc gastrique explique la perte de l'appétit; elle paraît expliquer également l'avidité qu'on éprouve à la très haute altitude pour tous les aliments susceptibles d'exciter la sécrétion gastrique ou de la suppléer, tels que le jus de citron, le vinaigre et les épices.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1911)

La fièvre récurrente. — M. Mosny fait un rapport dont la conclusion est que la fièvre récurrente doit être ajoutée à la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée.

Pseudo-hermaphrodite féminin. — M. Magnan rapporte l'histoire très intéressante d'un pseudo-hermaphrodite féminin, marié comme homme à une femme et qui a été opéré par M. Pozzi, avec succès, d'un sarcome de l'ovaire gauche.

M. Pozzi complète cette observation en rappelant tous les cas analogues qui ont été publiés et en faisant suivre ces observations de considérations générales, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue physiologique.

La peste de Wetlianka et celle de Mandchourie (1910). — M. Chantemesse rappelle la grave épidémie qui se déroula, il y a trente-deux ans, à Wetlianka.

En octobre 1878, une maladie inconnue éclata dans ce petit village cosaque, sur la rive droite du Volga. Empruntant ici au récit du docteur Zuber, M. Chantemesse raconte les horreurs qui furent commises lors de cette épidémie. De l'excès naquit le remède; des cordons de cosaques entourant le pays contaminé arrêtèrent l'extension de l'épidémie. Mais cette épidémie n'apparaît que comme une miniature de celle de Mandchourie. Cette dernière éclata à la fin d'octobre 1910. Elle proviendrait d'un rongeur, le tabargan, sorte de castor des prairies, très recherché pour sa fourrure, et dont l'abondance avait attiré beaucoup de chasseurs en 1910. Plusieurs de ces chasseurs furent atteints de la peste pulmonaire. La maladie se propagea avec une effrayante rapidité. Les Chinois donnèrent bientôt l'alarme aux autorités russes. Mais ils restèrent rebelles aux mesures prophylactiques, prises tout de suite par les Russes. S'appuyant sur des documents fournis par M. Matignon, M. Chantemesse montre la marche terrible de cette épidémie, son mode de propagation, l'affolement, la fuite des populations. La caractéristique de cette épidémie, où l'on voit se renouveler les scènes horribles du moyen âge, réside dans la virulence du germe, puisque les cas de guérisons constituent l'extrême exception.

En Mandchourie, la peste pulmonaire, d'après le docteur Haffkine, est bien produite par le même bacille que celui de la peste bubonique. Une des causes de l'extension de l'épidémie est l'usage des chemins de fer où les voyageurs chinois sont entassés dans les wagons de 3e et 4e classes. M. Chantemesse montre, par des chiffres, cette effrayante propagation. Les victimes se chiffrent par milliers. Les bonnes volontés des autorités russes, chinoises et japonaises se heurtent contre l'incroyable obstination de la population chinoise à ne pas se conformer aux recommandations sanitaires.

Une des causes importantes de la propagation du fléau est venu de porteurs insoupçonnés de bacilles.

On a fait état du péril qui pourrait résulter pour l'Europe occidentale du transport des germes de la peste par les lettres, les objets de commerce, les nattes de cheveux. A ce point de vue, les craintes ne semblent pas justifiées, le microbe de la peste ne résistant que peu de jours à la dessiccation complète.

Malgré toutes les précautions prises, tout l'argent dépensé, la peste ne disparaît pas dans les milieux où elle a été sérieusement importée. C'est ainsi, par exemple, qu'en Egypte on compte, en 1899, 90 cas de peste; en 1900, 110; en 1901, 200; en 1902, 480; et ainsi, en progressant chaque année, pour arriver à compter, en 1909, 500 cas, et en 1910, 1 240 cas de peste.

L'année 1911 ne s'annonce pas meilleure en Egypte, bien au contraire, puisque depuis janvier il a été constaté 118 cas de peste contre 32 seulement dans le même temps en 1910. La généralisation de plus en plus grande de la peste dans les régions qui entourent l'Europe, telles que l'Egypte et la province d'Astrakan, et sa tendance à l'endémicité, sont des faits évidents qu'on ne peut négliger.

La peste peut être introduite chez nous par des navires porteurs de rats pesteux, comme le fait s'est produit à Philippeville en 1899, et à Marseille en 1903. Ces petites explosions ont pu être étouffées dès le début, et les mesures prises n'ont pas été étrangères au salut. Toutefois, l'invasion peut se reproduire. Notre méthode de défense est la sulfuration des navires avant déchargement, pour tuer les rats et les puces. La dératisation est chose minutieuse, et le résultat vaut exactement ce que valent le zèle et la conscience de ceux qui la pratiquent; il faut ajouter de suite : et ce que vaut la surveillance exercée sur eux.

Il est un autre moyen de protection auquel on doit songer : c'est la vaccination préventive contre la peste. Cette vaccination, qui est fondée sur l'injection sous-cutanée, faite à deux reprises, de bacilles pesteux tués par la chaleur, est née après la démonstration expérimentale de l'efficacité de cette même méthode pour prévenir l'infection typhique chez les animaux. Elle a été utilisée chez l'homme, dans l'Inde, par Haffkine. Cette vaccination a eu, elle aussi, ses détracteurs, mais elle a déjà rendu d'immenses services qui ne sont pas méconnus, et maintenant, en Mandchourie, elle constitue un des principaux moyens de résistance contre l'infection pesteuse. Arrivé en Mandchourie le 26 décembre, le docteur P. Haffkine a commencé aussitôt les vaccinations. Après la première injection, quelques membres du corps sanitaire ont encore succombé à la peste; mais à partir du septième jour qui a suivi la seconde injection — et pendant cette phase dite négative les inoculés avaient été mis à l'abri de la contagion — aucun des 130 vaccinés n'a été atteint de la peste (10 février 1911), malgré les contages nombreux auxquels ils ont été exposés.

Cette constatation aggrave le regret de la mort héroïque de notre compatriote le docteur Mesny, directeur de l'Ecole chinoise de médecine de Tien-Tsin, qui, parti parmi les premiers pour offrir son concours aux autorités russes, est mort presque aussitôt après son arrivée, victime de son dévouement.

La vaccination antityphique. — M. H. Vincent. Dans les objections qu'a soulevées la question de la vaccination antityphique par la méthode de Wright ou de Pfeiffer-Kolle, on n'a tenu compte que des inconvénients, d'ailleurs peu graves et partagés par les vaccinations antivariolique, antipesteuse, etc., mais on n'a pas fait état des résultats si remarquables qu'elle a déterminés. Or toute la question est là, ce sont en effet les succès obtenus par cette vaccination qui doivent commander, avant tout, notre appréciation.

L'immunisation active contre la fièvre typhoïde a abaissé, dans une proportion toujours très importante la morbidité et la mortalité dues à cette maladie; 150 000 individus s'y sont soumis en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis. Tous les documents publiés sont unanimement favorables et concluent que de 1900 à 1907 elle a diminué de moitié ou même des deux tiers, au moins, la morbidité typhoïdique, chez les inoculés. De 1907 à 1910, dans l'Inde, les inoculés ont eu cinq fois moins de cas que les non vaccinés. Les décès ont été quatre fois moins nombreux. Enfin aux Etats-Unis, la vaccination faite à 14 286 militaires a amené une morbidité typhique quinze fois plus faible que chez les non inoculés. Toutes les objections théoriques se heurtent invinciblement à ces faits indéniables.

On ne saurait donc contester que la typho-vaccination est un procédé rationnel et pratique de diminuer l'extension de la fièvre typhoïde ainsi que le nombre des décès qu'elle détermine.

En vain est-il dit que la fièvre typhoïde est en voie de diminution partout. Les statistiques officielles publiées par les ministères de l'intérieur et de la guerre, les tableaux présentés par MM. Landouzy et Chauffard attestent le caractère toujours grave de cette maladie infectieuse. L'armée, composée d'individus si réceptifs, est toujours cruellement éprouvée, surtout en Algérie-Tunisie où, de 1899 à 1908, elle compte 13 473 cas et 2172 décès dus à cette redoutable affection.

Il faut donc agir et lutter contre le fléau par tous les moyens que la science et l'expérience mettent à notre disposition. Ce serait assumer une responsabilité bien grave que de refuser de s'associer à une mesure destinée à dérober à la mort un grand nombre de jeunes gens et de soldats.

L'existence de la phase dite négative a motivé des réserves qui pouvaient être justifiées au début de la vaccination, mais qui n'ont pas leur raison d'être depuis que l'on n'injecte plus des doses massives de vaccin. Les travaux de Friedberger et de Moreschi, les statistiques de Leishmann, les constatations de Firth, de R. Leslay, de Spooner sont unanimes à démontrer que la phase négative ne s'est jamais manifestée sur les milliers d'hommes inoculés, dans ces dernières années, dans l'Inde, l'Egypte, Chypre, Malte, etc., ainsi qu'aux Etats-Unis.

C'est simplement par mesure de prudence, peut-être excessive, mais qui ne lui sera pas, M. Vincent l'espère, reprochée, qu'il a demandé que la vaccination des militaires et marins soit, lorsqu'il est possible, faite en période non épidémique, ou bien trois semaines avant leur arrivée en pays infecté.

La critique relative aux douleurs et à la fièvre provoquées par la vaccination antityphique offre peu de valeur si l'on considère qu'elle s'applique avec non moins de raison à la vaccination jennérienne. Les adénopathies, la fièvre, la courbature, etc., sont choses communes après la vaccination antivariolique. Ajoutons que des accidents plus graves (phlegmon, érysipèle, gangrène, septicémie, purpura, éruption généralisée, syphilis, etc.) ont été signalés après la vaccination jennérienne. Cependant personne ne songe à condamner cette dernière.

Or rien de semblable n'a été observé avec la vaccination antityphique. Il ne reste donc rien des objections faites à cette dernière. Recommandée à titre facultatif, elle ne tardera pas à faire ses preuves chez nous comme dans les pays étrangers qui nous ont devancés, et à abaisser sensiblement, partout où elle sera mise en pratique, la proportion des cas et des décès déterminés par la fièvre typhoïde.

— Les conclusions du rapport de M. Vincent seront votées dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1911)

Kyste de l'amygdale pharyngienne. — MM. Retterer et Lelièvre exposent les résultats de l'étude histologique et pathogénique d'un kyste de l'amygdale pharyngienne.

A propos de la communication de MM. Laignel-Lavastine et Pitulesco sur **la déformation globuleuse homogène de certains éléments nerveux dans le vermis des paralytiques généraux**, M. Nageotte rappelle qu'il a rencontré et décrit de semblables altérations, consistant essentiellement en une tuméfaction du cylindre-axe des cellules de Purkinje et que d'autres auteurs, entre autres Rossi, en ont fourni des images très complètes. L'incidence des coupes expliquerait seule l'indépendance apparente de ces tuméfactions.

Sur la pathogénie de la cataracte produite par la naphtaline chez le lapin. — M. Mawas a pu se rendre compte, par l'étude histologique en série, que le début du processus siège sur le corps ciliaire. Sur une question de M. Joly, il ajoute que l'humeur aqueuse n'a plus sa composition normale : elle contient une proportion considérable d'albumine.

A propos du pouvoir catalytique des eaux de Vichy. — M. Roger Glénard répond aux objections de M. Salignat et persiste à attribuer à l'oxyde ferrique colloïdal l'action catalytique de l'eau de Vichy.

Réaction rosée fugace de certaines selles à la phénolphtaléine. — M. H. Triboulet ayant émis, dans deux notes précédentes, certaines hypothèses (acides de fermentation) sans pouvoir donner de preuves formelles, cherche une nouvelle explication du phénomène.

Les aliments employés pour le nourrisson au biberon (lait bouilli, bouillons de légumes, orge, riz, etc.) ne donnent aucune réaction à la F (phénolphtaléine). Les selles normales non plus.

Or, au cas d'acholie ou de diarrhée, les selles, acides ou quelquefois alcalines, donnent assez souvent une vive réaction à la F.

Ni les aliments ni la bile ne donnent cette réaction.

Ne s'agirait-il pas, alors, au cas de réaction rosée, du passage dans les selles de ferments (gastrique, entérique et surtout pancréatique) qui pourraient produire la réaction (l'action microbienne étant peu probable). Dans quelques cas de réaction accentuée, il lui a été possible de mettre en évidence la présence de l'amylase par l'action sur l'empois d'amidon, et la production de sucre par la méthode d'Ambard-Enriquez.

Le 606 influence-t-il l'immunité vaccinale? — M. L. Camus a constaté, au cours de ses expériences, que les animaux qui ont reçu en injection 0g02 par kilo de 606 avant, au moment, ou après la vaccination restent immunisés contre la

vaccine et que leur sérum conserve les propriétés bactéricides, comme s'ils avaient été simplement vaccinés.

De l'existence de microorganismes dans l'intérieur de certaines charcuteries. — M. Maurel a trouvé non seulement à la surface, mais à l'intérieur de charcuteries fraîches, pâté et saucisson, un microorganisme qu'il assimile au staphylocoque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séances des 2 et 16 février 1911)

Traitement des traumatismes fermés du crâne (*Suite de la discussion.*) — M. Gruet se rallie volontiers à la pratique de l'incision exploratrice systématique. Dans un cas personnel, l'intervention lui a permis de reconnaître des lésions graves sous-jacentes, non soupçonnées à l'examen clinique, et d'y remédier.

M. Clément estime qu'en dehors des cas où une indication nette exige la trépanation du crâne, il n'est pas nécessaire de recourir à cette opération. D'après les partisans de la trépanation, la décompression du liquide céphalo-rachidien serait, dans beaucoup de cas, la seule raison de ses heureux résultats. Il pense que la ponction lombaire suffit le plus souvent pour atteindre ce but. Dans le cas où cette opération simple ne suffirait pas, pourquoi ne pas faire, ainsi d'ailleurs que Jaboulay en a eu l'idée, une *rachistomie postérieure* dans la région lombaire ? Cette opération, qui n'a encore jamais été pratiquée, paraît devoir exercer une décompression lente, d'une façon continue, et sans enlever à l'organisme ses moyens de défense et ses éléments hématolytiques.

M. Jacob divise les traumatismes fermés du crâne en deux catégories :

1° Les cas pour lesquels tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir : ce sont ceux où il y a fracture esquilleuse du crâne, où il y a des signes d'épanchement intracranien, ceux enfin dans lesquels la ponction lombaire et les symptômes cliniques laissent soupçonner une infection commençante des méninges ; ne pas opérer, dans de pareilles conditions est, à son avis, une faute grave qui engage la responsabilité du médecin.

2° Les cas pour lesquels les chirurgiens ne s'accordent pas sur la nécessité d'une intervention. Dans ce groupe, rentrent les traumatismes de la voûte et de la base qui s'accompagnent de symptômes diffus, sans signification propre : agitation, délire, ou, au contraire, état comateux, céphalée, etc. Dans ces cas, quelques chirurgiens préconisent l'intervention systématique. M. Jacob ne croit pas que celle-ci soit indispensable, et il rapporte plusieurs observations où ses malades ont guéri sans aucune opération. Il n'a recours au traitement chirurgical que lorsque l'ensemble des signes cliniques, l'état du blessé semblent l'exiger.

M. Léon, d'après les observations personnelles qu'il a pu faire sur quatre traumatismes craniens fermés, partage le même avis que M. Jacob, à savoir que le traitement de ces traumatismes est une question d'indications.

La fièvre de Malte (*Suite de la discussion*). — M. Lafforgue répond aux critiques qui ont été adressées aux méthodes bactériologiques de diagnostic de la fièvre méditerranéenne. Sans doute, a-t-on parfois abusé de la séro-réaction, et a-t-on peut-être ainsi exagéré le nombre des cas de cette affection ; mais il serait inexact de généraliser et de dire que la fièvre de Malte n'existe pas en France, ou y est très rare.

Il existe un criterium de valeur irréfutable, c'est l'*hémoculture positive*. Quant au séro-diagnostic, il ne faut pas lui enlever toute valeur. Il semble cependant que cette épreuve doive être l'objet de recherches complémentaires, et qu'en particulier on doive rechercher avec beaucoup de soin le taux minimum de l'agglutination véritablement spécifique. Jusque-là, il faut n'accepter qu'avec réserves les diagnostics qui se fondent exclusivement sur une agglutination de taux inférieure.

La « fièvre de trois jours ». — MM. Miorcec et Laplanche ont observé en Crète de nombreux cas de cette affection encore peu connue, qui se caractérise par une pyrexie, à début brusque, sans frisson, évoluant en trois jours et se traduisant par une courbe thermométrique à angle aigu très régulier. Malgré sa symptomatologie bruyante, l'affection est bénigne, n'est jamais mortelle, et ne récidive que très rarement. Elle entraîne une indisponibilité de cinq à six jours environ.

Les auteurs ont cru pouvoir assimiler l'affection qu'ils ont observée en Crète à une pyrexie décrite par Pick en 1886 et revue par les médecins militaires, autrichien Doerr et anglais Birt, et dénommée par divers auteurs : maladie de chien, pappataci fieber, sandfly fever, etc.

L'affection est propagée par un moustique particulier, de la famille des diptères, le « phlebotomus pappatisii », dont les auteurs ont retrouvé la présence en Crète et qu'ils ont pu identifier.

M. A. Billet. La communication de nos collègues contribuera certainement à stimuler les recherches des médecins d'Algérie, de Tunisie et du Maroc, où « la fièvre de trois jours » doit vraisemblablement s'observer, car le phlébotome existe dans ces régions. Cette affection, peu connue de nous, a été surtout étudiée par les médecins autrichiens et anglais. La première description en est due au médecin anglais Pym, qui l'avait étudiée dès 1804 ; on l'a bien observée à Malte depuis que, à la suite de la prohibition du lait de chèvre dans l'alimentation des troupes en 1908, la fièvre méditerranéenne a presque disparu.

L'agent pathogène serait un microbe invisible qui filtre à travers la bougie F. Chamberland.

Un cas d'ophtalmoplégie interne unilatérale. — M. Revel.

Un cas de contracture spasmodique du droit interne de l'œil gauche. — M. Troude.

Rôle de l'adrénaline dans la réparation des fractures. — M. Viguier.

PRATIQUE MÉDICALE

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA LITHIASE RÉNALE

Par le docteur Max Bérant.

Les calculs rénaux, cause première des coliques néphrétiques et de toutes les autres complications de la lithiase rénale sont dus à la formation et à l'agglomération dans le bassinet de cristaux d'acide urique, ou, plus rarement d'acide oxalique. Disons dès maintenant, que la lithiase oxalique relève du même mécanisme et par conséquent du même traitement que la lithiase urique. Armand Gautier a montré que l'acide oxalique urinaire dérive directement d'une oxydation plus complète de l'acide urique ; celui-ci, en s'oxydant, donne de l'acide mésoxalique apte à se dédoubler à son tour en acide oxalique et acide carbonique (1). La lithiase oxalique n'est donc qu'une transformation accidentelle de la lithiase urique ; les moyens efficaces contre cette dernière agiront donc aussi avec la même efficacité contre la première. Dans l'une comme dans l'autre, c'est l'excès d'acide urique qui est en cause.

Toutes les urines renferment de l'acide urique, en quantité variable, il est vrai. A l'état normal, l'acide urique reste tout entier en solution dans l'urine. Lorsqu'il précipite en cristaux isolés, il en résulte le sable urique ou gravelle ; lorsque les cristaux s'agglomèrent en amas compact il se produit les calculs rénaux.

Pourquoi l'acide urique précipite-t-il et s'agglomère-t-il chez certains sujets, tandis que d'autres sont indemnes de cet accident ? C'est de la connaissance de ce mécanisme que dépend la détermination rationnelle du traitement préventif et curatif de la lithiase rénale.

Il était logique de penser que la précipitation tenait à la plus ou moins grande proportion d'acide urique dans l'urine, et que l'acide urique restait dissous quand il se trouvait dans l'urine en solution étendue, et précipitait au contraire s'il y était en solution concentrée. La concentration est en effet un des éléments en cause, mais non le plus important. Certes, la diurèse est à rechercher, et c'est surtout par elle que s'ex-

(1) Armand Gautier, *Cours de chimie*, III, p. 630.

plique le bon effet des cures thermales; mais on n'a pas tardé à se rendre compte qu'une bonne diurèse ne suffit pas à éviter la lithiase et que ce ne sont pas toujours les urines les plus chargées en acide urique qui le laissent déposer en cristaux. Pfeiffer (1) a donné l'explication de cette apparente anomalie. Il a montré que la précipitation de l'acide urique est surtout en rapport avec l'état dans lequel il se trouve dans l'urine. Dans l'urine des lithiasiques, il existe à l'état de combinaison peu stable, et est tout prêt à se déposer dès qu'une parcelle épithéliale mucineuse ou microbienne se trouve passer dans le bassinet, et joue le rôle de noyau de cristallisation (Galippe). Dans l'urine normale, l'acide urique se trouve au contraire à l'état de combinaison stable, et n'est susceptible d'être déplacé que par des actions énergiques qui ne se produisent pas dans l'organisme. Il résulte de ces constatations que les précautions classiques de régime alimentaire et d'hygiène sont certes à conseiller, puisqu'elles peuvent diminuer la quantité d'acide urique urinaire mais elles sont insuffisantes à éviter la précipitation de ce dernier, si l'on ne fournit pas au lithiasique une substance passant dans l'urine, et susceptible de former avec l'acide urique une combinaison stable. Maintes substances ont été expérimentées dans ce but. La soude forme avec l'acide urique une combinaison, l'urate acide de soude, stable, mais très peu soluble dans l'eau puisqu'il faut 1200 grammes d'eau pour en dissoudre un gramme. La lithine forme de même l'urate de lithine, plus soluble puisqu'il faut 367 grammes d'eau pour en dissoudre 1 gramme. Mais la pipérazine forme de beaucoup le sel urique le plus soluble, puisqu'un gramme d'urate de pipérazine se dissout dans 47 grammes d'eau. On voit par ces chiffres que la pipérazine est la substance qui forme avec l'acide urique la combinaison stable de beaucoup la plus soluble. Si l'on calcule la quantité d'acide urique susceptible de se former journellement, on voit qu'il suffit d'une dose minime de pipérazine pour la stabiliser.

Ajoutons que la pipérazine est également le meilleur dissolvant de l'acide urique déjà aggloméré en cristaux. Si on plonge un calcul urique dans une solution à 1 p. 100 de pipérazine on voit en effet qu'au bout de soixante-douze heures le calcul a perdu 92 p. 100 de son poids; en procédant de même avec d'autres substances on obtient : 40 p. 100 avec le biborate de soude, 20 p. 100 avec le citrate de lithine et le carbonate de soude, 8 p. 100 seulement avec le citrate de potasse et le bicarbonate de soude.

La supériorité de la pipérazine ressort avec une telle évidence des constatations ci-dessus qu'on peut s'étonner que cette substance n'ait pas encore pris dans le traitement de la lithiase rénale la même place que le salicylate de soude dans celui du rhumatisme aigu ou que la digitaline dans celui des maladies du cœur. Cela tient à ce que la pipérazine, corps déliquescent, de maniement et de conservation difficiles, ne pouvait pas être facilement prescrite dans la pratique courante. Pour remédier à cet inconvénient, il fallait trouver une forme pharmaceutique spéciale. Midy est arrivé à préparer un granulé effervescent qui répond complètement à ces desiderata grâce à l'association de la pipérazine au citrate de soude. Ce granulé contient 20 centigrammes de pipérazine par cuillerée à café ou mesure jointe au flacon. L'usage quotidien de la pipérazine Midy à la dose de une à trois cuillerées à café par jour, pendant dix jours par mois, constitue, dans l'état actuel de nos connaissances, la façon la plus sûre et la plus commode de prévenir et de traiter la lithiase rénale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène militaire, par le docteur G. Lemoine, médecin principal de 1re classe, professeur d'hygiène à l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce, membre du Conseil supérieur d'hygiène de France. Gr. In-8 de XXIV-758 pages, avec 89 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) Pfeiffer. Ueber Harnsaure und Gicht, *Berlin. klin. Wochen.*, 1892, no 16 et suivants.

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNE PULMONAIRE

Définition. — La gangrène n'est pas seulement la *mort* d'un tissu (nécrose ou nécrobiose), elle est cette mort du tissu avec association de *putréfaction*, de *fermentation*, par le fait du développement de germes spéciaux, ANAÉROBIES.

Nous allons successivement étudier la bactériologie et l'anatomie pathologique de la gangrène pulmonaire ; puis, après avoir envisagé l'étiologie et la pathogénie de cette affection, nous en étudierons les diverses modalités cliniques; nous montrerons ensuite les difficultés du diagnostic en même temps que son utilité, en vue du traitement chirurgical à instituer.

Bactériologie. — Virchow signale des sarcines au niveau des foyers pulmonaires; Leyden et Jaffé décrivent un *leptothrix pulmonalis* dans les bouchons de Dittrich et reproduisent expérimentalement la gangrène chez le lapin; Babès et Popesco ajoutent, enfin, à tous les germes jusque-là décrits, un microbe spécial ressemblant au coli.

Mais il faut arriver aux recherches de Veillon et Zuber, pour trouver la démonstration que tout processus gangréneux est sous la dépendance, dans le poumon comme ailleurs, de *microorganismes anaérobies*. A ces recherches sont attachés les noms de Veillon et Zuber, Rist, Hallé et Guillemot.

L'examen du pus révèle un polymorphisme microbien considérable résultant, et du nombre variable d'espèces anaérobies, et du polymorphisme même d'une seule espèce anaérobie; la culture ne réussit qu'en milieu privé d'oxygène (procédé de la pompe à eau ou à mercure, ou tubes de Liborius, etc.), les inoculations réclament enfin, pour réussir, l'association d'espèces anaérobies et aérobies.

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont le *bacillus ramosus* (bâtonnet immobile, prenant le gram, et donnant peu de gaz à la culture); le *bacillus fragilis* (ne prenant pas le gram et dégageant peu de gaz); le *micrococcus fœtidus* (en forme de cocci ou de diplocoques se colorant bien par le gram); le *bacillus funduliformis* (Hallé), *serpens*, *fusiformis*; le bacillus *perfringens* ne s'observe que rarement dans la gangrène pulmonaire.

A côté de ces microbes anaérobies, se rencontrent aussi des *aérobies*; mais, comme l'a bien montré Guillemot, cette flore est en minorité vis-à-vis de la flore anaérobie; elle peut même faire totalement défaut.

Anatomie pathologique. — Depuis Laënnec, on distingue deux variétés de gangrène pulmonaire, de fréquence d'ailleurs très inégale : la gangrène diffuse, très rare chez l'adulte, exceptionnelle chez l'enfant, et la gangrène circonscrite, parfois massive, parfois se présentant sous forme de lésions multiples et disséminées ; la forme massive est le plus souvent le résultat d'une inoculation par la voie aérienne; la forme disséminée est d'origine embolique.

a. **Gangrène diffuse.** — Cette forme ne se rencontre qu'exceptionnellement; c'est un lobe pulmonaire, parfois même un poumon tout entier, qui est transformé en une masse molle, friable, de coloration légèrement verdâtre, semée de zones jaunâtres ou livides, et de points de ramollissement en déliquescence. A la coupe s'échappe un liquide d'odeur infecte, et l'on constate sur la surface de section la *continuation insensible* de la zone putride et du parenchyme sain.

b. **Gangrène circonscrite.** — 1° Gangrène massive. — La lésion passe par les stades successifs d'*escarre gangréneuse*, de *sphacèle déliquescent* et d'*excavation*. Le foyer de gangrène

siège plus souvent à droite et peut atteindre le volume du poing. Au niveau de la lésion le parenchyme est flasque, déprimé, et si la plèvre n'est pas trop éloignée du foyer on la trouve dépolie, tapissée de fausses membranes d'épaisseur variable; à la coupe s'écoule un liquide d'une fétidité épouvantable, bouillie grisâtre, teintée en rouge quelquefois; ce pus sanieux est constitué de globules de pus, de grandes cellules macrophagiques, de granulations graisseuses, de cristaux de margarine, leucine, tyrosine, de microorganismes.

Après issue de ce liquide on constate l'existence d'une *caverne* traversée de vaisseaux sanguins dénudés, détruits ou sectionnés ; on décrit au niveau de la paroi de cette caverne (Cornil et Ranvier) trois couches distinctes : une fausse membrane molle, friable, reposant sur la paroi proprement dite, dense, grisâtre; une couche moyenne constituée par du tissu pulmonaire hépatisé; une troisième enfin, avec des lésions de pneumonie catarrhale. A la périphérie, Guillemot a signalé une *collerette jaune*, festonnée, représentant la zone d'envahissement.

2° Gangrène embolique a noyaux disséminés. — Cette forme s'observe surtout chez l'enfant et reconnaît une origine sanguine; elle se caractérise par la multiplicité des foyers et la constance des lésions pleurales.

Les lésions *pleurales* consistent en collections *liquides*, généralisées, quelquefois *purulentes*, presque toujours *fétides*, *putrides* même encore assez souvent.

Les *noyaux pulmonaires* sont irrégulièrement disséminés, mais il en existe toujours sous la plèvre. Ils se présentent sous la forme de plaques verdâtres, dures au toucher, entourées de taches hémorragiques. Leur forme conique, leur couleur franchement hémorragique, révèlent leur origine embolique, qu'atteste encore souvent la constatation à leur sommet d'une artériole dilatée et perforée.

C'est là le stade d'*escarre gangréneuse* de Laënnec, auquel fait suite le stade de *sphacèle déliquescent* : la lésion augmente de volume, elle présente, à sa périphérie, un mince liseré blanc jaunâtre, la *collerette d'extension*, de Guillemot, et au centre se trouve une bouillie brun noirâtre ou chocolat, d'une horrible fétidité; au stade d'excavation, le centre est complètement ramolli; ces infarctus forment des poches ramollies, fluctuantes, d'où s'échappent des bulles gazeuses d'odeur putride.

A la périphérie le tissu pulmonaire est congestionné, œdématié ; il existe en outre par places de tout petits foyers, abcès miliaires, contenant une goutte de pus fétide.

Histologiquement, l'infarctus présente à son centre un vaisseau distendu par un énorme amas de bactéries ; le tissu gangréné se colore mal, et apparaît granuleux, fragmenté, riche en bactéries sortant du vaisseau, par nécrose de la paroi; il existe entre le foyer périvasculaire et le territoire hémorragique, une zone, dite *zone de transition leucocytaire*, formée d'îlots alvéolaires remplis de globules blancs; le liseré jaunâtre, *zone d'envahissement*, répond à l'infiltration des microbes entre les leucocytes et les cellules alvéolaires. Au pourtour l'on trouve la *zone hémorragique*, et des lésions banales d'œdème, d'emphysème. Les ganglions du hile sont tuméfiés mais non gangréneux; il existe des lésions à distance (foyers gangréneux disséminés, dégénérescence d'organe). Dans les cavernes gangréneuses on trouve toujours une ou plusieurs bronches assez volumineuses faisant communiquer le foyer avec l'arbre bronchique; nous avons signalé l'ouverture du foyer, dans la plèvre avec *pyo-pneumothorax putride*.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lermoyez, Lombard, Monod, Darier (qui acceptent), Sébileau et Josué (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Le jeudi 13 avril 1911, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'hôpital civil et militaire d'Avignon, un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie.

Les candidats admis entreront en fonctions au fur et à mesure des vacances pouvant survenir dans le personnel de l'internat. En attendant, ils seront chargés du service des remplacements.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Prieur, professeur d'histologie, est nommé directeur, pour trois ans, à dater du 21 février 1911.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un congé, pour le second semestre de l'année scolaire 1910-1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bouchardat, professeur d'hydrologie et minéralogie.

M. Guerbet, agrégé, est chargé, en outre, pendant le second semestre de l'année scolaire 1910-1911 (durée du congé accordé à M. Bouchardat), d'un cours d'hydrologie et minéralogie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est institué une commission chargée de rechercher quelles mesures pourraient être prises en vue de protéger la santé publique à l'égard des émigrants en ce qui concerne soit leur entrée en France, soit leurs conditions de transport, soit leur séjour dans les villes.

Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

Président : M. Cordelet, vice-président du Sénat, président de la commission d'hygiène du Sénat; vice-président : M. Dislère, président de section au conseil d'Etat; membres : MM. Lachaud, président de la commission d'hygiène de la Chambre des députés; Siegfried et Thierry, députés; Lépine, préfet de police; les maires de Marseille et du Havre; les directeurs des compagnies de l'Est et du P.-L.-M.; le président du comité central des armateurs de France; les directeurs des compagnies générale transatlantique et des messageries maritimes; Aynard, conseiller commercial et financier du ministère des affaires étrangères; Bresse, directeur du contrôle du réseau de l'Etat; le professeur Chantemesse, conseiller technique sanitaire du ministère de l'intérieur; Deligne, directeur des affaires civiles et du sceau au ministère de la justice; le docteur Dubief, médecin inspecteur principal des épidémies de la préfecture de police; le docteur Faivre, inspecteur général des services administratifs; Fouan, ingénieur en chef du service de l'exploitation du réseau de l'Etat; Harismendy, consul de première classe; Hennequin, sous-directeur au ministère de l'intérieur; Hennion, directeur de la Sûreté générale; Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques; le docteur Pottevin, secrétaire général de l'office international d'hygiène; le docteur Renault, conseiller technique sanitaire du ministère de l'intérieur; Roux, sous-directeur au ministère de l'intérieur; le professeur Thoinot, inspecteur général des services techniques d'hygiène de la préfecture de police; de Volontat, directeur du contrôle de la compagnie de l'Est.

MM. Bransoullé et Coussol, chefs de bureau au ministère de l'intérieur, sont nommés secrétaires de la commission.

— Des *médailles* des ÉPIDÉMIES *en vermeil* sont décernées à MM. les docteurs Lannaux et Dodieu, médecins aides-majors en Algérie.

Médailles d'argent. — M. le docteur Levêque, médecin aide-major de première classe.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Margerid (de Lafayette); Salzes, médecin-major; Cavarroc, Touesse, Rolin, Enjalbert et Louis, médecins aides-majors; M. Alberti, interne à l'hôpital de Mustapha.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Crinquant (de Tebessa), Ciavaldini (d'El Arrouch), Perès (de Batna), Marbot (de Mondovi), Monny, médecin aide-major; M. Rebuffat, externe à l'hôpital de Mustapha.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Une médaille d'argent de la mutualité est décernée à M. le docteur Lucien Graux (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

BORNYVAL **SÉDATIF DE Premier CHOIX** (Isovalérianate de Bornéol)

dans toutes les névroses des appareils circulatoire et digestif et du système nerveux central.
Présente l'action spécifique de la valériane au plus haut degré sans aucune action secondaire désagréable.

INDICATIONS SPÉCIALES : *Névroses du Cœur et des Vaisseaux, Hystérie, Hypochondrie, Neurasthénie, Insomnie nerveuse et Céphalalgie, Troubles menstruels, Asthme nerveux, Atonie gastro-intestinale.*

En boîte d'origine de 25 perles. Dose : généralement une perle 3 ou 4 fois par jour.
Echantillons et Notices gratuitement à la disposition de MM. les Médecins.

G. SEVIN, Pharmacien, Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris — 4, Rue Meslay, Paris

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

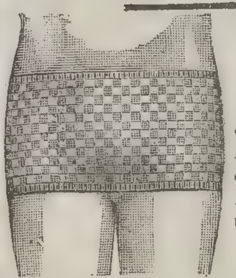
SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

VENTE 20 Millions de Bouteilles *PAR AN.*

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897.

Le "MAILLOT CLARANS"



Ceinture idéale sans baleines, pattes ni boucles

Doit être recommandé, de préférence aux sangles et ceintures ordinaires, dans tous les cas d'OBÉSITÉ ou d'AFFECTIONS ABDOMINALES, chez l'Homme ou chez la Femme : Maladies de l'Estomac et de l'Intestin, Entéro-Colite, Entéroptose, Rein mobile, Faiblesse des Reins, Déviations et Déplacements utérins, Grossesse, Suites d'opérations, etc.

"Plaquette Illustrée" et Feuilles de Mesures spéciales franco à MM. les Membres du Corps Médical.

Établissements A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, PARIS

ANTISEPTIQUE IDEAL **QUINOL** *Produit défini, en Pastilles de 1 gr.*

Plus puissant que le sublimé, ni toxique, ni caustique, inodore, ne coagule pas l'albumine, désodorisant
Produit chimiquement pur.
Echantillon et notices : Victor STEINER, fabricant de couleurs d'aniline, à St-Marcel, près Vernon (Eure).

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant
Remplace *Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux*, surtout les *Bains de mer.*
Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

LABORATOIRE de PHYSIOLOGIE du PUITS d'ANGLE p^r LE CHESNAY (S. & O.)

DYSPEPTINE du Dr HEPP

SUC GASTRIQUE PUR DU PORC VIVANT



DYSPEPSIES, DIARRHÉE, ANOREXIE des TUBERCULEUX — GASTRO-ENTÉRITE et DIARRHÉE INFANTILES

Dépôt pour Paris H. CARRION & Cie, 54, Faubg St-Honoré.

DYSPEPSIES, ENTÉRITES DIARRHÉES, VOMISSEMENTS
rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires

KÉPHIR SALIÈRES

Préparé par M. SALIÈRES, Ingr Agronome, *sur les indications de M. DUCLAUX (Dr Institut Pasteur),*
avec des levures pures de Képhir.
Un seul numéro, non caillebotté
CONSERVATION PARFAITE
LE FLACON-CANETTE : 1 fr. 25. — 2 à 4 verres par jour.
USINE : LAITERIE SCIENTIFIQUE de PONTOISE (S.-et-O.).
Dépôt à Paris : Les Laboratoires VADAM, 9, R. Mogador.

Peptonate de Fer ROBIN

DÉCOUVERT PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les **HOPITAUX DE PARIS** et par le **MINISTÈRE DES COLONIES**

GUÉRIT :

ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe pas

Ce Ferrugineux est entièrement assimilable.

VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS. — *DÉTAIL :* PRINCIPALES PHARMACIES.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES BRADYCARDIES

Par M. MAISONS,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. Historique. — On dit qu'il y a *bradycardie* lorsque le nombre des contractions du cœur ou simplement de ses ventricules est inférieur à 70, moyenne par minute, chez l'adulte normal.

Les auteurs anciens attachaient peu d'importance aux bradycardies, dont ils ne voyaient que le ralentissement du pouls. Bradycardie se réduisait à *bradysphygmie*; car en présence de pouls lent, ils concluaient toujours, et assez souvent à tort, au ralentissement du cœur. C'était en somme une simple curiosité; et cependant Galien avait pu remarquer la courte existence des bradycardiaques.

Bien qu'au XVIIIe siècle Morgagni eût, d'après Brissaud, relaté deux observations de pouls lent permanent, ce n'est qu'en 1827 qu'Adams décrivit en détails une forme de bradycardie permanente ayant entraîné la mort et s'accompagnant de troubles nerveux. Soupçonnant la *pathogénie cardiaque* fréquente de cette affection, Andral (1834), Halberton, Stokes (1846) fixent ce syndrome auquel Huchard devait donner plus tard (1899) le nom de maladie de Stokes-Adams.

Dans une seconde période, Cornil, Malassez, Vigouroux, Charcot recherchent la pathogénie du syndrome. Celle-ci découla naturellement des expériences physiologiques des frères Weber à propos de l'action du bulbe rachidien et du pneumogastrique sur le cœur. On admet ainsi avec Charcot (1877) et son élève Blondeau (1879) que les bradycardies permanentes sont la conséquence de *lésions bulbaires* ou *pneumogastriques*. Cette théorie nerveuse persista de nombreuses années, quoique Charcot lui-même en doutât et qu'il reconnût n'avoir jamais trouvé de lésions nerveuses expliquant cette affection.

Ce sont les découvertes anatomiques de His (1895) sur le faisceau intracardiaque, les expériences physiologiques de Gaskell, Engelmann, Hering, Tawara, les recherches anatomo-pathologiques dans les cas de syndrome de Stokes-Adams, les perfectionnements et les nouvelles méthodes d'examen du cœur et des vaisseaux qui éclairèrent la connaissance des bradycardies.

En France, Vaquez et Esmein s'attachent surtout à leur étude clinique. Ils fixent la cause première des symptômes nerveux, la dissociation auriculo-ventriculaire, les deux périodes évolutives des bradycardies permanentes, et affirment le *siège intracardiaque* des lésions causales du pouls lent permanent par une série de travaux depuis leur communication à la Société médicale des hôpitaux (janvier 1907), jusqu'à leur rapport au XIe congrès de médecine française (Paris 1910).

(1) Reproduction interdite.

II

Séméiologie des bradycardies. — Les bradycardies se présentent en clinique sous de nombreux aspects. Les causes en sont multiples. L'idéal serait de décrire ces ralentissements suivant un certain nombre de types se rapportant à de mêmes lésions anatomiques, entraînant une symptomatologie constante, une évolution déterminée. Mais l'analyse des différentes bradycardies n'est pas terminée et leur identification n'en est pas nettement établie.

Aussi devra-t-on envisager cette question de séméiologie au point de vue clinique, se basant en particulier sur l'évolution pour la classification des bradycardies, en expliquant à chacune d'elles la pathogénie admise.

On décrira ainsi dans un premier chapitre les *signes généraux communs* d'une bradycardie, signes qui permettront de poser le diagnostic positif de ralentissement du cœur.

Dans un second chapitre on éliminera les *fausses bradycardies* dont le nombre augmente de jour en jour; on aura fait le diagnostic différentiel.

Enfin dans un dernier chapitre on exposera les différentes *bradycardies vraies*, étudiant successivement les *bradycardies paroxystiques* et *permanentes*.

III

Symptômes généraux communs. — La connaissance des symptômes communs des bradycardies est nécessaire. Comment, point clinique très important, examiner un bradycardiaque ? Actuellement on est frappé de l'insuffisance descriptive des observations anciennes, quasi même de celles jusqu'à nos jours. Elles sont très incomplètes, les moyens actuels d'investigation étant, il est vrai, peu ou pas connus. Leur interprétation devient donc très difficile et les pathogénistes les considèrent comme nulles.

C'est pourquoi, en présence d'une arythmie cardiaque, bradycardie probable, on envisagera successivement :

Les *symptômes cardio-vasculaires;*

Les *symptômes associés*, insistant sur les *crises nerveuses*, fonction de la bradycardie;

L'*évolution* et les *modifications* sous des influences déterminées.

I. Symptômes cardio-vasculaires. — a. L'*examen du pouls artériel radial* attire généralement l'attention sur l'arythmie. Les anciens auteurs ne connaissaient que ce mode d'investigation clinique avec l'examen du cœur. L'imperfection de tels moyens explique leurs erreurs.

On trouve ainsi chez l'homme adulte une bradycardie *légère*, le nombre des pulsations étant de 65 à 55; *accusée* de 55 à 40; *extrême* au-dessous de 40. On tiendra compte de l'accélération relative normale chez la femme et surtout l'enfant, chez le vieillard.

On percevra quelquefois des pulsations faibles, avortées. On appréciera enfin la tension artérielle,

Le sphygmomanomètre, préférable, révèle une hypertension systolique et une hypotension diastolique.

Cet examen digital sera complété par un *tracé sphygmographique*. Celui-ci donne la forme des pulsations, permet de mesurer l'intervalle entre les pulsations radiales grâce au repère chronométrique, de déceler surtout des pulsations avortées ayant échappé à la pulpe digitale, évitant de les confondre avec le ressaut systolique ou les ondulations dicrotes.

Quelques auteurs conseillent de prendre également le tracé sphygmographique de la *carotide*, le retard sur le choc apexien n'étant que de 6 à 7 centièmes de seconde, alors qu'il est de 14 centièmes au pouls radial. Ce moyen fait surprendre des pulsations très faibles, à peine naissantes. Chauveau et Roos ont montré qu'on pouvait même y trouver des crochets peu marqués, synchrones de contractions auriculaires et traduisant le passage de l'ondée sanguine à travers le ventricule et l'aorte jusqu'à la carotide.

b. L'*examen du cœur* renseigne plus exactement que le pouls artériel sur le trouble du rythme.

Le *choc de la pointe* synchrone de la systole ventriculaire est ralenti. L'*inspection* et la *palpation* décèleront quelquefois des chocs dus à des extrasystoles, à des contractions ventriculaires peu énergiques perçues au pouls radial; parfois, ces extrasystoles ne s'y transmettent pas quoique brusques et énergiques.

Beaucoup plus utile est l'*auscultation*. On trouvera :

1. Les *bruits normaux* suivis de pulsations normales, ralentis ;

2. Et dans l'intervalle, des *bruits* moins *intenses*, *systoliques* ou *diastoliques*, donnant l'impression de *bruits sourds étouffés*, de *bruissements* à peine sensibles, de *souffles*, de *frottements* légers.

Leur description et leurs origines ont été diversement interprétées par les auteurs. Ce sont « les demi-battements » de Stokes, « les tentatives de contraction ventriculaire à la suite d'appels réitérés de l'oreillette » de Vaquez, « les systoles en écho » de Huchard. On admet actuellement que ces bruits sont dus :

1. A des *contractions ventriculaires surajoutées* ; ils ont leur maximum à la pointe du cœur, sont assez marqués, surviennent après la systole ventriculaire normale et se transmettent presque toujours au pouls carotidien ou radial.

2. A des *contractions auriculaires* : ils siègent au niveau des quatrième et cinquième espaces intercostaux sur le bord gauche du sternum, sont diastoliques, très faibles, à peine perceptibles, ne répondent pas à une pulsation artérielle, mais à un soulèvement jugulaire.

L'*enregistrement graphique du choc* de la pointe confirme et explique ces bruits. On trouvera sur le tracé des soulèvements synchrones de contractions ventriculaires normales ou anormales et même, comme l'a montré Chauveau, des contractions auriculaires.

Ces recherches seront complétées par l'examen du volume du cœur, par l'appréciation de l'état du myocarde, par la connaissance de lésions orificielles, aortiques, coronarites, péricardites, etc.

c. Le *pouls veineux* avait été remarqué sur les jugulaires par Stokes, puis par Blondeau, Tripier, Bard, Truffet dont les interprétations étaient différentes. Chauveau en 1885, puis Vaquez et Bureau en 1893 le notèrent également, remarquant déjà la dissociation auriculo-ventriculaire.

On peut *voir*, *palper* ce pouls veineux ; mais le *tracé graphique* est beaucoup plus précis. Chez l'adulte sain, il montre :

1. Un soulèvement présystolique *a* synchrone de la systole auriculaire ;

2. Un soulèvement systolique *c*, début de la systole ventriculaire ;

3. Un soulèvement diastolique *v* à la fin de la systole ventriculaire ;

4. Une dépression entre *a* et *c*, dépression *x* de Mackensie, d'une durée de 1/5 de seconde, liée à la diastole auriculaire ;

5. Enfin une dépression après *v*, dépression *y* de Mackensie, dépression diastolique.

Au cours de bradycardies, on pourra noter des tracés très différents. Ils relèveront fréquemment un *allongement* de l'espace *a c*, des *intermittences ventriculaires* et par conséquent une *dissociation* du nombre des systoles auriculaires *a* et ventriculaires *c*.

d. L'*examen du pouls œsophagien* préconisé dès 1887 par Frédéricq (de Liége), puis mis au point par Minkowski, Rautenberg, Yung et Hewlet, Pace, Lian, Clerc et Esmein, renseigne sur les contractions de l'*oreillette gauche*. Normalement celle-ci se contracte 2 à 3 centièmes de seconde après l'oreillette droite. Sur le tracé, on trouve une ondulation *as*, homologue de *a*, une deuxième ondulation *vs* répondant à *c*, une onde diastolique D. On trouve ainsi les mêmes troubles de ralentissement et de dissociation.

e. La *radioscopie* fut employée à cette étude par Hoffmann en 1902, puis par Schmidt, Roos, Brouardel et Villaret. Cet examen nous permet de constater le ralentissement des contractions cardiaques. Les systoles ventriculaires sont bien visibles. Les systoles auriculaires droites le sont parfois ; mais souvent elles sont difficilement perçues, cachées par la colonne vertébrale.

f. L'*électrocardiogramme* enfin, dû à Einthowen de Leyde, est un procédé récent basé sur les variations de la *force électromotrice* que développent successivement les contractions auriculaires et ventriculaires.

II. Symptômes associés. — Nombre d'autres symptômes viennent s'ajouter aux précédents chez un bradycardiaque. Ils sont variables avec le processus au cours duquel s'est révélé le ralentissement.

Parmi les appareils de l'organisme qu'il sera nécessaire d'examiner, le *système nerveux* surtout attirera l'attention. En effet, celui-ci est, d'une part, fréquemment la cause de bradycardie et, d'autre part, toute bradycardie, quelle qu'en soit la cause,

est capable d'entraîner un certain nombre de troubles nerveux caractéristiques.

Crises nerveuses. — C'est volontiers sous ce titre que les auteurs classiques décrivent les troubles nerveux, fonction de la bradycardie. Cette dénomination semble justifiée ; car ils apparaissent brusquement, évoluent d'une façon rapide, se présentant sous différentes formes cliniques, vertiges, syncopes, crises épileptiformes, apoplectiformes.

Le *simple vertige* est habituellement précédé de céphalalgie sourde, diffuse. Des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, une faible constriction thoracique s'ajoutent rapidement à ces symptômes précurseurs. Le bradycarde éprouve alors une sensation de tournoiement, de vertige ; il est obligé de se maintenir à ce qui l'entoure. Les symptômes s'arrêtent là ; la défaillance n'a été que légère. La face est pâle, une sensation de froid enveloppe le malade qui revient bientôt à son état normal.

La *syncope* est le second degré de ces troubles. Le vertige la précède. Des bruits les plus divers sont perçus, bruits de tonnerre, de vitre brisée, etc. ; une pesanteur vague à l'épigastre avec nausées est fréquente. Tout cet ensemble a pu être assimilé à une aura. La face alors devient pâle. D'abord fixes, les yeux se convulsent ; le malade tournoie, il tombe dans la résolution la plus complète, sans connaissance. La respiration peut s'arrêter. Mais sous l'influence du décubitus horizontal, le malade reprend vite connaissance. La face se colore, des sueurs abondantes apparaissent et le bradycarde est rapidement remis.

Les *crises épileptiformes* sont la conséquence d'une pause ventriculaire plus longue. Succédant à la syncope, des accès convulsifs rappelant la crise épileptique apparaissent ; après une phase de contracture, la face, les yeux, les membres sont animés de mouvements convulsifs. L'écume apparaît aux lèvres ; quelquefois sanguinolente, elle traduit des morsures de la langue, parfois projetée hors la bouche. Les vomissements surviennent, le malade urine sous lui. L'insensibilité est complète. Si l'ischémie bulbaire cesse, les convulsions disparaissent.

Sinon la *crise* devient *apoplectiforme*. Le tableau du bradycarde est celui d'un sujet en état d'ictus apoplectique. Le facies est vultueux, congestif, cyanosé, le corps baigné de sueurs, la dyspnée habituelle, la respiration stertoreuse, affectant quelquefois le rythme de Sheyne-Stokes. La résolution est complète. Habituellement la *mort* est alors rapide.

Mais quelquefois et surtout lorsque la crise n'est restée qu'épileptiforme la *guérison* survient. Durant quelques heures le malade éprouve une sensation de froid intense, une tendance au sommeil avec torpeur intellectuelle. Il revient à son état normal sans trouble de la sensibilité ni paralysie consécutive.

La *pathogénie* de ces troubles est actuellement connue. Ils sont la conséquence d'une bradycardie excessive.

Déjà Stokes pensait que l'ischémie cérébrale entraînait ces troubles. Un de ces malades baissait la tête pour prévenir une crise. Grasset, Charcot incriminaient de même l'insuffisance sanguine par artério-sclérose cérébrale. Tripier voulut en faire une manifestation épileptique. L'urémie en est la cause première pour Debove, Gingeot, Comby, Rendu.

Aujourd'hui l'expérimentation et la clinique sont d'accord pour reconnaître que l'insuffisance ventriculaire, que le « stoppage » ventriculaire (Erlanger) sont la cause des troubles nerveux. Expérimentalement la ligature des carotides produit ces accidents; cliniquement le ralentissement extrême du pouls et la pause ventriculaire sont constatés. L'arrêt précède la crise, qui cesse lorsque le ventricule se contracte à nouveau.

A quel *degré* de ralentissement les troubles nerveux apparaissent-ils ? Il n'y a pas de limite fixe. Elle est variable avec les sujets et c'est là question d'idiosyncrasie. Vaquez et Esmein ont observé un bradycarde qui éprouvait du vertige au bout de trois secondes d'arrêt, une syncope au delà de huit secondes et des crises épileptiformes après quinze secondes.

Les causes mêmes de la bradycardie influent-elles sur les crises nerveuses ? Actuellement tous les auteurs sont d'accord. La cause ne modifie pas le tableau des troubles nerveux. Certaines lésions de préférence amèneront évidemment de fréquentes pauses ventriculaires. Mais *il n'est pas de ralentissement du cœur qui ne puisse provoquer de troubles nerveux, qu'elle qu'en soit la cause, pourvu qu'il soit porté à un degré suffisant*. (Vaquez et Esmein.) L'association intime de bradycardie extrême et de troubles nerveux forme ainsi un complexus symptomatologique auquel on doit garder le nom de « Syndrome de Stokes-Adams ».

III. Evolution et modifications. — *a*. L'*évolution naturelle* d'une bradycardie est variable. Il importe de bien la connaître pour le diagnostic étiologique.

Tantôt elle sera le plus souvent passagère, peu marquée, durant à peine quelques jours.

Tantôt elle persistera plusieurs semaines, avec des intervalles normaux au cours de vingt-quatre heures, avec une instabilité caractéristique.

Tantôt elle sera fixe et permanente.

b. Les *modifications de la bradycardie* sous des influences données ont acquis une certaine valeur au point de vue diagnostic.

Il est classique aujourd'hui d'examiner comment varie le pouls ralenti sous l'influence de la *respiration accélérée*, des *changements de position*, de l'*effort*, *course*, *saut*, *ascensions*, des *émotions*, de la *toux*, de la *douleur*, de l'*hyperthermie*, etc.

On notera également l'effet de deux autres moyens, la compression du vague et l'épreuve de l'atropine.

La *compression du vague* ou épreuve de Czermack, du nom de celui qui la préconisa en 1857, est peu employée. Etudiée par Concato, Quincke, Cardarelli, Wassilewski, elle entraîne une excitation du X d'où ralentissement du pouls. On comprime prudemment le X au niveau du cou avec la pulpe des doigts en le refoulant contre la colonne vertébrale. C'est un moyen infidèle, car on comprime en même

temps la carotide primitive d'où anémie cérébrale.

L'*épreuve de l'atropine* est plus utile. Muller et Dehio la donnèrent en ingestion dès 1891. Esmein préfère l'injection hypodermique à la dose de 2 milligrammes de sulfate d'atropine, sans avoir à craindre d'accidents. Les fibres du vague, inhibitrices, sont paralysées, d'où accélération. Le pouls normal monte à 120-130. L'effet maximum est obtenu au bout d'un quart d'heure, dure une demi-heure, trois quarts d'heure. Au delà de deux à trois heures, le pouls est normal.

Tel est l'ensemble de constatations cliniques, graphiques et expérimentales, qui permettra dès lors de reconnaître l'arythmie, de poser le diagnostic positif de bradycardie et d'aider à la connaissance étiologique de la bradycardie.

IV

Pseudo-bradycardies. — La connaissance exacte des arythmies cardiaques enrichit journellement ce groupe des pseudo-bradycardies. La plupart de celles-ci sont dues à des extrasystoles.

I. Pseudo-bradycardies par extrasystoles. — Les *extrasystoles* sont des systoles ventriculaires frustes, quelquefois auriculaires, apparaissant au cours de la révolution cardiaque. Elles se produisent prématurément et très souvent ne donnent pas de pulsation radiale.

Laënnec avait remarqué ces fausses intermittences. Elles apparaissent avant la contraction normale; celle-ci est supprimée et la systole suivante apparaît comme s'il n'y avait pas eu d'extrasystole. Il y a donc *repos compensateur*. Celui-ci peut manquer. L'auscultation révèle un petit bruit clair. C'est la *systole en écho*. Il y a pulsation radiale affaiblie et soulèvement jugulaire; l'ondulation *c* est plus basse que la normale.

L'extrasystole peut être isolée, se produisant au hasard, toutes les 4, 5 pulsations. Les extrasystoles sont dites massées lorsqu'elles se produisent 2, 3, 4 fois de suite.

Si l'extrasystole et la contraction normale sont alternatifs, le pouls est dit alors *bigéminé*. Lorrain le décrivit le premier en 1870; Cook, Salter, Tripier, Bard, Mackensie, Wenckebach, Hering ont contribué à son explication. Parfois continu il est souvent transitoire.

Enfin le pouls est *tri*, *quadrigéminé*, lorsque chaque pulsation normale est suivie de 2, 3 extrasystoles. Le pouls trigéminé est très fréquent. On l'appelle encore *rythme couplé*. A l'auscultation, la perception des trois systoles donne le bruit de rappel, analogue à celui produit par le dédoublement du second bruit dans le rétrécissement mitral.

Le *rythme cadencé déficient* de Bard serait le terme extrême de cette pseudo-bradycardie par extrasystoles où celles-ci sont tellement faibles qu'elles ne sont décelées que par l'électro-cardiogramme.

Les troubles nerveux sont rares. Quelquefois cependant, l'extrasystole devient insuffisante. Il y a ischémie bulbaire et le *syndrome de Stokes-Adams se réalise*. On ne trouve que des troubles légers, défaillances, lypothimies, syncopes (Barié et Cléret, Heitz et Pouliot).

L'évolution est rapide. Le moindre effort fait disparaître l'extrasystole. Le pouls d'un malade de Crook passait de 36 à 72, lorsque ce malade se mettait sur son séant. Ortner a noté une disparition des extrasystoles par l'atropine.

Au point de vue pathogénique, on admet que les extrasystoles sont des troubles de l'excitabilité myocardique. On a pu les reproduire expérimentalement par variation de la tension intracardiaque, par irritation mécanique, électrique, chimique ou nerveuse.

On observe cette pseudo-bradycardie chez les *névropathes*, les *anémiés*, les *fatigués*, les *convalescents* de maladies infectieuses où elle prend fréquemment le type du rythme couplé (Bard et Thouzellier). Ces malades accusent nettement la sensation d'arrêt du cœur.

Chez les *cardiaques*, Hering l'a rencontrée au cours de dilatation du cœur droit, Heitz et Pouliot, Merklen, Barié, Lancereaux et Botteanu chez les mitraux. La bradycardie asystolique de Chauffard est une asystolie présentant des extrasystoles sous l'influence de la digitale.

La *digitale*, d'autre part, donne très fréquemment pour Vaquez, des extrasystoles. Traube, Lorain, l'avaient signalé. Chauveau a reproduit ce fait expérimentalement. Nous verrons que ce produit agit aussi sur la conductibilité myocardique.

Nous croyons enfin ranger dans ces pseudo-bradycardies, celle produite par l'*ictère*. Décrite par Bouilland en 1864 elle s'observe au début des ictères, ictères infectieux, catarrhal, par rétention brusque. Au bout de quelques semaines, la bradycardie disparaît : elle n'existe d'ailleurs que rarement dans la cholémie, dans les ictères progressifs par cancer, cirrhose, etc.

Le pouls descend à 60, 40 et même 28 et 21 comme dans un cas de Frérichs. Il est instable, se modifiant par l'effort. L'atropine donne un résultat négatif (Crouzon et Le Play, Esmein). Pour Bard, Vaquez, il s'agit là de *bradysphygmie vraie*, de *bigéminisme*. Les extrasystoles sont liées à l'influence des sels biliaires sur le cœur, influence essentiellement transitoire, le myocarde s'habituant rapidement aux poisons biliaires.

II. Cœur alternant. — C'est un trouble de la contractilité, se traduisant par une pulsation forte, puis une faible. Très rare, ce trouble mal connu est d'un pronostic grave (Wenckebach, Engelmann, Hoffmann).

III. Hémisystolie. — Décrite par Leyden, l'hémisystolie se traduit par une rareté des systoles ventriculaires gauches en comparaison des systoles droites. Pour Traube, Tripier et Devic, Hering, il s'agirait en réalité d'une pseudo-hémisystolie par extrasystoles.

IV. Pseudo-bradycardie par arythmie complexe. — Ce sont des tachyarythmies complexes où il n'y a pas de soulèvement artériel au cours de contrac-

tions ventriculaires (Hochaus et Quincke). Ces troubles s'observent chez les asystoliques.

V

Bradycardies vraies. — Classiquement on divisait autrefois les bradycardies vraies en deux groupes : les bradycardies transitoires et les bradycardies permanentes, celles-ci étant plus généralement groupées sous le nom de *pouls lent permanent* ou de *maladie de Stokes-Adams*.

Aujourd'hui avec Vaquez et Esmein, Aschoff, Nagayo, Hoffmann, on les envisage suivant leur mode d'évolution ; et les classe en bradycardies *paroxystiques* et *permanentes* ; ces qualificatifs sont pris dans le sens de *stable*, de *durable*, d' *invariable* dans leur évolution et sous l'action des agents habituels de modification du rythme cardiaque, en particulier de l'atropine.

VI

Bradycardies paroxystiques. — Ces bradycardies comprennent la majorité des ralentissements du pouls. Elles surviennent par accès, sont de courte durée, ne deviennent jamais permanentes, réductibles par l'atropine. Très souvent symptômes accessoires du processus morbide qui les cause, ces bradycardies paraissent résulter le plus souvent d'un trouble de l'excitation du myocarde, quelquefois d'un trouble de conductibilité.

I. Symptômes. — *a*. Les *troubles cardiovasculaires* affectent des formes variables.

Tantôt la bradycardie est dite *totale vraie*. Le ralentissement est léger, rarement accusé. Les tracés graphiques, l'examen du pouls et du cœur montrent un ralentissement égal des contractions auriculaires et ventriculaires. L'espace *a c* n'est pas modifié ; il n'y a pas d'intermittence, de dissociation auriculo-ventriculaire. Le ralentissement est essentiellement *diastolique*.

La production d'extrasystole est rare.

Tantôt la bradycardie porte sur les *ventricules*. Le ralentissement peut être accusé. Il y a des intermittences ventriculaires, des pauses auriculaires. L'espace *a c* est allongé, la dissociation est possible. Mais ce qui est caractéristique c'est l'*extrême variabilité* de ces troubles. Les tracés graphiques affirment l'instabilité de l'arythmie cardiaque.

b. Les *troubles nerveux* sont peu fréquents. Les pauses ventriculaires s'observent. Mais elles sont de courte durée et se réduisent à des vertiges, des syncopes. Les crises épileptiformes ou apoplectiformes sont rares.

c. L'*évolution* est essentiellement *paroxystique*. Ces troubles durent peu. On observe des rémissions complètes au cours des vingt-quatre heures ; brusquement le rythme cardiaque normal réapparait.

Le ralentissement du pouls disparait sous l'influence de l'effort, du passage de la station couchée à la station debout, de la fièvre, de l'atropine; la modification temporaire est assez souvent définitive. La compression du X augmenterait temporairement l'arythmie. D'ailleurs, il est fréquent d'observer une arythmie respiratoire au cours de ces accès bradycardiaques (Esmein).

Le pronostic est enfin très bénin, la mort par troubles nerveux étant exceptionnelle.

II. Pathogénie. — Il est très difficile de donner une explication pathogénique de ces nombreuses bradycardies. Beaucoup d'entre elles sont en effet inexpliquées.

C'est à un trouble de l'excitation du myocarde que le plus souvent la bradycardie est liée. On sait que la contraction cardiaque a pour origine une excitation du nœud sino-auriculaire de Keiht et Flack, groupe cellulaire situé dans la paroi de l'oreillette droite au niveau de l'embouchure des deux veines caves, des vestiges du sinus veineux primitif du cœur.

Le système nerveux, hémisphères, bulbe, dixième paire cranienne, ganglions extra et intracardiaques, est capable sous une influence quelconque de modifier, de ralentir temporairement l'excitation de ce centre. Il y a dès lors *arythmie sinusale* (Mackensie), *bradycardie totale vraie* avec possibilité d'arrêt cardiaque en diastole extrêmement court. La physiologie et la clinique constatent de plus que rapidement cette action nerveuse modératrice s'épuise et que le cœur est vite libéré de cette inhibition passagère.

Le *refroidissement*, l'*hypertension artérielle* agiraient ainsi par l'intermédiaire des centres bulbaires.

Quelquefois les troubles relèvent d'une gêne de la *conductibilité*. Là encore le système nerveux est en jeu directement ou par réflexe. Nous verrons à propos des bradycardies permanentes comment il agit sur le faisceau intracardiaque de His. L'extrême variabilité et la durée toute transitoire de ces troubles cardio-vasculaires est la caractéristique de l'influence nerveuse sur la conductibilité.

III. Etiologie. — *a*. Des *bradycardies dites physiologiques* ou *tolérées* se rencontrent chez l'adulte sain.

Au cours de la *grossesse*, plus spécialement après l'*accouchement*, on observe une bradycardie totale légère pouvant être accusée (35 Blot). D'après Marey, c'est la conséquence de l'hypertension artérielle par modification de la circulation utérine. Pour Merklen et Hirtz, c'est une arythmie sinusale avec défaut d'excitation par suite de la fatigue du travail.

Il existe d'autre part une *arythmie respiratoire*, à la *fin de l'expiration*. Accusée chez l'enfant, elle est modérée chez l'adulte. Un cas avec 40 pulsations a été observé par Vaquez et Esmein. C'est une bradycardie totale liée à une modification de l'activité sinusale. Elle s'exagère chez les anémiés, les névropathes, les convalescents, les malades atteints d'affections nerveuses. Pour Fredericq, Wertheimer, Vaquez, il s'agit au niveau du noyau cardiomodérateur du pneumogastrique, d'une excitation réflexe venue du noyau respiratoire.

b. Les *bradycardies* des *anémiés*, des *cachectiques*, des *convalescents de maladies infectieuses* sont des bradycardies totales, instables, disparais-

sant au lever, ne résistant pas à l'atropine, arythmies sinusales en un mot.

Les *chlorotiques* (Hirtz et Lévy) ont un pouls ralenti, qui serait pour Fiquet un rythme couplé ; les *anémiés*, les *surmenés* (Hirtz et Saurel), les *hypothyroïdiens* (Vincent), les *cachectiques*, les *inanitiés* (jeûneurs, neurasthéniques, sténosés œsophagiens, pyloriques, etc.) ont un ralentissement modéré.

Le pouls lent des *convalescents* de maladies infectieuses est un signe clinique important, indiquant pour Lorain, avec l'hypothermie et l'hypotension artérielle, le début de convalescence. Il persiste en général de cinq à vingt jours (Huchard, Grasset, Bard). On l'a signalé à peu près dans toutes les infections. Stokes l'avait remarqué dans le typhus d'Irlande ; il a été noté dans la scarlatine (Apert, Belski), la variole (Lorain), les oreillons, l'érysipèle, la blennorragie (Arnozan et Chaminade). Mais c'est surtout dans la grippe (Strange [deWorcester], Huchard, Chauffard), le rhumatisme articulaire aigu, la diphtérie (Sydney Philips), la pneumonie, qu'on le rencontre le plus souvent. Kahn avait voulu en faire un signe de gangrène dans l'*appendicite*. Broca, Vincent, Vaquez ont montré qu'il s'agissait d'une bradycardie réflexe.

Mais quelquefois ces infections n'agissent pas seulement sur l'excitation du myocarde. Elles atteignent le faisceau intracardiaque de His, troublant ainsi la conductibilité. Elles entraînent, comme nous le verrons plus loin, des bradycardies permanentes précédées de phases paroxystiques parfois mortelles.

c. Les *cardiopathies* s'accompagnent quelquefois de ralentissement paroxystique du pouls. Lorain, Traube l'ont signalé dans le rétrécissement aortique. Il existe plutôt dans l'artério-sclérose, l'hypertension artérielle suivant la loi de Marey, la dégénérescence graisseuse du cœur.

d. Les *intoxications* sont fréquemment la cause de bradycardies. C'est par l'intermédiaire du vague, pour Gallavardin, que nombre de poisons exogènes agissent sur l'excitation du myocarde : le strophantus, l'hellébore, l'aconitine, l'opium, le colchique, l'adrénaline, le plomb. Dans ce dernier cas la sclérose rénale ou myocardique concomitantes ont beaucoup plus de raison que le plomb lui-même de créer l'arythmie.

La *digitale*, avons-nous vu, donne fréquemment une arythmie pseudobradycardique par extrasystole. Elle donnera des troubles graves de conductibilité surtout lors d'altérations du faisceau de His. Il est rare pour Vaquez qu'elle donne une bradycardie totale.

Parmi les intoxications endogènes vient en premier lieu l'*ictère*. Les conclusions récentes nous l'ont fait ranger dans les pseudo-bradycardies par bigéminisme. Le diabète pancréatique, l'acétonurie, les intoxications intestinales s'accompagnent d'arythmie peu marquée.

L'*urémique* enfin est parfois bradycardiaque. Syredey, Debove, Comby l'avaient depuis longtemps remarqué. L'urémie, d'après ces auteurs, pouvait même être la cause déterminante de bradycardies permanentes. En réalité la pathogénie en est difficile à expliquer. L'hypertension artérielle a un certain rôle. L'intoxication sanguine peut réagir sur le bulbe. Enfin la cause morbide qui a créé les lésions rénales peut entraîner par ailleurs des lésions du faisceau septal avec troubles de la conductibilité : c'est ainsi que chez un urémique avec pouls ralenti, Courtois-Suffit et Chéné ont trouvé un foyer de sclérose et de dégénérescence calcaire du faisceau de His.

Nous citerons enfin d'après Segala la bradycardie relative de l'*hyperpnée* chez les urémiques avec rythme de Scheyne-Stokes. Signalée par Brot, Bernheim, Rendu, Hallopeau, cette bradycardie hyperpnéique serait une bradycardie ventriculaire par trouble de conductibilité au moment de l'hyperpnée (Gallavardin).

e. Les *affections nerveuses* enfin sont très souvent l'origine de bradycardies. Dans les *affections nerveuses inorganiques*, il existe quelquefois des bradycardies totales : *suggestion* par numération ralentie à haute voix (Bernheim), hystérie (van Noorden), *hystérotraumatisme* (Debove), *neurasthénie* (Erben), *tétanie*.

Sont signalées des bradycardies vraies totales au cours d'*affections douloureuses*. Il s'agit d'une excitation réflexe du centre cardiomodérateur du pneumogastrique. On explique ainsi le pouls lent de quelques appendicites douloureuses, de coliques hépatiques, néphrétiques, d'affections vésicales, d'irritations du plexus solaire, de l'helminthiase, de la contusion épigastrique (Vaquez), de crises gastralgiques du tabes (Rosenthal), de névralgies sciatiques ou autres (Grob). L'excitation de certains nerfs sensitifs ou sensoriels entraîne par réflexe la lenteur du pouls. Y a-t-il là une explication de la syncope chloroformique ?

Mais on observe surtout une bradycardie notable dans les *affections organiques*, alors que le centre bulbaire est excitable.

Les *tumeurs cérébrales* (tubercules, exostoses, gliomes, gommes, kystes, etc.), les *abcès du cerveau* ou du *cervelet*, l'*hémorragie cérébrale* au début (Charcot), l'*hémorragie méningée*, les *hématomes dure-mériens*, s'accompagnent d'un ralentissement marqué ; de même la *commotion*, la *contusion* cérébrale, les *fractures* du crâne. La dissociation du pouls (ralentissement) et de la température (hyperthermie) est un signe de *méningite* de quelque nature qu'elle soit ; il peut même caractériser de légères réactions méningées au cours de maladies infectieuses (Chauffard et Boidin-Dopter). *Le paralytique général*, *le mélancolique* (Mannheimer), *l'épileptique* ont un pouls modérément ralenti.

Les *maladies bulbaires*, hémorragies, sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique s'accompagnent au début de leur évolution de ralentissement du pouls. La compression du bulbe par exostose, rétrécissement du trou occipital (Halberton), peut donner une bradycardie transitoire.

Les lésions de la *moelle* ou des *racines rachidiennes* dans la région cervicale, par fracture des vertèbres cervicales (Hutchinson), par coup de cou-

teau (Rosenthal), etc., donnent une bradycardie totale peu durable s'accompagnant de troubles pupillaires par lésion des centres cardiospinal et ciliospinal.

L'atteinte enfin du *pneumogastrique* entraîne une bradycardie paroxystique. Reich, Venot, Faure, rapportent une mort par simple contact avec pince ou bistouri ; Romanède, Tuffier, n'ont observé que de simples syncopes. Morestin, Venot, l'ont sectionné sans accidents. Très souvent le nerf est comprimé au cours de son long trajet par des ganglions tuberculeux ou cancéreux. Les observations récentes de Laslell et d'Esmein ont montré le caractère paroxytique du ralentissement du pouls dans le cas de processus atteignant le pneumogastrique.

Nous aurons bientôt à nous demander si ces lésions cérébrales ou pneumogastriques sont capables de créer un ralentissement durable.

VII

Bradycardies permanentes. — Lorsque le ralentissement du pouls se maintient d'une façon stable, durable, invariable sous l'action de l'effort, de la fièvre, de l'atropine, on dit qu'il y a *bradycardie permanente.* Jusqu'ici on donnait le nom de *maladie de Stokes-Adams* au pouls lent permanent. Vaquez et Esmein proposent « d'effacer cette dénomination malencontreuse » sous laquelle on décrit un ensemble de phénomènes cliniques provoqués par des causes dissemblables. « Dans le but louable de rappeler le nom des auteurs qui ont le plus contribué à l'étude de cette association morbide », *bradycardie et crises nerveuses*, il faut seulement garder à cette dernière le nom de *syndrome de Stokes-Adams ;* et comme en l'état actuel de la science médicale, il semble qu'il faille rattacher les bradycardies permanentes à une lésion du faisceau intracardiaque de His, on pourrait peut-être les décrire, suivant l'expression de Gallavardin, sous le nom de *forme cardiaque du syndrome de Stokes-Adams.*

Pouls lent permanent physiologique. — Dite encore *tolérée*, cette bradycardie doit être éliminée avec l'exposé des pouls lents permanents pathologiques.

Le *vieillard* est souvent bradycardiaque. Il s'agit là sans doute d'un processus normal lié au ralentissement général de l'activité organique. D'ailleurs c'est une bradycardie totale, légère (60 à 70), disparaissant avec l'effort, la fièvre, l'atropine.

La littérature médicale, d'autre part, est riche en observations de bradycardies permanentes sans *aucun trouble* et bien tolérées (Marquet, Corvisart, Mayo, Vigouroux, Rendu, Tripier, Roux, Delalande, Jacquier). On admet aujourd'hui que ces cas sont des formes de bradycardies permanentes par dissociation complète.

Ou bien il s'agit d'une *disposition congénitale* liée à un trouble morbide in utero ou à une anomalie de développement du faisceau de His (Jacquier-Tripier).

Ou bien, cas le plus fréquent, c'est une *lésion acquise*, dont le début a été heureux et souvent inaperçu. Une maladie infectieuse en est habituellement la cause. Les troubles nerveux ont été pris pour de banales convulsions ou pour des accès d'épilepsie vraie, comme peut-être dans le cas de Napoléon Ier. La bradycardie est ventriculaire, le pouls est très ralenti, non influencé par la fièvre, les efforts, l'atropine (Rendu [de Lyon], Rendu, Bachmann). Il n'y a plus de syncopes. L'automatisme cardiaque est parfait. Il s'agit d'un trouble de conductibilité par dissociation complète. La preuve anatomique en a été fournie, comme dans l'autopsie d'un bradycardiaque permanent, dit physiologique, où Delalande a trouvé une transformation calcaire de la paroi septale. On est ainsi ramené aux bradycardies permanentes pathologiques.

I. Symptomatologie. — *a.* Le *début* de ces bradycardies est variable. Fréquemment les symptômes nerveux attirent l'attention. Le début proprement dit du trouble de conductibilité est parfois saisi au cours de certaines infections. Mais souvent encore le pouls lent s'est installé insidieusement et c'est par hasard qu'on s'en aperçoit.

Vaquez et Esmein ont montré que la presque totalité des pouls lents permanents évoluaient en deux phases : dans une première période, le faisceau de His et la conductibilité sont *partiellement* détruits, il y a *dissociation incomplète.* Dans une deuxième période, celle-ci est *complète*, la conductibilité est *entièrement* entravée par destruction totale du faisceau.

b. La *période de dissociation incomplète* est caractérisée par une bradycardie ventriculaire avec troubles nerveux graves.

L'étude des *troubles cardiovasculaires* montre en effet une bradycardie ventriculaire. L'allongement de l'espace *a c* et l'apparition d'intermittences ventriculaires est le premier symptôme d'un léger trouble de conductibilité. L'espace *a c* est supérieur à un 1/5 de seconde ; la systole ventriculaire apparaît après son temps normal. La contraction suivante est retardée d'un espace de temps double. Les pulsations sont de plus en plus retardées. Il arrive un moment où l'excitation auriculaire arrive au ventricule alors qu'il est dans sa période d'inexcitabilité. Il y a *intermittence ventriculaire.*

Les intermittences peuvent être irrégulières, périodiques, se produisant toutes les 4, 5 pulsations, alternantes lorsqu'il y a 1 contraction ventriculaire pour deux auriculaires, massées enfin lorsqu'il y a 3, 4, plusieurs systoles auriculaires pour une ventriculaire. Le nombre des contractions des ventricules s'abaisse. Celui des oreillettes reste normal. Il y a donc bradycardie ventriculaire avec *dissociation auriculoventriculaire incomplète.*

Les *troubles nerveux* de cette phase sont très marqués. Phénomènes épileptiformes et apoplectiformes avec mort possible sont fréquents. Les pauses ventriculaires, au cours desquelles les oreillettes continuent cependant à battre d'un rythme normal, sont souvent de longue durée et d'autant plus que les troubles de conductibilité sont moins marqués. Pour expliquer ces pauses ventriculaires on invoque :

Soit le passage brusque de cette phase de dissociation incomplète à la période complète ;

Soit une excitation du pneumogastrique, une accélération des systoles auriculaires;

Soit l'apparition d'une série d'extrasystoles ventriculaires.

Leur fréquence est très inconstante et tandis que parfois les crises sont quotidiennes, fréquentes, subintrantes même, le malade étant dans un véritable état de mal vertigineux, quelquefois les crises peuvent ne se répéter qu'au bout de plusieurs mois ou années.

L'*évolution* de cette phase est variable. La durée n'en est pas fixe et dépend du processus entravant la conductibilité. Les troubles de dissociation s'accentuent par périodes de longueur variable; mais dans les périodes normales il persiste toujours un allongement léger de l'espace *a c* et des intermittences ventriculaires.

Comment se *modifie* la bradycardie sous des influences déterminées? La course, les efforts, la fièvre augmente le nombre des contractions auriculaires, de même, l'atropine; mais le ventricule reste *invariable* à leur action et c'est à peine si le nombre de ses systoles augmente de 3 à 4 par minute.

D'autre part l'excitation du pneumogastrique (Muskens, Gaskell, Engelmann) exagère les intermittences et occasionne parfois des pauses ventriculaires; de même la respiration: un malade de Rihl avait un ralentissement accusé du pouls au moment de la pause expiratoire et celui de James Barr un stoppage ventriculaire avec troubles nerveux.

Enfin la digitale et quelques poisons donnent à cette phase des troubles graves; ce sont les plus fréquentes pour Gallavardin des modifications digitaliques sur le rythme cardiaque. La difficulté de conductibilité est exagérée et les pauses ventriculaires possibles.

c. La *période de dissociation complète* débute parfois brusquement avec des troubles nerveux sérieux. Des cas de destruction brusque du faisceau de His sont cités, mais habituellement cette période succède à la précédente. La conductibilité n'est plus possible. Les excitations auriculaires ne sont plus transmises aux ventricules. Ceux-ci se contractent par automatisme.

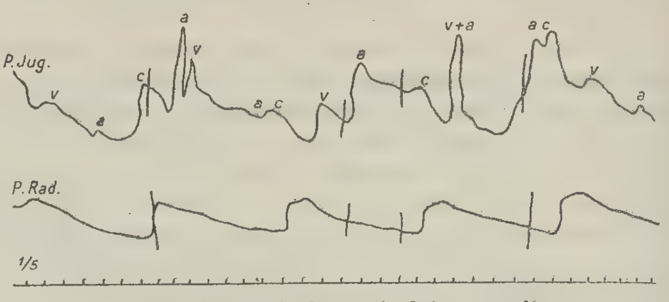
Les *troubles cardiovasculaires* témoignent d'une dissociation auriculoventriculaire complète.

Les *oreillettes* se contractent normalement, 70 à 80 fois par minute, comme en témoignent les pulsations veineuses et l'auscultation « des demi-battements » de Stokes.

Les *systoles ventriculaires* sont au nombre de 30 à 40 par minute. Teissier a vu ce nombre descendre à 14, Heinecke, Muller et Hosslin à 8-10, Halberton à 7-8. D'autre part Volhardt, Laubry, Esmein, et Foy ont trouvé 48, Vaquez et Clerc 50 pulsations. Le ventricule se contracte vigoureusement : il est régulier, ne se modifiant jamais.

Les *tracés graphiques* montrent mieux encore cette dissociation. L'espace *a c* n'existe plus et les soulèvements *a* et *c* n'offrent plus aucun rapport.

Les *extrasystoles* sont fréquentes à cette phase. Elles n'ont pas de repos compensateur et souvent apparaissent par séries; ce sont les *orages d'extra-*



Dissociation auriculoventriculaire complète.
(D'après Vaquez et Esmein.)

systoles atrioventriculaires d'Esmein. Parfois régulières, elles donnent l'apparence de rythme couplé ou de bigéminisme.

Les *troubles nerveux* n'existent pas, sauf ceux du début de l'installation de la dissociation complète, on n'en observe que lors de ralentissement possible du rythme ventriculaire (Erlanger-Blachmann) ou d'orages d'extrasystoles.

Aucun trouble particulier ne s'ajoute à ces symptômes. Il y a hypertension artérielle systolique et hypotension diastolique.

Les contractions auriculaires se modifient avec la marche, l'effort, la fièvre, l'atropine, la respiration, la digitale; mais le ventricule est *insensible* à ces influences. Il reste *invariable* : un malade de Vaquez n'eut pas modification du pouls avec une hyperthermie de 40 degrés; le ventricule qui semble tirer son énergie de lui-même ne répond plus aux causes extérieures. Des exceptions sont citées. Une accélération légère a été relevée avec la fièvre par Rilh, l'atropine par Volhardt, la digitale par Neusser.

II. Evolution. — Telle est la forme commune des bradycardies permanentes.

La phase de dissociation incomplète est la période *dangereuse*, puisque la mort y est fréquente.

La dissociation devenue complète, le malade pourra vivre longtemps. Esmein cite le cas d'un bradycardiaque permanent dont le début est rapporté à une infection datant de 19 ans. La vie est possible; de rudes travaux sont parfois accomplis, bien que la résistance à la fatigue soit diminuée. Le retour à la période de dissociation incomplète ou au rythme normal total par guérison est possible. Mais habituellement le pouls reste permanent et si la mort n'est pas survenue du fait d'une affection intercurrente, c'est l'asystolie qui la cause.

III. Formes cliniques. — Indépendamment de cette *forme moyenne commune chronique*, les bradycardies se présentent sous d'autres aspects.

a. D'après l'*évolution* et la *nature* des lésions myocardiques on trouvera :

1. Des *formes chroniques*, très communes, progressives, avec leurs deux phases de dissociation : c'est à ces formes que l'on doit rattacher la majorité des pouls lents permanents *physiologiques*.

2. Des *formes aiguës*, au cours des maladies infectieuses; celles-ci donnent également des *formes sur-*

aiguës rapidement mortelles et par contre des formes *transitoires régressives* guérissables.

3. Des *formes curables* où la syphilis est souvent en jeu.

b. D'après les *modifications* des troubles cardiovasculaires, Clarke, Laubry, Esmein, Foy, Vaquez ont décrit des formes de bradycardies précédées d'une phase de *tachycardie*. Il y a hyperexcitabilité du faisceau de His sous l'influence du développement de la lésion et production exagérée d'*extrasystoles*.

c. D'après l'*intensité des troubles cardiaques* et *nerveux* on décrit :

1. Des *formes graves*, à attaques fréquentes répétées ;
2. Des *formes légères* ;
3. Des *formes frustes* bien mises en évidence par Huchard et Tripier où il y a de légers éblouissements, quelques intermittences ventriculaires et allongement de l'intervalle *a c*.

d. D'après le *siège même de la lésion*, on envisagera la forme *sinoauriculaire* réalisée expérimentalement par Héring, Erlanger, Blackmann.

Cliniquement il n'y a pas d'allongement de l'espace *a c*; les intervalles entre chaque contraction cardiaque s'allongent progressivement, jusqu'au moment où une contraction manque. Oreilles et ventricules sont également ralentis, la bradycardie est totale, la conductibilité est entravée au niveau du centre sinoauriculaire de Keith et Flack. Wenckeback, Hewlet, Rihl l'ont observé après ingestion de digitale.

La *bradycardie nodale* enfin est caractérisée par la présence d'une seule pulsation cardiaque par révolution du cœur.

Pour Mackensie il y a hyperexcitabilité du nœud de Tawara, systoles auriculaire et ventriculaire sont synchrones. Lewis met en cause la fibrillation auriculaire.

Pour Vaquez et Esmein il y a parésie auriculaire. Cette insuffisance myocardique serait le début de l'asystolie terminale de la forme commune.

IV. Pronostic. — Il est évidemment *sérieux*, *grave*, sans avoir cependant la *fatalité* de celui des anciens auteurs. La *période dangereuse* est celle de la dissociation incomplète, où la mort est la conséquence du « stoppage ventriculaire ». Mais *c'est un bonheur*, selon le mot de Volhardt, quand la dissociation est complète. La mort est tardive après longue survie. Enfin cette affection est parfois *curable* dans le cas de lésions syphilitiques notamment.

V. Pathogénie. — L'exposé succinct de l'histoire des bradycardies nous a montré que tour à tour myocarde et système nerveux ont été considérés comme origines des pouls lents permanents.

Actuellement l'expérimentation, l'anatomie pathologique, la clinique sont d'accord pour reconnaître qu'une *lésion du faisceau intracardiaque* de His entraîne une bradycardie permanente.

L'*anatomie* du faisceau de His est bien connue. On sait, d'après His (1895), Braunig, Tawara, que ce faisceau de fibres myocardiques de type embryonnaire, entremêlées d'éléments nerveux pour Tawara, dérive du faisceau primitif du cœur (Mackensie). Il vient du nœud sinoauriculaire de Keith et Flack, gagne la paroi interauriculaire, puis interventriculaire, voisin du septum fibreux séparant oreillettes et ventricules ; après division en deux branches il se distribue au myocarde ventriculaire, se mettant en connexion avec les fibres de Purkinje. Sur son trajet il présente un épaississement, le nœud de Tawara, centre cardiomoteur où Mackensie place l'origine de la bradycardie nodale.

Au point de vue *physiologique*, le faisceau septal conduit l'excitation « normotrope » du nœud de Keith et Flack aux oreillettes et de là aux ventricules. C'est une voie de conductibilité.

L'*expérimentation* avec Gaskell, Engelman, Erlanger, Hering a établi les conséquences de lésions produites sur ce faisceau. S'il est partiellement lésé, l'excitation normale y chemine difficilement. Il y a *bloquage partiel*, « herzblock » partiel, selon l'expression de Gaskell, allongement de l'espace *a c*, dissociation, par intermittence ventriculaire. S'il est totalement détruit le ventricule ne reçoit plus l'excitation normotrope. Il se contracte avec son énergie propre, avec *automatisme*. Le *block est complet* ainsi que la dissociation.

La clinique confirme ces faits dans les deux phases de l'évolution de la forme commune des bradycardies permanentes; ainsi semble justifiée la théorie cardiaque de cette arythmie.

VI. Anatomie pathologique. — Elle devient riche en observations de lésions du faisceau septal.

a. Le *siège* de celles-ci est généralement situé avant la bifurcation du faisceau cardiaque, à la partie supérieure de la cloison, dans cet espace fibreux compris entre les deux orifices auriculoventriculaires.

Quelquefois les lésions sont au niveau même de la bifurcation.

b. Leur *étendue* est plus ou moins grande, englobant *partiellement* ou *totalement* le faisceau.

c. La *nature* de la lésion est variable.

Les *lésions scléreuses* prédominent (Schnoll, Karcher, Schaffner, Esmein, Monckebey, etc.). Elles se présentent sous formes de plaques fibreuses dissociant ou enserrant le faisceau. Souvent ces lésions sont contiguës à de mêmes lésions des valvules auriculoventriculaires ou aortiques.

Des *lésions calcaires* ont été trouvées par Stokes, Courtois-Suffit et Chéné, Souques et Chéné, Lowenstein. Des bourgeons athéromateux avec incrustations calcaires ont dilacéré le faisceau.

Les lésions de *dégénérescence* se voient au cours de la syphilis qui, indépendamment des lésions *scléreuses* (Keith), peut donner des *gommes* (Vaquez et Esmein, Rendu, Hardford Robinson). La *dégénérescence graisseuse* peut agir par stéatose des fibres (Gibson, Faber, Tawara), ou par dissociation et compression au moyen des cellules adipeuses (Bergé et Pélissier). Les maladies infectieuses donnent des lésions myocarditiques aiguës.

On cite encore la présence de *tumeur* (Luce, Sendler), d'*infarctus* (Oulmont et Lian), d'*anévrismes*

de la coronaire antérieure (Peacok, Simen), des *cicatrices* de lésions aiguës (Rogero).

Enfin des *malformations congénitales* intéressant plus ou moins le faisceau septal (Morquio, Heuwel).

VII. Etiologie. — Faire l'exposé des causes prédisposantes, occasionnelles des pouls lents permanents, serait faire l'étiologie de leurs différentes causes déterminantes. L'homme adulte âgé de quarante à cinquante ans est le plus prédisposé. L'enfant et l'homme jeune sont plus épargnés.

Les *causes déterminantes* relèvent d'infections et d'intoxications.

Toutes les *maladies infectieuses* peuvent créer des lésions du faisceau de His. La grippe, le rhumatisme, (Alsleben, Gerhardt), la fièvre typhoïde, la diphtérie surtout (Lannois, Duna, Gill, Cowas, Huquenin, Lichtfeld), la blennorragie (Jellinck, Cooper et Ophuls) causent des bradycardies aiguës, graves, mortelles, avec lésions cicatricielles donnant des pouls lents permanents bien supportés.

La *syphilis* est la cause fréquente des bradycardies des hommes jeunes.

Mais c'est surtout dans l'*athérome*, l'*artériosclérose* de l'organisme qu'il faut voir l'origine du ralentissement des pouls.

La *dégénérescence* graisseuse du cœur, les cardiopathies valvulaires étendent leurs processus morbides jusqu'au faisceau de His.

Enfin les *intoxications*, *urémie*, goutte, *saturnisme*, digitale sont capables de faire naître la dissociation.

Bradycardie permanente d'origine nerveuse. — A côté de cette forme cardiaque du syndrome de Stokes-Adams, existe-t-il des bradycardies permanentes dues à des lésions du système nerveux, bulbe, pneumogastrique, etc. La majorité des bradycardies paroxystiques sont d'origine nerveuse. Il semble qu'on doive aujourd'hui restreindre là les effets du système nerveux.

L'*expérimentation* du centre cardiomodérateur du vague ou du vague lui-même nous apprend que ces organes agissent surtout sur l'excitation du myocarde et qu'ils sont également capables de produire des troubles de la conductibilité; mais ceux-ci sont très *variables*, atteignant l'oreillette, le ventricule, le cœur en entier, ils sont *instables*, de *peu de durée*, le rythme normal succédant rapidement et brusquement au rythme pathologique; l'*atropine*, l'*effort*, la *fièvre*, les font enfin disparaître.

La *clinique* semble d'accord avec l'expérimentation. Toutes les observations de bradycardies permanentes que l'on croit devoir rattacher à des lésions nerveuses ont été étudiées avec soin. Malheureusement ces observations sont souvent incomplètes et l'on prend pour permanentes des bradycardies paroxystiques. Les observations de Laslett, d'Esmein, nous montrent une bradycardie en apparence permanente; des lésions du pneumogastrique en réalité entraînaient une bradycardie paroxystique.

D'autre part il peut y avoir coïncidence d'un syndrome de Stokes-Adams dû à une lésion du faisceau septal avec des troubles nerveux (Rendu, Luce).

Enfin jamais dans une bradycardie permanente caractéristique, n'ont été trouvées de lésions probantes du système nerveux avec intégrité vérifiée du faisceau de His.

La conclusion des auteurs actuels est donc que le *système nerveux extracardiaque est capable de créer un syndrome de Stokes-Adams*, une *bradycardie paroxystique peu durable*, *nettement instable*, de pronostic plutôt bénin, mais non une bradycardie permanente.

VIII

Diagnostic. — De cette revue séméiologique découle naturellement le diagnostic des différentes bradycardies.

Le *diagnostic positif* se basera non seulement sur l'examen du pouls radial, mais surtout sur l'auscultation des battements du cœur (Riegel) et en cas de doute sur la comparaison des tracés graphiques.

On *différenciera* ainsi les différentes pseudo-bradycardies, notamment celles par extrasystoles dont les caractères ont été indiqués.

Le *diagnostic étiologique* s'appuiera sur la nature même de la bradycardie, sur son évolution transitoire, paroxystique ou permanente, sur l'étude des troubles cardiovasculaires et de leurs modifications sous des influences données, notamment de l'atropine.

Les bradycardies paroxystiques sont très souvent évidentes. Le système nerveux est en cause.

La bradycardie est-elle permanente, c'est vers le faisceau de His qu'il faudra porter ses recherches. Les caractères différentiels de toutes ces bradycardies ont été décrits dans leur séméiologie; il paraît inutile d'y revenir.

IX

Traitement. — Le traitement sera symptomatologique d'une part, étiologique de l'autre.

En présence de *troubles nerveux graves*, il faut favoriser l'irrigation sanguine des centres bulbaires, exagérer le décubitus horizontal, donner du nitrite d'amyle, pratiquer la respiration artificielle, des injections d'éther, d'huile camphrée. L'atropine paraît indiquée si l'on suppose la bradycardie paroxystique.

Veut-on *prévenir les accès?* Eviter les efforts, les gros travaux, la suspension de la respiration, toute cause d'excitation nerveuse. Le repos au lit est nécessaire, mais c'est surtout le traitement causal qui pourra essayer d'enrayer ces accidents.

Le *traitement étiologique* varie avec la forme de bradycardie. Les *formes paroxystiques*, peu dangereuses, cessent avec la guérison de la cause. L'injection d'atropine (Vaquez, Rihl, Ménétrier et Brodin) a pu être utile dans des ralentissements pseudo-permanents persistants.

Dans les *formes permanentes*, nous sommes malheureusement presque toujours impuissants, notamment dans ces formes sévères consécutives à des maladies infectieuses. En cas de lésions syphilitiques, des améliorations et guérisons ont été signalées (Teissier, Erlanger, Ramond et Lévy Brühl,

Renon, Esmein); d'où la nécessité de toujours pratiquer le traitement spécifique dans le cas de doute ou d'ignorance sur la cause du ralentissement. Le traitement approprié sera donné en cas d'athérome, d'artériosclérose généralisée. Enriquez et Ambard ont pu améliorer un pouls ralenti au cour d'urémie par le régime lacté.

Enfin à la période de pouls lent permanent avec dissociation complète, lorsque le ventricule fléchira, la *digitale* sera indiquée, alors qu'elle est absolument interdite à la période de dissociation partielle.

BIBLIOGRAPHIE. — Consulter la bibliographie des ouvrages suivants :

ESMEIN. Th. de Paris, 1908. — DUMAS. Th. de Lyon, 1908. — FOY. *Progrès médical*, 1909, nos 35, 36. — L. GALLAVARDIN. Rapport. *XIe Congrès de médecine française*, Paris, 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1911)

Péricardotomie pour péricardite tuberculeuse. — M. ROCHARD fait un rapport sur une observation de M. Jacob. Il s'agit d'un jeune militaire qui entre au Val-de-Grâce avec une dyspnée intense. Le diagnostic porté fut : épanchement péricardique tuberculeux. M. Jacob fait une ponction dans le cinquième espace intercostal qui ne donne rien. Il resèque alors le cinquième cartilage costal et ouvre le péricarde; il n'y a rien au cœur, mais aucun liquide ne s'écoule. M. Jacob luxe alors le cœur et aussitôt s'échappe un liquide purulent. Le cœur bat alors plus régulièrement. Les parties molles sont alors suturées, mais non la plaie péricardique. L'amélioration fonctionnelle fut immédiate et le malade guérit bien qu'atteint de bacillose pulmonaire.

M. Rochard insiste sur ce fait qu'il n'y avait pas de liquide devant le cœur, ce qui rendait la ponction inutile et même dangereuse. Dans ces cas, la péricardotomie est la seule opération indiquée.

M. FAURE a pratiqué une péricardotomie chez un malade dont le péricarde était distendu par un épanchement. Il eut le tort de laisser un drain. Il ne faut pas drainer dans ces cas, le drain lui-même pouvant s'infecter.

M. GUINARD fait observer que le diagnostic de ces épanchements péricardiques n'est pas toujours aisé. Il y a bien des cas qui ne sont pas diagnostiqués.

M. MOTY estime que la projection du cœur en avant par un épanchement postérieur doit inciter le chirurgien à ponctionner soit en dehors, soit en dedans, mais non en avant.

Prostatectomie. — M. HARTMANN analyse un travail très documenté de M. Cunéo sur l'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique et sur la prostatectomie. Il résulte des recherches de M. Cunéo que, dans l'affection qu'on désigne habituellement sous le nom d'hypertrophie de la prostate, il s'agit non pas d'une hypertrophie de la prostate elle-même, mais de celle des glandes sous-urétrales, si bien que la caractéristique de cette affection est, non pas une hypertrophie, mais bien une atrophie de la prostate qui se trouve comme aplatie, comme écrasée par le gonflement des glandes voisines.

Pour M. Cunéo, l'opération de choix est la prostatectomie transvésicale, c'est-à-dire l'énucléation de la glande par la voie vésicale.

Quant à l'opération de Wilms, c'est-à-dire à l'incision parallèle à la branche ischio-pubienne, M. Cunéo, ni M. Hartmann ne s'en montrent partisans. Wilms lui-même, sur dix opérations, compte deux morts. Les huit autres malades ont guéri sans fistules et sont restés continents ou à peu près, car, au point de vue des résultats éloignés, cette continence ne s'est pas toujours maintenue.

M. DELBET, tout en jugeant très intéressantes les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques de M. Cunéo, rappelle que c'est Albarran qui le premier a décrit les glandes sous-urétrales. De même, pour ce qui concerne l'atrophie de la prostate constituant le caractère principal de l'affection désignée sous le nom d'hypertrophie, c'est dans le travail de M. Marquis que se trouve consigné ce fait.

M. TUFFIER a déjà fait remarquer que dans certaines prostatectomies ce n'est pas la prostate elle-même qu'on enlève, mais bien un adénome enkysté dans le tissu prostatique.

M. ROUTIER a pour la première fois, il y a longtemps, enlevé par la taille sus-pubienne un lobe prostatique médian qui, au dire de M. Legueu, n'était pas la prostate elle-même mais une tumeur de la prostate.

M. MARION cite un cas de prostatectomie suivie de mort dans lequel, à l'autopsie, on vit que la prostate était restée en bas avec le volume d'une bille. Ce qu'on avait enlevé était un adénome périurétral sus-prostatique.

M. Marion a complètement renoncé à l'opération de Wilms qui ne lui a pas donné de bons résultats, pour s'en tenir à la voie supérieure.

M. LEGUEU admet que, depuis Albarran, la question de l'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique est devenue beaucoup plus précise. Ce qu'on laisse après la prostatectomie, c'est la prostate elle-même; ce qu'on enlève ce sont les glandes sous-urétrales.

Quant à l'opération de Wilms, M. Legueu ne l'a jamais faite et ne la fera jamais. Elle donne une grande mortalité et donne lieu à des accidents ultérieurs graves; tels que l'ulcération du rectum, l'incontinence, etc.

M. HARTMANN fait observer que tous les orateurs qui ont pris la parole se sont trouvés d'accord pour condamner l'opération de Wilms.

Anévrismes artério-veineux. — M. FONTOYNONT (de Tananarive) communique une observation d'anévrisme artério-veineux du creux poplité qu'il a traité par l'extirpation de la poche. Il a constaté, au cours de l'opération, que l'anévrisme avait creusé une véritable cavité dans l'os.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

M. le professeur Lannelongue a proposé, à la commission sénatoriale de l'enseignement supérieur, de rendre distinct, pour les études de médecine, le corps enseignant du corps des examinateurs.

Il a donné, à ce sujet, au *Temps* les renseignements qui suivent :

« Voici quelques-unes des considérations qui m'ont conduit à proposer cette réforme à mes collègues de la commission de l'enseignement supérieur.

D'une part, l'enseignement médical est surchargé ; il est urgent de lui donner plus de liberté, de l'élargir, de laisser éclore les initiatives.

Il importe donc de débarrasser le professeur de la corvée des examens, besogne fatigante qui détourne le médecin professant de son véritable devoir, lequel est de communiquer à autrui la science qu'il a acquise, ou lorsqu'il s'agit du haut enseignement, de contribuer par ses travaux, ses expériences, à l'avancement, au développement des sciences.

L'examen passé par un savant indépendant, qui ne connaît

pas les candidats, qui ne saurait avoir de parti pris d'école, sera forcément plus ouvert, plus libéral, si j'ose dire, plus équitable. Et le professeur, devenu seulement professeur, sera bien plus libre dans son enseignement. Quant à l'élève, il n'y trouvera qu'avantages ; il n'aura plus ce souci de chercher à suivre les tendances d'un examinateur qui est aussi son professeur ; il ne se trouvera plus dans cette situation malaisée de comparaître devant un jury où deux professeurs siègent qu'il sait avoir des opinions contraires sur une même question.

Enfin dans le corps même des médecins exerçants, tout porte à croire que cette réforme serait très bien accueillie.

Il reste à savoir si l'on trouverait, en dehors du corps enseignant, des éléments suffisants pour former des corps d'examinateurs. Dans les grands centres universitaires, rien ne sera plus aisé : Paris, Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et d'autres sont riches en personnalités médicales capables de former d'excellents et irréprochables jurys. Pour les villes où l'on éprouverait quelque difficulté à recruter un jury indépendant, eh bien ! on conserverait l'usage actuel.

On peut espérer que les agrégés libres, dont la situation est si intéressante et donne lieu en ce moment à tant de controverses, trouveraient dans le rôle d'examinateur l'emploi normal de leur savoir.

Je crois fermement qu'au point de vue moral, qu'au point de vue social, dans la société présente, les idées comme celles qui m'ont suggéré ma proposition doivent être répandues, propagées, et doivent trouver leur application.

L'honorable président de la commission sénatoriale de l'enseignement supérieur, M. Charles Dupuy, m'a demandé, après m'avoir entendu, si je ne croyais pas devoir proposer d'étendre la réforme à tous les ordres de l'enseignement universitaire. Je me suis récusé, m'estimant sans compétence en dehors de la médecine. Mais je suis intimement convaincu que dans tous les genres d'études, il serait bon de ne jamais plus faire juger le savoir d'un élève par son propre professeur. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 MARS 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Mauclaire et Rouvière.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delbet, Macaigne et Couvelaire ; — (2e série) : MM. Hartmann, Potocki et Mulon ; — (3e série) : MM. Retterer, Ombrédanne et Guéniot ; — (4e série) : MM. Legueu, Branca et Lequeux.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, André Jousset et Sicard ; — M. A. Léri, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Reclus, Lejars et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 7 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Morestin et Okinczyc.

1er (oral) : MM. Nicolas, Grégoire et A. Schwartz.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Thiéry et Terrien ; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Retterer et Chevassu ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hutinel, Claude et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Gilbert, Carnot et Rathery ; — M. Roussy, suppléant.

Mercredi 8 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Legueu et Rouvière.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

1er (oral) : MM. Nicolas, Pierre Duval et Mulon.

2e : MM. Pouchet, Branca et Zimmern.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Macaigne et Guéniot ; — (2e série) : MM. Hartmann, Retterer et Lequeux ; — M. Gougerot, suppléant.

Jeudi 9 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Grégoire et A. Schwartz.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Rémy et Morestin.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Retterer et Lenormant.

3e (2e partie, 2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Okinczyc.

4e : MM. Chantemesse, Balthazard et Tiffeneau ; — M. André Léri, suppléant.

Vendredi 10 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Aug. Broca et Rouvière.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Potocki et Macaigne ; — (2e série) : MM. Reclus, Couvelaire et Mulon ; — (3e série) : MM. Hartmann, Branca et Lequeux ; — (4e série) : MM. Retterer, Mauclaire et Guéniot.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Widal et Lœper ; — M. A. Léri, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Legueu et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — M. Sicard, suppléant.

Samedi 11 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Chevassu.

1er (oral) : MM. Nicolas, Grégoire et Okinczyc.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Morestin et A. Schwartz ; — (2e partie) : MM. Widal, Brumpt et Gougerot ; — M. Maillard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 8 mars, à une heure. — M. MAS. Proportions des vaccins inefficaces chez les nouveau-nés dont les mères ont été vaccinées pendant la grossesse. (MM. Pinard, président ; Kirmisson, Delbet et Couvelaire.) — M. BAILLEUL. Des ostéites tuberculeuses des petits os longs de la main et du pied (spina ventosa) et des difformités qui peuvent succéder au niveau des doigts chez l'enfant. (MM. Kirmisson, président ; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. MORAT. Contribution à la réduction de l'épaule en avant par la massothérapie. (MM. Delbet, président ; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.)

Jeudi 9 mars, à une heure. — M. BERNARDIE. Les fibromes calcifiés de l'utérus. (MM. Pozzi, président ; Quénu, Chauffard et Nobécourt.) — M. HOUTTELETTE. Etude sur la rétrodéviation utérine mobile et son traitement. Résultats éloignés du procédé de Doleris. (MM. Pozzi, président ; Quénu, Chauffard et Nobécourt.) — M. BONAMOUR. De l'application des ventouses sur le col utérin dans le traitement des métrites. (MM. Pozzi, président ; Quénu, Chauffard et Nobécourt.) — M. GUILLON. De quelques résultats de néphrectomies dans la tuberculose rénale. (MM. Quénu, président ; Pozzi, Chauffard et Nobécourt.) — M. LAROZIÈRE. De la bénignité de la pneumonie fibrineuse à pneumocoques chez l'enfant. (MM. Chauffard, président ; Pozzi, Quénu et Nobécourt.)

Mode d'action et toxicité des pâtes au bismuth, par le docteur Etienne VANHAECKE. — Thèse de Lille. — Lille, Le Bigot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est toujours provisoirement composé de MM. Lermoyez, Lombard, Monod, Darier (qui acceptent), Sébileau et Josué (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — M. Dumont, suppléant de la chaire d'histoire naturelle et chargé d'un cours de botanique à l'école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er janvier 1911.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 1er mai 1911, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à cinq.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'intérieur une demande, accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) du 15 mars au 1er avril 1911 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

— Est nommé dans le corps des sapeurs pompiers :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le docteur Thonion (d'Annecy).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la septième semaine, 1045 décès, au lieu de 1075 pendant la semaine précédente et au lieu de 1117, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

L'INTERDICTION DES BIBERONS A TUBE. — Un décret en date du 24 février rend applicables en Indochine les articles 1 et 3 de la loi du 6 avril 1910 interdisant la vente, la mise en vente, l'exposition et l'importation des biberons à tube.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Jules Fortin (de Meslay-du-Maine) et Jardin (du Mans).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service du docteur JOSUÉ (salles Monneret et Cruveilhier) : Visite du docteur Josué, chef de service, tous les matins, à neuf heures et demie : Exercices de technique clinique et plus spécialement technique de l'appareil circulatoire.

Consultation spéciale pour le cœur et les vaisseaux.

Le vendredi, à neuf heures et demie : Examen des malades, thérapeutique pratique, rédaction des ordonnances, hygiène et régimes.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINE INFANTILE. — Docteur RICHARDIÈRE (Hôpital des Enfants-Malades). — 1° Tous les matins, à neuf heures et demie, visite des malades (salles Gillette et Damaschino).

2° Le mercredi, consultation externe. Examen des malades de la ville.

3° Le jeudi, conférences cliniques aux lits des malades.

Docteur TRIBOULET (Hôpital Trousseau). — Notions pratiques de coprologie, médecine infantile. Samedi matin, à neuf heures trois quarts. — Prière de s'inscrire auprès du docteur Triboulet, hôpital Trousseau.

CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES. — Docteur MICHON (Hôpital Cochin-annexe). — Maladies des organes génitaux et des voies urinaires.

Mercredi, à dix heures et demie, examen des malades.

Samedi, à neuf heures et demie, opérations.

CHIRURGIE GÉNÉRALE. — Docteur ARROU (Hôpital de la Pitié). — Jeudi, opérations au pavillon Jerdy, de neuf heures à midi.

Vendredi, à dix heures et demie, présentation des malades et leçon clinique.

Docteur A. LAPOINTE (Hôpital Lariboisière, salle Nélaton, service de M. le docteur Chaput). Examen des malades, pansements et appareils.

RENSEIGNEMENTS

JURISPRUDENCE

DE LA PRESCRIPTION DES HONORAIRES EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL

La quatrième chambre du tribunal civil de la Seine, qui connaît spécialement des accidents du travail, vient de rendre, à la date du 9 janvier 1911, un jugement concernant la prescription d'honoraires médicaux en matière d'accidents de travail. Ce jugement fixe désormais la jurisprudence jusqu'alors très partagée en l'espèce. Il décide que l'action du médecin contre le chef d'entreprise en paiement des soins par lui donnés à la victime d'un accident du travail, se prescrit par un an, en vertu de l'article 4 § 4 de la loi du 9 avril 1898, et que la prescription de deux ans de l'article 2272 du Code civil ne s'applique pas; la prescription d'un an est ici fondée sur un intérêt d'ordre public. La Cour de cassation avait également admis la prescription d'un an dans un arrêt du 8 février 1911 (*Gazette du Palais*, 24 février 1911).

Cette question de prescription n'avait été jusqu'alors tranchée que par les tribunaux de paix. Deux opinions étaient admises. La première posait en principe que l'article 18 de la loi de 1898 ne déclarait sujette à la prescription d'un an que les actions en indemnités introduites par l'ouvrier, et que l'action du médecin contre le chef d'entreprise ne pouvait être assimilée à l'action de l'ouvrier et que l'article 2272 du Code civil devait s'appliquer, le texte de l'article 18 étant fort peu précis. La seconde admettait que la prescription d'un an était seule applicable (v. Tribunaux de paix : Paris, 16 sept. 1910, *La Loi*, 25 sept. 1910; 10 juin 1909, *Mon. jud. de paix*, 1909, p. 364; 13 mai 1909, *Gazette du Palais*, 1909, 2e partie, p. 289; Marseille, 9 oct. 1908, *Revue des accidents du travail*, t. IX, p. 263; Trouville, 28 sept. 1906, *Mon. jud. de paix*, 1907, p. 34). Les auteurs, comme Sachet, Loubat, Pabon, sont également de cet avis.

Cette dernière opinion doit triompher. En effet la loi de 1898 est d'ordre public et déroge au droit commun. Or, les questions se rattachant aux dispositions de cette loi, ne doivent pas se trancher en prenant pour base les dispositions du droit commun. Et l'action du médecin contre le chef d'entreprise en vertu de l'article 4 § 4 est comprise dans ces dispositions spéciales. Il en résulte que le juge du lieu de l'accident est seul compétent, qu'il ne peut permettre au médecin de déférer le serment à son adversaire, et que la procédure est gratuite. La prescription commencera à courir soit du jour de l'accident, soit de la clôture de l'enquête du juge de paix, soit de la cessation du payement de l'indemnité temporaire (art. 18, loi 9 avril 1898). Mais il est préférable de la faire partir du jour de la consolidation de la blessure, l'accidenté ayant, jusqu'à ce moment, besoin des soins du médecin (art. 15 § 2, loi 9 avril 1898).

Quelle que soit la solution adoptée, le médecin aura toujours son recours contre l'accidenté, et son action se prescrira alors par deux ans.

R.-M. PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 3, 20 janv. 1911.) ROBIN : Le traitement contemporain du diabète. — A. PISSAVY : Pouls lent et syndrome de Stokes-Adams. — PERDRIZET : Du procédé de Momburg. — Victor PAUCHET : Sacro-coxalgie. Son traitement. — L. FRIGAUX : Pathogénie de la tuberculose rénale. — (N° 4, 27 janv. 1911.) A. CALMETTE : La fièvre ondulante ou méditerranéenne et sa prophylaxie. — RÉNON : Le traitement rationnel simple de la tuberculose pulmonaire. — P. BEAUSSART : Etude du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques et parasyphilitiques : cyto-diagnostic, albumino diagnostic, précipito-diagnostic, réaction butyrique de Noguchi et Moore. — L. LEMAIRE : Septicémie staphylococcique post partum. — (N° 5, 3 fév.) M. FERRY : Opération de Fœrster. Résection des racines rachidiennes postérieures. — KIRMISSON : Un cas de bec de lièvre double compliqué. — R. MIGNOT : Les indications de l'internement. — G. LAURENS : Coryza chronique. — LESURE : Stérilisation des liquides injectables. — A. MARIE et BEAUSSART : Paralysie générale conjugale et descendance des paralytiques généraux. — PAUCHET : Gant de Chaput ou gant moulé. — (N° 6, 10 fév.) MOURE : Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée. — MAUCLAIRE : Les arthrites blennorragiques. — A. MATHIEU : Les cancers du cæcum et de la valvule de Bauhin. — ROBIN : Le traitement de l'obésité. — TOUREY-PIALLAT : Les maladies vénériennes et le divorce. — Roger MIGNOT : La procédure de l'internement.

Presse médicale. — (N° 6, 21 janv. 1911.) RAVAUT et PINOY : Actinobacillose à forme méningée observée à Paris chez un Argentin (premier cas chez l'homme de cette affection). — Gustave ROUSSY et Jean CLUNET : Etude anatomique de l'appareil thyro-parathyroïdien dans deux cas de myxœdème congénital par agénésie du corps thyroïde. Intégrité des parathyroïdes. — DÉMÉTRIUS CHILAÏDITI : L'hépatoptose avec interposition de viscères entre le foie et la coupole diaphragmatique. — (N° 7, 25 janv.) URIOSTE et SCALTRITTI : Contribution à l'étude de l'échinococcose. Nouvelles propriétés de l'antigène hydatique. — (N° 8, 28 janv.) G. MARINESCO : Sur quelques résultats obtenus par le 606 dans le traitement des maladies nerveuses. — BOULAY : L'anesthésie dans le traitement moderne de la phtisie laryngée. — LÉVY-VALENSI : Physiologie du corps calleux. — LE PLAY et DOUCY : Deux cas de guérison de cirrhose atrophique de Laënnec. — (N° 9, 1er fév.) SÉGLAS et COLLIN : Emotion choc. Psychose confusionnelle. — S. BANZET : De l'insufflation continue d'oxygène dans le traitement des péritonites généralisées. — (N° 10, 4 fév.) DÉMÉTRIUS-CHILAÏDITI : Classification de l'hépatoptose. Analyse et étude radiologique d'une forme spéciale de l'hépatoptose. — Edgar GARCEAU : Cystoscopes pour les sondes urétérales à large diamètre. — (N° 11, 8 fév.) L. LANDOUZY : Des raisons d'employer la vaccination antityphique. — (N° 12, 11 fév.) Alexandre FZAÏCOU : Auto-observation d'une auto-opération de hernie sous la rachistrychno-stovaïnisation. — Henri CLAUDE, Ch. VINCENT et S. LÉVY-VALENSI : Ependymite subaiguë avec hydrocéphalie et cavités médullaires du type syringomyélique. — (N° 13, 15 fév.) RECLUS : La teinture d'iode et l'antisepsie.

Province médicale. — (N° 2, 14 janv. 1911.) André LERI : Technique et pratique du 606. — (N° 3, 21 janv.) I. BRAULT et BISCOS : Observations de 10 cas de syphilis traités par les injections intraveineuses de 606. — I. BRET et Victor CORDIER : Sur la maladie de Banti. — (N° 4, 28 janv.) JABOULAY : Cellule d'accroissement des sarcosporidies et cellules cancéreuses. — J. DUCUING : Ostéomyélite primitive de la rotule. — (N° 5, 4 fév.) A. CAUGE : Un cas de polype extra-pharyngien. — Ph. RUSSO : La constitution ultramicroscopique des cellules animales et ses modifications expérimentales et physiologiques. — (N° 6, 11 fév.) Pierre LOMBARD : A propos du traitement rationnel des fractures de la base du crâne. — ROGIER et DURAND : Kyste hydatique de l'auricule gauche du cœur.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1911-1912

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; chef de clinique : M. Herscher; chefs de clinique adjoints : MM. Lipmann et Jomier; interne : M. Bénard; externes : MM. Bardet (Daniel), Lacau Saint-Guily, Dietz, Sécheret, Renaud, de Lafargue-Barès.

2. Médecin : M. Petit; interne : M. Gautruche; externes : MM. Gouriou, Marmier, Marais, Mlle Lipkine.

3. Médecin : M. Chantemesse; internes : MM. Bloch (Marcel), Ferry; externes : MM. Murga, Larrousse, Solal, Poirot-Delpech, Mme Boulan, MM. Meurisse, Besnard (Jean), Boubermann.

4. Médecin : M. Roger; interne : M. Ménard; externes : MM. Loiseau, Guillemet (Paul), Dagnan-Bouveret, Mlle Pommey.

5. Médecin : M. Dalché; interne : Mlle Condat; externes : MM. Barbary, Simon, Lehmann (Raymond), Guillaume, Fischer.

6. Médecin : M. Caussade; interne : M. Logre; externes : MM. Bertaux (André), Phipps, Simard, Mlle Le Scornet.

7. Chirurgien : M. le professeur Reclus; chef de clinique : M. Piquand; chef de clinique adjoint : M. Kendirdjy; internes : MM. Bontemps, Lœwy, Sales; externes : Mlles Bruyère, Urion, MM. Regnauld de la Soudière, Lefort (Robert), Beaud, Guilhamon, Mlle Jacob, M. Gay.

8. Chirurgien : M. Guinard; internes : MM. Miginiac, Séguinot; externes : MM. Farah, Thierry (Jacques), Hamonic, Decléty, Dufilhol, Charon.

9. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; assistant : M. N...; chef de clinique : M. Cantonnet; chef de clinique adjoint : M. Coutela; internes : MM. Velter, Prélat; externes : Mlle Tschoumakova, MM. Goulfier, Muller, Besse, Jacoël, Lacourbas, Broqua.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lereboullet; assistant suppléant : M. de Chabrol; interne provisoire : M. Duter; externes : MM. Tiphine, Malet (Louis), Quercy, Roubeau.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Anselme Schwartz; assistant suppléant : M. Burgaud; externes : MM. Viguerie, Garban, Lebrun (Charles).

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski; interne : M. Cottenot; interne provisoire : M. Krebs; externes : MM. Fournier (Jacques), Megerson, Sorel, Deron, Mlle Kononoff.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Gillard; externes : MM. Doumenge, Tartois, Mlle M. de Saint-Firmin, M. Dantrelle, Mlle Chauvet.

3. Médecin : M. Claisse; interne : M. Baron; externes : MM. Monceau, Chaisemartin, Réau, Bloch (Sigismond), Mlle Romme, M. Ecot.

4. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Mora; externes : MM. Pierquin, Richard (G.), Daudet, Mlle Albessard, MM. Quinquandon, Evrard.

5. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Carrié, ; externes : MM. Renardier, Collette, Boncompain, Giraud, Kahn (H.).

6. Médecin : M. Josué; interne : M. Chevallier; externes : MM. Cheyron, Poissonnier, Richoux, Longevialle.

7. Chirurgien : M. Walther; assistant : M. Baumgartner; internes : MM. Haller, Philbert, Girou; externes : MM. Broussin (P.), Fatou, Favary, Moutier, Cassan, Gaume, Couder.

8. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Moulonguet, Gauchery, Durand (Henri); externes : MM. Moulonguet, de Butler d'Ormond, Plumey, Forestier, Malgat, Andrac, Thierry, Duroselle.

9. Accoucheur : M. Potocki; interne : MM. Lévy (Edmond); externes : MM. Gallas, Cabart-Danneville.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Michel; assistant suppléant : M. Lasnier; externes : MM. Martin, Porte, Istria.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant ; M. Alglave; assistant suppléant : M. Bloch; externes : MM. Jacquemin, Hourquet, Fradkine.

12. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Delherm; externe : M. Ramadier (F.).

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Avezou; externes : MM. Bordenave, Lepage, Caron, Coty, Gillard.

2. Médecin : M. Legry; interne : M. Baumgartner; externes : MM. Toutey, César, Rivet, de Champs de Saint-Léger.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externe : Mlle Rosenblum.

4. Médecin : M. Belin; interne : M. Meaux Saint-Marc; externes : MM. Silvestre, Vivier, Lory, Dupêchez.

5. Médecin : M. Bezançon; interne : M. Gastinel; externes : MM. Marx, Hanriot, Lantuéjoul, Masmonteil.

6. Médecin : M. M. Labbé; interne : M. Bith; externes : MM. Deguignand, Placet, Scheikevitch, Monnot (Paul).

7. Médecin : M. Sergent; interne : M. Pruvost (Pierre); externes : MM. Rabreau, Humbert, Lautier, Anglès d'Auriac.

8. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Girard, Rousseau (Ferd.), Colombe; externes : MM. Haguet, Fris-Larrouy, Imbert (M.), Burtement, Codet, Stavropoulo, Bouthillier.

9. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Amaudrut, Villette, Gouverneur; externes : MM. Misrachi, Chanson, Maufrais, Monpin, Vincent (Henri), Paraf.

10. Accoucheur : M. Tissier; interne : Mme Vaudet; externes : MM. Ballerin, Fontaine, Narcy, Arnaudon.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Milian; assistant suppléant : M. Sauphar; externes : MM. Roustan, Ledermann.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Gosset; assistant suppléant : M. Desjardins; externes : MM. Bouhérie, Lavergne.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Zimmern; externe : M. Weill.

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Pater; chef de clinique adjoint : M. N...; internes : MM. Loubeyre, Pernet; externes : MM. Bertin-Mourot, Baudet, Radenac, Kemhadjian, Renault.

2. Médecin : M. Siredey; interne : M. Petit (Henri); externes : Mlle Reichnecker, Mme Honnoré, MM. Mora, Oberlin, Brunon.

3. Médecin : M. Béclère; interne : MM. Lévy (Alfred) (1er sem.), Gauducheau (2e sem.); externes : MM. Bobrie, Bulliard, Mlle Wahl, M. Chaperon, Mlle Chabert, M. Parin.

4. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Lutembacher; interne provisoire : M. Lévy (Isaac); externes : MM. Houlbert, Hudelo, Léchelle, Blum, Marie, Steibel.

5. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Gautier; externes : MM. Antony, Mozer, Delestre, Stréhaïano.

6. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Desbouis; externes : MM. Lapique, Pouget, Ruelle, Rigoulet, Ardillier, Lebrun (Maxime).

7. Médecin : M. Mosny; interne : M. Dumont; externes : MM. Boyer, Guinet, Aubert (Jean), Jamin.

8. Médecin : M. Mathieu; interne : M. Samson; externes MM. Besnard (Charles), Picard (Pierre), Lebossé, Mlle Denis M. Cambessédès.

9. Médecin : M. Claude : interne : M. Cotoni; externes MM. Constantin, Réglade, Janet, Castex.

10. Médecin : M. Lermoyez. (*Service fermé provisoirement.*)

11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Séjournet, Brocq, Bachy; externes : MM. Mitton, Millet, Mlle Chnurson, MM. Cumine, Langle, François.

12. Chirurgien : M. Ricard; assistant : M. Labey; internes : MM. Wilhelm, Perdoux, Petit (Jacques); externes : MM. Olivieri, Gardères, Léger, Mlle Jacquez, MM. Minvielle, Grimbert.

13. Accoucheur : M. Doléris; assistant : M. Cathala; interne : M. Mairesse; externes : MM. Chardon, Silva, Bettinger, Balland.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ramond; assistant suppléant : M. François; interne provisoire : M. Bel; externes : MM. Margerin, Lacaze.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Wiart; assistant suppléant : M. Giret; externes : MM. Dumas, Larcher, Jeannest, Richard (André).

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; externes : MM. Farhat, Sébillotte.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Barth; interne : M. Pignot; externes : MM. Schlemmer, Leroux, Weiss, Mordret, Verdenal.

2. Médecin : M. Hirtz; internes : M. Bodineau; externes : MM. Adeline, Mathelin, Mlles Bredrel, Konichovsky, M. Le Gouellec.

3. Médecin : M. Achard; interne : M. Saint-Girons; externes : MM. Baude, Walther, Debray, Gros.

4. Médecin : M. Rénon; interne : M. Richet; externes : MM. Thomas, Saxe, Detourbe, Lépine.

5. Chirurgien : M. le professeur Albarran; chef de clinique : M. Heitz-Boyer; chefs de clinique adjoints : MM. Picot et Marsan; internes : MM. Richard, Clap, Paraf; externes : MM. Sanjurjo, Médot, Savidan, Desvignes, Zermati, Pierson, Lépinay, Gaudefroy, Popoff, Fliniaux.

6. Chirurgien : M. le professeur Delbet; chef de clinique : M. Cauchoix; chef de clinique adjoint : M. N...; internes : MM. Douay, Detré, Leveuf; externes : MM. Bonnard, Beaumaris, Patrikios, Mlle Moiroud, M. Garnier, Mlle Cabiale, M. Rollot.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Pizon, Paris; externes : MM. Collot, Delahaye, Schoux, Larangot, Mérigot de Treignac.

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pissavy; assistant suppléant : M. Rendu; interne provisoire : M. Barthélemy; externes : MM. Bisson, Madelaine (Jean).

9. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Chevassu; assistant suppléant : M. Hautefort; externes : MM. Laloux, Madelaine.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; interne : M. Flandrin; externes : MM. Hutinel, Durand-Fardel, Ceillier, Mlle Trélat, MM. Eudel, Vignal, Marie.

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. May, Brodin; externes : MM. Mathieu, Nidergang, Lemoine, Nora, Marié, Mlle Lévi-Alvarès, MM. Collet, Jousseaume, Vérut.

3. Chirurgien : M. le professeur Quénu; chef de clinique : M. Barbier; chef de clinique adjoint : M. Mathieu; internes : MM. Girode, Mornard, de Cumont; externes : MM. Lebée, Michalowski, Rousseau, Laget, Tisné, Rousseau (Pierre), Mlle Caesar, M. Vasselle.

4. Chirurgien : M. le professeur Schwartz; internes : MM. Koechlin, Bruel; externes : MM. Levent, Phocas, Mme Piness, Mlle Trouveller, MM. Grillet, Blindmann.

5. Chirurgien : M. Faure; internes : MM. Mondor, Bloch (André); externes : MM. de Léobardy, Lévi-Alvarès, Mlles Mille, Thivolet.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ribierre; adjoint : M. Duvoir; interne provisoire : Mlle Athanassiu; externes : MM. Latour (Marcel), Marqueste.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Duval; assistant suppléant : M. Muret; externes : MM. Labrue, Monestier, Mlle Roudowska, M. Brabander.

8. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monthus; externes : Mlle Borch, M. Polonowski.

9. *Radiologie.* — Radiologiste : M. Ménard; externe : M. Chabert.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Rouillard; externes : MM. Parent (Robert), Lesueur, Testard, Petit (Raoul), Marchand, Vautrain.

2. Médecin : M. Fournier; interne : M. Guénot; externes : MM. Moricand, Crétin, Barois, Lannes.

3. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Théry (Louis); Achard (Pierre); externes : MM. Lamy (Pierre), Doulin, Calderon, Solas, Eschalier, Collin.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Trémolières; chefs de clinique adjoints : MM. Chiray, Esmein; interne : M. Fabre; externes : MM. Imbert (Georges), Salles (Pierre), de Nabias, Mme Michelowsky, Mlle Besson (Sabine), M. Bardet (Georges).

2. Médecin : M. le professeur A. Robin; chef de clinique : M. Claret; chefs de clinique adjoints : MM. Gy, Fiessinger; interne : M. Sourdel; externes : MM. Major, Bigot, Errard, Sartre.

3. Médecin : M. Oulmont; interne : Mlle Peltier; externes : MM. Figowski, Pierrot, Gheorghiu, Paulet.

4. Médecin : M. Faisans; interne : M. Vilbort; externes : MM. Thibon de Courtry, Audain, Lafage, Devaux.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Philip, Huyghues de Beaufond; externes : M. Teisset, Mlle Hochberg, MM. Lorain, Besson, Mlle Safontgeff, MM. Texier, Penoyée.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Bonnet (Flavien); externe : M. Marquet.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Mossé, Weber (André); externes : M. Fouret, Mlle Gras, MM. Benoist, Guillonet, Fournier (J.-H.), Touflet.

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Legal-Lassalle, Dufour; externes : MM. Ignard, Robert (Lucien), Bazile, Tessier, Herdner.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Dupont; chef de clinique adjoint : M. Lecointe; aide de clinique : M. Willette.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Jousset; assistant suppléant : M. Rivet; interne provisoire : M. Haguenau; externes : Mlle Lang, MM. Bazin (F.), Rabourdin (Georges).

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Guibé; assistant suppléant : M. Planson; externes : M. Brenot, Mlle Schapiro, M. Sondag.

12. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; externes : MM. de Carvalho, Raphaël.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Desternes; externe : Mlle Halperson.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Brault; interne : M. Aine; externes : MM. Liacre, Queyroi, Perrier, Lefèvre (G.), Tribout, Toupet.

2. Médecin : M. Galliard; interne : M. Donzelot; externes : MM. Meyer, Lefort (Alex.), Loubrieu, Mlle Popelin, MM. Blanchon, Duneau, Broussin (André).

3. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Garsaux; externes : MM. Chomanet, Fey, Philip, Monprofit, Ramadier (Henri), Pichon, Braine.

4. Médecin : M. Launois; interne : M. Verdun; externes : MM. Massart, Masselot, Eissen, Monguilan, Petit (Louis), Polony.

5. Médecin : M. Morel-Lavallée; interne : M. Thiers; externes : Mlle Boudeville, MM. Penot, Gauchon, Gibert, Bouchet, Vigouroux.

6. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Durœux, Monod (André), Larroque; externes : MM. Deville, Meulle, Vicente, Morlot, Patriarche, Wisner, Duchamp de Lageneste.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Marchak; externes : MM. Pouey, Quesnel.

8. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Latil, Dupradeau; externes : MM. Vilfroy, Chabrol, Jolivet, Chicandard, Ramijean, Cochez.

9. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Gouguet de Girac, Virenque; externes : MM. Clémenceau, Bertaux, Maire, Pasquet, Mlle Arnaud, M. Boucher.

10. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Lavenant; internes : MM. Pellot, Fouquiau; externes : MM. Stepanoff, Martin (J.), Panciulesco, Said-Khan, Corbineau, Baille, Frenkel, Lebrun (Ch.).

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Baldenweck; adjoint : M. Halphen; internes : MM. Rouget, Miégeville; externes : MM. Bortnowski, Escudié, Chaineaux, Berthon, Lehmann (Paul), Chenet (Henri).

12. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Magitot; adjoint : M. Landrieu; internes : MM. Toulant, Ducamp; externes : MM. Mouradian, Blacque, Fau, Darrieux.

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Vignes; externes : MM. Pichancourt, Delot, Aujay de la Dure, Berthomieu-Lamer.

14. *Service d'électrothérapie.* — Médecin : M. Hischmann; externes : MM. Dariaux, Gaillard (Camille).

15. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Gandy; assistant suppléant : M. Lian; interne provisoire : M. Marcorelles; externes : MM. Andrieux, Martin de Laulerie, Mlle Goldenfann, M. Pollet.

16. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Chifoliau; assistant suppléant : M. Capette; externes : Mlle Dreyfus, MM. Peroni, Sebenq.

J. HÔPITAL TENON. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Routier; externes : Mlle Feygin, MM. Papillon, Poisvert, Grémeaux, Chatenoud.

2. Médecin : M. Klippel; interne : M. Feil; externes : MM. Lanos, Sikorav, Le Roy (René), Amat.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externes : MM. Weber (Georges), David (H.).

4. Médecin : M. Florand; interne : M. Nicaud; externes : MM. Carpanetti, Coudray, Boussi, Malleterre.

5. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Montet; externes : MM. Chavasse-Frétaz, Ohier, Fumet, Powilewicz, Boucheron, Vincotte.

6. Médecin : M. Gouget; interne : M. Hébrard; externes : MM. Gaymard, Masson, Morni (Paul), Cavaillès.

7. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Vallery-Radot-Pasteur; externes : MM. Mouriès, Allot, Hiblot, Wilmoth, Mlle Bouderlique.

8. Médecin : M. Carnot; interne : M. Baufle; externes : MM. Stiassnie, Lesage, Resmond, Dupuy (Lucien), Gardin, Brizard.

9. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Sédillot; externes : MM. Picard (René), Morel (Paul), Guillard, Grosjean.

10. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Madier, Charrier, Hartemann; externes : MM. Fouquet, Minoret, Dax, Gambier, Falliès, Destremont.

11. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Rudelle, Buc; interne provisoire : M. Plaisant (Eugène); externes : MM. Maudras, Luquet, Mmes Dejust, Perl, M. Guillemet (Marcel).

12. Chirurgien : M. Morestin; internes : MM. Moure, Viel, Dufourmentel; externes : M. Yoyotte, Mlle Schmiergeld, MM. Tournadour d'Albay, Barbier, Valiadis.

13. Accoucheur : M. Bouffe de Saint-Blaise; internes : M. Netter (René); externes : MM. Prunier, Brun, Dellac.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Rathery; assistant suppléant : M. David; interne provisoire : M. Moriez; externes : MM. Rabeau, Deffnis.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Lardennois; assistant suppléant : M. Delaunay; externes : MM. Rouffiac, Bion (G.), Benoiste-Pilloire.

16. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Legros; externe : M. Besnard (J.).

K. HÔPITAL LAENNEC. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Troisier; chefs de clinique adjoints : MM. Pinard, Tinel; internes : MM. Lucas-Championnière (1er sem.), Cottenot (2e sem.); externes : MM. Tarrius, Hufnagel, Pinard, Dragatzis, Berthelot (Albert).

2. *Crèche et femmes tuberculeuses.* — Interne : M. Duval; externes : MM. Barrès, Loëwenthal, Lucchini, Wallon.

3. Médecin : M. Barié; interne : MM. Caillé (1er sem.), Durand (2e sem.); externes : MM. Richon, Bénit, Parturier, Turnesco.

4. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Tzanck; externes : Mlle Bitchnousky, M. Mugel, Mlle Raphaël, M. Bertrand (Dom.).

5. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Cain (1er sem.), Ségard (2e sem.); externes : MM. Plaisant (André), Petit (Ch.), Mersey, Woillez.

6. *Dispensaire antituberbuleux.* — Médecin : M. le professeur Dieulafoy; assistants : MM. Sézary, Doury, Nathan; préparateurs au laboratoire : MM. Le Play, Faroy; internes : MM. Bouttier, Mazzoléni, Boirac; externes : MM. Delamare, Delmas, Malassez, Langlet, Buneau, Hissard.

7. *Quartier spécial de tuberculeux.* — N° 1. Médecin : M. Léon Bernard; interne : M. Porak; externes : MM. Kahn, Dugué, Proust, Sasportès, Trousset, Persillard.

8. *Quartier spécial de tuberculeux.* — N° 2. Médecin : M. Rist; interne : M. Rolland; externes : M. Flandrin, Mlle Samet, M. Weisweiller, Mlle Besson (Marianne), MM. Gaujard, Antoine, Brossier, Robert (L.-F.-P.).

9. Chirurgien : M. Legueu; internes : MM. Lorin, de Berne-Lagarde, Maurer; externes : MM. André, Jourdan-Corneille, Peignaux, Mercier, Furet, Laburthe-Volra.

10. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Caillaud; adjoint : M. Godéchoux; interne : M. Monbrun; externes : MM. Roulliès, Heurtel, Géhard.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lombard; assistant : M. Le Mée; interne : M. Passot; externes : MM. Cuvillier, Larozière, Jeannet.

12. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Laignel-Lavastine; assistant suppléant : M. Vitry; externes : MM. Vinit, Portret.

13. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Chevrier; assistant suppléant : M. Français; externe : M. Loyauté.

14. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Maingot; externe : M. Pottecher.

L. HÔPITAL BICHAT. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Rousselot; externes : MM. Rouché, Wurtz (Pierre), Maleyx, Mlle Lecocq.

2. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Mignot; externes : MM. Alich, Renaud (Louis), Pauvert, Aubin.

3. Chirurgien : M. Hartmann; interne : MM. Le Grand, Métivet, Monod (Robert); externes : MM. Rabut, Hartglass, Thibierge, Mlle Tasserie, MM. Vincentelli, Béon, Roussel, Weisgerber.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Coyon; assistant suppléant : M. Oppert; interne provisoire : M. Libert; externes : MM. Socquet, Lavedan.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Lecène; assistant suppléant : M. Sénéchal; externes : MM. Le Hello, Beck.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Beaujard; externe : M. Basset.

M. HÔPITAL BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Rafinesque; externes : MM. Mollet, Bourgeois (M.), Robin, Lambert, Claude.

2. Médecin : M. Bergé; interne : M. Weissenbach; externes : MM. Huguet, Huc (E.), Charlet, Reyjal, Zuretti, Vallery-Radot (Pierre).

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Bardon, Schoofs; externes : MM. Guillot, Brideaux, Lemuet, Lenoël, Denoyelle, Béraud (Henri).

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Weil (Emile); assistant suppléant : M. Gaultier; externes : MM. Duponchel, Chenet (Charles).

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Descomps; assistant suppléant : M. Lutaud; externes : MM. Trémolières, Lelièvre.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bonniot; externe : M. Maréchal (Clément).

N. HÔPITAL BOUCICAUT. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Vuillet; interne provisoire : M. Vinay; externes : MM. Lebreton, Périn, Hanras, Deffaux, Liberge, Morin (Herbland), Chaffaut, Latour (Robert).

2. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Durand (Gustave), Gatellier; externes : MM. Meignen, Tourneix, Capdevila, Mage, Quartier, Mlle d'Argent, MM. Andrieu (Raymond), Péna.

3. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Couinaud; externes : MM. Cousin, Devilliers, Schmutz.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Lœper; assistant suppléant : M. Auburtin; externes : MM. Balizeaux, Philardeau.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Dujarier; assistant suppléant : M. Ehrenpreis; externes : MM. Réchad, Logeais, Faveret, Renault (André).

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Aubourg; externe : M. Houssiaux.

O. HÔPITAL SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Claude; chefs de clinique adjoints : MM. Levi-Franckel, Giroux; internes : MM. Thibaut, Croissant; externes : MM. Gresset, Bardet (Henri), Roehrich, Dogny, Bourdeaux, Gezermacher.

2. Médecin : M. Balzer; internes : MM. Godlewski, Martingay; externes : MM. Reignard, Durand (Jacques), Duvelleroy, Parlitch, Hugon.

3. Médecin : M. de Beurmann; internes : MM. Philippon (Henri), de Vaugiraud; externes : MM. Lehmann (Pierre), Jacquemin (Alfred), Rougier, Mlle Cosmovici, M. Beloux.

4. Médecin : M. Brocq; internes : MM. Brac, Gendron; externes : Mlle Ettinger, MM. Blanchès, Barraut, Toffin, l'Hirondel, Nahan, Lefèvre (Louis).

5. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Pélissier; externes : MM. Lucas (Jean), Kudelski, Guibert, Vincant, Fourrey.

6. Médecin : M. Darier; interne : Mme Eyraud née Déchaux; externes : MM. Mougenc de Saint-Avid, Touchard, Wallon (Emile), Feldstein, Mlle Lempert, M. Vayssières.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Lamouroux, Pakowski, Cotillon; externes : MM. Rousse, Lacroix, Mlle Ratuld.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Bertier, Besset, Bloch (René); externes : MM. Berthod, Remilly, Chapelain, de Lostanges, Orphanidès, Gallerand.

9. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Mutel, d'Halluin, Liébault; externes : MM. Mickamiowski, Brésard, Le Basser, Allendy, Le Gac, Chevalley.

10. Accoucheur : M. Demelin; internes : M. Malarte (1er sem.), Ecalle (2e sem.); externes : MM. Zielinsky, Pineau, Gaufroy, Hérisson-Laparre.

11. *Consultation. (Chirurgie.)* — Assistant : M. Mouchet; assistant suppléant : M. Martin; externes : MM. Boutin, Bourdette, Camino (Henri).

12. *Service d'ulcères variqueux.* — M. N...; interne provis. : M. Lévi-Franckel; externes : MM. Netter (Fd.), Dalle.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Gastou; externe : Mme Pertat.

14. *Service d'enfants convalescents.* — Médecin : M. J. Renault; interne : M. Ségard; externes : MM. Vallerant, Bertrand (André), Le Poittevin, Renard.

15. *Service de chirurgie de l'hôpital Hérold* (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — Chirurgien : M. Cunéo; internes : MM. Caudrelier, Jumon, Vielle; externes : MM. Lorain, Lorreyte, Provost, Liénard, Malherbe, Legras, Manne.

P. HÔPITAL BROCA. — 1. Médecin : M. Jeanselme; interne : M. Verne; externes : MM. Busson, Bilbault, Pruvost (Paul), Corre, Géraud, Jacquemin (Paul), Pigney, Lenormand.

2. Médecin : M. Hudelot; internes : Mlle de Jong; externes : MM. Floquet, Dumet, Fournier (Lucien), Triollet, Ledoux, Duprey, Bernard (Ulric), Gallet, Garnier (Gaston).

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Bender; chef de clinique adjoint : M. N...; internes : MM. Monod (Raoul), Vaudescal, Mlle Monbiot; externes : M. Guillemain, Mlle Billoud, MM. Huette, Guiollot, Eltrich, Mlles Halpern, Smiechowska.

Q. MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Pironneau (1er sem.); externes : MM. Saint-Yves-Ménard, Boulanger, Sibot, Gallois, Robinson.

2. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Pierret; externes : MM. Brachat, Fritz, Morigny.

3. Chirurgien : M. Launay; interne : MM. Bougot, Villechaise, Rousseau (Fernand); externes : MM. Wilmet, Vidal, Romain, Lavat, Ratel, Ducrochet, Dauptain, Plichet.

4. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Hischmann, Mlle de Pfeffel; externes : MM. Funck, Lempérière, Raison, Barbier, Mlle Cramer, M. Durand (René).

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bouchacourt; externe : M. Gauthier (Gustave).

R. HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; chef de clinique : M. Darré; chef de clinique adjoint : M. Lemaire; interne : M. Sevestre; externes : MM. Moineau, Toupance, Chasseray, Mlle Kœssler, M. Riberolles, Mlle Le Conte.

2. Médecin : M. Comby; interne : M. Labourdette; externes : MM. Auger (Robert), Grèze, Audebert, Balteau.

3. Médecin : M. Richardière; interne : M. Maisons; externes : MM. Neau, Caux, Parcheminey, Vigot, Sfez.

4. Médecin : M. Marfan; interne : M. Blechmann; externes : Mlle Rabuteau, M. Küss, Mlle Dons-Kaufmann, M. Autier.

5. Médecin : M. Méry; interne : M. Salin; externes : MM. Duclos, Weber (Georges), Pataud-Devallencienne, Lantier, Costantini.

6. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Huber; externes : MM. Borel (Alph.), Edelmann, Ollier, Gardies.

7. *Crèche.* — Interne provisoire : Mlle Leven.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Gasne; chef de clinique adjoint : M. Perrin; internes : MM. Huc (G.), Grandjean, Belloir; externes : MM. Bureau, Mistarlet, Leduc, Lucas, Ulmann, Dascalopoulos, Cerné, Echavarria.

9. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Français (Ray.); internes : MM. Roy, Desplas (1er sem.), Bloch (André) (2e sem.); interne provisoire : M. Goret; externes : MM. Bachelet, Reynaud, Boyau, Thierry, Loré, Moing, Laffeneur, Chevrolet.

10. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Terrien; interne : M. Michaux; externes : MM. Chéron, Dagnon, Barbion, Mlle Simon.

11. *Service de la sélection.* — Interne provisoire : M. Pimpaneau.

S. HÔPITAL TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Bricout; externes : MM. Schilmann, Apard (Emile), Leroy (Maxime), Mlle Giboulot, MM. Lubetzki, Le Maux (Julien).

2. Médecin : M. Triboulet; internes : M. Roudinesco (1er sem.), Mlle de Jong (2e sem.); externes : MM. Le Rochais, Rougeulle, Cavaillon, Gallot-Lavallée, Daniel, Dauphin.

3. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Pont, Cassard, Dutheilhet de Lamothe; externes : MM. Guyot, Zaepffel, Delotte, Klefstad-Sillonville, Mlle Campergue, MM. Photiadès, Tribés, Mlles Hertz, Goldenfann.

4. *Service de la diphtérie.* — Interne provisoire : M. Butin; externe : M. Haddad.

5. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Guillemot; assistant suppléant : M. Aubertin; interne provisoire : Mlle Blanchier; externes : MM. Girardot, Bourgeois (Francis), Monnier (Henri).

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Weil (Albert); externe : M. Noël (Henri).

T. HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. Variot; internes : MM. Morancé, Petit (Paul); externes : MM. Charbonnier, Arbassier, Brisson, Devimeux, Dupont (Pierre), Dèche.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; assistant : M. Veau; internes : MM. Bienvenue, Lechevallier; externes : Mlle Moulard, MM. Guennou, Babalian, Lelong, Mlle Stock, MM. Bardon, Carrière.

3. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Barret; externe : M. Dufraisse.

U. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. Apert; interne : M. Leblanc; externes : MM. Berthelot (Désiré), Roussillon, Gineste, Gourvitch.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Jolivet (1er sem.); externes : MM. Morlot (Armand), Laplanche, Wiart, Baudin.

3. *Consultation.* — Assistant : M. Clerc; assistant suppléant : M. Milhit; interne provisoire : M. Lamare; externes : MM. Donzé, Paillard.

V. HOSPICE DE BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Souques; internes : MM. Chauvet, Bollach.

2. Chirurgien : M. Riche (Paul); internes : MM. Sourdille, Coppin, Rouffignac.

3. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Legrain; interne provisoire : M. Moreau.

4. Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Garcin; interne provisoire : M. Monod (Lorenz).

5. Médecin : M. Riche (André); interne : M. Fitte; interne provisoire : M. Triffaud.

6. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Ribo; interne provisoire : M. Marcassus.

X. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Déjerine; internes : MM. Heuyer, Clarac, Regnard; externes : MM. Laugier, Papadato, Borel (Paul), Sebald, Breger.
2. Médecin : M. Pierre Marie; internes : MM. Kindberg (Léon), Chatelin (Ch.); externes : MM. Casares, Lascaux, Gilson, Bricaire, Brunot.
3. Chirurgien : M. le professeur Segond; internes : MM. Sorrel, Luzoir, Bergeret; externes : MM. Ohanianz, Gaumet, Mlle Gregoriantz, MM. Wroczinski, Vives, Bertin.
4. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Deny; interne : M. Le Maux; externes : MM. Pinault, Massé.
5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Dubois (Robert); externes : MM. Boutet, Cornil.
6. Médecin : M. Chaslin; interne : Mlle Delage; externes : MM. Aveline, Guédon.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Gauducheau (1er semestre); Pironneau (2e semestre); externes : M. Guerrin, Mlle Nowicka, M. Galland, Mlle German, MM. Doulut, Vincent (J.-B.).
2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Verdoux; externes: MM. Dioudonnat, Drouet, Desprez, Meugé, Greyfié de Bellecombe, Gaulène.
3. Chirurgien : M. Ombrédanne; internes : MM. Ramadier, Vincent (Max), François; externes : MM. Buquet, Lavalée, Braye, Toussaint, Gerber, Vazeux, Lascombe.
4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Sainton; assistant suppléant : M. Vieilliard; interne provisoire : M. Desaux; externes : MM. Jacob, Gastaud.
5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Lobligeois, externe : M. Truffert.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Sicard; interne : MM. Gutmann (1er sem.), Vilbort (2e sem.); interne provisoire : M. Baudouin (Emile); externe : M. Senèque.
2. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Bouquier, Nadal; externe : M. Jacquot.

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Bonnaire; accoucheur adjoint : M. Brindeau; aide de clinique : M. Metzger; interne : M. Levant.
2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Ecalle; externes : MM. Dardanne, Oulié, Mauranges, Cornet (André).

Ab. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Gassier; externes : MM. Féret, Rougier, Mlle Halberstadt, MM. Riffaud, Delavierre, Bergé.
2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Girault; externes : M. Colombier, Mme de Bergmann, Mlles Braïlowski, Schmerling, Lavergne, Ricard.
Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir **O**).
3. Service de la garde et de la sélection : internes provisoires : Mlle Landesmann, M. Dubois.

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Teissier; internes : MM. Roux, Marie, Maillet; externes : MM. Piémont, Courjon, Petit (Ant.), Alibert, Giroux, Viala, Auvigné, Bordet.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar; chef de clinique : M. Devraigne; chefs de clinique adjoints : MM. Chirié, Lemeland; externes : MM. Didier, Frédault, Penet, Mme Wolfrom, M. Reilly.

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chefs de clinique : M. Lacasse; chefs de clinique adjoints : MM. Le Masson, Potet; externes : MM. Goudet, Théoharide, Sellet, Magniel, Mlle Jouvin, M. Boulet.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Jacquet; interne provisoire : M. Morisson-Lacombe; externe : M. Patenostre.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Griffon; interne : M. Weill (André).

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : MM. Lévy (Pierre-Paul) [1er semestre], Weissenbach (2e semestre); externes : MM. Auclair, Lidy, Alajouanine, Cléret.
2. Médecin : M. Lesné; interne : M. Françon; externes : MM. Morin (Alex.), Jay y Ruiz, Pépin, Brétégnier.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Rossini. — 1. Médecin : M. Papillon; internes : MM. Maurel, Girard, Dujarric de la Rivière.

Aj. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré; interne : M. Collin; externe : M. Schulmann.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; adjoints : MM. Calvé, Andrieu; internes : MM. Delivet, Prigent, Thouvenin, Bonnet (Emile), Héricourt.

Al. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. A. Marie; adjoints : MM. Clément, Carton, Ferrand; internes : MM. Rouèche, Ecot, Vosy, Durville.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert Ballet; chef de clinique : M. Delmas; chef de clinique adjoint : M. Barbé.

An. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Delort.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino; interne : M. Burguet.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*
Exemple : M. Ramadier, Y-3 = Y. Hôpital Bretonneau, 3. Service de M. Ombrédanne.

MÉDECINS
et assistants de consultation.

Sicard, Z-1.
Siredey, D-2.
Souques, V-1.
Talamon, L-1.
Teissier, Ac-1.
Thibierge, O-5.
Thiroloix, B-4.
Thoinot, K-5.
Triboulet, S-2.
Vaquez, D-4.
Variot, T-1.
Vurpas, V-6.
Weil (P.-E.), M-4.
Widal, F-2.
Würtz, Af-1.

CHIRURGIENS
et assistants.

Albarran, E-5.
Alglave, B-11.
Andrieu, Ak-1.
Arrou, B-8.
Auvray, Q-4.
Baldenweck, I-11.
Baumgartner, B-7.
Bazy, H-5.
Beurnier, O-8.
Broca, R-9.
Calvé, Ak-1.
Chaput, I-8.
Chevassu, E-9.
Chevrier, K-13.
Chifoliau, I-16.
Cunéo, Q-15.
Delbet, E-6.
Demoulin, C-8.
Dujarier, N-5.
Duval (Pierre), F-7.
Faure, F-5.
Français, R-9.
Gosset, C-12.
Guibé, H-11.
Guinard, A-8.
Halphen, I-11.
Hartmann, L-3.
Jalaguier, T-2.
Kirmisson, R-8.
Labey, D-12.
Lardennois, J-15.
Launay, Q-3.
Lavenant, I-10.
Lecène, L-5.
Legueu, K-9.
Lejars, D-11.
Marion, I-10.
Mauclaire, C-9.
Manard, Ak-1.
Michaux, H-8.
Michon, G-3.
Morestin, J-12.
Mouchet, O-11.
Nélaton, N-2.
Ombrédanne, Y-3.
Picqué, I-9.
Potherat, M-3.
Pozzi, P-3.
Quénu, F-3.
Reclus, A-7.
Reynier, I-6.
Ricard, D-12.
Riche (Paul), V-2.
Rieffel, O-9.
Robineau, Z-2.
Rochard, O-7.
Routier, E-7.
Savariaud, S-3.
Schwartz, F-4.
Sebileau, I-11.
Segond, X-3.
Souligoux, J-11.
Thiéry, J-10.
Tuffier, H-7.
Veau, T-2.
Walther, B-7.
Wiart, D-15.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Bar, Ad-1.
Boissard, I-13.
Bonnaire, Aa-1.
Bouffe de Saint-Blaise, J-13.
Brindeau, Aa-1.
Demelin, O-10.
Doléris, D-13.
Lepage, N-3.
Pinard, Ae-1.
Potocki, B-9.
Ribemont-Dessaignes, H-9.
Tissier, C-10.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Caillaux, K-10.
Dupuy-Dutemps, D-16.
Landrieu, I-12.
Lapersonne (de), A-9.
Magitot, I-12.
Morax, I-12.
Poulard, H-12.
Rochon-Duvigneaud, K-10.
Terrien (F.), R-10.
Monthus, F-8.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
et assistant.

Lombard, K-11.
Le Mée, K-11.

RADIOLOGISTES

Aubourg, N-6.
Barret, T-3.
Beaujard, L-5.
Bonniot, M-6.
Bouchacourt, Q-5.
Delherm, B-12.
Desternes, H-13.
Gastou, O-13.
Hischmann, I-14.
Legros, J-16.
Lobligeois, Y-5.
Maingot, K-14.
Ménard, F-9.
Passier, K-9.
Weil (A.), S-6.
Zimmern, C-13.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Aubertin, S-5.
Auburtin, N-4.
Chabrol, A-10.
David, J-14.
Doury, K-6.
Duvoir, F-6.
Faroy, K-6.
François, D-14.
Gaultier, M-4.
Lasnier, B-10.
Le Play, K-6.
Lian, I-15.
Milhit, U-3.
Nathan, K-6.
Oppert, L-4.
Rendu, E-9.
Rivet, H-10.
Sauphar, C-11.
Sézary, K-6.
Vieillard, Y-4.
Vitry, K-12.

CHIRURGIE

Bloch, B-11.
Burgaud, A-11.
Delaunay, J-15.
Desjardins, C-12.
Ehrenpreis, N-5.
Français (R.), K-13.
Giret, D-15.
Hautefort, E-9.
Lutaud, M-5.
Martin, O-11.
Muret, F-7.
Planson, H-11.
Sénéchal, L-5.

CHEFS DE CLINIQUE

Barbier, F-3.
Bender, P-3.
Cantonnet, A-9.
Capette, I-16.
Cauchoix, E-6.
Claret, H-2.
Claude, O-1.
Darré, R-1.
Delmas, Am-1.
Devraigne, Ad-1.
Dupont, H-9.
Gasne, R-8.
Heitz-Boyer, E-5.
Herscher, A-1.
Lacasse, Ae-1.
Metzger, Aa-1.
Piquand, A-7.
Trémolières, H-1.
Troisier, K-1.

Adjoints et aides.

Barbée, Am-1.
Coutela, A-9.
Chiray, H-1.
Chirié, Ad-1.
Esmein, H-1.
Fiessinger, H-2.
Giroux, O-1.
Godéchoux, K-10.
Gy, H-2.
Jomier, A-1.
Kendirdjy, A-7.
Lecomte, H-9.
Lemaire, R-1.
Le Masson, Ae-1.
Lemeland, Ad-1.
Lévy-Franckel, O-1.
Lipmann, A-1.
Marsan, E-5.
Mathieu, F-3.
Perrin, R-8.
Picot, E-5.
Pinard, K-1.
Potet, Ae-1.
Tinel, K-1.
Willette, H-9.

INTERNES

Achard (Pierre), G-3.
Aine, I-1.
Amaudrut, C-9.
Avezou, C-1.
Bachy, D-11.
Bardon, M-3.
Baron, B-3.
Baufle, J-8.
Baumgartner, C-2.
Belloir, R-8.
Bénard, A-1.
Bergeret, X-3.
Berne-Lagarde (de), K-9.
Bertier, O-8.
Besset, O-8.
Bienvenue, T-2.
Bith, C-6.
Blanchier (Mlle), S-5.
Blechmann, R-4.
Bloch (André), (1er sem.), F-5; (2e sem.), R-9.
Bloch (Marcel), A-3.
Bloch (René), O-8.
Bodineau, E-2.
Boirac, K-6.
Bollack, V-1.
Bonnet (Emile), Ak-1.
Bonnet (Flavien), H-6.
Bontemps, A-7.
Bougot, Q-3.
Boulin, G-3.
Bouquier, Z-2.
Bouttier, K-6.
Brac, O-4.
Bricout, S-1.
Brocq, D-11.
Brodin, F-2.
Bruel, F-4.
Buc, J-11.
Burguet, Ah-1.
Charrier, J-10.
Chatelin (Ch.), X-2.
Chauvet, V-1.
Caillé, K-3.
Cain (1er sem.), K-5.
Carrié, B-5.
Cassard, S-2.
Caudrelier, O-15.
Chevallier, B-6.
Clap, E-5.
Clarac, X-1.
Collin, Aj-1.
Colombe, C-8.
Condat (Mlle), A-5.
Coppin, V-2.
Cotillon, O-7.
Cotoni, D-9.
Cottenot (1er sem.), B-1; (2e sem.), K-1.
Couinaud, N-3.
Croissant, O-1.
Cumont (de), F-3.
Delage (Mlle), X-6.
Delivet, Ak-1.
Delort, An-1.
Desbouis, D-6.
Desplas (1er sem.), R-9.
Détré, E-6.
Donzelot, I-2.
Douay, E-6.
Dubois, Ab-3.
Dubois (Robert), X-5.
Ducamp, I-12.
Dufour, H-8.
Dufourmentel, J-12.
Dujarric de la Rivière, Ai-1.
Dumont, D-7.
Dupradeau, I-8.
Durand (Gustave), N-2.
Durand (Henri), B-8.
Durœux, I-6.
Durville, Al-1.
Dutheillet de Lamothe, S-3.
Duval, K-2.
Ecalle (1er sem.), Aa-2; (2e sem.), O-10.
Ecot, Al-1.
Eyraud (Mme), née Déchaux, O-6.
Fabre, H-1.
Feil, J-2.
Ferry, A-3.
Fitte, V-5.
Flandin, F-1.
Fouquiau, I-10.
François, Y-3.
Françon, Ah-2.
Garcin, V-4.
Garsaux, I-3.
Gassier, Ab-1.
Gastinel, C-5.
Gatellier, N-2.
Gauchery, B-8.
Gauducheau 1er sem.), Y-1; (2e sem.), D-3.
Gautier, D-5.
Gautruche, A-2.
Gendron, O-4.
Gillard, B-2.
Girard, C-8.
Girault, Ab-2.
Girode, F-3.
Girou, B-7.
Godlewski, O-2.
Gouguet de Girac, I-9.
Gouverneur, C-9.
Grandjean, R-8.
Guénot, G-2.
Gutmann (1er sem.), Z-1.
Haller, B-7.
Halluin (d'), O-9.
Hartemann, J-10.
Hebrard, J-6.
Héricourt, Ak-1.
Heuyer, X-1.
Hischmann, Q-4.
Huber, R-6.
Huc (G.), R-8.
Huyghues de Beaufond, H-5.
Jacquet, Af-1.
Jolivet, U-2.
Jong (Mlle de), (1er sem.), P-2; (2e sem.), S-2.
Jumon, O-15.
Koechlin, F-4.
Labourdette, R-2.
Lamouroux, O-7.
Landesmann (Mlle), Ab-3.
Larroque, I-7.
Latil, I-8.
Leblanc, U-1.
Lechevallier, T-2.
Legal-Lassalle, H-8.
Legrain, V-3.
Legrand, L-3.
Le Maux, X-4.
Léon-Kindberg, X-2.
Levant, Aa-1.
Leveuf, E-6.
Lévi-Franckel, O-12.
Lévy (Alfred), (1er sem.), D-3.
Lévy (Edmond), B-9.
Lévy (P.-P.), (1er sem.), Ah-1.
Liébault, O-9.
Loewy, A-7.
Logre, A-6.
Lorin, K-9.
Loubeyre, D-1.
Lucas-Championnière (1er sem.), K-1.
Lutembacher, D-4.
Luzoir, X-3.
Madier, J-10.
Maillet, Ac-1.
Mairesse, D-13.
Maisons, R-3.
Malarte (1er sem.), O-10.
Marchak, I-7.
Marie, Ac-1.
Martingay, O-2.
Maurel, Ai-1.
Maurer, K-9.
May, F-2.
Mazzoléni, K-6.
Meaux-Saint-Marc, C-4.
Ménard, A-4.
Metivet, L-3.
Michaux, R-10.
Miégeville, I-11.
Miginiac, D-8.
Mignot, L-2.
Monbiot (Mlle), P-3.
Monbrun, K-12.
Mondor, F-5.
Monod (André), I-6.
Monod (Raoul), P-3.
Monod (Robert), L-3.
Montet, J-5.
Mora, B-4.
Morancé, T-1.
Mornard, F-3.
Mossé, H-7.
Moulonguet, B-8.
Moure, J-12.
Mutel, O-9.
Nadal, Z-2.
Netter (René), J-13.
Nicaud, J-4.
Pakowski, O-7.
Paraf, E-5.
Paris, E-7.
Passot, K-11.
Pélissier, O-5.
Pellot, I-10.
Peltier (Mlle), H-3.
Perdoux, D-12.
Pernet, D-1.
Petel (Henri), D-2.
Petit (Jacques), D-12.
Petit (Paul), T-1.
Pfeffel (Mlle de), Q-4.
Philbert, B-7.
Philip, H-5.
Philippon (Henri), O-3.
Pierret, Q-2.
Pignot, E-1.
Pironneau (1er sem.), Q-1; (2e sem.), Y-1.
Pizon, E-7.
Pont, S-3.
Porak, K-7.
Prélat, A-9.
Prigent, Ak-1.
Pruvost (Pierre), C-7.
Rafinesque, M-1.
Ramadier, Y-3.
Regnard, X-1.
Ribo, V-6.
Richard, E-5.
Richet, E-4.
Rolland, K-8.
Roudinesco (1er sem.), S-2.
Rouèche, Al-1.
Rouffignac, V-2.
Rouget, I-11.
Rouillard, G-1.
Rousseau (Ferdinand), C-8.
Rousseau (Fernand), Q-3.
Rousselot, L-1.
Routier, J-1.
Roux, Ac-1.
Roy, R-9.
Rudelle, J-11.
Saint-Girons, E-3.
Salès, A-7.
Salin, R-5.
Samson, D-8.
Schoofs, M-4.
Sédillot, J-9.

Ségard (1er sem.), O-14; (2e sem.), K-5.
Séguinot, A-8.
Séjournet, D-11.
Sevestre, R-1.
Sorel, X-3.
Sourdel, H-2.
Sourdille, V-2.
Théry (Louis), G-3.
Thibaut, O-1.
Thiers, I-5.
Thouvenin, Ak-1.
Toulant, I-12.
Tzanck, K-4.
Vallery-Radot-Pasteur, J-7.
Vaudescal, P-3.
Vaudet (Mme), C-10.
Vaugiraud, O-3.
Velter, A-9.
Verdoux, Y-2.
Verdun, I-4.
Verne, P-1.
Viel, J-12.
Vielle, O-15.
Vignes, I-13.
Vilbort (1er sem.), H-4; (2e sem.), Z-1.
Villechaise, Q-3.
Villette, C-9.
Vincent (Max), Y-3.
Virenque, I-9.
Vosy, Al-1.
Vuillet, N-1.
Weber (André), H-7.
Weill (André), Ag-1.
Weissenbach, (1er sem.), M-2; (2e sem.), Ah-1.
Wilhelm, D-12.

INTERNES PROVISOIRES

Athanassiu (Mlle), F-6.
Barthélemy, E-8.
Baudouin (Emile), Z-1.
Bel, D-14.
Butin, S-4.
Desaux, Y-4.
Duter, A-10.
Goret, R-9.
Haguenau, H-10.
Krebs, B-1.
Lamare, U-3.
Leven (Mlle), R-7.
Lévy (Isaac), D-4.
Libert, L-14.
Marcassus, V-6.
Marcorelles, I-15.
Monod (Lorenz), V-4.
Moreau, V-3.
Moriez, J-14.
Morisson-Lacombe, Af-1.
Pimpaneau, R-11.
Plaisant (Eugène), J-11.
Trifaud, V-5.
Vinay, N-1.

EXTERNES

Abramovitch (Mme), D-12.
Achard (Emile), S-1.
Adeline, E-2.
Alajouanine, Ah-1.
Albessard (Mlle), B-4.
Alibert, Ac-1.
Alich, L-2.
Allendy, O-9.
Allot, J-7.
Amat, J-2.
André, K-9.
Andrée, B-8.
Andrieu (Raymond), N-2.
Andrieux, I-15.
Anglès-Dauriac, C-7.
Antoine, K-8.
Antony, D-5.
Arbassier, T-1.
Ardillier, D-6.
Argent (Mlle d'), N-2.
Arnaud (Mlle), I-9.
Arnaudon, C-10.
Aubert (Jean), D-7.
Aubin, L-2.
Auclair, Ah-1.
Audain, H-4.
Audebert, R-2.
Auger (Robert), R-2.
Aujay de la Dure, I-13.
Autier, R-4.
Auvigné, Ac-1.
Aveline, X-6.
Babalian, T-2.
Bachelet (Mme), R-9.
Baille, I-10.
Balizeaux, N-4.
Balland, D-13.
Ballerin, C-10.
Balteau, R-2.
Barbary, A-5.
Barbier, Q-4.
Barbier, J-12.
Barbion, R-10.
Bardet (Daniel), A-1.
Bardet (Georges), H-1.
Bardet (Henri), O-1.
Bardon, T-2.
Barois, G-2.
Barraud, O-4.
Barrès, K-2.
Basset, L-6.
Baude, E-3.
Baudet, D-1.
Baudin, U-2.
Bazile, H-8.
Bazin (F.), H-10.
Beaud, A-7.
Beaumaris, E-6.
Beck, L-5.
Beloux, O-3.
Benit, K-3.
Benoist, H-7.
Benoiste-Pilloire, J-15.
Beon, L-3.
Béraud (Henri), M-3.
Bergé, Ab-1.
Bergmann (Mme de), Ab-2.
Bernard (Ulric), P-2.
Bertaux (André), A-6.
Bertaux, I-9.
Berthelot (Albert), K-1.
Berthelot (D.), U-1.
Berthod, O-8.
Berthomieu-Lamer, I-13.
Berthon, I-11.
Bertin, X-3.
Bertin-Mourot, D-1.
Bertrand (André), O-14.
Bertrand (Dom.), K-4.
Besnard (Ch.), D-8.
Besnard (Jean), A-3.
Besnard (J.), J-16.
Besse, A-9.
Besson, H-5.
Besson (Mlle M.), K-8.
Besson (Mlle S.), H-1.
Bettinger, D-13.
Bigot, H-2.
Bilbault, P-1.
Billoud (Mlle), P-3.
Bion (G.), J-15.
Bisson, E-8.
Bitchounsky, K-4.
Blacque, I-12.
Blanchès, O-4.
Blanchon, I-2.
Blindmann, F-4.
Bloch (Sigismond), B-3.
Blum, D-4.
Babrie, D-3.
Bonbermann, A-3.
Boncompain, B-5.
Bonnard, E-6.
Borch (Mlle), F-8.
Bordenave, C-1.
Bordet, Ac-1.
Borel (Alph.), R-6.
Borel (Paul), X-1.
Bortnowski, I-11.
Boucheron, J-5.
Boucher, I-9.
Bouchet, I-5.
Bouhérie, C-12.
Bouderlique (Mlle), J-7.
Boudeville, I-5.
Boulan (Mlle), A-3.
Boulanger, Q-1.
Boulet, Ae-1.
Bourdeaux, O-1.
Bourdette, O-11.
Bourgeois (Francis), S-5.
Bourgeois (Maurice), M-1.
Boussi, J-4.
Boutet, X-5.
Bouthellier, C-8.
Boutin, O-11.
Bogan, R-9.
Boyer, D-7.
Brabander, F-7.
Brachat, Q-2.
Brailowski (Mlle), Ab-2.
Braine, I-3.
Braye, Y-3.
Bredel (Mlle), E-2.
Breger, X-1.
Brenot, H-11.
Brésard, O-9.
Brétégnier, Ah-2.
Bricaire, X-2.
Brideaux, M-3.
Brimon, D-2.
Brisson, T-1.
Brizard, J-8.
Broqua, A-9.
Brossier, K-8.
Broussin (André), I-2.
Broussin (P.), B-7.
Brun, J-13.
Brunot, X-2.
Bruyère (Mlle), A-7.
Bulliard, D-3.
Buneau, K-6.
Buquet, Y-3.
Bureau, R-8.
Burtement, C-8.
Busson, P-1.
Butler d'Ormond (de), B-8.
Cabart, B-9.
Cabiale (Mlle), E-6.
Caesar (Mlle), F-3.
Caillé (1er sem.), K-3.
Calderon, G-3.
Cambessédès, D-8.
Camino (Henri), O-11.
Campergue (Mlle), S-3.
Capdevila, N-2.
Caron, C-1.
Carpanetti, J-4.
Carrière, T-2.
Carvalho, H-12.
Casarès, X-2.
Cassan, B-7.
Castex, D-9.
Caux, R-3.
Cavaillès, J-6.
Cavaillon, S-2.
Ceillier, F-1.
Cerné, R-8.
César, C-2.
Chabert (Mlle), D-3.
Chabert, F-9.
Chabrol, I-8.
Chaffaut, N-1.
Chaisemartin, B-3.
Chaineaux, I-11.
Champ de Saint-Léger (de), C-2.
Chanson, C-9.
Chapelain, O-8.
Chaperon, D-3.
Charbonnier, T-1.
Chardon, D-13.
Charlet-Reyjal, M-2.
Charon, A-8.
Chasseray, R-1.
Chatenoud, J-1.
Chavasse-Frétaz, J-5.
Chauvet (Mlle), B-2.
Chenet (Ch.), M-4.
Chenet (Henri), I-11.
Chéron, R-10.
Chevalley, O-9.
Chevrolet, R-9.
Cheyron, B-6.
Chicandard, I-8.
Chilmann, S-1.
Chnurson, D-11.
Chomanet, I-3.
Claude, M-1.
Clémenceau, I-9.
Cléret, Ah-1.
Cochez, I-8.
Codet, C-8.
Collet, F-2.
Collette, B-5.
Collin, G-3.
Collot, E-7.
Colombier, Ab-2.
Constantin, D-9.
Corbineau, I-10.
Cornet (André), Aa-2.
Cornil, X-5.
Corre, P-1.
Cosmovici (Mlle), O-3.
Costantini, R-5.
Coty, C-1.
Couder, B-7.
Coudray, J-4.
Courjon, Ac-1.
Cousin, N-3.
Cramer (Mlle), Q-4.
Crétin, G-2.
Cumine, D-10.
Cuvillier, K-11.
Dagnan-Bouveret, A-4.
Dalle, O-12.
Daniel, S-2.
Dantrelle, B-2.
Dardanne, Aa-2.
Dariaux, I-14.
Darrieux, I-12.
Dascalopoulos, R-8.
Daudet, B-4.
Dauphin, S-2.
Dauptain, Q-3.
David (H.), J-3.
Dax, J-10.
Debray, E-3.
Dèche, T-1.
Declèty, A-8.
Deffaux, N-1.
Deffins, J-14.
Deguignand, C-6.
Dejust (Mme), J-11.
Delahage, E-7.
Delamare, K-6.
Delavierre, Ab-1.
Delestre, D-5.
Dellac, J-13.
Delmas, K-6.
Delot, I-13.
Delotte, S-3.
Denis (Mlle), D-8.
Denoyelle, M-3.
Deron, B-1.
Desprez, Y-2.
Destremont, J-10.
Desvignes, E-5.
Detourbe, E-4.
Devaux, H-4.
Deville, I-6.
Devilliers, N-3.
Devimeux, T-1.
Didier, Ad-1.
Dietz, A-1.
Dioudonnat, Y-2.
Dons-Kauffmann (Mlle), R-4.
Dognon, R-10.
Dogny, O-1.
Donzé, U-3.
Doulin, G-3.
Doulut, Y-1.
Doumenge, B-2.
Dragatzis, K-1.
Dreyfus (Mlle), I-16.
Drouet, Y-2.
Duchamp de Lageneste, I-6.
Duclos, R-5.
Ducrohet, Q-3.
Dufilhol, A-8.
Dufraisse, T-3.
Dugué, K-7.
Dumas, D-15.
Dumet, P-2.
Duneau, I-2.
Dupèchez, C-4.
Duponchel, M-4.
Dupont (Pierre), T-1.
Duprey, P-2.
Dupuy (Lucien), J-8.
Durand (2e sem.), K-3.
Durand (Jacques), O-2.
Durand (René), Q-4.
Durand-Fardel, F-1.
Duroselle, B-8.
Duvelleroy, O-2.
Echevarria, R-8.
Ecot, B-3.
Edelmann, R-6.
Eissen, I-4.
Eltrich, P-3.
Errard, H-2.
Eschalier, G-3.
Escudié, I-11.
Ettinger (Mlle), O-4.
Eudel, F-1.
Evrard, B-4.
Falliès, J-10.
Farah, A-8.
Farhat, D-16.
Fatou, B-7.
Fau, I-12.
Faveret, N-5.
Favory, B-7.
Feldstein, O-6.
Féret, Ab-1.
Fey, I-3.
Feygin (Mlle), J-1.
Figowski, H-3.
Fischer, A-5.
Flandrin, K-8.
Fliniaux, E-5.
Floquet, P-2.
Fontaine, C-10.
Forestier, B-8.
Fouquet, J-10.
Fournier (Jacques), B-1.
Fournier (Joseph), H-7.
Fournier (Lucien), P-2.
Fourret, H-6.
Fouvrey, O-5.
Fradkine, B-11.
François, D-11.
Fredault, Ad-1.
Frenkel, I-10.
Fris-Larrouy, C-8.
Fritz, Q-2.
Fumet, J-5.
Funck, Q-4.
Furet, K-9.
Gaillard (Camille), I-14.
Galland, Y-1.
Gallas, B-9.
Gallerand, O-8.
Gallet, P-2.
Gallois, Q-1.
Gallot-Lavallée, S-2.
Gambier, J-10.
Garban, A-11.
Gardères, D-12.
Gardies, R-6.
Gardin, J-8.
Garnier, E-6.
Garnier (Gaston), P-2.
Gastaud, Y-4.
Gauchon, I-5.
Gaudefroy, E-5.
Gaufroy, O-10.
Gaujard, K-8.
Gaulène, Y-2.
Gaume, B-7.
Gaumet, X-3.
Gauthier (Gustave), Q-5.
Gaymard, J-6.
Géhard, K-10.
Géraud, P-1.
Gerber, Y-3.
German (Mlle), Y-1.
Gezermacher, O-1.
Gheorghiu, H-3.
Gibert, I-5.
Giboulot (Mlle), S-1.
Gillard, C-1.
Gilson, X-2.
Gineste, U-1.
Girardot, S-5.
Giraud, B-5.
Giroux, Ac-1.
Goldenfann (Mlle), I-15 et S-3.
Goudet, Ae-1.
Goulfier, A-9.
Gouriou, A-2.
Gourvitch, U-1.
Goy, A-7.
Gras, H-7.
Gregoriantz (Mlle), X-3.
Greméaux, J-1.
Gresset, O-1.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1911)

Sur certaines causes de divergences dans les résultats du séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Wassermann et ses dérivées. — MM. HALLION et BAUER. La valeur pratique de la réaction de Wassermann pour le diagnostic de la syphilis est hors de contestation. Des doutes se sont cependant élevés dans l'esprit de certains médecins en présence de quelques désaccords dans les résultats. Ces désaccords, qui ne mettent pas en question la valeur de la méthode, tiennent d'une façon générale à deux causes principales.

1° L'emploi de procédés différents par les observateurs qui ont examiné le même sérum.

2° Une différence d'appréciation dans l'interprétation des résultats d'une même méthode, suivant que l'on se montre plus ou moins exigeant pour considérer la réaction comme positive.

Bien que dans l'ensemble les variantes et dérivées de la méthode de Wassermann donnent des résultats le plus souvent concordants, c'est la technique indiquée par Wassermann qui fournit les résultats les plus sûrs. C'est elle qui offre le plus de garantie parce que les autres méthodes risquent de fournir des résultats positifs chez des sujets exempts de syphilis. Au contraire, dans la méthode de Wassermann proprement dite, dont la technique est plus rigoureusement réglée et qui exige pour admettre une réaction positive des résultats plus intenses, la conclusion positive, même faiblement positive, possède une valeur diagnostique des plus évidentes, qui ressortirait à nouveau, s'il en était besoin, de la statistique personnelle présentée par MM. Hallion et Bauer.

Parmi les causes de divergences inhérentes à certains procédés, ces auteurs ont étudié systématiquement celle qui résulte du chauffage ou du non-chauffage du sérum à examiner; elle est fort importante.

D'autre part, ils ont étudié l'influence que parfois l'alcool exerce par lui-même, quand on emploie, suivant la pratique aujourd'hui générale, l'antigène sous forme d'extrait alcoolique. Cette influence peut troubler le résultat et il convient de l'annihiler.

Appareil portatif à douches d'air chaud. — M. Pierre MÉNARD présente un appareil portatif à douches d'air chaud. Cet appareil d'un petit volume fonctionne à l'alcool. Il se compose d'un ventilateur à main très puissant marchant au moyen d'une gâchette et envoyant de l'air dans un tube horizontal chauffé par la flamme d'une lampe bunsen à alcool. Il fournit de l'air pur et sec, indépendant des produits de combustion de l'alcool et dont la température peut facilement dépasser 400 degrés. La température et la pression de l'air sont d'ailleurs réglables à volonté. Cet appareil permettra de généraliser une méthode thérapeutique qui a de nombreuses indications.

Méningite saturnine aiguë précoce, forme méningitique complète. — MM. LOEPER et Marcel PINARD rapportent un nouveau cas de méningite saturnine qui vient s'ajouter aux observations déjà nombreuses publiées jusqu'à ce jour par M. Mosny et ses élèves.

Il s'agit d'un malade de trente-neuf ans, tailleur de pierres, qui depuis dix mois seulement travaille dans une fabrique d'accumulateurs électriques. Depuis quelque temps, il présente de la céphalée continue et des attaques épileptiformes. Au cours d'une crise de coliques de plomb, apparaissent une céphalée intolérable, des vomissements, une constipation opiniâtre, le malade a du délire, de la raideur de la nuque, du signe de Kernig. La température est à 38 degrés, le pouls ralentit à 68, la tension artérielle est à 20 au Potain. Au milieu de ce syndrome méningé surviennent des crises épileptiformes, la ponction lombaire révèle une abondante lymphocytose. Le diagnostic de méningite saturnine fut immédiatement posé sur les anamnestiques, les signes d'intoxication, l'allure spéciale de cette méningite convulsive survenant au cours d'une colique de plomb, et la lymphocytose du liquide. L'évolution vers une guérison rapide confirmait encore ce diagnostic. Cette forme clinique est d'autant plus intéressante à étudier qu'elle peut survenir à des sujets exposés depuis peu à une intoxication massive et qu'elle donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic, soit avec la tuberculose, soit avec la syphilis.

M. MOSNY fait remarquer que le point particulièrement intéressant de cette observation c'est la présence de crises épileptiformes. Celles-ci, en effet, peuvent se montrer avec la méningite, mais il faut savoir qu'il peut exister une épilepsie sans atteinte des méninges au cours du saturnisme et dans le cas de MM. Loeper et Pinard il semble bien, étant donné l'allure clinique, que le cortex et les méninges aient été en même temps touchés.

Ectasie abdominale des nourrissons. — MM. VARIOT, BARRET et LAVIALLE présentent des enfants atteints d'ectasie abdominale qu'ils ont pu étudier par l'exploration radioscopique et radiographique et l'analyse chimique.

Le fait a déjà été constaté par M. Marfan qui l'avait appelé gros ventre flasque et mou, et par M. Lesage.

Les auteurs ont vu le rôle considérable joué dans la production d'un tel syndrome par l'aérophagie et ils insistent sur les rapports qui existent entre cette dernière et l'hypoalimentation.

Il est d'ailleurs aujourd'hui reconnu par la plupart des médecins d'enfants qu'à côté des accidents digestifs dus à un excès d'aliments il faut également tenir compte des vomissements par insuffisance d'aliments et qui cèdent facilement à une thérapeutique rationnelle.

Ataxie aiguë. — MM. CLAUDE et H. SCHAEFFER rapportent deux nouveaux cas d'ataxie aiguë. Le premier, chez une jeune

fille de quinze ans et demi, débuta brusquement par des phénomènes syncopaux accompagnés de perte de connaissance, convulsions et torpeur cérébrale. Elle présentait une hémiparésie gauche et une légère hémi-parésie faciale droite, de la parésie de la langue et du voile du palais, des muscles oculaires hormis les droits inférieurs et nystagmus. Il y avait en outre des signes de spasmodicité du côté des membres supérieurs et inférieurs, de l'incoordination et des troubles de la diadococynésie. De l'abolition des réflexes cutanés abdominaux. L'affection s'améliora rapidement et est actuellement guérie. Il ne persiste que de l'exagération des réflexes, de l'absence du réflexe cutané abdominal et du nystagmus.

La deuxième malade, agée de treize ans et demi, à la suite de quelques troubles du caractère et de la parole eut des phénomènes ataxiques accentués avec tremblement intentionnel des membres supérieurs et de la tête; l'équilibre statique et cinétique était troublé, les réflexes exagérés, des troubles de la diadococinésie et une démarche difficile et spasmodique. MM. Claude et Schaeffer insistent sur les caractères de ce syndrome ataxie aiguë : début brusque, prédominance des phénomènes ataxiques, spasticité et absence de paralysie persistante et de troubles de la sensibilité. Ils insistent sur les rapports avec la sclérose en plaques considérant que l'ataxie aiguë relève presque toujours d'une infection, il y avait, en effet dans ces deux cas, une lymphocytose céphalo-rachidienne, et dans l'un d'eux une lymphocytose sanguine à prédominance de polynucléaires.

L'évolution de la maladie peut être très variable suivant la gravité de l'infection et l'ataxie peut guérir ou au contraire évoluer vers la sclérose en plaques.

Sur e rôle des pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques. — M. Marcel Labbé rappelle, à propos de la dernière communication de M. Rathery, que si la pomme de terre a souvent de bons résultats, il advient fréquemment que l'on en constate les mauvais effets chez des diabétiques qui s'en gavent croyant cet aliment bon pour leur maladie.

Il a eu l'occasion d'observer récemment une malade atteinte d'érythème vulvaire infiltré des plus douloureux dont les urines contenaient 175 à 200 grammes de sucre et qui avait cependant supprimé complètement le pain de son alimentation, mais elle l'avait remplacé par une quantité très considérable de pommes de terre. Il suffit chez cette malade d'établir pendant huit jours une réduction presque absolue des hydrates de carbone pour voir disparaître la glycosurie et les accidents présentés.

Ces faits confirment cette idée depuis longtemps soutenue par l'auteur que ce qui importe avant tout chez le diabétique, c'est la réduction maxima du régime hydro-carbonique. Quant à la question de la tolérance des divers aliments riches en hydrate de carbone, elle constitue un problème des plus difficiles à résoudre.

D'une manière générale, il semble que l'on puisse établir la gamme suivante dans les tolérances proportionnelles de ces divers aliments. La pomme de terre est évidemment la mieux supportée, puis viennent ensuite la farine d'avoine, les purées de châtaignes, le riz, et, en dernier lieu, le pain et le sucre. Mais il n'y a rien d'absolu dans cette règle. Non seulement la tolérance est variable suivant chaque individu, mais elle varie même aux différentes périodes de la maladie. Pour l'établir par des chiffres exacts, il faudrait examiner les divers aliments à intervalles rapprochés et chiffrer la glycosurie concomitante. Pareille recherche scientifique est malheureusement trop souvent impossible en pratique. On se trouve d'ailleurs à ce propos en présence de deux opinions opposées : celle de von Norden qui prétend que tous les hydrates de carbone sont utilisés sensiblement de la même manière, et celle d'un grand nombre d'auteurs français parmi lesquels M. Rathery qui prétendent au contraire établir une distinction au point de vue du degré de tolérance des divers produits hydro-carboniques.

M. Labbé croit qu'il convient de ne pas exagérer l'importance de ces différences de tolérance qui nous sont inconnues. C'est ainsi que d'autres facteurs peuvent encore intervenir. Lorsqu'on donne au lieu de pommes de terre des haricots, par exemple, on s'aperçoit qu'ils sont parfois mieux tolérés, parce qu'en réalité ils sont à cause de leurs coques moins bien absorbés.

Dans le traitement de l'hyperglicémie des diabétiques, car on ne peut en effet traiter le diabète en lui-même, le point capital, c'est d'établir la réduction du régime hydro-carbonique sous quelque forme que soient les hydrates de carbone. En dehors de cette formule acceptée par tous, il ne peut guère y avoir que des questions de nuance.

M. Rathery croit néanmoins qu'il n'est pas très difficile d'examiner chaque jour les urines du malade et au besoin même de doser la quantité de sucre excrété, ce qui permet d'établir facilement la tolérance du sujet aux divers produits hydro-carboniques.

Technique des injections intraveineuses et intravasculaires de 606. — M. Queyrat présente un appareil des plus pratiques pour les injections intraveineuses de 606. Il consiste essentiellement en une sorte de bock en verre à la partie inférieure duquel est adapté un tube de caoutchouc de 1m50 en moyenne. Il est recouvert, en outre, par un couvercle en nickel qui empêche les poussières de pénétrer et qui comprend un anneau destiné à suspendre l'appareil et un thermomètre à alcool méthylique coloré; le tout pouvant facilement être stérilisé.

Pour les injections intramusculaires, l'excipient huileux offre l'avantage d'être moins douloureux, mais il faut ou en employer une grande quantité comme Herxheimer, ce qui provoque des nodosités volumineuses pouvant se transformer en abcès, ou employer la solution proposée par Lafay et Lévy-Bing dont l'action est peu active et lente.

M. Queyrat propose l'excipient suivant qui lui paraît réaliser les avantages des deux précédents sans présenter les mêmes inconvénients.

Huile de ricin............	0,75	cent. cubes
Alcool absolu..............	0,25	—

On ajoute l'alcool après avoir stérilisé l'huile; 4 centimètres cubes environ de cette solution sont mélangés à la quantité de 606 qu'on veut injecter, et il suffit avant de pratiquer cette injection de laver la seringue et l'aiguille à l'alcool absolu pour éviter toute précipitation. Cette méthode, outre qu'elle ne donne lieu qu'à des douleurs insignifiantes, permet d'obtenir pour M. Queyrat les meilleurs résultats.

Les Bactéries de la dysenterie bacillaire, par Th. Moreuil, docteur en pharmacie. — Thèse. — Lons-le-Saunier, Declume.

Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire aiguë, par le docteur Gaston Picot. — Thèse de Paris. — Paris, Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Vade-mecum du médecin-expert. Guide-médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, de l'avocat, des officiers de police judiciaire, par A. Lacassagne, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon, et L. Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. Troisième édition, revue et augmentée. 1 vol. in-12 de XII-265 pages, relié peau. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traitement médico-chirurgical de la tuberculose du rein (Consultations médicales françaises, fascicule XXII), par les docteurs J. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et A. Lavenant, assistant du service des maladies des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Traitement abortif de l'urétrite blennorragique par les injections (Consultations médicales françaises, fascicule XXIV), par le docteur Carle, ancien chef de clinique dermatologique à l'Université de Lyon. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco ; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, Poinat.

N° 25. — JEUDI 2 MARS 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 2 MARS 1911. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Etude clinique et thérapeutique du myxœdème acquis de l'adulte. » — « Anatomie pathologique et bactériologie des appendicites. »

Questions restées dans l'urne : « Etude clinique et thérapeutique des pleurésies interlobaires. » — « Anatomie pathologique et bactériologie de la paralysie infantile. » — « Etude clinique et thérapeutique du rétrécissement mitral pur. » — « Anatomie pathologique et bactériologie des abcès du foie non tuberculeux. »

86 candidats ont répondu à l'appel, 75 copies ont été remises.

Le jury s'est divisé en deux parties pour la correction des copies.

Anatomie pathologique. — MM. Oulmont, Rénon, Roger, Dufour, Brühl et Achard.

Pathologie. — MM. Alex. Renaut, Méry, Laffitte, Chauffard, Broca et Béclère.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le jury est toujours provisoirement composé de MM. Lermoyez, Lombard, Monod, Darier, Josué (qui acceptent), Sébileau (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est composé de M. Dorison, Mme Peltier, MM. Biard, Marquezy et Saintu.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Un décret en date du 21 février dispose que nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français ;

2° Qu'au 1er octobre de l'année du concours, il a eu dix-huit ans au moins, et vingt-quatre, vingt-cinq, vingt-six ans au plus, selon qu'il possède quatre, huit ou douze inscriptions, valables pour le doctorat en médecine ;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole ;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

5° Qu'il est pourvu du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles institué par le décret du 31 juillet 1893.

Toutes ces conditions sont de rigueur et aucune dérogation ne peut être autorisée.

Les étudiants en médecine présents sous les drapeaux sont autorisés à concourir dans les mêmes conditions d'âge et de scolarité que les autres candidats.

Par décision ministérielle du 21 février 1911, le nombre des élèves à admettre à l'école du service de santé militaire, à la suite du concours de 1911, est fixé à 120.

Conformément aux dispositions du décret du 21 février 1911, les étudiants à quatre, huit et douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine seront admis à concourir dans les conditions d'âge imposées par le décret susvisé.

Ils seront répartis, selon leur nombre d'inscriptions, entre les trois divisions de l'école.

Les élèves qui n'auront pas accompli l'année de service prescrite par la loi du 21 mars 1905 passeront un an dans un corps de troupe préalablement à leur entrée à ladite école.

Les élèves démissionnaires seront remplacés avant l'ouverture des cours par d'autres élèves pris dans l'ordre de la liste de classement du concours.

Le ministre se réserve de réduire le nombre des admissions si la moyenne des examens est jugée insuffisante, ou de l'augmenter par une liste supplémentaire si les circonstances exceptionnelles suivantes : guerre, création d'unités ou de services, causaient dans les cadres des déficits imprévus.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Magnin [P.-L.-F.] (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Auveray (de Dives-sur-Mer), Bernard (de Juvisy), Christen (de Versailles), Demonchy et Gardette (de Paris), Lebron (de Mayet-de-Montagne), Miquel et Paul (de Paris), Petit (de Château-Thierry), Podevin (de Paris), Savornin, médecin-major à l'école de Joinville.

A LA MÉMOIRE DE MESNY. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de notre maître Lucas-Championnière publie l'ordre du jour suivant que le directeur de l'école de Marseille, M. le médecin principal Clarac, vient de porter à la connaissance des élèves de l'école d'application de médecine coloniale :

« Le médecin principal de première classe, directeur de l'école

d'application, porte à la connaissance de MM. les officiers-élèves la mort héroïque du médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales Gérald Mesny, survenue à la fin de janvier à Foudsiadian (Mandchourie).

Gérald Mesny, de la promotion de Bordeaux 1893, était à Tien-Tsin, professeur de l'école de médecine chinoise, lorsque éclata la peste qui décime aujourd'hui la Mandchourie. Ayant depuis longtemps apprécié sa science et son dévouement, les autorités mandarinales lui demandent d'organiser et de diriger les mesures de défense. Mesny estime que son devoir est de marcher pour ce pays, qu'il sert depuis douze ans et, sans hésiter, *laissant femme et enfants*, il va braver la mort et se mettre à la tête des médecins chinois, ses élèves, qui ont placé en lui toute leur confiance.

La peste qu'il voulait faire reculer prend sa revanche. Mesny est atteint à son tour; il diagnostique son mal et, dès lors, n'a qu'un souci: éviter d'être une cause de contagion. Enveloppé d'un drap imbibé de sublimé, il se rend lui-même au quartier des pestiférés, interdit aux Européens qui l'entourent de lui donner des soins et, sentant sa fin prochaine, il attend stoïquement la mort au milieu de ceux qu'il voulait sauver.

Le médecin-major de deuxième classe Mesny est mort en héros, et le corps de santé des troupes coloniales peut être fier de lui.

Le médecin principal de première classe, directeur de l'école d'application, désireux de perpétuer sa mémoire, décide que son nom cera inscrit sur les tables de marbre de l'école :

*Aux officiers du corps de santé des troupes coloniales
morts victimes du devoir*

et que le présent ordre sera transcrit sur le livre d'or de l'école.

Marseille, le 14 février 1911.

Le médecin principal de première classe, directeur.
Signé : Clarac. »

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ajoute que le docteur Gérald Mesny était le fils d'un de nos confrères, le docteur Mesny (de Ploërmel), dont un autre fils est en ce moment même également en Mandchourie occupé à combattre la maladie à laquelle son frère vient de succomber.

Le XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Amiens, du 1er au 6 août, sous la présidence de M. le docteur Deny, médecin de la Salpêtrière.

Travaux scientifiques. — I. Rapports et discussions sur les questions suivantes :

a. *Psychiatrie :* Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle). — Rapporteur : M. le docteur Maillard, médecin adjoint de la Salpêtrière.

b. *Neurologie :* Des tumeurs du corps pituitaire. — Rapporteur : M. le docteur Courtellemont, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens.

c. *Médecine légale :* De la valeur du témoignage des aliénés en justice. — Rapporteur : M. le docteur Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville (Nancy).

II. Communications originales sur des sujets de psychiatrie, de neurologie, de médecine légale et d'assistance des aliénés.

N.-B. — Les titres et résumés des communications devront être envoyés au secrétaire général avant le 1er juillet.

Excursions. — Visite de la ville d'Amiens et de ses monuments. — Visite de l'asile départemental de Dury-lès-Amiens. — Excursion à Berck (hôpitaux marins) et Paris-Plage. — Excursion à Prémontré (asile départemental de l'Aisne), Saint-Gobain, Coucy-le-Château. — Excursion à Boulogne et Londres.

Avantages et conditions. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports; après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Amiens.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur R. Charon, à Amiens.

Les legs Loutreuil. — M. Auguste Loutreuil, récemment décédé en Suisse, vient de faire à la science française un don royal :

100 000 francs à l'Institut Pasteur, un million à la Caisse des recherches scientifiques, 2 500 000 francs à l'Université de Paris, 3 500 000 francs à l'Académie des sciences.

M. Loutreuil, fils d'un cultivateur de Neuville, près de Sées, dans l'Orne, était parti de son village à l'âge de vingt-quatre ans, en 1857, comme simple comptable dans la grande Société des chemins de fer russes. D'échelon en échelon, il arriva à une position considérable.

Philanthrope dévoué, il soutint, tant en Russie qu'en France, un grand nombre d'œuvres de bienfaisance, et en mourant il a tenu à léguer la plus large part de sa fortune aux institutions scientifiques de son pays.

Cours d'hydrologie. — M. le docteur Allyre Chassevant, agrégé, commencera une série de quinze conférences d'hydrologie, lundi 6 mars 1911 à quatre heures et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure au petit amphithéâtre de la Faculté.

Nota. — Ces conférences sont le complément des conférences de crénothérapie faites pendant le semestre d'hiver par le docteur P. Carnot.

Sujet des conférences : Notions élémentaires de géologie. Origine, synthèse et diagnose des eaux minérales. Répartition et rapport géologique des sources. Captage et aménagement. Propriétés physiques et chimiques des eaux minérales : thermalité; pression osmotique; ionisation; conductibilité électrique; gaz rares; radio-activité.

Analyse des eaux minérales. Classification. Propriétés pharmacologiques.

Identification, variation, altération des eaux minérales transportées.

Fournitures pour un hopital. — Débouchés pour instruments et appareils de chirurgie en République Argentine. — D'après les renseignements qui nous parviennent, le Congrès argentin viendrait de voter un crédit de 180 000 pesos pour l'achat de toutes les fournitures destinées à l' « Hospital de Clinicas », de Cordoba. Sur cette somme, 20 000 piastres devraient être consacrées à l'acquisition d'instruments et d'appareils de chirurgie dont la liste n'a pas encore été dressée. La fourniture dont il s'agit ne devant faire l'objet d'aucune adjudication, les achats seront effectués, par une commission, après examen, des catalogues des maisons les plus accréditées.

L'Office national du commerce extérieur, 3, rue Feydeau à Paris, communiquera aux négociants et industriels français qui lui en feront la demande, la liste des membres de ladite commission, auxquels ils pourront faire leurs offres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de Biochimie, par E. Lambling, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. In-8 de XXIV-600 p. (Collection de Précis médicaux). Cartonné toile souple. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Manuel pratique de préparation à l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, par Guillon. 1 vol. de 274 pages, avec 31 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI
(DE MONTPELLIER)

UN CAS DE SCLÉRODACTYLIE

Par M. le professeur G. RAUZIER (1).

Messieurs,

Je désire aujourd'hui appeler votre attention sur le cas d'une femme qui est venue, ces derniers jours, nous consulter dans le service pour une impotence très accentuée des extrémités supérieures, accompagnée de déformations particulières, et chez laquelle nous avons porté le diagnostic de sclérodactylie.

Comme le fit, en une circonstance analogue, mon regretté maître le professeur Raymond, je m'excuse, en choisissant un pareil sujet, de paraître empiéter sur l'enseignement des maladies cutanées; mais j'espère vous démontrer que la sclérodactylie appartient au moins autant à la médecine qu'à la dermatologie; tous les travaux de ces dernières années militent en faveur de cette opinion.

Voici tout d'abord l'observation de la malade, que nous avons eu, je le répète, l'occasion d'examiner récemment, et dont l'histoire a été recueillie par mon chef de clinique M. le docteur Roger. Vous excuserez sa brièveté et les quelques lacunes qu'elle peut présenter, notamment en ce qui concerne l'étude du fonctionnement des glandes à sécrétion interne; mais il s'agit de la femme d'un employé de la Faculté, qui est simplement venue nous demander un diagnostic et les bases d'un traitement. Cette malade n'ayant pas séjourné dans le service, nous n'avons pu nous livrer à toutes les investigations qu'il eût été légitime de réaliser.

Mme S..., âgée de cinquante et un ans, vient nous consulter, le 1er décembre 1910, pour une impotence fonctionnelle datant de plusieurs années et prédominant aux extrémités.

La malade se plaint d'une faiblesse progressive des membres supérieurs, en particulier des mains, faiblesse qui l'empêche, non seulement de vaquer aux occupations de son ménage, mais encore aux soins de sa propre personne. Elle ne peut ni se débarbouiller, ni se peigner, ni même s'habiller. Il y a quatre à cinq mois, elle pouvait encore, à l'aide de certains artifices, tenir en main sa cuillère et la porter à sa bouche; on est obligé maintenant de la faire manger. Elle laisse tomber tous les objets qu'on place dans sa main et qu'elle ne peut d'ailleurs saisir. En outre, elle tremble un peu.

Elle éprouve parfois dans les doigts des fourmillements et même quelques douleurs, surtout sous l'influence du chaud et du froid, qui sont mal supportés; il ne paraît pas y avoir eu de crises douloureuses violentes avec changement de couleur des extrémités.

La malade n'a pas remarqué d'amaigrissement au niveau de ses mains; par moments, elle aurait observé une légère enflure.

A ces troubles du côté des membres supérieurs se sont ajoutés, depuis quelques mois, des troubles fonctionnels portant sur les membres inférieurs; notamment un peu de difficulté à descendre ou à monter les escaliers.

Les sphincters fonctionnent normalement.

Tous les mouvements de la face sont conservés.

De temps en temps surviennent quelques céphalées.

La vue, au dire de la malade, est légèrement trouble pour l'œil gauche; elle est normale pour l'œil droit.

Pas de crises nerveuses; pas de sensation de boule.

Les divers appareils offrent un fonctionnement régulier. La malade a cessé d'être réglée depuis janvier 1910.

Histoire de la maladie. — Les troubles actuels remontent à quatre ans et demi; ils ont commencé par des fourmillements et de la faiblesse dans certains doigts : l'annulaire et l'auriculaire de la main droite, tous les doigts de la main gauche. Ces troubles ont été en progressant lentement, toujours plus marqués à la main gauche qu'à la main droite. Par périodes, ces phénomènes sensitifs et moteurs sont devenus plus accentués; c'est ainsi qu'il y a deux ans et demi la parésie des doigts aurait été particulièrement intense, puis aurait partiellement rétrocédé.

Durant cette évolution, la malade a éprouvé, à plusieurs reprises — au début il y a quatre ans et, plus tard, il y a seulement six mois — de la difficulté pour parler et pour manger; ces troubles ont duré, chaque fois, environ une quinzaine de jours. De même, il y a deux ans et demi, la face a été momentanément paralysée, et il y a eu de la diplopie.

La malade a fait plusieurs séjours dans le service, où elle était, chaque fois, améliorée par l'isolement et l'électrothérapie.

Antécédents personnels. — La maladie actuelle ne serait, paraît-il, que la répétition de troubles assez analogues survenus il y a dix-huit ans et ayant duré plus d'un an. A cette époque, comme aujourd'hui, le début s'était fait par les mains; puis l'impotence avait frappé les avant-bras, les bras, les membres inférieurs; la malade pouvait les remuer, mais non s'en servir pour les actes usuels. A cette époque, également, il existait des périodes d'exacerbation de tous les symptômes, durant deux à trois semaines et empêchant tout travail.

Sous l'influence du seul repos, la malade avait, affirme-t-elle, complètement guéri; elle avait pu exercer, sans aucune interruption, sa profession de cuisinière jusqu'au début des désordres actuels, c'est-à-dire il y a quatre ans et demi.

La malade n'a pas d'autres antécédents pathologiques et paraît n'avoir jamais présenté d'accidents spécifiques; elle n'a pas eu d'enfants et n'a jamais fait de fausses couches.

EXAMEN. — Dès qu'on examine la malade, on est frappé par l'aspect de ses *mains*.

Les doigts sont amincis, fuselés; la peau en est vernissée, surtout à gauche; elle est épaissie, et on ne peut, en la pinçant, parvenir à la rider; sa coloration est normale. Dans la position de repos, les doigts de la main droite sont, presque tous, légèrement fléchis; à gauche, cette flexion ne porte que sur l'index et est moins marquée qu'à la main droite.

L'impotence est très accentuée; ce sont les mouvements de flexion qui sont surtout atteints : la main gauche ne peut pas du tout se fermer; la main droite peut se fléchir, mais n'oppose presque pas de résistance quand on essaie de l'ouvrir; ni l'une ni l'autre ne sont capables de tenir un objet. L'extension se fait assez bien; l'adduction et l'abduction des doigts sont normales.

Il existe un léger tremblement des extrémités supérieures.

La sensibilité au contact et à la piqûre est très diminuée aux deux mains, tandis qu'elle est normale aux avant-bras; des deux côtés on note de l'hypoesthésie et un retard de la sensibilité; ces phénomènes prédominent au niveau de la main gauche. Le froid et le chaud sont perçus nettement.

Les réflexes antibrachiaux sont affaiblis.

Pas d'atrophie des éminences thénars ni des muscles interosseux.

(1) Leçon recueillie par le docteur H. ROGER, chef de clinique médicale.

Aux *membres inférieurs*, les mouvements d'ensemble, ceux de la marche par exemple, sont assez faciles. Aux pieds, la force est conservée.

Les diverses sensibilités sont intactes. Les réflexes rotuliens sont normaux. Il n'y a pas de réflexe plantaire.

A *la face*, il semble exister, au repos, un léger degré de parésie faciale droite; toutefois, les divers mouvements d'ensemble, et aussi les mouvements unilatéraux sont possibles. La fente palpébrale paraît un peu plus ouverte que normalement, comme si la paupière inférieure tendait à se rétracter. La sensibilité est normale.

La langue est mobile; mais, du côté gauche, son champ d'excursion paraît limité, et il n'est point possible à la malade de la projeter aussi loin qu'à droite.

Le voile du palais se contracte correctement.

Les yeux offrent leur mobilité habituelle; les pupilles sont égales, régulières et contractiles. Pas d'exophtalmie.

La recherche de stigmates névrosiques est négative : pas de zones hystérogènes, pas d'anesthésie pharyngée, pas d'hémianesthésie ni de rétrécissement du champ visuel.

En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'une malade atteinte, depuis quatre ans et demi, de troubles trophiques des extrémités prédominant aux membres supérieurs, essentiellement caractérisés par l'atrophie des doigts, la rétraction des téguments digitaux, et dont l'évolution progressive a abouti à une impotence presque complète des extrémités supérieures. La face paraît être frappée, quoique à un bien moindre degré, par un processus probablement analogue, mais qui ne serait encore qu'à la phase de début.

En présence de pareils troubles trophiques portant sur les extrémités, à quoi pouvions-nous penser? A une *maladie de Reynaud?* Mais la maladie de Reynaud s'accompagne de modifications dans la couleur des téguments et de refroidissement des extrémités; elle ne détermine pas l'induration de la peau; elle aboutit le plus souvent à la gangrène. — A l'*érythromélalgie?* Mais l'érythromélalgie est surtout caractérisée par des phénomènes douloureux, une teinte cyanique et d'abondantes sueurs locales, que notre malade n'a jamais présentées. — Au *rhumatisme fibreux?* Lui aussi se caractérise par des phénomènes douloureux, qui font défaut dans notre cas, et il ne provoque point, comme ici, l'épaississement et la rétraction de la peau. — Les *affections médullaires* de la substance grise déterminent des troubles trophiques des extrémités, mais ce sont des troubles bien spéciaux qui n'ont rien à voir avec ceux que présente notre malade : la poliomyélite *Aran-Duchenne* se traduit par la « main de singe », avec atrophie portant sur les éminences thénar, hypothénar et sur les interosseux; dans la *sclérose latérale amyotrophique*, l'atrophie type Aran-Duchenne se combine avec un état spasmodique à peu près généralisé; la *syringomyélie* enfin se différencie par une dissociation de la sensibilité très spéciale, une atrophie de type Aran-Duchenne, des arthropathies, le tableau de la main succulente, etc.

La *lèpre* se distingue de notre cas par son étiologie généralement exotique, ses anesthésies, la présence de nodules cutanés ou de lépromes sur le trajet des nerfs.

Par éliminations successives, nous en arrivons ainsi au diagnostic de *sclérodactylie;* cette maladie, vous le savez, est, à l'heure actuelle, considérée comme une des formes de la *sclérodermie*, une sclérodermie localisée avec prédilection sur les extrémités digitales. Je vais profiter de la circonstance pour étudier brièvement avec vous cette intéressante question.

La *sclérodermie*, dont la sclérodactylie est un des types les plus connus, a fait, depuis les premières observations d'Alibert (1817), Thirial, Forget, etc., l'objet de très nombreux travaux, que je ne peux avoir la prétention de vous citer. Le terme de sclérodermie fut créé par Gintrac en 1847. Parmi les études les plus récentes susceptibles de vous fournir un bon résumé de la question, je vous signalerai la thèse de Fouquet (Montpellier, juillet 1903), puis la revue générale d'Alquier publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (17 septembre 1904), et enfin la thèse de Touchard (Paris, janvier 1906), bientôt suivie d'un mémoire du même auteur dans les *Archives de médecine expérimentale* (sept. 1907).

La sclérodermie est une maladie essentiellement, mais non exclusivement, caractérisée par l'induration de la peau, la transformation fibreuse du derme et de l'hypoderme; elle occupe tout ou partie de la surface des téguments et provoque une gêne fonctionnelle plus ou moins accentuée. Elle peut aussi intéresser les parties profondes des téguments, et même les organes internes.

C'est une affection assez rare, mais nullement exceptionnelle. En 1886, Bouttier, dans sa thèse, en relevait 268 cas; en 1890, Lewin dans un article du *Deutsche medizinische Wochenschrift* (21 août) en comptait 345 cas; et plus tard, en 1895, dans le traité qu'il a publié en collaboration avec Heller, le même savant réunissait 506 observations.

Tous les âges peuvent être frappés, mais c'est surtout chez l'adulte, entre 20 et 40 ans, que la maladie est le plus fréquente; les femmes sont frappées trois fois plus souvent que les hommes. Quant à l'étiologie proprement dite de l'affection, elle est assez obscure. Souvent on voit la sclérodermie survenir chez des individus possesseurs d'une hérédité neuro-arthritique, ou personnellement affectés soit de goutte, soit de rhumatisme articulaire aigu ou chronique. Elle est souvent associée à diverses manifestations du tempérament névrosique, telles que l'hystérie, la migraine, les névralgies, le goitre exophthalmique, la paralysie agitante, ou à quelque maladie trophique comme l'acromégalie, l'hémiatrophie faciale, l'adipose douloureuse, le myxœdème. — Quant à sa cause déterminante, elle est encore inconnue; fréquemment on a relevé, à l'origine des accidents, une infection : fièvre éruptive, dothiénentérie, fièvre intermittente, diphtérie, érysipèle, syphilis ou rhumatisme; j'aurai plus loin l'occasion de revenir sur ce dernier élément étiologique à propos du diagnostic. Plus récemment on a incriminé la tuberculose; Ehlers, Rénon, Poncet, Pic et Piéry, Milian, Knapp, ont tout spécialement insisté sur son importance.

Des causes occasionnelles, d'ordre banal, telles que l'humidité, le refroidissement, les émotions, les grossesses répétées, les troubles menstruels, sont relatées dans maintes observations.

La sclérodermie se présente sous TROIS GRANDS TYPES CLINIQUES, bien décrits et différenciés par Hardy et Besnier, tous caractérisés par l'induration scléreuse des téguments, mais différant entre eux par l'étendue, le siège et l'évolution des lésions ; ce sont : la forme *diffuse*, la forme *localisée* et la forme *progressive*. Cette division n'a d'ailleurs rien d'absolu; car l'on peut observer toute une série de types intermédiaires, ou encore la réunion de plusieurs types chez un même individu. Je vais passer rapidement en revue ces diverses formes cliniques, en me réservant simplement d'insister de façon plus particulière sur la sclérodermie à marche progressive, ou sclérodactylie, forme réalisée par la malade qui fait l'objet de cette leçon.

I. La SCLÉRODERMIE DIFFUSE OU GÉNÉRALISÉE (sclérémie d'Alibert, sclérème des adultes de Thirial, sclérodermie œdémateuse de Gintrac) survient d'une façon *parfois brusque*, soit spontanément, soit à la suite d'un refroidissement; elle consiste en une tuméfaction diffuse des téguments, qui diffère de l'œdème par sa dureté et l'absence de godet. La peau prend rapidement la consistance du bois ou du marbre ; il devient impossible de la faire glisser sur les téguments sous-jacents. Une issue favorable, sous forme de résolution complète, intervient parfois au bout de quelques mois ; mais, le plus souvent, l'atrophie des téguments succède à l'induration initiale.

Dans les cas les plus habituels, le début est *lent* et insidieux. Des crises rhumatoïdes, quelquefois fébriles, des troubles vasomoteurs et trophiques, précèdent, à plus ou moins long intervalle, la phase œdémateuse; celle-ci, d'autre part, n'est pas toujours très marquée et la période atrophique peut survenir presque d'emblée.

II. La SCLÉRODERMIE CIRCONSCRITE OU LOCALISÉE comprend deux variétés : la *morphée* et la *sclérodermie disséminée*, cette dernière pouvant se présenter sous trois aspects : en *plaques*, en *stries* ou en *bandes*.

1° On désigne, depuis Erasmus Wilson, sous le nom de *morphée*, une maladie caractérisée par des taches mauve ou lilas, de forme ovalaire et d'étendue progressivement croissante; ces taches se décolorent progressivement du centre à la périphérie et aboutissent, en fin de compte, à la formation de placards blanchâtres ou apigmentaires, lisses, luisants, vernissés, d'aspect cicatriciel. Les plaques de morphée offrent une induration analogue à celle de la peau congelée par le chlorure de méthyle; leurs bords, à contours nets, conservent la teinte lilas (*lilac ring*). A leur surface on observe quelquefois des érosions ou des fissures. A côté de la forme plane il a été décrit une forme tubéreuse : dans tous les cas on voit, à un moment donné, survenir au niveau des plaques, une atrophie qui, parfois, peut s'installer d'emblée. Les taches de morphée évoluent sans douleur et sont tout au plus, dans quelques cas, le siège d'un léger engourdissement.

2° La *sclérodermie disséminée* se présente sous forme de *plaques*, de *bandes* ou de *stries*. D'aspect blanchâtre ou cicatriciel, dépourvues de lilac ring, ces diverses manifestations sont généralement répandues en petit nombre, à la surface du corps : sur le thorax, le cou, le visage, les bras, la face interne des cuisses, les plis de flexion des jointures (les aines en particulier), enfin la paroi abdominale, où elles prennent l'apparence de vergetures. Elles ressemblent parfois à des chéloïdes saillantes; au crâne, elles aboutissent à la canitie ou à la production d'une alopécie éburnée. Fréquemment elles entraînent la rétraction des téguments et la déformation des jointures. Leur distribution paraît dominée par le système nerveux, mais suivant des types divers : métamérique, radiculaire ou périphérique, suivant les cas. — La guérison est la règle : mais ne survient généralement qu'après plusieurs années.

III. La SCLÉRODERMIE A FORME EXTENSIVE OU A MARCHE PROGRESSIVE, dont je vais plus spécialement m'occuper, est encore appelée *sclérodactylie* à cause de la prépondérance des localisalions digitales qui sont, habituellement, les premières en date; on a vu toutefois, exceptionnellement il est vrai, l'affection débuter par la face ou les membres inférieurs. Bien étudiée par Ball (1871), Charcot, Hallopeau, la sclérodermie à forme extensive est surtout caractérisée par des lésions cutanées des extrémités supérieures, généralement symétriques, et fréquemment accompagnée d'altérations musculaires, ostéo-articulaires et viscérales.

Elle débute par des dysesthésies telles que des engourdissements, des fourmillements, des élancements, des crampes, de l'onglée; quelquefois aussi par des troubles vasomoteurs et trophiques : cyanose ou pâleur des téguments, éruptions diverses. Ces troubles, d'abord intermittents, deviennent peu à peu continus; et l'on voit progressivement s'installer la sclérose du derme, rarement précédée d'une phase œdémateuse. Cette forme « sèche » de sclérodermie envahit méthodiquement, mais d'une façon très lente, toutes les parties du corps, et aboutit à des déformations variées, parfois même à de véritables mutilations.

La localisation sur les doigts, ou *sclérodactylie* proprement dite, constitue l'une des manifestations les plus habituelles de ce type; généralement elle représente la première étape de l'affection; beaucoup plus rarement, elle résume la maladie. Ce sont fréquemment de légères douleurs dans les doigts qui ouvrent la scène; puis peu à peu, les doigts diminuent de volume, s'amincissent, s'effilent. La peau devient lisse, luisante, s'indure et s'applique étroitement sur les os sous-jacents; elle présente d'ordinaire une coloration violacée, et l'on y voit quelquefois apparaître des éruptions bulleuses ou un sphacèle superficiel, d'ailleurs curable. Fréquemment on note, au-

dessous des ongles, la présence d'ulcérations, superficielles ou profondes, généralement tenaces, susceptibles toutefois de cicatriser à la longue. Les ongles sont déformés, striés, incurvés; ils se résorbent parfois en totalité. Les phalangettes, de leur côté, s'atrophient et parfois même disparaissent, elles aussi, par résorption totale. Les déformations des doigts, dans lesquelles prédomine la flexion des phalanges, peuvent aboutir à un tableau rappelant celui du rhumatisme chronique déformant. Elles rendent les divers mouvements des doigts et de la main très difficiles, sinon impossibles; il ne s'agit point là d'une ankylose vraie, c'est-à-dire par soudure osseuse, mais bien d'une fausse ankylose par rétraction musculotendineuse. Les malades ne souffrent pas toujours de leurs mains, mais ils y éprouvent souvent des engourdissements, des fourmillements, une sensation de froid particulièrement désagréable. La sensibilité objective, au niveau des zones scléreuses, est normale.

La sclérodermie remonte progressivement des extrémités vers la racine des membres supérieurs, déterminant non seulement un épaisissement de la peau, mais encore, là comme aux doigts, des attitudes vicieuses. Puis elle gagne le thorax, le cou, la face ; au niveau de cette dernière, les lésions prennent un aspect tellement spécial qu'il mérite une description un peu plus détaillée.

La *face* devient immobile, impassible, sans expression aucune, sans jeux de physionomie ; les rides s'effacent; le nez s'effile; les narines, les lèvres s'amincissent, et les orifices qu'elles limitent subissent une atrésie progressive; les paupières, rétractées, n'ont plus leur jeu normal et ne ferment qu'incomplètement l'ouverture palpébrale; quelquefois les conjonctives participent au processus, comme l'ont démontré Janichewski et Markéloff. Les oreilles, rigides, paraissent collées au crâne; les joues, parcheminées, sont appliquées sur les os. La bouche, rétrécie, entr'ouverte, est comme taillée dans un morceau de cuir (Charcot). La langue est rétractée, indurée, comparable à un morceau de bois, et fortement appliquée sur le plancher de la bouche : Chauffard a observé une hémiatrophie linguale. La physionomie, dans son ensemble, évoque, suivant Alibert, Brissaud et Grasset, le souvenir des momies : on la caractérise par le mot de *masque sclérodermique*.

Plus rarement la sclérodermie envahit aussi les *membres inférieurs*, qui sont toujours, en pareil cas, moins complètement atteints que les membres supérieurs.

La sclérose des téguments s'accompagne fréquemment d'une *pigmentation* brune, totale ou partielle, qu'ont bien décrite Charvet, Carle et Touchard; Thibierge a, d'autre part, signalé, dans quelques cas, une *atrophie musculaire*, dont la distribution n'est point toujours en rapport avec celles des placards scléreux. Enfin des concrétions souscutanées multiples, constituées par du phosphate et du carbonate de chaux, ont été observées par Rénon et Dufour, Thibierge et Weissenbach (Soc. méd. des hôpit., 1er juillet 1910).

Les urines sont à peu près normales (Tedeschi); leur toxicité serait accrue d'après Palleri.

Tel est, fort résumé, le tableau clinique de la sclérodactylie; au bout d'un temps généralement assez long, mais très variable suivant les cas, l'affection aboutit à une *cachexie* accompagnée d'impotence plus ou moins complète. A une période un peu avancée, l'aspect des malades, avec leurs téguments rétractés, leurs extrémités déformées, leur masque impassible, la gêne de leurs allures, tout leur ensemble étriqué, ratatiné, figé, est réellement impressionnant. Alibert, s'est jadis appesanti sur cette description de la « scrofule-momie »; Grasset a consacré une fort belle clinique à l'étude de « l'Homme-momie », dont vous trouverez une photographie dans la *Nouvelle Iconographie* de 1896; Brissaud a repris brillamment le même sujet en 1897.

Souvent, et surtout à la période terminale, on voit survenir de redoutables *complications*; certaines maladies infectieuses, en particulier l'érysipèle, la pneumonie, la tuberculose, diverses manifestations cardiaques aboutissant à l'asystolie — tous phénomènes liés peut-être à des localisations viscérales du processus scléreux — des accidents intestinaux (diarrhée), hépatiques, rénaux (albuminurie), respiratoires, etc., viennent fréquemment aggraver la sclérodermie et mettre, de façon plus ou moins brutale, un terme à cette évolution.

Le PRONOSTIC est, dès lors, fort redoutable. De toutes les formes de sclérodermie, la sclérodactylie est certainement la plus grave. Elle peut demeurer stationnaire quelques années, mais elle est fatalement destinée à envahir, de façon progressive, l'ensemble des téguments.

Parfois, la maladie évolue avec rapidité, brûlant en quelque sorte les étapes; c'est ce qui est arrivé dans un cas de Gaucher, Gastou et Chiray, où l'évolution parvint progressivement à son terme en trois mois.

Avec quoi peut-on confondre la sclérodactylie? Parmi les troubles trophiques des extrémités, seuls susceptibles de nous intéresser, je laisserai de côté ceux qui sont dus aux *névrites isolées*, traumatiques ou autres; leur absence de symétrie ne saurait justifier une confusion quelconque.

La *maladie décrite par Maurice Raynaud* en 1862 offre avec la sclérodactylie d'étroites analogies : dans les deux cas sensation du doigt mort, douleurs, troubles paroxystiques dans la coloration des extrémités. Mais il existe, d'autre part, des différences importantes : dans la maladie de Raynaud, le refroidissement des extrémités est la règle; l'asphyxie est plus marquée; le nez et les oreilles sont fréquemment atteints; il n'existe pas d'induration; enfin les troubles trophiques sont essentiellement constitués par de la gangrène et non par des ulcérations et de l'atrophie.

Au surplus, la sclérodermie et la maladie de Raynaud ne sont point si éloignées l'une de l'autre qu'on n'ait pu, avec juste raison, tenter, sinon de les identifier, du moins de les rapprocher. C'est ce qu'a fait Grasset, le premier, d'abord dans un article

du *Montpellier médical* (1878) publié en collaboration avec son interne Apollinario, puis dans la thèse de ce dernier (Montpellier, 1881), enfin, plus récemment dans un mémoire des *Archives générales de médecine* (1904). Un grand nombre d'auteurs : Ball, Hardy, Potain, Vidal, Favier (th. de Paris, 1880), Chauffard, Garrigues (th. de Paris, juillet 1900), Balzer et Fouquet (Soc. fr. de dermat., 4 mars 1904), Claude, Rose et Touchard (Soc. méd. des hôpit., 15 juillet 1907), Dupré, Brissaud et Salin (Soc. neurol., 4 nov. 1909) ont, après lui, insisté, eux aussi, sur les relations étroites des deux syndromes et même sur leur proche parenté.

L'*érythromélalgie*, bien étudiée par Duchenne, Weir-Mitchell, Lannois, se différencie de la sclérodactylie par ses paroxysmes accompagnés de douleurs, de tuméfaction, de rougeur, de chaleur, de sueurs, et aussi par sa localisation prédominante aux membres inférieurs, d'où le nom qu'on lui donne aussi de « pied suant douloureux ».

Dans le *rhumatisme chronique fibreux*, la peau peut encore glisser sur les plans sous-jacents; taches pigmentaires, ulcérations et cicatrices font défaut; les douleurs sont vives. Wilks, Favier, Dercum, Vincent ont vu cependant la sclérodactylie succéder à un rhumatisme poly-articulaire; Claude, Rose et Touchard soulignent, dans leur cas, sa coexistence avec des arthropathies rhumatismales.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic de la sclérodactylie avec les troubles trophiques des *poliomyélites*. La maladie d'*Aran-Duchenne* est suffisamment caractérisée, par sa griffe, son atrophie musculaire, l'absence de sclérose cutanée et sa marche bien spéciale. — La *sclérose latérale amyotrophique* s'accompagne de tout un cortège spastique qui n'a rien à voir avec la sclérodactylie. — La *syringomyélie* mérite de nous retenir un peu plus longuement, à cause d'une de ses formes, la maladie de Morvan, où dominent les troubles trophiques des doigts; mais l'atrophie musculaire, la présence de panaris indolores et surtout la dissociation syringomyélique de la sensibilité, caractérisent surabondamment la myélopathie. D'ailleurs sclérodactylie et maladie de Morvan peuvent se trouver associées; c'est ce qui est arrivé dans un cas de Brissaud (Soc. neurol., 4 juillet 1900).

Il est enfin une maladie trophique d'origine infectieuse, la *lèpre*, que nombre d'auteurs, Zambaco en particulier, ont cherché à identifier avec la sclérodactylie. La lèpre, vous le savez, entraîne, du côté des extrémités, des troubles trophiques un peu analogues à ceux de la sclérodermie; ils s'en distinguent par l'atteinte des sensibilités (hypoesthésies, puis anesthésies) et aussi par la présence des autres manifestations de la lèpre : nodules cutanés, épaississement du cubital dans la gouttière olécranienne, etc.; la présence du bacille de Hansen pourrait, dans les cas douteux, trancher le diagnostic.

Au point de vue anatomique, « l'évolution de la sclérodactylie, dit Brissaud, peut tout ramener à un processus invariable de rétraction cicatricielle ». Il s'agit purement et simplement d'une *hypoplasie du tissu fibreux du derme*. Mais, si la lésion est facile à constater et à affirmer, il est plus difficile d'en établir la *pathogénie*. Deux mécanismes ont été surtout invoqués : l'*origine vasculaire* et l'*origine nerveuse*.

1° Pour Vidal, Méry, Dinkler, Wolkers, le point de départ des accidents réside dans les *vaisseaux* et consiste dans un processus d'endopériartérite. Au début, les artérioles de la peau se rétrécissent; le derme et l'hypoderme, mal irrigués, s'altèrent secondairement; la sclérose envahit quelquefois les tissus profonds, les muscles, les os, les viscères.

Cette théorie est basée sur un fait exact, de constatation objective : l'altération du vaisseau. Mais, s'il est bien démontré que la lésion des vaisseaux débute à la fois par les cellules conjonctives périvasculaires et par l'endothélium de ces canaux, reste à savoir si l'altération vasculaire est primitive. Or, il paraît actuellement prouvé que la lésion des vaisseaux et l'oblitération de ces conduits sont plutôt secondaires et résultent de la compression exercée sur les vaisseaux par le tissu fibreux ambiant. En effet, la sclérose des téguments n'est nullement proportionnée à l'altération des vaisseaux, et l'on observe parfois, au lieu d'une oblitération, l'ectasie des artérioles (Thomas et Leredde). L'oblitération vasculaire serait donc la conséquence, et non la cause, de la sclérose du derme (Touchard).

2° La *théorie nerveuse* a contre elle les constatations anatomo-pathologiques; il n'existe, en effet, dans la sclérodermie, aucune lésion nerveuse appréciable : du côté des centres nerveux on n'a jamais trouvé d'altérations; quant aux lésions des nerfs périphériques, elles sont inconstantes, peu prononcées et tardives, par conséquent secondaires. Mais, à défaut des lésions anatomiques, ne peut-on admettre l'influence d'un simple trouble fonctionnel du système nerveux trophique sur la paroi des vaisseaux, et pourquoi ne pas considérer, avec Schwartz, la sclérodermie comme une manifestation angiotrophoneurotique?

Raymond, dans ses *Leçons cliniques* de 1896 (t. III), a groupé, en faveur de l'origine nerveuse, toute une série d'arguments. Tout d'abord l'étiologie de la sclérodactylie se rapproche beaucoup de celle des neuropathies. De plus la présence de troubles vaso-moteurs et sécrétoires (accès sudoraux, crises diarrhéiques) pèserait en faveur d'un trouble nerveux. Le système nerveux est, d'autre part, le seul à pouvoir commander tous les troubles trophiques qu'on rencontre dans la sclérodermie, depuis la sclérose cutanée et l'atrophie musculaire jusqu'aux manifestations plus exceptionnelles telles que les panaris, les résorptions osseuses, l'hémiatrophie faciale ou linguale. Enfin la symétrie des lésions est un dernier et capital argument en faveur de la même théorie.

Brissaud, dans ses leçons de 1899, s'élève également contre l'origine vasculaire de la sclérodactylie; en faveur de l'origine nerveuse, et en plus des arguments précédents, il fait valoir la disposition métamérique ou radiculaire de la sclérodermie dis-

séminée, de la sclérodermie en bandes. Il incrimine surtout les centres médullaires ou les racines spinales du sympathique.

Quelle que soit l'opinion adoptée, que l'on admette un processus primitivement vasculaire ou nerveux, il faut maintenant rechercher quelle en est la *nature*. En dehors de Vincent qui rattache la sclérodactylie au rhumatisme (Soc. méd. hôp., 8 juin 1906), la plupart des auteurs font intervenir ici la théorie récente de l'auto-intoxication par troubles dans le fonctionnement des glandes vasculaires sanguines; mais ils sont loin de s'entendre sur le choix de la glande adultérée et sur le sens de l'adultération. Les uns incriminent un fonctionnement anormal, exagéré ou insuffisant, du corps thyroïde; Singer, en 1894, a soutenu cette manière de voir, qui fut adoptée par Samouilson dans sa thèse (en 1898), et Raymond invoque à la fois, en faveur de cette opinion, les analogies de la sclérodermie avec le myxœdème et son association possible avec la maladie de Basedow. Par contre, Strumpell, Roux et Lafond (thèse de Paris, 1902), admettent une origine hypophysaire et rapprochent la sclérodermie de l'acromégalie. Pour Claude, Rose et Touchard, ce sont les surrénales qui interviennent, ce qui explique d'une part la production de la sclérose, et, d'autre part, la présence fréquente de la mélanodermie.

Touchard, qui a fort bien discuté toutes ces questions dans sa thèse, admet, pour des raisons tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, une insuffisance pluriglandulaire, et cette opinion a été récemment confirmée par Dupré, Kahn et Knapp. Voici d'ailleurs, les conclusions de Touchard :

« Les altérations des glandes vasculaires sanguines sont très fréquemment observées, soit cliniquement, soit anatomiquement, au cours de la sclérodermie généralisée ou progressive. L'examen des faits ne permet pas d'attribuer à une seule glande vasculaire sanguine l'ensemble des symptômes observés dans les sclérodermies. Toutefois il est possible que la sclérodermie généralisée et la sclérodermie progressive soient dues à des troubles simultanés de plusieurs glandes vasculaires sanguines.

... Nous sommes donc conduit à concevoir ainsi la marche des lésions : présence d'un agent sclérogène apporté par le sang, déterminant à la fois des lésions des vaisseaux sanguins, et, autour d'eux, une irritation périvasculaire se traduisant par l'apparition de cellules conjonctives jeunes. Ces cellules donnent naissance à du tissu fibreux de plus en plus dense, qui finit par étouffer mécaniquement les vaisseaux sanguins et les terminaisons nerveuses. On arrive ainsi à la fibrose du derme et de l'hypoderme qui caractérise la sclérodermie. Et l'on comprend ainsi les variations qui existent entre les descriptions des différents auteurs, les différents cas observés représentant les divers stades de l'évolution que nous venons d'esquisser. »

Deux sortes de TRAITEMENTS ont été institués contre la sclérodermie : 1° un traitement général, qui s'attaque à la cause présumée de la maladie; 2° un traitement local, s'adressant surtout à la lésion cutanée.

1° Le choix des *moyens internes* varie, suivant la pathogénie que l'on adopte, et on a successivement essayé : la médication antirhumatismale, représentée par le salicylate de soude — les agents nervins, en particulier la valériane, la belladone, le bromure de potassium, le sulfate de quinine — les médicaments vasculaires, comme l'iodure de potassium, la fibrolysine, que mon collègue Vedel a eu l'occasion d'utiliser avec succès dans deux cas; la thiosinamine que l'on prescrit en solution alcoolique à 15 p. 100 et dont on injecte une demi-seringue de Pravaz — et surtout le traitement thyroïdien, utilisé avec des résultats d'ailleurs fort variables par Brissaud, Osler, Sachs, Haskovec, Ménétrier et Bloch, Constantin et Larat, Claude, Touchard et Rose, de Beurmann et Laroche. Lancereaux a obtenu un succès en administrant 50 centigrammes à 4 grammes d'iodothyrine par jour pendant 4 mois. Cette médication donne, toutefois, de meilleurs résultats dans la forme diffuse ou œdémateuse que dans la forme extensive, dans la sclérodactylie; or, comme la première forme est susceptible de guérir toute seule, les effets du traitement thyroïdien peuvent, en définitive, paraître discutables.

En dehors de toute considération pathogénique, il sera bon de faire suivre aux malades un traitement général tonique; on prescrira donc le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue, les glycérophosphates, l'arsenic. Millard a récemment souligné (*Soc. méd. hôp.*, 2 juillet 1905) l'efficacité de l'arrhénal.

2° Le *traitement externe*, ou *local*, consiste en massages, bains de vapeur, bains de son, d'amidon, bains et douches sulfureux, douches ordinaires, pointes de feu rachidiennes, électrisation (courants continus, bains électriques), radio ou radiumthérapie. — Parmi les stations thermales dont les sclérodactyliques peuvent retirer quelque bénéfice, signalons, pour terminer, Luchon, Aix, Lamalou, les boues de Dax, de Saint-Amand et de Balaruc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1911)

Contribution expérimentale à la physiologie du sommeil. — MM. H. LEGENDRE et H. PIÉRON. De nombreuses expériences permettent aux auteurs de conclure qu'il existe, dans le plasma cérébral, le sang et surtout le liquide céphalo-rachidien des chiens soumis à l'insomnie, une propriété hypnotoxique, disparaissant par chauffage à 65 degrés qui provoque à la fois le besoin impérieux de sommeil et les altérations cellulaires correspondantes, localisées dans les grandes pyramidales et les cellules polymorphes du lobe frontal.

Sur la peste des écrevisses du lac de Nantua. — M. Raphaël DUBOIS. La maladie appelée « peste des écrevisses » qui a sévi ces vingt dernières années sur le lac de Nantua a été produite par une levure : *Rhabdomyces Duboisii*; elle a remonté les cours d'eau depuis la mer jusqu'au barrage du Merloz où elle a été arrêtée par le barrage. Elle paraît avoir

été transmise par des poissons qui n'en meurent pas et ne doit être confondue ni avec les affections dues au bacille d'Hofer, ni avec celui de Bataillon et de Dubard, ni avec la lépidorthrose des poissons.

La dépense énergétique dans la marche. — M. Jules AMAR. La dépense énergétique de la marche est fonction des facteurs vitesse, rythme, oscillations du corps, déplacement du centre de gravité; elle n'obéit pas à des lois simples. Le port d'un fardeau, tel que le havre-sac du fantassin, l'augmente très sensiblement. La vitesse horaire de 4km500 est la plus *économique*; elle convient comme *limite* au cas d'un homme chargé de 7kg300 et correspond à un supplément de dépense d'environ un quart. En d'autres termes, si un homme non chargé peut parcourir 50 kilomètres par jour, il n'en ferait que 35 au plus sous la charge indiquée.

Sur l'autolyse musculaire d'origine pathologique. — M. PIETTRE.

Sur le ferment bulgare. — M. Jean EFFRONT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1911)

La vaccination antityphoïdique. — M. LE PRÉSIDENT invite M. Vincent à donner lecture des conclusions de son rapport.

Au moment de passer au vote, M. DELORME fait observer que, dans cette discussion, en dehors des conclusions de la commission, il y a d'autres conclusions proposées par d'autres membres, par M. Chauffard et par lui. Il demande que ces conclusions soient également soumises au vote.

M. CHAUFFARD déclare se rallier absolument aux conclusions de la commission.

M. Delorme est invité à donner lecture de ses conclusions (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 13, p. 183).

Ces conclusions, mises aux voix, sont repoussées par une vingtaine de voix contre sept qui ont proposé de les adopter.

Les conclusions de M. Vincent (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 10, p. 1141) sont alors mises aux voix et adoptées.

Il est vraiment regrettable que, lorsqu'il s'agit de voter des conclusions de cette importance, il y ait si peu de membres qui assistent à la séance.

Réactions hématiques du benzinisme professionnel. — M. HAYEM communique les conclusions d'un travail de MM. Agasse-Lafont et F. Heim sur ce sujet.

Les ouvriers et ouvrières exposés à l'action des vapeurs de benzine ne présentent que des modifications hématiques légères et de peu de durée.

Les hématies et la quantité d'hémoglobine ne sont pas touchés. La quantité de globules blancs et la formule leucocytaire restent normales, sauf une éosinophilie presque constante, précoce, modérée et stationnaire, qui n'est d'ailleurs que momentanée, de telle sorte que lorsque l'ouvrier est mis à l'abri de cette influence nocive, son sang revient, en quelques semaines, et dans tous ses caractères, à l'état normal.

L'existence d'une éosinophilie collective chez un ensemble de professionnels exposés à l'action de la benzine, permet de conclure à l'imprégnation de leur organisme par le toxique, mais ne fournit aucune indication sur l'ancienneté de l'intoxication ou son degré.

La vaccination dans les colonies. — M. KERMORGANT fait sur ce sujet un rapport d'où il résulte que de très nombreuses vaccinations ont été pratiquées dans les diverses colonies avec une proportion de 90 à 95 p. 100 de succès. Il faut se féliciter de ces bons résultats.

Quelle est l'importance médico-légale de la conservation du glycogène hépatique? — M. A. BRAULT. Lacassagne pense qu'à défaut de tout renseignement sur les conditions de la mort, l'épreuve de la docimasie hépatique peut seule indiquer s'il y a eu agonie, si la mort a été lente ou rapide. C'est-à-dire que la persistance du glycogène hépatique serait une indication de mort brusque et qu'inversement, lorsque la disparition du glycogène est constatée, on pourrait en inférer que le malade est mort soit d'épuisement, soit d'une affection aiguë terminée par agonie. Dans ce dernier cas, les réserves glycogéniques seraient toujours complètement épuisées.

Cette doctrine ne peut être acceptée sans réserve, car si le glycogène est si rarement mis en évidence, c'est que, dans les conditions défectueuses où se pratiquent habituellement les expertises, sa disparition est la conséquence inévitable des phénomènes fermentatifs et réducteurs qui se produisent *post mortem*. Le développement de ces phénomènes est variable, beaucoup moins accusé lorsque la température extérieure est basse et dans certaines conditions dont nous connaissons mal le déterminisme.

Plusieurs observations démontrent que le glycogène intracellulaire a résisté à l'action destructive de maladies aiguës (pneumonie, grippe), d'affections chroniques (tuberculose), de modifications lentes du foie (foie cardiaque, cirrhoses variées).

Il résulte de l'exposé des faits que le glycogène hépatique n'est pas *constamment* détruit au cours des maladies chroniques et qu'il ne disparaît pas *nécessairement* pendant la période agonique des maladies aiguës.

Aussi, avant de conclure à la certitude d'une mort subite ou d'une mort rapide, lorsque l'examen histo-chimique aura démontré la persistance du glycogène dans le foie, devra-t-on s'enquérir des conditions dans lesquelles les organes ont été recueillis.

Epithélioma cylindrique intracervical de l'utérus. — M. SIREDEY fait une communication sur ce sujet. Il rappelle combien cette affection est d'un diagnostic difficile, ses symptômes différant très peu de ceux de la métrite hémorragique. Toutefois, s'il y a dans les deux affections des pertes séro-sanguinolentes, il y a généralement plus de vraies hémorragies dans l'épithélioma. Au lieu de nodosités multiples, comme dans la métrite, il n'y a qu'une seule nodosité dans l'épithélioma. Mais pour mieux assurer le diagnostic, qui a une grande importance au point de vue du traitement, M. Siredey est d'avis que l'on ait recours à la biopsie, c'est-à-dire à l'examen microscopique d'un fragment de la nodosité suspecte.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Sebileau sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1911)

La cholestérinémie au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. CHAUFFARD, Ch. RICHET fils et GRIGANT ont observé que le dosage de la cholestérine du sérum donne des résultats très différents chez les tuberculeux, suivant qu'ils sont apyrétiques ou fébriles. Dans le premier cas, la cholestérinémie reste normale. Elle est plus ou moins abaissée dans le second, et d'autant plus que l'état général est plus grave et la fièvre plus élevée. Les chiffres les plus bas (0,40 et 0,50) ont été trouvés dans un cas de tuberculose pulmonaire et osseuse avec dégénérescence amyloïde.

L'hypocholestérinémie a donc la valeur d'un élément de pronostic chez les tuberculeux. Elle accompagne les poussées

évolutives de l'infection, s'aggrave avec leurs progrès, disparaît avec leurs rémissions.

L'ingestion d'huile de foie de morue, loin d'augmenter le taux de la cholestérinémie, semble plutôt l'abaisser.

Dosage du pouvoir antitryptique du sérum sanguin. — MM. ACHALME et STÉVENIN communiquent une méthode simple, basée sur l'emploi du lait comme réactif et ne nécessitant qu'une quantité minime (deux ou trois gouttes) de sérum.

L'hérédo-contagion des spirilloses. — D'après les recherches de M. L. NATTAN-LARRIER, les spirilles de la fièvre récurrente, qu'il s'agisse du spirille d'Obermeier ou du spirille de Dutton, peuvent passer de la mère au fœtus. Cette hérédo-contagion ne s'observe que dans 80 p. 100 des cas environ. Les spirilles qui parviennent à franchir le tissu placentaire sont toujours peu nombreux, mais ils conservent toute leur virulence. L'infection fœtale se réalise plus facilement lorsque la spirillose maternelle est intense et prolongée. Lorsque la grossesse est à son début, l'infection héréditaire est plus massive et provoque souvent la mort du fœtus.

Action du traitement bromuré associé à la déchloruration. — MM. SARVONAT et CRÉMIEU (de Lyon) ont recherché expérimentalement comment s'explique l'activité plus grande que possède le traitement bromuré quand on l'associe à la déchloruration. Deux chiens, l'un soumis au régime déchloruré, l'autre à un régime fortement salé, reçoivent une même quantité de bromure; un dosage rigoureux pratiqué dans les centres nerveux de chacun d'eux montre que les tissus de l'animal déchloruré ont fixé deux fois plus de brome que ceux du témoin. En employant dans une expérience analogue l'iodure à la place du bromure, les auteurs ont pu déceler dans les viscères de l'animal déchloruré près de quatre fois plus d'iode que dans ceux du témoin. Ils concluent que la déchloruration facilite la fixation du brome et de l'iode dans l'organisme; que par cette fixation s'explique l'hyperactivité toxique et thérapeutique du bromure dans ces conditions; qu'il y aurait lieu enfin d'étendre les applications thérapeutiques de la déchloruration à l'emploi du traitement ioduré.

M. LINOSSIER rappelle les recherches antérieures de Nencki, de Richet et Toulouse.

Existence de microorganismes dans le cervelas et la saucisse. — Après avoir constaté l'existence de microorganismes dans l'intérieur du pâté et du saucisson, M. MAUREL a fait les mêmes recherches sur le cervelas et la saucisse, et il a trouvé les mêmes résultats, quelle qu'ait été la provenance de ces charcuteries (Toulouse, Paris ou Lille).

Pour ces deux dernières charcuteries, il a trouvé le plus souvent le staphylocoque blanc ou doré ou une de leurs modifications; et, de plus, pour la saucisse, dans quelques cas, le colibacille.

L'existence de microorganismes dans l'intérieur de ces charcuteries permet de supposer qu'ils y ont pénétré au moment de leur confection.

ANALYSES

MÉDECINE

Hydrocéphalie ventriculaire, séquelle d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques. Rapports de l'hydrocéphalie et des méningites aiguës. (MM. HARVIER ET G. SCHREIBER. *Soc. de Pédiatrie*, 15 nov. 1910.) — A l'occasion d'un cas d'hydrocéphalie ventriculaire survenue chez un nourrisson, deux mois après la guérison clinique d'une méningite à méningocoques, et terminée par la mort, les auteurs abordent l'histoire des hydrocéphalies consécutives aux méningites.

Il faut distinguer tout d'abord un syndrome d'*hydrocéphalie aiguë*, concernant des méningites à forme hydrocéphalique, et des *hydrocéphalies vraies*, constituées par une dilatation des ventricules, par un excès de liquide céphalo-rachidien, de composition normale.

A la suite des méningites cérébro-spinales on trouve signalées deux variétés d'hydrocéphalie : les *hydrocéphalies passagères*, guérissant par la ponction lombaire, bien étudiées par Concetti, et des *hydrocéphalies permanentes et progressives* : le mécanisme de ces dernières est difficile à préciser; peut-être résultent-elles d'une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, peut-être aussi d'un obstacle mécanique à la circulation de ce liquide. Les hydrocéphalies relevant du premier mécanisme rentreraient dans la catégorie des méningites à forme hydrocéphalique, par inflammation aiguë de l'épendyme; les hydrocéphalies par *rétention* constitueraient la *véritable séquelle* plus ou moins tardive de la méningite, la rétention étant réalisée par l'oblitération des orifices de communication des ventricules avec les espaces arachnoïdiens, soit plus souvent peut-être par l'oblitération des espaces périvasculaires de l'épendyme, gênant la circulation du liquide vers les méninges. L. BABONNEIX.

La fonction rénale chez les cardio-cirrhotiques. (*La Pediatria*, 1910, n° 7.) — I. Luna ayant étudié les urines chez des enfants dont le foie était altéré par suite d'une lésion tuberculeuse évoluant dans le péricarde ou le péritoine, étude faite par la recherche des chlorures et du Δ cryoscopique, est arrivé aux conclusions suivantes.

On peut constater deux états différents suivant qu'il y a ou non production d'épanchement. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'il y a épanchement, les urines sont rares et leur teneur en NaCl est minime. En pareil cas, si l'on administre des diurétiques, les urines deviennent plus abondantes, et la diurèse totale augmente avec un accroissement presque exclusif des éléments chlorurés. Dans le second cas la quantité quotidienne des urines n'est pas très influencée par les diurétiques, mais la diurèse totale augmente par accroissement de la diurèse achlorurée. Ces faits démontrent que l'état rénal n'est pas altéré.

La rareté des urines, le très faible pourcentage du NaCl éliminé, s'explique par la tendance à la rétention des chlorures spéciale aux affections tuberculeuses, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'épanchements. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les colites hémorragiques. (Albert MATHIEU. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, nov. 1910.) — Les colites hémorragiques doivent être différenciées des colites dysentériformes, dans lesquelles il n'y a le plus souvent qu'une très minime émission sanguine. Elles peuvent se présenter en clinique suivant plusieurs modalités.

1° *Hémorragies au cours des colites dysentériformes aiguës* : il est possible de distinguer dans cette catégorie une forme légère, une forme grave, une forme avec melæna.

2° *Hémorragies au cours des colites ulcéreuses chroniques* : le diagnostic de ces formes se pose le plus souvent grâce au rectoscope.

3° *Hémorragies au cours de la colite muco-membraneuse* : il peut s'agir de simples hémorragies isolées, ou d'hémorragies au cours d'une poussée dysentériforme.

Le *diagnostic* de ces colites hémorragiques est parfois assez difficile, spécialement avec les hémorragies liées, à la polypose de l'intestin, à la tuberculose intestinale ulcéreuse, à certains cancers.

Comme *traitement*, M. Mathieu, suivant les cas, préconise les lavements faibles de nitrate d'argent 0,20 p. 1000, le Kho-Sam, enfin les pansements locaux (dermatol) effectués à l'aide du rectoscope. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Le traitement des fractures de l'humérus intéressant la gouttière du radial. (Rexwald BROWN. *California state journal of medicine*, août 1910, vol. VIII, n° 8, p. 261.) — Les frac-

tures du corps de l'humérus dans 5 à 8 p. 100 des cas intéressent le nerf radial; il se produit une paralysie se traduisant par l'impossibilité d'étendre les doigts sur la main, la main sur le bras, la perte de la supination, et la diminution de la sensibilité du dos de l'avant-bras. Cette paralysie peut être primitive, soit que le nerf soit seulement comprimé, contusionné par un des fragments, l'inférieur en général, soit qu'il soit partiellement ou complètement sectionné, ou bien elle est secondaire, ne se produisant qu'au bout de plusieurs jours ou plusieurs semaines; il s'agit alors de compression par le cal : tantôt c'est un simple soulèvement du nerf qui se coude, une compression par une pointe aiguë, tantôt il y a un véritable englobement du nerf, entouré complètement de tissu osseux. Dans beaucoup de manuels de chirurgie on conseille l'expectation dans le traitement de la paralysie primitive, dans l'espoir qu'il ne s'agit que d'une contusion et que la guérison se produira d'elle-même.

L'auteur s'élève contre cette manière de faire, et montre que,plus on attendra pour intervenir,plus les fonctions seront lentes à se rétablir et se rétabliront incomplètement.

Avec deux observations personnelles à l'appui, il montre comment il faut se conduire : dès que le gonflement a diminué, six ou huit jours après le traumatisme, on opère; les fragments osseux sont juxtaposés et suturés, le nerf découvert et, s'il est sectionné, ses extrémités suturées par des fils ne prenant que la névroglie, ou placées dans un tube de gélatine; le nerf est de plus entouré d'un lambeau de muscle pour éviter la compression secondaire par un cal. Dans les deux cas la restauration de la sensibilité comme des fonctions a été complète en six à huit semaines. M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique des maladies des enfants. T. IV, *Maladies du cœur et des poumons* (1), par les docteurs MOUSSOUS, BARBIER, GUINON, HALLÉ, ZUBER, A. DELILLE, AUDEOUD et BOURDILLON.

L'ouvrage débute par une description sommaire de l'appareil cardio-vasculaire chez l'enfant normal, description que suit immédiatement l'étude des *maladies congénitales*; vient ensuite l'exposition clinique des diverses cardiopathies valvulaires acquises, ainsi que les troubles du rythme cardiaque et des maladies des vaisseaux (arythmies, asystolie, artérites, phlébites, etc.).

Cette importante partie du volume est l'œuvre du docteur Moussous (de Bordeaux).

Le docteur H. Barbier étudie ensuite les maladies du nez et du larynx, et tout spécialement insiste plus volontiers sur le stridor congénital, les laryngites, le croup et les manifestations laryngées tuberculeuses et syphilitiques.

Une large part est réservée, dans ce volume, aux maladies des bronches, des poumons et des plèvres. Ces différentes affections ont été étudiées, dans un esprit véritablement clinique, par MM. Guinon, Hallé, A. Delille et Zuber. Signalons, à titre d'innovation très heureuse, quelques pages utiles à consulter, concernant des renseignements pratiques pour le *placement des tuberculeux* (établissements, œuvres et institutions diverses à utiliser en France pour la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire).

Le côté thérapeutique est longuement développé à l'occasion de chacune des affections étudiées, mentionnons tout particulièrement, à ce point de vue, le traitement des pleurésies, surtout des *pleurésies purulentes*.

L'ouvrage se termine par l'exposé des maladies du médiastin. On y trouvera un exposé très complet de toutes les acquisitions récentes relatives à l'*hypertrophie du thymus*, ainsi qu'une étude très consciencieuse de l'adénopathie trachéo-bronchique, de la coqueluche et de l'asthme; cette dernière partie est l'œuvre de MM. les docteurs Bourdillon et Audeoud, de la Faculté de médecine de Genève.

De nombreuses figures (103), incorporées au texte, rendent encore plus intéressante la lecture de ce volume, édité avec le plus grand soin et qui continue ainsi très heureusement les trois volumes déjà parus de *La Pratique des maladies des enfants*. L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 700 pages avec 103 figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Leçons de chirurgie de guerre; des blessures faites par les balles des fusils (1), par J.-L. REVERDIN, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

Ce livre est le résumé des leçons de chirurgie de guerre faites par l'auteur depuis 1881 aux médecins militaires de l'armée fédérale. Sous un volume restreint, il donne d'une façon complète l'état actuel de nos connaissances sur les lésions que produisent les projectiles des fusils modernes.

C'est grâce à l'expérience acquise par les médecins militaires dans les guerres les plus récentes, complétée par une expérimentation précise, qu'on est arrivé à dégager des indications précises sur ce sujet. Il en découle des conclusions thérapeutiques du plus haut intérêt. Tous ces points d'une grande portée pratique, le style net et clair du professeur de Genève les met en pleine lumière. C'est ce qui donne à la lecture de son ouvrage un intérêt soutenu. Ce n'est pas seulement aux médecins militaires qu'il s'adresse, mais à tous les médecins qui, dans les conditions sociales actuelles, peuvent être appelés un jour ou l'autre à donner leurs soins aux victimes de la guerre. En écrivant ces pages, dit le docteur Nimier, le professeur Reverdin a été une fois de plus fidèle à la devise chirurgicale : « Etre utile. » M. LANCE.

Psychologie du vice infantile (2), par William VAN BRABANT.

L'auteur étudie d'abord l'histoire du vice infantile dans l'antiquité; cette partie *historique* est certainement l'une des plus *attrayantes* de tout le volume; citons la conclusion de ce premier chapitre : « En général l'on peut dire que le vice infantile dans l'antiquité n'est que l'abus de pratiques considérées comme naturelles en soi... La fin de la morale antique est principalement une recherche du juste milieu... Pythagore donne comme définition du beau et du bien l'*harmonie*. Le vice dans ces conditions n'existe que lorsque cette harmonie est détruite. »

Suivent ensuite des considérations générales très intéressantes, spécialement en ce qui concerne les causes du vice chez l'enfant; et ce chapitre, particulièrement travaillé, est basé sur des statistiques nombreuses et suggestives.

La conclusion naturelle de telles recherches est l'indication des mesures prophylactiques à prendre pour lutter contre les progrès de ce vice infantile, et c'est en raison de l'appel aux législateurs qu'il comporte, qu'il est particulièrement flatteur pour l'auteur d'avoir vu son ouvrage patronné par le ministre d'état belge, M. Jules Le Jeune.

L. BABONNEIX.

(1) In-12 de 224 pages avec 7 planches en phototypie. — Paris Félix Alcan.

(2) Paris, Félix Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNE PULMONAIRE (1)

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Exceptionnelle chez l'enfant, la gangrène pulmonaire est surtout fréquente chez l'adulte.

Pour qu'il y ait gangrène, il faut l'association des 2 processus, nécrose et fermentation : ce processus peut être dissocié (lésion locale secondairement infectée), il peut être simultané, et c'est là le cas le plus fréquent.

Deux grands processus président à la pathogénie de la gangrène du poumon : la voie embolique, la voie aérienne. Les microbes peuvent également atteindre le poumon directement par effraction (plaie de poitrine).

Il importe en outre de signaler l'importance de *causes prédisposantes* : parmi celles-ci il faut retenir, la misère, toutes les causes de débilité, l'inhalation de gaz irritants (Jaccoud), les états diathésiques (spécialement *diabète* et alcoolisme), les infections aiguës (rougeole, fièvre typhoïde, grippe, etc.). Cependant la gangrène peut éclater chez des sujets robustes, en parfaite bonne santé (*gangrène primitive*).

Les conditions dans lesquelles se réalise cette gangrène sont extrêmement variables ; nous n'insisterons pas sur les gangrènes par effraction ; parmi les gangrènes par voie aérienne, nous signalerons les gangrènes succédant aux broncho-pneumonies de déglutition (consécutives à une paralysie du voile, à un abcès rétro-pharyngien, etc.), à la pneumonie disséquante de Hutinel qui prépare la mortification du parenchyme, à la tuberculose (laryngée, cavernes), aux contusions du thorax, à des lésions de voisinage, cancer de l'œsophage, du médiastin, etc., enfin la gangrène peut compliquer une lésion pulmonaire : *discussion au sujet de la pneumonie* (Grisolle, Andral, Lancereaux) ; est-ce une association, est ce une pneumonie gangréneuse ? L'accord n'est pas fait encore sur ce point, mais le fait est bien admis en ce qui concerne les broncho-pneumonies, les bronchites fétides, la dilatation des bronches, une caverne tuberculeuse, un foyer d'abcès, de kyste hydatique, une lésion de syphilis pulmonaire.

Parmi les causes de gangrène embolique, il faut surtout signaler l'OTITE compliquée ou non de mastoïdite, l'APPENDICITE, et d'autres foyers périphériques à germes gangréneux (lésions osseuses, escarres de décubitus, lésions puerpérales ; enfin les endocardites, les phlébites suppurées).

CLINIQUE. — Les symptômes de la gangrène du poumon sont variables comme les causes qui la déterminent. La gangrène peut en effet survenir d'emblée, c'est alors la *gangrène primitive*, elle peut au contraire venir compliquer une affection en cours, il s'agit alors de *gangrène secondaire* ; l'allure générale peut encore être modifiée d'ailleurs, suivant qu'il s'agit de la forme aérienne massive, ou de la forme embolique.

a. **Gangrène aérienne massive : forme pneumonique.** — Le début en est le plus souvent brusque, quelquefois solennel : il se fait par un point de côté et des frissons, rappelant ceux de la pneumonie : l'erreur de diagnostic est d'autant plus souvent commise d'ailleurs, qu'il existe en même temps, comme dans la pneumonie, une toux pénible, une dyspnée très vive et parfois même une expectoration gommeuse d'abord, puis franchement rouillée ; c'est précisément en raison de ces analogies que l'on a discuté à propos de cette forme, la simple transformation gangréneuse ultérieure, d'une pneumonie franche, banale à son début tout au moins.

Parfois, le début peut être moins violent, moins solennel, rappelant plutôt alors celui d'une broncho-pneumonie.

Quoi qu'il en soit, à cette période, les signes physiques sont peu marqués ; on constate une submatité légère, peu étendue, coïncidant avec une diminution du murmure vésiculaire, quelquefois de gros râles crépitants plus humides et plus inégaux que ceux de la pneumonie, mais ce qui frappe et ce qu'il importe de bien signaler, c'est en opposition avec cette pénurie de signes physiques, la gravité exceptionnelle des symptômes généraux et fonctionnels ; la face est pâle, livide ; les lèvres fuligineuses, la langue rôtie, la peau sèche, les extrémités refroidies. La température atteint et dépasse 40 ; le pouls est très rapide, petit, mou, irrégulier, inégal, avec tendance aux lypothymies. Cette discordance entre le peu d'importance des signes physiques et la gravité des signes fonctionnels permet déjà de suspecter la nature spéciale de l'affection ; parfois la violence excessive du point de côté, une odeur un peu fétide de l'haleine, orienteront encore davantage le diagnostic vers l'hypothèse de gangrène, mais en réalité le symptôme pathognomonique n'apparaît que lorsque se réalise l'évacuation du contenu de l'excavation par les voies respiratoires ; cette évacuation se fait en général sous forme de *vomique*, et dès ce moment, l'HORRIBLE FÉTIDITÉ de l'haleine et des crachats, la constatation des signes physiques d'*excavation* (souffle cavitaire, râles muqueux, gargouillement, etc.), permettent d'affirmer le diagnostic.

EXPECTORATION. — L'expectoration se fait d'une façon intermittente, par vomiques successives, atteignant deux à trois cents grammes en moyenne par vingt-quatre heures ; les crachats ont une couleur rougeâtre, verdâtre quelquefois : la FÉTIDITÉ en est atroce : c'est d'ailleurs là le vrai *signe pathognomonique*. Depuis TRAUBE, on décrit minutieusement les caractères de cette expectoration déposée dans un verre à expérience : elle se sépare en trois couches : une couche superficielle, mousseuse, avec du muco-pus et des flocons grisâtres ; une couche moyenne, transparente, séro-albumineuse, tenant en suspension des flocons de mucine ; une troisième couche au fond du verre, constituée par un pus opaque, épais, contenant des fragments de parenchyme pulmonaire : le microscope montre, dans cette couche, des leucocytes et des hématies plus ou moins altérés, des granulations graisseuses, des cellules épithéliales et des pelotons brunâtres, connus sous le nom de *bouchons de Dittrich*, constitués par des cristaux d'acide margarique, de la graisse, des bactéries (*anaérobies déjà étudiés*).

Cette expectoration est parfois intermittente, par suite d'obstructions temporaires de la bronche dans laquelle s'ouvre le foyer gangréneux ; la fétidité s'atténue parallèlement, ou même disparaît alors momentanément, et c'est ainsi que s'expliquent sans doute les faits signalés par Charcot et Lebert, de gangrène pulmonaire non fétide, chez les diabétiques.

Il importe de signaler aussi la fréquence des HÉMOPTYSIES, répétées et très abondantes, et d'une extrême importance.

L'état général n'est nullement amélioré à la suite de la vomique : les symptômes d'intoxication se précisent et s'accusent, la toux est incessante et s'accompagne de vomissements, exagérés encore par la fétidité des crachats qui incommode le malade lui-même ; il existe de la diarrhée, le facies est pâle, la langue sèche, la température élevée sans rémissions matinales, le pouls faible, inégal ; il y a quelquefois du délire.

Une *complication* peut survenir, qui emportera le malade (*extension* de la gangrène aux espaces intercostaux, hémoptysie foudroyante, pneumothorax). La mort peut enfin survenir dans le collapsus et l'adynamie, en huit à dix jours, quelquefois plus lentement ; il est exceptionnel de noter la guérison, en dehors des formes très strictement localisées.

b. **Forme embolique : forme pleurétique.** — Cette forme s'observe surtout chez l'enfant, au cours d'une *otorrhée fétide* : elle présente un début en général dramatique, et son évolution clinique se confond le plus souvent avec la forme pleurétique de la gangrène, telle que la décrivaient à part Corbin et Bucquoy. Ce type pleurétique résulte en effet d'une localisation superficielle corticale du foyer embolique gangréneux : pour Hayem et Debove la gangrène pleurale pourrait être cependant quelquefois primitive. Le début se fait par un point de côté violent, une dyspnée vive, une toux quinteuse ; rapidement, l'on constate l'apparition d'un épanchement pleural abondant : la ponction permet de retirer un liquide purulent, FÉTIDE, contenant des débris du tissu pleuropulmonaire sphacélé : exceptionnellement l'haleine et les crachats sont fétides ; par contre très fréquent est le *pyo-pneumothorax* : tantôt initial, il est suivi alors de pleurésie suraiguë rapidement mortelle, tantôt tardif, il est alors souvent circonscrit par des adhérences pleurales antérieures, et comporte alors un pronostic moins sévère. A côté de ce type pleurétique, il faut décrire une forme embolique à noyaux multiples disséminés, d'un pronostic toujours réservé. *(A suivre.)*

(1) Suite. — *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 22, p. 324.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 26. — SAMEDI 4 MARS 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 4 MARS 1911. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — — Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Lermoyez, Lombard, Monod, Darier, Josué et Sébileau.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourquelot, Béhal, Meillère, Villejean, Duménil, Thabuis et Carette.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est provisoirement composé de Mme Peltier et M. Saintu (qui acceptent), MM. Guillier, Biard et Recht (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

GUERRE. — Service de santé. — Sont nommés :

Médecin principal de première classe. — M. Véron est nommé directeur du service de santé du 2e corps d'armée.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Brousse est nommé médecin chef de l'hôpital Villemanzy, à Lyon; Toubert, passe à Casablanca.

Médecins majors de première classe. — MM. Odile, passe à l'hôpital Villemanzy à Lyon; Astier, à l'hôpital Saint-Martin de Paris; Eymery, à Limoges; Drely au 45e d'art.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Muller (de Saint-Quentin), Thomas (du Raincy).

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Frumusan et Large (de Paris), Lepaître (de Bessancourt), Rosenthal (de Paris).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Gorse (de Villiers-sur-Marne), Léard (de Montrouge), Lucius et Maurice (de Paris), Mazière (d'Aurillac), Noulette-Grangée (de Champigny-sur-Beauce), Ozanne (de Paris), Pallegoix (de Saint-Mandé), Puech (d'Aurillac), Robin (de Paris), Tournier (de Vic-sur-Cère).

CONGRÈS INTERNATIONAL DES PATHOLOGISTES A TURIN. — La « Società Italiana di Patologia », dans sa séance du 30 septembre 1909 à Modène, a décidé d'inviter les pathologistes à une réunion internationale à Turin, en 1911, à l'occasion des fêtes jubilaires de l'indépendance italienne.

La réunion aura lieu dans l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Turin du 2 au 5 octobre.

Le bureau du Congrès est installé à l'Institut de pathologie générale, corso Raffaello, 30, à Turin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Innocencio-Augustin-Félix-Louis Orfila, doyen des agrégés de la Faculté de médecine de Paris qui vient de mourir au château de Chemilly près Langeais où il s'était retiré depuis de longues années.

Né le 29 juillet 1827 à Madrid, M. Louis Orfila était le neveu de l'illustre Orfila et le fils d'un député aux Cortès qui rendit de grands services à la ville de Madrid en dotant notamment la ville des belles sources qui l'alimentent actuellement. Il avait épousé la fille de Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Naturalisé français, il fit sa médecine et fut nommé agrégé dans la section de chimie en 1852-1853, dans une promotion brillante qui comptait Aran, Bouchut, Lasègue, Delpech, Gubler, Broca, Pajot, Verneuil, Follin et Segond père.

Louis Orfila a publié un certain nombre d'ouvrages parmi lesquels il faut citer un *mémoire sur l'élimination des poisons* (1852), couronné par l'institut en 1855, et des *Leçons de toxicologie* professées à la Faculté de Paris en 1859.

Il était chevalier de la Légion d'honneur.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (service de M. le professeur Pierre Marie). — Conférences sur les méthodes d'examen clinique du malade au point de vue neurologique, par MM. les docteurs O. Crouzon, André Léri, professeur agrégé de la Faculté, et Ch. Foix, interne du service, médaille d'or.

Ces conférences constituant un enseignement élémentaire et essentiellement pratique, avec présentation de malades, auront pour but d'exposer les principales méthodes d'examen neurologique, et porteront notamment sur les sujets suivants :

Examen des principaux réflexes;

Examen de la sensibilité;

Recherche des troubles oculaires dans les maladies nerveuses;

Examen clinique des principaux syndromes (hémiplégie, paraplégie, ataxie, etc.).

Ces conférences commenceront le lundi 6 mars, à dix heures et demie du matin, et seront continuées les samedis et lundis suivants, à la même heure.

Elles auront lieu à l'amphithéâtre de l'école des infirmières, à la Salpêtrière.

Les conférences sont gratuites. Elles sont ouvertes aux étudiants et docteurs français et étrangers.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Enseignement clinique élémentaire a l'usage des étudiants en médecine de première année. — Les étu-


ELIXIR DE VIRGINIE
Il n'existe qu'un 1 seul ÉLIXIR de VIRGINIE
Littérature et Échantillons gratuits au Corps Médical.
Pharmacie MORIDE 20, rue de La Rochefoucauld PARIS
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
Il porte TOUJOURS la signature de garantie :
NYRDAHL

diants en médecine de première année sont, à dater du 1er mars 1911, admis à l'enseignement élémentaire de la clinique générale médicale et chirurgicale, dans les services hospitaliers désignés ci-dessous; leur nombre pour chaque service ne pourra dépasser douze.

Médecine générale. — Docteurs Béclère et Decloux (hôpital Saint-Antoine, salles Grisolle et Magendie). — Tous les jours, à neuf heures et demie, exercices pratiques d'examen des malades et d'exploration des organes internes, spécialement à l'aide de la percussion et de l'auscultation, contrôlées et complétées par la radioscopie.

Docteur Bergé (hôpital Broussais, salle Lasègue). — Tous les jours, visite dans les salles, à neuf heures et demie.

Tous les samedis, à dix heures (à partir du 25 février), leçon clinique d'une demi-heure environ sur un symptôme, un syndrome ou signe physique, choisi parmi les plus généraux et les plus importants de la pathologie (auditeurs en nombre illimité).

A l'issue de cette leçon, revue dans les salles des malades offrant le symptôme ou signe décrit dans la leçon (assistance limitée aux douze bénévoles qui, au cours de cette visite, seront individuellement exercés à rechercher et à interpréter le symptôme en question).

Docteur Hirtz (hôpital Necker, salles Chauffard et Delpelch). — Tous les matins, visite et examen des malades.

Les mardis, à dix heures, études radioscopiques, par le docteur Lesage.

Les mercredis, à dix heures, examen de deux malades avec discussion du diagnostic et du traitement.

Les vendredis, à dix heures, examen des malades nouveaux; démonstrations cliniques et thérapeutiques.

Docteur Le Noir (hôpital Saint-Antoine). — Tous les matins, examen des malades avec exercices individuels des bénévoles.

Docteur de Massary (hôpital Andral, boulevard Macdonald, métropolitain Opéra-Villette). — Tous les matins, à dix heures, visite des malades.

Les mardis et samedis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Docteur Mosny (hôpital Saint-Antoine). — Tous les jours, visite des malades, exercices individuels des bénévoles (leur nombre est limité à six).

Docteur Pissavy (hôpital Necker, service de la consultation). — Tous les matins, à neuf heures et demie, examen des malades par les bénévoles, sous la direction du chef de service, de son assistant et de l'interne, qui sont tous trois présents à chaque consultation.

Tous les mercredis, à onze heures, présentation de malades alternativement par le chef de service et par l'assistant.

Tous les samedis, à onze heures, courte leçon de thérapeutique élémentaire, étude des médicaments qui sont montrés aux élèves.

Docteur Sergent (hôpital de la Charité). — Tous les matins, à dix heures, enseignement élémentaire au lit du malade.

Chirurgie générale. — Docteur Arrou (hôpital de la Pitié). — Tous les jours, exercices cliniques, assistance aux opérations.

Docteur Broca (hôpital des Enfants-Malades). — Les bénévoles sont exercés aux pansements, à la confection des appareils plâtrés.

Les mardis, jeudis, samedis, à la consultation, ils sont exercés aux explorations d'ordre matériel.

Les mercredis, leçons cliniques.

Docteur Robineau (hospice d'Ivry). — Les lundis, mardis, jeudis, samedis, à dix heures, visite des salles, opérations.

Docteur Savariaud (hôpital Trousseau, nombre des bénévoles limité à six). — Tous les jours, à neuf heures et demie, consultation; le jeudi, à dix heures, consultation d'orthopédie; visite des salles, opérations, les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à dix heures et demie; leçon clinique, le samedi, à dix heures et demie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Nicolas et Rouvière.

1er (oral) : MM. Delbet, Branca et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Sicard; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Aug. Broca et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 14 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Grégoire et Chevassu.

1er (oral, 1re série) : MM. Pozzi, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Rémy et Terrien; — (3e série) : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 15 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Branca et Rouvière.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Gougerot.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Nicolas et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Hartmann, Retterer et Couvelaire.

4e : MM. Zimmern, Macaigne et Laignel-Lavastine; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Pierre Duval.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Roger, Marcel Labbé et Lœper; — (2e série) : MM. Marfan, Guillain et L. Bernard; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Morestin et Grégoire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chassevant, Brumpt et Roussy.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Thiéry et Chevassu; — (2e série) : MM. Nicolas, Rémy et Okinczyc.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Tiffeneau; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Branca.

1er (oral) : MM. Hartmann, Legueu et Rouvière.

2e : MM. Gautier, Mulon et Jean Camus.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Widal et Guillain; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust; — M. A. Léri, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 18 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Morestin et Okinczyc;

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Grégoire; — (2e série) : MM. Prenant, Rémy et A. Schwartz. — (3e série) : MM. Nicolas, Thiéry et Lenormant; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Jeudi 16 mars, à une heure. — Mlle Abramovitch. L'ictère et le rôle du foie dans le syndrome. Vomissements à répétition de l'enfance. (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, Nobécourt et Jeannin.) — M. Dulac. Des tumeurs congénitales de la région antérolatérale du cou du fœtus dans leurs rapports avec l'accouchement. (M. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. Ropiteau. Saint-Lazare. Hôpital-prison. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Achard et Gougerot.) — M. Meljac. De la kleptomanie dans la paralysie générale progressive. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Achard et Gougerot.) — M. Le Roy. Sur une épidémie de varicelle anormale. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Achard et Gougerot.) — M. Breher. Eléphantiasis et myxœdème. (MM. Achard, président; Gilbert Ballet, Chauffard et Gougerot.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ANÉMIE PERNICIEUSE APLASTIQUE

Par M. ACCOLAS,
Médecin aide-major au Val-de-Grâce.

L'hématologie a permis, dans ces dernières années, d'éclaircir considérablement la question si complexe des états anémiques.

Tout d'abord, des anémies simples, curables, on sépara d'autres formes à allure clinique grave, à évolution souvent mortelle : le groupe des anémies pernicieuses était constitué. Puis de ce groupe des anémies pernicieuses on isola, il y a une vingtaine d'années, une forme d'anémie bien spéciale, fatalement progressive, où les organes régénérateurs du sang semblent frappés de mort, stérilisés pour ainsi dire : c'est l'anémie aplastique, qui fera le sujet de cette étude.

Après une courte esquisse des anémies en général, qui permettra de mieux suivre cet exposé, nous indiquerons, en quelques mots, l'historique de la question; puis nous verrons quelle idée on peut, à l'heure actuelle, se faire de l'anémie aplastique, d'après les observations publiées et les théories émises.

I

Les anémies en général. — Les anémies sont caractérisées essentiellement par la diminution du nombre des globules rouges (hypoglobulie), et de l'hémoglobine totale, avec ou sans modifications des autres éléments du sang.

Pour permettre de suivre exactement les altérations du sang au cours de ces affections, nous allons rappeler sa composition normale : chez l'adulte on trouve par millimètre cube

Globules rouges	4500000 à	5000000
Hémoglobine		14 p. 100
Valeur globulaire		1
Hématoblastes	300000 à	500000
Globules blancs		8000
Polynucléaires neutrophiles	60 à	65 p. 100
Polynucléaires éosinophiles	2 à	4
Mastzellen	0,25 à	0,50
Lymphocytes	15 à	20
Moyens mononucléaires	15 à	20
Grands mononucléaires et formes de transition	3 à	5

Les globules rouges, d'un diamètre moyen de 7 μ, n'ont pas de noyau, ils ne sont ni granuleux, ni déformés et prennent fortement les colorants acides, éosine ou orange.

Le sang, alcalin, de densité 1,058, se coagule en une dizaine de minutes, donnant un caillot ferme, élastique, très rétractile.

Mais, dans les anémies, le sang se modifie : le nombre des globules rouges diminue plus ou moins, restant parfois presque normal, parfois au contraire tombant à un million ou même plus bas encore. A cela s'ajoutent des modifications de la coloration, de la structure et de la forme des globules rouges, du nombre des autres éléments figurés et de la coagulation, modifications qui varient, d'ailleurs, avec le type de l'anémie.

Classiquement on divise les anémies en :

1° Anémies secondaires ou symptomatiques;

2° Anémies essentielles, idiopathiques, comprenant les anémies pernicieuses, la chlorose et l'anémie pseudo-leucémique.

Mais les maladies essentielles diminuent chaque jour et le groupe des anémies secondaires tend à s'accroître sans cesse au détriment de celui des anémies idiopathiques.

Aussi abandonnons-nous cette classification qui n'indique ni la formule sanguine, ni l'intensité, ni l'évolution, ni le pronostic de l'anémie. Nous préférons la division en :

1° Anémies simples;

2° Anémies pernicieuses ;

qui se base surtout sur l'intensité de l'hypoglobulie et la diminution de l'hémoglobine; sans préjuger en rien de la nature du processus anémique elle indique immédiatement l'intensité et le degré de gravité de l'affection.

Anémies simples. — Les traits saillants des anémies simples sont les suivants :

1° L'*hypoglobulie* descend très rarement au-dessous de deux millions de globules; toutefois dans quelques cas exceptionnels, le nombre des globules rouges est tombé à un million.

2° La *morphologie des globules* reste normale, ou peu s'en faut, et le sang ne contient pas d'éléments anormaux; les globules rouges, peu ou pas déformés, de dimensions normales, renferment rarement des granulations basophiles et ne sont jamais nucléés.

3° Les *organes hématopoïétiques*, enfin, réagissent avec plus ou moins d'activité suivant le degré de l'hypoglobulie, mais sans jamais présenter le trouble profond de la régénération globulaire qui caractérise les anémies pernicieuses : en général la moelle osseuse, active chez le jeune sujet, reste inactive chez le vieillard tant que l'hypoglobulie n'atteint pas deux millions; *toujours la réparation globulaire se fait suivant le mode normal.*

Le pronostic dépend, avant tout, de la cause et l'élément anémie n'intervient qu'à titre secondaire ; si la cause est passagère, sans gravité, le pronostic sera bénin; il sera sévère au contraire si l'anémie provient d'un cancer ou de toute autre maladie grave. Cette bénignité relative de l'anémie simple résulte de sa tendance spontanée à la guérison : supprimons la cause hypoglobulisante, l'anémie s'améliore aussitôt.

Anémies pernicieuses. — Bien différent est le tableau des anémies pernicieuses : ici l'hypoglobulie est extrême et oscille entre deux millions et quelques centaines de mille. L'anémie passe au premier plan, masque l'affection primitive, et influe fortement sur

le pronostic qui dépend en grande partie de la réaction médullaire.

La moelle osseuse peut en effet se comporter de trois façons différentes :

1° La moelle réagit selon le type normal, mais pressée par la nécessité de séparer au plus vite une hypoglobulie intense, elle semble ne pas avoir le temps d'achever, de mûrir les hématies, et, souvent, les lance dans le torrent circulatoire jeunes, encore nucléées, insuffisamment chargées d'hémoglobine. *C'est la réaction orthoplastique ou normoblastique.*

2° L'hypoglobulie est encore plus intense ou dure depuis plus longtemps : la moelle surmenée, profondément modifiée, ne s'en tient plus au mode de réaction normal. Par une sorte de retour atavique, elle reprend en partie son fonctionnement embryonnaire, jetant pêle-mêle dans le sang normocytes et normoblastes, mégalocytes et mégaloblastes, microcytes et microblastes, myélocytes même : *c'est la réaction métaplastique ou mégaloblastique.*

3° La moelle renonce à la lutte, soit qu'une hyperproduction soutenue et excessive ait épuisé sa vitalité, soit que ses éléments normaux aient été étouffés par un tissu anormal qui prolifère pour son propre compte, soit enfin que, frappée d'une sorte de débilité congénitale, ou de mort prématurée, elle ait épuisé ses dernières réserves cellulaires. Aussi comprend-on aisément qu'on ne puisse trouver d'éléments anormaux dans le sang, mais seulement une hypoglobulie extrême qui va toujours en s'aggravant, pour aboutir bientôt à la mort.

Cette forme, connue depuis peu d'années seulement, *c'est l'anémie aplastique.*

II

Historique. — En 1888, Ehrlich, dans les *Charite Annalen*, publiait une observation d'anémie pernicieuse très différente des autres cas connus : il y avait un état hémorragipare, une hypoglobulie extrême sans globules anormaux, avec leucopénie et absence de réaction de la moelle osseuse. Il saisit aussitôt l'importance de ces anomalies, et montra le rôle des hémorragies ainsi que la signification de cette hypoglobulie sans formes anormales, sans éosinophiles, et ses rapports avec l'aplasie médullaire.

L'anémie aplastique était découverte, et, du premier coup son étiologie et ses symptômes étaient indiqués de façon très précise.

Puis le silence se fit sur cette question jusqu'en 1900, année où Muir publia un deuxième cas. Depuis cette date les observations se succèdent, et, tous les ans, des auteurs apportent de nouveaux matériaux pour l'étude de cette affection.

Mais il semble qu'on ait parfois un peu abusé de ce terme d'anémie aplastique, soit dans des cas où le chiffre des globules est resté trop élevé, soit dans des cas où l'examen anatomo-pathologique n'est pas venu confirmer le diagnostic.

Aussi peut-on répartir ces observations en trois catégories :

La *première* comprend des observations douteuses, soit parce que les caractères constatés n'ont pas une netteté suffisante, soit parce que l'examen anatomo-pathologique est absent ou incomplet. Ce sont les observations d'Acuna, de Chauffard, de Dalton en 1904, de Roubier en 1905, de P.-E. Weil (in thèse Houlmann) en 1907, de W. Thomas et Rolleston en 1910, où l'autopsie manque, ou ne comporte pas d'examen des organes hématopoïétiques. Ce sont aussi les observations d'Engel en 1900, de Bloch, de Cade en 1903, de Steinhaus et Stordeur, de Ricca Barberis en 1908.

Un certain nombre de ces observations, celles d'Acuna, de Chauffard, de Bloch, de Steinhaus et Stordeur surtout se rapprochent beaucoup de l'anémie aplastique, par leur évolution et la majorité de leurs symptômes; seules l'absence d'autopsie, ou une évolution écourtée par une mort trop rapide nous empêchent d'admettre ces cas dans le cadre des anémies aplastiques proprement dites.

La *deuxième catégorie* est constituée par des cas très particuliers, où la régénération a été entravée par un tissu anormal implanté dans la moelle osseuse et étouffant le tissu médullaire. L'anérythropoïèse qui existe dans ces cas, ne provient pas de la stérilité de la moelle réduite à l'état de simple amas graisseux : elle résulte, ici, de l'apparition, dans la moelle, d'une réaction surtout lymphoïde, parfois myélocytaire, et constituant un véritable tissu de substitution qui comprime, étouffe et détruit le tissu médullaire normal. Il s'ensuit forcément l'arrêt complet et définitif de l'érythropoïèse. Ces cas ont été observés par Sénator (1904), Lesné, Clerc et Lœderich, Blumer (1905), de Massary et P.-E. Weil (1908), Devic (in thèse Accolas 1910).

La *troisième catégorie* renferme les anémies aplastiques vraies. Ces cas forment deux groupes distincts : dans le premier, ce qui domine la scène, c'est l'état hémorragipare, soit qu'on note dans les antécédents une tendance marquée aux hémorragies, soit que le début de l'anémie ait été accompagné ou même annoncé par des hémorragies et des ecchymoses multiples. Tels sont les cas d'Ehrlich (1888), de Muir (1900), de Dalton, de Pasteur, d'Hirschfeld (1904), de Zeri, d'Evans et Halton (1905), de Blumenthal et de W.-J. Stones (1907).

Il faut retenir de ces observations l'âge peu avancé de la plupart des malades, l'absence d'intoxication et de syphilis acquise dans leurs antécédents personnels; les antécédents rachitiques, chlorotiques et la débilité d'un certain nombre des sujets, les hémorragies du début de l'anémie et la dégénérescence graisseuse des petits vaisseaux signalée par Muir. Notons aussi l'évolution subfébrile ou fébrile de tous ces cas.

L'autre groupe est constitué par des observations, peu nombreuses il est vrai, où non seulement on ne retrouve pas dans les antécédents ou le début un processus hémorragique même léger, mais où il est même difficile sinon impossible de préciser une étiologie nette. Ce sont les cas de Schaumann (1901), Vaquez et Aubertin (1904), Lavenson (1907), Caussade et Schœffer (1908). Cependant les malades de Vaquez et de Caussade ont présenté des accidents purpuriques qui permettent, sinon de rattacher tout à fait, au moins de comparer dans une certaine

mesure ces deux cas aux formes d'anémie aplastique à processus hémorragique.

Ces observations nous permettent de donner une vue d'ensemble de l'anémie aplastique, tout au moins dans ses grandes lignes, en étudiant : 1° son étiologie, 2° sa symptomatologie, 3° son hématologie, 4° son anatomie pathologique, 5° sa pathogénie, 6° son diagnostic différentiel, 7° son pronostic et son traitement.

III

Etiologie. — Les divers facteurs qui peuvent intervenir sont : l'âge, le sexe, les intoxications, les infections héréditaires ou acquises, les hémorragies.

Age. — L'*anémie aplastique est une maladie des jeunes :* le pourcentage des cas les plus typiques montre en effet que sur 19 malades 11 avaient moins de trente ans, 5 avaient de trente à cinquante ans et 3 seulement avaient cinquante-sept ans; l'âge moyen était de trente et un ans. Il en est de même pour les cas douteux qui se rapprochent le plus de l'anémie aplastique. Bref on peut dire que *toute anémie grave survenue après cinquante ans a les plus grandes chances de n'être pas une anémie aplastique.*

Sexe. — Le sexe ne paraît pas avoir la même importance puisque sur les 19 cas typiques il y a dix hommes et neuf femmes.

Intoxications. — Les intoxications, de même, ne semblent pas intervenir de façon appréciable : presque tous les malades ne présentaient, en particulier, ni saturnisme ni alcoolisme.

Maladies antérieures héréditaires ou acquises. — Ici, au contraire, nous avons affaire à un facteur beaucoup plus important, semble-t-il : l'hérédité a une influence incontestable, ainsi que les maladies de l'enfance ou de l'adolescence; non pas que le malade hérite directement d'une anémie aplastique, mais parce que, le plus souvent, ces malades sont débiles dès leur enfance. Nous trouvons en effet dans les observations un hérédo-syphilitique incontestable, dont un frère est mort de débilité congénitale avec anémie; un épileptique, peut-être hérédo-syphilitique comme tendrait à le faire croire l'énorme mortalité de ses collatéraux. La malade d'Ehrlich est malingre et peu développée, celle de Devic est rachitique; peu robustes également les malades de P. Weil et de Massary, de Schaumann et de Muir. Ajoutons à cela qu'un certain nombre de malades avaient des antécédents anémiques, chlorotiques ou hémorragiques, et nous conclurons qu'en somme la plupart de ces malades étaient des sujets en état de moindre résistance, atteints d'une sorte d'hypoplasie soit généralisée, soit localisée au système sanguin.

Aussi serait-il intéressant, dans ces cas, de rechercher l'hérédo-syphilis d'une façon plus détaillée et plus précise, en particulier par la méthode de Wassermann.

Quant aux autres maladies, syphilis acquise, paludisme ou néphrites, on ne les trouve pas dans les antécédents personnels de la plupart de nos malades.

IV

Symptomatologie. — Voici quels sont, en général, les symptômes et l'évolution d'une anémie aplastique :

Un sujet jeune, souvent peu robuste, ayant des antécédents chlorotiques, anémiques ou hémorragiques, présente une période d'hémorragies nasales, gingivales, utérines, hémorroïdaires, gastriques même dont le sujet semble peu se préoccuper, au début tout au moins. Mais l'anémie apparaît, le malade pâlit, perd ses forces, s'essouffle, il souffre de maux de tête souvent très violents, d'éblouissements, de bourdonnements d'oreille. D'autre part les hémorragies, loin de se calmer, continuent de plus belle, et les téguments se couvrent d'ecchymoses et de pétéchies. Devant la persistance et l'aggravation de cet état le malade se décide à consulter le médecin; il y a un mois ou deux que la maladie évolue.

La première chose qui frappe en voyant ces malades c'est leur pâleur de cire : ils ont l'air d'être saignés à blanc et présentent tous les signes de l'anémie la plus intense, car dans ces cas l'anémie est bien plus profonde que ne le feraient supposer les troubles subjectifs accusés par le malade.

Aussi à l'auscultation trouve-t-on tous les signes de l'anémie grave : souffles anémiques multiples, bruits du cœur rapides, irréguliers, soufflants.

Mais, caractéristique importante, cet état grave ne s'accompagne pas d'amaigrissement : à l'inverse d'un certain nombre d'anémies, l'*anémie aplastique s'accompagne toujours d'un embonpoint satisfaisant.*

Le syndrome hémorragique attire bientôt l'attention : *tout saigne chez ces malades.* On fait une injection de sérum pour remonter l'état général : il se fait un hématome au point de l'injection avec hémorragie par l'orifice de la piqûre. On pique le lobe de l'oreille pour pratiquer l'examen du sang : on détermine souvent une hémorragie difficile à arrêter. Le moindre traumatisme produit de larges ecchymoses; des poussées purpuriques, des pétéchies apparaissent partout. La vue s'affaiblit à la suite d'hémorragies rétiniennes multiples et étendues, des hémorragies cérébrales ou méningées peuvent survenir, entraînant des phénomènes de paralysie. Il semble que le système circulatoire altéré, corrodé, présente une fragilité anormale, l'exposant à des ruptures innombrables, presque spontanées.

Il faut savoir cependant que dans quelques cas, plus rares, il est vrai, l'état hémorragique peut faire entièrement défaut dans les antécédents, le début, et même l'évolution de l'anémie aplastique.

Quoi qu'il en soit, l'anémie fait de rapides progrès : ces malades, perdant leur sang par de continuelles hémorragies, incapables, d'autre part, de réparer leurs pertes, voient leur état s'acheminer à grands pas vers la mort. Les fonctions digestives, respectées jusque-là s'altèrent, des syncopes surviennent au moindre mouvement, la fièvre s'allume, le délire apparaît, et le malade meurt au milieu de symptômes asphyxiques, ou, au contraire, s'éteint doucement.

La maladie, dans son ensemble, a évolué en quelques mois, parfois même en quelques semaines.

V

Hématologie. — Le sang très clair, comme dilué, s'étale mal sur la lame en raison de son peu de viscosité.

Dans le champ du microscope on aperçoit quelques rares hématies, étonnamment clairsemées, normales d'ailleurs comme formes et comme dimensions : *il n'y a pas d'altération des globules rouges, ni d'hématies nucléées.* A côté des hématies on trouve quelques rares globules blancs, surtout des lymphocytes.

L'hémoglobine est diminuée, mais de façon variable, ce qui entraîne des variations de la valeur globulaire; cependant celle-ci est le plus souvent augmentée.

Numération globulaire. — Le chiffre des globules rouges, considérablement abaissé, descend parfois à 500 000 par millimètre cube et même plus bas encore.

Le chiffre des globules blancs, très diminué aussi, tombe parfois au-dessous de 1000 par millimètre cube. Mais cette diminution ne frappe pas tous les éléments; elle porte surtout sur les polynucléaires. Les polynucléaires neutrophiles peuvent ne plus représenter que 10 à 20 p. 100 de la formule leucocytaire. Quant aux polynucléaires éosinophiles, et aux mastzellen, ils ont en général complètement disparu.

Cette disparition presque totale des polynucléaires fait que la formule leucocytaire comprend 60, 70 et même 90 p. 100 de lymphocytes ; il y a lymphocytose, mais lymphocytose relative, puisque le chiffre total des lymphocytes est peu modifié. Il n'y a pas de globules blancs anormaux. Enfin les hématoblastes sont très diminués, ce qui, pour certains auteurs, expliquerait l'irrétractilité du caillot.

En somme la formule se caractérise par une *hypoglobulie considérable, sans altérations globulaires, et par l'absence de formes globulaires anormales.*

VI

Anatomie pathologique. — Ce sont les lésions des organes hématopoïétiques qui présentent le plus d'intérêt.

Moelle osseuse. — Ses altérations sont assez variables. Tantôt, c'est le cas le plus fréquent, elle est inactive, remplacée en totalité par du tissu adipeux qui lui donne sa couleur jaune; à peine trouve-t-on, de place en place, quelques petits îlots de globules rouges adultes et de lymphocytes, noyés pour ainsi dire au milieu de cet envahissement de graisse. Tantôt la moelle est remplacée par un liquide huileux, jaunâtre, qui occupe, en minime quantité, les alvéoles des os plats. Tantôt, rouge, elle semble active, mais dans ce cas, au lieu de reproduire des cellules rouges suivant le mode typique ou atypique, elle ne produit que des globules blancs. Tantôt enfin elle est envahie par des formations néoplasiques ou myélomateuses qui se substituent plus ou moins complètement à elle.

Les autres organes hématopoïétiques, beaucoup moins atteints, présentent à peu près les mêmes lésions que dans les autres anémies.

La *rate*, généralement sclérosée, avec un certain degré d'atrophie ou d'hypertrophie est quelquefois infiltrée de pigment ferrique.

Les *ganglions lymphatiques*, presque normaux, présentent tout au plus un peu de sclérose ou une structure moins nette que normalement, un peu floue, mais reconnaissable cependant.

Le *foie*, souvent un peu augmenté de volume, est en général atteint de dégénérescence graisseuse, un peu scléreux et souvent infiltré de pigment ferrique.

Il est d'autres lésions importantes : ce sont celles de l'appareil circulatoire.

Cœur. — Le myocarde présente une dégénérescence graisseuse accentuée; il est, de plus, « farci » d'hémorragies, qui infiltrent son tissu et dissocient ses fibres. Quant aux orifices, ils sont normaux.

Les *vaisseaux* paraissent aussi touchés : Muir a noté de la dégénérescence graisseuse des petits vaisseaux. C'est peut-être là l'explication de ces hémorragies désespérantes de l'anémie aplastique.

Quant aux autres appareils de l'organisme, ils ne présentent rien à noter, à part les hémorragies et la dégénérescence graisseuse. En particulier le *tube digestif*, si souvent lésé dans l'anémie de Biermer, est intact dans l'anémie aplastique.

Les *reins* également sont peu ou pas touchés.

VII

Pathogénie. — En présence des profondes différences présentées par toutes ces observations, tant au point de vue étiologique et symptomatologique, qu'au point de vue anatomo-pathologique, les conceptions des auteurs sur la pathogénie de l'anémie aplastique ont beaucoup varié; néanmoins, on peut, à l'heure actuelle, les ramener à trois théories principales.

1° Pour quelques auteurs, Blumenthal entre autres, l'anémie aplastique serait l'aboutissant naturel, presque fatal de l'anémie métaplastique : le processus de régénération, profondément dévié d'abord, finirait par aboutir à l'aplasie complète.

Cette théorie n'est pas exacte, du moins dans la plupart des cas, car l'anémie métaplastique reste en général métaplastique jusqu'au bout : tout au plus voit-on, à la période ultime, le nombre des éléments anormaux diminuer dans le sang, la moelle restant toujours active néanmoins. D'ailleurs l'étiologie, la symptomatologie et l'hématologie diffèrent totalement dans les deux cas.

2° Pour d'autres auteurs, l'anémie aplastique ne serait que le stade ultime des anémies plastiques, surtout des anémies intenses et prolongées, par une sorte d'épuisement de la moelle osseuse : celle-ci, après avoir lutté avec succès pendant un certain temps, finirait par succomber et par perdre son activité. D'après cette théorie, les hémorragies joueraient donc un certain rôle en accélérant encore l'épuisement médullaire.

Cette théorie est meilleure, mais incomplète : il n'est pas prouvé du tout que l'anémie aplastique

passe par un premier stade d'anémie plastique, car il est absolument exceptionnel d'observer des signes de réparation sanguine, en particulier la réaction normoblastique. Dans le cas de Stone, seul, il y avait quelques normoblastes *extrêmement rares*.

3° D'autres auteurs enfin, Vaquez surtout, la considèrent comme une maladie spécifique, comme une entité morbide ayant sa place nettement définie dans le cadre nosologique. Pour Vaquez l'anémie est aplastique dès le début : loin d'être le terme ultime, l'aboutissant d'une anémie prolongée, l'aplasie existerait au contraire dès l'origine de cette anémie. Cette conception est beaucoup plus satisfaisante et c'est elle que nous adopterons sauf quelques réserves.

En réalité il est impossible d'admettre, dans la pathogénie de l'anémie aplastique, une unité absolue, conforme à une seule théorie : nous sommes en effet en présence de trois groupes d'observations.

Premier groupe. — Le premier groupe englobe deux séries de faits :

1° La moelle osseuse est envahie par une hyperplasie myéloïde diffuse, qui se rattache étroitement aux processus leucémiques : c'est la pseudo-leucémie médullaire de Runeberg et Pinkus, qui peut donner une forme d'anémie aplastique par destruction du tissu médullaire érythropoïétique.

2° Dans d'autres cas plus fréquents, le tissu anormal est constitué par du tissu lymphoïde. Il s'agit encore, plus exactement même que dans le cas précédent, de pseudo-leucémie, c'est-à-dire d'hyperplasie lymphocytaire envahissant la totalité de la moelle osseuse sans lympholeucémie sanguine.

Dans certaines observations, cette hyperplasie se fait primitivement au sein de la moelle osseuse normale. Dans d'autres, au contraire, cette prolifération lymphoïde survient au cours d'une anémie métaplastique, comme en témoigne l'observation de Devic. Dans ces cas la théorie de Blumenthal contient évidemment une part de la vérité.

De même au cours d'une anémie cancéreuse, la généralisation du néoplasme à la moelle peut entraver plus ou moins la régénération des globules.

Tous ces cas, si différents soient-ils histologiquement, répondent, en définitive, à un même processus : il y a étouffement du tissu érythropoïétique par la prédominance d'un tissu anormal ; il y a « myélophtisie » et « anémie arégénérative par myélophtisie » selon les termes proposés par Pappenheim.

Tous ces cas ne répondent pas à l'anémie aplastique vraie.

Deuxième groupe. — Le deuxième groupe est caractérisé par l'existence d'un état hémorragique, plus ou moins accentué, qui se manifeste de deux façons.

1° On relève dans les antécédents du malade ou le début de l'anémie, des accidents de purpura, sous forme de taches purpuriques, d'ecchymoses, de pétéchies sur les téguments : ce sont les cas de Muir, d'Evans et Halton, de Blumenthal, d'Hirschfeld, de Stone, de Vaquez et Aubertin.

2° Ou bien on se trouve en présence d'un état voisin de l'hémophilie, datant de l'enfance, et se manifestant par une tendance invincible aux hémorragies ; ce sont les cas d'Ehrlich, de Dalton, de Zeri et de Blumenthal.

A cause de son étroite parenté avec les affections hémorragiques à quelque forme qu'elles appartiennent, purpura infectieux et hémophilie sporadique, ce groupe mérite de conserver son unité : *il répond à l'anémie aplastique vraie.*

Dans l'étiologie on retrouve :

1° La *misère*, mais cette cause paraît peu importante, car seule la malade de Dalton a vécu dans la misère ;

2° Les *maladies infectieuses*, pneumonie et dysenterie dans le cas d'Ehrlich, paludisme ancien dans celui de Zeri ;

3° Souvent nous trouvons un état de *débilité antérieure*, parfois congénitale : les malades d'Ehrlich et de Muir étaient malingres, celle de Dalton était faible depuis longtemps. Les malades de Vaquez, de Pasteur avaient toujours été pâles, celle de Blumenthal avait des antécédents chlorotiques. Il semble, en un mot, que ces malades aient présenté un état de débilité, soit de tout l'organisme, soit tout au moins du système sanguin.

C'est ainsi que le malade de Zeri qui n'avait jamais présenté de phénomènes de débilité avait de l'*hypoplasie aortique*, constatée à l'autopsie.

Dans un de ces cas on peut retrouver nettement l'origine de cette débilité ; c'est l'hérédo-syphilis. Le malade de Vaquez est incontestablement un hérédo-syphilitique et son frère est mort de *débilité congénitale avec anémie*. Peut-être si l'attention avait été plus spécialement attirée sur ce point eût-on retrouvé ce facteur dans un plus grand nombre de cas.

4° Enfin il est un certain nombre de cas où aucune cause ne peut être retrouvée.

Mais selon toute vraisemblance, il existe dans tous ces cas, au moment où apparaissent les symptômes anémiques, une intoxication ou une toxi-infection frappant à la fois les globules rouges déjà formés (anémie par hémophtisie de Pappenheim), les vaisseaux sanguins, et surtout les centres érythropoïétiques (anémie par arégénération). A la destruction sanguine s'ajoute la stérilisation médullaire, et ces deux processus, additionnant leurs effets, rendent bientôt la vie impossible. On peut se demander s'il ne s'agirait pas d'une toxine analogue aux lipoïdes d'origine intestinale ou parasitaire, qu'on tend à considérer comme la cause de l'anémie métaplastique.

En présence d'un cas d'anémie aplastique il serait intéressant, croyons-nous, de faire les recherches suivantes : réaction de Wassermann, étude du sérum au point de vue de sa composition et de sa toxicité, hémoculture aérobie et anaérobie, recherche des parasites dans le sang par le microscope et l'ultramicroscope.

Troisième groupe. — Il reste enfin un groupe où rien, ni dans l'étiologie, ni dans l'examen anatomo-pathologique, ne permet d'expliquer l'anémie aplas-

tique. La stérilité de la moelle est le seul phénomène, et en particulier il n'y a pas d'hémorragies ; l'anémie, dans ces cas, est à proprement parler *arégénérative*. Il s'agit là encore, très probablement, d'un processus toxique ou toxi-infectieux agissant directement sur les centres érythropoïétiques, sans léser les vaisseaux ou le sang.

C'est surtout pour les groupes 2 et 3 que l'anémie aplastique mérite la spécificité que Vaquez a revendiqué pour cette maladie.

VIII

Diagnostic différentiel. — Deux maladies sont aisément distinguées de l'anémie pernicieuse aplastique; ce sont la chlorose et l'anémie pseudo-leucémique infantile. Leurs conditions spéciales d'âge, leur formule hématologique et leur évolution différentes viennent encore faciliter le diagnostic.

Il en est de même, en général, pour les anémies simples, tout au moins lorsque leur hypoglobulie reste modérée. Car nous avons vu les grandes difficultés qu'offre le diagnostic, aussitôt que l'hypoglobulie s'accentue, et Widal, Abrami et Brulé, et de Luzzato ont pu rapporter des faits d'anémie *plastique* où le sang présentait une formule *aplastique*.

Les anémies orthoplastique et métaplastique se caractérisent par leurs signes d'activité médullaire : modifications de la forme et des dimensions des hématies, présence de normoblastes ou de mégaloblastes dans le sang, présence de myélocytes, absence de leucopénie, ou tout au moins persistance d'un chiffre de polynucléaires à peu près normal. De plus dans l'anémie orthoplastique, le chiffre des globules tombe rarement au-dessous de 1.500.000 et le caillot reste rétractile.

Le diagnostic sera facilité par des examens attentifs et répétés de la formule sanguine, pour rechercher l'apparition de formes de régénération, ou la progression de l'hypoglobulie.

Mais le seul élément qui permette d'affirmer l'anémie aplastique, c'est l'examen macroscopique et microscopique des organes hématopoïétiques, surtout de la moelle des os longs et des os plats, car ces derniers peuvent abriter une moelle active alors que la moelle diaphysaire et épiphysaire des os longs reste inactive.

Donc nous admettons qu'en l'absence d'examen anatomo-pathologique des organes hématopoïétiques, il est impossible d'*affirmer* l'aplasie. Cet examen, d'ailleurs, a encore un autre but, c'est de nous renseigner sur les causes de cette aplasie, en montrant si la moelle est graisseuse ou détruite par un processus anormal.

Néanmoins, et ceci a une grosse importance en raison du pronostic de l'affection, on pourra chez un malade soupçonner l'anémie aplastique lorsque, après un état hémorragique plus ou moins accentué, on constatera :

1° Une anémie intense, avec un nombre d'hématies *inférieur à un million*, sans aucune forme anormale, sans hématies nucléées.

2° Une leucopénie avec lymphocytose relative.

3° L'irrétractilité du caillot.

4° Une aggravation progressive de ces signes au cours d'examens hématologiques successifs.

Donc *hypoglobulie intense sans signes de régénération, leucopénie avec lymphocytose, irrétractilité du caillot, marche progressive de l'affection*, voilà la tétrade qui nous permettra de penser à l'anémie aplastique.

IX

Pronostic. — En raison de la marche progressive de l'affection, que rien ne peut enrayer, puisque la moelle est définitivement stérile, le pronostic est fatal : *l'anémie pernicieuse aplastique est une maladie qui aboutit toujours à une mort rapide par marche progressive de l'anémie.*

X

Traitement. — Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune thérapeutique efficace de l'anémie aplastique. Opothérapie médullaire, fer sous ses différentes formes, arsenic, sérum artificiel, transfusion sanguine, repos, suralimentation, tout a été tenté avec le même insuccès, et rien n'a pu réveiller l'activité de la moelle définitivement stérile. On peut dire que *tout traitement de l'anémie aplastique est voué à un échec certain.*

XI

Conclusions. — I. Les anémies graves, ou du type pernicieux, doivent être divisées suivant le mode de réaction de la moelle osseuse, organe érythropoïétique par excellence. On peut donc concevoir :

1° Des anémies orthoplastiques ou normoblastiques;

2° Des anémies métaplastiques ou mégaloblastiques;

3° Des anémies aplastiques ou arégénératives.

II. Les anémies aplastiques sont caractérisées par l'absence des signes de régénération sanguine, non seulement dans le sang circulant, mais encore, et surtout, dans la moelle osseuse, dont l'examen anatomo-pathologique seul permet d'établir le diagnostic. La stérilité médullaire est due, soit à une hyperplasie de cellules étrangères, lymphoïdes surtout, soit à une aplasie totale. C'est ce dernier cas surtout qui constitue l'anémie aplastique vraie.

III. La symptomatologie montre, en dehors des signes d'anémie grave, des symptômes importants comme les hémorragies : celles-ci ne sont cependant pas absolument constantes.

IV. L'anémie aplastique, maladie de l'âge jeune et adulte, est une affection rare. Son pronostic est fatal, sa thérapeutique impuissante.

BIBLIOGRAPHIE

Accolas. *L'Anémie pernicieuse aplastique*, Th. de Lyon, 1910-1911.

Acuna. Un cas d'anémie aplastique, *Argentina Medica*, 1904.

Agasse-Lafont. *L'Anémie pernicieuse protopathique*, Th. de Paris, 1905-1906.

H. Assmann. L'anémie par ostéo-sclérose, *Beitrage zur pathol. Anat. und allgem. Pathol.*, 1907, t. XLI, f. 3.

Aubertin. *Les Réactions sanguines dans les anémies graves symptomatiques et cryptogénétiques*, Th. de Paris, 1904-1905; — Parallélisme entre l'état du sang et de la moelle

osseuse dans l'anémie pernicieuse, *Semaine méd.*, 15 août 1906; — Les anémies par anhématopoïèse, *Semaine méd.*, 15 juillet 1908, t. XXVIII, p. 337.

AUBERTIN, MÉNÉTRIER et BLOCH. Anémie pernicieuse et opothérapie médullaire, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 avril 1905.

RICCA BARBERIS. Un cas d'anémie grave du type aplastique au cours d'une infection puerpérale, *Giorn. d. R. Accad. d. med. d. Torino*, 1908, fasc. 6, et *Riforma med.*, 1908, n° 31.

BILLINGS. Signification de l'absence d'hématies nucléées dans les anémies graves, *New-York med. Journ.*, 20 mai 1899, p. 693; — Anémie pernicieuse, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, août 1901.

BLOCH. *Ziegl. Beitr.*, 1903, t. XXXIV, p. 347; — *Deut. Arch. f. klin. Med.*, t. LXXVII, p. 247.

BLUMENTHAL. De l'anémie aplastique, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1908, t. XC, p. 132.

BLUMENTHAL et MORAWITZ. Recherches expérimentales sur les anémies posthémorragiques et leurs rapports avec l'anémie aplastique, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1908, p. 24, t. XCII.

BLUMER. Anémie pernicieuse aplastique avec hyperplasie lymphoïde de la moelle, *John Hopkins hospital Bull.*, avril 1905, p. 127.

CADE. Anémie pernicieuse avec moelle jaune dans les épiphyses et la diaphyse des os longs, *Bull. méd.*, 18 juillet 1903, t. XVII, p. 647, et *Lyon méd.*, 1903, t. II, p. 316.

CAUSSADE et SCHAEFFER. Un cas d'anémie pernicieuse aplastique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, t. XXI, p. 313.

CONTI et ROSSI. Un cas de pseudo-leucémie lymphadénoïde avec signes hématologiques d'anémie aplastique, *Bull. delle sc. med.*, fév. 1910.

DALTON. Deux cas d'anémie pernicieuse sans signes d'érythrocytolyse avec suppuration gingivale, *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1903-1904, t. XXXVII, p. 101.

EHRLICH. Anémie grave sans réaction myéloïde, *Charité Ann.*, 1888, t. XIII.

ENGEL. Peut-on conclure de la composition du sang anémique à l'état des organes hématopoïétiques, *Soc. méd. de Berlin*, 12 juin 1907, in *Zeit. f. klin. Med.*, t. XL, p. 17.

EVANS et HALTON. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 avril 1905, t. XLIV, p. 1195.

HERRICK. Des hémorragies répétées comme cause d'anémie grave, *Illinois med. Journ.*, 1902-1903, t. LII, p. 463.

HIRSCHFELD. *Berl. klin. Wochen.*, 1906, t. XLIII, p. 544.

HOULMANN. *Anémie pernicieuse à rechutes; évolution de l'anémie pernicieuse*, Th. de Paris, 1907-1908.

HUNTER. Recherches sur l'étiologie et la nature infectieuse de l'anémie pernicieuse, *Lancet*, 1903, p. 367.

LABBÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juin 1906.

LABBÉ et SALOMON. Les anémies pernicieuses, *Revue de méd.*, avril et mai 1908, t. XXVIII, p. 305-418.

LAVENSON. Nature de l'anémie aplastique et ses rapports avec les autres anémies, *Amer. Journ. of the med. sc.*, Philadelphie, janv. 1907, t. CXXXIII, p. 100.

LESNÉ, CLERC et LŒDERICH. *Anémie pernicieuse avec réactions spéciales du sang et de la moelle osseuse*, Th. Aubertin, Paris 1904-1905, p. 233.

DE MASSARY et P.-E. WEILL. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juin 1908, t. XXV, p. 872.

MUIR. Un cas d'anémie aplastique sans réaction myéloïde, *Brit. med. Journ.*, 29 sept. 1900.

PASTEUR. Un cas d'anémie pernicieuse avec signes anormaux, *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1903-1904, t. XXXVII, p. 35.

RIEUX. *Précis d'hématologie et de cytologie*, 1911.

ROSSI. Aplasie de la moelle osseuse et anémie grave, *Congrès italien de méd.*, oct. 1908.

ROUBIER. *Contribution à l'étude des modifications du sang dans les néphrites*, Th. de Lyon, 1908-1909.

SCHAUMANN. L'anémie pernicieuse au point de vue de la théorie moderne de l'autointoxication, *Sammlung klin. Vortrage von Volkmann*, 1901, n° 287.

SENATOR. *Zeit. f. klin. Med.*, déc. 1904 (d'après Aubertin).

STADELMANN. La moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse progressive, *Acad. de méd. de Belgique*, 23 fév. 1895.

STEINHAUS et STORDEUR. L'anémie dite aplastique, *Arch. de méd. expérim.*, 1908, p. 805.

VAN DER STRICHT. La moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse progressive, *Acad. de méd. de Belgique*, 23 fév. 1895.

W. J. STONE. *Ohio State med. Journ.*, nov. 1907, t. III, p. 343.

W. THOMAS et H. D. ROLLESTON. Anémie pernicieuse aplastique, *Brit. med. Journ.*, janv. 1910, t. I, p. 16.

VAQUEZ et AUBERTIN. L'anémie pernicieuse d'après les conceptions actuelles, *Gaz. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, p. 328, et *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 18 mars 1904, p. 288.

WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. Anémie grave mortelle chez un brightique azoturique. Formule sanguine d'apparence aplastique avec moelle osseuse en activité, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 déc. 1907.

ZERI. L'anémie aplastique, *Policlinico*, t. XII, f. 7, 1905, p. 289, et *Folia Hæmatologica*, 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 MARS 1911)

Un symptôme de la fracture supracondylienne du coude. — M. KIRMISSON montre une radiographie en couleur sur laquelle se voit un signe, auquel il attache une grande importance, au point de vue du diagnostic de ces fractures.

Il s'agit d'une ecchymose transversale, en coup de bâton, d'un rouge vif, tranchant sur l'ecchymose diffuse.

Greffes humaines intra-articulaires. — M. TUFFIER fait une très intéressante communication sur cette question qu'il étudie depuis longtemps. Sa première tentative de ce genre date du 1er mai 1901. Il s'agissait dans ce premier cas d'un fragment de fracture remis en place. Il fit ensuite des expériences sur les chiens qui lui donnèrent de bons résultats. De ces faits et d'autres faits qui ont été publiés à l'étranger et que rappelle M. Tuffier, il résulte qu'on peut pratiquer des greffes ostéocartilagineuses.

Le 16 février 1910, ayant pratiqué chez une femme une résection chondroplastique du coude pour une tumeur blanche, M. Tuffier lui interposa une greffe cartilagineuse.

Dans la dernière séance, il a présenté un jeune homme de vingt ans qui était également atteint d'une tumeur blanche du coude et auquel, quatre mois auparavant, il avait aussi mis une greffe cartilagineuse. Il avait, chez ce jeune homme, pratiqué une résection classique du coude, et la greffe cartilagineuse avait été empruntée à un autre coude sain qu'il avait réséqué pour un traumatisme.

Jusque-là, M. Tuffier n'avait eu recours qu'à des feuilles cartilagineuses simples. Il place ensuite le membre dans l'immobilisation pendant une quinzaine de jours, puis fait de la mobilisation progressive. Les résultats furent très bons, mais il est impossible de démontrer que le tissu cartilagineux existant dans ces articulations soit bien celui qu'il a greffé.

Chez un jeune homme de vingt-trois ans atteint d'une fracture comminutive infectée du coude, il dut attendre dix mois avant d'intervenir. Le 4 février 1911, une fois le foyer de la fracture bien désinfecté, il réséqua un massif osseux énorme,

et sur les faces cruentées des os il appliqua du tissu ostéocartilagineux emprunté à une jambe amputée le même jour pour un traumatisme. Il avait enlevé la mortaise tibio-tarsienne et l'appliqua au coude du premier malade. La partie ainsi greffée se trouvait encore trop étroite; il prit alors une portion de scaphoïde qu'il appliqua du côté du cubitus et du radius, il y ajouta le cartilage de l'astragale. Ces applications furent faites avec toute l'asepsie désirable et réunies sans drainage. Le résultat fut parfait. La radiographie montre que tout est conservé.

L'articulation de ce coude fonctionne à 90 degrés.

De ces faits, il résulte que dans ces cas on peut faire mieux qu'une simple interposition musculaire.

Pharyngotomie rétrothyroïdienne. — M. ROUVILLOIS, en son nom et au nom de M. Laurans, rapporte, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Sébileau, l'observation d'une fillette de deux ans qui fut prise de crises d'étouffements et de symptômes d'intolérance gastrique. Pendant trois ou quatre jours, la dyspnée va en augmentant, la température monte à 39 degrés. M. Laurans fait un examen laryngoscopique, ne constate rien de particulier et, devant la dyspnée et le tirage sus-sternal, se décide à pratiquer une trachéotomie. Il fait un cathétérisme de bas en haut et ne trouve rien. Il s'agit donc d'un corps étranger de l'œsophage.

La radiographie confirme le diagnostic. On suppose que l'enfant a dû avaler un de ces crochets métalliques dont on se sert dans les magasins pour porter plus facilement les paquets. On introduit un tube à extraction qui n'amène rien. L'état de l'enfant, qui s'était amélioré, s'aggrave de nouveau. Une nouvelle radiographie montre le corps étranger à la même place. On introduit le crochet de Kirmisson qui ne ramène rien. L'œsophagoscopie est également restée sans résultat.

On se décide alors à pratiquer la pharyngotomie rétrothyroïdienne qui permet d'extraire le corps étranger qui était un gros fil de fer en hélice. L'enfant a succombé le soir même à l'infection purulente.

M. Rouvillois fait observer que la radiographie faite au début aurait évité la trachéotomie et que l'intervention chirurgicale aurait dû être pratiquée cinq ou six jours plus tôt. Dans ce cas, l'œsophagoscopie n'a pas donné de résultat, probablement parce que le tube a passé à travers le corps étranger. La pharyngotomie seule a permis d'arriver sur le corps étranger.

M. SÉBILEAU fait remarquer que cette observation confirme l'opinion qu'il a émise, à savoir que l'œsophagoscopie ne donne pas toujours de résultat. Mais il ne s'est pas élevé, pour cela, contre ce mode de recherche et d'extraction qui, dans bien des cas, peut rendre et a rendu d'excellents services. Mais c'est une méthode difficile qui nécessite une grande habitude de la part de l'opérateur et beaucoup de courage et de patience de la part du malade.

Ce n'est pas toujours impunément qu'on y a recours. Il faut bien savoir aussi qu'on peut passer à côté du corps étranger. Tout récemment, M. Lemaitre, l'assistant de M. Sébileau, est ainsi passé à côté d'un gros dentier qu'avait avalé un malade. En résumé, M. Sébileau est d'avis de recourir d'abord aux anciens instruments et de n'user de l'œsophagoscope qu'avec une certaine réserve et toujours avec une grande douceur.

Péricardotomie. — M. DELORME, à propos du rapport de M. Rochard sur le travail de M. Jacob, fait observer que cette question a jusqu'ici été bien peu étudiée à la Société de chirurgie. Elle mérite de l'être.

Le diagnostic de l'épanchement péricardique est souvent difficile au début. Le chirurgien n'est généralement appelé que quand les accidents pressent, que quand les symptômes deviennent tapageurs. A ce point de vue, la situation du médecin et celle du chirurgien diffèrent, et le médecin doit faire un diagnostic beaucoup plus précis.

Trois signes, tirés l'un de la respiration, le second du cœur et le troisième de l'épanchement lui-même, doivent appeler l'attention. Du côté de la respiration, c'est la dyspnée toujours croissante et angoissante pouvant aller jusqu'à la menace d'asphyxie; du côté du cœur, c'est la cyanose, avec le pouls petit, très fréquent et devenant bientôt le pouls paradoxal, c'est-à-dire le silence de la radiale alors que le cœur continue de battre. Enfin la matité, qui est surtout la base de l'intervention chirurgicale.

M. Delorme insiste sur les caractères et l'étendue de cette matité. Il fait ainsi le diagnostic différentiel de l'épanchement péricardique et des tumeurs du médiastin et de l'hypertrophie du cœur. Il rappelle, à ce sujet, le travail qu'il a fait en collaboration avec M. Mignon. Enfin, l'emploi des rayons de Röntgen facilite le diagnostic.

M. Delorme arrive ensuite au procédé opératoire de la péricardotomie, M. Jacob a incisé le cinquième espace intercostal. Il a regretté de ne pas s'être donné plus de jour. Il a trouvé de grandes difficultés pour écarter la plèvre, déplacer le cœur et aller à l'épanchement qui était postérieur. Dans leur travail, MM. Delorme et Mignon, après de nombreuses recherches sur le cadavre, ont insisté sur ces difficultés et décrit les divers procédés auxquels on peut avoir recours, procédés permettant d'écarter la plèvre, de soulever le cœur et d'aller facilement aborder des épanchements péricardiques postérieurs.

La trépanation décompressive. — M. AUVRAY fait un rapport sur une observation de M. Robineau : homme de trente et un ans, atteint d'une céphalée rebelle et intense, de parésie droite, de névrite optique double ; il entre dans le service de M. Souques qui institue un traitement mercuriel et fait une ponction lombaire; pas de résultat. Trois ponctions lombaires sont faites ainsi successivement sans amélioration. Le diagnostic porté est celui de tumeur de la base du cerveau. M. Robineau intervient, fait un large volet du côté gauche, la parésie étant à droite, incise la dure-mère, ne trouve rien du côté de la base, s'en tient à la décompression. Quand le malade se réveille, il est aphasique et hémiplégique du côté droit. Peu à peu ces phénomènes disparaissent, ainsi que ceux qui existaient antérieurement, la vue s'améliore et le malade se remet complètement.

La trépanation décompressive donne le plus souvent de bons résultats dans les cas de ce genre, dans les cas de tumeurs cérébrales inopérables. Il y a plus de vingt ans que Lucas-Championnière a le premier montré les bons effets de cette trépanation décompressive. Depuis, Horsley l'a également préconisée. M. Auvray termine son rapport par une étude comparative de la ponction lombaire et de la trépanation décompressive, et par une étude statistique des cas publiés.

Il résulte de cette étude, qu'on peut obtenir des survies de quatre, cinq et six ans dans les cas de tumeurs cérébrales inopérables, par la trépanation décompressive.

Deux cas d'ulcère du duodénum. — M. HARTMANN fait un rapport sur deux observations de M. Lecène. Dans un premier cas où il y avait péritonite par perforation, M. Lecène intervint vingt heures après le début des accidents. Il trouva une perforation du duodénum, la referma et fit une gastro-entérostomie complémentaire. La malade guérit. En raison d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, on avait cru à une perforation appendiculaire. M. Lecène avait été directement sur l'appendice; il a trouvé celui-ci à peu près sain, l'a tout de même enlevé et a fait une seconde incision plus haut, incision transversale qui a l'avantage de ménager les nerfs. Immédiatement après avoir suturé la perforation, il a fait une gastro-entérostomie complémentaire. La malade a très bien guéri.

Dans le second cas, il s'agissait d'un ulcère calleux du duodénum. Même conduite chirurgicale que dans le premier cas. Les deux malades ont bien guéri.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1911)

Talalgie. — M. René GAULTIER relate le cas d'un malade atteint de talalgie intolérable, et chez lequel la radiographie montra la présence d'une double exostose, l'une sous-calcanéenne, en « verge de chien »; l'autre, rétro-calcanéenne, « comme une corne ».

M. L. JACQUET impute la talalgie blennorragique à un rhumatisme ostéofibreux parfois ossifiant. Il a eu l'occasion, avec le concours de M. Jaugeas, d'appliquer les rayons X dans deux cas de cette nature et d'obtenir ainsi la guérison.

M. LACAILLE estime que les rayons X ont non seulement une propriété analgésiante, mais encore une action très énergique sur la résorption des tissus de nouvelle formation.

Législation sur les sérums. — M. LEVASSORT attire de nouveau l'attention sur les inconvénients que peut présenter le choix de certains noms pour désigner des produits spécialisés.

Radiothérapie du fibrome utérin. — M. LAQUERRIÈRE expose sa technique et conclut aux résultats satisfaisants qu'il obtient, aménorrhée rapide, amélioration de divers symptômes, diminution du volume de la tumeur; il se refuse actuellement à établir une comparaison entre la radiothérapie et les autres procédés connus.

M. Albert WEIL a obtenu par les rayons X, chez des femmes de plus de quarante ans, une régression notable des fibromes.

M. AUBOURG montre que le traitement des fibromes est du domaine chirurgical et que la radiothérapie n'est applicable que dans les cas où l'opération est nettement contre-indiquée.

M. DESTERNES rappelle les bons effets qu'il a obtenus par la radiothérapie chez des malades âgées d'au moins quarante-cinq ans; chez les femmes plus jeunes la radiothérapie lui paraît beaucoup moins indiquée.

M. PERAIRE a été surpris de l'hémorragie abondante que donnent les tumeurs de l'utérus qui ont été radiothérapisées; il en résulte donc pour l'opérateur une difficulté, et pour le malade un danger. Les tumeurs n'étaient dans ces cas nullement modifiées par les rayons X, ainsi que l'a montré l'examen histologique.

M. OZENNE pense que l'action des rayons X est plutôt nuisible chez les femmes âgées de moins de quarante-cinq ans et que tout fibrome qui s'accroît et donne lieu à des hémorragies ou à des douleurs doit être opéré.

M. LAUSSEDAT relate le cas d'une malade âgée de quarante ans, atteinte de quatre petits fibromes utérins, et qui, traitée par les rayons X, n'eut aucune amélioration, elle succomba même à la suite d'une radiodermite.

Etude histologique comparée de l'action du radium, des rayons X et de l'électro-coagulation. — MM. GASTOU et MASOTTI présentent une série de préparations microscopiques de plusieurs dermatoses, nævis et cancers, etc.

De chaque affection, ils montrent la biopsie avant, pendant et après le traitement par le radium, les rayons X et la diathermie. Ils pensent que la cicatrisation des tissus déterminée par le radium ainsi que par les autres agents physiques, est toujours formée par un tissu conjonctif qui remplace les cellules malades, passant pour un état muqueux.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 8, 28 janv. 1911.) PAUTRIER : Doit-on traiter toutes les dermatoses? La question des alternances morbides. — (N° 9, 1er fév.) FAISANS : De l'appendicite chronique simulant la tuberculose. — (N° 10, 4 fév.) J. RENAULT : Réflexions sur quelques principes essentiels d'une thérapeutique moderne. — KELSCH : La pathogénie de la méningite cérébro-spinale. — (N° 11, 8 fév.) Maurice CHAMPEAUX : Histoire simple du leucocyte. — (N° 12, 11 fév.) GRANJUX : Des raisons qui s'opposent présentement à l'emploi de la vaccination antityphique dans l'armée. — Jean FERRON : Un procédé d'hémostase après la prostatectomie. — (N° 13, 15 fév.) TUFFIER : Traitement chirurgical de quelques emphysèmes pulmonaires.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 4, 22 janv. 1911.) PÉRY et GUYOT : Sur un cas de déchirure recto-vaginale sans lésion vulvo-périnéale. — P. VERGELY : Péricardite subaiguë syphilitique. — L. VERDELET : Tuberculose des ganglions épitrochléens chez l'enfant. — (N° 5, 29 janv.) FROMAGET et A. LACROIX : Gros rein tuberculeux. Néphrectomie. — (N° 6, 5 fév.) J. PÉRY : Sur un cas de présentation du front. — Pierre NADAL : Quelques propositions relatives au traitement chirurgical des cancers cutanés et mammaires. — (N° 7, 12 fév.) A. POUSSON : Sur un cas de néoplasme du rein. — R. CRUCHET : La cure d'oignon dans les œdèmes et le régime sec.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (25 janv. 1911.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Quelle est la hauteur où s'arrête nécessairement une canule molle dans le rectum? — TRÉGUIER : La dyspepsie des liquides.

Journal de médecine interne. — (N° 3, 30 janv. 1911.) LEQUEUX : Chorée gravidique. — (N° 4, 10 fév.) E. TERRIEN : Intolérance lactée et anaphylaxie. — P. MERKLEN : Etude clinique de l'hypoalimentation chez les nourrissons.

Journal des praticiens. — (N° 4, 28 janv. 1911.) Edgar HIRTZ : L'indice respiratoire dans l'emphysème pulmonaire. — Pierre DELBET : Un cas d'hémophilie. — GUISEZ : De l'état actuel de la thérapeutique des corps étrangers, bronchiques et œsophagiens. — (N° 5, 4 fév.) TRIBOULET : Les séquelles encéphaliques de la méningite cérébro-spinale. Leur traitement préventif par la ponction et par l'injection de sérum intraventriculaire. — KIRMISSON : Abcès froid de la région frontale avec envahissement de l'orbite. — CASTAIGNE : Néphrite urémigène. — René HORAND : Examen à l'ultra-microscope du liquide d'un goitre kystique. Présence d'un parasite. — (N° 6, 11 fév.) BERNHEIM : De la dyspnée dans les maladies de cœur et spécialement de l'asthme cardiaque ou aortique. — HUTINEL : Erysipèle bénin de la seconde enfance. — CLAUDE : L'apraxie. — M. MOLLE : Quelques

considérations sur les phénomènes réactionnels (douleur, toux) provoqués par l'exploration manuelle (palpation, pression, percussion) pratiquée au niveau des sommets dans la tuberculose pulmonaire chronique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 3, 21 janv. 1911.) D. AUGIER et J. FIÉVEZ : Kystes de l'utérus et tumeurs kystiques de l'utérus. — A. BESSON : La dénomination des phalanges dans les accidents du travail. — H. FOURDINIER : Fibrome de la paroi abdominale droite développé sur une intersection aponévrotique sus-ombilicale du muscle grand droit. — (N° 4, 28 janv.) D. AUGIER et J. FIÉVEZ : Kystes de l'utérus et tumeurs kystiques de l'utérus. — FOURDINIER : Lipome profond de la cuisse avec prolongements dans l'intérieur des muscles crural et vaste externe.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 4, 26 janv. 1911.) Léon DEKEYSER : Quelques considérations sur la lèpre aux îles Hawaï. — BUYS : La nystagmographie chez l'homme. — (N° 5, 2 fév.) MAHILLON : Sélection médicale et assurances populaires. — Léon DEKEYSER : Quelques considérations sur la lèpre aux îles Hawaï (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 10 janvier 1911.) KOSSEL : Constitution chimique du noyau. — WALDVOGEL : Du gastrospasme. — BAUER : Sur la réaction des agglutinines dans la maladie du sérum. — MICHAËLIS : Manifestations prodromiques de la thrombose et de l'embolie puerpérales et postopératoires. — MARENS : Traitement par le salvarsan des affections syphilitiques du système nerveux. — FAVENTO : Nouvelles expériences avec le salvarsan. — RAVASINI : Expériences avec l'hectine dans la syphilis. — HAYMANN : Nouvelles expériences avec le pantopon. — JURASZ : Massage direct du cœur suivi de succès dans un cas de mort apparente pendant la narcose. — RUPP : Un cas de persistance au canal omphalo-mésentérique. — WENGLER : Intoxication saturnine par vaisselle. — ALTHOFF : Sur la provocation du réflexe du tendon d'Achille. — (N° 3, 17 janv.) WASIELEWSKI : Sur la recherche des amibes. — SCHILKELE : Substances actives dans l'utérus et l'ovaire. — BECK : Expériences sur l'état de l'appareil auditif de l'homme chez les syphilitiques traités par le salvarsan. — JOLLY : Pronostic des psychoses puerpérales. — KIRSCHNER et MANGOLD : La fonction motrice du sphincter pylorique et du vestibule pylorique après section transversale de l'estomac. — WALCHER : Nouvelle observation sur la modification volontaire de la forme du crâne de l'enfant. — KLAUSNER : Transmission au cobaye de l'hypersensibilité à l'antipyrine. — BERUDT : Deux communications techniques. — HOFMANN : Sur le badigeonnage moderne à l'iode et sur l'extension de ses applications. — KÖHLER : Télérœntgénographe et dispositif universel. — NOTTHAFT : Sur la coloration de l'urine après ingestion de champignons. — RUNTE : Absence congénitale de péroné et pied équino-valgus.

Pédiatrie pratique. — (N° 4, 5 fév. 1911.) Luigi RUGANI : De l'incontinence fécale et de l'incontinence urinaire dans l'enfance. — Léon BERNARD et MAURY : Note sur une petite épidémie de poliomyélite avec symptômes méningés. — L. GUINON et G. GENDRON : Ictère d'origine éberthienne précédant une fièvre typhoïde normale. — (N° 5, 15 fév.) KIRMISSON : A propos du bec de lièvre. — RAZZABONI : Sur le traitement opératoire des atrésies congénitales de la dernière portion de l'intestin. — G. MOURIQUAND : La pesée quotidienne des pleurétiques, sa valeur dans l'appréciation de la marche des épanchements pleuraux.

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1911.) BARBÉZIEUX : Considérations sur le béribéri. Pathogénie et traitement. — H. LABBÉ : Recherches sur la contribution de l'azote ammoniacal à la formation de l'urée dans l'organisme (15 fig.). — J. CECIKAS : Sur l'épreuve de la digestion par le régime.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 4, 28 janv.) H. GAUDIER : Volumineux kyste du cornet moyen à contenu dermoïde. — (N° 5, 5 fév.) ISMET BAHRI : Un cas de thyroïdite aiguë suppurée postgrippale. — (N° 6, 11 fév.) P. DORTU : Abcès du cervelet et pyolabyrinthite chronique compliquant une otite moyenne chronique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 2, 15 janv. 1911.) L. HOCHE : Leçon d'ouverture du cours d'anatomie pathologique.

Revue neurologique. — (N° 2, 30 janv. 1911.) FOIX : Troubles sensitifs au cours de l'hémiplégie-aphasie (10 fig.). — J.-M. RAÏMISTE : Sur les mouvements associés du membre inférieur malade dans les hémiplégies organiques.

Semaine gynécologique. — (N° 5, 31 janv. 1911.) PICHEVIN : Kraurosis vulvæ. — Rôle de l'ovaire dans le fonctionnement normal des organes génitaux internes. Sensibilité des ovaires. Névralgie ovarienne. Opérations sur les ovaires. — (N° 6, 7 fév.) PICHEVIN : Traitement des hémorroïdes suivant la méthode du professeur Reclus. — OHIN : Lois de la formation des sexes. — (N° 7, 14 fév.) A. LUCAS : Vomissements gravidiques incoercibles et glace sur le bas-ventre.

Semaine médicale. — (N° 5, 1er fév. 1911.) F. WIDAL, René BÉNARD et E. VAUCHER : L'hydrémie chez les brightiques et les cardiaques œdémateux; son étude à l'aide de la méthode réfractométrique; comparaison de ses variations à celles du poids. — (N° 6, 8 fév.) Ph. CHAPELLE : Les associations médicamenteuses et le renforcement de l'activité d'un médicament par une autre substance ajoutée à petite dose.

Tunisie médicale. — (N° 1, 15 janv. 1911.) NICOLLE : Les nouvelles acquisitions sur le typhus exanthématique. — BRUNSWIC LE BIHAN : Les blessures de l'abdomen. — CONSEIL et TRIBAUDEAU : Traitement de la syphilis par le 606. — J. PLANCKE : L'hygiène dans les écoles primaires de Tunis.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 2, 30 janv. 1911.) A. BOURGEOIS : Pemphigus oculaire. — J. HOËL : Traitement radiothérapique de la leucémie myéloïde (*suite*). — (N° 3, 15 fév.) TÉCHOUEYRES et HERMANN : Malformations congénitales chez un nouveau-né. — J. HOËL : Traitement radiothérapique de la leucémie myéloïde (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 19 janv. 1911.) EHRMANN : Expériences sur le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — ULLMANN et HANDEK : Etudes roentgénologiques sur la résorption des injections de mercure et d'arsenobenzol. — KELLING : Recherches sur l'importance pratique de la méiostagmine-réaction d'Ascoli. — BÜDINGER : Traitement de l'ulcère variqueux au moyen d'un pansement à l'emplâtre. — WEIDENFELD : Modification économique de l'épilation électrolytique. — SIMON : Examen du liquide céphalo-rachidien d'après Mayerhofer. — (N° 4, 26 janv.) FÜRTH et SCHWARTZ : Arrêt de la glycosurie adrénalinique par les préparations de pancréas. — KREIBICH : Origine du pigment cutané mélanique. — SCHEPELMANN : Méningte cérébro-spinale et sérum. — EHRLICH : Extension d'urgence. — (N° 5, 2 fév.) WEICHSELBAUM : Modifications du pancréas dans le diabète sucré. — ZÜRKENDÖRPLER : Sur l'albuminurie et la cylindrurie pendant la cure de Marienbad. — BUETTNER : Sur un phénomène ressemblant au phénomène de la jambe, dans un cas de pseudotétanie hystérique. — MÜLLER et HUNGH : Mesures de globuline dans les sérums syphilitiques. — EHRMANN : Sur la question de la métaplasie épithéliale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination du docteur Patel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Hérail, professeur de matière médicale, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1911, d'un cours complémentaire de thérapeutique.

— Lyon. — Un congé, du 1er mars au 30 juin 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Poncet, professeur de clinique chirurgicale.

M. Leriche, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 30 juin 1911 (durée du congé accordé à M. Poncet), d'un cours de clinique chirurgicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Caen. — Un congé, du 10 février au 10 avril 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Noury, professeur de clinique obstétricale.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — La semaine dernière l'Académie a élu membre correspondant M. le docteur Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 28 février 1911 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Labadie passe au 130e d'inf.; Lannou, au 3e d'art. à pied; Guyard, aux hôpitaux de la division d'Oran; Henry, à l'hôpital de Constantine; Géniaux, aux hôpitaux de la division d'Oran; Fourcade, aux salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; Périé, au 4e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Maillard passe au 148e d'inf.; Laurent, au 64e d'inf.; Tartavez, au 127e d'inf.; Tricolet, aux hôpitaux de la division d'Oran.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. You passe au 132e d'inf.

MARINE. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux officiers du corps de santé qui se sont le plus spécialement distingués au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Toulon dans les équipages et les troupes pendant les derniers mois de l'année 1910 :

1° Inscription d'office au tableau de concours pour le grade d'officier de la Légion d'honneur : M. le médecin en chef de première classe Gazeau;

2° Inscription d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal : M. le médecin de première classe Souls;

3° Médaille d'honneur des épidémies en argent à MM. les médecins de première classe : Autric, Chalibert, Lestage, Henaut.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Cleisz (de Paris), Doyen (de La Fère), Dubrisay, Froment et Gascuel (de Paris), Peyrot (de Puteaux).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Angerant et de Brunelles de Serbonnes (de Paris), Dietz (de Bayeux), Fiatte (d'Epehy), Henry (de Pau), Lemarquand (de Paris), Lexa (du Chesnay), Ollivier (de Paris), Rattier (de Valence), Rouchaud, médecin-major; Siégel et Vignerot (de Paris).

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Une médaille de bronze de la mutualité est décernée à M. le docteur Rouslacroix, de Marseille.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 16 mars, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la huitième semaine, 941 décès, au lieu de 1045 pendant la semaine précédente et au lieu de 1117, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — Cours de vacances (dixième année). — L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de va-

RENSEIGNEMENTS

cances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La prochaine série aura lieu du lundi 10 avril 1911 au samedi 22 avril avec le programme suivant :

A huit heures : M. Leredde. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

A huit heures : M. Perruchet. Chirurgie générale, fractures, autoplasties, hernies, appendicites, etc.

A neuf heures et demie : M. d'Herbecourt. Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A neuf heures et demie : M. Audistère. Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

A dix heures et demie : M. Caboche. Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

A onze heures : M. Pasteau ou Lavenant. Séméiologie des urines. Urétrites, cystites, affection du rein. Les différents cathétérismes.

A onze heures : M. Rousseau-Decelle. Stomatologie.

A deux heures et demie et 9 heures et demie du soir : M. Delhern. Electrothérapie, radiothérapie, thermothérapie.

A quatre heures : M. Paul Barbarin ou Judet. Clinique chirurgicale des maladies infantiles, orthopédie pratique.

A cinq heures : M. Dubrisay. Présentations et positions. Hémorragies, infection, opérations et manœuvres obstétricales.

A cinq heures : M. de Font-Reaulx. Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.

A cinq heures : M. E. Agasse-Lafont. Maladies de l'appareil digestif.

A six heures : M. Menier. Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

N. B. — M. Leredde fera le jeudi 20, le vendredi 21 et le samedi 22 avril, à quatre heures et demie aux Sociétés savantes, trois conférences gratuites réservées aux élèves de tous les cours sur le traitement de la syphilis.

Les cours qui ont deux titulaires seront faits en général par l'un d'eux seulement.

S'inscrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes); 2° le samedi 8 avril de deux à quatre heures, aux Sociétés savantes, où seront distribuées les cartes d'admission aux cours.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de neuf à douze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 10 avril, aux heures indiquées et seront terminés le samedi 22 avril.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente, envoi du programme détaillé sur demande.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS (13 et 15, rue de la Bûcherie). — La section de médecine nous prie d'annoncer qu'une série de conférences pour la préparation des concours de médecine est organisée à la « Maison des étudiants ».

Une conférence d'externat est faite deux fois par semaine par deux internes des hôpitaux.

Une conférence d'internat va s'ouvrir incessamment sous la direction d'un groupe d'internes des hôpitaux.

Nombre d'élèves limité.

Une conférence pour le concours des asiles de la Seine commencera sous peu, faite par un interne des asiles.

Pour les conditions, s'adresser à l'Association générale.

« **LES DIMANCHES DU PRATICIEN** ». (Conférences organisées par le docteur Desfosses). — Conférence avec projections par le docteur Carron de la Carrière, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Le traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales françaises : Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Honoré, Allevard, Challes, Luchon, etc. », dimanche 12 mars 1911, à quatre heures et demie précises, hôtel des Sociétés savantes, salle D, 28, rue Serpente.

ACTUALITÉS

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR CORNIL

Cette inauguration a eu lieu sous la présidence de M. le président de la République, dimanche à dix heures et demie, à l'Ecole pratique.

Ce monument, qui est l'œuvre de notre confrère, le docteur Paul Richer, représente le buste de Cornil, revêtu de sa robe de professeur, surmontant une figure allégorique, un cadavre et la Vérité.

« L'artiste éminent, a dit M. le doyen de la Faculté dans son discours, qui a reproduit les traits de Cornil, a merveilleusement, dans le marbre, fait revivre l'expression associée de fermeté et de douceur qui faisait le charme de sa physionomie et marquait la double caractéristique de sa personnalité. Il a également, de façon sobre, mais hautement expressive, symbolisé toute l'œuvre du maître : d'un côté, ce corps humain décharné par la maladie, que patiemment scrutait Cornil pour lui arracher le secret, non du pourquoi, mais du comment de la mort; d'un autre côté, et par contraste, la Vérité rayonnante de jeunesse et de beauté, éternel objet, éternel idéal des labeurs du savant. »

Ce monument a été placé dans la cour de l'Ecole pratique, au-dessous de l'une des arcades qui l'entourent et au-dessous même du laboratoire qu'occupait Cornil.

M. le président Fallières avait, à ses côtés, M. Loubet, M. Dubosc, président du sénat, Mme Cornil, M. et Mme Messimy, M. Dujardin-Beaumetz, M. Bayet, M. de Selves, MM. Landouzy, Lannelongue, Labbé, Pozzi, Letulle, Chauffard, Coudray, Mesureur, etc.

M. Loubet a, le premier, pris la parole comme président du comité du monument; M. le président de la République a répondu quelques mots. Puis, ont pris successivement la parole : M. Coudray, au nom du comité, M. Landouzy, au nom de la Faculté, M. Gariel, au nom de l'Académie de médecine, M. Lucas-Championnière, au nom de la Presse médicale, M. Bayet, représentant le ministre de l'Instruction publique, au nom de l'Université.

M. Landouzy, dans son beau discours, s'exprime ainsi :

« M. Cornil a été, en France, le véritable fondateur de l'Histologie pathologique.

L'heure était propice pour pareille instauration : les maîtres de notre Faculté, dignes successeurs de Laënnec et de Dupuytren, Andral, Récamier, Cruveilhier, Rostan, Rayer, Piorry, en d'inimitables descriptions venaient de fixer les lésions observables à l'œil nu : une ère nouvelle allait s'ouvrir, celle de l'Anatomie pathologique microscopique.

Cornil, inspiré par le génie de Virchow, eut l'honneur et le mérite d'importer chez nous la science nouvelle, d'en développer les méthodes, d'en faire fructifier des floraisons magnifiques sous le souffle vivifiant de sa foi ardente. »

M. le doyen rappelle les débuts de Cornil, au retour d'un voyage à Berlin auprès de Virchow, installant avec Ranvier son premier laboratoire rue Christine, où, suivant la noble pensée de Michelet, ils pratiquaient l'enseignement comme une forme de l'amitié. Il nous le montre, ensuite, succédant à Charcot dans la chaire d'anatomie pathologique travaillant, sans relâche, le matin à l'hôpital, dans la journée au laboratoire. Partisan, dès la première heure, des doctrines pastoriennes, il ajoute à son enseignement un cours de bactériologie. M. Landouzy rappelle ce que fut son œuvre, considérable, ses travaux sur la syphilis, les néphrites, le cancer, la phtisie, les bactéries, l'histologie normale et pathologique, la régénération des tissus, etc. Il nous montre ensuite l'homme politique, le préfet de l'Allier, le député, le sénateur, la part importante qu'il a prise à l'élaboration de la loi de 1892 sur la protection de la santé publique.

« Tel fut, dit en terminant M. le doyen, le médecin, tel fut l'éducateur et l'homme de bien dont nous saluons aujourd'hui l'image avec respect et reconnaissance... »

HOTEL-DIEU D'AMIENS. — Service de M. MOULONGUET.

CONTUSION ABDOMINALE

MÉCANISME DES LÉSIONS VISCÉRALES

Par MM. ALBERT MERCIER et PIERRE MOULONGUET,
Interne et externe des hôpitaux d'Amiens.

Cette observation est celle d'un ouvrier d'usine, blessé au niveau de la région iliaque externe par un éclat de bois lancé avec une grande violence, qui a succombé à la suite de lésions traumatiques de l'abdomen : hémorragie péritonéale et perforation intestinale. La pathogénie de ces lésions nous a paru intéressante; nous allons chercher à l'expliquer.

V. A..., trente-quatre ans, était chauffeur dans une scierie mécanique. Le jeudi 26 janvier, à six heures du soir, un tambour de bois, tournant à la vitesse de 4000 tours, éclate en trois morceaux; l'un des fragments atteint cet ouvrier au niveau de la face externe gauche du bassin, se réfléchit sur l'obstacle et va blesser profondément à la cuisse un assistant qui se tenait à quelques mètres. Pour permettre d'apprécier la violence du traumatisme, disons que le projectile pesait 5 kilos et était animé d'une vitesse tangentielle d'environ 100 mètres à la seconde.

Pansé par le docteur Colin, le blessé est amené à l'Hôtel-Dieu vers sept heures du soir. Nous l'y trouvons en état de shock, répondant cependant aux questions et pouvant raconter ce qui lui est arrivé.

Le pouls est dépressible, irrégulier, et bat à 120 à la minute, le facies est pâle.

Latéralement, à gauche, dans la région sus-trochantérienne, au niveau des muscles moyen et petit fessier, existe une énorme plaie dans laquelle on introduirait le poing. La peau qui borde cette blessure est sectionnée régulièrement et n'a pas les caractères d'une peau contuse, mais d'une peau coupée, ce qui indique bien la violence du traumatisme. Le muscle moyen fessier est tranché nettement à la partie inférieure de la plaie dans laquelle des esquilles se présentent dénudées. La crête iliaque détachée, tirée en haut par les muscles de l'abdomen, est mobile sous la peau; l'aile iliaque est atteinte de fractures multiples. Les intestins ne font pas hernie dans la plaie dont le fond est formé par le muscle iliaque. Ce muscle jouant le rôle de coussin a arrêté dans son épaisseur les fragments osseux et les a empêchés de blesser les organes abdominaux.

Le ventre est plat, souple. Aucune contracture des muscles à la palpation. Celle-ci est seulement un peu douloureuse dans la moitié gauche de l'abdomen, et cette douleur est explicable puisque les muscles de ce côté s'insèrent sur la crête iliaque complètement détachée.

La percussion révèle une matité hépatique normale.

A cause de tous ces signes, et surtout à cause de la souplesse de la paroi abdominale, nous espérons qu'il n'y a ni rupture viscérale, ni hémorragie péritonéale.

Le premier pansement imbibé de sang est retiré. La vaste plaie est badigeonnée à la teinture d'iode et tamponnée à la gaze.

Après ce pansement le malade paraît plus faible et son pouls moins bien frappé. Une légère excitation succède peu après à sa torpeur, puis vers dix heures il est pris brusquement d'une violente agitation et cesse de respirer.

C'est dans cet état de mort apparente que l'un de nous, interne de garde, le trouve. Une longue séance de respiration artificielle ne peut le ranimer.

L'AUTOPSIE est pratiquée trente heures après la mort. Le sujet est splendidement musclé. Il ne porte pas sur le corps d'autre trace de contusion que la plaie qui a provoqué la mort. A l'ouverture du ventre on trouve le bassin, les hypocondres remplis de sang non coagulé. Le péritoine pariétal, examiné avec grand soin et spécialement dans les points correspondants aux lésions externes, est intact. Il laisse voir par transparence les tissus ecchymotiques au niveau du flanc et de la fosse iliaque gauche. Des contusions multiples, sous forme de *placards ecchymotiques*, se rencontrent sur l'*intestin grêle* comme sur le *gros intestin* et les mésentères. Le méso-côlon transverse est noirâtre, rempli de sang extravasé dans toute sa longueur; sur l'épiploon gastro-colique, dans l'arrière-cavité des épiploons, on retrouve des placards contus noirâtres; l'angle splénique du côlon est particulièrement atteint.

La *rate apparaît éclatée*. Elle présente sur sa surface externe et suivant son grand axe une plaie profonde bordée de tissus en bouillie, et transversalement elle est sillonnée par des fissures rejoignant obliquement la plaie principale. C'est de là que vient sans doute la plus grande partie du sang épanché. Enfin, sur la portion *tout à fait initiale du jéjunum* se voient deux perforations distantes de 20 centimètres l'une de l'autre. A travers chaque orifice, une hernie de la muqueuse tend à oblitérer le trou qui a environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Au niveau de l'une d'elles la séreuse est dépolie en aval et en amont de la perforation, intacte autour d'elle, comme si la rupture avait eu lieu par éclatement du segment pris entre deux points fortement comprimés. Enfin, sur le gros intestin, on trouve des rétrécissements dus à des contractions musculaires, les uns cylindroïdes, les autres annulaires, de sorte que ce conduit, à certains endroits, présente l'aspect d'un gros chapelet.

Au niveau de la plaie, nous trouvons l'os iliaque sectionné nettement, comme par un trait de scie, suivant une ligne antéro-postérieure passant juste au-dessus de l'épine iliaque antéro-inférieure et de l'échancrure sciatique. Au-dessus, l'os est réduit en fragments; au-dessous, pas la moindre fissure. L'articulation de la hanche est indemne, il en est de même du sacrum et du rachis. La section régulière de l'os coxal, sans une irrégularité, démontre, à elle seule, l'énorme violence du choc qui l'a produite. Les vaisseaux iliaques et le nerf crural, quoique passant dans le foyer contus, ne présentent aucune lésion.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue. D'abord par l'*absence de signes cliniques* permettant de faire le diagnostic des lésions abdominales, puisque nous constations un état de dépression peu profond, l'indolence et la souplesse absolue de la paroi abdominale trois heures après l'accident. D'ailleurs, au point de vue thérapeutique, nous n'avons pas à regretter notre ignorance des lésions internes puisque l'intervention ne pouvait rien contre des lésions si étendues.

Mais surtout la PATHOGÉNIE de ces lésions après une contusion nous paraît intéressante à interpréter.

Blessé par un unique morceau de bois, le malade ne portait pas d'autres lésions cutanées que l'énorme plaie de la région iliaque. C'est donc ce seul traumatisme qui a produit toutes les contusions viscérales observées. Or, s'il est facilement explicable qu'un traumatisme, portant sur les faces antérieure ou latérale de l'abdomen, blesse les organes profonds en les écrasant directement sur un plan résistant, colonne vertébrale, plan musculaire contracté, il est plus curieux de voir un traumatisme portant uniquement sur

la face externe du bassin produire des lésions contuses de tous les viscères abdominaux.

Il faut admettre pour expliquer ces lésions le mécanisme du contre-coup.

En effet, le côlon descendant qui aurait pu être lésé directement, puisque l'os iliaque était violemment repoussé en dedans, ne portait pas de lésions plus accusées que les autres portions de l'intestin. Au contraire la rate très éloignée du traumatisme et cachée dans le thorax, la première portion du jéjunum, placée profondément sur la ligne médiane, le mésocôlon transverse même étaient grièvement lésés.

Nous pensons donc que ce sujet très bien musclé put, en la contractant, rendre sa paroi abdominale aussi rigide qu'une cuirasse; la cavité abdominale ainsi hermétiquement remplie par son contenu, les pressions s'y sont propagées comme dans un bloc homogène.

La production des lésions pourrait être expliquée à l'aide d'une comparaison : une chiquenaude donnée contre une outre pleine de liquide y développe une pression qui se propage dans le fluide dans tous les sens et jusqu'à la paroi opposée. Si cette paroi se trouve contre un plan résistant, elle s'écrase sur lui.

De même, dans l'accident que nous rapportons, le bloc de bois ricochant sur la région iliaque du blessé, produisit une surpression abdominale formidable qui se propagea dans toutes les directions, fit éclater le jéjunum pris entre les anses grêles qui le poussaient et la colonne lombaire, puis écrasa la face externe de la rate contre le gril costal qui l'empêchait de fuir.

On pourrait objecter que le projectile a pu s'enfoncer profondément et écraser directement le paquet intestinal; cette explication ne s'accorde pas avec les lésions observées.

Le côlon descendant et les anses grêles situées dans la fosse iliaque gauche sont indemnes. Il n'y a pas de déchirure ni de décollement du péritoine; et la rate, par ce mécanisme, n'aurait pu être blessée. De plus, les circonstances de l'accident, empêchent d'accepter cette pathogénie. Le morceau de bois, d'après les renseignements formels que nous ont donnés à l'usine les témoins de l'accident a fait ricochet sur le bassin du sujet pour aller frapper un assistant.

Nous allons donc essayer d'expliquer, comme nous la comprenons, la production des lésions observées, sur les viscères abdominaux. L'augmentation de pression au niveau de la fosse iliaque gauche est transmise et propagée dans tous les sens par la masse des anses grêles dont quelques-unes sont contusionnées, ainsi que le mésentère qui les attache, probablement par action des anses voisines. Le jéjunum, situé le dernier auprès du plan résistant, a joué le rôle de la dernière boule qui, dans l'expérience classique des boules d'ivoire, se déplace seule quand le choc a porté sur la première et il a éclaté sur la colonne lombaire. Vers le haut, la masse des intestins est recouverte par le méso-côlon transverse, cloison tendue d'arrière en avant et d'un côté à l'autre entre les deux étages de l'abdomen; cette membrane recevant le choc sur toute la surface est profondément blessée; nous l'avons trouvée ecchymotique, infiltrée de sang. Mais ce voile n'a pas amorti complètement la pression, et la rate, toujours suivant le même mécanisme, est projetée contre la face interne du thorax, sa face externe porte les marques de ce choc.

Nous croyons avoir démontré qu'il s'agit de lésions contuses abdominales par diminution brusque et instantanée du volume de l'abdomen sans contusion directe des organes blessés.

Les mécanismes habituellement invoqués pour expliquer les lésions viscérales ne sauraient s'appliquer au fait que nous rapportons.

C'est ainsi que Jalaguier (in *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus), Forgue (*Pathologie externe*), Guinard (in *Traité de chirurgie* de Le Dentu, Pierre Delbet) ne reconnaissent dans la pathogénie des contusions abdominales que les trois théories ci-dessous :

1° La compression directe entre le corps contondant et les plans osseux;

2° L'éclatement d'une anse intestinale brusquement oblitérée, par excès de pression des gaz qui y sont contenus;

3° Enfin l'arrachement, par un choc oblique, démontré par Strohl.

Tous ces mécanismes sont directs, les organes viscéraux sont blessés au point où a porté le traumatisme.

Peyrot (*Manuel de pathologie externe*) signale un mécanisme de contusion indirecte : « Les lésions par contre-coup offrent un caractère spécial, elles appartiennent exclusivement aux gros viscères : foie, rate. Elles se produisent dans les chutes sur les pieds, les ischions, les fesses. Le corps étant brusquement arrêté dans sa course par la résistance du sol, les viscères emportés par la vitesse acquise tendent à poursuivre la leur dans la cavité de l'abdomen. Ils exercent sur leurs points d'attache une traction proportionnelle à leur masse et à la vitesse dont ils sont animés et suffisante pour déterminer des ruptures considérables. »

Follin et Duplay (*Traité de patho-externe*) admettent ce même mode de production des ruptures du foie et de la rate.

Il s'agit là d'un mécanisme qui ne saurait être comparé à celui que nous invoquons.

Enfin certains auteurs, Guinard, J.-B. Chénier (thèse de Paris 1910), signalent sans les expliquer des lésions d'éclatement à distance du rectum, cet organe étant trouvé blessé sans avoir pu être atteint par un choc direct.

Mais Guinard ne paraît pas admettre ce même mécanisme pour les anses grêles puisqu'il dit, comme conclusion de recherches expérimentales : « En d'autres termes les lésions sont toujours localisées aux points directement contusionnés. »

Nous ne saurions donc nous dissimuler combien paraîtra exceptionnelle la pathogénie que nous avons invoquée et qui est seule capable d'expliquer logiquement les lésions de notre blessé; c'est pour cela que nous voulons rappeler combien fut exceptionnel lui-même le traumatisme qui a déterminé ces lésions.

Il ne s'agit pas, en effet, d'un choc portant sur les parties molles de la paroi abdominale, mais sur la région iliaque, c'est-à-dire sur la paroi osseuse, le corps contondant était animé d'une vitesse extraordinaire, par conséquent l'intensité du traumatisme a été tout à fait anormale. Enfin le projectile après avoir produit la section de l'os coxal, ne s'est pas enfoncé, mais a fait ricochet sur l'obstacle.

C'est habituellement dans des conditions tout à fait différentes que se produisent les contusions de l'abdomen, aussi est-il logique que le mécanisme, qui a présidé aux lésions que nous rapportons, soit lui-même exceptionnel.

LE SOJA

DANS L'ALIMENTATION DES DIABÉTIQUES

Par M. J. LE GOFF,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

L'alimentation joue un rôle important dans le traitement du diabète sucré. Sous l'influence d'une hygiène alimentaire convenable on voit souvent, dans les formes bénignes, le sucre disparaître des urines. Aussi le premier soin du médecin consiste à établir un régime alimentaire qui n'a pas toujours l'heur de plaire aux malades, parce qu'il a l'inconvénient de n'être pas varié.

Quoique chaque diabétique ait une tolérance personnelle pour certains hydrates de carbone, on peut dire que l'amidon de blé et son dérivé le pain, ainsi que nos légumes secs, doivent être presque toujours défendus. Si l'on juge du nombre de cas de diabète par le chiffre des décès causés par cette maladie, on peut affirmer que leur nombre s'accroît dans une proportion extraordinaire.

L'Annuaire statistique de la Ville de Paris indique pour 1880, 128 décès ayant pour cause le diabète, soit une proportion de 0,644 pour 10 000 habitants; en 1890 nous trouvons 304 décès; en 1900, 427; en 1909, 525, soit 1,930 pour 10 000 habitants.

Cet accroissement du nombre de cas de diabète tient à bien des causes sur lesquelles je reviendrai, mais on ne peut s'empêcher de penser à la consommation exagérée du sucre qui est passé de l'officine de l'apothicaire à la boutique de l'épicier.

Le régime alimentaire constitue chez tous les malades une préoccupation constante.

Devant l'accroissement du nombre des cas de diabète, le commerce s'est ingénié à fabriquer un grand nombre de produits alimentaires qui sont du plus grand secours pour les malades des villes; néanmoins le régime de ceux qui habitent la campagne est encore très limité, puisque les légumes cultivés dans les potagers leur sont en partie défendus.

C'est pour cela que dans un article précédent (1), j'ai appelé l'attention sur une légumineuse, le Soja, qui renferme une faible proportion d'hydrates de carbone, et j'ai montré qu'il était possible de cultiver cette plante en France.

(1) J. Le Goff. *Gaz. des hôpit.*, 22 mars 1910.

Il existe, en Extrême-Orient, un très grand nombre de variétés de Sojas, de même que chez nous la culture potagère a donné naissance à beaucoup de variétés de pois.

Le Soja est une plante annuelle, herbacée, à tige dressée, velue, semi-ligneuse, de 80 à 90 centimètres de hauteur, mais pouvant atteindre 1 m. 20 et 1 m. 50 (fig. 1).



Phot. Dr Le Goff.

Fig. 1. — *Pied de Soja.*

Les feuilles sont alternes, composées, trifoliolées à pétiole long de 10 à 15 centimètres.

Les fleurs sont très petites, papilionacées, leur couleur varie du lilas pâle au violet foncé. Le calice est gamosépale à 5 divisions, les étamines au nombre de 10, l'ovaire a une seule loge renfermant de 2 à 5 ovules.

Le fruit est une gousse velue de 4 à 6 centimètres de long et de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de largeur, renfermant de 2 à 5 graines dont la couleur varie du jaune pâle au noir. Elles sont ovales, arrondies ou sphériques et ont 7 à 9 millimètres de longueur sur 4 à 6 de largeur.

Ce sont ces graines qui constituent un aliment précieux pour les diabétiques: en effet si nous étudions leur composition chimique nous y trouvons

36 p. 100 d'une substance protéique qui est une globuline (1); 17 p. 100 de matières grasses et seulement 6 p. 100 d'hydrates de carbone (2).

Takenchi vient de signaler dans ces graines une uréase très active (3).

L'an dernier, j'ai montré qu'il était possible de cultiver le Soja dans toutes les régions viticoles (fig. 2).

Ceux qui ont suivi mes conseils ont peut-être été déçus, car dans certaines régions les Sojas n'ont pas fructifié. Il faut attribuer cet insuccès à l'absence de chaleur et aux pluies abondantes qui sont tombées pendant tout l'été.

D'autre part, l'introduction dans notre pays d'une plante comme le Soja, qui vit dans une région lointaine, ne se fait pas sans difficulté.

N'y a-t-il pas lieu de se rappeler ce qui s'est passé pour la pomme de terre à la fin du XVIIIe siècle?

Les légumineuses ne se développent bien, que lorsque le sol renferme une bactérie, le *Rhizobium leguminosarum*, qui vient se fixer sur leurs radicelles. Il conviendrait donc de semer le Soja dans un terrain où l'on a déjà cultivé du trèfle ou de la luzerne.

Certains m'ont déjà fait remarquer qu'il était peut-être superflu d'essayer de cultiver chez nous une plante dont la graine se trouve actuellement dans le commerce, surtout depuis qu'un de nos quotidiens a annoncé au public, qu'il existait dans les environs de Paris, une usine de produits à base de Soja, dirigée par des Chinois.



FIG. 2. — *Champ de Soja dans la banlieue ouest de Paris.* Phot. Dr LE GOFF.

Sans doute les malades des grandes villes pourront s'y approvisionner, mais les malades des campagnes aimeront toujours mieux utiliser les Sojas de leurs potagers, qu'ils auront semé eux-mêmes et dont ils auront récolté les graines.

Celles-ci seront plus agréables au goût, leur cuisson se fera avec plus de facilité que celle des graines qui ont subi une dessiccation complète pour parvenir de la Mandchourie à Paris. C'est pourquoi j'insiste de nouveau sur cette culture en France.

Suivant la variété, les semis doivent être faits en avril ou en mai [peut-être même plus tôt (4)].

J'ai montré que le Soja pouvait s'employer à la façon de nos pois et de nos haricots; cependant si l'on utilise les graines importées d'Extrême-Orient, on éprouve une certaine difficulté pour arriver à une cuisson suffisante; il convient de laisser les graines tremper dans l'eau tiède pendant vingt-quatre heures et la cuisson se fait ensuite en trois ou quatre heures. Armand Gautier (1) recommande d'ajouter de 12 à 15 grammes de bicarbonate de sodium par kilogramme de pois que l'on veut cuire.

Le Soja, par suite de sa richesse en matières albuminoïdes, conserve une certaine dureté après la cuisson; aussi les Japonais et les Chinois mangent rarement ce légume à l'état naturel, comme nous le faisons pour nos haricots ou nos pois. Ils en font un très grand nombre de préparations culinaires qui, avec le riz, constituent toute leur nourriture : ce dernier apportant à l'organisme les hydrates de carbone, comme le pain chez nous, le Soja les matières albuminoïdes, que nous fournissent nos viandes.

Au Japon, le Soja sert à préparer le shoyu, le miso, le natto, le yuba, le tonu, le tosei, le tofu; en

(1) OSBORNE et CLAPP. *Zeit. Anal.*, 1909, t. XLVIII.

(2) H. BRENIER. *Bull. économique du gouvernement général de l'Indo-Chine*, 1910, n° 83.

(3) TAKENCHI. *J. Coll. Agr. Tokyo*, t. I.

(4) On trouve, dans le commerce des graines, le Soja d'Etampes et le Soja de Podolie.

(1) ARM. GAUTIER. *L'Alimentation et les régimes.*

Chine le tao-yu, le tao-tjiung et le téou-fou, le célèbre fromage de haricots. A part le shoyu, toutes ces préparations ont un goût particulier et je crois que l'on éprouvera beaucoup de difficultés à les faire accepter à un palais européen.

Voici d'après A. Bloch quelques renseigments sur ces préparations : le shoyu est une sauce d'une coloration brunâtre, fortement salée, d'un arome agréable, que l'on fabrique avec du Soja, du froment, ou de l'orge, du sel, de l'eau et du riz fermenté ou koji.

Le premier stade consiste dans la préparation du koji qui sert également à produire le saké. On prend une petite quantité de riz, on le laisse tremper jusqu'à ce qu'il soit bien ramolli, puis on le fait sécher. On le mélange alors avec des spores d'*Aspergillus orizæ* et on maintient une température uniforme de 20° pendant vingt-quatre heures. On divise la masse en petites tablettes rectangulaires que l'on dépose dans un cellier, afin de faciliter le développement du mycélium. On obtient le koji. On mélange alors le quart du froment grossièrement pulvérisé avec du koji. On place le tout dans un endroit chaud, et on le met en tablettes qui serviront plus tard à établir la fermentation. L'autre partie du froment est torréfiée jusqu'à ce qu'elle devienne brun clair et puis broyée dans un moulin. Les graines de Soja sont à leur tour cuites légèrement et grossièrement broyées de façon à donner une bouillie. On mélange cette bouillie avec la farine de froment et les tablettes préparées d'autre part, et on abandonne trois jours à la température de 25° : le champignon du koji envahit la masse, on y ajoute alors de l'eau et du sel de façon à avoir une masse mi-solide. On place le tout dans de grandes cuves à fermentation, on brasse la masse une fois par jour en hiver, et deux à quatre fois en été. La fermentation se fait très lentement ; la masse se fluidifie, brunit et prend un arome de vin de Malaga.

Quand on juge l'opération terminée, on exprime dans des sacs de coton ; les portions qui passent les premières par légère pression constituent le shoyu le plus fin. Ce condiment a la valeur nutritive d'un bon extrait de viande, il ne renferme que des traces de glucose, il est assez fortement minéralisé (1). Il est très bien supporté par les diabétiques.

Le natto (2) est préparé par l'ébullition des graines de Soja dans l'eau pendant quatre ou cinq heures jusqu'à ce qu'elles soient complètement ramollies ; la masse, pendant qu'elle est encore chaude, est enveloppée dans de la paille, et les paquets formés, liés aux deux bouts, sont portés dans un cellier bien fermé et ayant une température déterminée. On laisse la chaleur agir pendant vingt-quatre heures et le produit qui est une sorte de fromage est de suite livré à la consommation (il contient de 7,3 à 7,5 p. 100) d'azote).

La préparation la plus intéressante pour l'Extrême Orient est celle du fromage de pois, appelé Tofu par les Japonais, Téou-fou par les Chinois. Pour l'obtenir, on laisse le Soja tremper une nuit dans l'eau ; au matin, on le broie entre deux meules sous un courant d'eau, on passe l'émulsion obtenue et on a du lait végétal que l'on fait bouillir ; on coagule le produit encore chaud par une solution de chlorure de magnésium que l'on ajoute peu à peu et en agitant constamment. On exprime ensuite le fromage entre deux claies et on le divise en pains rectangulaires.

Le Dr Iwai (de Tokyo) m'a fourni l'analyse suivante du tofu japonais : eau 88,70 p. 100 ; matières azotées 6,55 ; matières grasses 2,95 ; extrait non azoté 1,05 ; cendres 0,64 ; cellulose 0,02 p. 100.

Formules de quelques préparations culinaires de Soja. — Le Soja peut se manger grillé comme nos châtaignes. Il suffit de le faire passer dans une poêle à marrons ou au brûloir à café. S'il s'agit de soja importé il faut au préalable le faire tremper dans l'eau tiède.

Soja au beurre. — Laisser tremper la graine dans l'eau tiède jusqu'à ce que les enveloppes se gonflent, puis se détachent ; agiter pour les rassembler à la surface, les enlever, puis égoutter les graines mondées. Les laisser en tas dans un saladier pendant vingt-quatre heures, puis faire cuire, avec les condiments d'usage, suivant l'âge des graines, de une heure à quatre heures. Egoutter de nouveau et servir chaud avec du beurre, une laitue ou un cœur de romaine cuit séparément.

La globuline de Soja conserve toujours une certaine dureté à laquelle on s'habitue.

Soja au gras. — Mettre dans une casserole de la graisse, un oignon haché, faire frire jusqu'à ce que l'oignon soit roux, ajouter du persil, jeter ensuite le Soja cuit comme il a été dit ci-dessus, faire sauter un moment.

Le Soja au lard se prépare de la même façon. Certains recommandent de faire bouillir les pois mondés avec du lard jusqu'à ce qu'ils soient bien cuits, puis on ajoute du sel, du poivre et du beurre ou de la graisse.

Soja en purée. — Les graines ayant été cuites comme il vient d'être dit, écrasez-les, vous obtenez une purée à laquelle vous ajoutez du beurre et s'il y a lieu du bouillon.

Pain ou gâteau de Soja. — Triturez dans un mortier en marbre 250 grammes de farine de Soja avec deux œufs frais, une cuillerée à soupe de lait. Lorsque le mélange est parfait, ajoutez une pincée de *baking powder* ou un paquet composé de 2 grammes de bicarbonate de sodium et d'un gramme d'acide tartrique pulvérisé très finement. Faites tomber dans un moule bien beurré. Suivant que vous désirerez avoir peu ou beaucoup de mie servez-vous d'un moule de 20 centimètres ou de 10 centimètres de diamètre.

Portez au four pendant un quart d'heure ou vingt minutes.

Vous pouvez aromatiser la pâte à la vanille, à la fleur d'oranger ou aux zestes de citron. Vous pouvez également la diviser en pâtons que vous cuisez dans des moules à gâteaux de madeleines.

En résumé, l'introduction dans notre pays du Soja comme plante potagère, se justifie par le rôle impor-

(1) A. Bloch. Le Soja, *Bull. des sc. pharmacol.*, 1907, nos 9 et 10.

(2) *La Nature*, 24 sept. 1910.

tant que ses graines peuvent jouer dans l'alimentation des diabétiques. J'ajoute que les feuilles de la plante également nutritives peuvent constituer une ressource précieuse pour l'agriculture et que sa culture poursuivie pendant quelques années peut amender considérablement le sol.

Dans ces conditions, j'estime que des essais sérieux et suivis devraient être entrepris et j'appelle sur ce sujet l'attention des pouvoirs publics, qui en s'intéressant à la question, pourraient rendre un signalé service aux nombreux diabétiques et aux agriculteurs.

MÉDECINE PRATIQUE

LE SAVONNAGE DES MAINS EN CHIRURGIE

On sait combien ce point si important de technique chirurgicale a été l'objet de recherches nombreuses et de publications multiples; nous ne referons pas l'historique de la question renvoyant le lecteur à l'article de Ch. Greene Cumston (*The boston med. and surg. journ.*, 18 et 25 mars 1909, vol. CLX, nos 11 et 12), ou à la thèse de A. Tessé (thèse de Lyon, 30 avril 1910), à laquelle nous ferons de nombreux emprunts au cours de cet article.

Rappelons seulement que c'est au Congrès allemand de chirurgie de 1898 que s'est nettement posée la question de savoir si l'asepsie des mains (préalablement infectées ou non) pouvait être obtenue par le savonnage. La question fut portée, en 1900, par M. Quénu, devant la Société de chirurgie et suscita une importante discussion. M. P. Delbet, s'appuyant sur des expériences personnelles, conclut par la positive. La majorité des chirurgiens français admet que si cette *asepsie absolue* ne peut être obtenue d'une façon *constante* et *certaine*, du moins la désinfection obtenue est suffisante en pratique; les statistiques d'opérations aseptiques sont là pour le prouver.

Quelques chirurgiens français, des chirurgiens étrangers plus nombreux, ont pensé que l'asepsie ainsi obtenue était insuffisante ou tout au moins inconstante et ont adopté d'une façon courante l'emploi des gants stérilisés.

Cet emploi s'est beaucoup étendu depuis, mais il ne faut pas croire qu'il supprime l'importance de la désinfection des mains et celle-ci conserve tout son intérêt pour un certain nombre de raisons.

D'abord parce que l'emploi des gants ne s'est pas, et ne peut pas se généraliser. Si fins que soient les gants, certains chirurgiens les considèrent comme gênants et se refusent à les employer pour des opérations délicates; dans le milieu hospitalier l'usage des gants est trop dispendieux; enfin dans la clientèle courante on peut se trouver dans la nécessité d'avoir les mains aseptiques sans avoir de gants stérilisés à sa portée (accouchements, accidents, urgences, chirurgie de guerre, etc.).

En second lieu, parce que, même l'emploi des gants serait-il général, il ne dispense aucunement d'un nettoyage complet préalable; les gants peuvent se perforer au cours d'une opération, par usure, déchirure sur un instrument ou dans une opération osseuse, par piqûre d'aiguille.

Donc la question de la désinfection des mains reste entière. Nous nous bornerons ici au savonnage, laissant en dehors toutes les méthodes qui ont été proposées pour le compléter ou s'y substituer.

La méthode classique a été exposée dans une revue générale (*Gazette des hôpitaux*, 10 novembre 1900, n° 128) due à la plume autorisée de mon maître le professeur Ricard; nous n'y reviendrons pas. Mais depuis cette époque de nouvelles recherches expérimentales ont eu lieu, les notions physiques sur les solutions de savon se sont modifiées, la fabrication elle-même de certains savons s'est perfectionnée. De ces travaux résulte pour nous un certain nombre de notions pratiques sur l'emploi judicieux du savon au nettoyage des mains.

Le savon peut nettoyer les mains de deux manières :

1° En favorisant la chute des éléments même de la peau, la couche cornée et son contenu.

2° En agissant sur l'enduit qui constitue la saleté, enduit composé des matières grasses sécrétées par les glandes, des cellules desquamées, les poussières extérieures, les agents microbiens.

Cet enduit peut être soit désinfecté, ou enlevé.

Au total, le savon peut agir sur la peau par :

1° Action de décapage ou kératolyse;
2° Action antiseptique;
3° Saponification des graisses;
4° Emulsion des graisses;
5° Rôle des solutions colloïdales.

1° Action de décapage. — D'une façon générale le savon produit sur la peau une action telle que les couches les plus superficiellles de l'épiderme sont éliminées sous forme de squames très fines. Le dessèchement de l'épiderme par la saponification et l'émulsion des graisses entre pour la plus grande part dans cette kératolyse, mais il semble que l'irritation des couches profondes y entre pour une certaine part, car elle peut se prolonger lorsque l'application du savon a cessé. L'emploi répété de savons alcalins amène de la sécheresse de la peau avec fine desquamation; à un degré plus marqué, il se forme des crevasses souvent fort douloureuses, du prurit, de la rougeur, et des éruptions eczématiformes. Il est certain, dit M. Brocq, que l'emploi du savon est une des principales causes de l'eczéma des chirurgiens.

Mais tous les savons ne possèdent pas au même degré, cette action qui est due à la présence d'un alcali libre. D'une part, la proportion d'alcali libre est très variable selon les savons, d'autant moins élevée que la purification du savon a été poussée plus loin, les savons impurs étant les plus caustiques; d'autre part, à quantité égale, la potasse est beaucoup plus caustique que la soude.

Pratiquement il faut distinguer :

a. *Savons solides* (ou de soude). — I. Les savons de ménage purs, savon *blanc* de Marseille (contenant de 60 à 72 p. 100 d'huile), et les savons *fins* de toilette, dont l'action caustique est pratiquement nulle.

II. Les savons marbrés de ménage et savons dits d' « empâtage », les savonnettes de toilette de qualité inférieure qui sont plus ou moins caustiques.

b. *Les savons mous*, *savon vert*, *noir*, qui sont toujours à base de potasse, beaucoup plus caustiques que les précédents, beaucoup plus solubles aussi, ils forment la base de la plupart des savons liquides du commerce.

Certains chirurgiens ont systématiquement recherché ce décapage de la peau et préconisé l'emploi de savons caustiques.

Furbringer, Menge, Boll se servent de savon mou.

Tillmanns, Vollbrecht, Mickulicz, Reverdin, Bottini, de savons liquides à la potasse.

Savon de Reverdin.

Huile d'olive	72 parties
Lessive de soude	24 —
— potasse	12 —
Sulfophénate de zinc	2 —
Essence de roses	9,5

Savon de Mickulicz.

Huile d'olive	6 parties
Lessive de potasse	7 —
Alcool	30 —
Eau	17 —

Savon liquide de la pharmacopée germanique.

Savon de potasse	10,5
Huile d'olive	0,8
Glycérine	1 partie
Alcool	43 —
Eau	45 —

On a cherché à obtenir mécaniquement le même décapage de la peau en mélangeant au savon diverses substances inertes : savon de pierre ponce, de sable, de marbre (Schleich), fibres végétales (van Nissen) ou par l'emploi de brosses dures, pierres ponces, éponges végétales (loufah). Un tel décapage est-il utile ?

Non, et l'expérimentation montre que les résultats obtenus par exemple par l'emploi du savon de Mickulicz ne sont pas supérieurs à ceux qu'on obtient avec le savon ordinaire (voy. Greene Cumston, p. 378).

Leedham Green assure que si on pousse trop loin le décapage on augmente le nombre des germes à la surface de la peau au lieu de le diminuer.

De plus, nous n'insisterons pas sur le danger que présente pour le chirurgien la présence de crevasses et d'érosions à la surface des mains.

Il devra donc employer un savon *inoffensif*, savon de soude aussi pur que possible, le savon blanc de Marseille de bonne qualité est le meilleur, ou un savon liquide pratiquement neutre, ainsi qu'il en existe depuis peu dans le commerce.

2° Action antiseptique. — Le savon est un antiseptique puissant, de nombreux expérimentateurs l'ont prouvé (Koch, Chavasse, Serafini, Labbé, Symes, Polak, Carl. Gesson, Rodet, Reichenbach), mais si cette action n'est pas complètement due à l'alcalinité (Serafini), il semble bien qu'elle soit d'autant plus marquée que le savon est plus caustique. Winiwarter, par exemple, se sert comme antiseptique dans les pansements du savon suivant, très caustique :

Savon vert du commerce	2
Alcool	1

Ce sont surtout les savons de potasse, celui de Mickulicz en particulier, qui se sont montrés des germicides très puissants.

Les solutions de savon de Marseille expérimentées par Rodet (*Soc. de biol.*, 1905) possèdent bien encore un pouvoir retardant sur les cultures et un pouvoir bactéricide notable, mais il faut une solution assez concentrée (5 p. 100), plus concentrée que celle qu'on obtient en général en se brossant les mains dans l'eau (1 à 2 p. 100).

Bien plus, il ne faut pas considérer le savon comme aseptique, non seulement à cause de la poussière de sa surface, mais des fragments, pris au centre d'un pain de savon, cultivent.

Tessé a répété cette expérience sur sept savons différents, tous ont cultivé entre vingt-quatre et vingt-six heures à 37 degrés en bouillon de veau peptonisé. Il est donc utile de faire stériliser le savon.

Le savon solide est préparé de la façon suivante dans beaucoup de services de chirurgie. On porte à l'ébullition (140 degrés) un mélange de trois parties de savon et une partie de glycérine. On laisse refroidir sur des plateaux recouverts d'un champ ; quand la masse est solidifiée, on la découpe avec une lame flambée en carrés que l'on enveloppe et conserve dans des compresses stérilisées.

Pour les savons liquides, ceux à base de potasse sont facilement stérilisables à l'autoclave à 120 degrés ; au contraire la plupart des savons de soude subissent une modification de leur composition qui amène une précipitation partielle au refroidissement.

Cependant il existe dans le commerce certains savons liquides de soude, stérilisables. Enfin il faut savoir qu'un savon liquide stérilisé doit être maintenu à l'abri de l'air. L'action de l'acide carbonique de l'air tend à décomposer le savon, aussi on y obvie en ajoutant certaines substances. Certains savons liquides contiennent du sucre ou de la gélatine qui forment un excellent bouillon de culture ; les produits de bonne qualité contiennent une notable proportion de glycérine et n'ont pas cet inconvénient (voir M. Guillot. Le savon liquide en chirurgie, *Arch. méd.-chir. de Normandie*, 15 déc. 1910).

3° Saponification des graisses. — C'est Chevreul, en 1813, qui établit que les graisses sont des éthers de la glycérine avec les acides gras ; traités par un alcali on obtient un savon et la mise en liberté de glycérine. Il pensait que l'action des solutions de savon sur les graisses de la peau provenait d'un phénomène inverse de saponification. Dans l'eau le savon se décompose, donnant un acide insoluble et une quantité d'alcali dissous (environ la moitié de la totalité) qui, se combinant aux acides gras des graisses, de la peau, forme des produits solubles. C'est la présence de l'acide libre du savon qui empêche les matières dissoutes et en suspension d'adhérer à l'objet lavé. Depuis on a montré que cette dissociation partielle du savon dissous est exacte, les solutions savonneuses sont très instables et de l'alcali s'y trouve peu à peu mis en liberté ; c'est même ce qui fait la difficulté, sinon l'impossibilité, d'avoir des savons liquides (c'est-à-dire en solution) sans alcali libre. Mais il est prouvé (Bussy) que l'action de saponification sur les graisses de la peau est insignifiante à côté, par exemple, de l'action d'émulsion, surtout si l'on emploie comme nous l'avons dit des savons purs et d'alcalinité minima.

4° Emulsion des graisses. — Il s'agit ici d'un phénomène physique des plus importants dans le nettoyage des mains. Voici comment l'expose M. Guillot (De l'emploi du savon liquide en chirurgie, *Arch. méd.-chir. de Normandie*, 15 sept. 1910) : « Une graisse est dite émulsionnée lorsqu'elle est suspendue dans le corps émulsionnant, en gouttelettes assez fines pour que cette suspension soit durable. Or, la possibilité pour un corps d'en émulsionner un autre est une simple affaire de tension superficielle. Qu'est-ce que la tension superficielle d'un liquide ? On peut en prendre une notion en observant des liquides différents avec un compte-goutte. Ouvrez votre formulaire, vous y verrez que les gouttes d'huile, ainsi obtenues, sont plus grosses que les gouttes d'eau, et que celles-ci sont à leur tour plus grosses que les gouttes d'alcool. Cela tient à ce qu'il faut se représenter les gouttes de liquide comme entourées d'une membrane élastique. Si cette membrane est faible, la goutte est grosse ; si cette membrane est forte, la goutte est petite. Cette membrane, c'est la tension superficielle, elle est plus petite pour l'huile que pour l'alcool, elle est intermédiaire pour l'eau. Si deux liquides n'ont pas la même tension superficielle, il sera possible, par une agitation violente, de les mélanger jusqu'à un certain point, mais un repos très court fera se ramasser en couches superposées les deux liquides. Pour émulsionner les graisses, on devra en conséquence les agiter avec des corps ayant la même tension superficielle ou une tension très voisine. »

C'est le cas pour les solutions de savon très concentrées. Il conviendra donc, pour être sûr d'émulsionner les graisses des mains, que la solution savonneuse, dans laquelle nous les frottons, possède à un moment donné une concentration suffisante pour avoir la même tension superficielle. Or, le titre des solutions de savon obtenues par l'emploi de l'eau chaude et des savons durs est absolument livré au hasard. En prenant très peu d'eau dans une cuvette et en se savonnant très longtemps on arrive à faire une solution entre 3 à 5 p. 100 au plus. C'est l'avantage des savons liquides d'avoir une concentration beaucoup plus forte, si bien qu'en les employant d'abord purs, puis additionnés peu à peu d'une très petite quantité d'eau, il arrive un moment où fatalement la solution

aura la même tension superficielle que les graisses de la peau et les émulsionnera.

Les savons liquides n'ont plus l'inconvénient de contenir un excès notable d'alcali libre, on trouve maintenant dans le commerce des savons liquides concentrés (pesant de 5 à 6,5) pratiquement neutres, sans alcool, contenant une notable quantité de glycérine ; inoffensifs pour les mains, ils sont d'excellents agents d'émulsion des graisses.

On peut encore préparer une solution aqueuse selon la formule de Tessé. On prend 200 grammes de savon blanc de Marseille très pur (72 p. 100 d'huile). On le coupe en lamelles, et on le verse dans 900 grammes d'eau bouillie. On fait dissoudre à chaud, on obtient ainsi une solution à 20 p. 100 que l'on peut encore concentrer par surchauffage. On verse dans des flacons qui sont autoclavés. Par refroidissement, le liquide se prend en une masse gélatineuse. Pour l'usage, faire réchauffer au bain-marie.

5° ACTION D'ÉMULSION COLLOÏDALE (voir thèse de Tessé) — Dans ces dernières années, les travaux de Krafft et de ses élèves (*Berl. der Deutsch. chemischen. Gesell.*, t. XXIII, XXVI, XXVIII, XXIX, XXXII), les expériences de von Spring (*Revue chimique des Pays-Bas*, t. XXVIII) ont démontré que les solutions de savon jouissaient des propriétés des émulsions colloïdales.

C'est ainsi que le point d'ébullition de ces solutions ne change pas que leur concentration soit faible ou très forte.

Un rayon lumineux traversant une solution de savon éclaire les granules en suspension, comme le rayon lumineux pénétrant dans une chambre obscure éclaire les poussières de l'atmosphère et devient visible, tandis que, dans les solutions véritables, il reste invisible.

L'état d'équilibre entre les granules et le liquide intergranulaire, état d'équilibre qui amène la solution, peut être rompu par l'adjonction de divers substances, les sels en particulier, ce qui amène la précipitation.

Enfin, la base et les acides gras du savon se trouvent dans la solution, dans un état de dissociation presque complet. Il y a donc présence simultanée de base libre et d'acides libres, ces derniers bien qu'insolubles dans l'eau s'y tiennent en suspension à l'état d'émulsion colloïdale. Ce dernier point a une grande importance car il explique un mode d'action essentiel des solutions de savon. En présence des impuretés de la peau, il se forme entre elles et le savon des composés plus stables que ceux qui existaient entre ces impuretés et la peau. Les expériences de von Spring montrent bien ce rôle. Le noir de fumée en suspension dans l'eau pure forme des composés d'absorption avec certains corps solides, avec la cellulose en particulier ; du noir de fumée délayé dans de l'eau est entièrement retenu sur un filtre de cellulose, l'eau s'écoule pure. Or, si l'on se noircit les mains au noir de fumée et qu'on les lave au savon, les composés formés par les particules de noir de fumée dans l'eau savonneuse traversent les filtres les plus fins. Il en est de même de beaucoup d'autres corps solides.

Donc les solutions de savon, en dehors de leur action sur les graisses possèdent le pouvoir de former avec des corps solubles ou insolubles dans l'eau et adhérant aux mains, des composés stables, ce qui en permet l'enlèvement.

Ces propriétés sont dues à la présence des acides libres à l'état d'émulsion colloïdale. Aussi faut-il éliminer de la composition des savons tout ce qui peut diminuer cet état d'hydrolyse. Tel est le cas de l'alcool (expérience de Falk, von Spring). Il faut donc abandonner les savons liquides à l'alcool, préconisés (Mickulicz, Vollbrecht, Tillmans) surtout pour raccourcir le temps de nettoyage des mains. L'expérimentation avait d'ailleurs montré que les résultats n'étaient pas très satisfaisants (expériences de Lansberg, Reinicke, Sarwey et Paul).

Tous les sels peuvent empêcher cette action. C'est la condamnation de tous les savons composés contenant des antiseptiques [savons de Reverdin, phéniqué, au lysol, Ubrigin (boriqué) servatol (iode et Hg), au sublimé, oxygénés, etc.]

Leur action est d'ailleurs inférieure à celle du savon ordinaire (expériences de Symes).

En résumé : nous devons employer un savon stérilisé, aussi pur que possible, pratiquement neutre, en solution aussi concentrée que possible.

On se servira donc, soit de savon solide préparé par ébullition dans la glycérine et conservé aseptiquement, soit de préférence d'un savon liquide en solution aqueuse très concentrée (liquéfiée au bain-marie) et autoclavé, ou une solution neutre du commerce, glycérinée, sans alcool, et préalablement stérilisée, ce dernier desideratum n'est pas encore réalisé par les savons liquides du commerce.

Reste la façon de pratiquer le savonnage.

On ne se servira naturellement que d'objets stérilisés, cure-ongle, brosses pas trop dures, cuvettes, eau aussi chaude que possible. Deux points semblent encore variables dans la technique des chirurgiens :

1° Le savonnage en eau courante ou non ;
2° La durée du savonnage.

D'après ce que nous avons dit sur l'émulsion des graisses, il est évident que l'emploi d'une cuvette avec du savon liquide pur, dans lequel on ajoutera peu à peu une petite quantité d'eau stérilisée, constitue la méthode de choix. Mais bientôt le contenu de la cuvette ne constitue plus qu'une « purée septique » dont les mains sont imbibées. C'est alors qu'intervient un second temps capital (Tessé) : le rinçage. Celui-ci doit être pratiqué naturellement de préférence à grande eau. A condition de bien frotter pendant ce rinçage, on élimine rapidement le liquide adhérant aux mains. On pratiquera ensuite un nouveau savonnage, puis un nouveau rinçage. C'est à ce mode de lavage alterné que Tessé est arrivé à donner la préférence.

Quant au temps de lavage nécessaire, il est très diversement apprécié, depuis trois à cinq minutes (Tillmans, Vollbrecht, Mickulicz) jusqu'à une heure (Reverdin et Massol).

En réalité deux facteurs essentiels sont à considérer :

1° L'état des mains avant le lavage ;
2° La manière de se laver.

Si l'on a sur les mains ou les avant-bras une inflammation quelconque, ou si l'on a dans les deux jours précédents, infecté ses mains par un contact très septique, l'emploi des gants est indispensable.

Si l'infection qu'a pu subir les mains est médiocre, il sera utile de prolonger le savonnage et de le compléter ou le remplacer par une méthode de désinfection des mains plus active.

(Nous exposerons ces méthodes dans un prochain article.)

Si on a su se mettre (c'est l'idéal à rechercher) à l'abri de toute contamination par l'emploi des gants pour les pansements, incisions, touchers, la désinfection sera obtenue dans le temps normal.

Pratiquée méthodiquement, selon les principes que nous avons indiqués, la pratique journalière démontre qu'un savonnage de dix à quinze minutes est suffisant pour obtenir d'excellents résultats. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 MARS 1911)

Un cas d'ataxie aiguë avec guérison rapide. — MM. G. GUILLAIN et Guy LAROCHE. Un homme de vingt-cinq ans est pris subitement, le 4 septembre, de céphalée; le lendemain

en se levant il est incapable de se tenir sur ses jambes, les jours suivants la céphalée persiste et il existe de l'agitation. Il entre à l'hôpital Cochin où nous l'examinons le 14 septembre. On constate alors la symptomatologie suivante : il n'existe aucune paralysie des membres ni de la face, mais il y a une certaine hypertonicité généralisée ; l'ataxie est considérable aux membres inférieurs et supérieurs avec tremblement intentionnel comme dans la sclérose en plaques avec aussi adiadococinésie. La parole est lente, scandée, monotone. Les réflexes rotuliens sont exagérés, le signe de Babinski fait défaut. Quelques secousses nystagmiformes dans les mouvements de latéralité des yeux. Aucun trouble des sensibilités superficielles ou profondes. Pas de fièvre ni de signe de Kernig ni de raideur de la nuque. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien clair, non hypertendu avec une légère lymphocytose ; il n'y avait pas de microbes visibles à la coloration et l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien fut négatif. L'hémoculture fut aussi négative.

La particularité de cette observation est que cette ataxie aiguë qui simulait d'une façon très typique une sclérose en plaques régressa complètement en trois semaines. Il s'est agi sans doute, dans ce cas, de lésions infectieuses ou toxiques du névraxe et spécialement du mésocéphale, lésions peu profondes et non destructives ; mais on s'explique fort bien que de telles lésions moins facilement réparables puissent conditionner le développement d'une sclérose en plaques progressive et permanente.

La notion de la possibilité d'une guérison très rapide dans l'ataxie aiguë mérite d'être connue.

Cure de morphinisme. Sevrage brusque et sevrage progressif. — M. Morel-Lavallée lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 2 mars 1911)

Paraplégie spasmodique organique avec contracture en flexion et exagération des réflexes cutanés « de défense ». — M. Souques. La malade est âgée de quarante-trois ans ; la flexion est telle que les fesses et les talons se touchent presque, avec réflexes rotuliens faibles, signe de Babinski net à droite, douteux à gauche, rétention des sphincters. Malgré les rétractions tendineuses les mouvements de défense sont considérables, alors que, spontanément, la malade ne peut faire presque aucun mouvement. La marche est progressive.

De la mort rapide à la suite des craniectomies décompressives. — MM. Souques et de Martel. Un enfant de neuf ans souffrait, depuis quatre à cinq ans, de crises de céphalée, avec, depuis quinze mois, diplopie puis amaurose, sans signes de stase à l'ophtalmoscope, surdité sans lésions de l'oreille moyenne ou externe. Les réflexes ne sont pas exagérés, le signe de Babinski n'a existé que temporairement. Après une ponction lombaire, bien tolérée, la trépanation décompressive fut pratiquée. Tout allait très bien, lorsque, au bout de vingt-quatre heures environ, l'enfant mourut subitement avec signes bulbaires. Sur plus de cent trente trépanations, M. de Martel a observé cinq fois des accidents analogues. L'autopsie fut pratiquée trois fois et montra qu'il s'agissait de tumeurs bulbo-protubérantielles. Pour éviter, autant que possible, cette mort rapide, il convient de trépaner le plus loin possible du siège probable du néoplasme. La méthode des ponctions lombaires successives préconisée par M. Sicard ne met pas à l'abri des accidents qui ont suivi parfois la ponction elle-même. — M. Babinski vient d'avoir un cas de mort postopératoire. Il s'agissait d'une grosse tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Il a vu les ponctions successives chez le même malade donner tantôt de l'amélioration, tantôt aggraver la céphalée. — M. Sicard insiste sur la nécessité, lors des ponctions lombaires successives, de mettre le malade en position de Trendelemburg et de lui faire garder le lit au moins trois jours ; il a eu un cas de mort au bout de trente-six heures, après intervention sans précautions préalables ; par la méthode des ponctions successives, il a obtenu quatre succès opératoires, les malades ont succombé quelques mois plus tard, aux progrès du néoplasme.

Névrite optique associée à une myélite. Neuro-myélite optique de Devic. — M. de Lapersonne présente une femme de vingt et un ans qui, dix mois après un accouchement, fut prise de cécité rapide à gauche, puis, trois semaines plus tard, à droite, avec œdème papillaire. Au bout de quelques jours apparut une paraplégie aiguë, puis l'affaiblissement du bras gauche avec affaiblissement du réflexe olécranien, puis une cystite purulente avec incontinence des sphincters. La malade est soumise, après divers essais, à des injections de fibrolysine : l'acuité visuelle et la paraplégie sont en voie de notable amélioration. Le deuxième malade est un homme de trente ans qui fut pris des mêmes accidents, mais avec liquide céphalo-rachidien louche, albumineux, avec des lymphocytes et des polynucléaires en quantité à peu près égale, alors que chez la malade précédente le liquide était normal ; mais, ici, les accidents se sont améliorés très rapidement.

Sur les variations du glucose céphalo-rachidien dans un cas de méningite à bacilles de Pfeiffer. — MM. Hallion et Bauer, ayant eu l'occasion d'examiner jour par jour le liquide céphalo-rachidien d'une méningite cérébro-spinale à bacilles de Pfeiffer, ont pu constater la disparition progressive du glucose céphalo-rachidien au fur et à mesure de la multiplication des microbes.

Ce fait vient confirmer les notions formulées récemment par M. Sicard à propos de divers autres microbes.

Signe d'Argyll unilatéral. — MM. Charpentier et Jumentié. Il s'agit d'un paralytique général ; l'autre pupille se contracte d'une façon tout à fait normale.

Neurofibromatose avec troubles radiculaires du membre supérieur gauche et syndrome de Brown-Séquard. — MM. Laignel-Lavastine et Tinel.

JURISPRUDENCE

HOSPICES ET CONGRÉGATIONS RELIGIEUSES. — SERVICE SANITAIRE DES GARES FRONTIÈRES

I. Un de nos lecteurs, président d'une commission administrative d'un hospice public communal nous pose la question suivante : « Puis-je confier à une association religieuse régulièrement autorisée comme hospitalière, le service intérieur de mon hospice, et passer dans ce but un contrat avec le conseil supérieur de la congrégation ? »

La Cour de cassation a déjà tranché la question dans plusieurs arrêts (Cass. civ. 23 mars 1909, *Gazette du Palais*, 1909, première partie, p. 469 ; 6 juin 1910, *Gazette du Palais*, 23 juin 1910 ; 13 juin 1910, *La Loi*, 5 juillet 1910.)

D'après la doctrine de la Cour suprême une congrégation religieuse autorisée comme hospitalière bénéficie de la disposition finale de l'article premier de la loi du 7 juillet 1904 et n'est pas soumise à la liquidation. Elle peut desservir un hospice public communal, en vertu d'un traité passé entre le conseil supérieur de la congrégation et la commission administrative de l'hospice, conformément aux prescriptions de la loi du 7 août 1851 ; l'article 8 de cette dernière loi reconnaît en effet aux commissions administratives des hôpitaux la faculté de confier le service intérieur de ces établissements à des religieuses appartenant à des congrégations autorisées comme hospitalières et de passer dans ce but, avec lesdites

congrégations, des contrats soumis à la simple approbation du préfet, sous le contrôle de l'autorité supérieure. Un semblable contrat constitue un titre régulier pour la congrégation avec laquelle il est passé sans que la loi exige qu'il soit accompagné ou suivi d'un décret rendu par le gouvernement dans les conditions de l'article 3 de la loi du 24 mai 1825.

En pareil cas, si un décret intervenait dans les conditions que prévoient les lois des 24 mai 1825 et 1er juillet 1901 (article 13 § 2), ce décret aurait pour conséquence de fonder dans l'établissement public qui en serait l'objet une maison congréganiste séparée jouissant d'une personnalité distincte e d'un patrimoine propre, et il créerait ainsi une situation complexe dont le double fonctionnement dans les mêmes locaux serait le plus souvent inconciliable, tant avec les pouvoirs généraux que les administrateurs de l'hospice tiennent de la loi du 7 août 1851 qu'avec les stipulations du contrat arrêté par eux en conformité de ladite loi. Ni la loi du 1er juillet 1901, ni celle du 4 décembre 1902 n'ont entendu toucher au régime antérieur que les établissements publics hospitaliers tiennent des lois qui leur sont propres.

II. Un autre lecteur nous demande si les desiderata de M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, résumés dans la communication qu'il fit le 22 février dernier à la commission d'hygiène de la Chambre, sur la peste et le choléra, en ce qui concerne l'installation d'hôtelleries à la frontière pour les voyageurs suspects, à la visite des trains d'émigrants par des inspecteurs sanitaires, n'avaient pas reçu autrefois un commencement d'exécution ?

Il existe en effet un décret du 30 juillet 1884 qui a prévu l'organisation d'un service de surveillance médicale dans les gares de chemin de fer. D'après ce décret le ministre (du commerce lors de la publication du décret) est libre d'organiser ce service. Les médecins délégués par le préfet du département ont le droit d'obliger les voyageurs qui seraient reconnus malades à suspendre leur route ; ils peuvent les faire transporter pour leur donner leurs soins dans des locaux spéciaux aménagés à cet effet au dehors, mais à proximité des gares. — On consultera utilement les dispositions du décret du 1er août 1910 sur les mesures préventives à prendre contre le choléra, ainsi que les circulaires des 5 août et 27 sept. 1910 (*Bull. officiel du ministère de l'intérieur*, 1910, p. 466 et 493).

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 2, fév. 1911.) CHABANNE : La péritonite typhoïdique dans la marine française (1900-1910). Ses variétés, son traitement. — G. BONAIN : Note relative au mode de consommation de l'eau de boisson à bord des navires. — GUÉGUEN : Recherche et dosage de l'huile d'arachide dans les huiles en général et en particulier dans les huiles d'olive comestibles et industrielles (*fin.*)

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 3, 19 janv. 1911.) Frank K. HALLOCK : Le traitement par le sanatorium de la neurasthénie et la nécessité d'un sanatorium-colonie pour les nerveux pauvres. — A.-E. AUSTIN : L'hypersécrétion gastrique alimentaire et l'atonie gastrique. — John D. ADAMS : Les troubles fonctionnels de la colonne vertébrale. — Irwin H. NEFF : Les formes classiques des démences maniaques dépressives. — Earl D. BOND : La rétention de liquide et de cholure de radium (1 tracé). — (N° 4, 26 janv.) E.-H. BRADFORD, F.-S. WATSON et George H. MONKS : A la mémoire de Herbert Leslie Burrell (1856-1910). — Benjamin TENNEY : Le choix du moment et la méthode pour la prostatectomie. — Irwin H. NEFF : Quelques-uns des problèmes médicaux de l'alcoolisme. — D.-J. PAYSON CLARK et Oscar RICHARDSON : Cas de corps étranger dans la trachée hypertrophie thymique. Mort, autopsie (1 fig.). — D. CROSBY GREENE : Description de trois cas récents de bronchoscopie pour corps étrangers (1 fig.). — Harry A. BARNES : L'hémorragie après l'amygdalectomie.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 fév. 1911.) H. HALLOPEAU : Le traitement abortif de la syphilis. — (23 fév.) LEREDDE : Le traitement du tabes par l'arsenobenzol et sa technique.

Bulletin médical. — (N° 14, 18 fév. 1911.) L. M. PAUTRIER : Conduite à tenir en face d'une lésion de la langue de diagnostic indéterminé. Utilité et nécessité de la biopsie. — (N° 15, 22 fév.) A. CHANTEMESSE et F. BOREL : La peste de Wetlianka (1878), et celle de Mandchourie (1910.)

Clinique. — (N° 7, 17 fév. 1911.) HIRTZ : Séméiologie de la rate. — J. MINET et J. LECLERCQ : Du zona avec éruption généralisée. — F. TERRIEN : Rétractions cicatricielles consécutives aux brûlures des paupières et moyens d'y remédier. — J. LAURENS : Sachons employer le menthol. — A. LAPOINTE : A propos de l'orchite traumatique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 19 janv. 1911.) ELTCHNIG : Pathogénie et traitement des lésions oculaires. — FORLANINI : Sur le pneumothorax artificiel consécutivement double. — IVERSEN et TUCHINSKI : Sur l'action du salvarsan sur la malaria. — V. BOKAY : Traitement avec succès de la chorée par le salvarsan. — WERNER : Technique de l'injection intraveineuse de salvarsan. — ECKERT : Sur le stade aigu de la paralysie infantile avec observation d'un cas de poliomyélite fulminante. — PLATE : Origine et traitement de la sciatique scoliotique. — MENDEL : Thérapeutique par inhalation au moyen d'injections intramusculaires de radiogénine. — EHRARDT : Tuberculose primitive de la muqueuse buccale et du maxillaire inférieur après une extraction dentaire. — GURDUN : Sur la réaction à la tuberculine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 24 janv. 1911.) SEITZ : Hémorragies des premiers mois de la grossesse ; leurs rapports avec l'avortement. — FÜHNER : Recherches pharmacologiques sur la narcose mixte. — HEGLER : Recherches sur les échanges pendant la cure de Karell. — Von den VELDEN : Sur l'action analeptique et sur la circulation téléhémostyptique de l'extrait surrénal. — MEYER : Méthode pour la mesure de l'irradiation Röntgen en thérapeutique. — SPIETHOF : Le salvarsan dans la syphilis. — WALCHER : Méthode et indications plus étendues de la césarienne cervicale. — WACKERS : Simplification essentielle et amélioration de l'examen du sang de van Deen. — FLEISCHMANN : Sur la question de la différence de sensibilité des régions envers l'iode. — WIDMER : Traitement par irradiation des pertes épithéliales étendues.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est définitivement composé MM. Guillier, Mme Peltier, MM. Biard, Recht et Saintu.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Meillère, Villejean, Duménil et Thabuis (qui acceptent), Guerbet, André et Carette (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULON. — Le samedi 8 avril 1911, à huit heures du matin, sera ouvert aux hospices civils de Toulon un concours pour trois places d'interne en médecine et en chirurgie.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat des hospices.

Les internes sont nommés pour deux ans. Ils entreront en fonctions sur l'invitation de l'administration. Ils reçoivent un traitement annuel de 300 francs. Ils sont nourris et logés dans l'hôpital.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. — M. le professeur Gilbert Ballet reprendra le cours de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, le dimanche 12 mars 1911, à dix heures, à l'amphithéâtre de l'asile clinique (Sainte-Anne) et le continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure.

Le mercredi, examen des malades et polyclinique. Le dimanche, leçon clinique.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (M. F. de Lapersonne). — *Conférences pratiques sur les maladies des yeux.* — M. Monthus, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le lundi 13 mars 1911, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences pratiques avec présentation de malades. Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ces conférences sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique. Les élèves pourvus de douze inscriptions qui désirent suivre ces conférences sont priés de se faire inscrire à la Faculté de médecine (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

L'inscription est gratuite.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours de physiothérapie pratique*, par MM. Guilleminot, Durey et Dausset, préparateurs.

14 mars. M. Guilleminot. Généralités. Courant galvanique. Electrolyse. Ionisation. — 21 mars. M. Durey. Pétrissage, percussion, vibration. Technique suivant les régions et les systèmes. — 28 mars. M. Guilleminot. Courants d'état variables. Courant faradique. Courant alternatif. Haute et basse fréquence. Courants de Morton. — 4 avril. M. Durey. Gymnastique. Mécanothérapie. Cure de mouvements. Sports thérapeutiques. — 25 avril. M. Guilleminot. Radiations. Rayons X. Radium. Photothérapie. — 3 mai. M. Durey. Kinésithérapie dans les affections du système locomoteur. — 10 mai. M. Dausset. Thermothérapie. — 17 mai. M. Guilleminot. Electricité et radiologie dans les affections du système neuromusculaire. — 24 mai. M. Durey. Kinésithérapie dans les affections du système cardio-vasculaire. — 31 mai. M. Guilleminot. Electricité dans les affections du système cardio-vasculaire et respiratoire. — 7 juin. M. Durey. Kinésithérapie dans les affections des voies digestives et respiratoires. — 14 juin. M. Guilleminot. Electricité dans les affections des voies digestives. — 21 juin. M. Dausset. Hydrothérapie. — 28 juin. M. Guilleminot. Electricité dans les affections de la peau. Tumeurs. Corps étrangers.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. le professeur Fernand Widal commencera le cours de pathologie interne, le vendredi 10 mars 1911, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies des voies respiratoires.

PHYSIOLOGIE. — M. Jean Camus, agrégé, commencera ses conférences, le mercredi 15 mars 1911, à cinq heures (grand

amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Sujet des conférences : Fonctions de nutrition (digestion, circulation, respiration, sécrétions).

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — Cours de M. Sauvé, prosecteur : *Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme.* — Ouverture du cours, le jeudi 16 mars 1911, à une heure et demie.

I. Voie d'accès sur le rein (lombaire-transpéritonéale), ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphropexie. — II. Néphrotomie (sutures du rein). Néphrostomie. Pyélotomie. Néphrectomies lombaire et transpéritonéale. Ablation de l'uretère. — III. Découverte de l'uretère dans ses différentes portions. Uretérotomie pour calculs. Opérations plastiques sur le bassinet et l'uretère. Uretéro-cysto-néostomie. Implantation de l'uretère dans l'intestin. — IV. Ponction de la vessie. Tailles hypogastriques (longitudinale, transversale, avec résections osseuses). Cystostomies. Cystectomie partielle, totale. — V. Lithotritie. — VI. Abcès de la prostate. Prostatotomies. Prostatectomie (transvésicale, périnéale). — VII. Urétrotomie interne (procédés de Maisonneuve et d'Albarran) : dilatation des rétrécissements ; traitement de l'infiltration d'urine et des abcès urineux. — VIII. Urétrotomie externe ; traitement des ruptures de l'urètre ; résection de l'urètre, urétrostomie périnéale. Urétroplasties. — IX. Circoncision ; traitement de l'hypospadias. — X. Cure radicale de l'hydrocèle, du varicocèle, épididymectomie. Castration.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le droit à verser est de 50 francs.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Est nommé dans le corps des sapeurs-pompiers : M. le docteur Brasseur, médecin aide-major de deuxième classe, à Petit-Quévilly.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 3 mars 1911, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1911 aux hôpitaux d'eaux minérales ci-après, savoir :

Hôpital de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — MM. Lévy, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort, médecin chef ; Dieu, médecin-major de première classe, hospice mixte d'Epinal ; Albert, médecin-major de première classe, 69e d'inf. ; Barral, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé ; Brunhammer, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort.

Hôpital de Vichy (du 1er mai au 13 septembre). — MM. Collinet, médecin principal de deuxième classe, médecin chef de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, médecin chef ; Biscons, médecin-major de première classe, salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel ; Pous, médecin-major de deuxième classe, 6e d'art. ; Canel, médecin-major de deuxième classe, 140e d'inf. ; Pellet, médecin aide-major de première classe, 11e dragons.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — MM. Pech, médecin-major de première classe, hospice mixte de Limoges, médecin chef ; Schangel, médecin aide-major de première classe, 5e chasseurs à cheval.

Hôpital de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — MM. Sanglé-Ferrière, médecin principal de deuxième classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne, médecin chef ; Barailhé, médecin-major de deuxième classe, 14e d'art. ; Cruzel, médecin aide-major de première classe, 15e dragons.

— M. Barboni, docteur en médecine nouvellement admis après concours à l'école d'application du service de santé est nommé médecin aide-major.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE : SOCIÉTÉ CENTRALE. — Nous recevons communication du document suivant :

« Le président et vice-président de la Société centrale et les membres de la commission administrative soussignés, considérant :

1° Que par le référendum du 20 décembre 1909, les majorités des membres de la Société centrale avaient nettement condamné le principe de l'entrée des médecins dans une Société commerciale, telle que la Prévoyance médicale ;

2° Que dans l'assemblée générale du 5 mars 1911, la majorité des membres présents, par ses paroles et par ses votes a blâmé les actes de la commission administrative, conforme aux indications de ce référendum ;

3° Que les soussignés ne peuvent s'associer à l'orientation nouvelle que les dernières élections ont indiquée, en consacrant un principe antérieurement condamné ;

Donnent leur démission de membres du bureau et de la commission administrative, et demandent à M. Darras de conserver, dans l'intérêt de la Société, ses fonctions de trésorier.

Paris, le 6 mars 1911.

Signé : BUCQUOY, président ; E. PAUL-BONCOUR, vice-président ; BEAUMÉ, Stéphane BONNET, CHANDEBOIS, COSTILHES, DELION, DEVIS, DOUBRE, FURET, GOUGELET, DE GRANDMAISON, GROSSARD, JAMAIN, JOMIER, LE COIN, LELONGT, L. LE SOURD, H. MAUBAN, SERGENT et G. WEILL. »

Le secrétaire, M. G. Thibierge, et le vice-secrétaire, M. H. Barbier avaient démissionné il y a quelques semaines.

LES TROUPES NOIRES A LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — Le colonel Mangin a fait à la Société d'anthropologie une communication sur « les Caractères physiques et moraux du soldat noir », en faisant observer que si l'organisation des troupes noires offre un intérêt militaire et économique, la Société d'anthropologie ne saurait se désintéresser d'une question qui est en même temps ethnique et sociale.

Le colonel Mangin, dit *le Temps*, a fait l'éloge du soldat noir, courageux, discipliné, bien tenu en main par ses cadres, et ayant en même temps des qualités morales difficiles à rencontrer dans les troupes modernes, sang-froid sous le feu, intrépidité et même initiative.

On peut ajouter à cela que le noir est très résistant, même à tous les écarts de température, très endurant et ne se laisse pas abattre par des blessures même graves ; et notre Afrique en est un réservoir inépuisable.

Le président de la Société, après avoir remercié l'orateur, a fait remarquer à quel point de vue la question intéressait la science anthropologique : il est nécessaire de connaître et de distinguer les caractères des différentes races groupées sous notre administration, ceci même au point de vue du commandement, mais aussi dans l'intérêt de l'avenir de la civilisation.

Le professeur Blanchard a fait observer que, s'il ne s'agit que de savoir si l'on peut utiliser le noir comme soldat, cette question est résolue par l'affirmative ; mais il ne faut pas oublier la contre-partie et c'est à la Société d'anthropologie de signaler les inconvénients que peut présenter la présence de races noires au milieu des populations algériennes, qui d'ailleurs ne font pas attention à la différence de couleur de la peau.

MAISON DU MÉDECIN (32, rue Notre-Dame-des-Victoires). — Les journaux ont annoncé, récemment, le suicide d'un malheureux confrère, poussé par la misère à cet acte de désespoir. La concurrence avait enlevé à ce praticien âgé le peu de clientèle qui lui restait fidèle.

Sans doute notre confrère ne savait pas que la « Maison du médecin » était toute prête à l'accueillir, s'il s'était adressé à elle.

La propriété de Brezolle, en Eure-et-Loir, est aujourd'hui parfaitement aménagée en maison de retraite.

On nous prie d'informer nos lecteurs que les prix de pension fixés par les statuts sont des prix de principe. La pénurie ne doit pas empêcher les médecins infortunés de demander leur admission. Il sera pourvu à l'insuffisance partielle — ou même totale — de leurs ressources par les bourses dont dispose l'association, ou par les subventions des Sociétés similaires.

En portant à la connaissance du monde médical ces dispositions particulièrement philanthropiques, la « Maison du médecin » réalise pleinement le programme qu'elle s'était tracé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Alexis Chavanne (de Lyon) et Bizet (de Chateaurenard).

LA PERCUSSION

DES

ÉPINES ILIAQUES ANTÉRO-SUPÉRIEURES

Comme signe de diagnostic
dans les affections abdominales sous-ombilicales,

Par M. P. DIONIS DU SÉJOUR,

Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, Chirurgien des hôpitaux.

Le diagnostic des affections abdominales sous-ombilicales, est souvent, pour le clinicien, d'une difficulté presque insurmontable. Trop fréquemment, en effet, on se trouve en présence d'un ventre météorisé, présentant une défense si intense, que la palpation profonde de la paroi, le toucher bimanuel ne fournissent à celui qui les pratique que des renseignements très imprécis sinon nuls, sur la nature du mal à combattre, voire même parfois sur le siège exact de la lésion.

Si aucun signe particulier ne vient attirer l'attention et faciliter le diagnostic, le clinicien en est réduit à des hypothèses et à faire comme cela se produit souvent, du premier temps d'une intervention, un temps explorateur.

Après Ferretti, nous nous sommes demandé si l'étude de la percussion des épines iliaques antéro-supérieures n'était pas de nature, à diminuer dans une certaine mesure cette incertitude et à rendre plus facile sinon le diagnostic de la maladie même, tout au moins à servir à une localisation plus exacte du siège des lésions.

Dans ce but nous avons recherché d'une façon systématique ce que donnait la percussion des épines iliaques antéro-supérieures chez le plus grand nombre possible d'individus et ce sont les résultats de ces recherches que nous voulons exposer ici.

L'idée de la percussion des épines iliaques antéro-supérieures paraît appartenir à M. Montenovesi et à M. Ferretti qui après le précédent auteur a signalé dans un article du *Policlinico* du 20 février 1907 l'importance de la percussion de l'os iliaque, « pour différencier les annexites de certaines appendicites du type inférieur avec abcès fusant vers le petit bassin ».

D'après Ferretti, « en percutant l'os au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ou immédiatement en dehors d'elle, on trouve une submatité ou une matité plus ou moins nette toutes les fois qu'il existe une inflammation appendiculaire, alors qu'en cas d'annexite du côté droit, cette matité n'existe pas ». Le fait avancé par Ferretti a été vérifié par lui dans un grand nombre de cas contrôlés par l'opération.

Nous avons repris les recherches de Ferretti et nous avons pu nous convaincre, non seulement de l'exactitude du fait qu'il avance, fait très intéressant par lui-même, puisqu'il permet de différencier entre elles deux affections parfois impossibles à distinguer, mais encore constater que les indications fournies par la percussion des épines iliaques antéro-supérieures étaient de nature à donner dans beaucoup de cas des renseignements utiles surtout au point de vue du siège des lésions.

Ainsi que Ferretti le signalait dans son article, la submatité ou la matité de l'épine iliaque antéro-supérieure droite ne se rencontrent pas exclusivement lorsqu'existent des lésions appendiculaires; on les rencontre, en effet, dans d'autres affections et nous pouvons dire qu'elles constituent un signe commun à tous les processus morbides qui déterminent une modification dans la constitution anatomique de la fosse iliaque interne, qu'il s'agisse du côté droit ou du côté gauche.

Considérés en eux-mêmes, les renseignements tirés de la percussion des épines iliaques antéro-supérieures nous ont paru n'avoir de valeur absolue qu'en ce qui concerne le siège exact des lésions; mais une fois la localisation certaine, leur association aux autres signes constatés permet d'arriver plus facilement au diagnostic.

Comme toute percussion, celle des épines iliaques antéro-supérieures nous fournit des renseignements de deux ordres : les uns purement auditifs, les autres tactiles. Les premiers sont quelquefois difficiles à apprécier et partant à interpréter à moins de netteté absolue. Les seconds sont toujours plus faciles à percevoir et nous avons pu constater maintes fois que, lorsque les renseignements auditifs manquaient de clarté, les renseignements tactiles étaient toujours plus nets et que leur constatation donnait des indications suffisantes pour assurer le diagnostic.

La percussion des épines iliaques antéro-supérieures s'exécute comme la percussion thoracique mais doit être recherchée de préférence avec un seul doigt par coups brefs et secs; on peut percuter, soit directement sur le sommet de l'épine elle-même, soit un peu en dehors d'elle sur les trois à quatre premiers centimètres de la crête iliaque. Plus en arrière, la percussion ne donne plus rien en raison de la difficulté qu'on a de percevoir la crête.

Cette percussion est quelquefois assez difficile à pratiquer chez les personnes présentant un embonpoint exagéré et dont l'abdomen est proéminent; on doit en tous cas s'assurer que le doigt par l'intermédiaire duquel s'exécute la percussion n'empiète pas sur la paroi abdominale pour être bien certain que le résultat obtenu est uniquement dû aux vibrations communiquées à l'os iliaque et non à la paroi abdominale. Le mieux est, du reste, de percuter par l'intermédiaire d'une des phalangettes gauches maintenue assez fortement contre l'épine iliaque antéro-supérieure ou la crête iliaque.

Pour bien comprendre le mécanisme physiologique du signe que nous étudions, il nous paraît utile de revoir en détail l'anatomie de la région. Si nous considérons, en effet, une fosse iliaque interne sur une coupe verticale antéro-postérieure pratiquée au niveau ou immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et inférieure, voici les différents plans que nous rencontrons d'arrière en avant :

1° Le plan osseux et son périoste.

2° Les muscles psoas et iliaque qui se moulent dans l'excavation que leur offre la face interne de l'ilion. Un nerf chemine entre les deux portions, c'est le crural.

3° Une couche cellulo-graisseuse peu considérable, exclusivement celluleuse sur le psoas, un peu plus épaisse et parsemée d'îlots graisseux sur l'iliaque. Dans cette couche, sont compris : les nerfs fémoro-cutané et génito-crural, l'artère circonflexe iliaque et l'artère ilio-lombaire.

4° La fascia iliaca. Celui-ci, par ses insertions, transforme la fosse iliaque en une loge ostéo-fibreuse que Velpeau a appelée improprement, aux dires de Richet, le canal iliaque, et qui renferme les différentes couches étudiées jusqu'ici. On sait que cette aponévrose donne à la région un caractère spécial, en ce qu'elle imprime aux collections liquides qui se forment dans cette région une marche particulière et à peu près constante. Elle individualise en quelque sorte la région.

5° La couche cellulo-adipeuse sous-péritonéale. Cette couche celluleuse, très épaisse et très lâche, est lamelleuse, contenant seulement quelques pelotons adipeux. Elle se continue, sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, et en particulier chez la femme avec celui des ligaments larges (Tillaux). C'est elle qui est le siège du phlegmon de la fosse iliaque.

Sont compris dans cette couche : un chapelet de ganglions lymphatiques, l'artère et la veine iliaques externes, les artères spermatiques chez l'homme, utéro-ovariennes chez la femme. Très en arrière, écornant l'angle postérieur, l'uretère.

6° Enfin, le péritoine avec l'intestin qu'il enveloppe; c'est la couche péritonéo-intestinale.

Précisons un peu plus les rapports de ce dernier, nous trouvons : à droite, le cæcum et la portion initiale du côlon ascendant qui, lorsqu'ils sont fortement distendus, peuvent remplir presque entièrement cette fosse. Voici les rapports du cæcum, d'après Jonnesco : son fond répond habituellement à l'angle de jonction de la fosse iliaque avec la paroi antérieure qu'il peut même, en écartant les anses intestinales, toucher dans certains cas. Sa paroi antérieure, à laquelle fait suite celle du côlon ascendant, répond à la paroi abdominale, dont elle est séparée quand le cæcum est peu distendu ou vide, par les anses grêles, mais à laquelle elle s'applique quand l'organe est distendu.

La paroi postérieure du cæcum repose, par l'intermédiaire du péritoine, sur la paroi iliaque qui présente souvent une excavation pour la recevoir, celle du côlon ascendant y répond directement, car dans la plupart des cas, dit Jonnesco, le processus de coalescence fixe et immobilise ce dernier à la paroi, alors que l'appareil cæcal conserve sa liberté.

Du côté gauche, nous rencontrons le côlon ilio-pelvien où il continue le côlon descendant, étendu de la crête iliaque en un point variable, jusqu'au bord interne du psoas. De longueur variable, il traverse la fosse iliaque, en décrivant une courbe plus ou moins prononcée à concavité supéro-interne. Le plus souvent, il est fixe et immobile (Jonnesco) sur l'aire de la fosse iliaque et adhère par une partie de sa circonférence (1/3 ou 1/4); quelquefois il est libre, étant attaché à la paroi par un méso plus ou moins long, suivant le niveau auquel se forme, comme l'a montré P. Duval, l'insertion de la racine secondaire du côlon.

En avant, en haut et en bas, il est entouré et recouvert par les anses de l'intestin grêle flottant, qui le sépare de la paroi abdominale.

En somme l'étude anatomique que nous venons de rappeler nous montre qu'en considérant dans son ensemble la fosse iliaque, cette dernière pouvait se ramener à trois plans principaux :

1° Une base excavée formée de matière solide (os iliaque) sonore par elle-même lorsqu'on lui communique des vibrations.

2° Soutendant cette base une membrane de tension assez élevée (aponévrose fascia iliaca) susceptible, elle aussi, de vibrer ou de transmettre les vibrations reçues.

3° Enfin, sur cette dernière, l'intestin, cæcum à droite, côlon ilio-pelvien à gauche, toujours plus ou moins distendus par les gaz.

En résumé, nous pouvons comparer schématiquement la fosse iliaque à un plateau susceptible de vibrer, sur lequel est placé, servant en quelque sorte de renforçateur aux vibrations, une caisse résonnante constituée par l'intestin. On est donc en droit d'admettre que toutes les fois que cette disposition normale sera modifiée par un mécanisme quelconque, il y aura une différence dans le mode de propagation des vibrations communiquées par la percussion à l'ensemble.

Nous avons recherché sur le cadavre les résultats fournis par la percussion des épines iliaques antéro-supérieures. Voici les résultats que nous avons obtenus.

Dans une première expérience, nous avons pu voir qu'en percutant l'épine iliaque antéro-supérieure sur un cadavre éviscéré on obtenait une sonorité à tonalité élevée semblable à droite et à gauche, avec sensation d'un léger degré de résistance au doigt, due à la densité élevée de la portion percutée.

La même recherche opérée à droite et à gauche sur un cadavre intact donne une sonorité franche en même temps que la résistance au doigt semble notablement diminuée.

Cette sonorité augmente encore et devient très nette en même temps que disparaît la résistance au doigt, si on vient à insuffler de l'air en plus ou moins grande quantité dans le cæcum ou le côlon ilio-pelvien. Elle diminue si on substitue à l'air de l'eau sans cependant arriver à la matité absolue.

Si, au contraire, on vient à injecter un liquide quelconque, soit dans la cavité péritonéale de façon à noyer les fosses iliaques comme dans l'ascite, ou au cours d'un épanchement sanguin considérable, soit dans une des couches sus ou sous-aponévrotiques de la fosse iliaque se rapprochant ainsi des conditions rencontrées dans les affections inflammatoires de la fosse iliaque, on obtient :

Dans le premier cas, une submatité plus ou moins nette mais accompagnée d'une résistance au doigt

très marquée. Dans le second, une matité plus ou moins absolue suivant la quantité de liquide injectée avec résistance au doigt évoluant parallèlement. Nos recherches ont été faites en injectant simplement de l'eau, soit dans la couche celluleuse sous-péritonéale, soit à travers l'aponévrose dans le muscle lui-même. Nous déterminions ainsi un œdème infiltré se rapprochant de certaines conditions pathologiques.

Des constatations que nous avons faites sur le cadavre nous pouvions tirer les conclusions suivantes : lorsque la constitution anatomique de la fosse iliaque interne est normale la percussion des épines iliaques antéro-supérieures donne une sonorité franche sans résistance au doigt. Toutes les fois, au contraire, que nous amenions une modification dans la constitution normale, soit en inondant le péritoine, isolant en quelque sorte la caisse résonnante, soit en interposant, entre l'os iliaque et l'intestin, une masse liquide, nous obtenions, en percutant l'épine iliaque antéro-supérieure, submatité ou matité avec résistance au doigt.

Ces expériences sur le cadavre corroboraient exactement ce que nos recherches sur le vivant nous avaient permis de constater avec le contrôle de l'opération.

A l'état normal, en effet, chez un individu en bonne santé et chez ceux ne présentant aucune lésion des fosses iliaques, la percussion des épines iliaques antéro-supérieures montre toujours une sonorité nette et franche sans aucune résistance au doigt. Ferretti, dans son article, avait fait la même constatation.

Parfois, mais très rarement, on pourra rencontrer de la submatité chez les individus dont l'intestin est absolument vide de gaz et de matières. Cette submatité qui ne s'accompagne pas de résistance au doigt appréciable nous a paru pouvoir être comparée à ce que nous obtenions sur le cadavre en percutant la fosse iliaque seule sans l'intestin. Ce fait a pu nous servir dans deux cas à localiser sur le côlon descendant un néoplasme annulaire ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë avec météorisme très prononcé de tout l'abdomen. Dans les deux cas, en effet, nous trouvions sonorité exagérée sur l'épine iliaque antéro-supérieure droite, submatité sans résistance au doigt sur l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, nous permettant d'éliminer franchement un néoplasme siégeant dans la fosse iliaque. Ce diagnostic a pu être contrôlé par nous lors de l'intervention.

La sonorité existe à l'état normal aussi bien à droite qu'à gauche ; à noter cependant que le timbre de la sonorité est plus élevé du côté gauche, le côlon ilio-pelvien paraissant contenir ordinairement moins de gaz que le cæcum; de plus, la présence des matières dans cette dernière portion de l'intestin est encore de nature à élever la tonalité du son et on peut arriver parfois à trouver une véritable submatité sans résistance, ainsi qu'il nous a été donné de le constater dans plusieurs cas où la palpation profonde permettait de percevoir des scybales remplissant l'intestin.

Comme on vient de le voir, et comme nous le disions plus haut, il est des cas, aussi bien à l'état normal que pathologique, où les renseignements fournis à l'oreille sont loin d'être nets et sont difficiles à interpréter; dans ces cas, ainsi que l'expérience nous l'a montré, la plus ou moins grande résistance au doigt doit seule nous guider pour apprécier la valeur du signe; jamais, en effet, nous n'avons rencontré de résistance au doigt nette, même avec une submatité assez prononcée, en dehors des cas où il existait une infiltration inflammatoire ou une collection liquide dans la fosse iliaque.

La matité de la percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure avec résistance au doigt se trouve invariablement dans toutes les appendicites qui s'accompagnent d'une réaction péritonéale franche, ainsi que nous avons pu le constater chez un grand nombre de malades atteints de cette affection, mais nous ne ferons état que de 18 cas qu'il nous a été donné d'observer et de contrôler nous-même par l'opération et où le diagnostic clinique ne paraissait pas faire de doute. Sur ces 18 cas, nous avons rencontré la suppression de la sonorité normale de l'épine iliaque antéro-supérieure droite avec résistance au doigt, 14 fois ; dans 4 cas, elle persistait, soit sur le chiffre global dans 82,5 p. 100 des cas. Sur les 14 cas où le signe était positif, la matité et la résistance au doigt étaient très nettes et très franches chez 11 de nos malades ; chez 3 d'entre eux, il y avait plutôt submatité avec résistance au doigt. Ces trois derniers avaient été en effet observés par nous à une époque assez éloignée du début de la crise.

Nous avons pu remarquer en effet que la netteté du signe variait d'intensité suivant les cas, et était comme on peut facilement le prévoir en rapport avec le degré de réaction péritonéale périappendiculaire; il en est de même de la durée du signe au cours de l'évolution de l'appendicite. Plus le gâteau inflammatoire est volumineux, plus le signe est marqué et durable. Chez le dernier de nos opérés, la matité avec résistance persistait encore, plus de deux mois après la dernière crise, et l'opération nous montra qu'il existait de nombreuses adhérences avec un appendice assez volumineux rempli de liquide et ne communiquant plus au niveau de sa base, avec le cæcum.

Les quatre cas, où nous avons vu la sonorité être conservée, se décomposaient comme suit :

Dans deux cas, il s'agissait de malades dont l'histoire clinique ne pouvait laisser place à une erreur de diagnostic (plusieurs crises nettes antérieures constatées par nous-même, existence d'une induration sensible encore à la palpation profonde de l'abdomen, submatité à la percussion légère de l'abdomen). Chez eux, l'opération montra qu'il s'agissait bien d'appendicite avec réaction inflammatoire, mais l'appendice étant à type antérieur remontant, la réaction s'était produite entre le cæcum et la paroi abdominale n'ayant par conséquent aucun rapport avec la fosse iliaque dont la disposition normale n'avait été nullement modifiée.

Dans les deux autres, les phénomènes d'appendicite semblaient s'être bornés à des coliques appendiculaires sans réaction inflammatoire bien nettement appréciable, avec toutefois température et défense énergique de la paroi.

L'opération montra chez ces deux malades un appendice un peu turgescent, mais sans lésions bien marquées, avec un cœcum très mobile dans la fosse iliaque. Il semble que ces deux derniers cas doivent être rangés parmi les fausses appendicites, avec cæcum mobile, signalées récemment par Gouget dans la *Presse médicale*.

En résumé, l'étude de nos 17 observations nous montre, ainsi que l'avait déjà montré Ferretti, que dans l'appendicite, toutes les fois qu'il existe une réaction inflammatoire franche, et que l'appendice occupe comme dans la plupart des cas sa situation normale, c'est-à-dire iliaque, on doit constater l'existence de la matité. Les exceptions à cette règle que nous avons signalées viennent la confirmer en tous points.

La matité de l'épine iliaque antéro-supérieure droite avec résistance au doigt est donc un signe important pour le diagnostic de l'appendicite, et sa constatation en cas d'hésitation permet de localiser sûrement dans la fosse iliaque les lésions ; car ainsi que Ferretti l'avait déjà montré, nous avons pu voir dans de nombreux cas d'annexites controlés opératoirement que jamais, quels que soient les autres signes cliniques, la percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure droite n'était modifiée.

Mais la présence de la matité seule ne peut pas suffire à entraîner le diagnostic d'appendicite, ce n'est pas un signe pathognomonique, dit Ferretti, car on peut le rencontrer dans d'autres affections.

Il nous a, en effet, été donné de constater la matité de l'épine iliaque antéro-supérieure avec résistance au doigt, chez trois malades atteints de psoïtis. Deux fois, il s'agissait de psoïtis primitifs, l'un droit, l'autre gauche, survenus au cours d'une angine et d'une grippe. Le troisième cas était un psoïtis secondaire, dû à une tuberculose du cæcum. Dans les trois cas, la matité, et la résistance au doigt étaient très accusées et ont persisté jusqu'à l'ouverture de l'abcès et l'évacuation du pus.

La constatation du signe peut donc être d'une grande utilité, surtout au début du psoïtis en permettant de localiser dans la fosse iliaque les lésions, et par conséquent faciliter un diagnostic précoce de l'affection.

Nous avons encore rencontré la matité de l'épine iliaque antéro-supérieure avec résistance, chez un malade atteint de phlegmon périnéphrétique gauche typique et chez lequel le pus avait fusé jusqu'à l'arcade de Faloppe, dans un cas d'abcès froid de la fosse iliaque gauche, consécutif à un mal de Pott dorso-lombaire. Cet abcès avait glissé dans l'espace sous-péritonéal pour venir faire saillie au niveau de l'arcade. Chez cette malade, le signe était très net, et n'a disparu qu'avec la ponction de l'abcès, l'injection d'éther iodoformé dans la cavité ayant immédiatement fait reparaître la sonorité. De même, nous l'avons rencontré dans un cas de périsigmoïdite. Au moment ou nous vîmes la malade, elle était porteur d'une fistule déjà ancienne par où s'écoulait du pus. La palpation abdominale permettait de percevoir, dans la fosse iliaque une tumeur siégeant sur la partie postéro-interne de la fosse iliaque, semblant empiéter sur la fosse lombaire. La matité avec résistance était des plus nettes, et l'intervention, nous montra que la tumeur était formée par une masse inflammatoire, englobant la partie supérieure seulement du côlon iliaque et la portion terminale du côlon descendant. Cette masse, grosse comme une orange, n'occupait qu'une très minime portion de la fosse iliaque mais présentait sur son bord interne des adhérences avec les anses grêles.

Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer et d'observer un néoplasme du côlon ilio-pelvien, mais il est à présumer après les constatations faites chez la malade précédente qu'il en serait probablement de même.

Enfin la matité avec résistance au doigt se trouve chez les malades présentant des épanchements péritonéaux abondants, chez les ascitiques, dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, alors qu'en cas de kyste de l'ovaire, ou de grossesse la sonorité est presque toujours conservée.

Dernièrement, enfin, nous avons rencontré le signe complet, matité avec résistance sur l'épine iliaque antéro-supérieure droite, épine iliaque antéro-supérieure gauche étant sonore, chez un de nos malades, chez lequel la laparotomie nous montra un épanchement sanguin abondant libre et de date déjà ancienne (sang à consistance sirupeuse), dont la source ne put être définie exactement en raison de l'état du malade, mais paraissant provenir de l'hypocondre droit.

Comme tendaient à nous le démontrer ces derniers exemples, la matité avec résistance de l'épine iliaque antéro-supérieure est donc susceptible de fournir dans certains cas, même en dehors des affections des fosses iliaques, quelques renseignements utiles à l'opérateur.

De l'étude que nous venons de faire, tant chez le vivant que sur le cadavre, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° A l'état normal, sauf de rares exceptions, la percussion des épines iliaques antéro-supérieures se traduit par une sonorité franche sans résistance au doigt.

2° Toutes les fois qu'une modification survient dans la constitution anatomique des fosses iliaques internes, et ce par un mécanisme quelconque, cette sonorité est remplacée par de la submatité ou de la matité avec de la résistance au doigt percuteur.

3° La diminution ou même la disparition de la sonorité normale sans modifications tactiles appréciables paraît indiquer simplement un intestin vide de gaz sans lésions dans la fosse iliaque.

4° La seule constatation de la résistance au doigt sans renseignements auditifs nets, suffit à indiquer la présence de lésions dans la fosse iliaque.

5° Le signe de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans son ensemble, n'a de valeur absolue qu'en ce qui concerne la localisation des lésions. Il ne tire

de valeur au point de vue du diagnostic causal que par son association aux autres signes constatés.

En résumé, il nous a paru que la percussion des épines iliaques antéro-supérieures pouvait d'une façon certaine fournir des indications précises pour le diagnostic des affections, à point de départ et à siège exclusivement iliaque en permettant, quand l'examen clinique ne fournit que des renseignements imprécis, de les distinguer des autres affections sous-ombilicales; en outre, le résultat de cette percussion peut être utile à rechercher pour se rendre compte de la direction prise par certains épanchements, pour connaître l'état de réplétion ou de vacuité plus ou moins grand de l'intestin vis-à-vis des gaz et des matières, tous renseignements qui d'une façon indirecte peuvent servir le clinicien; aussi, en pratique, considérons-nous la percussion des épines iliaques antéro-supérieures comme un excellent signe clinique qu'on a intérêt à rechercher systématiquement lors de tout examen de l'abdomen.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE L'OBÉSITÉ OU PILULES D'EXTRAIT DE FUCUS COMPOSÉ

[Association des Pharmaciens de Copenhague (1).]

Extrait sec de *Fucus vesiculosus*	6
Extrait sec de bourdaine	5
Extrait sec de cascara	2
Extrait d'aloès	1
Extrait de rhubarbe...............	1
Carrageen pulvérisé	1
Alcool dilué......................	Q. s.

Faire 100 pilules argentées.

A prendre matin et soir une pilule, augmenter jusqu'à deux pilules matin et soir. A. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1911)

Phénomènes d'inhibition visuelle qui peuvent accompagner la réassociation des deux images rétiniennes dissociées par les prismes du stéréoscope. Conditions et déterminisme de ces phénomènes. — M. CHAUVEAU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 MARS 1911)

L'emploi des sels arsenicaux en agriculture. — M. DUGUET fait un rapport sur ce sujet. Il rappelle que l'Académie a déjà voté les conclusions d'un premier rapport dans la séance du 28 juin 1910 (voy. *Gaz. des hôpit.*, 30 juin 1910), un supplément d'enquête avait été demandé.

Depuis, la commission a reçu trois sortes de documents : 1° Cinq rapports nouveaux des départements qui n'avaient pas encore répondu. Le département des Deux-Sèvres a eu recours à l'emploi des sels arsenicaux en agriculture et n'a jamais constaté d'accidents. Le département du Rhône les a également employés, mais beaucoup moins et sans accidents. Enfin, le département du Lot-et-Garonne ne les a jamais employés.

Dans un second document, M. le ministre de l'agriculture consultait l'Académie pour savoir à qui devait être confié le complément d'enquête qui était demandé. La commission répondit que cette nouvelle enquête devait être confiée aux conseils d'hygiène départementaux.

Le troisième document est une protestation de M. Chapelle, professeur d'oléiculture à Marseille, qui, au nom des oléiculteurs, affirme que l'emploi des sels arsenicaux est le seul moyen vraiment efficace qui soit capable de défendre l'olivier contre la mouche qui le compromet. Il faut y avoir recours en juin, alors que l'olive est grosse comme un pois. Il y a trois méthodes, l'une qui consiste à employer l'eau arséniquée sucrée (méthode humide), la seconde qui consiste à mettre dans l'arbre de la mélasse arséniquée (méthode sèche); la troisième dans laquelle on a recours à la fois à cette méthode sèche et à des pulvérisations (méthode mixte). Cette dernière méthode semble la meilleure et peut être employée sans danger, à condition qu'on n'y ait pas recours après le mois de juillet.

En résumé, la commission maintient ses premières conclusions, avec, toutefois, cette restriction que, prenant en considération la protestation de M. Chapelle, elle autorise l'emploi des arsenicaux uniquement en oléiculture et sous réserve des prescriptions ci-dessus indiquées.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Noyaux calcaires du foie. — M. LEGRY donne le résultat de deux autopsies dans lesquelles il a trouvé des noyaux calcaires dans le foie. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante et onze ans qui avait un épithéliome du gland et une tumeur derrière la clavicule droite. Cet homme fut pris de suffocation et succomba à un œdème aigu du poumon. Il n'y avait eu chez lui aucun passé hépatique. A l'autopsie, on trouva dans le foie deux noyaux calcaires, de même consistance et de même nature apparente que la tumeur rétro-claviculaire.

M. Legry discute longuement, après examen microscopique et histologique de ces pièces, quelle en peut être la nature. On pourrait, paraît-il, soupçonner la syphilis. En somme, on n'arrive à aucun diagnostic précis.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de soixante-dix-sept ans qui a succombé à des complications cardio-rénales. Même trouvaille à l'autopsie de noyaux calcaires dans le foie, semblant provenir d'un kyste hydatique arrêté dans son évolution.

Cancer primitif du cœur. — M. MÉNÉTRIER rapporte une intéressante observation de cancer primitif du cœur. Les tumeurs du cœur sont rares et plus rares encore les cancers.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui présentait de l'œdème des membres inférieurs et qui fut atteint d'un épanchement pleural du côté droit. Une ponction donna 1500 grammes de liquide franchement hémorragique. Après une amélioration passagère ce malade succomba. A l'autopsie on trouva une tumeur de l'oreillette gauche avec des infarctus multiples des deux poumons. A l'examen histologique, on reconnut que cette tumeur contenait du sarcome à cellules pusiformes, du myxome pur et du myxo-sarcome. Il s'agissait donc bien d'un cancer primitif du cœur.

Maladies des gencives et des dents. — M. GARIEL présente à l'Académie un ingénieux dispositif dû au docteur Pierre Rosenthal, qui a pour but la curabilité des maladies des gencives, et, ce qui est plus intéressant pour nombre de personnes, le blanchiment des dents.

(1) *Journ. de pharm. et de chimie*, 1er déc. 1911. — (Cf. *Archiv for Pharmaciog Chemi*, 1910, p. 175; et *Ap. Ztg.*, 1910.)

Ce dispositif est constitué par un masque d'une grande simplicité et une poudre génératrice d'oxygène naissant. On sait que les rayons solaires ont une action chimique indéniable. C'est sur cette propriété qu'est basée la découverte du docteur Rosenthal. En effet, après s'être enduit les dents de la poudre oxygénée on revêt le masque en s'exposant quelques minutes au soleil, on constate à la fin de la première séance l'apparition de stries transversales plus blanches qui tranchent sur la coloration primitive des dents. Le résultat voulu est obtenu au bout de quelques séances.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. La liste de présentation portait en première ligne, *ex æquo* : MM. Prenant et Delezenne; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Hallion et Langlois.

Le nombre des votants était de 69, majorité 35, au premier tour, M. Prenant obtient 60 suffrages, M. Delezenne 5, M. Hallion 1, 2 bulletins blancs, 1 bulletin nul.

En conséquence, M. Prenant est déclaré élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 MARS 1911)

La fragilité globulaire au cours de l'intoxication par le venin de cobra. — MM. J. Troisier et Ch. Richet fils ont étudié la fragilité globulaire du sang circulant, dans l'intoxication par le venin de cobra à fortes doses. Au niveau du lieu de l'injection (péritoine) les globules rouges extravasés sont particulièrement fragiles et l'hémoglobine peut être mise en liberté dans la sérosité.

Les hématies deviennent fragiles à la suite de la fixation de l'hémolysine venimeuse sur leurs stromas. Cette fixation se fait sans l'intermédiaire de l'organisme, car elle est immédiate.

A un point de vue général, on peut dire que la fragilité globulaire est due, soit à la fixation d'hémolysines sécrétées par l'organisme lui-même (comme dans certains ictères hémolytiques), soit à la fixation d'hémolysines étrangères (comme dans les expériences de Troisier et Richet avec le venin de cobra).

Spirillose héréditaire et immunité congénitale. — D'après les recherches de M. L. Nattan-Larrier, les petits, nés d'une femelle inoculée de spirillose peu de temps avant la naissance, ne possèdent aucune immunité dans les premiers jours qui suivent la mise bas, alors même qu'il y a eu passage des spirilles de la mère aux fœtus. L'immunité, toujours tardive, n'est acquise que lorsque l'hérédo-contagion a déterminé chez le nouveau-né une infection spirillaire. Lorsque l'inoculation est pratiquée sur la femelle au début de la gestation, le fœtus peut être atteint d'une infection spirillaire qui évolue avant la mise bas et confère aux petits l'immunité.

Sur la recherche du chromogène de l'urobiline dans l'urine. — M. Grimbert passe en revue les diverses méthodes proposées et expose les modifications qu'il y a apportées pour en augmenter la sensibilité.

Salage des échantillons d'eau destinés à l'analyse bactériologique. — D'après M. Remlinger, au lieu d'entourer de glace les échantillons d'eau destinés à être soumis à l'analyse bactériologique, on peut beaucoup plus simplement et plus économiquement les additionner de 8 à 10 p. 100 de sel marin et les expédier au laboratoire par simple colis postal. Cette addition maintient le nombre des germes de l'eau remarquablement fixe pendant quatre à cinq jours; après quoi la multiplication des bactéries commence à s'effectuer comme dans toutes les eaux enlevées à leur milieu naturel. Au laboratoire de Châlons-sur-Marne, on a pu ainsi analyser dans de très bonnes conditions des eaux venant de Givet, de Longwy, de Sezanne, etc.

Insignifiance des réactions méningées à la suite des injections intrarachidiennes de sérum chez les sujets atteints de méningite tuberculeuse. — MM. Netter et Gendron rapportent les faits suivants. Trois enfants atteints de méningite tuberculeuse, vérifiée par l'inoculation du cobaye, reçoivent après la ponction une injection intrarachidienne de 5 à 7 centimètres cubes de sérum d'homme ou de cheval.

Le liquide céphalo-rachidien, retiré vingt-quatre heures après, ne montre que des modifications insignifiantes dans le nombre et la répartition des globules blancs.

Les choses se passent donc tout autrement que chez les sujets sains ou atteints de poliomyélite, chez lesquels il survient une augmentation considérable du nombre des cellules avec prédominance des lymphocytes.

Cette particularité peut être utilisée pour le diagnostic, alors que la simple prédominance des lymphocytes ne suffit pas pour établir la nature tuberculeuse.

Sur la survie possible de la cornée transparente de l'œil après conservation prolongée en dehors de l'organisme. — M. Magitot étudie les phénomènes histologiques qui se produisent dans le lambeau transplanté après conservation, dont le plus intéressant est la juxtaposition de la greffe et de l'épithélium de la cornée supportant la greffe; celle-ci n'est pas recouverte par l'épithélium.

Dosage comparé de la cholestérine dans le sérum et dans les œdèmes. — MM. A. Chauffard, Charles Richet fils et A. Grigaut. Contrairement aux cristalloïdes (urée, chlorures), les colloïdes du sérum sanguin (cholestérine, albumines, graisses) diffusent difficilement dans la sérosité des œdèmes. Les auteurs rapportent quatre cas où la cholestérine ainsi que les chlorures et l'urée ont été dosés comparativement dans le sérum et dans l'œdème. Dans les deux premiers cas il s'agit de brightiques, les deux derniers ont trait à des cardiaques avec œdèmes. Les chiffres de cholestérine trouvés sont :

	Sérum	Œdème
1........	2,70	0,05
2........	3,30	0,03
3........	1,30	0,015
4........	1,10	0,045

Ces faits confirment ce que l'on sait sur la perméabilité des parois vasculaires, c'est-à-dire sur la facile diffusibilité des cristalloïdes à travers ces membranes et la dialyse restreinte des substances colloïdes.

Sur la fonction hématopoiétique de la rate pendant la période embryonnaire chez les oiseaux. — M. Jolly.

Sur la structure des sinus veineux de la rate. — M. Jolly.

Cicatrisation de plaies cutanées en dehors de l'organisme. — M. Edward S. Ruth a observé et suivi au microscope les différentes périodes de la cicatrisation d'une portion de peau de grenouille dans une goutte de plasma.

M. Henneguy rappelle qu'avec M. Balbiani il a poursuivi des expériences sur la survie de parties isolées de têtards de batraciens et avoir pu ainsi obtenir la soudure de deux extrémités de queues de têtards.

Les poisons endocellulaires du bacille diphtérique. — MM. Aviragnet, Bloch Michel et Dorlencourt apportent les résultats de leurs recherches.

Ces poisons dont l'existence a déjà été signalée se différencient de la toxine soluble par leur thermostabilité. Ils résistent à un chauffage de 105-110 degrés pendant dix minutes. Leur nature chimique est inconnue. Les corps bacillaires privés de toxine et chauffés, lorsqu'on les injecte dans le péritoine d'un cobaye, le tuent en six à dix jours à la dose

de $0^{gr},05$ avec des lésions locales variant d'un semis de granulations discrètes à une véritable péritonite plastique subaiguë. De plus, il se produit des dégénérescences diverses dans les parenchymes glandulaires.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Les cris chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. (Genaro Sisto. *Archives de médecine des enfants*, t. XIII, n° 8, août 1910, p. 580.) — En général les nourrissons *crient* par *douleur* ou par *faim*; parmi les douleurs qui font crier les nourrissons se trouvent celles qui sont produites par l'*hérédo-syphilis*. La cause de ces douleurs paraît se localiser dans la *région épiphysaire des os*.

Les cris syphilitiques, véritables gémissements, se séparent des autres cris par leur continuité, leur intensité, leurs coïncidences ; ils apparaissent parfois comme unique symptôme de syphilis héréditaire, ou peuvent accompagner d'autres lésions de spécificité héréditaire.

Il est à retenir qu'ils disparaissent par le traitement antisyphilitique et ce résultat favorable est fréquemment immédiat.

L. BABONNEIX.

Résultats infidèles du lactose dans l'alimentation infantile. Son utilisation possible comme laxatif. (Variot. *La clinique infantile*, 15 août 1910, n° 16, p. 481.) — Tout récemment MM. Péhu et Porcher (*Rev. d'hyg. et de méd. inf.*, t. IX, 1910) ont tenté de réhabiliter l'emploi du lactose dans l'allaitement artificiel. Pour ces auteurs, le lactose est un agent très puissant de la régularisation intestinale, et surtout un aliment de tout premier ordre.

Contre cette opinion s'élèvent, en Amérique, Jacobi, en Allemagne, Prechtl ; en France, M. Marfan, après avoir préconisé tout d'abord le lactose dans son traité de l'allaitement artificiel, semble dans un article récent de la *Presse médicale* (1910, p. 551) ne pas être aussi affirmatif. M. Variot n'accorde au lactose qu'une valeur laxative et lui préfère sans conteste le saccharose comme valeur alimentaire.

L. BABONNEIX.

PATHOLOGIE

Le bilan de la soude, de la potasse et de la chaux chez le lapin après injection d'extrait hypophysaire. (A. Mochi. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1910, p. 437-477.) — Trois lapins ont été mis en expérience pendant vingt à vingt-deux jours, pendant lesquels ils ont reçu : les deux derniers, quatre hypophyses de bœuf; le premier, sept hypophyses d'agneau et une de bœuf, broyées dans la solution physiologique, et injectées sous la peau de l'abdomen.

L'auteur a cherché à évaluer la quantité des sels de potasse, soude et chaux utilisée, en défalquant de la quantité contenue dans les ingesta celle éliminée par les urines et les matières. Il arrive à cette conclusion que « l'hyperfonction expérimentale de l'hypophyse porte à la désassimilation — respectivement à l'inhibition du développement — du tissu osseux, cependant que l'apituitarisme conduisait à une augmentation de ce tissu dans l'organisme ». Mais il se hâte d'émettre de prudentes réserves, et déclare que ce ne sont encore que des résultats de laboratoire passibles d'objections, et qu'il serait prématuré d'appliquer à la thérapeutique.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Technique du traitement de la coxalgie et des tumeurs blanches pour la conservation du mouvement dans l'articulation. (L. Mencière, de Reims. *La pédiatrie pratique*, 15 août 1910, n° 23, p. 366.) — Supprimer la surcharge, pour éviter l'ulcération compressive ; supprimer la fonction avec ses mouvements complexes et laborieux ; éviter la marche. Placer le membre au repos ; traction continue ou appareil plâtré. La meilleure façon de conserver le mouvement au membre inférieur est de ne pas en faire dans la première période du traitement.

A la période de guérison il faut mobiliser avec discernement, spécialement par la mécanothérapie complétée par les agents physiques, massages, électricité ; puis rééducation de la marche. Suit une étude cinématographique très originale de ces mouvements au cours d'une guérison de coxalgie.

L. BABONNEIX.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Expériences sur la transmission des bactéries par les mouches. (Samuel T. Orton et A. Taft. *The Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXIII, n° 23, 8 déc. 1910, p. 863.) — A propos d'une épidémie de dysenterie bacillaire (dix malades sur quinze présentaient le bacille du type Shiga) survenue en août et septembre 1910 à l'hôpital de l'Etat de Worcester à Boston, les auteurs ont recherché le rôle que les mouches pouvaient jouer dans la dissémination des germes.

Bien que l'hôpital fût composé de bâtiments séparés, et que la buanderie fût éloignée des salles de 100 à 150 mètres, ils ont constaté qu'en déposant du bacillus prodigiosus dans cette buanderie on le retrouvait sur les mouches prises au piège dans les offices, des réfectoires, des salles, pourtant fermées, dans un laps de temps de deux à six jours.

Il leur semble prouvé que, dans un hôpital, on ne peut empêcher l'accès des matières fécales et des aliments aux mouches qui s'y promènent en grand nombre, et que le seul moyen pratique de prophylaxie contre la transmission par les mouches est de détruire leurs foyers de reproduction.

Ces nids de la mouche domestique sont surtout les amas de déchets végétaux en putréfaction, et c'est en détruisant les larves dans ces foyers qu'on pourra en diminuer considérablement le nombre. La mouche depuis la sortie de l'œuf parcourt un cycle de dix jours pour évoluer, si bien qu'il faut prolonger cette destruction pendant au moins une semaine à la saison favorable.

Le fumier de cheval sera traité chimiquement, et tenu au sec et à l'obscurité il donnera peu de mouches, surtout si on y mélange du fumier de vache. Le meilleur moyen serait d'enfouir dans la terre tous les déchets sans en faire de tas. Dans les hôpitaux entourés d'un vaste espace libre la plupart des mouches proviennent de l'hôpital lui-même, et la destruction des nids producteurs de mouches les fera presque complètement disparaître.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Les résultats des maladies fébriles sur la nutrition peuvent être assimilés à ceux d'une inanition plus ou moins prolongée. Dans ce dernier cas, ainsi qu'on a pu s'en assurer par des expériences sur des animaux et par une étude faite sur des jeûneurs de profession, c'est principalement aux dépens de la graisse que l'individu continue à faire les frais de la combustion organique ; mais les tissus azotés, tout en éprouvant des pertes moindres, éprouvent, eux aussi, une déperdition très sensible. L'émaciation, la perte des forces qui suivent les maladies aiguës sont le résultat d'un processus analogue, et la perte de poids que subit le corps humain peut atteindre 60 à 70 p. 100.

C'est à la restauration de ce déficit que doivent être employés les soins de la convalescence, et l'administration d'une alimentation substantielle résoudrait aisément le problème, si la maladie ne déterminait d'autre effet qu'une déperdition

plus ou moins accentuée. Malheureusement, il est d'autres facteurs dont il faut tenir compte, et, parmi eux, il faut citer, comme compliquant singulièrement les difficultés de l'alimentation pendant les convalescences, les lésions de l'appareil digestif, l'anorexie, la dyspepsie, qui suivent quelquefois les maladies aiguës.

Pour concilier les exigences d'une alimentation rapidement et efficacement réparatrice avec les difficultés qu'opposent à la nutrition des organes digestifs dans un état ordinaire d'atonie et de dyspepsie, on prescrira, au début des convalescences, des substances liquides ou demi-liquides : lait, bouillon, potages légers, œufs, constituent alors le fond du régime diététique; on ajoutera, deux fois par jour, soit dans une tasse de lait, soit dans de l'eau sucrée, une cuillerée à soupe de poudre de viande de Trouette-Perret. On peut encore utiliser comme excipient le sirop de punch étendu d'eau, le café au lait, un grog léger, une bouillie, une purée, en changeant au besoin de temps à autre les excipients.

On sera surpris de constater avec quelle rapidité se fera le relèvement des forces. Cela n'a, du reste, rien qui puisse surprendre si l'on veut se rappeler que la poudre de viande, qui représente cinq fois son poids de viande crue, est un des aliments les plus riches en principes protéiques que nous possédions; sous un faible volume, elle fournit à l'économie les éléments d'une restauration rapide et épargne en même temps aux organes digestifs les fatigues d'une élaboration aussi bien mécanique que chimique.

La poudre de viande de Trouette-Perret est diastasée, ce qui non seulement en facilite la digestion, mais encore excite et prépare, pour ainsi dire, la bonne digestion du repas suivant. Si, par exemple, le malade en prend à huit heures du matin ou à quatre heures de l'après-midi, une, deux ou trois cuillerées à soupe, on pourrait craindre le manque d'appétit pour les repas ordinaires de midi ou du soir. Il n'en est rien, et, bien au contraire, l'appétit redouble à ces repas qui sont en outre mieux digérés : la diastase a donc, par la digestion parfaite de la poudre de viande, activé l'énergie des organes digestifs et, par suite, excité et préparé la bonne digestion des repas suivants.

Dr G. C.

LIVRES NOUVEAUX

Grandes et petites obésités. Cure radicale (1), par le docteur Francis HECKEL. Préface de M. HUCHARD.

L'auteur de ce très personnel et très original ouvrage, dit lui-même qu'il ne s'agit là « ni d'une compilation ni d'une fiche bibliographique », et il suffit d'ailleurs de dire que son point de départ a été sa propre observation et sa propre guérison, pour que l'esprit du livre, essentiellement pratique, soit ainsi nettement caractérisé. L'idée directrice est celle-ci : « Etant donné un obèse désireux de guérir, quelles méthodes son médecin doit-il employer pour le mener, avec certitude, vers un succès définitif, c'est-à-dire le débarrasser, avec sa surcharge graisseuse, des causes si variées qui sont à l'origine de ce syndrome ? »

M. Huchard, dans la préface, dit que « cet ouvrage renferme une des grandes questions de la médecine, et que l'auteur l'a traitée comme telle avec une envergure et une hauteur de vues qui laissent au lecteur un agréable étonnement ». Nous ne pouvons, quant à nous, que souscrire à ce jugement et nous serions bien surpris s'il n'en était pas de même de tous ceux qui se donneront la peine, nous devrions dire le plaisir, de le lire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 554 pages avec 70 figures formant 12 planches. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Fonction cérébelleuse (1), par André THOMAS.

Plus de la moitié de l'ouvrage est consacrée à l'anatomie et aux résultats de l'expérimentation, puis vient la symptomatologie des affections du cervelet : hémorragie ou ramollissement atyéninés, atrophies, lésions des pédoncules cérébelleux chez l'homme ; enfin la deuxième partie est consacrée à l'interprétation dont voici le résumé :

La destruction du cervelet donne avant tout des troubles de la motilité réflexe automatique et volontaire intéressant les mouvements isolés et associés ; dysmétrie, discontinuité des mouvements ; instabilité ou astasie, lorsqu'il s'agit non plus d'un mouvement, mais du maintien d'une attitude ; troubles des synergies motrices se manifestant surtout par les perturbations des réactions d'équilibration.

L'action du cervelet sur le tonus paraît à la fois frénatrice et excito-motrice.

L'influence du cervelet s'exerce surtout sur les muscles du même côté du corps.

Les troubles de la motilité et de l'équilibre produits par la destruction du cervelet peuvent s'améliorer grâce aux suppléances cérébrales et labyrinthiques.

Il y a peut être des centres individualisés dans le cervelet pour les mouvements individualisés ou coordonnés.

On peut admettre une certaine indépendance fonctionnelle entre le vermis, surtout en rapport avec les centres spinaux et bulbo-protubérantiel, et les noyaux du nerf vestibulaire, et la fonction de coordination et d'équilibre statique du corps, tandis que les hémisphères cérébelleux sont surtout en rapport avec le cerveau et sont plus spécialement affectés à la régulation des mouvements volontaires.

L. ALQUIER.

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNE PULMONAIRE (2)

FORMES CLINIQUES. — Nous venons d'étudier, successivement, la forme pneumonique, la forme embolique, la forme pleurétique : il faut ajouter à ces descriptions, la forme bronchitique, des formes variables suivant le mode de propagation, et des formes suivant l'évolution et le terrain.

Forme bronchitique : il s'agit d'un sujet atteint de bronchite chronique avec ou sans dilatations, chez lequel apparaissent des signes de broncho-pneumonie, avec aggravation de l'état général, amaigrissement, diarrhée, fièvre, crachats fétides, et évolution vers l'adynamie et le coma; les *formes de propagation* sont secondaires à des lésions de voisinage, cancers, abcès; elles sont souvent précédées de pleurésies purulentes; *suivant l'évolution*, l'on peut décrire des *formes aiguës* (pneumonique et pleurétique); des formes *subaiguës* capables d'évoluer pendant plusieurs mois avec des rémissions et des aggravations successives; des *formes chroniques* simulant la phtisie. Rendu a signalé une *forme latente* exceptionnelle.

Suivant le *terrain*, il faut rappeler la fréquence de la forme embolique, chez l'enfant; de la forme aérienne, massive, chez l'adulte ; de même, il faut signaler la fréquence de la gangrène chez les *alcooliques et les diabétiques* avec, chez ces derniers, la constatation fréquente d'une expectoration *non fétide* (Charcot).

(1) In-8 de l'Encyclopédie scientifique de Toulouse, 252 pages, 86 figures. — Paris, O. Doin.

(2) Suite et fin. — *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 22, p. 324 et n° 25, p. 374.

Nous avons séparé, dès le début de cette étude, les *formes primitives* et *secondaires* de la gangrène; ajoutons que certains auteurs ont décrit une *forme épidémique*.

ÉVOLUTION. — La terminaison la plus habituelle de ces différentes formes de gangrène pulmonaire est la mort, spécialement dans les formes pneumoniques et pleurétiques, avec pleurésies généralisées; la guérison peut cependant s'observer dans quelques formes localisées, ou à la suite d'interventions chirurgicales faites assez précocement, d'où la nécessité d'un diagnostic précis.

DIAGNOSTIC. — *a*. POSITIF. — Ce diagnostic repose sur la fétidité de l'haleine et des crachats, sur l'épreuve de Traube, sur la recherche des anaérobies dans l'expectoration ou le liquide pleural retiré par ponction exploratrice, sur la constatation de symptômes fonctionnels et généraux extrêmement prononcés, contrastant avec la minime importance des signes physiques, sur la fréquence des hémoptysies.

b. DIFFÉRENTIEL. — Le diagnostic avec la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie même, sera souvent hésitant, nous l'avons vu, jusqu'au moment où apparaîtra le signe pathognomonique, la FÉTIDITÉ DES CRACHATS ou du liquide pleural. Par contre, en présence d'une expectoration fétide, avant de conclure à une gangrène pulmonaire, il faudra éliminer la *bronchite putride*, la *bronchectasie*, la gangrène des extrémités bronchiques, les *cavernes tuberculeuses* accompagnées de putridité; dans la bronchite putride l'odeur est plutôt aigrelette, alliacée; dans l'expectoration des cavernes tuberculeuses on constate facilement la présence de bacilles de Koch; il faut également songer à une *pleurésie enkystée*, un *abcès du poumon*, un *kyste hydatique*, toutes collections enkystées, qui, une fois évacuées, pourront s'infecter, se gangréner au niveau de leurs parois. Il peut aussi s'agir d'un *abcès du foie* ouvert dans les bronches, d'un *abcès de voisinage*, etc.

Une fois le diagnostic de gangrène pulmonaire bien établi, il importe tout spécialement, en vue du traitement chirurgical de préciser le *siège* exact de l'excavation gangréneuse.

c. DIAGNOSTIC DU SIÈGE. — Pour parvenir à ce diagnostic (Tuffier et Martin), l'on doit successivement faire appel : 1° à la percussion et à l'auscultation; 2° à la ponction; 3° à l'examen radioscopique.

Les résultats fournis par l'*auscultation et la percussion* exposeraient, d'après MM. Tuffier et Martin, à de multiples erreurs; l'oreille vise en général trop bas; pour M. Delbet, cette formule vraie pour la partie inférieure du poumon ne l'est plus pour la partie supérieure où l'oreille vise au contraire trop haut. La *ponction exploratrice* expose la plèvre ou la paroi thoracique à une infection réalisée par les germes du foyer septique, et d'autre part, les ponctions peuvent souvent être négatives; les renseignements fournis par la *radioscopie* sont beaucoup plus utiles : le foyer se manifeste sous l'apparence d'une ombre à centre clair, si la cavité est vide, ou d'une ombre homogène, si la caverne est pleine; cette radioscopie permettra le diagnostic avec un abcès du dôme hépatique (refoulement du diaphragme) avec un abcès du poumon, (ombre mal limitée et floue), avec une pleurésie, un hydro ou un pyo-pneumothorax. Enfin l'on pourra pratiquer la *ponction exploratrice sous le contrôle de la radioscopie*, en vue d'affirmer encore ce diagnostic du siège.

TRAITEMENT. — 1° MÉDICAL : le traitement médical consiste uniquement dans l'expectation, à laquelle on peut ajouter l'administration de balsamiques ou de substances antiseptiques, hyposulfite de soude, eucalyptus, etc.

2° CHIRURGICAL : étant donnée la rareté de la *guérison spontanée* de la gangrène pulmonaire, c'est surtout le traitement chirurgical qui doit être mis en œuvre, *exception* faite pour les cas de *foyers multiples bilatéraux*. Le traitement de choix est la pneumotomie, avec anesthésie locale à la cocaïne, ou ce qui vaudrait mieux encore d'après M. Tuffier, avec anesthésie générale. Il faut ensuite ouvrir une large voie d'abord sur le poumon, par des résections costales larges et multiples. La traversée de la plèvre est facile en raison des adhérences; si l'on constate une pleurésie putride, on l'évacuera puis on cherchera le foyer pulmonaire sous-jacent. S'il n'existe pas de pleurésie, une fois la plèvre traversée, on recherche le foyer intrapulmonaire, par l'exploration digitale, la ponction exploratrice. Une fois le foyer reconnu, le tissu pulmonaire est incisé *au thermocautère*, de préférence; le foyer est ensuite évacué, lavé, puis drainé, d'abord par tamponnement, puis à l'aide d'un drain souple entouré de gaze, réalisant ainsi un tamponnement lâche, facilitant la cicatrisation.

Quelques complications peuvent accompagner et suivre l'opération (pneumothorax, hémorragies pariétales ou pulmonaires, troubles respiratoires, fièvre de résorption des produits septiques, complications septiques, toux persistante, etc.).

La mortalité opératoire est de 30 p. 100 et le pronostic opératoire est d'autant moins sévère, que les malades sont opérés en temps opportun, d'une manière assez précoce.

BIBLIOGRAPHIE. — TUFFIER et J. MARTIN. Foyers septiques du poumon. Abcès et gangrène, revue générale, *Gaz. des hôpit.*, oct. 1909. — LOP Gangrène pulmonaire, revue générale, *Gaz. des hôpit.* 1893. — Questions d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1904, nos 68 et 74.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — SAMEDI 11 MARS 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 11 MARS 1911. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or. — *Chirurgie et accouchements.* — *Mémoires* : MM. Barbet, 28; Basset, 26; Berger, 28; Cadenat, 26; Cruet, 29; Houdard, 27; Metzger, 26; Mock et Pascalis, 27; Toupet, 28.

Séance du 9 mars. — *Oral* : « Péritonite tuberculeuse » : MM. Basset, Cruet et Toupet, 17.

Prochaine séance mardi 14 mars, à quatre heures, à la Charité.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Delamare, ancien interne des hôpitaux de Paris est nommé médecin sanitaire de France à Constantinople.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Leniez du 1er régiment de tirailleurs algériens est affecté au cabinet du ministre de la guerre.

RÉUNION DU COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE. — Pour répondre à la demande que le gouvernement français lui a adressée, le comité permanent de l'Office international d'hygiène publique vient de se réunir en session extraordinaire, pour préparer les travaux de la conférence internationale sanitaire convoquée à Paris par la France, pour le mois de mai prochain, en vue de la revision de la Convention sanitaire internationale du 3 décembre 1903.

Le comité examinera, dans cette session, quelles peuvent être, d'après les progrès effectués par la science et la prophylaxie depuis 1907, les bases sur lesquelles les administrations sanitaires des divers Etats ont intérêt à s'appuyer pour lutter contre l'introduction et la propagation du choléra, de la peste et de la fièvre jaune, en apportant le minimum possible d'entraves et de perturbations à la navigation, aux relations commerciales et aux transports des voyageurs de toutes catégories.

Vingt-six Etats, représentés par leurs délégués permanents dans le comité de l'Office international d'hygiène publique, ou par des délégués spéciaux, prennent part à cette réunion sanitaire.

Dès que les conclusions du comité permanent auront été arrêtées, elles seront communiquées à tous les gouvernements invités à la conférence de Paris, afin qu'ils puissent en tirer parti dans leur participation à cette réunion.

L'Office d'hygiène aura rempli ainsi, en fait, une fonction analogue à celle qui est attribuée, dans la préparation des conférences internationales, aux bureaux que les gouvernements intéressés entretiennent à Berne en vue de la protection de la propriété littéraire, artistique et industrielle.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la neuvième semaine, 943 décès, au lieu de 941 pendant la semaine précédente et au lieu de 1072, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On compte 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (4 cas nouveaux ont été signalés).

LE XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Le XVIIe Congrès international de médecine se réunira à Londres en été 1913. La date exacte sera fixée par la Commission permanente internationale laquelle se réunira pour la première fois à Londres le 21 et 22 avril prochain sous la présidence de M. le docteur F. W. Pavy.

Dans le même réunion la liste des sections sera fixée. Vœux et propositions relatives à la répartition des sections pourront être envoyés avant le 1er avril au secrétaire général de la Commission permanente, M. le professeur H. Burger, Vondelstraat, 1, Amsterdam, ou à l'adresse du bureau de ladite Commission : Hugo de Grootstraat 10, Le Haye.

La Commission sera reconnaissante de recevoir avant la même date les informations et les propositions qu'on voudra lui faire en tout ce qui regarde l'organisation du Congrès.

EXPOSITION D'HYGIÈNE DE TUNIS. — A l'occasion de l'expostion d'hygiène de Tunis, il sera tenu, en cette ville, du 18 au 21 avril, sous la présidence du docteur Conseil, directeur du bureau d'hygiène de Tunis, un Congrès d'hygiène coloniale.

Les docteurs en médecine qui désirent faire des communications, des conférences, doivent adresser une demande d'inscription au docteur Froussard, président du Comité parisien, 55, rue Cardinet, Paris.

Dans les locaux de l'exposition sont réservées des vitrines pour les travaux, livres, instruments médico-chirurgicaux qui y seront exposés, moyennant le prix forfaitaire de 10 francs pour le premier volume ou instrument et 5 francs pour les autres.

Les envois doivent être adressés, jusqu'au 25 mars, au docteur Guillet, secrétaire du Comité, 4, rue Say, et le montant

de la souscription à M. Trèves, trésorier, 12, rue de Hanovre.
Les exposants jouiront de tous les avantages réservés à l'exposition.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS, 74, rue Denfert-Rochereau. — *Conférences d'hygiène et de clinique infantiles*, par le docteur G. VARIOT.

Le docteur Variot reprendra ses conférences d'hygiène et de clinique infantiles, le lundi 20 mars, à dix heures et demie, salle de la grande crèche, et les continuera chaque lundi à la même heure.

Le docteur Variot étudiera spécialement la ration alimentaire des nourrissons normaux, débiles et atrophiques.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — SAMEDIS DE LA CORPORATIVE. — Le docteur Noir fera aujourd'hui samedi 11 mars, à six heures, au siège de l'association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, une conférence-causerie sur le sujet suivant : « Rapports des médecins et des mutualités. »

Cette conférence s'adresse à tous les étudiants et à tous les docteurs en médecine.

MODIFICATION A LA TENUE DES MÉDECINS MILITAIRES. — Jusqu'ici les médecins militaires devaient porter à leur képi des galons *plats*. Le ministère de la guerre vient de décider que désormais ils porteront au képi des galons ronds dits *en soutache* du même modèle que ceux des officiers d'infanterie.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de l'*Encyclopédie médicale*, répertoire bibliographique mensuel des publications médicales françaises et étrangères.

Ce périodique nouveau vient combler une lacune, et tous ceux qui s'intéressent aux progrès de notre belle science médicale en apprendront l'apparition avec plaisir. Grâce à son système très simple de classification alphabétique et sa table systématique, cette revue, qui donne tous les mois plus de mille indications et analyses, constituera une œuvre unique où le praticien pourra trouver instantanément la source de tous les renseignements qui peuvent lui être utiles.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 2, 1er fév. 1911.) P. ALBERTIN : De l'ablation en un seul bloc de la masse recto-utéro-annexielle et du tissu cellulaire périphérique comme méthode opératoire dans le cancer du rectum chez la femme (voie abdomino-périnéale). — GOULLIOUD : De l'amputation abdomino-périnéale du rectum avec hystérectomie concomitante (3 fig.). — Louis TIXIER : De l'hystérectomie abdominale totale systématique dans le traitement du cancer du rectum et du côlon pelvien (4 fig.). — Gaston TISSERAND : Un cas de thymectomie partielle sous-scapulaire pour accidents dyspnéiques chez un enfant (2 fig.). — X. DELORE et L. LAMBERT : Sigmoïdite et cancer.

Lyon médical. — (N° 5, 29 janv. 1911.) A. PONT : A propos d'un cas invétéré d'onycophagie. — (N° 6, 5 fév.) H. CLÉMENT : Un cas de fièvre de Malte dans le canton de Rumilly (Haute-Savoie). — (N° 7, 12 fév.) DURAND : Un important problème de pathologie gastrique. L'ulcère du duodénum. Son syndrome caractéristique, son traitement. — (N° 8, 19 fév.) MAURICE : La ligne blanche de Sergent. Réflexions sur sa signification clinique et thérapeutique. — (N° 9, 26 fév.) J.-P. MORAT : A propos du pneumothorax artificiel.

Nord médical. — (N° 393, 15 fév. 1911.) G. LEMOINE : De l'emploi de l'opium dans les affections aortiques. — DURAND : Traitement de certains états asystoliques par la réduction des liquides.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 MARS 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Pierre Duval et Rouvière.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Mauclaire et Mulon ; (2e série) : MM. Reclus, Retterer et Branca ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Ombrédanne.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Gaucher, Marcel Labbé et Sicard ; — M. Laignel-Lavastine, suppléant.

Mardi 21 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Grégoire et Chevassu.

3e (2e partie, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Rémy et Auvray ; — (2e série) : MM. Nicolas, Thiéry et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Balthazard et Tiffeneau ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Lenormant et Terrien ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Okinczyc et Anselme Schwartz ; — M. Castaigne, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Rathery ; — (2e série) : MM. Chauffard, Claude et Roussy ; — M. Nobécourt, suppléant.

Mercredi 22 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Lejars et Rouvière.

3e (2e partie, 1re série), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Brumpt et Gougerot ; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Tiffeneau.

1er (oral, 1re série) : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca ; — (2e série) : MM. Retterer, Ombrédanne et Mulon.

2e : MM. Gariel, Macaigne et Jean Camus.

3e (oral, 2e partie) : MM. Widal, Marcel Labbé et Lœper ; — M. Guillain, suppléant.

Vendredi 24 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Retterer et Branca ; — (2e série) : MM. Nicolas, Aug. Broca et Rouvière ; — (3e série) : MM. Hartmann, Macaigne et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Widal, Brumpt et L. Bernard ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Proust et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Pierre Duval ; — M. A. Léri, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux ; — M. Sicard, suppléant.

Samedi 25 mars, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Letulle, Brumpt et Nicloux ; — (2e série) : MM. Desgrez, Balthazard et Roussy.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Rémy et Morestin ; — (2e série) : MM. Quénu, Thiéry et Terrien ; — (3e série) : MM. Nicolas, Grégoire et A. Schwartz.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Retterer et Okinczyc.

4e : MM. Chantemesse, Dupré et Tiffeneau ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Claude et Castaigne ; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Carnot et Gougerot.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Rathery, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ULCÈRES DU DUODÉNUM

Par M. T. FERRAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — C'est depuis le commencement du dernier siècle que l'on observe l'ulcère du duodénum. Collin, dans sa thèse de 1894, mentionne que 262 cas avec autopsie ont été publiés depuis 1825.

Le premier travail important qui paraît sur la question est le mémoire de Bucquoy en 1887. Letulle, Collin, Pilliet, Deny et Gaudy s'attachent surtout à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de l'affection.

En 1897, Dieulafoy, dans ses leçons magistrales, étudie les complications de l'ulcère duodénal.

Les travaux des frères Mayo (de Rochester) aux Etats-Unis, de Mayo Robson (de Londres) et de Moynihan (de Leeds) précisent la symptomatologie et le traitement de cette affection.

MM. Ricard et Pauchet portent la question devant le Congrès de chirurgie de 1910 et exposent avec une clarté remarquable les opinions des chirurgiens anglo-américains. On peut dire que depuis ce rapport l'ulcère du duodénum est à l'ordre du jour.

M. Mathieu, apportant à la Société de chirurgie et à la Société médicale des hôpitaux le résultat de sa longue expérience en pathologie gastro-intestinale, étudie l'ulcère duodénal; ce fut là le point de départ d'une discussion où intervinrent MM. Delagenière, Tuffier, Hartmann, Souligoux, Quénu.

II

Étiologie. — L'ulcère du duodénum s'observe de préférence chez l'homme (trois fois plus souvent que chez la femme) et à l'âge moyen de la vie, de vingt à cinquante ans, on en a cependant observé à soixante-douze ans et d'autre part on connaît les ulcérations duodénales aiguës de l'enfance (melæna des nouveau-nés).

Faut-il voir une cause prédisposante dans les états pathologiques qui accompagnent souvent cette affection, alcoolisme, tuberculose pulmonaire, chlorose, saturnisme, lésions chroniques du rein, ou n'est-ce là qu'une coïncidence? Il est difficile de le dire.

Il faut distinguer des ulcères duodénaux primitifs et des ulcères secondaires.

Ces ulcères secondaires peuvent être consécutifs à des traumatismes, à des brûlures après absorption de caustiques, à l'urémie, à des infections diverses : érysipèle, anthrax, phlegmon, pneumonie, diphtérie, variole, infection urinaire, étranglement herniaire, infection opératoire. Leur évolution rapide est méconnue et aboutit à la mort par hémorragie ou perforation.

En 1906, M. Dieulafoy mettait en évidence une complication de l'appendicite : les ulcères perforants du duodénum et de l'estomac. Chez des sujets atteints d'appendicite, ou mieux de cet état infectieux que M. Dieulafoy dénomme *appendicémie*, la toxi-infection peut retentir sur l'estomac et le duodénum. L'ulcère ne préexistait pas à l'appendicite, l'appendicite a précédé les signes de l'ulcère perforant. « Le duodénum et l'estomac au cours de l'appendicite peuvent être atteints de lésions ulcéreuses qui, dans leur gamme ascendante, constituent l'érosion, l'exulcération et enfin l'ulcère perforant » (Dieulafoy).

Les ulcères primitifs surviennent au contraire sans cause apparente, ce sont eux qui présentent un grand intérêt chirurgical et que nous aurons surtout en vue dans cette étude.

Ulcères duodénaux des nouveau-nés. — On a invoqué de nombreuses causes : l'ingestion de liquide amniotique irritant, le traumatisme obstétrical; après la naissance on a incriminé les brûlures, l'ingestion de lait altéré, les troubles respiratoires (mort apparente, atélectasie pulmonaire, etc.), les troubles circulatoires, malformation du cœur (Hergott), thrombose de la veine ombilicale (Laudan). Enfin plus récemment on a invoqué la théorie infectieuse et microbienne; les microbes au cours d'infections diverses (septicémie puerpérale, variole, vaccine anormale, etc.), agiraient ou sur le sang ou sur les vaisseaux, ou bien en « impressionnant par leurs toxines les centres nerveux et mettant ainsi le système vaso-dilatateur dans un état d'irritabilité extrême ».

III

Fréquence. — Collin (thèse 1894) admettait que l'ulcus duodénal était 15 fois plus rare que l'ulcère gastrique. Bien différentes sont les conclusions étrangères : pour Mayo Robson, Codman et les frères Mayo l'ulcère duodénal est 2 fois plus fréquent que l'ulcère gastrique. Codman dit même que 6 p. 100 des sujets opérés pour péritonite appendiculaire sont atteints de perforation du duodénum.

Ces conclusions différentes tiendraient-elles à une interprétation particulière des chirurgiens anglo-américains?

MM. Hayem, Soupault, Mathieu ont montré par des observations contrôlées par l'autopsie que le syndrome de Reichmann est sous la dépendance d'une sténose pylorique ou sous-pylorique. En 1901 Soupault admit que non seulement les formes graves de rétention étaient imputables à la sténose pylorique, mais que les formes d'intensité moyenne à crises intermittentes révélaient toujours l'existence d'un ulcus pylorique ou juxta-pylorique : la contracture du pylore ulcéré ou hyperesthésié par le voisinage d'un ulcus déterminait des douleurs et de l'hypersécrétion, c'est-à-dire le syndrome de Reichmann. Telle est la doctrine de M. Mathieu, le syndrome de Reichmann de type moyen est dû à un ulcus pylorique ou juxta-pylorique et par « ulcus juxta-pylorique il faut entendre un ulcus situé au voisinage du pylore, soit un peu en amont vers

l'antre pylorique, soit un peu en aval vers le duodénum ». MM. Mathieu, J.-Ch. Roux et Œttinger allant plus loin encore et s'aidant des preuves fournies par la réaction de Weber arrivent à cette conclusion que dans 73 p. 100 des cas, dans des formes légères et récentes, l'hypersécrétion gastrique à jeun est symptomatique d'un ulcus.

Peut-être alors put-on penser que bien des ulcères localisés au duodénum par les chirurgiens étrangers étaient des ulcères pyloriques ou juxtapyloriques ?

MM. Mathieu et Moutier examinent 33 pièces, les unes provenant de la résection du pylore, les autres prélevées au cours d'autopsies chez des sujets morts d'ulcère chronique après intervention ou après complication et ne trouvent que 3 cas d'ulcus duodénal ou duodéno-pylorique. En rangeant l'ulcère duodéno-pylorique dans les ulcères duodénaux, la proportion de l'ulcère gastrique à l'ulcère duodénal est de 4 gastriques pour un duodénal.

La rareté de l'ulcus duodénal en France tiendrait-elle à ce qu'il est examiné à une période avancée de son évolution et qu'il guérit beaucoup plus facilement que l'ulcère gastrique? Hertz, dans un mémoire publié à Londres en 1909, faisait remarquer la disproportion entre le nombre des cas d'ulcères duodénaux diagnostiqués par Moynihan et le relevé des cas trouvés à l'autopsie.

Ou faut-il faire jouer un rôle au point de délimitation anatomique des régions pylorique et duodénale? Pour les auteurs anglo-américains, le point de repère très important est la petite veine pylorique, anastomose veineuse dont le trajet se trouve un peu à gauche du pylore, sur le « côté gastrique du pylore » (Moynihan). Cette veine délimite à droite le duodénum, à gauche la région pylorique. Mais il n'est pas prouvé que cette petite veine, inconstante d'ailleurs, corresponde à l'anneau pylorique limite naturelle du pylore et du duodénum.

M. Souligoux a cherché sur le cadavre et au cours d'opérations à vérifier ce point d'anatomie. Cette veine est inconstante, elle peut partant de la grande courbure près du bord inférieur du pylore remonter sur la face antérieure, au lieu de se diriger en haut pour s'anastomoser avec une autre veine de la petite courbure. Dans d'autres cas la veine était nettement située sur le pylore plus près de son bord stomacal que de son bord duodénal.

Il est donc vraisemblable que les chirurgiens américains considèrent comme duodénales des lésions que les chirurgiens français regardent comme pyloriques.

Au lieu donc d'affirmer la prédominance de l'ulcus duodénal sur l'ulcus gastrique, il faut regarder le premier comme beaucoup plus rare. Certes il faut admettre la fréquence des ulcères, mais il faut se garder de les localiser aussi souvent au duodénum.

Alors que l'ulcus duodéno-pylorique à prédominance duodénale ressemble par ses symptômes à l'ulcère pylorique sans prédominance duodénale, nous verrons que l'ulcus duodénal proprement dit, c'est-à-dire situé en plein duodénum sans lésions du sphincter pylorique et sans sténose duodénale présente une physionomie clinique assez particulière pour pouvoir être reconnu.

IV

Pathogénie. — Tous les auteurs ont relaté la fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents des malades. Lancereaux attachait à ce facteur une grande importance dans la production des ulcères gastriques qui étaient pour lui un stade plus avancé d'une de ces érosions superficielles multiples à bord et à fond hémorragique qu'on observe dans la gastrite des alcooliques.

Letulle pense que l'état pathologique de l'estomac peut jouer un rôle dans la pathogénie de l'ulcère simple du duodénum : la gastrite hyperpeptique peut déterminer des ulcérations destructives de la muqueuse gastro-duodénale.

L'hyperchlorhydrie serait un facteur de grande importance (Tuffier), elle serait en cause ici comme dans l'ulcère de l'estomac : la coïncidence fréquente d'ulcères gastrique et duodénal est en faveur de cette opinion.

Il faut faire intervenir dans la production des ulcères duodénaux, un état morbide de la muqueuse avec modification de l'activité sécrétoire, état conditionné lui-même par des causes diverses : état septique général, infection locale particulièrement par déglutition de produits infectieux venant de la bouche, nutrition défectueuse, réflexes partis des voies biliaires, de l'appendice chroniquement enflammé (Mansell-Moullin).

La cause immédiate de ces ulcérations serait dans les lésions vasculaires supprimant brusquement l'apport sanguin, c'est en effet par embolie que se développent les ulcères après les traumatismes, au cours d'endocardite, d'infection aiguë, septicémie, intoxication (Mansell-Moullin).

Le mécanisme est complexe ; selon les cas, il pourra être imputé à des embolies artérielles ou à une inflammation interstitielle subaiguë (Letulle).

En résumé, il existe d'abord une toxémie, une infection, et cette toxémie, par l'intermédiaire de la voie vasculaire sanguine, agit sur les éléments anatomiques, les lésions destructives étant favorisées par l'état pathologique antérieur de la muqueuse, alcoolisme, saturnisme, brightisme, tuberculose.

Letulle et Charrier se rallient à la théorie infectieuse, « toutes ces causes auraient tour à tour droit de domicile, suivant les cas et suivant les espèces de microbes ».

V

Anatomie pathologique. — Les recherches nécropsiques n'avaient le plus souvent pour objet que l'étude des complications qui avaient emporté le malade, les interventions pratiquées par les chirurgiens anglo-américains au début de l'affection, après les premières crises de douleurs tardives, ont précisé l'anatomie pathologique de l'ulcère à sa période initiale.

Siège. — Dans 95 p. 100 des cas, l'ulcère duodénal siège sur la première portion du duodénum

tout près du pylore et sur la paroi antérieure à 1 ou 2 centimètres et demi de la veine pylorique, quelquefois plus rarement sur la face postérieure.

Il peut siéger à l'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum, et sur cette deuxième portion. Delagenière sur quatorze cas a trouvé douze fois l'ulcère sur la deuxième portion, mais cet auteur craint d'avoir placé les ulcères de la première portion parmi des cas de gastrite ulcéreuse ou de sténose pylorique.

M. Mathieu a observé, depuis deux ans, sept malades atteints d'ulcère duodénal : dans trois cas l'ulcère était tangent au pylore, c'était un ulcère duodéno-pylorique à prédominance duodénale. Dans un autre cas, à l'autopsie, l'ulcération siégeait à un centimètre et demi du pylore ; dans un cinquième cas, au cours de l'opération, on trouva une cicatrice située à 4 centimètres du pylore, à l'union de la première et de la deuxième portion du duodénum, enfin dans les deux autres cas l'anneau pylorique était nettement intact.

Nombre. — L'ulcère duodénal est presque toujours unique, cependant dans 15 p. 100 des cas on observe plusieurs ulcères.

Anatomie macroscopique. — D'après Moynihan, il se présente tantôt sous l'aspect d'une tache, d'une cicatrice blanche « white scar », arrondie, à base indurée, tantôt quand la lésion est plus récente sous l'aspect d'une zone piquetée rouge qu'on ne voit bien qu'en essuyant la séreuse avec le bout du doigt ou un tampon de gaze. L'étendue de ces lésions varie du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de deux francs, de 12 millimètres de diamètre à 15 et même 20 millimètres.

Déjà à ce stade peut-on voir des adhérences à la surface du duodénum légères, demandant à être recherchées ou plus organisées, unissant l'intestin aux organes voisins : vésicule, pancréas, foie.

On peut palper l'ulcère entre les doigts, il donne l'impression d'une pièce de monnaie incrustée dans la paroi du duodénum. Si l'on introduit le doigt derrière l'intestin, on perçoit un cratère dans le fond duquel pénètre l'extrémité du doigt. « Ce cratère paraît toujours de dimensions plus petites que le disque blanc qui lui sert de base. L'ulcère, d'après cela, serait donc plus petit, vu par sa face muqueuse que par sa face séreuse. » (Moynihan.)

Tout à fait au début, si on l'examine du côté de la cavité intestinale, il peut présenter l'aspect d'une fissure ovale à travers les plis de la muqueuse qui couvre le versant duodénal du pylore ; plus tard il a tous les caractères de l'ulcère simple de l'estomac, ses bords sont surélevés, tantôt vallonnés et tantôt taillés à pic ; son fond est lisse ou inégal, jaunâtre ou brunâtre, il est constitué soit par la sous-muqueuse, par la musculeuse, ou par la séreuse, soit par un organe voisin, mis à nu quand ces tuniques ont été détruites, cet organe-tampon (Collin) est le plus souvent le pancréas.

Anatomie microscopique. — L'histologie pathologique de l'ulcère ne montre que des lésions banales d'inflammation, une abondante infiltration embryonnaire interstitielle (Gaudy), souvent sur une grande étendue de l'organe atteint ; cette infiltration se fait sous forme de traînées interglandulaires, d'amas sous-glandulaires, elle envahit, mais à un degré moindre, la sous-muqueuse, la musculeuse et jusqu'à la séreuse. Dans les ulcères invétérés, l'inflammation a réalisé un épaississement fibroïde qui porte principalement sur la sous-muqueuse des bords de l'ulcère.

Les tuniques des petits vaisseaux sont épaissies, ceux-ci peuvent s'oblitérer.

Les glandes voisines participent à la réaction inflammatoire, elles peuvent donner naissance à de véritables productions adénomateuses et même, si cette lésion dévie de son type, pourrait-on voir se développer sur un point des bords de l'ulcère une végétation néoplasique (Gaudy).

Marche des lésions. — Dans le cas d'ulcère ancien cicatrisé, le duodénum étranglé par une bride fibreuse circulaire affecte la forme d'un sablier, il peut même, lorsqu'il est doublé d'une masse inflammatoire volumineuse, simuler une tumeur.

Quand l'ulcère se cicatrise, il se fait un travail d'épaississement des parois, les bords de la muqueuse deviennent calleux et la cicatrice est tantôt lisse, de coloration blanchâtre ou pigmentée, tantôt tomenteuse, tantôt étoilée avec des irradiations (Foerster) qui peuvent diminuer le calibre du duodénum, l'immobiliser par des adhérences avec les organes voisins, tels que le pancréas, ou provoquer le rétrécissement du pylore avec dilatation gastrique.

Cette cicatrisation peut être interrompue par une récidive : un nouveau processus ulcératif agrandit l'ulcère et il se produit au niveau de son fond une perte de substance plus large, ce qui explique, d'après Krauss, que les ulcères chroniques sont souvent de dimensions plus considérables que les ulcères aigus.

Mais quand l'ulcère est arrivé à complète guérison, il est impossible à l'œil nu d'en trouver trace sur la muqueuse ou sur la séreuse ; seul au microscope on découvre dans la musculeuse une perte de substance comblée par du tissu fibreux.

Des adhérences anciennes ou récentes, parfois lamelleuses, parfois dures et épaisses, d'autrefois recouvrent la lésion. Elles peuvent s'étendre très loin de l'ulcération, expliquant ainsi le processus de périduodénite dont souffrent certains malades (Delagenière).

C'est grâce à cette inflammation localisée du péritoine, à ces adhérences, quand elles ont eu le temps de se former, que l'ulcère ne vide pas le contenu de duodénum dans le péritoine, malgré la perforation de toutes ses tuniques.

L'ulcère perforé se présente du côté de l'intestin sous l'aspect d'un véritable trou, taillé comme à l'emporte-pièce dans le centre de l'ulcération, à la face antérieure le plus souvent ; ses dimensions sont très variables : tantôt la perte de substance ne laisse passer qu'un stylet, d'autres fois elle est de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes ; dans un

cas (Meunier) un ulcère circulaire a déterminé une section complète du duodénum à 3 centimètres du pylore.

Cette perforation de l'ulcère entraîne une péritonite généralisée ou enkystée si des adhérences se sont établies.

Lésions de voisinage. — Les lésions des vaisseaux sont très fréquentes au cours de l'ulcère duodénal; les deux arcades, pancréatico-duodénale antérieure et postérieure et leurs branches sont le plus souvent atteintes par le travail destructif, plus rarement l'artère gastro-épiploïque droite. Les veines peuvent également être lésées : Cruveilhier signale « l'oblitération et la thrombose de la veine porte produite par une cicatrice secondaire à un ulcère perforé du duodénum ». Habershon cite des cas d'hémorragie mortelle de la veine porte. Warfwinge mentionne la perforation de la veine mésentérique supérieure causée par un ulcère de la portion horizontale inférieure du duodénum.

Les rapports de voisinage expliquent la possibilité de lésions du pancréas. Elles consistent dans une sclérose, dans une pancréatite chronique aboutissant d'un processus inflammatoire cicatriciel. Grâce à cette inflammation, le pancréas joue le rôle d' « organe-tampon » et « conjure la péritonite généralisée autrement inévitable ». La tête du pancréas est transformée en une masse dure, squirreuse, le pancréas tout entier est augmenté de volume, il peut être le double, le triple même de l'état normal. Les canaux excréteurs de la glande sont aussi le siège d'un épaississement conjonctif très marqué. Le canal de Wirsung et les canaux accessoires s'oblitèrent et prennent un volume considérable (Juillard). Dans quelques cas, l'ulcération l'emportant sur le processus d'induration, un véritable abcès se forme dans le pancréas (Wunderlich).

Les canaux biliaires peuvent être sclérosés, le cholédoque peut être oblitéré, il peut être ulcéré.

Enfin le foie peut s'ulcérer et suppurer. La vésicule biliaire peut se perforer.

Ulcères duodénaux des nouveau-nés. — Dusser étudiant les hémorragies des nouveau-nés trouva avec une fréquence presque égale des ulcères de l'estomac et des ulcères du duodénum; dans la moitié des cas cependant, les lésions se réduisent à des infiltrations ecchymotiques de la muqueuse sans ulcérations.

Il n'est pas rare de trouver de petits foyers hémorragiques sur le mésentère. Les lésions duodénales siègent au niveau de la deuxième portion près de l'ampoule de Vater, elles consistent en simples érosions superficielles ou ulcérations plus profondes ou quelquefois même perforantes, elles sont uniques ou multiples, arrondies, comme taillées à l'emporte-pièce. A côté d'elles on peut voir des infiltrations sanguines qui soulèvent l'épithélium, elles peuvent exister seules sans érosions ni ulcérations (Demelin).

VI

Symptômes. — 1° Douleurs. — Le début de l'affection est obscur. Les sujets atteints d'ulcère duodénal souffrent depuis longtemps de l'estomac lorsqu'ils viennent consulter le médecin. Il sera très important de rechercher les antécédents du malade. Moynihan va jusqu'à dire que, pour le diagnostic de l'ulcère, l'anamnèse est tout, l'examen, rien.

Les malades localisent leurs douleurs au niveau de l'épigastre; la douleur est légère au début, sensibilité à la pression, malaise, tiraillement, elle se précise de plus en plus et va en s'accentuant jusqu'à empêcher tout repos, d'autres fois, elle oblige le malade à se tenir assis et plié en deux ; dans quelques cas, elle est insupportable, lui arrache des cris, au point d'en imposer pour des crises gastriques de tabes.

En même temps que leur acuité s'accroît, les douleurs, d'abord limitées à l'épigastre, ne tardent pas à irradier du côté droit et dans le dos. MM. Mathieu et Tuffier insistent sur la prédominance de la douleur à droite. Cette irradiation est signalée dans plusieurs observations. La douleur irradie non seulement vers la région sous-hépatique mais aussi vers la base droite du thorax.

Cependant dans certains cas le malade se plaint d'irradiations dorsales, dans un cas de ce genre l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un ulcère duodéno-pylorique. Pour Delagenière, l'irradiation en arrière se ferait plus bas que pour l'ulcère gastrique, au niveau des deux premières vertèbres lombaires.

Enfin exceptionnellement on a observé des irradiations douloureuses vers l'épaule droite.

Le moment d'apparition des douleurs est caractéristique, elles n'apparaissent pas immédiatement après le repas, mais au bout de deux à quatre heures. Ces crises douloureuses s'observent soit l'après-midi vers quatre heures, soit la nuit entre une heure et deux heures du matin. Une sensation de faim douloureuse, « hunger pain » (Moynihan), coïncide avec l'apparition des crises.

L'ingestion d'aliments calme ou fait disparaître les douleurs, aussi ces malades tiennent-ils à leur portée des boissons ou des aliments pour apaiser cette sensation pénible dès son apparition. D'autres malades calment leurs douleurs par la pression épigastrique.

La crise se termine souvent par une éructation abondante ou le rejet de liquide acide (Zun Büsch). Les malades provoquent volontiers cette expulsion en mettant le doigt dans la bouche.

L'appétit reste bon, quoique les malades redoutent les repas, sachant bien qu'ils seront suivis de l'apparition des douleurs.

Dans un grand nombre de cas le sujet ne souffre pas d'une façon permanente, la durée des crises est variable, elles persistent quinze à vingt jours et sont séparées par des intervalles de temps d'une durée à peu près égale ; dans d'autres cas, sous l'influence du froid, de l'humidité, d'écarts de régime, de surmenage, les douleurs reparaissent par crises deux ou trois fois par semaine ; on a pu noter quelquefois des périodes de rémission complète d'une durée de deux ou trois mois, de plusieurs années même pendant lesquelles le sujet se croit guéri ou ne se plaint que de troubles digestifs vagues.

Ces alternatives de santé apparentes et de maladie sont très caractéristiques. En France, on est d'accord avec les chirurgiens anglais et américains pour attribuer une importance diagnostique considérable à ce caractère périodique des crises.

2° PHÉNOMÈNES GASTRIQUES. — Bucquoy avait été frappé par l'absence de phénomènes gastriques; des malades après des crises paroxystiques, après des hémorragies abondantes pouvaient s'alimenter sans douleur et voyaient leur état général s'améliorer rapidement.

L'examen de la motricité gastrique donne des résultats variables. Günsburg a pu noter la persistance de débris alimentaires dans l'estomac sept heures après le repas d'épreuve. Mais en général, il n'y a pas de signe de sténose permanente ou intermittente du pylore, il n'y a donc pas de stase alimentaire ou de grande hypersécrétion avec présence dans l'estomac d'une quantité notable de liquide à jeun, il n'y a pas de grande dilatation révélée par l'examen clinique ou par la radioscopie, on ne voit pas de contractions péristaltiques.

Bien entendu, tout autre serait le tableau clinique, s'il survenait une sténose mécanique du duodénum comme nous le verrons plus loin.

Cependant dans les observations d'ulcères duodéno-pyloriques, la symptomatologie se rapproche de celle de l'ulcère du pylore, on observe des signes de sténose pylorique, d'hypersécrétion, de stase. De tels malades peuvent présenter une quantité plus ou moins grande de liquide le matin à jeun au cours des crises, ils peuvent avoir des contractions péristaltiques, ils peuvent vomir des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille.

La crise douloureuse s'accompagne parfois de sialorrhée. Mais les vomissements sont rares tant qu'il n'y a pas sténose. Certains malades, au cours des crises, ont des vomissements exclusivement glaireux, jamais alimentaires, quelquefois ces vomissements sont suivis de soulagement, aussi le malade prend-il l'habitude de les provoquer. C'est dans les cas où l'ulcère empiète sur le pylore que l'on observe des vomissements abondants, le malade remplit une cuvette d'un seul coup et peut reconnaître des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille.

3° HÉMORRAGIES. — L'hémorragie n'est pas constante, elle se manifeste tantôt sous forme d'hématémèse seule, tantôt sous forme d'hématémèse et de mélæna. D'autrefois on n'observe que de petites hémorragies intestinales, les selles sont noires pendant quelques jours. Mais très souvent, il n'y a pas d'hémorragie visible, alors que l'examen chimique des selles peut démontrer l'existence du mélæna.

4° EXPLORATION. — L'exploration doit se faire pendant la crise douloureuse, elle ne révèle pas toujours une sensibilité à la pression dans le creux épigastrique; quand elle existe, on la trouve soit sur la ligne médiane, soit à droite et au-dessus de l'ombilic. Ce point sensible est situé à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane et à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, il correspond à la région pylorique.

Pour Z. Büsch, il est habituel de constater une douleur à la pression dans la région supérieure du droit de l'abdomen avec rigidité de ce muscle.

Günsburg a observé un signe particulier: c'est une dilatation du duodénum au niveau de son passage sous le lobe carré, dilatation amenant une zone tympanique entre le pylore et la vésicule biliaire. Au cours d'une opération, Günsburg a pu constater la réalité de cette dilatation.

Le foie est petit, en général il ne déborde pas les fausses côtes.

5° CHIMISME GASTRIQUE. — Les malades atteints d'ulcère duodénal, se plaignent de pyrosis, de brûlures gastriques, de régurgitations liquides acides dues au spasme du pylore et de l'estomac chassant le contenu gastrique vers l'œsophage.

Cette hyperacidité est purement clinique, car pour Moynihan la diminution de l'acidité gastrique est la règle dans la plupart des cas, notons cependant que la quantité d'HCl peut être normale et que d'autres auteurs tels que Z. Büchs, Mathieu ont trouvé une hyperacidité chlorhydrique marquée. Pour A. Robin l'acidité totale du suc gastrique est en général plus grande qu'à l'état normal, cette hyperacidité n'est pas due à l'HCl libre qui fait défaut, mais à la présence des fermentations acides, acide butyrique, acide lactique.

6° RADIOSCOPIE. — L'examen radioscopique peut fournir d'utiles renseignements. C'est ainsi que dans aucun des 4 cas d'ulcus duodénal observés par M. Mathieu il n'y avait de liquide dans l'estomac le matin à jeun, ni de contractions péristaltiques visibles à l'œil nu ou aux rayons X.

Dans les 3 cas d'ulcus duodéno-pylorique on constatait au contraire de la dilatation de l'estomac, une abondante quantité de liquide résiduel à jeun, des contractions péristaltiques exagérées.

Enfin dans un cas où la périduodénite déterminait de l'ictère, l'examen radioscopique a permis de constater des adhérences de la région pylorique avec le foie.

L'état général est longtemps satisfaisant : l'absence de vomissements, la conservation habituelle de l'appétit l'expliquent.

A mesure que l'ulcus évolue, les périodes douloureuses se rapprochent, les crises deviennent beaucoup plus irrégulières comme horaires, leur intensité augmente; elles sont de moins en moins calmées par l'alimentation ou par les alcalins : elles peuvent même s'exagérer par l'ingestion d'aliments.

Le malade réduit son alimentation non par anorexie d'abord, mais par crainte de la douleur. Aussi ces malades sont-ils amaigris, affaiblis, découragés et neurasthéniques?

Il n'y a pas de température. D'après Collin on noterait souvent des palpitations et des souffles cardio-vasculaires.

L'ictère est rarement observé : il tient soit à des troubles dyspeptiques, soit à une oblitération cica-

tricielle du cholédoque. M. Mathieu signale une poussée d'ictère très net qui dura deux mois.

L'augmentation du taux de l'urée (jusqu'à 37 grammes en vingt-quatre heures) d'après Collin est une manifestation fréquente de l'ulcère, elle est en rapport avec une désassimilation exagérée.

Ulcère des nouveau-nés. — L'hémorragie gastro-intestinale peut constituer à elle seule la maladie tout entière, entraînant plus ou moins rapidement des signes d'anémie. Le ventre est généralement souple : s'il est ballonné ou rétracté on doit craindre la péritonite par perforation. D'autres fois, l'hémorragie gastro-intestinale s'accompagne de fièvre, d'ictère, de convulsions et d'hémorragies multiples (Demelin). (*A suivre.*)

MÉDECINE MILITAIRE

LE NOUVEAU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE (1)

Par M. Cousergue,
Médecin-major de deuxième classe au ministère de la guerre.

Le nouveau règlement sur le service de santé en campagne, signé par M. le président de la République le 26 avril dernier, et dont la mise en application reste subordonnée à l'importance des crédits mis à cet effet à la disposition du service de santé, est encore peu connu dans ses grandes lignes. Nous pensons faire œuvre utile à l'égard de nos camarades du cadre actif et du cadre auxiliaire en exposant succinctement les conditions nouvelles d'organisation et de fonctionnement du service de santé mobilisé.

Auparavant, il n'est pas sans intérêt, pour mieux saisir, par comparaison, l'économie générale de la nouvelle réglementation, de rappeler dans ses grandes lignes l'organisation précédente, telle que l'avait fixée le décret du 31 octobre 1892, mis à jour par celui du 20 février 1909.

* * *

Le service de santé des troupes d'opérations était assuré au moyen des ressources en personnel et en matériel sanitaire des corps de troupe, des ambulances et des hôpitaux en campagne.

Au cours des marches, le service médical régimentaire assistait les hommes fatigués et assurait jusqu'au cantonnement prochain le transport de ceux qui étaient incapables de poursuivre leur route. Pendant les séjours, il organisait une infirmerie où étaient reçus les malades et blessés légers. Au combat, il installait un ou plusieurs postes de secours à hauteur des réserves de régiment; son intervention sur la ligne de feu ou à son voisinage immédiat était mal définie.

Tous les malades et blessés à hospitaliser des corps de troupe, en marche, en station ou au combat, étaient dirigés sur les ambulances. Il y en avait une par division d'infanterie (ambulance divisionnaire). En outre, il existait une ambulance de corps par corps d'armée. Enfin, une ambulance spéciale, dite n° 2, accompagnait les divisions de cavalerie et chacune des brigades de cavalerie de corps.

Les ambulances divisionnaires et de corps étaient des formations lourdes, encombrantes, parce que dotées d'un personnel nombreux et d'un volumineux matériel. L'ambulance divisionnaire, cependant la moins importante, comptait 17 officiers, 265 hommes, 89 chevaux et mulets, 23 voitures ou fourgons, la plupart lourdement chargés. A elle seule, la voiture de chirurgie pesait 1850 kilogrammes!...

Ainsi constitués, ces organes sanitaires n'avaient pas la légèreté qui convient à des formations appelées à suivre partout et toujours les troupes auxquelles elles sont affectées : elles étaient en quelque sorte rivées aux grandes routes et ne pouvaient que très difficilement s'en écarter. D'autre part, aucune formation de même nature n'existant en réserve, l'ambulance divisionnaire ou de corps présentait le grave inconvénient de ne pouvoir s'immobiliser pour assurer le traitement des blessés qu'elle avait recueillis sous peine de laisser démunie l'unité tactique dont elle constituait l'unique formation sanitaire.

Après un combat, les ambulances devaient donc être immédiatement relevées par un nouvel organe, l'hôpital de campagne, et cette opération, toujours difficile, était le plus souvent impossible en pratique, par suite de l'état ou de l'encombrement des routes de marche et aussi, à raison du temps considérable nécessité par le réemballage du matériel de l'ambulance.

Cette permutation d'organes avait, d'ailleurs, de sérieux inconvénients pour les blessés. Ceux-ci, en effet, devaient parfois subir les fatigues d'un nouveau transport, et, d'autre part, ils n'avaient pas, pour assurer la continuité des soins que nécessitait leur état, les médecins qui avaient pratiqué les premières interventions ou appliqué les premiers pansements. Les chirurgiens de l'hôpital de campagne devaient, au surplus, pour se rendre un compte exact de la nature des blessures, trop sommairement décrites sur les fiches de diagnostic, défaire les pansements, quelquefois effectués la veille, d'où une souffrance nouvelle et inutile imposée aux blessés et une perte de temps considérable.

Huit hôpitaux de campagne étaient affectés à chaque corps d'armée. En outre, quatre hôpitaux de campagne par corps d'armée étaient constitués en réserve d'armée.

Enfin, à l'arrière, un hôpital d'évacuation par corps d'armée procédait au tri des malades et blessés provenant de l'avant, conservait et traitait ceux d'entre eux qui étaient susceptibles de reprendre rapidement leur service ou qui étaient momentanément incapables de supporter les fatigues d'un transport à grande distance, assurait enfin les évacuations sur les hôpitaux de l'intérieur (1), au moyen des trains sanitaires et, éventuellement, des convois sur route ou sur voie navigable.

Cette lourde tâche n'était pas la seule qui incombait à l'hôpital d'évacuation; il devait en outre, de concert avec l'ambulance de corps, pourvoir au réapprovisionnement en matériel sanitaire des différents organes du service de santé.

Les corps de troupe se réapprovisionnaient à l'ambulance de corps; les formations sanitaires se ravitaillaient à l'hôpital d'évacuation.

Ce mode de réapprovisionnement, simple en apparence, était des plus compliqués dans la pratique. Certaines demandes de matériel devaient, en effet, suivre une telle cascade de transmissions successives, qu'on était en droit de se demander, non sans inquiétude, le temps qu'il eût fallu pour que satisfaction fût donnée aux besoins.

(1) Le nouveau règlement sur le service de santé en campagne vient de paraître. Il est indispensable pour tous les médecins de la réserve et de l'armée territoriale de bien le connaître. Nous avons donc demandé à M. le médecin-major Cousergue, du ministère de la guerre, qui vient précisément d'exposer la question à ses camarades de l'armée active dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (déc. 1910), de nous autoriser à reproduire son article.

Il a bien voulu le faire en le remaniant suivant les dernières modifications subies par le règlement au moment de l'impression. Nous le remercions bien vivement d'avoir bien voulu nous donner cet exposé définitif. *N. D. L. R.*

(1) Le service de santé de l'armée a prévu, dès le temps de paix, les moyens de faire face à l'hospitalisation simultanée, dans la zone de l'intérieur, de 200 000 malades ou blessés.

***

L'économie du nouveau règlement est différente sur de nombreux points.

L'action du service médical régimentaire qui, au combat, se localisait presque entièrement au poste de secours, est orientée vers l'assistance au voisinage immédiat de la ligne de feu.

Dans ce but, des refuges pour blessés sont constitués à l'abri des obstacles naturels, derrière lesquels viennent instinctivement s'agglomérer les blessés légers pour échapper aux coups de l'adversaire. Les hommes plus grièvement atteints sont transportés dans ces refuges par les brancardiers régimentaires, pendant les courtes accalmies du feu ou même pendant l'action s'il existe des couverts. Ils y reçoivent les secours de première urgence et sont ensuite dirigés ou transportés vers l'arrière, dès que les circonstances de la lutte le permettent.

Les ambulances et les hôpitaux de campagne sont supprimés. Ces organes sont remplacés par des formations nouvelles, légères, interchangeables, et partant susceptibles, d'une part, de suivre les troupes dans toutes leurs évolutions et, d'autre part, de s'immobiliser après un combat pour continuer leur œuvre d'assistance auprès des blessés qu'elles ont recueillis.

Ces nouvelles formations sont les ambulances et les sections d'hospitalisation, ces dernières constituant l'appoint nécessaire aux ambulances immobilisées pour fonctionner comme de véritables hôpitaux.

La composition d'une ambulance est la suivante : médecin-major (monté), 1 ; médecins aides-majors, 5 (dont 1 monté); pharmacien aide-major, 1 ; officier d'administration gestionnaire, 1 ; officier d'approvisionnement (monté), 1 ; infirmiers (dont 2 sous-officiers et 4 caporaux), 38 ; hommes du train (dont 1 sous-officier et 1 brigadier montés), 12 ; chevaux, 19 ; voiture pour le personnel non monté, 1 ; fourgons du service de santé ou du modèle général (dont 2 avec tente Tortoise), 5.

La section d'hospitalisation comprend : infirmiers (dont 1 caporal), 4 ; hommes du train (dont 1 brigadier monté), 4 ; chevaux, 7 ; fourgons, 3. (Le commandement du groupe des sections d'hospitalisation non affectées de l'avant est assuré par un officier d'administration monté, « chef du groupe », auquel sont adjoints deux sous-officiers infirmiers.)

En principe, chaque corps d'armée dispose de quatre ambulances (1) et de trois sections d'hospitalisation par division entrant dans sa composition; elles sont réparties entre le train de combat de la division, le train de combat du corps d'armée et le groupe des parcs.

En outre, 8 ambulances et 6 sections d'hospitalisation, la moitié sans moyens de transport, sont constituées, par corps d'armée, en réserve d'armée, à la gare régulatrice.

Un organe nouveau, le groupe de brancardiers, établit la liaison entre le service de santé régimentaire et les formations sanitaires. En principe, il assure l'évacuation des blessés des postes de secours sur les ambulances ou les trains et convois sanitaires venus à proximité du champ de bataille. Toutefois, si au moment où le groupe de brancardiers entre en action, les brancardiers régimentaires n'ont pas terminé leur tâche, celui-ci leur vient en aide en relevant lui-même les blessés et en leur donnant les soins nécessaires. Il les transporte ensuite directement sur les formations sanitaires voisines.

Il existe un groupe divisionnaire de brancardiers par division. En outre, un groupe de brancardiers de corps est affecté à chaque corps d'armée. Ce dernier diffère presque uniquement du groupe divisionnaire par l'adjonction d'une section d'hygiène et de prophylaxie pourvue du personnel et du matériel propres aux examens chimiques et bactériologiques et aux désinfections.

Le groupe divisionnaire de brancardiers est divisible en deux sections; il a la composition suivante : médecin-major (monté), 1 ; médecin aide-major (monté), 1 ; officiers d'administration (montés), 2 ; officier du train (monté), 1 ; médecins auxiliaires, 4 ; brancardiers (dont 6 sous-officiers), 138 ; hommes du train (dont 4 sous-officiers montés), 62 ; chevaux et mulets, 73 ; voitures médicales à un cheval, 2 ; voitures pour blessés à un cheval, 6 : voitures pour blessés à deux chevaux, 5 ; fourgons du service de santé, 2 ; fourgons à vivres, 2 ; chariots de parc (brouettes porte-brancards), 2 ; fourgon-forge, 1 ; cuisine roulante, 1.

Le groupe de brancardiers de corps, plus richement doté, comprend : médecin-major de première classe (monté), 1 ; médecin-major de deuxième classe [bactériologiste] (monté), 1 ; médecin aide-major (monté), 1 ; officiers d'administration (montés), 2 ; officier du train (monté), 1 ; vétérinaire (monté), 1 ; ministres des cultes, 4 ; médecins auxiliaires, 6 ; brancardiers (dont 10 sous-officiers), 215 ; hommes du train (dont 5 sous-officiers montés), 83 ; chevaux et mulets, 96 ; voitures médicales à un cheval, 2 ; voitures pour blessés à un cheval, 8 ; voitures pour blessés à deux chevaux, 6 ; fourgons du service de santé, 3 ; fourgons à vivres, 2 ; chariots de parc (brouettes porte-brancards), 3 ; fourgon-forge, 1 ; cuisine roulante, 1 ; voiture-transport de personnel, 1.

Au combat, les ambulances affectées aux divisions entrent en action et reçoivent, par les soins des groupes de brancardiers, les blessés relevés sur le champ de bataille et déjà secourus par le service médical des corps de troupe ou des groupes de brancardiers.

Après le combat, un certain nombre d'ambulances s'immobilisent pour assurer le traitement des blessés inévacuables; elles sont doublées d'une section d'hospitalisation.

Les formations immobilisées sont immédiatement remplacées dans leur unité tactique par des formations de même nature prélevées sur les dotations de l'échelon suivant (train de combat du corps d'armée, pour les formations endivisionnées : groupe des parcs; pour les formations non affectées du corps d'armée).

Les ambulances et sections d'hospitalisation du groupe des parcs sont elles-mêmes recomplétées par appel aux formations sanitaires d'armée, dotées de moyens de transport, qui sont poussées dans le sillage des corps d'armée, lorsque les routes d'étapes s'allongent.

D'autre part, les formations immobilisées n'ayant plus besoin de leurs fourgons et de leurs attelages, ceux-ci vont charger un nombre égal de formations sanitaires d'armée, dépourvues d'équipages, poussées de la gare régulatrice jusqu'à la gare de ravitaillement ou origine d'étapes. Ainsi est reconstitué l'échelon sur route des formations sanitaires d'armée.

A l'arrière, l'hôpital d'évacuation continue à remplir le rôle important que lui avait assigné le précédent règlement, dans le contrôle et la préparation des évacuations, mais il a été libéré de ses obligations d'organe de réapprovisionnement. Il est susceptible de se diviser en deux sections. Sa composition est la suivante : médecin-major de première classe (monté), 1 ; médecin-major de deuxième classe (monté), 1 ; médecins aides-majors, 6 ; pharmaciens, 2 ; officiers d'administration, 2 ; infirmiers (dont 4 sous-officiers), 52 ; ordonnances du train, 2 ; chevaux, 2 ; éventuellement, voitures de réquisition en nombre variable pour le transport du personnel officier non monté et du matériel. Ce matériel est à peu près celui de deux ambulances et deux sections d'hospitalisation réunies. Toutefois, on y compte un plus grand nombre de brancards (200), de supports pour lits-brancards (40), et

(1) La division de cavalerie est dotée d'une ambulance spéciale ; aucune formation sanitaire n'est affectée en propre à la brigade de cavalerie de corps.

100 appareils de suspension pour aménagement de voitures auxiliaires.

L'hôpital d'évacuation dispose, en outre, du personnel et du matériel nécessaires à l'organisation de quatre trains sanitaires improvisés, mais ceux-ci fonctionnent comme formations-annexes et sont maintenus à la gare régulatrice en attendant leur utilisation.

Le sercice du réapprovisionnement en matériel sanitaire est conçu sur des bases nouvelles.

A la gare régulatrice est constituée une réserve de matériel sanitaire d'armée, qui se réapprovisionne elle-même à la station-magasin, laquelle fait appel aux ressources des magasins de l'intérieur.

Chaque jour, la réserve de matériel sanitaire d'armée expédie au point de contact avec l'avant (gares ou centres de ravitaillement) une certaine quantité de pansements, de médicaments, de matériel divers. Cette expédition s'effectue dans les mêmes conditions que le ravitaillement quotidien des services de l'intendance.

Le médecin-chef des corps de troupe et des formations sanitaires établit ou fait établir :

Un bon pour les pansements qui lui sont nécessaires;

Un état de demande de médicaments et autres objets destinés au remplacement des approvisionnements consommés.

Ces deux pièces sont remises à un infirmier régimentaire (corps de troupe) ou à l'officier d'approvisionnement (formations sanitaires), qui se rendent avec la section du train régimentaire à la gare ou au centre de ravitaillement.

Les pansements sont délivrés en échange du bon; les états de demande de médicaments et autres objets sont remis au convoyeur qui les rapporte à la réserve de matériel sanitaire, chargée d'assurer l'expédition du matériel demandé par le plus prochain convoi.

* * *

Telles sont, réglées par le décret du 21 avril 1910, l'organisation générale du service de santé de l'armée en campagne et les opérations de réapprovisionnement des éléments sanitaires. Toutefois, ce court exposé ne donnerait qu'une idée incomplète des améliorations réalisées si nous ne disions maintenant un mot des modifications apportées aux dispositions concernant le fonctionnement intérieur des formations sanitaires et au mode de constitution des approvisionnements.

Aux termes de l'article 24 du règlement du 31 octobre 1892, le médecin-chef de toute formation sanitaire avait les attributions d'un chef de corps ou de détachement du grade dont il avait la correspondance et autorité sur tout le personnel attaché à la formation.

Le décret du 12 avril 1895 avait limité cette autorité au seul personnel du service de santé. En cas de refus d'obéissance du chef du détachement du train, le médecin-chef n'avait d'autre ressource que de rendre compte au général commandant l'unité à laquelle était affectée la formation, en faisant ressortir les circonstances dans lesquelles le fait s'était produit et les conséquences qu'il pouvait avoir eues ou qu'il avait eues effectivement pour les malades et blessés. Et il en était ainsi, que le chef du détachement du train fût officier, sous-officier, brigadier, soldat, voire ordonnance du médecin-chef. C'était là véritablement une ressource insuffisante en campagne, où l'efficacité des mesures prescrites en vue de l'assistance aux blessés dépendra le plus souvent de la rapidité mise à les concevoir et à les faire exécuter. Au surplus, il était difficile d'admettre qu'un chef de détachement du train recevant du médecin-chef de sa formation l'ordre de se porter sur un point déterminé avec ses équipages pour participer au relèvement des blessés, pût refuser d'y souscrire en arguant de la fatigue de ses chevaux ou de l'état de ses voitures.

Le nouveau règlement sur le service de santé fait disparaître cette dangereuse anomalie : le médecin-chef, seul responsable, aura désormais le pouvoir de faire respecter ses ordres et de passer outre les oppositions.

L'article 24 du nouveau règlement s'exprime ainsi : « Le médecin-chef d'une formation sanitaire a l'autorité et les pouvoirs disciplinaires d'un chef de corps ou de détachement du grade dont il a la correspondance, vis-à-vis de tout le personnel de sa formation, que ce personnel en fasse partie intégrante ou lui soit provisoirement rattaché... »

Cet article est complété par l'article 30 : « Les personnels du train des équipages militaires (officiers et hommes de troupe), attachés aux formations sanitaires, sont placés dans chaque formation sous l'autorité du médecin-chef qui dispose envers eux des pouvoirs disciplinaires d'un chef de corps ou de détachement du grade dont il a la correspondance... »

Comme conséquence, l'article 14 a été rédigé de la façon suivante : « Dans chaque corps d'armée ou division, le directeur ou médecin divisionnaire est investi, à l'égard du personnel du service de santé, des pouvoirs disciplinaires attribués par les règlements à tout officier du grade dont il a la correspondance.

« Il a les mêmes droits vis-à-vis de tout le personnel neutralisé employé dans les formations sanitaires placées sous sa direction. »

La notice n° 2 annexée au nouveau règlement détermine dans ses détails la composition et le lotissement du matériel sanitaire dont sont dotées les formations sanitaires.

Dans l'organisation précédente, une notable partie du matériel était logée dans des armoires, tiroirs, casiers, etc., faisant partie intégrante de véhicules particulièrement lourds (voitures de chirurgie, voitures d'administration). Ce mode d'arrimage rendait très difficile l'entrée en fonction et le relèvement des ambulances, lorsque les chemins conduisant à l'emplacement choisi pour leur installation ne présentaient pas une viabilité parfaite. D'autre part, le matériel loti en paniers, en caisses, avait été réparti en tenant plutôt compte de l'intérêt d'un bon emballage que du souci d'une utilisation facile : on trouvait, notamment, des urinals logés dans des casseroles...

Pour faire disparaître ces divers inconvénients, tout le matériel sera désormais logé en paniers, caisses ou ballots et chacune de ces sous-unités collectives répondra à un besoin particulier : il y aura le panier de médicaments d'usage courant (panier n° 2), le panier complémentaire de médicaments (panier n° 12), les paniers de pansements (paniers nos 3, 4 et 5), le panier de matériel de lavage (panier n° 8), le panier d'instruments de chirurgie (panier n° 10), le panier d'appareils plâtrés (panier n° 11), etc.

D'ailleurs, la nomenclature de tout le matériel du service de santé a été revue et complètement remaniée.

L'instrumentation chirurgicale est constituée de manière à répondre à toutes les exigences de la technique chirurgicale moderne.

L'arsenal thérapeutique perd une série de produits désuets (exemple : amadou), ou dangereux (exemple : perchlorure de fer), et s'accroît de tous les médicaments nouveaux qui ont fait leurs preuves et peuvent être utiles en campagne. Pour en faciliter l'utilisation, ils sont, pour la plupart, constitués en ampoules, en tubes, en comprimés ou en tablettes.

Les pansements sont préparés d'avance et se divisent en petits, moyens et grands.

Des laboratoires d'analyses chimiques, d'examens bactériologiques, des appareils de désinfection, entrent dans la dotation de la section d'hygiène et de prophylaxie des groupes de brancardiers de corps.

Enfin, des appareils portatifs de radiographie, des stérilisateurs d'eau sont prévus à la station-magasin pour être dirigés ensuite sur les points où leur présence sera nécessaire.

Ainsi articulé et doté, le service de santé de l'armée en campagne se trouvera enfin en mesure de faire face à toutes ses obligations.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU CHANCRE MOU PAR LA TEINTURE D'IODE

Par le docteur G. Petges,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, Médecin des hôpitaux.

Les traitements préconisés contre le chancre mou sont assez nombreux pour que le choix soit embarrassant. M. Petges (de Bordeaux) signale dans la *Gazette heb. des sciences médicales de Bordeaux*, 19 février 1911, le traitement qu'il utilise depuis une dizaine d'années et qui lui a toujours bien réussi. La teinture d'iode constitue l'élément actif, mais tandis que les traités conseillent simplement des badigeonnages iodés, M. Petges utilise la technique suivante : « savonnage de l'ulcère avec un savon liquide, alcoolé de savon de préférence, et de la ouate hydrophile ou de la gaze; puis lavage soigneux avec des tampons imbibés d'éther; enfin lavage à l'alcool. Verser ensuite une ou deux gouttes de teinture d'iode dans la lésion et l'y laisser en contact quelques secondes; en enlever l'excès à la ouate. Poudrer ensuite à l'iodoforme, à l'airol ou à l'aristol. Recommencer tous les jours une à deux fois.

Le savonnage, les lavages à l'éther, puis à l'alcool détergent le fond de l'ulcère et permettent à l'iode d'agir sur les lésions actives, au lieu de produire des coagula avec les débris sphacélés et le pus.

Un badigeonnage à la solution de cocaïne au 1/20 permet d'éviter toute douleur chez les sujets craintifs. Ce traitement est difficilement applicable dans la clientèle ouvrière par les malades eux-mêmes, qui gagneront à être pansés à l'hôpital ou par leur médecin. Dans la clientèle aisée, les malades peuvent l'appliquer eux-mêmes. »

M. Petges n'a jamais observé de bubons chez les malades soignés à temps par cette méthode, et la guérison est toujours survenue en quelques jours, dans un délai plus rapide qu'avec les traitements habituels.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 8 mars 1911)

La pharyngotomie et l'œsophagotomie. — M. Faure communique l'observation d'un enfant de onze mois qui avait avalé une broche. Les accidents devinrent graves, dyspnée, bronchopneumonie ; on amène l'enfant à M. Faure qui pratiqua l'œsophagotomie et put facilement extraire le corps étranger qui était enclavé et assez haut situé. Malheureusement, la bronchopneumonie suivit son cours et l'enfant succomba.

Dans les cas de ce genre, M. Faure pense que l'œsophagotomie doit être préférée à la pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

M. Picqué rapproche de ce fait celui de l'extraction d'un dentier qu'il a pu faire facilement par l'œsophagotomie externe. Il est convaincu qu'il aurait eu de grandes difficultés à opérer cette extraction par la pharyngotomie. M. Picqué se range donc complètement à l'avis de M. Faure.

M. Savariaud a extrait par la même voie et avec le même succès une petite roue de chemin de fer de l'œsophage d'un enfant.

Péricardotomie. — M. Souligoux pense, avec M. Delorme, que cette question mérite toute l'attention de la Société de chirurgie. Il semble, en effet, en lisant les Traités de médecine que le traitement chirurgical de la péricardite avec épanchement n'existe pas. Or, quand le diagnostic est posé, c'est à la chirurgie et à la chirurgie seule qu'il faut s'adresser. La péricardotomie, ajoute M. Souligoux, est une opération d'une bénignité absolue. Doit-on recourir à la ponction avant d'intervenir ? M. Souligoux ne le pense pas. Il considère même la ponction du péricarde comme dangereuse et cite plusieurs cas dans lesquels il y eut des accidents. Il affirme donc la supériorité de la péricardotomie sur la ponction. Dans certains cas, on a fait plusieurs ponctions, il y eut chaque fois récidive et il fallut en venir à la péricardotomie.

M. Jacob, dans son travail, a surtout étudié la question au point de vue de l'épanchement péricardique d'origine tuberculeux. M. Souligoux se trouve d'accord avec lui sur tous les points. Toutefois, M. Jacob conseille de ne pas drainer. M. Souligoux croit qu'il vaut mieux drainer pendant deux ou trois jours.

Au point de vue de la technique de l'opération, il adopte celle qu'ont préconisée MM. Delorme et Mignon dans leur travail. M. Souligoux a fait, sur le cadavre, des expériences qui confirment en tous points cette manière de voir.

En terminant, M. Souligoux se demande si, dans certains cas, il n'y aurait pas avantage à faire une laparotomie et à aller ponctionner l'épanchement péricardique à travers le diaphragme.

La trépanation décompressive. — M. Tuffier revient sur la question de la décompression palliative dans les tumeurs du cerveau.

Il fait tout d'abord observer qu'avec la simple ponction lombaire on n'obtient qu'une décompression toute éphémère, car il se fait aussitôt une sécrétion nouvelle dans la moelle. En outre, dans la ponction lombaire, la force du jet du liquide céphalo-rachidien n'est pas toujours en rapport avec la tension intracranienne ou intrarachidienne.

Quant à la craniectomie, M. Tuffier est d'avis d'aller toujours à la recherche de la tumeur diagnostiquée. Si cette tumeur est introuvable ou inabordable, alors il faut savoir se contenter du bénéfice seul de la décompression intracranienne. Mais c'est là un moyen palliatif dont l'action est à brève échéance. Tous les malades atteints de tumeurs cérébrales que M. Tuffier a ainsi traités par la simple craniectomie décompressive ont succombé dans l'année. Il faut donc autant que possible aller à la recherche de la tumeur et l'enlever.

En terminant, M. Tuffier insiste sur les dangers, encore assez fréquents, de la décompression brusque. Il rapporte le fait d'un malade qui avait une tumeur du côté droit du crâne avec hémiplégie gauche. M. Tuffier fit un large volet cranien et, par suite de la décompression brusque, le malade succomba subitement sur la table d'opération. Il faut donc compter avec les dangers de la décompression brusque.

M. Savariaud, estime qu'autant que possible, il faut faire porter la décompression au niveau de la loge qui est le siège de l'hypertension.

M. Broca dit que M. Tuffier a fait un peu le procès de la craniectomie décompressive. Il n'a pas eu tout à fait tort. D'abord, il y a encore un assez grand nombre de cas, dans lesquels la tumeur cérébrale ne peut être nettement localisée. D'autre part, M. Tuffier a bien parlé du peu de survie des malades simplement décomprimés, quant à ceux chez lesquels on a été jusqu'à l'ablation de la tumeur, combien y en a-t-il qui sont encore debout un an après l'opération ?

Toutefois, M. Broca est d'avis, comme M. Tuffier, d'aller à la recherche de la tumeur cérébrale parce qu'il peut arriver qu'on tombe, par hasard, sur une tumeur bénigne et facile à enlever, comme cela lui est arrivé dans un cas où il y a trouvé un kyste du cervelet. Il y a de cela quatorze ans et le malade

vit encore et se porte très bien, mais ce sont là de ces heureuses erreurs de diagnostic sur lesquelles il ne faut pas trop compter.

M. Potherat rappelle l'observation suivante dont il a été témoin à la Salpêtrière, dans le service de M. Raymond. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans chez lequel M. Raymond avait nettement diagnostiqué une tumeur du cervelet avec hydropisie ventriculaire. Il avait prescrit une trépanation et la ponction du ventricule droit. C'est ce que fit M. Potherat qui tira 0,30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Le soir, le jeune homme avait 40 degrés, puis 41 degrés et succomba moins de vingt-quatre heures après l'intervention. L'autopsie montra qu'il n'y avait pas eu de fautes commises contre l'antisepsie. M. Raymond explique la mort, dans ce cas, par ce fait que la tumeur cérébrale était descendue sur le plancher du quatrième ventricule et y avait comprimé le pneumogastrique.

M. Tuffier fait observer qu'il est des cas où aucune localisation n'est possible. Dans ces cas, il faut se contenter d'une décompression palliative. Dans les cas, au contraire, où la tumeur est abordable, il faut aller la chercher. Lorsqu'elle siège à la base du crâne, la recherche peut en être très dangereuse, et on doit se contenter bien souvent de la décompression palliative.

En terminant, M. Tuffier rapporte un cas dans lequel un neuropathologiste avait diagnostiqué l'existence d'une tumeur située sur le chiasma des nerfs optiques. On fit la décompression cérébrale, le malade succomba et à l'autopsie on trouva une petite tumeur située exactement sur le point ci-dessus désigné.

M. Auvray examine successivement les trois points qui ont été soulevés dans cette discussion : d'abord le point visé par M. Tuffier. Il ne faut pas avoir de parti-pris; il faut chercher à enlever la tumeur quand elle est abordable et relativement facile à enlever; si on ne peut y arriver, il faut faire bénéficier le malade des avantages de la trépanation décompressive. De même que dans un cas d'obstruction intestinale, on ne va pas toujours chercher d'emblée l'obstacle et on fait d'abord un anus artificiel; de même ici, on peut commencer par la décompression.

Le second point a trait au siège de la trépanation. D'accord avec M. Savariaud, M. Auvray estime qu'il faut faire la décompression, autant que possible, au niveau des points où il y a hypertension. Quand il y a récidive, il faut ponctionner le ventricule.

M. Broca proteste contre la comparaison faite par M. Auvray entre la craniectomie et la laparotomie, la première étant infiniment plus grave que la seconde. Il rappelle, à ce propos, le rapport de Horsley au Congrès de chirurgie de 1890.

Plaies de poitrine. — M. Picqué fait un rapport sur un travail de M. Baudet relatif à la thoracotomie immédiate et hémostatique dans les plaies de poitrine. M. Baudet base son travail sur 6 cas dont 4 ont été observés dans le service même de M. Picqué. Ces 6 cas ont été suivis de guérison. L'intervention doit être pratiquée selon les règles émises par MM. Delorme et Mignon.

M. Picqué étudie la question dans son ensemble, en fait d'abord l'historique, rappelle l'importante discussion à laquelle elle a donné lieu en 1907, insiste sur l'importance des symptômes et surtout de l'hémorragie qui est l'indication formelle de l'intervention urgente.

Brûlure électrique. — M. Quénu présente un jeune homme de dix-neuf ans qui, un jour de fête s'amusa à grimper de telle façon que sa tête atteignit un fil conducteur d'énergie électrique. Il tomba aussitôt, se fractura la cuisse et fut conduit à Cochin. Il avait une vaste brûlure du crâne. Cinq mois après M. Quénu fit une large trépanation.

MM. Arrou, Faure et Perier rapportent des cas analogues.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LA BACTÉRIOLOGIE DE LA GRIPPE

Par M. E. Méhu.

Il est classique d'admettre que le bacille de Pfeiffer est l'agent spécifique de la grippe. C'est un cocco-bacille, très court, très fin, arrondi à ses extrémités, immobile. On le trouve en grande abondance dans la salive, le mucus bronchique et il prend très facilement la coloration par le procédé de Ziehl.

A vrai dire, cette spécificité du bacille de Pfeiffer a été très discutée, notamment par Rosenthal, qui le considéra en 1900 comme un saprophyte banal du poumon. Plus tard, en 1905, Besançon et Israels de Jong attaquèrent à nouveau la spécificité du bacille de Pfeiffer et considérèrent la grippe comme une manifestation toxique due à la virulence momentanément exaltée des microbes habituels de la flore pulmonaire. Enfin Boix (*Arch. gén. de méd.*, n° 17, 1905), nia l'existence de la grippe elle-même.

La vérité est comme toujours entre les extrêmes et on doit la trouver dans les considérations suivantes. Et d'abord, on rencontre *toujours* dans la grippe le bacille de Pfeiffer et on ne le rencontre pas dans d'autres affections. Mais il est accompagné par un grand nombre de microbes secondaires, pneumocoque, streptocoque, pneumo-bacille, entérocoque, etc. C'est surtout le streptocoque qui domine et peut réaliser à lui seul l'infection générale; « dans bien des cas, dit Hanot, le streptocoque se substitue au bacille de l'influenza et commande seul à la fois la symptomatologie et le pronostic de l'affection. »

Et cela est si vrai que si l'on soumet de bonne heure les grippés à la médication antiseptique pulmonaire, on parvient à diminuer cette septicité adjuvante et à modifier favorablement le pronostic. L'action des comprimés Roche de thiocol est à ce point de vue remarquable puisque, absorbés à la dose de six par jour, ils fluidifient les crachats, leur enlèvent tout caractère de purulence et les tarissent, ce qui prouve l'atténuation réelle de la septicité pulmonaire.

On a vanté le calomel comme abortif dans l'influenza et ce médicament agirait surtout par sa valeur antiseptique. Il faut remarquer cependant que son action est surtout intestinale et qu'il ne peut remplacer les comprimés ou le sirop Roche qui joignent à une antisepsie du tube digestif des propriétés modificatrices respiratoires et toniques générales.

On remarque, en effet, que le bacille, présent dans les crachats des malades ainsi traités, se colore mal et que les microbes adjuvants disparaissent. Il en résulte une amélioration rapide sans séquelles inflammatoires trainantes.

Ainsi, au point de vue thérapeutique, la spécificité du bacille de Pfeiffer importe peu, la notion d'une infection mixte qu'il faut abattre restant seule dominante.

Les Albuminuries et leur traitement, par le docteur Arthur Leclercq. In-8 écu de 264 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Routier, Jalaguier, Bazy, Sébileau, Hartmann, Launay et Achard.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 8 mars. — MM. Blanluet, 28; Baldenweck, 27; Laurens (Paul), 26.

Séance du 10 mars. — MM. Grivot, 30; Hautant, 29.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un congé, sans traitement, du 1er janvier au 31 octobre 1911, est accordé, sur sa demande, à M. Simond, chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Concours de médecin adjoint des asiles. — Le jury est constitué comme suit :

Président : M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Membres titulaires : MM. les docteurs Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse; Laignel-Lavastine, professeur agrégé de médecine mentale à la Faculté de médecine de Paris; Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne; Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Blois; Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif; Alombert-Goget, médecin en chef de l'asile de Marseille.

Membres suppléants : MM. les docteurs Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes; Sérieux, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

Les fonctions de secrétaire seront remplies par M. de Saint-Sauveur, chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, et celles de secrétaire adjoint par M. Tissot, secrétaire adjoint de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 mars 1911 :

Médecin principal de première classe. — M. Salle passe à l'hôpital de Toulouse.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Billet passe à l'hôpital du camp de Châlons.

Médecins-majors de première classe. — MM. Creton passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Vannes; Sallet, au 1er génie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Bouquet de Jolinière passe au 1er tirailleurs algériens; Comte, aux troupes de l'armée de terre détachées en Indo-Chine; Geniaux, aux hôpitaux de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Liberge passe au 42e d'inf.; Pouchet, au 112e d'inf.; Rouzaud, au 16e d'inf.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 8 mars 1911, les vingt-sept élèves de l'école principale du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 15 janvier 1911 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe, élève à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Agostini, Alexandre, Bablet, Bauvallet, Blazy, Commenge, Decomis, Dissez, Fabri, Franck, Gaudiche, Granié, Guy, Henry, Hervier, Huot, Ledentu, Léger, Melchior, Montel, Noël, Pichon, Robert, Saporte, Sicé, Thiédu.

MÉDAILLE MILITAIRE. — Il y a quelques jours, le général Guérin a remis la médaille militaire au cavalier Steinhelmer, étudiant en médecine, qui venait de subir l'amputation du bras droit à la suite d'une infection contractée en soignant des malades à l'infirmerie de la Part-Dieu.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE. — L'association médicale mutuelle (fondation Lagoguey) a tenu son assemblée générale, dimanche 12 mars, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Descout.

Cette association compte aujourd'hui vingt-quatre ans

RENSEIGNEMENTS

d'existence. Le nombre de ses adhérents, au 1er mars 1911, est de 836. Les recettes annuelles de la société, cotisations et intérêts, sont de 138688 francs. Le capital réservé est de 783690 francs. Les indemnités versées aux sociétaires ont atteint le chiffre de 685444 francs. Le nombre des nouveaux adhérents, depuis la dernière assemblée générale, est de 66.

Voici le bilan de l'association au 31 décembre 1910 :

Avoir au 1er janvier 1910	724348 francs
Recettes de l'année	130688 —
Total	855036 —
Dépenses de l'année	86936 francs
Avoir au 31 décembre 1910	768100 —
Total	855036 —

A en juger par ces chiffres, on ne pourrait que se louer de la prospérité toujours croissante de la société Lagoguey. Mais M. le président, dans son discours, ainsi que M. Thomas, dans son rapport, ont fortement insisté sur l'accroissement considérable des dépenses occasionnées par les indemnités aux malades chroniques. Une rente annuelle de 3600 francs n'est certes pas à dédaigner, mais elle ne doit être accordée qu'à bon escient et le bureau, par la voix de M. le président, a demandé à l'assemblée de lui accorder sa confiance et de lui donner tous les pouvoirs pour agir au mieux des intérêts de tous.

Cette confiance a été donnée au bureau à l'unanimité des suffrages, moins une voix et nous étions près de 300.

A. B.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — Le jeudi 16 mars 1911, à neuf heures du soir, dans la salle de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, aura lieu une réunion au sujet de « La responsabilité professionnelle des chirurgiens et des médecins ». Une conférence sera faite par M. Ambroise Colin, professeur à la Faculté de droit de Paris.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le professeur Pierre Marie examinera des malades tous les mercredis, à neuf heures et demie du matin, à la consultation externe, à la porte de l'hospice.

HOPITAL COCHIN. — CONSULTATION DE MÉDECINE. — M. Paul Ribierre, médecin des hôpitaux, fait les samedis à onze heures une conférence sur les affections cardio-vasculaires (séméiologie, diagnostic et thérapeutique).

A partir du 18 mars, une série de ces conférences sera consacrée à l'étude des cardiopathies d'origine traumatique et aux applications de ces notions à la médecine légale des accidents du travail.

COURS LIBRE. — La dernière conférenee de M. le docteur Kœnig aura lieu mardi 14 mars, à cinq heures et demie, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), et portera sur le sujet suivant : *Atrophie héréditaire du nerf optique*. Présentation de quatre nouveaux malades. Dessins et tableaux généalogiques.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE sous le haut patronage de LL. Majestés le roi et la reine d'Italie (ROME, 24-30 SEPTEMBRE 1911). — Le dernier Congrès international contre la tuberculose, qui eut lieu à Washington en 1908, proclama Rome siège du VIIe Congrès.

Un tel honneur fait à l'Italie et à Rome a rendu très difficile pour le Comité d'organisation, dont le chef nommé par le gouvernement italien est le professeur Guido Baccelli, la tâche à remplir de rassembler, dans le but suprême de la prophylaxie et de la lutte antituberculeuse, savants, philanthropes, hommes politiques, dames et tous ceux qui aiment la défense toujours plus vigilante de la société humaine contre le terrible fléau.

C'est pour cela qu'à ce Congrès nous invitons toutes les personnes de bonne volonté, qui savent combien il est utile de s'unir tous, pour assurer, par l'assainissement de l'humanité, l'élévation même de la richesse sociale.

Dans le dessein de faire place à toute collaboration, soit dans le champ individuel du diagnostic et de la cure de la maladie, soit dans le champ social de la défense contre ses périls et ses dommages, on a distribué les travaux du Congrès en trois sections.

Celles-ci sont, respectivement, les suivantes :

a. Etiologie et épidémiologie de la tuberculose;

b. Pathologie et thérapeutique de la tuberculose (médicale et chirurgicale);

c. Défense sociale contre la tuberculose.

Pendant le Congrès, qui se tiendra à Rome, du 24 au 30 septembre, il y aura, par les soins d'un Comité spécial, l'inauguration d'une exposition d'hygiène sociale pour la lutte contre la tuberculose. Elle illustrera l'œuvre du Congrès international.

Le président,
Guido BACCELLI.

Le secrétaire général,
Vittorio ASCOLI.

Pour adhérer au Congrès s'adresser au secrétariat général, à Rome, via in Lucina, 36.

La cotisation est de 25 lires pour les congressistes et de 10 lires pour chaque membre de leur famille.

La cotisation doit être versée, par mandat-poste, au moment de l'adhésion.

La carte de membre donne droit aux réductions sur les chemins de fer, à l'entrée à l'exposition, aux fêtes, etc., durant toute la session.

INSTRUCTIONS POUR LES CONGRESSISTES. — *Inauguration du Congrès*. — La séance d'inauguration aura lieu le 24 septembre 1911, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre de l'*Augusteum* en présence de LL. Majestés le roi et la reine d'Italie.

Les séances du Congrès se tiendront dans le château Saint-Ange.

Adhésion au Congrès. — Seront membres du Congrès les médecins de toute nation et toute personne qui s'intéresse aux questions hygiénico-sociales regardant la tuberculose. Pour adhérer au Congrès on peut adresser, sous enveloppe fermée et affranchie, sa carte de visite, avec l'indication exacte et lisible, dans quelque langue que ce soit, de sa propre résidence et adresse, envoyant à la fois sa cotisation de 25 lires italiennes à la trésorerie du Congrès (via in Lucina, 36).

Nulle inscription n'est valable si elle n'est pas adressée aux bureaux du Congrès et si elle n'est pas accompagnée par la cotisation correspondante. Outre les membres titulaires, pourront faire partie du Congrès, les membres de leur famille, moyennant, chacun, la cotisation de dix lires italiennes.

Droits du congressiste. — L'inscription au Congrès donne le droit, au moment même du payement de la cotisation, à une carte qui lui assure des réductions sur les chemins de fer italiens de la frontière à Rome (soit par terre, gares de Vintimille, Bardonecchia, Peri, Domodossola, Pontebba; soit par mer, Gênes, Naples, Venise, Brindisi). Le prix des billets de ces gares à Rome sera communiqué en temps convenable à MM. les congressistes.

Les congressistes auront le droit de prendre part aux séances du Congrès et à un exemplaire des comptes rendus; les femmes des congressistes qui auront acquitté la cotisation de 10 lires et les congressistes pourront prendre part aux réceptions et aux fêtes, avoir droit à l'entrée aux musées, monuments, etc., bénéficier des réductions particulières pour les excursions aux environs de Rome et aussi pour des voyages à travers l'Italie.

Une circulaire ultérieure leur donnera tous les renseignements nécessaires à cet égard.

Durée du Congrès. — Le Congrès se tiendra du 24 au 30 septembre 1911.

Les membres du Congrès, sitôt arrivés à Rome, devront s'adresser au siège de la Commission d'organisation, via in Lucina, 36, qui leur délivrera une carte pour l'entrée au Congrès. Ils recevront aussi une marque de distinction, des billets donnant droit à l'entrée aux réunions et aux fêtes, et tous les renseignements reconnus, par le Comité, utiles et nécessaires.

LA
HANCHE A RESSORT

Par M. le docteur H.-L. ROCHER,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux.

I

HISTORIQUE. — Le hasard a voulu que nous-même soyons porteur de cette particularité fonctionnelle bizarre qu'on nomme hanche à ressort; aussi nous sommes-nous attaché à l'étude de cette question et notamment à la recherche de sa pathogénie. Servi comme à souhait par les circonstances, à peu près à la même époque (1905-1906), trois cas s'offraient à notre observation, cas bien nets, de diagnostic indiscutable, et présentant chacun des particularités cliniques du plus vif intérêt.

La question de la hanche à ressort est toute récente ; cependant Perrin, le 27 juillet 1859, en présentait le premier cas à la Société de chirurgie de Paris, mais sous le diagnostic erroné de luxation volontaire du fémur droit consécutive à une luxation traumatique. A l'occasion de l'interprétation de ce cas, la discussion fut vive entre les membres présents et une commission fut immédiatement nommée; elle conclut à la non-existence de la luxation, et Morel-Lavallée sut dégager de ce cas la pathogénie, à peu près exacte, du ressaut qui s'observait.

Mais c'est à Ferraton (1) que revient incontestablement le mérite d'avoir le premier donné une description complète et parfaite de la hanche à ressort; et l'honneur de la priorité lui est consacré par l'acceptation de la dénomination hanche à ressort, par la justesse pathogénique de son sous-titre : ressaut fessier trochantérien, et aussi par l'emploi du terme maladie de Perrin-Ferraton que donnent souvent les auteurs à cette affection.

Le 11 janvier 1905, Guermonprez présentait à la Société anatomo-clinique de Lille un tisserand de vingt-sept ans atteint de double hanche à ressort; sa communication verbale n'est complétée par aucun manuscrit.

Le 5 juin 1905, nous présentions, à la Société d'anatomie de Bordeaux, un enfant atteint de hanche à ressort et ayant transformé son affection en un véritable tic de la hanche. N'ayant pas connaissance à cette époque de l'article de Ferraton, l'explication pathogénique nous échappait, de telle sorte que nous montrions cet enfant sans adjoindre de note (2). Dans cette même séance, nous montrions aux membres présents ce phénomène de la hanche à ressort existant chez nous du côté droit.

(1) FERRATON. *Revue d'orthopédie*, 1er janv. 1905.

(2) Le procès-verbal de la Société d'anatomie fait mention de notre communication en ces termes : « M. Rocher montre un enfant présentant, au niveau de la hanche gauche, un frottement dû probablement au déplacement d'un tendon des fessiers. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juillet 1905.) Le résumé de cette même séance dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* donne à notre communication le titre de tic volontaire de la hanche gauche. « Cet enfant produit à volonté le bruit que l'on perçoit, causé probablement par la subluxation du tendon du grand ou du moyen fessier. » (15 juin 1905.)

En mai 1906, Guermonprez, réunissant à l'observation de Ferraton son observation personnelle, fait paraître dans le *Journal des sciences médicales de Lille* un intéressant travail au point de vue clinique et pathogénique.

Le 23 octobre 1906, à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, nous présentons un jeune homme de dix-huit ans atteint de double hanche à ressort, avec phobie obsédante de coxalgie pour le côté droit; pas de note remise.

Braun (de Gottingen), dans un travail sur les luxations volontaires de la hanche (*Arch. f. klin. Chir.*, 1906), mentionne les deux observations de Perrin et de Ferraton à propos du diagnostic différentiel.

En 1907, C. Bayer (de Prague) publie (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907) un cas personnel pour lequel il pratique une intervention spéciale. Dans la même année, Kouznetzov (*Roussk. Vratch.*, 19 mai 1907) publie une étude de la question à l'occasion de deux cas nouveaux qu'il a observés chez des militaires et se déclare partisan de l'intervention pratiquée par Bayer.

Dans la *Semaine médicale* du 4 septembre 1907 paraît une étude résumée sous la rubrique « Chirurgie pratique », mais incomplète, puisque Guermonprez n'y est pas cité.

Le 5 novembre 1907, Nélaton portait à la tribune de l'Académie de médecine une communication sur un nouveau traitement de la hanche à ressort.

Le 19 décembre 1907, le médecin-major Pagnier (de Saint-Mandé) communique un nouveau cas (*Bull. de la Soc. milit. franç.*).

Horand père sort de ses archives une observation remontant à 1874 (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 21 nov. 1907).

Le 11 janvier 1908, Bruneau publie son auto-observation dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, puis Jaboulay présente deux observations, et Horand fils donne une revue détaillée de la question dans la *Gazette des hôpitaux* (1908, n° 110).

De leur côté, les Allemands étudient cette curieuse affection, compliquant cependant sa physionomie clinique et surtout le problème pathogénique.

En 1907, Preiser (1) publie un cas de hanche à ressort bilatérale combinée à une double subluxation volontaire des têtes fémorales. Puis, dans la même année, en 1908, paraissent les travaux de von Brunn (2), Kukula (3), Puporac (4), Zur Verth (5), en 1909, celui de Staffel (6), qui valent à la question sept observations nouvelles, d'importants développements sur la pathogénie, la différenciation des types cliniques de hanche à ressort et son traitement chirurgical.

Signalons également, en 1908, les observations d'Ahern (7), de Fievet (8).

(1) PREISER. *Zeit. f. orth. Chir.*, 1907, t. XVIII.
(2) VON BRUNN. *Beit. z. klin. Chir.*, Tubingen 1908, t. VIII.
(3) KUKULA. *Casop. lek. cesk. u. Praze*, 1908, t. XLVII, 2.
(4) PUPORAC. *Wien. klin. Woch.*, 1908, t. XXI.
(5) ZUR VERTH. *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig 1908, t. XCVIII; — *Verhandl. d. Gesell. Deut. Naturf. v. Aerzte*, Leipzig 1909.
(6) STAFFEL. *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, t. XCI, fasc. 1.
(7) AHERN. *Bull. méd. de Québec*, 1908.
(8) FIEVET. *Soc. anatomo-clinique*, Lille, 21 fév. 1908.

Hohmann (1) en 1909, Gross et Heully (2) en 1910, traitent chacun un cas par une intervention chirurgicale.

En octobre 1909, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, nous publions le résultat de nos « recherches anatomiques sur le grand trochanter et le muscle fessier à propos de la pathogénie de la hanche à ressort ». Nous aurons l'occasion de revenir sur ce travail à propos de la pathogénie.

Le 18 avril 1910, présentation, par MM. Got et Balard, à la Société d'anatomie de Bordeaux, de pièces anatomiques provenant d'un sujet de cinquante-cinq ans atteint de hanche à ressort ; en 1910, également, l'important travail de Gaugele (3) qui apporte deux cas nouveaux (4).

II

Étiologie. — *Age*. — La hanche à ressort a été surtout étudiée de vingt à trente ans : elle peut évidemment exister depuis plus ou moins longtemps ; mais l'attention du sujet n'y est attirée que plus tard pour des motifs variés (préoccupation après examen longtemps réfléchi d'un phénomène anormal qui prend une importance pathologique plus ou moins grande, accident du travail, service militaire, etc.). Quel que soit le début plus ou moins éloigné de cette affection, la désignation de congénitale à laquelle font allusion certains auteurs, ne saurait lui convenir ; il s'agit seulement d'une particularité dans le fonctionnement de la hanche qui est liée généralement à l'ostéogenèse (développement exagéré de l'apophyse trochantérienne ou d'exostose à son niveau). Le cas le plus jeune est rapporté par nous : enfant de neuf ans (obs. I).

Sexe. — Sur 37 individus, 29 hommes, 6 femmes. Cette supériorité est en rapport avec le développement plus grand des systèmes osseux et musculaire et due aussi à ce que toute une série de causes (traumatisme, simulation, etc.) intervient pour provoquer la hanche à ressort ou la mettre en valeur.

Profession. — 5 médecins, 2 étudiants en médecine, 5 ouvriers (mécanicien, tisserand, cultivateur), 5 militaires. Le nombre des médecins est facilement explicable par ce fait que la hanche à ressort avait frappé plus particulièrement leur attention, parce que pouvant mieux l'analyser. On comprend aussi qu'elle ait été rencontrée souvent chez des ouvriers et des militaires à cause des questions indemnité pour accident du travail, réforme et congé. A remarquer que ces deux catégories de malades veulent bien exploiter leur soi-disant infirmité, mais ne veulent pas entendre parler d'intervention chirurgicale qu'on leur propose pour les soulager (Guermonprez, Staffel). Seuls les malades de Ferraton, de Puporac s'y sont cependant soumis.

(1) Hohmann. *Zeit. f. orth. Chir.*, 1909, t. XXIV.

(2) Gross et Heuilly. *Revue méd. de l'Est*, 1er août 1910.

(3) Gaugele. *Zeit. f. orth. Chir.*, 1910, t. XXVII, p. 132.

(4) Notre travail est basé sur 31 observations que nous avons recueillies dans ces divers documents, ainsi que sur 6 observations personnelles et inédites que nous rapportons à la fin de cette étude : ce qui constitue un total de 37 cas. Les observations déjà publiées seront rapportées, soit *in extenso*, soit résumées, dans la thèse que prépare notre élève Cluzeau.

Constitution physique. — Ce point a un certain intérêt, car quelques auteurs se sont appuyés sur l'état de la musculature fessière pour baser leur théorie pathogénique (relâchement paralytique ou traumatique du grand fessier). Or, la majorité des observations font remarquer que non seulement les sujets ne présentent aucune tare, mais sont bien musclés, robustes, faisant de longues courses à pied, à bicyclette, en montagne, des manœuvres ou le service très fatigant de médecin de campagne. A côté de ces malades, il convient de mettre en relief l'état d'impotence fonctionnelle qu'accusent les simulateurs ou les nerveux exagérant inconsciemment.

Côté atteint par la hanche à ressort. — Côté droit : 11 cas ; côté gauche : 10 cas (toutefois dans quelques-uns de ces cas, il existait une légère tendance au ressaut du côté opposé) ; hanche à ressort bilatérale : 6 cas ; côté inconnu : 10 cas.

Nationalité. — Français, 22 ; Allemands, 12 ; Russes, 2 ; Canadiens, 1.

Fréquence en général. — Le nombre des hanches à ressort augmente chaque année au fur et à mesure que l'on connaît mieux cette affection, car, ne déterminant point de gêne fonctionnelle, médecins et malades autrefois ne s'en occupaient pas. Certains sujets présentent de plus, sans le savoir, les conditions nécessaires pour avoir une hanche à ressort : ce fait semble prouvé par les recherches de Zur Verth qui faisaient apparaître par une éducation spéciale la hanche à ressort chez ces « hancheurs ».

Causes déterminantes. — 1° Dans un grand nombre d'observations, il est impossible de trouver la moindre cause ; l'affection remonte à la prime jeunesse et la date du début de son apparition ne peut être fixée.

2° Le rhumatisme (Ferraton, Kousnetzov) se trouve quelquefois dans les antécédents du sujet mais n'a aucune action certaine.

3° Le surmenage aurait été invoqué (Bayer) ; les déformations telles que genu valgum, pied plat, ne peuvent avoir qu'une influence très indirecte en modifiant la statique du membre et en favorisant la saillie du trochanter par adduction de la cuisse (Preiser).

4° Le traumatisme est le facteur étiologique le plus important à connaître. Tantôt il est la cause qui révèle un fait passé jusqu'ici inaperçu ; tantôt il est l'occasion qui permettra au sujet d'attribuer la hanche à ressort à son accident (ouvriers, militaires). Dans le premier cas le phénomène était latent : il a été extériorisé par le trauma ; dans le deuxième, le phénomène existait, bien connu du patient qui, après le trauma, l'a exploité en sa faveur.

Enfin le traumatisme peut produire une lésion du tendon grand fessier ou de l'aponévrose fascia lata [épaississement cicatriciel post-traumatique (Staffel), arrachement de la partie supérieure de l'insertion fémorale du grand fessier (Gross et Heully)] qui permettra l'apparition de la hanche à ressort (1).

(1) On pourrait admettre, peut-être, que dans certains cas le traumatisme a amené, à la longue, l'hypertrophie du grand trochanter ; mais aucun fait jusqu'à présent ne peut nous autoriser à affirmer cette influence directe du traumatisme.

5° L'hystérie, le nervosisme du sujet ne jouent de rôle qu'au point de vue des signes fonctionnels qui accompagnent la hanche à ressort.

III

SYMPTOMATOLOGIE. — La hanche à ressort est caractérisée par un ressaut brusque, perçu par le malade, sensible à la main étendue à plat sur la région trochantérienne, perceptible à l'oreille sous la forme d'un claquement sec entendu à distance, et, par le déplacement d'une bande, souvent saillante à fleur de peau ou perceptible au toucher qui se déclanche en avant et en arrière d'un obstacle trochantérien.

Le début dans certains cas est tout à fait imprécis, il se perd à une époque de la jeunesse où ce phénomène attirait peu l'attention du sujet. D'autrefois il a suffi d'un trauma plus ou moins important, d'une marche forcée, d'un surmenage des fonctions de l'articulation coxofémorale pour révéler la hanche à ressort. A lire les observations publiées on voit par la diversité des circonstances qui ont précédé l'établissement de ce phénomène, que celles-ci au point de vue clinique ont le plus souvent une minime importance pour l'observateur.

A l'*inspection*, tantôt on ne constate aucune différence entre le côté sain et le côté atteint de hanche à ressort, tantôt la saillie trochantérienne est plus accentuée et la dépression rétro-trochantérienne, surtout pendant la contraction du grand fessier, plus profonde. Tantôt le sujet, dans la station debout comme dans le décubitus, conserve la symétrie de position de son bassin, tantôt le bassin s'incline latéralement. Il prend la station hanchée pour tenir son membre prêt à produire le ressaut et cette inclinaison du bassin s'accompagne d'une scoliose lombaire compensatrice : il s'agit là d'une attitude raisonnée et volontaire. Dans d'autres cas l'attitude vicieuse du bassin est commandée par la douleur qu'éprouve le sujet : c'est une attitude de défense ; il est également des attitudes paradoxales que l'on ne peut expliquer, sinon que par la simulation, témoin le cas du malade de Staffel qui appuyait surtout sur le sol, le membre malade et douloureux. Chez les sujets à pannicule adipeux peu développé, au repos et particulièrement dans les mouvements imprimés à la hanche pour produire la hanche à ressort, on peut voir une saillie elliptique ou un cordon tendu correspondant comme situation à la moitié postérieure de la face externe du trochanter, dirigé un peu obliquement en bas et en avant (cette obliquité variant avec les mouvements du bassin ou de la cuisse), suivant en somme la direction du bord antérieur du grand fessier. On distingue également la bandelette de Maissiat ou bandelette ilio-trochantéro-tibiale, tendue dans toute sa longueur, se mobilisant, ressautant en avant et en arrière sur le trochanter pendant la production de la hanche à ressort.

La *palpation* de la région trochantérienne faite soit la main à plat, soit du bout du pouce et de l'index réunis, permet de sentir : 1° la bandelette de Maissiat que l'on sent se tendre dans les diverses attitudes que prend le membre pour la hanche à ressort, notamment lorsqu'il se porte en adduction et que le tenseur et les fessiers sont contractés ; cette bandelette perd son individualité lorsque le membre est au repos ou se met en abduction.

2° Le palper permet de sentir, en plus de cette bandelette aponévrotique à sa face profonde et en arrière d'elle un cordon résistant, volumineux, dont la consistance et la forme sont celles d'un tendon. Au chapitre pathogénique, nous verrons qu'il est constitué par le bord antérieur du tendon grand fessier, compris entre les deux feuillets de l'aponévrose fascia lata qui lui est intimement fusionnée. Zur Verth considère ce cordon comme une dépendance de l'aponévrose fascia lata vers lequel convergent les fibres du grand fessier ; il l'appelle tractus cristo-fémoral, à cause de ses deux insertions [crête iliaque, partie supérieure de la surface d'insertion du grand fessier sur le fémur (1)]. Donc, le bord antérieur du tendon grand fessier que nous appelons *bande fibro-tendineuse de la hanche à ressort* et le tractus cristo-fémoral de Zur Verth doivent être identifiés au point de vue anatomique.

La palpation d'une hanche à ressort est indolore ; toutefois dans le cas de Staffel, le pincement de la bandelette de Maissiat épaissie à la suite d'un traumatisme était désagréable et douloureux.

3° Le palper du trochanter démontre que tantôt il est normal, tantôt plus volumineux que normalement et plus saillant. Sa surface est dite régulière dans la plupart des observations où, peut-être, l'attention n'a pas été attirée sur certains détails ; elle peut être irrégulière présentant une proéminence localisée anormale de la face postéro-externe, une véritable tubérosité ; celle-ci peut se trouver immédiatement au-dessous du trochanter sur la diaphyse fémorale (obs. I).

Les *attitudes*, que prennent les sujets pour produire la hanche à ressort, sont multiples et variables. Cette variabilité dépend des conditions anatomiques dont relève la hanche à ressort, et de l'éducation qu'ils ont acquise pour la produire. Elles ont toutes pour but d'appliquer énergiquement la corde fibro-tendineuse de la hanche à ressort contre le trochanter : 1° soit par sa mise en tension active, contraction du muscle grand fessier ; 2° soit par sa mise en tension passive, par inclinaison du bassin du côté opposé et adduction du membre correspondant à la hanche à ressort pour faire saillir le trochanter ; la position hanchée favorise, exagère la hanche à ressort.

Ces deux manières d'être du sujet qui va produire le ressaut et qui sont le « garde à vous » du hancheur, peuvent intervenir isolément ou se combiner, ce dernier cas étant le plus fréquent.

Le sujet étant en *position*, l'articulation coxo-fémorale subit un mouvement de flexion et l'on voit la corde de la hanche à ressort ressauter brusquement et avec un bruit de claquement en avant : c'est le *ressaut de flexion*. Puis l'articulation revient à sa position de départ : extension ; un deuxième ressaut,

(1) Nous réfuterons au chapitre pathogénique cette interprétation anatomique.

cette fois-ci en arrière, accompagné de bruit se produit : c'est le *ressaut d'extension.*

Ou bien le membre étant bien appuyé au sol, un mouvement de torsion en avant du bassin sur la cuisse se produit : la corde claque et ressaute en avant; puis le bassin se reporte en arrière, par un mouvement de détorsion sur la cuisse, la corde claque une seconde fois et ressaute en arrière.

Chez un certain nombre de hanche à ressort, les deux mécanismes de flexion de l'articulation et de torsion du bassin sur la cuisse se combinent; de même que, chez la plupart le mécanisme de flexion de l'articulation coxo-fémorale se combine à un mouvement ou à une attitude préalable de rotation interne du membre inférieur.

Ainsi donc, il existe dans la hanche à ressort un ressaut antérieur ou d'aller de la corde qui se produit pendant la flexion coxo-fémorale et la torsion du bassin en avant, un ressaut postérieur ou de retour qui se produit pendant l'extension coxo-fémorale et la détorsion du bassin.

Envisageant maintenant les mouvements qui produisent cette flexion ou cette extension coxo-fémorale, nous voyons que : 1° tantôt le bassin seul se mobilise sur la cuisse immobile; 2° tantôt la cuisse seule se fléchit sur le bassin immobile; 3° tantôt le bassin et la cuisse se meuvent l'un vers l'autre (flexion), ou en sens opposé (extension).

Enfin il est un type un peu particulier de hanche à ressort; c'est celui où bassin et cuisse restent immobiles et, dans ce cas, la bande fibro-tendineuse se déplace successivement en avant et en arrière de l'obstacle trochantérien sous l'influence de la contraction alternative du grand fessier et du tenseur du fascia lata (obs. I).

En somme, que se passe-t-il? Dans la flexion de cuisse sur le bassin, le grand trochanter subit un mouvement de bascule qui le porte en arrière; dans la flexion du bassin sur la cuisse, la corde fibro-tendineuse se porte en avant.

C'est la perte de contact brusque des deux organes, corde et trochanter qui produit le ressaut et le claquement de la hanche à ressort.

Le ressaut, aussi bien de flexion que d'extension, se produit toujours sous le même angle pour chaque cas, mais cet angle varie suivant les sujets. L'amplitude de cet angle varie entre 15 degrés (Ferraton), et 45 degrés (Gross et Heully).

Tantôt les *deux* ressauts de flexion et d'extension existent, également développés, ce qui est rare; le plus souvent ils sont inégaux, le ressaut d'extension étant le plus fort; tantôt il n'existe qu'*un seul* ressaut caractérisant la hanche à ressort : c'est alors le plus souvent le ressaut de flexion.

Le ressaut commandé peut être enrayé par la main de l'observateur qui accroche la corde et l'empêche de se déplacer. Les attitudes d'abduction, de rotation externe empêchent la hanche à ressort de se produire. Le ressaut de la hanche à ressort peut exister non seulement dans la station debout dans laquelle on examine ordinairement ces sujets, mais également dans la station couchée, quoiqu'il soit beaucoup plus difficile à provoquer : le patient est alors obligé d'appuyer le pied contre l'extrémité de son lit. Il peut quelquefois se produire dans la position assise, accroupie; en marche, en montant un escalier, à bicyclette, à cheval, la hanche à ressort peut se manifester. Enfin, dans le passage de la position assise, à la station debout, et inversement, il peut apparaître.

Ces conditions d'apparition du phénomène hanche à ressort sont très variables suivant les sujets.

Les *mouvements passifs* de la hanche ne déterminent la hanche à ressort que s'ils sont effectués avec résistance du sujet, mais toujours suivant les conditions qui le font apparaître ordinairement, c'est-à-dire mouvements d'extension ou de flexion coxo-fémorale avec ou sans rotation interne et adduction du membre.

Au point de vue des *signes fonctionnels*, tantôt ils sont nuls : pas de douleur, pas de gêne, tantôt ils sont plus ou moins accentués. Ils consistent en douleurs de type variable, locales ou irradiées, existant en l'absence de production de ressaut ou seulement au moment de sa production. Certains auteurs attribuent la souffrance à une affection locale de la bandelette de Maissiat (Staffel), à une lésion de la bourse séreuse péri-trochantérienne; dans deux de nos observations personnelles, la douleur était tout à fait étrangère à la hanche à ressort : douleurs de croissance, coxalgophobie.

Cette douleur est quelquefois si vive qu'elle s'accompagne d'impotence fonctionnelle et oblige le sujet à abandonner un métier fatigant, qui oblige à se tenir debout par exemple (Gaugele). Dans d'autres cas, les sujets ne ressentent qu'un vague endolorissement, une lassitude dans la hanche.

On comprend également que, de ce fait, la marche soit quelquefois très gênée soit d'une façon continue soit par intervalle, obligeant le sujet à avancer à petit pas, en sautillant, le corps fléchi. Quelquefois la hanche à ressort n'est cause de fatigue qu'après une longue course ou après répétition nombreuse du ressaut.

Mais une impression nous reste, à la lecture de toutes les observations jusqu'ici publiées, c'est que beaucoup de ces douleurs sont *simulées*; leur irradiation ne correspond à rien de fixe, leurs localisations sont sans précision, les réponses du malade sont dépourvues de netteté. Ces simulateurs sont des soldats, des ouvriers, en mal de réforme, en instance d'indemnité.

Simulées également ces claudications du type luxation congénitale; simulées, ces attitudes vicieuses prises pour bien mettre en relief la particularité fonctionnelle de leur hanche : asymétrie du bassin, scoliose dorso-lombaire, raccourcissement apparent du membre.

Certains de ces sujets, les femmes notamment, qui ont des signes de nervosisme et sont soupçonnées d'hystérie, exagèrent l'importance du phénomène qu'ils présentent; les ouvriers font de la sinistrose ou de l'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique, tel est le cas de Guermonprez qui revit son malade deux ans après son accident. *(A suivre.)*

MÉDECINE PRATIQUE

LES PROCÉDÉS RÉCENTS DE DÉSINFECTION DES MAINS

Dans ces dernières années, de nombreux travaux sur les propriétés des solutions de savon ont précisé les conditions les meilleures du savonnage des mains en chirurgie. Nous avons résumé ces données dans un précédent article (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 27, p. 402). Le savonnage des mains est encore considéré, en France, par beaucoup de chirurgiens, comme pratiquement suffisant à assurer leur désinfection, surtout si on évite toute contamination antérieure par l'emploi de gants pour les opérations septiques, pansements, touchers, etc. Cependant, cette désinfection n'est pas absolue. A. Reverdin et Massol (*Revue méd. de la Suisse romande*, janv. 1905, t. XXV, n° 1) ont montré qu'après une heure de savonnage en trois cuvettes, chaque main portait encore au moins dix germes qui cultivaient, et qu'il fallait quarante minutes de savonnage et vingt minutes d'immersion et de frictions dans l'eau oxygénée à douze volumes pour obtenir l'asepsie absolue.

Pour beaucoup de chirurgiens, surtout à l'étranger, l'emploi du savonnage comporte donc toujours un aléa. En plus, il est coûteux (installations de stérilisation d'eau, lavabos, savons) et entraîne une perte de temps considérable.

Comme d'autre part, ainsi que nous l'avons dit, l'emploi des gants ne peut suppléer dans tous les cas et ne supprime jamais une désinfection préalable des mains, on a cherché, pour atteindre ce but, des procédés plus efficaces et plus rapides que le savonnage.

Ces méthodes sont à peu près les mêmes que celles que l'on a appliquées à la désinfection de la peau du champ opératoire et que nous avons exposées dans deux articles précédents (Voir *Gaz. des hôpit.*, 10 janv. 1911, n° 3, p. 35, et 17 janv., n° 6, p. 81). Il y a cependant cette différence essentielle que la stérilisation du champ opératoire n'est exécutée qu'une seule fois, tandis que celle des mains du chirurgien peut être effectuée plusieurs fois par jour, les substances irritantes qu'on peut être amené à employer dans le premier cas, ne pourront pas l'être dans le second, ou seulement à titre tout à fait exceptionnel.

Deux principales méthodes semblent présenter un réel intérêt pratique : la désinfection au moyen de solutions iodées et la désinfection à l'alcool sans lavage préalable.

1° *Désinfection avec des solutions iodées sans lavage préalable.* — La méthode vise non plus à enlever les germes de la peau comme dans le savonnage, mais à les rendre inoffensifs par l'action antiseptique si puissante de l'iode.

Il y a longtemps que la teinture d'iode était employée par beaucoup de chirurgiens comme *complément* du savonnage des mains. Landerer, Neuber, Mickulicz (1897), Roux (de Lausanne) et bien d'autres, avaient pris l'habitude, après le savonnage, de déposer une goutte de teinture d'iode au coin de chaque ongle; par diffusion on voit rapidement la teinture se répandre à toute la rainure sous et péri-unguéale.

D'autres, après le lavage, trempaient leurs mains dans des solutions iodées variées. M. Auvard les plongeait dans de la teinture d'iode dédoublée (iode, 1; alcool à 90 degrés, 24), Walter E. Dannreuther (*Med. Record*, 25 janv. 1908 et 16 janv. 1909) les maintenait une à deux minutes dans une solution à 3/1000 (teinture d'iode, 3 grammes; eau, 1000), Austin H. Gœlet (*The Canadian pract. and Rev.*, juin 1909) employait la même technique, Jeffries a montré que l'on obtenait ainsi une désinfection complète au bout de trente secondes d'immersion. On a aussi employé après le savonnage et le brossage l'immersion dans la teinture d'iode pure (F. J. Porter).

C'est à Heussner (*Centralbl. f. Chir.*, 1906, n° 8, p. 208) que revient le mérite d'avoir le premier préconisé la désinfection, *sans lavage préalable*, de la peau par une solution iodée. Il se servait pour la désinfection du champ opératoire de benzine iodée au millième, trop caustique pour les mains du chirurgien (von Bruns). Deux ans après, Grossich (de Fiume (*Centralbl. f. Chir.*, 31 oct. 1908) publia son procédé de désinfection de la peau par la teinture d'iode, sans lavage préalable; la pénétration de la teinture d'iode est plus marquée si aucun savonnage n'a été pratiqué et si la peau est bien sèche.

L'expérimentation et la pratique de la majorité des chirurgiens, à l'heure actuelle, a prouvé l'efficacité de ce procédé de désinfection de la peau.

Peut-on l'employer pour la préparation des mains? Evidemment, mais à condition de ne pas le répéter trop souvent si on emploie de la teinture d'iode pure. Car il est certain que plus ou moins rapidement, selon la susceptibilité des sujets, il se produirait des lésions irritatives de la peau, démangeaisons, crevasses, que le chirurgien doit éviter à tout prix, mais, à titre exceptionnel, son emploi peut être d'un secours précieux.

C'est ainsi que l'immersion dans la teinture d'iode stérilise les mains, même récemment infectées par des cultures microbiennes (expériences de Bérard et Chattot, *Lyon chir.*, 1er mai 1911, t. III, n° 5, p. 549; Kutscher, *Berl. klin. Woch.*, 28 fév. 1910, t. XLII, n° 9). Le chirurgien ou le médecin qui, avec des mains récemment infectées par un contact septique, se trouvera dans la nécessité de pratiquer une opération aseptique, un accouchement, à défaut de gants stérilisés, pourra recourir à ce moyen. La teinture d'iode est étendue sur les mains avec un tampon d'ouate; on laisse sécher pendant cinq à sept minutes et on enlève le surplus d'iode par un lavage à l'alcool. Les mains restent d'une couleur chamois plus ou moins claire, mais après l'opération il est très facile de les décolorer par l'emploi, soit d'une solution de cyllin à 1 p. 100, soit d'eau phéniquée à 3 p. 100 (J. Lionel *Stettin-Brit. med. Journ.*, 4 juin 1910, p. 1350).

Mais l'application principale de ce mode de désinfection est, sans contredit, l'opération d'urgence; avec un simple badigeonnage à la teinture d'iode du champ opératoire et de ses mains, le chirurgien est prêt à opérer. Ici, si le chirurgien n'est pas préalablement infecté, il peut employer des solutions iodées moins fortes que la teinture d'iode du codex. Telle est la solution employée par Herzfeld [alcool, 100; iode, 7; iodure, 5] (*Centralbl. f. Chir.*, 1909, p. 866, n° 24) ou de la teinture d'iode dédoublée avec de l'alcool. On peut aussi suivre la technique indiquée par Bérard et Chattot et dont ils ont vérifié l'efficacité par l'expérimentation et une pratique de trois années : on verse de la teinture d'iode sur l'extrémité des doigts, puis on l'étend avec un tampon imbibé d'alcool sur le reste de la main et les avants bras, on laisse sécher, puis on fait un court lavage à l'alcool à 60 degrés.

On comprend tout le parti que l'on peut tirer d'une méthode aussi simple et aussi efficace dans la chirurgie aux colonies et dans la chirurgie de guerre. Le professeur Reclus, dans un récent article (*Presse méd.*, 15 fév. 1911, n° 13, p. 113), rapporte le cas du docteur Blondin (du Sénégal) qui, en pleine brousse, put pratiquer avec succès une désarticulation du genou, après s'être trempé les mains dans la teinture d'iode. Les médecins militaires japonais, lors de la guerre de Mandchourie, ont employé fréquemment la teinture d'iode pour désinfecter rapidement le bout de leurs doigts. Il est certain que son emploi, aussi bien pour la désinfection des mains que pour celle des plaies, joue un rôle considérable dans la chirurgie de guerre actuelle.

2° *Désinfection à l'alcool sans lavage préalable.* — Il y a déjà longtemps (1877) que Braun utilisa l'alcool dans la désinfection des mains; mais c'est Fürbringer (1887) qui, le premier, érigea son emploi en véritable méthode. Il indique pour

la désinfection des mains un savonnage d'une minute dans de l'eau très chaude, suivi d'un brossage d'une minute dans l'alcool fort (80 ou 90 degrés), et, avant son évaporation, les mains sont plongées dans une solution antiseptique. Cette méthode fut critiquée par beaucoup de chirurgiens qui la jugèrent insuffisante. C'est ainsi que Renicke réclame un savonnage de dix minutes, le brossage dans l'alcool pendant deux minutes, suivi d'immersion des mains dans un antiseptique pendant trois minutes. De son expérimentation, Renicke conclut que le simple brossage à l'alcool à 90 degrés, pendant cinq minutes, *même sans nettoyage mécanique préalable*, amène la stérilisation parfaite des mains. Cette constatation passa inaperçue et les chirurgiens continuèrent à pratiquer le savonnage avant de se servir de l'alcool, et à le faire suivre de l'emploi d'un antiseptique. C'est Mickulicz (*Congrès de chir. all.* de 1900) qui, le premier, dans la pratique, supprime l'usage de l'eau. Il utilise le savonnage dans une solution alcoolique de savon pendant cinq minutes; mais pour lui l'alcool jouait seulement le rôle de dissolvant du savon.

Il faut arriver jusqu'aux travaux de von Bruns [de Tubingen] (*Beit. zur klin. Chir.*, 1908, 8-58. fasc. 1), et de Schumburg [de Strasbourg] (*Deut. med. Woch.*, t. XXXVI, n° 29, juin 1910-1), pour voir l'emploi de *l'alcool sans lavage préalable*, érigé en méthode pour la désinfection des mains. Le principe est le suivant : au lieu de chercher à détruire les germes, à les enlever en décapant la surface de la peau, on vise, après avoir dissous les graisses de la couche superficielle de la peau, à immobiliser les germes des couches profondes pour toute la durée de l'opération. L'alcool amène ce résultat en fixant les bactéries par durcissement et dessication de la peau, comme la dessication les fixe sur la lamelle de verre du microscope. Mais ce résultat ne peut être obtenu que si la peau n'a pas été ramollie par le savonnage et lavage antérieur, qui, en plus, dilue l'alcool mis à son contact.

Von Bruns se contente de frotter ses mains pendant cinq minutes avec des tampons aseptiques imbibés dans de l'alcool à 90 degrés avec des résultats parfaits. Meissner, qui a étudié la méthode bactériologiquement, conclut que le nombre des germes, n'est pas diminué plus que par une autre méthode, mais qu'ils sont fixés pour le temps de l'opération. Il convient de conserver les mains très sèches au cours de l'intervention, et si elle se prolonge, de renouveler de temps à autre l'immersion dans l'alcool en les séchant avec une compresse. Les résultats pratiques sont excellents et H. Neck (*Münch. med. Woch.*, 27 juillet 1909, p. 595), Nast-Kolb (*Münch. med. Woch.*, 1910, n° 6), Pfisterer, Grekow (*Archiv. f. klin. Chir.*, t. XC, fasc. 4, 1909, p. 1073 à 1099) ont adopté cette technique dont ils sont très satisfaits. Grekow a pratiqué ainsi 450 opérations sans incident.

A la même époque que von Bruns, Schumburg, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, arrive aux mêmes conclusions : le savonnage des mains dans l'eau stérilisée, pratiquée avec soin pendant quinze à vingt minutes, n'enlève que très peu de germes de la peau. Au contraire, si l'on frictionne avec de la gaze ou du coton les mains dans 200 centimètres cubes d'alcool à 90 degrés, ou même d'alcool dénaturé ordinaire, plus de 90 p. 100 des germes sont mis hors d'état de nuire. Les résultats sont supérieurs à ceux obtenus par toute autre moyen. Les mains doivent être au préalable bien sèches.

Le gouvernement prussien, attachant à cette méthode une grosse importance au point de vue de la chirurgie de guerre, a chargé successivement deux médecins de vérifier ses résultats. Kutscher (*Deut. med. Woch.*, 1910, n° 22) et Loew (*Deut. med. Woch.*, 1910, n° 22), ont conclu à son efficacité et à son utilisation dans l'armée. Kutscher montre que la stérilisation des mains persiste pendant une heure, même si on ramollit les tissus par immersion continue dans un liquide.

Nous pouvons encore citer comme partisans de ce procédé de désinfection des mains, Tavel (de Berne), Einhorn (*Deut. med. Woch.*, t. XXXVI, 25 août 1910, n° 34), Oidtman (*Neder. Tj. Voor gen.*, 1910, t. I, n° 20, 14 mai 1910), Ten Horn (*Neder. Tj. Voor gen.*, 1910, t. II, n° 6, 6 août). Pour rendre cet emploi de l'alcool encore plus pratique Selter [de Bonn], (*Deut. med. Woch.*, 1910, n° 34) préconise l'emploi d'une pâte spéciale composé de 86 p. 100 d'alcool absolu, et 14 p. 100 de savon de potasse, contenue dans des tubes de métal; 20 grammes de cette pâte ayant servi à frotter les mains pendant cinq minutes produisent une désinfection égale à l'emploi de 150 centimètres cubes d'alcool à 90 degrés, quantité nécessaire ordinairement.

On peut en rapprocher, car le mode d'action semble identique, les techniques de von Herff et de Zablondowsky.

Von Herff se sert d'un mélange à parties égales d'acétone et d'alcool à 95 degrés, pour la préparation du champ opératoire. Oeri, son assistant, a montré qu'il suffit de frotter ses mains pendant quatre à cinq minutes avec un morceau de flanelle stérilisée imbibée du mélange, pour amener une désinfection des mains durable, et ne le cédant en rien à ce qu'on obtient avec les autres méthodes.

A. Zablondowsky et Tatarinov (*Sem. méd.*, 23 fév. 1910, n° 8, p. 93), frottent les mains pendant deux minutes avec une compresse stérile imbibée d'une solution alcoolique de tannin (5 grammes tannin, alcool à 90 degrés, un litre). On obtient ainsi une désinfection supérieure à celle que donne l'alcool à 90 degrés seul, car alors les deux faces des mains sont bien stériles, mais non l'espace sous-unguéal, comme on l'obtient avec la solution de tannin. Cette désinfection, qui dure près de deux heures, ne se modifie pas par le contact des liquides.

En résumé, nous voyons qu'en face de la méthode classique, de désinfection des mains par le savonnage pratiqué dans les conditions que nous avons indiquées, se placent deux autres méthodes : 1° La désinfection à l'alcool, sans lavage préalable, qui, non caustique pour les mains, peut être employée toujours et dans tous les cas, plus constante et plus complète dans ses résultats, d'après ses partisans, plus économique de temps et d'argent, plus pratique.

2° La désinfection aux solutions iodées, à la teinture d'iode en particulier, irritante pour les mains, et, par suite, méthode d'exception. Elle est réservée aux cas qui nécessitent une désinfection très énergique (mains infectées antérieurement), ou très rapide (urgences, chirurgie de guerre).

En tous cas le praticien, le médecin militaire doivent retenir ce fait, qu'avec de la teinture d'iode ou même de l'alcool dénaturé du commerce, on peut, en quelques minutes, avoir des mains aseptiques et être en mesure de pratiquer avec sécurité n'importe quelle opération. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 MARS 1911)

Syphilis maligne précoce secondo-tertiaire cutanée traitée intensivement sans résultat par le mercure et l'hectargyre; guérison complète et rapide des accidents par « l'arsenobenzol ». — MM. LEBAR et ROUTIER rapportent le cas d'une malade atteinte de syphilis maligne précoce, présentant des ulcérations des membres supérieurs et inférieurs et des placards psoriasiformes étendus. Ils ont traité cette malade depuis le mois de juillet par des piqûres de benzoate de Hg, des frictions à l'onguent mercuriel et des piqûres d'hectargyre. Ils ont appliqué le traitement polymercuriel intensif, selon la méthode du docteur Jacquet. Les résultats ont été pour ainsi dire nuls; surtout, ces divers traitements n'ont pas em-

pêché l'éclosion de nouveaux accidents, pendant qu'on les administrait. Une seule injection de 60 centigrammes d' « arsenobenzol » intraveineuse a suffi pour faire disparaître, en cinq jours, les plaques cutanées sèches faciales et les placards psoriasiformes et terminer la cicatrisation des ulcérations des jambes.

Il est à remarquer que les effets de l' « arsenobenzol » ont été décisifs et rapides, qu'il n'y a pas eu chez cette malade d'arseno-résistance quoique ayant été traitée au préalable par l'hectargyre et cela pendant un temps assez long.

Un cas de maladie de Stokes Adams chez une femme de quatre-vingts ans. — MM. Marc Lecomte et Stroehlin.

Méningite syphilitique aiguë traitée par le 606. — MM. J. du Castel et Paraf rapportent une nouvelle observation de cette affection, traitée par trois injections de 606, elle s'améliora plus rapidement que si elle n'eut été soignée qu'au mercure; la réaction de Wassermann disparut momentanément du sang et du liquide céphalorachidien, mais la lymphocytose persista toujours, ainsi que la diminution des réflexes rotuliens et achilléens, et devant la réapparition de la céphalée, les auteurs recoururent au traitement mercuriel et ioduré.

Rechute de diphtérie à la suite d'une rougeole. — MM. L. Martin et Darré rapportent l'observation d'un malade qui, au troisième jour d'une rougeole, présenta des signes de diphtérie. Or, un mois avant cet enfant ayant eu la diphtérie, avait été traité et guéri par le sérum. La rougeole semble donc supprimer l'immunité contre la diphtérie, acquise par le sérum.

Les auteurs estiment que, dans ces cas relativement rares de rechutes de diphtérie au cours de la rougeole, il y a lieu, sans craindre d'accidents d'anaphylaxie, de reprendre les injections de sérum.

M. Barbier, en raison de la gravité de cette association de la rougeole et de la diphtérie, est également de cet avis et estime qu'il y a lieu d'injecter, à titre préventif, tout enfant atteint de rougeole, qui a eu auparavant la diphtérie, ou a été en contact avec des diphtériques. Quant aux accidents d'anaphylaxie ils sont exceptionnels.

M. Netter considère également ces rechutes de la diphtérie au cours de la rougeole comme rares. Cependant, dans son service, il fait du sérum à titre préventif à tous les enfants atteint de rougeole. Malgré cette précaution il a vu quelques enfants injectés présenter quand même des signes de diphtérie. Quant aux accidents d'anaphylaxie, il y a lieu de ne pas les confondre, comme on a quelquefois tendance à le faire, avec les accidents sériques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES VÉRITABLES RESPONSABLES DE L'AJOURNEMENT DES RÉFORMES DE L'ENSEIGNEMENT

L'association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, dans son assemblée générale tenue à Paris le 28 octobre 1910, a décidé à l'unanimité, qu'il y a lieu, pour les facultés de médecine, de dégager complètement leur responsabilité dans le retard apporté par l'administration de l'instruction publique à l'exécution des décrets du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études médicales, et du 26 janvier 1909, relatif à l'enseignement des stagiaires dans les hôpitaux. En effet, les efforts faits par les facultés et par l'association des membres du corps enseignant auprès des pouvoirs publics, pour que ceux-ci s'intéressent efficacement à la réalisation rapide des réformes, ont jusqu'à présent été vains. Les décrets, promulgués il y a plus de deux ans, ne recevront même pas à la prochaine année scolaire un commencement d'application.

Le professeur J. Courmont a prononcé à cette occasion un discours que publie aujourd'hui le *Bulletin de l'association* (n° 7, 1911). Nous croyons utile de le reproduire :

« M. J. Courmont, président. Messieurs, les deux décrets portant *Réforme des études médicales et du stage hospitalier* ont été promulgués à l'*Officiel* en janvier 1909; il y aura bientôt deux ans. En admettant leur plus prochaine entrée en vigueur, en novembre 1911, il aura fallu près de trois ans pour passer du décret à son exécution. Certains enseignements fondamentaux, ceux de cinquième année, ne seront modifiés que huit ans après la publication à l'*Officiel*, dix ans après la réunion de la commission des réformes. — Les chiffres sont encore au-dessous de la réalité : les décrets ne seront pas appliqués en 1911 ! Cela paraît incroyable, cela est. Il n'y a pas, dans le projet de budget de 1911, qui vient d'être distribué aux parlementaires, il n'y a pas une ligne, pas un mot ayant trait à la réforme ; aucun crédit n'est prévu! Le rapport de M. Steeg est également muet sur les réformes médicales. Les décrets de 1909 paraissent oubliés.

Une commission est réunie au ministère en 1907-1908. Ses travaux aboutissent à deux décrets en janvier 1909, décrets portant la signature du ministre actuel de l'instruction publique. On demande aux facultés de formuler leurs besoins financiers en vue de l'application de ces décrets. Ces demandes sont rassemblées, modifiées, élaguées. On nous promet pour le budget de 1911 ce qu'on n'a pas demandé pour celui de 1910. On nous parle même du chiffre qui figurera au budget (1). Le projet de budget paraît : rien. Besoins pressants de nos facultés, nécessité urgente des réformes, réclamations de la commission, promesses faites : tout cela est oublié. — Un budget de près de cinq milliards n'en porte pas traces!

L'impossibilité d'appliquer les nouveaux décrets sans sacrifices financiers, sans dotations nouvelles, n'avait cependant jamais été contestée. La commission de réforme l'avait formellement indiquée. Le ministre, en apposant sa signature, le savait. Est-il admissible qu'il se désintéresse maintenant des moyens de faire exécuter des décisions qui portent son nom?

Vous vous en souvenez peut-être, j'étais sceptique lorsque, il y a un an, on nous promettait l'argent nécessaire. Vous pouvez relire mes discours d'ouverture et de clôture de l'assemblée d'octobre 1909. J'étais tellement sceptique, que je vous avais proposé de réunir, dans chaque faculté, les parlementaires de la région pour leur exposer notre détresse. Je regrette que cette conversation avec les parlementaires n'ait pas été généralisée, et qu'elle n'ait pas eu plus de succès dans les facultés qui en ont pris l'initiative. On peut se rendre compte aujourd'hui que l'interpellation parlementaire est le seul moyen qui nous reste d'obtenir satisfaction. La période de persuasion est terminée.

Nous ne sommes d'ailleurs pas restés inactifs. Nous avons rendu visite à M. Steeg, le rapporteur du budget de l'instruction publique, à de nombreux membres de la commission du budget, à M. Bayet, qui est animé du ferme désir de faire aboutir la réforme; enfin nous avons été reçus par notre ministre, M. Doumergue. Nos entrevues avec M. Doumergue nous ont laissé l'impression très nette que le ministre ne se rendait pas un compte exact de l'urgence des réformes médicales et de l'importance sociale et économique de la science médicale. Je l'ai plusieurs fois entretenu de ces questions, tantôt avec tout le bureau, tantôt au hasard des convocations, avec tel ou tel de nos collègues, dernièrement avec M. Gross. Nous lui avons fait remarquer que les choses ne pouvaient pas continuer ainsi, que la santé publique était en jeu, que nos étudiants ne recevaient pas, actuellement, la culture indispensable à de futurs praticiens. Nous avons insisté sur l'intérêt économique qu'avait la France à attirer les étudiants étrangers, à ne pas se laisser distancer par l'Allemagne et

(1) Voir la séance du Comité du 16 juin 1910 (*Bulletin*, n° 5, p. 7).

par bien d'autres pays dans l'organisation matérielle des laboratoires et des cliniques; nous avons montré ces étudiants nous désertant fatalement devant la pauvreté de notre outillage et conservant pendant toute leur vie l'empreinte de leur patrie scientifique qui ne sera plus la France. Nous avons parlé du rayonnement de la science française qui doit rester un de nos moyens d'influence mondiale, et qui ira s'affaiblissant si les outils les plus indispensables lui font défaut. Nous avons dit tout ce qui nous paraissait devoir entraîner la conviction. M. Doumergue nous a répondu qu'il désirait autant que nous voir appliquer le décret de 1909, mais qu'il n'avait pas d'argent, qu'il ne savait pas quand il en aurait. C'était le renvoi *sine die*. Malgré notre insistance, nous n'avons pu savoir si les crédits spéciaux à la réforme des études médicales avaient été demandés par notre ministre à celui des finances avec tous les arguments ci-dessus énumérés. M. Doumergue nous a simplement répondu que nous jugions les crédits d'une importance de premier ordre, parce qu'ils nous intéressaient, parce que nous étions médecins, mais que d'autres tenaient le même raisonnement pour les leurs, et que le total des augmentations de crédits nécessaires à l'instruction publique avait été présenté et repoussé. Bref, les sommes nécessaires à la réforme n'ont pas été réclamées au rang que l'intérêt bien compris de la nation leur assignait. Les demandes de l'instruction publique ont été présentées sur un pied d'égalité, si même celles de l'enseignement primaire n'ont pas primé les nôtres. Nous sommes, hélas! trop dominés par l'enseignement primaire. L'enseignement supérieur ne tient pas, au ministère de l'instruction publique français, la place qu'il occupe dans les pays étrangers, alors que le génie de notre race devrait le mettre au premier plan. C'est profondément triste. Nous avions la sensation, pendant nos entrevues ministérielles, de parler une langue différente.

Bref, Messieurs, nous n'obtiendrons rien par de nouvelles conversations. Il faut agir et il faut agir au parlement. Peut-être rencontrerons-nous quelques députés ou sénateurs qui prendront en mains la cause de la médecine et de la science françaises.

Je vous demande donc de voter un ordre du jour autorisant votre bureau à employer tous les moyens légaux dans le but de faire aboutir la réforme des études médicales et d'obtenir les crédits indispensables.

Votre comité, réuni immédiatement avant cette séance, vous propose le texte suivant :

L'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, réunie le 28 octobre 1910,

Désireuse d'appliquer, dans le plus bref délai possible, le décret de janvier 1909, portant réorganisation des études médicales, avec les modifications réclamées par elle,

Considérant que cette application est subordonnée à l'allocation des crédits nécessaires,

Regrettant que ces crédits n'aient pas été inscrits au budget de 1911,

Charge son bureau de faire auprès des pouvoirs publics toutes les démarches nécessaires.

Ainsi couverts par votre approbation qui, je l'espère, sera unanime, nous ne ménagerons pas nos efforts.

Avant de passer au vote, je donnerai la parole à ceux d'entre vous qui ont des observations à faire.

Un échange de vues a lieu entre M. le président et plusieurs membres de l'assemblée, notamment M. Lepage, sur la procédure à suivre pour obtenir le vote des crédits.

M. J. Teissier insiste pour que l'application de la réforme soit réalisée à dater de l'année scolaire 1911-1912.

M. Chauffard demande qu'une très grande publicité soit donnée à l'ordre du jour que l'assemblée va voter. Il importe, en effet, que le public sache que le corps enseignant ne perd pas de vue la réforme des études médicales; il importe surtout que la responsabilité des facultés de médecine, dans le retard apporté à l'application du décret, soit entièrement dégagée.

M. Landouzy demande qu'il soit fait mention, dans l'ordre du jour soumis au vote de l'assemblée, des promesses faites à plusieurs reprises par l'administration et qui n'ont pas encore été tenues : l'engagement moral, pris devant la commission de réformes de 1907-1908, de mener à bien et rapidement la réorganisation des études, la consultation des facultés de médecine et de leurs doyens sur les crédits de premier établissement et les crédits annuels de fonctionnement, les promesses faites à plusieurs reprises aux représentants de l'association, tout cela constitue, de la part de l'administration de l'instruction publique, un engagement incontestable, et il est de notre devoir, autant que de notre intérêt, de le faire connaître au public.

M. Landouzy propose donc que l'avant-dernier paragraphe de l'ordre du jour soit ainsi libellé :

L'Association... regrettant que, malgré les engagements pris, ces crédits n'aient pas été inscrits au budget de 1911...

M. Bouchard. Pour être efficace, la publication de l'ordre du jour devrait être accompagnée de la publication des considérants qui l'ont inspiré. Or, ces considérants, c'est tout le discours du président. Je demande donc la publication du discours du président.

M. le président met aux voix : 1° l'ordre du jour approuvé par le comité; 2° l'addition de M. Landouzy; 3° la publication de l'ordre du jour et du discours du président.

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité. »

JURISPRUDENCE

MÉDECINS DE FRONTIÈRES

Nous avons fait connaître, dans notre numéro du 10 janvier dernier, les dispositions du décret du 30 décembre 1910, ratifiant la convention intervenue, le 25 octobre de la même année, entre la France et la Belgique pour réglementer l'exercice de la médecine dans les communes limitrophes des deux Etats.

Cette convention, qui a abrogé celle du 12 janvier 1881, et celles signées entre la France et le grand-duché de Luxembourg, le 30 septembre 1879 (décret du 22 janvier 1880) et entre la France et la Suisse, le 29 mai 1889 (décret du 25 juillet 1889), ont donné lieu à des difficultés d'interprétation à l'égard des médecins étrangers, que la jurisprudence a tranchées d'une façon catégorique : l'exposé des décisions judiciaires sur la matière complétera, en le commentant, le texte même de la convention précitée du 25 octobre 1910.

Tout d'abord que signifient les mots *communes limitrophes?* Les autorités administratives et judiciaires désignent comme communes limitrophes les communes dont les limites bordent la frontière. On entend par communes limitrophes « celles qui sont seulement voisines de la frontière », et on ne peut pas l'entendre autrement « sous peine de méconnaître le sens véritable du mot limitrophe et de laisser à l'arbitraire la détermination de la zone comprenant les communes ainsi qualifiées ». (Trib. civ. Valenciennes, 15 mars 1905, *Journal de droit international privé* de Clunet, 1907, p. 1105; trib. Avesnes, 13 décembre 1904, le *Droit médical*, n° 9 du 5 juin 1905). Pour éviter toute espèce de doute, des listes des communes limitrophes sont publiées; mais elles n'ont que la valeur officieuse de simples renseignements, et elles n'empêcheraient pas une condamnation en cas d'erreur : elles motiveraient seulement une diminution de peine à titre de circonstances atténuantes (Trib. Avesnes et Valenciennes précités). Et le ministre pourrait retirer alors l'autorisation d'exercer sans commettre un excès de pouvoir. — Le Conseil d'Etat n'a pas qualité pour connaître

d'un débat fondé sur la violation d'une convention diplomatique (Conseil d'Etat, 28 fév. 1896, *Recueil Panhard*, 96.203).

Sans insister sur les droits des médecins reconnus par la convention, il ne faut pas perdre de vue que les médecins doivent se conformer aux mesures légales et administratives prévues, et ceux qui contreviennent à ces dispositions tombent immédiatement sous le coup de l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892 : ils commettent le délit d'exercice illégal de la médecine avec ou sans usurpation de titre. Il en est ainsi du médecin qui invoque le bénéfice de ces conventions lorsqu'il exerce dans une commune qui, pour être voisine de la frontière, n'est pas une commune limitrophe (Trib. Valenciennes, 15 mars 1905 précité). Il en est également ainsi d'un médecin d'un pays signataire qui vient d'une façon habituelle visiter, soigner ou opérer un certain nombre de malades : il ne peut se prévaloir de la convention lorsqu'il ne se soumet pas à ses prescriptions, notamment en ne remettant pas aux autorités administratives françaises un diplôme et une autorisation spéciale de son gouvernement (Trib. corr. Sedan, 15 mai 1907, le *Droit*, 23 octobre 1907).

Signalons, pour terminer cette note de jurisprudence, le rapport si documenté en la matière, du docteur Gairal, de Carignan (Ardennes), président de l'Union des syndicats médicaux de France, transmis en 1906 au ministère des affaires étrangères.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Actualités médico-chirurgicales (1). Conférences faites en 1909 à la Polyclinique H. de ROTHSCHILD, recueillies et publiées par le docteur H. de Rothschild.

Après avoir eu l'heureuse idée de faire faire à sa polyclinique une série de conférences sur des sujets variés par des hommes éminemment compétents, le docteur H. de Rothschild a eu la non moins heureuse idée de les recueillir et d'en former un ouvrage dont il est inutile de dire tout l'intérêt. Ces conférences, en effet, comme le dit dans sa préface celui qui les a réunies, « résument en un langage clair et précis les questions scientifiques et médicales les plus importantes de notre époque ».

Nul doute donc que cet ouvrage, superbement édité d'ailleurs, ne rencontre auprès du public médical et de tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine le grand succès auquel il a droit.

Précis de Biochimie (2), par E. LAMBLING, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

Dans cet ouvrage, et contrairement à la méthode suivie dans beaucoup d'autres traités, l'auteur a cru devoir éliminer en grande partie les descriptions et les notions purement chimiques, ainsi que beaucoup de données numériques, lesquelles sont, pour le débutant, sans grande valeur d'éducation générale. L'œuvre est constituée par une série d'exposés d'ensemble, ordonnés de façon à ce que le lecteur soit introduit successivement dans les problèmes essentiels de la biochimie. L'auteur s'est proposé pour but d'écrire une *Physiologie des échanges nutritifs*, en même temps qu'une *Introduction à l'étude de la pathologie* de ces phénomènes; il y est parvenu d'une façon claire et précise dont il faut le féliciter et lui savoir gré.

(1) Un vol. de 537 p. avec 226 fig. et 16 pl. dont 3 coloriées. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Un vol. de 600 p. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Police des mœurs devant la commission extraparlementaire du régime des mœurs (1), par le docteur Louis FIAUX, membre de la commission, ancien conseiller municipal de Paris.

La question de la police des mœurs est une de ces questions complexes qui touchent à la médecine, à la sociologie et au droit. L'auteur du présent ouvrage l'a étudiée sous toutes ses faces depuis de longues années, et nombreux sont les volumes qu'il lui a déjà consacrés. C'est pour nous, médecins, une garantie que l'auteur de tant de travaux soit l'un des nôtres, aussi n'est-il point douteux que ce livre rencontre auprès du monde médical l'accueil qu'il mérite.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 744 pages, deuxième édition. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 MARS 1911

THÈSES

Mercredi 22 mars, à une heure. — M. DUCROTOY. Contribution à l'étude des hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés causés par le forceps. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Couvelaire.) — M. LAVOINE. De la grossesse dite prolongée (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Couvelaire.) — M. LIOUGGAS. Essai de traitement pratique des plaies de la main. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. CAUHAPÉ. Radium et cancer de la prostate. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. PETEL. Contribution à l'étude des fractures du calcanéum. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. RAMAMONJISOA. Les maladies les plus répandues à Madagascar et l'accroissement des Malgaches. (MM. Blanchard, président; Roger, Marfan et Richaud.) — Mme LEVIN. Contribution à l'étude de l'emploi du chlorure du calcium dans les néphrites. (Action sur la diurèse). (MM. Roger, président; Blanchard, Marfan et Richaud.) — M. LESTRAT. Contribution à l'étude du gui comme hypotenseur. Sa comparaison avec le nitrite de soude et la trinitine. (MM. Marfan, président; Blanchard, Roger et Richaud.)

Vendredi 24 mars, à une heure. — M. VILFROY. Des rétrécissements de l'urètre chez la femme. (MM. Pozzi, président; Chauffard, Nobécourt et Chevassu.) — M. BOULAN. Quelques notes sur l'histoire de l'allaitement. (Antiquité-renaissance). (MM. Chauffard, président; Pozzi, Nobécourt et Chevassu.) — M. TROTAIN. Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'opium et de ses nouvelles préparations. (MM. Albert Robin, président; Widal, Achard et Richaud.) — M. GAZAGNAIRE. Contribution au diagnostic et traitement des ptoses gastriques. (MM. Widal, président; Albert Robin, Achard et Richaud.) — M. GAILLARD. De la syphilis veineuse, et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres. (MM. Achard, président; Albert Robin, Widal et Richaud.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Medical Record (vol. LXXIX, n° 1, 7 janv. 1911.) Charles STEDMAN-BULL : Fréquence croissante de la syphilis héréditaire; importance de son diagnostic précoce chez les nourrissons et dans la première enfance au point de vue de l'ophtalmologiste. — Joseph COLLINS : La Pellagre : revue rapide des théories concernant son étiologie; relation d'un cas observé à New-York. — Walter E. TOBIE : Anatomie chirurgicale de la paroi abdominale avec applications à l'appendicectomie. — (N° 2, 14 janv.) Samuel E. LAMBERT : Quelques essais récents avec le nouveau remède spécifique d'Ehrlich (606). — Edward E. CORNWALL : Quelques points pratiques du traitement des maladies du cœur. — Théophil KLINGMANN : L'avenir de la psychothérapie. — M. GROSS : La duodénite. — (N° 3, 21 janv.) Max EINHORN : Le pylorospasme. — Alexander BRYAN-JOHNSON : Quelques remarques sur les maladies chirurgicales des voies biliaires. — Cyrenus G. DARLING : Kyste non parasitaire de la rate; splenectomie. — (N° 4, 28 janv.) L. DUNCAN-BULKLEY : Expérience personnelle au sujet d'une diète très réduite dans une affection inflammatoire aiguë de la peau. — Charles F. STOKES : Les aspects chirurgicaux de la filariose. — Léonard WEBER : Le camphre à dose élevée dans la pneumonie. — Charles M. WHITNEY : Chancre de l'urètre chez l'homme; étude de trente-huit cas. — J. J. BUCHANAN : Traitement de la péritonite appendiculaire. — (N° 5, 4 fév.) Thomas E. SATTERTHWAITE : Electrocardiogrammes; leur signification. — Jonathan GODFREY WELLS : L'emploi de l'électricité dans les affections chroniques de l'estomac. — Otto LERCH : La percussion et en particulier la percussion des reins. — Walter T. DANURENTHER : Diagnostic et traitement de l'urétrite et de la cystite gonococciques chez la femme. — Francis ASHLEY FAUGHT : Valeur clinique des études sur la pression sanguine.

Echo médical du Nord. — (N° 3, 15 janv. 1911.) GAUDIER et DELADRIÈRE : Fracture de l'humérus. Paralysie radiale consécutive. Désenclavement du nerf radial. Guérison. — C. GUÉRIN : Le lait pauvre. Les races bovines du Nord et leur alimentation. — BETTREMIEUX : Résultat éloigné dans un cas de décollement de la rétine traité par la sclérectomie. — (N° 4, 22 janv.) G. GÉRARD : Le nerf optique et les voies optiques. — (N° 5, 29 janv.) Et. VERHAEGHE : A propos d'un cas d'hématome artériel consécutif à une plaie de l'axillaire par coup de poignard. — F. MOTY : Epidémiologie de la méningite cérébro-spinale. Son traitement par la trépanation. — (N° 6, 5 fév.) P. VERDUN : A propos de piqûres de puces. — DUBAR et G. POTEL : Un cas d'ostéome du sinus frontal. — DELÉARDE : A propos de deux cas de scorbut infantile. — (N° 7, 12 fév.) A. CALMETTE : La fièvre ondulante ou méditerranéenne. — BRETON : Recherches expérimentales sur la tuberculose vésicale. — VAUVERTS : Hernie inguinale de la terminaison de l'intestin grêle, du cæcum et de l'appendice, du côlon ascendant, du côlon transverse, sans adhérences des organes herniés au sac. — (N° 8, 19 fév.) WERTHEIMER : Action de l'adrénaline, de la nicotine, de la strychnine, sur les sécrétions pancréatiques et biliaires. — (N° 9, 26 fév.) E. GÉRARD : La question de l'urobilinurie au point de vue séméiologique. — JULLIEN : Coexistence sur la même artère d'un anévrisme artériel et d'un anévrisme artérioso-veineux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 8, 19 fév.) PETGÈS : Note sur le traitement du chancre mou. — CHARBONNEL : Sur la luxation du coude en avant sans fracture de l'olécrâne [un cas personnel (5 fig.)].

Gynécologie. — (N° 2, fév. 1911.) DOLÉRIS : De l'opération césarienne. — DE ROUVILLE : La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Diagnostic précoce et intervention large.

Interstate médical journal (*Numéro spécial sur la syphilis*). — (Vol. XVIII. N° 1, janvier 1911.) Hideyo NOGUCHI : Etat actuel de la méthode de Noguchi pour le sérodiagnostic de la syphilis (avec quatre tables.) — J. S. COHN : Sur les moyens de déceler le spirochète pâle, particulièrement par la méthode de l'encre de Chine. — Lewis Hart MARKS (de Francfort) : Historique et méthodes d'applications du dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich (avec 3 fig.). — Ernest JONES : La syphilis du système nerveux. — Abr. L. WOLBARST : Le traitement de la syphilis par le 606 d'Ehrlich-Hata. Salvarsan (avec 10 fig.). — H. HALLOPEAU (de Paris) : Les récents progrès dans le traitement de la syphilis. — John A. FORDYCE : Les cellules géantes dans la syphilis (avec 4 fig.). — B. C. CORBUS : Observations personnelles avec le remède d'Ehrlich-Hata (606), (avec 1 fig.). — Isadore DYER : Le public et la syphilis. — Robert H. BABCOCK : La syphilis et la tuberculose pulmonaire. — A. RAVOGLI : La syphilis une cause de paupérisme (avec 2 tables.) — Prince A. MORROW : La réglementation sanitaire des prostituées. — William W. GRAVES : Le syndrome de l'omoplate scaphoïdal, ses connexions avec la syphilis chez les ascendants.

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1911.) Et. JOURDAN : L'hystérie. — NIEL : Statistique du service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Marseille en 1910. — M. FIOLLE : L'incision hypogastrique dans la prostatectomie. — G. REYNAUD : La quinine préventive contre le paludisme et la fièvre bilieuse hémoglobinurique (*suite*).

Montpellier médical. — (N° 6, 5 fév. 1911.) LECERCLE : Colloïdes, liquides colloïdaux ou solutions colloïdales. — (N° 7, 12 fév.) V. RICHE : Quatre-vingt-cinq cas de rachistovaïnisation. — (N° 8, 19 fév.) RODET : La fièvre typhoïde traitée par le sérum.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 8, 19 fév. 1911.) MOUSSOUS et DUPÉRIÉ : Hydrocéphalie acquise. Ependymite aiguë séro-purulente. — (N° 9, 26 fév.) J. GOURDON : Scoliomètre à niveau d'eau. — ROCHER et DUMAS : Sur un cas de déchirure isolée du mésentère par contusion de l'abdomen.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 6, 11 fév. 1911.) Adrien BESSON : La désinfection phalangettienne du tendon extenseur. — A. DAVID : Epanchement pleural chyliforme.

Journal français de médecine. — (N° 2, 15 fév. 1911.) DUJARIER : Les nouvelles méthodes de narcose chirurgicale. — L. MARTIN et H. DARRÉ : La maladie du sommeil, étude clinique et thérapeutique de la trypanosomiase humaine dans la race blanche. — J. LHERMITTE : Les narcolepsies des affections glandulaires. — René CRUCHET : L'hypnotisme, valeur thérapeutique de la suggestion dans les hypnoses. — CASTAIGNE et GOURAUD : L'insomnie et les médicaments hypnotiques.

Paris médical. — (N° 12, 18 fév. 1911.) H. GRENET : L'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. — H. ESEHBACH : Pleurésie purulente au cours d'une scarlatine. Syndrome adénoïdien secondaire. — A. SCHWARTZ : Examen clinique d'une arthropathie du genou. — Carle RŒDERER : Traitement de la scoliose congénitale.

Presse médicale. — (N° 14, 18 fév. 1911.) HUTINEL : Les petites dilatations des bronches chez les enfants.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 31. — JEUDI 16 MARS 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 16 MARS 1911. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Liste des candidats.* — MM. Cauchois, Muret, Hallopeau, Bréchot, Martin, Sauvé, Gernez, Marcille, Français (Raymond), Desmarest, Piquand, Kendirdjy, Capelle, Grégoire (R.-H.), Gasne (Ernest), Bazy, Mathieu (Paul), Okinczyc, Guimbellot, Kuss, Picot, Mocquot, Mercadé, Deniker, Heitz-Boyer.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mars. — MM. Baldenweck, 18; Laurens (Paul), 15.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Séance du 13 mars. — *Oral* : « Données fournies par l'examen macroscopique et microscopique des matières fécales. »
MM. Lagane, 18; Touraine et Paillard, 19; Laroche, 17.

Chirurgie et accouchements. — *Oral* : « Hémothorax traumatique. »
MM. Berger, 17; Cadenat, 16; Barbet, 17.
Prochaine séance (composition écrite), jeudi 16 mars, à neuf heures du matin, à la Charité.

L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL. — Après trente années de négociations entre l'Etat et la ville de Paris, la Morgue va disparaître de la pointe de la Cité, où elle avait été édifiée en 1864. Le Conseil général de la Seine a décidé qu'on la reconstruirait place Mazas, et qu'en même temps, si l'Etat consentait à payer moitié de la dépense, évaluée à un million de francs, on créerait un institut médico-légal comprenant l'ensemble des services administratifs et d'enseignement actuellement installés dans les bâtiments de la Morgue.

Le gouvernement a donné son agrément aux propositions de la Ville et du département de la Seine, et déposé un projet de loi que M. Escudier rapporte aujourd'hui favorablement. La création de l'institut médico-légal paraît donc maintenant prochaine. L'établissement, dit *le Temps*, comprendra trois services distincts :

1° Les services administratifs : réception, reconnaissance de corps, etc., installés dans des locaux infiniment plus convenables que les réduits douteux de la Morgue actuelle;

2° Le service des autopsies et des opérations judiciaires, constitué par trois salles d'autopsie avec laboratoire d'examen médico-légal;

3° Le service de l'enseignement médico-légal comprenant : un amphithéâtre de cours de deux cents places, un laboratoire de toxicologie, une installation pour les animaux d'expérience, un musée-bibliothèque.

« L'institut, ajoute le rapporteur, M. Escudier, devra comprendre aussi des salles qui, avec l'autorisation du vice-recteur, pourront être mises à la disposition des hommes de science et de travail, désireux d'entreprendre des recherches ou de faire des expériences.

« Le grand intérêt que l'Etat doit avoir à participer à cette création ne peut vous échapper. Dans ce nouvel institut, les élèves de la faculté, comme les candidats au diplôme de médecin légiste, recevront, dans les meilleures conditions, des indications précieuses et un enseignement pratique, dont l'influence sur notre jeune médecine ne peut qu'être des plus favorables. »

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie vient d'élire deux correspandants en remplacement de M. Hergott, décédé, et de M. Hittorf, élu membre associé étranger.

M. Parlof, l'éminent physiologiste de Saint-Pétersbourg, a été élu à la grande majorité des suffrages au premier tour.

Pour le second siège, M. Arrhénius, le célèbre physicien suédois, a été élu au premier tour à la presque unanimité des suffrages.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Augé (de Fabrezan), Barrault, Baumann et Baumgarter (de Paris), Bégué (de Saint-Soupplets), Bender et Berthe (de Paris), Bétous (de Saint-Pierre), Bex (de Saint-Simon), Blandamour (de Paris), Bordier (de Lyon), Bottone (de Fontan), Bouillat (de Paris), Bouvat (de Saint-Péray), Bouvet (de Bordeaux), Brion (de Meaux), Brulé (de Paris), Cadenaule (de Bordeaux), Cailleux (de Crépy-en-Valois), Camescasse (de Saint-Arnoult), Carel (de Paris), Carrive (de Sauveterre), Chambrin

RENSEIGNEMENTS

(de Plancoët), Charbonnier (de Limoges), Charvillat (de Clermont-Ferrand), Chatelin (de Charleville), Chauveau (de Coulonge-sur-l'Autise), Chavastelon (de Paris), Clausse (de Clermont-en-Argonne), Colas (de Campan), Colonna (de Marseille), Courdoux (de Paris), Danthon (de Montluçon), Daspres (de Toulon), Debu (de Cambrai), Delage (de Levallois-Perret), Delord (de Baud), Demay (de Paris), Derien (de Rohan), Dezille (de Paris), Diemer (de Clerval), Dorez (de Somsous), Dubosc (de Castelmoron-sur-Lot), Ducher (de Thoissey), Dumée (de Nemours), Dupeux (de Bordeaux), Fabre (de Pertuis), Faneuil (de Saujon), Fayard (de Péage-de-Roussillon), Fiquet (de Paris), Fontan (de Trie), Foucaud (de Châtelguyon), Fournier (de Boiscommun), Froussard (de Paris), Gallot (de Menton), Gaumerais (de Paris), Good (de la Motte-Saint-Héraye), Gordon (de Paris), Gouez (de Plougastel), Guers (de Mouzaïaville), Hallade (de la Garenne-Colombes), Hameau (d'Arcachon), Haranchipy (de Courbevoie), Hermitte (de Grenoble), Imbert (de Fresneau-Montchevreuil), Jaïs (de Paris), Jary (de Nantiat), Jodin, Jougla et Kaminsky (de Paris), Lebœuf (de Chasnay), Leconte (de Coutances), Lefebvre-Deflandre (de Bohain, Aisne), Legrand (de Paris), Macrez (de Liomer), Masséna (de Nice), Manoël (de Toulon), Marsset (de Lavoûte-Chilhac), Martz (de Chalon-sur-Saône), Maugard (de la Roche-sur-Yon), Mendailles (de Cahors), Mennessier (d'Alfortville), Mett et Metzger (de Paris), Molle (d'Oran), Montagné (de Paris), Morin (du Kremlin-Bicêtre), Netter (de Paris), Nigay (de Vichy), Ouvrier, Pasteau et Perrier (de Paris), Pfihl (de Brest), Picard (de la Malgrange), Pineau, Poinsot et Rambaud (de Paris), Reyne (de Vichy), Robert (de Paris), Rodiet (de Dun-sur-Auron), Rolland (de Montendre), Sage (de Bordeaux), Santelli (de Vichy), Sauvage (de Paris), Sicard (de Jonzac), Simond (de Marseille), Simonin, Soulé et Tarnaud (de Paris), Troussaint (de Limoges), Vadon (d'Aix), Vallat (de Joinville-le-Pont), Wissemans (d'Alger), Zuccarelli (de Corte).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Alardo (de Paris), Anthoine (de Guillestre), Artaud (de Paris), Astié (de Montaigu), Aubourg (de Paris), Ancaigne (de Vialar), Augé (de Saint-Sernin-sur-Bauce), Bassères (de Perpignan), Batisse (de Paris), Baudon (de Lapalisse), Bellamy (de Plouguenast), Bellot (de Lisieux), Benoist (de Dinan), Beyle (de Lyon), Bidault (de Dijon), Blanc (de Paris), Blanchard (de Grenoble), Blanchon (de Sérignan), Blanluet (de Paris), Bluysen (de Boulogne-sur-Mer), Bordes (de Balarue-les-Bains), Boudaut (de Carbonne), Bouffard (de Paris), Bourrély (de Toulouse), Branzeau (de Doazit), Brémond (de Saint-Etienne-les-Orgues), Brenac (de Vincennes), Briault (de Saint-Etienne), Bridant (de Bourbonne-les-Bains), Cambier et Caillaud (de Paris), Camus (de Vincennes), Candelier (de Bucquoy), Carette (de Marles-les-Mines), Carrère (de Sère-Rustaing), Caussin (de Proyart), Chabrol (de Chalus), Challaye (de Lyon), Champ (d'Aubervilliers), Chanteux (de Falaise), Chauveau (d'Attichy), Chenouard (de Limeray), Chevallier (de Loudun), Chomienne (de Jemmapes), Clarac (de Marseille), Cocheret (de Paris), Colldecarrera (de Bages), Constant (de Payrac), Cornu (de Neuvy-Sautour), Couderc (de la Caille), Cousin (de Pertuis), Creutz (d'Aïn-Témouchent), Cristiani (de Kasbah ben Almed), Croste (de Bayonne), Delaunay (de Rosny-sous-Bois), Delbreil (de Jeumont), Delpeut (de Saint-Cheron), Delteil (de Saint-Pierre d'Oléron), Denaclara (de Palau-de-Cerdagne), Deschamps et Desternes (de Paris), Devèze (de Perpignan), Dézivarte (de Maréville), Dorie (de La Chaize-le-Vicomte), Dorléans (de Paris), Douare (de Saint-Siméon-de-Bressieux), Dreyfus (de Châlons-sur-Marne), Duba (de Bicoles), Duclos (de Fontenay-le-Comte), Ducros (de Castelnau-Montratier), Dumur (de Bordeaux), Dupeu (de Maisse), Dupuy (de Villandraut), Emonet (de Foix), Fauconneau (de Bourges), Faure (de Lorient), Fayard (de Saint-Etienne), Fayon (de Pau), Filderman et Fleig (de Paris), Fournier (d'Angoulême), François (de Marœuil), Gaumé (de Quimperlé), Giansili (de Lozzi), Gigante (de Sainte-Florine), Gilly (de Nice), Giraud (des Andelys), Giraud (de Cusset), Godron (de Paris), Gombaud (de Bordeaux), Gout (de Citou), Graglia (de Nice), Graziani (de Paris), Grenier (de Marseille), Gruzu (de Nice), Guiard (de Châlons-sur-Marne), Guiblain (de Paris), Guilheaume (de Manosque), Gy et Hahn (de Paris), Hamel (du Mans), Heem (de Cassel), Hennon (de Jouart-Pont-Chartrain), Henry (de Montdidier), Herbinet (de Pontoise), Hornus (de Paris), Hotellier (de Bellegarde), Jacques et Jamain (de Paris), Labelle (de Trucquegnieux), Labey (de Paris), Lacroix (de Saint-Aulaye), Lahaye (de Breteuil-sur-Iton), Lajugie (de Juilliac), Lamarque (de Bordeaux), Le Braz (de Paris), Lecoq (de Villers-Sire-Nicole), Lefebvre (de Chauny), Legras (de Paris), Le Lionnais (de Saint-Quay-Portrieux), Lemeland et Lemière (de Paris), Lestra (de Lyon), Levadoux (de Châtelguyon), Lhote (de Montbrison), Lombart (de Varennes-en-Argonne), Louis (d'Etain), Luquel (de Saint-Léger de Montbrillais), Macaud (de Rennes), Magnier (de Saint-Etienne-du-Rouvray), Makereel (de Lens), Maraval (d'Oran), Marcheguet (de Saint-Benoit-du-Sault), Marion (de Tonnerre), Martin (de Lamballe), Marty (de Toulouse), Mascarel (de l'Isle-sur-Serein), Mathé et Mathey (de Paris), Mauran (de Nice), Maurel (de Marseille), Maury (d'Orgeval), Meneault (de Pont-de-Vaux), Mercier (de Lorient), Métayer (de Bû), Meunier (de Lavoye), Michel (d'Agde), Michel (de Néré), Monteil, Moret, Morhange et Mougin (de Paris), Moullade (de Roanne), Muleur (de Grasse), Naureils (de Beylongue), Nieger (de Paris), Nougaret (de Saint-André-de-Sangonis), Oppert (de Paris), Ozier (de Castelnau-du-Médoc), Pautet (de Limoges), Pehu (de Lyon), Pérès (de Boulogne-sur-Gesse), Petit (de Valenciennes), Petit (d'Aschères-le-Marché), Petit (d'Arras), Petit (d'Orbigny), Peytard (de Corps), Pouget (d'Aniane), Pouillet (de Champigny), Poullain (de Ouistreham), Raffin (de Sauveterre), Rajat (de Vichy), Raoust (d'Alger), Renou (de Saintes), Robelin (de Nuits-St-Georges), Robert (de Pont-de-Chéruy), Rœderer (de Paris), Rolland (de Brignais), Roux (de l'Escarène), Royet (de Crevant), Ruais (de Quarré-les-Tombes), Saint-Pé (de Grenade), Santini (de Donges), Sauphar (de Paris), Schacher (de Neuilly-sur-Seine), Servettaz (de Chamonix), Spire (de Nancy), Steinhart (de Nonant-le-Pin), Stolz (de Montpellier), Thomas (de Censeray), Vacquerie (de Saint-Lô), Valensin (de Constantine), Vianey (de Tarbes), Vicq (de Longjumeau), Villard (de Montpellier), Villeneuve (de Moissac), Vincent (de Paris), Voirin (de Vittel), Wormser (de Paris).

PHARMACIEN CONDAMNÉ. — Le tribunal correctionnel du Havre vient de statuer sur une poursuite intentée à la requête du ministère public contre M. T..., pharmacien dans cette ville, poursuivi pour homicide par imprudence. Il était accusé d'avoir donné une potion contenant un poison violent à la place du médicament ordonné par le médecin à une jeune femme qui mourut après avoir absorbé la potion.

Ce médicament était de la pelletiérine et le pharmacien avait délivré de l'ésérine.

Le pharmacien a été condamné à un mois de prison avec sursis, 500 francs d'amende sans sursis, 5 000 francs de dommages-intérêts au mari et 5 000 francs à la famille.

UNE EXPOSITION DU LIVRE ET DE LA PRESSE. — Une exposition du livre et de la presse va être organisée à l'Exposition de Roubaix sous les auspices du Comité national des expositions coloniales par le Syndicat de la presse coloniale et le Courrier de la presse.

Le but est de réunir dans un pavillon qui sera édifié spécialement d'après les plans de l'ingénieur Laillet et dont la construction est commencée, tout ce qui est publié sur les questions coloniales ainsi que les ouvrages pouvant être utiles ou agréables à des coloniaux.

Cette exposition aura le double avantage de faire connaître aux habitants de la Métropole les ouvrages spéciaux sur les questions coloniales et les journaux des colonies, dont la lecture peut être des plus fructueuses en cette période de grande activité pour la mise en exploitation de nos richesses coloniales et de mettre en même temps sous les yeux des coloniaux visitant l'exposition, non seulement ces ouvrages spéciaux, mais quantité de volumes sur les sujets les plus divers.

Un catalogue spécial de tous les volumes exposés sera édité pour être remis gratuitement à tous les visiteurs.

Les adhésions et demandes de renseignements doivent être adressées à Paris : au Syndicat de la presse coloniale, rue des Halles, 2, ou au Courrier de la presse, 21, boulevard Montmartre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Maillard (de Duclair) et Pouchin (de Rouen.)

ÉTUDE ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

D'UN CAS DE

SYPHILIS RÉNALE TERTIAIRE

Par M. CAILLIAU,
Chef de laboratoire à l'hôpital de Levallois.

Nous avons trouvé récemment, dans une autopsie pratiquée sous les yeux de notre regretté maître Lancereaux, des lésions du rein manifestement syphilitiques et ce sont les recherches poursuivies à ce sujet que nous publions aujourd'hui.

Il s'agissait d'un malade, âgé de soixante-sept ans, entré dans le service avec les signes d'une hémiplégie ancienne, et qui succomba dès son admission au milieu d'accidents urémiques.

L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort révéla les détails suivants.

Le cadavre présentait sur le front et sur l'épaule gauche des cicatrices d'origine spécifique très probablement. Les poumons étaient très réduits de volume; le poumon gauche entouré d'un feuillet pleural blanchâtre, très résistant, extrêmement épaissi, était rétracté, et par place il accusait une distension énorme des alvéoles formant des bulles remplies de gaz fétides; c'étaient des cavernes anthracosiques aux parois noires foncées, poisseuses, et la surface du poumon était parsemée de larges taches noires.

Le poumon droit était moins rétracté, couvert des mêmes taches foncées. La plèvre était moins épaissie. A la coupe ces deux viscères présentaient une congestion intense et des points pigmentés. L'estomac dilaté présentait une pigmentation très accusée de la petite courbure. La muqueuse était variqueuse, les parois épaissies, les glandes hypertrophiées. L'intestin était météorisé, la rate molle et diffluente.

Le foie présentait sur sa face convexe deux cicatrices paraissant anciennes et déprimant la surface hépatique; l'une, située sur la face supérieure du lobe droit, affectait la forme d'une étoile ou de deux X entrecroisés, et était très dure à la section; l'autre avait le même aspect et siégeait sur la face supérieure du lobe gauche.

On ne trouvait aucune gomme profonde dans la glande hépatique, qui, à la section, rappelait assez le foie muscade. L'étude histologique du foie nous montra que la syphilis n'y avait déterminé que des lésions gommeuses circonscrites, se présentant sous l'aspect d'un tissu fibroïde vasculaire et parfaitement organisé, entourant une masse centrale nécrosée, en voie de résorption. Ces gommes occupent les espaces portes et sont à proximité des branches artérielles.

De nombreux vaisseaux aux parois très épaissies parcourent le tissu fibreux périphérique dont la rétraction a causé les cicatrices étoilées de la surface et autour de ce tissu adulte on voit du tissu jeune avec cellules rondes embryonnaires.

Les cellules hépatiques, détruites au niveau de la masse néoplasique qui s'est substituée à elles, sont hypertrophiées en dehors de cette néoformation, atrophiées par place mais sans dégénérescence graisseuse ou albuminoïde, comme on l'observe souvent. Elles forment par place des îlots circonscrits par des travées fibreuses émanées du nodule gommeux, et le lobule est dissocié.

Les artères irriguant le tissu gommeux ont leurs parois épaissies, leur lumière rétrécie sinon oblitérée. Leur tunique externe, fibreuse, se confond avec la sclérose périphérique; la tunique moyenne est fragmentée, la tunique interne irrégulièrement épaissie.

Ces lésions d'artérite spécifique ne nous surprennent pas, puisqu'elles sont le point de départ de la localisation hépatique du processus.

Les veines et les canalicules biliaires sont ectasiés, il y a formation de néo-canalicules.

La capsule de Glisson est épaissie et les tractus fibreux qu'elle envoie dans la glande sont assez abondants pour donner l'illusion d'une hépatite diffuse accompagnant les lésions gommeuses; dans son voisinage, en effet, une sclérose interstitielle partielle suit les espaces portes, pénètre les lobules et étouffe les cellules hépatiques.

L'extraction du cerveau, pénible à cause de la très grande épaisseur des os du crâne, laisse voir des méninges également épaissies, adhérentes et renfermant un liquide clair peu abondant. La coupe de Flechsig montre un ramollissement du corps strié droit; les ventricules latéraux sont dilatés et remplis de liquide céphalo-rachidien, les méninges rachidiennes adhérentes et épaissies.

A la suite d'une artérite spécifique il s'est produit un ramollissement de la région du corps strié et les coupes du bulbe, du cervelet et de la moelle attestent une dégénérescence secondaire.

Le cœur présentait une hypertrophie notable du ventricule gauche, les artères coronaires étaient scléreuses, l'endocarde intact, l'aorte légèrement athéromateuse, les rénales saines.

Les reins très chargés de graisse étaient peu volumineux, fermes et résistants au toucher, déprimés et rétractés par places. Leur couleur était jaunâtre, leur capsule décorticable. A la coupe, la substance corticale injectée était notablement diminuée, les pyramides pâles, le bassinet chargé de graisse.

Les capsules surrénales étaient volumineuses, le pancréas infiltré de graisse et très pigmenté.

Ces lésions n'expliquaient pas la mort du sujet et M. Lancereaux la rattachant à l'urémie nous avait prié d'examiner attentivement les reins au point de vue histologique. Le microscope nous montra qu'il s'agissait, en effet, de néphrite syphilitique tertiaire, forme diffuse.

Le stroma conjonctif est hyperplasié et à la prolifération embryonnaire a succédé une organisation incomplète. Si l'on excepte le glomérule, on ne trouve dans aucun élément la dégénérescence graisseuse qui devrait s'ensuivre, la lésion n'étant sans doute pas assez avancée. Il y a des hyperplasies d'âges différents dans cette sclérose; par place, en effet, le tissu conjonctif est abondamment infiltré

d'éléments embryonnaires, c'est la première phase. Ailleurs ce sont de larges bandes de tissu fibroïde où on distingue les fibrilles conjonctives finement ondulées du tissu organisé, adulte ; c'est la deuxième phase. Notons la distribution irrégulière de cette sclérose. Dans les points où l'hyperplasie est embryonnaire on peut voir qu'elle est orientée autour des artères, détails qui paraissent moins évidents à la deuxième phase.

Remarquons l'inégalité, l'asymétrie de cette répartition fibreuse. Certains territoires du rein sont presque complètement infiltrés, les tubuli et canaux excréteurs n'occupent que les interstices que leur laisse cette néoformation conjonctive si intense, et en certains points de la zone médullaire ces conduits semblent creusés au sein du tissu scléreux. La zone corticale moins hyperplasiée, au contraire, montre mieux l'irrégularité de la lésion et son asymétrie; on y voit des îlots compacts de formation conjonctive rayonner en bandes fibreuses étroites, encerclant tubes et glomérules. Ici ces éléments sécréteurs sont presque intacts et ils portent des épithéliums d'aspect et de dimensions normaux. Là ils sont étouffés, atrophiés par la sclérose rayonnant autour des artères.

Au sein de ce tissu scléreux si diversement réparti, le glomérule de Malpighi présente des lésions très variées. Là où il est environné par la sclérose, tassé, et comprimé, il s'atrophie, tandis que sa capsule épaissie et adhérente au parenchyme rénal revêt l'aspect hyalin. Elle s'épaissit davantage encore, devient anhiste et semble se confondre intérieurement avec ce qui reste du peloton glomérulaire qui, bien que nucléé encore, est très réduit, tandis qu'extérieurement elle se confond avec la sclérose périphérique et est entourée de cellules rondes abondantes indiquant l'intensité de l'hyperplasie. A ce stade succède celui du glomérule ressemblant à un pain à cacheter.

L'exfoliation incomplète du glomérule, la dégénérescence graisseuse du peloton vasculaire, l'hypertrophie glomérulaire de compensation, sont autant de lésions qui se succèdent sans ordre, sans symétrie, lésions toujours partielles, circonscrites, évoluant par îlots, caractère fondamental des lésions syphilitiques.

Sur les capillaires glomérulaires ce sont des lésions variables, depuis l'état hyalin complet jusqu'à l'intégrité absolue ou l'hypertrophie fonctionnelle sinon la dégénérescence ou l'exfoliation.

Sur les grosses artères périglomérulaires on peut voir l'infiltration embryonnaire ou adulte des tuniques interne et externe, la destruction partielle de la tunique moyenne. Notons l'épaississement colossal et l'oblitération presque complète de certaines artérioles, la dégénérescence graisseuse des tuniques interne et externe, l'état tigré de ce qui reste de la tunique moyenne, l'irrégularité de l'épaississement partiel de l'endartère déformant la lumière du vaisseau, et nous aurons indiqué toutes les lésions du système artériel, altérations toujours partielles, puisque des artères saines se rencontrent auprès de canaux altérés.

Les veines sont dilatées et thrombosées.

Des hémorragies se sont produites entre les éléments du tissu conjonctif interstitiel écartés par des globules sanguins épanchés.

Deux sortes d'altérations atteignent les tubuli. Les uns, étouffés par la sclérose, sont atrophiés, réduits parfois à des vestiges, leur calibre est diminué et ils portent un épithélium qui a perdu sa hauteur et sa forme, s'il n'est dégénéré et exfolié. Les autres, ceux qu'une sclérose périphérique moins intense a épargnés ou ménagés, présentent de la tuméfaction trouble, et leurs épithéliums normaux de dimensions et de forme ont leurs noyaux indistincts. Aucune dilatation kystique, aucune trace de dégénérescence amyloïde.

Une sclérose très accusée infiltre toute la portion excrétrice du rein et nous trouvons, sur ces voies d'excrétion au calibre très diminué des épithéliums aplatis soulevés par les noyaux.

En somme, lésions partielles de la substance corticale sécrétrice, sclérose plus généralisée de la substance médullaire excrétrice, telles sont les modifications histologiques essentielles.

Faut-il voir dans la prédominance de cette sclérose sur les voies d'excrétion du rein une raison expliquant sinon la rareté, du moins la tardivité des accidents urémiques chez les syphilitiques rénaux, l'affection respectant assez longtemps une portion notable des éléments sécréteurs?

En résumé, nous avons observé des lésions circonscrites disséminées et asymétriques, apparaissant sous forme de traînées d'éléments embryonnaires qui en s'organisant forment des bandes fibreuses rétractiles, et altèrent inégalement les deux reins. Ces lésions, cantonnées, dans notre cas, à l'appareil conjonctivo-vasculaire, peuvent revêtir une physionomie toute spéciale lorsqu'elles se localisent à l'artère rénale, ou qu'elles s'accompagnent d'anévrismes de la même artère ; le rein dans ces cas réagit comme le cerveau dans l'artérite spécifique des artères qui l'irriguent.

Un parallèle succinct entre les lésions rénales syphilitiques, la néphrite saturnine, les reins athéromateux et aplasique, et quelques scléroses rénales plus rares, permet de bien individualiser cette forme d'altération rénale.

La *néphrite syphilitique diffuse*, accident tertiaire, qu'il faut savoir distinguer des altérations rénales de la période secondaire réalisant le gros rein blanc avec tubes sécréteurs dilatés, tuméfiés, avec des épithéliums troubles infiltrés de granulations graisseuses, avec un stroma et des vaisseaux intacts, est une affection rare et que l'on oublie souvent de diagnostiquer.

Affection bilatérale ou unilatérale ou même partielle sur le même rein, susceptible de s'accompagner de dégénérescence amyloïde, avec ses lésions irrégulières et asymétriques, ses reins bosselés, indurés et atrophiés, son aspect histologique spécial, elle sera parfois difficilement différenciée des types que nous allons brièvement rappeler.

La *néphrite saturnine* a des lésions régulières, symétriques, bilatérales et généralisées à tout le

viscère. Les reins également atrophiés et durs ont leur surface variqueuse, couverte de petites granulations *égales*, miliaires ou lenticulaires, leur capsule fibreuse adhérente et opaline, leur substance corticale granuleuse et atrophiée, peu brillante, leur substance médullaire à peine lésée.

Le *rein artério-scléreux* présente des lésions inégales asymétriques; sa surface extérieure est rouge, déprimée, couverte de kystes et de granulations; la consistance est ferme. A la coupe la substance corticale jaunâtre est atrophiée, la substance médullaire brune, les artères béantes ou oblitérées, la capsule injectée et adhérente. L'affection est bilatérale et atteint tout le viscère mais irrégulièrement et inégalement.

Dans le *rein aplasique* les lésions des reins sont également symétriques. L'atrophie est souvent beaucoup plus accusée que dans l'artério-sclérose, le saturnisme et la syphilis. C'est dans l'aplasie qu'on rencontre des reins pesant 30 et 35 grammes. Ces organes sont plus bosselés que granulés à leur surface, leur forme est plus allongée, leur consistance ligneuse. La coupe montre que les vaisseaux ayant conservé leur élasticité ne sont pas béants, que les substances corticale et médullaire sont indurées et réduites, et qu'elles présentent parfois des kystes et des pertes de substance assez notables. Ces faits joints à la dilatation des calices et du bassinet, à l'effacement, parfois à la disparition des pyramides, à l'exagération de l'élasticité artérielle, prouvent assez qu'il s'agit d'un type anatomique bien différencié et presque méconnu.

L'étude histologique différencie mieux encore ces affections que ces lésions macroscopiques.

Nous avons vu, en effet, que dans la *néphrite syphilitique diffuse* le tissu conjonctif subit une hyperplasie irrégulière suivie d'une organisation incomplète, que ces lésions (prolifération embryonnaire, et sclérose adulte en bandes fibreuses rétractiles) sont orientées autour d'artères frappées d'endartérite oblitérante, et sont caractérisées par l'irrégularité, l'inégalité, l'asymétrie de leur répartition, qu'on retrouve la même asymétrie dans les lésions glomérulaires, celles des tubuli atrophiés ou en tuméfaction trouble, celles des voies d'excrétion comprimées par la sclérose environnante.

Dans le *rein saturnin* les lésions prédominent dans le stroma conjonctif à la base des pyramides, dans la zone vasculaire sus-pyramidale.

L'intégrité des artères sus-pyramidales et interlobulaire, la sclérose des glomérules, l'atrophie des tubuli comprimés par la néoformation conjonctive sont des plus caractéristiques. La lésion a son début dans le tissu conjonctif autour des canalicules et ceux-ci sont tantôt rétrécis avec épithélium altérés et bas, tantôt élargis, dilatés et sans cylindres.

Dans le *rein artério-scléreux*, la lésion débute par l'endartère des artérioles qui s'épaississent et ont leur lumière diminuée. De la capsule ou du pourtour des artères rayonnent des bandes de tissu proliféré, embryonnaire, puis adulte, fibreux, rétractant l'organe. L'altération est généralisée à tout le viscère, à toutes les artères, fait qui la distingue de la syphilis rénale; elle est, en outre, asymétrique, ce qui la différencie du processus saturnin. Notons la très grande intensité des lésions corticales contrastant avec la moins grande altération de la substance médullaire.

Les lésions si profondes des parois artérielles différencient le rein artério-scléreux du rein saturnin; de même l'artérite de la syphilis rénale distingue cette dernière affection des lésions d'origine athéromateuse.

Le *rein aplasique* diffère pour les mêmes raisons que le rein artériel des reins saturnins et spécifiques. Il diffère en outre du rein artério-scléreux en ce que le début des lésions n'affecte pas spécialement l'endartère mais atteint simultanément les trois tuniques. En outre c'est surtout une lésion de stéatose, lésion dégénérative et non organisatrice. Bien plus le tissu conjonctif néoformé tend à devenir adulte plus rapidement, les foyers de sclérose sont plus étendus. Les hémorragies périartérielles, l'épaississement énorme de la capsule, l'hyperplasie possible des fibres musculaires du rein, les conséquences spéciales de l'angustie artérielle (hypertrophie ventriculaire, anévrismes des petites artères, hémorragies viscérales) forment un ensemble de signes qui différencient le rein aplasique de toutes les affections rénales et en font un type anatomique bien tranché.

D'autres néphrites scléreuses plus rares sont susceptibles d'être confondues avec la syphilis rénale.

Le *rein paludique*, à une période avancée, est induré, déformé, grenu et bosselé; mais il diffère des types décrits jusqu'ici par sa coloration ardoisée ou noirâtre dues à des taches disséminées sur sa surface et dans l'épaisseur du cortex, à la présence d'étoiles vasculaires pigmentées, à la pigmentation de sa capsule épaissie et adhérente. Histologiquement il présente une infiltration embryonnaire du stroma dont la faible tendance organisatrice explique la rétraction partielle de l'organe et des épithéliums dégénérés et pigmentés.

Le *rein léprosique*, comme le rein syphilitique, affecte deux formes suivant que les lésions revêtent l'aspect nodulaire, ou l'aspect scléreux beaucoup plus rare. Cette dernière variété qui succède le plus souvent à la forme nodulaire se rapproche beaucoup de la sclérose syphilitique.

Il serait difficile de confondre avec les affections précédentes la *tuberculose rénale*, soit qu'elle apparaisse au cours de la granulie, soit que primitive elle réalise la forme massive avec tubercules conglomérés, caséeux, qui se ramollissent, forment des cavernes s'ouvrant dans le bassinet, et au pourtour desquels le tissu scléreux s'organise. L'allure de l'affection, l'aspect macroscopique et histologique des lésions la différencient suffisamment.

Chez les *prostatiques*, chez les *rétrécis*, et chaque fois qu'un obstacle mécanique s'oppose au cours de l'urine, on peut encore observer des reins inégalement atrophiés suivant le siège de l'obstacle dont les uretères et le bassinet sont distendus avec hydronéphrose.

Ces signes — joints à la localisation première des lésions aux pyramides, et à leur extension vers la

substance corticale, pâle et atrophiée, sous forme de prolifération embryonnaire ou de tissu fibroïde infiltré autour des tubes aux épithéliums dégénérés et autour des glomérules qui disparaissent — la caractérisent et la différencient.

Cet aperçu sur les néphrites scléreuses nous démontre que la néphrite syphilitique diffuse y a sa place bien marquée.

Le cas que nous rapportons était une sclérose pure, sans lésion gommeuse et cette variété dans la syphilis comme dans la lèpre est des plus rares. C'est la cirrhose syphilitique diffuse de même origine.

On voit par les analogies anatomiques et partant cliniques des affections du rein atteignant le tissu conjonctif, combien sur la table d'autopsie et même sous le microscope, comme au lit du malade, il est difficile de les différencier, et, comme le disait Lancereaux, « dans ces lésions diverses la localisation initiale du processus est tout, l'aboutissant terminal étant le plus souvent analogue ».

CRISES ÉPILEPTIQUES ATYPIQUES

Par M. R. BENON (1),
Interne de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

Le diagnostic de crise épileptique est d'ordinaire facile : des symptômes classiques, qui se groupent et s'enchaînent, permettent d'affirmer à coup sûr la manifestation comitiale. Pourtant certains signes cardinaux peuvent manquer, comme les convulsions cloniques, les morsures de la langue, l'urination spontanée, etc. L'observation qui suit en est un exemple.

*
* *

SOMMAIRE. — *Apparition des crises à 19 ans (1908) : chute brusque, parfois avec cri ou paroles. Convulsions toniques et torsions des membres. Durée : une heure environ. Ensuite sommeil profond, lourd. Au réveil (quatre à six heures après) amnésie totale et souvent un peu rétrograde. Pas de convulsions cloniques. Pas de morsure de la langue. Pas d'émission d'urine. Crises diurnes et nocturnes. — Père éthylique, mère très émotive. — La malade : pas de convulsions dans l'enfance, intelligence assez bien développée, troubles du caractère extrêmement marqués, habitus extérieur non comitial.*

Danj... Emilia, dix-neuf ans, domestique, entre dans le service du professeur Gilbert Ballet, à la clinique des maladies mentales, le 26 décembre 1908.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade, Normand, est un alcoolique chronique, buveur d'eau-de-vie de cidre. La mère, très « nerveuse », a un caractère « impossible »; elle est coléreuse, emportée, violente. Ils ont divorcé en 1906. La malade a une sœur, autrefois anémique, qui jouit aujourd'hui d'une bonne santé. Il n'y aurait pas de névro ou psychopathies dans la famille.

Antécédents personnels. — Elle n'aurait pas eu d'affections graves dans sa jeunesse et notamment pas de convulsions, ni de rachitisme. A treize ans, elle est placée comme bonne, mais revient au bout de six mois à la maison paternelle; de quatorze à dix-sept ans, elle travaille à la fabrication des perles. Après le divorce de ses parents, elle se place à nouveau comme domestique, d'abord en province, puis à Paris, où elle tombe malade en 1907 : elle avait dix-huit ans.

Danj... parait intelligente, mais elle est peu instruite; elle écrit beaucoup; son style est imagé, mais rempli de fautes grossières. Susceptible, méfiante, elle s'énerve, se met en colère, devient violente pour des motifs futiles. Capable de méchancetés, mais aussi de bons sentiments, surtout par « élans », dissimulatrice, orgueilleuse, prompte au désespoir ou courageuse, elle est extrêmement variable, mobile dans son humeur, et cela d'un moment à l'autre.

De petite taille, ses traits sont gracieux, son regard vif et malicieux : toujours coquettement habillée, elle a le plus grand soin de sa toilette.

Histoire de la maladie. — Danj... est entrée à Lariboisière, en décembre 1907, pour de l'érythème noueux; à peine guérie de cette affection, elle a présenté des accidents rhumatismaux aigus ou subaigus. C'est au cours de la convalescence de cette dernière maladie que sont apparues ses premières crises nerveuses, vers le mois de février 1908. Soignée successivement en 1907-1908 à Lariboisière, à Saint-Antoine, à la Salpêtrière, à Tenon, elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu et enfin à l'Asile clinique en décembre 1908.

Description des crises. — *a.* La première crise de la malade, à la clinique, se produit le 17 janvier 1909. Voici ce qu'a raconté l'infirmière veilleuse sur le début : il était huit heures du soir; Danj... était couchée depuis environ dix minutes. Tout à coup elle se lève, d'un bond, criant : « Au secours! à l'assassin! Ah! les voilà... les voilà... », se sauve vers l'escalier et descend du premier étage au rez-de-chaussée. On la rattrape au moment où elle allait tomber; on la transporte sur son lit, « elle était raide comme un morceau de bois ». Visitée par nous à ce moment elle est étendue sur le dos; les bras, raides, se tordent légèrement, mais sans secousses cloniques; le visage est pâle; les yeux largement ouverts sont hagards, elle respire bruyamment, ne répond à aucune sollicitation. La sensibilité est abolie, les réflexes conservés. La compression ovarienne ne produit aucune réaction chez la malade. Au bout d'une demi-heure environ, elle se calme. Le reste de la nuit n'a été marqué par aucun incident. Ajoutons que la malade n'a pas uriné dans son lit, ne s'est pas mordue la langue et que la crise s'est terminée insensiblement et sans pleurs.

b. La deuxième crise eut lieu le 23 janvier 1909. Danj... est tombée le matin vers dix heures moins un quart dans le réfectoire. Une malade du service, qui l'a vu tomber, déclare que la chute a été brusque, que sa compagne s'est renversée en arrière, en levant les bras, sans proférer de cri. Lorsque nous arrivons près de la malade, elle est étendue sur le dos, d'aplomb. La tête n'est tournée ni à droite, ni à gauche; les yeux ne sont pas déviés. Les membres supérieurs sont écartés du tronc, en croix et rigides. On observe au niveau des avant-bras et des mains de légers mouvements, lents et irréguliers, de supination et de pronation; ils ressemblent à des contorsions de très faible amplitude (cinq à dix centimètres) et non à des secousses cloniques. Du côté droit, le pouce est tenu dans le creux de la main; du côté gauche il est fixé sur le médius et l'annulaire; les deux mains sont fermées et il est impossible de les ouvrir.

Au niveau des membres inférieurs, on observe la même rigidité qu'aux membres supérieurs; la jambe droite, raide, contracturée, est un peu fléchie sur la cuisse; les pieds exécutent des mouvements lents d'extension et de flexion. Par intervalles, la malade s'appuie sur les talons et sur la tête, comme pour se remonter sur le matelas de bas en haut : elle ne fait pas l'arc de cercle.

(1) Travail du service du professeur Gilbert Ballet : Clinique des maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris.

Le corps tout entier est rigide : on peut soulever la malade à deux, en la prenant sous les talons et sous la tête.

Elle grince des dents, fait des inspirations et des expirations profondes qui ressemblent à des plaintes. Il s'échappe de la bouche un liquide sanguinolent.

Les réflexes rotuliens sont perceptibles, mais brusques et courts. La sensibilité générale et spéciale est abolie à peu près complètement : le réflexe cornéen est très faible. Les pupilles sont dilatées, mais elles réagissent bien à la lumière.

La crise a duré environ une heure. A ce moment les légères contorsions ont disparu ; la malade a fermé les yeux. Elle paraît dormir. Les excitations les plus fortes ne la sortent pas de cet état de somnolence.

A partir de quatre heures de l'après-midi, par moments, elle rit aux éclats, mais il n'est toujours pas possible de l'éveiller.

Vers six heures du soir, elle revient à elle, elle se réveille : elle est fatiguée, brisée.

L'examen de la langue ne révèle pas de lésions de cet organe : à la lèvre inférieure du côté gauche, on constate une très petite ecchymose, de deux à trois millimètres de diamètre.

Elle n'a aucun souvenir de la crise. L'amnésie porte sur toute la période critique et sur l'heure qui l'a précédée : elle est donc légèrement rétrograde. La malade, au moment de sa chute, allait chercher un verre dans le réfectoire, pour se désaltérer ; elle n'en a aucun souvenir.

En revanche, elle se remémore bien son lever, son petit déjeûner, ainsi que la place où elle était assise dans la salle de réunion entre Mlle T... et Mlle Z.

c. La malade présente une troisième crise dans le service le 31 janvier 1909. Il était sept heures et demie du matin, elle allait du dortoir au lavabo ; elle a poussé un cri en tombant. Elle était raide et écumait un peu : au bout d'une demi-heure, l'écume est devenue sanguinolente. Elle n'a pas eu de convulsions cloniques. La crise a duré environ une heure. Elle n'a pas uriné sous elle.

L'amnésie rétrograde est moins marquée que dans la crise précédente. Si la malade ne sait plus ce qu'elle allait faire au lavabo, elle se rappelle que quelques minutes avant de tomber, une infirmière est venue lui demander de l'accompagner aux cuisines et qu'elle a répondu que sa toilette n'était pas terminée.

L'examen de la langue est complètement négatif.

d. Le 9 février Danj... a une crise à deux heures du matin. La veilleuse venait de faire sa ronde et elle n'avait rien remarqué chez la malade. Tout à coup, un cri et une chute. Danj... qui couchait dans une chambre, donnant sur un large vestibule, était sortie et tombée. En la recouchant, l'infirmière a remarqué que son lit était mouillé : l'émission d'urine avait eu lieu avant la crise observée ; a-t-elle eu pour cause une crise antérieure ? il ne semble pas ; ce fait ne s'est produit que cette fois et l'infirmière n'avait rien remarqué d'anormal chez la malade avant sa crise.

e. Nouvelle crise, le 18 février, à six heures du soir. Danj... était dans le lavabo avec une malade ; elle venait de dîner. Tout à coup, elle a cassé un carreau avec son verre, s'est sauvée en criant « les lâches... les lâches... » puis elle est tombée et a présenté sa crise habituelle, sans morsure de la langue, sans urination spontanée, sans convulsions cloniques, mais avec amnésie totale.

Le jour où la malade eut cette crise, elle avait été de très mauvaise humeur ; contrariée pour des riens (un mot, une réflexion, un geste), elle n'avait pas déjeuné.

Il ne semble pas que les contrariétés, les énervements, les colères jouent un rôle dans l'apparition de ces crises qui sont relativement peu fréquentes.

Etat actuel (1910). — La malade, transférée d'abord à l'asile de Maison-Blanche, où les crises persistaient, a été envoyée ensuite à Pontorson.

* *

Toutes ces crises ont des caractères généraux communs. Elles débutent brusquement, sans cause apparente. Quelquefois la malade pousse un cri. Plus souvent elle profère quelques paroles : « à l'assassin!... les lâches!... » Elle tombe sur le dos, en arrière et en écartant les bras. Elle ne s'est cependant jamais grièvement blessée.

La perte de connaissance est complète ; les yeux restent ouverts, sans expression ; la respiration est bruyante, stertoreuse.

La malade est en état de rigidité absolue, sans convulsions cloniques à aucun moment.

Elle ne se mord pas la langue, n'urine pas sous elle, ne pleure pas à la fin de sa crise, mais après elle dort pendant plusieurs heures (quatre à six).

Au réveil l'amnésie est complète et porte sur toute la durée de la crise ; elle est même parfois légèrement rétrograde, l'oubli s'étendant aux instants ou aux heures qui ont précédé la chute.

Enfin la malade a des crises diurnes et nocturnes.

Peut-on rapporter ces crises à l'épilepsie? Certains caractères qu'elles présentent, les rapprochent du mal comitial, d'autres les en éloignent.

Ainsi la chute brusque, parfois avec cri, la perte complète de connaissance, le sommeil spécial, lourd, profond, qui envahit le sujet, l'amnésie totale, sont des manifestations bien nettement épileptiques.

En revanche, l'absence de morsure de la langue, l'absence d'émission d'urine, l'absence de convulsions cloniques durant ces crises ne militent pas en faveur d'accidents comitiaux, d'autant que ce sont là des symptômes qui ont une importance clinique considérable.

L'hystérie pourrait-elle en être la cause? Il est exceptionnel que la crise hystérique survienne sans motif. La chute n'est pas brusque ; elle est précédée de phénomènes spasmodiques épigastriques douloureux, de serrement à la gorge, etc. La perte de connaissance est généralement incomplète. Les pleurs terminales sont presque constantes. Le sommeil, l'amnésie totale post-critiques sont plus rares.

Sans doute, chez notre malade, sans parler de ses troubles du caractère, de son habitus extérieur, de sa vivacité d'esprit, de sa coquetterie, il est divers signes qui font penser à l'hystérie. D'abord les convulsions toniques avec torsions des membres, sans convulsions cloniques, rapellent la grande névrose ; mais elles sont toujours les mêmes, cohérentes et de faible amplitude. D'autre part, le défaut de morsure de la langue et d'urination spontanée porte encore à penser à l'hystérie : il est certain que ce sont là deux symptômes cardinaux de la crise épileptique. Mais leur absence doit-elle conduire à éliminer la névrose comitiale? Nous ne le pensons pas. Si ces signes manquent, ceux qui existent : la brusquerie du début, avec ou sans cri, la perte totale de connaissance, le sommeil post-critique, l'amnésie complète au réveil, l'apparition nocturne de certaines crises, forment un faisceau suffisamment riche et compact pour conclure, semble-t-il, à des accidents épileptiques, mais atypiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 MARS 1911)

Sur la théorie toxique du sommeil et de la veille. — M. BOUCHARD. MM. Legendre et Piéron ont établi (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 25, p. 370) que la privation du sommeil, le maintien forcé de l'état de veille amène une modification du sang dont le sérum, injecté à un animal sain, provoque le sommeil avec des altérations de certaines cellules nerveuses de l'encéphale.

M. Bouchard rappelle qu'en 1886 il a exposé à l'Académie une théorie du sommeil également établie sur une base expérimentale. Il a admis qu'à l'état de veille les urines renferment un poison narcotique qui lui serait versé par le sang et qui, arrivé à un certain degré de concentration, provoque le sommeil.

Il a également montré que, pendant la période de sommeil, ce qui domine dans l'urine, c'est non plus la matière narcotique, mais une matière convulsivante.

Il a pu, d'après ces faits, imaginer que l'alternance périodique du sommeil et du réveil pourrait avoir une action autotoxique, l'accumulation de la matière narcotique fabriquée pendant la veille amenant le sommeil, l'accumulation de la matière convulsivante produite pendant le sommeil préparant et déterminant la secousse musculaire provocatrice du réveil.

Sur les processus pathologiques aboutissant à la calvitie. — MM. L. SPILLMANN et L. BRUNTZ. La calvitie évolutive est sous la dépendance d'un état toxique. Ce sont des leucocytes chargés des produits nocifs intoxiquant l'organisme qui, cherchant à s'échapper au dehors au travers du cuir chevelu (région de moindre résistance), irritent en même temps l'épiderme et ses annexes.

A l'action des leucocytes ces formations réagissent par hyperfonctionnement (hyperkératose, séborrhée et hyperhydrose) et les cellules génératrices des poils présentent, de plus, une viciation dans leur mode de fonctionnement normal.

Cette viciation aboutit à la production de couches de cellules indifférentes entraînant, par conséquent, grâce à ce mode de dégénérescence du bulbe, la chute des cheveux.

De la possibilité de conserver intactes les agglutinines dans les bactéries qu'on tue par les rayons ultraviolets. Avantage de ce moyen de stérilisation pour préparer les émulsions bactériennes destinées aux séro-diagnostics. — MM. STASSANO et LEMATTE.

Anomalies de dimensions des oreilles chez les aliénés. — MM. A. MARIE et Léon MAC-AULIFFE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MARS 1911)

Abcès du cerveau consécutifs à des abcès du foie. — M. PEYROT fait un rapport sur un travail de M. Couteaud dans lequel l'auteur relate trois observations d'abcès tuberculeux du cerveau, survenus à la suite d'abcès du foie opérés et guéris.

La nouvelle dénomination de la fièvre de Malte. — M. WIDAL fait un nouveau rapport sur cette question.

A la suite de son premier rapport, un supplément d'enquête avait été demandé à la commission sur une réclamation de M. Blanchard. La conclusion de ce nouveau rapport est de proposer à l'Académie la dénomination de *mélitococcie* pour désigner la fièvre de Malte, afin de donner satisfaction à la réclamation de M. le gouverneur de Malte.

M. FERNET fait observer que ce nom, par son étymologie, désigne encore la ville de Malte (melito), et que conséquemment cette dénomination ne saurait donner satisfaction à la demande du gouverneur.

C'est pourquoi M. Fernet préférerait le nom de caprococcie qui avait été d'abord proposé.

M. BLANCHARD rappelle qu'en zoologie, comme en botanique, il existe des règles immuables auxquelles on doit obéir et que le nom seul de melitococcie serait ici admissible.

La conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée.

La fièvre de Malte s'appellera désormais la *mélitococcie*.

A la suite de ce rapport, M. Widal communique un nouveau cas de transmission de la melitococcie au laboratoire sur un interne de son service.

Pour éviter ces faits de transmission, il recommande de ne manier le microbe de cette maladie que tué dans le formol, ce qui n'empêche nullement la séro-réaction.

Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. — M. REYNIER rappelle avoir présenté, il y a dix ans, un appareil, basé sur la méthode de Paul Bert, et destiné à administrer des mélanges titrés d'air et de chloroforme. M. Reynier présente aujourd'hui un nouvel appareil, très simplifié, basé sur la même méthode, et qui lui donne d'excellents résultats.

De l'amblyopie strabique, sa cause, sa guérison. — M. LAGRANGE (de Bordeaux). L'amblyopie chez les sujets qui louchent a, dans l'immense majorité des cas, sa cause dans le défaut d'usage de l'œil dévié; sur un chiffre de 600 observations, nous avons pu établir que la diminution de l'acuité est proportionnelle à l'ancienneté de la déviation, c'est donc une erreur de croire que les strabiques sont primitivement amblyopes, l'œil dévié perd son acuité après qu'il a été exclu de la vision.

Aux preuves apportées à cette démonstration par l'analyse des observations cliniques, vient s'ajouter celle qui résulte de l'amélioration de la vision de l'œil dévié par l'usage du bandeau sur le bon œil; il est tout à fait habituel de constater après quelques semaines, au plus tard après trois mois, un relèvement très accusé de la vision dans l'œil strabique et, sauf dans quelques rares cas de strabisme névropathique, le retour de l'acuité de l'œil dévié, peut être suivi du rétablissement de la vision binoculaire, lorsque le sujet veut bien se soumettre aux exercices classiques du stéréoscope ou du diploscope.

Une étude sur le cancer. — M. BORREL lit un travail très intéressant dans lequel il résume ses recherches sur le cancer.

D'après l'auteur, il importe d'abord d'étudier les premiers stades de la transformation de la cellule normale en cellule cancéreuse. Chez les rats et chez les souris, il a été frappé de la fréquence des parasites, helminthes et autres, au voisinage des tissus cancéreux, et en conclut que ces parasites pourraient bien être des agents de transmission du virus encore inconnu. Chez l'homme, pour le cancer de la peau, ce virus peut être apporté par un parasite des follicules pileux, le *Demodex folliculorum*. L'origine parasitaire du cancer, dans ces cas, est la plus vraisemblable.

M. Borrel signale la fréquence du développement du cancer sur les cicatrices, les brûlures, les tissus chroniquement enflammés, les lésions syphilitiques ou tuberculeuses.

Les progrès de l'hygiène ont beaucoup réduit le nombre des cancers de la peau. Par contre, on constate l'augmentation du cancer des voies digestives (65 p. 100), où l'apportent des aliments végétaux souillés par l'épandage et par le fumier. Le cancer est, pour la même raison, fréquent chez le rat, la souris et le chien. Il l'est également chez les chevaux, parmi

lesquels on trouve 2 p. 100 d'animaux cancéreux, la morbidité la plus forte chez l'homme étant évaluée à environ 1 p. 100.

Parmi les présentations, nous signalons les suivantes :

Un nouveau laryngoscope. — M. Gariel présente, au nom de M. Jules Glover, médecin du Conservatoire, un nouvel instrument d'exploration physiologique et clinique du larynx et des premières voies aériennes. Cet instrument est appelé à rendre les plus grands services en physiologie, pour l'étude de la physiologie de la voix, ainsi qu'en clinique et en chirurgie.

Il permet l'examen latéral du larynx, examen qui, jusqu'ici, était impossible. Il repose sur le principe d'optique suivant : Dans le cas de deux miroirs faisant entre eux un angle de 135 degrés, une droite, parallèle à l'un des miroirs, a ses deux images perpendiculaires entre elles.

Cette communication est accompagnée de planches de physiologie vocale représentant, vus latéralement chez les basses et chez les soprani, les divers aspects des attitudes des cordes vocales et les formes variées de l'orifice des ventricules du larynx sur toute l'étendue de l'échelle vocale, sans aucunement altérer le jeu des organes de la formation verbale.

D'autres planches, montrent divers aspects laryngoscopiques, observés en clinique, vus latéralement, ainsi que des attitudes opératoires vues dans le même sens.

Maladie de Pascal. — M. Poncet présente, au nom de M. Just Navarre (de Lyon), une très intéressante étude sur « La maladie de Pascal; étude médicale et psychologique ». Tuberculeux depuis l'âge de deux ans, époque à laquelle il fut atteint du carreau (tuberculose intra-abdominale), Pascal a été, toute sa vie durant, aux prises avec l'infection tuberculeuse dont il mourut à l'âge de trente-neuf ans.

Cet état constamment maladif a certainement joué un rôle considérable dans l'œuvre de ce prodigieux génie.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux dans la première division.

Au premier tour, M. Launois (de Lyon) est élu.

Après trois tours de scrutin, M. Maurel (de Toulouse) est élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 MARS 1911)

La notion de l'isostalagmie. La stalagmonocivité. — D'après les recherches de M. Iscovesco, lorsqu'on fait à des animaux des injections d'une même solution saline (sérum physiologique) dont on varie la tension superficielle par l'adjonction de traces de différentes substances très actives à l'égard de cette tension, on constate que les accidents qu'on observe ne sont nullement en rapport avec la concentration en sel mais avec la tension superficielle du liquide injecté. On peut affirmer qu'une solution de NaCl est d'autant plus toxique que sa tension superficielle s'écarte plus de celle du sérum sanguin.

De plus, les injections intrapéritonéales sont plus toxiques que les injections sous-cutanées et ces dernières plus que les injections intraveineuses.

La fièvre saline, constatée chez l'homme à la suite d'injections de sérum physiologique, est un phénomène de stalagmonocivité, qui peut être atténué ou supprimé si on abaisse la tension superficielle de la solution qu'on injecte.

Note sur l'examen anatomo-pathologique de quelques chiens en intoxication anaphylactique. — MM. Faure-Beaulieu et Maurice Villaret apportent le résultat de l'autopsie de quatre chiens, ayant servi aux expériences de M. le professeur Charles Richet sur l'anaphylaxie à la crépitine et à l'actino-congestive. La lésion la plus frappante et la plus constante consiste en une forte réplétion sanguine de toute la circulation abdominale, allant de la congestion plus ou moins intense de certains organes comme le foie, les reins, la rate, les ganglions mésentériques, jusqu'à de véritables hémorragies en nappe de la muqueuse gastro-intestinale, surtout au niveau du duodénum. Les organes hématopoiétiques, malgré la leucocytose sanguine, ont leur formule cytologique normale. Parmi les glandes endocrines, la surrénale et surtout la thyroïde présentent parfois des lésions, interstitielles et parenchymateuses. Les reins sont altérés, surtout sous forme de glomérulite congestive et hémorragique. Il n'y a pas de différence spécifique, au point de vue anatomo-pathologique, entre un chien mort à la suite d'une injection unique et massive de crépitine, et les trois autres sacrifiés en état de choc anaphylactique. Enfin, le système nerveux central, étudié à l'aide des plus récentes méthodes cytologiques, n'a montré aucune altération cellulaire. En résumé, les auteurs ne croient pas pouvoir tirer de ces constatations d'ordre histologique des conclusions précises, quant au problème pathogénique de l'anaphylaxie.

Conditions de milieu et de température pour la survie de cornée transparente conservée en dehors de l'organisme. — Dans cette note, complétant les deux précédentes, M. Magitot expose les conditions qui lui ont paru nécessaires pour réaliser la survie de certaines parties de l'œil. Après avoir fait de nombreuses expériences avec les milieux artificiels, il constate que c'est le sérum hémolysé d'un animal de même espèce qui fournit les meilleurs résultats. Il y aurait intérêt également à renouveler périodiquement le milieu puisqu'en procédant de cette façon, il est arrivé à une survie de vingt jours.

D'autre part, il insiste sur l'importance d'exposer ce milieu à une température déterminée. Les basses températures sont néfastes à la cornée, car elles produisent dans cette membrane des lésions irréparables. Celle de la glace fondante n'est pas non plus la meilleure.

C'est autour de + 5 degrés que se trouve cette température optima. Il faut en tous les cas soigneusement éviter les variations soit en moins, soit surtout en plus, la constance dans la température ayant un rôle capital.

L'auteur termine en disant qu'il n'est pas nécessaire d'immerger tout de suite l'œil que l'on désire conserver, la cornée ne commençant à mourir qu'une demi-heure et même une heure après la mort.

Inégalité thyroïdienne par hypertrophie partielle de la glande thyroïde. — M. Léopold-Lévi attire l'attention sur l'inégalité de volume avec hypertrophie partielle de la glande thyroïde, qui se manifeste surtout chez les femmes au cours des accidents du neuro-arthritisme.

Elle est prédominante et maxima; moyenne et concomitante; atténuée et latente. Dans ce dernier cas, il faut avoir recours au procédé de l'effort pour reconnaître l'inégalité thyroïdienne. Elle est la signature, au niveau de la glande thyroïde, de l'instabilité thyroïdienne, se produit souvent au moment des paroxysmes, de l'instabilité thyroïdienne et disparaît par le traitement thyroïdien. Elle est plus fréquente chez la femme, à cause de la congestion menstruelle et de l'hypertrophie de la grossesse et explique la nécessité de suspendre en général, le traitement thyroïdien pendant les menstrues.

Sur l'urobiline et son chromogène. — M. Grimbert montre comment on peut séparer ces deux corps au moyen d'une solution de phosphate disodique qui enlève l'urobiline à sa solution chloroformique tandis que le chromogène reste inaltéré.

Il montre aussi que le chromogène peut être enlevé directement par le chloroforme dans les urines, même alcalines, quand l'alcalinité ne dépasse pas celle des phosphates bimé-

talliques, c'est-à-dire dans les urines alcalines au tournesol, mais non à la phtaléine.

Pathogénie des spirilloses héréditaires. — D'après les nouvelles recherches de M. Nattan-Larrier, il n'est pas nécessaire qu'il existe des lésions placentaires pour que les spirilles de la fièvre récurrente puissent passer de la mère au fœtus. L'infection fœtale ne semble même pas plus intense dans les rares circonstances où de larges nécroses placentaires se sont produites. Ces faits sont facilement explicables : les spirilles passent des vaisseaux maternels dans les éléments ectodermiques fœtaux du placenta ; ils s'accumulent dans les cellules individualisées du plasmode et dans la couche plasmodiale interposée entre le système vasculaire de la mère et celui du fœtus; ils réussissent enfin à franchir cette étape pour parvenir à la surface des membranes, au tissu conjonctif des annexes fœtales et tomber, en dernier lieu, dans la lumière des capillaires fœtaux.

Sur l'indépendance du bulbe droit et du bulbe gauche dans les réactions asthmatiques. — M. Pierre Bonnier montre qu'en excitant un point défini de la muqueuse nasale d'un seul côté, on peut ne provoquer la réaction asthmatique que de ce côté, phénomène très net à l'auscultation. Il rapporte le cas d'un asthme vieux de plus de quarante ans guéri par une cautérisation nasale d'un seul côté, et où l'asthme a persisté, unilatéral, jusqu'au moment où une seconde cautérisation a également guéri l'autre poumon, un mois après.

Contribution à l'étude histo-pathologique des malfaçons de la mamelle : les amasties et les hypermasties. — M. Letulle présente une série d'exemples histologiques montrant que la mamelle est le siège très fréquent de malfaçons embryogéniques. Les amasties (dysembryoplasties par insuffisance) peuvent être totales ou partielles : ces dernières portent, soit sur les ramifications terminales des tubes sécréteurs (acini), soit sur les canaux galactophores eux-mêmes.

Les variétés de lésions qui en résultent sont très grandes et peuvent prêter à erreur; les hypermasties surtout peuvent simuler l'aspect histologique des tumeurs, d'autant qu'elles président au développement de la grande majorité, sinon de la totalité des tumeurs dites bénignes de la mamelle.

Recherche de l'albumine dans les crachats. — D'après M. Remlinger, les services que peut rendre en clinique la recherche de l'albumine dans les crachats paraissent très limités. La réaction se rencontre en effet dans les bronchites les plus nettement a frigore et les plus bénignes comme pronostic. On la trouve indifféremment dans la partie solide des crachats et dans la partie liquide. A la réflexion, il semble en effet difficile qu'il puisse en être autrement, la première étant constituée, tout au moins en partie, par des éléments cellulaires qui, forcément, renferment de l'albumine; la seconde étant nécessairement souillée par de la salive qui en contient également. Quant à l'intensité de la réaction, elle est sous la dépendance d'un grand nombre de facteurs secondaires : temps écoulé entre l'émission des crachats et l'analyse ; intensité et durée du battage de l'expectoration; moment de la filtration auquel l'albumine est recherchée, etc.

Sur la durée de l'excitabilité de la substance blanche centrale et des pyramides bulbaires après arrêt de la circulation. — Il est généralement admis que la substance blanche des centres nerveux oppose aux effets de l'anémie une résistance beaucoup plus grande que la substance grise. D'après les expériences de MM. Wertheimer et Ch. Dubois, l'anémie prive rapidement les cordons blancs de leurs propriétés et ce sont les fibres bulbaires les plus hautement différenciées (les fibres croisées) qui sont les premières à perdre leur excitabilité.

Sur la présence constante d'un bacille particulier dans les vésicules de la varicelle. — MM. Magnan et de la Riboisière, décrivent un bacille constant dans les trois premiers jours de l'éruption, ne prenant pas le Gram; ils n'ont pu réussir à le cultiver ni à l'inoculer.

Sur les parasites de l'appendice malade. — M. G. Railliet constate la présence fréquente des oxyures dans l'appendice malade : il en trouve 58 fois sur 119 appendices examinés et fait d'intéressantes constatations sur le nombre, le sexe, l'âge, le siège, le mode de fixation et la nutrition de ces parasites.

ACTUALITÉS

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR WIDAL

Tout ceux que le brillant enseignement du maître de Cochin attire depuis de longues années, s'étaient donné rendez-vous à la leçon inaugurale du professeur Widal. C'est dire devant quel auditoire particulièrement nombreux et sympathique, le professeur a fait, vendredi dernier, sa première leçon du cours de pathologie interne.

M. Widal a commencé par saluer la mémoire de son prédécesseur immédiat, le regretté Brissaud. Il en a tracé un portrait d'une vérité saisissante, faisant revivre l'intelligence, le charme et la verve intarissable de celui qui n'est plus.

Puis, dans un éloge très goûté, c'est le tour de M. Dieulafoy dont il dépeint l'enseignement lumineux et l'activité infatigable.

M. Widal rappelle ensuite le souvenir de son père, qui fut aussi son premier maître, le médecin inspecteur de l'armée Widal, et celui de son oncle, le professeur Mathieu Hirtz, de l'ancienne Faculté française de Strasbourg. Enfin, il salue ses anciens maîtres Cornil, Bouchard, Guyon, Dreyfus-Brisac, Tapret, Roux, Metchnikoff et le doyen Landouzy, chez qui il fit ses premières armes hospitalières.

M. Widal aborde ensuite le fond de sa leçon : *les orientations de la médecine.*

Dans un langage toujours heureux, il montre la médecine « pénétrant toujours plus avant dans l'étude des phénomènes morbides, s'élevant par étapes successives, du symptôme à la lésion, de la lésion au trouble fonctionnel, pour parvenir enfin à la connaissance des causes et du mécanisme de la maladie. »

Et il conclut ainsi :

« Après m'être efforcé de vous convaincre que rien ne se perd des lentes acquisitions du passé, je vous ai conduits jusqu'au faîte d'où le regard découvre les lueurs annonciatrices des aurores prochaines. C'est dans le domaine des actes élémentaires de la vie, dans le monde de la chimie moléculaire et de la chimie physique, que la médecine trouvera l'explication dernière des phénomènes pathologiques. Tout en nous se réduit aux réactions des molécules ou de leurs agrégats ; rien ne se produit dans notre organisme qui n'ait pour fondement une mutation de la matière, une transformation d'énergie, un acte de nutrition.

Nous devons suivre d'un œil attentif les progrès réalisés dans toutes les sciences. Un fait trouvé dans un domaine qui nous est parfois complètement étranger, peut avoir pour nous des applications inattendues. La clinique, comme l'a dit mon maître M. Dieulafoy, prend son bien partout où elle le trouve. Les sciences n'ont rien à perdre à nous prêter leurs découvertes ; leur application à la médecine ne fait qu'en rehausser l'éclat. Nous ne savons jamais quelle surprise demain nous réserve, et ce n'est pas là un des moindres attraits de notre science. Mais, pour nous médecins, une découverte vaut surtout par les procédés qu'elle fournit pour mieux reconnaître les maladies et par les armes qu'elle nous met en mains pour

les mieux combattre. C'est parce qu'elle s'attaque au problème de la vie et s'efforce d'en pénétrer le mystère que la médecine est de toutes les sciences la plus passionnante ; elle n'en serait pas la plus noble, si elle ne cherchait dans toute découverte un moyen de soulager la souffrance humaine. »

PRATIQUE MÉDICALE

DIFFÉRENCES THÉRAPEUTIQUES RÉSULTANT DE L'ÉTAT COAGULÉ OU NON COAGULÉ DES PROTÉINES

Par M. G. Bertrand.

Les substances albuminoïdes utilisées en thérapeutique pour la suralimentation et la reconstitution de l'organisme se présentent au médecin sous trois formes distinctes : les unes sont *précipitées*, les autres *coagulées*, d'autres, enfin, *naturelles, non coagulées*. Si nous laissons de côté les différences secondaires existant entre ces divers corps, l'albumine animale renfermant des substances toxiques, des matières extractives, des purines, leucine, thyrosine; l'albumine synthétique étant artificielle et irritante; la protéine végétale non coagulée ayant les principes naturels et sans dangers du froment dont on la tire, et si nous recherchons laquelle de ces formes médicamenteuses est la meilleure, nous verrons que la non coagulation est une puissante raison de supériorité clinique pour les albuminoïdes.

La précipitation est un changement d'état physique qui s'obtient par la chimie (sulfate d'ammoniaque, alcool, tannin, liqueur de Brücke), c'est-à-dire par des procédés qui ne sont pas sans dangers pour la fonction gastrique. La coagulation est « un changement de propriétés et probablement de constitution » (Arthus), ce qui modifie la valeur physiologique de la protéine. Reste donc l'albumine végétale *non coagulée*, appelée encore la glidine, qui seule présente au médecin le principe azoté intégral sans aucune altération.

Mais ce qui résulte encore de cette non coagulation, c'est une digestibilité rapide et complète de la substance protéique par l'estomac et sans fatigue, sans déchets. De plus, comme la glidine est la plus puissante concentration connue de principe azoté (95 p. 100) et de lécithine naturelle (10 p. 100) sans amidon, sans hydrates de carbone, son absorption amène dans l'organisme une énergie surnutritive et reconstituante supérieure. Eulenburg, Viollet, Bergell, Nigoul, Martin Saint-Laurent ont insisté sur cette particularité thérapeutique. Ils ont montré par des tableaux comparatifs combien le poids des malades (tuberculeux, neurasthéniques, diabétiques, anémiés, enfants, etc.) se relevait plus rapidement et dans des proportions plus nettes quand on utilise la protéine végétale naturelle (deux à cinq cuillerées à soupe aux adultes). Ils ont montré aussi comment les combinaisons organiques de glidine et d'arsenic (arsan), de Br. I. Hg. Fe assuraient une puissance thérapeutique énergique et sans causticité, presque sans toxicité. Il se produirait, en effet, en milieu duodénal, un dédoublement progressif mais total de ses composés amenant une efficacité progressive et puissante sans causticité, et une élimination progressive et totale du principe toxique.

Aussi nous avons pu à diverses reprises ordonner dans la syphilis six à sept tablettes d'arsan (12 à 14 milligrammes d'As) sans diarrhée ni troubles secondaires. Certains auteurs ont même dépassé cette dose et, dans la tuberculose, les anémiés, la scrofule, le remède s'est montré à nous l'un des plus puissants arsenicaux actuels sans inconvénients.

On voit combien est féconde en conclusions cliniques cette notion de la non coagulation des substances albuminoïdes végétales et pourquoi il n'est pas indifférent d'utiliser l'une quelconque de ces substances.

LIVRES NOUVEAUX

Endocrinologie. Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines (1). Deuxième série, par les docteurs Léopold Lévi et Henri de Rothschild.

Voici tantôt trois ans que les auteurs du présent ouvrage ont réuni en un volume leurs premières communications sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. Ils ont, depuis, continué leurs recherches, et le livre qu'ils offrent aujourd'hui aux médecins est le résultat de ces recherches. Leur intention n'est d'ailleurs pas de s'arrêter là, puisque dans leur avant-propos les auteurs déclarent qu' « à ce mouvement synthétique, qui sera l'endocrinologie, chaque travail particulier apporte sa pierre, et nous continuerons à nous efforcer, dans la mesure de nos moyens, d'y ajouter des matériaux nombreux et durables ».

En attendant l'avenir, l'ouvrage actuel constitue déjà une somme de travail considérable et une source riche de faits intéressants, dont les auteurs ont su tracer une suggestive interprétation.

Le Village-sanatorium. Contribution à l'étude des sanatoria populaires, par H.-G. Richter, architecte, avec une préface de Mme la comtesse d'Aberdeen, vice-reine d'Irlande. Plaquette éditée sous les auspices de l'association internationale d'Enseignement médical complémentaire.

L'auteur de cet opuscule, qui est membre de la commission permanente des Congrès d'hygiène et de salubrité de l'habitation, a pris part à la mission qui, en août 1909, a visité l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande afin d'étudier les installations hospitalières et sanitaires. M. Richter est arrivé ainsi à une conception personnelle du sanatorium, un peu différente de ce que l'on voit d'ordinaire et c'est cette conception qu'il expose dans les pages que nous présentons ici. On les lira certainement avec intérêt.

Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique (2), par P. et L. Spillmann et P. Haushalter.

Cet ouvrage, qui fait partie des excellents *Précis médicaux* édités par MM. Masson et Cie, se définit assez par son titre pour qu'il soit utile de décrire le but qu'il se propose. Il se recommande d'ailleurs par le nom même de ses auteurs, lesquels ont pris soin de mettre soigneusement cette seconde édition au courant des dernières méthodes et des derniers procédés de diagnostic et d'exploration, ce qui sur beaucoup de points a entraîné des remaniements complets.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) Un vol. de 558 p. avec 26 fig. et 18 pl. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Un vol. de 569 p., deuxième édit. avec 181 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

OEDÈME AIGU DU POUMON

DÉFINITION. — L'œdème aigu du poumon, œdème congestif résultant d'une élévation subite et considérable de tension dans le domaine de l'artère pulmonaire, se caractérise anatomiquement, par une brusque suffusion de sérosité albumineuse non coagulable du plasma et des leucocytes dans l'intérieur des alvéoles et du tissu interstitiel du poumon, et, cliniquement, par la soudaineté de son apparition, la gravité des symptômes qui l'accompagne et son évolution souvent fatale. Par ces caractères principaux il se distingue ainsi très nettement, de l'œdème passif, par stase, dû aux affections du cœur gauche, et des œdèmes subaigus, chroniques, liés à une congestion pulmonaire, également chronique.

ÉTIOLOGIE. — Les deux causes les plus importantes de l'œdème aigu du poumon, sont les *affections des reins* et celles de l'*aorte*. M. Dieulafoy a surtout insisté sur le rôle des *affections rénales* (brightisme, sclérose rénale, lithiase rénale des arthritiques, des goutteux), capables de réaliser toutes les modalités de cet œdème (suraigu, aigu, subaigu même). M. Huchard s'est attaché à démontrer le rôle très important des *affections* de l'*aorte* (aortite aiguë ou chronique avec ou sans coronarite).

Mais ce ne sont pas là les seules causes capables de provoquer une crise d'œdème aigu du poumon.

On peut encore l'observer au cours de *maladies infectieuses* spécialement au cours du rhumatisme articulaire aigu (peut-être reconnaîtrait-il dans quelques-uns de ces cas, une origine par intoxication salicylée); on le voit éclater encore dans la fièvre typhoïde, la rougeole, le choléra et surtout la grippe, la pneumonie, avec ou sans rapport avec une lésion rénale. MM. Caussade, Milhit et I. de Jong, ont signalé quelques cas d'œdèmes subaigus, dus aux pneumocoques, survenus au cours d'infections pulmonaires diverses; M. Joltrain, au cours de *septicémies à pneumocoques*, et MM. Guillain et Laroche ont observé et étudié un cas, ou l'œdème aigu était l'unique manifestation d'une pneumopathie pneumococcique.

L'œdème aigu peut encore s'observer au cours d'*intoxications* : alcoolisme aigu, combiné au froid, iodure de potassium, iodoforme, etc. ; à la suite d'injections de *sérum artificiel* chez des sujets dont les reins fonctionnent mal, à la suite d injection d'*adrénaline* (Hallion), etc. On peut le réaliser expérimentalement à l'aide de solutions chlorurées, iodurées, etc.

L'œdème aigu se rencontre encore au cours de certaines *affections nerveuses* (myélite, épilepsie, tabes, etc.). Il constitue l'un des accidents les plus dramatiques des complications *gravido-cardiaques* du rétrécissement mitral.

Il faut signaler à part l'*œdème ex vacuo* qui suit parfois une thoracentèse, ou une ponction d'ascite.

Mais, en résumé, il est incontestable, que les affections rénales et aortiques sont de beaucoup les causes les plus importantes : ce sont celles que l'on retrouve d'ailleurs le plus souvent, à l'autopsie d'individus *morts subitement*, d'œdème suraigu du poumon.

PATHOGÉNIE. — Multiples sont les théories qui ont successivement été défendues, pour expliquer la pathogénie de l'œdème aigu du poumon.

1° Théorie mécanique. — Cette théorie invoque, soit un spasme du muscle cardiaque, véritable *crampe du cœur* (théorie de Grossmann) provoquant une tension excessive de la petite circulation, soit au contraire une *paralysie isolée du ventricule gauche* (théorie de Welch), alors que le ventricule droit continue à battre normalement : dans cette hypothèse il se produirait une distension excessive des capillaires pulmonaires, suivie rapidement d'une transsudation du sérum : cette théorie qui repose sur la nécessité d'une rupture d'équilibre de la tension dans le système de la circulation pulmonaire, est en partie ruinée depuis les expériences de Sahli, qui ont établi que cette prétendue rupture d'équilibre, entre les pressions des deux ventricules n'existait pas en réalité. Guinard et Teissier ont d'ailleurs montré expérimentalement que des troubles mécaniques étaient impuissants à déterminer à eux seuls l'œdème pulmonaire aigu.

2° Théorie angionévrotique. — Bouveret, le premier, invoque un trouble de l'innervation vasomotrice; cette théorie est complétée par Huchard; la filiation invoquée par Huchard est la suivante : troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par *péri-aortite*, augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation, insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit, associée quelquefois d'ailleurs à une lésion rénale.

3° Théorie toxique. — *Origine rénale* de l'*auto-intoxication*: on peut invoquer l'action d'une cause toxique impressionnant directement le système nerveux ; souvent l'origine de la substance toxique réside dans un trouble de la *sécrétion rénale*. Mais, pour M. Dieulafoy, les lésions rénales suffiraient et amplement à réaliser l'œdème aigu, en dehors de toute lésion concomitante de l'aorte, et de tout trouble nerveux; néanmoins, tout en acceptant cette théorie, Merklen persiste à accorder un rôle important au système nerveux, complété par le fait de la rétention chlorurée.

4° Théorie mixte. — Cette théorie a été bien exposée par M. Tessier, en 1900 : « L'œdème aigu se conçoit comme la conséquence habituelle d'un processus *pathogénique complexe*, dans lequel l'*infection* prépare le terrain ; des *désordres nerveux et mécaniques* surviennent ensuite en seconde ligne, qui aboutissent à l'inondation séreuse. Même dans les cas en apparence les plus simples d'œdèmes primitifs (œdèmes réflexes, œdèmes causés par la thoracentèse on retrouve chez le sujet une tare antérieure ». Expérimentalement d'ailleurs, MM. Teissier et Guinard ont bien établi que pour reproduire l'œdème aigu, il faut associer l'action de plusieurs causes.

5° Théories récentes. — *a*. RÉTENTION CHLORURÉE. — Cette rétention joue un rôle incontestable dans la production de certains œdèmes : Hallion a pu provoquer une crise d'œdème par simple injection de sérum artificiel. Peut-être les accidents ne se produisent d'ailleurs, au cours de cette rétention, qu'en raison de l'hypertension provoquée, ou de lésions rénales antérieures.

b. THÉORIE SURRÉNALE. — L'œdème résulterait le plus souvent d'une hyperépinéphrie s'accompagnant d'exagération de sécrétion de l'adrénaline et d'hypertension ; cette hyperépinéphrie a été vérifiée à plusieurs reprises (Sicard et Descamps, Aubertin, etc.), elle intéresse parfois la couche médullaire, mais souvent aussi la couche corticale, qui bien que ne sécrétant pas d'adrénaline, renfermerait des substances douées de propriétés hypertensives. Rappellons d'ailleurs à ce propos, la constance de l'hyperépinéphrie dans les maladies du rein, et spécialement dans la néphrite scléreuse atrophique. Tout récemment M. Hallion, pour expliquer le mécanisme de cet œdème provoqué par l'adrénaline, fait intervenir en même temps que les troubles circulatoires du poumon, des *altérations toxiques de l'endothélium des capillaires.*

c. ŒDÈMES AIGUS PNEUMOCOCCIQUES. — MM. Merklen et Pouliot, puis MM. Caussade, Milhit et J. de Jong, ont attiré l'attention sur certains œdèmes subaigus pneumococciques. Plus récemment encore MM. Guillain et Laroche, ont rapporté un cas d'œdème aigu, unique manifestation d'une pneumopathie pneumococcique; M. Joltrain en signale également, avec *septicémie pneumococcique*.

Expérimentalement d'ailleurs dès 1887 M. Ménétrier, réalisait, chez la souris, un œdème pulmonaire aigu, à la suite d'inoculations assez massives de pneumocoques. Il est donc des cas incontestables où l'infection joue un rôle dans la production de cet œdème, mais ici encore il ne s'agit pas d'un mécanisme absolu, isolé, et à cette infection s'associent sans doute, des troubles nerveux, des lésions rénales antérieures, une rétention chlorurée, de l'hypertension par hyperépinéphrie, etc.

En résumé la pathogénie de l'œdème aigu du poumon est toujours complexe, même dans les cas les plus simples en apparence ; ainsi l'œdème ex vacuo, qui parait reconnaître simplement une raison mécanique reconnaît en réalité l'association de plusieurs facteurs, actions toxiques et nerveuses; l'œdème gravido-cardiaque, relève à la fois, de lésions cardiaques (rétrécissement mitral) et de manifestations hypertensives et toxiques (rétention chlorurée, albuminurie, etc.); mais de toutes ces causes, il faut surtout retenir, l'influence des lésions rénales et aortiques, associées aux processus d'hypertension, d'intoxication, et parfois d'infection. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 32. — SAMEDI 18 MARS 1911. 84e ANNÉE SAMEDI 18 MARS 1911. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Routier, Jalaguier, Reynier, Sébileau, Hartmann, Launay et Achard.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 mars. — MM. Autant, 19; Blanluet, 18.

Prochaine séance, lundi 20 mars, à deux heures et demie, à Lariboisière.

— Concours de la médaille d'or. — *Médecine.* — *Lecture.* — Séance du 15 mars. — MM. Laroche, 30; Lagane, 28; Paillard, 29; Touraine, 30.

Le concours se termine de la façon suivante :
Médaille d'or : M. Touraine.
Médaille d'argent : M. Paillard.
Accessit : M. Laroche.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est définitivement composé de MM. Bougault, Léger, Meillère, Villejean, Duménil, Thabuis et Carette.

— Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 27 avril 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de dix heures à trois heures, du lundi 27 mars 1911 au mardi 11 avril inclusivement.

— Un concours sera ouvert le vendredi 21 avril 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, pour la nomination : 1° à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à une place d'interne en médecine aux fondations Chardon-Lagache et Rossini; 3° à deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), [pour entrer en fonctions le 1er mai 1911].

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel), à partir du jeudi 23 mars jusqu'au mercredi 5 avril, de dix heures à trois heures.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Les médailles qui suivent sont attribuées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Adam (de Bourg); Buisson (du Nord), Launois, médecin de l'hôpital Lariboisière.

PRIX INTERNATIONAL. — Le gouvernement italien a décidé de décerner un prix de 10 000 lires à l'auteur du travail sur la prophylaxie de l'infection charbonneuse d'origine professionnelle, qui sera jugé digne de cette récompense. Les mémoires, rédigés en italien ou en français, devront parvenir au ministère italien de l'Agriculture avant le 1er décembre 1911.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dixième semaine, 896 décès, au lieu de 943 pendant la semaine précédente et au lieu de 1072, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. On remarque notamment la rareté relative des maladies de l'appareil respiratoire.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On compte 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (7 cas nouveaux ont été signalés).

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE INFANTILES. — M. le docteur Variot reprendra ses conférences le lundi 20 mars, à dix heures et demie, à l'hôpital des Enfants-assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, salle de la Crèche, et les continuera chaque lundi à la même heure.

FONDATION PIERRE BUDIN. — Ecole de puériculture (91 *bis*, rue Falguière, XVe arr.) — Une conférence sera faite, le samedi 1er avril, à cinq heures, par le docteur Terrien, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

Sujet de la conférence : Alimentation du nourrisson atteint d'intolérance lactée.

EXPOSITION DE DRESDE. — Il est institué, auprès du commissariat général du gouvernement français à l'exposition

internationale d'hygiène de Dresde, un comité chargé de donner son avis sur les questions relatives à l'organisation de la section française et qui lui seront soumises par M. Edouard Fuster, professeur au Collège de France, commissaire général.

Le comité est ainsi composé :

Président : M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, président du conseil supérieur de l'assistance publique.

Vice-présidents : MM. les docteurs Calmette, directeur de l'institut Pasteur de Lille; Landouzy, membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine.

Membres : MM. P. Baudin, sénateur; Bechmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées; le docteur Bertrand, directeur du service de santé de la marine; Bluzet, inspecteur général des services administratifs; Bonnier, architecte voyer en chef de la ville de Paris; les docteurs Chantemesse, membre de l'Académie de médecine, et Courmont, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Dabat, directeur au ministère de l'agriculture; les docteurs Février, directeur du service de santé de la guerre, et M. de Fleury, membre de l'Académie de médecine; A. Fontaine, directeur du travail au ministère du travail; les docteurs Grall, directeur du service de santé des colonies, et Guinard, directeur du sanatorium de Bligny; Imbeaux, directeur des services municipaux d'hygiène de Nancy; le docteur Langlois, professeur agrégé à la Faculté de médecine; du Longbois, directeur adjoint de la comptabilité publique; Mahieu, directeur de l'office national du tourisme; les docteurs A.-J. Martin, inspecteur général des services d'hygiène du département de la Seine; Louis Martin, directeur de l'hôpital Pasteur, et Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au ministère de l'intérieur; le docteur Mosny, membre de l'Académie de médecine; Ogier, directeur du contrôle et de la comptabilité au ministère de l'intérieur; Edouard Petit, inspecteur général de l'instruction publique; les docteurs Pottevin, secrétaire général de l'office international d'hygiène, et J. Renault, conseiller technique sanitaire adjoint au ministère de l'intérieur; Eugène Roux, chef du service de la répression des fraudes au ministère de l'agriculture; Paul Roux, sous-directeur à la direction de l'hygiène (ministère de l'intérieur); J. Siegfried, député.

Secrétaires : MM. Pic, docteur en droit, rédacteur au ministère de l'intérieur, direction de l'hygiène; le docteur Guilhaud, secrétaire du conseil supérieur d'hygiène publique de France; Wœhrel, secrétaire général de l'institut Pasteur de Lille.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 MARS AU 1er AVRIL 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Richaud; — (2e série) : MM. Déjerine, Brumpt et Tiffeneau.

1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Nicolas et Retterer; — (2e série) : MM. Delbet, Mulon et Rouvière.

2e : MM. Gariel, Branca et Jean Camus.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Proust; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 28 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Achard, Maillard et Brumpt; — (2e série) : MM. Desgrez, Balthazard et Roussy.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Rémy et Terrien; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Chevassu; — (3e série) : MM. Nicolas, Thiéry et Grégoire.

3e (oral, 2e partie) : MM. Widal, Guillain et L. Bernard.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Tiffeneau; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Auvray et Lenormant; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Okinczyc et Anselme Schwartz ; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hutinel, Dupré et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert, Letulle et Carnot; — M. Rathery, suppléant.

Mercredi 29 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Gaucher, André Jousset et Tiffeneau; — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Lœper.

1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Retterer et Mulon; — (2e série) : MM. Segond, Macaigne et Branca; — (3e série) : MM. Nicolas, Proust et Rouvière; — M. Gougerot, suppléant.

Jeudi 30 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Pierre Marie, Balthazard et Nicloux; (2e série) : MM. Chassevant, Brumpt et Roussy.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Nicolas, Terrien et Grégoire; — (3e série) : MM. Rémy, Thiéry et Lenormant.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Gougerot et Rathery.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot ; — M. A. Léri, suppléant.

Vendredi 31 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez; —(2e série) : MM. Gaucher, Richaud et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Retterer et Macaigne; — (2e série) : MM. Nicolas, Proust et Rouvière; — (3e série) : MM. Hartmann, Branca et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Widal, Sicard et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Zimmern et Laignel-Lavastine; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Pierre Duval; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. A. Léri, suppléant.

Samedi 1er avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Widal, Desgrez et Balthazard; — (2e série) : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Rémy et Thiéry; — (2e série) : MM. Prenant, Retterer et Terrien ; — (3e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant; — (4e série) : MM. Nicolas, Grégoire et Chevassu; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Nobécourt et Roussy ; — (2e série) : MM. Gilbert, Carnot et Gougerot; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Claude et Castaigne.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 29 mars, à une heure. — M. Regnier. Le mal de montagne. Etude expérimentale faite aux observatoires du Mont-Blanc. (MM. Gautier, président; Blanchard, Mauclaire et Brumpt.) — M. Baudrand. L'accroissement. Ses caractères normaux et anormaux chez le nourrisson. Ses rapports avec l'hérédité, plus spécialement dans les états morbides. Syphilis, alcoolisme et tuberculose. Essai de théorie ontogénitique. (MM. Gautier, président; Blanchard, Mauclaire et Brumpt.) — M. Bertrand. Les parasites pigmentés endoglobulaires des vertébrés. (MM. Blanchard, président; Gautier, Mauclaire et Brumpt.) — M. Guillaume. De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. (MM. Pinard, président; Reclus, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. Lesca. Des amygdales palatines infectées. De la nécessité de leur exérèse totale. (MM. Reclus, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.)

Tossiemia intestinale pseudotifoide. Contributo allo studio della cosi detta febbre da auto-intossicazione intestinale, par le docteur Carlo Martelli (de Naples). — Naples, Luigi Pierro, éditeurs.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ULCÈRES DU DUODÉNUM (2)

Par M. T. FERRAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

VII

Pronostic. Durée. — L'ulcère duodénal se présente en clinique de deux façons : ou le malade n'ayant jamais présenté de symptômes est emporté par une hémorragie ou une péritonite sans que rien n'ait révélé la marche lente et insidieuse de l'affection, ou bien l'ulcère évolue comme une maladie chronique à poussées successives paroxystiques.

Il est donc impossible de préciser la durée de la maladie, l'affection peut évoluer pendant un an, cinq ans, quinze ans, vingt-quatre ans même (Delagenière), jusqu'à ce que des crises douloureuses intenses, ou des complications obligent le malade à demander une intervention.

La guérison est possible : nous avons vu que l'ulcère peut se cicatriser et si au point de vue anatomo-pathologique du tissu fibreux infiltre la paroi duodénale, cliniquement on peut parler de guérison. Krauss note dans 2,5 p. 100 des cas la guérison par cicatrisation, Collin 8,7 p. 100.

Mais il ne faut pas oublier que cette cicatrisation peut entraîner des accidents, tels que la sténose ou l'occlusion avec ou sans dilatation du cholédoque et des voies biliaires, la thrombose possible de la veine porte par ligature cicatricielle et surtout l'ectasie gastrique.

Le pronostic de l'ulcère duodénal comporte une réelle gravité. Le malade, amaigri, affaibli par une dénutrition prolongée et des crises douloureuses que ne calment plus l'ingestion des aliments ni aucune thérapeutique, est condamné à une vie misérable et meurt fréquemment de tuberculose pulmonaire ou de pneumonie. D'autres dangers plus redoutables encore le menacent : il peut être emporté par une hémorragie ou une perforation.

Ulcères des nouveau-nés. — M. Demelin distingue les hémorragies gastro-intestinales précoces succédant à des troubles respiratoires, circulatoires ou trophiques qui guérissent fréquemment à moins que la spoliation sanguine ait épuisé les forces du nouveau-né et les hémorragies tardives qui dépendent d'une infection générale, au danger de l'anémie s'ajoute celui de l'infection. La mortalité serait de 50 p. 100 pour Düsser et Tarnier.

VIII

Complications. — Les complications les plus fréquemment observées sont les hémorragies et les perforations.

1° Hémorragies. — Nous avons étudié dans l'histoire clinique de l'ulcère duodénal les hémorragies légères, à répétition, les hémorragies occultes décélables par l'examen chimique des fèces ; mais par leur adondance, par leur gravité elles peuvent revêtir le caractère de vraies complications. Le plus souvent ce sont des hémorragies intestinales, quelquefois des hématémèses alarmantes par leur répétition (cas de M. Quénu). Ces hémorragies peuvent être profuses, ainsi dans un cas (Mathieu), une malade dit avoir rendu par l'anus environ un litre et demi de sang, des caillots noirs d'abord, puis du sang rouge, les phénomènes d'anémie aiguë qui s'ensuivent menacent la vie du malade.

D'autres fois il survient de véritables hémorragies foudroyantes contre lesquelles toute action chirurgicale est inutile et qui emportent rapidement le malade.

2° Perforations. — La perforation est une complication fréquente, elle est aiguë, subaiguë ou chronique.

On a compté 181 fois la perforation sur 262 ulcères et 125 fois la perforation a provoqué une péritonite généralisée (Dieulafoy).

Des ulcères duodénaux peuvent rester latents jusqu'à la perforation. Aucune douleur, aucune hémorragie n'avaient été observées et brutalement, chez des sujets en pleine santé apparente, peut se produire la complication. Chez certains malades, on peut retrouver quelques vagues antécédents dyspeptiques. Un malade de M. Achard disait avoir seulement éprouvé cinq ans auparavant une douleur assez vive, mais passagère, à l'hypocondre droit.

Le début est brusque, le malade est pris d'une douleur atroce, « angoissante », « en coup de poignard » (Dieulafoy), dans la région de l'hypocondre droit. Le malade pousse des cris, se roule à terre.

Si on l'examine, on ne trouve pas un ventre ballonné, ni météorisé, mais « un ventre de bois ». Cette rétraction du ventre, plat et d'une dureté ligneuse, est déterminée par la contracture des muscles abdominaux, elle est plus accentuée dans l'hypocondre droit. C'est là un signe important pour M. Dieulafoy ; ce n'est que plus tard que pourrait apparaître du météorisme abdominal.

Cette tétanisation de l'abdomen rend la palpation difficile sinon impossible, ou réveille une douleur vive généralisée avec un maximum très net sous les fausses côtes droites au niveau de la vésicule biliaire.

On note du hoquet, des vomissements porracés. M. Schwartz, dans son rapport de 1898, insiste sur l'arrêt des matières et des gaz dans ces péritonites diffuses.

La face est pâle, grippée, les yeux sont excavés, l'anxiété est profonde. Cependant les signes de collapsus manquent ou sont peu marqués. La respiration est saccadée, gênée par la contracture du diaphragme. La température oscille entre 38°5 et 37°5, le pouls est ralenti : 50 à 60.

Dans cette forme aiguë, l'orifice de la perforation est large, l'estomac est rempli d'aliments ou de sécrétions, aussi le péritoine inondé de liquide septique réagit rapidement, le ventre se ballonne ; une

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 29, p. 429.

péritonite diffuse emporte le malade à moins que l'opération ait été pratiquée dans les premières heures, condition essentielle du succès.

Dans un cas de Murchison le malade meurt trois heures après le début de la perforation, dix-huit heures après dans le cas de Dutil. En général il est emporté deux jours après le début, rarement il dépasse cinq à six jours.

Mitchell observant 25 cas de perforation estime que la gravité d'une perforation duodénale est moindre que celle d'une perforation stomacale. Dès qu'elle se produit, le pylore se contracte et ferme le passage au contenu stomacal et d'autre part le contenu du duodénum serait moins septique que celui de l'estomac.

Mais après la lecture des observations, il faut admettre que la perforation du duodénum est d'une gravité redoutable, c'est un « accident terrible », dit M. Dieulafoy; la perforation duodénale est plus grave encore que la perforation de l'estomac, car, par le large orifice maintenu béant par ses bords indurés, se déversent dans le ventre avec une grande rapidité et en quantité considérable les microbes et les toxines provenant de l'estomac sous forme de chyme et de l'intestin sous forme de matières fécales.

Dans la forme subaiguë, l'orifice est petit et l'estomac est vide, l'épiploon et des adhérences peuvent limiter l'épanchement du liquide. Au bout de quinze à vingt heures, le ventre s'assouplit, les phénomènes s'amendent. L'infection aboutit à la formation d'un abcès.

Dans d'autres cas, le malade est pris brusquement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, suivie de vomissements alimentaires, l'examen du ventre put révéler une douleur très nette dans la zone appendiculaire, le pouls et la température sont modérés, l'état général paraît peu atteint, l'évolution est lente. Dans un tel cas, M. Quénu porta le diagnostic d'appendicite aiguë de moyenne intensité; l'intervention pratiquée huit jours après le début des accidents ne sauva pas le malade et l'autopsie montra une péritonite purulente généralisée consécutive à une perforation de la deuxième portion du duodénum.

Dans ce qu'on a appelé la perforation chronique, des adhérences ont précédé et accompagné le processus ulcératif, le duodénum est uni aux organes voisins, qui ont formé « tampon » comme le foie et surtout le poumon, il en résulte une fistule ou une péritonite plastique avec adhérences consécutives.

3° ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES. — Un abcès sous-phrénique peut être la conséquence de la perforation duodénale. C'est là une complication rare; sur 175 cas de perforation recueillis par Collin, 3 seulement ont été suivis de la formation d'abcès sous-phréniques, et d'autre part sur 880 abcès sous-phréniques, Piquand n'en relève que 35 dus à une perforation du duodénum.

En pareil cas, la perforation siège presque toujours sur la première portion du duodénum près du pylore ou sur la deuxième portion à sa partie supérieure. Ordinairement on l'observe sur la face antérieure, exceptionnellement sur la face postérieure. Sa dimension est variable, elle peut atteindre le diamètre d'une pièce de 50 centimes (Chauffard, Routier); rarement elle ne laisse passer que la pointe du stylet (Aleylaus).

Le début est brusque par une douleur terrible au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, le ventre est rigide, très sensible. Il y a des vomissements, le pouls est filant, la température atteint 39 degrés. Ces phénomènes alarmants s'améliorent dans les jours qui suivent. La percussion montre une diminution de la zone de matité hépatique, et bientôt une zone de sonorité tympanique.

La perforation une fois produite, le liquide et les gaz s'accumulent dans la loge sous-hépatique entre le foie et le méso-côlon transverse déterminant un abcès sous-phrénique postérieur droit (Piquand), c'est là l'éventualité la plus fréquente. Si des adhérences ferment la loge sous-hépatique, on peut voir un abcès sous-phrénique antérieur droit. Quand la perforation siège près du pylore, les liquides intestinaux peuvent fuser vers l'hypocondre gauche et déterminer un abcès sous-phrénique antérieur.

Signalons un cas de M. Hartmann où une perforation de la face postérieure du duodénum détermina un abcès de l'arrière-cavité des épiploons.

Le pus contient souvent des matières alimentaires et quelquefois des gaz à odeur fétide.

Le pronostic de cette complication est grave, car les malades abandonnés à eux-mêmes succombent à une péritonite, à une pneumonie, à une gangrène pulmonaire après ouverture de l'abcès dans la plèvre ou le poumon; il n'y a de salut que dans une intervention hâtive : sur six malades opérés, Piquand cite quatre guérisons.

4° COMPLICATIONS PANCRÉATIQUES. — Les complications pancréatiques sont relativement fréquentes au cours de l'ulcère duodénal. Juillard, dans sa thèse, en relate 37 cas sur 300 observations d'ulcère publiées. L'ulcère présente alors comme siège 23 fois la première portion, 9 fois la portion descendante, jamais il n'occupe la portion horizontale; et quel que soit le siège, c'est toujours la paroi postérieure qui est ulcérée.

Au point de vue clinique, ces complications sont le plus souvent latentes. Un examen plus approfondi dans ces cas révélerait des troubles de dyspepsie pancréatique, vomissements graisseux, sialorrhée, diarrhée abondante et surtout stéarrhée, c'est ici que devient précieux l'examen coprologique.

Deux signes pourront cependant faire penser à ces complications : les hémorragies abondantes et l'ictère, conséquence de la sclérose des canaux biliaires, mais ce dernier signe est inconstant.

5° STÉNOSES DU DUODÉNUM. — La sténose du duodénum, lorsque l'ulcère siège à l'ampoule de Vater, entraîne des réactions cicatricielles, des oblitérations du cholédoque. On a pu observer l'oblitération des canaux cholédoque, cystique, hépatique et de Wirsung. Le cholédoque peut atteindre un calibre considérable. La vésicule biliaire peut augmenter de volume.

Les signes sont alors des troubles de compression dont l'ictère est le plus important, produit soit par rétention le plus souvent, soit par infection angiocholitique, véritable ictère catarrhal (H. Bernard).

6° COÏNCIDENCE D'ULCÈRE DUODÉNAL ET D'ULCÈRE GASTRIQUE. — Cette association est fréquente, Moynihan compte 30 cas d'ulcère atteignant les deux organes sur 137 ulcères. Z. Büsch en a observé 3 sur 14 cas.

7° COMPLICATIONS PLUS RARES. — a. *Fistules duodéno-cutanées.* — Après une opération pour un abcès sous-phrénique, une fistule duodénale à travers laquelle s'écoulent la bile et les sécrétions intestinales peut persister plus ou moins longtemps.

b. *Transformation néoplasique.* — Alors que la transformation néoplasique de l'ulcère de l'estomac est fréquemment observée, l'ulcère duodénal dégénère exceptionnellement. On a pu en citer quelques cas.

IX

Diagnostic. — Nous avons vu qu'il est des ulcères du duodénum latents ne se traduisant par aucun symptôme jusqu'à la perforation.

Mais quand l'ulcère invétéré a une histoire clinique, y a-t-il des signes pathognomoniques qui permettent de le reconnaître ?

Bucquoy, dans son mémoire, basait le diagnostic de la lésion sur la triade suivante : 1° hémorragies intestinales à début brusque, se produisant en pleine santé apparente, hémorragie répétée et plus ou moins abondante ; 2° douleurs à droite de la ligne médiane dans une région correspondant à la face inférieure du foie et survenant trois ou quatre heures après les repas ; 3° absence de phénomènes gastriques.

Les deux symptômes cardinaux : douleurs et hémorragies joints aux autres signes ne sont malgré tout que des signes de probabilité et ne permettent pas d'affirmer d'une façon absolue que l'on est en présence d'un ulcère duodénal.

On se basera sur les anamnestiques : le plus souvent il s'agit d'un homme dans la force de l'âge qui a un long passé dyspeptique et que l'on a traité sans succès pour une dyspepsie nerveuse ou de l'hyperchlorhydrie. Il présente des douleurs tardives dont nous avons précisé l'horaire, une sensation de faim douloureuse calmée par les aliments, phénomènes survenant par crises d'une durée variable, séparées par des intervalles de santé apparente.

La constatation du sang dans les selles en grande ou faible quantité a une réelle importance, elle doit faire penser à une ulcération, mais ce signe a moins de valeur pour affirmer la localisation de cet ulcère au duodénum, puisqu'une hémorragie gastrique peut ne se traduire que par du melæna.

Einhorn préconise, dans un but diagnostique, le cathétérisme duodénal ; il pratique « l'exploration par l'imprégnation du fil ».

Einhorn fait avaler à son malade à neuf heures du soir un « petit seau » contenu dans une capsule de gélatine et suspendu à un fil de soie long de 75 centimètres dont l'extrémité est maintenue aux arcades dentaires. On retire l'appareil le lendemain matin quand le malade est encore à jeun et on examine le fil. S'il y a un ulcère, le fil s'est teint en brun sale à son contact, il suffit alors de mesurer la distance qui sépare cette « tache d'imprégnation » de l'extrémité du fil pour connaître la situation de l'ulcère.

De 40 à 58 centimètres, l'ulcère siège à l'estomac du cardia au pylore ; au delà de 59 centimètres au duodénum.

Cette méthode a donné entre les mains de son auteur des résultats qui lui ont paru probants.

Plus précieux est l'examen coprologique : il consiste d'une part dans la recherche des hémorragies occultes par les réactifs de Weber ou de Meyer, d'autre part dans l'analyse chimique et histologique des fèces après un repas d'épreuve, délimité par un cachet de carmin pris avant et après l'ingestion des aliments.

Ce double examen chimique et histologique révèle : 1° la non-digestion des graisses et l'absence de leur dédoublement (René Gaultier) ; 2° la persistance des noyaux dans les fibres musculaires (Schmidt) ; 3° la présence de grains d'amidon non digérés (Binet).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le diagnostic de l'ulcère duodénal avec l'ulcère pylorique est-il possible ?

Les travaux de MM. Hayem, Soupault, Mathieu ont montré que les crises douloureuses paroxystiques, le plus souvent tardives, calmées par l'ingestion des aliments, et l'hypersécrétion gastrique concomitante, c'est-à-dire le syndrome de Reichmann, traduisent l'existence d'un ulcère de la région pylorique ou juxta-pylorique.

MM. Hartmann et Tuffier, de grande expérience dans la question, professent la même opinion. M. Tuffier estime qu'au point de vue clinique il faut faire « table rase du pylore anatomique ». Il existe : 1° des ulcères pyloriques ou juxta-pyloriques sur le versant gastrique ou duodénal ayant la même symptomatologie, douleurs tardives, hypersécrétion, hyperchlorhydrie, débris alimentaires le matin à jeun, en un mot le syndrome de Reichmann ; 2° une seconde variété d'ulcères occupant franchement le duodénum et répondant à un type clinique différent où, nous l'avons vu, les manifestations pyloriques de spasme, d'hypersécrétion et de stase sont ou très atténuées ou même nulles.

L'ulcère de la région pylorique conserverait beaucoup plus longtemps la régularité de ses crises douloureuses et serait plus longtemps calmé par l'ingestion d'aliments, de lait ou d'alcalins ; d'autre part les troubles dyspeptiques sont la règle dans l'ulcère pylorique, alors que nous avons vu leur rareté relative dans l'ulcère du duodénum.

On peut donc tracer une symptomatologie distincte de l'ulcère pylorique et de l'ulcère duodénal, sous cette réserve que, entre ces deux types cliniques, il y a place pour des formes mixtes particulièrement difficiles à reconnaître.

D'après M. Mathieu, le diagnostic différentiel serait surtout à établir avec l'ulcère de la petite courbure ; dans cette affection, en effet, comme dans

l'ulcère duodénal, il n'y pas de rétention par sténose du pylore et les douleurs ne sont pas longtemps calmées par les aliments. Mais les douleurs retentissent vers la région dorsale, il n'y a pas d'irradiations douloureuses vers l'hypocondre droit.

Cependant il n'y a là rien d'absolu, car, dans un cas de M. Achard, la douleur siégeant à droite de la ligne médiane et assez bas, avec l'horaire caractéristique, avait fait diagnostiquer un ulcère duodénal et l'autopsie montra un ulcère gastrique avoisinant le pylore.

On conçoit que, dans l'ulcère invétéré du duodénum non perforé, la prédominance de tel ou tel symptôme fasse errer le diagnostic : on a pu croire à une dyspepsie banale, à une cholécystite, à une appendicite, à un rein mobile, même à de la neurasthénie.

Diagnostic des complications. — En présence des signes de perforation aiguë, un point embarrassant est de savoir si la perforation s'est faite dans l'estomac ou le duodénum. Evidemment on la localise à l'estomac si le malade présentait antérieurement les signes d'un ulcus gastrique. Mais souvent l'ulcère duodénal est latent jusqu'à cette complication, et d'autre part ulcère gastrique et ulcère duodénal peuvent exister.

Le diagnostic est difficile et du reste la ligne de conduite est la même dans les deux alternatives. D'après Arcy Power et Broadhent les signes de collapsus seraient toujours moins marqués en cas de perforation duodénale que dans les perforations d'ulcère gastrique.

En présence d'une perforation aiguë du duodénum on pense à une occlusion intestinale et plus souvent à une appendicite perforante, on pense à une colique hépatique, à une cholécystite calculeuse.

Dans les 15 cas de Houzé (1896), le diagnostic ne fut fait qu'une fois; dans les 25 cas réunis par M. Schwartz (1898), cinq avaient fait penser à une perforation de l'estomac. Aussi faut-il admettre avec M. Sieur qu'en cas de péritonite diffuse il faut toujours examiner le duodénum.

L'*occlusion intestinale* ne débute jamais par un « coup de poignard », l'installation des symptômes s'est faite progressivement, une période de constipation a précédé l'arrêt des matières et des gaz.

L'*appendicite perforante*, la *colique hépatique* n'ont pas un début aussi violent et aussi subit, l'état général surtout n'a jamais cette gravité dans une colique hépatique, le malade a déjà le masque de la péritonite suraiguë dans la perforation, rien de cela dans la colique hépatique, la fièvre n'est pas un élément de diagnostic suffisant, elle peut manquer dans la perforation et se montrer dans la colique hépatique (fièvre hépatalgique de Charcot).

L'acuité de la douleur, la contracture abdominale plus marquée au niveau de l'hypocondre droit sont en faveur de la perforation duodénale. Mais le diagnostic reste toujours difficile, surtout dans le cas d'ulcère perforant consécutif à l'appendicite, où les deux lésions coexistent.

En présence d'un abcès sous-phrénique on a pu croire à une *pleurésie diaphragmatique* accompagnée de symptômes abdominaux. Les vomissements, le délire, la température, l'état général ont pu en imposer pour une *fièvre typhoïde* avec perforation anormalement haute sur l'intestin et péritonite circonscrite (Wiseman).

Dans le cas de sténose de l'ampoule de Vater amenant des phénomènes d'obstruction biliaire, le diagnostic est d'une réelle difficulté : on pense à une obstruction du cholédoque par calcul ou par tumeur (Harrington), l'intervention seule peut lever les doutes.

X

Traitement. — Le sujet atteint d'un ulcère du duodénum est condamné à subir le retour de crises de plus en plus douloureuses et de plus en plus prolongées, il est astreint à un régime sévère, quand sa vie n'est pas abrégée par une complication redoutable : hémorragie ou perforation.

Aussi, après les chirurgiens anglais et américains, MM. Ricard et Pauchet proclamaient-ils que l'ulcère duodénal chronique est purement chirurgical, que tout ulcère duodénal doit être opéré, au début de l'évolution de la maladie alors que seuls des troubles dyspeptiques hyperacides altèrent la santé du sujet.

M. Mathieu rejette, en pareil cas, l'urgence de l'intervention et lui oppose le traitement médical. On peut être redevable de la guérison à un régime alimentaire sévèrement institué et prolongé, quitte à intervenir si, après des années de digestion parfaite, surviennent des récidives. Codman (de Boston) a observé des cas de guérison spontanée.

Le chirurgien a le choix entre quatre méthodes : l'excision, la gastro-entérostomie, la résection, l'exclusion.

1° Excision de l'ulcère. — L'excision suivie de suture est applicable aux petits ulcères non adhérents et accessibles.

2° Résection. — La résection du duodenum peut être faite seule ou associée à une résection pylorique; après fermeture des deux extrémités duodénales on pratique une gastro-entérostomie postérieure.

3° Exclusion. — L'exclusion consiste à sectionner l'estomac en amont du pylore et à fermer séparément les deux extrémités. On fait ensuite une gastro-entérostomie. L'ulcère est ainsi mis à l'abri du contact alimentaire et digestif, il est dans les meilleures conditions de repos. Cette opération paraît, pour M. Delagenière, la plus logique; elle lui a, dans un cas, donné un résultat remarquable.

4° Gastro-entérostomie. — La gastro-entérostomie postérieure pratiquée au point le plus déclive de l'estomac est l'opération de choix; en cas d'adhérences de la paroi stomacale postérieure, il faut recourir à la gastro-entérostomie antérieure, quand l'ulcère siège sur la face antérieure du duodénum, il est bon de compléter l'opération par l'enfouissement de l'ulcère. Dans certains cas on pourra adjoindre à la gastro-entérostomie soit l'exclusion

pylorique, soit l'excision de l'ulcère. Mais le plus souvent la gastro-entérostomie est seule possible.

C'est là l'opération de choix, car elle est la plus bénigne, malgré les complications pulmonaires que l'on observe après elle et qui tiennent autant à l'état précaire de ces malades qu'à l'anesthésie chloroformique; enfin elle suffit à assurer la cicatrisation de l'ulcère.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — Contre une hémorragie grave menaçant la vie du malade et permettant cependant l'intervention on a pratiqué la gastro-entérostomie et l'enfouissement de l'ulcère, les vaisseaux qui entourent l'ulcère étant compris dans cette suture enfouissante.

Dans un cas d'hémorragie aiguë, M. Quénu a pratiqué l'exclusion du pylore et du duodénum aprás gastro-entérostomie postérieure. Cette opération a été suivie d'un bon résultat. Elle conviendrait d'après M. Quénu aux cas d'hémorragie récente et même pendant les hémorragies.

Le traitement de la perforation aiguë consiste après laparotomie latérale à enfouir l'ulcère sous deux plans de suture consolidés par un tampon épiploïque. La suture sera faite transversale pour diminuer les risques de rétrécissement. Mais le plus souvent il est impossible d'enfouir ou de suturer, à cause de l'épaisseur et de la dureté des parois intestinales et des adhérences qui maintiennent béants les bords de la perforation. Delagenière, dans 3 cas de perforation, a pu une seule fois pratiquer la suture et compléter par une gastro-entérostomie, dans les deux autres cas il a pratiqué seulement la gastro-entérostomie.

Le point important est d'assurer largement le drainage de la loge sous-hépatique, de l'épigastre et du petit bassin à l'aide d'un gros drain introduit par une incision pratiquée au-dessus du pubis.

On recommande après l'opération de mettre le sujet demi-assis et de faire des injections continues d'eau salée dans le rectum, « à la dose d'un litre par heure » (Mitchell).

Dans les abcès sous-phréniques, le traitement consistera dans l'incision et le large drainage de l'abcès.

Pour les sténoses cicatricielles du duodénum, M. Vautrin rejette les opérations palliatives comme la gastro-entérostomie qui diminue les dangers de la lésion, mais ne les supprime pas; cet auteur propose la duodénectomie et mieux l'exclusion duodénale avec gastro-entérostomie qui donnent une sécurité complète. La résection serait réservée aux rares cas de sténose limités à la partie descendante du duodénum sans connexions étroites avec les organes voisins.

Dans un cas de rétrécissement de l'ampoule de Vater amenant l'obstruction des voies biliaires, Harrington sépara le cholédoque de la veine porte et de l'artère hépatique, le sectionna et après avoir fermé l'extrémité duodénale, réimplanta le bout distal dans le duodénum et obtint la guérison.

Les résultats chirurgicaux sont très encourageants. La mortalité des ulcères duodénaux opérés en dehors des complications est de 2 p. 100 pour les chirurgiens anglo-américains, même la statistique des frères Mayo et de Moynihan s'abaisse à 1 p. 100. Ces auteurs peuvent citer des guérisons durables dont quelques-unes remontent à dix-sept ans.

Quant aux interventions pour perforation aiguë, les résultats sont bons, lorsque les opérations sont pratiquées dans les premières heures.

Cependant il faut reconnaître que certaines statistiques étrangères avec 100 p. 100 de guérisons contrastent singulièrement avec les résultats qu'avouent les chirurgiens français. Cette différence tient à ce qu'en France presque tous les sujets ont été opérés en pleine péritonite, de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'accident.

Mais il ne faut pas oublier que, même après une longue période de guérison, la récidive de l'ulcère est toujours à craindre, que d'autre part on peut observer l'ulcère jéjunal après gastro-entérostomie; aussi, après l'intervention, le traitement médical doit-il reprendre tous ses droits.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. A propos de la symptomatologie des ulcères du duodénum et de l'estomac, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, n° 33.
AUSTIN. *Med. Record*, avril 1910, t. LXXVII.
BERNARD (H.). Les complications de l'ulcère du duodénum, *Gaz. des hôpit.*, 1897, n° 92.
BUCQUOY. Etude clinique sur l'ulcère simple du duodénum, *Arch. gén. de méd.*, 1887, t. CLIX.
BUSCH. *Münch. med. Woch.*, 1910, t. LVII.
CODMAN. *Boston med. and surg. Journ.*, t. CLXI, nos 11 et 12.
COLLIN. *Ulcères simples du duodénum*, Th. de Paris, 1894.
DAHLGREN. *Nord. med. Arch.*, t. XLI.
DEHELLY. *Arch. méd.-chir. de Normandie*, nov. 1910.
DELAGENIÈRE, TUFFIER et HARTMANN. Discussion à la Soc. de chir., *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1910, n° 32.
DEMELIN. In *Traité des maladies de l'enfance* Grancher-Marfan.
DIEULAFOY. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1898; — *Manuel de pathologie interne*, 16e édition.
DRUMMON et MORISON. *The Brit. med. Journ.*, n° 2532.
DUTEL. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 1887.
EINHORN. *Boston med. and surg. Journ.*, t. CLX, n° 7; — *Deut. med. Woch.*, t. XXXV, n° 37; — *Berl. klin. Woch.*, t. XLVI, n° 16.
ELIOT. *Amer. Journ. of surg.*, 1908, n° 10.
FOURDINIER. Ulcère perforant duodénal ayant simulé une appendicite, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1910, t. XXXIII, n° 14.
FURSTERER. *Beit. z. klin. Chir.*, 1910, t. LXVIII.
GAUDY. *La Nécrose hémorragique des toxémies et l'ulcère simple*, Th. de Paris, 1899.
GAULTIER (R.). *Maladies du duodénum et leur traitement*, Paris 1910.
GIBBON et STEMART. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1909, t. LIII, n° 17.
GROUT (Andrew). *The Lancet*, 1909, t. CLXXVII, n° 4496.
GUNZBURG. *Deut. med. Woch.*, 1910, t. XXXVI, n° 28.
GUTHRIE-RAUKIN. *The Brit. med. Journ.*, 1910, n° 2586.
HALLOPEAU et PÉRIER. Un cas d'ulcère duodénal perforé traité par la laparotomie, *Progrès méd.*, 1909.
HERRINGTON. *The Boston med. and surg. Journ.*, t. CLX, n° 7.
KNAGGS. *The Lancet*, t. CLXXVII, n° 4494.
KROISS. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1910, t. LXVI.

JUILLARD. *Contribution à l'étude des complications pancréatiques de l'ulcère duodénal*, Th. de Paris, 1910.
LECLERC et LAMBERT. *Lyon méd.*, t. CXIV, n° 15.
LEFÈVRE. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1910, t. XXXI, n° 21.
LÉTULLE. *Presse méd.*, 1894, p. 333.
LEURET. *Paris chirurgical*, 1910, n° 6.
MAC KNIGHT. *Med. Record*, 1910, t. LXXVII, n° 26.
MANSELL MOULLIN. *The Lancet*, t. CLXXIX, n° 4544.
MATHIEU. *Pathologie gastro-intestinale*, 2e série, p. 75; — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1910, n° 31; — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, n° 32.
MENDEL. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVI, n° 37.
MITCHELL. *The Brit. med. Journ.*, n° 2570.
MOYNIHAN. *Duodenal Ulcer*, 1910; — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1908, t. VII, n° 4.
MURPHY. *Med. Record*, t. LXXVI, n° 18.
ŒTTINGER. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, oct. 1910.
PECK. *Ann. of Surg.*, 1910, t. LI.
PILLIET et DENY. Erosions hémorragiques du duodénum, *Soc. de biol.*, juillet 1893.
PIQUAND. Les abcès sous-phréniques, *Revue de chir.*, 1909, n° 8.
QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1910, n° 34.
RICARD et PAUCHET. *Rapport au XXIIIe Congrès de chir.*, 1910.
SCHLOSS. *Berl. klin. Woch.*, 1910, t. XLVII, n° 19.
SCHWARTZ. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1898.
SOULIGOUX et HARTMANN. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1910, n° 33.
SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*, 1906.
SPRIGGS. *The Brit. med. Journ.*, 1910, n° 2577.
STERNBERG. *Wiener klin. Woch.*, 1910.
THOMSON. *New-York med. Journ.*, t. XCI, n° 24.
TURCK. *Zeit. f. experim. Path. und Therapia*, t. VII, f. 3.
VAUTRIN. *Arch. gén. de chir.*, 1910, n° 8.
VERMOREL et MARIE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893.
WILMS. *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 13.
WINIVARTER. *Le Scalpel et le Liége médical*, 1910, t. LXII, n° 49.
WISEMAN. *Boston med. and surg. Journ.*, t. CLX, n° 11.
WUNDERLICH. *Hand. der Pathol. a. Ther.*, 1856, t. III.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DES MAINS

Prendre fréquemment des bains locaux émollients et porter des gants en caoutchouc.

Appliquer la pommade suivante :

Acide salicylique	1 gramme
Glycérolé d'amidon	30 —

Poudrer ensuite avec :

Acide salicylique	1 gramme
Oxyde de zinc	5 —
Poudre de talc	10 —

Mêlez.

POMMADE NASALE (MOURE).

Baume du Pérou ou menthol	0g05
Chlorhydrate de cocaïne . . 0g05 à	0g15
Acide borique	1 gramme
Vaseline	15 —

POMMADE A LA STOVAINE CONTRE LE PRURIT

Stovaïne	0g5
Phénacétine	2 grammes
Lanoline	10 —
Vaseline	10 —

M. s. a. (*Journ. de pharm. et de chimie.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1911)

Maladie de Little. — M. et Mme LONG-LANDRY. Quatre autopsies ont donné les résultats suivants : un cas de méningo-encéphalite avec porencéphalie, un second analogue avec sclérose corticale, un de méningite cérébro-spinale avec épendymite et hydrocéphalie, enfin, dans le dernier, l'enfant était remarquablement intelligent, et ne présentait aucune lésion cérébrale; dans la moelle, deux foyers de tuméfaction avec foyers de nécrose, et lésions méningées. Les cas de maladie de Little se divisent en deux catégories : la première, la plus nombreuse formée d'infections à localisations diverses, la deuxième, dont on connaît seulement une cinquantaine d'autopsies, par lésions asphyxiques et hémorragiques pendant l'accouchement. La nature des infections qui constituent le premier groupe est imprécise : il s'agit de tissu fibreux sans caractères pouvant permettre de diagnostiquer la syphilis, l'origine de l'infection reste indéterminée.

En ce qui concerne la localisation des lésions, dans les deux premiers cas, elles prédominent sur la face externe des hémisphères, mais sans remonter jusqu'à la partie supérieure, et n'atteignent pas le lobule paracentral. On ne peut donc expliquer la prédominance de la contracture aux membres inférieurs par la topographie des lésions de la zone rolandique. En outre, les lésions de la moelle ne restent pas localisées au faisceau pyramidal, mais s'étendent à toute l'étendue des cordons antéro-latéraux. — M. MEIGE fait remarquer que les deux premiers faits ne méritent peut-être pas le nom de maladie de Little, et qu'il conviendrait peut-être d'en distinguer les faits avec troubles cérébraux, la localisation cérébrale pouvant exister ou non.

Tumeur de la glande pinéale chez une femme obèse de trente-sept ans. Atrophie mécanique de l'hypophyse et reviviscence du thymus. — MM. APERT et PORAK. Une femme de trente-sept ans vint mourir à l'hôpital avec des signes d'hypertension intracranienne. A dix-neuf ans, elle s'était mise à grossir rapidement en quelques mois, en même temps que ses règles étaient momentanément suspendues. L'obésité se localisait au tronc et aux mammelles, respectant les extrémités. En même temps, elle devenait à peu près aveugle. A l'autopsie, tumeur de la région épiphysaire refoulant le vermis cérébelleux, et de nature peut-être névroglique. Le troisième ventricule était distendu et son plancher formait une sorte de petit kyste comprimant à l'extrême l'hypophyse. Le thyroïde est scléreux, les surrénales plutôt en hyperactivité. — D'après les préparations projetées, M. ALQUIER fait remarquer que les lésions de ces deux glandes ne dépassent pas ce qu'on peut rencontrer chez des sujets n'ayant présenté aucun signe d'insuffisance. Au contraire, l'état de l'hypophyse serait plus important à connaître; à l'autopsie d'une malade atteinte de maladie de Dercum, MM. Alquier et Guillain ont constaté une sclérose de l'hypophyse délimitant des espaces alvéolaires pleins d'éléments basophiles. M. CLAUDE observe qu'en somme, les tumeurs de la région épiphysaire se traduisent surtout cliniquement par des troubles d'insuffisance hypophysaire : cette glande étant comprimée de bonne heure par le troisième ventricule distendu. Les signes d'insuffisance sont surtout nets chez les jeunes sujets, où les réactions glandulaires sont particulièrement intenses.

Huit cas de tumeurs juxta ou intraprotubérantielle avec autopsie. Etude des signes de localisation. — MM. L. ALQUIER et B. KLARFELD. Ces cas se décomposent ainsi : 1° quatre tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux; trois sarcomes et un

neuro-fibrosarcome développé aux dépens du nerf facial qui le traverse; 2° un gliome et un sarcome préprotubérantiels; 3° enfin, un tubercule de la calotte débordant sur le quatrième ventricule, et un gliome infiltrant la protubérance et les parties voisines du cervelet. Ce dernier chez un enfant de sept ans et demi, les autres chez des adultes.

Le neuro-fibrosarcome du facial (publié antérieurement par MM. Raymond, Huet et Alquier) doit être mis à part; le seul symptôme fut, pendant cinq ans, la paralysie complète du nerf avec kératite neuro-paralytique due à des lésions du ganglion de Gasser, la tumeur étant bien au-dessous du trijumeau. Dans toutes les autres observations existent de l'asynergie cérébelleuse, et des troubles des nerfs bulbo-protubérantiels :

1° Sarcome de l'angle ponto-cérébelleux gauche, paralysie de la sixième paire gauche, dysphagie, sensibilité obtuse à la langue et la muqueuse des joues, tintements d'oreille, marche déviée à gauche, chute de ce côté, latéropulsion gauche incoordination surtout à gauche, absence de vertige rotatoire au centrifugeur, dans la rotation.

2° Sarcome identique au précédent. Hypoesthésie de la langue et des joues, lèvres et paupières rigides, vers la fin, embarras progressif de la parole et reflux des liquides par le nez, roulement auditif, nystagmus dans les mouvements de latéralité des yeux sans paralysie des oculomoteurs, asynergie cérébelleuse sans prédominance d'un côté.

3° Sarcome de l'angle ponto-cérébelleux droit. Paralysie faciale droite, kératite neuro-paralytique droite, titubation bilatérale, paralysie des mouvements associés des yeux vers la droite.

4° Neuro-fibrosarcome du facial mis à part.

5° Volumineux gliome préprotubérantiel prédominant à droite. Paralysie de la sixième paire droite, embarras transitoire de la parole, asynergie cérébelleuse des membres du côté droit, pulsion à droite, vertiges, chute à droite.

6° Sarcome préprotubérantiel gauche, dysarthrie, chute de toutes les dents, titubation sans prédominance unilatérale, déviation des yeux à droite les derniers jours.

7° Tubercule de la calotte, paralysie sensitive et peut-être motrice de la cinquième paire gauche, de la septième droite, surdité gauche sans lésion auriculaire, asynergie gauche, paralysie associée des mouvements de latéralité des yeux.

8° Gliome infiltré. Paralysie des sixième nerfs, troubles de la voix et de la déglutition, titubation sans prédominance d'un côté.

La plupart des malades présentaient des lésions de l'oreille moyenne, l'anesthésie cornéenne n'a pas été systématiquement recherchée, la paralysie associée ou le nystagmus latéral non paralytique existaient dans deux tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux et indiquent seulement que la lésion atteint le tronc cérébral ou le comprime. Dans le cas 7, le faisceau longitudinal est nettement dégénéré. La stase papillaire a fait complètement défaut dans les cas 4 et 6, elle s'est fait attendre cinq mois dans le cas 5, dix dans le cas 6.

Les troubles moteurs, sensitifs et réflexes des membres sont plus variables; dans l'obs. V, les membres étaient parésiés du même côté que la tumeur; ce fait est à rapprocher des paralysies homolatérales par tumeurs des hémisphères cérébraux, et reconnaît peut-être, la même explication. La céphalée n'occupait la nuque qu'une fois (cas 6). La durée est bien plus longue dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (deux, quatre et cinq ans) que dans les autres (deux et demi, six et neuf mois) elle fut de plus de deux ans dans le tubercule qu'on aurait peut être pu diagnostiquer par la réaction à la tuberculine.

MM. Babinski et Thomas insistent sur la valeur des troubles de l'audition unilatérale. — M. Alquier répond qu'à cet égard, ses cas ne signifient pas grand'chose, presque tous les malades ayant des lésions de l'oreille moyenne et une surdité bilatérale. — M. Babinski attache une grande importance aux signes permettant de diagnostiquer une lésion du labyrinthe postérieur : troubles du vertige voltaïque et nystagmus provoqué par l'irrigation chaude des oreilles. Ces recherches n'ont pas été faites dans les cas qui viennent d'être rapportés.

Gliome préprotubérantiel avec métastases. Hémiplégie sans dégénération du faisceau pyramidal. — MM. Lhermitte et Klarfeld. Il s'agit du cas 5 de la précédente communication. Malgré l'hémiplégie et la compression considérable du faisceau pyramidal, il n'y a pas de lésions dégénératives. Il existait des métastases multiples. Histologiquement, il s'agit d'un gliome fibrillaire paraissant avoir pris naissance dans un des nerfs de la base de l'encéphale, le trijumeau, vraisemblablement.

Structure de cinq tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. Jumentié et Sézary. Il s'agit de gliomes très vasculaires avec hémorragies : la huitième paire aplatie pénètre la tumeur et paraît avoir avec elle plus que des rapports de simple contiguité; dans l'une, les méninges sont envahies en un point, ce qui pose le problème de son origine méningée possible. Au point de vue structural, il s'agit de gliomes très fibrillaires, les fibrilles tassées simulent des faisceaux conjonctifs, mais la présence de nombreuses cellules étoilées permet le diagnostic.

Un cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — M. Foix. Les symptômes avaient été : paralysie du facial droit avec secousses cloniques de la face du même côté, surdité droite, neurokératite paralytique avec abolition du réflexe cornéen. A l'autopsie, tumeur enserrée dans une coque fibreuse épaisse.

Tumeur du pédoncule cérébral. Hémorragie de la couche optique. — M. Touche. Paraplégie sans exagération des réflexes ni signe de Babinski, parésie des membres supérieurs, rien à la face, affaiblissement intellectuel, l'œil gauche est immobile au centre de l'orbite, avec réaction lumineuse très faible, le droit présente une paralysie de la troisième paire sans ptosis. La tumeur intéresse la calotte des pédoncules cérébraux et les tubercules quadrijumeaux; il s'était produit une hémorragie terminale de la couche optique, intéressant la partie la plus reculée de la capsule interne, elle avait déterminé des mouvements choréiformes analogues à ceux décrits par M. Raymond.

Maladie de Recklinghausen. — M. Touche montre les photographies d'un malade, rhumatisant, atteint de tuberculose ancienne, et dont la peau était couverte de molluscums pendulums avec taches pigmentées. L'un des molluscums s'était développé sur une cicatrice traumatique de la tête. A l'autopsie, pas de tumeurs des nerfs ni du névraxe; l'intestin est criblé de petites nodosités paraissant être des tubercules. — M. Alquier fait remarquer que ce cas semble bien rentrer dans la catégorie de ceux décrits sous le nom de dermo-fibromatose pigmentaire, et dont il a rapporté un exemple, avec M. Raymond; dans ce fait, il y avait intégrité complète des vaisseaux et des nerfs traversant les lésions cutanées.

Sciatique radiculaire tuberculeuse. — M. Tinel projette des coupes de sciatique atteint de lésions radiculaires nettes à partir de la cinquième lombaire, et dues à des lésions bacillaires des méninges radiculaires. Treize mois avant sa mort, le malade avait été pris d'une sciatique à caractères radiculaires, qui l'avait tenu deux mois alité.

Quelques cas de méningite tuberculeuse fruste. — MM. Tinel et Gastinel ont trouvé, sur douze moelles de tuberculeux, un certain nombre de méningites bacillaires frustes, sans signes cliniques, mais avec démyélinisation et atrophie des fibres nerveuses à leur passage à travers des

petites cicatrices fibreuses qu'elles laissent après elles. Dans trois cas, il y avait de véritables kystes. Pas de dégénération des cordons postérieurs dans ces cas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 MARS 1911)

Traitement des pyélites par les lavages du bassinet. — M. DESNOS expose une méthode de traitement qui consiste à laver les suppurations rénales au moyen du cathétérisme de l'uretère; par ce procédé, il a obtenu des guérisons que l'incision du rein, seule, aurait pu produire. Ce traitement est contre-indiqué dans les cas de suppurations tuberculeuses.

Un cas de lithotritie. — M. DESNOS relate, comme exemple de la bénignité de la lithotritie, l'observation d'un malade de quatre-vingt-neuf ans chez lequel il a broyé avec succès un calcul de 82 grammes.

Les altérations chroniques du tissu cellulaire souscutané. — M. DUREY cite un certain nombre de cas où des malades, souffrant de cellulite, paraissaient atteints de diverses affections articulaires ou névralgiques; il montre la fréquence de ces lésions chroniques du tissu cellulaire souscutané, dont le traitement le plus efficace semble être le massage de la peau et de son pannicule.

M. LÉOPOLD-LÉVI estime que les œdèmes neuro-arthritiques douloureux sont souvent liés à l'instabilité thyroïdienne, et par suite justiciables de la médication thyroïdienne.

M. Maurice FAURE montre le soulagement qu'éprouvent certains malades, dits « douloureux », neuro-arthritiques, à la suite d'applications chaudes et de manipulations douces; on trouve souvent chez eux non seulement sous la peau, mais encore autour des nerfs, des viscères, des altérations du tissu cellulaire qui expliqueraient peut-être la douleur.

M. LE ROUVILLOIS pense que beaucoup de sciatiques ont pour origine une cellulite ou des nodosités douloureuses et peuvent être rapidement guéries par le massage.

A propos des injections d'arsenobenzol. — M. GASTOU montre un appareil très simple pour pratiquer les injections intraveineuses d'arsenobenzol; il préfère de beaucoup cette méthode aux injections intramusculaires qui peuvent déterminer l'enkystement du liquide injecté, comme le prouve un malade qu'il présente, et, par suite, rendre le traitement inefficace.

MM. BUTTE, M. FAURE et R. GAULTIER rapportent des cas analogues de malades chez lesquels l'injection intramusculaire fut suivie d'enkystement du liquide.

Réaction de Wassermann et réaction de Widal. — M. KLOTZ estime que le séro-diagnostic positif prouve que l'organisme n'est pas guéri; les « lociminoris resistentiæ » sont généralement des lieux de résistance renforcée où les germes s'atténuent pour donner une sorte de vaccin de Wright; ce vaccin empêche les récidives qui sont ordinairement graves par anaphylaxie.

En somme, la plupart des maladies considérées comme aiguës sont des maladies chroniques.

ANALYSES

MÉDECINE

Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin dans les cancers de l'appareil digestif. (J. Ch. ROUX et R. SAVIGNAC, *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, décembre 1910.) — On désigne sous le nom de *pouvoir antitryptique*, la propriété que possède le sérum sanguin de s'opposer à la digestion de l'albumine par les ferments protéolytiques; l'antitrypsine existe toujours dans le sérum: c'est en réalité un *anticorps* qui présente effectivement toutes les réactions biologiques des anticorps ; cette antitrypsine neutralise aussi bien l'action de la trypsine du pancréas que celle des ferments protéolytiques des leucocytes polynucléaires.

Les auteurs ont employé la technique suivante : on prépare des plaques d'agar additionnées de lait. Sur une plaque ainsi préparée, si l'on dépose quelques gouttes d'une solution de trypsine on voit apparaître un disque clair (digestion de la caséine du lait par la trypsine). En ajoutant à une même dose de trypsine des doses croissantes de sérum, il est facile de mesurer à quel moment l'activité de la trypsine a été arrêtée: on connaîtra alors le pouvoir antitryptique du sérum; les auteurs considèrent comme pouvoir normal, un pouvoir antitryptique qui ne dépasse pas un quart et comme anormal tout pouvoir dépassant un quart. Ce chiffre est obtenu de la manière suivante : si, par exemple, la goutte du mélange (une goutte de sérum avec six gouttes de solution de trypsine), a digéré la caséine, tandis que, une goutte de sérum et 5 gouttes de solution, n'ont produit aucune digestion, on dira que ce sérum a un pouvoir antitryptique égal à un cinquième.

Le pouvoir antitryptique du sérum est presque toujours supérieur à un quart dans les cancers de l'estomac.

Mais il n'y a pas que dans le cancer, que ce pouvoir soit élevé : il l'est encore dans les maladies infectieuses aiguës, surtout dans la pneumonie ; il l'est encore pendant la grossesse, même dès le début de la grossesse; la pathogénie de l'augmentation de ce pouvoir est encore très discutée; l'origine leucocytaire est soutenue par certains auteurs ; en ce qui concerne le cancer de l'estomac, il est vraisemblable que c'est à la destruction des tissus de l'organisme et à l'amaigrissement qu'il faut attribuer cette élévation du pouvoir antitryptique.

En ce qui concerne l'importance du diagnostic de la constatation des variations de ce pouvoir antityptique, les auteurs pensent que c est surtout la réaction négative qui a de l'importance, car à coup sûr elle permet d'éliminer le diagnostic de cancer.

Ces conclusions sont le résultat de recherches personnelles fort consciencieuses, puisque 53 observations viennent étayer les conclusions très intéressantes de cet important article. L. BABONNEIX.

Sur la question de l'infection générale gonococcique. (LEEDE. *Münch. Med. Woch.*, 28 février 1911, n° 9, p. 466.)— Un homme da quarante-neuf ans fut atteint trois jours après un coït suspect de rougeur et d'inflammation de la région préputiale. Presque immédiatement après survinrent des douleurs dans les articulations des deux pieds, dans celles de la main droite et dans celle de l'épaule gauche. Les articulations atteintes étaient rouges et gonflées. Sept jours après le début de ces accidents, cet homme entra à l'hôpital d'Eppendorf où l'on constata l'existence d'un chancre mou dans le sillon balano-préputial, s'accompagnant de lymphangite dorsale de la verge, et de tuméfaction des ganglions inguinaux : dans le pus de ce chancre mou ou constata l'existence d'espèces bactériennes diverses, mais non de gonocoque.

Il n'existait pas d'écoulement urétral et il fut impossible, en raclant l'extrémité du canal avec une spatule de platine de

déceler le moindre exsudat ou le moindre microbe suspect.

Les arthropathies persistaient; elles étaient particulièrement intenses au niveau des cous de pieds qui se montraient très tuméfiés et très rouges.

La température oscillait entre 38°5 et 39 degrès.

Le chancre mou guérit assez rapidement sous l'influence des lavages et de la poudre d'iodoforme.

Mais les arthropathies des cous de pieds persistèrent, se compliquant de douleurs intenses dans les talons. Il survint une atrophie rapide de la musculature des membres inférieurs, accompagnée d'une desquamation en grosses écailles au niveau de cette même région.

La température continua à osciller irrégulièrement entre 37°2 et 40 degrés.

L'état général s'aggrava; on vit survenir du délire et de la diarrhée. La mort survint subitement le cinquante-troisième jour de la maladie.

Trois hémocultures pratiquées pendant l'évolution des accidents demeurèrent sans résultat.

A l'autopsie on trouva, outre une myocardite dégénérative, une arthrite suppurée bilatérale de l'articulation tibio-tarsienne : dans le pus se trouvaient de nombreux gonocoques, à l'état de pureté.

L'absence d'urétrite blennorragique ancienne ou récente oblige à conclure que l'inoculation du gonocoque s'est faite au niveau du chancre mou, et que l'infection, par les lymphatiques de la verge, a envahie l'économie tout entière.

A. LEMIERRE.

Le réflexe diaphragmatique. (*Riforma Medica*, 20 fév. 1911, n° 8.) — Le réflexe diaphragmatique, observé pour la première fois par Hess en 1906, étudié en 1907 par Zagari, a été recherché sur plus de 2000 malades par le docteur Carlo QUADRONE qui est arrivé aux conclusions suivantes.

Le réflexe diaphragmatique est un réflexe cutané physiologique dont la zone réflexogène est représentée par la peau du mamelon d'une mamelle et aussi quelquefois par la peau avoisinante. Il se traduit par la contraction instantanée des fibres rétro-sternales du diaphragme, et parfois des fibres antérieures du même muscle, avec rétraction consécutive de l'appendice xyphoïde, à laquelle s'unit dans certains cas une rétraction ou une légère secousse de la portion tout à fait interne de l'arc costal. La voie centripète de l'arc réflexe est représentée par les fibres sensitives supra-claviculaires qui se distribuent à l'aréole mamelonnaire, et la voie centrifuge par le nerf phénique. Le centre spinal doit être localisé dans le troisième et le quatrième segments verticaux, où l'on rencontre les fibres sensitives et motrices susdites. Chez les sujets normaux et les personnes dont le diaphragme fonctionne normalement, le réflexe diaphragmatique se rencontre dans 75 p. 100 des cas. Il est absent ou impossible à provoquer chez les vieillards dont l'appendice xyphoïde est calcifié et non élastique et chez les personnes obèses dont la réaction motrice n'est pas visible. Il est au contraire très net chez les enfants, les personnes maigres et chez celles à tempérament excitable et éréthique, ce qui s'explique par une forte activité réflexogène des cellules corticales lesquelles constituent les centres supérieurs des réflexes cutanés, le réflexe diaphragmatique y compris. Le réflexe diaphragmatique est bilatéral, mais dans la grande majorité des cas il est beaucoup plus manifeste à droite. Parfois il est très net d'un côté et absent de l'autre. Presque toujours il s'épuise rapidement.

Ce réflexe est l'expression certaine du fonctionnement normal du diaphragme, mais on a vu que son absence ne traduit pas toujours sûrement la paralysie du diaphragme. La disparition du réflexe diaphragmatique acquiert, au contraire, une grande importance au cours d'une maladie infectieuse, ou de ces processus morbides où la fonction du diaphragme peut être directement ou indirectement compromise. En pareils cas, surtout si l'on constate également l'absence de l'ombre linéaire de Litten et l'apparition d'un type respiratoire inverse, il s'agit certainement de parésie ou de paralysie diaphragmatique ou de névrite du phémique. Le réflexe diaphragmatique persiste pendant l'accès hystérique et disparaît au contraire pendant l'accès épileptique après lequel il peut manquer quelques heures. Dans le tabes dorsalis le réflexe diaphragmatique est généralement absent par suite des troubles de sensibilité mammaire et périmammaire. En général on peut dire qu'il fait défaut ou qu'il est à peine décelable dans tous les états cachectiques, et qu'il est au contraire très manifeste dans tous les états morbides où existe un état d'éréthisme fonctionnel ou une excitabilité anormale de l'écorce. Dans les cardiopathies non compensées, la présence du réflexe diaphragmatique peut constituer un bon signe pronostic, et il est probable par contre que son absence et surtout sa disparition constituent un signe de pronostic défavorable.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

L'intervention précoce dans l'ostéite tuberculeuse de la colonne vertébrale. (*Il Policlino.* Section chirurgicale, juin 1910, fasc. 6.) — Un homme de quarante-sept ans atteint de tuberculose vertébrale fut traité avec le plus grand succès par Sabella. Celui-ci n'en conclut pas qu'il faille intervenir chirurgicalement dans tout cas de ce genre, mais que lorsque tous les traitements médicaux et l'immobilisation de la colonne vertébrale ont échoué, on a le droit et le devoir de recourir à la laminectomie et à l'ablation des tissus malades. L'intervention précoce permet de surprendre la lésion au début et laisser espérer de la limiter et de l'enlever intégralement.

Le cas opéré par Sabella était dans ces conditions; il s'agissait de mal vertébral postérieur de Lannelongue.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par l'hectine et l'hydrargyre. (Félix DIVES. Th. de Paris, 1910, Jouve éditeur.) — Dans son excellente thèse, le docteur Dives arrive aux conclusions suivantes :

I. HECTINE. — 1° L'expérience et la clinique ont démontré que l'hectine est le moins toxique de tous les dérivés arsenicaux antisyphilitiques actuellement connus.

2° Elle se localise de préférence dans les muscles et la peau. Cette prédilection pour certains tissus rend compte de la rapidité avec laquelle les lésions cutanées s'arrêtent dans leur évolution, s'affaissent, se résorbent et s'épidermisent.

3° Appliquée en solution, en poudre, en pommade sur les lésions cutanées ou muqueuses, elle est douée d'un pouvoir kératoplastique puissant.

4° Ingérée sous forme de gouttes ou de pilules, elle est parfaitement tolérée par le tube digestif et agit bien, sous cette forme, grâce à sa stabilité.

5° Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle provoque une douleur et un œdème fugaces, mais jamais de nodosités avec réaction inflammatoire vive.

6° Cette propriété la rend commode pour faire des injections au voisinage des lésions circonscrites, et permet, notamment, de tenter avec facilité le traitement abortif local de la syphilis, tel que le préconise Hallopeau.

7° Injectée en pleins muscles fessiers, elle est généralement indolore ou ne provoque que des douleurs fugaces très supportables.

8° Pendant le traitement, le nombre des globules rouges et blancs du sang augmente, ainsi que sa teneur en hémoglobine. De plus, l'état général s'améliore visiblement et les forces se rétablissent.

9° L'action curative est remarquablement rapide :

A la période primaire : sur le chancre induré, quels que soient son type et son siège.

A la période secondaire : sur les éruptions cutanées ou muqueuses, sur les symptômes généraux et la céphalée en particulier.

A la période tertiaire : sur les lésions superficielles ou profondes des différents organes ou tissus, qu'elles présentent le type gommeux, ulcéreux ou scléreux, et sur les accidents nerveux.

10° L'action est plus lente à se manifester dans les cas de syphilides papuleuses lenticulaires, miliaires et psoriasiformes qui nécessitent une cure plus intense.

11° Elle peut donner des résultats dans certains cas de tabes incipiens, mais son action est douteuse dans la paralysie générale confirmée.

12° Comme elle est soluble et par suite rapidement absorbée et éliminée, les doses massives sont inutiles et pourraient être mal tolérées. Pourtant, grâce à la faible toxicité de l'hectine, des doses très fortes (0g50 à 0g70) ont pu être injectées sans inconvénient.

13° En ingestion comme en injection, il convient chez l'adulte, d'administrer 0g10 d'hectine tous les jours, ou mieux, 0g20 tous les deux jours comme doses moyennes.

Comme doses fortes, on peut injecter 0g20 tous les jours ou 0g40 trois fois par semaine.

Chez l'enfant, on peut employer des doses de 0g03, 0g05 et même 0g10 selon l'âge, en ingestion et en injection.

Chez le nourrisson, les doses de 0g01 à 0g03 par jour semblent suffire.

14° Quel que soit le mode d'administration employé, on fera une cure de 2 grammes en moyenne. Elle pourra être portée à 3 grammes dans les cas de syphilis maligne.

15° La seule contre-indication formelle est une lésion ancienne ou non syphilitique du fond de l'œil, avec altération spéciale du nerf optique. La perception, par un malade en traitement, de brouillards devant les yeux avec diminution nette de l'acuité visuelle, commande la suspension du médicament. On agira avec prudence chez les vieux artério-scléreux.

16° Si l'on veut recourir pour diverses raisons, par exemple, en cas d'échec ou de récidive après traitement par l'hectine pure, au traitement mixte, on peut instituer la méthode arsenico-mercurielle :

Soit en faisant alterner, tous les deux jours, les injections d'hectine avec les injections d'un sel mercuriel soluble ;

Soit en injectant l'hectine tous les deux jours et en faisant une injection de 0g05 d'huile grise par semaine ;

Soit en employant l'hectargyre.

II. Hectargyre. — 1° L'hectine a la propriété de se combiner avec différents sels mercuriels. L'hectargyre est la combinaison que forme l'hectine avec l'oxycyanure.

2° L'association de ces deux spécifiques ainsi combinés permet de faire un traitement intensif de la syphilis. L'hectargyre, en effet, trouve sa principale indication dans certains cas de syphilis malignes précoces ou présentant des éruptions cutanées rebelles, et dans la syphilis tertiaire.

3° Il est bien toléré par le tube digestif et, en injections, il ne provoque ni induration ni inflammation. La douleur consécutive est en général minime.

4° Les injections doivent être pratiquées dans les muscles fessiers.

5° L'hectargyre comporte les mêmes modes d'administration et la même direction de traitement que l'hectine pure.

6° Les contre-indications sont les mêmes que pour l'hectine.

7° L'hectine pure ou combinée avec le mercure peut donc remplacer avantageusement le mercure chez beaucoup de syphilitiques réfractaires ou intolérants, et chez les syphilitiques anémiés ou cachectisés.

L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine interne. — (N° 5, 20 fév. 1911.) Chantemesse et Borel : L'extension du choléra pendant l'année 1910 et le rôle de l'émigration. — Jean Heitz : Peut-on user du 606 d'Ehrlich chez les syphilitiques cardiopathes ou aortiques.

Journal des praticiens. — (N° 7, 18 fév. 1911.) A. Guniard : Traitement de l'hypospadias. — P. Brindeau : L'hydramnios à marche aiguë. — Louis Renon : Sur la tuberculinothérapie. — J.-Ch. Roux : La sensibilité gastro-intestinale et ses variations.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 6, 9 fév. 1911.) Bories : La côte d'azur, caractères et indications de son climat. — Léon Dekeyser : Quelques considérations sur la lèpre aux îles Hawaï (*suite*).

Province médicale. — (N° 7, 18 fév. 1911.) J. Brault : L'alopécie séborrhéique et la pelade chez les indigènes musulmans d'Algérie. — Duroux : De l'exostosis bursata. — (N° 8, 25 fév.) Duquaire : Vaccination antituberculeuse chez l'homme. — André Lamarre : La cure d'Evian.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1911.) Aug. Broca : Ostéo-arthrites tuberculeuses précédées de typho-bacillose. Tuberculose osseuse à foyers multiples. — Léon Tixier : Tuberculose et hypotrophie infantile.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 7, 18 fév. 1911.) Avelino Martin : Caillou aspiré et arrêté dans la bronche droite au niveau de sa première bifurcation. Expulsion et emprisonnement dans la glotte pendant la trachéotomie préparatoire à la bronchoscopie. Extraction par crico-trachéotomie.

Revue médicale de l'Est. — (N° 3, 1er fév. 1911.) Gross et Heully : Note sur un cas de sporotrichose. — Finck : De l'emploi des bains de lumière et de chaleur électriques dans le traitement des diverses formes de rhumatisme chronique.

Revue neurologique. — (N° 3, 15 fév. 1911.) G. Roussy et Italo Rossi : Un cas de myasthénie grave progressive d'Erb-Goldflam (4 fig.). — Rousset et P. Puillet : Un cas d'hypothermie prolongée chez un paralytique général.

Semaine gynécologique. — (N° 8, 21 fév. 1911.) P. Segond : Du traitement du cancer du sein. — R. Pichevin : Ligamentopexie rétro-utérine.

Semaine médicale. — (N° 8, 22 fév. 1911.) M. Roch : Le signe de d'Espine dans le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Routier, Jalaguier, Hartmann, Launay, Reynier (qui acceptent), Sébileau, Rist (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Chirurgie et accouchement.* — *Lecture.* — Séance du 18 mars. — MM. Cruet, 27; Berger, 28; Toupet, 27; Barbet, 26; Basset, 27.

Prochaine séance (épreuve supplémentaire), mardi 21 mars, à quatre heures et demie, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Après concours, M. le docteur Henri Etienne a été nommé chirurgien des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, pour le second semestre de l'année scolaire 1910-1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Albarran, professeur de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Chevassu, agrégé, est chargé, en outre, pendant le second semestre de l'année scolaire 1910-1911 (durée du congé accordé à M. Albarran), d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Lagriffoul, agrégé, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1911 (durée du congé accordé à M. Rodet), d'un cours de microbiologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MM. Desplas, Charles Deloncle et Chailley ont déposé l'article additionnel suivant à la loi de finances :

« A partir de la promulgation de la présente loi, l'Académie de médecine sera investie de la personnalité civile. »

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Est nommé dans le corps des sapeurs pompiers M. le docteur Chevalier, médecin aide-major de deuxième classe à Chaumont.

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS ET DES CHIRURGIENS A LA SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La Société de l'internat a eu l'heureuse idée d'organiser la semaine dernière une réunion consacrée à l'étude de la responsabilité des médecins et des chirurgiens.

Le morceau de résistance de la réunion était une conférence de M. Ambroise Colin, professeur à la Faculté de droit de Paris.

Le conférencier a établi d'abord les deux conditions nécessaires pour qu'il y ait responsabilité. Ce sont le préjudice moral ou matériel, et la faute.

La faute banale, telle que l'ivresse du praticien, par exemple, est de la compétence du juge. Il n'en est pas de même de la faute médicale légère ou lourde qui relève de la compétence de l'expert.

M. Colin montre à ce sujet que le rôle de l'expert n'est pas toujours facile.

En condamnant une méthode nouvelle ne s'expose-t-on pas à arrêter tout progrès ? Il est bon de rappeler à ce propos le mot de Velpeau lors des premiers accidents dus au chloroforme : « Ce ne sont pas les chirurgiens qui ont besoin du chloroforme, ce sont les malades. »

M. Colin a terminé par un petit plaidoyer pour la magistrature qui peut se tromper quelquefois tout comme les médecins.

La conférence a été suivie d'une discussion courtoise entre le conférencier et les représentants des différentes sociétés ou syndicats, puis on vota à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

1° La question de la responsabilité médicale doit être étudiée sans relâche par tous les groupements professionnels ;

2° Tous les médecins doivent s'unir pour soutenir et défendre les confrères injustement poursuivis ou victimes de tentatives de chantage ;

3° Les administrations qui emploient les médecins doivent supporter au même titre que les autres employeurs les conséquences du risque professionnel qui pèsent jusqu'à ce jour uniquement sur les médecins et les chirurgiens.

CLIENT ET CHIRURGIEN. — En 1907, M. Dufail était victime d'un banal, mais fâcheux accident. Courant après un tramway, il tombe, et dans sa chute, se fracture l'humérus gauche. Il fait appeler le docteur X... qui réduit la fracture par l'appareil Hennequin, puis place dans le plâtre le membre blessé. L'appareil plâtré ne lui paraissant pas bien fait, il le brise et en fait un second.

M. Dufail ne peut plus se servir aujourd'hui de son bras

RENSEIGNEMENTS

gauche qu'avec les plus excessives difficultés; aussi, prétendant que ce second appareil plâtré, défectueux lui aussi, avait occasionné des plaies, des escarres, et entraîné une paralysie du bras, a-t-il assigné la docteur X... devant la première chambre du tribunal civil en 60.000 francs de dommages-intérêts.

Les experts nommés par le tribunal, avant de faire droit, le professeur Delbet et les docteurs Demoulin et Claude, ont dit, dans leur rapport, que le second appareil plâtré posé par le docteur X... avait pu, étant trop serré, entraîner les accidents dont se plaint M. Dufail. Mais ils ont ajouté que la pose d'un semblable appareil est chose si délicate qu'il peut arriver aux chirurgiens les plus expérimentés de ne pas la réussir.

La première chambre du tribunal, présidée par M. Salvador, vient de débouter M. Dufail, pour lequel s'était présenté Me Georges Claretie, de ses prétentions.

Son jugement déclare que le docteur X... avait pu ne pas s'apercevoir que son second appareil plâtré était défectueux, et que si M. Dufail soutient avoir enduré de ce fait des souffrances intolérables, le docteur X... prétend, au contraire, que l'état de son bras, dans l'appareil, n'a jamais cessé d'être normal.

Me Rocher s'était présenté pour le docteur X... (*Le Temps*).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs P. de Chapelle (de Bordeaux), Maillard (de Duclair), Mazet (de Marseille), Rossel (de Zernetz); M. Petrini Galatz, étudiant en médecine à Montpellier.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Le docteur J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, commencera, dans le service de M. Le Gendre, le mardi 21 mars 1911, à onze heures du matin, et continuera les mardis suivants à la même heure, des Conférences cliniques de psychiatrie séméiologique, à l'usage des étudiants et des praticiens.

LEÇON SUR LA HAUTE FRÉQUENCE. — M. le docteur Foveau de Courmelles fera, à l'hôpital Beaujon, salle de cours, et sous la présidence du professeur Albert Robin, le jeudi 30 mars 1911, à dix heures du matin, une leçon sur les courants de haute fréquence en thérapeutique, sous leurs formes variées : d'Arsonvalisation, effluves, étincelles, fulguration, diathermie, électrocoagulation...

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 5, 2 fév. 1911.) Les troubles des réflexes. Mémoires présentés au Congrès de l'association médicale de New-York le 19 décembre 1910. — Robert T. MORRIS : Les réflexes dans les affections chirurgicales. — Ellice M. ALGER : Troubles dépendant du surmenage oculaire. — W. Sohier BRYANT : Les réflexes et les névroses réflexes des voies respiratoires supérieures (comprenant le nez et le pharynx). — John Raudolph PAGE : Troubles réflexes se rapportant aux oreilles. — Edward D. FISCHER : Qu'entend-on par réflexe? — William M. LESZYNSKY : Les symptômes réflexes et les maladies du système nerveux. — Paul W. HARRISON : L'emploi des injections intraveineuses de cocaïne. Description d'un cas. — G. G. SMITH : Le traitement chirurgical de l'épididymite gonococcique. — (N° 6, 9 fév.) Richard L. SUTTON : La sporotrichose chez l'homme et le cheval (avec 4 fig.). — Agnes C. VICTOR : Les relations spéciales de la médecine moderne et de la santé des femmes. — James Warren SEVER : Excroissance de l'épiphyse de l'extrémité inférieure du fémur avec oblitération de la ligne épiphysaire (2 fig.). — John T. WILLIAMS : Les abcès du sein pendant la grossesse (avec une observation). — Arthur P. PERRY : La kératose folliculaire (2 fig.).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 26 janv. 1911.) BAGINSKY : Sur la poliomyélite épidémique. — FRIEDRICHS : Les milieux à l'hémoglobine pour le choléra. — SIEGHEIM : Sur la syphilis de l'estomac. — KIRCHHEIM : Evolution clinique et anatomie pathologique de deux cas de syphilis hépatique fébrile. — WEICHHARDT : Nouvelle méthode diagnostique sérologique de la syphilis. — PAULICEK et WUSCHER : Sur le chlorome myéloïde. — HERHOLD : Typhlite primitive. — BUSCHKE : Nouvelles observations sur l'action physiologique du thallium. — HESS : Un cas d'hyperkératose avec formation étendue de bulles après l'emploi d'un onguent. — HEINRICH : Sur la question du sarcome traumatique.

Encéphale. — (N° 1, janv. 1911.) MARINESCO et GOLDSTEIN : Sur l'orchitectonie de l'écorce de l'hippocampe et son rapport avec l'olfaction. — VALLETEAU DE MOULLIAC et COZANET : Troubles psychiques de la dengue. — MENCIÈRE : Traitement de la paralysie infantile par les greffes musculo-tendineuses. — DROMARD et SENGES : Maigreur pathologique chez un aliéné hypocondriaque. — PAPADAKI : L'aliénation mentale d'un prisonnier. — (N° 2, février 1911.) RÉMOND et VOIVENEL : Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale. — M. et Mme TINEL : Lésions de la poliomyélite épidémique. — NOUËT : La presbyophénie de Wernicke et les psychopolynévrites. — CONOS : Un cas d'hémichorée post-hémiplégique avec lésion homolatérale du noyau lenticulaire. — PERRENS : Hallucinations volontaires de la vue. — (N° 3, mars 1911.) DUPRÉ et LOGRE : Les délires d'imagination. — BORNSTEIN : Remarques sur l'apraxie à propos d'un cas d'apraxie idéatrice avec autopsie. — BARBÉ et BENOIST : Les troubles de la sensibilité dans la morphinomanie, la cocaïnomanie et l'héroïnomanie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 8, 23 fév. 1911.) Léon DEKEYSER : Quelques considérations sur la lèpre aux îles Hawaï (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 31 janv. 1911.) KOPP : Expériences sur le salvarsan. — TREUPEL et LÉVI : Examen clinique du salvarsan. — BAISCH : Le pemphigus syphilitique du nouveau-né. — STÜHMER : Technique de l'injection intraveineuse de salvarsan. — EHRET : Sur la fixation de la pression sanguine diastolique par palpation de l'artère cubitale. — ROTH : Expériences nouvelles sur le traitement de l'éclampsie d'après Stroganof. — HAMBURGER : Sur la rigidité artérielle pendant l'enfance. — HIRSCHLAFF : Sur les exercices au repos et les appareils à exercice au repos. — PALIER : Sur la transformation du staphylocoque doré en staphylocoque blanc. — DIEM : Un cas d'arthrites multiples après une injection d'épreuve de tuberculine. — ZIMMERMANN : Deux cas de résection laryngo-œsophagienne. — RIEGER : Tentative de suicide par le bromural. — DESSANER : La nouvelle source thermale de Wiessée. — (N° 6, 7 fév.) WARBURG : Recherches sur les processus d'oxydation des cellules. — WILMS : Opérations radicales de la hernie crurale par plastique aponévrotique. — LEEDE : Hémorragies cutanées causées par la stase comme moyen adjuvant de diagnostic dans la scarlatine. — RUDOLPH : Variole blanche. — MORO : Sur la dermatite faciale fibrineuse. — ERBEN : Sur une affection en groupe par consommation des viscères de porcs atteints de peste porcine. — SCHLEGLMANN : Sur la fièvre gastrique. — MAYERHOFER : Sur une gouttière simple pour les fractures de cuisse et de jambe. — LEVY : Action caustique de la benzine qu'on a empêché de s'évaporer. — FREUND : 60 cas traités par le salvarsan. — KOSLOWSKY : Sur la technique de la préparation de la solution de salvarsan pour injections intramusculaires. — TREUPEL et LEVI : Etude clinique du salvarsan. — UFFENHEIMER : Deux années d'assistance aux nourrissons. — FREYBAG : L'œil de l'automobiliste. — HOLZKNECHT : Le syndrome de Handek de l'ulcère pénétrant.

Précis d'hygiène, par le docteur MACAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8 de 427 p. avec 121 fig. — Prix cartonné : 10 francs. — J.-B. Baillière et fils.

LA HANCHE A RESSORT

Par M. le docteur H.-L. ROCHER (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux.

IV

Types cliniques. — I. D'après Zur Verth, il existerait deux catégories de hanche à ressort :

1° Une hanche à ressort volontaire, en général double, d'origine congénitale, due au ressaut du tractus cristo-fémoral sur le trochanter par le fait du relâchement volontaire du grand fessier sain; cette hanche à ressort ne serait pas douloureuse, ne s'accompagnerait pas de troubles fonctionnels; on peut la créer de toute pièce, comme le démontre son apparition chez les « hancheurs » de Zur Verth; elle peut se perfectionner par une éducation spéciale. Ce ne serait pas une maladie, mais comme le dit Staffel « un jeu de la nature » et, de ce fait, ne relèverait d'aucune thérapeutique.

2° Une hanche à ressort habituelle, unilatérale en général, acquise de par le fait d'une affection soit du grand fessier (déchirement, myosite, paralysie) empêchant la contraction du muscle, soit du tractus cristo-fémoral (tumeur, rétraction cicatricielle post-traumatique) entraînant le raccourcissement du tractus. Cette hanche à ressort serait indépendante de la volonté, s'accompagnerait de vives douleurs et de gêne dans la marche et de ce fait réclamerait un traitement.

Dans ces deux catégories de hanche à ressort, il s'agirait, pour Zur Verth, d'une luxation du tractus cristo-fémoral. Staffel combat cette dénomination pathogénique, car : 1° ce tractus cristo-fémoral est normalement mobile sur le grand trochanter dans les mouvements imprimés à la hanche; 2° le tractus n'occupe pas une position fixe derrière le bord postérieur de ce trochanter; il est au contraire situé sur la face externe de cette apophyse dans sa moitié postérieure, il ne vient se placer derrière le bord postérieur que pendant l'extension forcée de la cuisse sur le bassin.

II. D'après Gaugele, il existerait deux grandes classes de hanche à ressort : 1° périarticulaire; 2° articulaire.

1° La hanche périarticulaire se diviserait en : *a.* hanche à ressort volontaire; *b.* hanche à ressort habituelle. Gaugele adopte la division et l'interprétation pathogénique de Zur Verth pour cette classe de hanche à ressort.

2° La hanche à ressort articulaire serait due d'après cet auteur à la malformation du rebord postérieur de l'acétabulum. Elle diffère nettement comme signes de la hanche à ressort véritable, périarticulaire, car il s'agit là d'une subluxation volontaire ou habituelle de la hanche et par conséquent ce type ne peut rentrer dans notre étude.

Reste donc la distinction de Zur Verth en hanche à ressort volontaire et hanche à ressort habituelle. Nous éprouvons quelque embarras à nous prononcer catégoriquement sur des cas que nous n'avons pas observés. Mais cependant l'idée d'une hanche à ressort pathologique est pour nous difficilement acceptable. La présence ou l'absence d'une bourse séreuse rétrotrochantérienne importe peu ; le relâchement, la parésie du muscle grand fessier par déchirement, myosite, les lésions du tractus cristo-fémoral, le relâchement par désinsertion partielle du tendon grand fessier nous paraissent très problématiques comme facteurs pathogéniques de la hanche à ressort.

Tout autre est *notre conception clinique* de la hanche à ressort.

Elle n'est pas une maladie, mais une simple particularité fonctionnelle, n'existant que chez certains sujets et liée à des causes anatomiques et physiologiques spéciales : sur elle, peut bien se greffer une lésion pathologique qui la met en vedette, mais ne la crée pas : nous voulons parler des bursites, des ténosites du grand fessier, des épaississements aponévrotiques du fascia-lata ; ces lésions peuvent cependant exagérer les signes physiques de la hanche à ressort, mais surtout elles s'accompagnent de signes fonctionnels, gêne et douleur, qui, jusqu'ici, faisaient défaut, et obligent le sujet à porter attention à un phénomène qu'il pouvait jusque-là méconnaître ou qu'il connaissait déjà, mais sans s'en préoccuper.

Primitivement le phénomène de la hanche à ressort est involontaire, spontané; il a été perçu de façon vague dans la marche ou dans certains mouvements. Plusieurs fois il s'est produit ainsi ; puis le sujet l'analyse, recherche quand et comment il se produit; en ayant saisi le mécanisme, il veut en faire ostentation, le provoquer par simple curiosité ou pour en tirer bénéfice. Il peut maintenant déterminer volontairement la hanche à ressort avec force et sûreté, de manière qu'elle soit vue, sentie et entendue de l'entourage. Il n'y a donc pas opposition entre la hanche à ressort *involontaire* et la hanche à ressort *volontaire*; au contraire, ces deux manières d'être de la hanche à ressort se succèdent, puis se combinent.

Par l'habitude, par une éducation quelquefois de longue date, l'intéressé arrive à un véritable état de perfection de telle sorte qu'il peut faire supposer que c'est là un phénomène qui se produit *nécessairement et fatalement* dans chaque mouvement d'extension et de flexion de la cuisse. La répétition fréquente des mouvements nécessaires à la production du ressaut peut se transformer en un véritable tic ou plutôt en un mouvement d'habitude, *rythmie fessière d'habitude.* C'est le diagnostic qu'avait porté notre collègue Cruchet en présence d'un de nos cas.

Pour nous la hanche à ressort habituelle involontaire ne peut avoir d'existence propre ; pour produire le ressaut systématiquement à tout coup et dans tout mouvement de flexion et d'extension il faut que le sujet apporte à ce phénomène une certaine attention, il faut qu'il veuille, il faut des attitudes spéciales; or il ne s'agit plus dans ce cas de hanche à ressort habituelle mais d'une hanche à ressort volontaire.

En résumé la hanche à ressort n'est pas de nature pathologique ; mais elle peut exceptionnellement le devenir en se compliquant de certaines lésions sur lesquelles nous ne sommes pas encore bien fixés. La hanche à ressort apparaît souvent dans certains mouvements de la hanche, indépendamment de la volonté, mais elle est ou plutôt devient surtout *volontaire.*

(1) Fin. — *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 30, p. 445.

V

Pathogénie. — Etant donnée la conception que nous nous faisons actuellement de la hanche à ressort, nous devons nous demander : 1° quelle est la nature de la bande qui vibre et se déclanche à chaque ressaut ; 2° quel est l'obstacle sur lequel elle bute pour produire le phénomène de ressort ; 3° pourquoi et comment se produit la hanche à ressort.

Et tout d'abord la superficialité du ressaut et les signes que nous donnent la vue et le toucher nous permettent d'éliminer d'emblée toute origine articulaire. Gaugele avait bien voulu diviser les hanches à ressort en deux catégories : *a*. hanche à ressort périarticulaire ; *b*. hanche à ressort articulaire. A proprement parler, ces dernières sont des subluxations coxofémorales volontaires ou habituelles et doivent de ce fait être écartées de notre sujet.

Il ne s'agit pas davantage d'une affection de la bourse séreuse péritrochantérienne.

1° *Quelle est cette bande?* — Ce n'est pas, comme l'avait pensé Chassaignac, le muscle tenseur du fascia lata qui glisserait et tressaillerait sur le grand trochanter; leurs rapports ne le permettent pas. Guermonprez pensa le premier que ce pouvait être la portion épaissie de l'aponévrose fascia lata, dénommée bandelette de Maissiat ou bande ilio-trochantéro-tibiale, qui se déclanchait alternativement en avant et en arrière d'un tubercule situé vers le bord postérieur du grand trochanter. Pagnier et Pupovac adoptent cette interprétation, concernant le rôle joué par la bandelette de Maissiat; Staffel, dans le cas qu'il rapporte, prétend que cette bandelette a subi un épaississement anormal sous l'influence d'un trauma.

Morel-Lavallée, Ferraton, Kousnetzow prétendent que c'est le bord antérieur du muscle grand fessier qui vibre et qui se déclanche dans la hanche à ressort.

Bayer, Preiser, Hohmann, Gross et Heully et nous-même (depuis le début de nos recherches sur la hanche à ressort mentionnées dans notre travail intitulé « Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle grand fessier à propos de la pathogénie de la hanche à ressort »), pensons que la corde de la hanche à ressort est constituée par le tendon du grand fessier.

Discussion de ces théories. — Il ne peut s'agir d'un bord musculaire contracté et tendu, faisant ressaut dans la hanche à ressort, car il résulte de toutes nos dissections que les fibres musculaires des faisceaux antéro-supérieurs du grand fessier atteignent à peine le niveau du bord supérieur de cette apophyse dans la position de rectitude, à plus forte raison dans celle d'adduction. De plus, à partir de ce point, les fibres supérieures du muscle, au lieu de se perdre à la face profonde ou dans l'épaisseur du fascia lata comme le prétendent les anatomistes, se continuent (voir fig. 1 et 2) pour la plupart jusqu'à la crête d'insertion fessière et les fibres tendineuses, intimement unies à ce niveau aux feuillets de dédoublement de l'aponévrose fascia lata qui revêtent les deux faces du muscle, forment un épaississement cylindroïde, une *bande fibro-tendineuse*, croisant la face postéro-externe du grand trochanter sous une incidence variable suivant le degré d'extension ou de flexion coxo-fémorale. Cette bande fibro-tendineuse, bord antérieur du tendon grand fessier, forme un relief quelquefois très appréciable du côté de la bourse séreuse péritrochantérienne et a été envisagée par Zur Verth du fait d'une mauvaise interprétation anatomique comme une dépendance de l'aponévrose fascia lata, un épaississement cordiforme vers lequel convergeraient

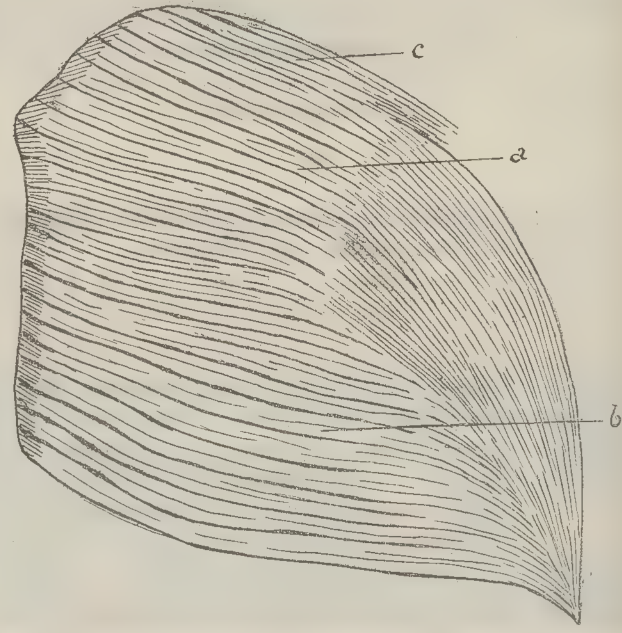


Fig. 1. — *Face externe du muscle grand fessier.* — L'aponévrose fascia lata qui recouvrait la large lame tendineuse a été enlevée par dissection.

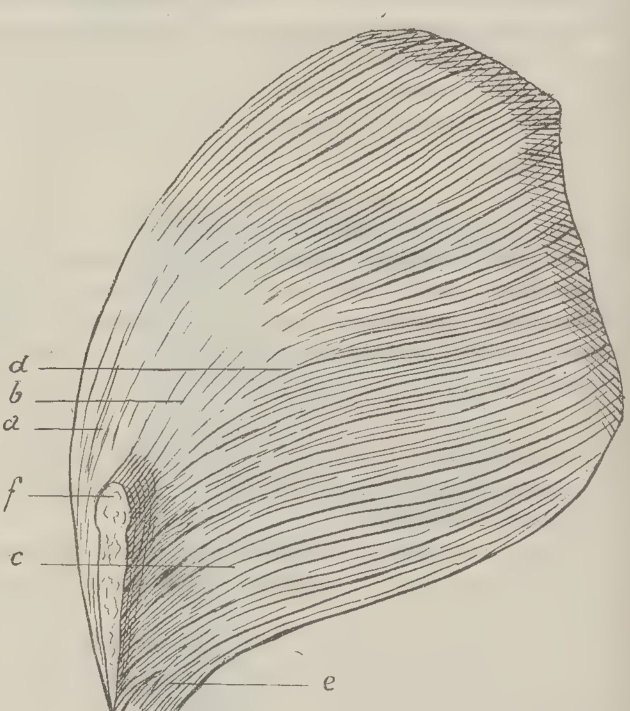


Fig. 2. — *Face interne du muscle grand fessier.* — En *a*, le bord antérieur du tendon grand fessier qui, compris dans le dédoublement de l'aponévrose fascia lata, constitue la bande fibro-tendineuse de la hanche à ressort.

les fibres du grand fessier : il l'appelle *tractus cristo-fémoral*. Cette conception de Zur Verth a été adoptée par plusieurs auteurs allemands qui ont étudié la hanche à ressort.

Il est un point très important à noter, c'est que cette bande fibro-tendineuse est sous-jacente à la formation aponévrotique appelée bandelette ilio-fémoro-tibiale ou bandelette de Maissiat, située cependant un peu en avant d'elle ; ces deux organes sont juxtaposés et l'on s'explique maintenant fort bien que certains auteurs aient pris la bande fibro-

tendineuse doublant la face profonde de l'aponévrose fascia lata pour un épaississement anormal de cette bandelette de Maissiat. Nous restons convaincus que celle-ci n'intervient pas directement dans la production du ressaut. Si elle paraît tendue et saillante pendant la hanche à ressort, la palpation nous permet de sentir, du moins nous l'avons bien constaté dans nos quatre premiers cas personnels, que ce n'est point elle qui vibre et qui claque ; elle ne fait qu'accompagner avec la même brusquerie la bande fibro-tendineuse qui, elle, fait les frais du ressaut. L'ébranlement du ressaut lui est communiqué par continuité de tissus.

Sa saillie, sa tension, appréciable parfois à la vue chez certains sujets, ne prouvent rien en faveur de la part que peut prendre cette bandelette dans le ressaut : elle est d'autant plus nette que le sujet prend la position hanchée. Enfin il est démontré que les formations tendineuses et aponévrotiques sont chez un même sujet proportionnellement développées : ce qui expliquerait que, chez les sujets à bande fibrotendineuse saillante, faisant de la hanche à ressort, on constate également une bandelette de Maissiat bien dessinée.

Nous basant sur nos constatations anatomiques et cliniques et sur des expériences cadavériques, nous pensons donc que la corde de la hanche à ressort est formée par la bande fibro-tendineuse du grand fessier, faisant relief à la face profonde du fascia lata, se déplaçant alternativement en arrière et en avant d'un relief trochantérien (que nous allons étudier) en des attitudes et mouvements que déjà nous avons décrits (voir description clinique). La tension active ou passive de cette bande fibro-tendineuse est absolument nécessaire pour la production du ressaut brusque ; le plus habituellement, la hanche à ressort se produit en tension active de celle-ci.

2° *Quel est l'obstacle trochantérien* contre lequel bute et se déclanche la corde de la hanche à ressort ?

La plupart des auteurs ne précisent rien ; ils admettent que c'est contre le trochanter que la corde ressaute. Certains indiquent que le trochanter était plus saillant. Zur Verth et certains auteurs allemands pensent que c'est sur le bord postérieur du grand trochanter et, partant d'une erreur anatomique, il désigne la hanche à ressort par la dénomination pathogénique suivante : *luxation du tractus cristo-fémoral*, voulant indiquer que normalement ce tractus est en rapport et garde ce rapport avec le bord postérieur de cette apophyse.



Fig. 3. — *Courbure supérieure du fémur* (celle-ci existe normalement plus ou moins accusée) ; inclinaison antérieure du grand trochanter faisant varier les rapports du bord antérieur du grand fessier avec cette apophyse.

D'après ces figures tirées de notre travail (1), on constate que rien n'est plus variable que la morphologie du grand trochanter ; nous avons attiré le premier, nous croyons, l'attention sur son inclinaison *antéropostérieure* (fig. 3), sur son *inclinaison transversale* (fig. 4 et 5).

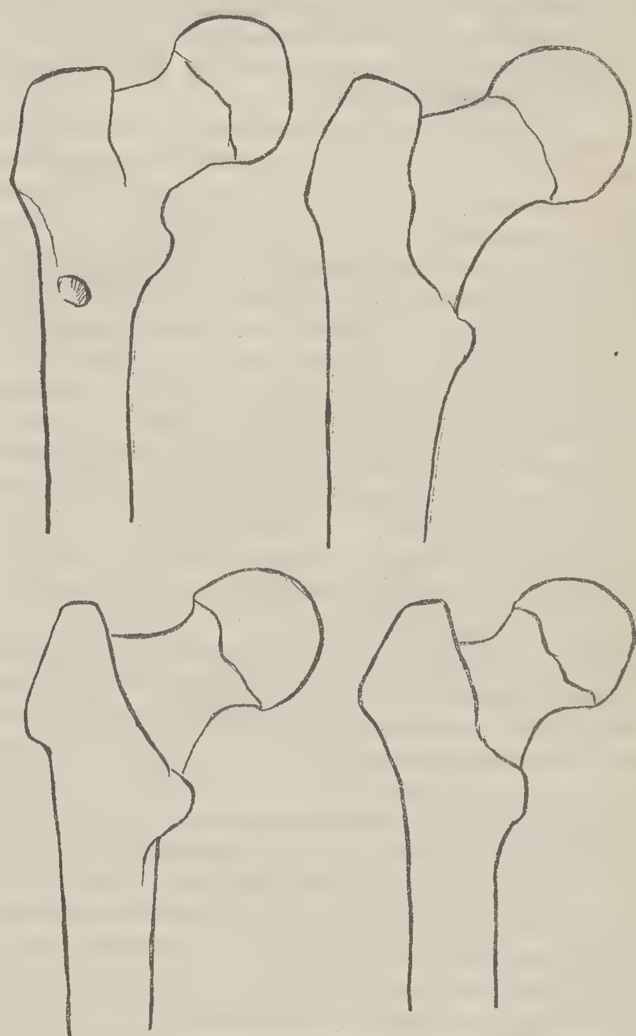


Fig. 4. — *Inclinaison transversale du grand trochanter* (face postérieure).

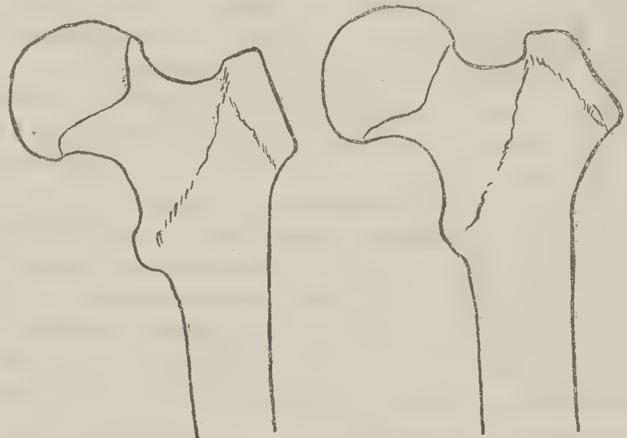


Fig. 5. — *Inclinaison transversale du grand trochanter* (face antérieure).

(1) Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle fessier, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24-31 octobre 1910.

Nous avons montré notamment que celle-ci est très différente d'un sujet à l'autre et que, de ce fait, l'*angle trochantéro-fémoral* (formé par les faces externes du grand trochanter et de la diaphyse) est plus ou moins saillant, dessinant une *crête sous-trochantérienne* que l'on voit bien sur ces décalques de photographie. Enfin nous avons décrit le *tubercule trochantérien* situé à la partie inférieure de la crête du moyen fessier, au point où elle rejoint la crête sous-trochantérienne.

Ce tubercule, anatomiquement normal, peut devenir quelquefois exubérant ; son développement est du reste, comme toute apophyse, sous la dépendance des tractions musculaires qu'ils supportent; or nous savons qu'en ce point, convergent les insertions du petit et du moyen fessiers. Mais il peut ressortir, par son exagération de volume, d'une simple bizarrerie, d'une anomalie de l'ostéogénèse : sa situation au niveau d'un cartilage épiphysaire l'explique suffisamment. Ce tubercule trochantérien anormalement exubérant a été dans deux cas (obs. II, IV) nettement reconnu pour être l'un des facteurs de la hanche à ressort. Dorénavant les auteurs qui observeront des sujets atteints de cette affection devront le rechercher.

Guermonprez trouve un tubercule osseux à la face externe du grand trochanter *vers* son bord postérieur.

La face externe du grand trochanter, ou plus exactement ce département triangulaire situé en arrière de la crête du moyen fessier, revêtu d'un surtout fibro-périostique, peut être exubérant en masse et c'est en ce point que se produisait le ressaut dans l'observation II.

Mais il faut tenir également grand compte de la saillie trochantérienne par allongement du col et peut-être aussi d'une orientation particulière de la face postéro-externe du grand trochanter favorisant les rapports de la bande fibro-tendineuse et du tubercule trochantérien.

Enfin dans l'observation I, le tubercule sur lequel se produisait la hanche à ressort était situé juste au-dessous du trochanter, sur la diaphyse fémorale, dans la direction du bord postérieur ; pour nous cette saillie osseuse a la valeur d'une exostose ostéogénique, d'autant qu'il en existait symétriquement une à chaque trou ovale du bassin.

En résumé, pour nous, la hanche à ressort est due au ressaut de la bande fibro-tendineuse du grand fessier sur un obstacle trochantérien ou paratrochantérien.

3° *Pourquoi et comment se produit la hanche à ressort?* — Ne pouvant exposer à la suite les nombreuses pathogénies qui ont été données de la hanche à ressort, nous les résumerons en les groupant.

A. *Rôle de la bourse séreuse péritrochantérienne.* — Guermonprez prétend qu'elle est là pour favoriser le glissement de la corde et le déclanchement brusque de la hanche à ressort. Brunn, qui dans ces deux opérations l'a constatée absente et remplacée par du tissu cellulaire lâche, prétend que justement cette absence est là pour modifier le glissement normal du tendon grand fessier qui se déplace par saccade produisant la hanche à ressort. Remarquons d'autre part que Ferraton, chez son soldat qu'il a opéré, a trouvé une bourse séreuse normale.

B. *Rôle du grand fessier.* — *a.* La hanche à ressort se produit parce qu'il est relâché; *b.* ou parce qu'il est contracté

a. Le *grand fessier est relâché* : soit le muscle, soit le tendon.

α. Le muscle est relâché : dans ce cas, pour Pupovac, il laisse la bandelette ilio-tibiale ou de Maissiat se déplacer en avant sous l'influence du tenseur du fascia lata ; pour Zur Verth, il permet le passage du tractus cristo-fémoral en avant du bord postérieur du grand trochanter (luxation du trochanter cristo-fémoral).

Ce relâchement peut être volontaire (Zur Verth, Gaugele : hanche à ressort volontaire); il peut être pathologique (Zur Verth : hanche à ressort habituelle ; Pupovac). Dans ce cas la tension de la bande qui fait ressaut se produit sous l'influence des attitudes du corps.

β. Le tendon est relâché : c'est lui qui fait ressaut et sa mobilité est due à la désinsertion de la partie supérieure de son insertion fémorale (Gross et Heully).

b. Le *grand fessier est contracté* pendant la hanche à ressort.

α. C'est le bord antérieur du muscle qui ressaute pour Morel-Lavallée, Ferraton, Kousnetzow.

β. C'est le bord antérieur du tendon grand fessier tendu par la contraction du grand fessier ou bande fibrotendineuse ou tractus cristo-fémoral qui ressaute (Bayer, Preiser, Hohmann, Brunn, Rocher).

La tension de ce tendon peut être passive (adduction, attitude hanchée).

Dans ces deux cas, le ressaut se produit soit dans l'extension et dans la flexion coxo-fémorale, soit dans la torsion du bassin sur la cuisse, sauf dans le cas de l'observation I, où le ressaut se produit, en *attitude fixe* de la cuisse sur le bassin, par la contraction rythmique et alternative des muscles tenseurs du fascia lata et du grand fessier (Rocher).

γ. C'est la bandelette de Maissiat ou ilio-trochantéro-tibiale qui tendue par le grand fessier et le tenseur du fascia lata ressaute et se déclanche (Guermonprez, Pagnier) et qui, dans le cas de Staffel, est épaissie (origine traumatique).

VI

Diagnostic. — La hanche à ressort se voit, se sent, s'entend et ce phénomène est si particulier qu'actuellement, l'affection étant bien connue, son diagnostic ne doit plus présenter de difficulté. De plus, il est très important de connaître au point de vue militaire (demande de congé ou de réforme) et accidents du travail (indemnité) la nature de la hanche à ressort. Par elle-même, la hanche à ressort ne constitue pas une infirmité ; elle n'est liée qu'apparemment à un traumatisme et on ne peut être que surpris, en voyant le tisserand de Guermonprez, obtenir une indemnité de 1.500 francs pour cette seule raison que sa hanche à ressort, rapportée étiologiquement à un accident, avait réduit sa capacité professionnelle de 15 p. 100.

1° La hanche à ressort doit être bien différenciée de la *luxation volontaire de la hanche* ; certains cas de cette dernière affection, étiquetés comme tels, prêtent à contestation et pourraient fort bien être des hanches à ressort. Zur Verth discute l'observation de Preiser qui se rapporte à une double luxation volontaire de la hanche, compliquée de hanche à ressort, prétendant que les radiographies sont loin d'être concluantes. Braun a étudié d'une façon très complète la luxation volontaire coxo-fémorale. Son travail est basé sur 26 cas ; presque tous se

rapportent à des individus jeunes, notamment à des militaires. Cette luxation peut se produire par éducation musculaire ; elle peut reconnaître comme origine un traumatisme de la hanche, une luxation traumatique ; elle peut apparaître encore comme conséquence d'une prédisposition congénitale, malformation du rebord postérieur acétabulaire. Les mécanismes de production sont variés, et les attitudes que doivent prendre les sujets pour déterminer la luxation, ressemblent beaucoup à celles de la hanche à ressort.

Comme dans la hanche à ressort, elle se traduit par un bruit de claquement qui peut s'accompagner ou non de douleur. Les sujets qui présentent, même une double luxation volontaire, n'accusent pas de troubles fonctionnels de leur hanche.

Malgré la ressemblance de ces deux affections, il existe certains signes qui permettent de les différencier nettement :

a. Au point de vue de la statique du membre dans la luxation volontaire, il y a raccourcissement du membre et flexion, dans la hanche à ressort, le raccourcissement n'est qu'apparent et la flexion au lieu d'être permanente comme dans la luxation n'est que momentanée, pour la production du ressaut.

b. Au point de vue des rapports du trochanter avec le bassin : dans la luxation volontaire, il y a ascension par rapport à la ligne de Roser-Nélaton ; dans la hanche à ressort le niveau du trochanter ne varie pas en hauteur. Le trochanter se déplace dans les attitudes nécessaires à la production de la hanche à ressort, mais ne se surélève pas.

c. Au point de vue articulaire, dans la hanche à ressort, il n'y a aucun déplacement de la tête fémorale comme dans la luxation.

2° La hanche à ressort n'est pas une *articulation à ressort*. Celle-ci est caractérisée par un arrêt dans le mouvement de flexion ou d'extension de l'article, arrêt suivi d'un ressaut et de la brusque reprise du mouvement qui se termine avec la rapidité automatique d'un ressort. L'articulation à ressort est, soit symptomatique de lésions synoviale, tendineuse, articulaire, soit idiopathique relevant d'un spasme fonctionnel. Les exemples d'articulation coxofémorale à ressort, sans être très fréquents doivent cependant de temps en temps se présenter et cependant nous n'en avons rencontré qu'un cas appartenant à Folet, publié dans la thèse de Carlier (Paris, 1889) sous le titre de *Cuisse à ressort*. Le ressaut y est très net, la description de sa production est typique. Folet explique la production du ressaut par des saillies ostéophytiques de l'articulation qu'il croit atteinte d'arthrite sèche végétante. Carlier croit au contraire qu'il s'agit d'un spasme, soit des muscles fléchisseurs, soit des extenseurs de la cuisse sur le bassin, spasme musculaire intermittent.

Le diagnostic entre la hanche à ressort que nous étudions, hanche à ressort extra-articulaire et l'articulation de la hanche à ressort ou cuisse à ressort, sera facile car dans cette deuxième affection, on ne verra ni on ne sentira de bande fibro-tendineuse se déclancher et claquer sur la région trochantérienne.

3° Certains sujets, n'ayant jamais présenté de lésions de la hanche, ont la faculté de provoquer dans un mouvement d'abduction forcée de la cuisse un double bruit de claquement sonore, se suivant à un très court intervalle, indolore, ne s'accompagnant d'aucun ressaut superficiel. Nous avons rencontré ce phénomène sur deux sujets du côté droit ; une danseuse de dix-huit ans, un jeune homme de vingt ans.

Nous ne sommes pas fixés sur sa cause, mais sommes convaincus de son origine articulaire et pensons qu'il est sous la dépendance d'un état de laxité articulaire anormale.

4° Nous croyons qu'il sera de la plus grande facilité, à un examen un peu attentif, de différencier le claquement de la hanche à ressort, des bruits produits par un hygroma crépitant de la bourse trochantérienne, une arthrite sèche de la hanche.

VII

Traitement. — 1° En général, la hanche à ressort ne s'accompagnant d'aucune douleur ni d'aucun trouble fonctionnel ne nécessite pas de traitement ; les exemples en sont nombreux.

2° Chez les sujets nerveux et inquiets de leur affection, chez ceux qui souffrent, qui accusent de la gêne fonctionnelle dans l'exercice de leur profession, il convient d'agir *médicalement*. Le traitement psychothérapique fut employé chez notre petit malade (obs. I) qui avait transformé sa hanche à ressort en une rythmie d'habitude ; il réussit fort bien dans l'observation III. Ce jeune homme atteint de double hanche à ressort, faisait à gauche de la coxalgophobie : il fut guéri et reste complètement guéri depuis plus de quatre ans, grâce à des injections intramusculaires loco dolenti de 2 centimètres cubes d'eau distillée ; guéri non point de sa double hanche à ressort qui persiste toujours avec la même intensité de ressaut, mais des douleurs dont elle s'accompagnait à gauche.

Le repos au lit, les sédatifs, l'hydrothérapie, les bains de lumière, l'air chaud, l'immobilisation dans le plâtre, ont été appliqués tour à tour dans différents cas avec un succès variable.

3° Le *traitement chirurgical* a été employé sept fois (6 cas : l'un d'eux étant double). Ceux qui l'ont employé sont partis de la conception que la hanche à ressort était pathologique, due, soit à une affection de la bourse séreuse péritrochantérienne, soit à une lésion du muscle grand fessier ou de son tendon, ou de la bandelette de Maissiat ; ils ont pensé que, quelque soit le mécanisme physio-pathologique du ressaut de la hanche à ressort, les douleurs et la gêne fonctionnelle étaient sous la dépendance de la mobilité de la corde sur le grand trochanter, de ses déplacements pendant les mouvements de la hanche ; les chirurgiens ont alors fixé la corde (1) au grand trochanter et aux parties avoisinantes.

Bayer, après avoir fendu l'aponévrose fascia lata dans la région trochantérienne, fixe par une série de points séparés, et de chaque côté les deux lèvres de cette section par leur surface profonde au périoste du grand trochanter et à l'aponévrose résistante du muscle vaste externe ; les deux lèvres de la section sont ensuite rapprochées et suturées l'une à l'autre.

Pupovac, Gross et Heully modifient un peu le procédé de Bayer en joignant à la fixation de la

(1) Nous employons cette signification impersonnelle, l'interprétation anatomique de cette corde variant suivant les auteurs ; au reste, au point de vue opératoire, la chose importe peu, car qu'il s'agisse de la bandelette de Maissiat ou de la bande fibro-tendineuse constituée par le bord antérieur du tendon grand fessier, appelée par Zur Verth tractus cristo-fémoral, ces formations étant juxtaposées, la suture les englobe et les fixe simultanément.

corde le raccourcissement du plan aponévrotique, (le ressaut étant dû pour le premier à un relâchement pathologique du muscle grand fessier, pour les seconds à une laxité anormale post-traumatique du tendon grand fessier. Ainsi donc le fascia lata étant incisé, la lèvre postérieure de cette incision est fixée par des points séparés à la soie, à l'aponévrose du vaste externe et au périoste du trochanter, la lèvre antérieure est suturée par dessus à la face postérieure du grand fessier. On procède en somme au doublement du plan tendino-aponévrotique, comme dans certain procédé de capsulorraphie pour luxation récidivante de l'épaule.

Hohmann prend la précaution pendant l'intervention, d'imprimer à la cuisse une forte rotation interne, de manière à fixer la corde de la hanche à ressort (bande fibro-tendineuse formée par le tendon grand fessier et le tractus iliotibial réunis) derrière le bord postérieur du grand trochanter. Il la fixe donc ainsi par des fils de soie à l'aponévrose du muscle vaste externe, au périoste trochantérien et à la capsule articulaire au point où elle s'épanouit sur cette apophyse.

Brunn, pensant mieux assurer la fixation de la corde, creuse sur la face postéro-externe du grand trochanter une gouttière osseuse dans laquelle il place et fixe la corde.

Il appliqua ce procédé chez une jeune fille sur ses deux hanches ; mais, du côté gauche, il adjoint à sa technique le doublement du plan tendino-aponévrotique en fixant la lèvre antérieure de l'incision sur la face postérieure du muscle grand fessier.

Après l'intervention chirurgicale, la plupart des auteurs comme Hohmann, Brunn, Gross appliquent un appareil plâtré, pour assurer plus parfaitement la cicatrisation de la suture.

Nélaton, par l'opération qu'il a pratiquée dans un cas de hanche à ressort s'est proposé d'empêcher le grand trochanter de venir buter contre la corde de la hanche à ressort; pour cela il veut le déplacer en arrière et en dedans vers l'ischion et l'y maintenir. Il découvre le tendon du demi-membraneux, le dédouble sur une longueur de 12 centimètres et fixe l'extrémité de cette lanière au grand trochanter. Il obtient ainsi une corde étendue de l'ischion au trochanter, empêchant la rotation interne du membre et le sursaut bruyant de la hanche à ressort.

L'opération de Ferraton fut simplement exploratrice.

Résultats opératoires. — Au début, un peu de gêne et de raideur de la hanche par tension de la corde, puis suppression des douleurs, retour à l'intégrité fonctionnelle du membre. La corde reste fixée au trochanter ou ne présente qu'une mobilité très relative, empêchant le ressaut.

Les opérés n'ont pas été suivis encore assez longtemps pour que nous soyons bien fixé sur cette *pexie* trochantérienne.

OBSERVATIONS

Observation I. — René B..., dix ans, nous est conduit à la consultation de l'hôpital des enfants, vers la fin du mois de mai 1905, par sa mère qui nous raconte que son fils a quelque chose qui saute et qui craque continuellement dans sa hanche gauche. Elle ne serait venue si son enfant ne se plaignait de temps en temps de douleurs dans cette région.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents du sujet : père et mère bien portants; celle-ci nerveuse; deux autres enfants jouissant d'une bonne santé.

René B... est petit pour son âge, fluet, quoique ayant une bonne santé. Il est alerte, vif, et d'une intelligence moyenne. Il est nerveux et ne présente d'autre tic que celui qui s'est greffé sur sa hanche à ressort gauche.

Histoire de la maladie. — La mère s'est aperçue de ce phénomène, il y a quatre ans; elle nous raconte qu'une nuit, couchant à côté de son enfant, elle entendit un bruit bizarre qui émanait de son corps. Elle s'approcha de lui, le réveilla, et lui demanda d'où il provenait. L'enfant montra sa région trochantérienne gauche, en disant : « C'est ma hanche qui craque. » Mais l'enfant nous dit que, depuis longtemps, sans qu'il puisse préciser, ce phénomène se produisait chez lui. Il n'en a jamais été gêné, ni dans la marche, ni dans la course, il n'en souffre pas; toutefois, lorsque l'enfant a trop fatigué pendant la journée, il lui arrive de se plaindre de cette hanche, mais à la partie antéro-externe du triangle de Scarpa, et non point au niveau du siège du ressaut fessier-trochantérien.

Examen de l'enfant, debout, vu de profil. — On constate dans la région trochantérienne gauche des petits ressauts d'une bande fibro-tendineuse que l'on aperçoit en relief, audessous des téguments et qui correspond comme trajet à la direction du bord antérieur du grand fessier. On entend en même temps un petit bruit de claquement que le sujet peut exagérer à volonté comme intensité. Ce ressaut est surtout appréciable à la main; on sent alors une bande fibreuse, présentant la forme d'un gros tendon, qui se déclanche en avant et en arrière d'une tubérosité conique, saillante, située sur la face externe du fémur, juste au-dessous du grand trochanter et vers le niveau de son bord postérieur. Cette apophyse anormale se palpe facilement, soit à plat, soit en la prenant entre deux doigts. Elle fait corps avec le fémur.

Le déclanchement de cette bande fibro-tendineuse se produit sous l'influence de la contraction alternative des muscles tenseurs du fascia lata et grand fessier. En effet, lorsque la bande fibro-tendineuse tressaute en avant de l'obstacle, on voit le tenseur du fascia lata se contracter; au contraire, lorsqu'elle revient en arrière de lui, on voit le muscle grand fessier se contracter à son tour. Pour augmenter l'intensité de vibration, le sujet contracte plus violemment ses muscles et place son membre inférieur gauche en adduction légère; il effectue en même temps un mouvement de flexion et d'extension dans sa hanche. Pendant la production de ce ressaut, on voit le muscle moyen fessier violemment contracté, et l'on sent l'aponévrose fascia lata tendue, surtout au niveau des fibres inférieures qui vont s'insérer sur le tibia.

L'angle de flexion articulaire sous lequel se produit le ressaut est de 15 à 20 degrés.

Ce ressaut se produit encore dans le décubitus dorsal horizontal ou latéral droit; il se produit en toute circonstance, lorsque l'enfant marche, s'amuse ou s'arrête dans la position debout, assise ou accroupie. Il se produit pendant le sommeil, au moment où l'enfant se déplace, se tourne d'un côté ou de l'autre; la mère n'a pas remarqué sa production dans le sommeil complet, alors que l'enfant était immobile. Le mouvement de ce ressaut est rythmique; sa vitesse est en général toujours la même : 55 à 60 par minute. Il se produit et s'arrête sous l'influence de la volonté (1). Il se produit automatiquement : par exemple, lorsque l'enfant a toute son attention attirée au jeu, le ressaut continue à se produire, sans que la volonté intervienne pour en entretenir le rythme. Tel est encore ce qui se passe lorsque l'enfant produit ce phénomène pendant le sommeil. Les ressauts peuvent se succéder sans discontinuité, un grand nombre de fois, ou, au contraire, être interrompus par de fréquentes périodes de repos.

Le point de départ de la transformation de ce ressaut fessier-trochantérien en tic de la fesse nous est inconnu, malgré notre enquête auprès de la mère et de l'enfant.

Il n'existe rien de semblable du côté droit, ni bande fibrotendineuse, ni apophyse osseuse, ni ressaut.

La musculature des fesses et des membres inférieurs est également bien développée des deux côtés. Les radiographies qui ont été pratiquées par le docteur Gramond, prises en

(1) Cette action frénatrice n'est cependant que temporaire : dès que le sujet est en effet abandonné à lui-même, le ressaut rythmique réapparaît. Quand on lui demande pourquoi il ne cesse pas définitivement le bruit, il répond qu' « il ne peut pas s'en empêcher » et qu'au bout de quelques instants, malgré lui, il est « obligé » de le reproduire.

position normale de rectitude du membre, puis en différentes positions d'abduction et de rotation interne ne nous ont pas permis de découvrir de relief appréciable au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, au point où nous sentions la tubérosité saillante. Le cartilage épiphysaire, séparant le trochanter de la diaphyse fémorale, est bien visible des deux côtés. Un point anormal est la présence, des deux côtés, d'une épine osseuse, au niveau du cartilage de conjugaison de la branche ischio-pubienne; elle regarde du côté du trou ovale et s'implante sur le bord qui le limite.

La constatation d'une apophyse par le palper, non décelable par la radiographie, nous permet de penser, soit qu'elle est trop postérieure pour être visible sur l'image radiographique, soit qu'elle est encore cartilagineuse.

Etant donné son siège et la présence des deux exostoses au niveau des branches ischio-pubiennes, nous serions assez portés à faire de cette saillie sous-trochantérienne une exostose ou une ecchondrose ostéogénique, liée au développement du cartilage de conjugaison fémoro-trochantérien.

Cet enfant a été présenté par nous à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux le 5 juin 1905.

Obs. II. — Auto-observation : L. R., trente-cinq ans. — Lorsqu'il y a six ans, je constatai pour la première fois le phénomène de la hanche à ressort chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation I, instinctivement, j'eus l'idée de comparer cette sensation avec celle que j'avais éprouvée depuis longtemps, mais sans y attacher d'importance au niveau de la hanche droite. Je notais que ce que je ressentais sous mes doigts, ressemblait beaucoup à ce qui m'avait frappé et intéressé chez cet enfant.

Il me serait difficile de dire depuis quand ce ressaut existe au niveau de mon trochanter droit, mais depuis de nombreuses années, et particulièrement au moment de mes études anatomiques, au début de ma médecine, j'avais cherché la cause de ce ressaut que je percevais, lorsqu'en marchant j'appuyais ma main droite sur ma hanche. Ce qui est certain, c'est qu'aucun traumatisme, entorse ou chute importante sur le trochanter, n'a atteint ce côté, que jamais je n'ai été incommodé par ce ressaut, même dans les courses forcées, soit en montagne, soit en pays plat, soit en bicyclette ; à aucun moment je n'ai souffert de cette région, et le membre inférieur droit est aussi valide que le gauche.

Pour produire le plus facilement le phénomène de la hanche à ressort, je prends l'attitude suivante : le bassin surélevé du côté droit, est fléchi sur la cuisse qui se porte en adduction, et en légère rotation interne ; le genou se place en flexion et le pied n'appuie sur le sol que par sa pointe. Pour faire apparaître le ressaut caractéristique, le genou et l'articulation coxo-fémorale subissent un mouvement d'extension, pendant que le talon se rapproche du sol; suivant la violence plus ou moins grande de la contraction des muscles fessiers et cruraux, le ressaut se produit avec plus ou moins de force. Ce claquement produit sous le doigt l'impression de choc et de vibration que donnerait une corde de contre-basse, si on la tendait et la lâchait brusquement. Il est produit par une bande fibro-tendineuse qui suit la direction du bord antérieur du grand fessier. Il nous a semblé que la vibration et le claquement de cette bande se produisaient non point contre le bord postérieur de l'apophyse, mais contre un obstacle situé sur la face postéro-externe du grand trochanter au niveau de son bord inférieur, en avant du bord postérieur. La palpation permet d'apprécier en ce point une éminence osseuse, au niveau de laquelle se produit le ressaut de la bande fibro-tendineuse constituée par le tubercule trochantérien très volumineux.

Nous ne saurions assez dire combien l'examen de son trochanter est difficile pendant la production du phénomène de la hanche à ressort, à cause de la rigidité de l'aponévrose fascia-lata et des muscles fessiers en contraction. L'exploration comparative des deux côtés permet de constater que le trochanter droit est plus volumineux, plus saillant que celui du côté gauche.

Après le ressaut de la bande fibreuse dans l'extension du membre, celle-ci est portée vers le bord postérieur du grand trochanter, puis revient légèrement en avant sous l'influence de l'état de repos des muscles fessiers. Si, à ce moment, on applique la main sur la région, et si la cuisse se fléchit sur le bassin, la bande, en repassant d'arrière en avant sur l'obstacle, vibre légèrement, ressaute en avant, mais sans bruit appréciable à l'oreille. Donc, dans cette première position du membre : ressaut accentué et vibrant dans l'extension du membre, ressaut léger dans la flexion.

Ce ressaut se produit encore dans d'autres attitudes. C'est ainsi qu'en élevant le côté droit du bassin, et en n'appuyant sur le sol que le membre inférieur gauche, on peut provoquer, par des mouvements d'extension et de flexion du membre sur le bassin, le phénomène de la hanche à ressort toujours plus appréciable pendant l'extension.

Un autre mode de production de la hanche à ressort consiste à faire fléchir le bassin sur la cuisse. Dans ce mécanisme, la cuisse se place en adduction pour faire saillir le trochanter néanmoins, cette position ne doit pas être trop accentuée, afin d'éviter de bloquer la bande fibreuse en arrière du trochanter; Le trochanter heurte, soulève et tend la bande fibro-tendineuse qui se porte à sa rencontre; son déclanchement brusque produit un bruit de claquement violent. Dans le mouvement de redressement du bassin, la bande fibro-tendineuse toujours tendue, soulevée par le grand trochanter, se déclanche en arrière et le claquement se produit. Quoique très accentué pendant la flexion, le ressaut est encore ici plus prononcé dans l'extension. L'angle de flexion articulaire sous lequel se produisent l'un et l'autre ressauts est de 30 degrés environ.

Dans la position couchée, les mouvements passifs ne provoquent pas de ressaut, pas plus que les mouvements passifs avec résistance. Dans le décubitus horizontal, le phénomène de la hanche à ressort ne peut se produire; on ne sent sous la main qu'un léger ressaut ou plutôt un frottement dû au passage de la bande sur le trochanter.

La radiographie de l'articulation coxo-fémorale pratiquée au laboratoire de notre maître, le professeur Bergonié, montre une extrémité fémorale normale ; normale également est l'inclinaison du col ; le trochanter, très développé, se dessine en profil en accusant, dans la partie sous-jacente à la crête du moyen fessier, une convexité révélatrice en ce point d'une augmentation de volume de cette apophyse. Le phénomène de la hanche à ressort n'existe pas du côté gauche; nous nous sommes appliqué à le développer sans pouvoir y réussir. La musculature des deux membres inférieurs est normale.

Il y a quatre mois environ, nous fîmes une chute violente sur le grand trochanter de droite : la douleur fut vive pendant quelques jours et durant environ un mois, le ressaut un peu douloureux et beaucoup plus intense, probablement y eut-il un épaississement temporaire de la corde fibro-tendineuse, d'origine traumatique.

Obs. III. — Gustave D... a été soumis, il y a cinq ans, à notre examen en même temps que son frère Georges, atteint de coxalgie; il était âgé alors de dix-neuf ans et se plaignait, de temps à autre, de douleurs vives au niveau de la hanche droite ; ses parents s'inquiétaient, surtout d'un bruit très vibrant qu'il produisait, dans ses deux hanches, volontairement.

Ce garçon, très bien développé et superbement musclé, présente, dans ses antécédents, un point à signaler : à l'âge de huit ans, il avala de l'acide sulfurique et fut traité pendant très longtemps pour rétrécissement de l'œsophage. De temps en temps, on est obligé de le sonder et de le dilater. Quoi qu'il en soit, ce garçon se nourrit bien aujourd'hui, il lui faut prendre seulement quelques précautions pour bien mastiquer. Fait plus important, il avait son frère Georges, âgé alors de quinze ans et demi, atteint, depuis deux ans et demi, de coxalgie droite, pour laquelle nous le soignions depuis un an. Un vaste abcès de la face externe de la cuisse droite fut ponctionné plusieurs fois par nous. Successivement mis dans une gouttière de Bonnet, puis placé dans plusieurs appareils plâtrés, tout ce long traitement, encore en cours, n'a pas été sans agir lentement sur le moral de notre sujet, comme nous allons le voir.

Pour la famille et pour le malade, la coxalgie serait attribuée à plusieurs chutes successives, dont une, plus importante, fut faite dans une mêlée de foot-ball, et c'est à la suite de celle-ci qu'il dut être immobilisé.

Or, il y a sept ans et demi, c'est-à-dire vers l'époque où débute pour la famille la coxalgie du frère, Gustave D..., en descendant de bicyclette, fit un faux pas qui détermina, dit-il, une légère entorse de la hanche droite. Il éprouva, à partir de ce moment, une douleur discontinue dans la région du-

moyen fessier, c'est-à-dire dans cet espace compris entre la crête iliaque et le sommet du grand trochanter. Cette douleur consistait en des rongements et en des élancements, tantôt passagers, tantôt durant assez longtemps pour le gêner, quelquefois beaucoup, dans son travail et dans la marche; souvent, brusquement, la douleur s'évanouissait, et le malade reprenait ses occupations et sa marche, comme auparavant. Lorsque la douleur surprenait le malade, elle l'obligeait à boîter, comme s'il venait de se faire une entorse. Il y a quelque temps, la douleur remontait dans la partie postérieure de la fesse. Parfois elle s'accompagna de crampes dans les muscles antérieurs et postérieurs de la cuisse. Aucune douleur de sciatique à proprement parler; pas d'irradiation dans les lombes et du côté de l'abdomen. L'examen de la hanche était négatif, du reste, au point de vue de l'existence d'une lésion coxalgique.

Interrogé sur le début de ce ressaut qui existe dans ces deux régions trochantériennes, il nous dit ne pas pouvoir se rappeler à quelle époque il est apparu, aussi loin que remontent ses souvenirs; son existence serait donc déjà de longue date.

Examen de G. D..., sept. 1906.— Le phénomène de la hanche à ressort existe des deux côtés avec plus de force du côté gauche, pour cette raison, dit le malade, qu'il ne souffre pas de cette hanche. A l'inspection, rien à noter, sauf une musculature des fesses et des membres inférieurs très développée. Pendant sa contraction, le sujet étant debout, on voit se dessiner, de chaque côté, une large dépression rétro-trochantérienne.

Le ressaut ne peut se produire lorsque le sujet a ses deux pieds réunis et le corps en rectitude. Il faut que, soit le bassin se fléchisse sur la cuisse, soit la cuisse sur le bassin; le sujet prend ordinairement la position hanchée qui fait saillir le grand trochanter et place le membre en adduction. Le ressaut des deux côtés est très prononcé, appréciable à l'œil qui distingue sous les téguments le déclanchement d'une bande fibreuse au niveau de la moitié postérieure de cette apophyse, appréciable à l'oreille qui l'entend vibrer et claquer, appréciable enfin à la main qui la sent se déplacer brusquement. Cette bande fibreuse, analogue à un gros tendon, se trouve située topographiquement au niveau du bord antérieur du grand fessier. Gustave D... ne peut produire en même temps des deux côtés le phénomène de la hanche à ressort. *Debout*, il est obligé d'incliner et de fléchir alternativement le bassin sur chacune des cuisses; dans ce mouvement, on voit le trochanter subir un mouvement de rétropulsion; son bord postérieur, saillant, soulève la bande fibreuse, la tend et la fait vibrer comme le doigt ferait vibrer, en la soulevant et en la lâchant brusquement, une corde de contre-basse bien tendue. Ce ressaut, et le bruit qui l'accompagne, est plus intense que celui qui accompagne le déplacement de la bande fibreuse, en arrière de l'obstacle. Le ressaut fémoro-trochantérien se produit très difficilement lorsque le membre est en rotation externe. Il apparaît surtout lorsque celui-ci se trouve placé, soit en position normale (rotule en avant), soit en légère rotation interne. Le sujet produit volontairement ce bruit quand il est debout, en position de repos, ou quand il marche.

Il se produit également dans le *décubitus dorsal ;* au moment où l'on commande la production du ressaut, on voit le trochanter se soulever, saillir sous les téguments par un mouvement de rotation interne, en même temps que sous l'influence de la contraction du grand fessier on voit se former une large dépression dans la région rétro-trochantérienne. Le trochanter est alors rétropulsé brusquement en arrière, heurte par sa partie postérieure, nettement plus saillante que normalement, la bande fibreuse et la fait vibrer : ce bruit est très intense. Dans un mouvement inverse, la bande fibreuse, sous l'influence de l'extension de la cuisse, revient en arrière de l'obstacle, et, au moment où elle se porte en arrière, vers le bord postérieur du trochanter, il se produit alors un deuxième bruit très minime, plus appréciable aux doigts qu'à l'oreille.

L'angle sur lequel se produit le ressaut de flexion est environ de 40 degrés.

Le sujet étant étendu, les mouvements passifs simples ou avec résistance musculaire, ne provoquent pas le bruit et le ressaut de la hanche à ressort.

Il peut produire plusieurs fois de chaque côté ce phénomène, jusqu'à ce que survienne un état de fatigue dans la musculature du membre, qui gêne l'effort violent nécessité pour la production de la hanche à ressort.

Dans certaines conditions, le bruit est si intense et le ressaut si prononcé au niveau de la fesse qu'on pourrait croire à l'existence d'une luxation du fémur, récidivante et volontaire.

La radiographie du bassin, pratiquée par le docteur Gramond, démontre que les extrémités supérieures des fémurs sont normales, comme configuration. Il n'existe pas d'exostose appréciable au niveau de la surface externe des trochanters. Un seul point est à noter, c'est que le volume de cette partie du squelette est vraisemblablement augmenté.

Le point particulier de cette observation est que notre sujet a été obsédé par la phobie de la coxalgie; cette phobie était entretenue par la vue de son frère dont l'état le préoccupait, par les appréhensions et l'anxiété de sa famille qui « avait peur qu'en faisant continuellement sauter sa hanche, il ne se défasse quelque chose à cet endroit ».

Quant à lui, il se demandait s'il n'aurait pas, comme son frère, du pus dans sa hanche.

Devant la persistance de cette douleur, dont nous avons décrit les caractères, et qui siégeait au niveau de la partie médiane du muscle moyen fessier, nous avons d'abord appliqué des pointes de feu, mais sans beaucoup de résultat. Nous avons alors fait une injection de 2 centimètres cubes d'eau distillée dans ce muscle, le 20 décembre 1906, en faisant ressortir la haute valeur du remède injecté ; douleur très vive d'abord, puis de moyenne intensité, persistant dix jours. Depuis cette époque jusqu'au 30 mai 1907, les douleurs de la hanche sont très atténuées. A cette date, à l'occasion d'un examen un peu prolongé que je fis subir à son frère, et sans autre cause connue, Gustave D... fut pris de douleurs très vives dans la hanche, pendant toute la journée, à tel point que si nous avions été là, nous dit-il, il nous eût réclamé une ponction ou une incision pour le soulager.

Depuis, les douleurs ont réapparu, par intervalles, toujours du côté droit exclusivement. Le 16 juillet, le sujet réclame une nouvelle injection. Celle-ci est pratiquée, comme la première fois, en plein muscle moyen fessier.

Depuis cette époque, G. D... ne se plaint plus de douleurs dans la hanche; nous le revoyons tous les ans; sa hanche à ressort reste telle que nous l'avons décrite. Il est probable que, peut-être interprétant autrement les douleurs qu'il ressentit pendant longtemps dans cette région, un autre chirurgien, auquel il se serait montré, lui aurait conseillé une intervention chirurgicale.

Notre sujet fut un phobique; il ne présenta, à part cela, aucun signe de nervosisme. Sa phobie, prenant prétexte d'une anomalie qui se rencontre au niveau de ses deux hanches, s'était localisée du côté où son frère faisait sa coxalgie.

Ce jeune homme a été présenté, à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, le 23 octobre 1906.

Obs. IV. — X... trente-deux ans, employé de commerce, atteint de bacillose pulmonaire nous est adressé par notre ami le docteur Castets parce qu'il a constaté au cours d'une injection de cacodylate de soude dans la fesse droite, la production d'un bruit et d'un ressaut particuliers au niveau de la région trochantérienne pour lesquels il a porté le diagnostic de hanche à ressort. Du côté gauche, il a noté le même phénomène.

Jamais jusqu'ici le malade n'avait prêté attention à l'existence de cette particularité; jamais même il n'avait perçu ce bruit, ce ressaut. Il a suffi d'une contraction réflexe un peu vive déterminée par la piqûre, pour provoquer l'apparition de ce phénomène qui a été de suite diagnostiqué par notre confrère au courant de nos travaux et recherches sur la hanche à ressort. Chez ce sujet très amaigri, presque sans pannicule adipeux, il est facile d'explorer la surface postéro-externe du grand trochanter, et de constater que la bande fibro-tendineuse, qui correspond comme direction au bord antérieur du grand fessier, se déclanche en avant et en arrière du tubercule trochantérien très saillant, très hypertrophié, formant même un relief appréciable au dessous des téguments. Le ressaut dans la flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin, ainsi que le bruit qui l'accompagne sont plus prononcés à droite

qu'à gauche ; le ressaut-flexion s'exécute avec la même force et la même intensité de bruit que le ressaut extension. Le sujet est assez inhabile à les produire ; nous lui montrons alors comment, sur nous-mêmes nous le provoquons en contractant fortement nos muscles fessiers et en accomplissant la flexion ou l'extension de la cuisse. Rapidement après quelques essais, il acquiert plus de sureté à produire ce phénomène, surtout du côté droit ; le ressaut paraît alors plus brusque, plus violent ; et la bande fibro-tendineuse claque fortement.

Le sujet marche, court sans n'avoir été jamais incommodé : la production du phénomène hanche à ressort ne s'accompagne d'aucune douleur, tant d'un côté que de l'autre.

Pendant la production du phénomène hanche à ressort et par le fait de la tension musculaire qu'elle nécessite, on voit, étant donné la maigreur du sujet, se dessiner le relief des saillies tendineuses au niveau du creux poplité et notamment celui de la bandelette ilio-trochantero-tibiale sur la face externe du genou.

Ce malade a été soumis à notre examen en décembre 1906 ; nous ne l'avons pas revu depuis.

Obs. V. Professeur Demons (de Bordeaux). — Notre maître le professeur Demons a vu dans son cabinet en octobre 1907, un jeune homme de dix-huit ans, habitant Nérac, présentant d'un côté le phénomène de la hanche à ressort. Il n'en souffrait nullement et n'en ressentait aucune gêne fonctionnelle. La famille et le jeune homme demandaient à être renseignés sur la nature de ce ressaut et de ce bruit anormal. M. le professeur Demons rejeta, étant donné le diagnostic de hanche à ressort, toute idée d'intervention.

Obs. VI. M. le médecin-major Batut (hôpital militaire de Bordeaux). — Notre excellent confrère Batut se rappelle avoir vu une fois tout au moins, parmi les nombreux hommes qu'il a eu à examiner, un exemple de hanche à ressort. Ignorant à cette époque la nature de ce ressaut fessier-trochantérien, il ne posa pas de diagnostic ferme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 17 mars 1911)

Kyste hydatique du foie avec éosinophilie modérée sans réaction de fixation. — MM. Siredey, H. Lemaire et Vuillet rapportent l'histoire d'une femme de vingt et un ans, envoyée à Saint-Antoine par un médecin qu'elle avait consulté pour des troubles menstruels et qui, en l'examinant, avait découvert une tumeur dans la région hépatique. A son entrée à l'hôpital elle présentait, à droite, une voussure très nette au niveau du bord externe du grand droit, avec bon état général et intégrité de tous les autres organes. On porta le diagnostic de kyste hydatique du foie et on fit l'examen du sang et la réaction de fixation. L'examen du sang montra une éosinophilie modérée (5 p. 100). La réaction de fixation pratiquée à l'institut Pasteur, par M. Weinberg, fut négative.

Les auteurs demandèrent néanmoins à M. Lejars d'opérer leur malade ; le chirurgien hésita quelques temps en raison de la réaction négative de fixation, fit refaire cette réaction qui fut encore négative ; il pratiqua cependant l'opération qui confirma le diagnostic. La malade est actuellement guérie.

La réaction de fixation, faite après l'opération, fut positive et l'éosinophilie n'étant plus que de 1,25 p. 100.

M. Chauffard. L'observation de M. Siredey vient confirmer les travaux de MM. Chauffard et Cl. Vincent. M. Chauffard insiste sur ce fait que, lorsque l'éosinophilie existe avant l'opération, elle disparaît après et que, réciproquement, quand la réaction de fixation est négative avant, elle est positive après.

M. Faisans fit également opérer, il y a quelques années, d'un kyste hydatique, un malade dont la réaction de fixation, négative avant l'opération, devint positive quelques temps après.

Fissures anales guéries par les pommades au collargol. — M. Siredey a obtenu d'excellents résultats en traitant plusieurs malades atteints de fissures à l'anus avec des pommades au collargol au 1/6.

Méningite saturnine subaiguë avec hémiparésie motrice passagère. — M. Mosny rapporte l'histoire d'un malade, saturnin, qui présenta, du côté gauche, une hémiplégie légère, transitoire, caractérisée seulement par une diminution notable de la force musculaire. Ce malade présentait de plus une lymphocytose très élevée, sans autres signes de méningite. On rechercha si le malade n'était pas syphilitique, et toutes les recherches furent négatives.

Ces cas sont comparables aux méningites syphilitiques où, sans phénomènes méningitiques marqués, apparaissent des hémiplégies transitoires.

Sporotrichose à forme lymphatique produite par les morsures d'un rat inoculé. — MM. Jeanselme et P. Chevallier lisent un travail sur ce sujet.

Le traitement de l'érythème induré de Bazin par les tuberculines. — MM. Thibierge et Weissenbach présentent trois malades et rapportent les observations de deux autres malades atteintes d'érythème induré de Bazin, affection considérée, depuis les recherches de Thibierge et Ravaut, comme étant de nature tuberculeuse.

Ils ont étudié, dans ces cas, l'action thérapeutique de la tuberculine.

Chez deux malades ayant cessé trop tôt le traitement, des lésions nouvelles ont apparu qui ont permis aux auteurs de comparer l'action de tuberculines d'origine différente : tuberculine de l'Institut Pasteur, tuberculine GL, immun Körper de Spengler.

Il résulte de ces observations que, sans thérapeutique adjuvante, les malades continuant à vaquer à leurs occupations, la tuberculine injectée a doses progressivement croissantes détermine, dans l'espace de quelques jours, une diminution considérable suivie de la disparition rapide (un mois, deux mois), souvent très rapide (quatorze jours dans un cas) des lésions cutanées (infiltration sous-cutanée et coloration rouge).

Ces faits sont d'autant plus remarquables que l'érythème induré est une maladie essentiellement chronique et persistante, contre laquelle les traitements les plus divers ont constamment échoué et que seul le repos au lit très prolongé, aidé des toniques et des adjuvants habituels de la médication antituberculeuse, ont permis d'améliorer avec une lenteur désespérante.

Un cas de guérison de morphinomanie guérie en six jours par la méthode lente. — M. Morel-Lavallée.

JURISPRUDENCE

DE L'USURPATION DU TITRE DE DOCTEUR

Le premier Congrès des journalistes médicaux français entendra, le 23 mars prochain, un rapport très documenté de M. Dieupart sur l'usurpation du titre de docteur. Cette question si importante pour la profession médicale a fait l'objet d'une jurisprudence des plus intéressantes et des plus variées.

L'article 19, § 1, de la loi du 30 novembre 1892, punit l'usurpation de titre accompagnant l'exercice illégal de la médecine. D'après les décisions que nous rapporterons au cours de ces notes, l'usurpation consiste, non pas seulement dans l'emploi du titre dans les certificats et dans les ordonnances, mais aussi dans les procédés employés pour commettre cette usurpation : plaques de porte, annonces... (V. Cour de Paris, 14 mars 1899, *Dalloz périodique*, 1904, 5e partie, p. 37 ; Cour de Dijon, 2 mai 1906, *Droit médical*, numéro d'avril 1907, p. 7 ; Tribunal de la Seine, 25 mai 1895, *D. p.*, 1896, 2, 189). Mais plusieurs conditions sont nécessaires pour que le délit soit nettement caractérisé : exercice illégal de la médecine, usurpation du titre de docteur en médecine, absence du droit d'exercer. Tout d'abord, il faut que le titre usurpé soit celui

de docteur en médecine; si celui qui se rend coupable d'exercice illégal a pris simplement le titre de médecin, ou de docteur, ou de médecin spécialiste, il ne peut être poursuivi pour usurpation de titre (Cassation, 13 déc. 1889, *Sirey*, 1890, 1re partie, p. 189, et *Journal officiel*, 20 mars 1891, Débats parlementaires : Chambre des députés, p. 679). Il faut aussi qu'il y ait absence du droit d'exercer, et sur ce point les termes de la loi de 1892 sont assez explicites. Il faut enfin qu'il y ait exercice illégal. S'il y a seulement usurpation du titre, cette usurpation ne tombe pas sous le coup de la loi (article 19, § 1), il en est ainsi pour les officiers de santé. Depuis 1892, comme sous l'empire de la loi de l'an X, les officiers de santé peuvent prendre le titre de docteur (Tribunal de Châteaudun, 24 mai 1895 et Cour de Paris, 15 avril 1896, *S.*, 1896, 2, 193; Cassation, criminelle, 3 fév. 1898, *D. p.*, 1900, 1, 561; 27 janv. 1898, *France judiciaire*, 1898, 2e partie, p. 86).

L'usurpation de titre, accompagnée d'exercice illégal de la médecine, est puni d'une amende de 1000 à 2000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2000 à 3000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement. De plus, les auteurs peuvent être l'objet de poursuites de la part des syndicats (Tribunal de la Seine, 10 nov. 1896, *S.*, 1897, 2, 83; Cour de Paris, 22 déc. 1899, *D. p.*, 1900, 2, 341; Tribunal de la Seine, 25 mai 1895, *S.*, 1895, 2, 21) et être aussi poursuivis pour escroquerie (Cour d'Aix, 12 juin 1896, *La Loi*, 15 juillet 1896).

L'article 20 de la loi de 1892 s'applique aux titres étrangers. D'après cet article, est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine celui qui, exerçant l'art de guérir, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Aucune difficulté ne s'élève sur l'application de ces dispositions : le délit n'est consommé que s'il y a emploi du titre de docteur en médecine sans indication d'origine et s'il y a exercice de l'art de guérir.

Cet article 20 a surtout trouvé son application en ce qui concerne les dentistes. La jurisprudence a décidé que les mots « exercice de la médecine » comprenaient l'art dentaire (Tribunal de la Seine, 25 mai 1895, *D. P.*, 1896, 2, 189, deux jugements; Cour de Paris, 14 mars 1899, *D. P.*, 1900, 2, 262), et la dissimulation de l'origine étrangère du titre de docteur en médecine peut être, suivant les circonstances, aussi préjudiciable aux chirurgiens dentistes qu'aux médecins.

D'après les mêmes décisions, le titre de docteur, joint au nom d'un dentiste, ne pourrait s'entendre que du titre de docteur en médecine français. Donc, tombe sous le coup des dispositions prohibitrices de la loi, le dentiste qui s'intitule « docteur X..., dentiste américain » (Cour de Paris, 14 mars 1899, précité, Rennes, 29 juillet 1896, *Journal des parquets*, 1896, 2e partie, p. 119), mais non le dentiste qui met sur la plaque indicatrice de sa profession « docteur X... (de Philadelphie) » (Cour de Paris, 16 janv. 1904, *Gazette des tribunaux*, 1904, 1re partie, p. 422).

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Consultations et formulaire de thérapeutique gynécologique (1), par le docteur Marcel SÉNÉCHAL, chirurgien assistant de la Maison départementale de la Seine.

Dans cet ouvrage, d'ordre éminemment pratique, l'auteur a condensé un certain nombre de renseignements pouvant être utiles aux médecins qui ne font pas de la gynécologie une spécialité.

Très logiquement l'auteur l'a divisé en trois parties précédées elles-mêmes de quelques notions générales : la première passe en revue les affections des organes génitaux externes, la deuxième, celles des organes génitaux internes; la troisième partie, enfin, réunit très heureusement les formules éparses au cours de l'exposé des traitements.

(1) Un vol. de 360 p. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

C'est là, nous le répétons, l'œuvre d'un praticien expérimenté qui tient à faire profiter ses confrères du fruit de son expérience.

Quelques idées en thérapeutique (1), par le docteur J.-F. WIDMANN.

L'auteur de cet ouvrage est un médecin sanitaire maritime qui a beaucoup voyagé, et qui, sur ce champ d'observation tout spécial que constituent les passagers des paquebots, a pu travailler librement, loin de l'influence des théories. C'est le résultat de ces années d'étude que le docteur Widmann résume dans l'intéressant petit ouvrage que nous présentons ici, et qui est d'une lecture à la fois attrayante et profitable.

Manuel pratique de préparation à l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin-sanitaire maritime (2), par R.-F. GUILLON.

Cet ouvrage, tout spécial, est rédigé avec clarté et précision, et rendra de grands services aux médecins candidats à l'examen de médecin sanitaire maritime.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Maladies des nerfs, par le docteur CUNÉO, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 174 pages avec 50 figures. — Prix, broché : 4 francs; cartonné, 5 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 MARS AU 1er AVRIL 1911

THÈSES

Jeudi 30 mars, à une heure. — M. SAIGET. Etude radiographique de la luxation congénitale de la hanche. (MM. Pozzi, président; Quénu, Prenant et André Broca.) — M. BOBEAU. Recherches cytologiques sur les glandules parathyroïdes du cheval. (MM. Prenant, président; Pozzi, Quénu et André Broca.) — Mlle KOSLOFF. Contribution à l'étude de la luxation récidivante de l'épaule. (MM. Quénu, président; Pozzi, Prenant et André Broca.) — M. PERCHEVAL. Des manœuvres abortives chez les femmes qui ne sont pas enceintes. (MM. Bar, président; Achard, Castaigne et Jeannin.) — M. BAUDSON. Contribution à l'étude des déchirures du col propagées au segment inférieur. (MM. Bar, président; Achard, Castaigne et Jeannin.) — M. FOUVREY. Traitement des infections puerpérales par les injections de mercure. (MM. Bar, président; Achard, Castaigne et Jeannin.) — M. COUPUT. Nouvelles méthodes de traitement des pleurésies séreuses aiguës. Plasmothérapie. Injections gazeuses. Kinésithérapie. (MM. Achard, président; Bar, Castaigne et Jeannin.)

(1) Un vol. de 191 p. avec fig. dans le texte. — Paris, O. Doin.
(2) Un vol. de 294 p. avec 31 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est toujours provisoirement composé de MM. Routier, Jalaguier, Hartmann, Launay, Reynier (qui acceptent), Sébileau, Rist (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 mars. — MM. Grivot, 20.

Prochaine séance, vendredi 24 mars, à deux heures et demie, à Lariboisière.

— Concours de la médaille d'or. — *Chirurgie et accouchement.* — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 21 mars. — MM. Berger, 19; Cruet, 18.

Le concours se termine de la façon suivante :
Médaille d'or : M. Berger.
Médaille d'argent : M. Cruet.

— Honorariat. — MM. Dieulafoy, Lacombe, Tapret, Muselier sont nommés médecins honoraires des hôpitaux.

M. Maygrier est nommé accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris.

MM. Galippe et Cruet sont nommés dentistes honoraires des hôpitaux.

M. Portes est nommé pharmacien honoraire des hôpitaux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — M. le docteur Mâreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, atteint par la limite d'âge, a été nommé chirurgien honoraire.

M. le docteur H. Brin, chirurgien-adjoint des hôpitaux, a été nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le docteur Mâreau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Le concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. Amédée Lafont.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Pilven, interne à l'Hôtel-Dieu, a été nommé sous-bibliothécaire.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Candidats inscrits.* — I. MM. Streiff, Lafont, Jamin, Guerche, Mogier, Carret, Chazal, Vermorel, Cabesse, Rouyé (Emile), II. Gessen, Lasnier, Montignac, Lehmann, Rouyer (Henri), Morin, Dupuy, Coriat, Biétrix.

Composition écrite. — Question donnée : « Conduite à tenir dans les cas d'hémorragie post partum. — Delirium tremens. Causes, signes, diagnostic et traitement. »

Lecture. — Séance du 16 mars. — MM. Streiff, 10 + 14 = 24; Lafont, 13 + 16 = 29; Jamin, 9 + 14 = 23; Guerche, 8 + 12 = 20.

Séance du 18 mars. — MM. Mogier, 11 + 13 = 24; Carret, 13 + 16 = 29; Chazal, 8 + 11 = 19; Vermorel, 12 + 14 = 26.

Séance du 21 mars. — MM. Cabesse, 13 + 17 = 30; Rouyé (Emile), 12 + 13 = 25; Gessen, 10 + 11 = 21; Lasnier, 14 + 19 = 33.

Prochaine séance, samedi 25 mars, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale du Syndicat médical de Paris a eu lieu dimanche à la Faculté de médecine. Après les discours de M. Descouts qui quitte la présidence cette année, de MM. de Pradel et de Spéville, le docteur Pelisse a lu un rapport très documenté sur les *Cliniques des accidents du travail.*

Comme conclusion le syndicat a voté la résolution suivante :

« Le racolage des accidentés du travail et, à plus forte raison, le détournement de clientèle, sont des procédés blâmables.

Ils sont incompatibles avec la dignité médicale et constituent

RENSEIGNEMENTS

un acte anti-confraternel. Les médecins qui le pratiqueraient se mettraient eux-mêmes hors des relations professionnelles.

Sont considérés comme racolage et détournement de clientèle, le fait d'attirer les accidentés ou les clients par l'appât d'une rémunération directe ou par intermédiaire, ou par toute autre promesse. »

Un autre vœu proposé par M. Régis est ainsi conçu :

« Le Syndicat médical de Paris émet le vœu que tout médecin convaincu de racolage soit exclu de nos sociétés professionnelles. »

L'ordre du jour comportait ensuite : « De la responsabilité des chirurgiens. »

L'assemblée a décidé que cette question serait l'objet d'un rapport pour la prochaine assemblée, et elle a renvoyé, à cet effet, au bureau, les conclusions votées par la Société de l'internat, et la proposition du docteur Granjux : 1° de réclamer pour le médecin l'assistance judiciaire quand elle est accordée au client qui le poursuit; 2° de demander la dualité de l'expertise, l'un des experts étant désigné par le juge d'instruction et l'autre par la défense.

Ont été nommés membres du Conseil les docteurs Berruyer, Birabeau, Bosviel, Carel, Chapon, Chaumont, Labady, de Pradel, Régis, Roulland, de Spéville.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort subite de M. le docteur S. Arloing, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'école vétérinaire de cette ville, membre correspondant de l'Institut de France et membre associé national de l'Académie de médecine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 25 fév. 1911.) CROCQ et MASAY : Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie des ruptures utérines tardives postcésariennes. — MAHAIM : Un cas de paralysie pseudo-bulbaire fruste avec anarthrie par sclérose corticale et centrale; — Un nouveau cas de destruction étendue de la zone lenticulaire gauche sans trace d'aphasie. — HERTOGHE : Le coma myxœdémateux. — VREVEN et SCHREIBER : De l'influence des éléments nutritifs essentiels, azote, acide phosphorique et potasse, sur la croissance et sur la teneur en alcaloïdes de l'atropa belladona.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1911.) R. SABOURAUD : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade. — CARLE : Deuxième note sur l'influence comparée des générateurs dans l'hérédo-syphilis. — THIBIERGE et WEISSENBACH : Ulcère tuberculeux de la narine à droite. — Ch. AUDRY : Paralysie des arrecteurs au niveau des taches bleues. — E. PELLIER : Réduction métallique spontanée dans les tissus du biiodure Hg injecté en solution aqueuse. — E. CONSTANTIN : Note sur le traitement de la leucoplasie par l'étincelle de résonnance.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1911.) Jules BRŒCKAERT : Névralgie nasale. — R. CLAOUÉ : La magnésie calcinée dans le traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant. — V. COMBIER : Fistules parotidiennes après opérations sur la mastoïde.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1911.) HUTINEL : Septicémie et altérations glandulaires dans la scarlatine. — H. CAUBET : L'hypertrophie mammaire de la puberté. — D'ŒLSNITZ : Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus. — W. W. CENGUELIDZÉ : Sur les mesures à prendre pour protéger les enfants de la classe ouvrière en Russie. — J. COMBY : La recalcification chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1911.) LANTEAUME : Contribution à l'étude de la démence précoce chez les militaires. — LABANOWSKI : Forme rare de rétrécissement ancien de l'urètre. — BOYÉ : La réfrigération systématique de l'abdomen dans le traitement de la fièvre typhoïde. — MAILLARD : Lombricose et perforation intestinale. — BAUMELON : Suicide par coup de feu. — ROUQUETTE et PERDRIZET : Procédé de fixation du pansement après l'opération.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1911.) JACOULET et P. MOURE : Les épithéliomas kystiques de la glande mammaire. — R. BUCCHÉRI : Deux cas de tumeurs malignes du rein chez l'enfant. — G. ZÉSAS : L'importance séméiologique du météorisme dans les traumatismes de l'abdomen. — J. POULAIN : Sigmoïdites et infection des organes génitaux internes de la femme (*fin*).

Clinique. — (N° 8, 24 fév. 1911.) CLAUDE : Polynévrite diabétique. — MAUCLAIRE : Signes, diagnostic et traitement des goitres. — RATHERY : Le coma diabétique, signes et diagnostic. — PAUCHET : L'insufflation trachéale en chirurgie. — NATIER : Surdité spontanée et nutrition. Rééducation méthodique de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen du diapason. — (N° 9, 3 mars.) LESNÉ et SCHREIBER : Epidémiologie de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin). — G. LUYS : Traitement des tumeurs de la vessie. — Mac AULIFFE : A propos d'un précurseur de l'homme. Le Diprothomo platensis. — RUDAUX : La cholécystite gravidique. — FOURCADE : Adénose symétrique fantôme. Maladie de Quincke. — PAUCHET : Diagnostic et traitement des abcès du foie. — GENTY : Les tuberculines et leur valeur thérapeutique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 10, 10 mars.) G. LYON : Les médicaments réellement utiles, leurs modes d'administration, leurs indications. Les notions de thérapeutique indispensables aux praticiens, résumées en quelques leçons (*suite*). — G. MAHÉ : Du pansement alvéolaire après l'extraction des dents. — A. ROBIN : Le traitement des albuminuries diabétiques. — (N° 11, 17 mars.) A. GUILLON : De quelques poissons vulnérants : la piraï, la pastenague et l'anguille tremblante. — AVIRAGNET et DORLENCOURT : Les méthodes actuelles d'examen fonctionnel de l'intestin et de ses glandes annexes. — P.-R. JOLY : Veines et appareil digestif. — PAUCHET : Grands traumatismes des membres inférieurs. Conduite à tenir.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 2 fév.) PASCHKIS : Le traitement des tumeurs bénignes de la peau. — HARNAK : La 5e édition du Codex allemand. — MARSCHALKO : Sur l'insuffisance de la durée de l'action de la suspension neutre de salvarsan dans la syphilis. — NOTTHAFT : Sur la question du danger de l'injection intraveineuse de solution acide de salvarsan. — LŒB : Aiguille pour l'injection intraveineuse de salvarsan. — TRAUBE : Sur le diagnostic de la syphilis. — SENATOR : Le traitement du lupus des muqueuses. — WOLFSOHN : Symptômes thyréotoxiques dans la médication iodée. — EHRLICH : Soulagement de la douleur dans l'accouchement normal. — STRÖZNER : Vibrions cholériques dans l'eau du Danube. — WALBAUM : Action de l'eau oxygénée sur le pouvoir producteur d'enzyme des muqueuses et sur les enzymes sécrétés. — BARBERIO : Nouvelle contribution à ma réaction du sperme. — LANGAKER : Cinq cas de mort par diabète sucré chez deux sœurs de quatre et onze ans. — SCHLENK : Nouveaux thermophoses électriques.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

ET TRAUMATISME (1),

Par MM. E. GELMA et G. STRŒHLIN.

La loi sur les accidents du travail a attiré l'attention sur l'importance considérable du traumatisme dans l'étiologie de certaines lésions graves et progressives des centres nerveux. L'observation suivante est un exemple typique de sclérose latérale amyotrophique post-traumatique.

OBSERVATION (2). — O... Lucien, âgé de cinquante-neuf ans, marbrier, entre dans le service de M. Dupré à l'Infirmerie spéciale, où il est envoyé par le commissaire de police de la gare d'Orléans, qui, à la suite d'un attroupement formé autour du malade, croit avoir affaire à un aliéné égaré.

Dans le service, O.., couché sur un brancard, incapable de faire un mouvement, geignant, déclare qu'il a été victime d'un accident de travail; qu'il a perdu, par de faux témoignages le procès intenté à son entrepreneur pour se faire indemniser et qu'il est venu à Paris afin d'obtenir justice. La première impression fut que l'on se trouvait en présence d'accidents parétiques simulés consciemment ou non, mais l'examen somatique démontra qu'il s'agissait de troubles organiques.

ETAT ACTUEL. — *Membres inférieurs.* — O... est dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs en extension et en adduction, un pied recouvrant l'autre, avec impossibilité d'exécuter un mouvement spontané notamment de fléchir et d'étendre. Sollicité instamment, il peut à *droite*, ébaucher un mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse, mettre en abduction légère son membre inférieur et faire quelques mouvements des orteils. A *gauche*, mouvements plus étendus..

Mouvements provoqués possibles, mais sensation de raideur, de spasticité musculaire spéciale surtout à droite.

Réflectivité. — Réflexes rotuliens et achilléens forts des deux côtés, peut-être un peu plus brusques à gauche. Ebauche de trépidation épileptoïde des deux côtés. Pas de clonus de la rotule. Réflexe plantaire : éventail des petits orteils par excitation du bord externe du pied à gauche et à droite. Pas d'extension du gros orteil. Réflexe crémastérien et abdominal normaux.

Amyotrophie générale des membres inférieurs des deux côtés. Mouvements fibrillaires spontanés et provoqués par la percussion des tendons et des muscles.

Sensibilité. — Aucun trouble.

Membres supérieurs. — A *droite*, mouvements des doigts du poignet et du coude conservés, mais pénibles; supination difficile, mouvements d'abduction et d'élévation du bras très limités. Impotence des deux dernières phalanges de l'index. Difficulté très grande d'élever le bras au-dessus du lit. Sollicité vivement il peut avec de grands efforts soulever l'avant-bras. Sensation de lourdeur comparable, aux dires du malade, à un poids de 40 kilos.

A noter accessoirement, une rétraction tendineuse de l'annulaire consécutive à un traumatisme ancien.

A *gauche*, lenteur des mouvements moins accusée, difficulté très grande de mettre le bras derrière la tête.

Réflectivité. — Les réflexes radiaux, olécraniens, musculaires (fléchisseurs et extenseurs) sont forts à droite et à gauche.

Amyotrophie portant à *droite* spécialement sur les éminences thénar, hypothénar et les interosseux. Main de singe. A *gauche* atrophie bien moins marquée permettant un usage constant de la main.

Pas de différence volumétrique entre les membres supérieurs. Force dynamométrique nulle des deux côtés.

Examen électrique (1). — D. R. incomplète des muscles thénar, hypothénar et peut-être interosseux. D. R. incomplète du jambier antérieur. D. R. complète des extenseurs. Les autres muscles touchés présentent seulement de la diminution de l'excitabilité.

Sensibilité. — Pas de troubles.

Troubles glosso-labio-laryngés. — Difficulté de la déglutition, les solides passent péniblement et avec une gêne assez prononcée. Le malade s'étrangle à certains moments. Pas de trouble pour les liquides.

Parole lente, traînante, nasonnée, difficile, abaissement de la tonalité de la voix.

Ecoulement involontaire de la salive hors de la bouche, accusé surtout la nuit.

Gêne des mouvements labiaux, impossibilité de siffler, lenteur des mouvements de la langue sans atrophie avec léger tremblement. A l'inspection, le voile du palais paraît mobile et nullement affaissé.

Réflexe massetérin normal.

Troubles sphinctériens. — Emission involontaire des matières, défécation impérieuse, fréquence des selles. Pas de trouble de la miction.

Etat de la colonne vertébrale. — Pas de déformation appréciable à la vue et au toucher Douleur spontanée, continue, avec paroxysmes, calmée par le décubitus dorsal avec flexion des membres inférieurs, provoquée par la palpation des apophyses épineuses dans la région lombo-sacrée. Le moindre mouvement arrache des plaintes au malade.

Pas de trouble oculaire ni lésion viscérale appréciable.

Ponction lombaire. — Aucune constatation chimique ou cytologique anormale dans le liquide céphalo-rachidien.

Troubles psychiques. — Etat de dépression, de tristesse en rapport avec les revendications qu'il poursuit. Paroxysmes anxieux par intervalle avec sanglots. Véritables pleurs spasmodiques survenant au moindre souvenir triste évoqué, à la lecture d'une lettre banale de sa femme. Tendances vaguement paranoïaques et processives, accusations puériles contre son entourage.

Pas de déficit de l'intelligence ni de la mémoire.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Les troubles seraient consécutifs à un accident survenu *le 2 septembre 1907*. Au cours de son travail, à deux heures de l'après-midi, le malade soulève une pierre de 700 kilos (1m35 de long, 0m90 de large, 0m15 d'épaisseur) pour la redresser sur son grand côté.

Après l'avoir élevée à une hauteur de 0m75 à l'aide d'un cric, il veut achever de la mettre debout en la prenant dans ses bras et en s'aidant de sa jambe droite; au cours de cet effort considérable, le malade ressent brusquement un craquement dans sa colonne lombaire à 4 ou 5 centimètres environ au-dessus du coccyx et une violente douleur dans le mollet droit qu'il compare à une morsure de chien. Il s'assied, urine un quart d'heure après et voit deux gouttes de sang apparaître au méat, en même temps qu'il ressent un léger picotement à l'extrémité de la verge. Pas d'autre hématurie dans la suite. Il se repose trois heures et peut travailler une demi-heure à la fin de l'après-midi. Le malade rentre chez lui en boitant, la jambe engourdie et souffrant au niveau de l'aine droite. Le lendemain matin, il travaille et dans l'après-midi il consulte un médecin qui aurait conclu à un « effort ». Il cesse de travailler le *9 juillet 1908*, un an environ après l'accident, les douleurs devenant intolérables. Troubles parétiques de la jambe droite

---

(1) Travail du service de M. E. Dupré.

(2) Le malade a été présenté à la Société de neurologie en janvier 1911.

(1) L'examen électrique est dû à l'obligeance de M. le docteur Delherm.

Le *25 août 1908* il consulte M. Gasne qui fait le diagnostic d'hématomyélie. Pas de ponction lombaire.

Au *début de décembre 1908*, brusquement une nuit le malade ressent une douleur très violente dans l'épaule droite, la région lombaire et les deux membres inférieurs. Quelque temps après la jambe gauche s'alourdit et il ne peut marcher qu'avec deux cannes. En *septembre 1909* la marche devient impossible. En *février 1910* début de l'impotence des membres supérieurs, gêne pour manger et s'habiller; les troubles ont commencé par le bras droit, et le bras gauche ne fut atteint qu'un mois plus tard. Puis raideur douloureuse de la nuque; le malade doit rester alité. Au même moment apparaissent les troubles de la déglutition qui devient difficile pour les solides.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis saisissable, éthylisme chronique banal; marié à cinquante ans à une femme de trente ans, il a quatre enfants bien portants.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante et onze ans, éthylique chronique. Mère morte à trente-six ans; vingt frères et sœurs issus de trois mariages sur lesquels six vivants, les autres morts d'affections banales ou indéterminées. Aucun antécédent névropathique ou psychopatique connu.

Il est assez rare de retrouver le traumatisme dans l'étiologie de la sclérose latérale amyotrophique. Cependant on relève dans l'histoire de la maladie de Charcot un certain nombre d'observations intéressantes qu'Ingelrans (1) et Ladame (2) ont réuni dans des revues générales très documentées.

Valentiner (3), en 1855, qui avait entrevu avant Charcot la sclérose latérale amyotrophique rapporte l'observation d'un homme de quarante-cinq ans qui mourut d'accidents bulbaires à la suite d'*une chute* au cours d'efforts violents.

Florand (4), dans sa thèse (1887), véritable monographie de la sclérose latérale amyotrophique, admet le traumatisme comme cause occasionnelle. Son observation XII est celle d'un serrurier de quarante-neuf ans qui eut des symptômes atténués de la maladie quelques mois après *un coup sur la nuque*. Les accidents avaient débuté par la faiblesse des membres supérieurs, puis étaient survenu des troubles parétiques des membres inférieurs, des phénomènes bulbaires, de l'atrophie, des contractures et la mort, un an après le traumatisme.

Joffroy et Achard, en 1890, observent une femme de soixante-quatre ans présentant, à la suite d'une *chute* dans un escalier, de l'amyotrophie et des phénomènes bulbaires et dont l'autopsie montre les lésions classiques de la sclérose latérale amyotrophique.

A. Jurman (5), en 1896, voit un paralytique général faire des accidents parétiques et amyotrophiques un mois après avoir reçu un *coup* sur la mâchoire inférieure.

Goldberg (6), en 1898, donne l'histoire d'un homme de quarante-trois ans ayant, deux ans après une *chute de 3 mètres*, des accidents de sclérose latérale amyotrophique avec prédominance à droite.

Hauck (1), en 1899, cite un cas de sclérose latérale amyotrophique survenu à la suite d'une *plaie profonde* par instrument tranchant.

Ottendorff (2), en 1902, voit un malade qui eut des symptômes de spasticité et d'amyotrophie, *sept mois après être tombé* d'une échelle sur un rebord où il resta suspendu par la main et par le menton.

Seiffer (3), en 1903, observe un homme de quarante-trois ans présentant, neuf mois après un choc violent (*chute à la renverse d'une échelle*), des symptômes de sclérose latérale amyotrophique avec accidents bulbaires.

Giese (4), en 1904, note l'histoire d'un ouvrier de trente-neuf ans ayant subi un traumatisme violent du bras droit *dans une chute d'une hauteur de 3 mètres*. Quelques semaines après, apparurent des troubles parétiques et sensitifs du bras droit, et sept mois après, le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique était confirmé.

Il faut citer un cas de Ricca (5), en 1908, où la sclérose débuta deux ans après une *fracture de la jambe gauche* : le tremblement commença par cette jambe, puis survinrent la parésie, l'amyotrophie, la spasticité, la réaction de dégénérescence.

Un cas de Kurt-Mendel (6), en 1908, où une femme de quarante-quatre ans, à la suite de *deux chutes* survenues dans l'espace de sept mois, fit des accidents de sclérose latérale amyotrophique avec prédominance du côté où s'est fait le traumatisme. Les troubles ont débuté six mois après la dernière chute.

Un cas de Ladame (7), tout à fait typique : il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, sans prédisposition héréditaire ou acquise, qui fit *une chute sur le côté droit* en 1906; quatre mois après apparaissent les premiers symptômes à droite; en 1907, l'impotence des deux membres est complète; en 1908, surviennent les troubles bulbaires. Muralt de Davos (8) signale une observation de sclérose latérale amyotrophique *survenue trois mois après une chute* avec mort en cinq ans.

A signaler également le cas de Pagenstecher (9), en 1905, deux cas de Nonne, celui de de Marbaix (10),

(1) Ingelrans. *Echo médical du Nord*, 1909, an XIII, n° 28, p. 321.
(2) Ladame. *Revue suisse des accidents du travail*, nov. 1909.
(3) Valentiner. *Prager Vierteljahrschrift*.
(4) Florand. Th. de Paris, 1887.
(5) Jurman. *Conférences de chirurgie neuro-psychiatrique*, Saint-Pétersbourg. 24 oct. 1896, et *Revue neurol.*, 1897, p. 61.
(6) Goldberg. Ein fall von traumatischer Amyotrophischer lateral Sklerose am untersten Teil der Ruckmarks, *Berl. klin. Woch.*, 2 mars 1898, t. XXXV, 12, p. 262-264.

(1) Hauck. Im *Aerztliche Praxis*, 1899.
(2) Ottendorff. Eim Fall von Amyotrophischer lateral Sklerose nach Trauma, *Monat. f. Unf.*, oct. 1902, t. IX, 10, p. 313-316.
(3) Seiffer. *Charité Ann.*, 1903.
(4) Giese. Amyotrophischer Lateralsklerose nach Trauma, *Deut. med. Woch.*, 8 sept. 1904, t. XXX, 37, p. 1348-1350.
(5) Ricca. *Clin. med. ital.*, 1907, et *Revue neurol.*, 1908, p. 590.
(6) Kurt-Mendel. Der Unfall in der Aetiologie der Nervenkrankheiten, *Monat. f. Psych. und Neurol.*, vol. XXIII, fasc. 3, p. 165, 1908. — Dans cette statistique de 1500 cas il en trouve 9 se rapportant à la sclérose latérale amyotrophique.
(7) Ladame. Loc. cit.
(8) Cité dans le travail d'Engelrans.
(9) Pagenstecher. Drei Fall von postraumatischer chronischer spinales Amyotrophie mit Berücksichtigusig der ubrigen actiologischer momente. Pagenstecher, *Monat. f. Unf.*, janv. 1905, t. XII, 1, p. 1-13.
(10) De Marbaix. Cas de sclérose latérale amyotrophique, *Acad. de méd. de Bruxelles*, 1906, t. II, p. 203-210-238.

celui de Haag, en 1906, celui de Hoehl (1), exemple de sclérose latérale amyotrophique consécutive à une commotion électrique, celui de Larh (2), celui de Thiem (3). Enfin, Sand (4) consacre dans son livre sur la simulation et les accidents du travail, un paragraphe où il passe en revue les auteurs qui se sont occupés de la sclérose latérale amyotrophique au point de vue de ses rapports avec le traumatisme.

L'étude des faits publiés jusqu'à ce jour soulève les questions suivantes : à *quel moment apparaissent les premiers phénomènes* après le traumatisme, *où se localisent* les premiers symptômes, et quelle est l'*influence de la fatigue*.

Il faut environ de cinq à huit mois, d'après les observations précitées, entre le traumatisme et les premiers signes : parésie, douleur, impotence complète. Chez notre malade, ces troubles, qui sont apparus dès l'accident, ont acquis en huit mois environ assez d'intensité pour l'obliger à cesser son travail.

Un autre point, signalé par Kurt-Mendel et Engelrans, c'est la fréquence du début par les membres directement contus. Chez notre malade, en effet, les troubles paréto-spasmodiques et l'amyotrophie ont commencé par le membre inférieur droit qui a subi un violent effort. Nous ne voulons pas énumérer tous les faits que nous avons entrevus, mais simplement rappeler un autre exemple très net : le cas de Giese où le traumatisme a porté sur le bras droit et où les accidents ont eu la même localisation initiale.

L'*influence de la fatigue* après le traumatisme n'est pas un élément négligeable dans l'apparition des symptômes. On sait le rôle du surmenage musculaire et des phénomènes d'usure dans l'étiologie des amyotrophies. L'histoire de ce coltineur de vingt ans, présenté par Brissaud (5), dans sa première leçon, est typique. Ladame (6) cite l'observation de ce malade de Dubois [de Neuchâtel] (1843) atteint d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et des bras, consécutive à la fatigue professionnelle. Les traumatisés continuent généralement leur travail après leur accident, et au fur et à mesure de l'apparition des troubles parétiques, surmènent le membre resté sain qui finit à son tour par se prendre. Notre malade a ainsi travaillé huit mois après son accident. D'ailleurs, le rôle de l'effort soutenu et de la fatigue dans la production et l'accélération des lésions graves du système nerveux a été constaté par tous les neurologistes, et en particulier bien précisé par Edinger (de Franckfort), dans une série de publications, de 1894 à 1908 (7).

(1) Hoehl. *Münch. med. Woch.*, 1906.
(2) Larh. Ueber Nervenkrankheiten nach Berucksichtingung der organischer Rückenmarks affectionen, *Charité Ann.*, t. XXII.
(3) Thiem. In *Herztl sachverst Zeit.*, 1898, p. 342.
(4) Sand. *La Simulation et les accidents du travail*, 1909.
(5) Brissaud. *Leçons cliniques.*
(6) Ladame. Loc. cit.
(7) Edinger. Cité par Ladame. Loc. cit. ; — *Eine neue Theorie über die Ursacher einiger Nervenkrankheiten insbesondere der neuritis und der Tabes*, 1894 ; — Die rolle des Aufbranches bei den Nervenkrankheiten, *Med. Klin.*, 1908, n° 28.

Pathogénie. — Il est difficile d'expliquer comment une commotion de la moelle épinière puisse devenir le point de départ de lésions polio-leucomyéliques aussi systématisées. S'agit-il d'ébranlement moléculaire comme le supposait Erb (1) ou bien des suffusions sanguines ? La plupart des auteurs admettent que le traumatisme ne fait que mettre en évidence une prédisposition latente (Florand, Kurt-Mendel, Ladame, etc.) et ne le considèrent que comme une cause occasionnelle.

Les recherches histologiques n'ont guère apporté de renseignements utiles : Kirchgässer trouve des altérations dans les corpuscules de Nissl qui sont raréfiés, Schmauss pense qu'il y a sclérose des cylindraxes au milieu d'une myéline intacte (2).

L'expérimentation semble cependant montrer des faits intéressants. Schmauss a publié dans les archives de Wirchow le résultat d'expériences qu'il a faites : il frappe à l'aide d'un marteau sur la colonne vertébrale de lapins suspendus. Il a soin pour éviter des lésions du rachis d'interposer une planchette entre l'animal et le marteau. Bientôt chez les animaux qui survivent il constate de la spasticité, de la parésie, de l'amyotrophie des membres inférieurs, des troubles sensitifs et sphinctériens avec escarre de décubitus. L'autopsie ne montre aucune trace d'hémorragie méningée ; on ne constate que des altérations des fibres et des cellules ; les désordres anatomiques (nécrose traumatique des cylindraxes) doivent donc être envisagés comme de nature moléculaire sans intervention de suffusions sanguines.

D'autres expérimentateurs sont arrivés aux mêmes conclusions après des recherches analogues (3).

Charcot, Leyden, Strümpel et d'autres auteurs n'admettaient pas le traumatisme dans la genèse de la sclérose latérale amyotrophique. En réalité les cas de sclérose latérale amyotrophique post-traumatique sont de plus en plus signalés et étudiés. La recherche du traumatisme s'impose dans l'enquête étiologique de cette affection et quand ce fait est établi, sa notion peut donner lieu en médecine légale aux discussions les plus intéressantes.

FRACTURE OUVERTE DU CRANE

DE LA RÉGION OCCIPITALE AVEC ISSUE DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE ET DÉCHIRURE DU SINUS LONGITUDINAL SUPÉRIEUR

Trépanation. Mort.

Par M. LOP,
Chargé de cours à l'École de médecine de Marseille.

I

Cette observation malheureuse présente quelque intérêt, digne, je crois, d'être signalé.

D'abord, la résistance offerte par une fillette à un traumatisme aussi grave que celui dont elle était atteinte ; résistance qui permettait de

(1) Erb. *Deut. Zeit. f. Nerven.*, t. XI, 1897.
(2) Déjerine et Thomas. *Traité des maladies de la moelle*, 1909.
(3) Ingelrans. Loc. cit.

croire, à première vue, à des lésions moins graves que celles que l'on allait trouver.

Blessée vers midi, malgré l'abondance de la première hémorragie, l'enfant n'avait pas perdu connaissance; aussi les confrères appelés à lui donner les premiers soins n'avaient pas insisté outre mesure devant le refus de la famille, pour faire transporter la blessée à l'hôpital. L'enfant n'est arrivée à la clinique qu'à trois heures du soir, la plaie simplement recouverte d'un pansement humide fait par le pharmacien!!

Comme je le dis plus haut, l'aspect de l'enfant ne dénotait pas des lésions aussi graves; ce n'est que l'examen minitieux auquel nous nous sommes livrés, après avoir fait la toilette de la plaie, entre les bords de laquelle filtrait de la substance cérébrale, souillée à un tel point, qu'on pouvait la prendre pour de la boue, qui nous révéla la gravité d'un traumatisme qu'on ne pouvait que soupçonner.

En présence de ses désordres, il fallait donc intervenir. Tout, dans l'état local justifiait impérieusement cette intervention que l'excellence de l'état général autorisait. Comme on peut le voir par la figure ci-jointe, l'esquille superficielle, détachée à la façon d'un opercule, est rabattue en dehors donnant suffisamment de jour pour constater qu'une esquille longue et large de 2 centimètres plongeait en pleine substance cérébrale, ayant par sa pénétration dû déchirer le sinus (complication qu'on ne pouvait supposer) : 1° *par le siège de la fracture, relativement éloigné du sinus ;* 2° *parce que l'hémorragie ne s'était plus reproduite depuis l'accident, cette esquille ayant dû jouer le rôle de tampon.*

Observation. — Le 8 mai 1910, à trois heures de l'après-midi, on amène à ma clinique une fillette de cinq ans, victime, vers midi, d'un accident causé par une automobile.

L'enfant avait été heurtée par une aile de la voiture et projetée sur le trottoir; relevée sans perte de connaissance, elle eût une abondante hémorragie par les plaies du crâne et aussi, paraît-il, par la bouche, epistaxis postérieure sans doute. Après un pansement provisoire, elle fût ramenée chez elle. Trois heures après l'accident, on se décide à l'amener à la clinique.

A son entrée, l'examen nous donne les signes suivants : Fillette bien conformée; le faciès est bon, légèrement coloré, la parole facile, pas de plaintes, les mouvements sont bien conservés.

Dans la région frontale gauche, à la naissance des cheveux, on constate une petite plaie, à bords accolés, encore souillée par les débris de la rue.

Dans la région occipitale gauche, à deux travers de doigts du pavillon de l'oreille et au même niveau que le conduit auditif externe, existe une seconde plaie dont les lèvres dessinent un angle aigu à sommet dirigé en haut et en arrière.

Il s'écoule à travers cette plaie d'une façon continue un léger suintement sanguin. Par les bords de cette plaie entr'ouverte font saillie de petits grumeaux noirâtres, qu'un examen attentif montre formés de substance cérébrale.

Le doigt, en palpant les bords de la plaie, éprouve un ressaut et plonge dans un enfoncement profond quittant ainsi la surface osseuse.

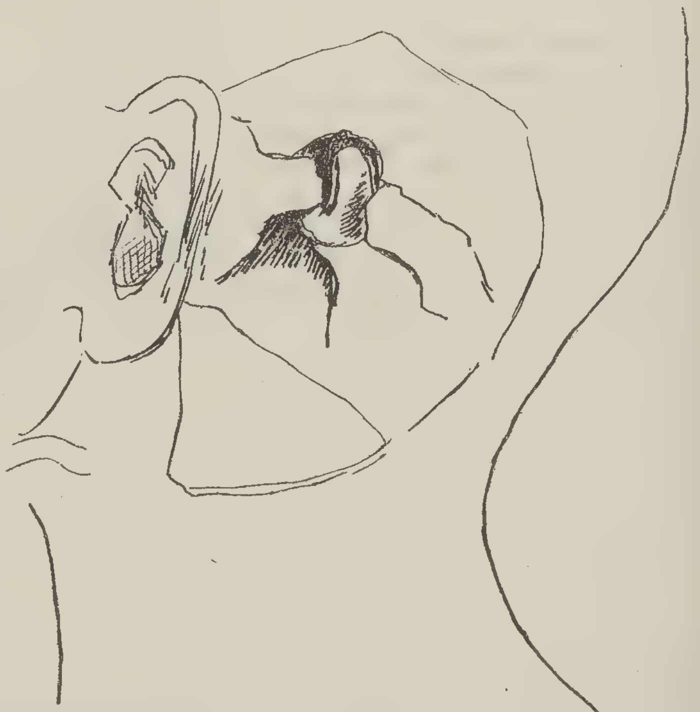
Le diagnostic de plaie contuse avec enfoncement de l'occipital est alors posé.

On décide de pratiquer sur le champ un débridement pour l'exploration plus facile et faire la toilette de la région ainsi blessée.

Avant l'anesthésie par le kélène, l'enfant paraît plus pâle, plus abattue, mais cependant en pleine possession de sa connaissance.

On donne environ 10 centimètres cubes de kélène — plutôt moins — à la faveur desquels on constate, après avoir taillé un large lambeau à base inférieure, une fracture étoilée de l'occipital avec une esquille de 2 centimètres environ, située à à la partie supérieure et basculant en arrière, plongeant ainsi sous les bords de la fracture. D'autre part, un fragment osseux inférieur s'enfonce sous la première esquille, à ce niveau, la profondeur paraît plus grande.

Des fissures séparent les parties de l'occipital fracturé en cinq fragments convergeant vers l'esquille précitée, qui, encastrée sous les autres est difficilement mobilisée. A travers la fracture, issue de substance cérébrale en bouillie.



En présence de la gravité de la blessure, on décide de poursuivre l'opération et de pratiquer le dégagement de l'esquille et le redressement des bords osseux enfoncés. On injecte au préalable deux seringues d'huile camphrée. On administre à l'enfant *quelques gouttes* de chloroforme. Après avoir dépériosté l'os à la rugine, on procède au dégagement de l'esquille centrale qui est embarrée.

Cette esquille, complèletement détachée ne pouvait être conservée. Une hémorragie abondante se déclare; on met plusieurs pinces sur des lambeaux de la dure-mère, paraissant en être la source, ce qui ralentit l'afflux sanguin et enfin son arrêt complet grâce à un tamponnement avec des mèches de gaze.

Mais il est vraisemblable qu'un sinus — le longitudinal supérieur — est ouvert, l'hémorragie ne peut provenir que de cette source.

L'on suspend le chloroforme et l'on fait une nouvelle injection d'huile camphrée.

Deux autres fragments encore adhérents par leur périoste et dilacérant la substance cérébrale obligent à compléter l'intervention par leur dégagement. On y était heureusement parvenu lorsque, sitôt leur dégagement terminé, survint une nouvelle hémorragie tellement abondante que l'enfant succombe presque immédiatement.

L'hémorragie était vraisemblablement due, comme nous l'avons dit plus haut, à la déchirure du sinus et probablement aussi aux lésions des vaisseaux irri-

guant la substance cérébrale sous-jacente et sectionnés par l'esquille comme par un instrument tranchant.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR L'ICHTYOL

A la Société de thérapeutique [séance du 25 janvier 1911 (1)], le docteur Naamé (de Tunis), correspondant national, a communiqué la formule de sirop ichtyolé qu'il préconise après de longs essais à Tunis où la coqueluche règne depuis plusieurs années.

La voici :

Ichtyol-ammonium	10 grammes
Glycérine	20 —
Alcoolat de mélisse composé .... } *ãã*	2 —
Alcool d'essence de menthe au 10e. }	
Essence d'amandes amères vraie......	III gouttes
Sirop .... q. s. p.	100 grammes

Ce sirop a donné à l'auteur de brillants résultats. Voici comment il l'administre :

Jusqu'à un an	4 à 6	cuillerées	à café
— 2 ans	3 à 4	—	à dessert
De 3 à 4 ans	4 à 5	—	—
De 5 ans et au delà.....	4 à 5	—	à soupe

« Ces doses, surtout les petites, dit M. Naamé, peuvent être augmentées et même doublées dans les cas rebelles, anciens ou compliqués : bronchite capillaire ou broncho-pneumonie, etc.

L'efficacité de la médication dépend non seulement de la dose donnée, mais aussi de l'ancienneté de la maladie : celle-ci avorte dans les deux ou trois jours, si l'ichtyol est administré dès le début; les quintes et les vomissements, si ceux-ci existent déjà, diminuent rapidement, puis s'arrêtent, et la maladie tourne court pour évoluer comme une simple bronchite. J'en ai observé de nombreux exemples. Mais si la coqueluche est ancienne, elle nécessite un traitement intensif et cède en une moyenne de dix jours. »

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 MARS 1911)

Sur une nouvelle méthode d'introduction du radium dans les tissus. — M. le professeur CHAUVEAU présente une note de MM. le docteur Haret, assistant de radiologie à l'hôpital Saint-Antoine, Danne, préparateur à la Faculté des sciences, Jaboin, docteur en pharmacie, sur une nouvelle méthode d'introduction du radium dans les tissus.

Cette méthode consiste à introduire du radium dans l'organisme par l'électrolyse. Les auteurs se sont livrés à toute une série de recherches sur le lapin, sur la génisse et sur des malades. Ils ont constaté que le radium passe dans les tissus par ionisation, mais que celle-ci est nécessaire pour l'introduction de ce radium sans effraction de la peau. La pénétration, indépendante de la circulation sanguine, se fait à une assez grande profondeur, et le radium persiste un temps suffisamment long dans les tissus pour permettre, par des séances successives, d'en obtenir une quantité assez grande pouvant donner des résultats thérapeutiques.

Les effets de cette ionisation ne sont d'ailleurs pas nocifs, et des applications sur divers malades, faites par le docteur Haret, ont démontré que l'ion radium provoque une action sédative manifeste et agit favorablement sur certaines tumeurs.

Recherches sur la dissémination de germes microscopiques dans l'atmosphère. — MM. Gaston BONNIER, Louis MATRUCHOT et Raoul COMBES, grâce à un appareil spécial, sont arrivés à faire la numération et la détermination des microbes transportés dans l'air. Ils donnent à cette étude générale le nom de « plankton aérien ».

Des expériences faites dans les Alpes du Dauphiné à des altitudes variant de 300 à 2200 mètres ont vérifié ce fait, démontré par Pasteur, que les germes sont moins nombreux à mesure qu'on s'élève dans les montagnes, mais ce qui est remarquable c'est que les germes de champignons microscopiques sont encore en quantité notable à 2200 mètres d'altitude (64 pour 50 litres d'air se sont développés).

Notons qu'en certaines circonstances, de la neige, récoltée aseptiquement à de grandes altitudes dans les Pyrénées, s'est montrée relativement riche en microbes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 MARS 1911)

Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. — M. REYNIER achève la communication qu'il a commencée dans la dernière séance. Cette seconde partie a trait à la technique de la méthode et à ses résultats.

Au point de vue de la technique, M. Reynier recommande de bien appliquer le masque sur le visage, afin qu'il ne pénètre pas d'air extérieur autre que celui qui est aspiré par l'appareil. Il faut d'abord faire respirer au malade de l'air libre, puis, graduellement, le mélange titré à 2 p. 100, 4 p. 100 et jusqu'à 12 p. 100 qui est la dose maxima qu'on ne doit jamais dépasser. Arrivé à cette dose, le malade s'anesthésie, pour ainsi dire, à son tour. Cette dose de 12 p. 100 ne doit pas être prolongée. Au cours de l'opération, des doses inférieures, 6 et 4 p. 100, suffisent pour maintenir l'anesthésie. Dans ces conditions, pour les opérations les plus longues, le malade n'absorbe pas plus de 15 à 20 grammes de chloroforme. Aussi, on ne voit pas survenir d'accidents consécutifs du côté du foie ou des reins.

Au début de l'anesthésie, les malades ne se défendent pas comme avec la compresse et s'endorment sans s'en apercevoir. La période d'excitation est presque entièrement supprimée. L'anesthésie se poursuit, d'une façon régulière, sans à-coup, sans alertes. Les vomissements, pendant comme après l'anesthésie, sont exceptionnels. On ne voit plus, toutefois, de ces vomissements incoercibles pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures comme autrefois.

M. Reynier étudie ensuite l'action physiologique de cette méthode. Il rappelle que les malades en état de schock, par grand traumatisme, par hémorragies, par étranglement herniaire ou péritonite septique sont en état d'hypotension artérielle. Or, le chloroforme peut encore augmenter cette hypotension, d'où la précaution, chez ces malades, de ne pas dépasser les doses de 5 à 6 p. 100.

Arrivant aux résultats de la méthode des mélanges titrés d'air et de chloroforme imaginée par Paul Bert (et employée pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Péan), M. Reynier apporte une statistique de 10220 anesthésies pratiquées par lui ou ses assistants en dix ans. Sur ce nombre, il n'a eu à enregistrer qu'une alerte grave et un cas de mort. L'alerte s'est produite sur un obèse, venant de manger beaucoup et opéré d'urgence, par M. Marion, pour un étranglement herniaire. Le malade cessa de respirer, eut une

(1) Cf. *Bull. gén. de thérap.*, 15 fév. 1911.

syncope, puis, après un vomissement abondant, se remit à respirer. Le cas de mort a trait à un homme qui venait de subir un traumatisme grave de la jambe, qui avait perdu beaucoup de sang et qui était en état de schock. Deux mois après, pour lui faire des greffes sur sa jambe, on l'endormit. Ce fut un externe inexpérimenté qui donna le chloroforme. Il eut recours d'emblée au mélange à 12 p. 100. Le malade eut une syncope et succomba. Mais ce fut là une faute de technique et non attribuable à la méthode elle-même. M. Reynier espère apporter une nouvelle statistique, vierge de tout accident, et arriver ainsi à convaincre ses collègues de l'excellence de cette méthode, toute française, dont il se montre très enthousiaste.

Traitement opératoire et traitement conservateur dans la coxalgie infantile. — M. P. Coudray. L'opération sanglante dans la coxalgie infantile était réservée aux cas graves, suppurés, chez des malades menacés de septicémie. Sous le prétexte de pansements nouveaux, en particulier, le *bourrage iodoformé* avec Mosetig-Moorhof, Vignard, on tendrait à revenir à la résection précoce, opération qui trouverait son indication principale dans les lésions révélées par la radiographie. Il convient de faire observer que la radiographie ne renseigne pas sur l'élément capital de la coxalgie, à savoir sa tendance à la régression, ou à la suppuration. D'autre part si les techniques nouvelles peuvent rendre un peu plus bénignes les suites opératoires, elles ne modifient pas les résultats éloignés, c'est-à-dire, les raccourcissements physiologiques tenant à la suppression totale ou partielle du cartilage de conjugaison, ni la marche défectueuse qui résulte trop souvent de la laxité articulaire exagérée. Les faits annoncés par Vignard (de Lyon), les seuls qu'on puisse apprécier, dans une certaine mesure, n'infirment en rien ces données anciennement établies. En somme, à l'heure actuelle, comme avant ces pratiques nouvelles, le mieux est de s'en tenir à l'extension continue, qui fournit un nombre respectable de guérisons intégrales, même dans les cas relativement anciens, et à l'immobilisation pour les coxalgies qui ont une tendance manifeste à l'ankylose.

Enfin, comme les injections iodoformées guérissent à peu près les trois quarts des abcès coxalgiques, on voit que les indications opératoires, au cours de la maladie, sont assez restreintes.

La statistique du cancer. — M. Jacques Bertillon. Sur une carte de France, on peut tracer en trois coups de plume la région où le cancer est fréquent dans les campagnes et celle où il est rare. Tirez un trait de Caen à Angers, un autre d'Angers à Dijon, un troisième de Dijon à Mézières. Tout ce qui est à l'intérieur du carré ainsi tracé est très frappé par le cancer ; ce qui est en dehors l'est deux fois, ou trois fois ou quatre fois moins (toutefois le cancer est assez fréquent dans la Vendée et dans l'Isère). Ce carré fatal contient assez exactement le bassin crayeux dont Paris est le centre.

Nous pouvons tracer un autre carré, aussi favorisé que l'autre l'est peu. Tirons un trait de La Rochelle à Saint-Etienne et de là au Rhône. Le carré limité par cette ligne, le Rhône et les Pyrénées, ne contient pas un seul département où le cancer ait une fréquence notable. Ainsi un carré fatal dans le nord-est de la France, un carré béni du sort au sud-ouest, ainsi se résume la distribution du cancer dans les campagnes françaises, d'après la carte présentée à l'Académie par M. Bertillon.

Le cancer est toujours beaucoup plus fréquent dans les villes que dans les campagnes. En général, le cancer est plus fréquent dans les pays du Nord de l'Europe (Angleterre, 91 décès annuels pour 100 000 habitants; Norvège, 100; Pays-Bas, 101 ; etc.), que dans le centre de l'Europe (Prusse, 71 ; Autriche, 78; France, 76); et beaucoup plus rare dans les pays baignés par la Méditerranée (Espagne, 48; Italie, 61 ; population européenne de l'Algérie, 32). Il faut ajouter qu'il est rare aussi en Hongrie (42).

Il a une fréquence assez analogue à celle de l'Europe centrale, dans les colonies australiennes ; il serait rare à Ceylan, très rare à la Jamaïque.

Sa fréquence augmente dans tous les pays sans exception. En Angleterre elle a presque triplé depuis cinquante ans. Les statistiques des autres pays sont moins anciennes, mais montrent un accroissement au moins aussi rapide.

La statistique parisienne montre que le cancer *précoce*, moins de cinquante-cinq ans, n'augmente pas de fréquence. M. Bertillon montre aussi qu'il n'y a aucun accroissement de fréquence du cancer du sein, ni des organes féminins, ni du cancer dit des fumeurs. L'accroissement de fréquence porte uniquement sur les cancers de l'estomac, et le cancer des intestins et du rectum, en un mot, sur le cancer des organes de la digestion. Est-ce donc dans l'alimentation qu'il faut chercher la cause du développement effrayant de cette maladie? Les statistiques interrogées sur ce point, ne donnent pas de réponse bien nette.

Le cancer, devient une des plaies les plus cruelles de l'humanité. En Angleterre il cause presque autant de décès (34 053 en 1909) que la tuberculose pulmonaire (38 639). En France, en 1908, il en a causé 30 124. Et nous venons de voir que ces chiffres, pourtant formidables, tendent à grossir encore.

Désossement de la région précordiale pour une symphyse cardiaque. — M. Delbet, en son nom et au nom de M. Hirtz, présente de nouveau un malade qui était atteint d'une asystolie complète par suite de symphyse cardiaque. Au moment de l'opération, il présentait une dyspnée intense, des œdèmes, de la pleurésie, de la cyanose. Il fut opéré à la cocaïne. M. Delbet réséqua les troisième, quatrième et cinquième côtes, en avant. Le résultat fut immédiat. Le malade respira mieux sur la table même de l'opération. Il se remit complètement et a pu reprendre son métier de garçon de café.

MM. Delbet et Hirtz nous présentent de nouveau ce malade, neuf ans après l'opération. Les côtes enlevées ne se sont pas régénérées et on voit et on sent battre le cœur sous la peau de la poitrine. Ce résultat est vraiment très beau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 MARS 1911)

Pharyngotomie rétrothyroïdienne. — M. Sebileau, dans la précédente séance, n'a pas opposé la pharyngotomie rétrothyroïdienne à l'œsophagotomie dans le traitement chirurgical des corps étrangers de l'œsophage. La conduite qu'il préconise est bien nette : tenter d'abord l'extraction par les voies naturelles et, en cas d'échec, deux ressources chirurgicales : l'œsophagotomie et la pharyngotomie rétrothyroïdienne qui, dans certains cas, donne un accès plus direct et plus facile sur le corps étranger.

Trépanation décompressive. — M. Lucas-Championnière, à propos du rapport de M. Auvray, revient sur cette question. Il a toujours été partisan de la trépanation dans les cas, souvent très vagues, multiples, où il est indiqué d'exercer une décompression sur le cerveau. Cette idée, d'ailleurs, est loin d'être nouvelle, ainsi que le prouvent les nombreux exemples de trépanations constatées sur les crânes préhistoriques (1).

M. Lucas-Championnière, dont on connaît les travaux sur ce sujet, s'est donc toujours montré partisan de la trépanation

(1) Tout récemment, M. Baudouin nous en montrait de nouveaux exemples très intéressants, à la Société des chirurgiens de Paris, et qui remontaient à six mille ans.

décompressive qu'il considère d'ailleurs comme une opération de peu de gravité.

Au point de vue de la technique opératoire, on a discuté la question de savoir s'il fallait ouvrir la dure-mère. M. Championnière est d'avis qu'il faut l'ouvrir largement. On a proposé de faire l'opération en deux temps; il n'y a aucun inconvénient à la faire en un seul temps.

Il faut arriver jusqu'à la substance cérébrale pour bien assurer l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

L'un des plus beaux succès obtenus par M. Championnière a été un cas dans lequel il y eut un écoulement très abondant de liquide céphalo-rachidien.

Faut-il suturer la dure-mère? ce n'est pas l'avis de M. Championnière. Il faut, selon lui, se bien garder de fermer la dure-mère et de la doubler. Il a toujours drainé et n'a jamais eu d'infection. Il a soin de ne pas placer le drain au contact de la substance cérébrale. Il a toujours eu recours à un pansement antiseptique rigoureux.

Dans plusieurs cas, M. Championnière a eu recours à des trépanations successives sur le même malade, suivant en cela l'exemple que nous ont donné les sauvages.

Il a ainsi trépané des épileptiques à grande tension.

Si l'on répétait plus souvent l'opération chez les épileptiques, on aurait certainement des résultats appréciables. Chez les épileptiques à tension considérable, ayant les mains très rouges, on voit, après l'opération, disparaître cette rougeur des mains en même temps que les crises épileptiques. Malheureusement, les phénomènes de compression se renouvellent et il faudrait renouveler l'intervention. Ces opérations multiples n'ont pas d'inconvénients. On sait d'ailleurs que les Arabes se font trépaner souvent cinq et six fois.

Quant à la détermination du point où on doit trépaner, M. Lucas-Championnière estime qu'il faut faire une large ouverture en évitant de toucher aux centres nerveux et surtout aux centres moteurs. C'est là une opération dont on ne connaît pas le mode d'action, mais dont l'efficacité est réelle. M. Championnière a également constaté les effets très appréciables de la trépanation dans les cas de syphilis cérébrale. Il l'aurait volontiers tentée, même chez les paralytiques généraux au début. Mais les médecins n'ont jamais voulu accepter cette tentative.

M. Broca fait observer que la discussion a beaucoup dévié, puisque dans le rapport de M. Auvray il ne s'agissait que de la trépanation appliquée au traitement des tumeurs cérébrales.

M. Lucas-Championnière a eu recours à la trépanation chez les épileptiques. Mais l'épileptique a-t-il des crises par suite de la compression cérébrale? M. Broca ne le croit pas. Ce sont donc là des trépanations faites un peu à l'aveugle.

Si l'on fait la trépanation uniquement dans le but d'obtenir la décompression, il n'est pas nécessaire, selon M. Broca, d'ouvrir la dure-mère. Dans les cas de tumeurs, il comprend l'opinion de M. Tuffier qui va à la recherche de la tumeur et en risque l'ablation, si elle est possible. La névrite optique est un signe important de tumeur cérébrale. Mais n'espérez pas éviter la cécité à l'aide de la trépanation.

M. Broca est partisan du drainage dans ces cas.

M. Lagrange (de Bordeaux) insiste sur l'importance de l'examen du fond de l'œil dans les cas de lésions cérébrales et de troubles de la circulation encéphalique. L'examen du fond de l'œil, d'un côté, et, de l'autre côté, la ponction lombaire, donnant plus ou moins de tension du liquide céphalo-rachidien, sont des plus utiles pour le diagnostic de la lésion cérébrale.

M. Lucas-Championnière ne cherche pas, comme M. Broca, à interpréter les faits. Il se contente de les constater. Or, il est incontestable que la décompression, obtenue par la trépanation, dans bien des cas, donne d'excellents résultats. Aussi M. Lucas-Championnière maintient-il toutes ses conclusions.

M. Guinard a eu l'occasion, à l'Hôtel-Dieu, de pratiquer beaucoup de craniectomies et voici le résultat de son expérience. Au point de vue des localisations cérébrales, il faut en rabattre. Les erreurs sont des plus fréquentes. Tel malade chez lequel les neurologistes les plus compétents ont diagnostiqué une tumeur cérébrale à droite, est trépané au lieu d'élection, meurt, et à l'autopsie on trouve la tumeur à gauche. M. Guinard croit que les troubles oculaires ne donnent pas non plus des renseignements bien probants au point de vue du diagnostic.

Il a cependant vu des aveugles complètement guéris de leur cécité après la trépanation.

Au point de vue des symptômes, il n'en est qu'un seul auquel M. Guinard attache une réelle importance, c'est la douleur en un point fixe, quand le malade indique bien nettement le point exact où il souffre et où il souffre toujours. Cette douleur en un point fixe est le seul symptôme qui puisse guider le chirurgien pour la trépanation.

M. Guinard a fait venir dans son service M. de Martel. Il trouve son instrumentation des plus ingénieuses et des plus merveilleuses. Toutefois, il y a renoncé. C'est une instrumentation un peu encombrante, exigeant des aides, et d'un maniement un peu délicat. M. Guinard en est revenu au ciseau et au marteau. Pour enlever les deux pariétaux, il ne lui faut pas plus de dix minutes. Il affirme que, contrairement à ce qu'on a dit, cela n'ébranle rien du tout. Dans deux cas, en ouvrant la dure-mère, il a vu le cerveau faire hernie à travers l'ouverture et dans ces deux cas les malades sont morts très rapidement. M. Guinard croit donc qu'il faut n'ouvrir la dure-mère qu'avec une extrême prudence. Les malades meurent, non d'infection, mais de schock cérébral. M. Guinard a pratiqué des trépanations chez des épileptiques et chez des syphilitiques. Dans ces cas, il n'a pas eu d'accidents.

Mais dans les cas où il y a une hypertension considérable, il faut se méfier de l'ouverture de la dure-mère qui peut donner lieu à une véritable éviscération du cerveau.

En résumé, faillite des localisations cérébrales, importance, au point de vue du diagnostic, de la douleur en un point fixe, dangers de l'ouverture de la dure-mère dans les cas d'hypertension considérable, tels sont les trois points examinés par M. Guinard.

M. Tuffier, au point de vue du diagnostic, partage l'opinion de M. Guinard, et, comme lui, ne croit pas qu'on puisse faire grand fond sur les localisations. La même opinion est professée en Allemagne.

M. Tuffier est partisan de l'instrumentation de M. de Martel. Il la préfère de beaucoup aux coups de marteau, qui, contrairement à l'assertion de M. Guinard, finissent par ébranler le cerveau.

M. Guinard explique qu'il n'a recours au marteau que pour faire la première brèche et qu'il enlève ensuite le reste de l'os à l'aide de la gouge seule.

Plusieurs membres protestent quelque peu contre l'expression de faillite appliquée aux localisations cérébrales.

Sarcome de la paroi postérieure du pharynx. — M. Morestin présente une malade chez laquelle il a dû faire d'abord une trachéotomie d'urgence, et qu'il a opérée ensuite d'un sarcome de la paroi postérieure du pharynx par une incision cervicale transversale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1911)

L'hémolyse splénique dans l'intoxication par la toluylène-diamine. — MM. A. Gilbert et E. Chabrol rappellent que la toluylène-diamine n'hémolyse point les globules rouges mis en son contact et ne détermine, durant les premières

heures qui suivent l'injection intra-veineuse du toxique, aucun symptôme dans le sang circulant. D'ailleurs, comme les auteurs l'ont montré, la fragilité globulaire ne constitue point le premier phénomène hématologique, puisqu'elle est précédée par la cholémie qui, d'abord légère, s'accroît avec elle, pour lui survivre ensuite durant plusieurs jours. La toluylène-diamine fragilise indirectement les hématies en provoquant dans l'organisme l'élaboration de substances hémolysantes et les auteurs en apportent les preuves expérimentales, *in vitro* par l'étude du pouvoir hémolysant qui appartient à la rate dans l'intoxication diaminique, *in vivo*, par l'analyse histologique des granulations dérivées de l'hémoglobine qui figurent en grand nombre dès le début du processus, dans le parenchyme splénique, accessoirement au niveau de la moelle osseuse.

Sur l'action du radium introduit dans l'organisme par électrolyse (procédé de Haret), sur la structure des tissus vivants, normaux et pathologiques. — MM. Dominici, Haret et Jaboin (dans une note présentée par M. Carnot, et qui fait suite à une communication faite à l'Académie des sciences le 13 mars 1911) mettent en évidence l'innocuité à l'égard des tissus normaux, de certaines doses de radium, qui sont d'autre part capables de modifier différents états pathologiques, tels que les névralgies de diverses origines et l'évolution de certaines tumeurs malignes.

Gravité du choc anaphylactique par injection d'épreuve dans le canal cholédoque. — M. L. Blaizot.

De la leucocytose après ingestion alimentaire de toxines. — MM. Lassablière et Ch. Richet.

Sur l'emploi du thymol contre les parasites de l'appendice. — M. G. Railliet montre que l'action du thymol sur ces parasites est extrêmement limitée ou même nulle.

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de tumeur gommeuse de l'estomac guérie par le salvarsan. (Haussmann. *Münch. Med. Woch.*, 7 mars 1911, n° 10, p. 511.) — Un malade entra à l'hôpital pour une affection consistant en douleurs dans la région épigastrique, vomissements, diarrhée; il survenait de plus des attaques périodiques d'ictère avec ascite. La palpation permet de reconnaître une infiltration de la grande courbure et de la région pylorique de l'estomac, intéressant également le péritoine péripylorique et de la région des voies biliaires. Il existait de plus une achylie gastrique complète. Le foie et la rate étaient très hypertrophiés. En raison des antécédents syphilitiques du malade et d'une réaction de Wassermann faiblement positive, on pensa à une infiltration gommeuse des parois gastriques et du péritoine ; on renonça à l'intervention chirurgicale et on fit dans l'espace de six semaines, trois injections de salvarsan, deux intraveineuses (0g6 et 0g5) et une intramusculaire (0g6).

En un mois et demi la tumeur disparut complètement; les douleurs, les vomissements, la diarrhée cessèrent. Au bout de deux mois l'acide chlorhydrique libre reparut dans le suc gastrique ; trois mois après le début du traitement, le chimisme gastrique était normal. Le foie revint à son volume normal. La rate diminua, mais resta notablement volumineuse.

A. LEMIERRE.

Le danger de l'usage des produits anticonceptionnels. (J. Laumonier. *Bull. gén. de thérap.*, 30 janv. 1911.) — Le danger de l'usage fréquent des produits anticonceptionnels et spécialement des suppositoires vaginaux apparaît comme très probable en raison de la causticité relative des produits actifs introduits dans ces suppositoires. Aucune constatation précise n'ayant encore été faite à cet égard, c'est de ce côté que M. Laumonier a orienté les recherches dont il publie aujourd'hui le résultat.

Il a eu à sa disposition une quarantaine de suppositoires vaginaux à base de *chinosol* (sulfate neutre d'orthoxyquinoléine) et de chlorhydrate neutre de quinine, que M. Dufau, a préparés en vue de ces recherches. Ils ont tous été utilisés chez quatre chiennes, au moment du rut, à raison de une ou deux par vingt-quatre heures.

L'effet le plus frappant de l'introduction de ces suppositoires, pas toujours très bien tolérés, est la répulsion du mâle. Le mâle s'approche, se livre à ses manœuvres habituelles, mais n'insiste pas et s'éclipse. Une seule de ces chiennes traitée par le chinosol a été couverte, le 27 juillet dernier, à l'improviste, pour ainsi dire, par un chien de passage. Elle n'a pas donné de progéniture. Du reste, la période d'adhérence qui suit l'éjaculation, et qui est destinée à la rétention du sperme, avait été de très courte durée.

Chez deux autres chiennes, la période de chaleur a paru aussi un peu raccourcie; elles ont en outre présenté un écoulement légèrement sanguinolent, ce qui se produit normalement quelquefois chez les femelles de cette espèce (ratier). Une de ces chiennes a été sacrifiée le 19 août, ayant reçu, en huit jours, quatorze suppositoires vaginaux au chlorhydrate de quinine. Toute la muqueuse vaginale était fortement congestionnée et il y avait un peu de métrite du col. Aucune autre lésion n'a pu être décelée.

Ces constatations ne sont peut-être pas extrêmement importantes. Et cependant, si l'on remarque que quatorze suppositoires quiniques ont suffi pour déterminer un état morbide réel des organes génitaux, il est permis de penser que l'usage de ces suppositoires, chaque nuit et pendant des années, doit produire, chez la femme, des ravages plus étendus et plus graves.

L. GAYARD.

Action du climat d'altitude sur la fièvre des tuberculeux. (Jaquerod. *Rundschau für Medizin*, n° 45, nov. 1910.) — Cet article est fait pour répondre aux questions suivantes : doit-on envoyer à la montagne un tuberculeux fébrile ou bien est-il préférable d'attendre la chute de sa température ? L'état fébrile est-il une indication ou une contre-indication au séjour dans les climats d'altitude; l'auteur formule les conclusions suivantes, basées sur ses propres statistiques. Chez les malades du troisième degré, la persistance de la fièvre après deux à trois mois de séjour à la montagne tient à la gravité de la forme clinique, et non à une contre-indication climatérique. Les malades du premier ou du deuxième degré, perdent en général leur fièvre par leur séjour à l'altitude. Si la fièvre persiste c'est qu'elle résulte alors d'une complication extra-pulmonaire qu'il s'agit alors de découvrir.

En résumé, l'état fébrile est l'un des symptômes de la phtisie que l'altitude influence le plus favorablement.

L. BABONNEIX.

Le coma myxœdémateux. (M. Hertoghe. *Acad. royale de méd. de Belgique*, procès-verbal de la séance du 25 fév. 1911.) — Le myxœdème se caractérise anatomiquement par une infiltration spécifique à laquelle aucun tissu n'échappe.

Les centres nerveux, en vertu de leur incompressibilité, ressentent de bonne heure le contre-coup de l'insuffisance thyroïdienne. Ce sont des migraines, des céphalées opiniâtres, des névralgies, des vertiges, des bruits d'oreilles, des hallucinations auditives.

A un degré plus avancé d'infiltration surviennent des accès de coma.

Ils sont la conséquence de fatigues extraordinaires, d'excès alcooliques ou tabagiques, ou de toute autre circonstance qui provoque, soit l'épuisement d'une glande thyroïde déjà ma-

lade, soit une demande momentanée plus considérable de thyroïdine (menstruation).

L'insensibilité, la paralysie et la perte de conscience sont complètes comme dans le coma brightique et diabétique. La confusion entre ces états et le coma myxœdémateux est d'autant plus facile que le myxœdème est généralement accompagné d'albuminurie, et qu'il est le plus souvent pris pour une néphrite et traité en conséquence.

Le coma myxœdémateux peut se terminer par la mort.

Le traitement du coma myxœdémateux sera causal et consistera à administrer la thyroïdine par la bouche, le rectum ou la voie hypodermique.

En vue d'obtenir l'affaissement des centres nerveux, on y joindra accessoirement la ponction rachidienne et l'évacuation d'une partie du liquide céphalo-rachidien.

L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Le traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales françaises. (CARRON DE LA CARRIÈRE. *La pédiatrie pratique*, 5 et 15 décembre 1910.) — Nous nous contentons de signaler cet article qui est la reproduction de la conférence faite au palais des fêtes de l'exposition de Bruxelles le 27 juillet 1910, montrant la situation topographique et la technique de cure (inhalations, humage, pulvérisation, bain hyperthermal, etc.), des stations : Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Honoré, Allevard, Challes, Luchon. Cette conférence, agrémentée de projections nombreuses, documentée excellemment, obtint le plus vif succès; la lecture de cet article rendra les plus grands services à tous ceux qui désirent se documenter d'une manière vraiment scientifique sur toutes ces stations thermales. La première partie de ce travail est consacrée aux affections des voies respiratoires inférieures ou intrathoraciques concernant les bronches, les poumons et les plèvres ; la seconde partie comporte l'étude des affections des voies respiratoires supérieures ou extrathoraciques du nez, du cavum, du pharynx; la troisième partie enfin, comprend l'indication de la station thermale qui convient à chacun de ces cas, avec, pour chaque station, des renseignements très précis sur le mode d'administration des eaux.

L. BABONNEIX.

PSYCHIATRIE

De la protection légale de la santé de l'aliéné, en droit comparé. (Joseph VALLET, avocat à la Cour d'appel de Paris, Masson, 1910.) — Etudiant la loi de 1838 sur les aliénés, M. Joseph Vallet, démontre que celle-ci est une sorte de loi de sûreté et non une loi d'assistance, qui ne permet pas, comme on semble le croire des séquestrations arbitraires. Mais cette loi de 1838 est sur le point de disparaître, non parce qu'elle est un attentat à la liberté individuelle, mais parce qu'elle deviendra une loi purement d'assistance, dans laquelle la santé de l'aliéné, par trop souvent négligée, entrera en ligne de compte. Et c'est du reste le projet Dubief (1907) et ses modifications que M. Vallet examine, étudie et compare aux législations étrangères. Mais il en regrette l'indécision. Elle aboutit à une sorte de compromis entre l'intérêt de la santé du malade et le souci de l'opinion publique. Il regrette également l'intervention parfois imprévue des parents des malades placés dans les asiles et qui peut parfois contrarier ou annihiler l'action des médecins. C'est cependant une loi d'assistance (surveillance des aliénés traités à domicile, curateur à la personne, inspection des aliénés) mais inférieure aux lois d'assistance sur les aliénés de l'Angleterre, de la Norvège et des Pays-Bas.

L'intervention du pouvoir judiciaire doit selon M. Vallet, être tout à fait exceptionnelle, et il consacre ici la thèse que de nombreux médecins aliénés et que la *Gazette des hôpitaux* ont soutenu à différentes reprises. Le tribunal devrait décider simplement le moment de la sortie d'un aliéné criminel, et ne pas s'occuper de l'entrée des aliénés ordinaires.

C'est un fort bon ouvrage, très documenté, que les médecins pourront consulter avec fruit. Il a du reste été récompensé par la Faculté de droit de Paris. N'est-ce pas là le meilleur éloge.

R. M. PETIT.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LA VALEUR ALIMENTAIRE DU BOUILLON DE VIANDE

Par M. J.-N. CANTONNET.

Tous les auteurs qui ont étudié la diététique ont consacre au bouillon de viande de longues discussions. Successivement prôné et décrié, tantôt considéré comme renfermant la plus grande partie des éléments nutritifs du muscle et tantôt reconnu comme inactif et même dangereux, le bouillon est resté en usage, mais il n'a véritablement qu'une valeur nutritive très faible.

Armand Gautier a trouvé que cette substance contenait par litre :

Peptones	5g3
Albumoses	0g5
Gélatine	1g7
Bases créatoniques et xanthiques	1g2
Inosite et glycogène	1g4
Matières extractives	5 grammes
Sels minéraux	4g1

Le bouillon renferme donc très peu de substances albuminoïdes et il ne peut être considéré comme un aliment, mais il a des effets excitants, grâce à ses bases xanthiques (caféine) et aussi nettement peptogènes.

Lorsque dans les convalescences, les pyrexies, les dyspepsies, etc., on veut joindre à ces effets toniques et digestifs une action reconstituante et alimentaire, il suffit de mélanger au bouillon des substances azotées convenablement choisies. Les albumines végétales naturelles sont, à ce point de vue, fort utiles. La glidine, par exemple, qui est la plus forte concentration connue de lécithine (1 p. 100) et d'albumine (95,69 p. 100) végétale naturelle non coagulée, assure, quand on la mélange au bouillon, des effets surnutritifs rapides et très nets. Elle est, en effet, totalement digérée par l'estomac en une heure et immédiatement assimilée. Si donc, on fait prendre aux malades quatre à cinq cuillerées à soupe par jour de glidine, on les soumet à une alimentation puissante sans inconvénients digestifs. Et, comme d'autre part, cette albumine lécithinée est presque exempte d'hydrates de carbone et ne renferme aucune trace de principes toxiques, comme il arrive pour les albumines animales et de synthèse, on peut l'utiliser chez n'importe quel malade ayant le foie ou le rein plus ou moins altérés. Rapidement l'état général s'améliore et l'on n'observe pas de putréfactions intestinales ou des diarrhées.

En raison de sa digestibilité particulière, l'albumine végétale non coagulée a été utilisée pour obtenir des composés organiques avec les halogènes et l'arsenic, le fer, le mercure. Il semble, d'après les observations cliniques, que ces nouveaux corps soient doués d'une puissance thérapeutique supérieure avec un minimum d'inconvénients. La combinaison de glidine et d'arsenic, par exemple, l'arsan, est indiquée comme particulièrement active et presque sans toxicité. Elle mérite par conséquent de retenir l'attention du médecin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Rachitisme et sa pathogénie, par le professeur A.-B. MARFAN, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-18 de 93 pages. — Prix, cart. : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le 606 et le cimatoxyl, par le docteur GUY-ROSSI. Broch. de 36 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, Ficker.

NOTES POUR L'INTERNAT

OEDÈME AIGU DU POUMON [1]

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les poumons, à l'autopsie, apparaissent turgescents, volumineux; ils présentent l'empreinte des côtes. La plèvre est humide et séparée du poumon par une bande œdémateuse. Les bords antérieurs sont distendus par l'emphysème, la pression du doigt sur le parenchyme y détermine le godet. A la coupe il s'échappe un flot de liquide séreux ; un fragment de poumon mis dans de l'eau flotte à la surface ou nage entre deux eaux.

Sous le nom d'*œdème compact*, Renaut décrit un aspect spécial du poumon qui se présente avec la consistance d'une gelée violacée, laissant échapper à la pression un liquide rosé, non mélangé d'air.

Histologiquement (Renaut et Honnorat), on peut décrire deux phases successives à cet œdème, une phase transsudative d'abord, puis une deuxième phase diapédétique, cette dernière s'accompagnant de rupture des cloisons alvéolaires, de desquamation de l'endothélium alvéolaire, avec aplatissement des capillaires alvéolaires, lésions fort différentes de celles que l'on observe dans l'œdème chronique.

A côté de ces lésions de l'alvéole, il faut signaler l'*infiltration du tissu conjonctif* pulmonaire, et même l'infiltration leucocytaire du *derme muqueux des bronches*, modification anatomique favorisant ainsi l'apparition de bronchites tenaces ; toutes ces lésions démontrent bien le rôle très effacé joué par l'inflammation, dans la pathogénie de cet œdème.

Il faut enfin signaler les lésions aortiques ou rénales que l'on constate d'une manière presque constante au cours de ces autopsies, ainsi que les lésions des capsules surrénales ; il existe surtout de l'*hyperépinéphrie* portant le plus souvent sur la couche corticale, quelquefois sur la couche médullaire. Sicard et Descomps ont signalé une multiplication du nombre des *spongiocytes*, lésion retrouvée à nouveau par M. Sézary.

CLINIQUE. — L'œdème aigu du poumon se présente le plus souvent en clinique suivant trois modalités bien étudiées par M. Huchard ; l'œdème suraigu, l'œdème aigu, l'œdème bronchoplégique d'emblée.

a. **Œdème suraigu** : c'est l'*œdème foudroyant*, qui peut tuer par mort subite. D'après Brouardel il est encore assez souvent observé au cours d'autopsies d'individus morts subitement sur la voie publique. Quelquefois il s'agit de sujets que l'on trouve morts dans leur lit, avec une écume mousseuse sortant par la bouche et les narines ; d'autres fois encore, l'évolution se fait en une demi-heure, avec dyspnée extrême et expectoration abondante d'un liquide spumeux albumineux.

b. **Œdème aigu** : le début a le plus souvent lieu sans *aucun prodrome*, cependant il peut être précédé de quelques phénomènes prodromiques; le malade ressent un chatouillement, un picottement de la gorge, une sensation de constriction thoracique; ces prodromes sont suivis rapidement de la toux, de la dyspnée et de l'expectoration caractéristiques.

Dans d'autres cas, le malade est pris brusquement de dyspnée, de toux quinteuse, et de l'expectoration typique. La dyspnée s'accroît rapidement; elle s'accompagne d'une angoisse intense. Le malade est pâle, anxieux, la toux est de plus en plus quinteuse, pénible, et l'expectoration de plus en plus abondante. Le tableau clinique de la crise est rapidement au complet, et en quelques instants le malade a rempli un crachoir d'une expectoration aérée, mousseuse, de nature albumineuse présentant souvent une coloration rosée, saumonée, véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin.

MM. Bezançon et I. de Jong ont étudié récemment cette expectoration au point de vue chimique : la caractéristique en est l'exsudat *séroalbumineux*, qui se présente, à l'état frais, sous la forme de gouttes ou masses hyalines, mélangé à un liquide extrêmement fluide. Cette expectoration, de densité très élevée, renferme une quantité importante d'albumine, de chlorures et d'urée, qui la rapproche comme composition de celle du sérum sanguin. D'après Lesieur et Froment cette expectoration ne présente que peu d'éléments cellulaires, par places quelques cellules endothéliales en dégénérescence réticulée ou une cellule bronchique entraînée par la violence de l'inondation ayant envahi les alvéoles; tous ces caractères permettent de distinguer l'expectoration de l'œdème aigu, de l'expectoration hydromuqueuse des emphysémateux avec bronchite chronique.

Les *symptômes physiques* sont importants à bien connaître : il n'y a pas de voussure thoracique, pas de modifications des vibrations vocales, pas de *matité*, mais au contraire une *sonorité exagérée*, *paradoxale*, par *emphysème aigu* concomitant, d'après MM. Hirtz et Huchard.

L'auscultation permet d'entendre, dans les deux poumons, comme une pluie de râles crépitants, à bulles très fines, très serrées, envahissant comme un flot montant les deux poumons, de la base au sommet; on ne constate ni souffle, ni broncho-phonie, ni pectoriloquie-aphone.

La *température* est le plus souvent abaissée; à cette période de la maladie, la *tension artérielle* se maintient très élevée, d'après M. Huchard; pour d'autres auteurs au contraire, dès le début de la crise il y aurait au contraire hypotension.

L'œdème aigu peut guérir spontanément, ce qui est exceptionnel, le plus souvent, à la suite d'une saignée urgente et abondante, sinon il emporte le malade au milieu d'une crise d'*asphyxie intense*. Les extrémités se refroidissent, se cyanosent, la face est violacée, quelquefois au contraire très pâle (*asphyxie blanche*), des *convulsions* peuvent apparaître ; c'est la PHASE BRONCHOPLÉGIQUE caractérisée par l'asystolie aiguë, l'*abaissement brusque* et considérable de la *tension artérielle*.

c. **La forme bronchoplégique d'emblée** se caractérise précisément par le fait que les malades arrivent d'*emblée* à cette deuxième période : les bronches n'expulsent plus leur contenu, l'asphyxie est très menaçante, et la mort survient assez rapidement, si l'on n'intervient pas par une saignée abondante.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 31, p. 470.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 35. — SAMEDI 25 MARS 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 25 MARS 1911. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Routier, Jalaguier, Reynier, Sébileau, Hartmann, Launay et Rist.

LE XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Le XVIIe Congrès international de médecine se réunira à Londres au cours de l'été de 1913. La date exacte sera fixée par la Commission permanente internationale, laquelle se réunira pour la première fois à Londres les 21 et 22 avril prochain, sous la présidence de M. le docteur F. W. Pavy.

Dans la même réunion sera arrêtée la liste des sections. Les vœux et propositions relatifs à la répartition des sections pourront être envoyés avant le 1er avril au secrétaire général de la Commission permanente, M. le professeur H. Burger, Vondelstraat, 1, Amsterdam, ou à l'adresse du bureau de ladite Commission : Hugo de Grootstraat, 10, La Haye.

La Commission sera heureuse de recevoir avant la même date toutes les informations et propositions qu'on voudra bien lui faire pour ce qui regarde l'organisation du futur Congrès.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Le Comité de vigilance du Congrès des praticiens a décidé que le questionnaire suivant serait adressé aux syndicats médicaux.

Nombre des médecins dans votre circonscription médicale. — Augmentation depuis vingt ans. — Diminution depuis vingt ans.

Population. — Augmentation depuis vingt ans. — Diminution depuis vingt ans.

Y a-t-il pléthore médicale dans votre circonscription syndicale?
Etes-vous partisan de la limitation?
Comment la réaliser? — Concours à l'entrée. — Examens au début. — Examens pendant les études. — Examens avant les études. Quels baccalauréats?
Observations personnelles.

HOMMAGE AU PROFESSEUR GRASSET. — M. le professeur Grasset vient d'accomplir la trentième année de son enseignement magistral.

A cette occasion, ses collègues, ses élèves et ses amis ont pensé qu'il convenait de lui donner un éclatant et public témoignage de leur estime affectueuse et de leur profonde gratitude.

L'admiration sans limites que suscitent l'œuvre scientifique et la carrière professionnelle du maître montpelliérain paraît être un sûr garant de l'accueil favorable que rencontrera ce projet.

Un Comité d'organisation et un Comité d'honneur se sont constitués, et une souscription est ouverte, en vue d'offrir à M. le professeur Grasset son buste et une médaille commémorative à son effigie. L'exécution en a été confiée à M. Injalbert, l'éminent sculpteur, membre de l'Institut.

Toutes les souscriptions seront reçues avec reconnaissance et devront être adressées, le plus tôt possible, à M. le docteur L. Rimbaud, 18, rue Nationale, Montpellier. A celles qui atteindront ou dépasseront la somme de 25 francs sera réservé un exemplaire de la médaille.

LEÇON SUR LA HAUTE FRÉQUENCE. — Le docteur Foveau de Courmelles fera, à l'hôpital Beaujon (salle de cours), et sous la présidence du professeur Albert Robin, le jeudi 6 avril 1911, à dix heures du matin, une leçon sur les courants de haute fréquence en thérapeutique sous leurs formes variées : d'Arsonvalisation, effluves, étincelles, fulguration, diathermie, électrocoagulation...

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE

DES

PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES

VALEUR ET MÉCANISME PHYSIO-PATHOLOGIQUE DE LA MÉTHODE

Par F. MAILLET (de Montpellier).

Depuis que Gilbert eut l'idée d'injecter à ses malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse 2 ou 3 centimètres cubes retirés par ponction, les auteurs qui ont employé ce procédé thérapeutique ont porté sur lui, avec faits à l'appui, les jugements les plus contradictoires.

Les uns comme Breton, Scarpa, Schnützen, Gaultier, Marcou, Weill et Mouriquand, Boinet et Murel accordent à la méthode toute sa valeur. Certains comme Audibert et Monges, Jeunet, étendent même le procédé à l'ascite et l'envisagent d'une façon très originale et très intéressante au point de vue de son mécanisme en en faisant la plasmothérapie.

Mais d'autres, comme Le Play, Mongour et Gentès, Barjon, Roger et Anglada, acceptent moins son efficacité et apportent des faits négatifs. Lévy-Valensi et Mlle Pouzin, Gaussel se demandent si les ponctions évacuatrices minimes n'ont pas le principal rôle dans les cas heureux.

Si l'on essaie de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les faits, sur 155 cas que nous avons pu rassembler dans les observations de Gilbert, Scarpa, Breton, Marcou, Weill et Mouriquand, Enriquez, Schnützen, Gaultier, Boinet et Murel, Le Play, Mongour et Gentès, Barjon, nous trouvons 132 succès complets, un relatif et 22 insuccès, soit environ 85 p. 100 de succès. C'est là un résultat d'ensemble un peu différent de ceux donnés par les statistiques personnelles, mais il constitue une moyenne entre les pourcentages partiels qui ont entre eux des écarts considérables. C'est ainsi que, pour Marcou, on trouverait 98,7 p. 100 de succès, tandis que Mongour et Gentès accusent 82 p. 100 d'échecs. Ce dernier pourcentage n'est d'ailleurs que partiel pour ces auteurs, puisqu'il a trait aux cas de pleurésies avec tuberculose certaine (9 échecs sur 11), tandis que dans leurs résultats généraux ils arrivent à 19 cas avec 6 succès, ce qui fait 31,5 p. 100 de réussite. Cependant entre ces résultats et ceux de Marcou, l'écart est encore très grand et il faut donc tenir compte de la loi des séries dans l'examen de leurs statistiques. Un pourcentage plus général donne, comme on le voit, une moyenne un peu différente de ces divers résultats et, semble-t-il, plus près de la vérité des faits.

Le chiffre de 85 p. 100 qui paraît tout d'abord encourageant est cependant insuffisant si l'on songe que la pleurésie séro-fibrineuse est d'un pronostic généralement bon, ayant le plus souvent tendance à la résorption naturelle et spontanée. Aussi les adversaires de la méthode n'ont-ils pas manqué d'attribuer à cette évolution naturelle de la maladie les succès obtenus. Si l'on ajoute que le mécanisme par lequel agirait l'injection de liquide pleural n'est pas encore connu de façon très précise, on conçoit qu'il est difficile en présence de cette diversité des faits et des opinions de se faire une idée nette sur la valeur réelle de ce mode de traitement.

C'est cependant chose nécessaire. Aussi avons-nous cherché en analysant les cas positifs et négatifs et en les comparant, à savoir quelles étaient les raisons des succès et des échecs constatés tour à tour.

Pour cela, après avoir examiné les faits cliniques, nous avons tâché de débrouiller le mécanisme physio-pathologique de la méthode. Nous avons essayé enfin d'en tirer quelques conclusions pratiques sur la valeur du traitement, sur la façon dont il doit être entendu et pratiqué.

Nous n'avons eu en vue uniquement que la plèvre, les faits étant déjà assez complexes sans vouloir y mêler le péritoine dont l'assimilation à la plèvre est contestable et où les phénomènes sont encore plus obscurs.

I

Faits cliniques. — La méthode consiste après avoir retiré quelques centimètres cubes de liquide pleural, à l'aide d'une seringue de Roux, à les injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané avant d'avoir complètement retiré l'aiguille.

Les doses injectées varient suivant les auteurs entre 1 et 5 centimètres cubes. Les injections se font à deux ou trois jours d'intervalle ; elles ont été répétées, une, deux et trois fois, jusqu'à six fois et même davantage.

Les observations portent sur des pleurésies généralement tuberculeuses, mais aussi de toute nature (Gilbert) ; pleurésies aiguës franches, a frigore, pleurésies à marche lente et torpide, à rechutes, hydrothorax, etc. ; et sur des sujets de tout âge, enfants, adolescents, adultes, vieillards.

Les injections ont été faites à toutes les périodes de la maladie, au début (Gilbert), huit à dix jours après (Breton), quinze jours (Enriquez, Weill et Mouriquand), trois semaines (Boinet et Murel), avec des épanchements vieux de deux, trois mois et plus (Breton, Le Play, Boinet et Murel).

Les épanchements évalués approximativement étaient généralement considérables, toujours abondants. Dans quelques cas des ponctions évacuatrices avaient été faites, donnant issue à de grandes quantités de liquide.

Quels ont été les résultats ?

En première ligne vient la diurèse. Elle est plus ou moins abondante, mais elle est constante. Elle est signalée par tous les auteurs et cette constatation prouve bien que l'autosérothérapie exerce une action réelle, action favorable à l'évolution de l'épanchement vers la résorption.

Cette résorption ne se produit pas toujours. Dans les cas heureux, elle se manifeste dès la première

(1) Reproduction interdite.

injection, tout au moins après la seconde. Dans les cas où il a fallu recourir à une série d'injections, les effets sont beaucoup moins actifs, discutables, quelquefois même nuls.

Les auteurs sont généralement d'accord pour reconnaître que les meilleurs résultats ont été enregistrés dans les cas de pleurésie aiguë franche ; et les adversaires de la méthode ont objecté que c'est justement dans ces formes que l'épanchement se résorbe spontanément.

Cependant dans des cas n'ayant aucune tendance à la résorption spontanée, dans des pleurésies datant de plusieurs mois (Boinet et Murel) ou à rechutes (Breton), on a aussi noté des effets heureux et rapides ; même dans l'hydrothorax où Gaëhlinger trouve deux cas absolument négatifs, Schnützen constate une guérison.

Enfin la résorption de l'épanchement semble toujours plus rapide après l'injection que normalement ; elle est complète en sept, huit, dix jours, quelquefois plus lentement en vingt à trente jours, ce dernier chiffre maximum. Il ressort de l'examen des observations faites à ce propos que la rapidité de la guérison est plus manifeste chez les sujets jeunes et surtout chez les enfants (Weill et Mouriquand, Breton ; nous-même avons noté le fait).

C'est la seule influence que paraisse avoir l'âge des sujets sur la méthode, puisqu'on trouve aussi bien des résultats positifs chez des gens âgés de plus de soixante ans (Schnützen).

On a signalé aussi d'une façon inconstante comme effets de l'injection, la sudation abondante et l'élévation thermométrique.

De ce dernier fait, on a voulu établir un criterium pour le diagnostic de pleurésie tuberculeuse. Sans vouloir discuter cette opinion, nous ferons remarquer au point de vue purement clinique, que dans nombre de cas de pleurésie évoluant spontanément, il se produit au moment de la résorption de l'épanchement une sudation abondante et une élévation thermométrique.

Il n'est pas facile de juger enfin d'après les faits cliniques, s'il est un moment favorable à l'injection. On trouve aussi bien des résultats heureux et rapides après des mois qu'après huit jours. Tandis que Gilbert préconise l'emploi de sa méthode au début de la maladie, il semblerait d'après l'opinion de P. Courmont que l'on doive attendre le moment où le liquide aura les qualités nécessaires pour pouvoir agir dans le sens de la résorption. C'est là un point que la clinique ne peut éclairer à elle seule.

Mais déjà nous pouvons, grâce à elle, établir plusieurs faits importants, qui sont :

1° L'action évidente de l'autosérothérapie, caractérisée par la production de la diurèse, action favorable par conséquent à la résorption de l'épanchement ;

2° L'inconstance de cette résorption, inconstance inexplicable tant que l'on ne connaît pas le mécanisme par lequel l'autosérothérapie agit sur l'organisme.

C'est donc ce mécanisme que nous allons chercher à élucider afin de trouver une raison aux différences constatées dans les résultats.

II

Les diverses théories émises sur le mode d'action de l'autosérothérapie peuvent en résumé se classer en trois groupes :

Dans le premier, le liquide agirait en déterminant dans l'organisme une réaction spécifique ou générale de défense contre la cause de la maladie.

Dans le second groupe, cette réaction se manifesterait surtout par la diurèse.

Dans le troisième groupe, c'est à l'action mécanique de l'évacuation d'une partie du liquide que reviendrait tout le bénéfice de la méthode.

1° Gilbert, qui est le premier à avoir appliqué la méthode dans les pleurésies tuberculeuses, pensait, conformément aux idées de Debove et Rémond sur les épanchements péritonéaux bacillaires, qu'il existait dans le liquide de pleurésie tuberculeuse une tuberculine atténuée qui pouvait être utilisée en thérapeutique ; c'était aussi l'opinion de Breton et autres auteurs à cette époque. Cependant Gilbert lui-même, en 1909, admet que le liquide injecté détermine seulement un appel leucocytaire intense « qui par son apport plus considérable d'alexine dans un milieu riche en sensibilisatrices, entrave la marche du processus infectieux, en augmentant les moyens naturels de défense de l'organisme ».

Dans cette première conception, l'injection de liquide pleural agirait comme un véritable sérum spécifique renfermant des antitoxines, des agglutinines, etc., ou tout au moins comme un stimulant de la production de ces substances dans l'organisme. C'est l'autosérothérapie.

2° Dans le second groupe on a surtout envisagé l'action diurétique. Pour les uns, elle serait d'ordre réflexe, en tenant compte de l'influence du liquide injecté sur l'émonctoire rénal (Le Play), ou mécanique par modification physico-chimique de l'exsudat (Gaultier). Enfin, pour Audibert, les corps renfermés dans le liquide constituent un véritable plasma, capable d'engendrer dans l'organisme une réaction bienfaisante qui se traduit par la diurèse. C'est la plasmothérapie.

3° Dans un troisième ordre d'idées, les auteurs ont pensé que le rôle de l'autosérothérapie était dû surtout à une action mécanique provoquée par l'évacuation d'une certaine quantité de liquide, soit que cette évacuation trouble la pression endopleurale, soit que le reliquat de l'épanchement s'absorbe plus vite si une partie du liquide a été retirée (Dieulafoy) ; dans ce cas, il se produit en effet une diminution de pression sur les vaisseaux lymphatiques, qui, libérés d'un obstacle absorbent mieux le liquide restant. Cette dernière théorie, nous le ferons remarquer tout de suite, supprime le principe même de la méthode. Aussi certains auteurs, comme Lévy-Valensi et Mlle Pouzin, attribuant aux évacuations minimes du liquide pleural le principal rôle, en ont-ils fait une nouvelle méthode de traitement dont ils ont eu des succès.

Il convient donc plus que jamais, d'examiner ces diverses théories à fond et d'en comparer la valeur.

Nous remarquerons tout d'abord que les méca-

nismes mis en avant par les deux premières, action de défense organique dans l'une, action de la diurèse dans l'autre, ne s'excluent nullement et peuvent très bien concourir ensemble à la guérison. Or, dans la première théorie, Paul Courmont explique les résultats différents obtenus, succès ou échecs, d'après les qualités du liquide pleurétique. Tantôt ce liquide possédera des propriétés favorables, bactéricides et agglutinantes, et alors il sera curateur ; tantôt il possédera des propriétés défavorables, toxiques et anaphylactisantes et il sera plutôt nuisible. Selon la période de la maladie, augment ou défervescence, le liquide pleurétique aurait les secondes ou les premières de ces propriétés.

A cette hypothèse, Audibert a fait l'objection suivante. Comment se fait-il que des liquides se soient montrés positifs tout à fait au début d'une pleurésie ? On peut répondre à cette objection qu'il est parfois difficile de déterminer le début d'une pleurésie et d'autre part, que les propriétés du liquide peuvent être très rapidement favorables selon les sujets, suivant l'intensité des lésions, la virulence de l'infection, les moyens de défense de l'organisme.

D'ailleurs, si l'on veut expliquer uniquement par l'action diurétique le rôle bienfaisant de l'autosérothérapie ou de la plasmothérapie, il faudrait expliquer pourquoi, alors que la diurèse est produite dans tous les cas, presque sans exception, cette diurèse n'est pas toujours accompagnée de la disparition de l'épanchement (voir en particulier les observations de Le Play). C'est donc qu'en réalité le mécanisme est bien plus complexe, comme nous le verrons plus loin.

Si les deux premières théories ne s'excluent pas l'une l'autre, comme nous venons de le prouver, il n'en est pas de même pour la troisième. Il s'agit en effet de savoir si les résultats obtenus ne sont pas dus purement et simplement à l'évacuation d'une quantité minime de liquide. Autrement dit, l'injection qui suit n'aurait aucune influence. Il semble cependant en examinant les faits qu'elle en ait une, la diurèse. Celle-ci n'est pas notée en effet d'une façon aussi nette dans les observations où une ponction évacuatrice minime a amené la guérison d'un épanchement ; et il semble alors qu'elle est plus tardive et qu'elle suit la résorption au lieu de la précéder. Elle ne se produit pas en tout cas s'il n'y a pas résorption, tandis qu'avec l'autosérothérapie, elle existe même sans que la résorption se fasse. En un mot, dans un cas la diurèse est la cause de la résorption, dans l'autre elle n'en serait que la conséquence.

Enfin dans l'observation si nette de Weill et Mouriquand, deux ponctions exploratrices avaient été faites sans résultats, alors que l'injection détermine aussitôt la guérison rapide. C'est donc bien que l'évacuation minima, si elle peut avoir une action favorable, conformément à l'opinion de Roger, Dieulafoy, Lévy-Valensi, etc., ne suffit pas toujours à elle seule à provoquer la résorption de l'épanchement et que dans le processus de résorption interviennent, comme nous allons le voir, bien d'autres facteurs parmi lesquels il faut certainement compter l'action du liquide injecté.

III

Quels sont donc les éléments qui entrent en jeu dans le mécanisme de l'autosérothérapie ?

1° Le liquide injecté. — Ce liquide possède, d'après les travaux de nombreux expérimentateurs, notamment de Paul Courmont, des propriétés non douteuses qui doivent agir dans l'organisme soit par elles-mêmes, soit en y déterminant la production de substances utiles pour sa défense. Il est vrai de dire que ces propriétés sont encore imparfaitement connues ; pour permettre, dans le cas présent de constater leur rôle, il resterait à établir de nouvelles données, telles que l'augmentation du pouvoir agglutinant ou bactéricide du sérum, du pouvoir phagocytaire, de l'index opsonique, etc. ; jusque-là l'action du liquide n'est que probable et conforme aux lois de la pathologie générale ; sans vouloir la nier, on doit la regarder comme incertaine et faible.

2° La diurèse. — Elle est le résultat le plus certain, le plus manifeste de la méthode. Son rôle favorable sur la résorption des épanchements a été recherchée de tous temps par la thérapeutique. Cependant elle ne suffit pas (nous l'avons prouvé plus haut) pour assurer cette résorption.

3° L'évacuation d'une quantité de liquide hors de la plèvre. — C'est encore un facteur dont il faut tenir compte de par les faits et dont le rôle s'explique par les modifications de la pression endopleurale sur les lymphatiques et du courant osmotique. Mais ce rôle est cependant bien variable. Le trouble statique occasionné par l'évacuation de 20, 30 ou 50 centimètres cubes peut être encore assez marqué. Mais que sera-t-il lorsqu'on soustrait 2 ou 3 centimètres cubes à un épanchement de 700 à 800 grammes ? Il ne peut alors que déterminer une réaction bien faible.

Aussi quel que soit celui des facteurs précédents auquel on accorde le premier rôle, il faut tenir le plus grand compte d'un autre élément, qui a été trop laissé dans l'ombre par les auteurs en général, car c'est de lui surtout que dépend en effet la diversité des résultats obtenus. Nous voulons parler de l'état de la séreuse.

4° Etat de la plèvre. — Pour que la résorption puisse se faire, il est nécessaire que la plèvre soit perméable ou qu'elle puisse le devenir facilement. C'est de cette perméabilité que dépend le résultat de l'autosérothérapie. Or, comme l'ont dit Weill et Mouriquand, c'est surtout chez l'enfant que cette propriété est très accentuée par la richesse et le développement du système lymphatique ; voilà pourquoi chez lui les résultats sont toujours positifs.

D'autre part, si l'on envisage le processus anatomo-pathologique de la pleurésie, on constate que l'épanchement est en réalité composé de deux parties : une partie liquide et une partie solide. C'est cette dernière qui est la plus importante à considérer dans le mécanisme de la résorption. C'est elle qui obstrue les lacunes et les vaisseaux lymphatiques en y gênant la circulation, qui forme une couche fibri-

neuse sur les feuillets pleuraux, constituant les pseudo-membranes. On conçoit donc que la résorption qui se fait par les vaisseaux lymphatiques dépendra de l'abondance de cette couche fibrineuse.

Mais cette résorption n'est pas régie seulement par des lois physiques, osmose ou pression; elle dépend de phénomènes plus élevés. La plèvre est une membrane vivante qui possède des éléments de défense propres (cellules conjonctives fixes) ou empruntées (globules blancs). Ce sont ces éléments qui normalement vont opérer la désagrégation et la destruction de la fibrine et des fausses membranes et permettre la résorption.

Comment interviendra alors l'autosérothérapie? Les propriétés du liquide injecté dans l'organisme agiront sur ces éléments de défense soit en les aidant directement (agglutinines, bactériolysine), soit en exaltant leur pouvoir (formation d'anticorps). La diurèse viendrait agir en tentant de rétablir la circulation lymphatique. L'évacuation d'une certaine quantité de liquide favorise aussi cette circulation en diminuant la compression, en permettant même par le mouvement imprimé au liquide le détachement de fausses membranes. Mais pour que ces diverses influences aboutissent, il est nécessaire que les éléments de défense de la séreuse soient prêts à collaborer; car il ne faut pas l'oublier, ces secours qui leur arrivent sont faibles comme nous l'avons vu.

Aussi combien les résultats seront-ils différents suivant l'intensité des lésions qui occupent la séreuse, suivant leur extension ou leur ancienneté, suivant la virulence de l'infection, tous éléments qui ont diminué le pouvoir des agents de défense. Par là nous trouverons peut-être la clef de ces divergences si grandes dans les résultats; nous pourrons expliquer l'heureux bénéfice de la méthode dans les pleurésies aiguës, franches; les insuccès constants dans les cas où des lésions pulmonaires de voisinage entretiennent l'épanchement en paralysant tout moyen de résistance (observations de Mongour et Gentès). Ainsi s'expliqueront aussi les cas heureux survenus dans les pleurésies chroniques où les lésions peuvent être si différentes, où des néo-membranes vascularisées pourront permettre la résorption, malgré l'ancienneté du processus, où enfin les défenses générales de l'organisme sont si profondément troublées.

Car il faut en dernier lieu envisager un autre facteur qui n'est pas sans importance, c'est l'organisme tout entier.

5° Etat général de l'organisme. — Nous ne pouvons que marquer brièvement son rôle. Gauthier, Le Play ont déjà insisté sur l'importance de l'état du rein, de la circulation tout entière et du cœur, au point de vue de la diurèse. Cette diurèse comporte nécessairement l'élimination de toxines, de poisons, de déchets qui implique à son tour le bon fonctionnement des organes de défense, comme le foie, la rate, les ganglions lymphatiques, etc. En un mot toutes les forces de l'organisme doivent ici concourir vers le même but, comme nous l'avons montré ailleurs en établissant la coïncidence de la guérison de la pleurésie avec l'augmentation de poids du sujet (1).

IV

Quelles sont donc les conclusions et les déductions pratiques qui nous paraissent se dégager de cette étude?

L'autosérothérapie a, sur l'évolution de l'épanchement pleural, une influence qui n'est pas douteuse, mais qui est faible et nécessite pour réussir le concours de tous les moyens de défense de l'organisme.

Elle agit en stimulant ces moyens de défense, en provoquant la diurèse, en diminuant la pression endopleurale.

Pratiquement, on doit chercher à associer ces effets en combinant l'évacuation minima (de 20 à 50 centimètres cubes avec la seringue de Roux) et l'injection de deux à cinq centimètres cubes. Il vaut mieux avoir deux moyens d'action qu'un seul.

Cette méthode est d'une technique facile, n'impressionne pas le malade, ne présente pas de danger (2) et ne risque pas d'être l'origine d'une symphyse pleurale.

Pour ces raisons, malgré son insuccès dans certains cas, elle doit être toujours tentée, la thoracentèse restant l'opération d'urgence. Toutes les formes cliniques de la maladie peuvent en bénéficier. Quant au moment opportun pour pratiquer l'injection, il n'y a pas encore d'indications bien nettes à ce sujet. Au point de vue pratique, voici cependant comment on pourra se régler, nous semble-t-il.

Dans les formes chroniques, faire l'injection à n'importe quel moment; ne pas craindre de recommencer, le succès pouvant survenir après de nombreuses tentatives infructueuses.

Dans les formes aiguës, si l'épanchement est abondant, tenter de prime abord l'opération, afin d'éviter si possible une thoracentèse; dans les autres cas, c'est à la fin du premier septénaire et pendant le second qu'on doit recourir à la méthode telle qu'elle est prescrite depuis Gilbert, de une à trois injections à deux ou trois jours d'intervalle.

BIBLIOGRAPHIE

Gilbert. *Congrès de méd. de Rome*, 1894; — *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 677; — *Soc. méd. de Genève*, déc. 1909, in *Presse méd.*, 1910.

Scarpa. *Congrès de méd. de Rome*, 1896.

Breton. *Gaz. des hôpit.*, 2 mars 1899, p. 229-250.

Mongour et Gentès. *Congrès intern. de méd.*, Paris 1900.

Enriquez. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 juin 1909, t. I, p. 1138.

René Gaultier. *Bull. gén. de thérap.*, 1909, t. II, p. 321.

(1) Gaujoux et Maillet. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 1911.

(2) L'observation unique d'Oppenheim et Crépin (*Trib. méd.*, 15 oct. 1910) ne vient pas confirmer cette opinion de l'innocuité de la méthode. Les tubercules sous-cutanés qui se seraient produits aux points où avaient été faites les injections sont peut-être une simple coïncidence. On doit se demander si une ponction exploratrice ou une thoracentèse ne pourraient être pareillement incriminées.

MARCOU. *Presse méd.*, 1909, n° 71.
SCHNÜTZEN. *Berl. klin. Woch.*, 1909.
WEILL et MOURIQUAND. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 janv. 1910, in *Lyon méd.*, 20 fév., p. 415.
BARJON. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 janv. 1910 (discussion).
P. COURMONT. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 janv. 1910 (discussion), et *Presse méd.*, 1905-1908; — *Congrès de la tuberculose*, 1908; — *Province méd.*, 1907; — *Pathologie générale*.
LE PLAY. *Bull. méd.*, 27 juillet 1910, p. 707.
Victor AUDIBERT et MONGES. *Marseille méd.*, 1er janv. 1910.
BOINET et MUREL. *Marseille méd.*, 15 mars 1910.
GAËHLINGER. *Nord méd.*, 15 mars 1910.
JEUNET. *Soc. méd. d'Amiens*, nov. 1909.
AUDIBERT. *Journ. méd. franç.*, nov. 1910.
LÉVY-VALENSI et Mlle POUZIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mars 1910.
LANCEREAUX. *Traité d'anatomie pathologique.*
ROGER et ANGLADA. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, fév. 1911.
GAUSSEL. *Idem.*
(Pour la bibliographie italienne, voir dans l'article de Gaultier, de Boinet et Murel ou d'Audibert.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 MARS 1911)

Trépanation décompressive. — M. DELBET a fait des trépanations pour tumeurs cérébrales avec l'instrument de son invention qui, dit-il, ne donne pas de trépidation.

Il rapporte le cas suivant : une femme, présentant tous les symptômes d'une tumeur cérébrale, refuse l'intervention. Quelques mois après, elle est amenée dans le service de M. Hirtz avec un état très grave. A cinq heures dix, on l'endort pour l'opérer d'urgence. A cinq heures vingt, elle cesse de respirer, son cœur continuant de battre.

On fait la respiration artificielle jusqu'à six heures et demie. On fait une ponction lombaire, il n'y a pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien dans la région médullaire. On fait une trachéotomie et on insuffle de l'air par la canule trachéale. A sept heures, on fait une trépanation cranienne, on trouve une hypertension énorme dans la région intracranienne, le cerveau fait une hernie considérable. La respiration devient un peu meilleure, puis elle cesse de nouveau et pendant vingt-six heures consécutives on dut faire la respiration artificielle, elle n'eut pas une seule respiration spontanée jusqu'à sa mort. Le pouls est resté bon tout le temps. M. Delbet insiste sur cette dissociation du pouls et de la respiration.

Les faits de ce genre diminuent de beaucoup la valeur du diagnostic basé sur la ponction lombaire, contrairement à l'opinion exprimée par M. Lagrange. L'analyse cytologique du liquide céphalo-rachidien n'est pas toujours concluante. La polynucléose rachidienne n'est pas toujours d'origine infectieuse.

Beaucoup de neurologistes proscrivent la ponction lombaire comme pouvant amener des accidents. Il y a eu des cas de mort brusque après une ponction lombaire.

Il est exact, ajoute M. Delbet, que les localisations cérébrales peuvent exposer aux pires erreurs. C'est ainsi que chez une malade chez laquelle on avait diagnostiqué une tumeur à droite, on la trouva, à l'autopsie, du côté gauche. La douleur localisée, sur laquelle a insisté avec raison M. Guinard, est un des meilleurs signes pour indiquer au chirurgien la région où il faut faire porter la trépanation.

Quant à l'incision de la dure-mère, Kraus et Horsley l'ont abandonnée. Ils font l'opération en deux temps, à sept ou huit jours d'intervalle.

On a vu des malades mourir subitement après l'incision de la dure-mère faite immédiatement après la trépanation. Toutefois, M. Delbet est de l'avis de M. Lucas-Championnière, il ne comprend pas la décompression sans ouverture de la dure-mère et il ne voit pas d'avantages à l'opération en deux temps.

Les résultats obtenus par la trépanation décompressive ne sont pas toujours très brillants, au moins comme durée. Cependant M. Delbet estime qu'on ne doit pas abandonner ces opérations. Elles ont au moins l'avantage de soulager des malades qui endurent d'horribles douleurs. Parfois aussi elles les guérissent d'une cécité, au moins momentanément.

Quant au diagnostic de l'existence d'une tumeur cérébrale, on n'en est jamais sûr. Aussi M. Delbet s'en tient-il à la trépanation décompressive.

M. SEGOND — depuis seize ans à la Salpêtrière, en rapports constants avec les neuropathologistes, doublé d'un chef de clinique, M. de Martel, qui s'est particulièrement occupé de la question et qui a inventé une merveilleuse instrumentation qui permet de pratiquer les plus larges trépanations en très peu de temps — a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas se rapportant à la question en discussion. Il pourrait apporter 72 cas de trépanations décompressives faites dans son service, au cours de ces derniers mois. En outre, M. de Martel traverse souvent le détroit et se tient constamment en communication avec M. Horsley. Enfin, tous ces cas ont été observés également par M. Babinski. C'est donc autant au nom de MM. Horsley, Babinski, de Martel, qu'en son propre nom, que M. Segond intervient dans cette discussion.

M. Guinard préfère l'instrumentation ancienne; c'est son droit. Mais on n'a pas le droit, dans l'état actuel de la question, de cogner sur une tête avec un marteau. La pince coupante de Horsley remplace très avantageusement la gouge et le maillet. Quant à l'appareil de M. de Martel, bien qu'on en ait dit, il ne dérape jamais, et, au point de vue de la rapidité, M. Segond met au défi M. Guinard d'opérer aussi vite avec ses mains — si habiles soient-elles — qu'avec l'instrument de M. de Martel.

La ponction lombaire ne donne pas toujours de bons résultats, et on vient de voir qu'il y a des cas d'hypertension cérébrale sans hypertension rachidienne. Cependant, dans le service de M. Babinski, on a vu beaucoup de malades dont la vie a pu être prolongée par une ponction lombaire.

Quant à la ponction d'un ventricule, elle est très dangereuse et peut amener la mort par décompression brusque, comme dans le cas de M. Potherat. D'ailleurs, l'hypertension par suite de la présence d'une tumeur cérebelleuse peut être corrigée par la trépanation temporale.

Dans cette discussion, il y a un point très important sur lequel il y a une certaine divergence d'opinion entre les chirurgiens. MM. Tuffier et Delbet sont d'avis d'ouvrir la dure-mère en même temps que le crâne. Ce n'est pas l'opinion de M. Segond. M. Tuffier est d'avis, en cas de diagnostic de tumeur, d'aller autant que possible à la recherche de cette tumeur, mais le diagnostic manque bien souvent de précision, surtout au point de vue du siège exact de la tumeur, s'il y a tumeur. Dans les cas de doute, M. Segond est d'avis qu'on s'en tienne à la trépanation décompressive. Quand on arrive à un diagnostic à peu près précis de la présence et du siège d'une tumeur, M. Tuffier devient agrsssif et veut s'attaquer à la tumeur elle-même, quitte, sans doute, à pratiquer l'hémicraniectomie de Doyen.

Dans ces cas, MM. Horsley, Segond, Babinski et de Martel sont d'avis de s'en tenir à la trépanation décompressive.

M. Tuffier regrette, dans un cas, de n'avoir pas été chercher une tumeur siégeant au niveau du chiasma des nerfs optiques;

dans ce cas, M. Segond n'aurait pas été à la recherche de la tumeur. S'il s'agit de tumeurs de la région corticale, bien localisées par les neuropathologistes, M. Segond partage alors l'opinion de M. Tuffier et est partisan de l'ablation de ces tumeurs, sauf les cas où il s'agit de gliomes diffus, impossibles d'ailleurs à enlever complètement.

Voilà donc où gît une divergence complète entre M. Tuffier et M. Segond.

Quant à la seule trépanation décompressive, elle rend plus de services que ne semble le croire M. Tuffier ; elle soulage considérablement les malades, elle peut empêcher ou retarder la cécité ; elle prolonge leur existence de plus de quatre ou cinq mois, comme on l'a dit. Cinq à 6 p. 100 des malades tirent un bénéfice très sérieux de la trépanation et M. Segond cite l'exemple d'un Marseillais, à moitié aveugle, qui maintenant, depuis sa trépanation, chasse la bécasse. La trépanation décompressive est donc une excellente opération et ce n'est pas une opération grave.

Sur les 72 cas rapportés par M. Segond, il y a eu 7 morts sur lesquels il y en a 6 où il s'agissait de tumeurs de l'étage inférieur et qui ont succombé à la décompression trop brusque.

M. Tuffier maintient son opinion. Chaque fois qu'il croira pouvoir enlever une tumeur cranienne, il le fera, et il se croit en droit de dire que, dans ces cas, il rendra plus de services aux malades qu'en se contentant de la trépanation décompressive. M. Tuffier n'a pas besoin, pour cela, d'aller jusqu'à l'hémicraniectomie. Une trépanation moyenne lui suffit pour explorer le cerveau.

Au point de vue de la survie des malades, la trépanation décompressive ne donne que des résultats éphémères. Quand les résultats semblent définitifs, c'est qu'il y a eu erreur de diagnostic. M. Tuffier reste partisan de l'opération en un seul temps, mais dans les cas très graves, il comprend très bien qu'on préfère l'opération en deux temps.

Appendicite traumatique ? — M. Walther fait un rapport sur une observation adressée par M. Robineau. Une femme de vingt-six ans entre à l'hôpital à huit heures du soir avec des signes de perforation intestinale. Cette femme a été frappée par son mari qui lui a donné des coups de talon dans le ventre. On met de la glace et on attend, la température étant à 37 degrés et le pouls à 80. Les vomissements surviennent, la température s'élève. M. Robineau intervient alors et fait une laparotomie ; il sort des gaz et un liquide trouble, il y a une perforation du cæcum et un appendice turgescent et rigide.

M. Robineau résèque l'appendice, ferme la brèche cæcale et la malade, après une suppuration prolongée, guérit.

L'examen histologique de l'appendice y a montré des lésions d'appendicite aiguë et aussi des altérations chroniques.

S'agit-il donc d'une appendicite aiguë greffée sur une appendice chronique et réveillée par le traumatisme ? M. Walther pose plutôt la question qu'il ne la résout.

Traitement de la péritonite généralisée. — M. Lafourcade (de Bayonne). La base de ce traitement est l'emploi du sérum à hautes doses par la voie rectale, de l'huile camphrée, du lavage de l'estomac, de l'administration de l'huile de ricin ou du calomel, de la position aussi des malades. Sur 9 cas de péritonites généralisées traitées de cette façon, M. Lafourcade n'a eu que 2 morts. Avant ce traitement, la mortalité était de 70 p. 100.

Une discussion s'engage sur cette question, à laquelle prennent part MM. Quénu, Savariaud.

Présentations. — Signalons, parmi les présentations, un cas d'**anthrax traité avec succès par la vaccinothérapie** (Tuffier) ; un cas de **sarcome globo-cellulaire du maxillaire inférieur traité à l'aide du radium** par M. Dominici (Segond) ; deux cas de **brûlures par vitriol merveilleusement réparées à l'aide de greffes** (Morestin) ; la **résection d'un estomac en sablier** (Mauclaire).

Élection. — M. Jacob est élu membre titulaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diagnostic et le traitement de la sclérose en plaques à son stade initial. (E. Schultze, *Deut. med. Woch.*, 23 février 1911, n° 8, p. 337, 2 mars, n° 9, p. 385 et 9 mars, n° 10, p. 433.) — Schultze a pu constater que la sclérose en plaques est une affection relativement fréquente parmi la population des campagnes, en Poméranie. Son expérience personnelle porte sur quarante cas, dont il tire le présent article. Avant l'apparition du complexus symptomatique caractéristique : nystagmus, tremblement intentionnel, parole scandée, la sclérose en plaque se manifeste par des symptômes prémonitoires dont la connaissance est importante si l'on veut porter un diagnostic précoce.

Les *troubles psychiques* ouvrent souvent la scène : lenteur de la pensée, diminution de l'attention, perte de la mémoire pour les faits récents, modifications du caractère qui devient irascible : certains malades de Schultze ont eu maille à partir avec la justice, pour violences, au stade initial de leur sclérose en plaques.

Le rire spasmodique, la céphalalgie, les vertiges se montrent parfois comme phénomènes prémonitoires.

Les troubles de la vue sont souvent très précoces et absolument isolés : les plus caractéristiques sont la diminution très rapide de l'acuité visuelle, suivie d'une amélioration spontanée également rapide.

Au point de vue ophtalmoscopique, on peut ne rien constater dans le fond de l'œil, ou bien une simple pâleur de la papille ; un des signes de névrite optique qui rétrocède bientôt spontanément. Mais surtout la névrite rétrobulbaire est un symptôme révélateur très fréquent de la sclérose en plaques : Schultze pense que toutes les fois que chez un individu jeune, sans syphilis, sans intoxication alcoolique ou tabagique, survient une névrite optique avec évolution rapide vers la guérison, il faut songer à la sclérose en plaques. Un autre fait en faveur de la sclérose en plaques est la discordance entre les signes ophtalmoscopiques et les troubles fonctionnels : on observe fréquemment, avec un fond d'œil parfaitement normal, une acuité visuelle réduite à 0 ; réciproquement la vue peut être troublée, malgré des modifications considérables de la papille.

Au début les troubles de la parole peuvent se borner à la difficulté d'articulation de certaines lettres ; la parole est surtout monotone. Quand la dysarthrie devient plus intense elle peut prendre un caractère bulbaire et peut s'accompagner de troubles cardiaques, respiratoires, de troubles de la déglutition, de polyurie, de glycosurie.

Les troubles moteurs au début consistent fréquemment en une asthénie qui apparaît après quelques mouvements pour cesser après un repos de quelques instants : cette asthénie est strictement localisée, tantôt à un membre, tantôt à un groupe musculaire, souvent aux muscles de la phonation, rappelant le tableau de la myasthénie pseudo-paralytique.

Parmi les troubles des *réflexes* précoces il faut citer ceux du réflexe abdominal. Tantôt ces réflexes font totalement défaut, soit d'un seul côté, soit des deux, tantôt ils existent mais s'épuisent rapidement. Schultze cite des cas où des troubles sensitifs ont marqué le début des accidents : sensation de chatouillement à la plante des pieds, de picotements dans la région sacrée, névralgie du trijumeau.

Les troubles sphinctériens et notamment les troubles vésicaux constituent avec une certaine fréquence les signes du

début de la sclérose en plaques : ils consistent en difficulté de la miction et en incontinence d'urine.

Schultze rappelle la fréquence des attaques apoplectiformes, ne laissant du reste après elles que des troubles fugitifs et il insiste sur l'évolution de la sclérose en plaques, de longs intervalles séparant l'apparition des nouveaux symptômes.

Il expose longuement les affections du système nerveux qui peuvent se rapprocher par leurs symptômes de la sclérose en plaques, si polymorphe dans ses aspects cliniques.

Il rappelle que la réaction de Wassermann est négative dans cette maladie; et fait remarquer que l'apparition chez un sujet jeune et jusqu'alors bien portant, d'un brusque ictus apoplectique doit faire penser à trois choses : paralysie générale, syphilis cérébro-spinale et sclérose en plaques. De même l'apparition vers la trentième ou la quarantième année de crises d'épilepsie peut être la révélation d'une sclérose en plaques. Le traitement de la sclérose en plaques à son stade précoce est avant tout hygiénique : les malades doivent se garder des fatigues et des excès de toutes sortes; les bains, l'électrisation doivent être employés avec prudence. On obtiendrait quelques succès avec l'arsenic et la fibrolysine.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Etude comparative de quelques laits au point de vue de leur teneur en colloïdes visibles au microscope par l'éclairage latéral sur fond sombre. Explication de leurs différences de digestibilité. (MOURIQUAND et RUSSO. *La pédiatrie pratique*, 15 novembre 1910.) — Ces auteurs ont entrepris les recherches suivantes qu'ils viennent de communiquer à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, à la suite de cette constatation clinique maintes fois répétée, que beaucoup de nourrissons supportent ou tout au moins assimilent mieux, le lait de vache *cru* que *stérilisé*, ou mieux le lait de femme et d'ânesse que le lait de vache : ils ont pensé que ces différences de digestibilité tenaient au moins en partie à des différences que l'examen microscopique pouvait permettre de révéler : c'est pourquoi ils ont examiné à l'ultra-microscope différents laits, et surveillé les différentes *phases de leur coagulation*.

Leurs conclusions sont les suivantes : les laits qui se digèrent le mieux sont ceux qui ont *peu de grains* et par suite un coagulum *dense et compact* : c'est pourquoi le lait de vache cru, qui a peu de grains et un coagulum plus dense que le même lait stérilisé se digère mieux que lui. Il en est de même du lait de femme. Quant au lait d'ânesse, à cause de sa richesse en micelles, il ne donne que des coagulations fragmentés, ce qui explique malgré les apparences d'analogie avec le lait humain des insuccès nombreux.

L. BABONNEIX.

CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS

Ce Congrès s'est tenu jeudi à la Faculté de médecine où M. le doyen Landouzy avait bien voulu offrir à ses confrères, les journalistes médicaux, une hospitalité aussi somptueuse qu'aimable.

On sait que ce Congrès, organisé par l'association des journalistes médicaux, se proposait d'étudier, entre journalistes, les questions d'ordre purement professionnel. Il ne s'agissait donc pas d'un congrès de la *presse* médicale, mais d'un congrès de *rédacteurs*.

La première séance s'est ouverte à neuf heures du matin, sous la présidence de M. le professeur Landouzy.

Après quelques mots de bienvenue de M. Maurice de Fleury, président de l'Association des journalistes médicaux et du comité d'organisation, M. Landouzy prononce l'allocution d'ouverture.

Avec son esprit habituel et sa bienveillance coutumière, M. le doyen salue les congressistes français et étrangers. Il définit le but du Congrès, montre l'importance des questions mises à l'ordre du jour, et indique avec quelle prudence devront être étudiées certaines idées un peu audacieuses des rapporteurs. Il espère que des discussions ne sortiront que de sages décisions.

On passe ensuite à l'élection du bureau définitif. A côté de M. le professeur Landouzy, président d'honneur, on acclame à la vice-présidence d'honneur les noms de notre cher maître Lucas-Championnière, que nous ne saurions trop remercier pour la part active qu'il a bien voulu apporter aux discussions, de MM. Ricard (de Paris), et du professeur Cattaneo, l'éminent pédiatre de Parme.

M. le professeur Poncet (de Lyon) est nommé président effectif du Congrès et prononce à son tour une allocution très applaudie. Enfin la parole est donnée à M. Cabanès, secrétaire général, pour la lecture de son rapport moral.

Avec sa précision et son esprit habituels, Cabanès fait l'historique de l'Association et du Congrès.

Née en 1907 avec une vingtaine de membres, l'Association des journalistes médicaux en compte aujourd'hui 160 et pour ce Congrès elle a réuni plus de 200 adhésions appartenant à tous les pays de langue française et comptant parmi les meilleurs journalistes. Cabanès les salue tour à tour et en particulier le professeur Cattaneo, et nos amis de Belgique MM. Crocq et Delsaux qui n'ont pas craint de faire de longs voyages pour passer une journée avec leurs confrères français.

Après une cordiale réponse de M. Cattaneo au nom des confrères étrangers on passe à l'examen des questions à l'ordre du jour.

C'est ainsi que, dans la séance du matin, sont discutés le rapport de M. AUSSET (de Lille) sur les *Rapports de la presse médicale avec les Congrès et autres manifestations intéressant l'art et la pratique de la médecine*, puis le rapport de M. DIEUPART sur l'*usurpation du titre de docteur*.

Dans l'après-midi, malgré le temps d'été et la concurrence des cavalcades, les congressistes vinrent nombreux prendre part à la discussion du rapport de M. VITOUX sur *le droit de reproduction des articles médicaux*.

Nous reviendrons sur le détail des discussions et sur les vœux votés, dans notre prochain numéro. Notons seulement le vœu qui clôtura le Congrès et qui demande que le prochain Congrès se réunisse l'an prochain, autant que possible, et cette fois avec le concours de l'Association de la presse médicale. Dans cette réunion des « patrons » et des « ouvriers » pourront être solutionnées définitivement des questions qui n'ont pu qu'être effleurées aujourd'hui.

Le soir un banquet confraternel réunit près de 70 convives au café Cardinal. Organisé avec un soin et une compétence sans égale par M. Laumonier, ce banquet fut le clou du Congrès.

Des toasts furent portés en d'excellents termes par MM. Maurice de Fleury, président de l'Association des journalistes médicaux; Lucas-Championnière, président du Syndicat de la presse médicale; Poncet (de Lyon), président du Congrès; le docteur Gaëtan Lièvre, chef de cabinet de M. le ministre du travail; M. Crocq (de Bruxelles), au nom des congressistes étrangers, et enfin M. le doyen Landouzy, président d'honneur du Congrès.

M. Landouzy définit le rôle du journaliste médical, et montre son rôle important au point de vue de l'enseignement. Dans une rapide histoire du journalisme médical, il parle de la *Gazette des hôpitaux* dans les termes les plus flatteurs. Nous le prions de trouver ici l'expression de nos vifs remerciements pour sa trop grande amabilité.

F. L.

PHARMACOLOGIE

LE BUCCHU

Le bucchu ou bucco est constitué par les feuilles de diverses diosmées originaires de l'Afrique australe. Il existe plusieurs sortes de bucchu. Les feuilles de bucchu renfermant les éléments thérapeutiques les plus puissants sont celles du barosma pulchella, car elles contiennent une huile volatile appelée « la rutine » dans une notable proportion.

Les Hottentots emploient le bucchu comme vulnéraire et contre les maladies de la vessie. En Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis on considère le bucchu comme un spécifique contre les maladies des organes génito-urinaires (Dorvault).

En France, il a été jusqu'à présent très peu employé : d'abord parce qu'il est très cher, ensuite, parce qu'il est assez difficile de s'en procurer.

Il est nécessaire, pour présenter un médicament sûr et efficace et pour faire un extrait éthéré, d'avoir une notable quantité du produit. C'est à la suite de recherches nombreuses au laboratoire sur les différentes espèces de bucchu, et d'essais cliniques des plus concluants avec le « barosma pulchella », que l'on est parvenu à découvrir enfin ce précieux remède, à en faire un extrait éthéré appelé bucchu-basma, qui offre tous les avantages des balsamiques sans en présenter les graves inconvénients.

Tous les praticiens sont d'accord pour reconnaître que les différents balsamiques employés jusqu'à présent : thérébentine, copahu, cubèbe, sont peu efficaces, inconstants dans leur action et finissent par provoquer, à la dose élevée à laquelle on doit les prendre, une altération de la muqueuse de l'estomac. Aussi les médecins en redoutent-ils l'emploi.

Le santal, qu'il soit administré sous la forme d'essence de santal ou d'extrait d'essence de santal, peut provoquer des congestions rénales.

Aucun de ces balsamiques n'est diurétique.

Le bucchu-basma est un désinfectant dont l'absorption n'irrite et par suite n'altère aucun des organes avec lesquels il se trouve en contact.

Le bucchu-basma est efficace et inoffensif, c'est un excellent balsamique et un *diurétique puissant.* Son emploi, même prolongé, ne fatigue ni l'estomac, ni les reins, et en provoquant la diurèse, il permet d'éliminer rapidement les toxines dues au gonocoque.

Il est antispasmodique et supprime la douleur de la miction : aussi les cystites de toute nature, aiguës ou chroniques, sont justiciables de son emploi.

La cystite tuberculeuse est grandement améliorée dès qu'elle est traitée par le bucchu-basma.

Dans la blennorragie aiguë, l'action de l'extrait de bucchu-basma est remarquable par l'apaisement de la douleur et la disparition de l'écoulement.

On obtient encore d'excellents résultats de l'emploi de ce médicament dans les urétrites chroniques et dans les prostatites.

Enfin, pour les pyélites et les pyélonéphrites, maladies dans lesquelles tous les autres balsamiques sont contre-indiqués, le bucchu-basma, grâce à ses propriétés désinfectantes, est employé avec grand avantage : il agit sur la maladie elle-même et prévient les complications fréquentes de cystites.

Ce médicament se présente sous forme de perles d'extrait éthéré de bucchu-basma qui traversent le tube digestif sans être désagrégées, puisqu'elles sont *enveloppées de kératine*, et c'est seulement au contact de la muqueuse de l'intestin grêle qu'elles se dissolvent : l'extrait éthéré de bucchu est mis alors en liberté, et son action bienfaisante est presque immédiate, constante et sûre. Le bucchu-basma est efficace dans les cas où tous les autres balsamiques n'ont donné aux médecins que des mécomptes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 AVRIL 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Blanchard, Lœper et Tiffeneau; — (2e série) : MM. Déjerine, Desgrez et André Jousset.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Gaucher, Letulle et Sicard; — (2e série) : MM. Roger, Guillain et L. Bernard; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Pierre Duval.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Marfan, Marcel Labbé et Laignel-Lavastine; — M. Jean Camus, suppléant.

Mardi 4 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Chevassu.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Achard, Desgrez et Roussy; — (2e série) : MM. Letulle, Maillard et Castaigne.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert Ballet et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Lenormant et Terrien; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Okinczyc et Anselme Schwartz; — M. Nobécourt, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Balthazard; — (2e série) : MM. Chauffard, Claude et Rathery.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Grégoire, suppléant.

Mercredi 5 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Aug. Broca et Rouvière.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Gautier, Macaigne et André Jousset; — (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Lœper.

2e : MM. Gariel, Branca et Jean Camus; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Mauclaire et Pierre Duval.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Roger, Sicard et Gougerot; — (2e série) : MM. Widal, Guillain et L. Bernard; — M. Laignel-Lavastine, suppléant.

Jeudi 6 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Auvray, Morestin et Anselme Schwartz.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Chassevant, Balthazard et Roussy; (2e série) : MM. Richaud, Castaigne et Gougerot.

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Claude; — M. Maillard, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — MARDI 28 MARS 1911. 84e ANNÉE. MARDI 28 MARS 1911. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Les deux sections du jury, du concours de médecins des hôpitaux, se réuniront mardi prochain, 28 mars, à huit heures du matin, à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères, pour procéder à l'identification des copies, et au relevé des points attribués à chacune d'elles. La séance étant publique les candidats sont invités à y assister.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Lecture.* — Séance du 25 mars. — MM. Montignac, 9 + 12 = 21; Lehmann, 11 + 11 = 22; Rouyer (Henri), 12 + 14 = 26; Morin, 12 + 15 = 27.

Prochaine et dernière séance, mardi 28 mars, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

La première séance d'épreuves cliniques aura lieu le samedi 1er avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Fleig, docteur en médecine, préparateur de physiologie, est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1911, chef des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Poujol, appelé à d'autres fonctions.

M. Fleig, chef des travaux pratiques de physiologie, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1911, des fonctions d'agrégé (section de physiologie).

— TOULOUSE. — Un congé, du 1er mars au 31 mai 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Frébault, professeur de chimie et toxicologie.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin inspecteur Clarac, nouvellement promu, a été maintenu dans ses fonctions.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Clavel, membre du comité technique de santé, est placé, à dater du 22 mars 1911, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs des troupes coloniales.

LE IIIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE, qui doit se réunir à Paris, à la Faculté de médecine les 18, 19 et 20 avril, sous la présidence du docteur Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, s'annonce comme devant être une importante manifestation scientifique.

Le volume qui contient les rapports sur les divers traitements physiothérapiques du pied plat douloureux, du fibrome utérin, de l'entérocolite muco-membranense, de la syringomyélie, va paraître et sera incessamment envoyé aux adhérents.

Une exposition qui comprendra des radiographies, des photographies, des planches histologiques, et un bon nombre d'appareils se tiendra à la Faculté pendant la durée du Congrès.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 30 mars 1911 à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

A cinq heures trois quart, une conférence sera faite par M. le professeur S. Pozzi : « En Argentine : Les hôpitaux de Buenos-Aires. Les fous en liberté. Au Brésil : Le jardin des serpents. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la onzième semaine, 937 décès, au lieu de 896 pendant la semaine précédente et au lieu de 1072, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. On remarque notamment la rareté relative des maladies de l'appareil respiratoire.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On compte 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (5 cas nouveaux ont été signalés).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Armand (de Denicé); Edmond Batigne, décédé à Montpellier, à l'âge de soixante-seize ans : nous adressons à notre collègue et ami le docteur Paul Batigne, son fils, nos condoléances les plus vives; Groussin (de Bellevue); Janvier, conseiller de la légation d'Haïti (de Paris.)

ERRATUM. — N° 33, p. 501, C. r. de la Société médicale des hôpitaux. Dans la communication sur le *traitement de l'érythème induré de Bazin par les tuberculines*, au lieu de tuberculine GL lire tuberculine CL, de Poulenc.



CLINIQUE CHIRURGICALE

ACCIDENTS ÉLOIGNÉS DE LA CHLOROFORMISATION

ET LEURS DIFFÉRENTES FORMES

Par M. MAUCLAIRE,

Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Dans une leçon précédente, je vous ai parlé des accidents de la chloroformisation au cours de l'opération. Voyons aujourd'hui ce que l'on peut appeler les « accidents tardifs. »

Ils sont nombreux; le cas type c'est l'ictère post-chloroformique. Nous avons bien souvent observé des cas légers durant à peine deux ou trois jours. Ils ont en somme, peu d'importance; mais il y a des cas d'*ictère prolongé avec délire*; en voici une observation du service, elle est bien typique.

Il s'agissait d'une malade, âgée de trente ans, opérée par moi, le 7 avril, pour une simple déchirure du périnéeconsécutive à un accouchement. L'anesthésie à la compresse fut normale, elle dura environ une demi-heure et elle nécessita l'emploi de 15 grammes environ de chloroforme. Le réveil fut normal. La nuit suivante, la malade eut un sommeil tranquille, cependant elle rêva tout haut plusieurs fois. Le lendemain matin la température monta à 37°4 et le soir à 38°3. La malade est un peu somnolente, mais elle prend 5 centigrammes d'extrait thébaïque pour rester constipée. Le soir, à la contre-visite, la malade a le teint un peu jaune. Elle a quelques rêves tout haut pendant cette deuxième nuit.

Dans la journée du lendemain, quarante-huit heures après l'opération, la malade est encore somnolente; le soir elle a les yeux un peu hagards et elle a du délire, elle devient agitée, elle pousse des cris, et répète toujours le mot d'opération; cette agitation dure toute la nuit.

Le lendemain matin à la visite, la malade est toujours somnolente, les yeux hagards; elle ne reconnaît personne. De temps en temps elle s'agite et elle veut se débarrasser des liens qui la fixent; elle pousse des cris incompréhensibles. La face est jaune, de même que tout le reste du corps, le thorax et l'abdomen. Les sclérotiques sont très jaunes. Légère éruption papulo-pustuleuse sur les cuisses et les jambes. La respiration est brève, saccadée avec de profondes inspirations succédant à de courtes inspirations. Mais ce n'est pas le vrai Cheyne-Stokes. Pas de stertor. Pas de lésions, de congestion pulmonaire. Le pouls est à 120. Le foie ne paraît pas hypertrophié, il n'est pas douloureux à la palpation. L'abdomen est souple. Réflexes normaux. Myosis bilatéral; pas d'inégalité pupillaire. La malade suit des yeux une lumière passant et repassant devant elle. Sensibilité cutanée normale.

Cet état dura deux jours, puis brusquement tout rentra dans l'ordre. La malade ne se souvint pas de son état délirant. Interrogée pour savoir si elle avait déjà présenté des crises semblables, elle n'a aucune souvenance, ni son entourage non plus. Il ne s'agissait pas d'un délire septicémique, car l'évolution de la plaie a été normale et la réunion s'est faite par première intention.

Le délire qu'elle a présenté n'est pas non plus un délire médicamenteux; sauf l'extrait thébaïque, la malade n'a pris aucun médicament. Aucun antiseptique n'a été employé pendant l'opération. Ce délire n'est pas un délire alcoolique, la malade n'a pas de tremblement des doigts étendus. Comme cuisinière, sa sobriété est peut-être douteuse, mais son délire n'est pas en rapport avec le délire phobique des alcooliques atteints de delirium tremens. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Par exclusion, j'arrive à conclure que, étant donné l'ictère présenté par la malade, il s'agit bien d'un délire post-chloroformique, symptomatique d'une intoxication chloroformique prolongée.

Voici un autre cas du service, mais dès maintenant je dois vous dire qu'il est moins démonstratif. Il s'agissait d'une malade que j'ai opérée pour un cancer de l'utérus. L'hystérectomie abdominale totale avait été un peu longue, et la dose de chloroforme assez forte. La malade se réveilla bien, mais le lendemain elle tomba dans une sorte de somnolence continue « sans fièvre ». Les urines étaient normales sans albumine et la malade succomba le quatrième jour. A l'autopsie, il n'y avait aucune trace de réaction péritonéale, mais l'état du foie était très altéré; il présentait une couleur jaune et il paraissait plus petit qu'à l'état normal; c'était, en somme une atrophie jaune aiguë du foie.

Voici encore un autre exemple que j'ai observé. Je me rappelle avoir opéré il y a quelques années une malade chez laquelle on avait cru à un kyste hydatique du foie avec ascite. Après l'ouverture du ventre, je vis qu'il s'agissait d'un foie syphilitique avec gommes multiples. Or cette malade présenta des accidents de délire prolongé pendant plusieurs jours et elle succomba après cette simple laparotomie et il n'y eut de la fièvre que les deux derniers jours.

A côté de ces accidents chloroformiques tardifs chez des hépatiques, j'en ai observé de semblables chez des malades ayant de l'insuffisance rénale. J'en ai vu plusieurs. Dans le premier cas il s'agissait d'une torsion de l'épiploon dans un sac herniaire simulant une hernie étranglée. Tout alla bien pendant deux jours, puis le malade, qui était albuminurique, présenta subitement des crises de convulsions urémiques et il succomba.

Chez une malade ayant un prolapsus utéro-vaginal je fis l'hystérectomie vaginale avec colopexie iliaque complémentaire. Or cette malade tomba dans un état de somnolence continue et elle succomba le quatrième jour. Cette malade avait une insuffisance rénale sans albumine avec atrophie très marquée de ses reins comme le montra l'autopsie.

Ces accidents observés chez des hépatiques ou chez des rénaux, s'observent aussi chez d'autres malades qui ne sont ni hépatiques ni rénaux et je me rappelle plusieurs cas de mort inexplicable survenant quelques jours après l'opération sans que l'on puisse invoquer la septicémie et se présentant sous les deux formes sus-indiquées, la *forme délirante avec agitation* ou la *forme somnolente*.

Il y a déjà bien longtemps que les chirurgiens ont eu l'attention attirée sur ces accidents tardifs. L'anesthésie chloroformique était à peine née que déjà Casper (1850), Nothnagel, Paul Bert, etc. les signalaient.

Vous trouverez tous ces accidents dits tardifs, bien décrits dans les mémoires récents de Aubur-

tin (1) [1906], Guriel [thèse de Lyon (1908)], Thooft (2), Quénu (3), Saison (4), Bruni (5).

Il serait, à mon avis, possible de donner un essai de classification de ces accidents suivant les principaux symptômes observés et on peut, je crois, distinguer les formes suivantes : a. *forme cardiaque*; b. *forme hépatique*; c. *forme rénale*; d. *forme gastrique*; e. *forme intestinale*; f. *forme encéphalique* ; g. *forme pulmonaire*.

a. Forme cardiaque. — En voici un exemple typique que j'ai observé. Il s'agissait d'une hystérectomie abdominale subtotale qui paraissait absolument avoir été très régulière comme opération, mais la malade avait beaucoup toussé au cours de l'anesthésie. Elle avait des urines normales et pas d'affection cardiaque. Aussitôt après l'opération, cette malade fut très agitée, elle tomba dans un état d'apathie profonde, mais ce qui était très particulier c'était une tachycardie très intense ; une sécrétion abondante d'urines très claires sans albumine, une température de 37° 8 à 38° et une respiration normale, la malade devint ensuite très agitée et elle succomba le quatrième jour.

A l'autopsie des malades qui succombent à cette forme cardiaque, on trouve de la myocardite nécrosante (Fræckel, Strossmann), des thromboses du cœur droit et de l'artère pulmonaire (Roth, Lisendrath).

b. Forme hépatique. — Les lésions hépatiques provoquées par le chloroforme ont été décrites par Carper, Nothnagel, Paul Bert, Bonn, Schamnan, Thiems, Fischer, Doyon, Auburtin, Fiessinger, Roulland, Sippel.

L'observation initiale que je vous ai rapportée vous montre la symptomatologie de cette variété clinique. Les malades présentent rapidement de l'ictère des conjonctives, la langue est sèche, le foie est un peu gros, sensible ; le pouls fréquent, petit, il y a des vomissements persistants, soit bilieux, soit noirâtres, le hoquet est fréquent, les urines sont foncées, les selles restent plus ou moins colorées, la température est à 38° ; il y a du délire hallucinatoire, de l'agitation.

Certes le diagnostic de l'ictère postchloroformique n'est pas toujours facile avec la septicémie postopératoire. Mais, en général, on admet que dans la septicémie opératoire, il y a de la fièvre, des frissons, le pouls et la respiration sont accélérés et l'ictère franc est rare, c'est plutôt un teint blafard que présentent les malades.

Dans l'ictère chloroformique il n'y a pas de fièvre, pas de frisson, le pouls est accéléré, mais la respiration est normale, il n'y a pas de diarrhée et l'ictère est le symptôme capital.

A l'autopsie des malades qui succombent, on trouve une dégénérescence aiguë du foie comme dans le cas que je vous ai rapporté.

Certes, la pathogénie de ces lésions est très complexe je me contente de vous signaler la désintégration cellulaire que le chloroforme provoque sur la cellule hépatique elle-même qui présente en outre une dégénérescence graisseuse. Vous trouverez exposée complètement cette pathogénie dans le mémoire récent de V. Bruni.

c. Forme rénale. — Celle-ci est bien connue, depuis les travaux de Hegar, Kattenbach, Frœnkel, Bastianelli, Eisendrath, Baboci et Babi, etc., qui sont réunis dans la thèse de Mme Stankiewiez (Paris, 1908)

D'après Friedlander, quatre fois sur cinq, les malades anesthésiés assez longtemps présentent de l'albuminurie. On trouve aussi dans les urines de la cylindrurie, de l'acétonurie, parfois il y a de l'hématurie, de l'oligurie, de la glycosurie, exceptionnellement de l'anurie. En somme, toutes ces altérations indiquent l'existence d'une néphrite toxique plus ou moins intense et souvent favorisée par l'existence d'une lésion rénale préexistante, si légère soit-elle.

Parfois il y aurait une paralysie des centres urosécréteurs.

Dans les cas qui ont été suivis de mort, on a trouvé de la congestion rénale intense, une dégénérescence graisseuse de l'épithélium rénal.

d. Forme gastrique. — Les vomissements prolongés postchloroformiques sont très fréquents et tous les procédés pour les éviter n'ont pas donné des résultats constants. Dans les accidents tardifs de la chloroformisation à localisation gastrique, il faut classer les *vomissements très prolongés* et la *dilatation aiguë postopératoire de l'estomac*.

Les *vomissements très prolongés* sont caractérisés par leur persistance pendant quatre et même huit jours après l'opération. J'en ai vu des exemples typiques. Peut-être y avait-il une lésion gastrique préalable. Ce qui n'est pas étonnant, car vous savez qu'une partie du chloroforme s'élimine par la muqueuse gastrique. Ce sont des vomissements bilieux que l'on observe le plus souvent. Parfois j'ai constaté de véritables hématémèses, des vomissements noirâtres inquiétants indiquant une hémorragie de la muqueuse gastrique et parfois aussi de l'intestin.

La *dilatation aiguë de l'estomac* est un accident sur lequel l'attention a été très attirée récemment. Comme le duodénum présente souvent en même temps une dilatation, l'expression de *dilatation aiguë gastro-duodénale* serait plus exacte. Cette dénomination ne préjuge de rien au point de vue de la lésion elle-même, lésion sur laquelle on est loin d'être d'accord; aussi, je me contenterai de vous énumérer les théories pathogéniques invoquées. Pour ceux qui admettent une théorie mécanique, il s'agirait d'une occlusion mécanique duodéno-jéjunale par une coudure à cette union des deux parties de l'intestin grêle. Cette coudure ou compression serait due à la traction du mésentère par en bas, une action purement mécanique par des procédés divers.

(1) Auburtin. Thèse de Paris 1906 et *Arch. de méd. expér.*, juillet 1909.

(2) Thooft. *Arch. méd. belges*, janvier 1909.

(3) Quénu. Ictères postchloroformiques d'origine hémolytique *Bull. de soc. chir.*, nov. 1908 et clinique in *Bull. méd.*, mai 1909.

(4) Saison. *Lésions expérimentales du foie et des reins après la chloroformisation et l'éthérisation*, thèse de Paris 1909.

(5) Bruni. Accidents tardifs du chloroforme, *Clinica chirurgica*, mai 1910.

Pour d'autres, ce serait simplement de l'aérophagie, ce qui est, à mon avis, insuffisant pour expliquer les cas graves mortels.

Suivant d'autres, il s'agit d'une dilatation de l'estomac et du duodénum, provoquée par une altération du grand sympathique ou du plexus solaire.

Pour d'autres chirurgiens il s'agit d'une infection péritonéale subaiguë.

On peut admettre aussi qu'il s'agirait dans certains cas d'une action toxique provoquée soit directement par l'action du chloroforme sur la muqueuse gastro-duodénale, soit par une action du chloroforme sur les nerfs innervant ces deux organes.

Il est certain d'ailleurs que ce que l'on appelle la dilatation aiguë postopératoire de l'estomac et du duodénum répond tantôt à une vraie occlusion et dans ces cas le malade guérit si on le couche sur le ventre (Schnitzler).

Tout dernièrement, en présence d'accidents appelés *circulus vitiosus* après une gastro-entérostomie, j'ai sauvé la malade, déjà in extremis, en la mettant sur le ventre, ce fut une rapide résurrection.

Tantôt la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et du duodénum est due à une simple paralysie réelle de ces deux organes et dont les causes sont multiples. Cette dilatation aiguë de l'estomac a été observée après les interventions gastriques, après des cures radicales de hernie, après des arthrotomies, des ostéotomies, etc., c'est-à-dire après des opérations faites pour des affections non abdominales.

e. Forme intestinale. — Cette forme est un peu hypothétique. Comme le chloroforme s'élimine aussi par la muqueuse intestinale et que l'on a constaté des diarrhées qui sentaient le chloroforme, on peut admettre que certains cas d'iléus paralytiques postopératoires sont peut-être des cas rentrant dans les accidents tardifs du chloroforme. Mais c'est là une hypothèse.

f. Forme encéphalique. — Les troubles psychiques observés après les opérations sont de causes diverses, comme nous l'a bien montré M. Picqué.

Les uns sont des délires infectieux; d'autres sont des délires par intoxication médicamenteuse au cours de l'opération, intoxication iodoformée, par exemple.

D'autres sont des troubles psychiques qui sont des réveils de troubles, en réalité antérieurs à l'opération, et que celle-ci a fait reparaître.

D'autres sont des réveils d'une intoxication antérieure, tel le delirium tremens alcoolique, par exemple.

Enfin, à mon avis, quelques-uns peuvent être mis sur le compte de l'intoxication prolongée par le chloroforme; et on observe soit un *délire mélancolique*, soit un *délire hallucinatoire*, soit un *délire avec agitation* et *manie aiguë*.

J'ai observé ces différentes variétés de troubles psychiques après des opérations parfois bien bénignes et courtes.

Ce qui rend cette hypothèse plausible, c'est que le chloroforme se fixe très fortement dans les tissus nerveux, le bulbe, la moelle, le cerveau (Nicloux). La substance grise se sature plus vite que la substance blanche, en raison de sa vascularité plus grande et on retrouve facilement le chloroforme dans le liquide céphalo-rachidien.

g. Forme pulmonaire. — Il s'agit ici de troubles pulmonaires caractérisés par de la congestion, ce qui n'est pas étonnant, car le chloroforme s'élimine aussi par le poumon.

Mais ici il faut distinguer des cas dans lesquels le malade a été très refroidi au cours d'une opération souvent longue et pendant laquelle il n'a pas été assez couvert.

La *fréquence* de ces accidents chloroformiques tardifs est très variable. On les observe après toutes les variétés d'opération; après les opérations courtes ou longues, après les absorptions faibles ou fortes de chloroforme.

Ce qui est à remarquer c'est qu'on les voit se développer assez souvent après les appendicectomies les plus simples; des altérations préalables du foie y prédisposent probablement (Weil, Vignard, Mouriquand).

Le *diagnostic* en sera, en général, facile et vous éliminerez les délires infectieux postopératoires avec la température, généralement élevée, et les délires franchement vésaniques.

Ceux-ci s'observent le plus souvent chez des malades qui ont eu des troubles mentaux antérieurs. Ils peuvent être préopératoires. Vous avez vu cette malade du service qui a fait une crise de vésanie la veille de l'opération. La famille nous a avoué ensuite ses troubles psychiques antérieurs.

Le *pronostic* de ces accidents est très grave, car les cas graves sont assez fréquents, et il est impossible de les prévoir.

Le *traitement* est *préventif* ou *curatif*.

Le *traitement préventif* est difficile; il faut essayer un régime préliminaire. C'est le régime lacté chez les albuminuriques, c'est l'absorption d'eau de Vichy chez les glycosuriques et les diabétiques. Je crois que les vulgaires purgations préopératoires peuvent avoir leur utilité à ce point de vue. De plus l'inhalation des vapeurs chloroformiques mélangées à de l'oxygène produirait des lésions organiques beaucoup moins prononcées que l'inhalation du chloroforme seul. Dans tous les cas, il est évident que, s'il est démontré que le foie et les reins sont insuffisants, il faut, si cela est possible, faire l'anesthésie locale (stovaïne).

Le *traitement curatif* consiste à favoriser l'élimination du chloroforme.

Il faut favoriser la diurèse. Les injections de sérum physiologique ont leur utilité. Il faut faire des lavages de l'estomac pour évacuer le chloroforme éliminé par la muqueuse stomacale.

Vous avez remarqué que je ne vous ai pas parlé des accidents tardifs de l'éthérisation. Je vous dirai

simplement, par comparaison, que ceux-ci sont surtout caractérisés par des troubles de congestion pulmonaire, et les troubles hépatiques et rénaux sont moins intenses (Saison).

Dans le cours de cette leçon, je vous ai émis bien des hypothèses pour expliquer la fréquence et les formes de l'intoxication chloroformique prolongée. Peut-être que nous mettons sur le compte du chloroforme ce qui lui est peut-être bien étranger. Cela est bien possible, mais ce que j'ai voulu vous montrer, c'est que tous les accidents postopératoires ne sont pas tous des accidents infectieux ou des accidents de choc opératoire. Il y a encore bien des morts postopératoires dont la cause nous échappe.

Mais malgré tous les inconvénients immédiats et éloignés du chloroforme, on peut dire que la chloroformisation est une merveilleuse découverte. Simpson qui la préconisa, en 1847, en l'opposant à l'éthérisation de Horace Wels, Jackson et Morton (1844), peut être considéré comme un grand bienfaiteur de l'humanité !

MÉDECINE PRATIQUE

APPENDICITE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

On pourrait croire que tout a été dit sur l'appendicite. Il n'en est rien et son étude, poussée de plus en plus loin chaque jour, entraîne une revision de beaucoup de chapitres de la pathologie.

Les travaux de ces dernières années ont montré, d'une part, que certaines affections pouvaient être d'un diagnostic fort difficile avec l'appendicite (crises d'entérocolite, affections biliaires, annexites, dilatation et torsion cæcale), constituant le groupe des fausses appendicites, et, d'autre part, que l'appendicite, surtout l'appendicite chronique, a besoin d'être dépistée avec soin sous des symptômes parfois très vagues : constipation, chlorose des jeunes filles, vomissements cycliques des enfants, dyspepsie appendiculaire (voir pour celle-ci *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 100, p. 1386, et 101, p. 1398).

Depuis peu de temps un certain nombre de travaux, parmi lesquels une discussion à la Société médicale des hôpitaux, à la suite d'une communication de M. Faisans, ont attiré l'attention sur les rapports du syndrome appendiculaire et des lésions pulmonaires, en particulier, la tuberculose pulmonaire. Ces rapports peuvent exister dans trois cas bien distincts que nous envisagerons successivement :

1° L'appendicite chronique peut simuler la tuberculose pulmonaire.

2° L'appendicite chronique peut conduire à la tuberculose pulmonaire.

3° La tuberculose pulmonaire peut créer le syndrome appendiculaire.

1° L'APPENDICITE CHRONIQUE PEUT SIMULER LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Il n'est pas douteux qu'il existe une forme d'appendicite chronique qui simule la phtisie. M. Comby avait déjà signalé expressément le fait, dans un travail sur l'appendicite chronique chez les enfants (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp.*, 5 juin 1908, t. XXV, 3e série, p. 845). Dans sa communication (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp.*, 2 fév. 1911, n° 3, 3e série, p. 62), M. Faisans la décrit magistralement et son opinion est confirmée par les observations de MM. Comby, Siredey, Sergent (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp.*, 9 fév. 1911, n° 4, p. 85), Paul Claisse (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp.*, p. 88), Thiroloix. Cette forme serait même fréquente d'après ces auteurs. Voici en quoi elle consiste.

Le symptôme qui attire d'abord l'attention est un amaigrissement rapide, graduel. Ces sujets, pâles, aux joues creuses, aux yeux cernés, ressentent une lassitude, un dégoût de tout travail, que rien n'explique. En même temps on peut observer des douleurs thoraciques à siège variable (partie moyenne du dos à droite, fosse sus ou sous-épineuse), et une tendance à l'essoufflement. Si l'on prend la température de ces malades, il arrive que l'on constate des élévations vespérales, faibles, ne dépassant pas en général 38 degrés. Cette fièvre, qui peut exister dans l'appendicite chronique en dehors de toute crise aiguë, est influencée par le mouvement, la fatigue, le travail intellectuel. Un malade de Claisse présentait nettement ce signe décrit par Daremberg comme spécifique de la tuberculose pulmonaire : fièvre provoquée par l'exercice.

La fin de ces poussées fébriles peut s'accompagner d'un peu de transpiration simulant les sueurs nocturnes.

Enfin ces malades peuvent tousser. En effet, qu'il y ait ou non relation de cause à effet, il y a une coexistence fréquente de l'appendicite et des pharyngites chroniques, des adénoïdes chez l'enfant (Comby, Faisans, Farssac, thèse de Bordeaux, juillet 1909, rapports de l'appendicite avec les affections du naso-pharynx).

En présence de ces symptômes, on recherche avec soin les signes pulmonaires. Si l'on ne trouve rien, on recommence à plusieurs reprises ces examens, et, ainsi que le note M. Faisans, le médecin finit parfois par s'auto-suggestionner et par trouver des signes physiques purement imaginaires. Mais parfois on trouve des lésions.

Tantôt celles-ci siègent à la base, et ce fait n'est pas rare dans l'appendicite. On sait combien dans l'appendicite aiguë sont fréquentes les lésions pleurales. Il ne s'agit pas seulement de pleurésies putrides, ou séreuses, mais de simples pleurésies sèches « à peine ébauchées, caractérisées par de simples frottements et qui guérissent seules » (Dieulafoy). Ces lésions s'établissent non seulement dans les crises aiguës, mais aussi dans les « appendicites chroniques ou à petites crises méconnues » (Guinard. *Traité de chirurgie clinique*). Le poumon lui-même est souvent atteint (Roberts. Congestion de la base du poumon droit comme symptôme précoce de l'appendicite. *Surg. gyn. obst.*, t. X, n° 6, juin 1910, p. 644-659; *Ann. of surg.*, n° 6, 6 juin 1910). On a observé des états pulmonaires variés : congestions pulmonaires, broncho et spléno-pneumonie (Faisans). Ces lésions s'établissent surtout au moment des crises aiguës, puis séjournent et peuvent se réveiller passagèrement au cours de recrudescences appendiculaires.

Beaucoup plus souvent, on trouve une anomalie au sommet du poumon droit. M. Faisans discute l'interprétation possible de ce symptôme, et pense qu'un signe comme la respiration faible au sommet droit, est trop souvent réalisé par des causes variées et banales pour asseoir un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Cependant ce diagnostic *doit* être posé. Il est fort important d'abord parce que le pronostic entre une appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire est bien différent, surtout parce que le traitement de la tuberculose pulmonaire, loin d'améliorer l'appendicite chronique, l'aggrave : la suralimentation, surtout carnée, est dangereuse chez l'appendiculaire et se traduit chez lui par une aggravation nette.

Ce diagnostic est possible. Il suffit d'avoir l'attention attirée sur la possibilité de l'erreur pour relever des anomalies notables dans le diagnostic posé de tuberculose pulmonaire au début.

Ce qui frappe tout d'abord c'est la disproportion entre les signes généraux et fonctionnels, et ce que montre l'auscultation. L'amaigrissement, l'état général, franchement mauvais contrastent avec l'absence ou le peu de symptômes révélés par l'auscultation. Cette disproportion devient de plus en plus

frappante si l'on observe le malade pendant longtemps, alors qu'il ne peut, en raison de son état dyspeptique et de son intolérance à la suralimentation, se soigner régulièrement, son état pulmonaire ne s'aggrave pas. Enfin si l'on interroge avec soin le malade, on arrive à reconstituer dans son histoire tout un passé abdominal : troubles digestifs, intestinaux, crises plus ou moins franches d'appendicite. Si on examine l'abdomen, on constate la présence d'une douleur plus ou moins nettement localisée au point de Mac Burney et à la région iléo-cæcale.

La preuve de l'exactitude du diagnostic est fournie par l'opération. Tous les auteurs que nous avons cités au début et beaucoup de chirurgiens qui ont eu affaire à des cas analogues ont vu tous les symptômes disparaître après l'ablation de l'appendice, et celui-ci présentait macroscopiquement ou microscopiquement des lésions certaines d'appendicite chronique. La guérison est très rapide, si l'opération a été précoce; elle peut demander plusieurs mois, si elle est tardive (Sergent).

2° L'appendicite chronique peut conduire a la tuberculose pulmonaire. — La coexistence de la tuberculose pulmonaire et de l'appendicite est très fréquente. Dans ses statistiques d'autopsie, M. Letulle note la présence de lésions d'appendicite vraie chez 29 p. 100 des tuberculeux pulmonaires. MM. Siredey et Faisans rappellent ces cas, à la Société médicale des hôpitaux, et insistent sur la nécessité d'opérer ces malades malgré leur tuberculose pulmonaire et même *à cause* de leur tuberculose pulmonaire. En effet chez eux, la présence de l'appendicite met obstacle à la suralimentation, et l'opération permet souvent une amélioration rapide.

Mais y a-t-il seulement une coïncidence?

M. Sergent a défendu cette idée que l'appendicite chronique conduit souvent à la tuberculose pulmonaire (*Presse méd.*, 19 nov. 1910, n° 93, p. 865; et *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp.*, 9 février 1911, n° 4, p. 85). La même opinion a été soutenue par J. Roux et Josserand (Pathogénie de l'infection tuberculeuse, *Arch. de méd. des enfants*, février 1909). En effet, il est certain que beaucoup d'appendicites chroniques résultent d'entérocolite muco-membraneuse. Ces malades, très dyspeptiques, présentent des poussées entéritiques sous formes de crises diarrhéiques avec coliques, vomissements. Leur alimentation est difficile et le plus souvent ils sont astreints à un régime rigoureux. Il résulte de ce régime comme des crises entéritiques une décalcification rapide de l'organisme (Loeper). Les spoliations calcaires intestinales dans les entérites et les dyspepsies. (*Bull. de la soc. méd. des hôp.*, 28 juillet 1910, 3° série, 27e année, p. 87). L'examen des urines et la pesée de la chaux des matières fécales montre cette décalcification. Or on sait le rôle considérable joué par la décalcification dans la genèse de la tuberculose. Les travaux bien connus de Ferrier (Thèse de Paris, 1900, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 1601; guérison de la tuberculose, Vigot, 1906), l'ont prouvé et montré le parti thérapeutique qu'on pouvait tirer des agents de recalcification. M. Sergent insiste encore sur le rôle néfaste de la médication par les ferments lactiques dans ces entérites prétuberculeuses, ils ne peuvent que hâter la décalcification de l'organisme.

La conclusion pratique à tirer de ces faits est qu'il convient d'opérer ces appendicites chroniques et l'on obtiendra une amélioration d'autant plus rapide de l'état général que l'opération aura été plus précoce.

3e La tuberculose pulmonaire peut donner naissance au syndrome appendiculaire. — En dehors de la coexistence de l'appendicite banale avec la tuberculose pulmonaire, dont nous venons de parler, on peut, chez les phtisiques, observer des lésions appendiculaires tuberculeuses (Sainte-Marie Dodeuil, *Tuberculose et appendicite*, Th. de Paris, 1905).

Il ne faut pas croire que ces lésions de l'appendice fassent toujours partie d'une tuberculose iléo-cæcale, dont elles ne forment plus qu'une particularité anatomique sans grand intérêt. Il existe (Letulle et Weinberg, *Arch. des sc. méd.*, sept. et nov. 1907) une tuberculose de l'appendice qui peut, pendant très longtemps, évoluer isolément. Le plus souvent, au début, elle ne se traduit que par des lésions histologiques, puis elle évolue, soit vers la forme hypertrophique, soit vers la forme atrophique.

Cliniquement, c'est avant tout une appendicite chronique sans crises aiguës, avec signes d'entéro-colite chronique. Elle ne se différencie donc pas de l'appendicite chronique banale, et sa nature tuberculeuse ne constitue qu'une découverte anatomo-pathologique.

En dehors de ces cas bien connus, la tuberculose pulmonaire ne peut-elle donner autrement naissance au syndrome appendiculaire? Des publications récentes tendraient à le faire penser (G. Gayet et Croizier, Syndrome appendiculaire et tuberculose. *Lyon chir.*, 1er mai 1910, t. III, n° 5; — Ponomareff, Des crises appendiculaires et péritonitiques au début des affections inflammatoires des poumons et de la plèvre, *Roussky Vratch*, n° 46, 12 nov. 1910).

Dans leur article très documenté, Gayet et Croizier apportent à l'appui de leur thèse sept observations qui semblent de valeur inégale. Deux d'entre elles (obs. II et VI) paraissent se rapporter à des appendicites anciennes avec congestion chronique de la base du poumon droit, et la tuberculose pulmonaire n'est pas prouvée; dans une autre observation (obs. I), où le malade est mort de tuberculose pulmonaire, l'état de l'appendice n'a pas été vérifié par l'opération.

L'observation VII concerne vraisemblablement une pleurésie infantile de la base droite avec point de côté abdominal. Il reste trois observations dans lesquelles, au cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, on voit se produire des symptômes abdominaux aigus, simulant l'appendicite. On opère et on trouve un appendice sain; dans un des cas, l'appendice n'est même pas enlevé. Deux des malades sont très améliorés par l'opération, le troisième finit par succomber à sa tuberculose pulmonaire.

Gayet et Croizier se demandent comment expliquer ces faits.

Ils rejettent l'hypothèse d'appendicite véritable puisqu'elle n'existait pas. Ils rejettent de même l'hypothèse de point de côté abdominal d'origine thoracique. On sait (voir Mirande, Th. de Paris, 1900; — Garreau, Th. de Paris, 1903; — Lesné et Masse, *La Clinique*, 14 août 1908, etc.) combien est fréquente, au cours des affections thoraciques aiguës (pneumonies, pleurésies), surtout chez l'enfant, la production d'une névralgie des parois abdominales, créant un point douloureux pariétal dans la région appendiculaire. Mais cette hyperesthésie superficielle ne simule que grossièrement la douleur profonde et nettement localisée de l'appendicite vraie. Gayet et Croizier admettent que, dans ces cas, il existait une lésion toxique passagère de l'appareil lymphatique appendiculaire par intoxication générale, ou plutôt une réaction péritonéale fugace, se traduisant, chez deux de leurs malades, par un peu d'ascite.

En tout cas, quelle que soit l'explication admise, il est certain que ces malades ont bénéficié de l'intervention et que, même dans le cas où l'appendice n'a pas été enlevé, on a observé une sédation des symptômes rappelant ce qu'on observe dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse.

En *résumé*, nous voyons combien ces rapports, entre l'appendicite et la tuberculose pulmonaire, sont complexes et encore imparfaitement connus sur certains points. Ce que nous devons retenir pratiquement c'est que :

1° Nous devons toujours soupçonner et rechercher l'appendicite chronique en face de symptômes simulant la tuberculose pulmonaire, sans signes locaux nets;

2° Qu'en présence d'appendicite chronique, qu'il y ait tuberculose pulmonaire ou non, nous devons opérer au plus vite, la tuberculose pulmonaire constituant une indication plutôt qu'un obstacle à l'intervention;

3° Qu'en présence d'un syndrome appendiculaire aigu chez un tuberculeux pulmonaire, nous ne devons pas hésiter à intervenir, les faits prouvant que le malade bénéficiait de l'opération.

M. LANCE.

PREMIER CONGRÈS DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS

[*Paris, 23 mars 1911* (1)].

PREMIÈRE QUESTION

RAPPORTS DE LA PRESSE MÉDICALE AVEC LES CONGRÈS ET AUTRES MANIFESTATIONS INTÉRESSANT L'ART ET LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE.

Par M. E. AUSSET (de Lille).

« En même temps que le champ d'investigation des sciences médicales s'étend de plus en plus, dit M. Ausset en commençant son très intéressant rapport, les manifestations de notre activité scientifique se multiplient, et il est devenu très difficile, pour les praticiens, de se tenir complètement au courant de tout ce qui se dit et se fait dans les congrès et les sociétés savantes. Parallèlement, les journaux professionnels ont vu leur nombre s'accroître dans des proportions peut-être un peu trop considérables, et comme il est rare que chacun d'entre eux, même les plus modestes, ne contienne pas des articles ou des communications intéressantes, le médecin est parfois très embarrassé lorsqu'il veut se renseigner sur une question déterminée, tellement sont éparpillés les documents qui la concernent.

Il en résulte qu'il est de toute nécessité que les congrès et les sociétés savantes mettent tous leurs efforts à faciliter la tâche des journalistes chargés de rédiger les travaux présentés dans les diverses séances, de façon que le praticien soit toujours rapidement et complètement tenu au courant. »

M. Ausset formule ainsi le minimum des desiderata qu'il estime devoir être exposés :

« I. Que le volume des rapports sur les questions mises à l'ordre du jour soit adressé à tous les journaux membres de l'association, huit jours au moins avant l'ouverture du Congrès;

II. Que des résumés de ces rapports, ainsi que des communications ou discussions, soient fournis également à chaque séance aux divers représentants de la presse;

III. Il est décidé que toute communication, pour laquelle il n'aura pas été remis de résumés pour *tous* les journaux, sera passée sous silence, même par ceux ayant reçu lesdits résumés;

IV. Des billets de chemins de fer à tarif réduit seront adressés par les bureaux des congrès aux journalistes dans les mêmes conditions que pour les congressistes ordinaires;

V. Il y a intérêt à ce que pendant le congrès les journalistes soient munis d'un insigne spécial permettant à tout congressiste de s'adresser à eux en connaissance de cause; de même que les rapports avec le bureau du congrès seraient considérablement facilités, si l'un des membres de ce bureau était spécialement chargé de toutes relations avec la presse;

VI. Enfin, nous demandons que de toute nécessité il y ait, à chaque congrès, une salle spéciale, bien isolée, réservée aux seuls membres de la presse. »

M. GRANJUX estime que dans son rapport M. Ausset étudie des questions qui sont plutôt du ressort de l'Association de la presse médicale.

C'est également l'avis de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Quant au boycottage des communications qui ne seraient pas distribuées à tous les journaux, il est irréalisable.

M. AUSSET se rallie à cet avis et consent à retirer son paragraphe III.

M. BLONDEL montre tout ce qui a été obtenu dans les derniers grands congrès internationaux, notamment à Paris en 1900 et à Budapesth en 1910, grâce à l'organisation de l'Association internationale de la presse médicale.

La question des résumés à distribuer aux journaux amène une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. GRANJUX, CROCQ (de Bruxelles), FOVEAU DE COURMELLES, Maurice FAURE (de Lamalou) et BLONDEL.

Après une intéressante intervention de M. GRANJUX, les vœux I, II et IV de M. AUSSET sont adoptés.

Le cinquième vœu est adopté, ainsi modifié :

« V. Il y a intérêt à ce que pendant le congrès les journalistes soient munis d'un insigne spécial permettant à tout congressiste de s'adresser à eux en connaissance de cause; cet insigne sera fourni par les Associations de presse médicale;

VI. Le congrès émet le vœu que les journalistes chargés de faire le compte rendu d'un congrès soient réunis, au moins huit jours avant l'ouverture du congrès, par les soins du secrétaire général de l'Association des journalistes médicaux, afin de choisir un délégué. Celui-ci, dûment accrédité auprès du bureau du congrès, se rendra vingt-quatre heures à l'avance dans la ville, siège du congrès, prendra contact avec le bureau et s'efforcera de faire réaliser les mesures promises à l'Association de la presse. Le délégué sera l'intermédiaire entre le bureau et les journalistes pendant toute la durée du congrès (proposition Granjux).

VII. Enfin, nous demandons que, de toute nécessité, il y ait, à chaque congrès, une salle spéciale, bien isolée, réservée aux seuls membres de la presse, et un bureau de poste ».

DEUXIÈME QUESTION

USURPATION DU TITRE DE DOCTEUR

Par M. DIEUPART (de Paris).

La question a déjà été soulevée et étudiée en 1908 par M. Dieupart à l'Association des journalistes médicaux français. C'est donc avec une grande documentation qu'il a pu écrire son intéressant rapport et montrer combien grand est le mal à ce point de vue.

Nos lecteurs qui ont lu ici même (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 33, p. 501), le très intéressant article de jurisprudence de notre collaborateur R. Marcel Petit, savent aussi combien ce mal est difficile à combattre.

Après une longue discussion à laquelle prirent part MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, GRANJUX, Paul CORNET, AUSSET, FOVEAU DE COURMELLES, CABANÈS, BLONDEL et Maurice FAURE les conclusions suivantes sont votées :

« Considérant et d'accord en cela avec l'opinion médicale unanime, que les articles de réclame médico-pharmaceutiques publiés dans la presse politique avec la signature de docteurs imaginaires constituent : 1° une infraction à l'article 9 de la loi de 1892, qui interdit l'exercice de la médecine sous un pseudonyme; 2° de l'exercice illégal de la médecine d'autant plus dangereux qu'il s'adresse à tous et qu'il s'agit de médecine par correspondance, le Congrès des journalistes médicaux français exprime le vœu que la loi de 1892 soit appliquée sans retard à tous ces faux médecins.

Le Congrès des journalistes médicaux estime que le fait de signer des articles de réclame médico-pharmaceutique du titre de docteur usurpé et d'un pseudonyme, constitue une infraction

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 35, p. 529.

à l'article 283 du Code pénal et en demande l'application pour les délinquants,

Le Congrès des journalistes médicaux, sans contester le droit au pseudonymat, estime que nul n'a le droit de prendre un titre, un grade qui ne lui appartient pas, qu'ainsi il y a préjudice causé au groupement détenteur du titre qu'il emprunte, qu'il s'agisse de journalistes judiciaires, médicaux, scientifiques, exprime le vœu que les statuts des associations de presse exigent de leurs membres l'engagement d'honneur de ne pas accompagner leur signature ou leur pseudonyme d'un titre ou qualité qu'ils ne possèdent pas et que cette clause restrictive soit ajoutée dans les statuts. »

Au sujet du rapport de M. Dieupart, M. Maurice Faure fait une communication. Il pense que devant le développement formidable de l'exercice illégal de la médecine, les journalistes médicaux doivent rappeller avec insistance à leurs lecteurs, que ce qui caractérise l'exercice illégal de la médecine c'est simplement de donner des conseils ou des soins d'une *manière habituelle*, quelle que soit d'ailleurs la nature et l'importance de ces conseils et de ces soins; que, par conséquent, les masseurs suédois, instituts de beauté, marchands de produits chimiques, pseudo-docteurs donnant, conseillant dans leurs articles ou par correspondance, tel ou tel médicament ou traiment etc., font de l'exercice illégal de la médecine. M. Faure estime avec raison qu'il y a lieu enfin d'encourager par tous les moyens les médecins et les syndicats médicaux à poursuivre l'exercice illégal plus activement et avec plus de confiance dans la loi, ainsi que dans l'intelligence et l'énergie des magistrats.

TROISIÈME QUESTION

DU DROIT DE REPRODUCTION DES ARTICLES MÉDICAUX

Par le docteur G. Vitoux.

« De même que la propriété artistique, la propriété littéraire est aujourd'hui reconnue par tous.

Cependant, alors que tous les éditeurs de livres, de revues ou de journaux littéraires se soumettent indistinctement aux obligations qu'elle impose, seuls les éditeurs des journaux de médecine ne se conforment pas à des règles acceptées par tous.

D'où vient qu'il en soit ainsi ? N'y aurait-il pas lieu de modifier cet état de choses ? » Telle est la question que pose M. Vitoux au début de son rapport :

A côté du médecin « qui n'est écrivain que par surcroît, parce qu'écrire est le moyen de toucher l'ensemble du public » et qui peut trouver un bénéfice de publicité lorsque ses articles sont reproduits, il y a le journaliste médical de profession qui vit de sa plume et a le plus grand intérêt à ne pas se laisser spolier plus ou moins complètement par la reproduction non autorisée de ses travaux.

La reproduction pratiquée comme elle l'est trop souvent, à coups de ciseaux, cause un réel préjudice aux journaux ainsi pillés, mais aussi aux journalistes qui perdent ainsi une rétribution à laquelle ils auraient droit.

Il y aurait un moyen pour les journalistes de protéger leurs droits, ce serait de s'affilier à la Société des gens de lettres qui se substituerait à eux pour percevoir les droits de reproduction.

M. Bardet montre combien les réclamations de M. Vitoux sont justifiées. Il y a incontestablement de grands abus en matière de reproduction. A côté des coupures on voit aussi des analyses tronquées ou truquées dans un but de réclame. Il n'est pas admissible qu'on puisse faire une reproduction ou une citation sans l'accompagner de l'indication de source exacte.

D'autre part, la Société des gens de lettres accepterait-elle de protéger les droits des journalistes médicaux ?

A la Société des gens de lettres, répond M. Vitoux, il y a deux sortes de membres : les titulaires et les adhérents ; les premiers ont droit à la pension, les autres seulement à la perception des droits. Aussi la Société admet-elle largement les adhérents dont la cotisation est de 12 francs par an.

Dans la pratique, fait observer M. Cabanès, la Société des gens de lettres, dont il est titulaire, n'intervient pas aux procès. Elle se prête seulement à des arrangements amiables. Encore retient-elle, pour ses frais, 50 p. 100 de l'indemnité obtenue.

M. Bardet estime qu'il y aurait avantage pour les journalistes médicaux à avoir un organisme autonome. Il dépose dans ce sens un amendement.

M. Cany demande à M. Vitoux quelques éclaircissements sur la délimitation du droit de reproduction et du droit de citation.

Le droit d'analyse, dit M. Vitoux, existe entier. Il représente en effet, un travail personnel de critique. Le droit de citation existe aussi. On peut toujours reproduire un passage d'un article, en le mettant correctement entre guillemets, en citant exactement la source et en le faisant précéder et suivre d'observations. C'est là encore un travail personnel de critique.

Pour une reproduction *in extenso* la correction la plus élémentaire indique de demander l'autorisation de reproduire, à l'auteur et à l'éditeur.

— Après une très intéressante discussion au sujet des communications aux sociétés savantes et des cliniques qui sont dans le domaine public, et au sujet des traductions qui sont la propriété du traducteur comme les articles originaux appartiennent aux auteurs, on vote les vœux suivants :

1° Que des mesures soient prises désormais pour empêcher les reproductions illicites des articles médicaux et qu'une réclamation d'honoraires soit faite à tout journal ayant reproduit un article quelconque.

2° Que sous le patronage de l'Association des journalistes médicaux, et au besoin par ses soins, soit organisé, sur le modèle de celui de la Société des gens de lettres, un service chargé de dépouiller les journaux de médecine en vue de rechercher les reproductions d'articles émanant de ses membres, et aussi de centraliser les recettes d'honoraires de reproductions qui pourront leur être dus, moyennant un tant pour cent prélevé sur les recettes effectuées, de façon à assurer le fonctionnement du service.

Ce vœu est complété par l'amendement de M. Bardet demandant qu'il soit organisé une société des auteurs scientifiques, sous le patronage de l'Association des journalistes médicaux et du syndicat de la presse.

Le Congrès, avant de se dissoudre, demande à MM. Lucas-Championnière et Granjux, délégués de la presse médicale, de transmettre le vœu à leur syndicat, en vue de la création d'une commission d'études mixte.



Nous donnons ici une reproduction de l'insigne des congressistes. Cet insigne, dessiné par Cabanès, était du plus heureux effet avec sa patine viel argent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 MARS 1911)

Colotyphus et iléus paralytique. — MM. GALLIARD et BAUFLE ont observé, chez un adulte de quarante-deux ans, au déclin d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, des accidents d'occlusion intestinale, caractérisés par du météorisme, l'arrêt des matières et des gaz et des vomissements. L'autopsie montra l'existence d'un colotyphus; le gros intestin présentait de nombreuses ulcérations, depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque; le météorisme, très marqué sur ces segments intestinaux, cessait brusquement à l'S iliaque, bien qu'il n'y eût aucun obstacle mécanique à ce niveau. Il s'agissait d'un iléus paralytique contre lequel les lavements simples, purgatifs, et même le lavement électrique ont été impuissants. L'absence de chute thermique, de collapsus algide, de douleur, permettait d'éliminer l'hypothèse d'une perforation intestinale.

Sur le méningo-typhus d'emblée. — M. E. SACQUÉPÉE. Les accidents décrits sous le nom de méningo-typhus d'emblée sont rares, au moins sous leur forme typique; ils ont été observés 4 fois sur 500 atteintes.

Ils relèvent parfois d'une infection des méninges, soit par le bacille typhique, soit par un microbe associé, streptocoque, entérocoque, etc.; ces méningites infectieuses reconnaissent la même pathogénie que la plupart des méningites dites primitives, c'est-à-dire qu'elles représentent une localisation sur les méninges de germes qui ont d'abord envahi l'organisme par voie sanguine. Un des quatre malades observés présentait une méningite pneumococcique avec septicémie typhique et pneumococcique.

Le plus souvent, les méninges sont indemnes ; on constate seulement de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, mais ce dernier n'est pas albumineux et ne renferme ni éléments cellulaires, ni microbes. Il y a donc simplement syndrome méningé clinique, sans réaction anatomique appréciable des méninges. Dans les cas de ce genre, il a toujours été noté deux particularités assez rares : d'une part, l'association à la septicémie éberthienne d'une autre septicémie, streptococcique, entérococcique ou pneumococcique; d'autre part, l'existence de troubles marqués des fonctions rénales, avec albuminurie abondante et oligurie. La coexistence de ces deux particularités permet de conclure que le méningo-typhus d'emblée, sans méningite, était alors provoqué par une intoxication très profonde, avec rétention partielle des produits toxiques par suite d'une altération rénale; comme les agents pathogènes rencontrés présentent une électivité marquée pour le cortex ou les méninges, il est naturel que leurs toxines appesantissent davantage leur action sur les mêmes lésions, avec d'autant plus d'intensité qu'elles s'éliminent difficilement; dans d'autres observations antérieures, il est probable qu'il fallait faire intervenir l'action associée, soit de la syphilis, soit du coup de chaleur. En définitive, il semble que l'infection éberthienne, à elle seule, soit insuffisante à produire le méningo-typhus sans méningite; il lui faut toujours l'assistance d'une des causes provocatrices habituelles des accidents méningés.

De l'effet du radium sur le cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ rapporte les observations de douze malades atteints de cancer de l'œsophage (diagnostic posé œsophagoscopiquement et vérifié par l'examen biopsique) que, depuis trois ans, il a soignés par des applications locales directes de radium.

Dans neuf cas, l'amélioration a été manifeste, la déglutition meilleure, la sténose très élargie, et trois d'entre eux présentent les apparences de la guérison. Ils peuvent s'alimenter de choses demi-liquides depuis plus de six mois, alors qu'ils étaient en dysphagie absolue au début du traitement.

Des examens œsophagoscopiques ont permis de suivre l'action du radium qui fait régresser la tumeur, lui enlève tout caractère hémorragipare et lui donne un aspect scléro-cicatriciel. Les résultats semblent d'autant meilleurs que l'on a affaire à une forme lisse, peu bourgeonnante.

L'action est nulle dans les formes ulcéreuses.

L'auteur attribue ses premiers échecs aux quantités insuffisantes de bromure de radium qu'il avait à sa disposition.

Pour que les résultats soient durables, il est indispensable d'employer des doses et des intensités très fortes de radium pur de 0g05 à 0g10.

Poliomyélite aiguë chez une femme enceinte. Guérison. Accouchement normal d'un enfant normal. — MM. Jules RENAULT et MARTINGAY rapportent l'observation d'une femme de trente-trois ans, qui, à la fin du cinquième mois de la grossesse, fut atteinte d'une poliomyélite aiguë très grave.

Après trois jours de frissons et courbature, les phénomènes paralytiques apparurent, intéressant la face, la nuque, les membres inférieurs et le bassin ; quelques jours plus tard, les bras furent pris ainsi que le diaphragme et pendant une semaine on redouta la mort par paralysie des muscles respiratoires ou par syncope.

Les paralysies s'amendèrent peu à peu et cette malade qui au début, était inerte sur son lit, incapable de faire un mouvement, pouvait deux mois après, sortir de l'hôpital avec l'aide d'une canne. L'amélioration continua d'une façon progressive et six mois après le début, la guérison était complète.

L'examen électrique, pratiqué par le docteur Larat, donna une hypo-excitabilité faradique avec hypo-excitabilité galvanique, sans qu'aucun muscle présentât la réaction de dégénérescence : cet examen autorisait à prédire la guérison complète des paralysies, si la malade ne succombait pas aux accidents bulbaires dans la période de paralysie généralisée. La suite confirma, comme on l'a vu, la justesse de cet électro-pronostic.

L'accouchement se fit à terme tout à fait normalement; le placenta et les membranes ne présentaient aucune altération et l'enfant, qui pesait 3.400 grammes, n'avait aucune paralysie ni malformation congénitale qui indiquât une maladie intra-utérine.

Cette particularité est fort intéressante à noter car le virus de la poliomyélite étant un virus filtrant, on pouvait se demander si le placenta, qui se laisse parfois franchir par les microbes que retiennent les bougies Chamberland et Berkefeld, opposerait une résistance à ce virus d'un ordre spécial. On n'est pas autorisé à conclure qu'il en sera toujours ainsi, mais il est important de savoir au moins que le passage du virus à travers le placenta n'est pas obligatoire.

Dernière particularité : la malade eut pendant la période de la paralysie généralisée une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche, qu'en l'absence de toute autre infection, il faut bien attribuer au virus de la poliomyélite qui, on le sait, existe dans le sang comme dans le système nerveux.

De l'action des applications directes de radium sur certaines formes de cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ. Depuis deux ans l'auteur a appliqué ce traitement à douze malades qui lui en paraissaient justiciables, atteints de cancer de l'œsophage. Diagnostic fait œsophagoscopiquement et vérifié par l'examen biopsique.

Dans trois cas, résultat nul.

Dans neuf cas, il y a eu amélioration manifeste : facilité plus grande de la déglutition, impossible d'ailleurs auparavant, augmentation du calibre de l'œsophage et même dans trois de ces cas, les résultats semblent dépasser tout ce que l'on pouvait espérer, les applications remontant à cinq et six mois, et les malades présentant l'aspect de la guérison que le temps seul pourra confirmer.

Erythème induré de Bazin et injections de tuberculine. — MM. E. Jeanselme et P. Chevallier ont vu, comme MM. Thibierge et Weissembach, l'érythème induré de Bazin céder rapidement aux injections de tuberculine.

ANALYSES

MÉDECINE

Bacilles typhiques dans le liquide céphalo-rachidien. (A. Stühmer. *Münch. med. Woch.*, 14 fév. 1911, n° 7, p. 357.) — Un homme fut admis à l'hôpital de Magdebourg pour une affection se traduisant depuis quelque temps par du malaise et de la fatigue, et qui s'était brusquement aggravée depuis deux jours, au cours desquels étaient apparus du délire et de l'agitation.

A l'examen on constata de la raideur de la nuque, des sibilances dans les deux poumons avec expectoration assez abondante, un pouls à 120 un peu inégal ; une fièvre à 39°8, de la prostration et du délire.

Pas de tuméfaction de la rate, pas de taches rosées, pas de phénomènes intestinaux.

Les jours suivants, les symptômes persistèrent ; la raideur de la nuque s'accentua et l'on vit apparaître de l'incontinence d'urine. Une ponction lombaire donna issue à un liquide légèrement trouble, en hypertension ; l'examen direct et les cultures montrèrent que les bacilles d'Eberth y étaient très nombreux.

Deux jours plus tard, l'intelligence était redevenue normale ; la raideur de la nuque était considérablement amendée. Huit jours plus tard, la fièvre avait complètement disparu. A aucun moment on ne put déceler dans les selles la présence de bacille d'Eberth. Le séro-diagnostic était positif.

Il s'agit donc d'un cas d'infection éberthienne à localisation méningée ayant dominé le tableau clinique.

A. LEMIERRE.

Traitement de la rougeole par le nitrate de potasse. (*Revista de espec. méd.*, 1er fév. 1911, n° 316.) — Depuis quelques années, le professeur R. Gomez Ferrer (de Valence) traite la rougeole par le nitrate de potasse, et voici les conclusions auxquelles sa pratique l'a conduit.

Le nitrate de potasse, médicament antitoxique de la rougeole, abaisse la fièvre, modifie rapidement l'exanthème et fait céder non moins vite l'enanthème, prévient et évite les complications cérébrales, pulmonaires et intestinales propres au virus morbilleux.

Les complications dues à des associations microbiennes seront plus rares avec l'emploi précoce du médicament ; mais si les complications ont déjà éclaté, celui-ci sera impuissant.

Les doses à employer sont de 30 à 90 centigrammes, répartis en trois ou quatre prises dans les vingt-quatre heures, selon qu'il s'agira d'un enfant de moins d'un an ou au-dessus. L'auteur, n'ayant jamais constaté d'effets désagréables, estime même qu'on pourrait augmenter ces doses. Selon lui, on peut admettre que le nitrate de potasse, employé précocement, aurait un effet abortif vis-à vis de la rougeole. Peut-être même pourrait-il avoir une action prophylactique ne présentant probablement pas, il est vrai, le caractère d'immunité définitive que confère, dans la majorité des cas, une première atteinte de rougeole.

Tout ce que l'auteur peut dire c'est que, jusqu'à présent, il ne connaît pas de cas de récidive chez des enfants ayant été traités par cette méthode. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Syndrome de Hutinel chez une fillette cypho-scoliotique. (*La Pediatria*, 1910. n° 9.) — O. Cozzolino a étudié le cas d'une enfant de onze ans, cypho-scoliotique et présentant des signes de tuberculose pulmonaire et trachéo-bronchique, chez laquelle une forte dilatation cardiaque, en produisant l'hyposystolie, simulait le syndrome de Hutinel.

L'auteur estime qu'à côté de la véritable maladie de Hutinel il faut admettre un syndrome de Hutinel, qu'à côté de la véritable maladie de Banti, il faut admettre un syndrome de Banti. De même Thomesco et Gracoski ont montré dans deux cas que l'absence du syndrome d'Hutinel n'autorise pas à nier le diagnostic de symphyse tuberculeuse du péricarde, et par contre que l'existence de ce syndrome ne suffit pas à faire porter le diagnostic de maladie de Hutinel. D'autant plus que la symphyse tuberculeuse latente du péricarde n'est pas forcément suivie de lésions du foie ; or on sait bien que l'état du péricarde exerce d'ordinaire sur l'organe hépatique une influence précoce et profonde.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PHYSIOLOGIE

De la supériorité physiologique et clinique de l'albumine végétale naturelle sur les protéines animales et de synthèse. (M. Nigoul. *Concours méd.*, 5 mars 1911.) — Etude intéressante dans laquelle l'auteur relate ses expériences avec la glidine, qui renferme 95 p. 100 de protéine pure, naturelle, non coagulée.

Il arrive à cette conclusion que la protéine végétale naturelle est, parmi les produits à base d'albumine, la meilleure substance reconstituante et alimentaire. Elle agit d'une manière presque constante et sans troubles secondaires, la présence de la lécithine dans sa molécule assurant, en outre, un surcroît d'activité reconstituante très utile aux tuberculeux et aux névropathes.

En partant de cette substance, on a établi des composés nouveaux avec le brome, l'iode, le fer, l'arsenic, le mercure. Ces combinaisons ne sont pas irritantes et leur toxicité se trouve réduite en raison du dédoublement progressif qui, dans l'intestin, met l'élément métal en liberté.

La glidine, en effet, non coagulée quand elle est prise naturelle, se coagule par le fait de ses combinaisons organiques et devient alors digestible en milieu alcalin pancréatique.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Le Processus éberthien : Qu'est-ce que la fièvre typhoïde (1), par le docteur Audibert.

A maintes reprises, et dans plusieurs publications, dont l'une même parue dans ce journal, l'auteur s'est efforcé de démontrer que la *dothiénentérie*, loin de constituer tout le pivot de la toxi-infection éberthienne, n'est qu'un *incident* au cours de la *septicémie* qui est la règle, dans l'infection de l'organisme par le bacille d'Eberth.

Dans ce volume, l'auteur présente, en quelque sorte une synthèse de ses précédentes recherches et expose d'une manière très complète la manière dont, à son avis, se constitue en clinique le *processus éberthien*.

Les différentes étapes de la septicémie éberthienne sont les suivantes : l'invasion du sang, se réalise par une porte d'entrée quelconque, le plus souvent par la muqueuse intestinale : l'infection se localise d'abord au niveau du foie, organe capital de la défense. Le germe pullule d'abord à son niveau puis, s'élimine par la bile, si le foie est suffisant, ou au contraire envahit le torrent circulatoire, si le foie est au-dessous de sa tâche.

La *septicémie* est alors réalisée : elle peut affecter tous les degrés, légère ou grave, suraiguë ou chronique ; elle peut en cours d'évolution intéresser un organe ou se localiser d'emblée, ainsi se constituent autant de maladies éberthiennes qu'il peut y avoir de localisations (thyroïdites, néphrites, lithiase biliaire,

(1) Collection Leauté. Paris, Masson et Cie.

broncho-pneumonies, *fièvre typhoïde;* seule, en conséquence méritera ce nom, la maladie qui se jugera *cliniquement* par un syndrome intestinal spécial, et *anatomiquement* par l'ulcération des plaques de Peyer.

Il faut tenir compte dans la réalisation de ces différentes localisations de la nécessité d'une *prédisposition héréditaire ou acquise*, à laquelle l'auteur ajoute une très grande importance et dont il démontre l'exactitude en citant à l'appui de sa thèse, de nombreux exemples très suggestifs.

L. BABONNEIX.

Nouveau traité de chirurgie (1), publié sous la direction de A. LE DENTU et Pierre DELBET, fasc. X. *Maladies des nerfs* par Bernard CUNÉO, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Cet ouvrage malgré son apparente brièveté est la mise au point la plus complète sur la chirurgie nerveuse. L'auteur qui a fait paraître de très importants travaux personnels sur le sujet dans le *Journal de chirurgie* (12 nov. 1909, t. II), était particulièrement compétent pour écrire ce travail, œuvre autant de savant histologiste que d'habile chirurgien. Il se divise en trois parties : lésions traumatiques des nerfs, lésions inflammatoires, affections néoplasiques. La première partie comprend non seulement les plaies des nerfs, avec l'exposé des problèmes complexes soulevés par la régénération nerveuse et les méthodes de restauration, mais aussi les lésions traumatiques non exposées : luxations, contusions, distensions et ruptures, compressions brusques et lentes, enfin l'histoire des névromes traumatiques. La seconde partie comprend la description des névrites et de leur traitement chirurgical.

Les néoplasmes des nerfs comprennent une division originale des néoplasmes primitifs basée sur leur aspect clinique : tumeurs limitées (mononévromes et tumeurs conjonctives), névrome plexiforme, polynévrome ou maladie de Reckling hausen.

Ce livre d'une lecture facile et attachante, orné de nombreuses figures fait honneur à son auteur et au bel ouvrage dont il fait partie.

M. LANCE.

L'Opération hors l'hôpital (2), par E. BILLON.

Ce petit ouvrage comprend d'une façon très complète l'énumération de ce que doit faire et préparer le chirurgien et ses aides avant, pendant, et après une opération pratiquée en ville chez le malade. Tout a été prévu avec soin pour les grandes, petites opérations, urgences, opérations chez l'enfant et le vieillard, ainsi que les soins postopératoires et la convalescence. Les formalités en cas de décès sont énumérées, de même que la législation qui peut s'appliquer aux différentes circonstances dans lesquelles se trouve placé le chirurgien. L'auteur a même joint un tarif des honoraires chirurgicaux adopté par plusieurs syndicats médicaux de France. C'est dire dans quel esprit éminemment pratique ce petit volume a été rédigé.

M. LANCE.

Manuel pratique de la lithotritie (3), par le docteur F. CATHELIN.

Dans les huit chapitres qui composent cet ouvrage l'auteur a voulu traiter complètement la question de la lithotritie, et après avoir étudié minutieusement la fièvre elle-même, puis l'opération qui doit en débarrasser l'organisme, il consacre deux chapitres aux soins opératoires et aux suites opératoires éloignées.

C'est là une excellente monographie que les nombreuses figures illustrant le texte, rendent encore plus claire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Gr. in-8 de 174 p. avec 50 fig. — Prix broché : 4 francs. — Paris, J. B. Baillière et fils.

(2) In-12 broché, de 292 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

(3) Un vol. de 185 p. avec 145 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

La préparation 606. Etat actuel de la question (1), par les docteurs L. BIZARD et L. LESAGE.

Avec un grand souci d'impartialité, les auteurs de cet opuscule ont cherché à mettre au point la question si controversée des propriétés thérapeutiques du 606 et à condenser, dans un travail d'ensemble, les observations des divers expérimentateurs de tous les pays.

Une bibliographie très complète, portant sur 200 publications, termine l'ouvrage qui rendra ainsi de grands services à tous ceux que la question intéresse.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

La médication opiacée rationnelle. (SOUTY. Th. de Lyon, 23 nov. 1910.) — On sait que, soit directement, soit par ses composants, l'opium est une substance médicamenteuse extrêmement importante qui intéresse, tout à la fois, la physiologie, la thérapeutique, l'hygiène, l'anthropologie et même la psychologie. Aucun médicament, en effet, ne détermine des effets aussi variés sur la circulation, la température, la respiration, les sécrétions et le système nerveux.

Aussi, l'opium est-il administré avec une infinie variété : extraits, sirops, teintures, laudanum, poudres, morphine, codéine, etc...; mais de toutes ces préparations, aucune, comme on le sait, ne renferme la totalité des principes actifs de l'opium. L'extrait d'opium, lui-même, qui est la préparation pharmaceutique la plus rapprochée de l'opium, n'en renferme qu'un petit nombre, puisque c'est un extrait aqueux de cette drogue; de plus, aucune des préparations usitées, à part les alcaloïdes isolés, ne peut être donnée par voie hypodermique; d'autre part, la variabilité de la richesse en opium des capsules de pavots employés, variabilité tenant à leur origine, leur maturité ou à d'autres causes extrinsèques, ne peut donner au médecin la certitude que la préparation qu'il emploie aura tel ou tel résultat.

Or, voici que dans une thèse excessivement documentée, et qui a obtenu la mention très bien, à la Faculté de médecine de Lyon, M. Souty vient d'étudier le pantopon « Roche », [préparé par le docteur Salhi (de Berne)], c'est-à-dire un produit qui comprend la totalité des alcaloïdes de l'opium, précipités sous forme de chlorhydrates solubles et, par conséquent, injectable.

Le pantopon a été expérimenté dans les hôpitaux de Lyon, notamment dans les services des professeurs Courmont, Lyonnet, Poncet, Leriche; dans les hôpitaux de Paris, chez M. le docteur Morel-Lavallée, M. le professeur Robin, M. le professeur agrégé Sicard, etc., par un grand nombre de praticiens, parmi lesquels nous devons citer : MM. les docteurs Petitjean, Sancey, Brintet, Laroche, Boichut, Detouillon, Delarche, Carlot, Potty-Mevel, Bonnefoy, etc.

De sa longue étude, des nombreuses observations qu'il a recueillies personnellement et de toutes celles qui lui ont été communiquées par les docteurs que nous venons de citer, M. Souty a tiré les conclusions suivantes :

Le pantopon, produit renfermant la totalité des alcaloïdes de l'opium précipités sous forme de chlorhydrates solubles, est l'opium total injectable; il présente des propriétés hypnotiques, sédatives, analgésiques, toni-cardiaques et une action sur les sécrétions et sur la nutrition supérieure à celles de l'opium, de la morphine et de leurs dérivés.

(1) Un vol. de 60 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Ce produit agit sans période d'excitation et sans aucun phénomène désagréable; il ne provoque habituellement, ni nausées, ni vomissements et, dans certains cas, il a même eu une influence incontestable sur la disparition de ces phénomènes.

Le pantopon a une action sédative manifeste sur la motilité de l'intestin; ce dernier dont le péristaltisme est excité artificiellement ou par des excitants physiologiques, se trouve rapidement calmé, en quelques minutes et ce résultat est, d'après les expériences physiologiques, encore plus rapide pour l'intestin qui n'est pas excité. Ce médicament a une action hypnotique et narcotique plus rapide et plus sûre que les autres préparations opiacées dont l'influence ne peut se faire sentir qu'à la suite de l'absorption relativement lente par le tube digestif; d'autre part, il ne procure pas, contrairement à la morphine, cette sensation d'euphorie qui incite les malades à revenir fréquemment à leur médicament favori; il n'y a donc pas de crainte de provoquer des habitudes comme morphinomanie. M. Souty n'a jamais remarqué d'accoutumance et la dose employée à la fin du traitement était la même et produisait les mêmes effets qu'au début.

Enfin, point très important et très digne d'être noté, le pantopon porte un nom inconnu du public; il n'implique donc pas pour le malade ou son entourage un pronostic grave et n'est pas, pour cette raison, rejeté par un certain nombre de malades qui ont la crainte de la morphine.

On voit donc que le pantopon réalise, et de par sa fabrication et de par sa solubilité, une médication opiacée rationnelle.

L. GAYARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 AVRIL 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 7 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Blanchard, Lœper et Tiffeneau; —(2e série) : MM. Marfan, Desgrez et André Jousset.

2e : MM. Gariel, Branca et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Guéniot et Rouvière.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Macaigne; — (2e série) : MM. Roger, Sicard et Laignel-Lavastine; — (3e série) : MM. Widal, Guillain et L. Bernard; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Aug. Broca et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Proust; — M. Mulon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 8 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re série) : MM. Letulle, Richaud et Rathery; — (2e série) : MM. Desgrez, Balthazard et Roussy.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Dupré; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Achard et Castaigne; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Carnot et Claude; — (3e série) : MM. Widal, Nobécourt et Gougerot.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Terrien, suppléant.

THÈSES

Mercredi 5 avril, à une heure. — M. ABRAMOVSKY. Des diverses formes du placenta dans les grossesses gémellaires et en particulier dans les grossesses biovulaires. (Étude statistique et clinique). (MM. Pinard, président; Segond, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. ALLART. Etudes cliniques sur les fractures du bassin. (MM. Segond, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. BLANCO. Etude d'anatomie médico-chirurgicale de l'attique. (MM. Segond, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. SIMERAY. De la forme fruste de la coxalgie. (MM. Segond, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. TCHOHADJITCH. Contribution à l'étude de l'utérus fibromateux. (MM. Segond, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — Mlle ZOLOTOREFF. La névralgie « Zosfer ». (Les zonas sans éruption ou avec éruption minime). (MM. Déjerine, président; Gaucher, Marfan et Marcel Labbé.) — M. GOUIN. Acnée héloïdienne de la nuque. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Marfan et Marcel Labbé.) — M. REGNAULT. La coqueluche. Essais sur la contagion, la durée normale et l'évolution possible vers le tic coqueluchoïde. (MM. Marfan, président; Déjerine, Gaucher et Marcel Labbé.) — M. BOIVIN. La cure physiologique de l'obésité. (MM. Marfan, président; Déjerine, Gaucher et Marcel Labbé.)

Jeudi 6 avril, à une heure. — Mme PIOTROVSKA. Contribution à l'étude anatomique de la paralysie infantile. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Nobécourt et Rathery.) — M. LAVALLÉE. Des accidents abdominaux au cours des purpuras. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Nobécourt et Rathery.) — M. MANENS. Les pyélonéphrites de la fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Nobécourt et Rathery.) — M. LAFON. Pneumonie des vieillards. Traitement par l'injection sous-cutanée d'huile camphrée à haute dose. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Nobécourt et Rathery.) — M. COULON. Contribution à l'étude du sarcome primitif du vagin chez l'adulte. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Achard et André Broca.) — M. SAUTY. Contribution à l'étude des colobomes du nerf optique. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Achard et André Broca.) — M. ARDILLIER. Diagnostic du cancer de l'estomac et radioscopie. (MM. Achard, président; Pozzi, de Lapersonne et André Broca.) — M. OUDAR. Etude de l'urtica urens. (Ortie grièche). (MM. Albert Robin, président; Gilbert Ballet, Widal et Tiffeneau.) — M. BENOIST. Erythromélalgie. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Widal et Tiffeneau.) — M. STROCHLIN. Les syncinésies. Leurs rapports avec les fonctions d'inhibition motrice. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Widal et Tiffeneau.) — M. THÉSY. De la psychiatrie d'urgence. (MM. Widal, président; Albert Robin, Gilbert Ballet et Tiffeneau.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1911.) E. THIBAULT : La fièvre de Malte. Etude épidémiologique et prophylactique. — E. WIENER : Etude sur la quarantaine. — J. MINET et J. LECLERCQ : L'anaphylaxie en médecine légale. Son application à la détermination de la nature humaine ou animale du sang. — L. AUBERT : De quelques mesures sanitaires édictées à l'occasion des épidémies de peste.

Annales médico-psychologiques. — (No 2, mars-avril 1911.) TASTEVIN : L'asthénie postdouloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). — HANNARD et GAYET : De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord (1871-1909). — NADAL : Excitation motrice à forme poromaniaque chez un circulaire. — P.-L. LADAME : Une visite à la colonie agricole d'Uchtspringe. — LAGRIFFE : Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi du 30 juin 1838.

Archives d'électricité médicale. — (No 305, 10 mars 1911.) Paul SEGOND : Valeur de la fulguration dans le traitement du cancer. — René DESPLATS : Faut-il renoncer à la fulgu-

ration? A propos du rapport de M. le professeur Segond sur la valeur de la fulguration. — Louis FOURNIER, Maxime MÉNARD et M. GUÉNOT : A propos de quelques applications de la diathermie. — Franz NAGELSCHMIDT : L'appareil de diathermie.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 2, fév. 1911.) KEMP : Recherches cliniques sur la fonction évacuatrice de l'estomac dans des conditions normales et pathologiques. — DURAND : Le dosage de l'amylase des fèces dans le diagnostic fonctionnel du pancréas.

Archives internationales de neurologie. — (Fév. 1911.) A. PICK : Les troubles psychopathiques des modes de l'expression. — O. FELZMANN : Cas de bromisme avec troubles cérébraux. — A. GOTTSCHALK : De l'influence du régime alimentaire au point de vue de la prophylaxie et de la genèse des accidents convulsifs.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 2, 20 fév. 1911.) Louis SPILLMANN et Georges BOULANGIER : Quelques cas de syphilis primaire et secondaire traités par les injections intramusculaires d'émulsion huileuse de 606. — DIONIS DU SÉJOUR : A propos de l'épicondylite. Essai sur les acrostéalgies. — DELAGENIÈRE et LANGEVIN : L'ulcère du duodénum (*fin*). — CARAVEN : Actinomycose osseuse indépendante chez l'homme (*fin*).

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (N° 10, déc. 1910.) L. GIRARD : Essai d'anatomie topographique du labyrinthe d'après des dissections pratiquées par la voie chirurgicale.

Bulletin général de thérapeutique. — (28 fév. 1911.) A. ROBIN : Traitement préventif du ramollissement cérébral (*fin*). — (8 mars.) A. ROBIN : Traitement de l'ictus apoplectique de la syphilis cérébrale et de l'hémiplégie. — (15 mars.) A. ROBIN : Traitement de la goutte articulaire aiguë.

Bulletin médical. — (N° 16, 25 fév. 1911.) G. BALLET : Diagnostic différentiel, clinique et nosologique de la mélancolie. — (N° 17, 1er mars.) G. BALLET : Diagnostic différentiel, clinique et nosologique de la mélancolie (*fin*). — BRAULT : Quelle est l'importance médico-légale de la conservation du glycogène hépatique. — (N° 18, 4 mars.) PLASSON : Atrophie papillaire postourlienne tardive. — (N° 19, 8 mars.) BERNHEIM : Urémie et brightisme. Considérations critiques. — (N° 20, 11 mars.) L. MARTIN et H. DARRÉ : Rechute de diphtérie après une rougeole. — DIEULAFÉ : Le phlegmon du plancher buccal. — (N° 21, 15 mars.) F. LAGRANGE : L'étiologie et le traitement du strabisme. — (N° 22, 18 mars.) R. BRUNON : Les trèves et les réveils de la tuberculose. Leur importance clinique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 9, 26 fév. 1911.) SABRAZÈS et DUBOURG : Syphilis primaire et secondaire, résistant au mercure, traitée avec succès par le 606. Nouvelles recherches sur l'état du sang. — (N° 10, 5 mars.) MARTIN DE MAGNY : Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek. — (N° 11, 12 mars.) E. BITOT et Ch. MONTALIER : Ponction lombaire au cours d'une méningite tuberculeuse à évolution rapide. Bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. — (N° 12, 19 mars.) SABRAZÈS, DARGEIN et MOUGNEAU : Vaccinothérapie des abcès staphylococciques multiples et à répétition. — DUVERGEY : Ulcère perforant lombaire datant de dix ans et développé sur des brûlures par fulguration (1 fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 10, 5 mars 1911.) PETGES et BONNIN : Maladie de Raynaud avec coexistence du syndrome addisonien. — P. CARLES : L'hydrologie du jour. — (N° 11, 12 mars.) L. BARTHE : La spécialité alimentaire. — H.-L. ROCHER : Volumineux prolapsus ano-recto-sigmoïdien chez un nourrisson de quatre mois ; cerclage de l'anus suivant la méthode de Tiersch. Anomalies de disposition et d'accolement du côlon ascendant et de son méso. — (N° 12, 19 mars.) W. DUBREUILH : La lessive de soude comme caustique en dermatologie. — AUTHIER et DE TEYSSIEU : Pancréatite hémorragique et aortite végétante grippales.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 mars 1911.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les brûlures au point de vue des accidents du travail. — LE GENDRE : Sur le traitement du diabète. Dosage clinique du sucre. Anorexie des nourrissons. — POULARD : Sur la fréquence des affections syphilitiques de l'œil.

Journal des praticiens. — (N° 8, 25 fév. 1911.) DEBOVE : La contagion de la tuberculose. — P. DELBET : Kyste dermoïde de la queue du sourcil. — CLAUDE : Spécificité et tabes. — CABOCHE : La broncho-œsophagoscopie et les tumeurs du médiastin. — (N° 9, 4 mars.) BROCA : Fractures de jambe. — (N° 10, 11 mars.) SAINTON : Trois types cliniques de polynévrite. — A. GUÉRIN : A propos de deux cas de pleurésies cancéreuses. — Pierre MAUREL : Les troubles psychiques dans la maladie de Basedow. — (N° 11, 18 mars.) F. CALOT : Le traitement des fistules tuberculeuses. — G. BALLET : Comment faut-il concevoir une hallucination? Délires systématisés hallucinatoires.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 9, 4 mars 1911.) SIEUR et ROUVILLOIS : Etude anatomique sur la ponction du sinus frontal. — (N° 10, 11 mars.) E.-J. MOURE : De la laryngite ulcéro-membraneuse. — (N° 11, 18 mars.) R. GÈZES : A propos de deux cas de syphilis primaire extragénitale; chancres du méat auditif et de la région préépiglottique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 4, 15 fév. 1911.) PERRIN : Anaphylaxie sérique en poussées subintrantes. — BAROS : Accidents cardiaques tardifs dus à la cocaïne. — HANNS et HAMANT : Phénomène du « doigt à ressort » généralisé à tous les doigts.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1911.) Cl. VINCENT : De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des syndromes d'hypertension intracranienne et dans celui de la localisation des tumeurs cérébrales. — NOÏCA : Comment devons-nous définir la contracture?

Semaine gynécologique. — (N° 9, 28 fév. 1911.) P. SEGOND : L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. — (N° 10, 7 mars.) P. REYNIER : Les ovaires kystiques. — (N° 11, 14 mars.) P. REYNIER : Les ovaires kystiques (*fin*).

Semaine médicale. — (N° 9, 1er mars 1911.) J. TEISSIER : La percussion dorsale du cœur et son application à l'interprétation du phénomène de Grocco. — (N° 10, 8 mars.) CHAUFFARD : L'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës et de la fièvre typhoïde. — R. DE DOVIS : Les mères éclamptiques doivent-elles nourrir leur nouveau-né. — (N° 11, 15 mars.) Ch. FERNET : De la gymnastique auriculaire et de son application au traitement de la surdité.

Tunisie médicale. — (N° 2, 15 fév. 1911.) BRAQUEHAYE : Les abcès traumatiques du foie. — POROT et VULLIEN : Le typhus exanthématique. Etude clinique sur 46 cas.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 4, 28 fév. 1911.) H. LARDENNOIS : Observations de chirurgie rénale. — (N° 5, 15 mars.) J.-B. LANGLET : Le règlement sanitaire de la ville de Reims devant le conseil d'Etat. — LAMBERT : Doit-on faire la séparation des urines par cathétérisme des uretères ou par cloisonnement de la vessie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Séance du 28 mars. — *Séance d'identification des copies de l'épreuve écrite.* — Liste des candidats admis à subir l'épreuve clinique :

1. MM. Lemierre et Gougerot, 26 1/2; Weil et Harvier, 24 1/2; Ribadeau-Dumas et Ramond, 24; Aubertin et Maloizel, 23 1/2; Courcoux et Faure-Beaulieu, 23.

11. Chiray et Moutier, 23; Nattan-Larrier, Géraudel, Boidin, Paisseau et Fiessinger, 22 1/2; Babonneix, Darré et Trémolières, 22.

21. Laederich, 22; Armand-Delille, Audistère et Halbron, 21 1/2; Dreyfus-Rose, Louste, Agasse-Lafont, Baudouin et Sézary, 21; Froin, 20 1/2.

31. Gaultier, Voisin, Rivet et Esmein, 20 1/2; Salomon, Lemaire (Henry), Bloch et Nathan, 20.

Prochaine séance, épreuve clinique, vendredi 31 mars, à huit heures, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Grivot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A partir de cette semaine, les jurys d'examens ne seront plus publiés. Le conseil de la Faculté a pris cette décision pour mettre fin, paraît-il, aux recommandations qui avaient pris des proportions invraisemblables.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Guerbet, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1911, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— RENNES. — Un congé de trois mois, à partir du 15 mars 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Seyot, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Lecture.* — Séance du 28 mars. — MM. Dupuy, 10 + 13 = 23; Coriat, 14 + 19 = 33; Biétrix, 12 + 16 = 28.

Prochaine séance, épreuve clinique, samedi 1er avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Boisson et Ferry.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Pailloz, Gruet et Batut.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Leniez, Castaing, Jirou, Fohanno, Mainguy et Mangenot.

M. le docteur Biros, en non activité pour infirmités temporaires.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors Durand, Rondot, Egmann, Donet, Carayon, Lannaux et Chavanne.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 27 mars 1911 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Salle est nommé médecin chef de l'hôpital de Toulouse; Loup passe à l'hôpital Saint-Martin.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Fribourg passe à l'hôpital Saint-Martin.

Médecin-major de première classe. — M. Couturier passe à l'hôpital de Marseille.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Rispal passe au 83e d'inf.; Viry, au 17e chass. à pied; Spindler, au

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies de l'estomac, par J. VIRES. 1 vol. de 335 pages. — Paris, Masson et Cie, Montpellier, Coulet.

Traitement abortif de l'urétrite blennorragique par les injections (Consultations médicales françaises, fascicule XXIV), par le docteur CARLE, ancien chef de clinique dermatologique à l'Université de Lyon. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, Poinat.

43e d'inf.; Ser, au 17e escadron du train des équipages; Borderies, au 26e chass. à pied; Henriot, au 4e chass. à pied; Haméon est nommé médecin chef de l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer; Noirot passe au 2e étranger; Mathieu, au 11e cuiras.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Fontan passe au 32e d'inf.; Guillois, au 85e d'inf.; Lémonon, au 158e d'inf.

— Le recrutement des pharmaciens militaires est modifié par un décret qui dispose que :

1° Les stagiaires ayant accompli ou accomplissant une année de stage régulier et effectif pour le grade de pharmacien (ancien ou nouveau régime) sous la réserve que l'année de stage devra être complétée au plus tard le 1er novembre de l'année du concours et que les stagiaires soumis à l'ancien régime, qui auront été admis au concours avec plus d'une année de stage, seront tenus, dès leur admission, d'opter pour le nouveau régime d'études pharmaceutiques.

Par mesure transitoire applicable jusqu'en 1912, inclusivement, le ministre de la guerre pourra autoriser un certain nombre de candidats soumis à l'ancien régime, admis au concours, après deux années de stage au moins, à continuer leur scolarité suivant l'ancien régime d'études pharmaceutiques.

2° Les étudiants possédant quatre ou huit inscriptions (ancien et nouveau régime) ou douze inscriptions (nouveau régime), valables pour le grade de pharmacien, et ayant satisfait aux examens de fin d'année.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Etre né ou naturalisé Français;

2° Avoir eu, au 1er janvier du concours, moins de vingt-trois ans pour les stagiaires ayant une année de stage.

Moins de vingt-quatre ans pour les stagiaires ayant deux années de stage.

Moins de vingt-quatre ans pour les étudiants à quatre inscriptions (nouveau régime).

Moins de vingt-cinq ans pour les étudiants à quatre inscriptions (ancien régime).

Moins de vingt-cinq ans pour les étudiants à huit inscriptions (nouveau régime).

Moins de vingt-six ans pour les étudiants à huit inscriptions (ancien régime).

Moins de vingt-six ans pour les étudiants à douze inscriptions (nouveau régime).

Il est accordé, aux élèves pharmaciens, dès leur nomination, une indemnité annuelle de 1 000 francs.

Cette indemnité est allouée, au maximum, pendant quatre ans aux élèves admis sans inscriptions, pendant trois ans aux élèves ayant quatre inscriptions, pendant deux ans aux élèves ayant huit inscriptions, pendant un an aux élèves ayant douze inscriptions.

Cette indemnité n'est acquise que pour la durée effective des études de scolarité suivant que l'élève appartient à l'ancien ou au nouveau régime.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — CONCOURS DE 1911. — La Société met au concours la question suivante pour 1911 : « Les cantines scolaires, leur utilité, que doivent-elles être? »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1911. Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.

Ils devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils ne seront pas signés, mais porteront en tête une devise ou épigraphe reproduite sur enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout auteur qui se fera connaître sera exclu du concours.

Les mémoires ne sont pas rendus; même non primés, ils deviennent la propriété de la Société et ne peuvent être publiés par leurs auteurs. La Société se réserve de tirer des meilleurs travaux, la matière d'une brochure de propagande et d'enseignement.

Les prix seront décernés en 1912, dans la séance publique annuelle. Ils consistent en médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et en mentions honorables.

Adresser les mémoires avant le 31 décembre 1911, au président de la Société d'hygiène de l'enfance, 10, rue Saint-Antoine, Paris, 4e.

N.-B. — Les prix du concours de 1910 seront distribués à l'issue du banquet annuel, en mai 1911.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres). — PROGRAMME DU COURS DE PERFECTIONNEMENT (10-29 avril 1911). — *10 avril.* — Dix heures trois quarts : M. Lemaire. Les laits utilisés chez les nourrissons. — Quatre heures : M. Darré. Diagnostic des angines aiguës.

11 avril. — Dix heures et demie : M. Tixier. Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx. — Quatre heures : M. Lemaire. Allaitement.

12 avril. — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Rhumatisme articulaire aigu et endocardites aiguës. — Quatre heures : M. Merklen. Coqueluche.

13 avril. — Dix heures et demie : M. Tixier. Colites. — Quatre heures : M. Voisin. Diagnostic clinique des méningites.

14 avril. — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Lésions chroniques des orifices du cœur. — Quatre heures : M. Merklen. Adénopathies trachéo-bronchiques.

15 avril. — Dix heures et demie : M. Tixier. Diagnostic de la tuberculose du nourrisson. — Quatre heures : M. Voisin. Ponction lombaire et traitement des méningites.

18 avril. — Dix heures et demie : M. Tixier. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. — Quatre heures : M. Darré. Diagnostic des laryngites aiguës.

19 avril. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Rachitisme. — Quatre heures : M. Merklen. Diagnostic et traitement des pleurésies.

20 avril. — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Péricardites. — Quatre heures : M. Voisin. Maladie de Heine-Médin.

21 avril. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Purpuras. Maladie de Barlow. — Quatre heures : M. Merklen. Diagnostic et traitement de la pneumonie et des broncho-pneumonies.

22 avril. — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Traitement des cardiopathies. — Quatre heures : M. Voisin. Diagnostic des tumeurs cérébrales.

24 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Hypertrophie du thymus. Myxœdème. — Cinq heures : M. Lemaire. Troubles digestifs des nourrissons.

25 avril. — Dix heures et demie : M. Darré. Traitement de la diphtérie. — Quatre heures : M. Lemaire. Traitement des troubles digestifs des nourrissons.

26 avril. — Quatre heures : M. Tixier. Chorée. Epilepsie. — Cinq heures : M. Darré. Rougeole.

27 avril. — Dix heures et demie : M. Darré. Scarlatine. — Quatre heures : M. Voisin. Hémiplégie et syndrome de Little.

28 avril. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Anémies et leucémies. — Quatre heures : M. Ferrand. Erythèmes et eczéma des nourrissons. Impétigo.

29 avril. — Quatre heures : M. Ferrand. Diagnostic de la syphilis du nourrisson. — Cinq heures : M. Nobécourt. Albuminuries.

COURS D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE. — M. le docteur Foveau de Courmelles commencera la dix-neuvième année de son cours libre d'électrologie à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 26 avril 1911, à six heures du soir, et le continuera les mercredis à la même heure.

Il traitera, dans sa première leçon, de l'électrocoagulation et des diverses formes des courants de haute fréquence, puis il passera en revue l'électrophysiologie et l'électrothérapie, les rayons X en diagnostic et en thérapie, le radium, les rayons ultraviolets et les radiations nouvelles.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *L'Orient et l'Egypte viâ Marseille.* — Billets simples, valables 45 jours, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les agences des compagnies des Messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, pour l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoun, etc.

Billets d'aller et retour, valables 120 jours, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris P.-L.-M., et dans les agences des compagnies des Messageries maritimes et Paquet pour certains des ports indiqués ci-dessus.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M.; le trajet de Paris à Marseille peut être effectué soit par la Bourgogne, soit par le Bourbonnais.

Pendant la saison d'hiver, Paris et Marseille sont reliés par des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies. Trajet rapide de Paris à Marseille en 10 h. 1/2 par le train « Côte d'Azur rapide » (1re classe). (Voir les indicateurs pour les périodes de mise en marche.)

Consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., en vente dans les gares : 0 fr. 50.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

32. M. Barjhoux : Des interventions sur le grand sympathique cervical pour goitre exophtalmique. — 33. M. Rottier : De l'examen des selles des nourrissons par la réaction du sublimé acétique (méthode Schmidt-Triboulet). — 34. M. Saulnier : Étude de l'anesthésie rectale. — 35. M. Rémy : La phtisiothérapie dans l'antiquité : Orientaux, Grecs, Arabes. — 36. M. Le Landais : Les abcès de la fosse iliaque gauche d'origine sigmoïdienne (sigmo-périsigmoïdites suppurées). — 37. M. Landret : Essai de classification clinique des tuberculoses rénales au point de vue des indications et des contre-indications de la néphrectomie. — 38. M. Chénelot : Sur les gommes syphilitiques simulant des sarcomes. — 39. M. Séry : Les porteurs sains de streptocoques ; contribution à la prophylaxie de la fièvre puerpérale. — 40. M. Talpain : Des paralysies faciales d'origine nucléaire. — 41. M. Risser : La césarienne vaginale. — 42. M. Ballet : Du cancer primitif du poumon. — 43. M. Ollé : La vaccination antityphique. — 44. M. Birat : Des phlegmons de la région pubienne au cours de la puerpéralité. — 45. M. Drouet : Étude sur les œufs hydramniotiques avec fœtus volumineux (gros œufs). — 46. M. Sarrazin : La phtisiothérapie en Occident pendant le moyen âge et les temps modernes. — 47. M. Vermelin : Des abcès froids thoraciques d'origine articulaire. — 48. M. Camo : Étude des chondromes de la cage thoracique. — 49. M. Maire : Des rétrécissements larges de la région pylorique. — 50. M. Mathiot : Résultats éloignés des traitements de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire chez l'adolescent et l'adulte par la méthode de Von Mosetig-Moorof. — 51. M. Marc : La tuberculose rénale fermée d'emblée. — 52. M. Frillet : De la coexistence de la cholécystite et de l'appendicite (cholécysto-appendicite). — 53. M. Lacaze : De la criminalité féminine en France. — 54. M. Gosswiller : De la laparotomie immédiate ou retardée dans le traitement des hémorragies de la grossesse tubaire.

Sérothérapie de la Syphilis, par le docteur Régnier, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Maloine.

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE

DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Par M. GUISEZ,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

S'il est fréquent que des malades nous soient envoyés avec le diagnostic du cancer de l'œsophage et que l'on ne trouve chez eux qu'une *contracture spasmodique* à forme grave ou même une *sténose cicatricielle inflammatoire* facile à reconnaître à l'œsophagoscope, il arrive quelquefois cependant que nous ayons à examiner d'anciens spasmodiques dont le spasme date de vingt, vingt-cinq et même trente ans, et chez lesquels il nous est donné de diagnostiquer un *épithélioma secondaire* greffé sur ces lésions très anciennes.

Nous avons pu réunir une dizaine d'observations de cancer de l'œsophage, survenu ainsi chez d'anciens spasmodiques sans que rien n'ait pu faire prévoir l'éclosion du cancer, sauf peut-être le redoublement du spasme.

D'après nos examens œsophagoscopiques, nous avons cru pouvoir établir une certaine filiation entre l'œsophagite et la leucoplasie œsophagienne d'une part et le développement du cancer de l'œsophage de l'autre.

Un de nos cas est particulièrement instructif : il s'agissait d'un malade âgé de soixante-cinq ans, dysphagique depuis plus de vingt-cinq ans. Le malade a commencé à ressentir son mal sous forme de véritables *crises* survenant au moment des repas, empêchant l'introduction de toute espèce d'aliment. Il sentait sa gorge serrée et la vue des liquides en particulier occasionne le redoublement du spasme. Chose curieuse, il était surtout gêné par le spasme supérieur de la bouche œsophagienne, alors que celui-ci est relativement peu accentué si on le compare à celui du cardia ainsi que nous l'a démontré l'examen œsophagoscopique. Le malade parvenait à s'alimenter en introduisant plusieurs fois une grosse sonde en caoutchouc contre son spasme supérieur, et c'est de la même façon qu'il vidait son œsophage lorsqu'il était gêné par les aliments qui se trouvaient emprisonnés dans la volumineuse dilatation. Malgré tout, l'état général était bon, la mine excellente, le teint frais, l'amaigrissement nul.

A plusieurs reprises, en 1909, ce malade vint nous demander un conseil, nous ne pûmes le résoudre à l'œsophagoscopie que dans le courant de mai 1910; il s'y décida devant un redoublement du spasme qui semblait compromettre l'alimentation. Le malade souffrait surtout de la soif.

L'*examen œsophagoscopique* fait à notre clinique nous montre tout d'abord un diverticule de la paroi postérieure de l'hypopharynx dans lequel le tube s'engage facilement. Rentrant un peu notre tube, nous trouvons l'orifice supérieur qui est très sténosé. Ce diverticule est formé aux dépens de l'hypopharynx. Puis, ayant franchi la bouche de l'œsophage, nous arrivons sur une large dilatation du tiers moyen de l'œsophage, dilatation présentant un grand cul-de-sac vers la droite. Cette cavité a une contenance de 2 litres à 2 litres et demi, renferme des aliments ingérés la veille, en particulier beaucoup de chocolat que le malade a ingéré dans la nuit qui a précédé l'examen. Après lavage et nettoyage de cette poche, nous constatons que toute la surface en est macérée, qu'elle présente des plaques de leucoplasie en deux endroits et nous distinguons nettement, un peu au-dessus du cardia (voir fig. 1), une

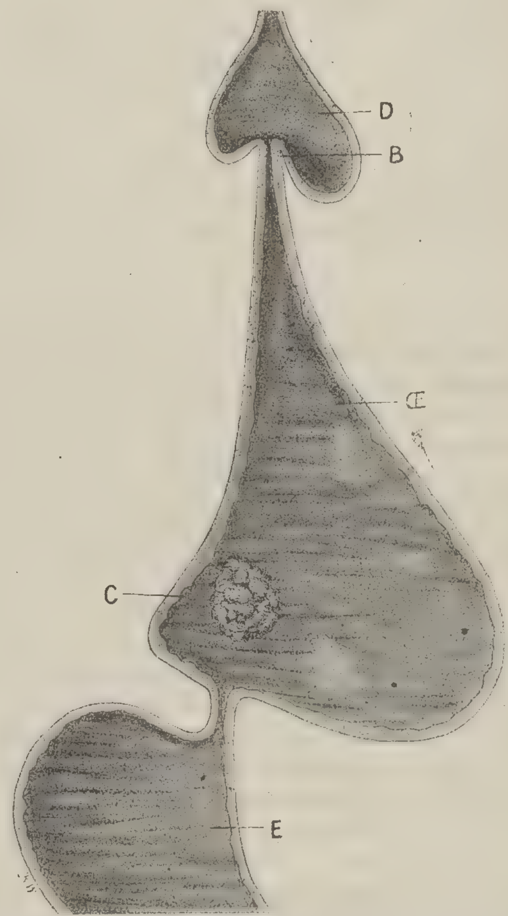


Fig. 1. — *Grande dilatation de l'œsophage* (Œ), *consécutive à un cardiospasme, avec plaques de leucoplasie et tumeur cancéreuse* (C). *La bouche de l'œsophage* (B) *est précédée d'un diverticule de l'hypopharynx* (D).

masse bourgeonnante saignant au moindre contact qui est certainement de l'épithélioma. Le cardia est en dehors de cette masse, il présente un aspect blanchâtre exactement fermé, contracturé, ne laissant passer que la bougie n° 12 de la filière Charrière; il est en pleine dégénérescence cicatricielle.

Un nouvel examen fait ultérieurement, dans de meilleures conditions, ne fait que compléter ces premières données. Ainsi donc il s'agissait d'un malade spasmodique ancien qui se décide à l'œsophagoscopie juste au moment où cette méthode ne pouvait plus rien pour lui au point de vue thérapeutique.

Notre diagnostic surprit l'entourage du malade; on nous objecta l'ancienneté du mal, la mine excellente, l'absence de facies caractéristique, l'embonpoint relatif. Mais nous maintenons notre diagnostic, basé uniquement sur les constatations œsophagoscopiques. Nous avons vu souvent le cancer de l'œsophage coïncider avec l'état général

assez bon, et l'amaigrissement est uniquement le fait du défaut d'alimentation. La dysphagie étant de plus en plus accentuée, la gastrotomie fut faite qui permit l'alimentation par la bouche stomacale, le relèvement du poids et des forces. Entre temps, apparaissent la fétidité de l'expectoration et des hémorragies striant l'eau des lavages, que l'on fait journellement dans la poche œsophagienne. Puis bientôt surviennent des ganglions, de la péritonite hémorragique.

Le diagnostic clinique du cancer s'impose devant les symptômes de *généralisation* : il avait été fixé cinq mois auparavant de par l'œsophagoscopie.

Nous avons tenu à citer ce premier exemple un peu en détail, à cause de l'étiologie si nette du cancer dans ce cas succédant à coup sûr à l'œsophagite chronique, à cause aussi de la difficulté du diagnostic qui a surpris, étant donnée l'ancienneté de la lésion primitive.

Nous avons observé et diagnostiqué une quinzaine de cas analogues; dans tous, la muqueuse était elle-même atteinte d'œsophagite ancienne, présentant nombre de plaques de leucoplasie. Tous étaient dysphagiques depuis de longues années. Une malade que nous avons œsophagoscopée avait soixante-douze ans au moment de l'examen et était atteinte de dysphagie depuis plus de trente ans; une autre depuis vingt-sept ans. Dans une de nos observations, nous avons pu surprendre la lésion tout à fait au début, greffée sur une plaque de leucoplasie au voisinage du cardia et c'est pour une recrudescence de leur spasme que les malades étaient venus nous consulter.

Ainsi que nous avons essayé de l'établir, dans des travaux antérieurs, le spasme est toujours uniquement localisé soit au niveau de la bouche de l'œsophage, soit au niveau du cardia. Il existe là, en effet, toutes les conditions favorables à la production du spasme, tout d'abord l'étroitesse du canal œsophagien, l'existence d'un sphincter. Au contraire, le reste de l'œsophage est cavitaire et ne présente aucune des dispositions favorables à la production du spasme.

Le spasme, intermittent au début, par suite de la tétanisation et de l'irritation des sphincters, amène, plus ou moins rapidement, un état que l'on peut appeler contracture spasmodique, c'est-à-dire la fermeture permanente de l'œsophage en un point déterminé.

Que l'on vienne à cathétériser ce conduit, avec le cathéter explorateur à boule, on est invariablement arrêté au point contracturé, tout comme par une sténose organique. Cette fermeture permanente a, comme conséquence, la stase alimentaire, immédiatement au-dessus du point sténosé, et, cette stase amène tout d'abord la rétrodilatation de la portion sus-jacente de l'œsophage, et, en second lieu, l'inflammation de la muqueuse œsophagienne, c'est-à-dire l'*œsophagite* de ses parois.

La dilatation de l'œsophage est toujours considérable en cas de spasme : en haut, se formant uniquement aux dépens de la paroi la moins bien soutenue, c'est-à-dire aux dépens de la paroi postérieure, elle amène la production d'*un diverticule*; en bas, si la contracture spasmodique siège au niveau du cardia, il en résulte ces grandes dilatations de l'œsophage, auxquelles on a donné le nom, pendant longtemps, de *dilatations idiopathiques*.

Le cancer proprement dit amène à lui seul peu de rétrodilatations de l'œsophage, en quelque endroit de l'œsophage qu'il siège, à cause de la sténose incomplète qui est pendant très longtemps propre à cette affection, et à cause, aussi, sans doute, de sa rapide évolution, dès que la sténose est plus accentuée.

On peut donc dire que, lorsqu'au cours d'une œsophagoscopie, on constate, en même temps qu'un cancer, soit un diverticule, soit une très grande dilatation de l'œsophage, *il s'agit là d'une ancienne dilatation spasmodique de l'œsophage sur laquelle s'est greffé un cancer secondaire*. C'est ainsi que, dans toutes les observations que nous avons suivies, il existait, soit un diverticule au niveau de l'extrémité supérieure, soit une grande dilatation de l'œsophage ; celle-ci, dans nos cas cités plus haut, atteignait plus de 2 litres, et l'œsophage présentait souvent des culs-de-sac descendant même plus bas que le cardia proprement dit.

Nous avons vu, également, le cancer de l'œsophage greffé sur la muqueuse d'un diverticule, immédiatement au-desus de la sténose elle-même.

L'œsophagite est, on le sait, constante dans tous les cas de dilatation œsophagienne, précédant une sténose, de quelque nature qu'elle soit. Cette œsophagite présente tous les degrés, depuis l'inflammation simple, caractérisée par de la rougeur de la muqueuse, jusqu'à l'épaississement de cette muqueuse. Elle présente alors une couleur grisâtre macérée, avec une surface irrégulière, souvent craquelée, et semblant très épaissie par l'inflammation chronique, elle saigne très facilement au contact du porte-coton qui la touche. Il existe souvent, à la surface, de petites ulcérations profondes, et même du véritable tissu d'hypertrophie, avec granulations et vascularisation anormales. Des plaques de *leucoplasie* sont assez fréquentes sur cette muqueuse, en processus d'œsophagite ; dans un cas même, rapporté par nous, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 17 mars 1911), il s'agissait d'un cancer au début, greffé sur une plaque de leucoplasie au voisinage du cardia.

La leucoplasie semble donc bien être le premier stade de la dégénérescence cancéreuse; du reste, même dans le cas de cancer confirmé, on voit tout autour de la lésion épithéliomateuse une sorte de couronne de plaques leucoplasiques, qui remontent plus ou moins haut dans l'œsophage (fig. 2). Celles-ci coïncident très souvent, du reste, avec de la leucoplasie linguale, en particulier lorsqu'il s'agit d'un cancer de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

D'autre part, nous savons, et nous avons essayé de le démontrer par de nombreuses observations, que le spasme aboutit presque fatalement, à un moment donné, à la dégénérescence cicatricielle de la région spasmodiée. Il en résulte une sténose plus complète de l'œsophage, amenant du côté de

l'œsophage des troubles encore plus caractérisés que la contracture spasmodique (fig. 3).

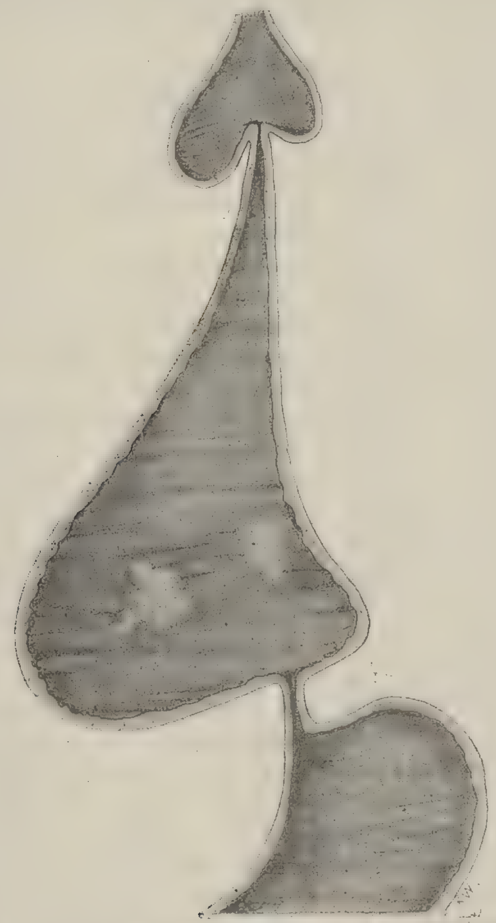


Fig. 2. — *Grande dilatation de l'œsophage. Diverticule de l'hypopharynx avec plaques de leucoplasie.*

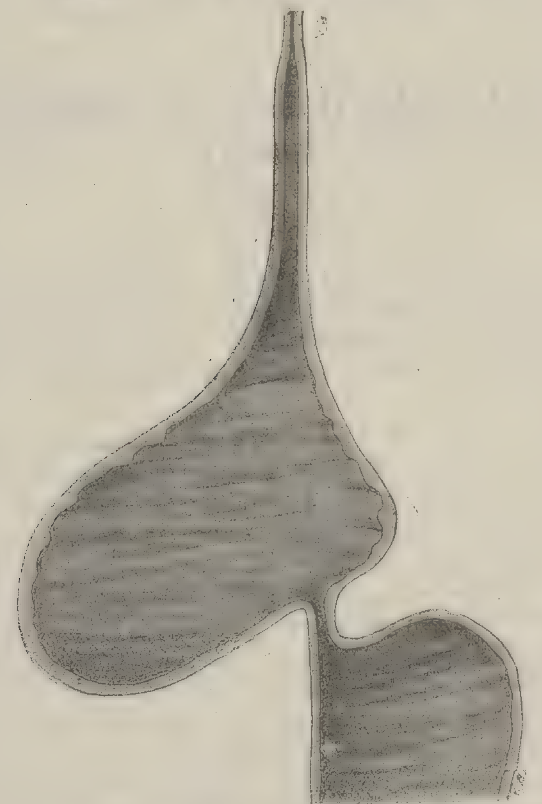


Fig. 3. — *Grande dilatation* (deux litres et demi) *de l'œsophage, consécutive à un cardiospasme.*

L'œsophagite chronique est donc, à l'origine du cancer de l'œsophage, dans un certain nombre de cas, et celle-ci est elle-même la conséquence des phénomènes spasmodiques.

D'après notre statistique des cas d'épithélioma que nous avons constatés, actuellement au nombre de 650, une fois sur 14 le cancer de l'œsophage serait consécutif à un spasme de ce conduit.

On conçoit qu'alors le *diagnostic* de cette forme d'épithélioma est particulièrement difficile. Il s'agit toujours de malades qui avalent mal depuis plusieurs années, souffrant d'une dysphagie, intermittente au début, puis permanente ensuite. La *recrudescence* et la *permanence* de cette dysphagie semblent indiquer, dans un certain nombre de cas, la dégénérescence cancéreuse ; mais, il ne faut pas oublier qu'à de nombreuses reprises nous avons eu à examiner des malades envoyés avec le diagnostic d'épithélioma, à cause de leur dysphagie permanente, plus accentuée aux solides qu'aux liquides, et qui ne présentaient, en somme, qu'une dégénérescence cicatricielle de leur cardia ou de leur bouche œsophagienne contracturée.

L'on ne peut tabler non plus *sur la difficulté plus grande à avaler les aliments solides que les liquides*, attendu que la dysphagie présente ces mêmes caractères lorsqu'il s'agit d'un spasme avec contracture ou d'un cancer. Toutefois, c'est toujours pour un redoublement du spasme que nous avons examiné nos malades. C'est la persistance de cette dysphagie qui les inquiète et qui les fait se résoudre à un examen œsophagoscopique. L'*amaigrissement* qui, dans toutes ces affections, est surtout fonction du manque d'alimentation, est souvent aussi accentué dans le cas de spasme à forme grave, avec contracture, que dans le cas d'épithélioma. Le *facies* n'a rien de caractéristique et nous avons vu, du reste, bien souvent, des malades présenter un teint frais, rose, avec un embonpoint encore relativement très suffisant, porteurs néanmoins d'un cancer de l'œsophage.

Nous avons rappelé, déjà, l'histoire de ces deux malades, amenés en même temps, par notre collègue et ami, Paul Delbet, pour un double examen œsophagoscopique. L'un, très cachectique, âgé, ayant maigri considérablement, avait toutes les apparences cliniques d'un cancer. L'autre, au contraire, nous dit ne point avoir maigri, il a un teint et une mine excellentes, il se plaint seulement de ne plus pouvoir avaler les aliments solides. Mais, l'examen œsophagoscopique fait dans ces deux cas montre que, chez le cachectique, il ne s'agissait que d'un spasme. Chez le malade, ayant encore toutes les apparences d'une bonne santé, il s'agissait d'un cancer de l'œsophage, à forme ulcéreuse peu étendue. L'événement a démontré la vérité de ces diagnostics.

Un diagnostic, qu'il est très difficile d'établir, c'est à quel moment le cancer a compliqué le spasme, attendu que le cancer s'installe toujours sans aucune espèce de douleur, de façon *tout à fait latente*. Le cancer de l'œsophage est, en effet, une affection peu douloureuse ou pas douloureuse même du tout; surtout dans la période de début. Il n'y a guère que ceux qui siègent au voisinage de l'orifice supérieur

qui occasionnent quelquefois des douleurs assez vives, qui peuvent attirer l'attention du médecin.

Toutes ces raisons font donc qu'il est absolument impossible, de par la clinique, de poser le diagnostic de cancer de l'œsophage, sauf à la période tardive, lorsqu'il survient des hémorragies spontanées, une expectoration sphacélique, muco-purulente; tous les autres signes n'ont rien de caractéristique. La *salivation épaisse*, *visqueuse*, que certains auteurs avaient regardée comme pathognomonique, se rencontre aussi bien dans les sténoses que dans le cancer, chaque fois qu'il y a gêne de la déglutition en un point quelconque du conduit œsophagien.

Le cathétérisme indique seulement qu'il y a un obstacle qui est le même, du reste, au point de vue des sensations, dans toutes les sténoses organiques, qu'il s'agisse d'une contracture spasmodique ou d'un cancer proprement dit.

La radioscopie ou la radiographie peuvent bien indiquer, par les épreuves au bismuth, le siège de la sténose, mais n'éclairent nullement sur le diagnostic de nature de ce rétrécissement.

On comprend très bien que, chez tous les malades que nous avons examinés, il n'y ait pas eu de diagnostic ferme, avant le seul mode qui permette de voir directement la lésion de visu, c'est-à-dire l'*œsophagoscopie*. Celle-ci permet de reconnaître le cancer de façon très aisée, à sa forme bourgeonnante, reposant sur une base indurée, aux hémorragies faciles, provoquées par le moindre attouchement par le porte-coton, et aussi, par l'odeur sphacélique tout à fait spéciale dont est imprégné le porte-coton qui explore. Du reste, ce diagnostic devra toujours être vérifié dans les cas douteux, par l'examen biopsique d'un fragment de bourgeon, que l'on peut toujours enlever à la pince, sans aucune espèce d'inconvénient.

Caractères du cancer consécutif au spasme. — Le cancer de l'œsophage, consécutif au spasme et aux grandes dilatations de l'œsophage, présente des caractères et une évolution toute particulière, qui constitue une forme tout à fait spéciale de cette affection.

Tout d'abord, pendant une très longue période de son évolution, dont il est impossible de préciser le début, le malade présente surtout des signes de spasmes à forme grave. L'affection procède par véritables crises et la déglutition est essentiellement variable d'un moment à un autre, bien qu'il y ait déjà lésion organique proprement dite. On voit de pareils malades présenter de véritables périodes d'accalmie, avec des périodes de recrudescence, pendant assez longtemps. L'appétit est assez souvent conservé. Dans ces formes particulières, et, même, comme chez le malade de l'observation n° 1, il existe une véritable boulimie, la sensation de faim devant être provoquée, sans doute, par la grande dilatation de l'œsophage. Les malades avalent alors 1 litre et 2 litres de liquide, en quelques instants, le gardent pendant un quart d'heure, une demi-heure, et le rejettent ensuite : de grands vomissements, comme dans les dilatations idiopathiques. Les expectorations sont souvent extrêmement fétides, très abondantes en dehors de toute espèce de vomissement.

La symptomatologie du cancer présente donc, lorsqu'il complique la sténose spasmodique, des caractères tout à fait particuliers et c'est plutôt celle d'une contracture à forme grave que d'un cancer à proprement parler. Seul l'œsophagoscope peut, dans ces cas, établir le diagnostic.

On voit donc aussi qu'au nombre des causes déterminantes du cancer il faut faire une très grande place à l'œsophagite spasmodique, et que le cancer qui lui est consécutif semble avoir comme intermédiaire la leucoplasie œsophagienne.

Il y aurait donc le plus grand intérêt à soigner ces œsophagites dès que le diagnostic en est fait, c'est-à-dire en évitant la stase à l'intérieur de la dilatation œsophagienne. Ce résultat est obtenu de deux façons différentes : 1° en conseillant au malade des *lavages quotidiens* ou même biquotidiens, lavages faits à l'aide de solutions alcalines et de siphon de Weber. En outre, 2° *en traitant directement la sténose locale* par la dilatation progressive et même forcée à l'aide de bougies olivaires, de l'électrolyse, et de la dilatation caoutchoutée. En guérissant la contracture spasmodique ou le rétrécissement cicatriciel qui lui est consécutif, on empêche indirectement l'éclosion du cancer. Nous suivons et observons déjà, depuis plusieurs années, toute une série de malades porteurs de grandes dilatations œsophagiennes, dont la poche de dilatation et l'œsophagite ont régressé petit à petit, grâce à un traitement approprié dirigé directement vers la lésion.

DE LA MORTALITÉ CHEZ LES DIABÉTIQUES

A PARIS ET DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE (1)

Par M. J. LE GOFF,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Il m'a paru intéressant d'attirer l'attention sur la mortalité chez les diabétiques, et en particulier, sur l'augmentation considérable des décès causés par le diabète à Paris et dans le département de la Seine.

Si l'on consulte l'Annuaire statistique de la Ville de Paris rédigé par M. le docteur Bertillon, chef des services statistiques à l'hôtel de ville, on voit qu'en 1880 il y avait 128 décès causés par le diabète, soit une moyenne de 0,644 par 10000 habitants. Cinq ans après, en 1885, le nombre des cas a doublé : on a 261 décès et une moyenne de 1,165 par 10 000 habitants. En 1890 on trouve 304 décès et une moyenne de 1,345 par 10 000 habitants; en 1895 on a 370 cas; en 1900, 427; en 1905, 443. Enfin en 1909 on atteint le chiffre important de 525 décès, soit 1 930 pour 10 000 habitants, approximativement 2 décès par 10 000 habitants. Ainsi en trente ans, le nombre des décès ayant pour cause le diabète a quadruplé !

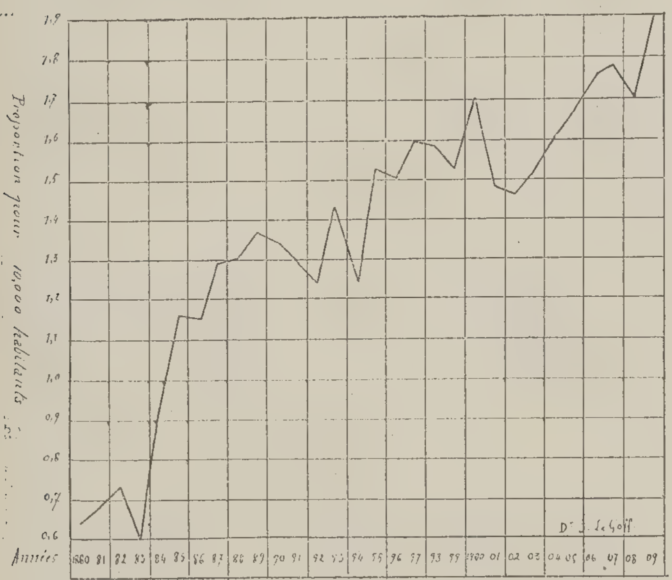
(1) Communication à l'Académie des sciences.

TABLEAU

donnant, de 1880 à 1909, le nombre de décès ayant pour cause le diabète, et la proportion pour 10 000 habitants.

ANNÉES.	NOMBRE DE CAS			PROPORTION pour
	A Paris.	Hors Paris.	Total.	10 000 habitants.
1880 ...	127	1	128	0,644
1881 ...	149	4	153	0,683
1882 ...	160	5	165	0,737
1883 ...	133	3	136	0,607
1884 ...	204	3	207	0,924
1885 ...	256	5	261	1,165
1886 ...	257	3	260	1,150
1887 ...	286	6	292	1,291
1888 ...	291	5	296	1,309
1889 ...	307	4	311	1,375
1890 ...	298	6	304	1,345
1891 ...	311	2	313	1,291
1892 ...	295	6	301	1,241
1893 ...	344	5	349	1,439
1894 ...	294	8	302	1,245
1895 ...	359	11	370	1,525
1896 ...	378	8	386	1,504
1897 ...	389	12	401	1,596
1898 ...	387	10	397	1,580
1899 ...	373	10	383	1,526
1900 ...	413	14	427	1,700
1901 ...	380	14	394	1,481
1902 ...	376	13	389	1,462
1903 ...	379	23	402	1,511
1904 ...	409	17	426	1,601
1905 ...	419	24	443	1,665
1906 ...	456	23	479	1,760
1907 ...	444	42	486	1,785
1908 ...	431	33	464	1,704
1909 ...	486	39	525	1,930

Diagramme montrant l'accroissement du nombre des décès ayant pour cause le diabète.



Si, d'après le nombre des décès, on conclut au nombre de cas de diabète existant à Paris, on peut dire que l'augmentation de ceux-ci en est considérable.

On a objecté à cela qu'autrefois beaucoup de cas de diabète étaient méconnus. Cependant on pourrait répondre que les méthodes d'analyse du sucre dans les urines n'ont pas varié depuis plus de cinquante ans, et avant 1880, date à laquelle commence notre statistique, les pharmaciens recherchaient et dosaient déjà le glucose par la réduction de la liqueur de Fehling. L'argument ci-dessus n'a donc pas toute la valeur qu'on lui a attribué.

Si l'on admet que le nombre des diabétiques n'a pas varié depuis trente ans, il faut conclure du tableau ci-dessus que la mortalité chez ces malades s'est accrue dans la proportion de un à quatre, puisque le nombre des décès a quadruplé !

A mon avis, ces deux conclusions sont justes : le nombre des diabétiques augmente et la mortalité chez les malades augmente également.

A quoi attribuer cet accroissement considérable d'une maladie qui était à peine connue au commencement du siècle dernier ?

J'en vois plusieurs causes ; d'abord le diabète frappe de préférence les classes aisées, les personnes qui font des repas copieux, qui mènent une vie sédentaire et qui ne se livrent à aucun travail corporel. Egalement dans les professions libérales, les notaires, les magistrats, les professeurs, les médecins sont exposés à devenir diabétiques s'ils ne s'astreignent tous les jours à des exercices réguliers et à une hygiène alimentaire spéciale.

Depuis que j'ai signalé le rôle important des cellules épithéliales des villosités intestinales dans l'assimilation des hydrates de carbone et par conséquent dans l'évolution du diabète (1), je me suis demandé si la consommation exagérée du saccharose ne devait pas être envisagée comme une des causes de l'augmentation des cas de diabète.

Il faut se rappeler que le saccharose ou sucre de canne était considéré jusqu'au XVIIe siècle, comme un médicament et vendu seulement par le pharmacien. Dans le courant du XVIIIe siècle on le retira de la betterave. L'établissement du blocus continental donna à la culture de cette plante un grand essor et l'on a vu durant tout le XIXe siècle la consommation du sucre s'accroître constamment.

Ainsi en 1910, la consommation annuelle du sucre par habitant était pour l'Angleterre de 40k710 ; pour l'Amérique, de 31k400 ; pour la Suisse, 26k77 ; pour l'Allemagne, 19k11 ; pour la Scandinavie, 18k97 ; pour la Hollande, 17k68 ; pour la France, 15k700 ; pour la Belgique, 12k64.

Or ce sont les pays qui consomment le plus de saccharose qui ont aussi le plus grand nombre de diabétiques.

Je rappelle un fait important qui paraît oublié, c'est que, chez une personne normale, je veux dire non diabétique, un excès de saccharose ingéré produit de la glycosurie, tandis qu'un excès d'amidon ne le produit jamais. Le saccharose pour être assimilé doit être dédoublé dans l'intestin en glucose et en lévulose. Cette opération se fait par l'intermédiaire d'une diastase, l'émulsine qui se trouve dans le suc entérique sécrété par les glandes de Lieberkühn. Depuis l'introduction du saccharose dans l'alimentation, ces glandes ont dû prendre une activité nouvelle, puisque, d'après ce que je viens de dire, un Anglais consomme 111 grammes de saccharose par jour, un Américain 86 et un Français 43.

(1) LE GOFF. Sur l'emploi de la graine de soja hispida de Chine dans l'alimentation des diabétiques, *Gaz. des hôpit.*, 1910, no 34, p. 476.

On sait que Linossier et Roque (*Arch. de méd. exp.*, 1895) ont trouvé, chez 19 sujets sains, de la glycosurie, après l'ingestion de :

50 grammes	de saccharose	dans 11 p. 100	des cas.
100	—	— 16	—
150	—	— 19	—
200	—	— 29	—

Je disais, d'autre part, que la mortalité chez les diabétiques augmente.

En général, le diabétique ne souffre pas, il possède un excellent appétit, il ne se soigne pas ou se soigne mal. Plus que tout autre malade, il se laisse influencer par la réclame en faveur de tel produit qui lui est présenté comme un remède infaillible. Ce n'est qu'à l'occasion d'un accident qu'il va voir le médecin, alors qu'il devrait se faire examiner d'une manière régulière et évaluer le degré de sa glycosurie à chaque changement de régime.

FORMULAIRE

INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES DE MENTHOL ET D'EUCALYPTOL DANS LA BRONCHITE, LA GANGRÈNE PULMONAIRE ET LA TUBERCULOSE.

Le docteur M. Berliner (*Berl. klin. Woch.*, 1910, p. 96) recommande l'association du menthol et de l'eucalyptol dans la formule suivante :

Menthol	10 parties
Eucalyptol	20 —
Huile de ricin	100 —

On pratique des injections, trois à quatre fois par semaine, de 2 centimètres cubes de cette solution dans les muscles de la fesse.

L'auteur considère sa méthode comme curative, dans la plupart des cas, du premier et du deuxième degré de la tuberculose.

CONTRE LA COQUELUCHE (Comby).

Teinture de bryone / — de drosera / — de grindelia	*ââ* 1 gramme
Sirop de terpine	20 —
Eau distillée	60 —

Par cuillerées à dessert de deux heures en deux heures.

POMMADE CONTRE LE PITYRIASIS VERSICOLOR (Besnier et Doyon).

Résorcine / Acide salicylique	*ââ* 1 à 3 grammes
Soufre précipité	5 à 15 —
Lanoline / Vaseline / Axonge	*ââ* 25 —

CONTRE L'IRRITATION DES GENCIVES CHEZ LE NOURRISSON (Le Gendre).

Glycérine / Eau	*ââ* 15 grammes
Bromure de potassium	1 —
Borate de soude	2 —
Teinture de safran	v gouttes

En application sur les gencives plusieurs fois par jour.

(*Nouv. Remèdes.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 MARS 1911)

L'immunisation par voie intestinale. Vaccination antityphique. — MM. Jules Courmont et A. Rochaix. L'introduction de toxines vaccinantes (notamment de cultures tuées de bacilles d'Eberth), dans l'intestin, par ingestion ou de préférence par lavement (plus efficace et mieux tolérée), peut immuniser. La vaccination antityphique par cette méthode inoffensive est applicable à l'homme.

Sur l'origine des cancers de la peau. — MM. L. Bruntz et L. Spillmann. Intéressante communication se terminant par cette conclusion : les cancers de la peau ont pour origine une viciation du processus physiologique de régénération des téguments.

Action du courant continu sur la pénétration diadermique des principes radioactifs des boues actinifères. — Mme Fabre, MM. A. Zimmern et G. Fabre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MARS 1911)

Le sérum antitétanique. — M. Vaillard fait un rapport sur un travail de MM. Biron et Pied. Les auteurs, avant l'emploi préventif du sérum antitétanique, ont eu dans leurs services 18 cas de tétanos, tous mortels. Depuis l'emploi du sérum, dans le même laps de temps, ils n'ont plus eu à observer un seul cas de tétanos, malgré le nombre et la gravité des traumatismes et bien que le tétanos continue à régner dans la région.

Nos écoles préparatoires de médecine. — M. Motais (d'Angers). La France seule possède des écoles préparatoires de médecine. Elles sont au nombre de douze : Angers, Clermont, Grenoble, Limoges, Tours, Dijon, Poitiers, Rouen, Reims, Caen, Amiens, Besançon. En 1909, elles comptaient 641 élèves.

Les écoles préparatoires ont pour fonction d'enseigner les éléments de toutes les branches de la médecine. L'expérience a prouvé que, dans ce rôle essentiel et fondamental à toute étude médicale, elles sont très supérieures aux Facultés. Le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a proclamé l'immense avantage que trouvent nos fils à faire ailleurs que dans nos grandes Facultés leurs élémentaires médicales.

On ne saurait trop appeler l'attention des pouvoirs publics, des parents et des futurs étudiants, sur ce point si important.

Il est nécessaire que l'enseignement ophtalmologique, qui exige tout particulièrement les leçons directes du maître, pour les notions de début, soit organisé dans toutes les écoles préparatoires.

Cette mesure s'impose d'autant plus que le nouveau décret de réorganisation d'études médicales impose l'enseignement obligatoire des notions élémentaires d'ophtalmologie à tous les futurs médecins.

Il n'existe en ce moment qu'un professeur de clinique ophtalmologique (Motais à Angers) et deux chargés de cours (Fage à Amiens et Deschamps à Grenoble). C'est une lacune regrettable qui doit être comblée au plus tôt.

MM. Blanchard, Labbé, Gariel, Pouchet, Bertrand et Guyon appuient les conclusions de M. Motais et déclarent

tous que l'enseignement élémentaire, donné dans les écoles de province, donne les résultats les plus satisfaisants.

M. GUYON insiste plus particulièrement, et rappelle combien il a eu à se louer de ses premières études à l'école de Nantes. C'est à cette première instruction qu'il attribue les succès de sa carrière à Paris. Il ne pouvait choisir un exemple plus démonstratif.

Nature de l'ictère syphilitique secondaire (ictère hémolytique ou sanguin). — M. GAUCHER, en son nom et au nom de M. Giroux, fait une communication sur ce sujet.

Après avoir rappelé qu'ils ont été les premiers à montrer que l'ictère syphilitique secondaire était un ictère hémolytique, les auteurs rapportent deux nouvelles observations, l'une a trait à un ictère par fragilité globulaire, l'autre à un ictère d'origine hémolysinique. Les auteurs pensent que l'ictère syphilitique secondaire peut être la conséquence d'un double mécanisme pathogénique, et qu'à son origine peut intervenir, soit une fragilité anormale des hématies, soit la présence d'hémolysines dans le sang circulant.

Une discussion s'élève, à propos de cette communication, entre MM. HAYEM, CHAUFFARD, WIDAL et GAUCHER, sur les diverses variétés d'ictère d'origine sanguine, avec ou sans fragilité anormale des hématies.

Traitement de la péritonite et des états infectieux par les injections de mycolysine. — M. DOYEN dit qu'il est parvenu récemment à préparer une nouvelle solution, qui peut être injectée, non seulement sous la peau, mais aussi dans le péritoine et dans les veines.

L'état sanitaire et l'organisation de la médecine publique de l'empire russe. — M. LOWENTHAL, après avoir fait un tableau saisissant des ravages exercés en Russie par le choléra, par les maladies transmissibles, évitables, établit un parallèle entre l'état sanitaire de ce pays et celui des autres pays.

M. Lowenthal termine ainsi. Quelles sont les causes de cet état sanitaire si lamentable de l'empire russe? Il n'hésite pas à attribuer le rôle prépondérant à la profonde ignorance des populations russes, qui se manifeste dans la proportion considérable des illettrés et a pour résultat l'ignorance des règles les plus élémentaires de propreté et de salubrité. Il appuie ses opinions sur l'étude comparée des morbidités d'un certain nombre d'affections, dont la variole et la gale (cette dernière affection compte 3,6 millions de malades, soit un malade sur 49 habitants; dans le gouvernement de Viatsk, cette proportion est de 1 sur 11 hab.) et il arrive à cette conclusion, que les ravages des maladies transmissibles dans les différentes régions de l'empire sont d'une façon générale en raison directe du nombre proportionnel des illettrés que ces régions accusent.

Mens sana in corpore sano. En 1906, dernière année connue, on comptait en Russie 25000 assassinats, meurtres et infanticides; c'est, à quelques unités près, le chiffre de ces crimes jugés par les tribunaux français dans les dernières quarante années, depuis la guerre de 1871. Durant la seule année 1906, le nombre d'assassinats s'est accru de 3.956; c'est, à 200 près, le nombre d'assassinats commis en France durant les derniers vingt ans.

L'auteur termine son exposé par une étude minutieuse de l'organisation sanitaire de la Russie. Et, à ce propos, il nous donne quelques détails des plus édifiants. Toute la population rurale de l'empire, soit 125 millions d'habitants, a droit à l'assistance médicale gratuite et est rattachée de ce fait aux 3268 circonscriptions médicales d'assistance. De sorte qu'une circonscription médicale d'assistance comprend en moyenne 40000 habitants, disséminés sur une étendue de 7200 kilomètres carrés, et... un seul médecin. Il est facile de s'imaginer quelles sont dans ces conditions et l'existence des médecins d'assistance, et la promptitude des secours, et les affres des malades les attendant. Quant à l'hôpital où on les transporte, il est souvent éloigné à des centaines de kilomètres, dans ce pays où les voies ferrées sont rares, et où, à défaut de routes praticables, il est impossible de parcourir plus de 25 kilomètres par jour, en voiture hippomobile la mieux attelée. (Dans la Russie d'Asie, l'étendue de telle circonscription dépasse 100000 kilomètres carrés; dans telle autre, elle atteint 383000 kilomètres carrés.)

Autre détail non moins instructif : la part de l'Etat dans les dépenses pour l'organisation sanitaire du pays (assistance médicale, hôpitaux, hospices, luttes prophylactiques, désinfection des foyers contaminés, etc.) ne dépasse pas 7 p. 100 : il s'en désintéresse ainsi dans la proportion de 93 p. 100.

M. Lowenthal conclut son long mémoire de la façon suivante :

« L'état sanitaire de l'empire russe constitue un danger permanent pour la Russie elle-même, et une menace permanente pour l'Europe et le monde entier. »

Caveant consules : le choléra est annoncé et la peste approche.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Brault; en deuxième ligne, MM. Achard et Ménétrier; en troisième ligne, MM. Borrel, Legry et Siredey.

Le nombre des votants était de 74, majorité 38; au premier tour, M. Brault obtient 68 suffrages, M. Achard 3, M. Borrel 2, et M. Ménétrier 1. En conséquence, M. Brault est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 MARS 1911)

Pigments biliaires et réaction rosée fugace à la phénolphtaléine. — M. TRIBOULET indique qu'avec un régime connu, lait et hydrocarbones, la selle normale ne doit pas donner de réaction à la phénolphtaléine (la bilirubine n'agit pas sur le réactif).

La réaction rouge, immédiate, durable, indique la présence du sang.

La réaction rosée fugace révèle alors la présence de pigments anormaux, termes de transition entre l'oxyhémoglobine et la bilirubine.

Les modifications de la tension superficielle du sang sous l'influence de différentes substances. — M. ISCOVESCO montre qu'une substance, qui abaisse la tension superficielle d'un liquide organique, l'abaisse d'autant plus que la concentration saline est plus grande. Les mesures de tension superficielle d'un liquide comme l'urine, dont la concentration saline est variable, ne sauraient donc donner aucune indication précise. Une même substance hémolytique employée à quantité égale pourra, pour les mêmes raisons, donner des résultats très différents suivant la concentration saline du milieu dans lequel se trouvent suspendus les globules rouges.

La déformation globuleuse homogène de certaines fibres nerveuses du cervelet des paralytiques généraux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PITULESCO présentent des coupes microscopiques de cervelets de paralytiques généraux démontrant la présence de boules homogènes, non seulement dans le vermis, mais aussi dans les hémisphères latéraux du cervelet.

Ces boules homogènes ont été constatées, et dans la couche granuleuse où on les trouve d'habitude, et dans la couche moléculaire où leur orientation est diverse.

Aussi semble-t-il qu'il ne faut voir dans cette déformation globuleuse homogène qu'une réaction relativement assez banale des cylindre-axes cérébelleux en général et des cylindre-axes purkinjiens en particulier.

La répartition de l'acide oxalique dans l'organisme à la suite de l'intoxication par cet acide. — D'après les recherches de MM. SARVONAT et ROUBIER, chez le chien, la teneur p. 1000 est la suivante :

Sang : 0,017; foie : 0,098; poumon : 0,106; rein : 0,225; nerfs : 0,250; cerveau : 0,270.

L'acide oxalique a donc une prédilection pour le système nerveux, susceptible d'expliquer les symptômes nerveux de cette intoxication.

Transport à grande distance des échantillons d'eau. — M. REMLINGER. En raison de la multiplication des bactéries qui se produit dans les eaux enlevées à leur état naturel et non réfrigérées, le transport à grande distance des échantillons destinés à l'analyse bactériologique se heurte à des difficultés, qui sont souvent des impossibilités absolues. En les salant à 8 p. 100, M. Remlinger a réussi à se faire adresser, de Constantinople à Châlons, c'est-à-dire d'une extrémité à l'autre de l'Europe, des échantillons d'eau et à les analyser avant que la multiplication des germes ne fût commencée. Celle-ci ne s'est effectuée que du cinquième au dixième jour. Le salage paraît donc pouvoir être, dans ces limites, appliqué au transport, à grande distance, des échantillons d'eau.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la nature et le traitement de l'ostéomalacie. (H. CRAMER, *Münch. Med. Woch.*, 21 février 1911, n° 8, p. 405.) — Cramer a été frappé de ce fait que l'ostéomalacie peut présenter un caractère endémique. Sur 21 cas qu'il a observés à la clinique de Bonn, 15 provenaient de la même région ; quant aux six autres malades, si elles n'habitaient plus cette région, elles y étaient nées ou y avaient été élevées. Chose curieuse, l'ostéomalacie frappe, dans cette région, non seulement l'espèce humaine, mais également les animaux : ce sont toujours des femelles pleines ou venant de mettre bas qui sont frappées. Cramer rapproche l'endémicité de l'ostéomalacie de l'endémicité du goître.

Cramer a toujours été frappé des rapports qui existent entre l'ovaire et l'ostéomalacie : l'ovaire exerce certainement une action importante sur l'évolution du tissu osseux ; si l'ostéomalacie frappe presque exclusivement le sexe féminin, c'est que l'ovaire est une glande à fonctionnement intermittent, sujet à des interruptions prolongées et à des reprises soudaines qui retentissent sur le squelette. Chez l'homme, au contraire, le fonctionnement du testicule est plus régulier et plus constant.

Dans la thérapeutique de l'ostéomalacie, la castration ovarienne vient en première ligne. Il importe que cette castration soit totale et qu'il ne reste pas le moindre débris de l'ovaire : Cramer a obtenu par ce procédé opératoire de beaux succès dans la cure de l'ostéomalacie.

Les résultats fournis par la castration ovarienne dans le traitement de l'ostéomalacie ont donné l'idée d'utiliser le sérum de brebis, auxquelles les ovaires avaient été extirpés trois ou quatre mois auparavant. Ce sérum fabriqué par Merck sous le nom d'« antimalacine », a été utilisé par Cramer dans un cas d'ostéomalacie. Les injections semblèrent avoir une action favorable sur les accidents, mais finalement on dut recourir à la castration.

L. Fränkel a préconisé aussi le lait de chèvres ovariotomisées : Cramer a employé ce traitement dans un cas ; sa malade prenait environ un litre de ce lait par jour ; les résultats ont été des plus heureux.

Mais il semble que dès qu'on cesse l'usage du lait, comme celui du sérum, les accidents récidivent rapidement.

Cramer recommande de ne pas négliger non plus la médication phosphorée. Quant au traitement de l'ostéomalacie par l'adrénaline, il n'en a pas encore l'expérience personnelle.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Appendicite chronique chez les enfants. (J. COMBY. *Arch. de méd. des enfants*, n° 6, juin 1910.) — Dans cet article, basé sur plus de *130 observations* d'appendicite chronique opérée, le docteur Comby expose très complètement cette question, toujours si discutée, et partant si intéressante.

Il insiste tout d'abord sur la *fréquence* extrême de cette forme d'appendicite chez les enfants, puis envisage successivement la question de la prédisposition héréditaire, familiale, et des antécédents du malade, en insistant sur le rôle des troubles gastro-intestinaux, des maladies infectieuses, des abus alimentaires. Suit un exposé clinique très saisissant des diverses *modalités rencontrées* ; forme *anorexique* avec dyspepsie ; forme avec *ictère* catarrhal; vomissements paroxystiques ; troubles cardiaques ; arrêt de développement ; une forme *nerveuse* avec névralgies, etc... Partisan modéré d'un traitement médical, le docteur Comby se montre très catégoriquement favorable au traitement chirurgical : « On a reproché, écrit-il, aux chirurgiens d'opérer trop d'appendicites, j'ai la conviction absolue qu'ils n'en opèrent pas assez. »

L. BABONNEIX.

Ostéopériostites nodulaires symétriques des os plats du crâne chez les nourrissons tuberculeux. (MM. H. TRIBOULET et L. RIBADEAU-DUMAS. *Arch. de méd. des enfants*, t. XIII, n° 10, oct. 1910.) — Les auteurs ont observé plusieurs fois chez des nourrissons atteints de tuberculose aiguë, l'apparition de véritables bosses frontales, pariétales ou temporales, plus ou moins douloureuses au palper, symétriques, dont l'examen histologique et bactériologique démontra aisément la véritable nature : il s'agissait de lésions tuberculeuses développées dans le diploë et le périoste adjacent : par le fait même qu'elles apparaissent au cours d'une atrophie ou d'une dyspepsie en apparence banale, ces ostéopériostites acquièrent une haute valeur sémiologique : elles prennent la valeur de petits signes à ajouter aux autres manifestations extérieures qui permettent de soupçonner une infection à bacilles de Koch.

A l'occasion des deux observations rapportées par eux, les auteurs, font une sorte de revue générale des travaux sur la tuberculose chronique et aiguë des os du crâne. La tuberculose chronique a surtout été étudiée par Max Reber; les lésions affectent deux formes : l'une perforante et séquestrale, l'autre progressivement infiltrée ; la tuberculose aiguë est plus rare, on pourrait y ranger la tuberculose infiltrante progressive des os, étudiée par Kœnig, la granulée osseuse, et la tuberculose ostéopériostique généralisée, hyperalgésique et fébrile, à évolution paroxystique, étudiée par Legendre et Philibert ; il est évident que la *syphilis* doit toujours être éliminée avant que l'on soit autorisé à conclure qu'il s'agit de tuberculose, diagnostic qui doit se confirmer, en outre, par l'examen histologique et bactériologique.

L. BABONNEIX.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur la situation du rein chez le jeune enfant, par rapport à la crête iliaque et réflexions sur l'ectopie rénale. (P. ALGLAVE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1910, p. 595-600, 2 fig.). — Ayant étudié la situation du rein chez cinquante enfants pris au hasard des autopsies, l'auteur arrive à cette conclusion que le rein de l'enfant, âgé de moins d'un an, est relativement bas placé : en rapport, 3 fois sur 4, avec la crête

iliaque par son pôle inférieur. Dès la deuxième année, il se dégage de la crête et prend la position lombaire, à mesure que se développe la fosse lombaire, et perd l'aspect lobulé, fœtal, pour prendre à la fois sa forme et sa situation définitives; l'aspect fœtal persisterait si le rein reste en position fœtale.

D'après cette donnée, « il existerait une sorte de migration rénale normale de bas en haut, comme il existe une migration testiculaire de haut en bas, et le rein qui n'effectuerait pas sa migration resterait un rein d'aspect fœtal. A cette cause serait dû l'aspect fœtal que présentent, chez l'adulte, certains reins qu'on trouve placés à la partie supérieure de la fosse iliaque interne et que l'on considère comme représentant des cas de ptose congénitale, alors qu'il ne s'agirait que de reins ectopiés, c'est-à-dire restés dans leur position fœtale, parce qu'un obstacle quelconque les a empêchés de gagner leur position lombaire ». L. ALQUIER.

Les dégénérescences cellulaires du thymus. (R. PIGACHE et G. WORMS. *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1910, p. 834-883, 4 fig.). — Voici les conclusions de ce mémoire :

« D'après cet exposé, on peut conclure que les figures de dégénérescence sont extrêmement nombreuses dans le thymus ; leur présence permet d'expliquer les différentes variétés de cellules ou de formations cellulaires qu'on y rencontre, telles que les cellules épithélioïdes, les corps de Hassal, les cellules géantes.

A ce processus de désintégration cellulaire si intense, au niveau du thymus, correspond la formation d'une substance de dégénérescence amorphe, d'aspect hyalin, qui est résorbée par le sang, et dont l'action possible sur l'organisme sera à élucider par la physiologie. » L. ALQUIER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Des applications cliniques de la nystagmographie. (BUYS (de Bruxelles). Travail communiqué au Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1910, publié *Revue hebd. de laryngol.-d'oto-rhinol.*, 1910, n° 39, p. 369.) — L'auteur a réussi successivement la notation graphique du nystagmus de rotation, du nystagmus galvanique, du thermique et du spontané; il cite Hennebert comme ayant fixé le nystagmus pneumatique, et H. Coppez qui s'est servi de l'appareil pour étudier la morphologie du nystagmus optique et de celui des mineurs. La méthode graphique de Buys repose sur l'emploi d'un appareil du type des inscripteurs à transmission pneumatique. La partie essentielle est l'ampoule réceptrice que l'on applique sur l'œil, au-dessus de la paupière et qui transmet les secousses reçues à un inscripteur.

L'appareil est fixé au fauteuil tournant (au dossier) pour les expériences faites avec son aide. Une certaine habitude et un certain doigté sont nécessaires à la mise en pratique de cette méthode.

Les notations des nystagmus de la rotation, spontané et galvanique, semblent avoir le plus d'intérêt; la vitesse du mouvement, imprimé au fauteuil, se règle d'après la sensibilité du sujet.

Dans le cas de destruction d'un labyrinthe avec nystagmus postopératoire, l'inscription nystagmique est normale vers le côté sain; du côté malade, les mouvements ne causent aucun nystagmus.

Dans un cas pathologique d'inégalité fonctionnelle des deux labyrinthes, l'inscription était plus intense pour les mouvements produits vers le labyrinthe ayant le post-rotatoire le plus fort.

La pratique établit que cette méthode est mieux acceptée par le malade que l'ancienne. L'auteur a pu ainsi l'utiliser chez un sujet atteint d'une destruction labyrinthique unilatérale.

Dans tous les cas d'insuffisance unilatérale, Buys a pu inscrire la prédominance d'un labyrinthe sur l'autre, et un nystagmus spontané dirigé vers le labyrinthe prédominant. L'inscription du nystagmus spontané se fait avant celle du nystagmus de la rotation. L'intensité du nystagmus spontané peut se mesurer par le courant galvanique.

L'auteur conclut que sa méthode graphique inscrit tous les nystagmus, vestibulaires ou autres; qu'elle est utilisable en clinique et est la seule applicable à la notation du nystagmus de la rotation chez les vertigineux. P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

L'eau oxygénée contre l'hyperchlorhydrie. (*Gazzetta degli Ospedali delle cliniche*, 1910, n° 145.) — Winternitz avait observé qu'un composé de peroxyde d'hydrogène et de magnésium diminue la sécrétion d'HCl dans l'hyperchlorhydrie, effet que Berger attribue non à l'eau oxygénée, mais au magnésium. Pétri et Goodman, se servant d'eau oxygénée pure, constatèrent tous les deux que l'absorption de H^2O^2 diminue toujours et fait disparaître quelquefois HCl.

Partant de ces données, Girardi s'est attaché à déterminer le mode d'action de H^2O^2, tant sur HCl libre que sur l'acidité totale et sur le pouvoir peptique du suc gastrique. Pour cela il administrait le repas d'épreuve de Ewald en remplaçant le thé par de l'eau ordinaire, vu les habitudes italiennes, et le jour d'après il imposait le même régime en ajoutant à l'eau 12 à 15 ou même 17 à 20 centimètres cubes de H^2O^2 médicinale. Parfois, vingt-quatre heures après le repas additionné de H^2O^2, il donnait un repas normal afin de mesurer la durée de l'action de H^2O^2.

Girardi est ainsi arrivé à constater une action constamment efficace de H^2O^2, variable suivant le degré de concentration; une augmentation du rapport entre l'acidité totale et HCl libre dans les repas modifiés par H^2O^2 comparés, aux repas normaux ; la diminution du pouvoir peptique du suc gastrique; la courte durée inhibitrice de H^2O^2.

La seconde de ces constatations tend à établir que H^2O^2 a une action élective sur HCl libre, ce qui est important en pratique; cela prouve en effet que l'union des albuminoïdes et de HCl se produit normalement malgré la présence de H^2O^2 celle-ci n'annulant que l'excès de sécrétion chlorhydrique.

Quant à la brièveté d'action de H^2O^2, elle est compensée par la facilité d'administration du remède, si bien qu'avec de toutes petites doses, on peut, au cours de l'hyperchlorhydrie, maintenir la proportion d'HCl dans des limites normales. Il suffira par exemple de mêler à la boisson deux petites cuillerées de H^2O^2.

En résumé, on peut affirmer que H^2O^2 est un remède excellent, d'administration facile, et de dosage commode, contre l'hyperchlorhydrie. Son action prompte et sûre n'est suivie d'aucun effet secondaire fâcheux sur les fonctions gastriques, pas plus que sur l'organisme en général.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

NOTES POUR L'INTERNAT

OEDÈME AIGU DU POUMON (1)

FORMES CLINIQUES. — **L'œdème aigu des brightiques**, s'observe surtout dans la néphrite chronique lente, bien plus que dans la néphrite subaiguë, il se caractérise par son début brusque, sans accidents pulmonaires antérieurs, même en l'absence de tout phénomène grave du mal de Bright; c'est cependant un accident brightique ainsi que le prouve la constatation des autres petits accidents du brightisme contemporain.

L'œdème gravidique, relève presque toujours d'une lésion rénale; cependant il a pu se rencontrer au *cours du travail* en l'absence de toute lésion rénale; il faut rappeler l'œdème aigu des accidents *gravido-cardiaques du rétrécissement mitral.*

Les FORMES A RECHUTES sont mortelles à brève échéance.

L'œdème aigu ex vacuo qui s'observe après la thoracentèse ou une ponction d'ascite serait favorisé, d'après M. Dieulafoy, soit par une évacuation trop abondante de liquide, le poumon reprenant ensuite difficilement son volume, soit par des complications, adhérences pleurales anciennes, bronchopneumonie tuberculeuse, affections cardiaques, etc.

Il éclate brusquement, au cours de la ponction : le malade se met à tousser, puis à cracher un liquide spumeux très abondant, qui, recueilli dans un verre, se dispose en une couche supérieure, mousseuse, jaunâtre, une inférieure, dense et albumineuse. Souvent les accidents cèdent rapidement à de la révulsion et à des piqûres d'huile camphrée; d'autres fois ils peuvent durer, jusqu'à vingt-quatre heures, ou plus exceptionnellement encore tuer le malade par asphyxie, en quelques minutes.

Œdème aigu au cours d'infections pulmonaires. — M. Carnot a signalé un cas d'œdème aigu au cours d'une pneumonie; MM. Caussade, Milhit et I. de Jong, ont décrit des *formes subaiguës de ces œdèmes* relevant du pneumocoque au cours des infections pulmonaires les plus diverses.

Œdème aigu pneumococcique. — Tout récemment MM. Guillain et Laroche ont rapporté un cas typique d'œdème aigu, qui fut la *seule manifestation d'une pneumopathie pneumococcique*; MM. Joltrain, Chauffard et Laroche, ont signalé des œdèmes aigus du larynx et du poumon, avec septicémie pneumococcique (*forme septicémique*). Dans ces formes un peu spéciales, l'expectoration contient de nombreux polynucléaires, des pneumocoques virulents; l'auscultation révèle de gros râles muqueux; ces malades ne présenteraient ni lésions cardiaques, ni lésions rénales.

Enfin il est des formes variables suivant la *cause occasionnelle* : œdème aigu au cours d'affections fébriles (fièvre typhoïde grippe, rhumatisme, etc.), au cours d'intoxications (salicylate de méthyle, alcoolisme aigu), au cours de rétentions chlorurées (expérimentale, thérapeutique, injections de sérum, etc.).

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'œdème aigu du poumon est toujours grave. La mort peut survenir au milieu de la crise; d'autres crises peuvent éclater ultérieurement; le malade qui a eu une crise d'œdème aigu, reste toujours sous la menace d'accidents analogues.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des *formes suraiguës* est celui du diagnostic de la *mort subite*, diagnostic étiologique que Brouardel a spécialement étudié : on pensera, en présence d'un individu mort subitement, à une grosse embolie pulmonaire, ou au coma urémique, à certaines formes de pneumonie, spécialement de pneumonie latente des vieillards, à une angine de poitrine, plus rarement à la rupture d'un anévrisme, etc.

Le diagnostic de la *forme aiguë* avec toux, dyspnée, expectoration séro-albumineuse, est à faire avec l'*embolie pulmonaire* de moyen volume, mais il n'y a ni l'expectoration albumineuse, ni la pluie de râles fins que l'on constate dans les deux poumons au cours de l'œdème aigu; avec le *pneumothorax*, mais il n'y a pas davantage d'expectoration dans ce cas; avec un *accès d'asthme*, mais dans l'asthme il n'existe pas de l'accélération des mouvements respiratoires, l'auscultation fait entendre de nombreux râles sibilants et ronflants, et l'expectoration n'apparaît qu'à la fin de l'accès.

Certaines *manifestations urémiques*, peuvent revêtir un type respiratoire et simuler une crise dyspnéique, soit qu'il s'agisse de *dyspnée sine matéria*, de *respiration de Cheyne Stockes*, de *pseudo-asthme*, urémique.

De ces diagnostics nous rapprocherons les *pseudo-asthme*, *cardiaque*, *réflexe*, etc., ainsi que certaines crises dyspnéiques dues à des compressions d'organes du médiastin (*adénopathie trachéobronchique*, asthme ganglionnaire, *asthme thymique*, etc.)

La *tuberculose pulmonaire* peut revêtir parfois un type suffocant, mais l'évolution est bien différente. Il suffit également de signaler la *bronchite capillaire*, qui ne peut être confondue avec l'œdème du poumon, qu'à un examen superficiel.

L'Œdème aigu d'origine pneumonique se caractérise enfin par l'hyperthermie, le pouls plein et vibrant, et la constatation de pneumocoques dans l'expectoration.

Le diagnostic de l'*œdème ex vacuo* s'impose en raison de son apparition à la suite d'une ponction pleurale ou d'une évacuation d'ascite.

Le diagnostic doit enfin se compléter, par le *diagnostic étiologique* : affection rénale ou aortique, hyperépinéphrie, intoxication ou infection, etc.

TRAITEMENT. — a. *Prophylactique* : éviter chez les prédisposés le froid, les auto-intoxications d'origine digestive ou autre.

b. *Traitement d'urgence* : *c'est la saignée* générale, abondante jusqu'à 500 grammes; cette saignée opère parfois de véritables résurrections et les phénomènes asphyxiques disparaissent à sa suite très rapidement; on aura recours modérément aux toni-cardiaques, on pourra donner de l'ipéca comme agent hypotenseur. Il est classique de signaler les méfaits de la morphine; assez récemment M. Vaquez a montré que son emploi était loin d'être aussi complètement contre-indiqué. Il faut enfin supprimer la cause d'intoxication (iodure, salicylate, etc.), et surtout prescrire un *régime déchloruré* : nous avons déjà vu le traitement de l'œdème ex vacuo, révulsion locale, éther, caféine, huile camphrée.

Dans l'**œdème aigu pneumonique** qui, pour Mercklen et Pouliot, releverait presque toujours d'une défaillance cardiaque, la digitale est indiquée; mais de toutes ces considérations thérapeutiques, ce qui est surtout à retenir c'est l'*indication absolue* de la saignée abondante opérée dès le début des accidents aigus, renouvelée au besoin le lendemain, et complétée par des révulsions locales (ventouses, cataplasmes sinapisés, etc.).

BIBLIOGRAPHIE. — MÉRY et BABONNEIX. Œdème aigu du poumon, revue générale. *Gaz. des hôpit*, août 1907. — CHÉMERY. Pathologie de l'œdème aigu du poumon. *Tribune médicale*, 1909. — Questions d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 151.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, nº 31, p. 470 et nº 34, p. 518.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Service de santé. — Par décret en date du 27 mars 1911, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Lèques et Barois.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de réserve. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Jaubert.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Masson et Médieux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Campana.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Rhem, Saupiquet et Péridier.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Vaton.

MM. les docteurs en médecine Goutenègre, Court, Barot, Lévy-Valensi, Sauphar, Vigneron d'Heucqueville, Ehrenpreis, Descomps, Bion, Dupont, Rollet, Pinard, de Lombardon Cachet de Montezan, Jourdrain, Villette, Grapin, Bergès, Aboab, Cadeau, Legros, Pitaud, Cloquet, Despujols, Bénard, Méric de Bellefon, Percot, Lanoue, Lafont, Charasse, Ribereau, Coustère, Courtis, Potherat, Vautier, Pancrazi, Guiard, Amblard, Fenard, Montagard, Laffont-Lacrampe, Rolland, Ollé, Barbier, Barrière, Gardey, Judel, Gayout, Cambon, Vincent, Fabre, Gassiot, Cluzan, Montpeurt, Richard, Gantier, Garnier, Carbou, Tamalet et Grunberg.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Georges, Delion, Fossier et Roginsky.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 27 mars 1911, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe retraité Cardeillac.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe retraité Augier; MM. les médecins-majors de deuxième classe démissionnaires Perrot, Lehardy et Izard.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe démissionnaire Ginoux.

V.-E.-M. 1911. — Le onzième voyage d'études médicales aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du sud-est de la France, visitées dans l'ordre suivant : Vals, Montmirail, Lamalou, Alet, La Fou-Saint-Paul-de-Fenouillet, Prats-de-Mollo, La Preste, Amélie-les-Bains, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, Molitg, Le Vernet, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldas, Ax-les-Thermes, Ussat, Aulus, Salies-du-Salat.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation, Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Toulouse, prix à forfait : 350 francs, pour tous les frais, chemins de fer (1re classe), voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (14e année). — Cours de vacances, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 9 au samedi 15 avril.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 9 avril, à

Gillette Rasoir de Sûreté
NI REPASSAGE NI AFFILAGE

dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 10 avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Lequeux, professeur agrégé; Devraigne, chef de clinique; Chirié et Lemeland, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Desnoues, Marioton, Brothier, Laffont et Pénard, moniteurs.

Réservé aux étudiants ayant plus de seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers, régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 5 avril 1911. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

PROGRAMME DU COURS. — *Mercredi 5 avril.* — M. Devraigne, à cinq heures : Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Jeudi 6 avril. — A trois heures : Exercices du palper au lit des malades; — M. Lemeland, à cinq heures : L'auscultation en obstétrique.

Vendredi 7 avril. — A trois heures : Exercices d'auscultation au lit des malades; — M. Chirié, à cinq heures : Le toucher en obstétrique.

Samedi 8 avril. — A trois heures : Exercices de toucher; — M. Devraigne, à cinq heures : Forceps sur le sommet (positions directes).

Lundi 10 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de forceps; — M. Devraigne, à cinq heures : Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Mardi 11 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de forceps; — M. Devraigne, à cinq heures : Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Mercredi 12 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de forceps; — M. Brindeau, à cinq heures : Le forceps sur la face et le front.

Jeudi 13 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de forceps; — M. Lequeux, à cinq heures : Le forceps sur les positions élevées.

Vendredi 14 avril. — A trois heures : Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps; — M. Chirié, à cinq heures : La version par manœuvres internes (version séparée).

Samedi 15 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de version; — M. Chirié, à cinq heures : La version par manœuvres internes (extraction).

Lundi 17 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de version; — M. Chirié, à cinq heures : La version par manœuvres internes (difficultés de l'extraction).

Mardi 18 avril. — A trois heures : Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision); — M. Lemeland, à cinq heures : L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Mercredi 19 avril. — A trois heures : Exercices pratiques d'embryotomie; — M. Lemeland, à cinq heures : L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Jeudi 20 avril. — A trois heures : Exercices pratiques d'embryotomie; — M. Lemeland, à cinq heures : Embryotomie rachidienne.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Fargues (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie a mis en marche le *train de nuit extra-rapide* desservant la Côte d'Azur.

Ce train aura lieu :

A l'aller, jusqu'au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 10 mai, les mercredis, samedis et dimanches.

Au retour, jusqu'au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 12 mai, les lundis, vendredis et dimanches.

Trajet de Paris à Nice en quinze heures.

Ce train est composé de grandes voitures de 1re classe à bogies, de lits-salon, d'un salon à deux lits complets, d'un sleeping-car et d'un vagon-restaurant entre Paris et Dijon.

Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Actualités médico-chirurgicales, conférences faites à la polyclinique H. de Rothschild, par MM. P. Bonnier, Borrel, P. Delbet, A. Desjardins, H. Dominici, Dieulafoy, C. Ducroquet, E. Fournier, H. Huchard, M. Letulle, Léopold-Lévi, C.-L. Maillard, A. Péchin, S. Pozzi, F. Raymond, A. Robin, P. Segond et Thoinot. Recueillies et publiées par le docteur Henri DE ROTHSCHILD. 1 vol. gr. in-8 jésus de 550 pages, avec 226 figures dans le texte et 16 planches, dont 3 en couleurs, hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Grandes et petites obésités. Cure radicale, par le docteur Francis HECKEL. Préface de M. HUCHARD, de l'Académie de médecine. Grand in-8 de XI-555 pages, avec 70 figures formant 12 planches hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique, par P. SPILLMANN, P. HAUSHALTER, professeurs de clinique à l'Université de Nancy, et L. SPILLMANN, professeur agrégé, chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie. Deuxième édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8 (de la collection de Précis médicaux), de XIV-570 pages, avec 181 figures dans le texte. Cartonné toile souple. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les Fonctions digestives, par E. BARDIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. (Encyclopédie scientifique, bibliothèque de physiologie.) In-18 jésus, cartonné toile, de 450 pages, avec 29 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Fonction cérébelleuse, par ANDRÉ-THOMAS, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Encyclopédie scientifique, bibliothèque de physiologie.) In-18 jésus, cartonné toile, de 350 pages, avec 89 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis, par le docteur Démétrius A. ZAMBACO-PACHA, correspondant de l'Institut de France, membre associé national de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-8 de 254 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Consultations et Formulaire de thérapeutique gynécologique, par le docteur M. SÉNÉCHAL, chirurgien-assistant de la maison départementale de la Seine. In-18 de 360 pages, année 1910. — Prix relié : 5 francs; net, 4 fr. 50; broché, 4 francs; net, 3 fr. 50, franco de port. — Paris, Maloine.

L'Opération hors l'hôpital, par E. BILLON. In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Hémophilie et son traitement (consultations médicales françaises, fascicule XXV), par le docteur Marcel LABBÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules). — Paris, A. Poinat.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PARALYSIES RÉCURRENTIELLES

Par MM. MAURICE BRÉMOND et DOR (de Marseille).

Les paralysies récurrentielles ou paralysies des muscles innervés par le nerf laryngé inférieur constituent plus un syndrome clinique qu'une entité morbide; car si parfois c'est la paralysie qui tout d'abord attire l'attention du clinicien, celui-ci ne doit pas oublier qu'elle n'est le plus souvent que le cri d'alarme d'affections causales très variables et que c'est du diagnostic de ces dernières que découleront les indications thérapeutiques.

Avant d'aborder l'étude clinique de la question, rappelons sommairement quelques notions anatomiques et physiologiques indispensables à la compréhension du sujet.

I

Anatomie. Physiologie. — *Au point de vue anatomique* les nerfs récurrents se présentent comme des branches du pneumogastrique émergeant de ce dernier à droite au niveau où le pneumogastrique croise la face antérieure de l'artère sous-clavière, à gauche beaucoup plus bas au point où le pneumogastrique passe sur la face antéro-externe de la crosse aortique.

Le récurrent droit décrit autour de l'artère sous-clavière une anse à concavité supérieure dont la convexité est sous-jacente au dôme pleuro-pulmonaire. Il remonte ensuite obliquement entre la carotide primitive et le long du cou pour venir s'appliquer sur la face antéro-latérale de l'œsophage avoisinant à ce niveau la face postérieure du lobe latéral du corps thyroïde : perforant ensuite le muscle constricteur inférieur il gagne la face postérieure du larynx.

Le récurrent gauche contourne la crosse aortique (pour Chaput le vestige du canal artériel). Il entre là en rapport avec le triangle cardiaque et les organes y contenus, en particulier les ganglions trachéo bronchiques; il vient ensuite se loger dans l'angle dièdre formé par adossement de la trachée en avant et de l'œsophage en arrière, entre en rapport immédiat avec la face postérieure du lobe thyroïdien gauche, et comme son congénère disparaît sous le constricteur inférieur.

Notons que l'un et l'autre sont sur toute la longueur de leur trajet accompagnés d'une chaîne ganglionnaire décrite par Gougenheim et Levalpikchef.

Tels sont les rapports du nerf récurrent, branche du pneumogastrique. Il nous reste à voir quelques données anatomiques sur ce tronc nerveux ainsi que sur le spinal dont il reçoit une anastomose fort importante.

Ces deux nerfs après avoir cheminé dans la boîte cranienne enveloppés par les méninges sortent du crâne par le trou déchiré postérieur. Ils occupent au cou l'espace sous-parotidien postérieur; c'est là, au niveau du ganglion plexiforme que se fait leur anastomose.

Plus bas, dans la région sterno-mastoïdienne, le pneumogastrique se place dans l'angle dièdre formé par accolement en avant de lui de la carotide et de la jugulaire interne. Comme nous l'avons vu, c'est au niveau de la partie inférieure des carotides primitives que se fait l'émergence des récurrents.

Au point de vue physiologique les nerfs récurrents innervent tous les muscles du larynx sauf le crico-thyroïdien (laryngé supérieur), c'est-à-dire :

Le crico-aryténoïdien postérieur;
Le crico-aryténoïdien latéral;
L'ary-aryténoïdien;
L'ary-épiglottique.

De ces muscles, un seul sert à dilater la glotte : c'est le crico-aryténoïdien postérieur. Les quatre autres ont pour effet de l'oblitérer et de la réduire à l'état de fente. Enfin le thyro-aryténoïdien a encore à jouer un rôle très important; il constitue la vraie corde vocale dont il est le tenseur.

Les paralysies du larynx pouvant être fonction de lésions des centres nerveux, il est indispensable de savoir où ces centres siègent vraisemblablement, et quelles fonctions spéciales semblent leur être dévolues.

Au sujet de l'origine réelle des nerfs laryngés, les physiologistes ont longtemps été en désaccord, les uns voulant faire du récurrent une branche du pneumogastrique, les autres, une branche du spinal. Pour Cl. Bernard l'antagonisme serait absolu entre les deux nerfs : le pneumogastrique fournirait les fibres respiratoires et abductrices, le spinal les fibres phonatoires et adductrices. Les auteurs contemporains avec Lermoyez et Broeckaert font venir toutes les fibres motrices du larynx de la portion bulbaire du spinal.

Quant à la portion centrale de la voie motrice du larynx, elle se compose de centres corticaux et de centres bulbaires. Le centre phonatoire cortical serait situé pour Garel et Grasset « sur le pied de la troisième frontale et au niveau de la portion initiale de la frontale ascendante », tout voisin par conséquent du centre du langage articulé de Broca et des centres moteurs de la langue et du voile. Ce centre est double (un de chaque côté). Son rôle est l'adduction des cordes vocales. Son action est croisée et bilatérale : une lésion d'un seul côté n'amènera donc aucun trouble de la motilité du larynx; une lésion des deux côtés aura par contre pour effet une diplégie laryngée avec cordes vocales en abduction. « L'hémiplégie corticale laryngée est donc impossible » (Lermoyez).

Les noyaux bulbaires comprendraient pour Lermoyez :

1° Un centre bulbo-respiratoire situé à la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule ayant pour rôle de dilater la glotte;

2° Un centre bulbo-phonatoire situé à la partie inférieure du plancher, dont l'excitation produirait

(1) Reproduction interdite.

le cri réflexe par adduction des cordes vocales.

Quant au trajet intra-cérébral des fibres, la question est encore à peu près inconnue.

II

Etiologie. Pathogénie. — Elle découle naturellement des considérations anatomo-physiologiques qui précèdent.

Pour la facilité de l'étude nous pouvons avec Lermoyez diviser les causes en quatre classes :

1° Lésions du tronc du récurrent ;
2° Lésions du pneumogastrique et du spinal ;
3° Lésions bulbaires ;
4° Lésions cérébrales.

A. LÉSIONS DU TRONC DU RÉCURRENT. — Ici prennent place :

Les traumatismes,
Les compressions,
Les névrites.

a. Traumatisme. — Bien rarement accidentel, vue la profondeur où se trouve le nerf, il s'agit le plus souvent d'une faute opératoire, tout spécialement au cours des interventions sur le corps thyroïde en cas de goitre et surtout de cancer : les adhérences complexes des néoplasies rendent parfois la section du nerf difficilement évitable. Dans l'œsophagotomie par voie externe, il est nécessaire de repérer très exactement le trajet du nerf pour ne pas le léser.

b. Parmi les compressions, une des plus fréquentes est la compression par des tumeurs anévrismales des artères aorte, sous-clavière et même du tronc brachio-céphalique. La fréquence de la paralysie récurrentielle est telle dans l'anévrisme de l'aorte que certains auteurs (Boinet, Renault) n'hésitent pas à considérer l'apparition de paralysie récurrentielle comme suffisante pour poser le diagnostic d'ectasie en l'absence même des autres signes cliniques caractéristiques.

Dans les statistiques, cette cause intervient 10 à 20 fois p. 100.

L'atteinte du récurrent droit est rare, plus rare encore l'atteinte des deux récurrents.

Au point de vue pathogénique, il peut ne s'agir ici que de simples phénomènes de compression ; mais dans bien des cas, certains auteurs (Syllaba) tendent à admettre une altération du nerf par extension du processus athéromateux. C'est par compression qu'agissent les adénopathies, soit tuberculeuses, et c'est le cas le plus fréquent, soit cancéreuses, soit syphilitiques, siégeant sur les groupes trachéo-bronchiques.

Dans le cancer de l'œsophage les phénomènes de compression n'apparaissent en général qu'à un stade assez avancé ; quelquefois cependant, ils peuvent être précoces, être même le signe initial avant toute dysphagie. Il faut alors les rapporter à une hypertrophie ganglionnaire concomitante.

Les affections thyroïdiennes ont droit à une place spéciale : goitres volumineux, tout spécialement goitres plongeants, et surtout cancer, celui-ci agissant d'abord par tiraillement du nerf et pouvant le détruire ensuite.

Citons enfin ici une observation de Lermoyez et Laborde où la paralysie récurrentielle fut rapportée à un phlegmon latéro-pharyngien.

Nous devrions signaler ici toutes les affections médiastinales susceptibles de comprimer le récurrent. Nous ne signalerons que les plus fréquentes. Les affections pulmonaires spécialement la tuberculose du sommet droit, les pleurésies, les kystes hydatiques du poumon, le cancer.

Au point de vue cardiaque les péricardites avec épanchement et surtout le rétrécissement mitral qui nous retiendra un peu plus longuement : les paralysies au cours de cette affection bien étudiées par Gantz et Pallasse sont nettement admises depuis les observations d'Ortner (1897). Sur 20 cas de rétrécissement mitral, Céraulo l'aurait notée quatre fois.

C'est le plus souvent l'hypertrophie de l'oreillette gauche qui en est la cause ; parfois cependant cette hypertrophie est encore peu accentuée quand survient la paralysie. On admet alors, avec Kraus, qu'il existe une énorme hypertrophie compensatrice du ventricule droit, à tel point que le cœur s'incline, entraînant dans son abaissement l'artère pulmonaire qui, par le canal artériel, tire sur l'aorte.

En outre, le tronc brachio-céphalique et la sous-clavière peuvent être altérés dans leur nutrition ; leur toxicité amoindrie ; ils subiront le contre-coup du déplacement du cœur ; le récurrent droit sera tiraillé ; d'où possibilité de paralysie récurrentielle double (Kraus, Hofbauer).

Signalons, enfin, un cas de Schroëter où une paralysie récurrentielle coïncidait avec une dilatation du canal artériel.

Et devant la multiplicité de ces causes médiastinales, nous pouvons à juste titre rappeler la phrase de Lermoyez : « Le larynx est le manomètre du thorax, la soupape de sûreté qui prévient le médecin que la pression est anormale dans la cavité thoracique. »

c. En temps que nerf, le récurrent peut être atteint d'une lésion inflammatoire, et c'est à ce titre que les *névrites* infectieuses ou toxiques prennent une certaine part dans l'étiologie des paralysies récurrentielles.

Il peut s'agir de névrites au cours de maladies infectieuses ; les plus fréquemment en cause sont la fièvre typhoïde, l'infection puerpérale, la rougeole, la diphtérie, le choléra, l'influenza, le rhumatisme. La tuberculose et la syphilis, que nous avons vues produire des paralysies récurrentielles par hypertrophie ganglionnaire, peuvent aussi agir par névrite (Dutil et Lubet-Barbon). Le saturnisme (Tanquerel des Planches), l'arsenicisme, l'alcoolisme sont les intoxications le plus souvent rencontrées. Massio le premier (1899) décrivit la paralysie a frigore ou rhumatismale, cette paralysie pouvant être primitive ou consécutive à une laryngo-trachéite.

Enfin c'est ici qu'il nous faut signaler les paralysies musculaires isolées consécutives à des laryngites catharrales aiguës ou chroniques. Certains

auteurs les expliquent par la loi de Stockes : « Tout muscle sous-jacent à une muqueuse enflammée est frappé de paralysie », d'autres admettent la possibilité d'une névrite périphérique intermédiaire.

B. Lésions du pneumogastrique et spinal. — Le tronc du pneumogastrique peut être comprimé par la plupart des causes déjà citées à propos du récurrent (goitres, cancers cervicaux, hypertrophies ganglionnaires). Dans leur portion initiale, le pneumogastrique et le spinal peuvent être lésés au cours de fractures de la base du crâne, de méningites, de tumeurs craniennes.

C. Lésions bulbaires, — Ce seront toutes les lésions atteignant les noyaux d'origine du pneumogastrique et du spinal. Les plus fréquentes sont, la syringomyélie, le tabes (34 p. 100 des tabétiques) la sclérose en plaques, la paralysie labio-glosso-laryngée. Nous ne dirons qu'un mot du tabes : accident fréquent et parfois symptôme de début, la paralysie récurrentielle coïncide volontiers avec les accidents laryngés spasmodiques et les crises gastriques (Oppenheim). Sa pathogénie est incomplètement élucidée : elle peut relever d'une névrite périphérique (Oppenheim et Kraus), mais plus souvent, semble-t-il, de lésions nucléaires (Landouzy, Déjerine).

D. Lésions cérébrales. — L'hémorragie cérébrale, le ramollissement, les tumeurs (gliomes, glio-sarcomes, gommes syphilitiques) peuvent engendrer des troubles récurrentiels. Les observations cliniques avec contrôle laryngoscopique et autopsie en sont très rares. Les données anatomiques (action bilatérale du centre cortical) expliqueraient cette rareté. Certaines observations paraissent cependant indiscutables (Lubet Barbon, Grasset).

Signalons ici les paralysies pseudo-bulbaires.

Il est enfin un certain nombre de cas (4 fois sur 22 pour Aboulker, 65 fois sur 150 pour Avellis) où la cause ne peut être trouvée; mais nous ne saurions omettre que si l'on ne trouve aucune lésion anatomique, on doit toujours penser à l'hystérie, en rechercher les stigmates, car la grande névrose s'accompagne volontiers de paralysie laryngée.

De cette longue énumération nécessitée par la multiplicité des causes, dégageons les faits suivants.

La paralysie récurrentielle est une affection fréquemment observée en clinique et qui le serait davantage encore si l'examen laryngoscopique était plus fréquemment observé.

Elle atteint surtout le sexe masculin; chez lui, en effet, l'anévrisme de l'aorte et le cancer de l'œsophage sont beaucoup plus fréquents.

Le maximum paraît être entre 40 et 60 ans (Sendziak, Avellis, Félix, Guder et Dufour).

Par ordre de préséance, la première place revient au goitre (28 p. 100 pour Guder et Dufour), en second lieu viennent l'anévrisme de l'aorte et l'athérome aortique (29 p. 100), ensuite le cancer de l'œsophage (82 p. 100 pour Sendziak, 14 p. 100 pour Schickendenz), puis l'adénopathie trachéo-bronchique et les affections pulmonaires.

Remarquons enfin que l'aortite, l'anévrisme de l'aorte, beaucoup d'hypertrophies ganglionnaires, le tabes, certaines névrites périphériques, ont pour cause l'infection syphilitique. De même beaucoup d'affections pulmonaires, pleurales, péricardiques, ganglionnaires et certaines névrites sont tributaires de la tuberculose; nous devions faire remarquer en terminant l'importance primordiale que ces deux processus occupent avec les néoplasmes comme causes des paralysies récurrentielles.

III

Symptomatologie. — Au point de vue symptomatologique, les paralysies récurrentielles peuvent être complètes ou incomplètes (parésies), bilatérales ou unilatérales. Elles peuvent atteindre tous les muscles, un groupe musculaire seulement, ou se localiser à un seul muscle.

Les affections si diverses auxquelles elles peuvent ressortir leur impriment suivant les cas un mode de début et une allure clinique essentiellement variable. Nous ne nous occuperons que du syndrome pris en lui-même, laissant systématiquement de côté tout ce qui dans le tableau clinique n'est dû qu'aux affections causales.

Voyons donc successivement :

La paralysie récurrentielle bilatérale;
La paralysie récurrentielle unilatérale;
Les paralysies isolées.

A. Paralysies récurrentielles bilatérales. — Avec Simon et Rosenberg, on admet que les muscles dilatateurs sont les premiers atteints dans les paralysies organiques.

En effet, au début de l'affection, on observe en général peu de troubles phonatoires, mais surtout des troubles respiratoires. C'est une dyspnée d'intensité variable, pouvant pendant le sommeil s'accompagner de tirage et de cornage, pouvant même aller jusqu'à des menaces d'asphyxie. L'examen laryngoscopique montre alors les cordes vocales sur la ligne médiane, distantes l'une de l'autre de quelques millimètres à peine.

A cette première période (dite d'irritation) succède l'atteinte des adducteurs, et alors apparaissent les troubles de la voix : aphonie plus ou moins complète, modification de la toux, rauque, voilée; l'impossibilité de l'expectoration; le coulage de l'air pendant l'effort par occlusion constamment incomplète de la glotte (Zimssen). Enfin un bruit spécial sera entendu pendant la respiration. Il est dû aux vibrations des cordes vocales détendues au moment du passage de l'air. L'examen laryngoscopique montre alors l'espace laissé libre entre les cordes, élipsoïde : ce sont les cordes en position intermédiaire improprement appelée cadavérique. Les cordes ont perdu leur aspect nacré et prennent une teinte grisâtre. On comprend qu'à cette deuxième période les troubles respiratoires aient diminué, et aient cédé le pas aux troubles phonatoires.

B. Paralysies récurrentielles unilatérales. — Elles sont bien plus fréquentes que les précé-

dentes; c'est encore ici la paralysie du posticus qui ouvre la scène. La voix et la toux sont à peu près normales; la respiration est assurée par l'écartement de la corde vocale du côté sain. Les phénomènes de début peuvent passer inaperçus; cependant l'examen laryngoscopique montre l'aryténoïde du côté malade immobile; la corde vocale sur la ligne médiane contraste avec celle du côté opposé.

Au bout d'un temps de durée variable les adducteurs sont aussi atteints : la voix devient bitonale, prend un timbre spécial et si l'aphonie ne s'observe pas c'est, il faut bien le dire, parce que la corde vocale du côté opposé vient par un effort de compensation rejoindre ou presque sa congénère. Quant à la respiration elle est peu gênée, assurée qu'elle est par la mobilité du côté sain. — Le laryngoscope montre la corde vocale du côté malade en position intermédiaire, complètement immobile, paraissant raccourcie; celle du côté opposé décrit des mouvements d'amplitude considérable et paraît allongée; la glotte présente l'aspect d'un V à deux branches inégales.

C. Paralysies récurrentielles isolées. — Nous ne reviendrons pas ici sur les *paralysies des abducteurs ou des adducteurs*. — Dans la première on observe les phénomènes déjà décrits dans la paralysie bilatérale à sa période de début : troubles uniquement respiratoires, cordes en position médiane.

Dans la paralysie des adducteurs pas de troubles respiratoires, mais aphonie complète, impossibilité de tousser et de cracher et, au laryngoscope, orifice glottique largement béant.

En cas de *paralysie isolée de l'aryténoïdien* il y a aphonie absolue quand elle est complète; simple raucité dans les états parétiques. Les cordes ligamenteuses se rapprochent mais la glotte intercartilagineuse reste béante et présente un triangle à sommet antérieur par où l'air s'échappe : d'où pression insuffisante pour mettre les cordes en vibration. La laryngoscopie est ici difficile, car le larynx se contractant sur lui-même entraîne un abaissement de l'épiglotte qui masque la région.

La *paralysie isolée du thyro-aryténoïdien* est la paralysie des vraies cordes vocales. Si les deux muscles sont atteints on observe la voix cassée, même une aphonie presque complète, mais aucun trouble respiratoire. Si la lésion est unilatérale, la voix est enrouée et fréquemment bitonale. La région revêt au laryngoscope une forme ellipsoïde.

Dans la *paralysie isolée du crico-aryténoïdien latéral* on ne voit aucun trouble respiratoire, mais une abolition de la fonction vocale; la glotte reste béante et prend un aspect losangique : ce losange est formé de deux triangles, l'un antérieur correspondant à la glotte interligamenteuse, l'autre, postérieur à la glotte intercartilagineuse.

Nous n'avons jamais parlé de l'état de la sensibilité du larynx au cours des paralysies récurrentielles. C'est qu'il n'est pas de question plus controversée. Pour Ziemssen et Broeckaert le récurrent ne serait d'ailleurs pas un nerf mixte. D'autres, Massëi et Graeffner, admettent que la paralysie récurrentielle entraîne une diminution ou même une perte totale des réflexes du larynx. Pour Avellis l'hémianesthésie du larynx ne se produit que dans l'hystérie. On voit donc qu'il est impossible de se faire à l'heure actuelle une opinion exacte à ce sujet.

Tels sont les symptômes essentiels des paralysies récurrentielles. Quant aux autres phénomènes qui dépendent des affections causales, nous les envisagerons en faisant le diagnostic étiologique.

IV

Formes cliniques. — Il ne s'agira pas ici des divers aspects sous lesquels peut se présenter la paralysie récurrentielle suivant sa cause, mais de certains syndromes que l'on a récemment isolés où la paralysie du récurrent s'accompagne de troubles moteurs dans les territoires innervés par le vago-spinal.

Il en existe deux grands groupes.

1° Des *formes typiques* : syndrome d'Avellis, syndrome de Schmidt, syndrome de Jackson.

2° Des *formes atypiques et incomplètes* où manque la paralysie du voile : syndrome de Tapia, syndrome de A. Gignoux.

a. Le syndrome d'Avellis est constitué par une hémiplégie du larynx et du voile du palais. Il est dû à une lésion centrale ou périphérique du vago-spinal siégeant au-dessus du ganglion plexiforme, puisque c'est à ce niveau que se fait l'émergence des filets nerveux destinés au voile. Si la lésion est centrale, elle porte sur les noyaux bulbaires, jamais sur les hémisphères.

b. Syndrome de Schmidt. — Ici à l'hémiplégie palato-laryngée s'ajoute une paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze du même côté. Pour Schmidt, la cause serait une lésion intéressant à la fois la branche interne et externe du spinal.

c. Syndrome de Jackson. — Il y a paralysie vélo-laryngée, paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, paralysie de la langue. La proximité du grand hypoglosse et du vago-spinal tant au niveau de leurs noyaux d'origine que dans leur trajet périphérique explique aisément leur commune atteinte.

d. Syndrome de Tapia. — La paralysie du voile manque ici et l'on note une hémiplégie du larynx, de la langue avec ou sans participation du sterno-mastoïdien et du trapèze. La lésion susceptible de le causer (traumatismes, 5 cas; syphilis, 1 cas; néoplasme de la parotide, 1 cas; néoplasme de la région carotidienne, 1 cas) serait toujours périphérique et siégerait sur le vague au-dessous du ganglion plexiforme, atteignant en même temps le grand hypoglosse.

e. Syndrome de Gignoux. — Il n'en existe à la vérité qu'un cas; il est constitué par une hémiplégie du larynx, du sterno-mastoïdien et du trapèze. D'ailleurs est-ce là, à proprement parler, un syndrome bien individualisé? On pourrait en effet supposer tout au moins des associations variables de la laryngoplégie avec d'autres troubles paralytiques dans le

territoire du pneumogastrique et du spinal sans qu'il y ait lieu d'en faire une description systématisée.

V

Diagnostic. — 1° Le DIAGNOSTIC POSITIF d'une paralysie récurrentielle repose essentiellement sur les signes subjectifs (troubles respiratoires et phonatoires) et sur les symptômes objectifs reconnus à l'examen laryngoscopique.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La véritable difficulté pour le clinicien sera souvent moins de la différencier des affections susceptibles d'être confondues avec elle que de penser à elle et de la dépister alors qu'elle n'existe qu'à l'état fruste.

En effet on éliminera facilement les accès de suffocation survenant au cours de l'étroitesse congénitale du larynx, de stridor congénital du nouveau-né, de laryngite striduleuse, de corps étranger des voies aériennes, d'œdème de la glotte.

De même la laryngoscopie différenciera facilement la tuberculose et les tumeurs bénignes ou malignes du larynx. La distinction est facile à faire entre une paralysie des adducteurs et l'infiltration aryténoïdienne ou l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes.

Signalons aussi de ne pas confondre la neurasthénie laryngée (Pegré, Porcher, Castex), affaiblissement de la voix chez des sujets fatigués.

Mais, de toutes les affections à éliminer, la plus difficile sera parfois le spasme du larynx qui se rencontre particulièrement chez les névropathes et les tabétiques. Des examens successifs seront souvent nécessaires pour définir s'il s'agit réellement d'une paralysie ou d'une contracture des muscles antagonistes.

3° DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — C'est en lui que réside le véritable intérêt et parfois une assez grande difficulté.

Dans certains cas ce diagnostic est évident, en présence d'un traumatisme cervical, d'une énorme tumeur thyroïdienne, d'une poche anévrismale battant manifestement sous les téguments ou encore d'une affection générale se manifestant par des symptômes nombreux et évidents : telle la paralysie laryngée d'un cholérique ou, dans un autre ordre d'idées, celle qui peut survenir chez un hémiplégique.

Mais dans d'autres cas un examen somatique des plus complets est nécessaire pour dépister la cause.

Cet examen pourrait se faire par régions : il nous semble bien plus logique et plus clinique de passer en revue les affections susceptibles d'être en cause en allant des plus fréquentes aux plus rares.

C'est tout d'abord l'hypothèse d'anévrisme de l'aorte qui se présentera à l'esprit du clinicien, et c'est à sa recherche qu'il va surtout lorsque la paralysie atteint la corde gauche. Il faut à cet effet bien connaître ces anévrismes aortiques, qui pendant un laps de temps très long peuvent n'avoir comme expression extérieure que des troubles de la voix : c'est l'anévrisme à type récurrentiel de Dieulafoy.

Cependant certains auteurs sont allés jusqu'à nier la fréquence de l'anévrisme aortique cause de paralysie récurrentielle (Huchard, Gleitzmann). Sans entrer dans la discussion qu'entraîne cette opinion, il faut reconnaître que bien souvent l'ectasie aortique n'est pas une poche bien localisée mais une dilatation d'ensemble de la crosse. Les symptômes seront alors évidemment ceux de l'aortite (hypertension, crises pseudo-angineuses, clangor, légère augmentation de la matité préaortique), tous signes dont la constatation sera du plus haut intérêt pour le diagnostic de l'affection qui nous intéresse.

C'est donc du côté de l'aorte que doit tout d'abord regarder le clinicien qui se trouve en présence d'une paralysie récurrentielle.

S'il ne trouve aucun signe d'ectasie ou simplement d'aortite, il pensera aux hypertrophies des ganglions trachéo-bronchiques ; quand le malade est un enfant, c'est même la première hypothèse qu'il devra envisager.

Ici aussi les troubles de la voix et les accidents respiratoires peuvent se montrer d'une façon presque exclusive avant l'apparition des autres signes de compressions médiastinales : compressions veineuses avec œdème et cyanose, compression du pneumogastrique avec toux coqueluchoïde, compression broncho-pulmonaire avec signes stétoscopiques variables.

Reste à déceler la nature de ces hypertrophies ganglionnaires.

Dans les cas d'adénie simple, fréquente chez l'enfant, les troubles laryngés varient d'un jour à l'autre ; ces poussées successives sont assez caractéristiques.

Dans la tuberculose, les antécédents personnels et familiaux, et les signes de l'auscultation pleuro-pulmonaire aideront à fixer le diagnostic.

Les antécédents, la leucoplasie linguale possible, l'inégalité pupillaire viendront parfois signer un diagnostic de syphilis. La néoplasie ganglionnaire étant le plus souvent secondaire, la constatation de la néoplasie primitive aura dans ce cas une importance primordiale,

La tuberculose pleuro-pulmonaire devra ensuite être recherchée et si la paralysie siège à droite, c'est à cette lésion qu'on songera tout d'abord: On s'efforcera donc de mettre en évidence des lésions bacillaires du dôme pleuro-pulmonaire droit. On pourra trouver dans certains cas une tuberculisation avancée, mais dans d'autres on ne constatera qu'un état congestif, ou encore un épaississement pleural (Mandle). Ici prennent place aussi les pleurésies exsudatives et même le pneumothorax qui agirait (Solis-Cohen, Lublinski) par déplacement du cœur et de l'aorte.

Bien que relativement rare, on devra songer à la possibilité de cancer du poumon dont la paralysie récurrentielle serait un bon signe pour Simson et Geley.

Avant d'abandonner l'investigation du médiastin, il faut rechercher le rétrécissement mitral. Fréquent surtout chez la femme, les signes de sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec hyper-

trophie ventriculaire ou avec dilatation de l'oreillette gauche permettent de rapporter à cette cause la paralysie du récurrent. Cependant des travaux les plus récents basés sur des constatations anatomiques, il découle que ce n'est qu'à défaut de toute autre cause qu'il faudra s'arrêter définitivement à ce diagnostic.

Si en examinant le cœur, on constate les signes d'un épanchement péricardique, c'est lui qu'on rendra responsable des troubles laryngés.

Le cancer de l'œsophage atteindrait le plus souvent le récurrent gauche que le droit; il y a plus souvent parésie que paralysie. On comprend l'importance qu'acquièrent en pareil cas les signes de dysphagie; cependant ici on peut aisément confondre avec un anévrisme aortique, car les signes de compression du début sont les mêmes dans les deux cas; et Garel appelle pseudo-cancers de l'œsophage les ectasies aortiques prises pour des néoplasmes. L'œsophagoscopie et surtout la radioscopie et la radiographie seront ici de précieux auxiliaires.

Si la recherche d'une étiologie au niveau du médiastin est restée infructueuse, il faudra repalper soigneusement le cou du malade pour chercher à déceler une lésion de cette région qui aurait passé inaperçue à un premier examen : vaisseaux, ganglions, corps thyroïde et parotide seront méticuleusement appréciés dans leur forme, leur consistance, leur volume.

Mais en pareil cas, c'est plus souvent aux altérations nerveuses intrinsèques que le clinicien devra penser.

Le tabes tout d'abord, soit qu'il s'agisse de lésions bulbaires, soit qu'au contraire les noyaux étant intacts (Déjerine-Pétren) la paralysie ressortisse à une névrite périphérique. C'est la recherche des signes de sclérose des cordons postérieurs (Romberg, Argyl-Robertson, Westphall, exercice à la Fournier) qui permettront de déceler la cause. Ces paralysies laryngées au cours du tabes sont assez souvent précoces et constituent même un symptôme initial de l'ataxie. Elles ont été assimilées à ces paralysies parcellaires et fugaces des muscles moteurs de l'œil si fréquentes chez les tabétiques.

Nous avons indiqué, à l'étiologie, les autres névrites susceptibles d'être incriminées. Si elles sont parfois évidentes, il faudra dans bien des cas prendre la peine de les découvrir.

L'extrême rareté des lésions centrales entraînant une paralysie récurrentielle (5 cas seulement dans la littérature médicale) engagera le clinicien à ne les accepter que sous la plus grande réserve et en l'absence totale de toute autre cause.

La forme clinique de la paralysie récurrentielle peut aider le médecin à découvrir la cause. En présence d'un syndrome d'Avellis, la lésion siégeant au-dessus du ganglion plexiforme, la cause doit être intracranienne ou bulbaire. C'est au-dessus de la division du spinal que se trouve la lésion dans le syndrome de Schmidt. Le syndrome de Jackson est l'indice d'une lésion siégeant à la fois sur le pneumogastrique, spinal et grand hypoglosse. Enfin dans le syndrome de Tapia, c'est au-dessous du point d'émergence du rameau pharyngien que la cause sera cherchée.

En dernière analyse, c'est à juste titre que l'hystérie sera dans bien des cas invoquée : le sexe, l'âge, les stigmates viendront appuyer ce diagnostic. Ici les abducteurs sont presque toujours indemnes; les adducteurs au contraire toujours atteints (loi de Semon Rosenberg). D'où symptomatologie spéciale caractérisée par des troubles phonatoires sans troubles respiratoires.

En présence de la multiplicité des causes susceptibles de donner lieu à une paralysie récurrentielle il semblerait a priori que l'on pût toujours arriver à en mettre une en évidence. Et cependant certaines statistiques montrent que la cause resta introuvable dans près d'un sixième des cas.

VI

Pronostic. — Il varie à l'infini avec la cause. Dans certains cas, la paralysie récurrentielle transitoire et passagère est curable. Dans d'autres cas, par la soudaineté de son apparition, par l'intensité des phénomènes dyspnéiques qui l'accompagne, la mort peut en être la conséquence immédiate. D'autre part la paralysie récurrentielle partielle constitue fréquemment une infirmité irrémédiable.

VII

Traitement. — Ici encore c'est surtout la cause qu'il faut avoir en vue. Quant aux accidents occasionnés par les troubles paralytiques laryngés ils comportent l'intubation et la trachéotomie. Ces interventions ne trouvent d'ailleurs leur indication qu'en cas d'accidents dyspnéiques menaçant la vie du malade.

BIBLIOGRAPHIE.

Avellis. Klinische Beiträge zur halbsectigen Kehlkopflähmungen, *Berl. Klin.*, t. XL, 1891.

Aboulker. Vingt-deux cas de paralysie des cordes, *Revue des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1910.

Brœckaert. *Etat actuel de la question des paralysies récurrentielles.*

Brissaud. *Leçons sur les maladies aériennes*, 1899, t. II.

Boinet. In *Traité de méd.* Brouardel et Gilbert, Paris 1907, p. 253.

Boulay et Mendel. Les paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1894.

Botey. Paralysie syphilitique du larynx, *Congrès intern.*, Rome 1894.

Benenati. Paralysie des deux récurrents par sténose œsophagienne cicatricielle, *Sem. méd.*, 1901.

Castex. Paralysie des adducteurs de la glotte, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909-1910.

Chiari. *Soc. laryng. de Vienne*, nov. 1897.

Ceraulo. Paralysie du récurrent dans les affections mitrales, *Morgagni*, juin 1907; — *Sem. méd.*, 1907.

Cadel. *Les Paralysies laryngées du tabes*, Th. de Lyon, 1898.

Déjerine et Petren. Paralysie laryngée chez un tabétique, *Soc. de biol.*, 25 juillet 1896.

Déjerine. *Soc. de biol.*, 28 fév. 1891.

Deygas. *Paralysie récurrentielle bilatérale complète d'origine périphérique*, Th. de Lyon, 1902.

Dutil. In Th. Lubet-Barbon.

Felix. Les causes des paralysies complètes du récurrent, *Sem. méd.*, 1905, n° 51.

FINDER. Paralysie récurrentielle gauche. Anévrisme aortique. Tabes, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx.*
GAREL. Comment on diagnostique un anévrisme de l'aorte, *Lyon méd.*, 1907, n° 8; — Paralysie récurrentielle et rétrécissement mitral, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, oct. 1910; — *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, juin 1886.
GLEITZMANN. Anévrisme de l'aorte et paralysie récurrentielle gauche, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1898, n° 7.
GALEY. Paralysie d'une corde vocale. Cancer du poumon et tuberculose, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1893, p. 35.
GRABOWER. Sur la question du récurrent, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909; — Carcinome œsophagien et paralysie laryngée, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, juillet 1909.
GROPARD. Paralysie de la corde vocale gauche, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909.
GRINER. *Les Paralysies récurrentielles*, Th. de Paris, 1899.
GANTZ. Paralysie récurrentielle en cardiopathie, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909.
GRASSET. *Les Centres nerveux*, Paris, Baillière.
HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, p. 454, Paris 1899.
HORCASITAS. Un cas curieux de paralysie récurrentielle, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, nov. 1910.
HEIMANN. Paralysie récurrentielle, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1910.
HOFBAUER. *Soc. de méd. de Vienne*, 14 nov. 1905.
KÜTNER et MAYER. Le récurrent de l'homme a-t-il des fibres sensibles, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909.
KOELLREUTER. Paralysie récurrentielle et sténose mitrale, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909.
LERMOYEZ. Rapport au *Congrès de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 1897.
LERMOYEZ et BLANLUET. *Soc. méd. des hôpit.*, 1908.
LEMAITRE et SIMONIN. Pronostic hémiplégique palato-laryngé, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, mars 1910.
LUBET-BARBON. *Etudes sur les paralysies laryngées*, Th. de Paris, 1887.
MENDZEL. Paralysie récurrentielle et syringomyélie, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1910.
MARTEL. Paralysie des cordes vocales chez les tuberculeux, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1879.
MONCORGÉ. *Etudes sur la laryngoplégie unilatérale*, Th. de Lyon, 1890.
MOLLARD et ROUBIER. Paralysie récurrentielle double par anévrisme aortique, *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1908.
NEUMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 141.
ORTNER. Recurrenslähmung bei Mitralisstenose, *Wiener klin. Woch.*, 1897, n° 38.
OHEN. Un cas de pneumothorax avec paralysie récurrentielle, *Berl. klin. Woch.*, t. XII, 1905.
ONODI. Paralysie récurrentielle et sarcome du médiastin avec mydriase, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1910.
PALLASSE. Paralysie récurrentielle et rétrécissement mitral, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1910.
RAUGÉ. *Congrès de chir.*, oct. 1896; — Double innervation laryngée, *Arch. de phys.*, 1892.
RENAULT. In *Manuel* Debove-Achard.
RUAULT. In *Traité* Bouchard-Brissaud, t. VI, Paris 1901.
SENDZIAK. Paralysie récurrentielle, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1910.
SOLIS-COHEN. *Trans. of the college of Philadelphia*, 5 mai 1896.
SCHRÖTTER. *Monats. f. Ohrenheil.*, 1901, p. 430.
SCHIKENDANTZ. *Beitrag für Recürrenslähmung mit 50 neuen fallen*, Th. de Leipsig, 1906.
SYLLABA. Paralysie laryngée et maladies internes, *Sbornik Klin.*, t. IV, 1, in *Sem. méd.*, 1903.
TAPIA. Trois cas de paralysie laryngée, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1909; — Paralysie laryngée d'origine tuberculeuse, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, nov. 1910.
ZIEMSSEN. *Arch. all. de méd. clin.*, 1868, p. 382.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 MARS 1911)

La trépanation décompressive. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste contre l'expression de faillite des localisations cérébrales qui a été employée, à plusieurs reprises, au cours de cette discussion. Il est vrai que les localisations cérébrales n'ont pas toujours la précision absolue qu'on a espéré obtenir d'elles. Mais elles peuvent souvent diriger utilement le chirurgien.

Les localisations cérébrales ont donc leur utilité, à condition qu'on ne leur demande que ce qu'elles peuvent donner.

M. Lucas-Championnière cite un certain nombre de faits dans lesquels, guidé par les localisations cérébrales seules, il a pu trépaner dans le point voulu et obtenir de bons résultats. On peut demander aux localisations des indications chirurgicales.

M. Lucas-Championnière rappelle avoir exactement déterminé, sur le crâne, la région correspondant à la zone motrice tout entière. Ce qui était vrai, en 1878, l'est encore aujourd'hui. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de faillite des localisations cérébrales. M. Lucas-Championnière a pu, en se basant sur les localisations sur une monoplégie brachiale, aller ouvrir, dans un point déterminé, un foyer hémorragique de la grosseur d'une noisette. Il pourrait citer de nombreuses observations de ce genre, observations qu'il a fait connaître depuis longtemps, mais qu'on néglige de citer, même à la Société de chirurgie, pour aller chercher des observations à l'étranger.

Au point de vue du procédé, M. Lucas-Championnière n'aimerait pas, comme M. Guinard, se servir du ciseau. Le ciseau est un peu brutal. Il préfère se servir du trépan ordinaire et de ses propres pinces qui valent bien celles d'Horsley. En somme, il emploie des moyens très simples, avec lesquels il peut agir assez vite. Il ne médit pas des nouveaux appareils perfectionnés dont on a parlé. Il ne s'en est pas servi pour la raison bien simple qu'ils n'existaient pas quand il a fait des travaux sur le sujet en discussion.

Aux grands lambeaux osseux mobiles, M. Lucas-Championnière préfère les ouvertures larges permanentes. Il n'y a aucun intérêt à laisser en place le lambeau osseux quand on vise la décompression.

M. Segond a insisté sur la nécessité d'opérer en deux temps. Il a raison, quand il s'agit de grosses tumeurs cérébrales qu'on veut enlever. Mais pour les autres cas, les deux temps sont inutiles. Il faut se hâter, dans la plupart des cas, d'obtenir la décompression, cause des accidents qu'on veut combattre.

L'opération, en deux temps, ne s'applique qu'à une certaine catégorie de cas.

Dans la grande majorité des faits, c'est à l'opération en un seul temps qu'il est préférable de recourir.

M. DELORME cite deux cas dans lesquels il a eu recours à la trépanation décompressive pour tumeurs cérébrales.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un adulte vigoureux qui présentait des troubles sensitivo-moteurs des deux côtés.

Le diagnostic porté par des neuropathologistes avait été celui de tumeur de la base du cerveau.

M. Delorme fit une trépanation très étendue du côté gauche, les phénomènes sensitivo-moteurs étant plus accentués du côté droit. La dure-mère fut incisée. Il s'écoula une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien sans tension exagérée. M. Delorme sutura la dure-mère. Le malade succomba le soir même dans une syncope.

L'autre cas est celui d'un adulte qui présentait des troubles de la sensibilité et de la motilité du côté droit, avec douleurs vives et troubles oculaires.

L'examen ophtalmoscopique avait montré, à M. Delorme, des plaques très nettes de scléro-choroïdite et une atrophie blanche des deux papilles. M. Delorme fit une large trépanation du côté droit; la tension intracérébrale n'était pas considérable. Il incisa, puis sutura la dure-mère, laissa, en fermant la peau, un certain intervalle entre les fils de suture. Les suites immédiates furent bonnes, mais le lambeau se souleva, donna issue à un écoulement incessant de matière cérébrale. Toutefois, les douleurs de tête avaient diminué et les phénomènes oculaires s'étaient amendés. Bientôt, le liquide céphalo-rachidien qui continuait à s'écouler prit une odeur ammoniacale des plus fortes.

Le blessé avait souillé son pansement, et cette odeur ammoniacale si prononcée était due à une infection pyocyanique, le liquide céphalo-rachidien constituant un excellent bouillon de culture pour le bacille pyocyanique.

M. Sieur rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré en 1894 et chez lequel il a obtenu d'assez bons résultats de la trépanation décompressive. C'était un jeune soldat de vingt-deux ans, qui présentait des accidents pulmonaires et qui fut pris de fourmillement de la main droite, en même temps que de céphalée. M. Sieur fit une trépanation sur la ligne de Rolando; il incisa la dure-mère; le cerveau pâle et friable fit hernie, deux ponctions restèrent sans résultats. Le malade survécut quinze jours pendant lesquels tous les accidents avaient disparu. A l'autopsie on trouva un cancer encéphaloïde des capsules surrénales, propagé aux poumons et au cerveau.

M. Sieur revient sur la valeur de la ponction lombaire qui n'est pas, selon lui, un moyen de diagnostic aussi précis que l'a dit M. Lagrange. On a souvent trouvé le liquide céphalo-rachidien normal dans des cas pathologiques. Il en est de même de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui est extrêmement variable, peut exister dans le crâne sans exister dans le canal vertébral et réciproquement.

Que dire de l'action thérapeutique de la ponction lombaire? M. Segond y attache une certaine importance. Pourtant, dit M. Auvray, elle s'est montrée inefficace dans bien des cas et dangereuse même dans un certain nombre de faits. Une thèse récente de Bordeaux rapporte 35 observations, sur lesquelles on compte 17 cas de mort après la ponction. Sur les 18 qui ont survécu, 2 seulement ont été améliorés. Les autres ont vu augmenter leur céphalée et ont, pour la plupart, succombé dans les deux mois qui ont suivi l'intervention. Chez plusieurs syphilitiques, M. Sieur n'a rien obtenu de la ponction lombaire, alors que le traitement spécifique s'est montré efficace.

Toutefois, la ponction lombaire peut se montrer efficace dans certains cas d'hypertension intracérébrale, mais il ne faut pas oublier que, dans d'autres cas, elle peut être très dangereuse. Babinski et Sicard la vantent plutôt comme moyen de diagnostic que comme moyen de traitement.

M. Walther accorde encore une réelle valeur aux localisations cérébrales. Au point de vue de la technique opératoire il est plutôt partisan de l'opération en deux temps. Il est intervenu dans plusieurs cas sans diagnostic précis, mais dans quatre cas il a opéré, étant muni d'un diagnostic très précis, grâce à l'habileté clinique de Brissaud, de Babinski et de Raymond qui, dans ces cas, ont porté des diagnostics de siège très précis qui ont été vérifiés par l'opération.

Au point de vue de la technique de l'opération, M. Walther rejette l'emploi du ciseau et du maillet. Il se rappelle l'observation d'un homme dont le cœur et la respiration s'arrêtaient à chaque coup de marteau. M. Walther emploie donc la pince, dans 3 cas il a opéré en deux temps et a eu des succès opératoires. Dans un cas où il s'agissait d'une tumeur superficielle, il a essayé d'enlever la tumeur en un seul temps. Au moment même où cette tumeur quittait le cerveau, le malade est mort subitement. M. Walther préfère donc l'opération en deux temps.

M. Lejars a enlevé, pour la première fois, une tumeur cérébrale, à l'hôpital Beaujon. L'opération avait bien marché, mais le malade a succombé trente-six heures après. Il a fait plusieurs craniectomies chez des malades qu'il suivait avec Babinski et il en a rapporté cette impression que les nouveaux instruments, en particulier l'instrumentation de M. de Martel, sont de merveilleux instruments et constituent un réel progrès. On peut opérer très vite.

M. Lejars croit qu'il vaut mieux opérer en deux temps. Il rapporte l'observation d'une jeune fille qu'il a soignée avec Babinski, jeune fille de vingt-quatre ans chez laquelle avait été diagnostiquée une tumeur cérébelleuse. M. Lejars fit une craniectomie occipitale avec l'appareil de de Martel. La dure-mère était si tendue que, sur le conseil même de Babinski, M. Lejars s'arrêta au premier temps de l'opération et n'ouvrit pas la dure-mère.

Le résultat thérapeutique fut si bon qu'il ne fut pas nécessaire de recourir au deuxième temps et que la malade vit successivement disparaître tous les phénomèmes qu'elle présentait. Il y a de cela un an et elle continue à se bien porter. Ici le premier temps de l'opération a suffi pour la guérir, une simple décompression a amené la guérison.

C'est là, dit en terminant M. Lejars, une question à l'étude qui est d'un haut intérêt et qui mérite à la fois l'attention des neuro-pathologistes et des chirurgiens, qui doivent s'unir pour l'étudier.

Appareils plâtrés. — M. Walther fait un rapport sur un travail de M. Gourdet (de Nantes).

M. Gourdet a eu l'ingénieuse idée d'armer les appareils plâtrés de fils de fer qui permettent de fixer ces appareils dans la position que l'on veut et de pouvoir ainsi panser des fractures compliquées, le membre restant parfaitement immobilisé.

M. Quénu a employé dans le même but des brindilles de bois qui consolident et fixent également les appareils plâtrés. Il obtient ainsi, surtout pour les maux de Pott, des appareils légers et solides.

M. Delbet a également armé les appareils plâtrés de toiles métalliques, il y a renoncé.

M. Tuffier estime que ces appareils armés assurent un modelage plus parfait.

M. Broca, comme M. Tuffier, préfère l'appareil ordinaire.

M. Lucas-Championnière a souvent doublé les attelles plâtrées d'attelles en fil de fer. Ces appareils ont leurs indications.

MM. Savariaud et Morestin trouvent l'idée de M. Gourdet très ingénieuse.

M. Thiéry rappelle que Verneuil doublait d'attelles métalliques les appareils plâtrés qu'il appliquait aux coxalgiques.

M. Walther ajoute que c'est surtout pour le traitement des fractures compliquées, infectées, que l'appareil de M. Gourdet trouve ses indications.

Pancréatite. — M. Jeanne (de Rouen) communique une observation de pancréatite avec épanchement pleural. Il s'agissait d'une malade qui présentait des signes d'occlusion intes-

tinale et que M. Jeanne vit pour la première fois cinq jours après le début des accidents, dans l'état suivant : douleur en barre transversale, ventre tendu, pas de gaz, pas de selles, dysurie, température 37 degrés, pouls à 110, pas de vomissements. La malade accusait surtout une douleur dans la région costo-lombaire gauche.

M. Jeanne intervint, il fit une laparotomie sous-ombilicale. Il ne trouva pas d'obstruction intestinale. Il agrandit son incision, trouva le péritoine et l'épiploon infiltrés. Il pensa à la tuberculose plutôt qu'au cancer. Ayant effondré le grand épiploon, il s'en écoula un liquide rougeâtre; il plaça deux gros drains et draina l'arrière cavité des épiploons.

L'amélioration fut immédiate. Les urines revinrent et la malade guérit. Contrairement à ce qu'a dit M. Guinard, le diagnostic de pancréatite n'est pas toujours facile.

Kystes hydatiques. — M. Walther présente un jeune homme de vingt-quatre ans qu'il a opéré, une première fois, de quatre kystes hydatiques de la face convexe du foie par voie transpleurale, et, une seconde fois, par laparotomie, de quatre autres kystes hydatiques sous-péritonéaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 MARS 1911)

Exploration de l'intestin. — M. R. Gaultier présente, avec les résultats de son expérimentation personnelle, un nouveau mode d'exploration de l'intestin, la pompe duodénale d'Einhorn, qui permet d'extraire le suc intestinal et constitue un précieux mode d'investigation pour discerner les troubles fonctionnels du tube digestif.

M. Aubourg présente des clichés photographiques qui prouvent la situation différente du duodénum dans les positions debout et couché; dans les cas de ptose, le duodénum peut s'abaisser en totalité ou en partie, ce qui explique la difficulté de l'évacuation de l'estomac et la descente progressive du bas-fond.

Obésité et fonction génitale. — M. Le Fur montre les relations importantes qui existent entre l'obésité et la fonction génitale chez la femme, à l'âge de la ménopause ou à la suite d'opérations utéroannexielles, chez l'homme de la quarantaine atteint de lésions prostatiques, ou encore chez les castrés et les onanistes. Il insiste sur l'importance de la sécrétion interne de la prostate et préconise, en dehors de l'hygiène et des régimes appropriés, une véritable thérapeutique génitale.

M. Marcel Labbé estime que les rapports, entre l'obésité et les fonctions génitales sont incontestables, mais cette question est fort complexe et l'obésité résulte le plus souvent de causes multiples.

M. Léopold-Lévi rappelle, à ce sujet, l'influence des troubles généraux de la thyroïde et de l'hypophyse sur les fonctions génitales et la nutrition.

Le syndrome coliques hépatiques. — M. Salignat (de Vichy) envisage les différentes causes de coliques hépatiques : inflammation, corps étrangers (calculs biliaires, ascarides, lombricoïdes, hydatides, etc.), nervosisme, tumeurs, kystes, péritonites localisées, etc., et conclut, selon les cas, au traitement médical ou à l'intervention chirurgicale.

Fracture du col anatomique et luxation de l'humérus. — M. Dupuy de Frenelle étudie les fractures de l'épaule compliquées de luxation, et montre l'importance capitale d'en faire le diagnostic avant toute manœuvre, il recommande l'emploi d'un nouvel appareil qui permet le massage quotidien et évite l'ankylose consécutive.

M. Peraire présente un jeune malade qui fut atteint de cette double lésion en 1907, et chez lequel, après réduction, il fixa les deux fragments osseux au moyen d'agrafes de Jacoël; la guérison fut parfaite.

Résultats éloignés de l'application du radium dans le traitement des tumeurs malignes. — M. Dominici relate, en son nom et au nom de MM. Chéron, Faure-Beaulieu et Rubens-Duval, une série d'observations concernant des cas de régression de tumeurs malignes persistant depuis deux ou trois ans; il présente quelques malades, très heureusement traités par lui, et, à la suite de projections fort intéressantes, il conclut à l'utilité de combiner la radiumthérapie avec la chirurgie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN CONDAMNÉ A CAEN POUR AVOIR EXERCÉ ILLÉGALEMENT LA PHARMACIE

Le docteur D..., médecin dans la Manche, vendait des médicaments à ses malades; des poursuites ont été dirigées contre lui, et, comme il était suppléant du juge de paix, il ne pouvait être traduit, en sa qualité de magistrat, que devant la Cour d'appel. C'est donc la Cour d'appel de Caen qui vient de le condamner en prononçant contre lui, le 21 novembre 1910, l'arrêt ci-dessous :

« Attendu que le docteur D..., demeurant à M..., suppléant du juge de paix de cette localité, ce qui entraîne la juridiction de la première chambre de la Cour d'appel en vertu de l'art. 483 du Code d'instruction criminelle, est prévenu d'avoir, à M..., depuis moins de trois ans, n'étant pas pharmacien, débité des drogues ou des compositions médicamenteuses;

Attendu qu'à l'audience, X..., pharmacien à M..., d'une part, et le Syndicat des pharmaciens de la Manche, représenté par Merlhe, pharmacien à Port-Bail (Manche), d'autre part, se sont portés parties civiles, X... demandant 2.000 francs de dommages-intérêts et diverses insertions de la décision à intervenir et le Syndicat 1 franc de dommages-intérêts avec des insertions;

Attendu que la prévention reprochait primitivement à D... d'avoir vendu du vin Legendre, des pilules de fer et du sirop Ramos; que la preuve n'a été faite qu'en ce qui concerne le vin Legendre; qu'elle résulte sur ce point à la fois des documents du dossier et des témoignages recueillis à l'audience; que notamment le témoin H... a déclaré qu'en mars 1909, sa grand'mère, qui habite L..., a acheté à deux reprises différentes du vin Legendre chez le docteur D...;

(Suit l'indication de plusieurs autres témoignages.)

Attendu, en outre, qu'il résulte du relevé des livres du sieur L..., d'Angers, que celui-ci a expédié au docteur D..., en 1908, six caisses de vin Legendre ; en 1909, quatre caisses de 12 bouteilles et six caisses de 25 bouteilles, soit un total de 198 bouteilles, et, du 3 janvier au 6 avril 1910, c'est-à-dire dans l'espace de trois mois, 5 caisses de 25 bouteilles, soit 125 bouteilles ; que les bouteilles que D... vendait 3 fr. 75 lui revenaient à 3 fr. 15, tandis que le pharmacien était tenu par convention de les vendre 4 fr. 50 ;

Attendu que D... reconnaît lui-même avoir donné quelques bouteilles et en avoir cédé d'autres à 3 fr. 50 et 3 fr. 75;

Attendu que le vin Legendre, qui est à base de kola, coca et glycérophosphate de chaux, est un vin médicamenteux ne pouvant être vendu que par les pharmaciens; que le fait d'être vendu par tout autre, fût-il médecin, tombe sous le coup de la loi;

En ce qui concerne les parties civiles :

Attendu qu'en vendant du vin Legendre, D... a causé au

pharmacien X..., habitant comme lui M..., un certain préjudice dont il lui doit réparation, mais que la somme réclamée est hors de proportion avec le préjudice réellement causé ; que X... n'est pas le seul pharmacien de la région ; que d'autres que lui auraient pu aussi profiter des ventes indûment faites par le docteur D... ;

Attendu que la réclamation du Syndicat est également fondée et qu'il y a lieu de lui accorder le franc de dommages-intérêts qu'il réclame ;

Attendu qu'il est inutile d'ordonner la publication de l'arrêt dans aucun journal ; que, vu la position du docteur D..., qui est conseiller général, la rumeur publique lui assurera une publicité suffisante ;

Attendu que les parties civiles devront supporter conjointement les dépens du procès, avec recours contre le docteur D... ;

Par ces motifs,

Déclare D... convaincu d'avoir, depuis moins de trois ans, à M..., commis le délit qui lui est reproché, et, lui faisant application de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI et de l'article unique de la loi du 29 pluviôse an XIII, le condamne à 25 francs d'amende ;

Recevant X... et Merlhe ès qualités parties civiles sur l'instance, condamne D... à 50 francs de dommages-intérêts envers X... et à 1 franc envers Merlhe, président du Syndicat des pharmaciens de la Manche. »

Cet arrêt n'est pas irréprochable, et nous sommes surpris qu'une Cour d'appel se soit exposée à la critique en motivant aussi incomplètement sa sentence. Les magistrats de Caen ont condamné le prévenu par application de l'article 36 de la loi de germinal et de la loi du 29 pluviôse an XIII ; il est vraisemblable qu'ils ont eu l'intention de considérer le vin Legendre comme étant un remède secret, mais alors ils devaient le dire explicitement et formuler des considérants indiquant pourquoi cette préparation devait être considérée comme remède secret. (*Répertoire de pharmacie.*)

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire des médications nouvelles pour 1911 (1), par le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'épuisement rapide de la cinquième édition de ce formulaire a imposé à l'auteur l'obligation d'en rendre la publication annuelle. Est-il vraiment besoin de rien ajouter de plus à l'éloge d'un ouvrage que chacun connaît et qui rend constamment des services aux praticiens ? Nous féliciterons cependant l'auteur d'avoir groupé les indications et les traitements similaires en autant de petites monographies, et d'avoir fourni les principales indications bibliographiques.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1911 (2), par H. Bocquillon-Limousin.

Il suffit de signaler l'apparition de ce petit ouvrage qui, pour la vingt-troisième fois, vient mettre les médecins au courant de tous les médicaments récemment prônés, et Dieu sait s'il y en a ! De nombreuses additions ont été faites dans l'édition de 1911 qui constituera donc un répertoire aussi sûr et aussi précieux que ses devancières. A. Gaullieur l'Hardy.

(1) 1 vol. de 145 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 292 pages. Sixième édition entièrement refondue. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 AVRIL 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques.

3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries) ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries) ; — M. Guillain, suppléant.

Mardi 25 avril, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries) ; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries) ; — M. Anselme Schwartz, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries) ; — M. Richaud, suppléant.

Mercredi 26 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie). — 4e ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*. — 5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries) ; — M. Macaigne, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* ; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 27 avril, à une heure. — 2e. — 3e (oral, 1re partie). — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries). — 4e ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 28 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries). — 4e ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries) ; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Beaudelocque* ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 29 avril, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 26 avril, à une heure. — Mme Long-Landry. La maladie de Little. Etude anatomique et pathogénique. (Travail du laboratoire de M. le professeur Déjerine, à la Salpêtrière). (MM. Déjerine, président ; Gaucher, Segond et Dupré.) — M. Dubosc. Les accidents de la sérothérapie antiméningococcique. (MM. Gaucher, président ; Déjerine, Segond et Dupré.) — M. Cuny. Traitement des thromboses du membre inférieur. (MM. Segond, président ; Déjerine, Gaucher et Dupré.)

Jeudi 27 avril, à une heure. — M. Debertrand. Etude histo-bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par mort subite. (MM. Hutinel, président ; Chauffard, Widal et Nobécourt.) — M. Duchez. De la gangrène pulmonaire par perforation d'un diverticule de traction de l'œsophage. (MM. Chauffard, président ; Hutinel, Widal et Nobécourt.) — M. Grosgeorge. La poliomyélite épidémique en Anjou. Contribution à l'étude de la maladie de Heine-Médin. (MM. Widal, président ; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 39 — MARDI 4 AVRIL 1911. 84e ANNÉE. MARDI 4 AVRIL 1911. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hopitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 31 mars. — MM. Harvier, 16; Bloch et Darré, 15.

Séance du 1er avril. — MM. Audistère, 15; Nathan, 16; Esmein, 15.

Prochaine séance, mardi 4 avril, à huit heures et demie du matin, à l'hôpital Beaujon.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 29 mars. — MM. Mathieu, 27; Marcille, 23; Grégoire, 27.

Séance du 31 mars. — MM. Français, 23; Muret, 20; Desmarest, 28; Gasne, 25.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er avril. — MM. Biétrix, 12 + 7 = 19; Rouyé (Emile), 11 + 7 = 18; Morin, 14 + 8 = 22.

Prochaine séance, mardi 4 avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le lundi 26 juin 1911, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'*externes* des hôpitaux appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'administration.

Le nombre des externes à nommer sera fixé, d'après les besoins du service, à la fin du concours.

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant un jury médical, présidé par un membre du conseil d'administration des hospices. Il comprendra trois épreuves :

Première épreuve : question d'anatomie topographique et descriptive et de physiologie élémentaire à traiter par écrit;

Deuxième épreuve : description des symptômes essentiels d'une maladie de chirurgie et de médecine à exposer de vive voix;

Troisième épreuve : épreuve orale et épreuve pratique de petite chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 56, tous les jours non fériés, de neuf heures à onze heures, et de trois heures à cinq heures. Le registre d'inscription sera clos le samedi 10 juin 1911, à onze heures du matin.

— Saint-Etienne. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Muller.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Girod, professeur d'histoire naturelle.

M. Bruyant, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé en outre, du 1er mars au 31 octobre 1911 (durée du congé accordé à M. Girod), d'un cours d'histoire naturelle.

— Grenoble. — Un congé de six mois, du 1er avril au 30 septembre 1911, est accordé, sur sa demande, à M. Verne, professeur de pharmacie et matière médicale.

Mlle Barrier, suppléante de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargée en outre, du 1er avril au 30 septembre 1911 (durée du congé accordé à M. Verne), d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— Limoges. — M. Raymond, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1910-1911, d'un cours d'histologie.

M. Eymeri, professeur de physiologie, est chargé en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— Marseille. — Un congé, du 16 mars au 31 octobre 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Heckel, professeur d'histoire naturelle.

— Rennes. — Un congé, du 1er avril au 30 septembre 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

M. Chevrel, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est chargé en outre, du 1er avril au 30 septembre 1911 (durée du congé accordé à M. Bertheux), d'un cours de clinique médicale.

— Rouen. — M. Bonvalet, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

MARINE. — Sont nommés, pour une période de trois ans, membres du conseil supérieur des pêches maritimes :

MM. les docteurs Y. Delage, Henneguy et Perrier, mem-

bres de l'Institut; Joubin, Mesnil, Bordas, Mosny et Jean Charcot.

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE ET FAUTE LOURDE. — La première Chambre vient de rendre un jugement qui est à retenir.

Une dame demandait à son médecin 40000 francs de dommages et intérêts pour le remercier de ses soins. Elle vient d'être déboutée purement et simplement.

« Attendu d'abord qu'il convient de poser, en principe, que si l'on ne veut pas paralyser l'initiative si souvent bienfaisante des médecins et entraver d'une façon générale l'essai de la science médicale en voie de progrès continus, on ne saurait être fondé à rechercher les médecins pour des faits purement relatifs à l'exercice légitime et normal de leur profession, si ces faits réputés même dommageables en soi ne procèdent dans une mesure quelconque d'une faute extraprofessionnelle ou de droit commun, imputable à l'homme indépendamment du praticien et du traitement qu'il a prescrit;

Que l'on ne saurait retenir les faits professionnels comme un élément de fait, que s'ils constituent une faute lourde de diagnostic, de traitement ou d'opération que l'état de la science ne permettait pas de commettre, ou s'ils dénotent une impéritie ou une négligence telles qu'on ne peut, dans une opinion moyenne, s'attendre à en rencontrer de semblables chez une personne possédant le titre de docteur avec les connaissances, la conscience et le bon sens exigés pour l'exercice de cette profession. »

COURS DE VACANCES DE M. CALOT, du 31 juillet au 6 août 1911, à l'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK (5e année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'orthopédie, indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes : coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, etc.

Neuf conférences avec leçons, présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques individuels.

Programme des conférences. — I. Lundi 31 juillet (dix heures du matin) : M. Calot. La technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). Les généralités indispensables sur le traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculose du testicule et de l'épididyme.

II. Mardi 1er août (dix heures du matin) : M. Calot. Le mal de Pott. Corsets. Traitement de la gibbosité, des abcès, de la paralysie.

III. Mercredi 2 août (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur.

IV. Jeudi 3 août (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, coude, poignet. Injections intraarticulaires. Appareils de ces régions.

V. Vendredi 4 août (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Réduction de plusieurs luxations.

VI. Samedi 5 août (cinq heures du soir) : docteur Privat. Traitement de la paralysie infantile, du pied-bot paralytique. Syphilis des os et des articulations.

VII. Samedi 5 août (dix heures du matin) : docteur Fouchou-Lapeyrade. Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique.

VIII. Samedi 5 août (quatre heures du soir) : docteur Fouchet. Traitement de la scoliose. Gymnastique médicale.

IX. Dimanche 6 août (dix heures du matin) : M. Calot. Traitement du pied-bot congénital. Traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la technique des appareils et des ponctions et injections, et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser, dès maintenant, au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Droits à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 6 avril 1911, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 27 avril, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Régates internationales de Nice et de Menton. — *Vacances de Pâques.* — *Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés du 9 au 24 avril 1911.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris), leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, viâ Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe : 182 fr. 60 ; 2e classe : 131 fr. 50.

Trajet rapide de Paris à la Côte d'Azur en 13 heures. — Train de jour « Côte d'Azur rapide » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément), lits-salon et restaurant. — Départ de Paris : 9 heures matin.

« Train extra-rapide de nuit » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément) : lits-salon, lits-salon avec draps, salon avec lits complets. Restaurant au départ de Paris. — Départ de Paris : 7 h. 20 soir.

Pour les périodes de mise en marche, les horaires et les conditions d'admission dans ces trains, consulter les affiches ou les indicateurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies du péritoine, par le docteur A. PISSAVY, médecin des hôpitaux de Paris. In-18 jésus, cartonné toile, de 425 pages (Encyclopédie scientifique). — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Origine sanguine des pneumonies et bronchopneumonies, par le docteur Edouard JOLTRAIN. In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Processus éberthien. Qu'est-ce que la fièvre typhoïde, par M. AUDIBERT (Victor), professeur suppléant de clinique médicale à l'école de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux. In-8 (19 × 12) de 176 pages, avec 4 fig. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire). — Prix broché : 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson.

Traitement des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant par l'ostéotomie chantournante sus-condylienne (technique du docteur Lardennois), par Paul MARIGNY. Th. de Paris. — Paris, Jouve.

Le Nez et la gorge, par le docteur NEPVEU. Broch. — Prix : 1 franc. — Paris, Lavauste.

Étude bactériologique des eaux de Luchon, par le docteur FAIVRE. — Poitiers, imprimerie Basile.

Réactions générales d'origine colique, par le docteur Louis MARRE. Th. de Paris. — Paris, Steinheil.

Quelques idées en thérapeutique, par le docteur J.-F. WIDMANN. In-18 jésus de 200 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

ABCÈS PAR CONGESTION

ET

HERNIE LOMBAIRE

Par C. CLAEYS,

Chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer et d'opérer une hernie lombaire, consécutive à l'apparition, dans cette région, d'un abcès froid provenant d'un mal de Pott dorso-lombaire. Les constatations faites au cours de l'opération peuvent éclairer, je pense, la pathogénie et le mécanisme de ces hernies rares, bien que l'apparition aux lombes d'un abcès par congestion soit loin d'être un fait exceptionnel. Les traités classiques disent bien qu'une hernie lombaire peut succéder à ce passage d'un abcès pottique à travers la paroi abdominale postérieure. Mais dans les articles, très succincts, qu'ils consacrent aux hernies lombaires en général, ils n'expliquent pas comment un tel fait peut se produire, ou ne font à ce sujet, que des suppositions basées sur aucune constatation précise.

Les observations de hernie lombaire publiées jusqu'à ce jour sont peu nombreuses. Je ne puis en ajouter que 5 aux 63 recueillies par Jeannel (1) en 1902. Ce sont celles de Lejars (hernie de cause inconnue), de Bertrand (aussi de cause inconnue, le malade était porteur d'une cyphose dorsale inférieure, mais sans signes de mal de Pott, comme sans antécédent d'abcès), de Rupanner (hernie par effort), de Bolt (hernie congénitale) et de Saxl dont on trouvera plus loin la traduction. Sur ces 68 cas, 5 seulement sont consécutifs à un abcès par congestion. L'observation qui fut l'occasion de ce travail est la sixième, la première publiée en France à ma connaissance. Sur les 5 cas antérieurs, 2 seulement ont pu donner lieu à des constatations anatomiques précises. Le premier, celui d'Owen, fut opéré, mais le compte rendu publié de l'opération est si bref, qu'il ne peut servir qu'à déterminer l'orifice de sortie de la hernie. Le second, celui de Braun, fut autopsié après la guérison spontanée de la hernie. Il ne nous renseigne également que sur le trajet de celle-ci. Au contraire, dans le cas que j'ai pu observer, le mécanisme de la hernie est parfaitement expliqué par les constatations faites au cours de l'opération. L'étude des cas antérieurement publiés permet de penser que le même mécanisme les explique aussi.

Voici tout d'abord l'histoire de ma petite malade :

Lec... Raymonde, deux ans, entre au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, le 26 octobre 1907. Elle présente un mal de Pott dorso-lombaire, avec un volumineux abcès faisant saillie à gauche de la colonne, entre les dernières côtes et la crête iliaque.

Le 31 octobre, on ponctionne cet abcès.

Le 9 novembre 1907, il fistulise.

Le 2 août 1908, la fistule venant de se fermer depuis peu, on constate, dans la même région, une nouvelle tuméfaction, qu'on prend d'abord pour un nouvel abcès. Le docteur Bachman, médecin assistant du service, s'apprêtait même à ponctionner cette tumeur, quand il reconnut que celle-ci se réduisait dans l'abdomen, et était sonore à la percussion. Bref, il reconnut une hernie lombaire.

Le 6 mai 1909, un véritable abcès, cette fois-ci, étant apparu à côté de la hernie, on l'incise d'un coup de pointe de bistouri, et il s'en écoule une grande quantité de pus.

Le 30 juillet 1909, cette seconde fistule est fermée.

Le 19 août 1910, je vois l'enfant pour la première fois, les malades de Saint-Pol ayant été transférés à l'hôpital maritime de Zuydcoote. On n'a pas de peine à reconnaître l'existence d'un mal de Pott, paraissant d'ailleurs guéri. Il existe une forte gibbosité médiane, d'un angle d'inclinaison de 40 degrés environ, et comprenant les deux dernières vertèbres dorsales et les trois premières lombaires. Toute cette région est d'une raideur absolue. L'enfant a la démarche et les déformations typiques d'un mal de Pott. Les fosses iliaques sont libres, aucune collection fluctuante aux lombes.



On voit deux cicatrices de fistule sur les téguments qui recouvrent la région lombaire gauche. La première est située, très peu au-dessus de la crête iliaque, à la partie inférieure du bord externe de la masse commune des muscles spinaux. La seconde, celle-ci cicatrice opératoire, siège un peu au-dessus et en dehors de la première.

En avant de ces cicatrices, on voit une tuméfaction, régulièrement arrondie, du volume d'une petite mandarine et située au niveau de la crête iliaque. On remarque tout de suite qu'on voit cette tumeur augmenter de volume à chaque inspiration.

A la palpation, cette tuméfaction est régulièrement arrondie. On n'y sent aucune lobulation. Sans grand effort, on réduit le contenu à l'intérieur du ventre. Cette réduction se fait chaque fois avec un gargouillement qu'on entend à distance.

La tumeur est sonore à la percussion. Une fois la hernie réduite, on peut, en déprimant les téguments, introduire la pulpe de l'index dans un orifice qu'on sent très nettement au-dessus de la crête iliaque, immédiatement en dehors de la masse des muscles sacro-lombaires. Les limites antérieures et supérieures de cet orifice sont indécises. D'ailleurs, comme

(1) On trouvera à la fin de cet article les indications bibliographiques relatives à tous les noms cités.

chez tout pottique dorso-lombaire, la hauteur de l'espace iléo-costal est très diminuée.

La hernie existe quand l'enfant est debout, ou couchée sur le dos, ou sur le côté gauche. Elle se tend au moindre effort, à la toux, quand la fillette crie. La hernie se réduit spontanément quand l'enfant se couche sur le ventre ou le côté droit.

Aucun trouble fonctionnel de l'appareil digestif.

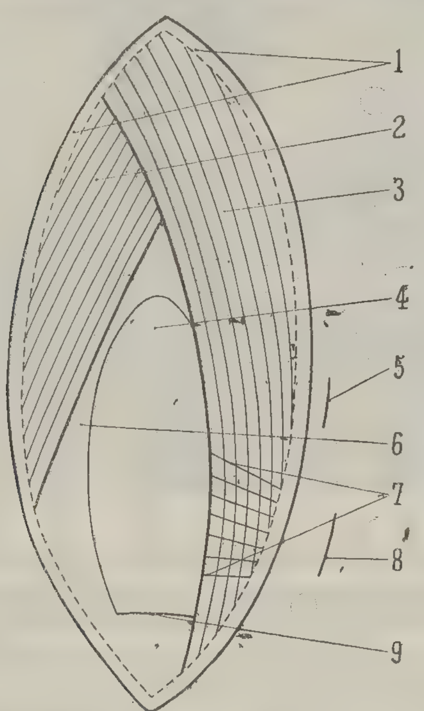
12 décembre 1910. Intervention ayant pour but la cure radicale de cette hernie.

Incision elliptique à grand axe vertical, parallèle au bord externe des muscles lombaires, et laissant expressément immédiatement en arrière les deux cicatrices de fistule.

Dissection très prudente au bistouri, puis à la sonde cannelée. Extirpation de l'ellipse cutanée circonscrite par l'incision. Je ne trouve pas de hernie, et n'en suis pas étonné. L'enfant est en effet couchée sur le flanc droit, soulevé sur un drap roulé, pour bien faire saillir la région opératoire. Or, au simple examen clinique, j'avais déjà constaté que la hernie se réduisait spontanément dans cette position. Mais je suis assez surpris de ne trouver aucun sac, malgré toutes mes recherches.

Par contre, je trouve immédiatement un large orifice, occupé par un peloton graisseux. Dans cet orifice, la première phalange du pouce entre facilement. L'index s'y enfonce profondément, et, coiffé d'une membrane qu'il refoule, le péritoine sans aucun doute, il se meut très aisément dans une grande cavité qui ne peut être que la cavité abdominale.

C'était donc là l'orifice herniaire. En le disséquant avec soin, je constate que cet orifice est limité en bas, sur une étendue d'un centimètre environ, par la crête de l'os iliaque, et dans le reste de son étendue par une sorte d'anneau fibreux.



Disposition de l'orifice herniaire (schéma d'après les constatations à l'opération). — 1 : les deux lèvres de l'incision cutanée ; 2 : grand oblique ; 3 : grand dorsal ; 4 : orifice herniaire ; 5 : cicatrice opératoire ; 6 : mince lame fibreuse se continuant sur le muscle grand oblique ; 7 : tractus fibreux représentant l'ancien trajet fistuleux ; 8 : cicatrice de fistule spontanée ; 9 : crête iliaque.

La partie antérieure de cet anneau, extrêmement mince, à peine sensible au doigt qui la déprime, appartient à une mince lame fibreuse que je vois se continuer sur les fibres du muscle grand oblique, facilement reconnaissables à leur direction oblique en bas et en avant. La partie postérieure de cet anneau limitant l'orifice herniaire est au contraire épaisse, résistante. Elle est constituée par le bord externe des muscles de la masse commune et de l'aponévrose du grand dorsal, dont les fibres, allant en haut et en avant à la rencontre du grand oblique, sont aussi facilement reconnaissables. En haut je ne puis déprimer l'angle musculo-aponévrotique formé par la rencontre de ces deux muscles, et je ne puis sentir la dernière côte qu'à travers un matelas musculaire.

On voyait nettement toute la partie inférieure du bord externe de la masse sacro-lombaire et de l'aponévrose du grand dorsal fortement rétractée en arrière par des tractus fibreux qui l'unissaient à la cicatrice cutanée de la fistule inférieure, la fistule spontanée. Ces tractus étaient les vestiges de l'ancien trajet fistuleux. Quant à la cicatrice opératoire, elle était beaucoup moins fortement unie au contour postérieur de l'anneau herniaire.

Voulant rapprocher les deux muscles grand oblique d'un côté, masse commune et grand dorsal de l'autre, pour obturer l'orifice herniaire, il me fut facile d'entraîner le grand oblique en arrière, mais il m'était absolument impossible de mobiliser en avant la masse commune et le grand dorsal pour finir l'obturation. Je ne pus arriver à supprimer tout orifice, qu'après avoir réséqué tous les tractus fibreux, qui unissaient si solidement le bord postérieur de l'anneau herniaire à la cicatrice cutanée inférieure. C'est alors seulement que je pus amener l'aponévrose du grand dorsal et même le bord externe de la masse commune au contact du bord postérieur du grand oblique.

Suture en masse, prenant les téguments et la masse sacro-lombaire d'un côté, le grand oblique et les téguments de l'autre côté, au crin de Florence. Suture au catgut unissant l'aponévrose du grand dorsal au muscle grand oblique. L'ancien orifice herniaire est obturé par un plan musculaire très résistant. Suture de la peau au crin.

8 janvier 1911. Deux crins superficiels ont donné lieu à une légère suppuration. Aujourd'hui la plaie est parfaitement guérie. On peut faire faire à l'enfant tous les efforts possibles, on ne sent pas la moindre poussée de hernie. A la place de l'ancien orifice herniaire, on sent un plan parfaitement résistant et continu, qu'on ne peut déprimer.

Avant de rapporter les observations antérieures, je ferai, à propos de celle-ci, remarquer deux faits ne se rapportant pas spécialement au sujet étudié. C'est tout d'abord l'orifice de sortie de la hernie qui était nettement, chez mon opérée, le triangle dit de J.-L. Petit. Ce n'est pas le cas le plus fréquent. Sur les soixante-neuf observations connues, en y comprenant la mienne (onze congénitales et cinquante-huit acquises), on ne peut déterminer l'orifice de sortie d'une façon précise que pour dix d'entre elles. Je ne crois pas, en effet, qu'on puisse tenir compte des cas, très nombreux, où les auteurs ont voulu affirmer la situation de cet orifice par la seule exploration clinique. Les orifices normaux et anormaux sont ici si rapprochés, et peuvent occuper une situation si inattendue, que l'exploration à travers les téguments ne peut permettre d'affirmer auquel d'entre eux on a affaire. Je ne tiens pas compte non plus des cas opérés de Coley, de Ravaton et de Bertrand (1), où le compte rendu publié de l'opération ne donne aucun renseignement sur les limites de l'orifice herniaire. Je laisse aussi de côté les cas de

(1) Cet auteur intitule bien sa communication : Un cas de hernie par le triangle de J.-L. Petit, mais dans les deux lignes où il rapporte son opération, il ne dit pas un mot de l'orifice de sortie de cette hernie.

Larrey (autopsié), de Tucker et de Raymond et Maisonneuve-Lacoste (opérés), où un traumatisme avait créé, par effraction directe de la paroi, l'orifice herniaire, lequel ne pouvait alors avoir aucun rapport avec une conformation anatomique préalable quelconque. Sur ces dix observations utilisables, la hernie sortait par :

Une boutonnière musculaire du grand oblique, congénitalement malformé : une fois (Wyss).

Un orifice de l'aponévrose du grand dorsal, prolongé par un trajet à travers les muscles obliques et traverse de l'abdomen : une fois (Braun).

Les deux orifices de Petit et Grynfelt, congénitalement réunis en un seul : une fois (Jeannel).

Le quadrilatère de Grynfelt-Lesshaft : cinq fois (Hutchinson, Hume, Demoulin, Lejars, Rupanner).

Le triangle de J.-L. Petit : deux fois (Owen, obs. personnelle).

Un second point intéressant est que je n'ai pas trouvé de sac, mais seulement un large orifice, occupé par de la graisse sous-péritoneale. Et il ne peut y avoir de doute sur l'existence d'une hernie de l'intestin, qui était sonore à la percussion, et réductible avec un gargouillement qu'on entendait à distance. Et il n'y a pas de doute non plus que c'était bien par cet orifice que sortait la hernie, puisqu'il a suffi de l'obturer pour que celle-ci ne se reproduise plus. Peut-être s'agissait-il d'une hernie sans sac du gros intestin, dont la place normale est justement en face la paroi lombaire. C'est du gros intestin que Lejars a trouvé dans la hernie étranglée qu'il a opérée. Peut-être encore le péritoine très lâche, au lieu de constituer un sac véritable, se laissait-il simplement refouler par l'issue des viscères, et revenait-il ensuite en place normale, quand ceux-ci se réduisaient. Je ne puis préciser quelle partie de l'intestin contenait la hernie. Mais mon observation n'est pas unique. Je ne parle pas des cas de Demoulin et de Rupanner, où les opérateurs ne trouvèrent qu'un lipome herniaire, mais dans lesquels il est certain que la hernie n'avait jamais contenu aucun viscère. Je rappellerais qu'Hutchinson, faisant l'autopsie d'un malade qui avait eu pendant sa vie une hernie sonore, et réductible avec gargouillement, ne trouva qu'une masse graisseuse et pas de sac. Lejars, opérant une hernie étranglée, trouve du gros intestin, et pas de sac.

Je n'insisterai pas sur le procédé que j'ai employé pour la cure de la hernie. Il est très simple, et imité du procédé de la suture en masse de Monod et Vanverts pour la hernie inguinale. Il a très bien réussi dans ce cas. Il n'y a pas de raison pour que, à la région lombaire où les hernies n'ont aucune facilité à se produire, il n'empêche les récidives au moins aussi bien qu'à la région inguinale, où je l'ai toujours vu donner de très bons résultats, même chez l'adulte.

Les 5 observations antérieures de hernie lombaire consécutive à un abcès par congestion sont celles de Campbell (1874), Braun (1879), Owen (1888), Wolff (1890) et Saxl (1909). L'observation d'Owen n'est citée nulle part comme exemple de hernie consécutive à un abcès par congestion. Il suffit pourtant de lire cette observation pour se convaincre qu'il s'agissait bien d'un tel abcès, bien que l'auteur ne prononce pas le mot de mal de Pott. Cet abcès qui fistulisa trois mois, ce dos raide, cette colonne dorsale extraordinairement droite, ces apophyses épineuses lombaires proéminentes, n'est-ce pas là un mal de Pott lombaire typique, avec déjà une courbure dorsale de compensation? Le véritable diagnostic a probablement passé inaperçu à Owen lui-même, et certainement à tous les auteurs qui ont lu son observation après lui. Par contre, je ne puis comprendre pourquoi l'on range partout le cas rapporté par H. Bayer parmi les hernies consécutives à un abcès par congestion. La hernie s'est bien manifestée, il est vrai, un certain temps après un abcès ayant siégé à la région lombaire et survenu au cours d'une affection fébrile qui dura deux mois. Mais, outre que l'auteur ne prononce pas le mot et ne rapporte aucun signe de mal de Pott, il spécifie expressément que l'examen de la poitrine, de l'abdomen, des *vertèbres*... montre que tout est normal. On n'a donc à retenir que les 5 observations citées plus haut.

Observation de Campbell (1). — Enfant de quatre ans, amené le 22 novembre 1873, pour le traitement d'un abcès, comme disait le père. L'enfant était atteint depuis deux ans d'un mal de Pott. Dix-huit mois auparavant, un abcès, situé dans le côté gauche des lombes, entre la crête iliaque et la dernière côte, avait été incisé par un chirurgien. Beaucoup de pus s'écoula, et la fistule ne se ferma qu'en mai 1873. Un mois après cette fermeture de la fistule, une autre tumeur apparut. Le père de l'enfant pensait qu'il s'agissait d'un nouvel abcès à ouvrir. Campbell reconnut une hernie, située au niveau du triangle de J.-L. Petit, sonore à la percussion, réductible avec gargouillement, réapparaissant par la toux et les efforts. Traitement : compresse et bandage.

Observation de Braun. — Religieux de trente-trois ans, admis à l'hôpital le 13 février 1878. Mal de Pott dont la gibbosité correspondait à la onzième et à la douzième vertèbre dorsale, et dont le premier signe fut un abcès dans chacune des deux régions lombaires, survenu à l'âge de dix-neuf ans. Ces deux abcès furent incisés, et les deux fistules suppuraient toujours au moment de l'examen à trente-trois ans. En outre, depuis deux ans, le patient avait remarqué dans la région lombaire gauche, une tuméfaction molle, qui était normale (!) à la percussion, réductible avec gargouillement à travers un orifice à bords nets, qui admettait l'extrémité de deux doigts. Par la toux la hernie se distendait. A la suite du repos au lit, la hernie guérit spontanément. On sentait seulement dans la paroi abdominale un orifice qui devenait de plus en plus petit. Mort de cachexie. A l'autopsie on constate que le triangle de J.-L. Petit n'existe pas, grand oblique et grand dorsal étant au contact l'un de l'autre. Mais on trouve un orifice de $2^{cm}8$ sur $0^{cm}6$, creusé au milieu des fibres aponévrotiques du grand dorsal. Cet orifice se prolongeait par un trajet qui, à travers les muscles obliques et transverse, conduisait au tissu cellulaire lâche qui se trouvait en arrière et autour du côlon descendant. On trouve une disposition absolument identique à droite, où il n'y avait pas eu de hernie. Braun suppose que l'abcès et

(1) Je ne donnerai ici qu'une analyse, d'ailleurs aussi longue et détaillée qu'il est nécessaire, des quatre observations de Campbell, Braun, Owen et Wolff. On en trouvera la traduction complète dans le mémoire très documenté de Jeannel. Je tiens à remercier le doyen de la Faculté de Toulouse de l'amabilité avec laquelle il m'a autorisé à utiliser ses traductions.

la hernie ont traversé un des orifices par où, normalement, l'aponévrose du grand dorsal laisse passer les nerfs fessiers supérieurs, issus des branches postérieures des deuxième et troisième nerfs lombaires.

OBSERVATION D'OWEN. — Enfant de cinq ans qui, en septembre 1886, tombe d'une hauteur de six marches, et se plaint ensuite d'une douleur au bas des reins. En décembre suivant un abcès s'ouvrit au-dessus de l'os iliaque gauche. Il en résulta une fistule qui mit trois mois à se fermer. En octobre 1887, une tumeur indolore apparut à la place où s'était ouvert l'abcès. A l'examen, le 18 novembre 1887, on trouva que le dos était raide, et que, tandis que la région dorsale était extraordinairement droite, quelques apophyses épineuses lombaires étaient proéminentes.

Il existait, au niveau du triangle de Petit, une hernie sonore à la percussion, réductible, par un orifice large comme l'extrémité du pouce, et expansible au moindre effort. Le 18 janvier 1888, opération. Le sac, qu'on n'ouvre pas, est repoussé dans le ventre avec son contenu. On suture les bords du grand dorsal et du grand oblique. Au moment de la publication, la hernie était restée bien guérie.

OBSERVATION DE WOLFF. — Enfant de trois ans, présentant une gibbosité pottique des deuxième et troisième lombaires, avec abcès de la région lombaire gauche. Cet abcès fut ouvert et curetté en juin 1884. Vers Noël 1884, nouveau curettage. En juillet 1885 on constate une fistule, et, au-dessus et en arrière d'elle, au niveau du triangle de Petit, une hernie réductible avec gargouillement par un orifice de la largeur d'un crayon. Au commencement de 1889, la hernie persistait toujours, mais plus petite, et se réduisait sans gargouillement. La fistule était fermée depuis l'hiver 1887.

OBSERVATION DE SAXL (1). — Un garçon de onze ans, S. S., fut admis à la clinique de Lorenz. Le diagnostic était mal de Pott, avec gibbosité angulaire. D'après les renseignements l'affection a débuté à l'âge de deux ans. Trois ans plus tard, on remarquait un peu au-dessus de la crête iliaque, du côté gauche, l'apparition d'une tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur fut ponctionnée plusieurs fois, et finit par fistuliser. Un nouvel abcès se forma un an plus tard (1903), on l'incisa. La même chose se répétait trois ans plus tard (1906). Le père du malade avait remarqué, en 1905, l'apparition d'une nouvelle tumeur, qui se développait lentement au devant de la fistule.

L'enfant avait très mauvaise mine, la peau et les muqueuses étaient décolorées, et il y avait de l'œdème des membres inférieurs. La colonne vertébrale montrait, au niveau des neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales, une très forte gibbosité. La hauteur du thorax était diminuée. La dernière côte n'était qu'à un doigt de la crête iliaque. Au-dessus de la crête iliaque se trouvait une fistule et deux cicatrices d'incision, l'une de 3 centimètres, l'autre de 2 centimètres. La tumeur était placée devant et tout près de la fistule. Les dimensions de cette tumeur ont varié à plusieurs examens : petite, elle donnait un son mat; grande, elle était parfois sonore dans sa partie inférieure. Elle était molle et élastique, et couvrait en partie la crête iliaque. A l'intérieur on sentait des cordons raides (que l'auteur, à la fin de son article, dit nettement être des tractus cicatriciels); et le contenu de la tumeur se laissait réduire par un orifice de la largeur de trois doigts. Cet orifice était limité en bas par la crête iliaque, en haut par la dernière côte, en avant par un rebord tendineux, et en arrière par une masse de tissus mous.

(1) La traduction en a été faite très obligeamment pour nous par M. Rigol, chargé du service de mécanothérapie et de gymnastique orthopédique à l'hôpital maritime de Zuydcoote. Je donne ici non plus une analyse, mais la traduction complète de l'observation elle-même, parce qu'elle n'a pas encore été publiée en français.

Il y a encore à noter deux fistules dans la région inguinale gauche; une flexion du membre à 40 degrés. L'urine contenait beaucoup d'albumine.

L'auteur ne dit pas ce qu'est devenu ensuite son malade, qui a dû probablement mourir de cachexie. Saxl est le premier qui ait accordé quelque attention aux tractus fibreux cicatriciels résultant de la longue suppuration de la fistule : « C'est par eux, dit-il, que peut s'expliquer la situation de l'orifice herniaire dans notre observation, cet orifice n'étant ni dans le triangle de Petit, ni dans l'aponévrose du grand dorsal. » Il ne dit rien de plus et, n'ayant ni opéré ni autopsié son malade, n'a pas constaté leur rôle évident dans le mécanisme de la hernie elle-même.

Pourquoi ces six hernies lombaires, consécutives à un abcès par congestion, siégeaient-elles toutes du côté gauche? Je ne puis donner aucune explication de ce fait. Il n'y a probablement là qu'une simple coïncidence. Cependant le malade de Braun avait eu un abcès de chaque côté, l'autopsie a montré qu'il existait un orifice à droite comme à gauche, et pourtant il n'y avait eu de hernie que du côté gauche.

Un fait surtout m'avait frappé à la lecture de ces cinq observations et à leur rapprochement avec l'histoire de ma petite malade. Aucune de ces hernies n'a suivi un abcès froid simple, resté fermé, aucune n'est apparue peu après l'abcès. Toutes, au contraire, se sont manifestées un certain temps après, et surtout, toutes ont fait suite à l'établissement d'une fistule. Je m'étais demandé si la fistulisation de l'abcès par congestion n'était pas une condition nécessaire pour que cet abcès puisse être la cause d'une hernie lombaire. Fallait-il donc accuser le bistouri d'avoir directement créé l'effraction de la paroi à la faveur de laquelle la hernie avait pu se produire? Evidemment non. Dans un cas (Owen) l'abcès n'avait pas été incisé, et dans un autre (obs. personnelle) la hernie, consécutive à une fistule spontanée, avait été reconnue avant qu'on incise un second abcès. Quand un abcès par congestion fait saillie aux lombes de façon qu'on le reconnaisse, qu'on le ponctionne ou qu'on l'incise, c'est qu'il n'est plus bridé par aucun plan musculaire ni aponévrotique. Il est devenu superficiel, et pour l'ouvrir, on n'a à sectionner ni muscle, ni aponévrose. Mais, à cause de cette constance de la fistule dans les antécédents, j'avais décidé, au lieu de comprendre l'ancien trajet fistuleux dans la partie de téguments que j'enlèverai, de le laisser en dehors, pour pouvoir ensuite le suivre et le disséquer sûrement. Ces vestiges cicatriciels de la fistule semblent n'avoir intéressé aucun des observateurs antérieurs. Aucun n'en parle, sauf Saxl, et on a vu plus haut le peu qu'il en a pu dire.

Cette précaution m'a permis de voir combien fortement ces tractus fibreux unissaient l'ancien orifice cutané de la fistule au bord externe de l'aponévrose du grand dorsal et de la masse commune. Toutes ces parties étaient intimement et solidement réunies par une lame mince de tissu rétractile, haute de plus de 1 centimètre. Tant que je la respectai, il me fut impossible d'attirer en avant le bord externe de l'aponévrose du grand dorsal et de la masse com-

mune, pour achever d'obturer le triangle de J.-L. Petit. Au contraire, quand j'eus sectionné ces tractus fibreux, je pus très aisément rapprocher ce bord du bord postérieur du grand oblique.

Je crois donc pouvoir dire que, certainement dans le cas que j'ai observé, et probablement dans les cas antérieurs, c'est cette disposition du tissu cicatriciel qui a permis la production de la hernie. L'abcès froid fraye le passage. S'il guérit sans s'ouvrir à l'extérieur, les muscles momentanément écartés se rapprochent sans obstacle, et referment le trajet artificiellement créé. Au contraire, si l'abcès s'ouvre à la peau, une longue suppuration par infection secondaire s'établit, comme c'est la règle pour tout abcès froid ouvert à l'extérieur, laissant à sa suite de solides adhérences cicatricielles entre la peau et les aponévroses. Suivant l'endroit des téguments où l'ouverture s'est faite, suivant le sens de la rétraction du tissu de cicatrice, le trajet créé par le passage de l'abcès est maintenu béant. On comprend alors que puisse se produire une hernie lombaire, déjà facilitée par l'exagération de la pression abdominale dans tout ventre de bossu, et trouvant devant elle un chemin tout grand ouvert. Il est évident qu'un pottique peut avoir, comme tout autre, une hernie lombaire par malformation congénitale de la paroi abdominale postérieure, par exagération des dimensions normales des orifices de la région, ou par tout autre cause commune; je n'invoque la cause spéciale que je viens de décrire que pour les hernies proprement dues au passage d'un abcès pottique à travers la paroi lombaire.

La rareté de ces hernies devient facile à expliquer. La paroi lombaire n'est pas spécialement prédisposée aux hernies. C'est surtout aux parties déclives que se fait sentir la pression abdominale. Il faut donc qu'un trajet soit créé dans cette paroi, qui normalement n'en comporte pas. Il peut être créé par une malformation, un traumatisme, un affaiblissement paralytique des muscles de la paroi, etc. Dans le cas qui nous occupe il est créé par le passage d'un abcès froid.

Ce fait n'est pas exceptionnel. Il n'est pas nécessaire pour l'expliquer, comme, à mon avis, le dit à tort Jeannel, que l'abcès ait sa source dans une tuberculose des apophyses transverses ou articulaires. Contrairement à ce que dit cet auteur, cette localisation de la tuberculose est infiniment rare. Elle est possible bien entendu. Dans le livre, si riche en documents, que Ménard (de Berck) a consacré au mal de Pott, on peut en voir, dessinée, une magnifique pièce (p. 28). Mais la tuberculose dans le mal de Pott reste pour ainsi dire toujours cantonnée dans les corps vertébraux, empiétant plus ou moins sur les pédicules. « Cette destruction atteint rarement, dépasse plus rarement encore les apophyses articulaires. Le tissu compact des arcs postérieurs oppose une barrière à l'envahissement tuberculeux », dit Ménard, dont personne ne contestera, je pense, la très grande expérience en cette matière.

Il n'y a en réalité aucune barrière efficace qui puisse s'opposer à l'effraction de la paroi abdominale postérieure par un abcès, d'abord intra-abdominal. Ces abcès, nés des vertèbres lombaires ou de la douxième dorsale, ou même de plus haut, à condition que la douxième dorsale soit dénudée de son périoste par l'extension du processus tuberculeux, sont bridés en avant par le périoste et le puissant ligament commun vertébral antérieur. Ils font saillie sur les côtés de la colonne, et immédiatement s'engagent dans la gaine du psoas. Ou bien, filant par les orifices ostéo-fibreux, que les bords latéraux concaves des corps vertébraux limitent avec les bandelettes arciformes où s'insèrent une partie des fibres du muscle, ils accompagnent les vaisseaux lombaires. On sait, comme Lannelongue l'a démontré, que ces abcès ne cheminent pas suivant les seules lois de la pesanteur, mais qu'ils ont une marche très activement envahissante, comparable un peu à celle des tumeurs malignes. Toutefois les fortes aponévroses leur opposent une barrière en général efficace. Les abcès d'origine lombaire ou dorsale inférieure pénètrent dans la gaine du psoas, restent intra-abdominaux, ou passent à la cuisse avec le muscle. Mais si, pour une cause quelconque, la gaine du psoas ne se laisse pas distendre, ou si l'abcès, trop bien bridé par l'arcade crurale, ne peut passer à la cuisse, ou si le pus file immédiatement derrière le psoas avec les vaisseaux lombaires, l'anatomie normale montre que l'abcès va trouver en arrière une voie propice à sa marche envahissante. Ce n'est pas le carré des lombes, mince feuille musculaire que le pus peut dissocier ou contourner très aisément, qui va s'opposer à l'issue à travers la paroi lombaire d'un abcès déjà contenu dans la gaine du psoas, ou situé derrière ce muscle. Il reste alors deux plans à traverser : l'aponévrose du transverse d'abord, les divers muscles qui constituent la paroi ensuite. Ces derniers n'opposent aucun obstacle sérieux. Le pus les dissocie, les contourne, ou profite plus simplement des espaces libres qu'ils laissent entre eux. Le quadrilatère de Grynfeltt-Lesshaft et le triangle de J.-L. Petit se rencontrent avec une assez grande fréquence pour qu'on puisse considérer leur existence comme normale. De plus ces muscles sont traversés par des vaisseaux et des nerfs, qui créent autant d'orifices, amorce possible au passage d'un abcès. L'aponévrose d'insertion du muscle transverse de l'abdomen serait tout à fait capable de s'opposer à l'invasion d'un abcès tuberculeux, si elle ne présentait aucune interruption, et si elle était partout aussi forte que dans sa partie supérieure, où elle est renforcée par le ligament lombo-costal de Henle. Mais cette aponévrose, tendue des apophyses transverses lombaires aux muscles larges de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, est percée d'orifices nombreux pour le passage du douzième nerf intercostal, des deux abdomino-génitaux, et des branches antérieures des quatre artères et veines lombaires. Tous ces organes, après avoir cheminé devant le carré lombaire, perforent l'aponévrose pour venir s'engager d'abord entre le transverse et le petit oblique. De plus, la partie inférieure de cette aponévrose du transverse est mince et très peu résistante. C'est en profitant des orifices vasculo-nerveux, ou en refou-

lant et détruisant la partie inférieure de l'aponévrose du transverse, que l'abcès par congestion, d'abord profond et intra-abdominal, devient superficiel et lombaire.

Le banal abcès de la gaine du psoas, s'il rencontre ailleurs une résistance un peu sérieuse, arrive donc sans grande difficulté à traverser la paroi lombaire, et grâce aux espaces de Grynfeltt ou de J.-L. Petit, ou aux orifices nerveux dont est aussi percée l'aponévrose du grand dorsal, il devient superficiel. Cet abcès s'accroissant prépare la voie à une hernie possible. Pour que celle-ci se produise, il faudra que cet abcès s'ouvre à l'extérieur, pour que la cicatrice rétractile résultant d'une longue suppuration maintienne la béance du trajet. Or, c'est là un fait réellement rare. L'expérience montre que, en général, ces abcès d'abord intra-abdominaux, puis lombaires, quand ils ont à fistuliser, s'ouvrent plus volontiers à l'aine qu'à la cuisse. Contrairement aux abcès nés de la colonne dorsale au dessus de la douzième vertèbre, il est exceptionnel qu'ils s'ouvrent en arrière. De plus, il faut encore que la situation de l'orifice cutané soit telle que la rétraction de la cicatrice puisse déterminer la béance du trajet de l'abcès. La rareté de la concordance de toutes ces conditions (rareté relative de l'apparition aux lombes des abcès pottiques, rareté beaucoup plus grande de leur ouverture en cette région, nécessité d'une situation propice de l'orifice d'ouverture) explique suffisamment, je pense, la rareté extrême des hernies lombaires consécutives aux abcès par congestion.

Il résulte encore de cette étude un motif de plus, s'il en était besoin, de ne jamais inciser un abcès pottique apparu aux lombes. Mais les raisons d'ordre plus général qui interdisent d'inciser un abcès par congestion, où qu'il soit, sont plus que suffisantes, et il n'est pas nécessaire de leur en adjoindre une autre.

BIBLIOGRAPHIE

Bayer (K.). Ein fall von hernia lumbalis in Rhombus Lesshaft, *Centralbl. f. Chir.*, 1888, n° 37. — Bertrand (P.). Un cas de hernie du triangle de J.-L. Petit, Soc. clinique des hôpitaux de Bruxelles, *Journ. méd. de Bruxelles*, 16 déc. 1909, n° 50, p. 794. — Bolt. Académie de médecine de Cleveland, section clinique et pathologique, séance du 4 juin 1909, *The Cleveland med. Journ.*, juillet 1909, vol. VIII, n° 7, p. 438. — Braun (H.). Die Hernia lumbalis, *Arch. f. klin. Chir.*, 1879, Bd. XXIV.

Campbell (W. N.). Case of lumbar hernia, *The Med. record*, 1874, vol. IX, p. 142. — Coley (W. B.). Probable lumbar hernia, Soc. de chir. de New-York, séance du 18 avril 1895, *Ann. of surg.*, 1895, vol. XXII, p. 272.

Demoulin. Contribution à l'étude des hernies lombaires, *Congrès des Soc. savantes*, Nancy 1901.

Hume (G. H.). Case of stangulated lumbar hernia, *The Brit. med. Journ.*, 13 juillet 1889, vol. II, p. 73. — Hutchinson (J.). On lumbar hernia, *The Brit. med. Journ.*, 13 juillet 1889, vol. II, p. 71.

Jeannel (M.). La hernie lombaire, *Arch. prov. de chir.*, 1902, nos 7, 9, 11, 12, et 1903, nos 2, 3, 6.

Larrey (H.). Recherches et observations sur la hernie lombaire, *Bull. de l'Acad. impér. de méd.*, 9 mars 1869, t. XXXIV, p. 135. — Lejars (J.). *Traité de chirurgie d'urgence*, 6e édition, Paris 1909, p. 868.

Ménard (V.). *Etude pratique sur le mal de Pott*, Paris 1900.

Owen (E.). Lumbar hernia, radical operation, recovery, Soc. de méd. de Londres, 30 avril 1888, *The Brit. med. Journ.*, 5 mai 1888, p. 957.

Ravaton. *Traité des plaies d'armes à feu*, 1760, p. 277, obs. LX. — Raymond et Maisonneuve-Lacoste. Hernie lombaire, *Le Limousin méd.*, 1897, p. 71. — Rupanner. Zur Kasuistik der Lendenhernien, *Deut. Zeit. f. Chir.*, déc. 1908, t. XCVI, fasc. 4-6, p. 461.

Saxl (A.). Spondylitis und Hernia lumbalis, *Wiener klin. Wochen.*, 7 janv. 1909, p. 18.

Tucker (A. B.). A case of lumbar and inguinal hernia of the right side, *The Amer. Journ. of obst.*, mars 1893, n° 3, vol. XXVII, p. 380.

Wolff (J.). Ueber einen fall von Lumbarhernie. Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 3 fév. 1888, *Berl. klin. Wochen.*, 1890, n° 1. — Wyss (O.). Ueber Hernia ventralis lateralis congenita und ihre Beziehungen zur Hernia lumbalis, *Centralbl. f. Chir.*, 1893, n° 5.

MÉDECINE PRATIQUE

UNE NOUVELLE MÉTHODE DE DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES ET DES TUMEURS MALIGNES : LA MÉIOSTAGMIE (1).

C'est Ascoli, de l'Université de Pavie, qui décrivit le premier, l'an dernier, une nouvelle méthode de recherche des substances immunisantes (anticorps) spécifiques dans les sérums.

Cette méthode repose sur l'étude des modifications de la tension superficielle du sérum, contenant un anticorps, en présence de l'antigène spécifique correspondant. On sait en quoi consiste la tension superficielle d'un liquide : les molécules qui se trouvent à la surface, ou très près de cette surface, se comportent comme si elles composaient une membrane élastique plus ou moins résistante et présentant une légère tension.

Un des moyens de la mettre en évidence est de faire couler un liquide par un tube très étroit ; il se produit ainsi, non plus un écoulement continu, mais à l'extrémité du tube il se forme une goutte qui grossit jusqu'à ce que, la pesanteur l'emportant sur la tension superficielle du liquide, la goutte se détache du tube.

On sait que, pour un volume donné, la plupart des liquides donnent un nombre différent de gouttes, c'est-à-dire qu'ils possèdent des tensions superficielles différentes. On l'évalue en comptant le nombre de gouttes fourni par un gramme de liquide examiné. Plus le nombre des gouttes est élevé, plus la tension superficielle est faible.

Cette tension superficielle joue un rôle considérable dans les phénomènes biologiques. Depuis 1897, elle a donné lieu à

(1) La plupart des renseignements suivants ont été puisés dans ces deux articles :

Leo. A. Junke. The meiostagmin reaction, *Int. med. Journ.*, vol. XVIII, n° 2, fév. 1911.

Jesse S. Myer. Les réactions proposées pour le diagnostic du cancer de l'estomac, *Int. med. Journ.*, vol. XVIII, n° 2, fév. 1911.

Consulter aussi :

Ascoli. *Soc. med.-chir.*, n° 1, Pavia 1910 ; — *Münch. med. Wochen*, 11 janv. 1910.

Ascoli et Izar. *Münch. med. Wochen.*, 22 fév. 1910 ; — *Accad. med. di Padova*, juin 1910.

Editorial in *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 28 mai 1910.

S. d'Este. *Berl. klin. Wochen.*, 9 mai 1910.

Stabilini. *Berl. klin. Wochen.*, 8 août 1910.

Angostini. *Soc. med.-biol. milanese*, juin 1910.

des travaux importants de Rhumble, Duclaux, Traube, Fraenkel, Bardier, Cluzet, Lyon-Caen, Iscovesco.

On se sert en général, pour sa détermination, du stalagmomètre de Traube qui permet de mesurer jusqu'à 1/4 à 1/10 de goutte.

Voici en quoi consiste le phénomène observé par Ascoli.

Prenons une quantité déterminée du sérum d'un malade atteint d'une maladie infectieuse déterminée, la fièvre typhoïde par exemple; diluons-le avec une quantité déterminée de sérum physiologique, soit par exemple 9 centimètres cubes de solution à 1/20 de sérum de typhique représentant l'anticorps. Ajoutons à cette dilution une quantité connue (1 centimètre cube) d'une culture diluée à 1/100 de bacille typhique (antigène). Comptons immédiatement le nombre des gouttes du mélange, soit 58. Mettons le mélange à l'étuve à 37 degrés pendant deux heures, puis comptons à nouveau les gouttes. Nous en trouvons un plus grand nombre, soit 61, c'est-à-dire que les gouttes sont devenues plus petites (méiostagmie ou stalagmie, gouttes moindres); la tension superficielle du liquide a diminué par suite des modifications chimiques produites par l'action de l'antigène sur l'anticorps spécifique.

Ce qui prouve que cette modification est bien due à cette réaction, c'est que si, au lieu de sérum d'un typhique, nous prenons le sérum d'un individu normal ou atteint d'une autre maladie, le mélange avec l'antigène typhique, porté à l'étuve, ne présentera pas, au bout des deux heures, de modification de sa tension superficielle, et nous retrouverons le même nombre de gouttes qu'auparavant.

Il s'agit donc bien là d'une réaction spécifique.

Avec Izar, Ascoli l'a étudiée en détail.

En général, la différence est minime, I à III gouttes, mais peut atteindre V et même VIII gouttes, on peut l'augmenter par l'adjonction de différentes substances (acide acétique dilué, alcool méthylique). Pour qu'elle se produise, il ne faut pas employer un antigène en solution trop concentrée.

Très sensible, elle existe au contraire même avec des dilutions très étendues. Izar l'a vue se produire avec un antigène dilué à 1/100000000. Mais le point capital est de savoir si c'est réellement une réaction spécifique.

En se servant d'un antigène typhique, Izar l'a rencontrée d'une façon constante dans 15 cas de fièvre typhoïde, alors qu'elle n'existait pas chez 18 autres malades. Vizano a constaté le même fait pour six fièvres typhoïdes, alors que la réaction était négative pour des paratyphoïdes A et B.

Dans des cas de syphilis en activité ou latente, Izar l'a trouvée positive dans 90 p. 100 sur 90 cas étudiés; avec le même antigène (extrait de rate d'hérédo-syphilitique), elle a été constamment négative chez 104 sujets non syphilitiques. Etudiée comparativement à la réaction de Wassermann dans 18 cas de syphilis douteuse, la réaction à la méiostagmie s'est montrée plus sensible que le Wassermann, car elle a été positive 16 fois, alors que le Wassermann ne l'avait été que 12 fois.

Dans la tuberculose, elle s'est montrée (sauf un cas inexpliqué) constante dans tous les cas où l'on trouvait, soit des bacilles dans les crachats, ou une cuti-réaction positive.

Gosharrin a montré que, chez les cobayes inoculés, elle se produisait de façon constante et dès le cinquième jour. Si on inocule divers cobayes, les uns avec des bacilles de la tuberculose humaine, les autres avec des bacilles de tuberculose bovine ou aviaire, on constate que la réaction est spécifique pour chaque type différent. D'Este a utilisé cette réaction dans des cas de tuberculose osseuse et a pu vérifier par l'opération l'exactitude du diagnostic. Il montre aussi que, plus les lésions sont en activité, plus la réaction est intense.

Il s'agit donc bien d'une réaction spécifique et de grande valeur pour le diagnostic des maladies infectieuses.

Mais son domaine s'étend beaucoup plus loin, et il semble qu'elle existe toutes les fois que le sang de l'individu malade contient des substances sécrétées par l'organisme passagèrement pour lutter contre un agent extérieur. Elle s'est montrée constante dans des cas d'ankylostomiase et dans des cas de kystes hydatiques.

Enfin, et bien que moins constante, elle s'est montrée positive dans un grand nombre de tumeurs malignes.

Ce fait est extrêmement important, car si, pour la plupart des maladies infectieuses, le laboratoire et la clinique possédaient un certain nombre de réactions permettant de confirmer le diagnostic dans les cas douteux et au début, la recherche des tumeurs malignes au début étant dépourvue de ce secours.

La difficulté est surtout de se procurer un antigène.

Ascoli a utilisé, pour ses recherches, comme antigène un extrait de sarcome transplantable du rat, préparé par dissolutions et filtrations successives et titré.

Avec cet antigène, la réaction s'est montrée positive, dans beaucoup de cas, avec du sérum provenant de sujets atteints de tumeurs malignes variées (cancer du sein, de l'utérus, sarcome de la peau, etc.), alors que la réaction était constamment négative avec le sérum provenant de sujets atteints d'affections diverses (parmi lesquelles six cas de leucémie). Ces résultats sont très remarquables, tout d'abord au point de vue de la pathologie générale, car ils montrent qu'un antigène, provenant d'un sarcome d'origine animale, peut agir de manière spécifique sur l'anticorps d'un carcinome humain. C'est une preuve de plus qu'il n'y a pas, entre les formes histologiques des tumeurs malignes, une barrière infranchissable, et que leur cause est sans doute unique.

En second lieu bien que, pour des raisons qui n'ont pas été encore élucidées, la réaction ne se soit pas montrée positive de façon constante dans les cas de tumeur maligne, elle est encore assez fréquente pour pouvoir rendre des services en chirurgie pour le diagnostic des tumeurs, tout à fait au début.

En effet, elle a été nettement négative dans tous les cas où il n'y avait pas de tumeur maligne, et s'est montrée positive 58 fois sur 62 cas (Izar et Ascoli), 12 sur 12 (S. d'Este), 30 sur 32 (Stabilini), 62 sur 68 (Micheli et Cattoretti), 93 sur 100 (Ascoli), 23 sur 27 (Angostini), soit au total 92 p. 100 de cas positifs.

Il est probable que certains des cas négatifs sont dus à des erreurs de technique (d'Angostini) et disparaîtront avec le perfectionnement de la méthode.

En tout cas, elle est déjà fort intéressante, puisqu'elle s'est montrée positive dans des cas de cancers opérables (16 cas d'Ascoli), et même tout à fait au début (4 cas d'Ascoli).

Elle pourra donc être une aide précieuse au clinicien pour poser de façon précoce le diagnostic des tumeurs malignes, assez tôt pour permettre au chirurgien d'intervenir avec de plus grandes chances de succès que par le passé.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 MARS 1911)

Confusion mentale aiguë et ataxie aiguë. — M. L. MARCHAND. Une femme, ni alcoolique, ni syphilitique, présente successivement un état de confusion mentale avec troubles ataxiques, diminution des réflexes patellaires et inégalité pupillaire, des accès cataleptoïdes avec raideurs musculaires généralisées aboutissant à un état de torpeur cérébrale. Aucune altération du liquide céphalo-rachidien. Apparaît ensuite une parésie faciale gauche. Au moment où la malade sort de son état de torpeur, on constate qu'elle est atteinte d'aphasie motrice et de troubles moteurs consistant en de l'incoordina-

tion aussi accusée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. L'aphasie disparaît, mais la parole reste lente et scandée ; la paralysie faciale s'atténue; les mouvements des membres supérieurs restent mal coordonnés; la marche est impossible. La sensibilité est conservée; incertitude dans la localisation des sensations. Ces symptômes s'atténuent rapidement et deux mois après leur début, il ne persiste plus qu'un tremblement à grosses oscillations des extrémités et de la langue. L'amnésie est complète pour la période aiguë de la maladie. Les cas de confusion mentale avec ataxie aiguë sont à rapprocher de ceux au cours desquels apparaissent des troubles moteurs simulant soit la chorée, soit la paralysie générale.

Note sur dix cas d'aortite syphilitique. — MM. Hirtz et P. Braun relatent dix observations d'aortite syphilitique dont trois avec autopsie; les auteurs insistent avant tout sur la fréquence des lésions syphilitiques de l'aorte, sur leur apparition souvent tardive (trente ans dans un cas), sur leur latence et leur tolérance. Ils montrent la localisation fréquente sur l'orifice, se traduisant par des symptômes d'auscultation, mais aussi sur l'atteinte isolée de l'aorte, en dehors de lésions orificielles appréciables cliniquement. Ils insistent sur la nécessité de l'examen radioscopique, au cours de toutes les lésions aortiques, orificielles ou non. Le diagnostic de la spécificité repose entre autres éléments, surtout sur l'*association* des lésions aortiques et des troubles nerveux (non seulement tabes, signe d'Argyll, paralysie générale, mais encore monoplégie, hémiplégie, paralysie des nerfs craniens, hémorragie méningée dans un de leurs cas), ces deux ordres de symptômes venant en quelque sorte se compléter pour permettre de soupçonner la syphilis. La réaction de Wassermann, pratiquée chez sept malades, fut positive six fois. Le pronostic est particulièrement grave chez les aortiques arrivés à la période d'asystolie, gravité qui s'explique en partie par la fréquence et l'abondance des infarctus pulmonaires. Anatomiquement les auteurs ont trouvé de grosses lésions macroscopiques, état raboteux, tomenteux de la surface interne de l'aorte, énorme dilatation, dans un cas. Dans toutes les observations ils ont trouvé autour des vaisseaux de la médiastinite très accentuée. Histologiquement ils ont constaté les lésions classiques : atteintes des vasa vasorum, infiltrations lymphocytaires, amas de plasmazellen, épaississement de l'endartère, lésions variables des fibres élastiques très altérées dans l'aorte dilatée. Le traitement mercuriel est habituellement indiqué. L'iodure doit n'être donnée qu'à petites doses et avec précaution. En cas d'asystolie administrer la digitale, avec la plus grande circonspection si on suppose une dilatation aortique.

Les auteurs n'ont pratiqué qu'une fois une injection intramusculaire de 606, très bien supportée.

En résumé il faut, chez tout syphilitique, surveiller l'aorte.

Appendicite et tuberculose. — M. Walther présente l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans qui, au mois d'octobre dernier, a commencé à maigrir, à tousser et à présenter des signes simulant la tuberculose. A ce moment l'examen du ventre permit de constater une appendicite. Elle déclara alors que, trois ans auparavant, elle avait eu une crise aiguë d'appendicite. Le régime l'améliora considérablement, mais l'opération devint nécessaire. On trouva un appendice rétro-cæcal, très malade. Seize jours après l'opération, la malade ne tousse absolument plus; son état général est très bon, et la tuberculose ne saurait plus être en question.

M. Walther présente un autre petit malade, tout à fait analogue au point de vue clinique.

Xanthome tubéreux disséminé et généralisé avec hypercholestérinémie considérable. — MM. G. Thibierge et R.-J. Weissenbach présentent un homme de vingt-sept ans atteint, depuis quinze mois, à la suite de rougeole, de xanthome tubéreux occupant les membres et le tronc, principalement dans les régions soumises à des pressions répétées, régions deltoïdiennes, sommet des coudes, faces postérieures des bras et des avant-bras, fesses, genoux et les plis (poignets, paume des mains), respectant la face et spécialement les paupières. Pas d'ictère. L'examen histologique montre les lésions typiques du xanthome. L'analyse chimique montre que les nodules sont formés, pour la majeure partie, de cholestérine, et que le sérum sanguin renferme 3 grammes par litre de cholestérine, au lieu de 0gr10 à 0gr40 que renferme le sérum normal.

Ce cas vient confirmer les recherches de Chauffard et Laroche qui ont montré que le xanthome n'est pas une tumeur, mais une infiltration de cholestérine, liée à l'excès de cholestérine dans le sang, et pour qui le xanthélasma est à l'hypercholestérinémie ce que le tophus est à l'excès d'acide urique contenu dans le sérum des goutteux.

Rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire (rétraction d'origine tuberculeuse). — M. Antonin Poncet présente, au nom de M. Belin, un très bel exemple de rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire (rétraction d'origine tuberculeuse).

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans entré, il y a quelques semaines, à la Charité, salle Louis, chez lequel, en même temps qu'évolue une tuberculose pulmonaire, à forme lente, se développe une double maladie de Dupuytren des plus classiques.

La pathogénie bacillaire de cette malformation en évolution ne saurait faire le moindre doute.

JURISPRUDENCE

I

DE LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DANS LES FAUTES COMMISES PAR LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX

Un de nos correspondants nous pose la question suivante : « L'administration de l'Assistance publique est-elle responsable des fautes commises par ses médecins et chirurgiens? »

Ce point tout particulier de la responsabilité a été tranché dans le sens de la négative par le tribunal civil de la Seine, et ce à maintes reprises. Jamais la responsabilité de l'Assistance publique n'a été mise en cause. Les raisons en sont exposées tout au long dans les attendus d'un jugement du 27 décembre 1894 (*Le Droit*, 28 décembre 1894). « L'administration de l'Assistance publique ne choisit pas ses médecins et ses chirurgiens ; aux termes de l'article 6 de la loi de 1849, ceux-ci sont nommés au concours sous l'approbation du ministre de l'Intérieur qui seul peut les révoquer sur l'avis du conseil de surveillance et sur la proposition du préfet de la Seine; si le directeur de l'Assistance publique a sous ses ordres le personnel de l'administration centrale, de l'inspection et des établissements, conformément à l'article 6 du règlement d'administration publique du 24 août 1849, cette disposition ne s'applique pas aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux qui sont, chacun dans leur sphère, les véritables chefs de leurs services, agissant pour le traitement de leurs malades avec la plus entière indépendance et n'ont à recevoir ni instructions ni ordres de l'assistance publique. Ils ne sont point dès lors les préposés de celle-ci qui, par suite, à titre de commettant eût pu être déclarée responsable de leurs actes, et on ne peut davantage lui reprocher de ne pas avoir pris elle-même les précautions que commanderait la situation dans laquelle se trouverait le malade ». Et ces raisons sont consacrées par une suite de décisions rendues à différentes époques : 6 juillet

1906 (*Gaz. des trib.*, 21 octobre 1906), 27 juillet 1901 (*Gaz. des trib.*, 28 juillet 1901), 8 mars 1905 (*Gaz. des trib.*, 1905, 1er semestre 2.443), etc.

II

DE LA RESPONSABILITÉ DES AGENCES D'INFIRMIERS

Une deuxième question nous est également posée par un lecteur. « Lorsqu'un médecin a conseillé à la famille d'un malade de s'adresser à une agence de gardes-malades pour prendre un infirmier, et que celui-ci est victime d'un accident, ou commet un vol, l'agence est-elle responsable ? » Deux cas semblables se sont présentés; ils ont été tranchés l'un et l'autre dans le sens de la négative, par le tribunal auquel ils avaient été soumis. Le premier était celui-ci : un garde-malade était occupé à flamber à l'alcool des instruments de chirurgie, lorsqu'il fut blessé par l'explosion du fourneau à alcool : il réclamait une rente à l'agence, comme étant victime d'un accident du travail. Il fut débouté. En effet, le tenancier d'une agence de gardes-malades qui traite directement avec les personnes qui lui demandent des infirmiers, agit en qualité de commissionnaire, aux termes mêmes de l'article 94 du Code de commerce, pour le compte de ces derniers. L'infirmier restant libre de refuser les places offertes et n'étant pas soumis, pour les soins qu'il donne, aux ordres de l'agence, ne saurait réclamer le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 (Trib. Seine, 9 novembre 1909, *Recueil* spécial des accidents du travail, t. X, p. 334. — Comp. Cour de Nancy, 29 novembre 1906, t. VII, p. 314; Cour de Paris, 27 juin 1902, t. III, p. 143).

Le second cas était celui d'un vol commis par l'infirmier. Là encore l'agence n'a pas été déclarée responsable. La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 9 mars 1911, a décidé que le directeur d'une agence d'infirmiers ne pouvait être rendu responsable des vols commis par un individu qu'il avait placé à ce titre. La responsabilité du directeur de l'agence ne saurait être engagée que dans la mesure où le directeur conserve son autorité et une direction sur son subordonné; l'infirmier ayant quitté l'agence, tout lien de droit se trouve rompu entre elle et lui, et il ne saurait être question de responsabilité. Il résulte de là que l'infirmier a recours contre le malade et inversement.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traité international de psychologie pathologique, t. II (1), publié sous la direction de A. MARIE.

Ce volume, le deuxième du traité, contient l'exposé de la psychopathologie clinique. Il débute par un chapitre sur les névroses et psychonévroses, c'est-à-dire les perturbations neuropsychiques rangées sous les étiquettes de neurasthénie, psychasthénie et hystérie. Il est l'un des derniers travaux qui portent la signature de F. Raymond.

Les troubles psychiques dans les lésions diffuses ou localisées, dans les scléroses systématisées et dans les affections nerveuses en général sont exposées ensuite par le professeur Bechterew. La paralysie générale est étudiée d'une manière très étendue par MM. Marie et Lhermitte. Le professeur Ziehen passe en revue différentes variétés de démences sénile, artério-scléreuse, méningitique, toxique et secondaire. Les démences précoces constituent un chapitre beaucoup plus intéressant, écrit par MM. Deny pour la partie clinique et Lhermitte pour la partie anatomopathologique.

L'idiotie, l'imbécillité et les arriérations sont l'œuvre de M. Roubinovitch; les dégénérés et la dégénérescence mentale celle de MM. Colin et Bourilhet. Le délire chronique est de M. Magnan; les délires d'interprétation et de revendication, de la plume si autorisée de MM. Sérieux et Capgras.

La cyclothymie est indiquée par M. Bagenoff, la psychose maniaque dépressive et les psychoses infectieuses, par le professeur Pilcz.

MM. Régis et Hesnard décrivent la confusion mentale et ses diverses variétés étiologiques. Enfin l'alcoolisme et les psychoses toxiques exogènes constituent le dernier chapitre, il est de MM. Marie et Riche.

De nombreuses figures, pour la plupart inédites, illustrent cet intéressant ouvrage et accroissent encore l'attrait de plusieurs de ses chapitres.

P. CAMUS.

(1) Gr. in-8 de 1000 pages. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (No 2, fév. 1911.) E. LOMBARD : Le signe de l'élévation de la voix. — E. PISTRE : Note sur l'origine endonasale du lupus de la face.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (No 306, 25 mars 1911.) J. BERGONIÉ et E. SPÉDER : Sur quelques formes de réactions précoces après des irradiations Röntgen. — E. THUITON : Contribution à une technique meilleure de la radiothérapie des épithéliomas cutanés. — R. TORRES CARRERAS : Contribution à l'étude du traitement de l'ozène par les courants de haute fréquence. — MARIE et ESCANDE : Importance des repères en radiographie stéréoscopique.

Journal de médecine interne. — (No 6, 28 fév. 1911.) MACKENZIE : Rythme nodal. Irrégularité continue du cœur. Tachycardie paroxystique. — (No 7, 10 mars.) A. MATHIEU : Les faux vomissements.

Journal des sciences médicales de Lille. — (No 7, 18 fév. 1911.) C. LEPOUTRE : Contusion de la rate. Hématome intra, puis périsplénique. Guérison après deux ponctions. — H. FOURDINIER : Hématémèse par ulcération gastrique à la suite d'une cure radicale de hernie inguinale. Mort. — Maurice DEKESTER : Sarcome à myéloplaxes de la mâchoire inférieure. Opération. Guérison. — (No 8, 25 fév.) DELOBEL et R. DESPLATS : Tentative d'extraction d'un corps étranger de la bronche gauche. Mort rapide par œdème aigu du poumon. Causes de l'insuccès. — FIÉVEZ : Prolapsus utérin complet. Hydronéphrose et lithiase dans un rein unique. Anurie, pseudo-obstruction intestinale. — (No 9, 4 mars.) A. BESSON : Un cas de myxosarcome du nerf sciatique. — POULAIN et LARIVIÈRE : Panaris analgésique du médius droit consécutif à une section du nerf médian. — (No 10, 11 mars.) DELÉPINE : Un cas de maladie kystique de la mamelle. — J. FIÉVEZ : Un cas de ladrerie humaine. Etude histologique du kyste.

Journal français de médecine. — (No 3, 15 mars 1911.) Louis GALLAVARDIN : De quelques méthodes de diagnostic

des maladies du cœur : phlébographie, œsophago-cardiographie, électro-cardiographie. — Ch. Esmein : Les arythmies cardiaques, leur étude clinique et leur portée pratique. — Vaquez et Leconte : La strophantine, son mode d'application, ses indications. — J. Castaigne et F.-X. Gouraud : Les troubles cardiaques dans les maladies infectieuses, et leur traitement par l'opothérapie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 7, 16 fév. 1911.) Lars Sandberg : Etude du mouvement au point de vue physiologique et clinique dans le traitement des cardiopathies. — Léon Dekeyser : Quelques considérations sur la lèpre aux îles Hawaï (*suite*).

Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er mars 1911.) Gayet et Patel : Le traitement du mégacôlon chez l'adulte. — M. Cantas : Contribution à l'étude du traitement de l'hypospadias. Sur un nouveau procédé autoplastique (6 fig.). — Cotte et Mazet : Consolidation tardive d'une pseudarthrose de la jambe datant de l'enfance.

Lyon médical. — (N° 10, 5 mars 1911.) A. Rodet : Sérothérapie de la fièvre typhoïde. — Th. Nogier et Reynard : Un cas de calcul vésical méconnu diagnostiqué par la radiographie; lithotritie; guérison. — (N° 11, 12 mars.) A. Rodet : Sérothérapie de la fièvre typhoïde (*fin*). — Paul Courmont : Nouvel instrument pour pratiquer le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 12, 19 mars.) Grand-Clément : Difficulté de l'expertise médicale dans certains cas d'accidents du travail intéressant l'œil.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1911.) J. Poucel : Gastrectomie pour cancer. — Roux de Brignoles et Michel : Occlusion duodénale aiguë postopératoire. — G. Reynaud : La quinine préventive contre le paludisme et la fièvre bilieuse hémoglobinurique (*suite*). — (N° 6, 15 mars.) G. Reynaud : La quinine préventive contre le paludisme et la fièvre bilieuse hémoglobinurique (*fin*). — Imbert et Clément : Fracture de l'astragale. — P. Moiroud : Anévrisme poplité bilatéral.

Montpellier médical. — (N° 9, 26 fév. 1911.) De Rouville : Une erreur de diagnostic : grossesse normale prise pour un kyste de l'ovaire; laparotomie; guérison; accouchement à terme d'un enfant vivant, quatre mois plus tard. — Lecercle : Les ultramicroscopes. — (N° 10, 5 mars.) Gaujoux : Contrôle officieux du lait livré à Montpellier par les laitiers syndiqués. Organisation du même contrôle à Cette. Résultats obtenus en 1910 par la commission du lait de la ligue contre la mortalité infantile. — Perrier : Cures hydro-minérales à la source et à domicile.

Nord médical. — (N° 394, 1er mars 1911.) Valentin : L'otite scléreuse. Son traitement par la rééducation auditive. — (N° 395, 15 mars.) G. Lemoine : Néphrite et congestion du foie chez un cardiaque.

Echo médical du Nord. — (N° 10, 5 mars 1911.) E. Gellé et P. Bertein : Les tumeurs solides thyroïdiennes de la base de la langue. — (N° 11, 12 mars.) Jean Minet et Jules Leclercq : Du zona avec éruption généralisée. — Haunard et Sergeant : Cholémie et états mentaux dépressifs. — (N° 12, 19 mars.) Ingelrans : Qu'est-ce que le tabes? Dernières recherches sur sa pathogénie et sa nature. — Leroy et Fontan : Un cas d'absence congénitale des muscles pectoraux du côté droit.

Paris médical. — (N° 13, 25 fév. 1911.) Josué : Le syndrome surréno-vasculaire. — Salimbené : La pneumonie pesteuse. — Papin : Le diagnostic du cancer de la prostate. — Miliais : Les doses de 606. La méthode des quatre injections. — (N° 14, 4 mars.) Gaucher et Gougerot : L'hôpital Saint-Louis. — Miliais : La dermatologie et la syphiligraphie en 1911. — L. Brocq : Une nouvelle méthode d'exploration des dermatoses. Le grattage méthodique. — J. Darier : De la biopsie. — W. Dubreuilh et G. Petges : Les engelures. — L. Jacquet : Le massage plastique à double action dans le traitement des dermatoses. — E. Bodin : Le traitemement actuel des teignes du cuir chevelu. — (N° 15, 11 mars.) H. Capitan : L'assurance contre la maladie en France. — Ch. Levassort : La répression de l'exercice illégal est-elle un leurre? — Gillet : La médecine d'assurances sur la vie. — Dufestel : Le médecin scolaire. — (N° 16, 18 mars.) Courcoux : Les albuminuries orthostatiques.— Sacquépée : L'alimentation des typhiques. — L. Brisset : Appareil à immobilisation dans les fractures compliquées. — H. Dasuset : Les cliniques hydrothérapiques de Vienne et de Berlin.

Pédiatrie pratique. — (N° 6, 25 fév. 1911.) Hutinel : Dilatation des bronches dans le jeune âge. — Guinon : Deux cas d'ictère infectieux d'origine paratyphique, observés simultanément chez deux enfants, frère et sœur. — F. Merklen : Etude clinique de l'hypo-alimentation chez les nourrissons. — (N° 7, 5 mars.) Broca : A propos de l'ostéomyélite aiguë. — A. Netter : Paralysies infantiles à forme méningitique. Formes méningitiques de la maladie de Heine-Médin. — Thiroloix et Bretouville : Mal épileptique pleural. Etude expérimentale de la sensibilité pleurale au froid. Reproduction du syndrome. — (N° 8, 15 mars.) Hutinel : L'association de la rougeole et de la scarlatine. — C. Franconi : Sur la sérothérapie endorachidienne. — Triboulet, Harvier et Vaudescal : Formes méningitiques de la paralysie infantile et discussion étiologique.

Presse médicale. — (N° 15, 22 fév. 1911.) E. Rist : La pneumonie pesteuse. — A. Martinet : Représentation graphique des tensions artérielles. — (N° 16, 25 fév.) Tinel : Méningites et tabes. — Hartenberg : La base organique de l'éreutophobie et son traitement. — Gérard Monod : De l'immobilisation des ostéo-arthrites tuberculeuses (mal de Pott et coxalgie. — (N° 17, 1er mars.) Noica : Le mécanisme de la contracture spasmodique. — A. Martinet : La céphalalgie des hypotendus. — (N° 18, 4 mars.) G. Rauzier : Fièvre de Malte à forme d'anémie pernicieuse. — R. Burnice : Deux cas de lipomatose symétrique. — J. Molle : Influence de l'hérédité familiale sur la localisation initiale et la distribution géographique des lésions dans la tuberculose pulmonaire commune. — (N° 19, 8 mars.) Chaput et Vaillant : De la localisation des projectiles dans les tissus. — P. Gorse et Dautheville : Pieds plats et tuberculose. — A. Raybaud : Le danger du transport de la peste à longue distance par l'intermédiaire des puces. — (N° 20, 11 mars.) F. Widal : Les orientations de la médecine. Leçon inaugurale. — Lecaplain : Notes sur quelques cas d'albumino-réaction des expectorations. — Charnaux : Pneu sangle anti-ptosique. — (N° 21, 15 mars.) A. Manté : Ma pratique de la vaccinothérapie. — (N° 22, 18 mars.) Alexis Carrel et Montrose T. Burows : La culture des tissus « in vitro ». — P. Alglave : Indications de la résection totale des varices essentielles des membres inférieurs. — Guisez : Ce que doit être actuellement la conception des spasmes de l'œsophage.

Province médicale. — (N° 9, 4 mars 1911.) A. Cange : La technique rationnelle et simplifiée de l'énucléation. — J. Ducning : Diagnostic, pronostic et traitement de l'ostéomyélite primitive de la rotule. — (N° 10, 11 mars.) G. Roque : Leçon d'ouverture de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Mosca : Pleurésie métapneumonique chez une cardiaque.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 avril. — MM. Géraudel, 17; Armand-Delille et Salomon, 17 1/2.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 3 avril. — MM. Bréchot, 22; Piquand, 25; Mercadé, 24.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le prix Chateauvillard (2000 francs) est décerné à M. Clunet pour ses *Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes.*

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 avril. — MM. Lasnier, 18 + 7 = 25; Lafont, 17 + 6 = 23; Cabessa, 12 + 6 = 18.

Prochaine séance, jeudi 6 avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décision présidentielle en date du 13 mars 1910, prise sur le rapport du ministre des colonies, après avis du conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, conformément au décret du 16 mai 1907, ont été accordées les décorations coloniales suivantes :

DRAGON DE L'ANNAM. — *Au grade de commandeur.* — MM. le docteur Samuel Bernheim; Camail, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales.

ETOILE NOIRE. — *Au grade d'officier.* — MM. Gaillard, médecin-major de deuxième classe; L'Helgoualc'h, médecin de première classe de la marine; Martin, directeur de l'Institut Pasteur à Brazzaville.

Au grade de chevalier. — MM. Doumenjou, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Fulconis, médecin aide-major des troupes coloniales; Ringenbach, médecin aide-major de deuxième classe des troupes coloniales; le docteur Verdelet.

CAMBODGE. — *Au grade de commandeur.* — M. Bellot, médecin en chef de première classe de la marine.

Au grade d'officier. — MM. Abbatucci, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Arnould, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Bellard, médecin-major de première classe, directeur du service de santé du corps d'occupation de Chine.

COMMISSION PERMANENTE DU CODEX. — Nous avons annoncé, il y a un an, la nomination d'une commission permanente du Codex. Cette commission vient de se réunir pour la première fois au ministère de l'Instruction publique, sous la présidenee de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur. La *Presse médicale* annonce que six sous-commissions ont été appelées à se partager les travaux.

Ces six sous-commissions sont ainsi composées : 1° *Contentieux et médecine légale :* MM. Bayet, président; Landouzy, Crinon, Eugène Roux et Générez, secrétaire; — 2° *Matière médicale :* MM. Guignard, président; Léger, Loiseau et Perrot, secrétaire; — 3° *Médicaments chimiques :* MM. Marty, président; Jungfleisch, Gautier, Adam, Buchet, Vaudin et Moureu, secrétaire; — 4° *Médicaments galéniques :* MM. Bourquelot, président; Mosny, Yvon, Michel et Grimbert, secrétaire; — 5° *Sérums et produits physiologiques :* MM. Landouzy, président; Emile Roux, Bourquelot, Chassevant et Yvon, secrétaire; — 6° *Médicaments vétérinaires :* MM. Adam, président; Emile Roux et Yvon, secrétaire. M. Générez, chef de bureau de l'enseignement supérieur, est désigné comme secrétaire général.

Il a été décidé qu'on publierait dès la fin de l'année, si cela est possible, un premier supplément comprenant les errata et les modifications ou additions urgentes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 3, mars 1911.) SENCERT : Etude clinique et thérapeutique des rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. — BINET : Signification et valeur séméiologique des douleurs intercostales dans la lithiase biliaire. Signe de la onzième côte.

Biologica. — (N° 3, 15 mars 1911.) Stanislas MEUNIER : La physiologie de la terre. — SIMAC : Des types sexuels intermédiaires.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 7, 16 fév. 1911.) Pearce BAILEY : L'aménagement et le mode de fonctionnement d'un hôpital de neurologie. — Philip COOMBS KNAPP : Le nouveau service neurological au Boston city hospital; le travail accompli la première année. — J. W. COURTNEY : Les psychopathies de l'enfance. — Lincoln DAVIS : Quelques données clinico-pathologiques sur les tumeurs de la vessie. — Charles L. SCUDDER : L'accès transpéritonéal et suprapubien des tumeurs de la vessie. — Horace BINNEY : L'état actuel des opérations intravésicales pour tumeurs de la vessie. — H. Z. GIFFIN : L'examen du nez et de la gorge, son utilité pour le diagnostic général, ses résultats dans l'asthme qui suit les opérations nasales. — (N° 8, 23 fév.) Arthur BREWSTER EMMONS : Une revue sur la situation des sages-femmes dans les divers pays. — George H. MONKS : Quelques points pratiques en rapport avec la luxation de la hanche, et sa réduction par le procédé de Bigelow (avec 2 fig.). — Ernest BOYEN YOUNG et Lawrence S. RHEA : La grossesse ovarienne, description d'un cas (4 fig.). — William C. QUINBY : Une note sur la symptomatologie des abcès du foie. — W. E. WILSON, PAWTUCKET : La disparition du cathéter dans la vessie et son expulsion spontanée.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 mars 1911.) A. ROBIN : Traitement de la goutte subaiguë, de la diathèse goutteuse et de la goutte chronique.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 8, 25 fév. 1911.) ROSENBERGER : Sur l'étiologie de l'aménorrhée.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 9 fév. 1911.) TABURA : Le diagnostic et le traitement des troubles sécrétoires de l'estomac. — HOLMGREN : Nouvelle méthode de dosage de l'HCl libre dans l'estomac. — FORLANINI : Sur la fonction respiratoire du poumon guéri par le pneumothorax artificiel et de nouveau distendu après le traitement. — HENCK et JAFFÉ : Nouvelles communications sur le dioxydiamidobenzol d'Ehrlich. — GLASER : Sur l'anogon. — KUZNITZKY : Sur la canule double pour injections intraveineuses. — HEUSER : Tuberculose verruqueuse et lymphangite tuberculeuse causées par le bacille tuberculeux bovin. — BALE : Le traitement des affections cutanées par les opsonines. — DEUTSCHMANN : Le traitement du décollement de la rétine. — FRIEDEBERG : Contribution au traitement médicamenteux de l'asthme bronchique. — SCHLESINGER : Pessaire pneumatique pour hémorroïdes et prolapsus anaux. — (N° 7, 16 fév.) AHLFELD : Auto-infection puerpérale. — BITTORF : Herpès zoster et colique néphritique. — SCHERSCHMIDT : Sur le traitement de la maladie du sommeil par l'arseno-phénylglycine. — MÖLLER : Sur l'injection cutanée et intracutanée de tuberculine avec emploi de doses décroissantes pour le diagnostic de la tuberculose. — SÉLIGMANN : L'extirpation totale d'un carcinome vésical, utérin et rectal par voie vagino-abdominale. — TRAUBE : Le traitement de la syphilis. — ELIASBERG : Sur le défaut de complément libre dans le sang des lépreux. — BIEHLER et ELIASBERG : Déviation du complément dans la lèpre avec l'antigène lépreux. — LÖHLEIN : Sur une pigmentation particulière des organes internes des nègres du Cameroun. — BERG : Sodisme et thyroïdisme. — SCHMEY : Sur un cas particulier de purpura avec hémorragie cérébrale mortelle chez un enfant. — SIGALIN : Gymnastique respiratoire sur base psychique.

Medizinische Blätter. — (N° 4, 18 fév. 1911.) LAUCHART : Chirurgie et neurasthénie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 14 fév. 1911.) HENKEL : Sur les rapports d'échanges entre l'utérus et l'ovaire ; contribution à l'étude des hémorragies gynécologiques. — FINKELSTEIN et MEYER : Technique et indication de l'alimentation avec l'albumine du lait. — FISCHER : Influence de l'appétit sur l'activité gastrique et son importance pour le diagnostic fonctionnel de l'estomac. — SACHS : La question de la signification pronostique du passage des germes dans le sang. — GILBERT : Sur une action fâcheuse du salvarsan. — GROSS : Sur le lavage direct du duodénum. — SOLGER : Projet d'une échelle colorimétrique pour l'appréciation des pigmentations physiologiques et pathologiques. — EINHAUSER : Contribution au traitement par l'oophorine. — STÜHMER : Bacilles typhiques dans le liquide céphalo-rachidien. — LIPOWSKI : Sur les nouveaux médicaments et leur importance pour la thérapeutique moderne. — HUBBES : Sur le traitement de la syphilis. — DESSAUER : Simplification de l'instrumentation Röntgen. — UFFENHEIMER : Deux années d'assistance aux nourrissons. — (N° 8, 21 fév.) MORITZ : Sur la méthode des ponctions veineuses et des injections intraveineuses, et en particulier de sang humain non défibriné. — IVERSEN : Technique de l'injection intraveineuse de salvarsan. — BENARIO : Sur la technique des injections de salvarsan. — STRONG : Traitement spécifique du frambœsia par le salvarsan. — HANDEK : Contribution radiologique au diagnostic de l'ulcère et du cancer de l'estomac. — CRAMER : Sur la nature et le traitement de l'ostéomalacie. — SCHEIDEMANTEL : Expériences cliniques avec l'adaline. — GLIMM : Traitement de la sciatique par les injections épidurales. — THEILHABER : Statistique du cancer en Bavière en 1909. — PÜRCKHAUER : Sur l'absence de grand pectoral et la situation haute de l'épaule. — BAUM : Angiome caverneux du poumon opéré avec succès. — HÜFFEL : Rétention placentaire d'une durée anormale. — KAMPMANN : Trichobezoar de l'estomac. — BARDACHZI : Un nouveau dispositif orthodiagraphique. — STRÜBE : Un nouveau stérilisateur pour sondes gastriques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 6, 9 fév. 1911.) KRAUS et V. GRAFF : Action du sérum placentaire et du sérum de gravidiques sur les cellules carcinomateuses de l'homme. — GREKOW : Sur la question des rapports d'échanges entre les affections inflammatoires de l'appendice et de la trompe de Fallope. — FLINKER : Sur les proportions du corps des crétins. — GIORGIEVIC : Contribution à la connaissance du streptothrix. — WIENER : Etudes de quarantaine. — (N° 7, 16 fév.) E. WEIL : Sur l'action extracellulaire des leucocytes. — SCHMID : Traitement des suppurations chroniques par la pâte de bismuth. — REISS et KRZISTALOVICZ : Importance thérapeutique de l'arsenobenzol. — HAHN : Mode d'application du salvarsan. — JANOWSKI : Calcul comparatif de l'œsophagogramme avec l'électro-cardiogramme. — SCHWARZ : Action de l'adrénaline sur les organismes monocellulaires. — NETTER et GAGSTATTER : Clinique et thérapeutique des calculs du bassinet. — GAERTNER : Mesure de la perméabilité du nez au courant d'air. — KREIBICH : Nature des cellules de naevus. — GHEDINI : Technique de la ponction de la moelle osseuse.

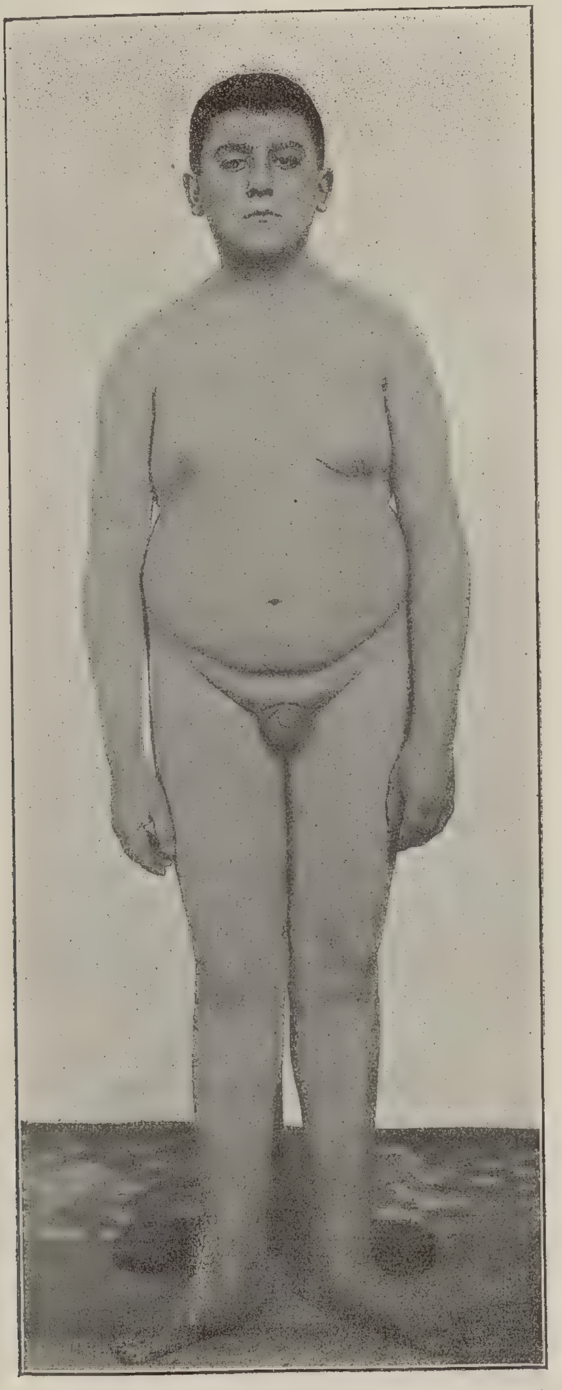
CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON
Professeur A. PONCET.

TOXI-INFECTION TUBERCULEUSE POLYMORPHE

Double pied plat valgus douloureux.
Atrophie testiculaire. — Obésité précoce. — Cyanose des membres.
Cicatrices caractéristiques d'une ancienne poly-adénite sous-maxillaire, froide, suppurée, etc. : le tout d'origine tuberculeuse (1).

Messieurs,

Le malade qui va faire l'objet de cette leçon est intéressant, car il présente un certain nombre de

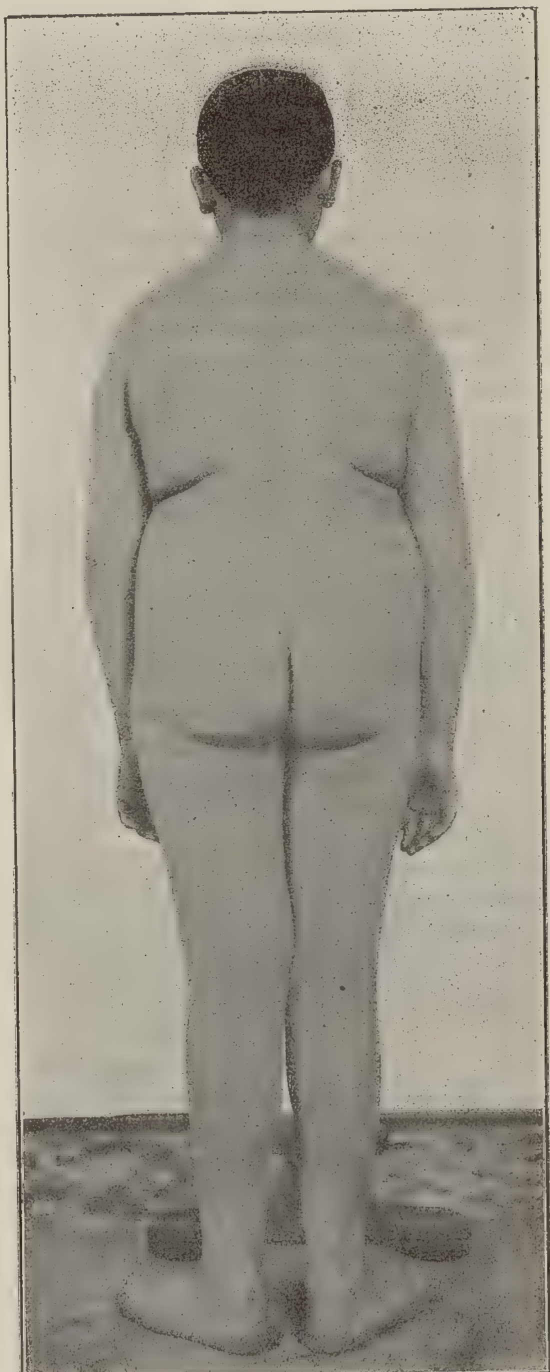


manifestations pathologiques, en apparence de nature disparate, mais qui, en réalité, doivent toutes être mises sur le compte de l'infection tuberculeuse.

Il s'agit d'un enfant de treize ans et demi, d'un embonpoint exagéré, que sa mère a amené à ma clinique pour un affaissement bilatéral douloureux de la voûte plantaire qui gêne la marche et rend impossible la station debout prolongée.

Le petit malade ne présente aucun antécédent héréditaire particulier. Son père, âgé de cinquante-cinq ans, est bien portant; sa mère, qui a cinquante ans, est d'une santé délicate. Elle a eu 3 enfants, deux sont morts peu après la naissance. Le troisième est celui que je vous présente.

Au dire de sa mère, ce jeune garçon s'est toujours bien porté, sans échapper, toutefois, aux fièvres



éruptives de l'enfance (scarlatine et rougeole). Vers l'âge de neuf ans, à la suite d'un coup de froid, sont apparues spontanément de volumineuses adénites sous-maxillaires et cervicales droites, qui se sont accompagnées d'une suppuration de longue durée et

(1) Leçon recueillie par M. Léonce Arnaud, prosecteur à la Faculté de médecine.

qui ont laissé, comme reliquat, des cicatrices caractéristiques, blanchâtres, déprimées en cul-de-poule, communément désignées sous le nom de séquelles d'écrouelles. L'on ne saurait douter, messieurs, qu'il s'est agi là d'adénites tuberculeuses suppurées.

Il y a un an, l'enfant, jusque-là écolier, a été mis en apprentissage. Sa nouvelle profession de polisseur sur bronze exigeait la position debout prolongée. Il travaillait debout toute la journée. Des douleurs, d'abord intermittentes, puis continues, ensuite un certain degré de gonflement des deux pieds ne tardèrent pas à apparaître, si bien, qu'après des alternatives d'aggravation et d'amélioration subordonnées au repos et à la reprise de son travail, le petit malade a été obligé d'abandonner son métier.

L'examen local montre un affaissement bilatéral et très accentué de la voûte plantaire, plus marqué au niveau du pied gauche qui offre, en outre, un degré de valgus plus accusé. A cette heure, après un repos de trois semaines, le gonflement serait notablement moindre, mais, outre la déformation, il existe encore de l'empâtement et de la douleur à la pression, au niveau de chaque interligne médio-tarsien.

Vous reconnaissez là, messieurs, les signes classiques d'un double pied plat valgus douloureux. Je n'insiste pas sur ce diagnostic qui s'impose avec sa symptomatologie habituelle.

Par ailleurs, le malade présente un embonpoint exagéré. Cet enfant, qui n'a que $1^{m}52$ de taille, pèse 64 kilogs et, à treize ans, il a la corpulence d'un adulte obèse. La paroi abdominale, flasque, très épaisse, présente des plis fort développés. les seins sont volumineux, charnus, simulant une gynécomastie anormale. Mais ce n'est là qu'une apparence due à la polysarcie du sujet. Il semble bien, en effet, à un examen attentif, qu'il s'agisse uniquement d'une lipomatose diffuse, alors que rien ne révèle l'existence d'une hypertrophie mammaire à proprement parler.

Cette adiposité précoce attire l'attention du côté de l'appareil génital. Celui-ci est notablement moins développé qu'à l'état normal. On aperçoit quelques rares poils au pubis; la verge est petite et le gland encapuchonné d'un long prépuce, le tout éveillant, dans l'esprit, l'idée d'une malformation plus ou moins congénitale, le scrotum est égalemeut peu développé. Il renferme, cependant, de chaque côté, les testicules bien descendus, mais d'un volume certainement au-dessous de la moyenne. Le corps thyroïde paraît aussi quelque peu atrophié. Néanmoins il n'existe pas de troubles de l'intelligence. L'enfant est même plutôt d'esprit éveillé.

Notons, enfin, l'existence de troubles vaso-moteurs accusés. Au niveau des fesses, de la face postérieure des cuisses et des jambes, existe une coloration, rouge, violacée, caractéristique, et au niveau des pieds et des mains une acrocyanose qui devient très apparente sous l'influence de la pesanteur.

En résumé, messieurs, nous avons affaire à un malade ayant présenté anciennement des adénites tuberculeuses, et atteint, en outre, d'un double pied valgus douloureux, d'obésité précoce, d'un certain arrêt de développement des organes génitaux externes, du corps thyroïde, et aussi, de troubles vasomoteurs accentués qui, dans l'espèce, ont presque la valeur de certaines scrofulides.

Ces manifestations, à première vue si dissemblables, sont-elles sans relation aucune, et par hasard, réunies chez le même sujet, ou, au contraire, sont-elles fonction les unes des autres et rattachables, à une seule et même cause ?

Il y a de cela quelques années seulement, la première conclusion se fût imposée à nous. Sans doute, chez ce malade, les relations entre l'atrophie testiculaire et l'obésité ne nous auraient pas échappé. Mais nous n'aurions vu là qu'un syndrome adiposo-génital, dont l'interprétation pathogénique, comme cause première, nous eût fait défaut. Tout au plus aurions-nous pu subordonner une atrophie thyroïdienne probable à l'atrophie testiculaire évidente ?

Dans notre désir de donner, malgré tout, une explication des faits, nous aurions, peut-être aussi, mis la tarsalgie sur le compte de cet embonpoint exagéré, capable de déterminer, par une surcharge anormale, l'affaissement des voûtes plantaires.

Là, d'ailleurs, se seraient arrêtées nos déductions. Le rôle de l'infection tuberculeuse première aurait, pour nous, passé inaperçue, et nous n'aurions même pas osé risquer une hypothèse touchant l'existence des troubles vaso-moteurs.

Nous aurions supposé la réunion, chez un tuberculeux, de lésions, de nature, d'apparence, diverses. Nous n'aurions pas vu le lien qui relie ces manifestations pathologiques variées et nous n'aurions pas songé à les rapporter à une seule et même cause qui est, en l'espèce, l'empoisonnement tuberculeux. Nous aurions dû nous contenter, là encore, de faire œuvre de naturaliste et d'enregistrer des coïncidences. A cette heure, nos travaux sur l'infection, sur l'intoxication tuberculeuse, nous permettent de grouper de telles observations et d'en donner une explication étiologique.

Un fait capital domine l'histoire de notre malade : il a présenté, et c'est là son affection première, des manifestations bacillaires indéniables, puis, sont apparus une atrophie testiculaire, une obésité précoce, un double pied plat valgus douloureux, des troubles vaso-moteurs, etc.

Eh bien! messieurs, toutes ces manifestations pathologiques si protéiformes, à première vue si éloignées les unes des autres, sont, à n'en pas douter, sous la dépendance d'une seule et même cause : la toxi-infection tuberculeuse. Cet enfant est un bacillaire avéré, ses anciennes écrouelles en font foi, et il est sous le coup d'une intoxication tuberculeuse, dont les méfaits se sont révélés sous les aspects polymorphes que nos recherches de ces dernières années nous ont permis de reconnaître quant à leur origine (Poncet, Leriche).

Il y a quelque temps, l'on présentait, à l'une de nos sociétés savantes, un malade frappé d'atrophie testiculaire post-typhique et l'on n'hésitait pas, à juste titre d'ailleurs, à rapporter à l'infection éberthienne, l'atteinte de la glande génitale. Or, notre

malade, à l'exception de toute autre infection, est atteint de tuberculose. Je conclus, de façon logique, et mets ces lésions génitales au compte de cette infection. Pourquoi ne pas faire, en effet, aux infections éberthienne ou autres, le même crédit ?

Tout aussi bien, les pieds plats de notre malade doivent être rattachés à la tuberculose (1). Celle-ci, dans sa forme virulente, produit des arthrites fongueuses suppurées ; il serait au moins curieux, nous l'avons déjà dit bien des fois, qu'elle ne pût, dans sa forme atténuée, donner lieu à un certain degré d'ostéo-arthomalacie du pied et, comme le prouvent les autopsies, à une véritable arthrite, sèche, plastique, des articulations qui entrent dans la constitution de la voûte plantaire.

Enfin vous connaissez, messieurs, la fréquence des troubles circulatoires, chez les tuberculeux, vous savez l'émotivité de leur système cardio-vasculaire ou sa paresse. En conséquence, chez notre petit malade bacillaire, les troubles vaso-moteurs doivent être, naturellement, imputés à l'empoisonnement tuberculeux.

Désormais notre malade, d'abord si compliqué, devient simple, et tout s'explique. Son histoire pathologique s'enchaîne, elle devient une. Les troubles divers présentés par cet enfant sont sous la dépendance de la tuberculose. Une notion de pathologie générale, celle de l'infection bacillaire qui, de façons si diverses, sans respecter aucun tissu, attaque tous les organes, nous a permis d'opérer cette synthèse.

Nous apprenons journellement, en effet, à mieux connaître les tuberculoses frustes, atténuées, atypiques, les lésions bacillaires aspécifiques que nous avons, précisément, en raison de leurs caractères anatomiques, la plupart du temps purement inflammatoires, groupées sous le nom de *tuberculose inflammatoire*. Nous savons également que nombre de troubles fonctionnels et d'états pathologiques, transitoires ou non, parfois d'une alternance remarquable, sont imputables encore au virus tuberculeux et qu'ils relèvent, les uns et les autres, d'une intoxication bacillaire, laquelle, en l'absence de toute lésion apparente, nous a paru mériter, de son côté, le nom de *septicémie tuberculeuse*.

Une telle septicémie revêt des formes cliniques, non moins variées que celles de la tuberculose inflammatoire. Je veux dire par là, qu'à côté d'états infectieux, légers, bénins, passagers, plus ou moins durables, etc., prennent place des formes septiques d'une sévérité variable, parfois rapidement mortelles.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

(1) *Tuberculose inflammatoire et rachitisme tardif.* Les déformations ostéo-articulaires essentielles de la croissance : scoliose, genu valgum, pied plat douloureux, coxa vara, etc., sont souvent d'origine tuberculeuse, par MM. A. PONCET et R. LERICHE, Acad. de méd., séance du 8 octobre 1907.

VISCOSITÉ DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

NORMAL ET PATHOLOGIQUE (1)

Par M. J. LÉVY-VALENSI.

Le liquide céphalo-rachidien, depuis une dizaine d'années, a été étudié à presque tous les points de vue. Il nous a paru, en parcourant les derniers travaux d'ensemble publiés, que la viscosité n'en avait pas été recherchée (1). Nous avons voulu voir si la recherche de cette propriété physique pouvait apporter quelques notions nouvelles au diagnostic des affections nerveuses. Nous nous hâtons de dire que cette espérance a été déçue et que c'est un résultat à peu près négatif, quant au point de vue pratique, que nous apportons aujourd'hui.

Nos recherches portent sur 32 malades ; nous aurions pu augmenter le nombre de nos observations, mais cela nous a paru inutile devant la constance des résultats.

Nous nous sommes servi du viscosimètre à boules de Mayer maintenu à une température constante par un courant d'eau chaude. Nous avons employé, pour chaque expérience, environ 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Le tableau suivant résume nos résultats :

Viscosité = 0.9923 ; 1 *cas*.

Méningite tuberculeuse avec liquide clair, lymphocytose, bacilles.

Viscosité = 1 ; 3 *cas*.

1° Epilepsie tardive par foyers d'encéphalite. Pas de réactions méningées.

2° Hémorragie méningée par pachyméningite. Liquide ambré. Pas de lymphocytose.

3° Méningite tuberculeuse avec liquide trouble. Lymphocytose.

Viscosité = 1.0526 ; 11 *cas*.

Tabes, 4 cas : lymphocytose (2, 11, 30, 36 par millimètre cube).

Paralysie générale, 1 cas : lymphocytose, 44.

Méningite syphilitique, 1 cas : lymphocytose, 44.

Méningite cérébro-spinale, 1 cas : liquide trouble, polynucléaires, méningocoques.

Paralysie pseudo-bulbaire, 1 cas.

Hémiplégie avec aphasie, 1 cas.

Démence sénile, 1 cas.

Epilepsie, 1 cas.

Dans ces 4 derniers cas, la lymphocytose était physiologique.

Viscosité = 1.1052 ; 13 *cas*.

Tabes, 1 cas : lymphocytose, 42.

Paralysie générale, 3 cas : lymphocytose, 42, 55, 36.

---

(1) Nous entendons par normaux les cas où font défaut les réactions méningées, en particulier les névroses (hystérie, neurasthénie).

(2) Depuis le dépôt de cette note, nous avons eu connaissance d'un travail de Mochi sur la viscosité du liquide céphalo-rachidien normal. Cet auteur arrive aux mêmes conclusions que nous, *Acad. royale de fisio-critici de Sienne*, 27 nov. 1910, in *Presse méd.*, 31 déc. 1910.

Méningo-encéphalopathie syphilitique : lymphocytose, 4.
Méningite syphilitique : lymphocytose, 44.
Hémiplégie chez un syphilitique : lymphocytose, 11,5.
Hémiplégie chez un diabétique.
Neurasthénie.
Manie aiguë.
Hystérie, 2 cas.
Dans les 5 derniers cas, pas de lymphocytose.
Fracture du crâne, liquide nettement hémorragique, 1 cas.

Viscosité = 1.2631 ; 2 *cas*.
Manie aiguë, 1 cas.
Hémiplégie syphilitique, 1 cas : lymphocytose, 11,5.

Viscosité = 1.4210 ; 1 *cas*.
Fracture du crâne, liquide hémorragique, 1 cas.

Viscosité = 1.5894 ; 1 *cas*.
Tabes : lymphocytose, 4.

En somme, viscosité très voisine de celle de l'eau distillée dans la plupart des cas; les différences observées nous paraissent trop faibles pour en faire état.

Notons que ces faibles différences ne sont, en aucune façon, en rapport avec l'absence ou la présence et le nombre des lymphocytes appréciés par la méthode de Nageotte (1), ni avec la présence ou l'absence de la globuline et de la sérine que nous avons recherchées dans tous les cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 MARS 1911)

Sur les ptomaïnes des conserves de poissons et de crustacés. — MM. DESGREZ et CAÏUS ont recherché les ptomaïnes dans dix-huit boîtes de conserves, de poids variant entre 125 grammes et 10 kilogrammes, et provenant de cinq maisons différentes. Ces conserves contenaient : thon, sardines et maquereaux à l'huile, harengs et maquereaux au vin blanc, homard et saumon.

Toutes ces boîtes renfermaient, au moment de leur ouverture, des ptomaïnes (0g20 à 0g60 par kilogramme).

Les conserves de poissons entiers, avec peau et arêtes, contiennent plus de ptomaïnes (0g47 par kilogramme) que les conserves de thon, homard, saumon (0g30 par kilogramme).

Dans les boîtes à contenu homogène (thon, saumon), la quantité de ptomaïnes est plus grande au centre qu'à la périphérie. Ceci est peut-être dû à une stérilisation imparfaite.

Les ptomaïnes ne commencent à augmenter de façon appréciable que deux jours après l'ouverture des boîtes. L'huile semble favoriser leur développement.

MM. Desgrez et Caïus poursuivent leurs recherches pour savoir si une fraction des bases constatées n'existe pas chez le poisson frais, ou s'il prend naissance pendant la préparation des conserves.

Quant à leur toxicité, elle paraît très faible. Ingérées à faible dose, elles paraissent exercer, comme l'a établi M. Armand Gautier, pour celles qu'il a trouvées dans l'huile de foie de morue, une action favorable sur l'appétit et la nutrition générale.

Influence de l'ablation des surrénales sur le système nerveux. — MM. Jean GAUTRELET et Louis THOMAS. Peuvent seules être envisagées comme phénomènes immédiatement consécutifs à l'ablation des surrénales : la diminution de l'excitabilité du sympathique et une certaine hyperexcitabilité du système nerveux central, présidant à la vie organique.

L'intoxication curariforme du système nerveux central, présidant aux fonctions de relation, n'est qu'un épiphénomène apparaissant secondairement.

Registres et classement des voix d'après l'observation des buées vocales de la bouche et du nez, simultanément recueillies durant l'émission. — M. Jules GLOVER.

Considérations sur l'analyse du phosphore dans les cendres du lait. — MM. BORDAS et TOUPLAIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1911)

Le régime du corps. — M. LANDOUZY offre à l'Académie, en son nom, l'édition qu'ils viennent de donner, le docteur Roger Pépin et lui (d'après les manuscrits à miniatures de la bibliothèque nationale et de la bibliothèque de l'arsenal), d'un manuscrit médical du XIIIe siècle.

Le Régime du corps, de maître Aldebrandin (de Sienne), antérieur de plus d'un demi-siècle à la *Chirurgie d'Henri de Mondeville*, fut composé, en français, vers 1256; il constitue le plus ancien monument médical de notre langue.

De rares documents leur ont permis d'établir quelques étapes de la vie de son auteur. Maître Aldebrandin, originaire de Sienne, quitta la Toscane pour la cour de Provence, centre si florissant de civilisation au XIIIe siècle. Il fut attaché, en qualité de médecin, à la personne de cette comtesse Béatrice que rendirent surtout célèbre ses quatre filles qui, toutes quatre, devinrent reines : l'aînée, par son mariage avec le roi saint Louis; les autres en épousant Henri III d'Angleterre; Richard de Cornouailles, empereur d'Allemagne; et Charles d'Anjou, roi de Sicile.

De Provence, Aldebrandin vient à la cour de France; vers la fin de sa vie on le retrouve retiré à Troyes, en Champagne, où, à sa mort, l'an 1287, il lègue, au couvent des Antonins de cette ville, sa maison de la rue Saint-Abraham.

C'est, très vraisemblablement, pendant son séjour à Aix, auprès de la comtesse de Provence, qu'Aldebrandin composa son livre dont il offrit l'hommage à sa protectrice. Il est heureux pour nous que cet italien poursuivît sa carrière en France, car s'il eût été Français de naissance, se conformant à l'habitude des médecins et des chirurgiens de son temps, il eût écrit en latin; il n'eût point adopté notre langue pour vulgariser le fruit de ses lectures et de sa pratique. En cela surtout, gît la principale originalité de l'œuvre d'Aldebrandin, aussi comprend-on pourquoi celle-ci, bien connue des philologues, demeura inaperçue de la plupart des historiens médicaux.

Outre son importance capitale pour l'étude du langage scientifique, le *Régime du corps* offre cependant un réel intérêt historique et doctrinal. Ce livre d'abord, contrairement aux vastes compendiums du moyen âge qui embrassaient toute l'étendue des sciences médicales, est remarquable par l'unité de son sujet. Entièrement consacré à l'hygiène, il ne traite pas d'autre chose; à maintes reprises, l'auteur insiste sur ce que « *le malade delivrer n'est pas son entencions* », mais seulement « *garder le corps en santé et les maladies eskiwer* ».

(1) NAGEOTTE et LÉVY-VALENSI. *Soc. de biol.*, 7 déc. 1907.

De quelle utilité, pour l'étude rétrospective de l'hygiène, qu'un tel livre qui, au XIIIe siècle déjà, passant successivement en revue les actes courants de la vie, le manger, le boire, le travail, le repos et le sommeil, les pratiques d'hygiène thérapeutique comme le bain, la saignée, la purgation, les ventouses et les sangsues, abonde en minutieuses prescriptions touchant l'hygiène saisonnière, climatique, vestimentaire, sexuelle, infantile et sénile; prodigue d'excellents conseils de puériculture, soit au point de vue des soins à donner à la femme enceinte ou des précautions dont il convient d'entourer le nouveau-né!

Aldebrandin consacre encore de longs chapitres à l'hygiène particulière des principaux organes et appareils : peau, cheveux, dents, estomac, foie et cœur. Mais, la partie la plus curieuse de son œuvre, la plus moderne, pourrait-on dire, est celle qu'il consacre à la diététique proprement dite. C'est là, dans l'exposition de la valeur nutritive des principaux aliments usuels, et la discussion des propriétés alibiles des céréales, des fruits, des légumes, des viandes, des œufs, des laitages et des condiments qu'on retrouve en germe, sous une forme tout empirique, quelques-unes des idées qui, aujourd'hui encore, servent de base à l'établissement de nos régimes alimentaires.

Tel est, en raccourci, le sujet du *Régime du corps*. L'œuvre n'est certes pas originale; comme toutes les productions du moyen âge elle est une compilation, mais à ce titre même, fort instructive, car elle reflète exactement les doctrines de l'école arabe et les enseignements hygiéniques d'Avicenne et d'Isaac l'israélite.

Bien que comparable au *Régime de santé* de l'école de Salerne, le livre d'Aldebrandin s'en écarte sensiblement par la façon dont le sujet est exposé. Aux aphorismes quelque peu impératifs de Salerne, le *Régime du corps* oppose des descriptions minutieusement explicatives, et un souci du détail qui empêchent d'établir, entre les deux ouvrages, d'autre parenté que celle de l'inspiration et de la doctrine.

« Tel est le livre que nous avons voulu exhumer; nous l'avons édité sous les auspices de M. Antoine Thomas, professeur de philologie romane à la Sorbonne qui nous a honorés d'une très savante *préface*.

Grâce à l'érudition et aux connaissances linguistiques du docteur Pépin, nous donnons, du traité d'Aldebrandin, une édition qui, tout en étant à la portée du public médical, demeure conforme aux exigences actuelles de la science philologique. Le texte ancien a été très scrupuleusement respecté et établi sur le manuscrit le plus ancien, les variantes des autres manuscrits étant indiquées en notes. Un *glossaire* très détaillé explique les termes obscurs, les mots rares, les noms de plantes et de médicaments. Enfin une substantielle *introduction* donne la description de tous les manuscrits connus du *Régime du corps*, en établit scientifiquement les sources, en même temps qu'elle relate tous les renseignements recueillis sur la personnalité d'Aldebrandin, le natif de Toscane, le Champenois d'adoption. Personnalité éminemment curieuse, Aldebrandin n'est-il pas, à sa manière, un précurseur : n'emploie-t-il pas plus de soin à prescrire des *recettes de santé*, que, jusqu'à lui, n'en mettaient les médecins à enrichir les antidotaires de plus amples remèdes contre les maladies. »

Les écoles préparatoires de médecine. — M. Bureau, professeur au Muséum, à propos de la communication de M. Motais, en sa qualité d'ancien élève de l'école de Nantes, fait l'historique de cette école et rappelle les noms de MM. Guépin, Malherbe, Le Tanneur, etc., qui ont illustré cette école. Il rappelle également que Maisonneuve et Chassaignac y ont commencé leurs études. Il exprime, en terminant, la grande reconnaissance qu'il a gardée à cette école de Nantes.

Subictère chronique. — M. Hayem, à propos de la communication de M. Gaucher, présente un malade qui est atteint de subictère chronique, avec des crises d'hémoglobinurie, et qui n'a jamais présenté, à aucun moment, de pigments biliaires dans le sérum sanguin ni dans les urines. Ce malade est atteint aussi d'une anémie grave.

M. le Président déclare deux places vacantes par suite des décès de MM. Lancereaux et Huchard.

Les myocardites atténuées et curables. — M. Ch. Fiessinger. Au déclin des maladies infectieuses, on peut observer des états asystoliques liés vraisemblablement à des myocardites atténuées.

L'auteur cite plusieurs observations où des malades, suite de rhumatisme articulaire ou de grippe, ont présenté des accidents très graves d'insuffisance cardiaque.

Néanmoins, une guérison complète peut être obtenue, qui permet la reprise des occupations professionnelles. Il suffit que les sujets s'astreignent pour des mois au traitement digitalique à très petites doses et presque indéfiniment prolongées, comme l'auteur le recommande depuis 1905.

Migraine thyroïdienne de l'enfant. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild démontrent que la migraine de l'enfant est toujours thyroïdienne. Ils fondent leur opinion sur douze cas de migraine infantile, dans lesquels le traitement thyroïdien a produit, s'il a été suffisamment prolongé, des guérisons, et dans les autres cas, des améliorations remarquables. Tous les sujets étaient atteints simultanément de neuro-arthritisme thyroïdien, amélioré en même temps par l'opothérapie thyroïdienne. Les vomissements périodiques et la céphalée migrainoïde, qui affectent souvent des rapports avec la migraine infantile, sont également thyroïdiens dans nombre de cas et bénéficient de la médication thyroïdienne.

Syphilis osseuse héréditaire. — M. Badin (Paul-Vital, de Paris) fait une communication sur la syphilis osseuse héréditaire (type des puéri-adolescents). Il présente un de ces cas encore peu connus, où les altérations osseuses sont multiples, chez une petite fille dont l'état général est parfait. L'enfant, âgée de six ans, a été traitée jusqu'à ce jour pour un genu valgum qui n'est que symptomatique de l'affection osseuse syphilitique méconnue. Le début de la déformation remonte à l'âge de dix-huit mois, mais les lésions sont multiples sur tout le squelette, elles ont évolué sans la moindre douleur, sans suppuration et sans séquestres. Les stigmates syphilitiques sont peu nets, mais la réaction de Wassermann est positive. Les foyers d'ostéomyélites et d'ostéopériostites gommeuses ont tous été retrouvés et contrôlés par la radiographie. Lésions du bassin, des côtes, des membres inférieurs (fémur, tibia), des cubitus, des métacarpiens et des phalanges. Ce cas est surtout intéressant par la multiplicité et la diversité des lésions, par son évolution et aussi par les erreurs du diagnostic qui ont été faites antérieurement.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national. Le nombre des votants étant de 65, majorité 33, M. Jacoulet (de Gray) obtient 57 suffrages et est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 1er avril 1911)

Absorption et activation de la toxine diphtérique par la substance nerveuse et ses lipoïdes phosphorés. — MM. Guy-Laroche et A. Grigaut. Le cerveau d'homme ou de cobaye, mis en contact avec la toxine diphtérique pure ou diluée, la fixe énergiquement. Parmi les constituants chimiques du cerveau, les lipoïdes phosphorés seuls (lécithine, céphaline,

cérébron) possèdent la propriété d'absorber la toxine diphtérique. Au contraire, les lipoïdes non phosphorés du cerveau (cholestérine, cérébrosides) se montrent absolument dépourvus de cette propriété.

De plus, la toxine diphtérique, absorbée par la substance nerveuse ou ses lipoïdes phosphorés, se montre plus active que la toxine libre et tue le cobaye plus rapidement, et après une période d'incubation plus courte. Elle se trouve, de ce fait, à la fois fixée et activée par la substance nerveuse.

Evolution de la cholestérinémie au cours de l'état gravidique et puerpéral. — MM. Chauffard, Guy-Laroche et Grigaut. Le taux de la cholestérine du sérum est parfois augmenté dans la première période de la grossesse. Dans les deux derniers mois, l'hypercholestérinémie est constante; elle se continue jusqu'à l'accouchement, à la suite duquel elle diminue, pour reprendre, vers le onzième jour, le taux normal. Elle n'est influencée ni par l'allaitement, ni par l'âge des gravidiques, ni par le nombre des grossesses; par contre, elle est modifiée par un certain nombre de causes toxiques ou infectieuses.

Spirillose expérimentale et allaitement. — MM. L. Nattan-Larrier et P. Salmon, s'inspirant de travaux récents sur l'action curative du lait des mères atteintes de syphilis et traitées par l'arsenobenzol, ont recherché, d'une part, si le lait d'une femelle guérie de spirillose (spirilles d'Obermeier ou spirilles de Dutton) exerçait une action préventive ou curative sur la spirillose des petits; d'autre part, ils se sont demandés si le lait des femelles infectées de spirillose et traitées par l'arsenobenzol possédait une action préventive ou curative sur les maladies des petits. De l'ensemble de ces expériences, on peut conclure que le lait ne contient pas d'anticorps spirillaire, que l'infection ait été traitée ou ait guéri spontanément; la spirillose des petits, nourris par une mère guérie de spirillose, évolue en effet malgré l'allaitement maternel et est aussi grave, aussi intense et aussi rapide que celle des témoins.

Régulation immédiate de la tension artérielle par sollicitation des centres manostatiques bulbaires. — M. P. Bonnier. Le maintien d'un niveau normal de tension est dû à la vigilance et à l'activité de centres manostatiques situés, dans le bulbe, à un étage dont l'auteur a cherché la projection périphérique segmentaire, sur la muqueuse nasale. Une minime galvanocautérisation en ce point permet de rétablir, dans la plupart des cas, presque immédiatement et parfois pour des mois, la tension normale. L'auteur en donne une série de cas types, Basedow, ménopause, artériosclérose, etc.

La ration d'entretien des obèses. — MM. Labbé et Boivin ont étudié la ration d'entretien minima chez quelques obèses, en équilibre de poids, et ont constaté que celle-ci varie de 27,5 à 37 calories par kilogramme de poids corporel idéal (poids que devrait peser l'individu, étant donnée sa taille, s'il avait une corpulence normale).

Cette ration est identique à celle qui suffit à des sujets sains, dans les mêmes conditions d'existence sédentaire.

FORMULAIRE

CONTRE LA DYSMÉNORRHÉE

Acétate d'ammoniaque	*àâ*	15 grammes
Sirop d'opium		
Sirop de fleurs d'oranger...		
Infusion de fleurs de sureau		120 —

Prendre une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

(*Nouv. Remèdes.*)

VARIÉTÉS

L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE EN 1825

DU CHOIX DES INFIRMIÈRES SOIGNAGE DES MALADES ET PRÉCAUTIONS A PRENDRE

Par le Baron PERCY,

Chirurgien en chef des armées (in *Hygie*, 1825).

Au moment où l'autorité militaire remplace peu à peu, dans les hôpitaux militaires, les sœurs de charité par des infirmières laïques, il nous paraît utile de faire connaître les qualités morales et professionnelles que le baron Percy demandait aux gardes-malades du Premier Empire.

« On emploie quelquefois, dit Percy, des hommes pour garder les malades ; ils sont plus forts, *mais les femmes sont préférables, parce qu'elles sont en général plus douces, plus patientes et plus compatissantes* (1). Elles sont surtout plus au fait de certaines occupations de ménage, pour lesquelles les hommes sont fort maladroits, ou peu disposés ; il ne faut donc se servir de ces derniers que pour aider la garde lorsque le cas l'exige. »

Les principales qualités d'une garde sont la *vigilance* et la *propreté* ; il faut de plus qu'elle soit *robuste*, d'une bonne santé, sans infirmités, *sobre*, intelligente, sachant lire et écrire, *discrète* et, ce qui est rare, *point bavarde*, fidèle et empressée à exécuter les ordonnances du médecin et d'un caractère assez sensé pour ne pas se laisser influencer par des préjugés vulgaires ou se croire plus instruite que les médecins mêmes. Elle doit avoir assez de fermeté pour conserver un visage tranquille, même au moment du danger, afin que le malade ne puisse lire dans ses traits l'état où il se trouve. Une garde ne peut se permettre de rien changer aux prescriptions ni même à l'ordre dans lequel le médecin a voulu qu'elles soient administrées, elle doit seulement en noter les effets et lui faire connaître, à son retour, les résultats de son observation minutieuse. Une garde doit s'abstenir de toute espèce de réflexions et surtout de rapporter les cas malheureux où elle a pu se trouver, ce qui peut frapper le malade d'une manière fâcheuse; elle doit inspirer toute confiance à ce dernier *et ne jamais s'offenser des discours même injurieux*, qui peuvent lui être adressés ; c'est ici le cas de souffrir pour l'amour de son prochain. Par ses airs d'importance, elle ne doit pas irriter le malade, qui souvent ne se plaint pas, mais dont l'état se trouve aggravé par ces tracasseries. Avec douceur, une garde adroite et spirituelle sait écarter les visites importunes et faire changer une conversation qui pourrait inquiéter le malade. C'est avec ces qualités réunies qu'une garde s'élève bien au-dessus de sa condition et qu'elle obtiendra l'honneur et la reconnaissance qu'elle a droit d'espérer d'une conduite sans reproche. »

Tenue d'une chambre de malade. — Il est mauvais, ajoute Percy, « que le lit soit enfoncé dans une alcôve ou entouré de rideaux toujours fermés ; il faut, au contraire, que l'atmosphère, qui entoure le malade, soit continuellement renouvelée et que l'air circule facilement dans tout l'appartement. On ouvrira donc, de temps à autre, les fenêtres, mais on évitera les courants d'air. Le lit doit être placé de manière que l'on puisse aller et venir tout autour avec aisance. Il doit être composé de matelas de crin ou de laine : il faut en bannir la plume et le duvet. Il est quelquefois urgent de garnir le lit, ce qui se fait avec un drap plié en plusieurs doubles (alèze), sous lequel on place un morceau de toile cirée ; on met ensuite les

(1) *Ubi non est mulier ingemiscit egens.*

Comme saint Vincent de Paul, le baron Percy savait que les femmes ont, en général, une vivacité, une fécondité de sentiments qui les rend capables des soins les plus assidus et les plus pénibles.

draps, qui doivent être bien secs et blancs de lessive. Les couvertures seront de laine ou de coton suivant la saison et le degré de chaleur qu'il convient d'entretenir. On place sous la tête des oreillers en plus ou moins grand nombre, suivant le cas ou les habitudes. Pour chauffer le lit, ne pas se servir de bassinoires, mais y promener une grande bouteille de grès remplie d'eau bouillante et la laisser aux pieds du malade.

Il faut refaire le lit et le mettre à l'air au moins une fois par jour. Il faut aussi changer les draps et le linge de corps très fréquemment, tous les jours même s'il est possible ; rien ne soulage autant et ne coopère d'une manière plus efficace au parfait rétablissement d'un malade. Il est rare que ce dernier puisse se lever pour qu'on fasse le lit ; il faut donc, avec précaution, le transporter dans un autre, placé immédiatement auprès de celui qu'il quitte.

La plus grande propreté doit régner dans la chambre d'un malade : il doit constamment y exister un air pur et jamais chargé d'aucune espèce d'odeur. Aussi il faut ouvrir fréquemment les fenêtres et les portes, en évitant les courants d'air. En été même, on peut laisser les fenêtres toujours ouvertes. En hiver, la température ne doit jamais excéder 18 degrés à 20 degrés. Un thermomètre doit être placé dans la chambre. Quant aux mouches et aux cousins, on peut s'en débarrasser en suspendant au ciel de lit quelques branches de feuillage vert.

Les tisanes, les préparations médicamenteuses et les aliments de la garde doivent être apprêtés dans une pièce éloignée.

Les fumigations ordinaires ne sont pas d'un aussi bon effet qu'on le croit généralement ; celles du vinaigre versé sur une pelle rougie sont nuisibles, elles font tousser le malade ; celles de sucre brûlé ont le même inconvénient et ne font que masquer les odeurs des miasmes, sans les détruire. Le meilleur moyen de désinfection consiste dans l'arrosement et le lavage des lieux qu'on veut *assainir, avec une solution d'oxyde de chlorure de calcium*. On en met deux cuillerées à bouche dans une chopine d'eau et on arrose ou on lave comme avec de l'eau ordinaire. Le prix de cette préparation est peu élevé.

Mais avant tout, il ne faut jamais laisser séjourner dans la chambre du malade du linge sale, quelqu'il soit et des vases de service, crachoirs et autres, qui ne seraient pas propres. »

Précautions à prendre par les infirmières. — Pour éviter la contagion interhumaine et la contamination personnelle, la baron Percy indiquait à ses infirmières de prendre les précautions suivantes :

« 1° De se laver fréquemment le visage et les mains avec de l'eau fraîche aiguisée de vinaigre, ou mieux, se servir de la solution faible d'oxyde de chlorure de calcium.

2° De ne jamais manger ni boire dans la chambre du malade ; l'introduction des miasmes délétères a souvent lieu pendant la déglutition des substances alimentaires.

3° Il faut éviter de respirer l'air qui sort de la poitrine des malades atteints de maladies graves, ne pas rester trop longtemps dans ces salles contaminées et sortir de temps en temps pour aller respirer un air pur.

4° Lorsqu'on a les mains en sueur ou écorchées dans quelque partie, il ne faut pas toucher les malades à nu. On met des gants de toile ou de baptiste que l'on quitte immédiatement après son service, pour les exposer à l'air ou auprès du feu.

5° Il ne faut jamais prendre avec les mains et approcher de ses vêtements les linges sales qui ont servi aux malades ; pour les porter au dehors il faut se servir de pinces ou pincettes.

6° Si l'on est obligé de frictionner un malade avec une pommade ou autre topique, il faut se munir de gants de peau.

7° Enfin les personnes qui approchent les malades doivent bannir toute inquiétude. La crainte diminue l'action vitale et jette les organes dans un état passif, de sorte qu'ils ne réagissent pas sur les miasmes délétères et s'en laissent facilement pénétrer. *Le courage et la tranquillité d'esprit, au contraire sont de puissants préservatifs des contagions.*

Conduite des infirmières envers les malades. — Il est important de prendre pour les malades un grand nombre de petites précautions, qui paraissent futiles, mais qui contribuent plus qu'on ne pense à opérer leur rétablissement. Les prévenances, les petits soins les flattent beaucoup ; un rien, au contraire, les irrite et le traitement des maladies exige d'autant plus de calme qu'elles sont plus graves. Ce calme est nécessaire au moral et au physique. Il faut qu'un malade repose tranquillement, que ses organes ne soient pas excités ; il ne faut donc pas lire à haute voix, ni tenir de conversation devant ou avec lui. Une attention soutenue fatigue le cerveau et tous les autres organes s'en ressentent. Il faut écarter tout ce qui pourrait occasionner du bruit, garnir même les battants de sonnette avec du linge. Les malades aiment assez qu'on s'occupe d'eux ; cependant il est bon d'étudier leur caractère pour ne pas leur devenir importun. Règle générale, il faut se plier à leurs caprices et condescendre à leurs désirs, toutes les fois qu'ils ne portent pas sur des choses qui pourraient devenir nuisibles à leur état. Il faut soutenir et ranimer le courage des malades, en leur montrant de la satisfaction, une gaieté modérée et surtout en affermissant la confiance qu'ils ont en leur médecin. Il ne convient pas de censurer les prescriptions ou de proposer d'autres remèdes.

En changeant un malade ou en lui administrant quelque chose, il faut, sans se presser trop, éviter la lenteur et surtout agir avec adresse, de crainte d'impatienter ou de faire souffrir.

Il ne faut pas remuer un malade qui est très faible ; pour le faire boire, on se sert d'un biberon de faïence.

Pour passer un bassin sous un malade, il faut le soulever doucement, au moyen d'une serviette placée au bas des reins, sous les hanches et dont les extrémités sont tirées par deux personnes, tandis qu'une autre glisse le vase.

Il ne faut pas employer la violence pour faire prendre aux malades les remèdes qui leur déplaisent ; mais avec de la patience et de la douceur, ce qui n'exclut pas la fermeté, on parvient à vaincre leur répugnance.

Quand un malade vomit, il faut lui procurer une situation commode et particulièrement, lui soutenir la tête, ce qui soulage beaucoup.

Il ne faut jamais réveiller un malade pour lui administrer des médicaments ; il y a peu d'exceptions à cette règle.

Les fioles contenant les médicaments doivent être placées dans un endroit frais et étiquetées de manière à ce qu'il ne puisse y avoir de confusion. Il faut faire chauffer au *bain-marie* les boissons qui doivent être données chaudes. »

* * *

Ces admirables conseils donnés, il y a bientôt un siècle, par notre illustre ancêtre Percy, à ses gardes-malades, n'ont pas vieilli. Ils prouvent seulement que le soignage de nos soldats malades devrait être confié, presque exclusivement, aux mains expertes et compatissantes d'infirmières instruites.

Grâce à leurs soins méticuleux et dévoués, nos malades marcheraient plus sûrement encore vers la guérison.

Qu'importe en effet la science et le dévouement des médecins militaires, s'ils ne sont pas secondés et si, pendant leur absence, les prescriptions du matin ne sont pas strictement exécutées ?

Hippocrate n'a-t-il pas dit : « Il faut non seulement que le médecin fasse ce qui convient, mais encore que le malade, ceux qui l'approchent et tout ce qui l'environne concourent au même but. »

Et ce but, quel est-il ? Vaincre le microbe qui s'est infiltré dans un organisme affaibli, en dressant devant cet ennemi

héréditaire tous nos moyens de défense. Pour sauver ce capital humain, une mesquine parcimonie ne serait-elle pas un crime de lèse-humanité ?

Dr Bonnette,
Médecin-major de première classe,
Lauréat de l'Institut.

ANALYSES

MÉDECINE

L'influence du salvarsan sur les bacilles lépreux. (D. E. Montesanto. *Münch. Mediz. Woch.*, 7 mars 1911, n° 10, p. 511.) — Montesanto a remarqué que l'arsenobenzol en injections sous cutanées, ou en injections intraveineuses à petites doses est sans action sur le bacille de Hansen. Les doses moyennes intraveineuses ont certainement une action qui se traduit par l'apparition de la réaction d'Herxheimer au niveau des lésions lépreuses. Les fortes doses de salvarsan possèdent certainement une action destructive sur le bacille de Hansen, quoique insuffisante pour empêcher l'invasion de l'organisme.

Le salvarsan provoque la cicatrisation des ulcérations lépreuses, mais n'agit pas sur les lépromes non ulcérés.

Montesanto reconnaît deux indications au traitement de la lèpre par le 606. 1° Au début de la maladie, quand on peut supposer que le nombre de bacilles actifs est encore minime. 2° En cas de pertes de substances du niveau des téguments.

A. Lemierre.

MÉDECINE INFANTILE

Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. (MM. Aviragnet et Tixier. *La pédiatrie pratique*, 5 oct. et 15 oct. 1910.) — On connaît parfaitement les formes rapidement mortelles de la tuberculose chez l'enfant (une forme disséminée granulique, et une forme disséminée avec prédominance symptomatique, au niveau des méninges, de la plèvre, du péritoine). Parmi les *formes curables*, il faut successivement envisager les formes localisées, les formes à déterminations multiples, les formes sans localisation apparente. La tuberculose curable des séreuses est admise en ce qui concerne la plèvre et le péritoine, elle est très discutée en ce qui concerne les méningites. Depuis les travaux de M. Poncet, l'on admet ainsi l'existence des arthrites bacillaires.

M. Landouzy a signalé la fréquence des cardiopathies bacillaires, MM. Bernard et Salomon celle des néphrites tuberculeuses ; M. Tixier rapporte certains faits de pneumonie épithéliale tuberculeuse ; on sait, enfin, combien il est fréquent d'observer des pleurésies.

Parmi les formes à déterminations multiples, il faut citer certaines observations de septicémie tuberculeuse, avec déterminations pulmonaires et pleurales, cutanées, périostées, articulaires, etc.

Parmi les formes sans localisation apparente, il faut comprendre les manifestations cliniques étiquetées, *typho-bacillose* : il peut s'agir de typho-bacillose aiguë, de typho-bacillose atténuée ; les auteurs tracent alors un tableau clinique très complet de cette typho-bacillose, en étudiant très longuement la pathogénie, le mécanisme des accidents, enfin le diagnostic.

Nous nous contentons, de signaler cette revue d'ensemble sur la typho-bacillose, une analyse détaillée de cet article extrêmement intéressant, dépassant le cadre habituel de ces résumés.

L. Babonneix.

CHIRURGIE

Les ruptures du gros intestin par l'air comprimé. (Andrews. *Surgery, Gynæcology and obstetrics*, janv. 1911, t. XII, n° 1.) — L'air comprimé est employé aux États-Unis à une foule d'usages industriels (rivetage, force motrice de petites machines, évacuation rapide des poussières, limailles, etc...), même ménagers, car dans certains immeubles, l'air comprimé est distribué au même titre que l'eau, le gaz, l'électricité, et employé au nettoyage des appartements, des vêtements. Il est distribué sous une pression variable, mais toujours très élevée (40 à 125 livres par pouce carré). C'est ce qui explique la fréquence des accidents dûs à son emploi. L'un des plus curieux et des plus imprévus est la rupture du gros intestin. Le docteur Andrews en a observé un cas et a pu en relever 15 autres, produits absolument dans les mêmes conditions. Il s'agit de jeunes gens qui, se servant pour un nettoyage quelconque du tube d'air comprimé, l'ont, par plaisanterie, approché de l'anus de l'un d'eux. Même à une certaine distance et à travers le pantalon, l'air comprimé, arrivant entre les fesses qui forment entonnoir, avec une puissance considérable, force le sphincter et pénètre brusquement dans le gros intestin. En quelques instants l'abdomen du malade se gonfle, devient énorme ; la respiration est difficile, la face se cyanose, l'aspect, terrifiant. Dans certains cas on trouve rapidement de l'emphysème dans les aines, à la poitrine, au cou. L'introduction d'une sonde rectale, la ponction même de l'abdomen, sont absolument insuffisantes à amener la guérison ; car toujours il y a éclatement de l'intestin, c'est pourquoi les 9 malades qui n'ont pas été opérés sont morts tous. La laparotomie montre la présence de matières fécales projetées dans le péritoine à travers les perforations. Le siège le plus fréquent de la rupture est au niveau de l'anse sigmoïde, peut-être parce que c'est le premier point atteint de l'intestin qui ne soit pas soutenu, et surtout parce que c'est la première anse où l'air doit s'accumuler momentanément ; puis c'est l'angle splénique qui est souvent atteint, plus rarement le cœcum et le rectum. Quelquefois les ruptures sont multiples. La mortalité des cas opérés est encore assez élevée, à cause du retard apporté parfois à l'opération et de la projection des matières fécales dans le péritoine. Sur 7 laparotomies on compte 4 décès. Au total, des 16 malades, 3 seulement ont guéri.

M. Lance.

ANATOMIE

Circulation du lobule thymique. (R. Pigache et Worms. *Bull. Soc. anat.*, nov. 1910, p. 837, 854, 10 fig.) — Voici les conclusions de ce mémoire :

« 1° La circulation du thymus dépend davantage du système vasculaire sanguin, que du système lymphatique.

2° A l'intérieur du lobule, qui représente, toutes proportions gardées, l'organe complet, le sang circule dans un système clos ; il n'existe pas de lacunes ni de système caverneux sur son trajet.

3° Le sang est amené au lobule par une artère qui le pénètre par le hile et qui donne naissance à des capillaires situés dans la zone médullaire.

Des veines le ramènent vers la périphérie du lobule, d'abord placées à la limite des deux substances médullaire et corticale, elles sont fréquemment anastomosées, les unes avec les autres et forment là un premier relai, d'où partent d'autres rameaux veineux qu'on voit presque toujours coupés suivant leur longueur, c'est-à-dire disposés à la façon des rayons d'une roue par rapport au grand axe du lobule, ils gagnent ainsi, par un trajet centrifuge, les troncs plus volumineux qui se trouvent à la surface du lobule et dont la réunion aboutit à la formation d'un gros collecteur ; ce dernier rejoint l'artère lobulaire voisine, et chemine avec elle jusqu'à la sortie du thymus.

4° L'existence de la zone médullaire est connexe de l'envahissement du thymus par l'artère lobulaire et ses branches ; sa différenciation commence, dès l'apparition de ces vaisseaux par la mise en liberté, dans les mailles voisines de l'artère, de leucocytes en grande quantité. Ces globules blancs, arrivés par diapédèse au milieu des cellules thymiques, entraînent la

disparition de ces dernières, vraisemblablement grâce à leurs produits de sécrétion.

5° Peu importante si on la compare à la circulation sanguine, la circulation lymphatique n'est représentée, au niveau des espaces interlobulaires, que par un ou deux collecteurs de diamètre quatre à cinq fois plus petit que celui des vaisseaux sanguins correspondants. Ils reçoivent probablement la lymphe du lobule par l'intermédiaire des gaines lymphatiques qu'on rencontre autour de quelques vaisseaux, en plein parenchyme lobulaire ». L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

L'électrargol dans la bronchopneumonie des enfants. (H. PERRIER. Th. de Lausanne, *Revue suisse de médecine*, nos 42 et 43, 1910.)— L'auteur a tenté l'emploi systématique de l'électrargol dans la bronchopneumonie infantile, « écartant avec soin la pneumonie franche : cette dernière maladie fait, en effet, une crise spontanée qu'il aurait été téméraire d'attribuer a l'électrargol, si l'on avait eu la chance de faire la veille une injection du médicament. La bronchopneumonie, au contraire, présente une courbe de température irrégulière dans laquelle il est plus facile de discerner l'effet de la médication, du caprice de la nature ».

C'est sur 47 observations que porte le travail critique auquel se livre l'auteur.

La mortalité dans les cas de bronchopneumonie, traités par l'électrargol, a été de 11 ce qui donne une moyenne de 23,4 p. 100. Or, l'auteur, rapprochant ces résultats de ceux obtenus couramment dans les hôpitaux, constate que c'est en général entre 60 p. 100 et 90 p. 100 qu'oscille la mortalité par la même maladie.

« Avec l'électrargol, dit M. Perrier, ce qui frappe tout d'abord, c'est dans la plupart des cas la faible durée de la maladie; après une période fébrile de quelques jours, six, sept ou même moins, la fièvre tombe, la guérison définitive survient sans rechute et cela même dans des cas où les signes physiques et les symptômes observés avaient été intenses et alarmants. La marche de la maladie rappelle beaucoup celle de la pneumonie franche : durée relativement courte, chute de la fièvre, souvent brusque et définitive, ainsi que nous le verrons en étudiant les courbes de température. »

Les symptômes physiques s'amendent rapidement, il faut signaler que les râles et le souffle subsistent parfois un jour ou deux après la chute de la fièvre. « Quant aux symptômes subjectifs, il est difficile de les apprécier chez de petits enfants; nous pouvons affirmer, toutefois, que jamais nos malades n'ont paru incommodés, même après des doses élevées d'électrargol. »

Chose importante, le poids des petits malades se ressent heureusement du traitement et le docteur Perrier écrit, à ce sujet : « l'électrargol semble donc, au cours des bronchopneumonies, avoir eu pour conséquence bien nette d'enrayer ces déperditions considerables de poids qui ont un effet si néfaste sur l'évolution de la maladie. »

Mais c'est encore sur la température que l'électrargol agit de la façon la plus franche, la plus décisive. Ce n'est pas une action purement antithermique analogue à celle transitoire et spéciale de l'antipyrine, par exemple.

« Le rôle de l'électrargol est bien différent; son action sur la fièvre, qui est très constante, est intimement liée à l'amélioration de la maladie elle-même, sous l'influence du traitement. L'électrargol comme nous aurons l'occasion d'y revenir, agit comme microbicide et stimulant de la résistance de l'organisme. L'abaissement de la température est la conséquence de cette action; ce n'est pas un fait passager, l'atténuation simple du symptôme fièvre, mais bien l'indice d'une prochaine guérison.

Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, la chute de la fièvre s'est faite d'une manière brusque et complète, nous donnant le tableau d'une véritable crise de pneumonie.

Le plus souvent, ce n'est qu'après deux ou trois injections que nous voyons la défervescence se faire peu à peu et en quelques jours. »

M. Perrier a traité des enfants âgés de deux mois et demi. Or, on sait que la bronchopneumonie est fort grave chez des sujets aussi jeunes, nous constatons cependant que la statistique reste aussi bonne pour ces cas que pour les autres. Aussi l'auteur ajoute-t-il :

« Ces guérisons obtenues à un âge si peu avancé, où les défenses de l'organisme sont encore si minimes, nous montrent combien l'électrargol peut suppléer à une défense absente, ou la stimuler quand elle est insuffisante. »

Touchant les doses, l'auteur donne les indications suivantes, les injections étant intramusculaires :

« Nous avons toujours commencé par une dose de 5 centimètres cubes, même chez des enfants âgés de quelques mois seulement. Tant que la fièvre subsiste, nous répétons l'injection chaque jour, et, point très important, sur lequel nous tenons à insister encore, il est nécessaire de refaire une ou deux injections à deux ou trois jours d'intervalle après la chute de la température. En agissant ainsi, on a toutes les chances d'éviter des récidives,

Dans quelques cas graves, à symptômes inquiétants et où la défervescence tardait à se produire, nous avons employé double dose, soit 10 centimètres cubes d'électrargol; nous nous en sommes toujours bien trouvés.

Chez l'adulte, on peut toujours facilement atteindre 30 à 40 centimètres cubes par injection. »

Concluant enfin, l'auteur remarque que l'électrargol « augmente la résistance de l'organisme et exalte ses moyens de défense. Les résultats obtenus dans la bronchopneumonie des enfants sont excellents ; ils améliorent d'une manière considérable le pronostic de cette maladie. » L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DES NERFS

Il importe, tout d'abord, d'envisager successivement deux cas, suivant qu'il s'agit de *plaies incomplètes* ou de *plaies complètes*.

I. PLAIES INCOMPLÈTES. — **Etiologie.** — Il faut ranger dans cette catégorie : les *piqûres*, les *sections incomplètes* par instruments tranchants, les sections ou *plaies incomplètes contuses*, avec ou sans corps étrangers, les *dénudations nerveuses*.

Symptômes. — Les *symptômes* qui accompagnent ces plaies sont extrêmement variables, suivant que la plaie est ou non infectée, suivant qu'elle est ou non compliquée de la présence de corps étrangers.

Si la plaie n'est ni compliquée, ni infectée, les symptômes consisteront surtout en une douleur vive sur le trajet du nerf, puis en des signes variables, suivant que la lésion intéressera un nerf sensitif, moteur, ou un nerf mixte. Parmi ces signes, il faut retenir la fréquence et l'importance de l'*anesthésie douloureuse*, qui peut prendre parfois l'allure d'une névralgie intermittente; il faut également signaler l'existence de paralysies partielles, la fréquence des spasmes, des contractures, ainsi que la constatation de troubles vaso-

moteurs, thermiques, relevant de phénomènes névritiques concomitants, plus ou moins marqués.

Evolution. — Si la plaie est aseptique, la régénération des filets nerveux se fait assez rapidement, et le pronostic est favorable, car de nos jours, l'on ne croit plus, en effet, à la gravité plus grande d'une section incomplète que d'une section complète, réserve faite en raison des complications qui peuvent apparaître.

Complications. — Ce qui détermine en effet la gravité de ces plaies incomplètes, c'est d'abord la présence d'un corps étranger, c'est ensuite l'infection.

Le corps étranger, aseptique, se comporte comme un irritant mécanique du nerf, et les accidents qu'il provoque cessent aussitôt qu'on a pu l'extraire.

Mais, si la plaie est infectée, ou si le corps étranger est septique, on voit se dérouler le tableau de la *névrite* :

Anatomiquement, il s'agit, le plus souvent, d'une *névrite parenchymateuse* procédant, non d'une simple dégénération, mais bien plutôt d'un processus vraiment actif, inflammatoire, accompagnée, parfois aussi, de névrite interstitielle; ce qui fait la gravité de cette névrite, c'est qu'elle a une marche extensive; la propagation peut se réduire à une extension *locale*, capable de rétrocéder, de guérir; d'autres fois, la *névrite est franchement ascendante*, elle gagne rapidement tout le nerf, s'étend au delà des plexus, jusqu'aux racines, atteignant même les centres nerveux, d'où il est possible de la voir se réfléchir et frapper les nerfs symétriques du membre opposé, et cela surtout lorsque les lésions, même insignifiantes, ont intéressé les nerfs collatéraux des doigts et des orteils.

Cliniquement, si la névrite atteint un nerf mixte, les troubles observés sont les suivants : a. *troubles sensitifs*, surtout de l'hyperesthésie très pénible, du glossy-skin, avec sensation de cuisson atroce, véritable névralgie névritique; on constate quelquefois des anesthésies névritiques rares; b. *troubles moteurs*, spasmes, contractures; impotence motrice, déterminant, non seulement l'abolition des mouvements dévolus aux muscles paralysés, mais encore la prépondérance des antagonistes, s'accompagnant de déformations, pied tombant, steppage, etc.; il faut, en outre, signaler l'abolition des réflexes, les troubles des réactions électriques allant jusqu'à la réaction de dégénérescence; c. *troubles trophiques*, ces troubles consistent surtout en atrophies musculaires, rétraction des tendons, modifications cutanées. Le *pronostic* de ces névrites est toujours réservé. Nous verrons plus loin le traitement à mettre en œuvre dans ces cas.

Tétanos. — On connaît la fréquence de l'apparition du *tétanos* à la suite de telles plaies des extrémités, anfractueuses, souillées de terre.

II. plaies complètes. — **Etiologie.** — Le nerf peut être sectionné dans sa totalité par un instrument tranchant, un éclat de verre, etc.; il peut s'agir d'une section accidentelle au cours d'une opération (section du cubital au cours de la résection du coude), ou de sections chirurgicales (névrotomie, névrectomie); mais le plus souvent ces plaies complètes s'observent à la suite d'un grand traumatisme ou d'une blessure par arme à feu.

Les nerfs le plus souvent lésés, sont le médian et le cubital au membre supérieur; à la cuisse, le sciatique et le crural; à la jambe, surtout le tibial postérieur.

Anatomie pathologique. — La section du nerf est oblique ou perpendiculaire, nette ou effilochée : les deux bouts ne sont pas en général très écartés, et il est exceptionnel de constater un grand espace entre les deux extrémités, comme cela se voit dans les sections tendineuses : l'évolution des lésions est très variable, suivant que les deux bouts du nerf sont ou non en contact.

Si les deux bouts du nerf sont séparés, on constate que le *bout central* s'épaissit (*véritable névrome*), alors que le *bout périphérique s'atrophie*, s'amincit; les deux bouts sont entourés de tissu cicatriciel, et des adhérences peuvent se faire, entre ces névromes et les tendons voisins.

Si les deux bouts sont restés en contact, ils se réunissent assez rapidement, néanmoins le bout supérieur présente toujours un renflement névromateux. Nous étudierons plus loin les lésions constatées au niveau des muscles innervés par le nerf sectionné.

Lésions histologiques. — 1° Dégénérescence. — Les modifications que subit le *bout périphérique*, portent le nom de *dégénérescence Wallérienne*, cette dégénérescence se caractérise par la destruction complète et définitive du cylindraxe : on constate, d'abord, un gonflement des noyaux de la gaine de Schwann, puis une segmentation en boules de la myéline, déformant de plus en plus le cylindraxe et finissant par le faire disparaître; le bout central demeure, par contre, à peu près intact, sauf le dernier segment *interannulaire*.

Cette description n'est pas admise par Bunger, Ziegler, Durante; ces auteurs pensent avoir démontré qu'il s'agit non d'une dégénérescence, au sens propre du mot, mais simplement d'une modification chimique du cylindraxe et de la myéline. Le bout périphérique ne disparaîtrait pas, il persisterait, mais il serait transformé en une bande protoplasmique, nerveuse, *non différenciée*.

2° Régénération. — Au bout d'un certain temps, d'après la théorie classique, la *régénération* d'un nerf sectionné, puis secondairement réuni, s'effectue grâce au bourgeonnement continu des cylindraxes, du bout central; deux conditions sont nécessaires à cette régénération : la proximité des bouts nerveux et l'existence d'un segment intermédiaire. La régénération ne se produit pas, en effet, s'il existe un écartement supérieur à 6 centimètres. D'après Van Lair, la durée totale de la régénération d'un nerf est de trois à six mois.

A la suite de recherches récentes portant sur la constitution *du neurone*, une nouvelle façon de concevoir cette régénération a été soutenue : l'élément essentiel de la régénération ne consisterait plus en un bourgeonnement des cylindraxes centraux, mais bien plutôt en une néoformation de cellules issues de la prolifération des anciens noyaux de Schwann, du bout périphérique lui-même; d'ailleurs, Kennedy, Durante, ont pu réaliser *expérimentalement, en dehors de toute réunion des deux bouts*, une *régénération autonome* du bout périphérique; grâce à cette régénération autogène, permettant, en quelque sorte, une restauration fonctionnelle devançant la réparation complète anatomique, l'on peut expliquer les restaurations rapides, paradoxales, de la sensibilité observées parfois après une suture tardive, précédant toujours la restauration motrice, comme si cette dernière nécessitait, pour être définitive, une organisation anatomique plus parfaite.

Pathogénie : conception du neurone. — Ces discussions n'ont pas seulement un intérêt anatomique, elles sont à la base même des discussions relatives à la conception *du neurone*.

L'explication de la dégénérescence d'un nerf sectionné, comme celle de sa régénération, est simple dans la conception classique du neurone, qui ne voit dans le nerf périphérique, qu'un simple prolongement de la cellule nerveuse : si le bout périphérique du nerf sectionné dégénère, c'est qu'il est séparé de son centre trophique; quant à la régénération, elle se fait tout simplement par la végétation d'un nouveau prolongement poussé du bout central.

Mais cette théorie du neurone est fortement battue en brèche par Apathy, Bethe, Durante, que suivent de nombreux anatomistes; pour ces auteurs, le nerf périphérique n'est plus un tube nerveux unique, simple prolongement d'une cellule nerveuse; il est constitué par une chaîne de cellules successives; en cas de section du nerf, ce que l'on observe n'est pas une dégénérescence vraie du cylindraxe, mais plutôt une régression, un retour à l'état embryonnaire. La régénération se fait alors grâce à la néoformation de cellules issues de la prolifération des anciens noyaux de Schwann; ces cellules se disposent en longues bandes protoplasmiques, au milieu desquelles le cylindraxe va se développer par différenciation du protoplasma; au moment de la cicatrisation, sous l'effet de l'influx nerveux, la réparation anatomique s'accélère et la différenciation s'accentue : à cette action seule, se réduit le rôle de la cellule, centre trophique.

Nous allons aborder maintenant l'étude clinique des symptômes qui accompagnent une section nerveuse.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 avril. — MM. Aubertin, 15 1/2 ; Boidin, 18 1/2 ; Ribadeau-Dumas, 19 1/2.

Prochaine séance, samedi 8 avril, à huit heures et demie du matin, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 5 avril. — MM. Kendirdjy et Heitz-Boyer, 23 ; Hallopeau, 25.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 avril. — MM. Carret, 17 + 7 = 24 ; Coriat, 14 + 6 = 20 ; Janin, 17 + 7 = 24.

Prochaine séance, samedi 8 avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Le 10 mai 1911, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux internes en médecine.

Les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés ; ils reçoivent, en outre, un traitement annuel de 360 francs pour la première et la deuxième année ; de 500 francs pour la troisième et la quatrième année.

Un prix annuel de 100 francs (fondation de Bizy) et un prix biennal de 600 francs (fondation Despagne) ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de troisième et quatrième année d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 6 mai 1911.

— NANTES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Delibes, Codet, Martin.

Interne provisoire : M. Saffray.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont inscrits au tableau de concours pour la Légion d'honneur en 1911 :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Grivet, Bischoff, Villedary, Marty, Lafille, Salètes, Sudour, Troché, Lambert, Veron et Vignol.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Uffoltz, Gauthier, Baur et Vedel.

MM. les médecins-majors de première classe Chevalier et Jette.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Chavigny, Roqueplo, Verse, Malaval, Parant, Merlat, Morigny, Gauran, Bonnette, Dellac, Marchet, Schneider, Job, Michaud, Paris, Fohanno, Giraud, Remond, Maffre, Hirtz, de Libessart, Leniez, Moinet et Binet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Remlinger, Séguinaud, Serre, Vidal, Delahaye, Bar, Dumas, Lafforgue, Grall, Le Marchand, Jenny, Blan, Mayer, Gorisse, Folly, Garret, Camichel, Gaimard, Perrin, Leclerc, Bailby et Hochwelker.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur des épidémies, en argent et en bronze, a été décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — M. le docteur Maurice Grivot (de Paris).

M. Cléret, interne des hôpitaux de Paris.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Tocheport (d'Excideuil), Arnal (de Saint-Mathieu-de-Tréviers).

MM. Villette, interne des hôpitaux de Paris, et Curtil, interne des hôpitaux de Lyon.

MM. Achard, Bideaux, Cheyron, Parent et Teisset, externes des hôpitaux de Paris ; Mlle Mouret, MM. Rouvier, Gillet et Martin, externes des hôpitaux de Lyon.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Sont maintenus membres du conseil supérieur des habitations à bon marché, pour une période de quatre années :

MM. G. Mesureur, directeur de l'assistance publique à Paris ; les docteurs Perrimond, Mangenot et A.-J. Martin.

M. Astier, sénateur, est maintenu comme membre du conseil supérieur des habitations à bon marché.

M. Colliard, député, est nommé membre du conseil supérieur des habitations à bon marché.

Sont maintenus membres du comité permanent du conseil supérieur des habitations à bon marché, pour une période de quatre années :

MM. les docteurs Mangenot et A.-J. Martin.

LA CHERTÉ DES VIVRES ET LE BUDGET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sur le budget de l'assistance publique, la cherté des vivres a eu des répercussions considérables à cause de l'énorme quantité de denrées qu'il faut à cette administration.

« Si l'on compare, dit *Le Temps*, la dépense de l'ensemble des fournitures nécessaires au service pour l'année 1908, avec le coût de ces mêmes fournitures calculé en prenant pour

base les prix de 1905, on constate que l'assistance publique, du seul fait de la hausse des prix, a supporté, en 1908, une aggravation de charges qui peut être évaluée, en chiffres ronds, à 2500000 francs.

Mais, depuis 1908, les prix ont encore augmenté. Prenons seulement le vin et la viande. En 1908, le vin était fourni à l'assistance publique au prix de 0 fr. 2464 le litre. En 1909, le prix a monté à 0 fr. 5405. Comme il a été mis en adjudication 1500000 litres pour l'année 1911, on voit que l'augmentation de la dépense serait de 441150 francs pour le vin seulement. Mais les hôpitaux n'auront que du vin rouge; car en raison du prix élevé du vin blanc, l'administration en a suspendu provisoirement la délivrance au personnel qui a la faculté de consommer à son choix du vin rouge, de la bière ou du lait en remplacement. Le stock de vin blanc, existant à la cave centrale, est suffisant pour permettre d'assurer, pendant quelque temps, le service des malades.

En ce qui concerne la viande, l'augmentation de la dépense sera également considérable. Ainsi, en 1908, l'assistance publique payait la viande 1 fr. 4845 le kilo; en 1911, elle doit la payer 1 fr. 629 le kilo.

Pour cent journées, l'assistance publique prévoit 2665000 kilos de viande; c'est donc un supplément de dépense de plus d'un million pour toute l'année.

Le conseil de surveillance de l'assistance publique s'est préoccupé, à plusieurs reprises, de cette situation. Le conseil municipal, saisi de la question, a relevé le prix de la journée à réclamer aux malades non nécessiteux, admis exceptionnellement dans les hôpitaux : il a fixé ce prix à 4 fr. 15 pour la médecine et à 5 fr. 20 pour la chirurgie; le prix pour la journée des enfants et des accouchées a été également augmenté.

Ce relèvement, ratifié l'année dernière par le conseil de surveillance, joint aux réformes opérées par M. Mesureur, notamment dans les services de la cave et de la boucherie, atténueront, dans une certaine mesure, les effets de la crise actuelle provenant de la hausse des denrées. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la treizième semaine, 1001 décès, au lieu de 950 pendant la semaine précédente et au lieu de 1072, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On compte 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (5 cas nouveaux ont été signalés).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 23, 22 mars 1911.) QUÉNU : Des calculs de l'ampoule de Vater et de la cholédocotomie intraduodénale. — GRANJUX : La peste en Chine et le corps expéditionnaire français. — (N° 24, 25 mars.) PINARD : De la gestation gémellaire. — Pierre DELBET : Fistule urétrorectale. — SIREDEY : De l'emploi du collargol dans le traitement des fissures anales. — (N° 25, 29 mars.) NOËL : Les vaccinations et revaccinations dans l'armée.

Clinique. — (N° 12, 24 mars 1911.) DELBET : Périostite mastoïdienne. Tumeur de la parotide. — P. RUDAUX : Infection amniotique. — J.-M. VILLETTE : Respiration artificielle dans les syncopes chloroformiques. — RAFIN : Petits calculs du rein, agents de rétention.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 23 fév. 1911.) SCHULTZE : Diagnostic et traitement des scléroses multiples à leur stade initial. — MÖTTERS : Sur le type des bacilles tuberculeux dans l'expectoration des phtisiques. — ROTHE : Recherches sur l'infection tuberculeuse pendant l'enfance. — JACOBY : Sur ma méthode de traitement par hyperémie de la tuberculose pulmonaire. — BREDOW : Sur la présence et la cause de la rigidité musculaire dans le territoire de la poitrine. — PESCATORE : Considérations sur l'asthme bronchique. — ASCALI : Diagnostic biologique du charbon par la précipitine. — POLLACI : Sur la technique du diagnostic bactériologique rapide du choléra. — JOANNIDÈS : Traitement de la syphilis par le salvarsan. — PLOCH : Guérison de la stricture œsophagienne par la fibrolysine.

Medical Record (vol. LXXIX, n° 6, 11 fév. 1911.) David BOVAIRD : Transfusion du sang dans trois cas d'anémie pernicieuse. — Edwin BEER : Examen direct du rectum et de l'anse sigmoïde. — Charles Edward NAMMACK : La castration d'un habitué du crime peut-elle se justifier? — Charles R. HANCOK : L'appendicectomie à la cocaïne; sept observations. — (N° 7, 18 fév.) Henry DWIGHT-CHAPUI : La direction rationnelle des enfants trouvés ou abandonnés. — William M. LESZYNSKY : La syphilis et le système nerveux; remarques sur la réaction de Wassermann et le salvarsan. — A. J. ROUGY : La stérilité primitive chez la femme; étude basée sur 120 cas. — S. KANSTOROOM : Une théorie de l'origine du trachome. — (N° 8, 25 fév.) Charles H. CHETWOOD : Rapport préliminaire sur des cas traités par des injections du 606 de Erlich-Hata. — Joseph B. BETTS : Un cas d'anévrisme du cœur. — J. RUSSEL VERBRYCHE : Ulcère de l'estomac, hémorragie, opération, péritonite généralisée, vaccinothérapie. — George D. WHITE : Le cancer est-il contagieux; rapport sur 5 cas avec quatre décès. — Edwin A. GRIFFIN : Un cas de grossesse multiple avec éclampsie. — (N° 9, 4 mars.) Robert ABBE : Résection des racines postérieures des nerfs spinaux pour traiter la douleur, les réflexes douloureux, l'athétose et la paralysie spastique ; opération de Dana. — William GERRY MORGAN : Diagnostic de l'ulcère gastrique; l'alimentation dans cette affection. — Rabert OLESEN : La vaccination aux îles Philippines. — L. BOLTON BAUGS : Néphrolithiase double; Néphrolithotomie gauche. — (N° 10, 11 mars.) A. CACCINI : La Pellagre telle qu'on la voit en Italie; théories ancienne et nouvelle, relation de cas observés à New-York. — Arpad G. GERSTER : Une nouvelle variante dans la « hernioplastie » abdominale. — August SEIBERT : Injections hypodermiques de salicylate dans le rhumatisme. — Charles P. NOBLE : Traitement de la manie aiguë. — Paul M. PILCHER et James T. PILCHER : Chylurie unilatérale causée par la filaire du sang traitée par le 606. — Roland O. MEISENBACH : Muscles artificiels dans le traitement précoce de la paralysie infantile; méthode nouvelle. — GOLDMANN : Les indications climatiques de l'Égypte en otologie et en laryngologie. — (N° 11, 18 mars.) S. Adolphus KNOPF : L'hygiène des transports en commun. — TRUMANN ABBE : Deux cas d'Ainhum. — August Adrian STRASSER : « Tu ne tueras point ». — Edward M. COOLIE : Mort subite consécutive à une ponction lombaire exploratrice.

Revue médicale de l'Est. — (N° 5, 1er mars 1911.) JACQUES et COULET : Oto-méningite purulente aiguë opérée et guérie. — POTRON et NOISETTE : Un cas de mycose.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 12, 25 mars 1911.) G. FOURNIER : Croix de Malte enclavée dans l'œsophage; échec œsophagoscopique; extraction avec le crochet de Kirmisson. — ROLLAND : Sarcome de la trachée opéré par la voie externe.

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1911.) MARINESCO : Quelques recherches de paliométrie. — L. HASKOVEC : Le réflexe glutéal.

Semaine gynécologique. — (N° 12, 21 mars 1911.) B. PICHEVIN : Infection puerpérale. Curage manuel. Curettage instrumental. Hystérectomie. Résections veineuses. — (N° 13, 28 mars.) LE DENTU : Situation anormale des annexes de l'utérus.

REVUE GÉNÉRALE (1)

TUBERCULOSE INTESTINALE

Par M. Jean PELLOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — Nous étudierons sous le nom de tuberculose intestinale les localisations du bacille de Koch sur l'intestin, à l'exception de la région ano-rectale.

II

Division. — A côté de la tuberculose intestinale aiguë que nous envisagerons rapidement, prennent place les deux grandes formes de tuberculose intestinale chronique, qui répondent chacune à une évolution particulière de la tuberculose : vers l'ulcération ou la sclérose.

Elles sont essentiellement différentes. Nous étudierons donc :

1° **Une forme ulcéreuse.** — Cette forme est rarement primitive, prédomine sur l'intestin grêle; ses lésions sont multiples; son évolution est le plus souvent fatale : c'est l'entérite tuberculeuse, ou forme médicale de la tuberculose intestinale chronique.

2° **Une forme scléreuse.** — Nous l'examinerons :

a. Au niveau de l'INTESTIN GRÊLE.
b. Au niveau du GROS INTESTIN.

Cette division n'est pas purement topographique, mais elle répond à une évolution particulière de la tuberculose sur le segment intestinal intéressé.

Au niveau de l'INTESTIN GRÊLE en effet, le processus scléreux engendre un rétrécissement, et partant, une sténose. Cette sténose peut résulter :

a. Ou de la cicatrisation d'une ulcération : c'est la *tuberculose ulcéro-cicatricielle sténosante.*

b. Ou d'un rétrécissement fibreux d'emblée, sans ulcération préalable : c'est la *forme sténosante pure.*

Au niveau du GROS INTESTIN par contre, il se produit un épaississement considérable des tuniques intestinales : c'est le *type hypertrophique* de la tuberculose intestinale chronique : ce type sera donc caractérisé le plus souvent par une tumeur, au cours de l'évolution de laquelle apparaîtront, plus ou moins tardivement, des signes de sténose par oblitération de la lumière intestinale.

Cette forme sera donc et surtout hypertrophique et, le plus souvent, sténosante.

Or, ces formes scléreuses, sténosante et hypertrophique, parce qu'elles sont souvent primitives, parce qu'elles évoluent souvent avec un bon état général, parce qu'elles sont souvent localisées, parce qu'elles tendent tôt ou tard à l'occlusion, sont justiciables de l'intervention chirurgicale : elles sont dites formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, par opposition à l'entérite tuberculeuse, ou forme médicale.

Cette division, indispensable à la clarté de l'exposé, n'a rien d'absolu. On peut trouver entre les formes extrêmes toute la gamme des intervalles. Il existe enfin des formes où les lésions sont associées : ces formes mixtes seront l'objet d'un chapitre spécial.

III

Historique. — La forme **ulcéreuse** est connue depuis longtemps et Laënnec l'avait bien décrite.

Les formes **scléreuses** sont de notion plus récente; la description de la forme sténosante de l'intestin grêle remonte à Kœberlé (1880), que suivent Kœnig, Billroth, Margarucci. En France, la question s'éclaircit avec les travaux de Hartmann et Pilliet, Bernay, Poncet, Bérard et Patel.

La forme HYPERTROPHIQUE entrevue par Lasègue, signalée par Duguet, étudiée par Terrier, voit sa véritable nature fixée par Hartmann et Pilliet et Dieulafoy qui ramènent à la tuberculose ce qui avait été étiqueté jusque-là lymphosarcome et squirrhe intestinal.

IV

Etiologie. Pathogénie. — La tendance de la tuberculose vers l'ulcération — processus de destruction — ou vers la sclérose — processus de défense — n'est pas particulière à l'intestin.

Cette double évolution répond à des poisons différents isolés par Auclair. Pour quelques auteurs la tendance fibrogène s'explique par un virus atténué (Darier), par le petit nombre de bacilles et leur peu de virulence (Bezançon et Lapointe), par des infections secondaires (Hartmann et Pilliet).

La forme variable des lésions, suivant qu'on considère l'intestin grêle ou le gros intestin, est expliquée par des raisons anatomiques et physiologiques.

L'intestin grêle en effet, par sa riche vascularisation, la minceur de ses parois, la fréquence de ses mouvements, la nature de ses secrétions est plus apte aux ulcérations et, par conséquent, aux rétrécissements qui en résultent.

Au contraire, **le gros intestin** par sa structure plus robuste, par son immobilité relative, se trouve dans des conditions plus favorables à la résistance et il réagit en hypertrophiant ses parois : sans doute les ulcérations peuvent exister; elles peuvent être même, à l'origine, des lésions, mais elles sont bientôt reléguées au second plan.

Ajoutons que la conformation particulière de la région iléo-cæcale et sa richesse lymphatique, facilite à son niveau la stagnation des matières fécales et en favorise l'infection si fréquente.

Ceci nous explique également combien le mécanisme des sténoses sera différent suivant qu'on considère **l'intestin grêle** ou **le gros intestin.**

Au niveau de l'intestin grêle la sténose est le résultat d'une cicatrisation d'ulcération, une véritable séquelle : forme ulcéro-cicatricielle. Il suffit pour cela que le malade soit dans des conditions favorables de résistance et que l'ulcération atteigne au

moins la sous-muqueuse : il n'est pas nécessaire que l'ulcération soit annulaire, car le rétrécissement est déjà serré avant la guérison de l'ulcération.

D'autres fois, elle est le résultat d'un rétrécissement scléreux d'emblée. C'est la forme sténosante pure.

Ces sténoses sont l'aboutissant d'un processus de guérison.

Au niveau du gros intestin, au contraire, la sténose survient généralement tardivement quand le processus hypertrophique, déjà souvent diagnostiqué par la tumeur, a rétréci la lumière de l'intestin : dans ce cas la sténose est un accident au cours d'un processus qui évolue, et si au début d'une affection à type hypertrophique il se manifeste des signes de sténose, ces troubles doivent être attribués à une sténose purement spasmodique.

Au point de vue chirurgical, il est de plus intéressant de savoir si les lésions sont souvent primitives et localisées, donc curables : elles l'auraient été seulement 43 fois sur 1044 autopsies (Zahn), mais il s'agit là d'autopsies, c'est-à-dire de cas défavorables, dont les lésions ont pu évoluer et se multiplier; en réalité, les cas sont beaucoup plus nombreux : en effet, la clinique montre la coexistence fréquente d'un bon état général avec une tuberculose intestinale; les interventions révèlent des tuberculoses intestinales non diagnostiquées et qui guérissent dans la suite; enfin, l'expérimentation (Heyne) démontre, après inoculation, la localisation primitive de la tuberculose sur l'intestin, bien avant l'envahissement ultérieur du poumon.

Voies d'arrivée du bacille. — Voie sanguine. — La voie sanguine est attestée par la distribution annulaire des ulcérations, par les traînées de granulations (granulie). Cette voie peut être suivie par les bacilles du poumon.

Voie digestive. — C'est l'ingestion des bacilles qui cause le plus fréquemment la tuberculose intestinale. Peu attaqués par l'acide chlorhydrique de l'estomac, ils voient leur virulence augmentée dans le milieu alcalin intestinal.

Les bacilles peuvent venir du malade lui-même, par auto-infection, le plus souvent par déglutition de crachats tuberculeux (Chauveau, Stvains), plus rarement par les produits d'une sécrétion linguale, buccale ou pharyngée (Marfan).

Mais le sujet peut être également infecté par des produits bacillifères; par hétéro-infection (Calmette, Nocard, Behring), surtout chez l'enfant, à la suite d'ingestion de lait bacillifère d'une vache ayant ou non de la mammite tuberculeuse; les dérivés du lait peuvent être aussi nocifs. Enfin la viande peut contenir des bacilles provenant même d'un animal sain en apparence (Arloing). Citons enfin les poussières.

Le bacille ainsi apporté peut infecter l'intestin de deux façons.

Soit *directement* : quand une inflammation antérieure de l'intestin facilite sa greffe. C'est dans ce cas qu'il faut faire intervenir, comme cause prédisposante, toute ulcération ou modification de la muqueuse, provenant d'un traumatisme, de diarrhées chroniques et négligées, de fièvre typhoïde, de dysenterie, de colites, de sigmoïdites, d'étranglements herniaires; on sait que l'ingestion de matières tuberculeuses, mêlées à des corps pointus, permet l'érosion de la muqueuse et crée ainsi une véritable entérite prétuberculeuse (Baümgarten).

Soit *indirectement* : le bacille peut traverser (Cornil, Dobroskonski) sans y laisser de traces, la paroi intestinale normale; et de là, par voie lymphatique (Nicolas, Destot) ou la veine porte, revenir se localiser sur l'intestin. Pour Margarucci cette voie créerait surtout les formes hypertrophiques.

Voie de propagation. — L'intestin peut se tuberculiser au contact d'un foyer péritonéal, mésentérique, abdominal, génital : cette voie lymphatique est surtout fréquente chez l'enfant, à la suite de tuberculose ganglionnaire.

V

Anatomie pathologique. — Forme ulcéreuse. — A l'ouverture de l'abdomen l'intestin grêle est raccourci, affaissé surtout au niveau de l'iléon : le péritoine est souvent recouvert de fausses membranes, l'extérieur de l'intestin a une coloration normale, excepté au niveau des ulcérations où il apparaît violacé, noirâtre.

Les lésions sont surtout accentuées à la portion terminale de l'iléon.

A la coupe, la paroi intestinale apparaît amincie, racornie, indurée; on y rencontre deux ordres de lésions : des lésions banales de congestion et des lésions spécifiques.

Les lésions spécifiques peuvent s'y présenter avec tous leurs stades.

On rencontre les granulations en nombre variable, disséminées et occupant les plaques de Peyer; par confluence elles donnent le tubercule à cellules géantes : celui-ci est rarement infiltré, mais provoque généralement une réaction lymphocytaire, se caséifie, laisse échapper son contenu dans l'intestin et constitue ainsi l'ulcération.

Les ulcérations peuvent être :

a. Petites; lenticulaires (provenant de la déhiscence d'une granulation isolée), régulières, à bords décollés et nets, à fond tomenteux.

b. Moyennes; ovalaires (origine : plaques de Peyer), souvent irrégulières et souvent en forme de godet.

c. Grandes; elles sont : *annulaires*. — Pour Girode, celles-ci sont moins nombreuses qu'on ne le prétend; elles font rarement le tour complet de l'intestin, elles ont une longueur de 1 à 4 centimètres.

Cette disposition annulaire a été expliquée, soit par sphacèle de la muqueuse, qui suit la thrombose des artères mésentériques comprimées par les ganglions dégénérés, soit par artérite (Laveran). Girode les rattache à des lésions de l'appareil lymphatique.

Ou *longitudinales*. — Elles siègent au niveau des plaques de Peyer et peuvent atteindre de 8 à 10 centimètres résultant de la multiplicité d'ulcérations moyennes.

Elles sont situées au côté opposé au mésentère;

les bords en sont irréguliers, le fond tomenteux et sanieux.

Ou *serpigineuses*. — Les bords en sont souvent décollés, à fond sanieux et tomenteux.

Les lymphatiques noueux et flexueux sont quelquefois visibles sous le péritoine (lymphangite tuberculeuse).

L'ulcération peut aboutir à la perforation d'un gros vaisseau ou de l'intestin.

Au microscope, on voit que la granulation siège surtout dans les follicules clos, dans la sous-muqueuse : plus tard, les artères présentent de l'endartérite végétante chronique, les veines et les lymphatiques sont thrombosés, les glandes de Liberkhün s'atrophient ou se multiplient.

Formes scléreuses. — 1. FORMES STÉNOSANTES. — Dans la *première* forme sténosante, ou forme ulcéro-cicatricielle, le rétrécissement cicatriciel siège trois fois sur quatre sur la portion de l'intestin proche du cæcum (Bérard et Patel) : il est exceptionnel sur le gros intestin.

A son niveau, le péritoine est blanc dépoli : l'intestin est étranglé. Quand les rétrécissements sont multiples, les plus inférieurs ont les lésions les moins avancées : leur propagation descendante semble donc due aux matières fécales; ils peuvent être situés à des distances fort variables.

Au-dessus de l'obstacle, l'intestin est dilaté par hypertrophie, soit compensatrice, soit morbide (Jaboulay).

A la coupe, on s'aperçoit que le calibre de l'intestin est quelquefois considérablement diminué, peu dilatable et limité par un diaphragme dont les bords sont à pic, en aval du rétrécissement, et en pente douce, en amont de lui.

On peut, au microscope, trouver des lésions spécifiques au niveau des cicatrices.

La *seconde* forme sténosante résulte d'un rétrécissement fibreux d'emblée.

C'est dans cette forme qu'on peut ne pas rencontrer les lésions spécifiques au niveau du rétrécissement (Quénu et Judet), soit qu'elles n'aient laissé aucune trace, soit que leur présence ne soit pas nécessaire et que la tuberculose puisse déterminer à elle seule de la sclérose d'emblée : tuberculose fibreuse d'emblée (Darier); rétrécissements inflammatoires tuberculeux de Bérard et Patel, rangés, actuellement, dans la classe des tuberculoses.

Ces rétrécissements exceptionnels au niveau du gros intestin siègent surtout au niveau de l'intestin grêle : ce sont des rétrécissements circulaires; l'intestin apparaît comme ligaturé; la muqueuse est intacte; le péritoine est sain, tout au moins au début.

Le point de départ est dans la sous-muqueuse (Darier) qui se sclérose : la musculeuse est généralement atrophiée et la réaction fibreuse surtout marquée au niveau des vaisseaux.

2. FORMES HYPERTROPHIQUES. — Dans ces formes, les lésions se présentent tout autrement.

Au niveau du cæcum qui est son siège de prédilection, le type hypertrophique se présente avec un aspect tel, qu'on l'a pris longtemps pour du cancer.

A l'ouverture de l'abdomen, le cæcum apparaît énorme, épaissi, déformé; il est entouré d'un manchon très épais de tissu scléro-lipomateux : l'appendice, la portion terminale de l'iléon, sont souvent intéressés : les lésions ont tendance à gagner le côlon ascendant.

Il est difficile d'isoler cette tumeur, par suite des adhérences qu'elle a contractées et qui en rendent si souvent l'extirpation pénible.

A la coupe, la paroi est rigide, lardacée, hypertrophiée : la cavité cæcale est le plus souvent rétrécie; des végétations de toutes formes en oblitèrent la lumière; la valvule iléo-cæcale est souvent détruite; la muqueuse est verruqueuse, ulcérée.

Sur le reste du gros intestin, et en particulier le rectum, la tumeur est souvent annulaire, et les parois sont très épaissies; le rétrécissement ainsi formé est un véritable canal, souvent irrégulier, sténosant par ses irrégularités, et sa muqueuse est généralement ulcérée mécaniquement.

Dans cette forme hypertrophique les ulcérations peuvent exister : elles sont alors larges, profondes, anfractueuses (colite diphtéritique de Lebert, forme dysentérique de Spillmann); elles pourraient, dans quelques cas, donner naissance à un rétrécissement.

Histologiquement, en plus des lésions spécifiques, on trouve de l'épaississement de la muqueuse et, surtout, une infiltration embryonnaire considérable des tuniques intestinales; la séreuse est épaissie et vasculaire.

VI

Symptomatologie. — I. **Tuberculose intestinale granulique.** — Cette tuberculose intestinale est rare : quand elle existe, ses symptômes disparaissent dans le tableau clinique de la granulie, qui rappelle tantôt la méningite au-dessous de six ans, tantôt la fièvre typhoïde au-dessus de cet âge (Marfan).

Le tympanisme abdominal est le symptôme le plus constant; la constipation est presque de règle, la diarrhée rare; on a signalé des taches rosées abdominales (Girode); l'hémorragie intestinale, assez fréquente, a été mise sur le compte (Moizard et Grenet) d'altérations du parenchyme hépatique.

II. **Tuberculose intestinale ulcéreuse.** — C'est l'entérite tuberculeuse, de beaucoup la plus fréquente.

FORME COMMUNE. — Il est exceptionnel de voir cette entérite survenir chez les sujets en bonne santé apparente; cette forme primitive n'existe guère que chez l'enfant.

Le plus souvent l'entérite est secondaire et survient chez un malade atteint de lésions pulmonaires plus ou moins avancées et surtout à l'apparition de la fièvre hectique (Grisolle).

Les symptômes gravitent autour du symptôme capital de la période d'état : la diarrhée.

Cette diarrhée est généralement précédée de douleurs et de modifications des selles qui caractérisent la période de début.

Début. — Les douleurs ne sont pas des coliques, car elles ne sont pas paroxystiques, mais continues et comme névralgiques (Pidoux).

Les selles sont plus fréquentes, généralement solides, souvent recouvertes de mucus. Cette période peut durer de longs mois avant l'apparition du symptôme capital : la diarrhée.

Période d'état. — C'est une diarrhée persistante, de long cours (Chomel), généralement proportionnelle au nombre et à la profondeur des ulcérations intestinales ; elle est attribuée à la néoformation des glandes de Lieberkühn, ou à l'oblitération des lymphatiques qui facilitent la transsudation séreuse (Girode). Le nombre des selles peut aller jusqu'à quinze par jour, surtout à la période terminale (diarrhée colliquative de Bayle). Elle est augmentée par l'ingestion d'aliments froids et rebelle à tout traitement.

D'abord liquides, grumeleuses et grisâtres, les selles deviennent noires ; coloration due à la présence du sang provenant des ulcérations. Elles ont une fétidité repoussante, presque gangreneuse (Louis). Elles contiennent tantôt des tubercules caséifiés, de la graisse, des acides gras, tantôt des glaires sanguinolentes ou même des débris alimentaires.

On y trouve difficilement le bacille de Koch. Il faut le rechercher à la surface des grumeaux jaunâtres après avoir donné de l'opium au malade : il peut d'ailleurs exister sans lésion intestinale et sa recherche n'a de valeur que dans la tuberculose intestinale primitive.

A cette période, les douleurs parfois très violentes siègent dans le flanc droit de préférence ; elles sont augmentées par la décompression de la paroi et s'accompagnent souvent d'hyperesthésie cutanée.

L'examen du ventre le montre généralement plat et déprimé, plus rarement normal ou ballonné. La palpation décèle exceptionnellement les adénopathies du mésentère.

L'état général est gravement atteint ; la peau est sèche, terreuse : on a noté l'apparition de taches pigmentaires, dues à l'irritation du plexus solaire (Boinet). Les sueurs sont abondantes, quelquefois limitées à l'abdomen ; la fièvre hectique est constante, les œdèmes cachectiques fréquents, l'amaigrissement extrême.

Evolution. — La diarrhée, surtout quand elle persiste, est d'un pronostic presque fatal ; bien que son apparition soit quelquefois accompagnée d'une rémission trompeuse des symptômes pulmonaires, la mort survient dans le marasme et la cachexie.

Des cas de guérison ont cependant été signalés (Parrot et Laveran).

Formes. — Mais la symptomatologie de l'entérite tuberculeuse peut être modifiée. C'est ainsi qu'elle peut être :

1° *Primitive.* — Cette forme se rencontre surtout chez l'enfant ; la marche est progressive, la diarrhée sans rémission, et le malade meurt presque sans symptômes pulmonaires (Courtois-Suffit), bien qu'on trouve quelquefois à l'autopsie des lésions étendues des poumons (Laënnec).

2° *Latente.* — C'est une forme rare ; les ulcérations sont alors une trouvaille d'autopsie.

L'entérite tuberculeuse peut être encore :

3° *A début anormal*, s'installant à la suite de fièvre typhoïde et de choléra.

4° *A symptômes particuliers.* — La forme coprostatique est rare ; la diarrhée est remplacée par une constipation opiniâtre.

Dans la forme hémorragique, le sang peut être très abondant : des hémorragies foudroyantes ont même été signalées (Hanot).

La forme dysentérique (Spillmann) est caractérisée par le syndrome dysentérique : ténesme rectal, selles fréquentes (de 20 à 40), glaires membraneuses, brunâtres ou sanguinolentes avec les selles.

5° *A évolution particulière.*

a. **Forme perforante.** — Elle est rare, 3 p. 100 (Lebert).

Ou le péritoine est libre, et la perforation se révèle par des symptômes de péritonite généralement typique. Celle-ci d'ailleurs, comme chez les typhiques, peut passer inaperçue quand l'état général est profondément atteint : elle ne se manifeste alors que par une hypothermie brusque, du météorisme et la marche rapide vers le collapsus.

Ou le péritoine présente des adhérences. Il se produit alors un abcès péri-intestinal et un phlegmon stercoral à évolution lente, qui s'ouvre à la peau, quelquefois à l'ombilic et laisse une fistule pyo-stercorale ; quelquefois l'évolution est plus rapide, la réaction locale plus intense : il se produit un phlegmon de la paroi qui s'ouvre et donne également une fistule pyo-stercorale.

Ou la perforation fait communiquer deux anses intestinales adhérentes ; l'abouchement d'une anse intestinale haut située avec le gros intestin est cause de lientérie.

b. **Forme sténosante.** — Après une période plus ou moins longue de diarrhée, les ulcérations peuvent se cicatriser (forme ulcéro-cicatricielle, et donnent lieu alors à des symptômes de sténose). Ce sont les formes que nous allons maintenant étudier.

III. Formes scléreuses. — *A.* Au niveau de l'intestin grêle : formes sténosantes. — La sténose est l'aboutissant le plus fréquent des lésions tuberculeuses de l'intestin grêle (Bérard et Patel).

Ces formes sténosantes peuvent succéder à un rétrécissement cicatriciel des ulcérations tuberculeuses (*forme ulcéro-cicatricielle*), ou être consécutives à un rétrécissement fibreux, non précédé d'ulcération (*forme sténosante d'emblée*).

Dans les deux cas, ces rétrécissements ont naturellement pour effet de se manifester par des symptômes d'occlusion chronique, avec cette différence toutefois que la forme ulcéro-cicatricielle, avant sa période cicatricielle ou de sténose, est précédée des symptômes propres à la période d'ulcération : c'est la période pré-sténosante, dite encore médicale. Dans cette période, on constate tantôt des douleurs diffuses, des alternatives de constipation et de diarrhée, du météorisme et du péristaltisme atténués après les repas ; tantôt on note de la diarrhée, quelquefois

sanguinolente, qui, petit à petit, cède la place à la constipation au fur et à mesure que le rétrécissement se constitue.

Puis survient la phase chirurgicale, période à laquelle le rétrécissement est constitué, caractérisée par des phénomènes d'occlusion chronique qui donnent cliniquement le syndrome de Kœnig.

Celui-ci consiste essentiellement en accès douloureux, accompagnés de péristaltisme et de bruits musicaux, et suivis de débâcles fécales et gazeuses.

Ces accès peuvent être très fréquents ; ils surviennent généralement deux ou trois heures après les repas, au moment de la digestion intestinale ; le malade ressent une violente douleur qui va progressivement ; au voisinage du point douloureux, le ventre se ballonne et sur la paroi paraissent les contractions péristaltiques de l'intestin qui lutte contre l'obstacle.

Subitement les douleurs cessent, le ballonnement s'affaisse, le péristaltisme disparaît ; en même temps on perçoit des bruits musicaux ; tantôt de simples borborygmes ou gargouillements, ces bruits peuvent, d'autres fois, consister en sifflements et simuler le chant du fifre ou les miaulements du chat (Borchgrevinck). Puis surviennent des débâcles fécales et gazeuses.

En dehors des accès, il est exceptionnel de percevoir du clapotement au-dessus du rétrécissement et la tumeur formée par ce rétrécissement. Il faut savoir enfin que la main qui explore peut déterminer du spasme sur un intestin particulièrement sensible et croire ainsi à une tumeur ; mais un intestin contracté ne donne jamais l'impression d'induration que donne la vraie sténose.

Evolution. — La marche de cette forme est essentiellement chronique ; Borchgrevink y décrit quatre périodes : d'ulcération, de compensation avec accès douloureux, d'atonie et d'anémie ; elle peut être cependant interrompue par des phénomènes d'occlusion aiguë, quand le malade n'est pas emporté par la cachexie ou par d'autres lésions tuberculeuses (Bernay, Quénu).

Forme. — Si les rétrécissements sont multiples, les accès peuvent se succéder, généralement moins douloureux ; ce sont les coliques étagées de Kœberlé, le ventre reste météorisé, la diarrhée est fréquente ; il existe plusieurs zones de clapotement et parfois plusieurs tumeurs espacées et mobiles (Monnier). Cette forme est surtout fréquente de vingt à trente ans.

B. Au niveau du gros intestin : formes hypertrophiques. — Le travail d'édification de la tuberculose dans le type hypertrophique se traduit tout naturellement par une tumeur : cette tumeur existe déjà quand apparaissent les signes de sténose, qui, d'ailleurs, peuvent manquer : c'est donc avant tout une forme hypertrophique, sténosante ou non.

Tous les segments du gros intestin peuvent être atteints ; nous l'étudierons : 1° *au niveau du cæcum* ; 2° *au niveau du côlon et de l'S iliaque* ; 3° *au niveau du rectum.*

1° *Au niveau du cæcum. Typhlite tuberculeuse chronique* et *tuberculose iléo-cæcale* (Hartmann et Pilliet) ; *tuberculome iléo-cæcal* (Dieulafoy) ; *tumeur cæcale tuberculeuse* (Belgrand).

Cette tuberculose est le plus souvent primitive et elle évolue généralement en trois périodes (Belgrand).

La première période est caractérisée surtout par deux symptômes, dont le peu de netteté ne permet pas encore le diagnostic : ce sont les douleurs et les modifications des selles

Les douleurs sont généralement constantes : le malade ressent des tiraillements, des coliques d'intensité variable dans la fosse iliaque ; elles sont augmentées par l'ingestion des aliments et durent un temps variable, s'accompagnant de contracture de la paroi et laissant tout le flanc droit endolori.

Pendant la crise, la constipation est de règle, accompagnée généralement de ballonnement du ventre. Après la crise une débâcle diarrhéique s'installe, quelquefois sanguinolente. La constipation est habituelle en dehors des crises.

Ce qui frappe surtout à cette période, c'est l'intégrité de l'état général qui dure quelquefois plusieurs mois, jusqu'au jour où l'examen fait découvrir une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Cette tumeur caractérise la seconde période ; il s'y joint, à une période plus ou moins avancée de son évolution, des signes de sténose.

L'inspection ne révèle une tumeur que si elle est grosse et les sujets très amaigris.

Si, de la main gauche enserrant le flanc droit, pouce en avant, doigts en arrière, on palpe le cæcum ainsi maintenu (manœuvre de Sigaud), on rencontre une tumeur siégeant généralement à la partie moyenne de la fosse iliaque droite. Elle est de forme variée, le plus souvent allongée verticalement ; son volume est également variable ; elle est assez souvent ferme, élastique, irrégulière, bosselée, n'adhérant pas à la paroi abdominale antérieure. Par la percussion on se rend compte que le centre de la tumeur est mat généralement, et que cette matité diminue du centre à sa périphérie ; on peut quelquefois l'atteindre par les touchers vaginal et rectal.

Il y a de l'adénopathie inguinale droite. Exceptionnellement, cette tumeur peut être sus-ombilicale (Nové-Josserand), pelvienne ou lombaire.

A cette période, les symptômes fonctionnels du début se sont précisés ; les crises se répètent et elles évoluent vers l'occlusion confirmée ; mais l'état général du malade s'aggrave et il succombe aux progrès de la cachexie tuberculeuse ; enfin, mais plus rarement cette forme évolue vers la caséification, vers l'abcès et la fistule pyo-stercorale.

Forme circonscrite. — La tuberculose hypertrophique peut se cantonner en un point du cæcum (Richelot) donnant une petite tumeur dure, large d'une pièce de deux francs, provoquant des poussées douloureuses, évoluant à froid sans lésions intestinales diffuses et curables par une résection partielle du cæcum.

2° *Tuberculose hypertrophique du côlon et de l'S*

iliaque. — La tuberculose hypertrophique au niveau du colon et de l'S iliaque donne lieu généralement à des symptômes progressifs de sténose, s'accompagnant de ballonnement du ventre, surtout localisé à la région iléo-cæcale et au flanc droit. La tumeur se rencontre plus rarement dans cette forme qu'au niveau du cæcum.

Peut-être même quelques affections telles que certaines entérites dysentériques, quelques sigmoïdites doivent être rattachées à un processus hypertrophique ou ulcératif de la tuberculose.

3° *Tuberculose hypertrophique du rectum. — Rectite proliférante et sténosante.* — Au niveau du rectum, le processus hypertrophique et sténosant de la tuberculose engendre une symptomatologie très spéciale, d'ailleurs commune à tous les rétrécissements.

Elle n'est pas toujours primitive.

Les antécédents personnels et héréditaires des malades sont chargés; ces rétrécissements surviennent de préférence de quinze à quarante ans.

La période pré-sténosante est caractérisée par de la rectite, des épreintes, et du ténesme, mais le malade n'évacue que quelques glaires sanguinolentes.

A la période de sténose les matières se modifient dans leur forme : elles sont aplaties, rubannées ou ovillées; d'autres fois, on note des débâcles diarrhéiques.

Après une longue période de constipation accompagnée de ballonnement du ventre, les garde-robes surviennent généralement rares, difficiles et douloureuses.

Le toucher rectal rend compte d'un rétrécissement rigide, inextensible, étendu en hauteur et saignant facilement ; les rectorragies du début et l'extension progressive en hauteur sont, pour Sourdille, deux signes particuliers du rétrécissement tuberculeux.

IV. **Formes mixtes.** — Il nous reste enfin à examiner plusieurs formes de tuberculose intestinale chronique, qui ne rentrent pas dans la classification précédente ; soit à cause de leurs lésions mixtes, soit à cause de leur siège : 1° *forme entéro-péritonéale; 2° forme hypertrophique de l'intestin grêle; 3° appendicite tuberculeuse.*

1° *Forme entéro-péritonéale (entéro-mésentérique).* — Cette forme peut être l'aboutissant des formes précédentes ; le péritoine, les ganglions sont aussi pris que l'intestin : il en résulte une masse qui tend à la caséification.

Elle est aussi fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

Elle peut débuter par des symptômes intestinaux qui rappellent l'entérite tuberculeuse ou par des symptômes péritonéaux vagues.

A la période d'état, le ventre météorisé ne permet pas toujours de percevoir tantôt une masse irrégulière péri-ombilicale, tantôt des amas inégaux, durs et douloureux, constitués par les ganglions. Les symptômes de sténose dans cette forme sont relégués au second plan.

Le malade peut être emporté par la granulie; d'autres fois des symptômes de sténose s'établissent, surtout chez l'enfant : bien souvent, il se forme un phlegmon iliaque à évolution lente qui s'ouvre à l'intestin ou à la peau par une ou plusieurs fistules.

Chez l'enfant, cette forme coexiste souvent avec l'entérite tuberculeuse et l'augmentation des ganglions peut être telle qu'elle donne à la maladie une allure spéciale (carreau).

2° *Forme hypertrophique de l'intestin grêle.* — Le type hypertrophique est rare au niveau de l'intestin grêle; aussi le rencontre-t-on le plus souvent à la portion terminale de l'iléon, associé ou non à des lésions du cæcum et pouvant évoluer en dehors d'elles.

Cette forme est caractérisée essentiellement par une tumeur (puisqu'il s'agit de type hypertrophique) et par des symptômes de sténose plus précoces que dans le type hypertrophique (puisque l'obstacle siège sur l'intestin grêle).

Les symptômes du début restent souvent obscurs; le malade présente quelquefois des signes de sténose, d'ailleurs purement spasmodique. A cette période, on note des alternances de constipation et de diarrhée.

Puis, les symptômes se précisent; la tumeur apparaît avec le caractère du tuberculome cæcal, mais généralement moins volumineux, plus mobile et situé plus près de l'ombilic. La matité est en damier, variant d'un moment à l'autre, avec la réplétion des anses intestinales. Elle est le siège de mouvements alternatifs de soulèvement et d'affaissement.

Les signes de sténose coexistent, mais avec moins de netteté qu'au niveau des autres segments d'intestin grêle : les accès sont généralement moins douloureux, les bruits musicaux plus rares; l'évolution en est essentiellement variable : occlusion, abcès, troubles de l'état général.

3° *Appendicite tuberculeuse.* — Il ne s'agit pas ici de la tuberculose de l'appendice, si souvent intéressé dans les formes iléo-cæcales, mais de l'appendicite tuberculeuse; d'après Letulle et Weinberg, ces lésions sont communes quand on examine systématiquement les lésions de l'appendice et qu'on pratique les inoculations au cobaye; elle peut se présenter sous deux formes :

Aiguë. — C'est le tableau de l'appendicite ordinaire, avec évolution possible vers l'abcès péricæcal.

A froid. — Elle évolue vers la résolution, mais les récidives sont fréquentes — et c'est là un de ses caractères — ou alors vers la péritonite par perforation avec le tableau complet de la péritonite septique; d'autres fois, il résulte un abcès enkysté qui se conduit comme un abcès froid et s'ouvre souvent à la peau.

VII

Complications. — Parmi les complications, les unes sont communes à toutes les formes; ce sont la granulie, la tuberculose pulmonaire, la dégénérescence amyloïde, etc.

Les autres sont spéciales à chaque forme.

Les perforations, bien que rares, sont surtout le propre des formes ulcéreuses.

Les formes scléreuses peuvent donner à un stade plus ou moins avancé de leur évolution des phénomènes d'occlusion aiguë : par adhérences, par spasme, par paralysie de la musculature, enfin par invagination chronique (Bérard et Patel). On note plus rarement des signes de compression.

Les abcès et les fistules se voient surtout dans la forme entéro-péritonéale.

VIII

Diagnostic. — Forme granulique. — Le diagnostic peut être hésitant avec la fièvre typhoïde à symptômes intestinaux.

Mais dans la granulie, la prostration est moindre, l'appétit conservé, la diarrhée, quand elle existe, n'est pas ocreuse, la température est plus irrégulière, le séro-diagnostic est négatif.

Forme ulcéreuse. — « Une diarrhée chronique, noire, accompagnée de fièvre et de sueurs nocturnes est pathognomonique de l'entérite tuberculeuse, quand elle survient chez un phtisique avéré. »

Cependant, le diagnostic peut être difficile si la diarrhée est primitive et si les lésions pulmonaires sont ou peu caractéristiques, ou peu avancées.

Si le malade est relativement bien portant, on pourra hésiter avec une diarrhée due à la suralimentation, une diarrhée toxique, nerveuse, à de l'entérite simple, exceptionnellement à de la syphilis tertiaire.

Quand l'état général est plus atteint, il faut penser à la diarrhée des urémiques, des cachectiques.

Signalons enfin la lymphadénie intestinale et la diarrhée de Cochinchine.

Formes scléreuses sténosantes. — Dans ces formes, se pose le diagnostic des occlusions chroniques ou subaiguës et on doit se demander : a. *Y a-t-il sténose?* b. *Quelle en est la cause?* c. *Quel en est le siège?*

a. *Y-a-t-il sténose?* — On peut conclure à la sténose, si les symptômes fonctionnels sont nets, s'ils se succèdent, et si l'examen montre l'existence d'une tumeur.

b. *Quelle en est la cause?* — Il est des cas où la cause peut être sinon certifiée, du moins fortement soupçonnée, quand des antécédents précis peuvent, par exemple, l'éclairer sur la notion d'un corps étranger, une opération antérieure (brides, coudures), un calcul biliaire...

D'autres fois, le diagnostic est plus délicat. Chez l'**enfant**, il faut toujours penser à la cause la plus commune : l'invagination intestinale subaiguë ou chronique, qui peut d'ailleurs avoir pour point de départ des lésions tuberculeuses; les selles dysentériques existent dans les deux cas; le diagnostic est souvent impossible.

Chez l'**adulte**, les sténoses peuvent avoir pour cause des brides, des coudures de l'intestin : le rétrécissement syphilitique paraît exceptionnel.

Chez le **vieillard**, le volvulus et surtout le cancer donnent des phénomènes d'occlusion chronique ; mais ils s'accompagnent, à cette période, de troubles de l'état général plus accentués que dans la tuberculose.

D'ailleurs, d'une façon générale, il faut toujours avoir à l'esprit la possibilité d'une lésion tuberculeuse, quand les symptômes d'obstruction évoluent lentement, chez un adulte aux antécédents héréditaires et personnels chargés, à plus forte raison quand il coexiste des lésions bacillaires; les sueurs nocturnes, les petits accès fébriles, un léger amaigrissement sont d'excellents indices en faveur de la tuberculose ; la bonne conservation de l'état général ne doit pas faire écarter ce diagnostic, que confirmera l'évolution, quand elle procède par poussées successives et subaiguës.

c. *Quel en est le siège?* — La sténose, nous l'avons vu, siège, dans l'immense majorité des cas, au niveau de l'intestin grêle. Le toucher rectal négatif, l'absence d'une tumeur et de péristaltisme dans l'aire des côlons éliminent le gros intestin.

Il faut incriminer une sténose de l'intestin grêle quand les symptômes ont commencé par de la diarrhée, quand le péristaltisme survient après les repas et quand les douleurs sont péri-ombilicales.

On peut encore pousser plus loin le diagnostic et préciser le **siège** sur l'intestin grêle : devant des vomissements bilieux, incoercibles, on doit conclure à une sténose haut placée (Bérard et Patel) : de même, si les évacuations alvines sont suivies de douleurs (Borchgrevink).

Les douleurs étagées, un péristaltisme intermittent, la présence de tumeurs mobiles et multiples sont en faveur de **plusieurs rétrécissements**.

Il est plus difficile d'apprécier le **degré** de la sténose, car il s'y mêle un élément spasmodique, variant avec les cas.

Formes scléreuses hypertrophiques. — Dans ces formes, le diagnostic se pose vis-à-vis du tuberculome cæcal, et vis-à-vis de la forme hypertrophique du rectum.

Tuberculome cæcal. — C'est le diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite.

Chez un tuberculeux avéré, ou quand les fistules sont caractéristiques, le diagnostic de tuberculose cæcale se fait facilement : mais il n'en est pas toujours ainsi.

Devant une tumeur de la fosse iliaque droite, il faut toujours penser aux deux choses les plus fréquentes : au cancer du cæcum et à l'appendicite chronique (tumeur par adhérences).

Le **cancer du cœcum** survient généralement après quarante ans : la tumeur est plus irrégulière, plus dure, longtemps mobile, pas absolument mate ; les douleurs sont moins violentes, il évolue plus rapidement, sans température; il y a quelquefois de l'adénite sus-claviculaire.

Le diagnostic avec l'**appendicite chronique** est très difficile et ne peut être qu'approximatif quand on n'a pas connaissance de crises nettes, antérieures, d'appendicite.

Accessoirement on pensera aux autres causes d'erreur :

Les tumeurs dites inflammatoires paraissent de plus en plus ressortir au domaine de la tuberculose.

L'actinomycose iléo-cæcale donne à une période de son évolution une tumeur, mais dont les limites sont indécises : elle est ligneuse, fixe, donnant l'impression d'une « masse de suif poussée entre le squelette et la paroi » (Poncet et Bérard).

Les tumeurs stercorales sont pâteuses, se voient surtout chez la femme ; elles cèdent à un purgatif. Exceptionnellement, on se trouvera vis-à-vis d'une adénite iliaque ou d'un kyste hydatique du psoas.

Une fois le diagnostic de tumeur tuberculeuse posé, on peut encore préciser son diagnostic : dans la tuberculose hypertrophique de l'iléon, la tumeur est sous ou péri-ombilicale : elle n'est pas franchement dans la fosse iliaque droite : les symptômes de sténose y sont plus constants et surtout plus précoces que dans la tuberculose hypertrophique cæcale. Dans la forme entéro-péritonéale le ventre est météorisé et la tumeur est souvent formée d'amas irréguliers. On a signalé enfin (Gérard, Marchand) des adénites pré-cæcales tuberculeuses qui ont pu en imposer pour un tuberculome cæcal.

Tuberculose hypertrophique du rectum. — La tuberculose semble prendre de plus en plus d'importance dans l'étiologie des rétrécissements du rectum, depuis que l'on sait que les lésions spécifiques ne sont pas indispensables pour en affirmer la véritable nature tuberculeuse.

A part quelques cas faciles — la présence de fistules anales, par exemple — le diagnostic de tuberculose rectale est très délicat et beaucoup de rétrécissements, dits inflammatoires ou syphilitiques, doivent lui être attribués (Sourdille).

Les rétrécissements cicatriciels et congénitaux seront facilement éliminés par les antécédents et le toucher rectal, qui montre non pas une infiltration des parois, comme dans la tuberculose, mais des brides, de véritables diaphragmes.

Le rétrécissement dit syphilitique est le plus souvent annulaire, rigide, velvétique : le doigt s'enfonce dans un canal conique qui va en se rétrécissant.

Le diagnostic avec le cancer du rectum peut être très difficile, car les symptômes fonctionnels sont identiques et la tuberculose peut revêtir tout le polymorphisme du néoplasme : cependant celui-ci survient surtout chez un homme âgé, très affaibli déjà quand on est appelé à l'examiner : le diagnostic en est facile quand il existe des végétations friables, saignant après l'examen et s'accompagnant de pertes fétides ; dans sa forme infiltrée le cancer est généralement moins mobile, plus diffus et plus rarement annnulaire que le rétrécissement tuberculeux. Les ganglions inguinaux, les hémorroïdes plaident en faveur du cancer.

On peut enfin parachever le diagnostic de tuberculose intestinale par les procédés de laboratoire : la difficulté de recherche du bacille de Koch dans les selles, les causes d'erreurs qui l'accompagnent, rendent cet examen de peu d'utilité; plus probante est la présence de débris tuberculeux ou néoplasiques, quand on hésite avec le cancer. Enfin, l'examen du sang, la séro-réaction d'Arloing et Courmont, la cuti et l'intra-dermo-réaction viendront, suivant le cas, confirmer ou non le diagnostic.

IX

Pronostic. — Presque fatal dans l'entérite tuberculeuse, le pronostic des formes chirurgicales s'est singulièrement amélioré, depuis que leur connaissance plus approfondie, autorise et encourage une intervention précoce.

X

Traitement. — **Médical.** — En dehors de l'état général, le traitement de l'entérite tuberculeuse est celui des diarrhées, auquel on a ajouté le bleu de métylène (Rénon) et le collargol (Netter).

Chirurgical. — Aux formes chirurgicales, on oppose des interventions différentes.

Laparotomie simple. — On sait que les symptômes de sténose s'amendent et quelquefois disparaissent après la laparotomie, de même qu'après la gastrostomie les cancéreux de l'œsophage voient leur dysphagie diminuer ; elle sera surtout utile dans les formes sténosantes.

Les résultats de l'*entéroplastie* sont souvent douteux.

L'*entérectomie* est le procédé de choix, quand les lésions sont localisées : cette extirpation peut être très étendue; dans le tuberculome cæcal, il ne faut pas craindre de remonter très haut sur le côlon ascendant, à cause de la propagation descendante des lésions.

L'*entéro-anastomose* est indiquée quand l'entérectomie est impossible ; une portion de l'intestin, située en amont de la lésion, est abouchée en aval, soit dans l'intestin grêle, soit dans le côlon. Le segment ainsi isolé peut guérir et se fibroser ; mais bien souvent la circulation des matières y persiste.

L'*exclusion intestinale*, mise au point par Hartmann, a pour but d'isoler le segment malade du reste de l'intestin.

On peut isoler ce segment complètement en en fermant les deux extrémités : c'est l'exclusion bilatérale qui donne souvent de bons résultats (Alglave), mais le segment isolé doit être abouché à la peau et il peut en résulter une fistule interminable.

On peut enfin l'isoler incomplètement, en abouchant au-dessous des lésions la section de l'intestin faite au-dessus d'elles.

La véritable indication de cette opération, se trouve dans les lésions iléo-cæcales, où l'abouchement de l'iléon, dans le côlon iléo-pelvien, rend impossible le reflux des matières dans le segment lésé.

Ces interventions devront toujours suivre un examen complet et méthodique de l'état local du malade et surtout de son état général, en se rappelant que son affaiblissement trop accentué, des lésions pulmonaires trop avancées et une diarrhée incoercible, les contre-indiquent formellement.

BIBLIOGRAPHIE

LYON (G.). Tuberculose intestinale, *Gaz. des hôpit.*, 1891.
BENOIT. Tuberculose cæcale chronique, *Gaz. des hôpit.*, 1898.

BEZANÇON et LAPOINTE. Tuberculose intestinale à forme hypertrophique, *Presse méd.*, 1898.
CLAUDE. Tuberculose non sténosante du gros intestin, *Soc. de biol.*, 1898.
CUMSTON. *Tuberculose du cæcum*, 1898.
MONNIER. Contribution à l'étude de la tuberculose intestinale à forme hypertrophique, *Arch. gén. de méd.*, 1899.
RUDOLPH. Secondary tub. of the int., *Canada Pract.*, Toronto 1898.
VINAS. Tub. del ciego, *Soc. med. de Buenos-Ayres*, 1902.
SOUBEYRAN. Tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique, *Montpellier méd.*, 1901.
LARTIGAN. *A study of chronic hyperplastie tub. of int.*, 1901-1902.
PHOCASET. Tuberculose du cæcum, *Nord méd.*, Lille 1901.
CARRIÈRE. *Tuberculose iléo-cæcale.*
GUILBAUD. Tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique et sténosante, *Gaz. de Nantes*, 1901-1902.
HARRIS. Tuberculose hypertrophique, *Ann. Philad.*, 1902.
DIEULAFOY. Tuberculose du cæcum, *Sem. méd.*, 1902.
GEROTA. Tuberculose du cæcum, *Bull. de Bucarest*, 1902.
KOCHER. *Dorm tub. nach chirurgishen Erfahrungen*, 1902.
SANGUINETTI. Simtomatologia et diagnostico de la tub. del ciego, *Sem. méd.*, Buenos-Ayres 1902.
VERLIAC. Formes de la tuberculose intestinale, *Revue de la tuberculose*, 1904.
BÉRARD et PATEL. *Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale*, coll. Léauté, 1905.
BRELET. Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, *Arch. gén. de méd.*, 1905.
DELBET. Tuberculose du cæcum, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1905.
ROUTIER. Tuberculose iléo-cæcale, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1905.
LETULLE. Tuberculose hypertrophique partielle du cæcum, *Bull. de la Soc. anat.*, 1905.
DEBOVE. Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle, *Lyon méd.*, 1906.
MICHON. Tuberculose hypertrophique partielle de la terminaison de l'iléon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906.
DELBET. Tuberculose iléo-cæcale sténosante, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907.
GUIBAL. Adénite para-cæcale, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907.
STEVENS. *Primary tub. of cæcum*, Charlotte 1907.
DELAGE. Sigmoïdite tuberculeuse, *Clinique*, 1907.
BOUSQUET. Tuberculose intestinale, *Montpellier méd.*, 1908.
BUSSE. *Ueber die Entstehung tub. Dormstrictranngen*, 1907.
CORNIL. Tuberculose du cæcum et noyau tuberculeux de l'intestin grêle, *Soc. anat.*, 1907.
ROUX. Ueber ileo-cæcale tub., *Schweis. Aerste*, Basel 1907.
ABRAND. Tuberculose recto-sigmoïdienne traitée par endoscopie, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907.

FORMULAIRE

TRAITEMENT EXTERNE DE LA BRONCHITE CHRONIQUE AVEC EXPECTORATION ABONDANTE

M. E. Laval rapporte, dans le *Bulletin médical*, une formule préconisée par Bulling (*Gaz. med. ital.*, n° 8).

Ce dernier conseille de placer, en différents endroits de la chambre du malade, de six à huit morceaux de papier buvard imbibés de la solution suivante :

Menthol	} *ãã*	2 grammes
Eucalyptol		
Essence de térébenthine	} *ãã*	5 —
Essence de génevrier		

La respiration de ces vapeurs exercerait une action des plus favorables sur les sécrétions bronchiques, en les diminuant et, à la fin, en les tarissant.

PRATIQUE MÉDICALE

DE L'OPOTHÉRAPIE, ET EN PARTICULIER DE L'OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE, DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. R. HUERRE,
Pharmacien, docteur ès sciences.

La place énorme que tient la syphilis ignorée dans la pathogénie d'un grand nombre de maladies chroniques a été récemment mise en lumière par le docteur Andrain.

C'est à son ouvrage « La Syphilis obscure » (1) que nous empruntons l'exposé des manifestations morbides d'origine spécifique se rattachant, suivant l'auteur, à des insuffisances antitoxiques et justiciables de la médication opothérapique. Au cours des états maladifs qui sont la conséquence d'une hérédo-syphilis ignorée, les troubles fonctionnels hépatiques sont d'abord seuls en cause, donnant souvent au malade les caractères de l'arthritisme ; *cette insuffisance fonctionnelle du foie* peut se manifester en outre par des phénomènes de dépression, des lésions cutanées, des névralgies, accompagnés d'autres troubles résultant de l'insuffisance hépatique.

Ces troubles affectent :

1° La *fonction glycogénique* : on constate de la glycosurie passagère que l'opothérapie hépatique guérit rapidement.

2° La *fonction biliaire* : il se produit de la constipation, donnant naissance aux entéro-colites et à la colite muco-membraneuse.

Ces troubles sont suivis de ceux qui résultent de l'altération des éléments des fonctions antitoxiques de suppléance. Parmi les phénomènes d'insuffisance qui se manifestent alors, les principaux sont les suivants :

Insuffisance thyroïdienne.
Insuffisance mammaire.
Insuffisance surrénale.

De toutes les opothérapies indiquées, la plus essentielle reste l'opothérapie hépatique.

Chez les hérédo-syphilitiques de première *génération*, où, fréquemment, aucune tare spécifique caractérisée ne pourra être relevée (on aura constaté chez l'enfant de l'entérite, de la constipation, plus tard des crises d'appendicite), l'évolution de l'insuffisance antitoxique après avoir attaqué le foie et préparé ou créé la lithiase biliaire trouble les fonctions surrénale et thyroïdienne : les purgatifs et l'hygiène n'agissent pas ; l'arsenic paraît avoir une action réelle ; mais seul le traitement mercuriel prolongé, appuyé sur l'opothérapie et particulièrement sur l'opothérapie hépatique a une valeur curative.

Chez les *hérédos de deuxième génération*, sauf dans les cas rares où la syphilis peut encore créer des lésions scléreuses ou scléro-gommeuses, les mercuriaux sont mal tolérés sous quelque forme

(1) AUDRAIN. *La Syphilis obscure*, 1911, Paris, O. Doin.

que ce soit; l'arsenic est difficilement supporté, l'iode détermine des accidents; l'association de l'opothérapie hépatique aux autres médications aura les résultats les plus heureux. On constate, en effet, que la médication arsenicale, qui sans l'adjonction des éléments réparateurs du foie pourrait être redoutée à cause de l'action stéatosante du métalloïde sur les viscères et la cellule hépatique en particulier, améliore rapidement l'état de santé du malade.

Si on a recours au traitement iodé et que l'on constate de l'intolérance, la modification du terrain par l'opothérapie hépatique permettra souvent de poursuivre cette médication même sous forme d'iodure de potassium.

Traitement opothérapique. — C'est à la réparation du foie qu'il faut donc tendre tout d'abord. Si l'huile de foie de morue est bien tolérée à haute dose (de 4 à 8 cuillerées à soupe par jour), son efficacité est remarquable chez les hérédos. Mais le foie de porc donne des résultats au moins équivalents. On peut l'employer sous la forme de capsules à 30 centigrammes de substance active, à la dose de huit capsules par jour; le traitement doit être prolongé assez longtemps (1).

Quand les phénomènes dus à l'épuisement des autres glandes antitoxiques surrénale et thyroïdienne se produisent, il est bon d'utiliser l'opothérapie directe de ces organes.

L'*extrait surrénal total* constitue un bon élément thérapeutique contre l'hyperpigmentation et même contre l'asthme.

L'*extrait hypophysaire* a donné de bons résultats dans des cas de faiblesse et d'arythmie cardiaque avec pouls précipité, diminution de la tension artérielle et de la quantité des urines émises; on doit d'ailleurs réserver l'emploi des extraits hypophysaires (2) aux sujets indemnes d'affections rénales.

Mais dans tous les cas où l'intoxication de l'organisme peut dépendre d'une syphilis héréditaire à manifestations obscures, l'opothérapie hépatique conserve toute sa valeur; elle doit être appliquée parallèlement aux autres extraits glandulaires et peut même parfois, à elle seule, corriger les troubles variés, aussi bien d'origine surrénale que thyroïdienne.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième 4 ou 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

(1) Dans le but de faciliter le traitement opothérapique, MM. Vigier et Huerre appliquent aux différents organes (foie de porc, ovaires, corps thyroïdes, capsules surrénales, glandes mammaires, hypophyse, etc.) le procédé de préparation présenté en 1894 à la Société de thérapeutique, grâce auquel on peut administrer la substance en nature sans qu'elle ait subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de l'altérer.

(2) *C. r. de la Soc. de biol*, 22 oct. 1910.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de pathologie à l'usage des sages-femmes et des mères (1), par le docteur H. Dufour, médecin de l'hôpital de la Maternité.

Le manuel de pathologie à l'usage des sages-femmes et des mères est destiné à parfaire l'éducation pratique médicale des personnes appelées à donner des soins aux nourrissons, aux enfants du deuxième âge et aux femmes enceintes. C'est dire que ce livre rendra service aux mères de famille et aux soignantes. On y trouve exposées des notions élémentaires sur les microbes et leur rôle dans les maladies, puis les principes sur lesquels sont établies les rations alimentaires du nourrisson. La nature et les doses d'aliments convenant aux enfants suivant leur âge y sont également indiquées. Les maladies les plus habituellement rencontrées chez les enfants de tout âge, celles qui atteignent les femmes enceintes, avec leurs conséquences au point de vue de la grossesse et de l'état puerpéral, sont traitées dans cet ouvrage, dont le but est d'instruire utilement celles qui le liront et de les mettre à même d'éviter des fautes d'hygiène ou de thérapeutique toujours grosses de conséquences.

La manière dont devront être appliqués les traitements, sur ordonnance du médecin, a fait l'objet de développements circonstanciés à l'occasion des différentes maladies passées en revue dans cet ouvrage.

Nous donnons un aperçu des principaux chapitres de ce manuel :

Les microbes; les aliments; le lait; développement des enfants; maladies du tube digestif ou de ses annexes; vaccine; fièvres éruptives; infection puerpérale; phlébites; diphtérie; fièvre typhoïde; maladies nerveuses des femmes enceintes et des enfants; maladies du cœur et des voies respiratoires avec leur répercussion sur la grossesse; maladies des organes génito-urinaires; syphilis; maladies de la peau; maladies des articulations; vers intestinaux; intoxications.

M. DELESTRE.

Les Maladies de l'estomac (2), par le docteur J. Vires.

Cet ouvrage est un résumé clair et méthodique du *traitement* des maladies de l'estomac : la première partie est consacrée aux grands symptômes gastriques, la faim, la soif, les douleurs, les vomissements, les hématémèses; l'étude des syndromes fonctionnels, des dyspepsies est l'objet de la deuxième partie, alors que la troisième comporte celle des syndromes organiques, gastrites, sténoses, ulcérations, cancer.

A chacun de ces éléments correspondent des indications thérapeutiques, spéciales, mais la préoccupation constante de l'auteur, dans l'énumération de ces médications, est de bien mettre en évidence le fait que cette thérapeutique doit toujours très exactement tenir compte du *malade* : signalons tout spécialement le chapitre très intéressant relatif au traitement de la soif, celui du traitement des vomissements, des dyspepsies (hypersthéniques et asthéniques, etc.).

Ce volume de 300 pages sera pour le médecin un guide précieux, utile à consulter, et d'une lecture tout particulièrement facile.

L. BABONNEIX.

(1) 1 vol. in-16 avec 53 gravures dans le texte et 14 planches en couleurs, de la Collection médicale (bibliothèque de la sage-femme). — Prix : cartonné à l'anglaise, 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

(2) In-8. Paris, Masson.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — MARDI 11 AVRIL 1911. 84e ANNÉE. MARDI 11 AVRIL 1911. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 avril. — MM. Ramond, 17 1/2 ; Dreyfus-Rose, 18 ; Lœderich, 17.

Prochaine séance, mardi 8 avril, à la Charité.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 7 avril. — MM. Mocquot, 27 ; Capelle, 25 ; Okinczyc, 27.

— Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 15 mai 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire, au service du personnel de l'administration (bureau du personnel médical), de dix heures à trois heures, du mercredi 19 avril au samedi 29 avril 1911 inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 22 mai 1911, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de dix heures à trois heures, du mercredi 19 avril au lundi 8 mai 1911, inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Froment.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. le docteur Villard a été présenté, en première ligne, par le conseil de l'Université, pour le cours de chirurgie expérimentale créé à la Faculté.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 avril. — MM. Streiff, 10 + 6 = 16 ; Vermorel, 15 + 6 = 21 ; Dupuy, 18 + 8 = 26.

Prochaine séance, mardi 11 avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du mérite agricole.

Au grade d'officier. — M. le docteur Raillard (de la Charité-sur-Loire.)

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bascou (de Bouisse), Dreyfus (Isidore), Dufournier, Dunogier et Gabai (de Paris), Henriet (de Brieulles-sur-Bar), Jacques (de Marseille), Lacapère (de Paris), Pellet (de Maringues), Radiguer, Silva et Vitry (de Paris).

GUERRE. — Service de santé. — Par décret en date du 5 avril 1911, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve du corps de santé :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Gaillard, Texier et Roux.

Par décision ministérielle du même jour, ces médecins de réserve ont reçu les affectations suivantes :

MM. Gaillard, 48e d'art. ; Texier, place de Vitry-le-François ; Roux, place de Belfort.

AUGMENTATION DU NOMBRE DES MÉDECINS MILITAIRES. — La Chambre des députés dans sa séance du 6 avril 1911, a voté sans discussion la loi suivante :

Article unique. — Le tableau arrêté par la loi du 15 avril 1904

et portant fixation du cadre des médecins militaires est remplacé par le suivant :

Médecins inspecteurs généraux	5
Médecins inspecteurs	20
Médecins principaux de première classe	50
Médecins principaux de deuxième classe	95
Médecins-majors de première classe	370
Médecins-majors de deuxième classe	580
Médecins aides-majors de première et de deuxième classe (y compris les élèves de l'école du service de santé militaire)	590
Total	1710

Les cadres du service de santé se trouvent donc augmentés de 235 médecins.

Il y aura lieu, cette année, de prévoir, en dehors des vacances ordinaires, les promotions suivantes :

Médecins inspecteurs généraux	2
Médecins inspecteurs	8
Médecins principaux de première classe	16
Médecins principaux de deuxième classe	51
Médecins-majors de première classe	81
Médecins-majors de deuxième classe	151

L'augmentation des médecins aides-majors se fera en admettant un plus grand nombre d'élèves à l'école du service de santé militaire.

LE DEUXIÈME SALON DES MÉDECINS vient de fermer ses portes. Comme l'an dernier, il a réuni beaucoup d'œuvres intéressantes, bien mises en valeur par le docteur Rabier, qui une fois de plus, s'est montré un organisateur hors de pair.

A côté des jolies toiles de nos amis Marcel Labbé et Fernand Besançon, nous avons admiré les belles peintures du docteur Déhérani, qui est aussi un sculpteur d'un grand mérite, les pastels de M. Villandre, les toiles de Jumon, celles de F. Ferrand, du docteur Charnaux (de Vichy), de Caboche, Delmont-Bebet, Paul Manceau, Oberthür, Camescasse, etc. M. P.-E. Colin exposait des gravures sur bois tout à fait remarquables. Le docteur Borrel, des plâtres d'un grand intérêt et M. Sabouraud, une série de charmantes statuettes d'une grâce tanagréenne. Les arts décoratifs étaient brillamment représentés par les docteurs Paul Barbarin et Lucas. Une petite rétrospective réunissait enfin les curieuses estampes du docteur Chaumier (de Tours) sur la vaccine et une remarquable série de 51 médailles, relatives à la peste, que M. le professeur Raphaël Blanchard a tirées de sa collection de 4.000 médailles concernant l'art médical.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Le docteur Témoin (de Bourges), chargé de faire au Congrès français de chirurgie prochain, en octobre 1911, un rapport sur le traitement de la péritonite aiguë, et désirant réunir le plus de documents possible, serait reconnaissant à ses confrères de vouloir bien répondre au questionnaire suivant ou, de lui envoyer, sous une autre forme, l'exposé de leur technique et de leurs résultats.

1. Opérez-vous tous les cas de péritonite aiguë ?

2. Avez-vous des succès par le traitement médical ? Quel traitement médical ?

3. Quelle est votre statistique opératoire ? Indiquez, si possible, la date de l'opération, par rapport au début des accidents.

4. Quelle est votre technique : *a.* Incision : unique, multiple. *b.* Avec lavage ; sans lavage. *c.* Avec drainage : Quel drainage ? Unique ? Multiple ? Sans drainage.

5. Soins post-opératoires ?

Adresser les réponses au docteur Témoin, 6, rue des Quatre-Piliers à Bourges (Cher).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Algérie-Tunisie.* — Billets de voyages à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires ; certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Italie et de l'Espagne.

Voir la nomenclature complète de ces voyages circulaires dans le livret-guide-horaire P. L. M. en vente dans les gares, bureaux de ville, bibliothèques : 0 fr. 50; envoi sur demande au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, contre 0 fr. 70 en timbres-poste.

Trajet rapide de Paris à la Côte d'Azur en 13 heures. — Train de jour « Côte d'Azur rapide » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément), lits-salon et restaurant. — Départ de Paris : 9 heures matin.

« Train extra-rapide de nuit » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément): lits-salon, lits-salon avec draps, salon avec lits complets. Restaurant au départ de Paris. — Départ de Paris : 7 h. 20 soir.

Pour les périodes de mise en marche, les horaires et les conditions d'admission dans ces trains, consulter les affiches ou les indicateurs.

LIVRES NOUVEAUX

Le Rachitisme et sa pathogénie (1), par M. le professeur MARFAN.

Ce volume est la synthèse des recherches consacrées par M. Marfan, à l'étude de la pathogénie du rachitisme, spécialement depuis 1907 : après une description clinique sommaire des diverses manifestations du rachitisme, l'auteur rappelle brièvement les diverses théories pathogéniques du rachitisme : simple dystrophie osseuse, tropho-névrose, trouble des échanges phospho-calcaires, trouble dans la fonction d'une glande à sécrétion interne, ostéopathie toxique, microbienne. L'auteur expose ensuite sa conception personnelle, basée sur l'étude des lésions de la moelle osseuse et des organes hématopoïétiques. Les altérations osseuses du rachitisme, sont le résultat des réactions que déterminent dans la *moelle* des os et dans le *cartilage d'ossification*, les *infections ou intoxications chroniques*, quand elles atteignent un sujet dans les derniers mois de la vie intra-utérine ou dans les deux premières années de la vie : l'évolution s'arrête, en général, avant quatre ans : cet arrêt peut ne représenter qu'un repos temporaire, la maladie pouvant revivre plus tard, c'est alors le rachitisme tardif.

Le rachitisme n'est plus, d'après cette nouvelle conception, une maladie spéciale, mais UN SYNDROME qui traduit les réactions de l'enfant contre les intoxications ou infections durables et sérieuses : aussi le diagnostic de rachitisme doit-il se compléter par le diagnostic *de la cause déterminante* (intoxications alimentaires, toxi-infections, syphilis, tuberculose, broncho-pneumonie prolongée, pyodermites chroniques).

Cette théorie repose sur les modifications et les altérations de la moelle osseuse, constatées AU DÉBUT du rachitisme, altérations qui vont de pair avec celles constatées au niveau des *autres organes hématopoïétiques*, spécialement l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, des amygdales palatines et pharyngées, auxquelles se joignent l'hypertrophie du thymus et, plus rarement, l'hypertrophie de la rate, et qui traduisent toutes un processus irritatif spécial. En résumé le rachitisme est le résultat d'un trouble général, portant principalement sur les appareils de l'ostéopoïèse et de l'hématopoïèse évoluant chez un sujet *prédisposé*, prédisposition familiale, débilité, etc.

L. BABONNEIX.

(1) In-8. *Les Actualités médicales*, Paris, J.-B. Baillière.

BRUIT DE TIC-TAC
PERCEPTIBLE A DISTANCE
SYNCHRONE AUX BATTEMENTS DU CŒUR CHEZ UNE JEUNE FILLE ATTEINTE DE TUBERCULOSE PULMONAIRE AVEC EXCAVATION DANS LE POUMON GAUCHE (1)

Par MM. G. VARIOT,
Médecin en chef de l'hôpital des Enfants-Assistés,
et Henri DUMONT,
Médecin adjoint de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel-Secours.

Mlle Angéline P..., vingt-deux ans, nous est adressée à l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel-Secours, par le docteur Perrot (de Levallois-Perret).

Son père est rhumatisant, asthmatique, sa mère est bien portante; une sœur est morte, à trente-deux ans, d'une affection cardiaque; un frère est aliéné; un autre tousse depuis longtemps.

A cinq ans, notre malade a eu la coqueluche, à six ans la scarlatine; elle se porte bien jusqu'à l'âge de douze ans. A cette époque elle a une bronchite aiguë, elle tousse, elle a de la fièvre, garde le lit pendant un mois. Deux ans après, elle a eu une pleurésie du côté gauche. A dix-neuf ans, nouvelle poussée de bronchite, avec fièvre, dont elle ne se guérit pas, car depuis elle n'a pas cessé de tousser, travaillant seulement par intervalles. Au mois de janvier 1911, elle est de nouveau obligée de s'aliter; elle a de la fièvre, tousse, crache abondamment, transpire la nuit, maigrit, perd ses forces.

Nous examinons la malade à son entrée à l'hôpital et nous constatons, sur son thorax, un léger affaissement de la paroi thoracique à gauche, au-dessous de la clavicule. Au niveau des premier, deuxième, troisième espaces intercostaux, on observe une légère ondulation en rapport avec les battements du cœur, que l'on perçoit nettement à la palpation. Pas de circulation veineuse collatérale.

A la percussion, on trouve, en avant, à gauche, de la submatité au sommet, puis une zone de matité, dépassant largement la région précordiale, limitée en haut par le deuxième espace intercostal, sur la ligne médiane, par le sternum, et s'étendant à gauche, passant sous la ligne axillaire, pour se confondre avec la matité de la base gauche.

A droite, en avant, la sonorité est normale.

En arrière, à gauche, submatité au sommet, matité à la base depuis l'angle inférieur de l'omoplate.

En arrière, à droite, légère submatité au sommet.

La pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal, à 10 centimètres de la ligne médiane. A l'auscultation, on entend, au-dessus de la pointe, un léger murmure systolique, d'intensité variable; aucun bruit anormal à la base.

Le foie et la rate sont de dimensions normales.

L'abdomen ne présente rien de particulier.

La malade n'a pas de fièvre, sa température varie entre 36°5 et 37 degrés. Les crachats sont abondants, épais, jaune verdâtre, souvent rosés; ils renferment de nombreux bacilles de Koch. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

A l'auscultation des poumons, quand on fait tousser la malade, on entend, à droite, au sommet, en avant et en arrière, quelques râles fins et des craquements.

A gauche, respiration rude, légèrement soufflante, quelques gargouillements à la toux; mais surtout on perçoit distinctement un autre bruit à sonorité métallique, dont le maximum d'intensité nous paraît siéger en arrière, à la partie moyenne du bord interne de l'omoplate, en avant au niveau du troisième espace intercostal. Ce bruit, que l'on entend à l'auscultation, est également perçu à distance, mais avec un timbre différent; il a le son du bruit de tic-tac d'une grosse montre ou d'une horloge. Il est synchrone aux battements du cœur. La malade l'entend depuis deux ans. Nous le percevons à la distance de trois mètres environ; une voisine de la malade, nouvellement entrée à l'hôpital, et non prévenue, lui fit, un soir, remarquer que sa montre avait des battements très bruyants. La nuit, pendant le sommeil de la malade, ce bruit est perçu distinctement par ses voisines.

Ce bruit est très variable dans son apparition; la malade nous dit que certains jours « son tic-tac ne marche pas ». Il disparaît rarement une journée entière, le plus souvent il reparaît au bout de quelques instants.

On ne l'entend pas lorsque la malade a des palpitations de cœur un peu fortes, ou lorsqu'elle suspend complètement sa respiration. Quand on comprime fortement le thorax avec la main, au niveau du troisième espace intercostal, on modifie ce bruit, on en change le rythme, et, en augmentant la pression, on le fait disparaître complètement.

L'intensité de ce bruit varie d'un moment à l'autre; il est perçu beaucoup plus distinctement lorsque la malade a la bouche ouverte que lorsqu'elle a la bouche fermée. Le renforcement de ce bruit, lorsque la bouche est ouverte est dû à la résonance des voies aériennes supérieures.

Enfin ce bruit varie dans son rythme; parfois il est simple, tic; presque toujours il est double, tic-tac, et ressemble au bruit d'une grosse montre; plusieurs fois nous l'avons perçu sous forme d'une longue et deux brèves, tic tac-tac, donnant alors absolument l'impression du bruit d'une horloge mal réglée.

L'examen radioscopique du thorax a été fait au laboratoire des Enfants-Assistés et une radiophotographie a été exécutée par le docteur Barret, chef du laboratoire.

Sur l'écran fluorescent, nous avons vu que les mouvements du diaphragme étaient d'une amplitude très inégale des deux côtés. A gauche le diaphragme est comme soulevé d'une manière permanente et plus élevé de deux à trois centimètres qu'à droite; il s'abaisse notablement plus à droite qu'à gauche. De plus on aperçoit la plus grande partie du poumon gauche, principalement dans la région du sommet, tout à fait opaque; il ne reste une zone claire qu'au niveau du troisième espace intercostal. L'opacité à gauche est telle qu'il est impossible de distinguer la limite de l'ombre du cœur qui se confond avec le parenchyme pulmonaire; cependant on peut affirmer que le cœur a été tiré à gauche par des adhérences, car on n'aperçoit pas d'ombres à droite du rachis correspondant à l'oreillette droite. On voit seulement des opacités limitées, à droite du rachis, qui semblent correspondre à des ganglions interbronchiques tuméfiés.

Du côté droit, le sommet du poumon au-dessus de la clavicule présente une opacité notable, mais beaucoup moins cependant que du côté gauche.

Le bruit très insolite que les membres de la Société des hôpitaux ont pu entendre à distance, mérite par onomatopée d'être appelé bruit de tic-tac, à cause de son synchronisme régulier aux battements du cœur, ce qui le fait ressembler beaucoup au bruit d'une horloge.

Il paraît probable que ce bruit est produit par le passage de quelques bulles d'air au travers d'une couche de liquide contenu dans une excavation tuberculeuse, d'où le retentissement métallique de ces bulles. Le synchronisme s'expliquerait assez bien par le fait d'une symphyse pleuro-péricardique telle que les battements du cœur pourraient faire varier la pression de l'air de l'excavation, de sorte que le passage de l'air puisse se faire d'une bronche dans la cavité.

(1) Présentation à la Société médicale des hôpitaux, 7 avril 1911.

Nous n'avons pas fait de recherches bibliographiques sur ce cas qui nous semble tout à fait extraordinaire. Cependant M. le docteur Barth a bien voulu nous signaler un fait qui présente quelque analogie avec celui-ci, et qui est décrit dans le *Traité d'auscultation* de Barth et Roger. « Le bruit, nous écrit M. le docteur Barth, perceptible à distance, et comparé par ces auteurs au cri d'un canard, a été attribué par eux à un anévrisme faisant saillie dans une caverne pulmonaire à orifice étroit et chassant à chaque pulsation, une petite quantité d'air par cet orifice (d'où la cessation rapide du bruit quand l'arrêt de la respiration supprime le renouvellement de l'air dans la caverne[1]. »

Il nous semble, après l'examen complet de notre cas, que la même explication ne saurait être admise, car notre malade ne présente certainement ni anévrisme ni dilatation de l'aorte.

ALBUMINURIE CLINOSTATIQUE NOCTURNE

Par M. Louis-Albert AMBLARD (de Vittel),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'examen systématique des urines, pratiqué aux divers moments du jour et de la nuit, montre que, chez de nombreux sujets, l'albuminurie peut apparaître à un instant, disparaître à un autre, parfois assez abondante pour qu'une analyse de l'urine des vingt-quatre heures en révèle l'existence, parfois assez minime, assez transitoire pour n'être décelée que sur l'échantillon éliminé, au moment même où elle se produit.

Cliniciens et expérimentateurs se sont essayés à préciser la cause de ces albuminuries intermittentes, à en fixer la valeur pronostique. Exerçant à Vittel, où l'étude des éliminations, tant qualitatives que quantitatives, de l'urine tient une place prépondérante dans la direction du traitement des malades, nous avons été à même de rencontrer de très nombreux cas d'albuminuries intermittentes, conformes à ceux déjà décrits; mais nous en avons aussi étudié quelques autres dont les caractères très particuliers méritent de ne pas être passés sous silence.

Les malades dont il s'agit, trois goutteux et lithiasiques rénaux, présentaient une élimination d'urine normale de 12 à 1.800 grammes par jour. Les mentions : cristaux d'acide urique en excès, cristaux d'acide urique, d'urate de soude, d'oxalate de chaux, urobilinurie, indicanurie, indol, scatol en grande abondance, étaient relevées dans les diverses analyses antérieures à l'arrivée à Vittel. Tension artérielle normale chez l'un, un peu élevée chez les deux autres; chez tous, cœur et poumons normaux, foie un peu volumineux, et un peu sensible à la pression. Estomac dilaté dans un cas, normal dans les deux autres; chez tous, teint bilieux, migraines fréquentes, sensation de fatigue extrême. Aucun œdème malléolaire ou palpébral. Nous conformant à la méthode d'exploration du rythme urinaire, que nous appliquons chez tous nos malades, nous prescrivîmes l'absorption d'eau en quantité déterminée : quatre fois 150 grammes d'eau, à une demi-heure d'intervalle, à partir de six heures du matin. Le premier jour, debout; le second jour, au lit. La totalité des urines éliminées de six heures à dix heures du matin, c'est-à-dire pendant les quatre heures qui suivent l'absorption de la première dose d'eau, était soigneusement notée. Les deux jours suivants, contre-épreuve.

Chez les trois malades, les mêmes phénomènes furent observés : oligurie orthostatique, polyurie clinostatique; à aucun moment de la journée, soit le matin au lit, ou debout, soit l'après-midi, même après des promenades prolongées, l'urine ne contenait d'albumine. Par contre, l'examen des urines prélevées entre minuit et quatre heures du matin, révélait la présence d'albumine en quantité notable, 1 gramme par litre environ. Or, l'élimination était à ce moment abondante, comme il est de règle chez les sujets présentant, à un point accentué, le phénomène de l'oligurie orthostatique.

Notons que ces trois malades n'absorbaient de viande qu'au seul repas de midi, en très petite quantité; celui du soir très réduit, étant strictement composé de laitages, légumes, pâtes alimentaires et fruits.

Ces observations sont particulièrement intéressantes par leur rareté. Seules peuvent en être rapprochées, bien que présentant des différences appréciables, une observation de Dauchez, et les observations d'albuminurie hypostatique de Rollestone, citées dans une intéressante revue critique de Daversin (Th. Paris 1906). Mais ces dernières observations, du reste peu nombreuses, se rapportaient à des sujets présentant une disposition pathologique qui exposait le pédicule rénal à la compression, et réalisait l'expérience de la ligature de la veine rénale, avec stase sanguine et oligurie consécutive. Tel n'était pas le cas dans nos trois observations, où l'albuminurie apparaissait la nuit, au moment d'une phase polyurique, et chez les malades présentant, cependant, les troubles décrits sous le nom d'opsiurie (Gilbert et Lereboullet), et d'oligurie orthostatique (Linossier et Lemoine).

Une telle variété d'albuminurie contredit, en effet, les diverses théories émises pour expliquer la production des albuminuries intermittentes et mérite d'être étudiée au triple point de vue de ses rapports avec la position du malade, avec le rythme urinaire quantitatif, avec le moment de son apparition.

L'albuminurie ne se manifestait qu'en position couchée : dans l'urine émise lorsque le malade était debout, soit au repos, soit après un exercice modéré, ou une marche prolongée, sa présence ne pouvait être décelée. Pas plus que la théorie nerveuse (le rein est le siège d'un réflexe, dont le point de départ peut être une lésion rénale), la théorie nervo-motrice (sur un terrain rénal prédisposé, une excitation de la plante des pieds suffit pour provoquer un spasme de la circulation rénale) ne saurait être invoquée ici. Cette dernière théorie étant, du reste, contredite par le fait qu'on a pu obtenir de l'albuminurie en position debout, chez des malades suspendus, les pieds ne portant pas sur le

sol (Daversin), et chez d'autres sujets assis, ou à genoux (Aubertin). On ne saurait non plus accepter ici la théorie mécanique, basée sur les expériences d'Hermann et Overbeck (albuminurie par ligature intermittente de l'artère rénale), et sur celles de Courcoux (albuminurie par ligature de la veine rénale), qui incriminent un ralentissement dans la circulation rénale. L'albumine n'apparaissait, chez nos malades, qu'au moment où, courbés, ils se trouvaient dans les meilleures conditions pour que le pédicule rénal se tînt à sa place normale, et ne présentât pas cet infléchissement dû à la station debout, que MM. Linossier et Lemoine pensent réaliser les conditions des expériences précédentes, et provoquer l'albuminurie orthostatique et l'oligurie concomitante. Car l'albuminurie a toujours été considérée comme liée à l'oligurie, du moins dans les théories et expériences, la clinique s'appliquant à contredire cette assertion en maintes circonstances.

Une autre hypothèse, plus vraisemblable, est celle de l'origine digestive de cette albuminerie ; variété signalée par Murchison, due, soit à une suractivité fonctionnelle du foie, sous l'influence de l'arthritisme héréditaire, qui entraînerait une destruction anormale d'hématies et, consécutivement, d'albumine (Teissier), soit à une insuffisance du foie à fixer les poisons de la circulation portale (Glénard). Il serait, à la rigueur, possible d'admettre ici, nos malades entrant tout à fait dans le cadre de la cholémie, par les modifications des urines et par leur teint subictérique, que l'albumine pouvait être apparue comme indice d'une altération légère de l'épithélium rénal, sous l'influence d'une angiocholite légère (Gilbert et Lereboullet).

Pour Chiray, il n'y aurait du reste pas lieu, pour expliquer cette albuminurie digestive, d'invoquer les troubles généraux de la nutrition, leur seule cause résidant dans l'insuffisance des ferments digestifs qui laissent échapper, même en présence d'une ration normale, une partie des substances soumises à leur action.

Il est à remarquer, toutefois, que chez nos malades l'albuminurie n'apparaissait pas l'après-midi, pendant la période digestive, contrairement à toutes les observations rapportées d'albuminurie de cette catégorie, mais la nuit, et seulement pendant la deuxième partie de la nuit.

Aussi, sans rejeter complètement cette explication, croyons-nous devoir plutôt adopter cette dernière. Bergouignan à Evian, et nous-même à Vittel avons signalé que, chez quelques sujets, les éliminations provoquées présentent un rythme tout à fait particulier. Quel que soit le moment de la journée où a lieu l'absorption d'une certaine quantité de liquide, celui-ci n'est éliminé que dans la deuxième moitié de la nuit, alors même que le malade aurait conservé dans la journée la position couchée. Est-ce à dire que cette heure spéciale (de minuit à 4 heures du matin) soit une heure fatidique. Il est bien probable qu'il n'en est ainsi que par suite du genre de vie des sujets, des heures des repas, notamment; très vraisemblablement, en modifiant complètement ces heures, obtiendrait-on une modification parallèle dans les phases d'élimination ; mais une telle expérience est pratiquement bien difficile. Il semble donc que chez ces sujets et probablement chez la plupart des opsiuriques, abstraction faite des cas où un retard d'absorption (Gilbert et Lereboullet) est en cause, il y a peut-être, par suite du mauvais fonctionnement du foie, passage dans la circulation de substances qui, pour être éliminées, ont besoin d'être modifiées par l'organisme, le rein restant fermé jusqu'à ce que cette transformation ait eu lieu. L'opsiurie serait donc, ici, un phénomène d'imbibition des tissus, une sorte de préœdème (préœdème de Huchard et Widal). La coïncidence de cette polyurie nocturne et de l'albuminurie pourrait trouver ainsi une explication. Une autre hypothèse exprimée par E. Feuillée, dans un récent et très intéressant travail, présente, avec cette théorie, quelque analogie. « Quant au rein, écrit-il, il n'est pas en général cause de l'opsiurie ; l'eau absorbée n'est pas restée dans le sang, elle est passée dans les tissus ; elle n'arrive pas au rein. L'organisme a besoin d'eau pour l'élaboration des ingestions et des déchets, et principalement, pour régler les transformations des albuminoïdes et le passage des colloïdes en cristalloïdes. L'eau ingérée peut être bienfaisante immédiatement, en enlevant aux cellules un excès de cristalloïdes ; la débâcle est rapide. Mais souvent l'effet direct est nocif, par hydronocivité physique, par hypotonie. Des éléments plus fragiles, et tout particulièrement des leucocytes, mettent en liberté des albumines anormales, qui provoquent de l'hydrophylaxie tissulaire active ; les tissus plus spongieux absorbent et gardent l'eau, d'où préœdème, œdème, hydropisie. » Le fait, qu'au cours du traitement hydrominéral l'albumine disparaît dans les analyses de l'urine nocturne, semble bien venir à l'appui d'une telle hypothèse.

Ne serait-il pas possible alors de trouver, dans ces dernières théories, une explication assez plausible de ces albuminuries nocturnes que nous signalons, rares, mais indiscutables ? Leur coexistence, dans ces trois cas, avec la crise polyurique, n'aurait plus rien de surprenant.

Sans invoquer aucune pathogénie, nous ne voulons retenir que ce fait, que, par trois fois, nous avons noté : que l'albuminurie peut être indépendante de la position et, absente au moment de la phase d'oligurie diurne, elle peut coïncider avec une phase polyurique nocturne.

FORMULAIRE

MÉLANGE POUR INHALATIONS

Teinture de benjoin	20	grammes
— d'eucalyptus	10	—
Menthol	1	—
Chloroforme	2	—
Alcool	70	—

Une cuillerée à café dans un bol d'eau bouillante pour deux ou trois inhalations par jour dans la laryngite aiguë.

(*Gaz. médic. de Paris.*)

CLINIQUE JOURNALIÈRE

ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

CHEZ UN NOURRISSON D'UN MOIS

Kélotomie. — Cure radicale. — Guérison.

Par M. LOP,
Chargé de cours à l'École de médecine de Marseille.

Cette observation m'a paru intéressante à publier; les étranglements herniaires chez les nourrissons sont assez rares et la survie post-opératoire ne l'est pas moins, non seulement par la gravité du traumatisme opératoire, mais aussi par les suites immédiates, la broncho-pneumonie en particulier, déjà si redoutable à cet âge, et qui enlève au moins 8/10 des opérés.

Observation. — Mme T... m'apporte, le 23 avril 1910 au soir, son bébé d'un mois, du sexe masculin, né à terme dans de bonnes conditions, nourri au sein, pour savoir si une grosseur qu'il présentait dans la région inguinale gauche n'était pas une hernie.

L'enfant déshabillé, je constate sans peine l'existence d'une tumeur à trajet inguinal, constituée par une hernie *facilement réductible* mais douloureuse; douleur tenant à un érythème intense de toute la région, aggravé par l'application d'un bandage rigide.

L'enfant tète bien, dort suffisamment, évacue normalement et mouille bien ses langes,

Consulté sur l'opportunité du maintien du bandage, j'en diffère l'application jusqu'à la disparition de l'érythème et de la douleur qu'il détermine sur le trajet de la hernie et de l'hypogastre. Je prescris en même temps un traitement approprié à l'état de la peau.

Je recommande de m'apporter l'enfant, à ma consultation le surlendemain; malgré cette recommandation l'enfant, étant mieux, ne m'est pas ramené.

Le 26 au matin, on me fait appeler en toute hâte, j'arrive à onze heures. J'apprends que depuis le 25 l'enfant présente un gonflement considérable de la région inguinale, ainsi qu'un léger ballonnement du ventre; il se plaint, pousse des cris et refuse le sein. Il a eu cependant une selle abondante dans la journée. Depuis sept heures, ont apparu des vomissements de lait coagulé, le ventre est ballonné, il n'y a plus eu de selles depuis minuit; à 8 heures, vomissements fécaloïdes.

La région inguinale présente une teinte rouge foncée, coloration due à l'érythème; la hernie est absolument irréductible; l'état général précaire.

Je décide d'intervenir sur le champ; il n'y a aucun doute sur l'existence d'un étranglement herniaire. L'enfant est aussitôt transporté a ma clinique. On lui administre quelques gouttes de chloroforme. Incision sur le trajet inguinal, dissection des plans musculaires et aponévrotiques. Au travers de l'anneau inguinal coarcté sort une anse intestinale de la grosseur d'un œuf de pigeon et offrant déjà une teinte feuille morte.

Débridement de l'anneau après toilette et vérification de l'intestin; celui-ci est refoulé dans la cavité abdominale, le testicule qui fait également saillie hors du scrotum est réintégré et le scrotum fermé par un point au catgut. Cure radicale et réfection de la paroi.

A la fin de l'opération, l'enfant est pris de vomissements alimentaires, on pratique aussitôt un lavage de l'estomac. Dans la soirée, pâleur, abattement; on fait une injection d'huile camphrée et de 20 centimètres cubes de sérum de Quinton. Diète hydrique. Ce traitement est continué deux jours.

Le 27 au soir, l'état général se relève, l'enfant mouille abondamment sa couche; température 37 degrés.

Le 28, le matin, température 38 degrés, le soir 38°3; l'état général se maintient bon, l'enfant boit avec appétit; le soir, selle abondante verdâtre. L'état local est excellent, le pansement est bien isolé, à l'abri de l'urine.

Le 29 au matin, température rectale 37°6, le soir 37°9; l'enfant tète avec avidité et mouille copieusement ses langes. Il a deux selles jaunâtres dans la journée, on ne touche pas au pansement.

Le 30, l'état général se maintient excellent, température normale.

Le 31, on défait le pansement et on enlève deux points de suture, les bords de la plaie sont isolés avec du vernis stérésol.

Du 1er au 4 septembre l'état local et général étant très satisfaisant, l'enfant rentre dans sa famille.

La plaie est réunie par première intention, mais quelques jours après la sortie de la clinique, les pansements, quoique faits par nous, ne sont pas suffisamment surveillés et sont souillés par l'urine; aussi se produit-il un léger érythème avec suintement séreux. Cette petite complication est rapidement combattue. Le 10, la guérison peut être considérée comme définitive. Le 20, l'enfant avait augmenté de 750 grammes. Il pèse aujourd'hui, 16 mars 1911, près d'un an après, 11 kilogs.

MÉDECINE PRATIQUE

TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES

Par le docteur Marcel Miriel,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Les injections intraveineuses tiennent aujourd'hui une telle place dans la thérapeutique qu'il y a, pour tous les praticiens, un intérêt capital à en bien connaître la technique. Or, sans doute parce qu'elle est banale pour quiconque peut fréquenter les hôpitaux, elle n'est pas rappelée, dans les articles récents parus sur la question.

Une connaissance exacte d'une technique rigoureuse constitue la *seule* difficulté de cette petite intervention (comme de la ponction lombaire et des injections épidurales d'ailleurs).

Celle que nous exposons s'applique, non seulement aux injections intraveineuses, mais aussi aux prises de sang et même à la saignée, quand on la veut minime et peu dramatique.

INSTRUMENTATION

1° *Une aiguille à injection hypodermique de 2 centimètres* en acier, parce que l'acier pique mieux et qu'on n'a pas la crainte, ici, de laisser l'aiguille, qui n'a d'ailleurs aucune raison de se casser, *in situ*;

2° *Seringue de Luer de X centimètres cubes;*

3° *Solution stérilisée;*

4° *Une alèze, une bande de toile.*

PRÉPARATIFS

Choix de la veine. — Le pli du coude est le siège d'élection. Prendre n'importe quelle veine nettement perceptible à la palpation (dès que le bras est lié au-dessus). Les veines les meilleures ne sont pas les plus visibles. Celles-ci doivent leur apparence à leur superficialité et à la minceur de leur paroi, mais *le toucher renseigne ici mieux que la vue.*

La crainte de l'artère humérale, si elle est anatomique, n'est vraiment *pas chirurgicale* : un centimètre de graisse et l'expansion aponévrotique du biceps rendent l'atteinte de l'artère impossible, sans le vouloir.

Stérilisation du champ opératoire à la teinture d'iode.

Décoloration partielle à l'alcool.

Avant de mettre un lien sur le bras, on remplit sa seringue, qu'on dispose horizontalement.

Le lien doit être fait, selon nous, de telle sorte qu'il soit à la fois *solide* et *facile à dénouer sans secousse.*

Pour qu'il soit solide, il suffit *de mouiller* le nœud une fois fait.

Pour qu'il soit facile à défaire, un des bouts de la boucle doit repasser en sens inverse, à quelque distance, en un point *sec.*

PONCTION DE LA VEINE. — Doit être faite :

1° Avec l'aiguille *seule* (perméable).

2° α. *D'abord perpendiculairement* à la direction du vaisseau. La paroi antérieure traversée, on sent un ressaut, on est assez loin : d'ailleurs, le sang coule.

Un second ressaut prouverait qu'on a traversé l'autre paroi.

β. Ceci fait, on change complètement la direction de l'aiguille : on la *pousse parallèlement à la direction de la veine* dont les parois latérales, tangentes sur 1 centimètre ou 2 à l'aiguille, empêchent celle-ci de ressortir.

A ce moment, on prie le malade de raidir son bras ; on enlève le lien : le sang coule toujours.

D'une main, on immobilise le chas de l'aiguille, on y ajuste la seringue ne contenant que la quantité de cyanure voulue et sans bulle d'air, et l'on pousse l'injection.

Si l'on est bien dans la veine, on ne sent absolument aucune résistance.

Si une seule goutte de liquide est injectée à côté, on sent une résistance énorme ; il faut alors ne pas insister.

L'injection faite, on maintient le piston de la seringue pour éviter que le sang ne reflue.

D'un doigt, on appuie sur le point de pénétration de l'aiguille qu'on retire avec la seringue, brusquement, et tout d'un bloc.

Petit pansement compressif une heure ou deux. Avec cette technique *rigoureuse*, et en ne piquant la veine que quand on est *sûr* d'y pénétrer, on n'a *jamais d'incident*. Une malade, du service de M. Thibierge, a reçu ainsi sans incidents *une injection quotidienne pendant vingt-cinq jours de suite sur la même veine.*

INCIDENTS ET ACCIDENTS

Il peut se faire qu'une goutte de la solution pénètre dans le tissu cellulaire périveineux ; il se produit alors une induration locale qui rend cette veine inutilisable ; en même temps douleur légère, mais sans suite.

Si l'on n'est pas dans la veine, on peut modifier un peu la situation de son aiguille, mais sans sortir de la peau ; sans cela, hématome léger et l'injection devient alors difficile et septique.

Quant aux accidents dus à l'introduction des bulles d'air, *ils ont été très exagérés*, comme le montrent les expériences faites par M. le professeur Delbet sur le chien.

En somme, les accidents possibles sont assez rares et d'ordinaire minimes. Il en est de plus graves qu'il faut connaître, sous peine d'engager gravement sa responsabilité.

Nous avons vu récemment, dans un service hospitalier, un malade qui avait reçu une injection intraveineuse et malencontreuse de 606. Il présentait une escarre énorme du pli du coude, une lymphangite considérable du membre supérieur et l'adénopathie axillaire.

Un tel accident aurait, pour le praticien, des conséquences désastreuses, mais parfaitement évitables, comme le montrent ces quelques lignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1911)

Sept cas d'infections paratyphoïdes. — MM. Fernand TRÉMOLIÈRES et André CAÏN apportent sept observations d'infections paratyphoïdes, dont une accompagnée d'examen anatomo-pathologique. Quatre d'entre elles sont dues au bacille paratyphique B, une au bacille de Gaertner, une à un bacille intermédiaire, au bacille d'Aertryck et paratyphique B.

L'hémoculture dans cinq cas et les séro-agglutinations dans deux autres ont permis les diagnostics bactériologiques.

L'étude de ces observations permet de constater, une fois de plus, la variété symptomatique des septicémies parathyphoïdes, leur bénignité habituelle, malgré des symptômes souvent inquiétants. L'examen anatomo-pathologique a mis en évidence le faible degré des lésions intestinales et l'intensité des lésions des reins et du foie : on trouve même dans cet organe, le bacille en cause au niveau des ramifications portes.

Eléphantiasis du membre inférieur chez un tuberculeux. — MM. GALLIARD et BAUFLE présentent un malade, tuberculeux avéré, guéri d'un hydropneumothorax et actuellement atteint d'éléphantiasis du membre inférieur gauche, sans autres altérations que les modifications des parties molles ; l'examen radiographique montre l'intégrité absolue du squelette. La pathogénie de cet éléphantiasis est difficile à déterminer ; il ne semble pas qu'il y ait ici d'obstacle mécanique à la circulation lymphatique par suite d'hypertrophies ganglionnaires, comme dans le cas récemment publié par Carnot.

Paralysies transitoires du type myasthénique, au cours d'un syndrome surrénal, chez un tuberculeux. — MM. LANDOUZY, TINEL et GASTINEL présentent à la Société un malade âgé de quarante-sept ans, tuberculeux, porteur d'un abcès froid sterno-costal, offrant de l'ichtyose congénitale et un syndrome surrénal, caractérisé par de l'asthénie, de l'hypotension et de la mélanodermie. Chez ce malade, sont survenues, à quatre reprises, des crises paroxystiques, des paralysies transitoires à type de myasthénie, atteignant les muscles de la nuque, des membres inférieurs ou supérieurs ou les deux à la fois. Ces crises durent quelques heures, avec leur complète symptomatologie, puis se passent peu à peu et, en trois à cinq jours, le malade se retrouve à l'état habituel. Aucune de ces crises n'a été accompagnée de réaction myasthénique et comme troubles bulbaires, on ne peut invoquer qu'une polyurie très nette et un ralentissement du pouls. Les auteurs insistent sur le caractère d'intermittence, de paroxysme présenté par les crises paralytiques, sur leur symptomatologie surtout spinale, enfin sur la tuberculose manifeste qui permet d'interpréter tout l'état morbide par l'intermédiaire d'une insuffisance surrénale.

Dysostose. — MM. VARIOT et CHATELIN présentent une jeune fille de quinze ans présentant une « dysostose fémorale avec raccourcissement de la taille et obésité ».

La petitesse de la taille (1^m25 au lieu de 1^m54) est due presque uniquement, à la brièveté du fémur, qui est en même temps très incurvé.

Il ne semble pas que cette lésion relève de l'achondroplasie ou du rachitisme. Il semble qu'il s'agisse, dans ce cas, d'un syndrome de cause indéterminée, ne répondant pas à un type morbide connu.

Bruit de tic-tac perceptible à distance. — M. VARIOT, en son nom et au nom de M. Henri DUMONT, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 633).

De la péritonite aiguë au cours des cirrhoses alcooliques du foie. — MM. Marcel Garnier et Jean Pignot étudient, à l'occasion d'un cas qu'ils ont observé, les péritonites aiguës survenant au cours des cirrhoses alcooliques du foie; celles dues à une infection directe du péritoine par une paracentèse faite sans asepsie, ne se rencontrent jamais actuellement, elles étaient déjà rares avant la période antiseptique. Mais on peut observer, dans la cirrhose, une péritonite aiguë par apport vasculaire. L'inflammation péritonéale est, parfois alors, consécutive à un érysipèle de la face, à une congestion pulmonaire à pneumocoques. Dans d'autres cas, comme dans l'observation de MM. Garnier et Pignot, la porte d'entrée échappe; le microbe s'est localisé uniquement sur le péritoine.

Les germes rencontrés sont tantôt le streptocoque, tantôt le pneumocoque, arrivant par la voie vasculaire, ils infectent le péritoine de dedans en dehors, et la péritonite est déjà développée quand ils viennent au contact de l'ascite. Au contraire, quand le microbe est apporté par une ponction septique, il se trouve noyé dans la masse du liquide.

La symptomatologie de ces péritonites est souvent fruste, pourtant dans l'observation de MM. Jarnier et Pignot, le diagnostic fut possible en raison des douleurs abdominales, et l'observation de l'état général.

D'ailleurs, c'est une complication à laquelle il faut songer quand un cirrhotique présente des signes d'infection. Le pronostic de ces péritonites est fatal. La gravité tient non seulement à la complication elle-même, mais aussi à l'affection hépatique antérieure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1911)

Traitement des péritonites diffuses. — M. Walther, à propos de la communication de M. de Lafourcade, dit qu'il a employé les injections rectales contre les péritonites. Il les a prescrites sous forme d'irrigations continues, mais, comme elles étaient associées à d'autres traitements, il lui est difficile de se prononcer sur leur efficacité.

Il a eu recours aussi à la station assise, qui assure le dessèchement rapide de la cavité péritonéale; cependant, elle présente, à ses yeux, quelques inconvénients; si le cul-de-sac de Douglas n'est pas ouvert, il s'accumule, à ce niveau, du liquide, que l'on est obligé d'aspirer. Un autre inconvénient est qu'on ne peut maintenir les malades dans la position assise, pendant les premières heures qui suivent l'opération, car souvent elles ont des défaillances, et pourtant c'est le moment où ce serait le plus nécessaire. Ce n'est qu'après quelques heures qu'elles peuvent tolérer cette position.

Dans les péritonites d'origine appendiculaire, M. Walther a pris l'habitude de faire l'incision latérale, et, pour assurer un bon drainage, il fait placer les malades dans le décubitus latéral droit, en les y mettant au moyen d'un dossier spécial. Le drainage se fait complètement, le drain étant placé dans la position la plus déclive, et il n'y a pas de cul-de-sac où puisse s'accumuler le liquide.

M. Walther a obtenu de très bons résultats de cette ligne de conduite.

De la trépanation décompressive. — M. Auvray fait observer que, à l'occasion de son rapport sur l'observation de M. Robineau, on a discuté un certain nombre de questions qu'il n'avait pas abordées; il les laissera de côté; il ne retiendra que celles qui avaient fait le sujet de son rapport.

Comme la plupart de ses collègues, M. Auvray préfère les nouveaux instruments, et rejette l'emploi de la gouge et du maillet.

Pour ce qui est de la ponction lombaire, les opinions diffèrent. Bien que cette ponction ne soit pas très appréciée comme traitement palliatif, il ne croit pas qu'elle doive être systématiquement abandonnée, à la condition d'être faite prudemment, et lorsque l'urgence n'impose pas la trépanation. Ces ponctions peuvent être renouvelées et, si elles sont inefficaces, c'est alors à la trépanation décompressive qu'il faut recourir.

Pour les résultats que donne cette dernière, la gravité de l'opération est moindre qu'autrefois, tout en n'étant pas niable, et si on n'obtient que des améliorations, celles-ci sont parfois d'une certaine durée et méritent d'être prises en considération. En un mot, la trépanation décompressive a une valeur palliative incontestable.

Fistule latérale congénitale du cou. — M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Alivazatos (d'Athènes). Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui avait une fistule latérale du cou, communiquant avec le pharynx, ce n'est qu'à l'âge de dix-huit ans que le trajet fistuleux se serait formé. On avait essayé sans succès le traitement par l'électrolyse. M. Alivazatos a fait l'ablation de tout le trajet fistuleux. Le malade a guéri, avec une longue cicatrice qu'il est possible d'éviter par le procédé que M. Broca a décrit.

Parmi les présentations, nous citerons une observation de **corps étranger de la bronche droite** par M. Sebileau; un **néoplasme des fosses nasales** enlevé par la rhinotomie paranasale par M. Romme; un cas de **fracture des os du carpe** par M. Rouvillois.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la question de l'ubiquité des bacilles paratyphiques B. (P. Schmidt. *Münch. med. Woch.*, 14 mars 1911, n° 11, p. 563.) — Les recherches de Ulenloth, Hübener, Xylander, ont établi que l'on peut isoler des matières fécales d'un grand nombre de porcs sains le bacille paratyphique B. Schmidt, qui a étudié cette question à l'Institut d'hygiène de l'université de Leipzig, donne les conclusions dans le présent article.

Sur un ensemble de 700 porcs examinés, il a pu isoler des matières fécales dans 4 p. 100 des cas, des bacilles répondant, par leurs caractères culturaux, au bacille paratyphique B. Dans 1 p. 100 des cas, ces bacilles étaient de plus agglutinés par différents paratyphus B sérums (préparés avec des bacilles paratyphiques B isolés de l'homme malade).

Mais, sauf pour un seul échantillon, ces agglutinations étaient faibles, étant donné le titre des sérums.

Schmidt a obtenu, par inoculation au lapin de deux des échantillons de bacilles isolés chez le porc, un sérum fortement agglutinant pour ces bacilles. Mais ces sérums se sont montrés à peu près sans action sur différents échantillons de bacilles paratyphiques B, isolés au cours de fièvres paratyphoïdes humaines.

Il faut ajouter enfin que les deux tiers des bacilles isolés chez les porcs donnent de l'indol.

De ses recherches, Schmidt conclut qu'il est impossible d'identifier, dans l'immense majorité des cas, les bacilles paratyphiques B trouvés dans l'intestin des porcs sains, aux bacilles paratyphiques B trouvés chez l'homme, au cours des fièvres paratyphoïdes et des intoxications carnées. Les bacilles trouvés par Schmidt et les différents observateurs, ne sont en réalité pathogènes ni pour l'homme, ni pour l'animal.

Il est bien entendu que l'on peut trouver dans l'intestin de porcs sains, des bacilles assimilables à ceux du hog-choléra et aux bacilles paratyphiques B pathogènes : mais celà est rare et ces animaux doivent être considérés comme des porteurs chroniques de bacilles.

Il est donc exagéré de parler de l'ubiquité du bacille paratyphique B, et cette conclusion de Schmidt concorde avec les travaux récents de Seiffert (Francfort) et de Aumann (Hambourg). Même chez les porcs malades, la constatation de bacilles paratyphiques est rare : Horn ne l'a découvert que dans 1 p. 100 des cas; Dieudonné 2 fois sur 42.

Schmidt se montre fort sceptique sur la transformation possible des bacilles isolés par lui chez le porc, en bacilles paratyphiques pathogènes. Au laboratoire, cette transformation n'a pu être réalisée.

Les mesures qui ont fait bannir de certains hôpitaux la viande crue de porc, par crainte des infections paratyphiques, sont absolument exagérées : tout d'abord, le nombre de porcs infectés par le véritable bacille paratyphique B, susceptibles d'être livrés à la consommation, est extrêmement minime; en second lieu, lorsque cette viande est consommée fraîche, il n'y a guère à craindre la multiplication de ces bacilles.

Si la viande fraîche n'est jamais dangereuse, il n'en est pas ainsi des saucisses, consommées souvent plus tardivement, et dans la fabrication desquelles entre l'intestin des porcs.

A. LEMIERRE.

Les paralysies de la chorée et l'insuffisance surrénale. (MM. Sergent et Besset. *Clinique infantile*, 15 oct. 1910, p. 618.) — Dans l'observation de *chorée molle* que rapportent ces deux auteurs, il est facile de retrouver des signes incontestables d'insuffisance surrénale : il existait de l'asthénie, de l'hypotonie musculaire, une tension artérielle abaissée, le phénomène de la ligne blanche; en raison de ces constatations, les auteurs instituèrent l'opothérapie surrénale. Tous les accidents s'atténuèrent progressivement, témoignant ainsi le bien fondé de l'interprétation pathogénique. La conclusion que les auteurs ont tiré de ce fait est à citer textuellement : « Il nous semble qu'il est rationnel d'admettre que certains états paralytiques ou plutôt, pseudo-paralytiques, décrits sous le nom de chorée molle, sont la conséquence d'une insuffisance de la fonction surrénale, en présence d'un excès des poisons musculaires résultant des mouvements choréiques. A cet égard, nous rangeons la chorée parmi les facteurs possibles d'insuffisance surrénale. Nous considérons qu'il s'agit d'une insuffisance surrénale *relative* et nullement de lésions surrénales provoquées par la chorée, et susceptibles de persister après elle. »

L. BABONNEIX.

Le roulement présystolique et le dédoublement du second bruit dans le rétrécissement mitral. (*Il Policlinico*, section médicale, fascicule 10, 1910.) — D'une étude sur la question, C. Pezzi tire les conclusions suivantes. Le bruit appelé présystolique est d'origine ventriculaire et non auriculaire, car il est dû à la vibration de la mitrale qui précède la vibration de la tricuspide; celle-ci doit son retard à ce que le ventricule droit met plus de temps à accomplir sa systole; cette durée plus longue est due, elle-même, en partie, à une augmentation de pression dans la petite circulation, en partie à une diminution de force du ventricule droit. Selon que la mise en œuvre de ces deux facteurs sera plus ou moins considérable, le roulement présystolique, c'est-à-dire la vibration de la mitrale, sera plus ou moins nettement séparé de la vibration tricuspidienne.

L'auteur est d'accord avec la majorité des cliniciens pour admettre que le dédoublement du second bruit est dû à la précession du bruit aortique sur le bruit pulmonaire. Le retard de ce dernier est commandé par un autre qui survient dans la période de décharge du cœur, et qui provient, comme plus haut, d'une durée plus longue de la période de fermeture, au cours de la systole ventriculaire droite.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La fièvre dans l'influenza. (*Riv. crit. di clin. med.*, 30 sept. 1910, n° 37.) — Une première constatation fondamentale, dit C. Ghedini, c'est qu'il n'y a point de type unique de fièvre, ni de tracé thermique constant et défini; les courbes varient avec la virulence du germe, la toxicité de ses produits, les localisations viscérales, la gravité et le degré d'extension des lésions. Dans les formes communes, avec inflammation des voies aériennes supérieures, on constate généralement une fièvre à début brusque, durant de un à trois jours, rarement de sept à huit, atteignant de 38 à 40 degrés, plus ou moins rémittente le matin; elle peut être continue à un moment, rémittente ou même intermittente à un autre; il peut y avoir chute critique précédée d'une pseudo-crise le jour précédent, et quelquefois descente au-dessous de la normale, à 35°6 ou 36 degrés. Le tableau est le même, mais avec une durée de six à huit jours et une élévation à 39-40 degrés lorsqu'il y a bronchopneumonie monolobaire; la durée est au contraire de douze, dix-huit, vingt-six jours, avec interruptions fréquentes lorsqu'il y a bronchopneumonie plurilobaire. La fièvre à début moins brusque, persistant environ trente jours, avec température de 39 à 40 degrés, plus ou moins rémittente le matin, avec défervescence brusque ou en lysis bref, se rencontre généralement lorsqu'il y a inflammation des séreuses avec épanchement. La fièvre à début brusque, durant de sept à quatorze jours, avec une température de 39 à 40 degrés, un moment rémittente, un autre continue, interrompue parfois par une défervescence, avec chute brusque ou lysis court, descendant parfois au-dessous de la normale, s'observe dans l'influenza avec gastro-entérite aiguë, affectant ou non l'aspect typhoïde.

En résumé, à côté de caractères variant de cas à cas ou d'un groupe de cas à un autre, il en existe d'autres remarquables par leur constance approximative. Tels sont un début brusque et une défervescence critique, la rapidité avec laquelle la température atteint son acmé, les rémissions, les interruptions ou les pseudo-crises, les hypothermies. Ces caractères ont d'ailleurs été en grande partie confirmés par les données de l'expérimentation.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le fonctionnement de l'intestin dans les cures alcalines. (Charmatz (de Carlsbald). *Rundschau für Medizin*, 8 oct. 1910, n° 40, p. 12, 19.) — Après une courte revue des actions thérapeutiques des eaux alcalines sur l'intestin, l'auteur indique les affections intestinales qui sont justiciables d'une cure d'eau alcaline et résume de la manière suivante ses recherches :

L'intestin est nettement influencé dans son fonctionnement par les cures alcalines; la digestion est influencée par la cure, grâce aux modifications imprimées aux sécrétions des glandes et des muqueuses, et à la diminution de séjour du chyme dans l'intestin. L'effet des eaux minérales dépend de leurs éléments constituants et de leurs modes d'emploi. Les cures sur place sont plus efficaces que celles faites au moyen d'eaux transportées. Les indications principales des eaux alcalines sont le catarrhe intestinal chronique, l'ictère catarrhal, la congestion hépatique, la cirrhose du foie, la cholécystite, la colite, les hémorroïdes, la pléthore abdominale, la constipation.

Cet article se termine par un index bibliographique très complet, qui dénote, chez son auteur, des recherches très consciencieuses et très longtemps poursuivies.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Diagnostic différentiel de la méningite cérébro-spinale et de la poliomyélite épidémique, de la paralysie infantile et de l'encéphalite de l'enfance. (A. Moussous. *Archives de Médecine des Enfants*, n° 1, janv. 1911.) — La poliomyélite *épidémique* offre de nombreux points de ressemblance avec la méningite méningococcique, ce qui rend souvent un diagnostic fort difficile entre ces deux affections et d'ailleurs, cette poliomyélite présente un polymorphisme tel, qu'il est des formes simulant la paralysie spinale infantile typique, d'autres la maladie de Landry, d'autres la forme méningitique; c'est pourquoi son diagnostic différentiel présente de sérieuses

difficultés, spécialement en ce qui concerne la méningite cérébro-spinale. Certains auteurs affirment même l'identité des deux affections, se basant pour le faire, sur des considérations soit d'ordre clinique, soit d'ordre bactériologique.

D'après Muller, il y aurait dans la poliomyélite, *leucopénie* contrastant avec la *leucocytose* de la méningite, et surtout absence de réaction du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur discute ensuite les *relations* qui unissent cette poliomyélite à la paralysie spinale infantile : il rappelle les constatations de Netter, Flexner, Lewis, sur l'identité des réactions du sérum des malades, atteints de l'une ou de l'autre de ces affections, au point de vue clinique ; l'auteur pense qu'il est possible de retrouver tous les intermédiaires, entre cette poliomyélite épidémique, et la paralysie infantile, et il insiste spécialement sur l'existence d'une *forme douloureuse*, sur certains faits indiscutables de *contagion* dans la paralysie spinale infantile, pour montrer que ces deux affections offrent de nombreux traits d'union.

Enfin, l'*encéphalite aiguë* peut également simuler la méningite cérébro-spinale : début brusque, fièvre violente, convulsions simulant un état de mal épileptique, coma et troubles épileptiques, troubles paralytiques, le plus souvent sous forme d'hémiplégie : le liquide céphalo-rachidien est clair et ne contient pas d'éléments cellulaires.

La conclusion qui suit l'exposé de ces faits, est que, sans doute en raison même des difficultés considérables qu'il y a à poser un diagnostic certain entre ces diverses affections, de nombreuses confusions ont dû être commises, et que certainement l'on a imputé à la méningite cérébro-spinale, bon nombre de complications et séquelles, qui dépendaient ou d'une poliomyélite aiguë, ou d'une encéphalite.

L. BABONNEIX.

Un cas de maladie de Thomson chez une fillette de dix ans. (L. Babonneix et J. Lemaire. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, déc. 1910.) — L'intérêt de cette observation réside d'abord dans la rareté de la maladie de Thomson chez l'enfant, puis, ensuite et surtout, dans le fait que, cette enfant est la seule personne de sa famille atteinte de cette affection, dont on sait le caractère familial.

Cliniquement, les symptômes constatés avaient d'abord orienté le diagnostic vers une myopathie un peu anormale, d'amyotrophie du type de Duchenne (de Boulogne) ; mais certaines particularités, telle la contracture persistant après la cessation de l'effort, combinées aux résultats de la recherche des réactions électriques, attestant une réaction myotonique caractéristique et généralisée, permirent d'affirmer qu'il s'agissait bien d'un cas de maladie de Thomson typique.

L. GAYARD.

Lactescence du sérum et albuminurie chez le nourrisson. (Achard et Flandin. *La Clinique infantile*, fév. 1911.) — L'opalescence du sérum sanguin coïncide fréquemment avec l'albuminurie, quoiqu'elle puisse faire défaut dans bien des cas de néphrite et qu'elle puisse se rencontrer aussi chez des malades, dont les urines ne sont nullement albumineuses.

Cette constatation n'avait été, jusqu'ici, vérifiée que chez l'adulte ; les auteurs signalent une corrélation analogue chez le nouveau-né et rapportent, à ce propos, deux observations typiques, dont l'intérêt réside surtout en ce que l'albuminurie ne fut qu'indirectement découverte, par suite de la constatation fortuite de la lactescence spéciale, présentée par le sérum des deux nourrissons examinés. L. BABONNEIX.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes. (J. Clunet. Th. de Paris, 1910, 336 pages, 37 figures ; Steinheil, édit.) — Partant de tumeurs spontanées ou greffées, l'auteur étudie les variations morphologiques au cours de la greffe, puis discute l'effet des interventions chirurgicales. Chez la souris, les métastases macroscopiques sont, on le sait, très rares ; or, sur vingt-quatre souris opérées et guéries de l'intervention chirurgicale, l'auteur a obtenu six guérisons définitives, neuf récidives sans métastases viscérales macroscopiques. Il a, d'autre part, vérifié que les greffes de la même tumeur, en un autre point du corps, sur des souris porteuses de gros cancers, ne se développent pas ou se développent très peu ; au contraire, ces greffes secondaires subissent un développement parallèle et égal à celui de la récidive locale, si l'on enlève la première masse néoplasique, en même temps qu'on pratique ces greffes.

Viennent ensuite une étude sur les lésions hématiques et viscérales dans les tumeurs expérimentales, propagées par la greffe, puis quelques recherches sur l'immunité contre la greffe du tissu néoplasique (espèce animale, race, individu, lactation, vaccination antérieure).

La deuxième partie est consacrée à l'étude des modifications des tumeurs malignes sous l'action des rayons X (épithéliomas malpighiens mammaires, sarcomes, action des rayons X sur le greffon et le terrain de la greffe).

A doses insuffisantes, les rayons X donnent un coup de fouet au néoplasme ; leur action hyperplasique paraît indiquée par le fait suivant : l'auteur a pu obtenir, en six semaines, par la radiothérapie, la fermeture d'un ulcère torpide de la jambe, existant depuis quarante ans, malgré l'essai des traitements les plus variés.

Ce ne sont là, de l'aveu de l'auteur, que des faits ne permettant encore aucune conclusion générale, mais qu'il a cru devoir publier, vu le petit nombre de documents précis sur les questions qu'il aborde. L. ALQUIER.

OBSTÉTRIQUE

Colostrum noir. (*Académie des sciences médicales de Ferrare.* Séance du 24 novembre 1910.) — Merletti a pu observer deux cas très rares de colostrum, teinté en noir d'encre de Chine, chez deux femmes enceintes, près du terme de leur grossesse. Le pigment qui donnait la couleur noire au colostrum, et qui se présentait au microscope sous l'aspect de fines granulations amorphes, était à peu près sûrement d'origine hématique. Dans les deux cas, la coloration noire passa graduellement au rouge brun, puis au rouge clair, et disparut complètement de une à deux semaines après l'accouchement. L'allaitement ne subit aucun trouble.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

Calomel et alimentation salée. (*Rivista medica*, 1910, n° 9.) — Selon le professeur Pollacci, ce n'est pas la transformation du calomel en sublimé qui expliquerait les accidents auxquels on assiste quelquefois, mais sa transformation en sulfocyanate de mercure, grâce à l'action de l'acide sulfocyanique qui existe dans tous nos tissus.

Ceci admis, l'association du calomel et d'une nourriture trop salée est dangereuse, car le sulfocyanate de mercure est très soluble dans le chlorure de sodium. Si celui-ci arrive lentement et en quantité normale au contact du sulfocyanate, celui-ci ne sera dissous qu'en petite quantité et exercera ainsi une action thérapeutique graduée et régulière. Dans le cas contraire, au lieu d'une action thérapeutique, il y aura une action toxique. En d'autres termes, plus les liquides de notre organisme seront salés, plus considérable sera la quantité dissoute du principe actif, d'où sa différence d'action. Il faut d'ailleurs noter que le sulfocyanate de mercure, dissous dans le chlorure de sodium, possède une énergie qui ne le cède en rien à celle du sublimé, même en présence d'albumine. On ne doit donc administrer le calomel qu'avec des aliments très peu salés.

Ce qui est vrai pour le chlorure de sodium, l'est également pour le bromure et l'iodure de sodium et de potassium, dans lesquels le sulfocyanate de mercure est extrêmement soluble.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

JURISPRUDENCE

DU PSEUDONYME

Comme on le sait, la loi du 30 novembre 1892 interdit, d'une façon absolue, d'exercer l'art de guérir sous un pseudonyme. Cette mesure prohibitive, déjà réclamée avant la loi de 1892, par certains auteurs (Floquet, « Trois questions relatives à l'exercice de la médecine », *Ann. d'hyg. publique*, 1892, t. XXVIII, p. 65), est contenue dans l'article 9, alinéa 4, de ladite loi. Cet article fut ajouté, lors de la discussion parlementaire, pour combattre le charlatanisme, dont « le pseudonyme était le masque ». (V. *Journ. officiel*, Débats parlementaires, 1892, p. 1187; Brouardel. *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 66.) Le paragraphe qui fut proposé par le docteur Chevandier lui fut suggéré par M. le docteur Floquet. Ainsi, d'après l'article 9, § 4, de la loi de 1892, le pseudonyme est interdit à toute personne exerçant l'art de guérir en une qualité quelconque, même aux étudiants autorisés en temps d'épidémie ou comme remplaçants, même aux praticiens qui, avant 1892, exerçaient déjà sous un pseudonyme, qu'ils auraient voulu garder, cependant, pour conserver leur clientèle. (Tribunal de la Seine, 18 nov. 1898, *Gaz. des trib.*, 19 nov. 1898; Cour de Paris, 14 mars 1899, *Dalloz périodique*, 1900, 2e partie, p. 262; Cour de cassation, 27 juillet 1899, *D. p.*, 1900, 1re partie, p. 365.) Celui qui exerce l'art de guérir ne peut donc invoquer qu'il exerçait, avant 1892, sous un pseudonyme. « Le fait qu'avant le 1er janvier 1892 il (un dentiste en l'espèce) se soit livré à la pratique de l'art dentaire, ne saurait l'autoriser, en dépit de l'article 32, à continuer à agir de même sous l'empire de cette loi, ni le dispenser de satisfaire à celle de ses prescriptions dont l'observation n'emporte point un effet rétroactif. (Cour de Paris, 14 mars 1899, précité.) On remarquera que l'usage d'un pseudonyme n'est punissable qu'à la condition de relever, contre le prévenu, des actes d'emploi du pseudonyme postérieur à cette loi de 1892. (Cassation, 27 juillet 1899, précité.)

Les médecins doivent porter uniquement leur nom patronymique, comme l'exigent les articles 1 et 2 de la loi du 6 fructidor, an II, et ils ne peuvent prendre un surnom ou se faire appeler de leur prénom.

En ce qui concerne le prénom, rien dans les travaux préparatoires de la loi de 1892 ne fait présumer que l'emploi du prénom constitue l'emploi d'un pseudonyme. Les décisions rapportées en décident cependant ainsi : « L'emploi du prénom seul, fût-il véritable, à l'exclusion du nom de famille, doit être considéré comme punissable, au même titre que l'emploi d'un pseudonyme, prévu par l'article 9, § 4, le prévenu dissimulant son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait fait usage d'un pseudonyme quelconque. » (Cour de Paris, 14 mars 1899, précité.) Le médecin doit être connu sous son vrai nom par sa clientèle ; il ne doit pas se servir d'un pseudonyme en employant la publicité.

Le seul moyen, pour le médecin, de conserver son pseudonyme, serait de le joindre à son nom patronymique, en le faisant précéder du mot « dit », indicatif des surnoms et pseudonymes.

Une dernière question se pose également qui a été agitée tout récemment au premier Congrès des journalistes médicaux français. Un médecin peut-il employer un pseudonyme pour signer un article purement médical dans un journal ou dans une revue de la profession? Légalement, rien ne le lui défend, et la jurisprudence n'a pas eu à trancher cette question excessivement délicate. Certains auteurs le lui interdisent, mais il nous semble que, à défaut d'un texte prohibitif, les médecins, comme les publicistes et hommes de lettres, peuvent signer d'un pseudonyme de leur choix. (V. Perreau. *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 36.)

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (No 10, 11 mars 1911.) Wenzel : Sur la percussion pariétale.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 9, 2 mars 1911.) Schultze : Le diagnostic et le traitement précoces de la sclérose en plaques. — Kraus, Löwenstein et Volk : Sur la question du mécanisme de la réaction à la tuberculine. — Axenfeld et Stock : Sur l'importance de la tuberculose dans l'étiologie des hémorragies intra-oculaires. — Jonesco : L'anesthésie générale à la cocaïne rachidienne. — Bruns : Sur l'ankylostomiase. — Bach : Action de la lampe de quartz, à lumière ultraviolette, sur la pression sanguine. — Cohn : Sur l'intoxication par l'hypermanganate de potasse. — Zabludowski : Nouvelles expériences sur la désinfection des mains et du champ opératoire par le tannin à l'alcool. — Mac Donald : Méthode perfectionnée de stérilisation et de conservation du catgut. — Boas : Remarques sur l'article de Schlesinger « Pessaire pneumatique pour hémorroïdes et prolapsus anal. — Rosenberg : Le cydoforme, analgésique laryngologique. — Killian : Examen de la sensibilité de la muqueuse nasale. — (No 10, 9 mars.) Schultze : Le diagnostic et le traitement de la sclérose en plaques à son stade initial.— A. Schmidt : Sur la digestion des légumes chez les sujets sains. — Bethmann : Récidive précoce de la syphilis cutanée après traitement par le salvarsan. — Herxheimer et Altmann : Une réaction du processus tuberculeux après injection de salvarsan. — Schober : Sur la technique des injections de salvarsan. — Hesse : L'iodival en syphilithérapie. — Sichel : Sur la psychopathologie du suicide. — Radonicie : Le tableau morbide de la médiasténite chronique fibreuse. — Cohn : Contributions expérimentales à la pathogénie et au traitement de la goutte. — Hörder : Anurie réflexe par refroidissement subit. — Spiegel : La composition chimique de l'hydropyrine. — (No 11, 16 mars.) Friedberger : L'anaphylaxie, avec considération particulière sur son importance pour l'infection et l'immunité. — Aschoff : Sur la question de l'auto-infection. — Plesch : Sur l'action biologique de l'émanation de radium. — Wechselmann : Sur la simplification de la technique des injections intraveineuses des médicaments et particulièrement du salvarsan. — Levy : Contribution à l'étude de la vaccine. — Callmann : Nouvelle méthode de cathétérisme diagnostique des sténoses du gros intestin et de l'œsophage. — Harrass et Suchier : Angiome de la parotide. — Hœninger : Sur la glycosurie traumatique éphémère. — Jacobsohn : Appareils à mouvements articulaires passifs. — Meyer : Sur l'action désinfectante de la pâte à dents « Albine ». — Wieting : Défaut de dents complet congénital.

Echo médical du Nord. — (No 13, 26 mars 1911.) Deléarde : Leçon d'ouverture de la clinique médicale infantile de la Faculté de médecine de Lille.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 13, 26 mars 1911.) Paul LEMAIRE : Les transformations successives de la décoction blanche de Sydenham ; utilité de modifier sa prescription et son mode de préparation.

Journal de médecine interne. — (N° 8, 20 mars 1911.) A. ROBIN : Traitement de la diathèse goutteuse et de la goutte chronique. — (N° 9, 30 mars.) MAUCLAIRE : Symptômes, diagnostic et traitement de la scoliose des adolescents. — FOUQUET : Le chancre mou.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 13, 26 mars 1911.) LE DANTEC : Vue d'ensemble sur la peste.

Journal des praticiens. — (N° 12, 25 mars 1911.) H. DE BRUN : Etude clinique sur la peste pneumonique. — GAND et POISSONNIER : Un cas d'empyème double chez un enfant.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 11, 18 mars 1911.) H. LAVRAND : Impotence rhumatismale des membres inférieurs guérie par la thiosinamine (fibromalacine.) — Max POISSONNIER : Appendicite aiguë suivie de pyohémie grave chez une femme enceinte. Guérison par abcès de fixation. — Maurice DEKESTER : Tuberculose des séreuses et tuberculose herniaire.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 9, 2 mars 1911.) ZUCCARELLI : Les stations climatiques et les eaux minérales de la Corse. — (N° 10, 9 mars.) HUSTIN : Considérations sur la thérapeutique générale du cancer. — (N° 11, 16 mars.) E. RENAUX : Un cas d'anémie hypoplastique vraisemblablement syphilitique. — (N° 12, 23 mars.) E. DELNEUVILLE : Le traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les méthodes physiques.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Fév. 1911.) RAVARIT : Amygdalite diphtérique gangréneuse compliquée de fièvre scarlatine et de rhumatisme scarlatin. Guérison. — FAIVRE et DURON : Pityriasis rubra pilaire.

Lyon médical. — (N° 13, 26 mars 1911.) GALLOIS et LATARJET : Note sur la croissance des os longs.

Medizinische Blätter. — (N° 6, 18 mars 1911.) SOFER : Nouvelles recherches sur la pellagre.

Montpellier médical. — (N° 12, 19 mars 1911.) SARDA : Le diagnostic des taches de sang par les cristaux d'hématine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 28 fév. 1911.) HEILBRONNER : Le diagnostic de l'épilepsie. — SCHILLING : L'érythrocyte des mammifères comme cellule complète et ses rapports avec les plaquettes sanguines. — SAENGER : Les troubles nerveux du cœur et de la respiration comme suite d'irritations gastro-intestinales. — GERBER : Les affections ulcéreuses non spécifiques de la bouche et du pharynx et le salvarsan. — SACK : Contribution casuistique au traitement par le salvarsan. — KOELSCH : La protection des yeux dans les fabriques de verre. — THEILHABER : Sur la théorie de la menstruation. — LEEDE : Sur la question de l'infection générale gonococcique. — STERN : Sur la signification spécifique de la réaction de l'urine à la liqueur de Bellust dans la paralysie générale. — PHILIPPSON : Cyanure d'argent et de potassium comme médicament de la gonorrhée. — WEIL : Mode d'administration du mésotane. — DRENKHAHN : Traitement du bec de lièvre compliqué de gueule de loup. — (N° 10, 7 mars.) HIRSCHELL : L'emploi de l'anesthésie locale dans les grandes opérations de la poitrine et du thorax. — MORO : L'érythrodermie desquamative, entité morbide. — TRUMPP : Influenza ? — HIGIER : Contribution à la clinique des troubles psychiques dans le cocaïnisme chronique. — WERTHER : Sur la neurorécidive après le salvarsan. — SCHANZ : Traitement par le salvarsan et névrite optique. — HAUSSMANN : Un cas de tumeur gommeuse de l'estomac guérie par le salvarsan. — MONTESANTO : Influence du salvarsan sur les bacilles lépreux. — KNAUER : Sur un moyen de remplacement simple de la neige carbonique dans le traitement des affections cutanées. — KUZNITZKY : Tube pour le traitement par la neige carbonique. — HASSELMANN : Sur la pratique des pansements rigides. — STRÜBE : Contribution à la facilitation du lavage de l'estomac. — KAEHLER : Procédé pratique pour le traitement de l'iléus péritonitique. — SCHNELLER : Sur la fièvre gastrique. — MAYER : Hémorragies cutanées sur le bras stasé. — FÜLLEBORN : Remarques sur le travail du docteur Reichmann : une maladie à filaire inusitée. Guérison par l'Ehrlich-Hata. — HEILBRONNER : Le diagnostic de l'épilepsie. — (N° 11, 14 mars.) WERNER et CAAN : Sur la présentation des organes intraabdominaux pour l'irradiation Röntgen. — SCHOTTMÜLLER : Sur l'étiologie de la fièvre puerpérale et de la fièvre dans l'état puerpéral. — ROLLY : Sur les infections paratyphiques. — SCHMIDT : Sur la question de l'ubiquité des bacilles paratyphiques B. — NEU : Sur la pharmacologie et l'utilité clinique des toniques utérins. — EDLING : Sur l'emploi du radiodiagnostic dans le diagnostic de la grossesse. — SIESKIND : Etat de la pression sanguine dans les injections intraveineuses de salvarsan. — KLAUSNER : Sur l'ictère après le salvarsan. — PÜRCKHAUER : La torsion des os de la jambe dans le pied bot congénital e sa guérison. — WINCKEL : Sur la valeur de la feuille de digitale fraîche et sur sa conservation. — EHLERS : Sur une nouvelle préparation de digitale. — STUMPF : Le pansement Bolus, nouveau pansement stérile des blessures. — WOLF : Le changement des os des doigts et des orteils. — HANNES : Sur l'éclampsie. — SCHRŒDER : L'aspect clinique de la peste de Thucydide.

Paris médical. — (N° 17, 25 mars 1911.) MARFAN : Médications pharmaceutiques et médications diverses. — JOLTRAIN : Valeur séméiologique de la réaction de Wassermann. — Maurice SÉGARD : Un institut sérothérapique au Brésil. Les serpents et le sérum antivenimeux du docteur Brazil.

Semaine médicale. — (N° 12, 22 mars 1911.) LEJARS : Difficultés et ressources du diagnostic dans certains kystes hydatiques suppurés du foie. — (N° 13, 29 mars.) Félix ROSE : La céphalée musculaire.

Tunisie médicale. — (N° 3, 15 mars 1911.) JAEGGY : La cystite du col dans ses rapports avec les affections gynécologiques. — POROT et VULLIEN : Le typhus exanthématique. Etude clinique sur 46 cas (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 2 mars 1911.) BERZE : Sur la psychologie et la pathologie de l'affection. — HART et LESSING : Valeur de la méthode de l'antiformine pour la recherche des bacilles tuberculeux dans les tissus. — BIACH et CHILAIDITI : Souffles cardiaques et volume du cœur. — STEIN : Sur l'épidémiologie de la microsporie à Vienne. — SCHLEISSNER : Adénoïdite aiguë. Contribution à l'étude de la fièvre ganglionnaire. — (N° 10, 9 mars.) WEIL et KAFKA : Sur la perméabilité des méninges surtout dans la paralysie générale. — PICHLER : Observations cliniques sur les cysticerques de la peau et des muscles. — PFLANG : Sur l'albuminurie et la cylindrurie pendant l'usage des eaux sulfureuses. — FRAENKEL : Le problème du cancer. — (N° 11, 16 mars.) HECHT et KÖHLER : Recherches sur l'asepsie. — PFEIFFER et TRUNK : Nouvelles recherches sur l'action des ferments sur la tuberculine. — MAYER : Sur les affections de l'acoustique dans la syphilis acquise. — FREY : Sur l'existence d'affections de l'oreille interne dans les stades précoces de la syphilis. — PICHLER : Recherches cliniques sur les cysticerques des muscles et de la peau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 43. — JEUDI 13 AVRIL 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 13 AVRIL 1911. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — La prochaine séance aura lieu le mardi 25 avril, à la Charité.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 10 avril. — MM. Sauvé, 27; Gernez, 25; Martin, 23; Cauchoix, 26.

La première séance d'épreuve clinique est fixée au lundi 24 avril, à cinq heures, à l'hôpital Necker.

MM. les candidats admis à subir l'épreuve clinique sont prévenus que les hôpitaux : Hôtel-Dieu, Necker, Beaujon, Lariboisière, leur sont consignés pendant la durée du concours.

Sont déclarés admissibles, à l'épreuve clinique, les candidats ayant obtenu un chiffre minimum de vingt-trois points à l'épreuve écrite :

MM. Desmarest, Grégoire, Mathieu (Paul), Sauvé, Okinczyc, Mocquot, Cauchoix, Hallopeau, Gernez, Piquand, Capelle, Gasne, Mercadé, Martin, Marcille, François (Raymond), Kendirdjy, Heitz-Boyer.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvignaud, Terrien, Rieffel, Michon et Variot.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Tesson, professeur de chimie et toxicologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er mars 1911.

M. Tesson est nommé professeur honoraire, à partir du 1er mars 1911.

M. Allanic, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, à partir du 1er mars 1911, d'un cours de chimie et toxicologie.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 avril. — MM. Rouyer (Emile), $19 + 9 = 28$; Nogier, $17 + 8 = 25$; Gessen, $17 + 8 = 25$.

Prochaine séance, jeudi 13 avril, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Barbé (de Médéa), Blois (de Saint-Denis), Calmette, Cantonnet, Chevallier et Coldefy (de Paris), Crinquant (de Tébessa), Espérandieu (de Souk-Ahras), Frizac (de Paris), Gachet (de Lormont), Galand, Gaube et Goizet (de Paris), Hodeau (d'Aubigny-sur-Nère), Huguet (de Palaiseau), Jacquin (de Bourg), Julliard (de Michaille), Luez (de Paris), Magnan (de Tours), Marquyrol (de Paris), Marsat (de Béthune), Mencière (de Reims), Morlot (de Dijon), Pourtié (de Paris), Quettier (de Berck-sur-Mer), Rouchet (de Taillecavat), Roustan (de Grasse), Schneider (de Paris), Sempé (de Tarbes), Servoles, Tournier, Weissgerber et Wurtz (de Paris).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Amblard (de Paris), Auvray (de Dives-sur-Mer), Avérous (de Brest), Badin (de Dinard), Bassal (de Bagnères-de-Bigorre), Béclère (de Paris), Bégusseau (de Segondiny-en-Gâtine), Ben Tami Belkacem (d'Alger), Bertholus (de Boën-sur-Lignon), Blanc (du Luc), Bonnat (de Saint-Junien), Borst (de Paris), Bosredon (de Bordeaux-Bastide), Burgaud (de Paris), Capuron (de Rivoli), Cazaillet (de Pons), Chapelle (de Paris), Chateau (de Grenoble), Costa (de Cassano), Couraud (de Pons), Dechenne (de Saint-Eugène), Degrenne (de Lisieux), Delay (de Bayonne), Diénot (de Saint-Etienne), Dinet (de Paris), Donnart (de Brest), Duc (de Philippeville), Ducastel (de Boulogne-sur-Seine), Duchesne (d'Acquigny), Duclos (de Ballancourt), Dufour (de Mortain), Dunis (de Saint-Denis-du-Sig), Etienne (de Paris), Fallen (d'Aubagne), Gaide (de Marseille), Grainard (d'Aubagne), Gassion et Gendron (de Bordeaux), Genova (de Duvivier), Gourmand (de Montmorency), Hautan (de Paris), Heuls (de Bizerte), Jacques (de Marseille), Jaubert (de Saint-Médard-de-Guizières), Jouty (d'Oran), Langlois (de Nice), Lecointre (de Lencloître), Macrez (de Paris), Maroger (de Courbevoie), Mirabail (de Baugy), Monod (de Bourg-la-Reine), Morard (de Mostaganem), Péborde (d'Aubazine), Pelossier (de Loriol), Perrion (de Nantes), Pezet (de Breuty-la-Couronne), Poutrin, Presle, Rafinesque et Raisonnier (de Paris), Raybaud (de Marseille), Regnard (de Neuilly-sur-


ELIXIR DE VIRGINIE
Il n'existe qu'un 1 seul ÉLIXIR de VIRGINIE
Littérature et Échantillons gratuits au Corps Médical.
Pharmacie MORIDE 20, rue de La Rochefoucauld PARIS
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
Il porte TOUJOURS la signature de garantie :
NYRDAHL

Marne), Reverchon (de Nancy), Reyne (de Moutiers), Ribes (de Charenton-du-Cher), Riollet (de Dun-le-Palleteau), Rodocanachi et Rouslacroix (de Marseille), Roux (de Lorient), Rubenthaler, Sébillot et Sigre (de Paris), Simonot (de Nevers), Sire (de Cahors), Tallet (de l'Isle-sur-Sorgue), Tanquerel des Planches (de Paris), Tauzin (de M'Sila), Thorel (du Havre), Trenel (de Nancy), Vendeville (de Villers-Bretonneux), Vial (de Marseille), Zalta (de Joinville-le-Pont).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont nommés :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Bernard est nommé directeur du service de santé du corps de débarquement de Casablanca; Fribourg passe à l'hôpital de Lille.

Médecins-majors de première classe. — MM. Chameroy passe à l'hôpit. Saint-Martin; Treillet, à l'hôpit. de Givet; Masson, aux hôpit. d'Alger; Roussel, à l'hôpit. du Dey; Le Roux, au 119e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mendy passe au 20e chass.; Rouvillois, aux hôpit. de Casablanca; Ga, dit Gentil, aux hôpit. de Constantine; Le Guelinel de Lignerolles, au 107e d'inf.; Rouchaud, au 36e d'inf.; Janot, au 153e d'inf.; Morvan, au 26e d'inf.; Coste, au 2e bat. d'Afrique; Epaulard, au 7e dragons; Bertrand, au 5e bat. d'Afrique; Grenier, aux hôpit. d'Alger; Guiot, au 17e chass.; Séverac, au 25e dragons; Millet, aux hôpit. d'Oran; Schickelé, à la direction du service de santé du 20e corps d'armée.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Joseph, dit Orme, passe au 121e d'inf.; Larroque, au 70e d'inf.; Gassin, aux hôpit. de Constantine; Donius, au 75e d'inf.; Perrignon de Troyes, au 133e d'inf.; Rouzaud, au 38e d'art.; Bressot, au 98e d'inf.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Brunhammer passe au 56e d'inf.

— Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1911, à neuf heures du matin, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et le 27 novembre 1911, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, pour l'admission de dix docteurs en médecine et de quatre pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront être nés ou naturalisés français, avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier 1911, avoir satisfait à la loi militaire et être aptes à servir activement en France et aux colonies. Ils devront souscrire l'engagement de servir, pendant six ans au moins, dans le corps de santé, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Pour le programme des épreuves, se reporter au *Journal officiel* du 9 avril 1911, p. 2889 et suivantes.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Des concours seront ouverts à l'école d'application du service de santé militaire.

Le 3 juillet 1911, pour les emplois de professeur agrégé des chaires :

Chirurgie d'armée (blessures de guerre).

Anatomie chirurgicale (opérations et appareils).

Diagnostic chirurgical spécial.

Le 17 juillet 1911, pour les emplois de professeur agrégé des chaires :

Hygiène.

Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires.

Le 2 octobre 1911, pour les emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire, de :

Anatomie descriptive et topographique.

Médecine opératoire et accouchements.

Physiologie, histologie et anatomie pathologique.

Et éventuellement pour les emplois de répétiteur qui pourraient devenir vacants par suite de la nomination des titulaires à l'un des emplois de professeur agrégé ci-dessus énumérés.

Les épreuves seront subies d'après les programmes, et dans les conditions déterminées par les notes ministérielles insérées au *Bulletin officiel*, P. R., vol. XXXII, n° 1, p. 282 et 287.

Les demandes formulées par les médecins-majors en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ces concours seront revêtues de l'avis motivé des chefs de chaque candidat et adressées au ministre de la guerre (direction du service de santé, premier bureau), avant le 1er juin pour les concours du 3 juillet.

15 juin pour les concours du 17 juillet.

1er septembre pour les concours du 2 octobre.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert, le 14 juin prochain (épreuves écrites), pour l'admission, en 1911, de cent vingt élèves, à l'école du service de santé militaire, savoir :

Soixante élèves candidats concourant avec quatre inscriptions valables pour le doctorat en médecine; quarante élèves candidats concourant avec huit inscriptions valables pour le doctorat en médecine; vingt élèves candidats concourant avec douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine.

Les candidats devront se faire inscrire, dans les préfectures, du 1er au 18 mai. Les épreuves orales auront lieu du 24 juillet au 1er septembre. Le programme arrêté le 10 avril 1911, donnant les conditions du concours, a été inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel des anciens internes et internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le samedi 29 avril, à sept heures et demie, à l'hôtel Lutétia, 43, boulevard Raspail, sous la présidence de M. le docteur Monprofit (d'Angers).

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice. Pour s'inscrire, envoyer son adhésion à M. le docteur Verchère, rue du Bac, 101, Paris.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie (séance annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie) se tiendra à Paris, hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, les 8, 9, 10 et 11 mai 1911.

MM. les docteurs Mahu, président sortant; Escat, président annuel; Gellé fils et N..., vice-présidents; Henri Collin, trésorier; Depierris, secrétaire général.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — *Complications de l'adénotomie.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Kaufmann et Grossard.

Complications post-opératoires de la sinusite frontale. — Rapporteurs : MM. les docteurs Sieur et Rouvillois.

COURS D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE. — M. le docteur Foveau de Courmelles commencera la dix-neuvième année de son cours libre d'électrologie à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 26 avril 1911, à six heures du soir, et le continuera les mercredis à la même heure.

Il traitera, dans sa première leçon, de l'électrocoagulation et des diverses formes des courants de haute fréquence, puis il passera en revue l'électrophysiologie et l'électrothérapie, les rayons X en diagnostic et en thérapie, le radium, les rayons ultraviolets et les radiations nouvelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médications nouvelles pour 1911, par le docteur H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. Sixième édition. In-18 de 300 pages avec figures, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1911, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur HUCHARD, membre de l'Académie de médecine. In-18 de 400 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène de la peau et du cuir chevelu, par J. NICOLAS, professeur de clinique dermatologique à l'Université de Lyon, et JAMBON. In-16 de 96 pages, cartonné. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SYNDROME ADIPOSO-GÉNITAL

AVEC HYPERTRICHOSE, TROUBLES NERVEUX ET MENTAUX D'ORIGINE SURRÉNALE

Par MM. P.-E. LAUNOIS,
Médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé chargé de cours,
MARCEL PINARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint à la Faculté,
et ALFRED GALLAIS,
Interne à Sainte-Anne, licencié ès sciences.

Chacun de nous aime à conserver dans ses cartons certaines observations rassemblées avec soin et à attendre le moment favorable pour les publier. Telle a été la suivante que nous avons recueillie en 1909, à l'hôpital Lariboisière, et dont la publication nous paraît aujourd'hui absolument justifiée par quelques faits du même genre qui viennent d'être exposés dans la bibliographie médicale.

Germaine B..., âgée de dix-neuf ans, sans profession, entre à l'hôpital Lariboisière et est hospitalisée dans une des petites chambres de la salle Trousseau, le 15 octobre 1909. Originaire de l'Aveyron, malade depuis longtemps déjà, elle vient de D... à Paris pour chercher un soulagement à son état.

En s'approchant d'elle, on est immédiatement frappé par l'aspect particulier qu'elle présente : elle donne autant l'impression d'un garçon que d'une femme et paraît d'un âge beaucoup plus avancé que celui qu'elle accuse. Son visage arrondi est animé, légèrement coloré, éclairé par des yeux très vifs et légèrement exorbités. Le menton est recouvert d'une véritable barbe noire qui se prolonge sur les joues, et la lèvre supérieure est ornée d'une véritable moustache naissante de même coloration (fig. 1).



FIG. 1. — *Syndrome adiposo-génital d'origine surrénale.*

En découvrant la malade on est frappé par l'existence d'énormes vergetures rougeâtres disposées d'une façon régulière et excentrique au niveau des mamelles et des régions axillaires ; elles sont élégamment ramifiées et nombreuses au niveau de la paroi inférieure de l'abdomen et acquièrent leur maximum d'accentuation en arrière dans la région lombo-sacrée.

Ces déchirures du derme semblent en rapport avec un amaigrissement qui a rapidement succédé à un embonpoint excessif du corps ; au niveau des membres inférieurs au contraire un œdème marqué, dans lequel il est toutefois difficile d'imprimer un godet à l'aide du pouce, masque l'amaigrissement.

La peau est sèche, râpeuse, kératosique ; elle présente une teinte grisâtre un peu particulière, qui, au niveau des mains et des avant-bras, ne disparaît pas par le lavage.

La température est de 37°5 ; elle va osciller dans la suite autour de 38 degrés.

Le pouls, très rapide, bat entre 120 et 140 par minute et pourtant une auscultation méthodique du cœur ne révèle aucune lésion de cet organe.

Aux poumons, les résultats de l'examen sont comparables des deux côtés : il existe de la submatité avec une légère résistance au doigt des deux côtés surtout aux bases ; l'auscultation permet de noter l'existence de râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine aussi bien en avant qu'en arrière.

La langue est saburrale, cependant l'appétit est conservé. L'urine, émise en quantité modérée, ne renferme ni sucre ni albumine.

Le foie paraît normal ; sa matité ne déborde pas les fausses côtes ; on ne note pas de teinte subictérique.

En explorant l'abdomen, on constate dans la région de l'hypocondre gauche, l'existence d'une tumeur volumineuse bi-lobée, dont le plus grand diamètre est antéro-postérieur, elle paraît subdivisée en deux et s'enfonçant dans la profondeur de la région lombaire. L'existence de cette masse non douloureuse à la palpation, non plus qu'à la pression, est l'objet de nombreuses discussions : les uns la localisent dans la rate, les autres dans le rein gauche, les troisièmes soupçonnent qu'elle peut avoir comme point de départ la capsule surrénale correspondante.

La jeune malade, vierge, a cessé de voir ses règles en décembre 1908, c'est-à-dire depuis près d'un an.

Elle se plaint de douleurs lombaires assez vives et d'une asthénie très marquée. Les muscles sont flasques et atrophiés et cependant il n'existe à proprement parler aucun

trouble moteur. Les sphincters ont conservé leur contractilité, la sensibilité est normale au niveau du tronc et des membres supérieurs; elle est notablement diminuée aux membres inférieurs.

L'examen électrique fait dans le service de M. Hischmann a fourni les résultats suivants : la contractilité faradique semble presque normale au niveau du membre supérieur droit. Au bras gauche, les muscles du territoire du médian et du radial répondent normalement, les réactions sont diminuées dans la sphère du nerf cubital.

Les réactions faradiques des membres inférieurs sont à peine visibles.

Enfin l'exploration électrique ne révèle pas d'inversion de la formule classique. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, le signe de Babinski est négatif.

La malade présente quelques troubles oculaires ; elle ne peut lire par exemple avec l'œil droit, tandis qu'avec l'œil gauche la lecture est encore possible, mais très limitée.

Après l'examen qui fut pratiqué dans le service de M. le docteur Morax, le 22 octobre, on nous remit la note suivante : « Les pupilles sont égales, leurs réactions sont normales ; les milieux de l'œil sont normaux; il existe une stase papillaire bi-latérale.

L'état mental de la malade est assez bizarre, elle est capricieuse, angoissée, émotive, pleurant facilement; la mémoire est paresseuse et l'intelligence est intacte.

L'examen du sang donna les résultats suivants :

Globules rouges..........	3.680.000
Globules blancs..........	9.900
Hémoglobine..............	80 p. 100

En résumé, nous nous trouvions en présence d'une dystrophie singulière, nous demandant si les phénomènes observés étaient en rapport avec la tumeur du flanc gauche ou avec une lésion hypophysaire : les altérations de l'hypophyse ayant dépassé les limites habituelles de la selle turcique s'accompagnant volontiers d'une stase papillaire double, comme celle qu'avait révélée l'examen ophtalmoscopique. L'un de nous avait pu heureusement suivre la malade pendant de longs mois avant son entrée à l'hôpital et noter, pour ainsi dire au jour le jour, l'apparition et l'évolution des symptômes si curieux qu'elle présentait au moment de son entrée à l'hôpital.

Née à terme, nourrie par sa mère, l'enfant passa une première enfance qui ne fut troublée que par une bronchite, une rougeole et une angine légère. Elle avait cependant volontiers, dit sa mère, des tics et présentait une tendance aux mouvements choréiformes sans avoir cependant de danse de Saint-Guy véritable. La seconde enfance, qui se passa en pension, fut tout à fait normale. Les règles apparurent pour la première fois à l'âge de treize ans, elles furent tout d'abord normales, puis ne tardèrent pas à devenir douloureuses.

Elle se porta à ravir jusqu'en 1907, époque où elle atteignit l'âge de dix-sept ans, et à laquelle survinrent des crises nauséeuses, puis l'expulsion d'un lombric.

D'un embonpoint ordinaire, c'est à ce moment qu'elle commença à grossir uniformément dans toutes les régions du corps, en même temps que s'installait progressivement un état nerveux particulier : elle éprouvait des inquiétudes morales, s'accompagnant de crises, de larmes et de sensations paroxystiques de constriction cervicale.

En décembre 1908, les règles diminuèrent, puis disparurent ensuite complètement et, à mesure que l'aménorrhée devenait plus complète, le nervosisme s'accentuait et l'obésité augmentait.

En avril 1909, apparut, sans douleurs lombaires, un œdème progressif des deux membres inférieurs. L'urine à cette époque ne contenait ni albumine ni sucre, mais l'analyse révélait une élimination assez considérable de phosphates.

En mai suivant, la myasthénie augmente et progresse d'une façon rapide; on note des alternances d'érythrose et de cyanose à la face, aux mains, aux bras et en même temps la peau présente une légère teinte brunâtre. La malade, frappée par cette coloration sale, légèrement grisâtre, se lave continuellement les mains et les avant-bras. Son poids est à cette époque de 73 kilogrammes, elle commence à maigrir et en effet on voit apparaître des vergetures au niveau des aisselles et de la face intérieure des cuisses. A ce moment aussi elle subit une véritable dépilation diffuse, à laquelle fit suite comme nous l'avons indiqué précédemment une véritable hypertrichose.

La malade est soumise à l'usage de l'extrait d'ovaires et des tablettes de thyroïdine. Elle peut quitter l'Aveyron, mais si les jambes ont diminué de volume, s'il survient un certain degré d'amaigrissement, la lombalgie apparaît, augmente et devient bi-latérale. L'urine renferme une très légère proportion d'albumine.

En août 1909, la malade étant confinée au lit par ses douleurs acquiert une obésité énorme que rend plus évidente encore un œdème très marqué surtout à droite. L'hypertrichose du visage augmente en même temps que l'obésité et c'est à ce moment qu'apparaissent les vergetures : elles sont symétriquement disposées mais prédominent au niveau des plis de flexion ; elles se ramifient en arborisations multiples et présentent une teinte rougeâtre tout à fait particulière. En plusieurs régions du corps la peau présente toujours une certaine couleur grisâtre, mais on n'aperçoit aucune tache pigmentaire sur les muqueuses.

L'asthénie, que permet d'étudier le dynamomètre, fait de rapides progrès, en même temps que s'accentuent les douleurs lombaires. Un examen méthodique des régions lomboabdominales pratiqué à cette époque ne permet de reconnaître la présence d'aucune tumeur dans cette région.

En outre de la myasthénie, on note une psychasthénie intense, se traduisant surtout par de l'aboulie, de la basophobie, de la mécanophobie et quelques troubles de la mémoire.

Ces phénomènes de dépression musculaire et psychique, l'un de nous les combattit à l'époque par l'opothérapie surrénale : des surrénales fraîches de génisses furent employées quotidiennement pendant un certain temps à doses progressives. Sous l'influence de ce traitement, la myasthénie et la teinte gris sale de la face dorsale des mains et des avant-bras disparaissent momentanément, de même que la basophobie; les réflexes rotuliens reparaissent par moments et l'œdème diminue. La malade qui était confinée au lit depuis six mois peut s'habiller seule, se lever et faire quelques pas (1). Mais bientôt l'affaiblissement reprend, augmente progressivement et c'est à cette époque qu'elle entre à l'hôpital et que l'on trouve l'existence d'une tumeur dans l'hypocondre gauche.

Elle fut soumise à nouveau à l'opothérapie ovarienne et surrénale, mais les phénomènes thoraciques s'aggravèrent, la toux devint plus abondante, les râles ronflants et sous-crépitants augmentèrent d'intensité. La malade fut emportée dans une crise de dyspnée intense le 18 novembre 1909.

L'*autopsie* fut pratiquée le lendemain, dans les délais légaux, à neuf heures du soir.

Le corps est cyanosé dans son ensemble, le visage est légèrement vultueux.

La moelle est saine à l'œil nu, et l'ablation de la calotte cranienne laisse apercevoir une congestion intense des méninges et donne lieu à un écoulement d'une quantité abondante de liquide céphalo-rachidien.

La selle turcique, qui mesure 18 millimètres dans sa plus grande largeur, renferme une hypophyse normale.

---

(1) Les troubles nerveux et mentaux ne peuvent être ici étudiés en détail, mais leur importance clinique fut telle pendant les premières périodes de l'affection qu'ils méritent à eux seuls une étude spéciale qui sera faite prochainement par l'un de nous.

A l'ouverture du thorax, on a l'impression, en décollant les plèvres, que les poumons sont bourrés de noisettes. Le droit pèse 615 grammes, le gauche, 540 grammes. Ils sont farcis, l'un et l'autre, de nodosités dures, de volume variable, allant de celui d'un petit pois à celui d'une grosse noix.

Le cœur est normal, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

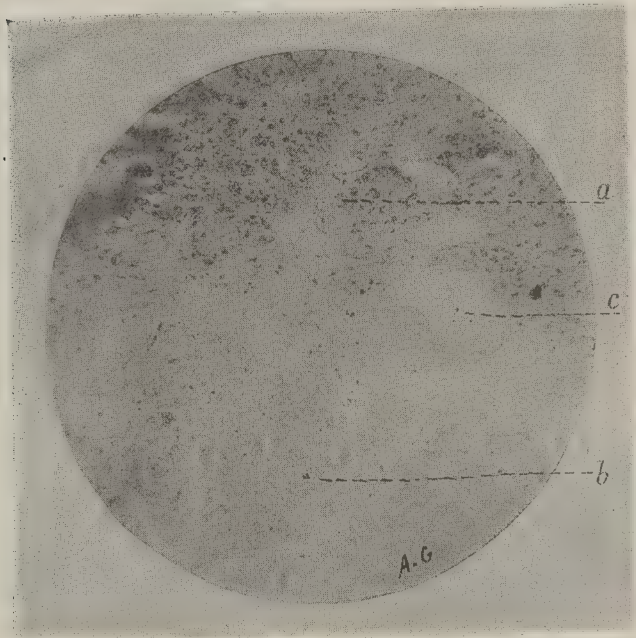


Fig. 2. — *Tumeur primitive surrénale (aspect général).* — *a.* Zone active de boyaux glandulaires; *b.* Zone nécrosée; *c.* Lacs sanguins formés par des capillaires dilatés.

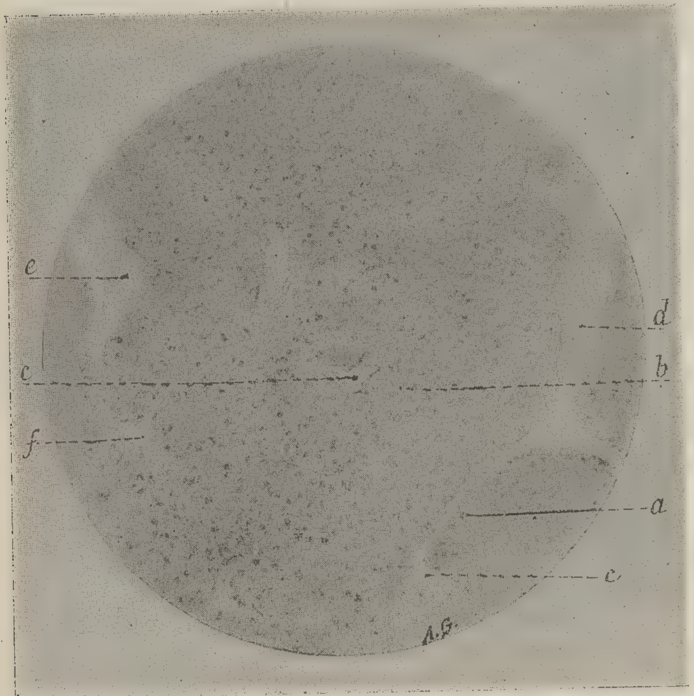


Fig. 3. (Oc. IV, obj. 7.) — *La tumeur surrénale primitive (zone active).* — *a.* Boyaux glandulaires coupés longitudinalement; *b.* Boyaux en coupe transversale. Les boyaux bordent des capillaires dilatés (*c*), formant, en certains points (*d, e, f*), de véritables lacs sanguins.

Le foie, qui pèse 1540 grammes, présente, au niveau de son lobe droit, une petite masse saillante, noirâtre à la périphérie, blanchâtre au centre, qui a les dimensions d'une pièce de 5 francs.

La rate pèse 170 grammes et ne présente rien d'anormal. Il en est de même des reins : le gauche est du poids de 150 grammes; le droit, de celui de 145 grammes.

L'estomac et le tube digestif ne présentent rien de particulier.



Fig. 4. (Oc. IV, obj. 7.) — *Tumeur primitive surrénale.* — On voit : *a, b.* Les boyaux des cellules glandulaires; *c.* Les capillaires dilatés se transformant (en *d-d'*) en véritables lacs sanguins, où l'on voit des cellules desquamées.

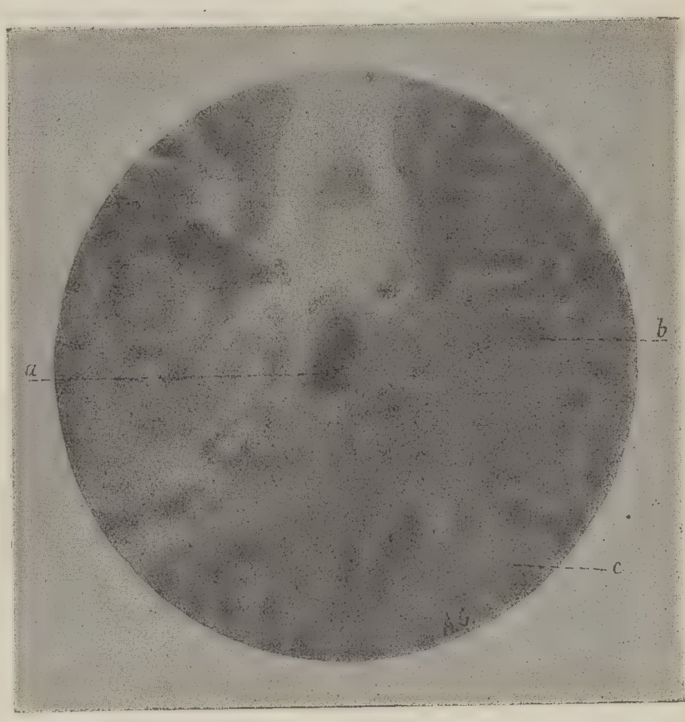


Fig. 5. (Oc. IV, immersion.) — *Tumeur surrénale primitive (zone active).* — Cette préparation montre en *a, b, c,* des cellules glandulaires dont le noyau est triplé de volume. A l'intérieur de ce noyau, on peut distinguer des filaments nucléaires (*a*) et des figures de mitose (*b*).

L'utérus est de petit volume, les ovaires, peu volumineux, enferment quelques débris de corps jaunes, et les organes génitaux externes ne présentent rien de particulier.

La glande surrénale, du côté droit, paraît normale. Il est impossible de trouver celle du côté gauche, qui est remplacée

par une énorme masse grisâtre, légèrement granuleuse, bilobée, pesant 2k500. Nous avons minutieusement examiné les pièces dans le laboratoire de Lariboisière et dans celui de la clinique des maladies mentales, et nous avons fait contrôler nos examens histologiques par M. Masson, chef de laboratoire à Lariboisière, dont la compétence dans cet ordre de recherches est bien connue.

Des fragments de la tumeur primitive et de ses métastases pulmonaires et hépatiques furent placés dans la liqueur de Bouin, et nous avons fait de nombreuses colorations.

Tumeur primitive et métastases viscérales sont construites sur un plan identique. La seule différence essentielle consiste en ce que la tumeur surrénale est irrégulièrement marbrée de foyers de nécrose (fig. 2), tandis que les foyers métastatiques sont dans toute leur masse en pleine évolution cellulaire.

D'une manière générale, la tumeur néoplasique (fig. 3) est constituée par un entrelacis régulier de travées cellulaires, dont les mailles sont occupées par de larges lacunes sanguines. L'aspect serait assez comparable à celui d'une écorce surrénale dont les capillaires seraient énormément dilatés (fig. 4).

Au voisinage des foyers nécrotiques, les lacunes sont encore plus larges, et l'on voit les noyaux des cellules perdre toute affinité pour les matières colorantes.

Les cellules des travées sont petites, polygonales par pression réciproque. Leur protoplasma se teinte facilement, nous ne pouvons ici insister beaucoup sur leur structure fine. Nous ajouterons cependant qu'en certains points les cellules des travées doublent ou triplent leur masse (fig. 5); leur protoplasma cesse d'être homogène et prend un aspect spumeux tout à fait caractéristique. Sur la travée est appliqué un revêtement endothélial continu bien souvent, surtout au niveau des métastases (fig. 6); son architecture se trouve réduite à ce strict minimum (fig. 7). Souvent aussi, entre l'endothélium et les travées de cellules d'une part, entre des cellules des travées d'autre part, on aperçoit des fibrilles conjonctives (fig. 8) qui dessinent un reticulum très fin et assez régulier (fig. 9).

Si on compare les éléments qui entrent dans ces tumeurs à ceux qui proviennent d'une surrénale empruntée à un embryon de cinq mois, on est frappé par la ressemblance que présentent ces deux formations : la taille des cellules, les rapports qu'elles affectent entre elles et avec les vaisseaux sanguins sont identiques. Certains des éléments de la tumeur subissent un commencement de différenciation que traduit la structure spumeuse que nous avons mentionnée plus haut; mais cette différenciation est irrégulièrement répartie. Ce caractère, si inconstant d'ailleurs, n'est pas fait pour nous étonner, ne savons-nous pas que les tumeurs épithéliales les plus caractérisées, telles que les épithéliomas cutanés, peuvent ne pas présenter de globes épidermiques dans tous leurs lobules. De même, dans ce cas particulier, les cellules conservent en général le type embryonnaire, quelques-unes seulement se différencient vers le type adulte. Seules les dimensions des travées et le calibre des lacunes sanguines diffèrent.

Ces données anatomo-pathologiques, les caractères macroscopiques de la tumeur primitive nous permettent de considérer celle-ci comme un *épithélioma typique de la cortico-surrénale.*

Cette observation se rapproche d'une de celles qui a été publiée par Linser (1) en 1903. Elle concerne un cas *de grosse tumeur de la surrénale*, conservée au musée royal des chirurgiens de Londres sous le numéro 3518 E. La note jointe à la pièce mentionne qu'elle provient d'une femme de trente-deux ans, maniaque et épileptique, non menstruée, ayant la face et les membres entièrement couverts de poils.

La tumeur primitive s'accompagnait de *tumeurs métastatiques* dans le foie et les ganglions.

Elle est comparable aussi à l'observation qui a été tout dernièrement publiée par Bortz (1).

Il s'agissait d'une jeune fille, parfaitement développée et tout à fait normale jusqu'à l'âge de seize ans. Elle eut ses premières règles à quinze ans, celles-ci revinrent régulièrement toutes les 4 semaines pendant un an et finirent par disparaître complètement. A ce moment il se passa chez elle une transformation tout à fait remarquable; il se développa une luxuriante barbe et une petite moustache, des poils abondants au devant du sternum et de la ligne blanche abdominale; la jeune fille, jusque-là mince, prit une corpulence considérable; la voix changea et prit le timbre masculin. Les seins étaient fortement développés avec couronne de poils noirs autour des mamelons; lanugo sur les épaules, duvet léger aux jambes, abondant aux cuisses. Adiposité généralisée très prononcée, nombreuses vergetures sur l'abdomen, les cuisses et les jambes. Les parties génitales externes, avec une toison pubienne bien développée, ne montrant aucune altération, en particulier aucune hypertrophie du clitoris. Hymen déchiré, col normal, utérus de 8 centimètres à l'hystéromètre. L'ensemble est tout à fait féminin, à l'exception de la barbe luxuriante.

La jeune fille étant morte à la suite d'un panaris, l'autopsie montra un tissu graisseux sous-cutané et sous-péritonéal très riche, un épiploon et un mésentère extrêmement chargés de graisse, un utérus, des trompes et des ovaires normaux. *La surrénale droite contenait deux adénomes faciles à énucléer, du volume d'une noisette. La surrénale gauche avait le volume du poing et était formée de nombreuses masses adénomateuses agglomérées.*

Notre observation est comparable sous certains rapports également à celles qui ont été publiées par Bovin (2), par Guinon et Bigeon (3) et à celles qui font l'objet d'un important mémoire de Bulloch et Sequeira (4).

D'autre part, Apert (5) a montré que la triade symptomatique (hypertrichose, adipose, troubles génitaux) se retrouve dans un certain nombre d'états en

(1) Linser. Uber Beziennungen Zwishen Nebechieren und Korperswachstum besonders Riesenwuchs, *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1903, XXXVI, p. 282.

(1) Bortz. Nebenieren und Zeschlechtschoralber, *Arch. f. Gyn.*, 1909, LXXXVIII. — Le même malade a fait le sujet d'un travail de Thunim : « Beziehungen des Geschlechtscheralber und der Nebenieren », *Berl. Klin. Woch.*, 1909, p. 103.

(2) Bovin. Les tumeurs hypernéphroïdes primitives des organes génitaux féminins, *Nord. med. Ark.*, partie chir., analysé in *Semaine méd.*, 1910, p. 66.

(3) Guinon et Bigeon. *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, mars 1906.

(4) Bulloch et Sequeira. *Transact. of Patholog. Soc. of London*, 1905, LVI, p. 189.

(5) Apert. *Bull. méd.*, 29 déc. 1910, et Dystrophies en relation avec des lésions des capsules surrénales. Hirsutisme et progéria, *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, déc. 1910.

rapport avec les lésions hypertrophiantes des capsules surrénales. Il les a ramenés, en se basant sur les faits publiés à cinq types principaux :

1° Cas où les lésions remontent à la période

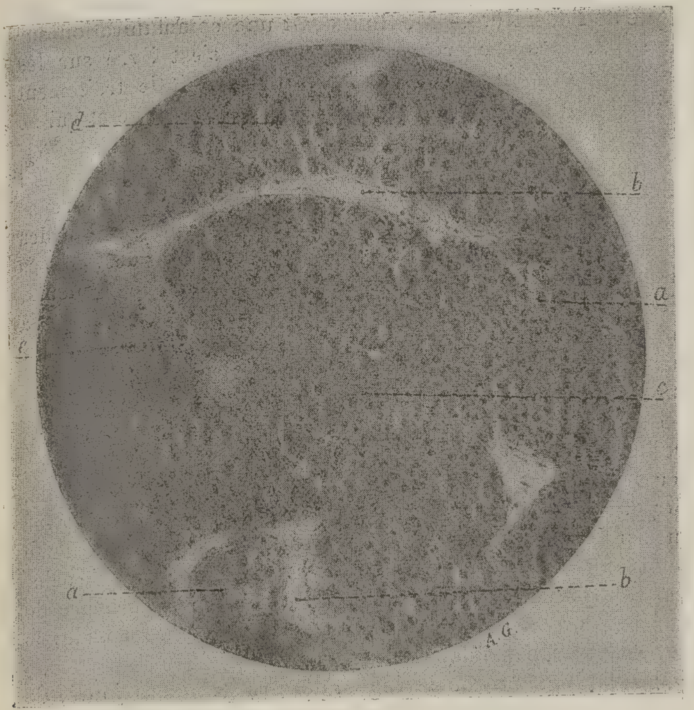


Fig. 6. (Oc. IV, obj. 7.) — *La métastase hépatique.* — *a.* Les boyaux glandulaires ; *b.* Les capillaires dilatés ; *c.* Travées conjonctives ; *d.* Cellule à gros noyau ; *e.* Pigment.



Fig. 7. (Zeiss, oc. IV, immersion.) — *Métastase hépatique.* — On voit : *a.* Cellules glandulaires; *b.* Cellules à noyau bilobé en mitose; *c, d, e, f.* Cellules conjonctives à noyau allongé; *g.* Un vaisseau dépourvu de globules rouges dans la lumière duquel se montre un fin reticulum; *h.* Cellules endothéliales de revêtement; *h′h″.* Les mêmes cellules desquamées à l'intérieur du vaisseau. Dans le vaisseau, on voit encore des lymphocytes (*i*), des petits mononucléaires (*j*), des polynucléaires (*k*), de grandes cellules (*l*) à protoplasma clair; *m.* du pigment.

embryonnaire s'accompagnant d'un hermaphrodisme plus ou moins caractérisé;

2° Cas où la morphologie sexuelle est normale et coexiste avec une hypertrichose prématurée plus ou moins abondante;

3° Cas où on note un développement prématuré, une puberté précoce, coexistant avec un dévelop-

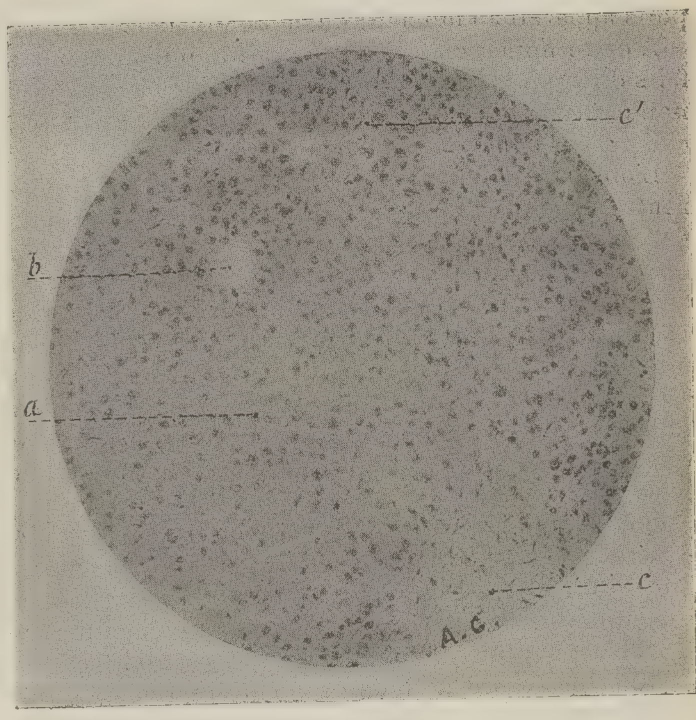


Fig. 8. (Oc. IV, obj. 7.) — *Métastase pulmonaire.* — Aspect général : *a.* Cellules glandulaires ; *b.* Un capillaire ; *c, c′.* Cellules et tissu conjonctifs.



Fig. 9. (Zeiss, oc. IV, immersion.) — *Métastase pulmonaire.* — On voit, dans le tissu glandulaire : *a.* Un capillaire tapissé de cellules endothéliales (*b*) ; *c* Cellules glandulaires du même type que les cellules du néoplasme primitif; *d.* Une cellule à gros noyau; *d′.* Cellule dont le noyau bilobé est en voie de division ; *e.* Une cellule à protoplasma spumeux ; *f.* Cellule de tissu conjonctif; et *g.* Fibres conjonctives s'insinuant entre les cellules glandulaires.

ment exagéré des poils et du tissu adipeux, sans trace d'hermaphrodisme ;

4° Cas où la maladie débutant après la puberté s'accompagne d'un arrêt des règles, d'une adiposité exagérée et d'un développement anormal du système pileux;

5° Cas à début tardif où l'adiposité et la chute des poils apparaît au moment de la ménopause.

A cette nomenclature il y aurait lieu d'ajouter les faits d'hypoplasie surrénale comparables à ceux que nous ont fait connaître Gilbert et Variot et qu'ils ont considérés comme un type de nanisme.

L'observation que nous avons rapportée en détails rentrerait dans le quatrième groupe qui a été admis par Apert et auquel il donnerait volontiers le nom d'*hirsutisme*. Elle s'accompagne en effet de la triade symptomatique de la dystrophie morbide, mais elle en diffère toutefois en ce que certaines parties de la médullaire surrénale semblent avoir été par moment atteintes par le processus morbide, ainsi qu'en témoignent les crises d'asthénie et la teinte grisâtre que présentèrent à plusieurs reprises les mains et les avant-bras.

Quant à l'adiposité survenant en pareil cas de dystrophie des surrénales, elle ne doit pas nous surprendre. A. Lorand (1) a observé sur lui-même une notable augmentation de son poids chaque fois qu'il s'est soumis à l'opothérapie surrénale.

Nous ne voulons dans ce mémoire insister que sur le côté clinique sans nous étendre sur les indications opératoires d'une part et sur les considérations d'ordre embryonnaire qui nous paraissent cependant mériter de retenir l'attention.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1911)

Tuberculose expérimentale. — M. P. Chaussé démontre que le chien contracte par ingestion, même avec de faibles doses, une tuberculose mésentérique occulte décelable par inoculation au cobaye du cent cinquantième au cent quatre-vingtième jour environ.

Dans les conditons normales, l'organisme du chien résorbe sur place les bacilles tuberculeux arrivés dans ses ganglions mésentériques, et cette résorption a lieu dans un délai de cent quatre-vingt à deux cents jours au maximum.

Cette tuberculose digestive occulte ne conduit, dans les conditions physiologiques, ni à une tuberculose thoracique, apparemment primitive, ni à aucune autre localisation spécifique de même nature.

Etant donné que les réactions organiques du chien à l'égard du virus tuberculeux sont identiques à celles de l'homme, il paraît probable, dit M. Chaussé, que les conclusions ci-dessus sont entièrement applicables à ce dernier. « Nous ne voulons point nier, ajoute-t-il, la possibilité de la tuberculisation par voie digestive, mais seulement établir qu'elle n'est réalisable que dans des conditions fort étroites de moindre résistance, jusqu'ici non déterminées, ou par la répétition très prolongée des ingestions virulentes. »

(1) A. Lorand. *Medicin. Klin.*, 27 sept. 1909.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1911)

Les échanges organiques chez l'obèse. Traitement pratique de l'obésité. — M. Robin fait une communication sur ce sujet. Des recherches auxquelles il s'est livré sur les échanges organiques des obèses, il a déduit le traitement suivant, traitement uniquement hygiéno-diététique et qui ne comporte aucun agent médicamenteux.

Il rappelle les différents traitements qui ont été proposés : diminution de l'alimentation, intercalation de petits repas entre les grands, pour diminuer l'appétit, suppression des boissons, parfois dangereuse chez les arthritiques. A ces différents traitements, qui ne sont pas sans inconvénients, M. Robin a substitué un traitement scientifique, qui permet à l'obèse de manger à sa faim et de boire à sa soif. Ce traitement ne comporte aucun agent médicamenteux. Il est basé uniquement sur l'hygiène et le mode d'alimentation.

Le matin, repas d'un peu de viande froide ou de poisson froid, avec un peu de pain et un verre d'eau chaude, avec un peu de thé. Marche d'une demi-heure. A dix heures et demie, un petit repas composé d'un ou de deux œufs à la coque, avec un peu de pain, de l'eau chaude avec du thé. Promenade d'une demi-heure. A midi, viandes froides, un légume, peu de pain, fruits à discrétion, eau chaude ou thé. Une demi-heure de marche. A cinq heures, eau chaude ou thé, promenade; le soir, même repas qu'à midi.

Il existe un moyen de juger, dès les premiers jours, de l'efficacité du traitement. C'est l'examen quantitatif des urines; si celles-ci augmentent, après une dizaine de jours de ce régime, on obtiendra la diminution de l'obésité. On cessera le traitement quand le malade éprouvera une sensation de fatigue ou de faiblesse.

Voyons les résultats de ce traitement. Un obèse a commencé ce traitement le 14 novembre. Après trois semaines, l'urée, qui était à 31, est tombée à 19; l'acide phosphorique, qui était à 3, est tombé à 1. L'activité hépatique est montée de 75 à 80. Le quotient des échanges respiratoires, qui était de 0,73, est monté à 0,80. La diminution du poids a été très notable.

Dans un autre cas, en quelques semaines, le pouls est tombé de 82 à 70.

En résumé, ce traitement, dont les résultats sont constants, diminue l'obésité et améliore l'état général.

M. de Fleury fait observer, avec raison, qu'il faut se méfier des traitements destinés à diminuer l'obésité chez les tuberculeux. Il cite plusieurs exemples.

M. Robin, tout en reconnaissant la justesse de l'observation de M. de Fleury, peut assurer que son traitement n'a pas d'inconvénients chez les tuberculeux, dont il faut toutefois surveiller la tuberculose.

Recherche de l'albumine dans les expectorations. — M. Roger a entrepris à ce sujet une série de recherches d'où il résulte que les crachats des tuberculeux renferment toujours de l'albumine, si bien, que quand il n'y a pas d'albumine, on peut affirmer qu'il n'y a pas de tuberculose, mais on peut trouver de l'albumine dans les crachats en dehors de la tuberculose. M. Roger passe en revue les différents cas dans lesquels on peut trouver de l'albumine dans d'autres affections que la tuberculose.

On n'en trouve pas dans la bronchite simple, la bronchite chronique, ni dans la pneumonie, ni dans la syphilis. C'est donc là, au point de vue de la tuberculose, un très bon moyen de diagnostic et c'est aussi un bon moyen d'en constater la guérison.

La recherche de la syphilis latente par la réaction de Wassermann. — M. Letulle, en son nom et au nom de

M. Bergeron, communique un travail sur ce sujet, d'où il résulte que chaque fois que la réaction est positive, on peut affirmer l'existence de la syphilis. Mais, si la réaction est négative, on ne saurait conclure à la non existence de la syphilis ainsi que le prouvent plusieurs autopsies que rapporte M. Letulle et dans lesquelles on a trouvé des lésions syphilitiques nettes, alors que la réaction de Wassermann avait été négative.

Electrisation directe de l'estomac, par une sonde, sous le contrôle des rayons X. — M. Letulle présente un travail de MM. Aubourg et Lebon qui montrent que l'examen systématique de l'estomac, à l'aide des rayons X, donne des renseignements précis sur les retards des digestions par l'atonie du muscle gastrique. En excitant directement les fibres, par une sonde où l'on fait passer le courant galvanique, les contractions de l'estomac apparaissent immédiatement avec une rapidité de succession et une intensité qui permettent l'évacuation rapide des estomacs, même les plus atones. Cette méthode indolore, dont les effets se constatent par l'examen aux rayons X, pendant l'application même de l'électrisation, semble indiquée dans les cas d'atonie et de ptose gastriques.

Action thérapeutique des produits hépatiques dans les intoxications et les maladies infectieuses en général, et spécialement dans la tuberculose pulmonaire. — M. Parmentier lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 8 avril 1911)

Réaction à la phénolphtaléine et fonction martiale du foie.—M. H. Triboulet. Chez un grand nombre d'athrepsiques, les coupes histologiques du foie révèlent la présence du *fer minéral* (Ribadeau-Dumas). Chez ces sujets, pendant la vie, les selles acholiques pigmentaires, provenant d'un régime connu, sans action sur la phénolphtaléine, donnent, avec celle-ci, une réaction rosée fugace, de même, d'ailleurs, que les selles d'ictère par rétention.

En dehors de l'hématoporphyrine, pigment sans fer, trouvé dans le méconium, et dans certains flux biliaires de type méconial, l'auteur se demande si, pour les acholies pigmentaires, on ne pourrait soupçonner dans les selles la présence de *fer organique*, provenant d'un trouble de la fonction martiale du foie, physiologiquement établie par Dastre.

Conservation des graisses naturelles. — MM. Hudelo, Fernand Lévy et Tulasne. Quelques expériences nous ont démontré que les substances grasses naturelles, additionnées de 5 p. 100 de sous-nitrate de bismuth ne rancissent pas, même quand elles sont placées dans des conditions défavorables.

Cette dose de sous-nitrate de bismuth peut, à notre avis, être réduite à 1 p. 100. Cette constatation est intéressante, car elle permet d'employer des graisses facilement absorbables par les pores de la peau et les muqueuses.

Remarques techniques et structurales sur le tendon. — MM. Retterer et Lelièvre. Le tendon *embryonnaire* est un organe plein dont toutes les cellules ont même forme et même structure. Pendant que la majorité des cellules élaborent des fibres tendineuses, certaines cellules qui occupent la surface des chaînes cellulaires, subissent la fonte dans leur portion *externe*, jusqu'au contact du protoplasma périnucléaire. Cette liquéfaction aboutit à la formation de fentes obliques dont le grand axe est plutôt longitudinal. Le restant de ces cellules superficielles persiste à la surface des colonnes cellulaires sous la forme d'un revêtement nucléé et chromophile dont la moitié interne est différenciée en reticulum et en fibrilles tendineuses. Les fibres restent ainsi reliées les unes aux autres, de sorte que le tendon a une *texture rétiforme*.

Salage des eaux et analyse bactériologique qualitative. — M. Remlinger. Le salage d'une eau à 8 ou 10 p. 100, en vue de son envoi au laboratoire d'analyses, assure la constance du nombre des germes qu'elle renferme. Les résultats sont moins satisfaisants au point de vue qualitatif, qu'au point de vue quantitatif. Alors que dans les eaux abandonnées à elles-mêmes, ou réfrigérées, on note surtout le développement des espèces liquéfiantes, on rencontre presque exclusivement dans les échantillons salés des microbes non liquéfiants. C'est aux dépens de ceux-ci que s'effectue après six à sept jours la multiplication secondaire des microorganismes. Le coli et l'éberth ont, dans les eaux salées, comme dans les eaux réfrigérées tendance à disparaître. La meilleure analyse bactériologique est donc l'analyse sur place. Tout envoi à un laboratoire entraîne des modifications qualitatives des germes. Il ne semble pas toutefois que le salage expose à plus d'erreurs que la réfrigération.

Recherche des anticorps dans les épanchements séro-fibrineux des pleurésies aiguës. — M. P. Paraskevopoulos a entrepris une série d'expériences dans le but de déterminer l'existence des anticorps dans les épanchements séro-fibrineux des pleurésies aiguës.

Pour cela, il a établi d'une part l'indice opsonique de ses épanchements, d'autre part l'indice opsonique du sérum des malades.

Sur 10 cas étudiés, 7 lui ont donné l'indice de l'épanchement supérieur à celui du sérum.

En même temps, l'auteur a cherché à savoir si les globules blancs contenus dans ces épanchements se conservent en bon état. Or, ces globules, mis en présence d'un microbe (celui de la tuberculose par exemple), et d'un sérum ou du liquide de l'épanchement, donnent une phagocytose très marquée.

Ces deux points étant établis : 1° le liquide de l'épanchement séro-fibrineux des pleurésies aiguës contient plus d'anticorps que le sérum du malade; 2° les globules blancs se conservent bien dans l'épanchement. M. Paraskevopoulos croit pouvoir conclure en disant qu'il y aurait intérêt à utiliser les anticorps de ces épanchements, non seulement dans le traitement de la pleurésie, mais encore dans celui de la tuberculose en général, après les avoir soigneusement débarrassés de leurs bacilles.

Appareil clinique pour la mesure des échanges respiratoires. — M. J. Bergonié (de Bordeaux). En physiothérapie le besoin s'en fait particulièrement sentir.

Il est formé d'un radiateur d'automobile enfermé dans un récipient clos. Sur l'énorme surface du radiateur est projetée par une pompe mue électriquement la lessive absorbant le CO^2.

L'oxygène est appelé à travers un compteur par dépression. Une circulation d'air empêche toute variation de température. Tout l'appareil est placé sur une petite table mobile sur roulettes. Il permet à des malades de respirer sans fatigue, il donne sans calcul, sans correction et sans dosage — O et CO^2 et par conséquent $\frac{CO^2}{O}$.

Communication faite, à la réunion biologique de Bordeaux, le 4 avril 1911 :

Toxicité des pulpes glycérinées de sarcosporidies du cheval. — MM. Sabrazès et Muratet (de Bordeaux). Les chevaux d'abattoir sont infectés de sarcosporidies dans la proportion de 80 p. 100. Il est facile d'extraire les kystes de la musculature œsophagienne et d'en faire des pulpes glycérinées aseptiques. L'inoculation sous-cutanée d'une dose de cent kystes tue le lapin en trois jours. Cette intoxication mortelle se marque surtout par une diarrhée cholériforme. L'injection préalable d'extraits aqueux, ou encore d'une dose de

dix kystes seulement, est bien supportée et ne vaccine pas contre la dose mortelle.

Election. — M. Pérez est élu membre de la Société.

Autres communications :

Sur la fonction hématopoïétique de la bourse de Fabricius. — M. Jolly.

Propriétés du sérum de lapins inoculés avec leurs propres colibacilles. — M. Stevenel.

L'anaphylaxie au sperme humain. — MM. J. Minet et J. Leclercq.

Rayons ultraviolets et réaction de Wassermann. — M. M. Breton.

Saccharification de l'inuline par les radiations ultraviolettes. — M. Massol.

Sur quelques propriétés de l'hématoporphyrine. — MM. Dhéré et Sabulewski.

Etude chimique de la réaction du rouge neutre. — M. Guerbet.

Action des extraits salés à chaud de muqueuse gastrique et iléale sur la sécrétion pancréatique. — M. Gley.

Echinococcose primitive expérimentale. — M. Dévé.

Le liquide céphalo-rachidien dans la rachi-novo-cocaïnisation. — MM. Riche et Mestrezat.

ANALYSES

MÉDECINE

Infection diplococcique, mort par cachexie. (*Clinica medica italiana*, octobre 1910, n° 10.) — Fedeli rapporte l'observation d'un homme de soixante-deux ans, qui, depuis quatre années, présentait de l'anorexie, de légères coliques, des pyrosis, des alternatives de diarrhée et de constipation, de la myasthénie, de la céphalée, une fièvre légère, et qui en était arrivé peu à peu à un très mauvais état général.

L'examen révéla de l'artério-sclérose périphérique, de l'atonie gastrique, avec absence d'HCl libre et présence de traces d'acide lactique. Léger météorisme, foie un peu gros sans aucun trouble fonctionnel, rate médiocrement volumineuse. Une prise de sang et des cultures révélèrent l'existence d'un microorganisme un peu atypique, qui fut reconnu pour être un pneumocoque de la variété œdématogène de Foà.

L'état général du malade continua à décliner, un léger degré de fièvre persista, et la mort survint par broncho-pneumonie.

Fedeli insiste sur l'absence de manifestations à siège fixe, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire avec le pneumocoque. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Sur l'étiologie de la fièvre puerpérale et de la fièvre de la puerpéralité. (H. Schottmüller. *Münch. med. Woch.*, 14 mars 1911, n° 11, p. 557.) — Schottmüller rapporte les résultats qu'il a obtenus au cours d'examens bactériologiques pratiqués dans cinquante cas de fièvre puerpérale survenus consécutivement à des avortements ou à des accouchements à terme.

Ces résultats diffèrent notablement de ceux qu'il a obtenus jadis ; autrefois l'agent de beaucoup le plus commun de la fièvre puerpérale était le *streptocoque de l'érysipèle*.

L'examen bactériologique des cavités utérines, ainsi que les hémocultures pratiquées par Schottmüller dans ses cinquante cas récents ont montré à cet auteur que le rôle important était joué par un microbe anaérobie, le *streptococcus putridus*, associé dans quelques cas rares au streptocoque de l'érysipèle.

Schottmüller dit que l'on doit surtout penser à une infection par le *streptococcus putridus*, quand on observe, en même temps qu'un écoulement vaginal fétide, une fièvre intermittente, de l'anémie, des souffles cardiaques, des abcès pulmonaires ; localement ce microbe engendre des thrombophlébites des veines du bassin, de la salpingite, de la péritonite.

Schottmüller dit que le streptococcus putridus existe normalement dans le vagin : les infections qu'il provoque sont des infections autogènes, remontant de la cavité vaginale dans la cavité utérine ; le développement de ce microbe est extrêmement favorisé par la présence de caillots sanguins où il se multiplie avec une intensité toute particulière.

Le *streptocoque de l'érysipèle* semble, au contraire, être le véritable agent des fièvres puerpérales sévissant épidémiquement ; l'infection provoquée par ce microbe vient le plus souvent de l'extérieur.

Dans quelques cas rares, Schottmüller a constaté que l'infection était due au colibacille, au staphylocoque et au bacillus phlegmonis emphysématosal. A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Eczéma des nourrissons. (Rocaz. *Arch. de méd. des enfants*, fév. 1911.) — Nous ne pouvons que très incomplètement résumer cette excellente revue générale de l'*eczéma des nourrissons*, et nous nous bornerons à signaler les aperçus nouveaux sur lesquels l'auteur insiste spécialement. L'*étiologie* de cette affection comprend deux ordres de faits bien établis : les *troubles digestifs* et l'*hérédité arthritique* ; mais à côté de ces causes bien démontrées, il en est qui relèvent sans doute de troubles portant sur les glandes à sécrétion interne, spécialement le *corps thyroïde* (d'où suit, comme conséquence, un traitement opothérapique de l'eczéma).

Cliniquement il faut distinguer l'*eczéma vulgaire* et l'*eczéma séborrhéique*, auquel il faut rattacher l'*érythème séborrhéique de Moussous*, toutes ces modalités évoluant, soit avec un cortège symptomatique de signes fonctionnels très accusés, soit avec absence totale d'une réaction intéressant l'organisme. Des complications peuvent apparaître : infection locale (*eczéma impétigineux*) ; infections générales, se traduisant par des néphrites, broncho-pneumonies, des crises d'asthme, des crises diarrhéiques; l'on ne saurait trop insister également aussi sur les cas de mort subite, assez fréquemment signalés, chez ces petits malades, et dont la pathogénie est assez obscure (septicémie, métastase).

Le traitement de cet eczéma nécessite quelque prudence, précisément parce que les cas de mort subite ont surtout été signalés, lorsque l'on s'était employé à supprimer trop brusquement l'eczéma : il *faut traiter partiellement en graduant la médication*.

L'eau d'Alibour est l'une des préparations les plus efficaces ; on pourra également employer contre l'eczéma séborrhéique l'acide salicylique ; il faudra surtout s'occuper de l'hygiène alimentaire, éviter à ces enfants les dangers de la contagion infectieuse, spécialement dans les salles d'hôpital, enfin, recourir, dans certains cas, à l'opothérapie thyroïdienne. L. BABONNEIX.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la glande thyroïde dans l'épilepsie, l'alcoolisme chronique et la démence précoce. (Zalla. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1911, p. 737-748, 5 fig.) — L'auteur ne trouve rien qui puisse étayer l'hypothèse d'une relation entre la démence précoce et la fonction thyroïdienne.

Dans six cas d'alcoolisme chronique, il note, avec des variations de poids allant de 13 à 56 grammes, un aspect assez constant caractérisé surtout par une notable dilatation des follicules, par une substance colloïde abondante, et, au contraire, tissu conjonctif peu apparent.

Dans l'épilepsie, rien de caractéristique ; mais il y a tou-

jours de graves altérations structurales, sans spécificité, « mais semblant, en général, témoigner d'un déficit ou d'une perversion fonctionnelle de l'organe ». Ces altérations « peuvent aggraver la symptomatologie ». L. ALQUIER.

PSYCHIATRIE

L'indice opsonique dans quelques maladies mentales. (Mario BACCELLI et Tullio TERNI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1911, p. 24-29.) — Dans les cas de démence précoce examinés, l'indice opsonique a présenté de légères oscillations autour de l'unité; chez les épileptiques, il s'est montré, à distance des accès, notablement augmenté. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

« La Gymnastique scientifique », ses bases physiologiques au point de vue éducatif et militaire. L'erreur de la méthode suédoise (1), par le docteur Paul de CHAMPTASSIN, lauréat de l'Académie de médecine, avec préface du docteur E. ROCHARD, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société de chirurgie.

La gymnastique, dont la nécessité est reconnue par tous à titre éducatif, social et militaire, n'a pas encore trouvé une formule définitive, basée sur les lois de la physiologie et de la mécanique rationnelle. A tel point qu'en France, l'armée a une méthode, la marine une autre, l'instruction publique une troisième, sans compter les méthodes officieuses, aussi nombreuses que variées.

Malgré cela, il faut reconnaître que le fond même de ces méthodes, et pour l'armée la méthode tout entière, découlent de la *méthode suédoise*, reconnue par certains spécialistes, la seule « rationnelle et scientifique », qui s'est peu à peu répandue et a progressivement conquis l'opinion générale, se substituant à l'ancienne méthode française, considérée désormais comme empirique et pleine de dangers.

Et peu à peu en France, comme d'ailleurs dans presque tous les grands pays d'Europe, la méthode suédoise, qui promet à tous la force, la santé, la beauté, s'est, ainsi que le dit le docteur Rochard dans sa préface, « répandue comme une tache d'huile sur notre pays, et après avoir envahi l'armée, la marine, les écoles, s'est insinuée jusque dans les cabinets de toilette, et, prenant la place de la vieille gymnastique française, s'est vantée de rendre les gens forts, quand elle est, de par son essence, incapable de donner à ses adeptes leur véritable valeur musculaire ».

On rappelle souvent la parole de Ling, le fondateur de la méthode suédoise : « Lorsque la France s'occupera de gymnastique, il en sortira quelque chose de grand. »

On commence en effet à s'en occuper sérieusement en France, de cette gymnastique suédoise, et il en sortira la démonstration de l'erreur de la méthode de Ling, que quelques spécialistes, bien intentionnés sans doute, mais peu qualifiés par leurs travaux antérieurs ou leurs aptitudes professionnelles, ont voulu imposer à notre pays.

Le docteur P. de Champtassin, spécialisé dans les travaux de physiologie et de mécanique musculaire, et qui a poursuivi pendant plusieurs années ses travaux avec le professeur Berger et le docteur Rochard, apporte aujourd'hui la démonstration expérimentale, clinique et mathématique, que *la méthode suédoise* est *une méthode empirique* comme les autres, et qui n'a que l'apparence d'une méthode scientifique.

Après l'exposé de la doctrine suédoise, que beaucoup de ceux qui en parlent ignorent tout à fait, l'auteur montre que la loi de Schwann et la loi du levier, sur lesquelles sont basées la gymnastique éducative de Ling et la gymnastique médico-mécanique de Zander, ne sont que l'interprétation erronée d'une expérience de laboratoire et d'une théorie mécanique puérile.

A la théorie trophique de la méthode suédoise, l'auteur oppose la théorie osmotique de la contraction et du développement musculaire, expose la méthode des « Résistances progressives » basée sur le travail dynamique, avec suppression de travail statique et frénateur, entraînant comme conséquence l'économie de dépense énergétique, c'est-à-dire le maximum de rendement pour le minimum d'effort.

L'auteur expose ensuite les principes physiologiques et mécaniques sur lesquels doit être basée une gymnastique réellement scientifique, principes qui ont été, pour la plupart, établis par les grands physiologistes français, Chauveau, Marey, Laulanié, etc., et qui permettent véritablement d'appeler une telle gymnastique : la gymnastique française.

Passant rapidement au domaine de l'application, l'auteur expose et critique les règlements de 1902 et 1910 sur l'instruction de la gymnastique dans l'armée.

Il indique la nécessité de supprimer radicalement l'empirique et stérile méthode suédoise, et expose quelles doivent être les directions de la gymnastique rationnelle dans l'armée et dans les écoles, pour qu'on soit en droit d'en attendre des résultats satisfaisants.

Il n'est que temps, en effet, pour la race française, qui tend à perdre ses qualités nationales, car, ainsi que l'écrit le docteur Rochard, « notre belle France, qui fait sortir de son sol des hommes décidés, audacieux, prompts à la riposte, ne peut laisser plus longtemps ses enfants perdre leurs qualités et s'anémier par la gymnastique suédoise : en suivant les nouvelles méthodes du docteur de Champtassin, elle formera des hommes vraiment dignes de la réputation du vieux nom français ». L. GAYARD.

(1) Un volume in-18 jésus, cartonné toile, de 200 pages, avec 30 figures dans le texte — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DES NERFS (1)

Symptômes. — Les symptômes doivent être groupés suivant deux catégories : *a.* ceux que l'on observe peu après la section du nerf ; *b.* ceux qui n'apparaissent que plus tardivement.

a. SYMPTÔMES IMMÉDIATS OU PRÉCOCES. — La section d'un nerf s'accompagne d'une *douleur*, vive, irradiée à tout le nerf, mais d'une très courte durée, de *troubles moteurs*, *paralysies* des muscles correspondant à la distribution du nerf sectionné et de *troubles sensitifs*.

L'examen clinique d'un malade qui se présente avec une section nerveuse, comporte d'abord la recherche systématique des TROUBLES SENSITIFS. Plusieurs éventualités sont à envisager : *a.* l'anesthésie s'étend à tout le territoire du nerf coupé ; *b.* elle est partielle et sa distribution en est très anormale ; *c.* enfin elle peut absolument faire défaut ; pour expliquer ces deux dernières constatations, il faut, suivant les cas, invoquer diverses théories pathogéniques.

L'*absence d'anesthésie* peut s'expliquer, soit en raison des

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 40, p. 609.

anomalies de distribution ou de division précoce, soit par suite de l'existence d'*anastomoses nerveuses anormales*; elle peut encore s'expliquer par la *sensibilité indirecte*, ou la *sensibilité récurrente* d'Arloing et Tripier et la *sensibilité suppléée de Létiévant*.

Aux filets directs nerveux, se mèlent des fibres provenant des troncs voisins, et cet enchevêtrement est souvent assez intime, pour que la distribution sensitive des deux nerfs se superpose, en quelque sorte : c'est là ce que l'on appelle la *sensibilité collatérale*; la *sensibilité récurrente* d'Arloing et Tripier s'explique par l'existence au niveau des doigts, de filets nerveux qui, loin de s'épanouir et de se distribuer à la peau, se recourbent, gagnent une branche nerveuse voisine et remontent vers les centres ; une section du nerf, n'intéresse les fibres récurrentes qu'au-dessus de la section : le segment périphérique garde un certain nombre de fibres intactes, qui permettront ainsi la conservation de la sensibilité.

La *sensibilité suppléée de Létiévant* s'explique par l'ébranlement des papilles nerveuses de la peau de la région voisine qui peut ainsi suppléer à l'absence de sensibilité de la région intéressée par la section.

La recherche de l'anesthésie doit porter sur le territoire de distribution normale du nerf intéressé : successivement on recherchera la sensibilité à la douleur, au tact, à la pression ; en général, il existe, pour chaque nerf, un point d'insensibilité maximum qui siège, pour le cubital, au niveau du bord interne de la main, pour le radial, au niveau de la face dorsale du deuxième espace interosseux, pour le médian, au niveau de la pulpe de l'index. Il peut parfois exister quelques symptômes généraux : shock, etc.

b. SYMPTÔMES PLUS TARDIFS. — 1° TROUBLES SENSITIFS. — L'anesthésie à la douleur, à la température, au tact, à la pression, sont plus ou moins marqués; tous les modes d'anesthésie peuvent être abolis, ou certains seulement : à la limite de la zone insensible, l'on constate l'existence d'une bande neutre, servant de transition avec la région normale : parfois apparaît l'hyperesthésie, preuve du développement d'une névrite secondaire. Lorsque cette hyperesthésie coïncide avec l'anesthésie tactile, le syndrome de l'ANESTHÉSIE DOULOUREUSE DES NÉVRITES est constitué. Il n'est pas exceptionnel de voir apparaître des phénomènes *névralgiques* à retour *périodique* ou intermittent.

2° TROUBLES MOTEURS. — Parmi ceux-ci, les plus importants consistent en *paralysies*, très rapidement compliquées d'*atrophies*, suivies elles-mêmes, à brève échéance, de *rétractions*, musculaires et tendineuses, provoquant des *déformations* exagérées souvent aussi par les muscles antagonistes restés actifs, qui fixent le membre dans une position définitive.

La paralysie motrice apparaît aussitôt après la blessure : elle atteint les groupes musculaires innervés par le nerf sectionné. Les membres atteints prennent une attitude spéciale, suivant le nerf lésé ; mais il faut bien savoir que ces attitudes ne sont pas suffisantes pour juger de l'étendue de la paralysie ; pour apprécier exactement cette paralysie, il faut explorer les muscles, les uns après les autres, et comparer leur action avec ceux du côté sain.

Mais, pour la motilité, comme pour la sensibilité, il existe des exceptions paradoxales, par exemple, l'absence de paralysies à la suite de section du nerf. Pour expliquer ce phénomène, on invoque, comme en ce qui concerne la sensibilité, soit des *anomalies* de *distribution nerveuse*, soit des *anastomoses anormales*, soit la *motilité suppléée* de Létiévant : les dissections montrent bien, en effet, la fréquence d'anastomoses anormales, et d'autre part, il est facile de comprendre en quoi consistera la motilité suppléée de Létiévant : tout mouvement étant dû à l'effort collectif de plusieurs muscles, si un seul des muscles qui commande ce mouvement est paralysé, les autres muscles peuvent néanmoins effectuer le mouvement, d'autant plus encore que la volonté exagère cette motilité suppléée.

Les paralysies s'accompagnent rapidement d'atrophies, de déformations réalisant des types cliniques bien classiques, surtout au membre supérieur. Ainsi, en cas de section complète du *médian*, on voit l'avant-bras atrophié, plat, au niveau de sa partie antérieure ; la paume de la main est étalée, l'éminence thénar a disparu et est remplacée par un méplat ou même un creux ; le pouce est en adduction, la face palmaire en avant et étendue, l'index est étendu, tandis que les deux derniers doigts sont fléchis, ainsi que le médius; en cas de section du *nerf radial*, la main s'enroule, pour ainsi dire, sur l'avant-bras, en se mettant en flexion forcée ; si le *cubital* est sectionné, l'on observe la griffe cubitale (Charcot) : l'annulaire et l'auriculaire sont renversés en arrière, pour leur première phalange, tandis que les deux dernières sont fortement fléchies dans la paume de la main et que l'index et le médius restent à peu près droits, par action des lombricaux suppléant les interosseux.

L'*atrophie* musculaire est extrêmement précoce et rapide ; tant qu'elle reste simple, elle est encore curable; si elle se complique de dégénérescence et d'infiltration graisseuse, elle est irrémédiable.

RÉACTIONS ÉLECTRIQUES. — L'atrophie musculaire s'annonce par des modifications des réactions électriques, qui permettent aussi de prévoir l'évolution des *paralysies*.

Très rapidement, la *contractilité du muscle* à l'excitation faradique disparaît ; si la régénération doit avoir lieu, on voit réapparaître, dès la sixième semaine, cette contractilité; si le cas est plus sérieux, on voit s'installer la réaction de dégénérescence d'Erb; elle se caractérise par la *diminution* et la *perte* de l'excitabilité faradique et galvanique des nerfs et de l'excitabilité faradique des muscles, tandis que l'*excitabilité galvanique* de ces derniers reste stationnaire et est même augmentée; il y a, en même temps, *inversion de la formule*, c'est-à-dire que la secousse musculaire, à la fermeture du pôle positif, devient égale, puis supérieure, à la secousse du pôle négatif.

Ces modifications de la contractilité musculaire tiennent à des lésions importantes des nerfs et des muscles ; nous connaissons les lésions histologiques des nerfs; les lésions musculaires consistent en disparition de la striation transversale, avec atrophie des fibres musculaires, hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel, et, parfois même, retour véritable de la fibre musculaire à l'état embryonnaire.

Si le nerf se régénère, le muscle, lorsqu'il n'a pas subi de lésions irrémédiables, reprend son volume et sa forme, et la réaction de dégénérescence disparaît peu à peu.

Enfin, si la section nerveuse se complique de *névrite*, on voit apparaître les hyperesthésies, les crampes, les spasmes, aboutissant parfois à de véritables contractures.

3° TROUBLES TROPHIQUES. — Ils intéressent tous les tissus; la *peau* prend un aspect lisse, luisant, caractéristique ; elle est amincie, atrophiée; elle donne l'aspect de l'engelure chronique : c'est le *glossy-skin*; l'épiderme desquame; on peut voir apparaître des éruptions de vésicules, de bulles rappelant l'herpès, le zona même parfois; ces vésicules s'ulcèrent, laissent le derme à nu : il en résulte un ulcère fongueux saignant, très douloureux, à durée indéfinie. Il n'est pas rare de voir apparaître des panaris, des maux perforants, des plaques de gangrène.

Les *poils*, les *ongles* sont altérés; ces derniers sont écailleux, friables ; la sécrétion sudorale ne se fait plus; la peau est toujours sèche, sensation fort pénible pour le blessé.

La *température locale* est abaissée de plusieurs degrés; le *tissu cellulaire* est infiltré d'un œdème lié aux poussées de névrite ; il faut noter l'apparition de bosselures sous-cutanées, rappelant l'érythème noueux : ce sont des *pseudo-phlegmons* qui ne suppurent pas.

Les *os* sont le siège d'une raréfaction qui prédispose aux fractures; par suite des rétractions tendineuses, les *articulations* se fixent en position vicieuse; l'on peut même voir apparaître des subluxations.

A côté de ces lésions mécaniques, il faut en signaler d'autres, consistant en de véritables *arthropathies d'origine névritique*; on a signalé des arthropathies polyarticulaires des doigts; ces arthropathies névritiques s'observent, d'ailleurs le plus souvent, à la suite des plaies incomplètes, et presque toujours quand il y a eu névrite traumatique.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 44. — SAMEDI 15 AVRIL 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 15 AVRIL 1911. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecin de l'assistance médicale. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 avril. — MM. Rouyer (Henri), 19 + 9 = 28; Nogier, 17 + 8 = 25; Gessen, 17 + 8 = 25.

Séance du 13 avril. — MM. Chazal, 17 + 6 = 23; Lehmann, 18 + 7 = 25; Montignac, 19 + 9 = 28.

XIIe Congrès français de médecine (Lyon, 22-25 octobre 1911), sous le patronage et la présidence d'honneur de MM. Edouard Herriot, maire de Lyon, les professeurs Chauveau, Ch. Bouchard, membres de l'Académie des sciences, et R. Lépine, correspondant de l'Académie des sciences.

I. Bureau du congrès. — Président : M. le professeur Teissier, associé national de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : MM. le médecin inspecteur Polin, directeur de l'école du service de santé militaire; le professeur Weill, ex-président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon; le docteur J. Audry, médecin honoraire des hôpitaux, président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

Secrétaire général : M. le docteur Paul Courmont, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Fernand Arloing, agrégé à la Faculté de médecine.

Trésorier : M. le docteur A. Cade, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Trésorier-adjoint : M. A. Rey, imprimeur-éditeur.

Adjoints au bureau : MM. les professeurs Bard et d'Espine, de l'Université de Genève ; le professeur Henrijean, de l'Université de Liége, ancien secrétaire général du congrès français de médecine ; le professeur Crespin, de la Faculté de médecine d'Alger ; le docteur Brossard, médecin chef de l'hôpital français, au Caire; le professeur H. Hervieux, de l'Université Laval (Canada), président de l'association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

II. Programme. — Dimanche 22 octobre. Séance d'ouverture du Congrès et réunion des membres souscripteurs appelés à voter les statuts de l'association des médecins de langue française.

Lundi 23 octobre, à neuf heures du matin, première séance générale et discussion de la première question. (Il sera fait part, ultérieurement, de l'ordre du jour définitif, comme des réceptions offertes à l'occasion du Congrès.)

Première question. *Du coma diabétique.* — Rapporteurs : MM. le professeur R. Lépine (de Lyon) : « Introduction a l'histoire du coma diabétique »; les professeurs Hugounenq et Morel (de Lyon) : « Chimie du coma diabétique »; le professeur agrégé Marcel Labbé (de Paris), et le docteur L. Blum, assistant à la clinique médicale de M. le professeur Moritz (de Strasbourg) : « Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique. »

Deuxième question. *Du rôle des hémolysines en pathologie.* — Rapporteurs : MM. le professeur agrégé Georges Guillain et le docteur Jean Troisier (de Paris) : « Exposé général du sujet »; le professeur Nolf (de Liége) : « Les hémolysines au point de vue expérimental »; le professeur Fernand Widal et le docteur Pierre Abrami : « Les ictères hémolytiques acquis. Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extrahépatique »; le professeur Bar (de Paris) : « Les hémolysines de la femme enceinte. »

Troisième question. *Des diurétiques.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Henrijean (de Liége) et Mayor (de Genève) : « La diurèse et les agents diurétiques »; le professeur Pic (de Lyon) : « Les médicaments diurétiques »; le professeur Arnozan (de Bordeaux) : « Les régimes diurétiques. »

Quatrième question, ajoutée par le bureau après entente avec le département de la guerre. *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.* — Rapporteur : M. le médecin principal Rouget, professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le ministre de la guerre.

N.-B. — MM. les membres du Congrès, qui désireraient prendre la parole sur les questions mises en discussion, ou faire une communication sur un sujet original, mais ne faisant pas l'objet d'un rapport spécial, sont priés d'en informer, le plus tôt possible, le secrétariat. L'importance des questions rapportées ne devant laisser que peu de temps disponible pour l'exposé des communications particulières, il est à souhaiter que ces communications soient rigoureusement classées avant l'ouverture du Congrès et groupées par catégories similaires pour être examinées dans des sections organisées spécialement et à cet effet. Le bureau serait heureux de recevoir, avant le 15 juillet au plus tard, pour chacune de ces communications, un court résumé, ou des conclusions qui pourraient être imprimés à la suite des rapports, ce qui faci-





literait singulièrement la bonne tenue des séances et rendrait les discussions plus fructueuses.

Adresser les communications à M. Paul Courmont, secrétaire général, 33, rue Sainte-Hélène, à Lyon.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours, pour deux places d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), s'ouvrira à Angers, le lundi 26 juin 1911, à huit heures du matin, à la préfecture.

Les internes sont nommés pour trois ans. Avantages : indemnité annuelle de 700 francs la première année ; 800 francs la deuxième et 900 francs la troisième année ; nourriture, logement, chauffage, éclairage.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de l'asile.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. SOCIÉTÉ CENTRALE. — L'assemblée générale extraordinaire du 9 avril 1911 a procédé au remplacement des président, vice-président et de dix-neuf membres de la commission administrative démissionnaire.

Ont été élus :

MM. Butte, président; Fiquet, vice-président; Angelvin, vice-secrétaire ; Biard, Deroche, Léon Fournier, Foveau de Courmelles, Hiard, Donatien Labbé, Paul Lutaud, Mouton, Paquet, Régis, Richard d'Aulnay, Ventuejol, Leconte, Pélaprat, Bilhaut père, Dutar, Renouard, Saltas et Peyré, membres de la commission administrative.

ASSOCIATION MÉDICALE INTERNATIONALE CONTRE LA GUERRE. — L'assemblée générale annuelle des membres de l'association médicale internationale contre la guerre a eu lieu à son siège habituel, 25, rue des Mathurins, à Paris, sous la présidence du docteur J.-A. Rivière, président-fondateur de l'œuvre.

Après une allocution du président, le docteur J. Mazery, secrétaire général, a lu son rapport annuel sur les actes et manifestations diverses de l'association; il a fait ressortir combien méritoire avait été l'effort du docteur J.-A. Rivière, et combien noble était son désintéressement, puisque, seul, il avait fait personnellement tous les frais de fondation et de propagande de l'association et que, par ses seules ressources personnelles, sans aucune aide étrangère, il continuait à la faire vivre après avoir amené tous les adhérents.

Plusieurs bans furent battus en l'honneur du docteur Rivière qui fut réélu président à l'unanimité et désigné aussi comme président du prochain congrès qui aura lieu à Paris, fin octobre.

L'éminent professeur, Charles Richet, membre de l'Académie de médecine, a été nommé président d'honneur de ce congrès.

Il a été décidé que les sujets suivants, proposés par le président, feraient l'objet de rapports distincts à soumettre à la discussion du congrès : des rapports internationaux, de la langue internationale, de l'éducation internationale, de l'hygiène internationale, de la circulation internationale, de la vie internationale, de la santé internationale ; le libre-échange nécessaire à la santé internationale, de l'unification des poids, des mesures, des monnaies ; justice internationale ; tribunaux internationaux ; de l'harmonie universelle.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quatorzième semaine, 929 décès, au lieu de 1001 pendant la semaine précédente et au lieu de 1081, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Nous ne comptons aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique (3 cas nouveaux ont été signalés).

CONFÉRENCES PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE. — Le docteur Poulard commencera la première série de ses conférences d'ophtalmologie pratique le lundi 8 mai, à trois heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis de chaque semaine, à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

Ces conférences sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles portent sur les maladies des yeux que tout médecin doit connaître, et sur les soins d'urgence.

Elles sont gratuites.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de se faire inscrire auprès du docteur Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Beaujon.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — (SEMESTRE D'ÉTÉ 1911.) — M. le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, commencera le jeudi 11 mai, à 5 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours de psychologie médicale et pédagogique.

Sujet du cours : *Les Enfants anormaux. — L'Hypnotisme et l'Orthopédie mentale.*

Jeudi 11 mai, à cinq heures : Rôle du médecin dans l'éducation. — Evolution psychologique de l'enfant normal.

Jeudi 18 mai, à cinq heures : L'éducabilité et la malléabilité mentale chez l'enfant. — Les aptitudes physiques et mentales : leur adaptation sociale.

Jeudi 25 mai, à cinq heures : Les anormaux et les inadaptes. — L'orthopédie mentale.

Jeudi 1er juin, à cinq heures : La lutte contre la dégénérescence. — Les dispensaires pédagogiques et les établissements d'orthopédie mentale.

Jeudi 8 juin, à cinq heures : Les épileptiques et les arriérés organiques. — Les traitements de l'épilepsie.

Jeudi 15 juin, à cinq heures : Le problème social de l'épilepsie. — L'éducation des épileptiques.

Jeudi 22 juin, à cinq heures : Les anormaux psychiques : abouliques, aphroniques, ataraxiques.

Dimanche 25 juin, à deux heures et demie : Visite à l'établissement d'orthopédie mentale de Créteil (Seine), (enfants arriérés, instables et nerveux).

Jeudi 29 juin, à cinq heures : L'éducation sexuelle. — Traitement psychothérapique des habitudes vicieuses : onanisme, onychophagie, etc.

Jeudi 6 juillet, à cinq heures : La psychothérapie des maladies sociales : alcoolisme, kleptomanie, perversité, indiscipline, etc.

Les consultations du dispensaire pédagogique et de la clinique psychothérapique ont lieu les mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi, 49, rue Saint-André-des-Arts. (Les médecins, les étudiants et les membres de l'enseignement sont invités à assister aux consultations et aux leçons pratiques du jeudi.)

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, 1re page, au Concours de chirurgien des hôpitaux, lire « Français (Raymond) » au lieu de « François ».

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Régates internationales de Nice et de Menton. — Vacances de Pâques. — Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés jusqu'au 24 avril 1911.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris), leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, viâ Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe : 182 fr. 60 ; 2e classe : 131 fr. 50.

Traité de pathologie exotique, clinique et thérapeutique, publié en huit fascicules, sous la direction de Ch. GRALL, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales, et A. CLARAC, directeur de l'école du service de santé des troupes coloniales. — Vient de paraître le deuxième fascicule : **Parapaludisme et fièvres des pays chauds.** Gr. in-8 de 378 pages avec 26 figures. — Prix : broché, 10 francs ; cartonné, 11 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Vade-Mecum du praticien, par les docteurs LUCAS et PAGE. 2e édition. 1 vol. de 766 pages. — Paris, Maloine.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE

Par M. Henri BERTIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — La pancréatite hémorragique est une affection d'acquisition récente, en France du moins. Elle est en effet surtout fréquente dans les pays du Nord et ce sont les travaux allemands, anglais et américains qui nous l'ont fait connaître.

Rokitansky, en 1865, décrit les formes hémorragiques des pancréatites.

Fitz (de Boston) donne, en 1889, une description étiologique, clinique et anatomo-pathologique des pancréatites hémorragiques basée sur l'étude de tous les cas publiés avant cette date.

Puis vient la période d'expérimentation où différents auteurs cherchent à élucider le mécanisme des lésions révélées par les autopsies et les opérations.

En France, Lenormant et Lecène in *Revue de gynécologie*, 1906, Dieulafoy dans ses cliniques cherchent à préciser l'évolution clinique de cette redoutable affection.

II

Etiologie et Pathogénie. — On peut définir la pancréatite hémorragique, l'inflammation du pancréas avec tendances aux hémorragies intra et périglandulaires. Deux faits anatomiques caractérisent, comme nous le verrons, l'étude anatomo-pathologique, ce sont la *nécrose* des éléments glandulaires et l'*hémorragie*. Comment pouvons-nous expliquer ces lésions et, tout d'abord, quelle est la première en date? Est-ce l'*hémorragie* qui comprime les acini et nourrit mal les éléments glandulaires qui deviennent la proie des ferments pancréatiques? (Chauffard et Ravaut, Birch, Hirchfeld, Ziegler, Fitz.) N'y a-t-il pas plutôt *nécrose primitive* du parenchyme glandulaire et secondairement altération vasculaire déterminant les hémorragies qui augmentent la nécrose?

Quelle que soit la marche des facteurs, le résultat en est le même et la destruction du tissu pancréatique permet l'issue de son suc en dehors de la glande; ainsi peuvent se disséminer les lésions de nécrose.

L'*étiologie* est très complexe, si l'on en juge par l'étude clinique et par le résultat des expérimentations.

Tout d'abord cette affection n'a pas d'âge. Lenormant et Lecène citent 36 observations dans lesquelles l'âge varie de dix-neuf ans à soixante-quatre ans. Leriche et Arnaud complètent la statistique précédente en publiant 54 observations nouvelles, dans lesquelles on relève les chiffres extrêmes de seize à soixante-dix ans. Néanmoins l'affection apparaît surtout à la période moyenne de la vie.

Le *sexe* n'a pas d'importance.

La *race* est au contraire un facteur non négligeable; les races du Nord sont surtout frappées et ce sont les publications allemandes, anglaises et américaines (Etats-Unis), qui ont appelé notre attention sur cette affection, rare en France.

Il est impossible de déduire de l'étude des faits cliniques la cause intime des lésions hémorragiques du pancréas. Les *intoxications* et les *diathèses* paraissent néanmoins jouer un rôle important. Egdehl, sur 105 cas de pancréatites aiguës, trouve l'alcoolisme chez la moitié de ses malades. La syphilis, l'artério-sclérose et la tuberculose sont également assez fréquemment notées. Ce sont, en effet, autant de facteurs susceptibles de diminuer la résistance vasculaire.

Les *infections* et les *intoxications* ont été étudiées dans leur action sur le pancréas par nombre d'expérimentateurs : Thiroloix, Hlava, Flexner ont obtenu des lésions de pancréatite hémorragique en injectant du chlorure de zinc et des *solutions acides* dans le canal de Wirsung.

Carnot a montré que la *trypsine activée par la kinase* produit de belles lésions hémorragiques.

Opie obtient le même résultat en injectant de la *bile* dans le Wirsung.

Les *microorganismes* et leurs *toxines* agissent de même en congestionnant violemment l'organe, mais il faut de fortes doses. Dans les maladies infectieuses telles que grippe, typhoïde, oreillons, on ne constate guère que des hémorragies ponctiformes du pancréas.

Enfin il est deux facteurs particulièrement importants dans la genèse des pancréatites, ce sont les *affections gastro-intestinales* et la *lithiase biliaire*.

Comment agissent ces différents éléments pour déterminer le syndrome qui nous occupe? Nous avons dit que parfois l'hémorragie était première en date. Il est possible en effet que des anévrismes miliaires, développés sous l'influence d'une diathèse ou d'une intoxication, se rompent. De même agira un traumatisme abdominal qui, déterminant d'emblée un hématome intraglandulaire, comprime le tissu et rend possible son auto-digestion.

Mais, dans la majorité des cas, c'est la nécrose qui commence. Deux conditions deviennent alors nécessaires pour rendre possible l'auto-digestion du tissu pancréatique : 1° la stase sanguine; 2° l'hyperactivité du suc pancréatique par addition de kinase qui peut être fournie par le suc duodénal ou la bile.

L'intégrité de la circulation protège, en effet, le tissu glandulaire contre les sucs digestifs qu'il sécrète; c'est par troubles circulatoires qu'agissent l'*embolie*, le *spasme* et la *thrombose veineuse*.

Les *infections gastro-intestinales* peuvent être le point de départ d'une inflammation du canal de Wissung, mais en général ce sont les voies biliaires qui sont infectées tout d'abord; les calculs qui en sont la conséquence jouent un rôle important dans l'apparition des pancréatites. Mayo Robson, Körte, Quénu et Duval ont particulièrement insisté sur la *coexistence fréquente des pancréatites et de la lithiase du cholédoque*.

Quel est le mécanisme de ce retentissement de l'infection des voies biliaires sur le pancréas? La

voie lymphatique n'est probablement pas la voie la plus fréquemment empruntée par les germes et la voie canaliculaire apparaît comme la plus simple et la plus admissible des hypothèses. Le calcul du cholédoque peut agir diversement suivant qu'il s'est arrêté plus ou moins haut. *Dans le cholédoque* il comprime la tête du pancréas et détermine sa sclérose; la chasse biliaire ne se fait plus et les germes peuvent gagner le canal de Wirsung. Situé dans la *portion inférieure du cholédoque* le calcul comprime le Wirsung, augmente la pression du suc pancréatique dans les acini, la circulation est gênée et l'auto-digestion possible d'autant plus que le sang contient une substance dite *antitrypsine* qui protège les cellules contre l'action digestive du suc pancréatique. *Dans l'ampoule*, le calcul peut obturer en partie la lumière duodénale et « mettre en court circuit », dit Opie, les deux canaux biliaire et pancréatique. De ce fait, le suc pancréatique devient actif par addition de bile et exerce son action digestive.

Les statistiques de Quénu et Duval mettent en évidence l'intérêt du siège du calcul : 94 cas de calculs de la vésicule et du cholédoque ne donnent que huit pancréatites hémorragiques; tandis que 10 cas de calcul de l'ampoule s'accompagnent, dans 4 cas, de pancréatite.

En résumé, le rôle des germes n'est qu'accessoire. Tout facteur capable de modifier le pancréas par sclérose, inflammation ou adipose, constituera une prédisposition. Mais la véritable pathogénie se résume dans les deux éléments suivants : *modification de la circulation* et *hyperactivité du suc pancréatique*.

III

Anatomie pathologique. — A l'autopsie ou à l'opération, on constate des lésions toujours identiques, seule l'intensité du processus hémorragique diffère. Le pancréas est volumineux, doublé ou triplé, infiltré d'hémorragies interstitielles qui apparaissent sur la coupe de la glande, et surtout abondantes au niveau de la tête. En certains points, de petits îlots blanchâtres disséminés traduisent la nécrose du tissu cellulo-adipeux qui infiltre normalement le pancréas.

Parfois, l'aspect est tout autre, la glande est transformée en un véritable hématome diffus, dans lequel on reconnaît à peine le parenchyme glandulaire. Le fascia de Treitz empêche la diffusion en arrière de la loge pancréatique, au contraire l'hémorragie décolle facilement le feuillet péritonéal prépancréatique. L'hématome, limité en bas par l'insertion du mésocôlon transverse, refoule en avant le feuillet postérieur de l'arrière-cavité des épiploons déterminant parfois une tumeur en région épigastrique (obs. Guinard). Dans ces cas d'augmentation énorme de volume du pancréas, les plexus solaire et cœliaque peuvent être comprimés ou tiraillés.

Quand l'épanchement est suffisant, il peut, par son abondance et par ses propriétés digestives, faire céder le feuillet du péritoine qui le sépare de l'arrière-cavité des épiploons. De là, par le même processus, il franchit le ligament gastro-colique et va diffuser la nécrose. La stéatonécrose de l'épiploon, des appendices épiploïques et du tissu cellulaire sous-péritonéal constitue un indice d'extrême importance lorsqu'on l'a constatée au cours d'une intervention abdominale. Elle apparaît sous forme de taches blanches laiteuses, comparables à du lait caillé ou à des taches de bougie. Ces îlots d'un blanc éclatant présentent un volume qui varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille; ils sont tantôt discrets et disséminés, tantôt confluents.

Histologiquement, lorsque les lésions sont d'intensité moyenne, elles présentent un ensemble de caractères sur lesquels ont insisté Lenormant et Lecène. « Elles sont diffuses; présentent une dissémination désordonnée dans la glande. A côté de parties absolument normales, on trouve un lobule infiltré de sang ou frappé de nécrose. Enfin, il y a absence presque complète de réaction leucocytaire dans le tissu conjonctif interlobulaire. »

La *stéatonécrose* (Hallion) ou nécrose du tissu adipeux, Fettnécrose des auteurs allemands, se présente avec un caractère identique au niveau de l'épiploon du mésentère, du mésocôlon ou même dans l'épaisseur du pancréas. Les taches blanches laiteuses ont, à l'examen microscopique, un aspect qui permet de reconnaître immédiatement la *nécrose des cellules graisseuses* : le noyau de la cellule est disparu et la grosse goutte de graisse qu'elle contient normalement est transformée en cristaux d'acides gras ou en savons insolubles. Tantôt en effet on constate la présence de cristaux en forme d'oursins remplissant la cellule nécrosée; tantôt on ne voit qu'une masse homogène formée par l'union des acides gras et des sels de chaux qui ont donné naissance à un savon insoluble qui remplit la cellule.

Ces lésions s'expliquent d'ailleurs facilement par action de la *stéapsine*, ferment du suc pancréatique qui jouit de la propriété de dédoubler les graisses en acides gras et glycérine, tandis que la *trypsine*, capable d'attaquer, dans certaines conditions que nous avons étudiées, la paroi des vaisseaux, provoque les suffusions sanguines.

Enfin, l'examen soigneux des différents viscères pourra montrer des lésions ulcéreuses de l'estomac ou du duodénum, adhérents au pancréas. Mais surtout, il faudra rechercher avec soin les inflammations des voies biliaires et particulièrement la présence de calculs du cholédoque et de l'ampoule de Vater.

IV

Symptômes. — La pancréatite aiguë hémorragique présente, en général, un début brutal. Le malade, jusqu'alors en bonne santé, ressent brusquement une *douleur épigastrique violente*, douleur névralgique et non péritonéale, bien localisée à l'épigastre, présentant d'emblée son maximum d'intensité et s'accompagnant souvent de tendance syncopale.

Elle est juxta-ombilicale, siégeant plus haut et plus en dedans que le point douloureux appendiculaire; plus bas et plus en dedans que la douleur des coliques hépatiques.

Bien qu'ayant son maximum nettement localisé,

cette douleur de la pancréatite hémorragique présente cependant quelques irradiations qu'il faut bien connaître, en particulier dans la région interscapulaire ; et Mayo Robson insiste à juste titre sur ce fait que l'on songe tout d'abord à une affection gastrique plutôt qu'à une affection pancréatique ou hépatique, d'autant plus que les observations n'indiquent jamais d'irradiations douloureuses dans l'épaule.

La *pression au niveau de l'angle costo-vertébral gauche* détermine une exaspération douloureuse qui serait, pour ce même auteur, un bon signe d'affection aiguë du pancréas. Si l'on suit le malade, on constate que, très rapidement, l'état général se modifie, le facies se grippe, le nez se pince, les yeux s'excavent et au bout de quelques heures apparaît un ballonnement souvent localisé à la région sus-ombilicale, qui complète le *syndrome péritonéal.* Le ballonnement n'est d'ailleurs pas excessif, il traduit la parésie des anses intestinales par irritation du plexus solaire et fait même assez souvent défaut.

Les *vomissements* apparaissent en général dès le début de la crise, se produisant facilement ; ils sont alimentaires ou bilieux, parfois sanglants, mais ne deviennent jamais fécaloïdes. Leur fréquence va diminuant à mesure que l'affection évolue.

Enfin, l'*arrêt des matières et des gaz* complète assez souvent ce syndrome de pseudo-occlusion, mais cette suppression, dans bien des cas, n'est qu'incomplète et parfois même on relève dans les observations l'apparition de *diarrhées profuses.*

L'étude du *pouls* et de la *température* présente un grand intérêt par suite de la dissociation fréquente de ces deux éléments. Le pouls est souvent rapide, petit et filant, alors que dans la majorité des cas la température est normale ou peu élevée, oscillant autour de 38 ; parfois même inférieure à la normale.

Par contre, dans plusieurs observations, le pouls est lent, tendu, bien frappé (Dévé).

En somme, on est frappé de l'association paradoxale de ces divers symptômes qui constituent un tableau clinique tenant à la fois de la péritonite et de l'occlusion, survenant chez un sujet d'*apparence robuste* et d'*embonpoint exagéré.* L'altération très rapide de l'état général, s'accompagnant de *taches violacées disséminées sur l'abdomen*, avec *cyanose du visage* (Halsted), constitue un ensemble qui doit faire songer à une lésion pancréatique.

Il est rare, en effet, de pouvoir tirer de la palpation de l'abdomen des symptômes précis. Néanmoins, cet examen permet parfois de noter une résistance anormale de la région épigastrique, ou même de sentir une véritable tumeur, située sous le rebord costal gauche. Dans certains cas, c'est sur la ligne médiane que l'on sent une masse mobile sous la paroi et due à la rétraction du tablier épiploïque enflammé et épaissi.

A côté de toutes ces manifestations qui sont sous la dépendance d'une *irritation du plexus solaire* et attirent immédiatement l'attention par leur gravité, on peut parfois mettre en évidence un second groupe de symptômes qui permettent de dépister l'*altération des fonctions pancréatiques.*

La glycosurie est notée dans quelques observations, mais elle fait le plus souvent défaut. L'expérimentation montre qu'il faut une destruction très étendue du pancréas pour faire apparaître la glycosurie ; il semble donc que l'on puisse déduire de l'apparition de ce symptôme la gravité du pronostic. La clinique montre qu'il n'en est rien et que, quand il existe, le sucre tend à disparaître au cinquième jour de l'affection.

Plus importante parce que plus fréquente serait la constatation dans l'*urine* d'*acide gras, de stéapsine et de trypsine.* La réaction de Cammidge (1) permet de mettre en évidence cette insuffisance de l'assimilation des matières grasses, due à la diminution de la sécrétion pancréatique.

L'*examen des selles*, pour la même raison, permettra de reconnaître la stéarrhée et l'existence fréquente de mélæna.

Mais, il faut bien le dire, malgré tous ces signes, le diagnostic de la pancréatite hémorragique reste toujours difficile et ce n'est bien souvent que la constatation d'un *épanchement séro-hématique* abondant et l'existence de taches de *stéatonécrose* qui guideront vers le pancréas au cours de la laparotomie exploratrice.

V

Formes cliniques. — A côté de cette *forme aiguë* la plus fréquente, on peut observer des formes à *évolution foudroyante*, ou, au contraire, *à évolution plus lente.*

La forme suraiguë peut déterminer la mort en une heure. La douleur est très intense, quelques nausées apparaissent et bientôt le malade meurt dans le collapsus. Il paraît évident que la mort dans ces cas est due à un réflexe nerveux ayant point de départ dans le plexus solaire.

Parfois la mort est moins rapide et survient en douze ou vingt-quatre heures. Plus intéressantes au point de vue thérapeutique sont les formes lentes. Les symptômes de début sont moins accusés, l'abdomen se ballonne, quelques vomissements surviennent, mais l'état général surtout est moins touché. Peu à peu se constitue une tumeur dans la région épigastrique, c'est un hématome de l'arrière-cavité des épiploons qui évolue, déterminant une cachexie extrême ou déterminant la mort par infection secondaire.

Il convient de citer encore certaines formes évoluant par *poussées successives.* Le début est brusque et les symptômes graves, puis tout s'atténue sous l'influence d'un traitement palliatif, puis survient une nouvelle crise qui peut guérir par l'intervention ou déterminer la mort.

(1) Wilson, directeur du laboratoire des frères Mayo à Rochester, conclut de ses recherches de plusieurs années que la réaction de Cammidge, recherchée dans les urines indépendamment de tout examen clinique et de tout renseignement sur la maladie, *n a aucune espèce de signification ni de valeur pour apprécier l'état du pancréas.* Cependant cette réaction serait intéressante parce qu'elle indique certainement des altérations du métabolisme général dont on ignore encore la nature.

VI

Pronostic. — En définitive, la pancréatite aiguë hémorragique est une affection d'extrême gravité. Livrée à elle-même, elle évolue de façon à peu près identique dans tous les cas : l'affaiblissement du pouls, l'altération de l'état général vont croissant, et c'est souvent une *hématémèse abondante* qui détermine la mort. On a beaucoup discuté sur la cause de la mort dans cette affection ; il semble que de multiples facteurs interviennent. Laignel-Lavastine a montré quels symptômes graves peuvent résulter de l'irritation du plexus solaire. Pour Gulecke et Doberauer, le passage dans le sang de savon, résultant de l'action de la stéapsine sur la graisse, peut déterminer expérimentalement la mort brutale du chien en expérience. Enfin, Mikulicz a démontré que l'injection de fragments de pancréas normal ne détermine pas de troubles, tandis que le suc et les fragments de pancréas prélevés sur des animaux chez lesquels on a provoqué des pancréatites aiguës, sont capables de faire apparaître des symptômes graves et même la mort.

L'intervention peut modifier cette redoutable évolution, mais la mortalité opératoire est considérable. Dans les cas favorables, le drainage, s'effectuant de façon suffisante, permet l'extériorisation des produits de sécrétion. Parfois persistent des fistules pancréatiques qui durent un temps plus ou moins long.

VII

Diagnostic. — La gravité même du pronostic et la possibilité de succès opératoire doivent donc encourager à pratiquer l'intervention de façon aussi précoce que possible. Or, cette intervention est subordonnée au diagnostic, qui, en cas de doute, sera complété par la laparotomie exploratrice.

Cliniquement, nous nous trouvons en présence d'un syndrome douloureux aigu de l'abdomen et nous devons passer en revue les affections capables d'évoluer avec ce cortège symptomatique.

La crise douloureuse du début peut en imposer pour une crise de *colique hépatique* ou d'*appendicite*.

Les antécédents de lithiase du malade, l'état général moins grave, l'ictère et la localisation du maximum de la douleur plus haut et plus en dehors, permettront en général un diagnostic facile. Mais nous rappellerons qu'il est fréquent de voir apparaître la pancréatite hémorragique chez des sujets lithiasiques et l'on conçoit combien il peut être difficile de saisir le moment où la pancréatite complique la lithiase. La recrudescence des douleurs, coïncidant avec une aggravation nette de l'état général, pourront donner l'éveil.

La crise appendiculaire est en général caractérisée par une douleur *progressive* siégeant au point de Mac Burney. Mais on sait combien est variable la situation de l'appendice et, par suite, la localisation du maximum douloureux.

Ce sont surtout les *perforations viscérales spontanées* qui peuvent prêter à confusion : rupture vésiculaire, stomacale, duodénale. Et dans plusieurs observations le diagnostic fut celui d'ulcère du duodénum perforé.

Chez certains sujets, on posera le diagnostic de *coliques de plomb* ou crises viscérales du tabes, d'autant plus que dans ce cas on peut noter l'apparition d'hématémèse et que la douleur est parfois très vive, la température restant normale.

La *thrombose des vaisseaux mésentériques* évolue parfois avec le même tableau dramatique : douleur brusque et violente en région ombilicale, vomissements et diarrhée. Mais l'apparition d'entérorragies est un symptôme capital dans la thrombose. Cette diarrhée sanglante accompagnée de signes d'occlusion et de douleurs à irradiations lombaires, doit faire songer à la thrombose mésentérique, surtout lorsque les signes généraux d'hémorragie interne et la chute de la température au-dessous de la normale complètent la symptomatologie.

Lorsqu'à cette phase de douleur s'ajoutent les phénomènes péritonéaux, les deux grands diagnostics qui doivent être discutés sont *la péritonite* et *l'occlusion*.

Assez souvent la pancréatite hémorragique est soupçonnée par la constatation de signes paradoxaux qui empêchent de poser, de façon ferme, le diagnostic de péritonite ou d'occlusion. La température, qui dans nombre d'observations se maintient autour de 38 degrés, n'est pas suffisante pour une péritonite, est trop élevée pour une occlusion. Le ballonnement est peu considérable. Le pouls n'est pas défaillant comme un pouls de péritonite, mais présente souvent cette tension particulière que l'on constate au cours de la colique saturnine. L'arrêt des matières et des gaz, enfin, n'est pas absolu.

Ajoutons que souvent le diagnostic est impossible.

La forme foudroyante est intéressante au point de vue médico-légal (Chalmers), puisqu'elle a pu en imposer pour un empoisonnement (cas de Lancereaux, Fromad, Thellvall).

En résumé, on peut dire que le diagnostic est *parfois* facile, si l'on pense à la possibilité d'une pancréatite, par ce fait que certains symptômes sont en opposition avec l'hypothèse de toute autre affection abdominale.

Mais, *plus souvent*, c'est l'intervention seule qui permettra d'être affirmatif. Encore devra-t-on se souvenir que la constatation d'*épanchement séro-hématique* est insuffisante à elle seule pour trancher l'hésitation, puisque, dans certaines occlusions, on peut également l'observer, de même aussi dans la thrombose mésentérique.

Quant à la stéatonécrose, elle peut manquer si l'intervention est précoce.

Enfin, la confusion est possible entre l'hématome de l'arrière-cavité des épiploons et certains kystes du pancréas.

En cas d'hésitation, l'exploration systématique du pancréas doit donc être pratiquée.

VIII

Traitement. — Pendant longtemps, les chirurgiens ont hésité à intervenir dans une affection qu'ils

avaient tendance à considérer comme une septicémie péritonéale. Les cas de guérisons opératoires ont justifié l'opinion des interventionnistes, qui pensent que l'on doit non seulement intervenir, mais *intervenir promptement*. A l'heure actuelle, la conduite du chirurgien est bien réglée, il doit, en présence du *drame pancréatique*, remplir deux indications : 1° protéger la cavité abdominale contre la diffusion du suc pancréatique ; 2° drainer à l'extérieur les produits de sécrétions et les fragments nécrosés de la glande.

La laparotomie médiane est la voie de choix; dans la majorité des cas, l'incision sera à la fois sus et sous-ombilicale. Immédiatement le diagnostic hésitant est confirmé par la constatation d'un épanchement séro-hématique et de taches de stéatonécrose. Cette constatation est doublement importante, car si elle guide l'opérateur vers le pancréas, elle indique, en outre, la diffusion du suc pancréatique dans l'abdomen. Par contre, l'absence de ces signes perme de supposer que le suc pancréatique est encore bridé par le feuillet péritonéal de l'arrière-cavité e il conviendra, avant de pratiquer son évacuation à travers le ligament gastro-colique, de bien protéger les anses intestinales.

Donc, le premier temps consistera dans l'évacuation des liquides sécrétés, par aspiration, si possible. Puis le pancréas sera largement découvert par effondrement de l'épiploon gastro-colique ; on pourra alors constater la lésion et juger de son étendue.

Avec un instrument mousse on dilacérera le tissu glandulaire de façon à ne point laisser de clapiers non drainés. Le dernier temps opératoire consiste dans le tamponnement et le drainage soigneux. Les mèches seront disposées de façon à éviter la diffusion du suc vers les organes voisins, on en pourra former une couronne, au centre de laquelle on disposera un gros drain.

Selon l'aspect des lésions on pratiquera ce drainage à travers le ligament gastro-colique ou, moins facilement, à travers le ligament gastro-hépatique effondré. Ces deux voies pourront d'ailleurs être combinées.

Il peut être indiqué dans certains cas de drainer par la voie lombaire, lorsque l'épanchement est surtout rétro-pancréatique.

En définitive, l'opération doit toujours être aussi rapide que possible ; l'anesthésie locale sera préférée à l'anesthésie générale, en tous cas on redoutera le chloroforme chez les malades en imminence de collapsus, on drainera là où bombe la collection et quand l'épiploon sera criblé de taches de stéatonécrose, il semble indiqué d'en pratiquer la résection.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne rappellerons pas ici les indications bibliographiques, très nombreuses, que l'on trouvera en détail dans les études de Lenormant et Lecène, et de Leriche et Arnaud, jusqu'en 1909.

Nous compléterons seulement la liste des travaux publiés sur les pancréatites hémorragiques depuis cette époque.

LENORMANT et LECÈNE. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, déc. 1906. (Contenant 36 observations résumées de pancréatite hémorragique.)

LERICHE et ARNAUD. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1909. (Ces auteurs donnent une bonne bibliographie depuis 1906 et résument 54 observations nouvelles.)

BOUVET. *Rapports des pancréatites et de la cholélithiase*, Th. de Lyon.

SCHULTZE. *Contribution à l'étude de l'apoplexie du pancréas avec remarques sur l'état actuel de nos connaissances relativement aux affections aiguës de cet organe*, Th. de Leipsig, 1909.

CAPELLI. Contribution à l'étude de la chirurgie du pancréas. Rapports de la pancréatite et de la lithiase, *Il Policlinico*, août 1909.

ERDMANN. Acuto-pancreatitis. Symptoms and treatment, *Amer. Journ. of surg.*, juin 1909.

PETROFF. Etude sur la valeur de la réaction de Cammidge dans les affections du pancréas, *Roussky Vratch*, 1909.

SMITH. The surgical conception of pancreatitis, *Ann. of surg.*, oct. 1909.

JUDD. Acute hemorrage, *Ann. of surg.*, 1909.

DEAVER. Diagnostic et traitement chirurgical de la pancréatite aiguë, *The amer. Journ. of the med.*, déc. 1909.

BALCH et SMITH. Vingt et un cas de pancréatites aiguës (résumés in *Journ. de chir.*, nov. 1910), *The Boston med. and surg. Journ.*, sept. 1910.

ARCHIBALD. Pancréatites aiguës, subaiguës et chroniques; pancréatites récidivantes, *Soc. méd.-chir. de Montréal*, 24 mai 1910.

DICK. Pancréatite aiguë, *Edimb. med. Journ.*, sept. 1910. (L'auteur rapporte trois cas de pancréatite aiguë hémorragique.)

TRUESDALE. Deux cas de pancréatite aiguë hémorragique, *The Boston med. and surg. Journ.*, sept. 1910.

BARKER (de Londres). Un cas de pancréatite hémorragique. Opération. Guérison, *The Lancet*, 29 oct. 1910.

STRAJESKO (de Kieff). Un cas de pancréatite hémorragique avec formation ultérieure d'un abcès rétroduodénal, *Pracht. Vratch*, oct. 1910.

WILSON (de Rochester). Etude clinique de la réaction de Cammidge, *Surg. gyn. and obst.*, août 1910.

HOFMANN. Sur l'infarctus hémorragique du pancréas, *Centralbl. f. Chir.*, 6 août 1910.

STUPARICH. Sur le diagnostic de la pancréatite aiguë dans la pratique journalière, *Med. Klin.*, août 1910.

STOROJEVA. Sur les pancréatites et leur rapport avec les affections des voies biliaires, *Roussky Vratch*, août 1910.

RANSOHOF. Hémorragies pancréatiques et pancréatite aiguë, *Ann. of surg.*, mai 1910.

LAPEYRE. Un cas d'hémorragie du pancréas, *Gaz. méd. du Centre*, juin 1910.

WAGNER. Nécrose pancréatique et graisseuse, suite d'accident, *Monats. f. Unfall. und Invaliden.*, 1910, n° 5.

CALHOUM. Relation d'un cas de pancréatite hémorragique avec autopsie, *Med. record*, 2 avril 1910.

VERHOOGEN. Note sur un cas de pancréatite hémorragique, *Soc. belge de chir.*, janv. 1910.

MAGNIEN et VIANNAY. Pancréatite aiguë hémorragique. Intervention vingt-quatre heures après les accidents. Mort, *Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne*, 2 fév. 1910.

THÉVENOT. Pancréatite hémorragique, communication à la *Soc. de chir. de Lyon*, 24 nov. 1910.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1911)

Traitement des péritonites diffuses. — M. POTHERAT fait observer qu'il faut d'abord s'entendre sur le diagnostic des péritonites réellement diffuses. Le danger ne tient pas tant à l'extension plus ou moins grande de la péritonite qu'à sa virulence. Il reconnaît que le siphon, la position de Fowler, le décubitus latéral peuvent rendre des services.

Toutefois, sa pratique personnelle consiste dans un bon lavage de toute la séreuse péritonéale et surtout dans un bon drainage. Le succès dépend surtout du degré de virulence de la péritonite.

Traitement des fractures. — M. MOTY fait connaître les procédés de traitement, auxquels il a recours, contre les fractures des membres.

M. THIÉRY s'occupe surtout des fractures du tibia à grand déplacement.

M. Quénu, dit-il, a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus de l'appareil de Lambret, modifié par lui. En vantant cet appareil, M. Quénu a implicitement déclaré la faillite des procédés habituels. Depuis longtemps, M. Thiéry professe la même opinion, et, s'il ne l'a pas déclarée plus tôt, c'était par une sorte de vénération à l'égard d'Hennequin qui a rendu tant de services au traitement des fractures et qui a toujours été si dévoué pour diriger la pose de ses appareils dans les services hospitaliers.

Quoi qu'il en soit, M. Thiéry rappelle que, bien souvent, le traitement des fractures est un peu négligé dans les hôpitaux, et les médecins des asiles de Vincennes et du Vésinet ont souvent constaté des résultats très défectueux.

Dès 1891, M. Thiéry publiait, dans la *Gazette médicale*, un travail sur les fractures du fémur. S'appuyant sur des expériences sur le cadavre, il s'appliquait à démontrer que, pour réduire une fracture du fémur et arriver à la coaptation exacte des deux fragments, il faut opérer une traction extrêmement considérable, traction que les malades ne pourraient jamais supporter. Cette réflexion est également applicable aux fractures du tibia. La réduction géométrique des fractures du tibia est impossible par voie transcutanée. Aucun appareil n'est capable de produire cette coaptation géométrique.

En matière de fractures, ajoute M. Thiéry, le cal est une difformité ; c'est la chéloïde de la fracture. Quand la réduction est bien complète, il ne doit pas y avoir de cal, ainsi que le prouvent plusieurs radiographies que M. Thiéry fait passer sous les yeux de ses collègues. Il y a donc lieu de chercher à faire mieux pour le traitement des fractures du tibia non ouvertes, à grand déplacement.

Deux procédés se trouvent alors en présence, la méthode de Lambret et la suture ou la ligature osseuse par la méthode sanglante. M. Thiéry fait une étude comparative de ces deux interventions.

M. Thiéry n'a jamais appliqué l'appareil de Lambret, mais il se doute bien que l'application d'une broche sur le tibia et d'une autre broche sur le calcanéum constitue une intervention assez sérieuse. D'après les radiographies qu'il a vues, la coaptation dans le sens transversal n'est pas toujours parfaite, on risque aussi de déterminer des escarres et des arthrites consécutives qui prolongent de beaucoup la durée du traitement des fractures du tibia. En somme l'appareil de Lambret constitue un procédé compliqué, chirurgical, qui peut donner un résultat satisfaisant mais non idéal.

Ce résultat idéal, M. Thiéry croit s'en rapprocher beaucoup plus en ayant recours à la suture osseuse par intervention sanglante. Il rappelle avoir été un des premiers à vanter le traitement des fractures du tibia à grand déplacement par la suture osseuse. Au Congrès de chirurgie 1901, sa première communication sur ce sujet fut accueillie peu favorablement. MM. Lucas-Championnière et Reynier protestèrent. M. Lucas-Championnière pouvait avoir quelques raisons de protester. En son absence, à l'Hôtel-Dieu, M. Thiéry appliqua la suture osseuse sur deux malades, l'une hystérique, l'autre choréique, qui firent sauter les sutures, d'où un résultat déplorable. Si M. Championnière a jugé de la valeur de la méthode sur ces deux cas, on comprend qu'il n'en ait pas été satisfait. Mais M. Lucas-Championnière n'a pas vu les malades qui sont partis guéris et bien guéris. M. Thiéry cite plusieurs exemples, avec radiographies à l'appui. Avec l'instrumentation de Tuffier, la suture ou plutôt la ligature osseuse est devenue plus facile et M. Thiéry considère ce mode de traitement des fractures du tibia à grand déplacement comme le traitement idéal. Les résultats de la suture sont généralement parfaits et exigent des soins aseptiques moins prolongés que les broches de Lambret.

M. Thiéry a remplacé les fils d'argent par des fils de cuivre. Il n'opère pas sur des membres très variqueux. L'appareil plâtré est inutile. Une simple gouttière suffit. Toutefois la guérison, par ce procédé, n'est pas très rapide. La cicatrisation osseuse se fait assez lentement.

En résumé, nous sommes aujourd'hui en possession de deux procédés chirurgicaux pour le traitement des fractures du tibia à grand déplacement, le procédé de Lambret et celui de la suture. M. Thiéry donne nettement la préférence à ce dernier.

M. ROCHARD demande à M. Thiéry s'il n'a jamais eu d'accidents. Il préfère, quant à lui, recourir encore à l'appareil de Hennequin, bien appliqué, comme étant moins dangereux et comme donnant un résultat fonctionnel très suffisant. Quant au cal, il existe, sans doute, aussi bien après la suture, mais il ne se voit pas à la radiographie.

M. ROUTIER, contrairement à ce qu'a dit M. Thiéry sur la négligence apportée par les chirurgiens des hôpitaux dans le traitement des fractures, prétend y apporter tous ses soins et obtenir de très bons résultats de l'appareil de Hennequin. Quelque procédé qu'on emploie, il est impossible de remettre les choses dans l'état parfait où les met la nature. Mais la réduction anatomique complète n'est vraiment pas nécessaire. Nous obtenons que les malades marchent bien et c'est là le principal. En outre, l'appareil de marche de Delbet constitue un vrai progrès. Les malades marchent et font manœuvrer leur articulation tibio-tarsienne, ce qui est un grand avantage pour l'avenir. La cicatrisation osseuse se fait plus vite. Il ne semble donc pas utile, à M. Routier, d'ouvrir le foyer de la fracture, opération toujours assez grave, quand on peut obtenir de bons résultats fonctionnels avec des appareils beaucoup plus simples.

M. PICQUÉ estime qu'on peut très bien marcher, même avec une consolidation insuffisante, même avec un déplacement invraisemblable, ainsi qu'il l'a récemment constaté chez un aliéné qui s'était jeté par la fenêtre.

M. Picqué a vu, par contre, les mauvais résultats de la suture osseuse, et il a vu des psychoses postopératoires survenir chez des malades qui avaient été suturés et infectés. Ces cas sont au passif de la méthode préconisée par M. Thiéry.

M. SEBILEAU, se plaçant au point de vue purement anatomique, ne comprend pas les avantages de la suture. Il ne partage pas, sur la formation du cal, l'opinion de M. Thiéry. Quant aux arthrites consécutives, il n'en décèle pas la cause après l'application des appareils ordinaires.

M. MOTY cite un exemple qui montre, qu'en pleine montagne, loin de tout secours, on est bien heureux de pouvoir appliquer des appareils de contention avec ce qu'on peut avoir sous la main.

M. Walther, comme MM. Rochard et Routier, estime qu'on peut obtenir de très bons résultats, au point de vue fonctionnel, avec les appareils ordinaires. L'appareil de marche de Delbet donne aussi de très beaux succès. Toutefois, il est vrai qu'il est des cas dans lesquels la réduction ne peut pas être obtenue par les appareils seuls. C'est à ces cas que M. Walther réserve les procédés chirurgicaux, et plus particulièrement la ligature qui ne laisse pas de corps étrangers dans les os. Quand il fait la suture, il la fait au catgut comme moyen de coaptation momentanée, et il met un appareil plâtré.

Quant à l'appareil de Lambret, il peut avoir son utilité, surtout heureusement modifié comme il l'a été par M. Quénu.

M. Thiéry, en répondant à ses contradicteurs, maintient ses conclusions.

Prostatectomie périnéale. — M. Paul Delbet cite un travail sur ce sujet. (Renvoyé à M. Picqué.)

Traumatisme du crâne. — M. Morestin présente un jeune homme qui avait reçu un lourd pavé sur la région de l'occipital. Etat comateux très grave, pouls filiforme, grosse bosse sanguine, ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien contenant du sang. Opération : désinsertion des muscles s'insérant sur l'occipital, incision, trépanation jusqu'à près du trou occipital, ouverture de la dure-mère, hémorragie cérébelleuse, évacuation, drainage. Après deux ou trois jours, amélioration mais encore perte d'équilibre avec tendance à tomber du côté gauche, hésitation dans les mouvements du membre supérieur gauche. Tous ces symptômes ont fini par disparaître et le malade est aujourd'hui complètement guéri.

— Il n'y aura pas de séance mercredi prochain.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 6 avril 1911)

Paralysie de l'élévation des globes oculaires. — M. Landolt montre un homme de vingt-huit ans qui, en janvier dernier, fut pris, pendant quelques jours, de vertiges, qui persistent encore, avec vomissements et troubles oculaires. Actuellement, il ne peut regarder en haut; l'élévation se produit si on le prie de suivre le doigt, lentement élevé de bas en haut. Il n'existe aucun trouble des pupilles, du fond de l'œil ni de la vision, sauf un peu de diplopie.

Maux perforants idiopathiques. — MM. Sicard et M. Bloch montrent un homme atteint de maux perforants, sans autre signe de tabes que l'abolition des réflexes achilléens, sans lymphocytose céphalo-rachidienne ni réaction de Wassermann. Il nie la syphilis, mais sa femme a eu plusieurs fausses couches.

Bi-spasme facial. — MM. Sicard et M. Bloch présentent un malade atteint d'hémispasme facial gauche, depuis dix-huit mois, et qui a envahi le côté droit depuis trois mois. On peut voir des crises typiques localisées à droite.

Hémispasme facial traité sans succès par l'anastomose spino-faciale. — M. Sicard. Encouragé par un cas de guérison se maintenant encore cinq ans après cette opération, M. Sicard l'a tentée sur une deuxième malade qu'il présente, avec un spasme, redevenu identique à ce qu'il était auparavant, après huit mois d'accalmie. Ce fait semble donner raison à M. Babinski, pour ce qui concerne l'origine périphérique du spasme facial.

Inversion du réflexe tricipital chez des tabétiques. — M. Souques, sur plusieurs tabétiques avec hémiplégie double ou sclérose combinée, a obtenu, par la percussion du tendon sus-olécranien, une contraction du biceps plus vive que celle du triceps, alors que la percussion sur l'épicondyle ou l'épitrochlée produit le réflexe normal.

Hémorragies cérébrales multiples contemporaines et récentes. — M. Souques présente les cerveaux de deux malades : l'un urémique, l'autre avec hypertension modérée, et qui contiennent, l'un douze, l'autre dix-sept petits foyers hémorragiques disséminés, surtout dans la substance blanche sous-corticale.

Maladie de Little. — Mme Long-Landry montre, sur de petits malades, que la contracture subit de nombreuses variations qui ne sont pas parallèles avec celles des réflexes tendineux ni avec l'impotence fonctionnelle. Celle-ci dépend surtout d'une imperfection de la motilité, les mouvements sont maladroits, démesurés. Ces troubles sont d'autant plus curables que les suppléances fonctionnelles s'établissent plus complètement, c'est-à-dire quand la lésion est plus précoce. Dans l'hémiplégie spasmodique infantile, il s'agit, en réalité, de lésions bilatérales, mais qui se sont réparées d'un côté.

Débilité motrice congénitale sans débilité psychique chez un hémiplégique infantile. — M. Armand-Delille montre un enfant présentant, au complet, le syndrome de Dupré : débilité motrice avec raideur, parésies, syncinésies, paratonie. Mais, contrairement à la règle, il n'y a pas de troubles psychiques, mais une intelligence très vive.

Etude dynamométrique de quelques groupes musculaires chez des hémiplégiques. — MM. Baudouin et Français ont constaté, à l'aide de leur dynamomètre, que, contrairement à l'opinion de Wernicke, le déficit musculaire, chez les hémiplégiques, ne prédomine pas sur les fléchisseurs, mais, comme l'ont indiqué Hering et M. Déjerine, se fait au prorata de la force des muscles envisagés.

Elévation involontaire de la paupière supérieure lors des mouvements du maxillaire. — M. Gaultier. Cette syncinésie serait facilitée par une légère hypotonie du facial.

Arthropathie tabétique du pied. — M. Barré. Elle a été améliorée, en quelques jours, par le 606, alors que le tabes lui-même ne l'était pas; l'orateur y voit un argument en faveur de l'origine syphilitique du trouble trophique.

La radiothérapie de la sciatique. — MM. Babinski, Charpentier et Delherm ont obtenu une amélioration considérable dans quatre cas de sciatique rebelle, par névrite avec abolition du réflexe achilléen, par la radiothérapie (trois séances de cinq heures, reprise après vingt jours de suspension). — M. Rose a obtenu, dans un cas, un résultat analogue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 7 avril 1911)

Obésité et fonction génitale (*suite*). — M. Léopold-Lévi revient sur la question obésité et fonction génitale, et montre par des exemples que, même lors de troubles ovariens, de nombreux facteurs sont nécessaires pour produire l'obésité. Il étudie spécialement l'obésité infantile et indique que la suralimentation, l'hypothyroïdie sont à mettre au premier rang.

Ptose du duodénum. — M. Glénard fait une communication sur la ptose du duodénum; il montre que la radioscopie a confirmé l'existence de faits anatomiques, et des déviations pathologiques sur lesquelles il a basé la théorie de l'entéroptose, et en particulier le rôle important qu'il attribue au duodénum dans la genèse de l'entéroptose.

M. Desternes présente les radiographies de deux malades atteints de ptose duodéno-pylorique. Il insiste sur les difficul-

tés de diagnostic et de traitement auxquels exposent ces accidents et que les rayons X seuls peuvent résoudre.

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation (*suite*). — M. Dagron, à propos de la communication de M. Dupuy de Frenelle, conseille de pratiquer d'abord le massage de l'épaule pour aider au diagnostic et au besoin réduire, s'il y a déboîtement, puis, au cas où il y aurait fracture, mobiliser le plus tôt possible après massage quotidien.

M. Ozenne est d'avis que le procédé de réduction de Kocher ne doit être appliqué que si la luxation humérale est simple; ce procédé, mis en pratique doucement et lentement, est excellent à la condition de fatiguer les muscles de telle façon qu'ils arrivent à ne plus réduire.

M. Mouchet croit que le procédé de Kocher ne mérite « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité »; il doit être réservé aux luxations sous-coracoïdiennes et il doit être pratiqué avec douceur.

M. Dupuy de Frenelle. Entre deux procédés de réduction de luxation de l'épaule, l'un, le Kocher, qui peut produire une fracture, l'autre, le Dagron ou le Verneuil, qui ne peut pas produire de lésions, il ne devrait pas y avoir d'hésitation. Tout traumatisme de l'épaule exige une radiographie, au début, pour vérifier le diagnostic, et dans le cours du traitement pour vérifier le maintien de la bonne correction du déplacement fragmentaire, lors de la fracture.

Vices de prononciation. — M. Marcel Natier présente une jeune fille de vingt ans atteinte, depuis l'enfance, de vices de prononciation (articulation défectueuse du groupe des sifflantes, nasonnement) et qui, de ce fait, est dans l'impossibilité de gagner sa vie.

Le bord inférieur de l'estomac d'après la palpation directe. — M. Pron (d'Alger), ayant examiné un assez grand nombre de sujets par la méthode de la palpation profonde, conclut que, dans le décubitus dorsal, l'estomac a une direction nettement transversale ou fortement oblique, ainsi qu'on l'enseignait autrefois.

Les étuves locales radio-actives, dites Berthollet, à Aix-les-Bains. — M. Bertier. Dans ces étuves, arrive un air chaud (44 degrés), humide et très radioactif, entraîné par des trompes à eau analogues aux trompes catalanes.

Leur action thérapeutique est remarquable dans les différentes formes de rhumatisme infectieux subaigu (blennorragique) et dans certaines névralgies.

Nouvelle méthode de séro-diagnostic des affections typhiques et paratyphiques avec des émulsions de bacilles tués par les rayons ultraviolets. — MM. Lematte et Stassano ont composé une trousse qui permet de faire le séro-diagnostic des affections typhiques et paratyphiques avec des émulsions de bacilles tués par les rayons ultraviolets. Leur méthode inoffensive dispense de l'emploi du microscope.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 6 avril 1911)

La « fièvre de trois jours ». — M. Niclot a identifié le *phlebotomus papatisii*, agent probable de la fièvre de trois jours, parmi des échantillons d'insectes qui lui ont été envoyés des différents postes militaires de la province d'Oran. Ces faits viennent s'ajouter à ceux publiés déjà par MM. Sergent, Foley et Yvernault et permettent de croire que ce diptère est répandu dans toute l'Afrique du Nord.

M. E. Rouyer signale la présence du phlebotomus papatisii en Savoie et dans le Dauphiné; l'identification en a été faite par M. Léger, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble. Cet insecte accompagne vraisemblablement les troupeaux transhumants qui vont d'Italie en France; or M. Rouyer a observé, chez les hommes des bataillons alpins qui cantonnent dans les villages des Alpes de nombreux cas de fièvres de courte durée, qu'on attribue en général à la fatigue et à l'insuffisance de sommeil. Il y aurait lieu de rechercher si ce ne seraient point, précisément, des cas de cette « fièvre de trois jours » provoqués par la piqûre du phlebotomus.

La bilharziose en Tunisie. — M. Lévêque relate 4 cas de cette affection qu'il a observés à Matmata. Il attribue la contamination des hommes atteints à l'absorption d'eau impure; à la suite d'une sécheresse de seize mois consécutifs, sans une seule goutte de pluie, les citernes furent complètement épuisées; on dut aller chercher de l'eau dans des puits ou des citernes arabes; les eaux ainsi recueillies étaient boueuses, et en raison de la chaleur, il arrivait que les hommes altérés en buvaient avant qu'elles ne fussent épurées. Aucun cas ne fut observé après que le régime des eaux fut redevenu normal. Il ne croit pas à l'infection par la voie cutanée, dans des piscines, admise par M. Conor, car dans cette région, il n'en existe pas.

Résection de la hanche pour traumatisme par balle de l'articulation coxo-fémorale. — M. du Bourguet présente un gendarme qui, en juin 1910, reçut d'un bandit corse, presque à bout portant, deux coups de fusil dans l'aine, qui déterminèrent une fracture comminutive de l'extrémité supérieure du fémur. La plaie s'étant infectée (le blessé n'était entré à l'hôpital que dix jours après l'accident), il lui fit d'abord une résection de la tête fémorale, du col et d'un fragment de l'extrémité supérieure de l'os comprenant le petit trochanter; puis dans une seconde opération, vingt jours après, il réséqua le grand trochanter.

Le blessé guérit parfaitement; après une immobilisation de trois mois dans un plâtre, il commença à marcher avec des béquilles; actuellement, grâce à un appareil prothétique, il marche avec l'aide d'une canne seulement; l'extrémité fémorale supérieure est hyperostosée, la hanche est solide, ankylosée en extension, avec quelques petits mouvements de flexion; on note un raccourcissement de 12 centimètres.

M. Jacob a observé, au cours de la récente campagne du Maroc, deux cas de blessures de la hanche par balle. Ces blessures sont très graves quand elles s'infectent, et c'est souvent le cas des blessures de guerre, et la mort du blessé est à peu près fatale, si le chirurgien n'intervient pas hâtivement et largement. Il est d'avis de pratiquer d'abord l'arthrotomie, puis, si la fièvre persiste ou reparaît, il faut faire d'*urgence* la résection de l'extrémité supérieure du fémur. La voie postérieure lui semble la voie d'accès de choix pour aborder la hanche.

M. Delorme souligne tout l'intérêt de l'observation de M. du Bourguet. La fracture que présentait son blessé est absolument typique et ressemble exactement à celles qu'il a obtenues expérimentalement, et dont il a, le premier, donné la description. Le col est perforé; de l'orifice part une fissure qui descend à 3 ou 4 centimètres en dessous du petit trochanter, et remonte sur la face postérieure vers la partie supérieure du col. Cette fissure sépare en un gros fragment, isolé ou subdivisé, l'éperon cervico-capital du reste du col et du corps de l'os.

En ce qui concerne le traitement de ces blessures, il se défie de l'expectation systématique, de la conservation à outrance. Pour peu que la plaie soit infectée, c'est s'exposer à des désastres; il faut être prêt à intervenir, et à intervenir largement par la résection. Les traumatismes par balle des grandes articulations, et en particulier de la hanche, restent aujourd'hui, toujours sévères, aléatoires dans les résultats; ils exigent les soins de chirurgiens entendus.

Epididymectomie par épididymite tuberculeuse. — M. Esprit.

Saphénectomie totale pour varices. — M. Revel.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (No 3, mars 1911.) G. Thibierge et R.-S. Weissenbach : Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie. — Pétrini : Contribution clinique à la leucodermie psoriasique.

Archives de médecine des enfants. — (No 4, avril 1911.) C. Ducroquet et Victor Veau : Les déviations du genou dans la tumeur blanche de cette articulation. Causes. Prophylaxie. — G.-B. Allaria : Les caractères physico-chimiques de la plèvre du nourrisson. — Mathilde de Biehler : Exanthèmes après vaccination chez les enfants. — G. Schreiber : L'œdème aigu circonscrit des paupières, manifestation de l'anaphylaxie. — Comby et G. Schreiber : Syphilome lingual chez une fillette de six ans. — J. Comby : Le problème de la dépopulation.

Archives générales de chirurgie. — (No 3, 25 mars 1911.) P. Nadal : La thérapeutique chirurgicale rationnelle du cancer du sein et des cancers cutanés en général. — A. Besson : Les brûlures par l'électricité industrielle. — F. Jacoulet et P. Moure : Les épithéliomas kystiques de la glande mammaire (*fin*).

Archives médico-chirurgicales de province. — (No 3, mars 1911.) Hamel : Traitement des ganglions tuberculeux de la région cervicale (avec figure). — P.-Guillaume Louis : L'anaphylaxie. — R. Morichau-Beauchant : Le 606 et l'opinion française. — Barnsby et Gallet : Accouchement dystocique d'un monstre double xyphopage (avec figure). — Pierre : Accidents toxiques graves après injection d'un demi-centigramme de cocaïne de solution au centième.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (No 1, janv. 1911.) R. Pigache et H. Béclère : Kystes ciliés du thymus.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 mars 1911.) Rochard : De l'incision du péricarde ou péricardotomie dans les péricardites tuberculeuses à grand épanchement séro-hématique. — A. Robin : Traitement de la goutte subaiguë, de la diathèse goutteuse et de la goutte chronique (*fin*).

Bulletin médical. — (No 26, 1er avril 1911.) E.-C. Aviragnet : Adénopathie trachéo-bronchique et hypertrophie du thymus. — (No 27, 5 avril.) Marion : A propos d'un cas de kraurosis vulvæ.

Clinique. — (No 13, 31 mars 1911.) Rathery : Le coma diabétique. Traitement. — Em. Cayre : Traitement des abcès froids caséeux. — Reclus : La conception de l'accident du travail. — Thomas : La psychothérapie dans la pratique journalière. — (No 14, 7 avril.) P. Claisse : Pathogénie de la pneumonie. Indications thérapeutiques. — Victor Pauchet : Rétrodéviation utérine. Causes, symptômes, traitement. — H. Triboulet : Coprologie pratique. Les critériums d'une selle normale. — Léon Nachmann : Traitement de la constipation fonctionnelle et massage abdominal. — P. Rudaux : Rétention placentaire.

Echo médical du Nord. — (No 14, 2 avril 1911.) Jean Minet et Jules Leclercq : L'anaphylaxie en médecine légale. Son application à la détermination de la nature humaine ou animale du sang. — M. Gérard et A. Benoit : L'uroréaction dans la tuberculose des organes génito-urinaires.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (No 14, 2 avril 1911.) H. Sérégé : Etude clinique sur l'existence des localisations fonctionnelles hépatiques.

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 14, 2 avril 1911.) Auché : Leçon inaugurale du cours d'hygiène.

Journal des praticiens. — (No 13, 1er avril 1911.) Al. Boissard : Le pronostic chez les éclamptiques. — N. Fiessinger : Fracture du crâne et inondation méningée. — Calot : Le traitement des fistules tuberculeuses.

Journal des sciences médicales de Lille. — (No 12, 25 mars 1911.) Bonnet-Laborderie : Accès éclamptiques survenus le neuvième jour de suites de couches, en apparence normales. — Le Bas : Distension de l'aine du côté droit chez une femme de soixante-neuf ans. — (No 13, 1er avril.) Maurice d'Halluin : Corps étrangers de l'œsophage; leur extraction sous le contrôle des rayons X. — H. Fourdinier : Tuberculose utéroannexielle et pelvipéritonite bacillaire.

Journal médical de Bruxelles. — (No 13, 30 mars 1911.) Marcel Breuer : La coagulation du sang. L'hémophilie et son traitement actuel d'après les travaux de Nolf. — Ernest Detrain : Contribution à l'étude de l'asthme.

Lyon médical. — (No 14, 2 avril 1911.) Froment et Mazel : Une forme sévère de paludisme des Dombes, hydropisie précoce, constatation de l'hématozoaire dans le sang.

Presse médicale. — (No 23, 22 mars 1911.) A. Martinet : Essai de dynamique cardiaque. Les lois de l'équilibre cardio-vasculaire. — E. Laimé : La rééducation de l'oreille chez les sourds et sourds-muets par l'emploi d'un appareil microphonique. — (No 24, 25 mars.) Ambroise Colin : La responsabilité professionnelle des chirurgiens et des médecins. — E. Bonnaire : La responsabilité du médecin dans l'avortement provoqué médical. — H. Montal : De l'avortement provoqué. — Lucien Picqué : A propos du droit du père de famille sur ses enfants. — (No 25, 29 mars.) Heitz, Boyer et Moreno : Exploration fonctionnelle des reins. Volume des urines et concentration maxima. Signification diagnostique de la polyurie.

Province médicale. — (No 11, 18 mars 1911.) J. Crespin et Aboulker : Astasie. Abasie d'origine labyrinthique. — J. Ducuing : Périostite blennorragique de la diaphyse tibiale. — (No 12, 25 mars.) P. Baudet : De l'emploi de l'huile camphrée en chirurgie. — L. Dubreuil-Chambardel : Classification des utérus et des vagins doubles.

Semaine gynécologique. — (No 14, 4 avril 1911.) R. Pichevin : Cancer du sein et récidive tubaire? — Olim : Mort subite au cours d'un avortement criminel.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (No 6, 30 mars 1911.) G. Colleville : A propos de l'oscillomètre. — Constant : L'uricémie et les troubles génito-urinaires.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Ont été nommés médecins de l'assistance médicale :

MM. les docteurs Lasnier, Rouyer (Henri), Carret, Coriat, Lafont, Montignac, Morin, Nogier, Dupuy (J.-A.), Cabessa.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Véron.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES EN SCANDINAVIE. — Ce voyage aura lieu du 12 au 30 août en Scandinavie (Danemark, Norwège, Suède).

L'itinéraire est le suivant : Hambourg, Altona, Kiel, Longeland, Korsör, Copenhague, Skodsborg, Klampendorg, Copenhague, Elseneur, Falkenberg, Göteborg, les chutes de Troloettan, Christiania, Myrdal, Flaam, le Sognefjord, Gudwangen, Stalheim, Voss, Bergen, le Hardangerfjord, Odde, les cascades du Lautefos, Eide, Voss, Christiania, Holmenkollen, Christiania, Friksta, Köping, Stockholm, Upsala, le lac Maelar, Stockholm, Katrineholm, Mjölby, Vislanda, Lund, Trelleborg, Sassnitz, Stralsund, Berlin.

Pour faciliter le voyage, le départ se fera en groupe de Paris par voitures rapides directes; et le retour de Berlin pourra s'effectuer à volonté avec des billets individuels à durée facultative jusqu'au 15 septembre.

On sera à Berlin au moment des grands Congrès internationaux d'oto-rhino-laryngologie et des gouttes de lait. Ce sera également l'époque où l'Exposition internationale d'hygiène de Dresde battra son plein; on pourra en aller faire la visite en corps de Berlin, car son importance est considérable.

Pour tous renseignements, s'adresser, 12, rue François-Millet, Paris, XVIe.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 29 avril 1911, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1910-1911. SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Médecine générale.* — Docteurs BÉCLÈRE, RIST et DECLOUX (hôpital Saint-Antoine). Enseignement clinique élémentaire à l'usage des débutants en médecine. Les étudiants en médecine désireux d'être initiés et exercés individuellement à l'examen des malades, aux divers modes d'exploration des organes internes, spécialement des organes thoraciques, et à la notation journalière des faits d'observation clinique, sont invités à se faire inscrire dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine (le nombre des inscriptions est limité).

Docteur BERGÉ (hôpital Broussais, salle Lasègue). — Tous les jours, visite dans les salles, à neuf heures et demie.

Tous les samedis, à dix heures (à partir du 25 février), leçon clinique d'une demi-heure environ sur un symptôme, un syndrome ou signe physique, choisi parmi les plus généraux et les plus importants de la pathologie.

Docteur Am. COYON, médecin des hôpitaux (hôpital Bichat, consultation de médecine). — Tous les matins à neuf heures et demie, examen des malades.

Les lundis et mercredis, étude de clinique thérapeutique sur un malade de la consultation.

Docteur HIRTZ (hôpital Necker). — Enseignement de propédeutique aux étudiants non stagiaires de première année. Tous les lundis matin, de dix heures à onze heures, examen méthodique et séméiotique des divers organes.

Tous les mercredis matin de dix heures à onze heures, salle

RENSEIGNEMENTS

Delpelch, examen de malades par les candidats aux hôpitaux, anciens internes du service. Discussion du diagnostic.

Tous les vendredis matin, à dix heures, examen des malades entrants. Discussion, traitement.

Docteur JOSUÉ (hôpital de la Pitié). — Tous les matins, à neuf heures et demie, exercices de technique clinique et plus spécialement technique de l'appareil circulatoire.

Le vendredi, à neuf heures et demie, examen des malades, thérapeutique pratique, rédaction des ordonnances, hygiène et régimes.

Docteur DE MASSARY (hôpital Andral, boulevard Macdonald, métropolitain Opéra-Villette). — Tous les matins, à dix heures, visite des malades.

Les mardis et samedis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Docteur MOSNY (hôpital Saint-Antoine). — Sous la direction de M. le docteur Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Dumont, interne du service, fera, à partir du 15 mai, un cours élémentaire pratique d'auscultation et de diagnostic des maladies des organes respiratoires.

Les élèves seront exercés individuellement à la pratique de l'auscultation.

Le prix du cours est fixé à 50 francs.

Docteur PISSAVY (hôpital Necker, consultation de médecine). — Un enseignement spécialement destiné aux étudiants de première année est organisé de la manière suivante :

Tous les matins, à neuf heures et demie, les élèves seront individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances.

Tous les mercredis, à onze heures, présentation de malades.

Tous les samedis, à onze heures, étude des médicaments usuels.

Docteur RIBIERRE (hôpital Cochin, consultation de médecine). — Tous les jours, à neuf heures trois quarts, examen et présentation de malades. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques. Rédaction d'ordonnances.

Les samedis, à onze heures, conférence sur la séméiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cardio-vasculaires.

Docteur SERGENT (hôpital de la Charité). — Tous les matins, à dix heures, exercices de médecine pratique au lit des malades.

Le vendredi matin, examen des malades nouveaux.

Le samedi matin, consultation spéciale sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires. Interrogation, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance.

Le mardi matin, à partir d'une date qui sera fixée ultérieurement, conférences cliniques, avec présentation de malades, portant particulièrement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.

Dermatologie. — Docteur THIBIERGE (hôpital Saint-Louis). — Visite tous les matins, à neuf heures.

Mardi, à neuf heures (salle Alibert), examen des malades de la policlinique et conférences cliniques.

Mercredi, à neuf heures et demie (salle Alibert), traitement chirurgical des dermatoses.

Vendredi, à neuf heures et demie (salle de consultations), conférences cliniques sur les malades de la consultation.

Maladies du système nerveux. — Docteur BABINSKI (hôpital de la Pitié). — Tous les mercredis de l'année, sauf pendant les vacances de Pâques et pendant les mois d'août et septembre, de neuf heures trois quarts à onze heures trois quarts, examen de malades et conférence clinique sur les maladies du système nerveux, dans le cabinet de consultation annexé à la salle Laënnec.

De plus, pendant les mois de mai, juin et juillet, tous les samedis, à dix heures un quart, leçon clinique dans le grand amphithéâtre de l'hôpital.

M. Babinski insiste surtout, dans son enseignement, sur la séméiologie et la méthode qu'il faut suivre dans l'examen des malades.

Maladies mentales. — Docteur J. ROUBINOVITCH, médecin de l'hospice de Bicêtre, dirige dans son service, tous les jeudis, de neuf heures à dix heures et demie du matin, des exercices pratiques individuels de psychiatrie, à l'usage des étudiants et des docteurs désireux d'acquérir les notions élémentaires indispensables de pathologie mentale.

Programme des exercices : 1° Interrogatoire et examen des sujets (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses ;

2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques médico-pédagogiques et médico-légales ;

3° Rédaction de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Pour suivre ces exercices, prière de s'inscrire dès maintenant à Bicêtre, dans le cabinet de consultation du chef de service, visible tous les jours, de neuf à onze heures du matin.

Conférences cliniques de psychiatrie séméiologique.

Le docteur J. ROUBINOVITCH (hôpital Lariboisière), médecin de l'hospice de Bicêtre, commencera, dans le service de M. Le Gendre, le mardi 21 mars 1911, à onze heures du matin, et continuera les mardis suivants, à la même heure, des conférences cliniques de psychiatrie séméiologique, à l'usage des étudiants et des praticiens.

Gynécologie médicale. — Docteur Paul DALCHÉ (hôpital de l'Hôtel-Dieu). Lundi neuf heures, examen des malades de la salle Sainte-Marie.

Mercredi, neuf heures, consultation externe.

Médecine infantile. — Docteur VARIOT (hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — 1° Visite quotidienne de dix heures à midi. Examen clinique des nourrissons et des enfants du deuxième âge.

2° Le lundi à dix heures et demie, conférences hebdomadaires d'hygiène et de clinique infantiles.

Chirurgie infantile. — Docteur BROCA (hôpital des Enfants-Malades). — Mercredi, dix heures et demie, leçon clinique.

Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures, opérations.

Mardi, jeudi, samedi, consultations (interrogatoire des malades par les élèves).

Docteur SAVARIAUD (hôpital Trousseau). — Tous les jours, à neuf heures et demie, consultation ; le jeudi, à dix heures, consultation d'orthopédie ; visite des salles, opérations, les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à dix heures et demie ; leçon clinique, le samedi, à dix heures et demie.

Chirurgie des voies urinaires. — Docteur MICHON (Hôpital Cochin-annexe). — Maladies des organes génitaux et des voies urinaires.

Mercredi, à dix heures et demie, examen des malades.

Samedi, à neuf heures et demie, opérations.

COURS LIBRE DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TUBE DIGESTIF. — M. le docteur Paul Farez reprendra, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 27 avril, à quatre heures, son cours libre de psychopathologie du tube digestif, et le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure. Il étudiera, cette année : « La rééducation alimentaire ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Pierre Levé, directeur de l'imprimerie Levé, qui imprime depuis plus de vingt ans la *Gazette des hôpitaux*. Esprit ouvert et cultivé, caractère droit et loyal, Pierre Levé était un travailleur infatigable qui a su donner, à l'importante maison fondée par son regretté père, un développement considérable.

Pour nous il était un vieil et très excellent ami, aussi sa perte nous est-elle particulièrement sensible.

Que Madame Levé, sa mère, et tous les siens veuillent bien trouver ici l'expression de notre très douloureuse sympathie.

Diabète d'origine digestive et diabète infectieux. Leur traitement, par le docteur F. DELÉAGE (de Vichy). Une brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'ANUS ET DU GROS INTESTIN

Par M. MAUCLAIRE,
Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Nous avons eu à opérer, d'urgence, un enfant né ici, à la Charité, dans le service de M. Tissier et dont voici l'observation résumée. Cet enfant est né avant terme, à huit mois. Son père et sa mère ne présentaient aucune malformation congénitale. A sa naissance, il n'y avait sur le corps aucune malformation apparente ; la région anale était bien conformée. Rapidement, cependant, on s'aperçut que l'enfant ne rejetait pas son méconium.

Une sonde introduite dans l'anus paraissait se replier profondément, dès qu'elle arrivait à une profondeur de 7 à 8 centimètres. Bientôt survinrent des vomissements jaunâtres. Il était dès lors évident qu'il existait une malformation de l'intestin.

Je fus alors appelé à examiner l'enfant le petit doigt, introduit difficilement dans le rectum, ne sentait pas de point rétréci. Aucune matière ne sortait par l'anus. La miction était normale. Le ventre était ballonné irrégulièrement, on voyait l'estomac distendu et quelques anses très dilatées. Il n'y avait pas d'ascite. L'enfant vomissait la plus grande partie du lait qu'il absorbait ; il avait aussi des vomissements bilieux.

A l'examen de la région anale, à la vue et à la palpation, il n'y avait aucun bombement pendant les cris de l'enfant.

Dans ces conditions, il fallait intervenir immédiatement et rechercher le siège de l'occlusion par une laparotomie médiane, car il était facile de préjuger de la complexité de la malformation.

Quelques gouttes de chloroforme, furent données à l'enfant, et après ouverture rapide de l'abdomen, je trouvai tout le gros intestin complètement atrophié. L'intestin grêle était rétréci partiellement, par places, et dans l'intervalle il était très dilaté. L'atrophie partait du côlon ascendant et occupait tout le gros intestin. J'attirai le cæcum et son appendice, je reséquai l'appendice presque à sa base et j'ai ensuite fixé l'ouverture cæcale à la paroi, en faisant une sorte de *cæco-appendicostomie*.

L'enfant résista encore quelques jours. Il rejeta par l'anus artificiel cæco-appendiculaire des selles très liquides ; il s'alimentait assez bien, mais il vomissait encore, plusieurs fois par jour. Finalement il succomba le huitième jour après l'opération.

A l'autopsie, on trouva sur le grêle plusieurs rétrécissements n'oblitérant pas complètement le calibre de l'intestin ; quelques-uns de ces rétrécissements étaient très courts, valvulaires, les autres siégeaient sur une étendue de plusieurs centimètres. Le mésentère paraissait normal. Quant au gros intestin, il était complètement atrophié et son méso très court. Le rectum était en partie normal et l'atrophie ne commençait que sur le côlon pelvien, à 6 centimètres de l'anus.

*
* *

Je vais, à cette occasion, vous parler des malformations congénitales de l'anus et du gros intestin ; je vous en donnerai une description simplifiée.

Les *variétés* sont assez nombreuses ; il faut distinguer schématiquement :

A. Les *rétrécissements valvulaires ; B*. les *imperforations ; C*. les *absences partielles ou totales ; D*. les *abouchements anormaux*.

A. RÉTRÉCISSEMENTS VALVULAIRES. — Vous observerez, soit des valvules latérales, soit des valvules circulaires. La variété la plus fréquente est une valvule circulaire siégeant à 3 ou 4 centimètres de l'anus à l'union embryogénique entre l'anus et le rectum. Il en existe parfois plus haut sur le côlon pelvien et voire même sur l'S iliaque, comme l'ont observé A. Nelaton, Lannelongue, Marchand, Reynier, Sabatier.

Quelques auteurs ont pensé qu'une valvule siégeant sur l'extrémité supérieure du colon pelvien pouvait être la cause de l'affection si étudiée maintenant, le méga-côlon ou maladie d'Hirsprung, dont M. Patel a pu récemment colliger 223 observations (Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse, octobre 1910).

Au point de vue symptomatique, la valvule partielle, latérale ou circonférentielle ne donne pas lieu, en général, à des symptômes immédiats. Ultérieurement cependant, ces enfants peuvent présenter des troubles de la défécation : constipation, fistules, ayant pour point de départ des ulcérations rectales au-dessus de la valvule. On peut noter encore dans certains cas, un prolapsus de la muqueuse rectale provoqué par les efforts dans la défécation.

Ultérieurement, ces valvules haut situées peuvent encore donner naissance à une variété de méga-côlon, caractérisée par une dilatation colossale du côlon pelvien et de l'S iliaque, avec rétention fécale. Je vous en rapporterai plus loin un cas personnel. Je vous cite simplement, en passant, cette complication qui mérite une description à part.

B. LES IMPERFORATIONS ANO-RECTALES. — Elles sont assez fréquentes. Vous observerez plus souvent une membrane oblitérante, à l'union de la cavité anale avec la cavité rectale. Parfois il y a une absence complète d'anus. Parfois, c'est sur une assez grande hauteur que l'imperforation existe ; ce n'est plus une simple valvule. Un cordon fibreux représente la partie atrophiée.

Dans les cas simples, vous exposerez l'enfant bien au jour, et pendant les cris, vous verrez bomber la région anale. Comme je vous le dirai, ce symptôme a une très grande importance.

C. ABSENCE D'ANUS ET DU GROS INTESTIN, EN PARTIE OU EN TOTALITÉ. — Il s'agit ici de cas dans lesquels on note une absence partielle ou totale de l'anus,

du rectum, du côlon pelvien, de l'S iliaque et de tout le gros intestin, avec des modalités diverses que vous concevez aisément.

C. Abouchements anormaux. — Cette classe comprend bien des variétés. L'anus peut s'aboucher en des régions bien diverses : au périnée antérieur, à la racine des bourses, ou en arrière, contre le coccyx, à la base de la verge, à la racine du gland, dans la vessie, ou dans l'urètre, soit postérieur, soit antérieur. Chez les petites filles, l'anus peut s'ouvrir dans l'utérus, le vagin ou à la vulve.

Dans ces cas, il suffit d'examiner l'enfant pour voir le siège anormal de l'anus, ou pour constater l'issue du méconium, ou des matières fécales par l'urètre ou la vulve.

* * *

La *pathogénie* de ces malformations est évidemment simple pour les variétés valvulaires; il s'agit ici d'une imperforation des deux conduits anus et rectum qui vont l'un au-devant de l'autre. Dans les absences d'organe, on dit qu'il y a un arrêt de développement; mais c'est une constatation et non une explication. Dans les variétés d'abouchements anormaux, on peut retrouver en grande partie une des périodes de l'évolution embryonnaire des organes génito-urinaires et de la région ano-rectale. Chacune des malformations répond à une période de ce développement (Jeannel). C'est donc une persistance d'un état embryonnaire ou fœtal, parfois compliqué par des adhérences, qui ont rendu le cas un peu complexe.

Et, pour expliquer ces différentes malformations et d'autres plus complexes, il faut invoquer des lésions vasculaires artérielles qui ont empêché l'organe de se développer Ou bien, il y a eu des adhérences anormales entre les organes, adhérences résultant d'une infection maternelle et fœtale, telle que la syphilis, la tuberculose, etc.

* * *

Ce qui est important pour vous, c'est de savoir comment vous pourrez traiter ces différentes malformations.

Le *traitement* dans les cas de *simple valvule* latérale, ou circonférentielle, est évident : il suffit de l'inciser. Mais comme cette incision pourrait être suivie de rétrécissement, pour éviter celui-ci, à l'exemple de Schwartz, il vaut mieux inciser longitudinalement la valvule aux quatre points cardinaux, puis suturer transversalement les parties cruentées. Cette *rectoplastie* rappelle la pyloroplastie de Heinecke-Mickulicz.

L'*excision du rétrécissement* n'est indiquée que s'il est fibreux et s'il siège sur une hauteur notable (cas de Bouilly, P. Berger, Terrier); si possible, il faut bien suturer la muqueuse rectale à la peau pour éviter un rétrécissement cicatriciel consécutif.

Je ne vous parle pas du traitement du méga-côlon par la coloplicature, par l'entéro-anastomose, la résection, etc., car cette complication nécessite une étude à part.

Dans les cas d'*imperforation* par simple valvule, si vous constatez le bombement du fond de la cavité anale, il faut encore inciser cette valvule et essayer, ici encore, de bien suturer la muqueuse rectale à la peau.

S'il s'agit d'une absence d'anus et du rectum, le traitement est complexe. Tout d'abord, une incision périnéale médiane permettra de tomber sur l'ampoule rectale, si elle n'est pas trop éloignée (Amussat); c'est par elle qu'il faut commencer. On a conseillé de suivre la voie para-sacrée ou de faire une petite résection sacro coccygienne pour aller à la recherche de l'ampoule rectale, que l'on trouve souvent sur la face antérieure du sacrum, devant l'articulation sacro-iliaque gauche, après avoir ouvert franchement la cavité péritonéale par la voie périnéale (Stromeyer, Anders, etc.).

Ou bien encore, on peut faire un anus iliaque (méthode de Littre) et, par un cathétérisme rétrograde, repousser l'ampoule vers le périnée et l'y fixer après son ouverture, ou établir l'anus iliaque à demeure, si l'ampoule rectale n'existe pas.

Ou bien faut-il faire une laparotomie franche, qui seule, le plus souvent, permet de se rendre un compte exact de la malformation et d'agir en conséquence? Cette méthode abdomino-périnéale a été conseillée par Macleod et suivie par Hadra, Delagenière, Civel, Kehrer, Chalot, etc.

Comme après cette *colostomie périnéale* de Macleod-Hadra, l'incontinence fécale serait à craindre, j'ai conseillé la *colostomie ischio-rectale faite à travers le releveur de l'anus* (Congrès de chirurgie, 1895 et 1903). Le côlon, après avoir été passé à travers le releveur de l'anus, est fixé à la peau de la fosse ischio-rectale.

Dans un cas récent, M. Remy a pu, par l'abdomen, repousser l'ampoule vers la région anale et l'y fixer.

Mais il faut reconnaître que les guérisons opératoires, après de pareilles laparotomies chez un nouveau-né, sont encore assez rares!

S'il s'agit d'*abouchements anormaux*, il faut, par la voie périnéale, aller à la recherche de l'abouchement et transposer le rectum au périnée. Cette transplantation de l'anus au périnée (Rizzoli) ou rectoplastie est évidemment la meilleure décision à prendre. Mais, peut-être vaut-il mieux ne pas faire cela aussitôt après la naissance.

En cas d'insuccès, ici encore on peut, par la voie sacrée, aller à la recherche du point d'abouchement.

Si la *malformation est très complexe* et porte sur tout le gros intestin, le traitement est peu encourageant. Evidemment on peut faire un anus iliaque, un anus cæcal ou une cæco-appendicostomie, ou une iléo-périnéostomie. Mais si cette opération réussissait, quel est le sort ultérieur de l'opéré! Il y a cependant des opérés qui ont survécu longtemps avec cet anus iliaque définitif (Hardouin).

* * *

Les *résultats immédiats* de ces opérations sont bons, dans les cas simples: les cas à simple valvule.

Dans les cas complexes, l'enfant résiste assez mal aux opérations assez longues; et à côté de quelques

cas heureux, combien d'enfants succombent, car, en général, il s'agit de prématurés ou d'enfants peu résistants.

Les *résultats éloignés* sont-ils aussi bons qu'on pourrait l'espérer? Ici encore, il faut différencier les cas. S'il ne s'agit que de simples valvules, le résultat éloigné peut être bon. On a bien noté quelques rétrécissements consécutifs. Mais la dilatation en a souvent facilement raison. On note aussi, à distance, de l'incontinence partielle des gaz et des matières, car vous pensez bien que souvent le sphincter est insuffisant congénitalement.

Récemment, dans sa thèse très documentée (Paris 1902), E. Hardouin a envisagé les résultats éloignés que donnent l'incision, la méthode d'Amussat, la méthode de Littre, la méthode de Callisen et les méthodes associées. Il a réuni 223 cas. Or 13 p. 100 seulement des opérés dépassent l'âge de un an, et encore ils présentent souvent soit un rétrécissement, soit de l'incontinence, soit du prolapsus. Ajoutons probablement aussi, dans quelques cas, des symptômes de méga-côlon.

*
* *

Personnellement, j'ai opéré plusieurs petits malades, ayant de ces malformations simples ou complexes.

Dans un cas il n'y avait qu'une simple valvule partielle à l'union de l'anus et du rectum. Ce n'est qu'à l'âge de trois ans, à la suite d'un lavement trop chaud, que des symptômes d'occlusion apparurent. Je fis chez l'enfant quatre incisions longitudinales, que j'ai ensuite réunies transversalement. Cette rectoplastie me donna un bon résultat, que j'ai complété par une dilatation avec des bougies d'Hegar. J'en ai publié l'observation en 1895, dans la *Médecine infantile*.

Dans un deuxième cas, bien extraordinaire, il s'agissait d'une enfant de six ans, qui depuis sa naissance n'allait à la selle que tous les quinze jours; son ventre était très ballonné. A l'examen de la région, j'ai trouvé une valvule à 4 centimètres de l'anus. J'ai incisé cette valvule et j'ai alors donné issue à plus de dix litres, je répète dix litres, de matières fécales grisâtres et le ventre s'est dégonflé progressivement, en même temps que les matières étaient évacuées. Je pense que cette quantité de matières était contenue dans une dilatation du côlon et que j'ai été en présence d'un véritable *méga-côlon*. J'ai fait ensuite la dilatation avec les bougies d'Hegar. Mais je n'ai pas revu l'enfant depuis. Ce qui est curieux dans ce cas, c'est l'absence complète de stercorémie. L'enfant ne mangeait plus que très peu quand elle avait été longtemps sans aller à la selle.

Dans un cas d'imperforation, après incision longitudinale du périnée, n'ayant pas trouvé l'ampoule rectale, ni le jour même, ni le lendemain, je fis un anus iliaque et le cathétérisme rétrograde. Or, le rectum était imperforé sur toute sa longueur. Je fis un anus iliaque définitif, à demeure; l'enfant succomba au bout de quelques jours.

Dans un cinquième cas, il y avait une absence d'anus, l'incision du périnée ayant été négative, je fis la laparotomie; il y avait une atrophie totale du gros intestin, le grêle se terminant par une ampoule. J'amenai cette ampoule au périnée, et je l'y fixai. L'enfant succomba rapidement après cette *iléostomie périnéale*. J'ai rapporté l'observation, en 1900, à la Société anatomique.

Enfin, dans un sixième cas, c'est celui que j'ai opéré devant vous, j'ai fait une *cæco-appendicostomie*.

L'ASTHÉNO-MANIE POST-ÉPILEPTIQUE

Par M. R. BENON,
Médecin adjoint des Asiles publics.

Les états maniaques, chez les épileptiques, sont connus depuis longtemps. Généralement, ils suivent l'attaque comitiale; nous ne voulons parler ici que des conditions *cliniques* spéciales dans lesquelles ils se développent.

J. Tastevin (1), dans un récent mémoire, a montré, sur ce point particulier, que l'asthénie qui suit les attaques épileptiques disparaît graduellement; que le sujet, recouvrant progressivement ses forces et revenant à son état normal, dépasse ensuite cet état normal pour présenter un état hypersthénique, c'est-à-dire un état d'excitation maniaque. C'est ce qu'il a appelé l'*asthéno-manie post-épileptique*, qui n'est qu'une *variété du groupe des asthéno-manies secondaires* de cet auteur, variété analogue à l'asthéno-manie post-douloureuse, post-traumatique, etc.

Voici les caractères généraux de ce double accès asthénique et maniaque, post-épileptique.

Asthénie.— Le syndrome asthénie est constitué par la faiblesse musculaire et idéative du sujet. A la suite de ses crises, le malade accuse de la faiblesse, de la courbature, de l'épuisement, de la fatigue, de la lourdeur dans les membres, avec, en même temps, de l'anidéation, c'est-à-dire du ralentissement des processus psychiques, de la paresse de la mémoire, de la difficulté à fixer l'attention, à suivre une idée, etc. Peu à peu, ces troubles diminuent et il semble que le sujet revient à son état antérieur; souvent même, il recommence à travailler.

Passage de l'asthénie à la manie. — Entre l'accès asthénique et l'accès maniaque, le sujet passe par l'état normal; ensuite l'excitation survient progressivement, elle atteint parfois rapidement une intensité très grande.

Manie ou hypersthénie.— La manie ou hypersthénie, puisque la manie est l'opposé de l'asthénie, est caractérisée avant tout par l'excitation motrice et intellectuelle; le sujet ne cesse de s'agiter et de parler, tous ses mouvements sont vifs et faciles; il éprouve un sentiment de bien-être et de légèreté corporelle.

(1) J. Tastevin. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique), *Ann. méd.-psychol.*, 1911, I, p. 193.
Voir également R. Benon. Les dysthénies périodiques. Psychose périodique ou maniaque dépressive, *Revue neurol.*, 1911, t. I.

Sa pensée est rapide et aisée ; il se remémore facilement toutes choses. Tout cela coexiste avec un état de joie habituel. Mais, si l'hypersthénique est contrarié, il s'énerve, se met en colère, et ses colères sont d'autant plus violentes que sa force, du fait même de son état morbide, est décuplée : c'est la fureur maniaque. Cet état s'accompagne d'insomnie.

Petit à petit, généralement en quelques jours, la manie disparaît et le sujet revient à son état normal.

*
* *

Voici deux exemples d'asthéno-manie post-épileptique.

Observation I. — Sommaire : *Deux crises épileptiques dans la nuit du 11 au 12 février 1911. Asthénie consécutive, avec faiblesse, courbature, fatigue, raideur dans les membres et anidéation. Disparition progressive de cet état. Le 15 février, retour à l'état normal. Le 16, apparition de l'excitation maniaque qui s'accroît graduellement ; excitation motrice et intellectuelle, sentiment de bien-être, d'agilité ; euphorie, attendrissement, chants, danses, idées mystiques, tendance à la colère et à la violence. Disparition de la manie en cinq jours. — Antérieurement, deux crises d'asthéno-manie post-épileptique. Début de l'épilepsie à vingt-cinq ans (1903). Pas d'alcoolisme. Père épileptique.*

Antoine, trente-trois ans, garçon de magasin, est amené à l'Asile Clinique le 17 février 1911.

État du malade a son entrée (*18 février 1911*). — Le malade se présente en état d'*excitation maniaque*. Il cherche constamment à se lever ; il parle sans cesse ou il chante une chanson, toujours la même. Il donne des coups de poing dans la porte, en criant : « C'est moi le bon Dieu ! » Il distribue des poignées de main aux infirmiers, aux malades, en leur disant : « Tu es mon frère ! » Il se met à genoux et déclare : « Dieu voit tout et entend tout... Antoine n'est pas un Prussien, mais un Français, etc. » Il danse, rit aux éclats, saute, exalte sa force, se sent heureux : « Oh ! oui, je suis heureux ! » Parfois, il s'écrie : « Je ne suis pas le diable ! » et il devient coléreux, menaçant, mais il se calme très vite. Insomnie ; pas de fièvre.

Renseignements sur cet état maniaque. — D'après les renseignements de la femme, le malade, qui est un épileptique, n'avait pas offert de crise depuis environ six mois.

Dans la nuit du 11 au 12 février 1911, il a eu deux crises ; la deuxième fut plus forte que la première. Il resta au lit jusqu'à midi : c'était un dimanche. Il alla se promener l'après-midi, mais se plaignit de courbature, de fatigue, de raideur dans les bras, les jambes, etc. Il se coucha de bonne heure, mais dormit peu ; il était inquiet parce que sa maladie l'avait repris.

Le lundi 13 février, il va travailler, mais dit : « Ça ne va pas, je suis fatigué, je ne suis pas à mon aise ; j'ai la tête lourde, je ne fais pas attention à ce que je fais, j'ai les idées « brouillées », etc. » La nuit fut bonne.

Le 14, il travaille, mais il accuse encore de la faiblesse ; il exprime même quelques idées noires : il a peur de mourir.

Le 15, rien de particulier. « Il semblait bien », dit la femme.

Le jeudi 16, il a travaillé dans la matinée, puis, après le déjeuner, il a commencé à s'exciter : « Je suis Français... je ne veux pas passer la frontière, etc. ». On le conduisit chez lui. Il resta calme jusque vers sept heures du soir. A partir de ce moment, il ne cessa de gesticuler et de parler : « Je suis le Bon Dieu. Je tue le diable... Vous dites que je suis un fainéant... non, je ne suis pas un fainéant ; je ne suis pas fou. Il ne faut pas le dire à ma mère... je l'aime beaucoup. » Il montait sur le rebord de la fenêtre. Il criait dans la cour à tue-tête. Il parlait très vite, on ne pouvait le comprendre. Il était gai, riait, ou alors il se mettait en colère. Quand sa femme, le soir, est arrivée avec une amie, il a tout de suite reconnu sa voix et lui a ouvert la porte. Lui, qui est d'ordinaire peu expansif, il a manifesté une joie immense à les revoir ; c'était un amour sans pareil ; il les embrassait à tour de rôle : « Je suis heureux... je suis heureux, ne me quittez pas... si vous me quittez, je vais mourir.... Je suis le Bon Dieu, toi (sa femme), tu es la Sainte Vierge... vous (l'autre femme), ma plus grande amie, etc. ». Il jouait, chantait ; il était gai, content. Il voulait aller se promener, s'amuser ; tout le monde allait chanter ; il dansait de joie dans sa chambre.

Le 17 février 1911, il est conduit à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police : excitation maniaque intense, divagations mystiques ; violences, insomnie.

Le 18, il était à l'Asile Clinique.

Évolution de cet état maniaque. — Le *19 février*, même état d'excitation maniaque. Le malade est alité par terre. La nuit, pourtant, a été assez calme (chloral). Il est capable, malgré son agitation, de donner quelques renseignements sur ses crises, sur sa famille, sur sa profession, etc. Il dit toujours : « Je suis Dieu, je suis un bon garçon. Je ne veux que du bien à ma famille. Je paierai une maison à ma mère, à la campagne, pour la faire vivre de ses rentes, etc. » Par intervalles, il rit aux éclats.

L'après-midi, il a parfaitement reconnu plusieurs personnes qui sont venues le visiter.

Le *20 février*, le malade est plus calme. Il répond bien aux questions qu'on lui pose ; il ignore le jour, mais ne se trompe pas sur le mois, ni sur l'année.

Il proteste quand on lui dit qu'il est souffrant, ou qu'il l'a été : « Mes voisins, oui, ce sont des malades, mais, moi, je ne suis pas malade, je suis fort, je suis bien portant. »

D. Mais vous êtes fatigué ? — Il se met à agiter ses jambes, ses bras, s'asseoit vivement et dit : « J'ai toujours été fort... le père Bon Dieu est fort, hein, est-ce vrai ? Je suis fort comme le père Bon Dieu ». Il s'excite peu à peu et s'énerve. Il se calme au bout de quelques minutes ; il suffit de ne plus lui parler.

21 février. Le malade est tout-à-fait tranquille. Il a bien dormi. Ce matin, il lit le journal. Il se rappelle avoir brisé une porte, il se souvient aussi d'avoir été mis en cellule, à l'Infirmerie spéciale. Il explique : « Je disais que j'étais le père Bon Dieu parce que j'ai été élevé comme ça, et puis mon père, au pays, on l'appelait le père Bon Dieu ; il disait toujours : « Ah ! bon Dieu ! bon Dieu ! » — « Oui, je me rappelle que ma femme est venue, avec d'autres personnes, etc. »

22 février. — L'accès maniaque est terminé. Il dit : « Ce sont mes crises qui m'ont repris. Je suis content de savoir que je n'ai fait de mal à personne. Comment pourrais-je guérir de cette maladie ? »

24 février. — Le malade s'affecte de sa maladie. Il est sombre, parle peu.

7 mars 1911. — Le malade s'ennuie à l'Asile. Il voudrait sortir. Il faut l'*aider à évoquer* certains souvenirs de son accès, mais ces souvenirs existent réellement.

Il dit, en outre, au sujet de sa période d'excitation : « Je me sentais très leste, très agile. J'étais heureux, content. Je voyais les choses du bon côté. » Interrogé sur l'état dans lequel il se trouvait après ses deux crises épileptiques, il déclare : « Je n'étais pas en train, je n'étais pas à mon aise... j'étais plutôt fatigué, comme si j'avais beaucoup travaillé... j'avais la tête lourde, j'étais comme étourdi, je faisais des oublis, je ne pensais à rien. »

Histoire de la maladie. — Antoine a eu ses premières *crises épileptiques* après son service militaire, à vingt-cinq ans

(1903). Il n'aurait jamais eu d'attaque avant cette époque. Deux fois déjà, en décembre 1909 et en janvier 1910, il a présenté de l'asthéno-manie postcomitiale. Le premier accès fut léger; le second nécessita l'internement; il fut tout à fait analogue à celui que nous avons observé; il disait encore : « Je suis Dieu... je ferai un miracle... tu parleras comme avant (sa femme a subi l'opération de la trachéotomie)... nous monterons tous au ciel. » Il était excité, gai, coléreux, etc. Ça a duré environ trois jours; il avait eu quatre ou cinq crises trois jours avant.

ANTÉCÉDENTS. — Père épileptique. Personnellement, pas de convulsions dans sa jeunesse. Sujet d'une puissante musculature (homme de peine), d'une intelligence moyenne. Sobre, rangé, pourtant travailleur. Pas de traces d'alcoolisme. Habituellement inquiet de sa maladie. Pas d'enfants.

OBS. II. — Sommaire : *Quatre crises le 12 février 1911 et une le 13. Asthénie consécutive : amyosthénie et anidéation ; le 16 février, asthénie intense, avec préoccupations hypocondriaques, agitation anxieuse; le 18, très amélioré; le 19, crise épileptique, et l'après-midi apparition progressive de la manie : excitation motrice, hyperidéation, euphorie, idées de grandeur, chants variés, extravagances, etc. Le soir du 20 février, maintenu chez lui, il devient furieux et violent. Internement. Décroissance rapide de l'hypersthénie. Durée de l'état maniaque : environ cinq jours. — Crises épileptiques antérieures, nombreuses et fréquentes, depuis l'âge de dix-neuf ans (1903). Pas d'alcoolisme. Anémie dans la jeunesse. Asymétrie cranio-faciale considérable.*

Etienne, vingt-sept ans, peintre en voitures, puis chauffeur, homme de peine, etc., est amené à l'Asile Clinique le 21 février 1911.

ÉTAT DU MALADE A SON ENTRÉE (*22 février 1911*). — Il offre le tableau clinique de l'*excitation maniaque*. Alité par terre, il est très agité, gesticule, parle ou déclame sans cesse. Il se met à chanter dès qu'on le lui demande. Il se trouve très bien portant, exalte sa force motrice, dit qu'il boxerait volontiers. Il offre une laryngite marquée et sa voix est enrouée et basse. Par intervalles, il est inquiet : « Ne me laissez pas mourir... non, ne me laissez pas mourir, j'ai une femme et trois enfants, je veux les revoir. » Puis, il redevient gai, rit, déclame, raconte qu'il est allé chanter sous la fenêtre de sa mère, ce qui est exact. Insomnie; pas de fièvre.

RENSEIGNEMENTS SUR CET ÉTAT MANIAQUE. — Sa femme nous décrit ses crises épileptiques. Le dimanche 12 février 1911, il a eu quatre crises : la première à huit heures du matin; la deuxième à deux heures de l'après-midi; la troisième à huit heures du soir et la quatrième à minuit. L'après-midi, il voulut se lever, il était obtus, hagard, brisé et fatigué.

Le 13 février, cinquième crise à huit heures du matin. Dans la journée, il a fait des courses avec sa femme (blanchisseuse), mais il oubliait tout. Il accusait de la fatigue.

Le 14, pas de crises; il ne se sentait pas bien; il est resté au lit toute la journée.

Le 15, il « bricole », à la maison, mais il faisait mal, et avec peine, ce qu'il entreprenait. Il s'inquiète de cette incapacité de travail.

Le 16, après une bonne nuit pourtant, l'anxiété s'accroît : « C'est malheureux de s'en aller à cet âge... je vais mourir... ne me laissez pas mourir... je suis empoisonné! » Il se levait, se recouchait, pleurait; on ne pouvait le consoler (*agitation anxieuse*). La nuit fut mauvaise, il était angoissé et parlait toujours de la mort; il voyait la bière, là, toute prête; il sentait des bêtes sur sa poitrine; il entendait dire qu'il allait mourir.

Le 17 février, l'inquiétude diminue, mais il dit encore : « Je ne suis pas bien, je suis malade, il me semble que j'ai la vérole. » Il eut encore de l'insomnie, mais resta calme.

Le 18, il était beaucoup mieux, il fit des livraisons avec sa femme. Il avait cependant encore peur de mourir.

Le dimanche 19, au matin, nouvelle crise épileptique, suivie de sommeil. Puis l'après-midi, il commence à s'exciter. Il sort avec sa femme, se rend avec elle chez sa belle-sœur, et là, on s'aperçoit qu'il devient bizarre, il est loquace, rit sans motif apparent, gesticule, se tape sur l'épaule, fait des projets, dit : « Sitôt que je travaillerai, je vous inviterai à dîner. »

Du reste, l'exaltation grandit assez rapidement. Le soir, à la maison, très joyeux (lui qui était ordinairement assez « renfermé » de caractère), il se met à chanter après le dessert. « D'abord, raconte la femme, nous trouvons cela amusant. Il chantait toutes sortes de chansons, gesticulait comme au concert. Mais cela a duré des heures. On l'a couché; il a continué à chanter, à sauter, etc. Il n'a dormi que le matin. »

Le 20, dès son lever, il se met à chanter. Alors il chantait toujours la même chanson : « Roule, roule, petit trottin »; il disait qu'il voulait l'apprendre à fond pour la chanter à sa mère. Il parle d'aller chanter au concert pour « pousser sa romance » et alors il en rapportera de l'argent! Dans la journée, par deux fois, il va chanter sous les fenêtres de sa mère. Arrêté par un agent de police, il lui dit : « Je ne suis pas fou, je chanterai tant que je voudrai. » Relâché et ramené chez lui par sa femme, il ne cessa de marcher et de parler. Il disait souvent : « Je suis un beau gars, je suis solide. » Comme on l'empêchait de sortir, il veut sauter par la fenêtre. Puis il devient grossier, violent, lui qui était si doux d'habitude. Sa colère augmente, il tape sur les meubles, frappe son entourage (*fureur maniaque*). Conduit au commissariat, il est dirigé sur l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Le 21, à l'Infirmerie spéciale, le médecin note : excitation maniaque, violences envers les personnes, insomnie, etc. Le soir, il était amené à l'Asile Clinique.

Nous avons décrit plus haut son excitation hypersthénique au 22 février 1911.

ÉVOLUTION DE L'ÉTAT MANIAQUE. — La nuit a été assez calme (chloral). Le matin, *23 février*, il offre toujours le tableau de l'excitation maniaque. Au cours de la conversation, il s'agite progressivement, se lève, parle avec volubilité, rit, gesticule, etc. « Oh! oui, je me trouve bien, mais je ne peux plus parler, tellement j'ai chanté, sans doute. Oui, je me rappelle bien être allé sous les fenêtres de ma mère. J'y suis allé pour lui faire voir le fils que j'étais... Je suis un bon garçon, vous savez! » Il rit, très euphorique.

D. — Mais pourquoi hier aviez-vous peur de mourir? *R.* — C'est ici que je l'ai entendu dire (?). Mais je ne veux pas mourir.

Bien orienté dans le temps (sauf pour le jour et la date), et dans l'espace. A reconnu ses parents, sa femme, donne son adresse, etc. Pas de fièvre.

24 février. — Amélioration considérable. « Je suis avec les fous, mais je ne suis pas fou; j'ai des crises de nerfs. J'avais un peu la folie des grandeurs. Je croyais que j'étais un chanteur de talent, que j'irais dans un concert ou à l'opéra. Je me rappelle que je suis venu dans la voiture cellulaire... Je n'ai pas fait de bêtises; je chantais dans la rue. Maintenant je me repose. »

Certains faits paraissent oubliés : en réalité, il suffit de l'aider à les évoquer, pour qu'il les précise aussitôt.

23 mars 1911. — Pas d'amnésie portant sur son accès : « Quand je suis arrivé à l'asile, raconte-t-il, je me sentais très bien, très heureux, très fort. Je voulais faire de la boxe parce qu'autrefois je l'ai apprise. Je voyais tout en rose. Si je disais que je ne voulais pas mourir, c'est parce que je me voyais à l'hôpital et que je me demandais si on n'allait pas m'opérer; or, je ne me sentais pas malade, au contraire. »

Après mes crises du 12 février, avant de venir à l'asile, je me trouvais les membres lourds; j'avais de la difficulté à me

lever le matin. Ce n'était pas de la fatigue, si vous voulez, mais je n'étais pas en train; j'étais affaissé, épuisé. C'est pour cela que je suis resté au lit, mais j'entendais bien ce que disaient les femmes dans la chambre à côté. Le 16, le jeudi, j'étais tellement anéanti que je me voyais partir... je me voyais mourir... j'ai eu peur ».

Le malade, qui n'a pas eu de crises depuis son entrée, doit sortir prochainement.

Histoire de sa maladie. — Il a des crises épileptiques depuis l'âge de dix-neuf ans (1903); elles apparaissent tous les quinze à vingt jours : « Je ne l'ai jamais vu, dit la femme, un mois sans en avoir une. » Il a également des vertiges. Il n'avait jamais eu d'asthéno-manie. Avant le 12 février 1911, jour où il a eu quatre crises, suivies d'asthéno-manie, il avait eu une crise le 31 janvier 1911, et une autre au moment du premier de l'an.

Antécédents. — Deux sœurs mortes en bas-âge. Pas de convulsions dans sa jeunesse, mais très anémique, très chétif.

Marié en 1902, il a un enfant de deux ans qui ne marche pas. Personnellement, grosse asymétrie cranio-faciale et intelligence un peu débile. Pas d'alcoolisme. Travailleur, caractère doux (1).

Ces deux malades sont des *observations types d'asthéno-manie secondaire post-épileptique*.

Dans ces cas, l'asthénie, c'est-à-dire la faiblesse, l'épuisement, la lourdeur des membres et les phénomènes d'anidéation disparaissent donc progressivement : le malade retrouve momentanément son état antérieur; mais l'agitation maniaque, c'est-à-dire l'hypersthénie, survient progressivement, avec ses signes caractéristiques, excitation motrice et intellectuelle, euphorie, colère, etc.; l'hypersthénie se dissipe graduellement, comme l'asthénie; elle n'a duré que cinq jours chez nos deux malades.

Au point de vue du *diagnostic* il importe de ne pas prendre, pour de la *confusion mentale*, l'anidéation, qui est liée à l'asthénie. La confusion, l'obnubilation existent sans doute après les crises épileptiques, mais ces accidents, de plus ou moins longue durée, évoluent distinctement.

Le malade de notre observation II a présenté durant son accès d'asthénie quelques troubles particuliers, fréquents il est vrai, chez certains asthéniques : il a eu durant vingt-quatre à quarante-huit heures de l'*agitation anxieuse*. Cette agitation ne doit pas être confondue avec l'agitation maniaque.

Après sa crise d'asthéno-manie, le sujet n'a *pas d'amnésie* à moins qu'il n'ait été confus. On insistera auprès du malade, car parfois il n'évoque pas spontanément ce qu'il a fait durant son état maniaque; il dit : « Je ne sais pas », et en réalité, il reconnaît bien les faits qu'on lui signale, puisqu'il les développe et les détaille.

(1) Nous remercions M. Magnan, médecin en chef de l'Admission (Sainte-Anne), qui a bien voulu nous autoriser à publier ces deux observations.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(Séance du 9 mars 1911)

La Société d'études scientifiques sur la tuberculose, fondée il y a cinq ans, vient de modifier ses statuts et de se transformer en une société ouverte, analogue à la Société de pédiatrie et à la Société de dermatologie. Chacun peut dorénavant présenter, devant cette société, ses travaux, à la condition qu'ils soient d'ordre scientifique, et que le communicateur, comme à la Société médicale des hôpitaux, soit présenté par un des membres de la Société.

En outre des communications, la Société charge quelques-uns de ses membres de faire un rapport sur un certain nombre de questions dont l'étude est à l'ordre du jour. Ces rapports sont discutés en séance.

Les séances, qui sont publiques, ont lieu à la Faculté de médecine, le deuxième jeudi de chaque mois, à cinq heures, très exactement.

Le bureau de la nouvelle Société est ainsi constitué : président, M. le professeur Landouzy; vice-président, M. le professeur Vallée (d'Alfort); secrétaire général, M. le docteur Fernand Bezançon; trésorier, M. le docteur Nobécourt; secrétaires des séances, MM. les docteurs Léon Bernard et Paris.

La Société est composée de membres titulaires, au nombre de trente, qui sont les membres de l'ancienne société; elle va s'adjoindre trente membres adjoints et des membres correspondants.

Les membres adjoints doivent présenter à l'appui de leur candidature un travail original, qui sera lu en séance et fera l'objet d'un rapport.

Intradermo-réaction à la tuberculose chez des enfants tuberculeux. — MM. Barbier et Baron apportent une statistique de 270 intradermo-réactions à la tuberculose, faite chez des enfants tuberculeux.

1° L'examen des divers modes de réaction observée semble montrer que l'intradermo-réaction est d'autant plus faible que le sujet est plus tuberculeux et inversement.

2° L'intradermo-réaction semble un moyen de diagnostic infidèle chez les nourrissons.

Sur 48 intradermo-réactions faites, 8 seulement positives.

3° Les résultats sont variables suivant la forme de tuberculose; tuberculose aiguë avec contrôle de l'autopsie : 16 cas (10 négatifs, 6 positifs); phtisique : 6 cas (5 négatifs, 1 positif).

Tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. Au début : 114 cas (101 positifs, 13 négatifs).

Pleurésies sérofibreuses, péritonites tuberculeuses : 17 cas (17 positifs).

4° Intradermo-réactions faites dans d'autres affections dont la nature tuberculeuse est discutée.

Néphrites	9 cas	6 positifs
Rhumatisme subaigu	6 cas	6 positifs
Chorée	5 cas	4 positifs
Cardiopathies	4 cas	4 positifs
Dilatation des bronches	4 cas	3 positifs
Bronchites aiguës	49 cas	26 positifs

Réactions alvéolaires au cours de la tuberculose décelées par l'examen cytologique des crachats. — MM. Fernand Bezançon, J. de Jong et Braun. Au cours de la pneumonie lobaire aiguë, la nature de lésion alvéolaire est décelée, pendant la vie, par l'examen cytologique du crachat (exsudat

séro-albumineux, abondant, cellules endothéliales desquamées).

Au cours de la tuberculose, on observe la même formule cytologique, non seulement au début de lésions dont le tableau clinique rappelle, par certains côtés, la pneumonie, telle la pneumonie caséeuse, mais encore dans des états aigus moins nettement définis, mais donnant l'impression, cependant, de lésions en foyers lobaires ou pseudo-lobaires. L'examen des crachats contribue ainsi à individualiser, à côté de la pneumonie caséeuse à évolution fatale, des pneumonies ou des broncho-pneumonies tuberculeuses qui, après une phase d'acuité pendant laquelle on ne peut les distinguer souvent de la pneumonie caséeuse, évoluent ensuite vers la rétrocession, et sont susceptibles, sinon de guérison complète, du moins de rémission prolongée, et d'un véritable passage à l'état chronique.

Dans ces cas au début, on trouve, dans les crachats, en même temps que des bacilles de Koch, du mucus hyalin épais, des gouttelettes d'exsudat séro-albumineux, des cellules endothéliales, desquamées, tuméfiées ou dégénérées, on ne voit ni fibrine, ni polynucléaires. Ces derniers apparaissent dans la suite ; plus tard, les gouttelettes d'exsudat séro-albumineux diminuent ou disparaissent, et le crachat constitué surtout par des réseaux dégénérés et des leucocytes en pycnose, prend tout à fait l'aspect du crachat banal des cavitaires.

Plusieurs faits de tuberculose spontanée de l'aorte, chez le chien. — M. G. Petit (d'Alfort) présente, en son nom et celui de M. R. Germain, des pièces provenant de l'autopsie de quatre chiens atteints de tuberculose. Il montre, en particulier, des lésions tuberculeuses de l'aorte, caractérisées par des ulcérations plus ou moins étendues ou des tubercules sous-endartériques, saillants dans la cavité artérielle à la manière de petits boutons à centre caséeux. Certaines de ces lésions existent en regard de masses tuberculeuses périartérielles plus ou moins importantes et qu'on ne peut pas toujours rattacher, même au microscope, à des ganglions lymphatiques primitivement envahis. Mais il existe, en outre, sur le trajet de l'aorte thoracique ou abdominale, des tubercules disséminés, absolument indépendants des tuberculomes périartériels en question. L'étude histologique que le présentateur a faite de ces très curieuses et très rares lésions, l'incite à prétendre que *les vasa vasorum jouent un rôle certain dans la diffusion bacillaire*. Les tubercules débutent dans la périartère au niveau même et aux dépens des vasa vasorum, puis les trois tuniques sont progressivement envahies, jusqu'au moment où la lésion fait saillie sous l'endartère refoulée. Le bouton tuberculeux s'ouvre ensuite à la manière d'une pustule athéromateuse et l'ulcération aortique est désormais constituée. Bien entendu, des bacilles ont été rigoureusement constatés dans les tubercules et les ulcérations aortiques, qu'on ne saurait attribuer à une autre cause.

M. Léon Bernard. L'intéressante communication de M. Petit attire une fois de plus l'attention sur les lésions de l'aorte de nature tuberculeuse. Je rappellerai mes expériences faites avec M. Salomon où, par inoculations intracardiaques de bacilles chez le lapin, ou intrafémorale chez le chien, nous avons créé des tubercules de l'aorte. Ces tubercules, qui avaient le même aspect macroscopique que ceux présentés par M. Petit, étaient microscopiquement constitués par un bourgeon endaortique fibrineux, dans les mailles duquel les bacilles étaient colorables.

Cette question, peu connue encore, est d'autant plus importante qu'elle n'est pas dénuée d'intérêt clinique. Un certain nombre de faits nous portent à penser que certains cas de lésions aortiques, orificielles ou sus-orificielles, chroniques, pour lesquels aucune étiologie ne peut être retrouvée dans les antécédents, sont d'origine bacillaire. La pathogénie de ces cas est éclairée par d'autres, mieux connus actuellement, où l'on voit une endopéricardite de nature tuberculeuse avérée se terminer par une lésion aortite chronique, à la manière du rhumatisme cardiaque.

Ces faits sont certes bien différents de ceux que nous apporte M. Petit. Mais ils concourent, comme tous ceux, expérimentaux ou de médecine vétérinaire, qui montrent des lésions tuberculeuses de l'aorte, à établir la possibilité et les modalités de cette localisation rare.

ANALYSES

MÉDECINE

Dystrophies en relation avec des lésions de capsules surrénales : hirsutisme et progeria. (Apert. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, déc. 1910.) — Il existe un syndrome morbide particulier, que l'auteur appuie de multiples observations très suggestives, qui est sous la dépendance des altérations du parenchyme de la corticalité surrénale, et très différent de la maladie d'Addison, qui paraît liée surtout aux altérations des plexus nerveux péricapsulaires et intracapsulaires. Les lésions de la substance corticale provoquent des symptômes tout différents.

Les altérations atrophiantes de la corticalité donnent le type décrit par Gilfort sous le nom de *progeria*, et par M. Variot sous le nom de *nanisme sénile*. Les altérations hypertrophiantes donnent des types, variables avec l'âge, mais dont la manifestation, la plus caractéristique et la plus constante, est l'exagération précoce du système pileux ; c'est à cette forme que l'auteur propose d'appliquer le nom d'*hirsutisme*.

La connaissance de l'hirsutisme, comme du nanisme sénile, a des conséquences pratiques ; dans le premier cas, on pourra, parfois, poser le diagnostic ferme d'adénome ou de cancer surrénal, et peut-être enlever, de façon précoce, une tumeur maligne ; dans le second cas, l'on pourra obtenir d'excellents résultats, par l'opothérapie d'extraits de glande totale.

L. Babonneix.

La dégénérescence néoplasique des ganglions sus-claviculaires gauches au cours des cancers de l'estomac. (*Il Morgagni Archivio*, décembre 1910, n° 12.) — A propos d'un cas observé récemment par lui, le docteur Luca Fioravanti fait une étude générale de la question et arrive aux conclusions suivantes. La métastase dans les ganglions sus-claviculaires gauches peut survenir au cours de l'évolution de cancers latents, et elle acquiert alors de l'importance, car elle peut provoquer la mise en œuvre des divers procédés de diagnostic.

Ces métastases peuvent se rencontrer au cours même de cancers colloïdes, lesquels donnent cependant lieu moins que tous les autres à des métastases en général ; là comme ailleurs, elles peuvent apparaître avec une précocité vraiment exceptionnelle, que l'auteur attribue, d'après le cas observé par lui, à une anomalie anatomique du trajet des lymphatiques provenant de l'estomac.

Ces métastases atteignent des dimensions variables, généralement médiocres, mais pouvant arriver quelquefois au volume du poing d'un adulte, ce qui augmente tout d'abord les doutes sur leur nature métastatique. La peau qui recouvre ces tumeurs, peut elle-même être infiltré par elles, par l'intermédiaire des lymphocytes afférents, et se montrer parsemée de nodules néoplasiques, qui restent longtemps confinés de façon assez nette dans les limites anatomiques de la région sus-claviculaire.

A. Gaullieur l'Hardy.

Le pancréas dans le diabète pancréatique. (Gellé. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1910 p. 397-468.) — Après avoir exposé l'historique, l'auteur discute les diverses théories relatives au fonctionnement du pancréas, et continue à défendre celle de Laguesse ou du balancement entre les acini et les îlots, ainsi qu'il l'avait fait dans ses précédents travaux.

Le mémoire actuel est basé sur huit observations avec étude histologique; la conclusion est que « le diabète d'origine pancréatique est dû à une lésion des îlots, soit primitive, soit secondaire, ainsi qu'à une perturbation considérable du phénomène décrit par Laguesse sous le nom de balancement. Dans les pancréas diabétiques, nous assistons à la phase de retour du balancement, c'est-à-dire à la phase d'épuisement insulaire, que nous appellerons du nom de sénilité insulaire ». Le diabète pancréatique est l'expression de l'insuffisance totale du pancréas. Car, s'il est indiscutable que ce soit la lésion insulaire qui amène la perturbation dans la sécrétion endocrine, il n'en est pas moins vrai que c'est à cause de la lésion acineuse que cette sécrétion, à un moment donné, devient insuffisante. Car les acini, chargés de pourvoir à la création d'îlots nouveaux, sont devenus, à un moment donné incapables d'assurer cette fonction. L. ALQUIER.

MÉDECINE INFANTILE

A propos de l'emploi combiné de la bouillie de malt et du lait caillé dans les troubles digestifs du premier âge. (E. TERRIEN. *Arch. des mal. de l'ap. dig. et de la nutrit.*, janv. 1911.) — On connaît les nombreux travaux de l'auteur sur la préparation des bouillies maltées, sur les avantages, les indications de cette alimentation; à nouveau, dans cet article, sont résumés les renseignements utiles à bien connaître, sur les détails de technique, de préparation, mais surtout, sur les avantages de l'emploi combiné de la bouillie de malt et du lait caillé. « Doués de propriétés analogues, concourant à un même but, la bouillie de malt et le lait caillé ont, tous deux, une action antiputrescible manifeste; tous deux apparaissent comme des stimulants de la sécrétion pancréatique qui augmente sous l'influence d'un régime approprié et s'exalte en présence d'une réaction acide; tous deux contribuent à faciliter singulièrement la digestion naturelle, l'une, en amorçant celle-ci et en fournissant à l'intestin un amidon plus facilement attaquable, l'autre, en exaltant l'activité des enzymes digestifs, au moment de la saccharification naturelle de l'amidon; tous deux, enfin, se corrigeant réciproquement, permettent d'atténuer à volonté, en quelque sorte, dans la bouillie de malt, sa teneur, parfois trop élevée, en hydrates de carbone. » L. BABONNEIX.

La radiologie du cœur chez l'enfant. (VISCO. *La Pediatria*, 1910, n° 8.) — L'auteur insiste sur la valeur des rayons X pour la séméiologie cardiaque chez l'enfant. Appréciation des dimensions de l'organe, péricardite, surtout lorsque le péricarde environné de tissu pulmonaire échappe à la percussion, déplacements du cœur au cours d'épanchements pleuraux, peuvent ainsi être étudiés. On évaluera par la même méthode les atrophies, les arrêts ou l'insuffisance du développement, comme les dilatations et les hypertrophies du cœur. La pathogénie des souffles extra-cardiaques a bénéficié, quant à son explication, de la méthode radioscopique; il en est de même, quoique indirectement, de la localisation de certains souffles organiques. Les malformations et les affections congénitales du cœur peuvent ainsi être diagnostiquées. Enfin la radioscopie et la radiographie sont extrêmement utiles pour déterminer et apprécier les ectopies cardiaques chez les enfants; elles permettent de distinguer les dextrocardies acquises des congénitales, ces dernières se révélant par une véritable inversion de l'organe que montre l'examen oblique. La radioscopie remplace la percussion du cœur lorsque l'emphysème rend celle-ci peu précise; enfin, les dilatations cardiaques aiguës, survenant au cours de maladies infectieuses peuvent être l'objet de recherches orthodiagraphiques.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Un cas d'amyotrophie myélogène progressive. (A. GUCCIONE. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1911, p. 65-80, 5 fig.) — L'autopsie démontra une myélopathie caractérisée par l'atrophie des cellules motrices et la prolifération névroglique péricellulaire, sans lésions importantes des cordons antéro-latéraux. Or, la maladie présentait, cliniquement, le tableau symptomatique suivant : amyotrophie du type Aran-Duchenne chez un homme de trente et un ans, avec parésie, réaction de dégénérescence, crampes et contractions fibrillaires des muscles, avec, aux membres inférieurs, exagération des réflexes patellaires et achilléens, sans autres signes de spasticité, en particulier pas d'extension de l'orteil, ce qui, avec l'abolition relativement précoce des réflexes tendineux et périostiques des membres supérieurs, écartait l'idée d'une sclérose latérale amyotrophique.

La pathogénie reste obscure. L. ALQUIER.

JURISPRUDENCE

CLINIQUES ET ASSOCIATIONS RELIGIEUSES

Nous avons, dans un de nos derniers articles (*Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 27, p. 405), examiné la question de savoir si la commission administrative d'un hospice a le droit de passer un traité avec une congrégation religieuse et de charger celle-ci de soigner les malades. Nous avons répondu par l'affirmative, en nous appuyant sur la doctrine de la Cour de Cassation. Mais un médecin, possédant une clinique privée, peut-il faire appel à des religieux? Un grand nombre de médecins croient encore qu'ils peuvent le faire impunément, alors qu'ils commettent là une infraction.

En effet, aux termes de l'article unique de la loi du 4 décembre 1892, qui a complété l'article 16 de la loi du 1er juillet 1901, il a été décidé :

« Seront passibles des peines portées à l'article 852 tous les individus qui, sans être munis de l'autorisation exigée par l'article 13 § 2, auront ouvert ou dirigé un établissement congréganiste, de quelque nature qu'il soit, que cet établissement appartienne à la congrégation ou à des tiers, qu'il comprenne un ou plusieurs congréganistes; tous ceux qui auraient continué à faire partie d'un établissement dont la fermeture aura été ordonnée conformément à l'article 13 § 3; tous ceux qui auront favorisé l'organisation ou le fonctionnement d'un établissement visé par le présent article, en consentant l'usage d'un local dont ils disposent. »

C'est en s'inspirant de ces dispositions que la Chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé que le fait, par un particulier, d'installer dans sa maison même une ou plusieurs religieuses appartenant à une congrégation autorisée, avec la permission de la supérieure, mais sans l'autorisation du gouvernement, pour une œuvre d'assistance privée ou de charité telle qu'un hospice ou une clinique, suffit à caractériser le délit (prévu et puni par l'article unique de la loi du 4 décembre 1902) et que ce propriétaire, aussi bien que les sœurs, sont passibles des peines édictées par ce texte (Tribunal Limoges, 16 février 1903 et tribunal Quimper, 2 avril 1903, *Gaz. du Palais*, 1903, 1re partie, p. 645; Cour de Grenoble, 20 juin 1903, *Dalloz périodique*, 1903, 2e partie, p. 393; Cassation criminelle, 14 novembre 1903, *Gaz. du Palais*, 03.2.552; 18 février 1904, *Bulletin criminel*, 1904, n° 105; 4 novembre 1904, *Bulletin criminel*, p. 454; Tribunal de Cambrai, 23 juin 1909, *Gaz. du Palais*, 1909, 2.271.)

Il résulte donc des décisions ci-dessus rapportées qu'un médecin ne peut appeler pour une collaboration professionnelle dans sa clinique, ou dans sa maison de santé, des religieux, sans solliciter du gouvernement une autorisation.

Il aura peut-être un moyen de ne pas tomber sous le coup de poursuites correctionnelles en fondant une société civile avec lesdits religieux. En effet, ne constitue pas une association religieuse la société civile formée entre laïque et ecclésiastiques dans le but d'exploiter une clinique et un orphelinat, où sont admis des enfants sans distinction de sexe, et il

est indifférent que des religieuses soient employées dans ces établissements, dès lors qu'elles occupent, sans bail, les locaux et qu'elles soient à la volonté de la société (Tribunal de Pont-Lévêque, 8 août 1905, *Répertoire de l'Enregistrement*, 1906, p. 682). Cette dernière décision semble être unique.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

VARIÉTÉS

LE LIVRE D'OR DE LA MÉDECINE MILITAIRE

Blessure du général Thiébault à Austerlitz et son attachement pour le chirurgien en chef Percy.

A Austerlitz, sur les pentes abruptes du plateau de Pratzen, le général Thiébault voulut enlever, avec une poignée d'hommes, quelques batteries ennemies dont le feu meurtrier éprouvait sa brigade.

Dans cette charge, le général reçut une balle de mitraille qui, après avoir broyé l'épaule droite, brisa la clavicule et le sternum en deux endroits. Il fut évacué sur Brünn, sous la surveillance d'un chirurgien-major qui ne le quitta plus jusqu'à Paris.

« Le lendemain matin, écrit Thiébault dans ses Mémoires, se réunirent chez moi, et pour juger de mon état et pour parer à mon premier grand pansement, M. Percy, chirurgien en chef des armées françaises *et le premier chirurgien du monde ;* M. Yvan, chirurgien particulier de l'Empereur ; M. Larrey, chirurgien en chef de la garde impériale ; le chirurgien-major du 8me régiment de hussards ; enfin celui qui logeait avec moi : *on ne pouvait être entouré de plus de lumières.* »

« Larrey m'effraya beaucoup, en me fourrant dans l'épaule une sonde, que je fus désagréablement surpris de voir sortir sous le menton. »

L'enflure du bras devint énorme ; ce membre semblait peser cinq cents livres et causait au général de très vives douleurs. « Pourquoi me le conservez-vous ? » dit-il un jour à ces messieurs. Percy lui répondit qu'ils tenteraient tout pour sa conservation, car, vous serez plus tard heureux de l'avoir, « quand vous aurez recouvré les mouvements du coude, du poignet et des doigts ».

« A dater de ce jour, M. Percy me témoigna l'intérêt le plus tendre, et, ne se bornant plus à ses visites du matin, il venait tous les soirs passer une heure ou une heure et demie avec moi. Ce que ces causeries me firent du bien est indicible ; elles me charmaient et me ravivaient. Il faisait pour moi ce qu'il ne faisait pour aucun autre et c'était m'inspirer la certitude qu'il croyait à mon rétablissement. Ce bon M. Percy me prenait de plus en plus en amitié et ses salutaires visites du soir, auxquelles il ne manquait pas, ajoutaient à mon attachement autant qu'à ma confiance. »

Mais bientôt les préliminaires de la paix furent signés avec l'Autriche et notre armée victorieuse quitta la Moravie. Les blessés furent évacués sur les hôpitaux de Vienne ; on ne laissa à Brünn que les blessés intransportables. « Par malheur, écrit Thiébault, j'étais du nombre et il est inutile de dire, avec quel chagrin je reçus les adieux de tous ceux que ce départ éloignait de moi, avec quel serrement de cœur j'entendis les tambours et les musiques annonçant le départ de nos dernières troupes, et, quelques heures après, les tambours et les fifres annonçant l'arrivée de la garnison autrichienne. »

Après Savary, envoyé auprès du blessé par l'Empereur, Thiébault reçut la visite de Percy l'éminent chirurgien, « dont le départ fut pour moi le sujet d'une affliction profonde. Je perdais en effet, *comme chirurgien des armées, le premier homme du monde et, comme ami, le meilleur des hommes.* Ses entretiens, qui occupaient toutes mes soirées, m'avaient fait autant de bien que ses conseils ; sa présence seule me calmait ; mes douleurs se taisaient à sa voix ; je perdais en lui tout ce qu'en ce moment je pouvais perdre ; *les avis qu'il avait eu l'idée et pris la peine de rédiger et qu'il me remit dans cette visite d'adieux,* me touchèrent autant par la sollicitude dont ils étaient le témoignage, que par l'utilité qu'ils pouvaient avoir. »

La sympathie réciproque de ces deux chefs militaires, de ces deux fins lettrés honore la médecine militaire.

Dr BONNETTE,
Médecin-major de première classe,
Lauréat de l'Institut.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION CRÉOSOTÉE DANS LA TUBERCULOSE

Par MM. P. Barbier et G. Rallier (de Paris).

L'action spécifique de la créosote, défendue par Bouchard et Gimbert, n'est plus admise aujourd'hui par personne ; toutefois, les expériences récentes d'Arloing et de Courmont sur la séroréaction dans la tuberculose, tendraient à faire considérer la créosote tout au moins comme un spécifique indirect. Malheureusement, la créosote présente de graves inconvénients (causticité à l'égard des muqueuses, d'où intolérance digestive, toxicité même parfois à doses faibles, etc.). Mais l'expérience clinique de ces dernières années permet de substituer en toute sécurité le thiocol à la créosote. (Nous parlons bien entendu du thiocol « Roche », qui est celui que nous avons constamment utilisé, et non des ortho-sulfo-gaïocolates du commerce, plus ou moins impurs ou toxiques). Non seulement, le thiocol « Roche » n'exerce pas sur les muqueuses de l'estomac l'action caustique de la créosote, mais, au contraire il possède de véritables propriétés eupeptiques et orexiques : on peut même regarder le thiocol « Roche » comme un puissant stomachique, ce qui est bien à considérer dans le traitement de la maladie où, suivant le mot de Peter, « l'estomac doit être entouré de soins pieux ».

D'autre part, le sirop « Roche » au thiocol, dont chaque cuillerée à soupe correspond à 52 centigrammes de gaïacol cristallisé, est doué d'un pouvoir bactéricide nettement établi à l'égard du bacille de Koch et des microbes associés : il est donc un puissant modificateur du terrain tuberculisable, dont il exalte au plus haut point les réactions phagocytaires et humorales ; enfin, le sirop « Roche » au thiocol, qui est un agent dynamogène de premier ordre, est actuellement la meilleure arme que nous possédions, non seulement dans la lutte contre la tuberculose confirmée, mais encore comme moyen prophylactique dans la prétuberculose. C'est ce qui fait que l'on ne doit pas hésiter à employer soit le sirop « Roche » au thiocol, soit les comprimés « Roche » de thiocol dans toutes les bronchites grippales traînantes, dans les convalescences d'affections pulmonaires aiguës, dans la coqueluche, dans la pneumonie, dans tous les cas, en un mot, où les poumons malades offrent un terrain tout préparé à l'éclosion du bacille de Koch : d'ailleurs, nos nombreuses observations sont très concluantes à cet égard.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DES NERFS (1)

Evolution. — L'évolution des plaies des nerfs est subordonnée à l'importance et à la nature de la plaie, à la présence ou non de corps étrangers, à l'asepsie ou l'infection du foyer traumatique, à l'importance du nerf sectionné. Les plaies par section sont beaucoup moins graves que les plaies contuses dans lesquelles le nerf est déchiqueté.

Le danger constant est l'apparition de la névrite, souvent extensive, progressive, que nous avons déjà étudiée.

Si la perte de substance nerveuse dépasse 5 centimètres et si l'on n'intervient pas, la restauration ne se fera pas (forme dystrophique, forme atrophique), l'on assistera à l'installation de paralysies, d'atrophies musculaires définitives. C'est pourquoi, réserves faites en ce qui concerne l'apparition d'une névrite, toute plaie d'un nerf sensitif pur est beaucoup moins grave que celle d'un nerf moteur.

En cas de plaie d'un nerf mixte, si la régénération doit se faire (*forme curable*), on voit réapparaître, au bout d'un mois environ, la sensibilité; elle se montre d'abord à la périphérie, puis elle progresse vers le centre; ce retour de la sensibilité n'implique pas obligatoirement un retour de la motilité; lorsque la motilité réapparaît, elle ne progresse que lentement, et il s'écoule des mois avant que son retour soit complet; parallèlement à ce retour de la motilité, l'on constate des modifications des réactions électriques; la contractilité galvanique diminue, et l'on voit peu à peu réapparaître la contractilité faradique.

Complications. — Des *complications* surviennent parfois qui peuvent modifier cette évolution.

Nous ne saurions trop insister sur la NÉVRITE, soit ascendante et localisée, soit ascendante et diffuse, capable de provoquer une myélite et de déterminer des paralysies à distance; elle débute par des douleurs vives, irradiées vers le centre; par de l'hyperesthésie; à la palpation, on trouve souvent le cordon nerveux dur, douloureux; puis apparaissent des amyotrophies, des fourmillements, des troubles trophiques qui commandent parfois l'amputation et qui, malgré cette intervention, continuent quand même, souvent, leur marche ascendante et peuvent alors déterminer la mort.

L'ÉPILEPSIE a été signalée par Larrey, Pineau, à la suite des plaies des nerfs.

Le TÉTANOS est une complication fréquente des plaies des nerfs; on sait que la toxine tétanique se propage vers les centres en suivant les conducteurs nerveux (Babonneix). Rappelons que le bacille de Nicolaier sécrète d'autant plus volontiers sa toxine au niveau d'une plaie, que cette plaie est le siège d'infection réalisant, avec le bacille tétanique, une symbiose favorable.

DIAGNOSTIC. — Multiples sont les questions à résoudre, lorsque l'on se trouve en présence d'une plaie, avec lésion possible d'un nerf.

a. *Y a-t-il plaie nerveuse, complète ou incomplète, avec ou sans perte de substance?*

Ce diagnostic est basé sur la disparition immédiate de la motilité des muscles et de la sensibilité des téguments; mais, en raison des variations de la sensibilité, il faudra surtout étudier les troubles de la motilité; il est assez exceptionnel en effet que la motilité soit conservée, grâce aux anastomoses, et d'autre part, la motricité suppléée n'apparaît que beaucoup plus tard.

Si la plaie est large, il sera facile de juger de la section et du degré de l'écartement des deux bouts du nerf; si la plaie est étroite, il sera nécessaire de la débrider.

Si la plaie est ancienne, les troubles trophiques, la cicatrice, imposeront le diagnostic, on pourra parfois sentir le névrome dans la profondeur.

b. *Y a-t-il ou non des chances de régénération, y a-t-il ou non névrite?*

L'*examen électrique* doit être systématiquement pratiqué; il permettra de préciser si la régénération est possible, et même si elle est en cours; le diagnostic de *névrite* est facile, il se base sur les douleurs, l'hyperesthésie, etc.; lorsque la myélite compliquera cette névrite, elle s'accusera par des paralysies à distance, des névralgies variées.

En résumé, le diagnostic est assez facile, il n'y aurait lieu d'hésiter qu'en cas de *contusions nerveuses*; mais, comme l'a dit Lejars, ce sont là des lésions équivalentes, quant à leurs résultats locaux.

PRONOSTIC. — Il est infiniment variable, suivant qu'il y a ou non infection de la plaie, que les deux bouts du nerf sectionnés sont plus ou moins écartés, que le nerf sectionné est intéressé plus ou moins près de son origine; pour être porté d'une manière précise, ce pronostic doit se baser sur l'examen des réactions électriques.

TRAITEMENT. — TOUT NERF COUPÉ DOIT ÊTRE SUTURÉ. — Si la suture est pratiquée au moment de l'accident, elle est dite *primitive*; elle est dite secondaire, après cicatrisation de la plaie cutanée. Toute suture doit être précédée d'une *désinfection rigoureuse du foyer*.

Résultats physiologiques. — En général, les premiers retours de la conductibilité se montrent dès le premier mois en cas de *réunion primitive*, mais ils mettent des mois à se compléter; en cas de *réunion secondaire*, la sensibilité réapparaît du troisième au quatrième mois, et la motricité, du sixième au dixième.

Inhibition et dynamogénie de Brown-Séquard. — On connaît les faits paradoxaux de *retour de sensibilité, après une suture secondaire*, le jour même de la suture.

L'explication de ce phénomène est connue, si l'on adopte la théorie classique du neurone, sous le nom de *dynamogénie*; l'excitation nerveuse provoquée par l'opération a gagné la moelle puis est revenue dans les nerfs voisins, et les fibres récurrentes produisent une transformation dynamique grâce à laquelle ces fibres récurrentes ont recouvré subitement leur puissance d'action (Brown-Séquard).

Si l'on adopte la conception de la régénération autogène du bout périphérique, telle que Durante l'a établie, ce phénomène s'explique facilement, par la conductibilité protoplasmique du bout périphérique, mis en contact avec l'influx nerveux, conduit par le bout central.

Technique. — a. *Si l'écart segmentaire est nul*, il suffit de coapter les deux bouts et de les maintenir réunis par quelques points de catgut; on fait une *suture directe*, si l'on perfore le nerf lui-même; *indirecte périneurotique*, si le fil n'embrasse que la gaine névrilemmatique; enfin *indirecte paraneurotique*, si le fil n'embrasse que le tissu conjonctif ambiant.

b. *Si l'écartement des deux bouts est assez considérable*, il existe de multiples procédés pour essayer de permettre une coaptation.

Procédé de Max Schüller : *élongation des bouts nerveux*; excellent procédé lorsque l'écart des deux bouts ne dépasse pas 4 à 5 centimètres, et qu'il s'agit d'un nerf volumineux.

Nous nous contentons de signaler les autres procédés : l'autoplastie nerveuse à lambeaux, imaginée par Létiévant; la transplantation nerveuse, imaginée par Glück, Vulpian, Kölliker; la suture tubulaire de Van Lair; la *suture par entrecroisement*, applicable aux cas où deux nerfs sont divisés, et qui consiste à insérer, sur le tronc nerveux que l'on a pu suturer, les deux bouts du nerf qui a subi une perte de substance; enfin la *suture à distance, au catgut*, procédé qui empêche la rétraction du nerf divisé et guide les jeunes fibres régénérées. (Ces deux derniers procédés sont les plus employés.)

BIBLIOGRAPHIE. — DURANTE. In *Anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier. — CUNÉO. *Revue de chirurgie*, 1910.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 40, p. 609 et n° 43, p. 657.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Comité consultatif de l'enseignement public.* — M. Teissier, professeur de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé membre du comité consultatif de l'enseignement public (première section).

Il siégera, en cette qualité, à la commission de médecine et de pharmacie.

— PARIS. — M. Gariel, professeur, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 9 août 1911.

Par suite de nécessités de service, M. Gariel cessera ses fonctions le 1er novembre 1911.

M. Gariel est nommé professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1911.

M. Hayem, professeur, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 25 novembre 1911.

Par suite de nécessités de service, M. Hayem cessera ses fonctions le 25 novembre 1911.

M. Hayem est nommé professeur honoraire, à partir du 25 novembre 1911.

— BORDEAUX. — M. Jolyet, professeur, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er mai 1911.

M. Jolyet est nommé professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1911.

— MONTPELLIER. — M. Hamelin, professeur, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er mai 1911.

M. Hamelin est nommé professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1911.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. Corneloup, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1911, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— REIMS. — M. Langlet, professeur et directeur, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1911.

M. Langlet est nommé professeur et directeur honoraires, à partir du 1er novembre 1911.

GUERRE. — M. le docteur H. Poullain, médecin-major de première classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Sétif, a reçu une lettre de félicitations du ministre pour son dévouement au cours d'une récente épidémie de typhus exanthématique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Véron.

Au grade de chevalier. — M. le médecin en chef de la marine Drago; M. le médecin de première classe de la marine Olivier; M. le médecin-major de deuxième classe (des troupes coloniales) Parazols et M. le major de deuxième classe Serre.

M. le docteur Braquehaye (de Tunis).

LES TRAVAUX DANS LES HOPITAUX. — Le Conseil municipal vient d'approuver une dépense de dix millions, à prélever sur les fonds provenant du grand emprunt pour faire des travaux dans les hôpitaux et hospices.

C'est ainsi que 1.300.000 francs seront affectés à la reconstruction de l'hôpital Cochin ; 300.000 francs à l'agrandissement du magasin central ; 3 millions à de grosses réparations telles que : 1.810.000 francs pour la transformation de l'Hôtel-Dieu ; 100.000 francs à Broussais ; 266.000 francs à Bicêtre ; 155.000 francs aux Enfants-Malades, etc. Les réserves de linge mobilier seront augmentées de 500.000 francs ; enfin 100.000 francs seront dépensés pour l'agrandissement du sanatorium d'Hendaye et 40.000 francs pour une salle de conférence à la Nouvelle-Pitié.

SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT. — Le conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, indigné des attaques injustifiées et violentes lancées contre le corps médical tout entier, dans une pièce jouée dans ce moment au Grand-Guignol, félicite les médecins de ce théâtre qui, ne pouvant tolérer par leur présence de pareils outrages, ont donné leur démission ;

Engage tous leurs collègues à suivre cet exemple ; et compte sur la dignité et la solidarité professionnelles pour que pas un confrère n'accepte de prendre la place des médecins démissionnaires.

(Ordre du jour voté à l'unanimité dans la séance du 10 avril 1911.)

— La Société médicale du XVIIe arrondissement de Paris,

Considérant que l'habitude prise par les pharmaciens de

renouveler, sans l'autorisation écrite du médecin, des ordonnances préconisant l'emploi de substances visées par l'ordonnance du 29 octobre 1846 et par le tableau annexé au décret du 8 juillet 1850, constitue un grave danger pour les malades et pour le public,

Emet le vœu que les lois, ordonnances et décrets régissant la matière, soient dorénavant strictement observés et appliqués ;

Considérant en outre l'utilisation en thérapeutique de produits nouveaux ne figurant pas au tableau annexé au décret de 1850, mais dont l'emploi ne saurait être trop attentivement surveillé ;

Estime qu'il y a lieu de rechercher le moyen pratique d'en réglementer la délivrance.

(Ordre du jour approuvé à l'unanimité par le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement.)

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Dans sa dernière séance, le Conseil du Syndicat médical de Paris a procédé au renouvellement de son bureau ainsi constitué pour 1911 :

Président : M. de Pradel ; vice-présidents : MM. Chassevant, d'Ayrenx ; secrétaire général : M. Berruyer ; secrétaire général adjoint : M. Labady ; trésorier : M. de Speville ; secrétaire des séances : MM. Acheray, Carel ; rédacteur du *Bulletin*, M. Chapon.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 27 avril, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1910-1911. SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Chirurgie générale.* — Docteur ARROU (hôpital de la Pitié). — Jeudi, opérations au pavillon Jerdy, de neuf heures à midi.

Vendredi, à dix heures et demie, présentation des malades et leçon clinique.

Docteur BAZY (hôpital Beaujon). — Mercredi et samedi, examen des nouveaux par les stagiaires du service.

Lundi, jeudi, samedi, consultation des voies urinaires.

Lundi, mardi, jeudi, vendredi, opérations.

Docteur A. LAPOINTE (Hôpital Lariboisière, salle Nélaton, service de M. le docteur Chaput). Examen des malades, pansements et appareils.

Ophtalmologie. — Docteur DUPUY-DUTEMPS (hôpital Saint-Antoine). — Le docteur Dupuy-Dutemps fera, tous les jeudis à onze heures, une leçon clinique avec présentation des malades sur la neurologie de l'œil.

Les lundis, mercredis, samedis, à dix heures et demie, consultation et examen des malades.

Docteur MORAX (hôpital Lariboisière). — Lundi, consultation externe, affections des membranes externes.

Mardi, consultation externe, affections profondes.

Jeudi, consultation externe, réfraction.

Vendredi, consultation externe, affections des membranes externes. Visite dans les salles.

Mercredi et samedi, à neuf heures, indications opératoires et opérations oculaires.

Du 24 mars au 13 avril, cours de médecine opératoire sur l'œil et ses annexes, à l'amphithéâtre des hôpitaux, rue du Fer-à-Moulin.

Docteur TERRIEN (hôpital des Enfants-Malades). — Lundi et jeudi, à onze heures (salle de consultation des maladies des yeux), conférences d'ophtalmologie.

La leçon du lundi sera réservée aux présentations de malades et celle du jeudi à des leçons cliniques sur sujets d'ophtalmologie en rapport avec la médecine générale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arragon, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Limoges ; Adolphe Bruyère (de Paris), Lucien Groussin (de Bellevue, Seine-et-Oise) ; Henri Perrier (de Vevey, Suisse).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 MAI 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re et 2e parties), *Hôtel-Dieu* ; — M. A. Léri, suppléant.

Mardi 2 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries) ; — M. Claude, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries) ; — M. Castaigne, suppléant.

Mercredi 3 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries). — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries). — 4e ; — M. Zimmern, suppléant

Jeudi 4 mai, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries). — 4e ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 5 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie). — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e, 4e et 5e séries). — 4e ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries). — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Beaudelocque* ; — M. Jean Camus, suppléant.

Samedi 6 mai, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 3 mai, à une heure. — M. HENRY. De la kératose syphilitique plantaire. (MM. Gaucher, président ; Segond, Marfan et Pierre Duval.) — M. CHAMBARD. L'anesthésie lombaire. (MM. Segond, président ; Gaucher, Marfan et Pierre Duval.) — M. CHARDON. Envahissement massif du liquide céphalo-rachidien et absence de réaction cellulaire au cours de méningite cérébro-spinale. (MM. Marfan, président ; Gaucher, Segond et Pierre Duval.)

Jeudi 4 mai, à une heure. — M. MONNIER. Considérations sur les chorées chroniques, des relations cliniques et la chorée Sydendam. (MM. Debove, président ; Gilbert Ballet, Claude et Rathery.) — M. SLÉPIAN. Amnésie de fixation. Sa valeur sémiologique et ses conséquences psychologiques. (MM. Gilbert Ballet, président ; Debove, Claude et Rathery.) — Mme TINEL-GIRY. La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médin). (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Albert Robin et Nobécourt.) — M. BREGEON. La rage humaine. Fréquence des erreurs de diagnostic. (MM. Chantemesse, président ; Hutinel, Albert Robin et Nobécourt.) — M. PUIFFERRAT. Le signe de Jellineck dans le syndrome de Basedow. (MM. Albert Robin, président ; Hutinel, Chantemesse et Nobécourt.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA SYPHILIS LINGUALE

Par M. Gaston SEGUINOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — Si, à dire vrai, l'étude approfondie des lésions syphilitiques de la langue date des travaux de Fournier, elles ont été depuis longtemps décrites et on peut dire que leur histoire est liée à celle de la contagion de la syphilis en dehors des organes génitaux. Au XVIe siècle, Lecoq, Torella parlent de la transmission possible par la bouche. Mais c'est Astruc, dans son *Traité des maladies vénériennes*, qui est le premier à avoir décrit le chancre lingual. Les travaux de Swiedaur, Cullerier, Gibert, Rollet, les leçons de Mauriac et de Fournier (1890), sur les manifestations linguales de la syphilis, mettent la question au point. Dans ces dernières années, il a été peu ajouté à l'étude des manifestations secondaires et tertiaires, mais un chapitre important a été ajouté à la syphilis linguale, par suite des travaux de Fournier, Gaucher, Sergent, Lacapère sur la *leucoplasie linguale*; et actuellement il est admis à peu près par tous que la leucoplasie peut être considérée comme une manifestation quaternaire de la syphilis. Les études de ces dernières années ont surtout eu pour but de montrer le rôle de la syphilis dans l'étiologie du cancer de la langue.

Division. — Ainsi donc, la langue peut être atteinte à toutes les périodes de la syphilis. On y observe assez rarement le chancre, très fréquemment les manifestations secondaires et assez souvent les manifestations tertiaires et quaternaires. Nous étudierons la syphilis de la langue à ces différentes périodes. Dans un premier chapitre nous verrons par quels signes elle se dévoile et dans un second, nous verrons quelles sont les affections qui peuvent la simuler.

I

SYMPTOMATOLOGIE

Syphilis primaire. — Elle se compose, ici comme ailleurs, de deux accidents étroitement liés l'un à l'autre : le chancre et l'adénopathie.

Le chancre lingual. — Sans être rare, il n'est cependant pas très fréquent. En effet, en faisant les différentes statistiques (Mauriac, Humbert, Queyrat, Renault, Kreftig, Gaucher) et surtout celle du professeur Fournier, il en résulte que sur 100 chancres extragénitaux, il y a 8 chancres linguaux. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Etiologie. — Les gerçures et excoriations de toutes sortes sont fréquentes à la langue, conditions qui favorisent la contagion. Le plus souvent, le chancre a pour cause une inoculation de la substance sécrétée par des accidents secondaires et la contagion se fait :

Soit directement, par contagion génito-buccale ou plus souvent bucco-buccale.

Soit indirectement, par l'intermédiaire d'objets souillés par le virus syphilitique et portés à la bouche, comme l'ont démontré par l'ultra-microscope Gastou et Comandon. Ainsi se font certaines syphilis professionnelles (verriers), la plupart des « syphilis des innocents ».

Nombre. — Il est presque toujours unique ; Dubot, Danlos, Queyrat, Fournier citent quelques cas de chancres doubles de la langue, ce qui prouve une fois de plus que l'unicité n'est pas toujours un des principaux caractères différentiels du chancre syphilitique.

Siège. — Son siège de prédilection est sur le tiers antérieur de la langue, soit sur la face supérieure, soit sur les bords. On l'a vu rarement sur le segment postérieur.

Signes. — Il se présente sous plusieurs modalités cliniques. La forme la plus fréquente est la forme érosive et c'est celle que nous décrirons surtout.

Chancre érosif. — Il évolue suivant quatre périodes.

Période de début. — On le voit rarement à cette période. Dans certains cas, quand il siège à la pointe, il détermine des douleurs par le frottement de la langue sur les dents, douleurs qui attirent l'attention du malade. On voit alors une petite érosion superficielle, de l'étendue d'une lentille, de niveau avec les parties voisines, à base insignifiante, si bien qu'à cette période le chancre est méconnu 9 fois sur 10.

Période d'augment. — Puis l'érosion s'accroît en même temps que l'infiltration sous-jacente augmente de consistance et d'étendue, de sorte qu'au bout de dix jours, le chancre est constitué.

Période d'état. — C'est une exulcération arrondie ou ovalaire, sans bords, dont les dimensions varient entre la largeur d'une lentille et celle d'une pièce de 50 centimes. Sa surface est lisse, rouge, « dépapillée », quelquefois recouverte d'un enduit diphtéroïde. Il repose sur une base plus ou moins indurée. Cette induration peut être *lamelliforme*, « en carte de visite » ; elle peut être considérable, occupant une grande partie de la langue ; elle peut enfin être minime, se réduisant à un noyau dur, enchâssé dans le parenchyme lingual. Cette érosion s'accompagne de l'adénopathie caractéristique ; elle cause fort peu de troubles fonctionnels, n'étant douloureuse qu'au contact des aliments irritants, épicés ou des liquides alcooliques.

Tel est l'aspect du chancre érosif siégeant sur le dos de la langue.

Au niveau de la pointe et des bords, il forme un noyau en saillie qui peut faire penser à une gomme ou à un épithélioma.

Au niveau du frein, il prend souvent l'aspect d'un aphte.

Période de réparation cicatricielle. — Au bout de quelques jours, la surface du chancre devient rosée, semblable à une plaie simple, ses bords sont envahis

par du tissu de cicatrice, l'induration diminue, si bien qu'au bout de quatre à huit semaines le chancre a disparu ou s'est transformé en plaque muqueuse.

A côté de cette forme, Fournier décrit trois sortes de chancres.

CHANCRE ULCÉREUX. — La muqueuse est entamée, creusée en cupule ; les bords de l'ulcération se continuent graduellement vers le fond. L'induration est prononcée et peut occuper toute la partie antérieure de la langue. C'est dans cette forme qu'on observe des symptômes fonctionnels marqués ; endolorissement de la langue, gêne dans les mouvements, douleur à la mastication, salivation réflexe.

CHANCRE FISSURAIRE. — C'est une érosion effilée, à base indurée, située sur les bords de la langue, dans un pli lingual. Pour le voir, il faut écarter les deux parois du sillon qui, à l'état normal, s'accolent « à la façon des deux feuillets d'un livre ». Quelquefois le chancre se prolonge sur des sillons secondaires, prenant l'aspect d'une étoile : c'est le *chancre étoilé* de Fournier.

CHANCRE SCLÉREUX. — L'induration est tellement étendue, qu'une grande partie de la langue est convertie en un bloc dur.

A côté de ces variétés, les plus communes, on peut observer deux autres formes plus rares.

CHANCRES NAINS. — Décrits par Thibierge et Bord et très rares : c'est une érosion minime siégeant dans un sillon de la langue. Le centre est blanc grisâtre, d'aspect leucoplasique. Elle repose sur une induration nodulaire du volume d'un petit pois, s'accompagne d'adénopathie et coïncide souvent avec des chancres syphilitiques d'autres régions.

CHANCRE HYPERTROPHIQUE. — Décrit par Gaucher ; il siège sur le dos de la langue, formant une tumeur entourée d'induration scléreuse diffuse.

Evolution. Complications.— L'évolution est simple, en général ; le chancre lingual rétrocède spontanément. Dans les cas fort rares, il peut présenter une marche grave. Fournier a observé un cas de *phagédénisme térébrant*. Le chancre devient rouge vif, sécrète un liquide sanieux, s'étend en profondeur et s'accompagne d'un mauvais état général. Il arrive, plus souvent, que des infections secondaires se surajoutent au chancre, amenant chez certains sujets débilités un état général grave et s'accompagnant d'adénites suppurées. Mais enfin, le plus fréquemment, le chancre guérit rapidement, se transformant souvent *in situ* en plaque muqueuse.

L'ADÉNOPATHIE. — Constante, toujours très précoce, elle est « le compagnon fidèle du chancre ». Elle est régie par la distribution des lymphatiques de la langue.

Dans le chancre de la partie antérieure, on recherchera le bubon caractéristique dans les *ganglions sus-hyoïdiens*, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

Quand le chancre siège à la pointe, le bubon se trouve dans les *ganglions rétro-mentonniers*, derrière l'apophyse géni.

Enfin quand les bords et la base de la langue sont atteints, on recherchera l'adénopathie au niveau des *ganglions sous-maxillaires* et au niveau des premiers ganglions de la chaîne jugulaire interne.

L'engorgement ganglionnaire peut être bilatéral, alors même que le chancre n'occupe qu'un des côtés de la langue.

Cette adénopathie a les caractères classiques de l'adénopathie syphilitique, c'est-à-dire qu'elle est moyenne comme développement, indolente, dure, mobile, polyganglionnaire. Cependant elle peut prendre une allure phlegmasique due aux infections secondaires issues de la bouche.

Elle persiste très longtemps, même après la cicatrisation du chancre et permet ainsi quelquefois de faire le diagnostic rétrospectif de lésion syphilitique.

Pronostic. — Les syphilis extra-génitales ont « mauvais renom ». Pour Fournier, en réalité, le pronostic est le même que dans les autres localisations de la syphilis. Pour Jeanselme, au contraire, il arrive souvent que les accidents secondaires sont plus précoces, moins discrets que dans les syphilis génitales.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de syphilis génitale ou d'autres régions, la muqueuse bucco-linguale constitue un siège de prédilection pour les manifestations secondaires.

Syphilis secondaire. — *Fréquence.* — Les syphilides de la langue sont parmi les accidents les plus communs de toute la syphilis. On les observe plus souvent chez l'homme que chez la femme, survenant surtout chez les individus qui n'ont aucune hygiène buccale, chez les fumeurs et les alcooliques.

DATE D'APPARITION. SYPHILIS SECONDAIRE ATTARDÉE. — Le plus souvent, elles apparaissent aussitôt après le chancre, récidivant avec une ténacité désespérante. Mais, comme l'ont montré Fournier, Barthélemy, les plaques muqueuses peuvent apparaître en plein tertiarisme, ce qui faisait dire à Hillairet que la plaque muqueuse était un accident de toutes les périodes de la syphilis. En tout cas ces manifestations de syphilis secondaire attardée sont contagieuses, ce qui complique la si délicate et si difficile question du mariage chez les syphilitiques.

Quoi qu'il en soit, les syphilis forment deux groupes, suivant qu'elles sont humides ou sèches.

1° *Syphilides humides.*—Elles sont très fréquentes; si elles varient par leurs formes, leurs sièges, elles offrent cependant les caractères généraux et communs des plaques muqueuses, c'est-à-dire :

Que ce sont des lésions sécrétantes ;

Que ce sont des lésions de caractère contagieux;

Que ce sont des lésions récidivantes, apparaissant spontanément ;

Que ce sont, enfin, des lésions remarquables par leur facile curabilité.

Siège. — Elles siègent un peu partout, sur le dos et les bords, de préférence sur la moitié antérieure de la langue, rarement sur la moitié postérieure.

Formes diverses. — Elles se présentent sous les mêmes formes que les syphilides muqueuses en

général ; nous distinguerons donc, avec Fournier, quatre types primordiaux : érosif, papulo-érosif, papulo-hypertroptique, ulcéreux.

Type érosif. — Ces syphilides érosives sont très communes ; c'est la plaque muqueuse vulgaire.

C'est une érosion minime, superficielle, d'un rouge assez vif sur les bords, mais à centre blanchâtre. Le fond est lisse, la base souple. Leur nombre est variable ; chez les fumeurs, la bouche peut être criblée de plaques. Leur forme est tantôt ronde, tantôt ovale, tantôt irrégulière ; elles peuvent, par leur confluence, prendre le *type annulaire*, ou le *type arciforme*. Assez souvent on rencontre sur les bords de la langue des plaques *opalines*, gris perle, parfois la plaque prend une teinte laiteuse donnant l'aspect, suivant l'expression de Fournier, d'une couche de collodion desséché. Enfin, on peut observer la *plaque muqueuse fissuraire*, constituée par une érosion étroite, allongée, logée dans un sillon normal de la langue, figurant quelquefois une fissure étoilée. La guérison de ces fissures se fait par la formation d'une cicatrice déprimée à surface lisse et unie.

Type papulo-érosif. — C'est une syphilide érosive en saillie. Elle se présente sous forme d'une papule aplatie, lisse, rosée, formant un léger relief. C'est le type de la papule « en pastille ». On la rencontre sur la face dorsale, exceptionnellement sur la face inférieure.

Type papulo-hypertrophique. — Cette syphilide succède à d'autres syphilides non traitées, irritées par le tabac ou l'alcool. Ce sont des papules saillantes, formant tumeur, siégeant sur le dos de la langue, lui donnant l'aspect du « dos de crapaud ». Leur surface plus ou moins irrégulière est souvent parcourue par des érosions fissuraires.

Type ulcéreux. — Le derme est creusé en profondeur. C'est une ulcération banale d'aspect qui siège sur la pointe ou les bords de la langue. Son étendue est supérieure à celle des plaques muqueuses ordinaires. De coloration rougeâtre, elle présente des bords souples, non infiltrés, ce qui la distingue du chancre et des ulcérations tertiaires. Sa surface est irrégulière et parfois recouverte de pus. Enfin elle peut être anfractueuse sur les bords de la langue, quand elle est en relation avec une dent malade.

Troubles fonctionnels. — Outre ces signes physiques, les plaques muqueuses se dévoilent par des troubles fonctionnels essentiellement variables. Sous l'influence d'une mauvaise hygiène buccale ou du tabac, les plaques deviennent rouges et douloureuses. Il y a exagération réflexe de la salivation, gêne légère dans la mastication, la déglutition. Mais ces phénomènes sont loin d'être constants et une minuscule érosion des bords ou du bout de la langue est plus douloureuse, plus énervante qu'une large plaque muqueuse du dos de la langue. Enfin il existe des *plaques muqueuses latentes* ignorées, ne donnant lieu à aucun symptôme, d'où ces deux préceptes de Fournier :

« Examiner systématiquement la bouche de tout syphilitique ; l'avertir que, même latentes, les plaques muqueuses sont extrêmement contagieuses. »

2° *Syphilides sèches.* — Elles constituent le deuxième groupe des syphilides de la langue. Elles ont reçu différents noms : *glossite dépapillante ou tonsurante, plaques en prairie fauchée* de Fournier.

On trouve sur la langue des îlots lisses et rouges, caractérisés par une desquamation bien limitée. La surface de la langue paraît avoir été « tondue ». Fournier fait remarquer que la surface est absolument sèche et ne change pas de couleur quand on la touche au nitrate d'argent. Cet aspect tient à ce que le prolongement épidermique des papilles filiformes est tombé, comme si on l'avait rasé. Enfin cette syphilide sèche s'observe fréquemment à la période tertiaire de la syphilis.

Syphilis tertiaire. — Etudiés par Mauriac et Fournier, les accidents tertiaires sont fréquents à la langue. Ils succèdent le plus souvent à des syphilis secondaires peu ou point traitées. Dans 71 p. 100 des cas, ils apparaissent de la première à la dixième année. Ils peuvent être très précoces comme ils peuvent apparaître tardivement. On les observe surtout chez l'homme, et de préférence, chez les fumeurs, les alcooliques et les débilités.

Division. — Les glossites tertiaires sont primitivement constituées par une accumulation de cellules embryonnaires autour d'un vaisseau. Tantôt ces éléments embryonnaires dégénèrent en un tissu dur, fibreux : c'est la *glossite scléreuse*. Tantôt l'évolution se fait vers la nécrobiose : c'est la *glossite gommeuse*. Tantôt, enfin, il peut y avoir association des deux processus : glossite scléro-gommeuse.

Début. — Le début du syphilome sous toutes ses formes est presque toujours insidieux ; il y a longtemps que la lésion a évolué quand les malades présentent des troubles fonctionnels. La langue est lourde, maladroite ; il y a un endolorissement passager avertissant le malade que la langue est le siège d'un corps étranger. Parfois ce sont des érosions douloureuses qui attirent l'attention.

Glossite scléreuse. — C'est la plus commune des glossites syphilitiques. Elle occupe exclusivement le dos de la langue, la face inférieure étant toujours respectée. Tantôt la sclérose se limite au derme muqueux, tantôt elle s'étend aux tissus sous-jacents, dans le parenchyme lingual.

Glossite scléreuse superficielle, dermique. — Suivant la disposition des plaques de sclérose, on doit distinguer :

1° *La forme partielle, constituant la glossite corticale lenticulaire de Fournier.* — On voit sur la face supérieure de la langue des petites plaques isolées, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et formant un léger relief. Elles sont dures au toucher, résistantes. En pressant entre deux doigts la région malade, on sent une induration, il semble que la muqueuse soit doublée d'une « carte de visite ». D'un rouge foncé, leur surface est lisse, dépapillée.

2° *Forme diffuse constituant la glossite corticale*

en nappe de Fournier. — On observe un épaississement dermique de la région antérieure et médiane de la langue, quelquefois d'une moitié latérale. La muqueuse, lisse, dépapillée, paraît transformée en une lamelle de parchemin. La coloration, d'abord rouge, devient blanchâtre.

Evolution ultérieure. — L'évolution est lente, mais chronique ; ce n'est qu'au début que la lésion peut céder à un traitement énergique. Au bout d'un certain temps, à la suite d'irritations locales, surviennent des érosions, des fissures, siégeant surtout au niveau des bords de la langue et déterminant des douleurs aiguës, réveillées par le contact des aliments épicés, par les boissons alcooliques et surtout par le tabac. Enfin la glossite superficielle ne tarde pas souvent à se compliquer de glossite parenchymateuse.

Glossite scléreuse profonde sous-dermique. — C'est, par excellence, la grande lésion linguale de la syphilis. Elle est toujours étendue à une grande partie de la langue. Elle évolue suivant deux processus. Le premier a pour résultat d'épaissir, de tuméfier la langue, le second, au contraire, tend à diminuer sa surface en formant des traînées fibreuses qui fragmentent la langue en mamelons, lobules présentant aussi la dégénérescence scléreuse.

Stade de tuméfaction ou d'hypertrophie. — Il est transitoire. La tuméfaction est évidente à première vue. Tantôt elle est partielle, tantôt elle est générale, il y a un étalement de la langue, une véritable macroglossie avec tous ses symptômes mécaniques.

Stade d'atrophie progressive. — La lobulation et le mamelonnement de la face dorsale, l'induration des parties profondes, constituent le signe le plus caractéristique.

Mamelonnement et lobulation de la face dorsale. — La face dorsale de la langue présente des bosselures inégales de volume et de forme, plus ou moins saillantes. L'aspect de la langue rappelle celui du cerveau : c'est la langue cérébriforme de Fournier. Les bosselures sont circonscrites par des sillons de deux centimètres de profondeur, qui, souvent ne deviennent apparents que par le déplissement de la langue. Ces sillons interlobulaires sont, les uns antéropostérieurs, les autres transversaux ; ils donnent à la langue un aspect lobulé caractéristique : il y a un véritable *capitonnage lingual, d'origine cirrhotique.* Sur les bords de la langue, la sclérose produit des crénelures, des encoches caractéristiques, répondant aux saillies dentaires.

Induration profonde. — Les parties affectées sont le siège d'une dureté profonde. C'est une dureté de cartilage, de tissu fibreux, qui ne se laisse pas déprimer. On croirait toucher, dit Fournier, une « langue de carton ».

Au niveau des portions malades, la *muqueuse* est blanche, décolorée, lisse ; enfin un caractère important pour le diagnostic, c'est *l'absence de toute adénopathie* réellement spécifique. Quelquefois les ganglions sous-maxillaires se tuméfient, mais c'est une adénite banale, due à des infections secondaires surajoutées.

Troubles fonctionnels. Complications. — Sous l'influence d'irritations multiples (alcool, tabac), de frottement contre les dents, la glossite scléreuse se complique d'ulcérations, d'érosions.

Parmi les *ulcérations*, les unes sont simples, *inflammatoires*, occupant le fond des sillons ou les bords de la langue où elles sont plus ou moins profondes, dures à leur base, simulant le cancer; les autres sont véritablement *spécifiques*, résultant de l'ouverture d'une gomme. L'affection est alors mixte, scléro-gommeuse. Ces ulcérations s'accompagnent de douleurs aiguës sous l'influence d'irritations. Elles amènent de la gêne pour mastiquer, pour parler, guérissant rapidement sous l'influence du traitement local et général. Elles récidivent avec la plus grande facilité.

Evolution. Stade terminal. — La glossite scléreuse profonde a une évolution essentiellement chronique. Elle se développe à l'insu du malade et ne guérit que si elle est attaquée au début par un traitement énergique. Abandonnée à elle-même, elle aboutit au ratatinement complet ; la langue s'atrophie, présente l'*aspect ficelé*, elle est transformée en un tissu fibreux, dur. C'est un fibrome lingual, immobile dans la bouche.

Glossites gommeuses. — Beaucoup plus rares que les précédentes, elles apparaissent plus tardivement. Tantôt elles intéressent le derme et sont superficielles; tantôt elles occupent le parenchyme et sont profondes. C'est toujours à la face dorsale de la langue qu'on les rencontre.

Gommes superficielles. — Au début, ce sont des petites tumeurs dures, enchâssées dans le derme, ayant le volume d'un grain de plomb. Elles sont généralement au nombre de deux ou trois. Quelquefois il y en a davantage, elles se rangent alors fréquemment en demi-cercle donnant lieu à une *syphilis gommeuse circinée.* Au bout d'un certain temps, elles se ramollissent, s'ulcèrent. Les ulcérations, petites, sont taillées à pic, leur fond est jaune, bourbillonneux. Elles sont entourées d'un tissu dur, infiltré. La cicatrisation survient rapidement sous l'influence du traitement.

Gommes profondes, musculaires. — Ce sont les plus fréquentes et les plus importantes.

Localisation. — Elles occupent toujours la face supérieure de la langue, soit la portion antérieure, soit plus en arrière, jusque vers la base. Elles sont plus souvent latérales que médianes.

Symptomatologie. — Elles évoluent comme partout ailleurs, suivant 4 périodes :

Période de crudité. — C'est d'abord pendant deux à quatre mois, une saillie dure, perceptible à la vue et au toucher, formant une bosselure plus ou moins considérable sur la face dorsale de la langue. Puis, elle proémine de plus en plus et arrive à la seconde période.

Période de ramollissement. — La gomme devient moins ferme au toucher ; on a une sensation de fluctuation obscure, profonde, puis à la partie proéminente, la gomme s'ouvre par un petit pertuis par

lequel la tumeur se vide. Les malades disent qu'ils ont eu tout à coup la sensation d'un crachat épais qu'ils ont expectoré. Puis, le pertuis s'accroît par destruction de ses bords et bientôt l'ulcère gommeux est constitué.

Période d'ulcération. — L'ulcère est d'étendue variable, de forme ovalaire; il présente des caractères objectifs essentiels :

C'est un *ulcère creux*, de deux à trois millimètres de profondeur.

C'est un ulcère entouré d'une zone de *tissus durs* au toucher et de coloration rouge sombre.

C'est un ulcère à *bords taillés à pic*, « en falaise », non décollés.

C'est, enfin, un ulcère à *fond bourbillonneux*, jaunâtre, revêtu d'un enduit adhérent, constitué par le tissu gommeux en voie d'élimination.

Période de réparation. — Quand l'ulcère n'est pas traité, ou bien il persiste sans changer de forme, ou bien il s'agrandit. Traité, il se cicatrise rapidement. Le fond de l'ulcère se déterge, bourgeonne, ses bords se rapprochent; il en résulte finalement une cicatrice déprimée, peu profonde, mais qui n'est jamais en rapport avec l'étendue de la cavité gommeuse, si bien, dit Gaucher, « qu'on est étonné de voir une gomme volumineuse de la langue se terminer par une toute petite cicatrice qui ne gêne en aucune façon les mouvements de la langue ».

Troubles fonctionnels. — La gomme linguale se développe à l'insu du malade et, pendant toute la période de crudité, il n'y a qu'un certain degré de gène dans les mouvements, d'autant plus développé que la gomme est plus volumineuse.

La scène change quand l'ulcération apparaît. La *douleur* survient. Ce n'est pas une douleur aiguë, irradiante comme celle du cancer. La langue est peu sensible au repos, mais tous les aliments irritants, la fumée du tabac, déterminent des sensations de brûlure très pénibles; d'après le professeur Dieulafoy, les ulcérations syphilitiques sont souvent plus douloureuses qu'on ne pense.

La sécrétion salivaire est plus abondante, la mastication s'exécute péniblement, la parole est embarrassée; mais jamais les troubles fonctionnels n'atteignent le degré d'intensité qu'ils ont dans les glossites épithéliomateuses.

Etat des ganglions. — La gomme ne s'accompagne pas d'adénopathie; ce n'est que rarement que les ganglions augmentent de volume. L'adénopathie évolue d'une façon froide et peut être considérée soit comme une adénite simple, inflammatoire, soit comme une adénite gommeuse concomitante.

Complications. — Le plus souvent, la gomme évolue vers la guérison, mais chez certains individus débilités, ayant une mauvaise hygiène buccale, deux complications de plus en plus rares peuvent survenir :

1° *Gangrène.* — Un segment lingual prend une coloration noirâtre, il se forme une escarre qui se détache par lambeaux. L'état général est mauvais; la salivation est intense, l'haleine horriblement fétide. Mais une fois l'escarre détachée, les phénomènes rentrent dans l'ordre et la cicatrisation se fait.

2° *Phagédénisme.* — Beaucoup plus grave, il se présente sous deux modalités :

a. *Forme serpigineuse.* — Elle se présente sous forme d'ulcérations sinueuses gagnant la base de la langue et déterminant parfois de l'œdème de la glotte nécessitant toute la trachéotomie.

b. *Forme térébrante.* — Elle peut détruire le quart, la moitié de la langue. Celle-ci est recouverte d'une bouillie putrilagineuse, exhalant une odeur fétide. En nettoyant, on enlève de véritables lambeaux de tissu sphacélé. L'ulcération creuse en profondeur et crée de véritables trous dans la langue. L'état général est mauvais, les troubles fonctionnels sont intenses et le malade meurt souvent.

A côté de ces complications graves, Brocq signale des complications bénignes. Tantôt sous l'influence de troubles gastro-intestinaux, surviennent des poussées congestives qui tuméfient la langue et la rendent douloureuse. Tantôt surviennent des aphtes, de l'herpès, qui déterminent des exulcérations douloureuses longues à guérir.

Formes cliniques. — *Forme confluente.* — Le plus souvent, il n'y a que deux ou trois gommes. Il peut n'y en avoir qu'une (*gomme solitaire de Dieulafoy*); il peut y en avoir un grand nombre. On dit que la « langue est rembourrée de noisettes ». Celle-ci peut devenir énorme comme dans le cas fameux de Cloquet et amener les troubles mécaniques de toute macroglossie.

Forme diffuse. — On constate dans toute la langue une infiltration gommeuse, irrégulière, s'accompagnant d'ulcères étendus, irréguliers.

Pronostic. — A première vue les glossites gommeuses paraissent plus graves que les glossites scléreuses et cependant elles le sont beaucoup moins. Elles guérissent rapidement sous l'influence du traitement et ne compromettent pas les fonctions de la langue.

Glossites scléro-gommeuses. — C'est une lésion mixte, se présentant d'abord sous forme d'une sclérose linguale avec ses signes distinctifs (tuméfaction, lobulation); puis un certain nombre de bosselures subissent l'évolution gommeuse, se ramollissent et donnent lieu aux ulcérations caractéristiques.

Le pronostic est beaucoup plus grave dans cette forme, étant donné les lésions de sclérose.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ULCÈRE DE JAMBE
(BELDAN)

Huile d'olives	15 grammes.
Fiel de bœuf	15 —
Miel rosat	8 —
Cire blanche	4 —
Sucre pulvérisé	2 —

Après lavage de la plaie à l'eau boriquée très chaude, appliquer cette pommade matin et soir. Recouvrir de toile fine et compléter par quelques tours de bande un peu serrés. (*Nouveaux remèdes.*)

IIIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

(*Paris, 18-20 avril 1911*)

Le mardi 18 avril, à dix heures, la IIIe session du Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française, a été ouverte par M. le doyen LANDOUZY, qui a bien voulu, comme d'ordinaire, recevoir le Congrès dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et lui souhaiter la bienvenue avec son éloquence accoutumée. La répétition annuelle de ce Congrès s'explique par l'extension vraiment remarquable de la thérapeutique physique dans notre pays, durant ces dernières années, et, en somme, le succès du Congrès justifie l'initiative de ses parrains. Toutefois, s'il n'est que juste de les en féliciter, il semble que leur œuvre pourrait gagner plus encore, par un renouvellement plus actif des idées et des hommes. La physiothérapie fait constamment des recrues nouvelles ; parmi les anciennes, chaque année qui s'écoule accuse des compétences de plus en plus marquées, de plus en plus variées. Le Congrès, en faisant appel aux médecins de langue française, désire évidemment voir, parmi ses membres, de plus en plus nombreux, les représentants de la Belgique, de la Suisse, du duché de Luxembourg, du Canada, etc. Nos confrères de l'Angleterre et de l'Amérique latine, bien que n'étant pas assurément de pays de langue française, y seraient certainement les bienvenus, et, sans doute, se rendraient volontiers à notre invitation. En France même, il serait aisé de trouver des physiothérapeutes de Paris, Lyon, Bordeaux, etc., que l'on se féliciterait d'entendre. Il est dangereux, d'ailleurs, dans une assemblée qui, au moins par la presse, a une portée internationale, de représenter toujours les mêmes idées et les mêmes hommes, car cela pourrait faire penser que nous n'en avons pas d'autres. Quel que puisse être l'intérêt des personnalités, il s'épuise nécessairement, et, pour la vitalité du groupe, il est bon qu'elles s'y renouvellent. C'est à quoi les organisateurs du Congrès, sûrs désormais que l'enfant qu'ils ont conçu est viable, devront songer, s'ils veulent assurer sa durée et son développement.

M. le docteur BÉCLÈRE, président de la Commission d'organisation, a dirigé les débats de la première séance, et a appelé à la présidence des séances suivantes MM. BERGONIÉ (de Bordeaux), GOMMAERTS (de Gand), HENRARD (de Bruxelles), HOWARD HUMPHRIS (de Londres), LIBOTTE (de Bruxelles), NOGIER (de Lyon) et STAPFER (de Paris). MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM ont rempli, avec le zèle heureux qui leur est habituel, les fonctions vitales de secrétaire général et de trésorier.

La première question à l'étude était le *pied plat douloureux*. M. QUISERNE (de Bagnoles), ayant à en fixer la thérapeutique hydrologique, a eu la conscience de nous assurer qu'il n'y en avait point. En regrettant que son mérite n'ait pas été plus complètement utilisé par le choix d'un meilleur sujet, nous devons le féliciter d'une sincérité que tous les rapporteurs n'imitent point. — M. ALBERT-WEIL (de Paris), en matière d'électrothérapie et d'électro-diagnostic, rappelle que, dans la pathogénie du pied plat, la laxité du système musculaire et ligamentaire joue un rôle important, et propose de faire une galvanisation générale du pied dans un bain local, avec un courant de 20 à 25 milliampères, et une faradisation des muscles de la jambe. C'est, évidemment, un moyen de concourir, dans certains cas, à la cure de cette affection. — M. René MESNARD (de Paris) a une meilleure tâche, puisqu'il doit définir le rôle du mouvement et du repos dans la prophylaxie et la thérapeutique du pied plat (Cinésithérapie). Le massage, le repos suffiront au début, alors que le pied est encore souple, à peine déformé, et simplement douloureux. Les mouvements qui obligent à contracter les muscles du mollet et de la plante du pied seront recommandés, parce qu'ils exagèrent la concavité de la voûte plantaire. Lorsque l'affection tend à la chronicité, et qu'il existe de la distension des ligaments et de la contracture des muscles, les mouvements passifs, particulièrement ceux de circumduction, vaincront la tendance à l'attitude vicieuse. L'on pourra ensuite instituer les exercices du premier degré. Le choix des semelles, qui doivent à la fois soutenir la voûte plantaire et empêcher le bord interne du pied de basculer en valgus, mérite une attention particulière. — A propos des douleurs et du gonflement qui surviennent parfois avec le pied plat aigu des jeunes soldats, après des marches sous le chargement réglementaire, M. Maurice FAURE (de La Malou) fait remarquer que le désordre, attribué à l'entorse des articulations tarsométatarsiennes, à l'arthrite, au rhumatisme, etc., est dû, souvent, à une fracture du deuxième métatarsien, qui se brise à l'union de la tête et du corps, au moment du fléchissement de la voûte, parce que la tête, enclavée dans les trois cunéiformes et maintenue par de solides ligaments, ne peut se prêter au mouvement d'affaissement. Ces fractures n'ont été révélées que par la radiographie et restent encore souvent ignorées. Elles présentent une réelle importance pour la thérapeutique. — M. BARBARIN (de Paris) confirme la remarque de M. Maurice Faure, signale l'affaissement de la voûte plantaire dans le sens latéral, aussi bien que dans le sens antéro-postérieur, et discute la forme des semelles capables de s'opposer à la reproduction de cette double déformation. — M. MENCIÈRE (de Reims) expose les origines du pied plat, dû extemporanément à la marche, à la surcharge, à l'atonie musculaire, mais dont les causes profondes sont dans un phénomène beaucoup plus général, qui est l'altération de nutrition de tout l'appareil locomoteur (os, articulations, ligaments, muscles), en rapport avec des infections ou des intoxications qu'il faut savoir déceler. — M. DANJOU (de Nice), à cette occasion, signale la fréquence des troubles digestifs et des insuffisances respiratoires. — M. MENCIÈRE recommande, en même temps que le diagnostic et le traitement de l'état général, le soutien de la voûte plantaire par une bottine orthopédique, sans préju-

dice de toutes les manœuvres physiothérapiques indiquées par les auteurs précédents, et cela dès la première apparition du pied plat. Mais lorsqu'une longue période de déformation et de contracture aura amené des rétractions musculaires, des ankyloses, des déplacements osseux, c'est-à-dire un pied plat définitivement constitué, les agents physiques seront impuissants, et c'est à la chirurgie orthopédique qu'il faudra exclusivement s'adresser pour obtenir le redressement, la mise en forme du pied, et fixer dans le plâtre le résultat obtenu. Après le succès de l'intervention chirurgicale, sanglante ou non, les agents physiques reprendront leurs droits pour fortifier et assouplir le muscle et les articulations, maintenir et confirmer les résultats obtenus, rétablir les fonctions et éviter les récidives. Un dressage méthodique à la marche est alors nécessaire, car les malades opérés sont d'abord des boiteux : il ne suffit pas de leur avoir fait des pieds nouveaux et bien conformés, il faut leur apprendre à s'en servir.

En résumé : 1° Soins de l'état général, soins de la musculature et des ligaments, aide à la nutrition locale par le massage, la gymnastique, l'électricité, le port des chaussures spéciales, pour prévenir et corriger le pied plat qui commence ; 2° Intervention du chirurgien pour réparer le pied définitivement altéré; 3° Rééducation du malade qui doit apprendre à se bien servir de l'outil nouveau qu'on vient de lui donner ; — tels sont les trois aspects de cette question qui, une fois de plus, unit dans un même effort et par des interventions successives, trois formes différentes de la thérapeutique : 1° les Agents physiques; 2° la Chirurgie; 3° la Rééducation. Nous devons être heureux de n'avoir point entendu, à cette occasion, formuler les revendications des spécialistes opposés les uns aux autres, qui, naguère encore, allaient à l'encontre de la vérité scientifique, en réclamant, chacun pour son outillage et ses méthodes, sinon l'exclusivité, du moins la supériorité. C'est un progrès qu'il importe de signaler.

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1911)

Sur la décomposition de l'eau par la lumière ultraviolette. — M. TIAU. Sous l'action de l'ensemble des radiations émises par une lampe à vapeur de mercure en quartz, l'eau est décomposée en hydrogène et en peroxyde d'hydrogène, qui, en se décomposant à son tour, donne de l'oxygène. Au bout d'un temps suffisant, l'effet de la lumière est identique, quant aux gaz dégagés, à celui de l'électrolyse.

Contribution à l'étude du sens de la direction chez les aveugles. — M. TRUSCHEL. On sait que la plupart des aveugles peuvent percevoir, en marchant, des objets (obstacles) qui se trouvent à quelques pas devant eux ou à côté d'eux, ou, étant en repos, ils peuvent s'apercevoir de l'approche des objets, même quand cette approche s'effectue très lentement et sans bruit. Cette perception persiste même quand l'aveugle et l'objet restent complètement au repos.

On a parlé d'un sixième sens, qu'on a appelé le *sens des obstacles*, la *perception faciale*, *Fernsinn*, *Ferngefühl*, *Annäherungsempfindung*, *Orientierungssinn*, etc. Interrogés sur la nature de leurs perceptions les aveugles se contredisent ou se bornent à ne pas s'expliquer. Quelques-uns comparent la sensation à une ombre ou à un voile qui vient couvrir la tête. Des personnes voyantes posséderaient, même à leur insu, la même faculté.

Les expériences de l'auteur, faites avec beaucoup de soin à l'institut des jeunes aveugles, le portent à croire que la perception est de nature auditive, et qu'elle est produite par le fait que l'objet perçu réfléchit et altère les bruits ambiants.

De l'immunisation antitoxique par la vaccination antityphique intestinale. — MM. Jules COURMONT et A. ROCHAIX. Poursuivant leurs recherches (v. *Gaz. des hôpit.*, n° 37, 30 mars 1911, p. 558), les auteurs montrent que la vaccination antityphique par voie intestinale immunise contre les toxines typhiques (cultures complètes, en bouillon, tuées à + 53°). Le sérum des vaccinés est antitoxique.

Sur un dispositif nouveau, destiné à la documentation médicale et permettant de photographier toutes les lésions de la peau, des muqueuses et des cavités avec leurs configurations et la valeur de leurs colorations morbides. — M. SCHALLER.

Exemple d'immunité acquise vis-à-vis d'une toxine vermineuse. — MM. WEINBERG et A. JULIEN.

Rapports des sacs aériens et des bronches chez les oiseaux. — M. Armand JUILLET.

Sur le dosage du phosphore, dans le lait. — MM. E. FLEURENT et Lucien LÉVI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1911)

L'assistance, l'hygiène et l'épidémiologie en Indochine. — M. KERMORGANT montre le développement des services d'assistance et d'hygiène en Indochine.

Les mesures de salubrité sont excellemment prises et efficaces depuis 1907, où la déclaration de tous les décès et cas suspects devint obligatoire.

Le service des formations sanitaires est assuré par des médecins militaires hors cadres, des médecins civils, ou des médecins indigènes formés dans l'école de Hanoï. Ces médecins sont assistés de sages-femmes européennes et indigènes, d'infirmiers indigènes vaccinateurs et d'infirmiers et infirmières européens et indigènes.

Outre les hôpitaux militaires qui reçoivent également les civils, il y a déjà 103 établissements hospitaliers. Les maternités sont très fréquentées par les indigènes.

Les maladies dominantes sont la dysenterie, le paludisme, la lèpre, le parasitisme intestinal. Les maladies épidémiques les plus fréquentes sont le choléra, la peste, la variole et la fièvre récurrente endémique dans certaines provinces de l'Annam et du Tonkin.

Les affections d'origine hydrique sont celles qui dominent la pathologie. Aussi M. Kermorgant insiste-t-il pour que l'on dote le plus tôt possible les principaux centres d'eau potable. Les eaux de Saïgon sont de très mauvaise qualité, par le fait de l'existence d'une nappe souterraine qui est polluée par des immondices de toutes sortes. S'il est cependant des pays où l'épuration de l'eau s'impose, ce sont bien ceux de nos possessions d'Indochine, où les affections intestinales entrent pour la plus grande part dans les causes de morbidité et de mortalité.

M. Kermorgant signale également la nécessité d'éteindre, par des vaccinations intensives et par le rétablissement de la vaccine mobile, les foyers de variole qui se manifestent depuis quelque temps, et le danger que font courir les différents foyers de peste répandus un peu partout.

LIVRES NOUVEAUX

Les Cercles vicieux en pathologie (1), par MM. JAMIESON, B. HURRY.

Le travail de M. Hurry constitue un essai des plus intéressants. L'auteur définit le cercle vicieux un processus morbide, dans lequel deux ou plus de deux troubles pathologiques présentent des rapports réciproques tels qu'ils agissent et réagissent l'un sur l'autre. Ce qui a pour effet d'aggraver ou d'entretenir indéfiniment l'état morbide en question, à moins que le cercle ne soit brisé.

Ces cercles vicieux sont des plus communs mais ils n'ont pas suffisamment retenu l'attention. Les dictionnaires médicaux n'en donnent pas de définition; les traités ne signalent pas leur pernicieuse influence sur le cours des maladies. Ils prennent fréquemment leur origine dans la défaillance d'un de ces mécanismes protecteurs, au moyen desquels l'organisme résiste à la maladie, ou répare les atteintes qu'il a subies. Ces processus de défense sont aveugles dans leur action et peuvent dépasser le but; au lieu d'être bienfaisants, ils peuvent, dès lors devenir nuisibles. La *vis medicatrix* devient une *vis devastatrix*. Le cercle vicieux est établi.

L'auteur divise les cercles vicieux en cercles organique, mécanique, infectieux, nerveux, chimique; enfin il existe des cercles dûs à une guérison incomplète ou à une cause artificielle.

Pour développer et présenter sa thèse, M. Hurry cite un très grand nombre d'extraits empruntés à des auteurs, dont l'autorité n'est pas discutable. Le procédé est habile et donne un grand relief à la conception des cercles vicieux.

Le dernier chapitre de ce livre curieux est consacré aux moyens de briser le cercle vicieux quand on l'a diagnostiqué d'une façon précise : on peut y parvenir par des moyens naturels ou par des moyens thérapeutiques.

Certes, l'auteur n'a pas innové en nous apprenant que les troubles d'un organe ont des conséquences pathologiques, au niveau des autres organes, qui sont avec lui en état de synergie fonctionnelle; nous savons de même que ces derniers organes, bien qu'altérés secondairement, finissent à leur tour par retentir sur le premier, en raison de cette même synergie. Mais M. Hurry a eu le mérite très réel de rechercher avec méthode les nombreux cercles vicieux qu'on peut observer en pathologie, de les classifier, d'en dégager une sorte de conception générale qui séduit l'esprit et enfin, de puiser dans les paroles mêmes de maîtres connus, des arguments qui viennent singulièrement étayer et illustrer sa thèse.

A. HOUSQUAINS.

L'Aliéné, l'asile, l'infirmier (2), par Th. SIMON.

Dans cet ouvrage se trouvent condensées toutes les notions les plus utiles sur l'aliéné et sa vie à l'asile.

Après une étude sommaire des caractères généraux de l'aliéné, l'auteur nous le montre entrant à l'asile. Il établit le rôle important que doit jouer l'infirmier, décrit ses rapports constants avec le malade, indique les précautions à prendre et les premiers soins à donner.

Le service journalier, la surveillance relative au suicide, aux impulsions et aux évasions, la toilette et le vêtement, l'hydrothérapie et l'alimentation, le travail et les distractions sont autant de chapitres remplis de conseils judicieux.

Des indications spéciales sont données pour les enfants, les malades atteints de gâtisme ou d'escarres, les épileptiques et ceux qui présentent des affections intercurrentes; enfin, le dernier chapitre a trait à la sortie de l'aliéné, au transfert et au placement familial.

Ce livre est donc un compendium utile, non seulement pour ceux que leurs fonctions appellent à soigner et à assister constamment les aliénés, mais aussi pour tous les médecins à qui aujourd'hui ces connaissances ne doivent plus rester étrangères.

P. CAMUS.

(1) In-8 relié toile, 186 pages, avec figures. — Londres, J. et A. Churchill.
(2) In-8 de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (8 avril 1911.) H. BOUQUET : La thérapeutique du choléra.

Clinique. — (N° 15, 14 avril 1911.) DELBET : Symphyse péricardique. Prolapsus génital. Hallux valgus. — RATHERY : Un cas de gangrène diabétique. — GOUGEROT : Diagnostic clinique et bactériologique de la sporotrichose de de Beurmann. — LEGENDRE : Les maigres et les amaigris. Interprétation physiologique et traitement. — MATHIEU : Les indigestions. — MAUCLAIRE : Les mastoïdites et leur traitement d'urgence.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 23 mars 1911.) STERNBERG : Le traitement de la leucémie. — FRÄNKEL : Sur la clinique des tumeurs des poumons et de la plèvre. — KÖRTE : Traitement des kystes et des pseudokystes du pancréas. — BRAUER : L'érythème primitif par rayons Röntgen. — CALMANN : Importance de la cystoscopie pour le diagnostic et le traitement de la pyélite de la grossesse. — JAPHA : Examen du fond de l'œil dans la syphilis héréditaire. — ROTHLER : Un cas de maladie de Buhl. — MARSCHALKO : A quelle concentration devons-nous employer la solution de NaCl pour les injections intraveineuses de salvarsan? — STAPLER : Technique des injections de salvarsan. — SELLEI : Thyroïdite aiguë après usage d'iodure de K. — MÜHLENS : Rapport sur la lutte contre la malaria à Wilhemshaven. — (N° 13, 30 mars.) KRAUS et STENITZER : Deuxième rapport sur le traitement de la typhoïde par un sérum curateur. — DUNBAR : Cause et traitement spécifique de la fièvre des foins. — MÜLLER : Remarques générales sur la physiologie du système nerveux végétatif. — HALBEY : Sur un cas d'hyperidrose circonscrite de cause traumatique. — BEYERHAUS : Expériences cliniques avec le nouvel hypnotique « l'adaline ». — GLÜCKSMANN : Phénomènes d'auscultation de l'intestin; leur emploi diagnostique. — GÜMBEL : Décapsulation rénale dans l'urémie. — DAVIDS : Affections oculaires après

traitement par le salvarsan. — FRIEDLÄNDER : Technique des injections intraveineuses. — (N° 14, 6 avril.) EWALD : Diagnostic et traitement des ulcérations intestinales. — KÖNIG : Sur les phlegmons de la paroi gastrique au stade sous-cutané et sur une guérison par résection gastrique. — H. et F. LEWY : Un cas de myélite subaiguë disséminée après une endocardite. — SALOMONSKY : Action sédative de l'adaline dans la neurasthénie sexuelle. — KAUERA : Herpès zoster et colique néphrétique. — KARO : Traitement combiné de la gonorrhée. — HEINRICH et TATARSKY : Nouvelle seringue à injection pour le salvarsan. — CHRISTOMANOS : Cas de kala-azar en Grèce. — SYLLA : Superoxyde d'hydrogène en pommades. — CHRISTEN : Manomètre différentiel logarithmique. — BIEBER : Perméabilité du verre aux rayons ultraviolets.

Echo médical du Nord. — (N° 15, 9 avril 1911.) VANVERTS et PAUCOT : A propos des kystes rétropéritonéaux de l'ovaire et du parovaire (3 cas). — GUGELOT : Appendicite aiguë compliquée d'abcès rétro-cæcal.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 15, 9 avril 1911.) H. SÉRÉGÉ : Etude clinique sur l'existence des localisations fonctionnelles hépatiques (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 15, 9 avril 1911.) AUCHÉ : Leçon inaugurale du cours d'hygiène (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 avril 1911.) LAPEYRE : Vaso-épididymectomie dans la tuberculose génitale de l'homme. — CASTAIGNE : Les fausses néphropathies.

Journal de médecine interne. — (N° 10, 10 avril 1911.) GAUCHER et GIROUX : Sur la nature de l'ictère syphilitique (ictère hémolytique ou sanguin).

Journal des praticiens. — (N° 14, 8 avril 1911.) Gilbert BALLET : Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — GAUJOUX : Les eaux d'alimentation publique. — Ch. FIESSINGER : Les myocardites atténuées et curables.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 8 avril 1911.) GAND et POISSONNIER : Un cas d'empyème double chez un enfant. — Edmond WALLOIS : Tumeur polykystique de l'ovaire gauche. Ablation avec hystérectomie supravaginale. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 14, 6 avril 1911.) BRIGOTTE : Un cas d'éléphantiasis. — Paul SPEHL : Note sur deux réactifs cliniques de la bile du sang.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Mars 1911.) H. DELAUNAY : Note sur le mécanisme par lequel les lésions de la rate peuvent modifier la structure du foie. — CONSTANTIN : Valeur thérapeutique des eaux mères chlorurées et de la chloriodine en particulier.

Lyon médical. — (N° 15, 9 avril 1911.) R. LÉPINE : Sur la résorption du sucre par les tubes du rein.

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1911.) DUPEYRAC : La radiographie et la radioscopie dans les affections chirurgicales intrathoraciques. — VALLETTE : Dystocie pelvienne; opération de Porro; guérison. — FOURNIER : Croix de Malte enclavée dans l'œsophage; échec œsophagoscopique; extraction avec le crochet de Kirmisson. — PIOLLENC : Cystite hématurique grave guérie par des instillations de nitrate d'argent à hautes doses.

Medizinische Blätter. — (N° 7, 1er avril 1911.) HOFBAUER : Sur le traitement de l'asthme bronchique.

Montpellier médical. — (N° 13, 26 mars 1911.) ROUVEYROLIS : Mortalité infantile de zéro jour à un an, dans la commune d'Aniane, *avant* et *après* l'application de la loi Th. Roussel, de 1806 à 1911. — — (N° 14, 2 avril.) REVEL et CHARLET : Rupture spontanée de l'anse sigmoïde au cours d'une occlusion chronique par cancer ano-rectal.

Nord médical. — (N° 396, 1er avril 1911.) LEMOINE : Du rôle de la cholestérine dans le développement de l'athérome et de l'artério-sclérose. — DUFOURT : La valeur de la glycosurie pour le pronostic du diabète.

Progrès médical. — (N° 1, 7 janv. 1911.) LENORMANT : Les troubles urinaires dans les traumatismes du rachis et de la moelle. — OPPENHEIM et LE COZ : Fréquence de la tuberculose pulmonaire des vieillards. — (N° 2, 14 janv.) FOLLET et BOURDINIÈRE : Localisation du bacille typhique sur l'appareil respiratoire. Abcès pulmonaire guéri. Vomique suivie de mort. — (N° 3, 21 janv.) BINET : Le bicarbonate de soude doit-il être considéré comme un médicament d'un emploi dangereux chez les gastropathes? — LŒPER, DESBOUIS et DURŒUX : La dermo-réaction au glycocholate de soude chez les syphilitiques. — (N° 4, 28 janv.) MILHIT et H. STÉVENIN : Erysipèle des nourrissons. — (N° 5, 4 fév.) JACOULET et LEMAIRE : Les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. — (N° 6, 11 fév.) CLAUDE : Le syndrome poliomyélitique dans les maladies infectieuses du système nerveux. — (N° 7, 18 fév.) RÉMOND et VOIVENEL : Considérations sur la criminalité infantile. — HALPHEN : Les fractures du labyrinthe. — (N° 8, 25 fév.) MALHERBE : L'étude du cancer. — (N° 9, 4 mars.) CRUCHET et CARLES : Traitement de l'incontinence d'urine infantile, dite essentielle, par les injections épidurales de sérum de Hayem. — (N° 10, 11 mars.) RIEUX : Le cytodiagnostic des éléments parenchymateux et conjonctifs. — (N° 11, 18 mars.) LEGRY : Noyaux calcaires du foie. — (N° 12, 25 mars.) CHIFOLIAU : Les grands kystes de l'utérus. — (N° 13, 1er avril.) RIEUX : Le cyto-diagnostic des éléments d'origine sanguine. — (N° 14, 8 avril.) M. LŒPER : Troubles nerveux et oxalurie. — Ch. GARIN : Etude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'entérite trichocéphalienne. — T. FERRAN : Torsion d'un utérus gravide.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1911.) P. LAUNAY et SÉGUINOT : Etude sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées, à propos d'un cas de grossesse tubaire à trois fœtus (1 fig.). — P. COUDRAY : Coxotuberculose et son traitement. — L. HEULLY et A. BŒCKEL : Une forme rare de tumeur des glandes salivaires (2 fig.). — Sante SOLIERI : Sur un point de pathogénie de la colique biliaire dans quelques formes de cholécystite non calculeuse.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1911.) DEVIC et GARDÈRE : Erythème scarlatiniforme récidivant chez une tuberculeuse. — L. TOMMASI : Contribution a l'étude du rhumatisme tuberculeux. — L. CASTRIOTA : Sur l'existence et le mécanisme d'action des sérums antiglycosuriques. — Mlle PASCAL : La démence précoce (étude clinique et médico-légale). — BRAILLON : Les pleurésies des diabétiques.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 13, 1er avril 1911.) ARY DOS SANTOS : A propos d'un abcès du lobule temporal gauche.

Revue médicale de l'Est. — (N° 6, 15 mars 1911.) POTRON et NOISETTE : Un cas de mycose (*fin*). — (N° 7, 1er avril.) A. RAOULT : Du choix du procédé pour l'ablation des amygdales. — FLORENTIN : Les œuvres de protection de l'enfance en Lorraine.

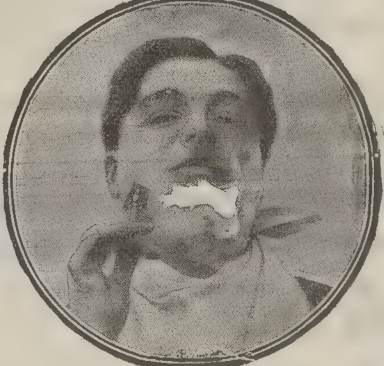
Revue neurologique. — (N° 6, 30 mars 1911.) E. OULMONT et A. BAUDOUIN : Poliomyélite antérieure à rechute. Rôle possible d'un traumatisme antérieur. — P. ZOSIN : Un cas de syndrome radiculaire cervico-dorsal (4 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 15, 11 avril 1911.) R. PICHEVIN : A propos du cancer utérin.

Semaine médicale. — (N° 15, 12 avril 1911.) F. LEJARS : Ruptures et perforations pyosalpingiennes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.





N° 47. — MARDI 25 AVRIL 1911. 84e ANNÉE. MARDI 25 AVRIL 1911. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de province. — Saint-Etienne. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis qu'un concours public, pour la nomination d'un médecin suppléant de ses établissements, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 20 novembre 1911.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative des hospices. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

Guerre. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 22 avril 1911, sont désignés pour le corps de débarquement de Casablanca :

M. Schneider, médecin aide-major de première classe au 129e d'inf.

M. Mallet, médecin aide-major de première classe au 3e chass. à pied.

M. Baur, médecin aide-major de première classe au 5e dragons.

— *Les étudiants sous les drapeaux.* — Une récente circulaire ministérielle a interdit les actes de scolarité aux étudiants sous les drapeaux. Cette circulaire vient d'être complétée ainsi qu'il suit.

L'interdiction qui précède n'atteindra pas les militaires autorisés en fait, au début de l'année scolaire 1910-1911, à prendre des inscriptions.

A titre exceptionnel et transitoire, et sur l'avis favorable de M. le ministre de l'instruction publique, ces militaires pourront compléter leurs inscriptions, de manière à pouvoir passer leurs examens de fin d'année, mais il est bien entendu que cette tolérance s'applique seulement à l'année scolaire 1910-1911.

Rien ne s'oppose, par contre, à ce que chaque année les militaires nouvellement incorporés se présentent, à la session d'octobre-novembre suivant leur incorporation, à des examens universitaires précédés d'inscriptions, à condition qu'ils justifient de ces inscriptions avant leur incorporation.

Il en sera de même pour les examens universitaires non précédés d'inscriptions.

Les militaires sous les drapeaux ne pourront être admis à les subir qu'à la session d'octobre-novembre suivant leur incorporation.

Quant aux examens et concours autres que les examens universitaires, les militaires sous les drapeaux pourront être autorisés à s'absenter pour les subir, à quelque époque que ce soit, sous la réserve expresse qu'ils ne bénéficieront d'aucune faveur spéciale pour la préparation de ces examens et concours, laquelle ne devra, d'aucune façon, porter préjudice à leur instruction militaire. Les permissions ainsi données devront compter dans les trente jours de permission que la loi permet d'accorder pendant les deux ans de service.

— Le ministre de la guerre vient d'inviter les généraux commandant les corps d'armée à lui faire parvenir d'urgence l'état nominatif des étudiants en médecine, possédant huit inscriptions au plus, faisant actuellement leur service militaire, qui seraient désireux d'achever leur temps de service en Algérie.

Les étudiants en médecine qui sont dans les conditions requises sont donc priés, dans leur intérêt, de faire connaître, au plus tôt, leur désir à qui de droit.

Ministère de l'intérieur. — Ont été nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Makereel (de Lens).

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le docteur Colas Pelletier (de Vannes); M. Levadoux (de Châtel-Guyon).

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Bertaud du Chazaud, médecin de première classe de la marine; Col, professeur à l'école de médecine de Nantes; Cordonnier (de Lamballe.)

— Sont nommés dans l'ordre du mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boisset et Dufournier (de Paris), Némorin (de Montpellier.)

Statistique. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quinzième semaine, 1023 décès

au lieu de 929 pendant la semaine précédente et au lieu de 1081, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — En raison des vacances de Pâques, la séance d'avril est supprimée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profoud regret d'annoncer la mort du commandeur professeur Giuseppe Berruti, membre de l'Académie de médecine de Turin; — de M. Rollin, médecin aide-major de première classe au Maroc, victime du devoir professionnel; — de M. le docteur Gaston Houzel (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant de la Société de chirurgie, père de nos confrères, le docteur Ghislain Houzel, et M. Gaston Houzel, interne des hôpitaux de Paris, auxquels nous adressons nos sincères condoléances; — de M. le docteur Paul Fournier (de Cuers); — et de Mlle Hélène Thiriat, externe des hôpitaux de Marseille.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 25 mars 1911.) R. SAND : L'arrêt temporaire de la circulation générale chez l'homme; ses effets cliniques et histologiques. — A. HAIBE : Intoxication alimentaire causée par un coli-bacille virulent. — J. DEMOOR : A propos du mécanisme de la sécrétion salivaire (influence de la pression osmotique et du sérum sanguin). — NOLF : Contribution à l'étude de la sécrétion lactée.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1911.) E.-H. PERREAU : La législation et la jurisprudence médicales de 1908 à 1910. — L.-E. PERDRIZET : Hygiène sociale. — Etienne GINESTOUS : Exercice illégal et faute inexcusable.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 307, 10 avril 1911.) L. DUHAIN : Le traitement radiothérapique et radiumthérapique de la syringomyélie. — G. HEÜMANN : Quelques recherches concernant le goût électrique. — G. BARRET : Le refroidissement des anticathodes par circulation d'air. — J. BERGONIÉ : Cure d'obésité par l'exercice électriquement provoqué; technique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1911.) G. LANTEAUME : Contribution à l'étude de la démence précoce chez les militaires. — LOBANOWSKI : Forme rare de rétrécissement ancien de l'urètre. — BOYÉ : La réfrigération systématique de l'abdomen dans le traitement de la fièvre typhoïde. — MAILLARD : Lombricose et perforation intestinale. — BAUMELOU : Suicide par coup de feu. — ROUQUETTE et PERDRIZET : Procédé de fixation du pansement après l'opération du phimosis. — (N° 4, avril.) REBIERRE : Thérapeutique hydro-minérale locale au moyen de l'ionothérapie électrique. — BASSÈRES : Abcès amibien du foie. — MAROTTE et OUI : Deux cas d'hémorragies rebelles chez des typhoïdiques. — PETIT : Luxation de l'articulation tarso-métatarsienne droite. — TRICOT : Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes inférieures. — VENNIN : Les déformations de la balle D tirée sur plaque d'acier à courte distance.

Archives internationales de neurologie. — (Avril 1911.) B. GREIDENBERG : Contribution à l'étude de l'hémilésion de la moelle épinière. Un cas de paralysie de Brown-Séquard d'origine traumatique. — A. PICK : Les troubles psychopathiques des modes de l'expression [langage et écriture] (*fin*). — GOTTSCHALK : De l'influence du régime alimentaire au point de vue de la prophylaxie et de la genèse des accidents convulsifs.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 9, 2 mars 1911.) Etudes sur les troubles intestinaux chez les enfants. — William E. FAY : Regard en arrière. — Arthur I. KENDALL : La dysenterie bacillaire. Sa bactériologie, sa biochimie et leurs relations avec le traitement. — Henry BOWDITCH : La diarrhée infectieuse; son traitement envisagé surtout au point de vue biochimique et bactériologique. — Richard M. SMITH : Les irrigations de nitrate d'argent dans le traitement de la diarrhée infantile infectieuse. — James Herbert YOUNG : Analyse de 168 cas de diarrhée infantile infectieuse (7 tableaux, 1 tracé). — Arthur I. RENDALL et Arthur W. WALKER : La flore associée au bacille de la dysenterie. — Fritz B. TALBOT : Deux méthodes pour obtenir du lait humain pour l'usage hospitalier. — Arthur I. KENDALL et Richard M. SMITH : La diarrhée infantile avec présence de bacilles anaérobies dans les selles. — Dana W. DRURY : Double otite moyenne. Déhiscence du plancher de la caisse du tympan. Méningite à streptocoque. — Beth VINCENT : Un cas d'invagination. — Charles H. LAWRENCE : Une méthode de collecter l'urine chez les petites filles (3 fig.). — (N° 10, 9 mars.) A.-E. AUSTIN : Les troubles de la digestion intestinale sous la dépendance de troubles stomacaux. — Prof. G. ALEXANDER (de Vienne) : Sur l'action possible sur le labyrinthe de l'oreille du remède de Ehrlich-Hata dans le traitement de la syphilis. — T. CHITTENDEN-HILL : Le traitement des fistules à l'anus. — Richard L. SUTTON : Le salvarsan dans le traitement du pemphigus chronique (avec 2 fig.). — (N° 11, 16 mars.) Joel E. GOLDTHWAIT : L'articulation lombo-sacrée. Une explication de beaucoup de cas de lumbagos, sciatiques et paraplégies (avec 23 figures). — W.-P. GRAVES : Les diverticules de l'anse sigmoïde. — Capt. Harold W. JONES : Description d'une série de cas de syphilis traités par l'arsenobenzol d'Ehrlich à l'hôpital général militaire du district de Columbia (avec un tableau). — Théodore CHAPIN-BEEBE : L'air liquide en chirurgie.

Bulletin médical. — (N° 28, 8 avril 1911.) A. SIREDEY : Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. — (N° 29, 12 avril.) J. TEISSIER : Des localisations péricardiques dans le mal de Bright et plus spécialement de l'hydropéricarde aigu (œdème aigu du péricarde) et de la péricardite végétante sèche terminale (péricardite autotoxique).

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 6, 25 mars 1911.) L. BONNET : Tumeur du cervelet. — CONSTANT : L'uricémie et les troubles génito-urinaires. — A. GUBB : De la conservation du corps humain par l'embaumement. — H. GROS : L'évolution de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie.

Journal médical français. — (N° 4, 15 avril 1911.) A. ZIMMERN : De l'utilité de l'électrodiagnostic en clinique. — BERGONIÉ : Les progrès du traitement électrique de la paralysie infantile. — H. BORDIER : Les indications thérapeutiques des différentes formes de l'énergie électrique. — CASTAIGNE et GOURAUD : Le lavement électrique. Pratique, indications, résultats.

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1911.) SOUQUES et DE MARTEL : Mort rapide à la suite de craniectomie décompressive. — G. B. CACCIAPUOTI : Sur les mouvements associés du membre inférieur malade chez les hémiplégiques organiques. — NOËCA : A propos de l'article de M. Raïmiste sur les mouvements associés du membre inférieur malade chez les hémiplégiques organiques.

LA DÉPOPULATION
ET LA PUISSANCE DES LOIS

L'IMPOT DE GÉNÉRATION

Par F. JAYLE.

Dans un article paru dans le n° du 7 février 1911 de la *Gazette des hôpitaux* et intitulé « La Dépopulation et l'impuissance des lois », mon distingué confrère M. le docteur Gaullieur L'Hardy, faisant allusion à ma conférence de la Société de l'internat (1), sur les causes de la dépopulation et sur les moyens de l'enrayer, a cherché à mettre en doute, en se basant sur les idées émises par un homme politique, l'efficacité de tout projet de loi tendant à la protection de la famille.

Si la valeur des moyens légaux est nulle, et telle est la thèse de M. Gaullieur L'Hardy, il n'y a rien à faire contre le mal qui nous envahit chaque jour de plus en plus, nous affaiblit, et menace de nous faire disparaître. Si, au contraire, cette valeur est grande, il faut avoir foi dans l'avenir et rester persuadés que nous subissons simplement une crise passagère et curable. M. Gaullieur L'Hardy est pessimiste et croit à l'impuissance des lois, pour prendre le titre même de son article. Je suis au contraire optimiste, j'ai confiance dans les mesures législatives et je vais démontrer les raisons sur lesquelles je me base.

Mon distingué confrère s'est tout d'abord demandé si je m'étais inquiété des enseignements de l'histoire : « M. Jayle a-t-il, suivant la méthode que son esprit clinique lui eût certainement imposé en médecine, parce qu'elle est la seule vraie, recherché si le procédé de thérapeutique sociale, qu'il préconise aujourd'hui, a été déjà mis en œuvre dans des cas semblables, et dans l'affirmative, quels en ont été les résultats, favorables, nuls, ou désastreux pour les organismes auxquels il a été antérieurement appliqué ? »

Pourquoi M. Gaullieur L'Hardy suppose-t-il que j'ignore les *lois caducaires ?*

Parce que je n'en ai pas parlé ? Mais mon silence à leur sujet était voulu, et si je n'ai pas cru devoir y faire allusion, c'est parce que la question de ces lois est sans aucune importance pour nous.

Puisque je suis invité à interroger l'histoire, je ne demande pas mieux que de l'envisager du point de vue qui nous occupe et je vais procéder avec quelque méthode :

1° Le « procédé de thérapeutique sociale » préconisé a-t-il été déjà mis en œuvre dans des cas semblables ?

Mon distingué confrère répond *oui* en s'appuyant sur les lois d'Auguste et sur deux édits de Louis XIV. Je dis *non*, et voici pourquoi :

Il n'y a aucune ressemblance entre la Société romaine, la Société du temps de Louis XIV, et la Société contemporaine.

Il suffit de rappeler que dans la Société romaine, la majorité de la population, sans doute les deux tiers et peut-être plus, était composée d'esclaves ; entre la nation romaine et la nation française actuelle il n'y a donc aucune similitude.

La Société de Louis XIV, avec le roi et la cour, le clergé et la noblesse, la bourgeoisie, la roture et la plèbe, se différencie, non moins profondément, de notre démocratie.

Les soi-disant leçons de l'histoire ne sont pas d'un très grand profit, parce que les conditions de vie des peuples varient avec les siècles et les formes de civilisation. Je ne veux point dire qu'il n'y ait pas quelques lois générales qui régissent les agglomérations humaines ; mais de ces lois générales à des dispositions législatives il y a toute la différence d'un concept historique à la pratique courante de l'existence.

Pour mieux me faire comprendre encore, je prendrai l'exemple de l'armée. Les armées romaines, les armées de Louis XIV et l'armée française actuelle sont toutes des armées, mais de composition entièrement différente. Les armées romaines du siècle d'Auguste se distinguent même de celles du siècle des Antonins ou de celles du siècle de Constantin. Toutes ces armées sont dissemblables comme les sociétés auxquelles elles appartiennent ; les mêmes mesures ne sauraient leur être appliquées.

Si Louis XIV avait voulu établir la loi militaire qui nous régit et oblige tous les Français actuels à faire le service de deux ans, il eût infailliblement échoué ; je pense même que l'idée ne lui en est jamais venue et qu'elle ne pouvait lui venir.

Les Français du xxe siècle ont la charge de défendre eux-mêmes le territoire qu'ils habitent et qui constitue leur patrie, et ils ont une armée *nationale*. Le roi de France, Louis XIV, défendait *ses* Etats au moyen d'armées composées en grande partie de mercenaires dont beaucoup étaient des *étrangers*. Où y a-t-il une similitude entre ces deux armées de la France ? Les deux états sociaux auxquels elles répondent sont aussi différents l'un de l'autre.

Ces données générales exposées, on m'accordera ce premier point que « le procédé de thérapeutique sociale recommandé » n'a jamais été mis en œuvre dans des « cas semblables » à celui qui nous intéresse.

2° Quelle est l'histoire complète des lois caducaires ?

Les lois caducaires ont été présentées aux lecteurs de la *Gazette* par M. Gaullieur L'Hardy d'une manière habilement suggestive, mais insuffisante et incomplète ; je voudrais les exposer sous un jour plus vrai pour permettre à chacun de tirer de leur étude des conclusions qui seront, sans doute, bien différentes de celles de mon honorable contradicteur.

I. *Origine des lois caducaires.* — L'idée de protéger la famille se retrouve dans la Société romaine dès l'an 403 avant J.-C. A cette date, les censeurs établirent une taxe conjugale, *æs uxorium* ; cette décision des censeurs n'avait force de loi que pour

(1) *Bull. de la Soc. de l'internat*, 27 oct. 1910.

un lustre et on ne sait pas combien de temps elle fut maintenue.

En 217 avant J.-C., on admet dans les légions romaines les affranchis qui ont des enfants (lutte contre les Carthaginois).

En l'an 131 avant J.-C., après un recensement, le consul Metullus, le Macédonique, exhorte les citoyens romains à se marier par patriotisme.

En l'an 59 avant J.-C., Jules César favorise les pères de famille qui ont trois enfants. A cette époque on fit un recensement des citoyens romains (n'oublions pas qu'il n'y a aucune similitude de puissance ni de nombre entre le citoyen romain et le citoyen français) et on n'en trouve pas plus de 20.000 pouvant profiter des avantages de Jules César.

En l'an 17 avant J.-C. est promulguée la *loi Julia* (*De maritandis ordinibus*).

En l'an 9 après J.-C. paraît la *loi Pappia Poppæa*.

Peu après est établi le *Jus trium liberorum* ou privilège du père de trois enfants légitimes.

Les lois *Julia* et *Pappia Poppæa*, avec quelques autres dispositions et en particulier le *Jus trium liberorum*, constituent la base du droit civil romain en matière de transmission des biens. Elles portent le nom de *lois caducaires* parce qu'elles rendaient caducs les biens des citoyens romains privés de postérité ; elles sont aussi appelées *lois d'Auguste* du nom de leur auteur (1).

II. *But des lois caducaires.* — En promulguant les lois caducaires, Auguste avait pour but d'organiser solidement la société romaine qui avait été très affaiblie par les guerres civiles qu'il clôturait.

Pour bien comprendre la pensée directrice de l'empereur romain, il faut se rappeler que la société romaine se composait de quatre classes principales, deux supérieures et deux inférieures. Les deux classes supérieures étaient formées par l'*ordre des sénateurs* et l'*ordre équestre ou des chevaliers*, deux ordres distincts, le premier dominant le second, et l'ensemble constituant une aristocratie à deux échelons. Auguste voulait que ces ordres ou classes ne périclitent pas, se développent même, sans adjonction d'éléments nouveaux, et c'est dans ce but qu'il favorisait le mariage et la fécondité. Ces deux ordres devaient fournir à l'Empire : l'ordre des sénateurs, les fonctionnaires de premier rang ; les chevaliers, les fonctionnaires de second rang.

Les deux classes inférieures comprenaient la *plèbe* avec les affranchis et les ingénus et les *esclaves*, ces derniers étant les plus nombreux, ne possédant aucun droit, et ne faisant en réalité pas partie de la société.

Les lois caducaires eurent surtout pour but de renforcer les ordres supérieurs de la société romaine, c'est-à-dire une toute petite minorité, mais elles s'appliquèrent à l'ensemble de la population.

Les lois caducaires se proposaient donc de favoriser le mariage et la natalité et de les faire considérer comme un impôt dû à l'Etat. Pour parvenir à ce but, ces deux lois édictèrent contre le célibat et la stérilité des peines qui consistaient dans l'incapacité totale ou partielle, suivant certaines distinctions, de recevoir par testament. Incidemment, elles visaient aussi des mœurs de ce temps : nombre de citoyens poursuivaient en quelque sorte de leurs assiduités les riches privés de postérité et *la chasse au testament* était devenue une sorte de danger public. Enfin elles avaient pour objet de récompenser la paternité et de la favoriser.

Le législateur romain voulut atteindre l'improductif dans ses rapports avec la propriété. Furent donc déclarés incapables d'hériter : les célibataires, les veufs sans enfants, les divorcés et les *orbi* (privés d'enfants, stériles) ; les biens qu'auraient dû recevoir ces incapables étaient déclarés caducs et se trouvaient distribués aux *patres* sous le nom de *præmia patrum*. Le but de ces lois est donc très net ; il favorise le père de famille. Les improductifs sont privés du droit d'héritage.

Les lois caducaires se complètent par le *Jus trium liberorum* ou privilège du père de trois enfants. Ce privilège avait pour avantage de conférer l'exemption des charges de tutelle ou de curatelle qui étaient lourdes à l'époque et non rémunérées ; il facilitait l'accession aux honneurs et aux hautes dignités.

Si l'on veut bien juger de la valeur de ces dispositions législatives, il faut encore se rendre compte de l'état d'âme du citoyen romain à l'époque d'Auguste. Le sentiment religieux et le souci, jadis si puissant de la perpétuité des cultes domestiques avaient à peu près disparu ; d'autre part, certaines écoles philosophiques réprouvaient le mariage. Le patriotisme, malmené par les philosophes cosmopolites de l'empire, n'était guère plus vivant que la croyance religieuse. Toute base d'ordre moral échappait donc au législateur et le citoyen romain ne songeait qu'à s'affranchir des charges de famille.

Pour maintenir l'intérêt public et protéger le mariage et la fécondité, Auguste n'avait plus à sa disposition que des moyens fiscaux. Or, le citoyen romain ne payait pas d'impôt, personnel ou foncier, il n'était plus — en fait du moins — obligé au service militaire. Il ne restait qu'une mesure de préservation sociale et Auguste la prit : la suppression des héritages pour les improductifs.

Ainsi se comprennent et s'expliquent les Lois caducaires qui, présentées sans aucun commentaire, nous paraissent quelque peu extraordinaires, alors qu'en réalité on en saisit toute la logique dès lors qu'on les situe dans le milieu qui les a vu naître.

III. *Durée de ces lois.* — A lire l'article de mon distingué confrère, on croirait facilement qu'elles furent éphémères et succombèrent sous le jugement de Tacite.

En réalité, elles durent jusqu'en l'an 320 ; encore le *Jus liberorum* persiste-t-il jusqu'en 528, date de son abolition par Justinien.

Les empereurs du Ier et du IIe siècles entrèrent dans les vues d'Auguste et appliquèrent les lois.

Au IIIe siècle, on voit encore les empereurs soutenir le principe de la famille ; en effet, apparaissent

(1) Cf. Bouché-Leclercq. Les lois démographiques d'Auguste, *Revue historique*, 1895, p. 211 et suiv.

alors les prestations, et l'Etat romain offre, comme prime, des immunités aux familles de trois enfants à Rome, de quatre enfants en Italie, de cinq enfants dans les provinces romaines. L'idée de favoriser le mariage et la fécondité persiste donc tout entière.

Au IVe siècle, sous des influences que nous allons mettre en relief, les lois caducaires sont abolies par Constantin, mais elles avaient duré plus de trois siècles pendant lesquels l'empire romain parvint à son apogée avec les Antonins. Rien n'autorise donc à dire qu'elles furent inefficaces. En tous cas, elles ne précédèrent pas la chute de l'empire, mais bien sa grandeur.

IV. *Effets de ces lois.* — Il est évident que les lois romaines favorisèrent les pères de famille. Ce n'est pas en vain que durant trois siècles passés on frappe d'incapacité les improductifs et que pendant plus de cinq siècles on protège, avec le *Jus liberorum*, les familles de trois enfants.

Les chiffres, empruntés à l'inscription d'Ancyre découverte par MM. Perrot, Guillaume et Delbet, publiés à nouveau par M. Bertillon, permettent d'ailleurs de juger de l'effet des lois d'Auguste, dans les trente premières années qui ont suivi leur promulgation :

	Nombre de citoyens romains.
An 726 (de Rome).......	4063000
An 736 —	*Loi Julia*
An 746 —	4233000
An 767 —	4937000

L'augmentation est de 8 p. 1000 en moyenne, chiffre correspondant, dit Bertillon, à l'accroissement de la population européenne, au milieu du XIXe siècle (aujourd'hui, elle s'accroît un peu plus vite, la France toujours exceptée). Or, n'oublions pas qu'avant les lois d'Auguste le nombre des citoyens romains *diminuait.*

V. *Attaques de ces lois.* — Il est incontestable que les lois caducaires ont été attaquées très violemment au cours des siècles de leur durée. Les raisons de leurs adversaires ont varié suivant les époques.

Lors de leur promulgation, elles eurent contre elles, naturellement, tous ceux qu'elles frappaient. Ceux qui étaient atteints en souffraient d'abord par la perte matérielle qu'ils éprouvaient, mais plus peut-être encore parce qu'ils voyaient dans cette loi une ingérence de l'Etat dans la famille. Or, il ne faut pas perdre de vue que le citoyen romain avait l'horreur de toute mesure législative qui pouvait avoir pour effet de toucher, de quelque manière, à l'intangibilité du foyer.

Notre mentalité est tellement différente de celle des contemporains d'Auguste que, pour juger ces derniers, il faut faire totalement abstraction de notre état d'esprit. Le citoyen romain a le sentiment d'individualisme porté à son apogée; il est maître complètement chez lui; il ne paie aucun impôt, il entend gouverner l'Etat, le diriger, et n'accepte pas son ingérence. On comprend dès lors tout le trouble porté par les lois d'Auguste.

Mais il faut se garder d'établir une comparaison quelconque entre les raisons qui firent attaquer les lois d'Auguste et celles que pourraient invoquer nos contemporains contre des dispositions législatives analogues. Encore une fois, qu'y a-t-il de commun entre le citoyen romain et le citoyen français actuel, qui chaque jour dépend de plus en plus de l'Etat, paie des impôts, fait des déclarations de toutes sortes et n'a plus guère aucune indépendance? Si nous nous rapprochons de quelque peuple, c'est plutôt du peuple grec qui mettait la cité au-dessus de l'individu que du peuple romain qui plaçait le citoyen au-dessus de l'Etat.

Plus tard, les lois caducaires trouvèrent des adversaires dans les philosophes de l'école d'Alexandrie et dans les chrétiens; la religion nouvelle et la philosophie alexandrine furent d'accord pour la défense du célibat.

Au fur et à mesure que se développe le Christianisme, les lois caducaires sont de plus en plus attaquées; Tertullien, comme Tacite, en se plaçant à un autre point de vue, les traite d'odieuses.

VI. *Abrogation des lois caducaires.* — Les lois caducaires furent abrogées par un édit de Constantin, en 320 après J.-C.

Suivant Eusèbe, son biographe, l'empereur honorait dans cet édit d'abrogation le célibat et la chasteté, il excusait chez les *orbi* l'insuffisance de la nature, tout en réprouvant hautement la stérilité voulue.

Il continue toutefois à respecter le *Jus liberorum*. C'est Justinien, en 528, qui abolit enfin ce *Jus* et détruit tous les restes des lois d'Auguste.

Pendant la durée des lois caducaires, la Société romaine avait subi de profondes transformations dans lesquelles je n'entrerai pas. Je veux pourtant signaler les extensions successives données au titre de citoyen romain. L'empereur Claude (mort 54 ap. J.-C.), dans le but de raffermir l'empire, accorda le titre de *civis romanus* à une foule d'affranchis d'une part et à certains peuples soumis d'autre part. La diffusion du titre de citoyen romain fut encore augmentée avec Caracalla (mort 217 ap. J.-C.) qui le donna, par exemple, aux Africains et à nos ancêtres, les Gaulois. L'acte des empereurs est assez analogue à ce que nous avons fait par la loi Crémieux en Algérie.

Il est assez aisé de comprendre que l'application des lois caducaires, relativement facile dans la Société romaine d'Auguste, devint compliquée au fur et à mesure qu'elle dut s'étendre à des peuples plus divers et plus éloignés de Rome. Il est probable qu'il y eut là une cause de difficulté d'exécution qui progressivement arriva, pour une part, à déterminer leur annulation.

Mais, comme je l'ai déjà dit plus haut, la raison prépondérante de leur abolition me paraît tenir au développement du Christianisme.

Je ne veux point soutenir, et il ne me faudrait pas me faire dire le contraire de ma pensée, que le Christianisme est ennemi de la famille. Nous savons tous que toute pratique anticonceptionnelle et toute manœuvre abortive sont formellement condamnées

par l'Eglise et nous devons ne pas oublier que les catholiques pratiquants sont de ceux qui possèdent actuellement les familles les plus nombreuses ; mais je voudrais faire ressortir qu'avec la doctrine chrétienne le célibat prend l'apparence d'une supériorité, que l'abstinence devient une vertu et que la continence est toujours recommandée. Les chrétiens honorés, sanctifiés, sont à peu près toujours des célibataires.

Au fur et à mesure que grandit le Christianisme, les lois caducaires prennent donc une apparence de persécution religieuse. Pourquoi retirer le pouvoir d'hériter à des chrétiens célibataires, c'est-à-dire à ceux considérés comme les plus vertueux, dont beaucoup étaient des prêtres ? Le premier empereur chrétien se devait donc à lui-même d'abolir les lois caducaires, et il n'eut garde d'y manquer.

De l'histoire des lois caducaires, telle que je viens de l'exposer, je tirerai les conclusions suivantes :

1° Les *lois caducaires* ont duré près de trois siècles et demi et le *Jus liberorum* plus de cinq siècles.

2° Les statistiques de l'inscription d'Ancyre sont en faveur de l'efficacité immédiate de ces lois.

3° Après leur promulgation, l'Empire romain a atteint son apogée de puissance et de gloire; après leur abrogation, l'Empire romain a décliné et s'est effondré.

4° Leur abrogation fut déterminée par les modifications subies par l'Empire romain et par le développement du Christianisme.

Telle est l'idée que, d'après les historiens les plus autorisés, je me suis faite des lois romaines (1). Elle diffère entièrement de celle de mon confrère Gaullieur L'Hardy.

*
* *

Les édits de Louis XIV n'ont laissé aucune trace. Ils n'ont d'ailleurs nullement la haute portée des lois romaines, ils ne visent pas l'improductif, contrairement aux lois caducaires ; ils ont l'allure d'une prime d'encouragement donnée aux pères de famille de 10 enfants vivants. Sous quelle influence sont nés et ont disparu ces édits, je ne me suis pas donné la peine de le rechercher, parce que leur intérêt est nul. Je dirai même qu'ils étaient mal conçus et injustes : l'argent donné aux pères de famille de 10 enfants ou plus était payé, non pas par les improductifs, mais par l'État, c'est-à-dire, en partie par d'autres pères de famille qui pouvaient avoir 6, 7, 8 et 9 enfants.

*
* *

M. Gaullieur L'Hardy émet enfin une crainte à mon avis bien futile : « Il surgirait immédiatement toute une industrie avec ses chevaliers, pour exploiter les nouvelles lois, et la dénonciation, le chantage, les procédures louches fleuriraient à l'envi. »

En vérité, je ne comprends pas. Nous sommes streints au service militaire et je ne sache pas qu'il y ait des organisations spéciales tendant à dénoncer les jeunes gens de vingt et un ans.

Nous avons un système d'impôt de contributions directes, qui fonctionne à merveille, et que des esprits soi-disant *amis du progrès* veulent remplacer par l'ancienne taille dont l'abrogation fut le premier acte de la Révolution. Ces contributions ont-elles amené une éclosion d'industriels louches et spéciaux ? En quoi l'impôt de génération sera-t-il difficile à établir et à prévoir ? Il sera de même nature que celui des portes et fenêtres et je pense qu'on peut aussi bien compter les enfants d'une famille que les ouvertures d'une maison.

Tous ces épouvantails que l'on veut dresser pour faire disparaître un privilège ne doivent effrayer personne ; ils resteront dans les mains qui les brandissent pour leur suprême distraction.

Mon distingué confrère a encore écrit une phrase que je me permettrai de relever.

Il ne veut pas, dit-il, d'un système qui consiste « à frapper les célibataires et les époux sans enfants de charges écrasantes ». Je comprends parfaitement bien que ceux qui jouissent d'un privilège le défendent avec acharnement ; je ne puis cependant admettre que la charge de trois enfants soit « écrasante », que le prix que coûtent trois enfants soit « écrasant » quand un célibataire l'envisage, et qu'il ne soit plus « écrasant » quand un père de famille le paie.

Si « écrasement » il y a, il faut que chacun le supporte. N'oublions jamais que les célibataires et les improductifs ou insuffisamment productifs ne pourraient pas vivre s'il n'y avait pas les pères de famille fournissant les enfants nécessaires, je ne dis pas au développement de la patrie qui est enrayé, mais simplement au maintien de son état actuel. Encore faut-il faire remarquer qu'en payant pour trois enfants jusqu'à quinze ans, ni le célibataire, ni les improductifs, ni les insuffisamment productifs n'auront la charge dite « écrasante » que supportent les parents qui ont plus de trois enfants, et qui en tous cas les élèvent tous et les soutiennent au delà de quinze ans.

En regard des petits ennuis pécuniaires qui résulteraient pour les improductifs de l'établissement de l'*Impôt de génération* (1), je voudrais mettre les tribulations sans nombre auxquelles peuvent être en butte actuellement les familles nombreuses.

Quand on a beaucoup d'enfants, même quelquefois avec de l'argent, on a de la peine à se faire accepter par les propriétaires ; *la puissance de nos lois contre la famille* est telle qu'il est difficile aux malheureux de trouver une solution, car il y a toujours un règlement à invoquer pour chasser une famille nombreuse et pauvre. Chacun sait la difficulté qu'éprouvent les ménages ouvriers à se loger, quand ils ont une progéniture importante. Le chef de famille arrive fréquemment à louer en quelque sorte par surprise, ne déclarant pas le nombre exact de ses enfants, d'où action du propriétaire qui, la loi en mains, finit par avoir raison. En supposant que l'on

(1) Cf. Bouché-Leclercq. Loc. cit.

(1) *Presse méd.*, 18 fév. 1911, n° 14.

vote une nouvelle loi empêchant tout propriétaire d'expulser un locataire à cause du nombre de ses enfants, il restera encore un arrêt du préfet de la Seine qui réglemente l'hygiène des locaux avec indication du cube d'air minimum obligatoire par habitant. Les 9/10 des familles pauvres et nombreuses à Paris n'ont actuellement pas le cubage nécessaire; il en résulte donc que, de quelque côté qu'ils se retournent, *les pères de famille ont contre eux la puissance des lois.*

Quand on songe que *les improductifs ne pourraient pas vivre sans les productifs*, et que ces derniers sont l'objet de tant de vexations, on ne peut vraiment pas plaindre par avance les célibataires et les improductifs du tracas qu'ils pourront avoir de payer à la Société sous forme d'argent la part qu'ils lui doivent et dont ils sont injustement affranchis jusqu'à ce jour.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ÉPIDIDYMITES BLENNORRAGIQUES AIGUES

Les premières tentatives pour traiter par la ponction ou l'incision les épididymites blennorragiques à leur phase aiguë remontent déjà à près de dix ans. Des publications récentes permettent, d'après l'étude des résultats obtenus, de se faire une opinion sur la valeur de la méthode et ses indications.

Déjà en 1852, à l'époque où l'on pensait encore que la complication de la blennorragie siégeait dans le testicule, Pirogoff ponctionnait le testicule pour diminuer la douleur. Puis Harry Smith (*Lancet*, 1864, vol. II, p. 149), ayant cru par erreur à la présence d'un abcès du testicule et ponctionné l'organe au bistouri, constate avec étonnement une sédation des symptômes, et réitère l'opération sur d'autres malades.

En France, Velpeau préconisait l'incision de la vaginale, Vidal, de Cassis, l'incision de l'albuginée et pendant un certain temps la ponction du testicule jouit d'une certaine vogue à l'hôpital du Midi. Puis cette manière de faire est abandonnée, en même temps qu'on découvre que la lésion siège dans l'épididyme et non dans le testicule. Puis, précisant encore le siège des lésions, Reclus (1876) met en lumière la prépondérance des lésions péri-épididymaires sur la lésion canaliculaire. Depuis cette époque, le traitement classique de l'épididymite blennorragique aiguë était resté le même : repos au lit, les bourses relevées sur une planchette, compresses chaudes ou glace, vaseline gaïacolée, toniques, laxatifs, diurétiques, cessation des lavages urétraux.

C'est en 1903, que Baerman, assistant de la clinique de Neisser, publie (*Deutsch med. Woch.*) les résultats de la ponction dans vingt-huit cas d'épididymite blennorragique et la même année, Escat (de Marseille) [VIIe congrès de l'Association française d'Urologie] apporte les observations de six cas d'incision. C'est ensuite Belfield (de Chicago) qui préconise l'incision (*Journ. am. med. assoc.*, 22 avril 1905), mais c'est surtout à Bazet, chirurgien de l'hôpital français de San-Francisco, qu'on doit la diffusion de cette méthode qu'il pratiquait depuis 1897 (*Am. Journ. Urol.*, mai 1906 et *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1906, p. 592). A la même époque Hagner (de Washington) [*Med. Record*, 13 oct. 1906] expose une technique un peu différente. La même année encore, au congrès de Dermatologie de Berne (septembre), Schindler (de Breslau) expose les résultats obtenus à la clinique de Neisser, et à la dixième session de l'Association française d'urologie (octobre), Escat (de Marseille) apporte de nouveaux cas, et Dubot (de Bruxelles) [voir aussi *Ann. de la Polyclinique de Bruxelles*, décembre 1906] et Le Für en citent chacun une observation.

L'année suivante, Houssiau, de la clinique de Duhot, relate de nouveaux faits. En 1908, Hagner (*Am. ass. of genito-urin. surg.*) peut réunir vingt-cinq observations personnelles, et J.-J. Cunningham, sept cas (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 nov. 1908).

En 1909, Hagner (*Am. surg. and med. Record*), Gross (*Am. Journ. Urol.*, juin 1909) rapportent de nouvelles observations d'incision et Ernst (*Berlin. klin. Woch.*, n° 11, et *Praktitcheskü Vratch*, 2 mars) de ponction d'épididymites.

Enfin R. Frühwald publie récemment une étude sur les résultats de la ponction (*Münch. med. Woch.*, 11 oct. 1910, n° 4, p. 2137), G. G. Smith, un article d'ensemble sur le sujet (*Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXIV, n° 5, 2 fév. 1911, p. 151) et le 1er mars 1911, Sylvain Carof soutient, à la Faculté de Paris, une thèse où il donne les résultats obtenus depuis deux ans à l'hôpital Cochin par M. Michon, par l'incision des épididymites blennorragiques suppurées.

L'idée de ponctionner ou d'inciser les épididymites aiguës est venue de la constatation de l'insuffisance du traitement classique dans certains cas. Comme l'a bien montré Reclus, puis récemment Delbet et Chevassu (*Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1908, vol. n° 11, n° 16 et 17 : Les oblitérations blennorragiques de l'épididyme et leur traitement chirurgical), la lésion principale est une lymphangite péri-épididymaire qui, dans les formes graves, prend un aspect phlegmoneux véritable. Les mailles du tissu conjonctif péri-épididymaire sont infiltrées d'exsudat contenant des globules de pus en grande quantité et de façon constante, et souvent du gonocoque ; très souvent même il existe au milieu du tissu cellulaire, de véritables abcès. Tous les auteurs qui ont pratiqué la ponction ou l'incision insistent sur cette fréquence (Escat, Baerman, Bazet, Le Für, Houssiau, etc.). Baerman en a constaté dès le deuxième et troisième jour.

Cependant, la lésion se termine rarement par une collection véritable. Il se passe ici, comme le remarquent Delbet et Chevassu, une résorption analogue à celle des petits abcès qu'on trouve de façon constante au centre des plastrons péri-appendiculaires, qui se résorbent si souvent.

De telles lésions ne vont pas sans entraîner des douleurs parfois très violentes, amenant le repos forcé au lit pendant deux ou trois semaines, ce qui entraîne dans certaines positions sociales de graves inconvénients. L'état général est parfois grave, fièvre intense (40 degrés), abattement, dans ces formes toxiques.

Les formes aiguës, phlegmoneuses d'aspect, présentent rarement la formation d'abcès évoluant vers la peau, souvent le pus s'enkyste dans une coque fibreuse épaisse qui l'enserre créant un gros nodule épididymaire (Escat). La présence de ces gros nodules épididymaires ne va pas sans entraîner des inconvénients. D'abord, ils restent souvent douloureux. De plus, en dehors de toute nouvelle infection urétrale, ils peuvent être le siège de nouvelles poussées aiguës créant ainsi l'épididymite à répétition. Baerman a bien décrit cette forme récidivante (Weiterer Beitrag. für Path. der gonnorrhoischen Epididymitis, *Arch. f. Derma. u. Syphil.*, 1905, p. 5776) et Carol, dans sa thèse, insiste sur la présence constante de pus au centre du nodule dans ces cas.

Ces gros nodules à contenu purulent peuvent aussi s'évacuer par le déférent et entretenir de façon désespérante l'écoulement urétral.

D'autre part, certains nodules fibreux, même peu volumineux, peuvent entraîner des phénomènes douloureux très intenses, dus à l'étranglement du conduit spermatique par des brides fibreuses (Duhot).

Enfin, on a vu dans quelques cas (Escat-Albert) une épidi-

dymite aiguë, de nature blennorragique certaine, se transformer en épididymite tuberculeuse.

De plus, et c'est un des principaux arguments invoqués au début par les partisans de la ponction et de l'incision, l'épididymite blennorragique entraîne le plus souvent l'oblitération du conduit spermatique au niveau de la queue de l'épididyme, et, si la lésion a été bilatérale, il en résulte souvent la stérilité. Delbet et Chevassu, qui ont étudié avec soin cette question dans l'article cité plus haut, arrivent aux conclusions suivantes :

Dans l'épididymite blennorragique, l'absence de spermatozoïdes est la règle pendant la phase aiguë ; avec le temps, un certain nombre d'imperméabilités ont tendance à diminuer et à disparaître. De l'examen des statistiques, il résulte que plus de la moitié des individus atteints d'épididymite blennorragique restent longtemps et sans doute définitivement stériles. La constatation d'une double induration épididymaire persistante permet de soupçonner, et les chances d'erreur sont en somme minimes, que l'épididyme induré n'est pas redevenu perméable.

On est donc en droit d'espérer que si une intervention précoce permet d'éviter la formation de ce noyau, la perméabilité des voies d'excrétion aura de bien plus grandes chances de se rétablir.

On voit donc que la ponction et l'incision s'adressent à un certain nombre de cas différents :

1° Période aiguë de l'épididymite. Ici presque tous les auteurs sont d'avis de les réserver aux formes véritablement graves, soit par l'acuité des phénomènes douloureux, soit par l'intensité des phénomènes phlegmoneux ou toxiques (fièvre, leucocytose élevée).

Ce sont d'ailleurs ces cas qui aboutissent surtout à la formation des gros nodules fibreux, aux épididymites à rechutes, à l'oblitération des voies spermatiques. Les formes légères, peu douloureuses, n'astreignant pas au repos au lit, ne nécessitent pas une intervention active.

2° Les grosses indications des épididymites aiguës à répétition.

3° Les noyaux fibreux anciens très douloureux.

Les indications sont d'ailleurs plus ou moins étendues selon les auteurs. Alors que les partisans de la ponction traitent ainsi la grande majorité des épididymites, espérant, par une intervention précoce, prévenir l'oblitération des voies spermatiques (Baerman), les partisans de l'incision les restreignent beaucoup plus. Bazet n'a eu à intervenir que 65 fois en 8 ans, Hagner a incisé 33 cas sur un peu plus de 300 malades (10 p. 100), Michon à l'hôpital Cochin en 2 ans est intervenu 24 fois sur 216 cas (11 p. 100). Avant de voir les résultats obtenus, quelques mots sur la technique suivie.

Technique de la ponction. — La plupart des auteurs opèrent sans anesthésie ; la peau du scrotum étant rasée, lavée à l'alcool, on empaume le scrotum de la main gauche en tendant la peau au niveau de l'épididyme malade ; avec une aiguille très pointue montée sur une seringue de Luër, on pique la peau et l'enveloppe de l'épididyme d'un coup sec, on entre de 1 à 2 centimètres dans l'épididyme, puis on retire lentement l'aiguille en aspirant.

Frühwald ponctionne au niveau de la queue de l'organe plus malade, Ernst dans la tête où le canal présente moins de sinuosités et où le tissu cellulaire est plus lâche. S'il y a de l'hydrocèle on le ponctionne d'abord.

La ponction ramène deux ou trois gouttes de sérosité sanguinolente trouble, rarement plus (un demi-centimètre cube dans un cas de Ernst). On y trouve toujours des globules de pus en quantité, et du gonocoque dans une proportion variable des cas.

On applique ensuite un grand pansement humide chaud sur les bourses relevées.

Technique de l'incision. — L'anesthésie est ici indispensable. Bazet, Escat se contentent d'anesthésie locale par injection de cocaïne, de stovaïne sous la peau. Souvent on est obligé de recourir à l'anesthésie générale. M. Michon la considère comme indispensable et emploie le chlorure d'éthyle. La peau étant préparée et le scrotum empoigné comme pour la ponction, on pratique l'incision des téguments directement sur la queue de l'épididyme. Il est inutile de chercher à éviter d'ouvrir la vaginale en passant au niveau du ligament scrotal, la vaginale contient toujours du liquide (Hagner) septique qu'il n'est pas inutile d'évacuer. La longueur de l'incision est très variable selon les auteurs. Alors que les uns se contentent d'une simple boutonnière (1 centimètre et demi à 2 centimètres, Michon ; 3 centimètres, Bazet), d'autres incisent largement (7 centimètres et demi, Hagner). Une fois l'épididyme découvert on l'explore en tous sens et on ponctionne les nodules indurés qu'il présente soit avec la sonde cannelée (Michon), soit avec un fin ténotome (Bazet, Hagner). On évacue le contenu de ces petits abcès et on en fait sourdre le pus par expression. Puis on nettoie chaque petite cavité avec une solution antiseptique forte (sublimé à 1/100, teinture d'iode, etc.) et on lave au sérum. La vaginale est lavée avec une solution antiseptique plus faible, Hagner ferme ensuite au catgut les cavités de l'abcès avec drainage. Bazet, Houssiau, Michon, ferment seulement la peau. Belfied et dans certains cas Bazet suturent les bords de l'incision épididymaire à la peau scrotale. Pansement avec une poudre antiseptique.

L'incision et l'expression des noyaux épididymaires donne issue à de la sérosité louche. Dans le cas de gros nodule induré d'épididymite à rechute, on trouve toujours au centre du nodule un petit abcès enkysté (Escat, Michon).

Bazet, pendant un certain temps, pratiquait l'ablation des foyers indurés au lieu de leur ponction, mais de peur de la stérilité consécutive, il est revenu à la simple incision. Par contre, dans les cas d'épididymite à rechute ancienne avec gros noyau induré, Escat n'hésite pas à pratiquer cette ablation. Dans certains cas où la vésicule du côté correspondant est augmentée de volume, Belfield (de Chicago) [*Journ. am. méd. Assoc.*, 22 avril 1905 ; *Transact. of the am. med. Assoc. of genito-urinary surg.*, 1907] et Cunningham (de Boston) [*Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLIX, n° 21, 19 nov. 1908] ont pratiqué, en plus de l'épididymotomie, l'incision séparée du déférent avec son drainage à la soie. Le drain n'est enlevé que lorsque la vésicule séminale est redevenue normale. On suture alors l'incision du déférent et celle de la peau.

Résultats de la ponction. — La ponction est suivie d'une détente incontestable des phénomènes inflammatoires. Dans certains cas, en deux ou trois heures, la douleur disparaît totalement ; souvent elle diminue notablement. Dans quelques cas rares, il n'y a pas de sédation. Seulement, dans la majorité des cas, cette accalmie n'est que passagère et en vingt-quatre ou quarante-huit heures les phénomènes se reproduisent partiellement et en entier. Sur 33 cas, voici ce que Frühwald a noté pour les phénomènes douloureux :

8 cas : suppression définitive.
15 cas : suppression, puis réapparition de douleurs faibles.
5 cas : suppression, puis réapparition de douleurs fortes.
4 cas : pas d'amélioration.

La température baisse en général en quelques heures et est à la normale le lendemain. Quelquefois, elle réapparaît les jours suivants. Il en est de même de la tuméfaction scrotale.

La durée totale de l'affection serait diminuée de moitié pour Schindler, Heinze, diminuée seulement dans quelques cas pour Ernst, resterait de huit à dix jours comme dans beaucoup de cas non ponctionnés pour Frühwald.

Au total, il semble bien que dans certains cas heureux la ponction amène une sédation rapide et définitive des phénomènes inflammatoires, mais que dans la majorité des cas,

après une sédation passagère, les phénomènes réapparaissent au moins en partie. Faut-il dans ce cas réitérer la ponction comme le conseillent Schindler, Ernst? Frühwald s'élève contre cette manière de faire, les ponctions répétées augmentant les chances de destruction du conduit spermatique et pouvant conduire à son oblitération définitive.

Résultats de l'incision. — Ici la disparition des phénomènes inflammatoires est constante et définitive.

La douleur disparaît immédiatement, la température revient à la normale en vingt-quatre à trente-six heures, le taux leucocytaire s'abaisse [33000 à 8400 en quarante-huit heures (Hagner), 21000 à 6500, en vingt-quatre heures (Cunningham)]. La durée de l'affection est sensiblement raccourcie, surtout le séjour au lit, ce qui n'est pas à dédaigner chez certains malades. G. G. Smith a vu ses malades sortir du troisième au huitième jour avec une moyenne de cinq jours, Duhot, Bazet du quatrième ou septième jour, Hagner au cinquième jour en moyenne. De plus, les rechutes de l'épididymite n'auraient jamais été observées chez les malades opérés.

Enfin, si l'écoulement urétral revient chez la plupart des malades (22 sur 25 de Hagner, 5 sur 7 de Cunningham), cet écoulement se guérit très rapidement et sans rechutes.

Ces résultats sont très remarquables, mais il y a une considération qui doit, jusqu'à plus ample informé, limiter l'incision aux cas d'épididymites très graves, vouées d'avance à l'oblitération des voies spermatiques. C'est en effet que les auteurs sont muets sur la perméabilité ultérieure des épididymes incisés. Nous ne trouvons en effet à ce sujet que des données très vagues :

« Après l'incision, l'épididyme est *probablement* meilleur fonctionnellement » (J. Cunningham), « le danger d'une lésion permanente *doit* être diminué » (G. G. Smith), « il ne persiste qu'un nodule petit comme dans toute cicatrice » (J. Cunningham). Mais la preuve de la perméabilité du conduit dans ces cas reste à faire. On doit au contraire émettre, a priori, des doutes sur son état si, comme la majorité des auteurs, on a ponctionné l'épididyme en plusieurs endroits au bistouri, et non à la sonde cannelée comme le conseille seul M. Michon.

Cette objection n'existe pas dans les épididymites très graves, et dans les gros noyaux douloureux des épididymites à rechute où l'oblitération est inévitable.

Notons cependant que l'incision constitue une véritable petite opération qui nécessite souvent l'anesthésie générale.

En résumé, la ponction, petite intervention insignifiante et sans danger, peut rendre des services dans les cas récents avec phénomènes inflammatoires intenses. Elle pourra toujours être tentée dans les cas très douloureux.

Pour les gros nodules d'épididymite à répétition elle pourra être proposée aux malades qui refusent l'incision (Juliusberg).

L'incision sera réservée soit aux cas aigus graves avec phénomènes phlegmoneux ou toxiques intenses, soit aux épididymites à répétition sans réinfection urétrale, ou aux anciens noyaux épididymaires restés très douloureux.

M. LANCE.

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de chylurie contenant le Cercomonas hominis. (Charles Rosenheck et G. L. Rohdenburg. *New-York med. Journ.*, vol. XCIII, n° 8, 25 fév. 1911, pp. 372-373.) — **Un cas de chylurie unilatérale traitée par le salvarsan d'Ehrlich.** (Paul M. Pilcher et James T. Pilcher, *Med. Rec.*, vol. LXXIX, n° 10, 11 mars 1911, pp. 434-435.) — Le cas de Rosenheck concerne un nègre de dix-huit ans, demeurant à New-York depuis deux ans, venant des Antilles danoises, et ayant toujours joui d'une bonne santé. Le 18 novembre, coït avec une fille publique, à la suite duquel se montrent quelques symptômes d'échauffement banal léger qui guérissent spontanément en quelques jours. Le 1er décembre, apparition de la chylurie dans laquelle on constate de nombreux cercomonas hominis. Le nombre de ceux-ci diminue rapidement, ainsi que l'éosinophilie. Actuellement, on ne trouve plus de parasites depuis longtemps, bien que la chylurie persiste toujours.

Le mode d'infection est curieux : le cercomonas n'est pas rare chez l'homme, mais dans d'autres localisations. Ce cas soulève aussi une question intéressante au point de vue de l'étiologie de la chylurie dite essentielle. Il est certain que si l'on voyait le cas seulement maintenant, si le malade n'était pas venu immédiatement au médecin, on aurait fait, et on ferait maintenant, le diagnostic de chylurie essentielle.

Le cas de Pilcher est un cas de chylurie filarienne chez une femme de trente-cinq, ans ayant quitté la Guyane anglaise depuis cinq ans. L'examen cystoscopique montra que la chylurie ne venait que du rein gauche. Les parasites étaient toujours nombreux à chaque examen. On injecta 0g60 de salvarsan sous la peau. Pas de modifications de l'urine dans les premières vingt-quatre heures : au bout de quarante-huit heures, elle redevint claire pour la première fois depuis des années; de la soixante-huitième à la soixante-douzième heure, elle redevint chyleuse et contenait un nombre énorme de parasites morts, certains visibles à l'œil nu. Depuis, il y a un peu d'opacité intermittente. Les parasites n'ont plus jamais été retrouvés dans aucun examen du sang, tandis qu'avant ils ne manquaient jamais. Il y a peut-être là un traitement pour une affection devant laquelle, jusqu'ici, le praticien était désarmé.

F. GARDNER.

Souffle cardiaque propagé à longue distance et perçu au niveau de la cavité buccale. (*Rivista critica di clinica medica*, 11 juin 1910, n° 23.) — A. Buffagni a observé un cas de rétrécissement pulmonaire où le souffle se propageait fort bien puisqu'on le percevait sur tout le thorax, aux clavicules, le long de la colonne vertébrale, à l'occiput, sur le front, aux membres inférieurs, au cou, le long des voies aériennes. Ce souffle était perçu également en auscultant au niveau de la cavité buccale, la respiration étant tranquille, et Buffagni discute le mode de transmission. S'agissait-il de transmission osseuse qui, longeant la colonne vertébrale, arrivait jusqu'au crâne et à la bordure osseuse de la bouche, ou bien fallait-il admettre que l'artère pulmonaire transmettait des vibrations à l'air contenu dans les voies aériennes, et qu'ainsi renforcées ces vibrations atteignaient la cavité buccale? L'auteur incline vers la seconde explication, en se basant sur ce fait qu'on pouvait ausculter distinctement le souffle sur la trachée et le larynx et qu'on le percevait au niveau de la cavité buccale avec une intensité beaucoup plus grande que sur les os de la face.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les réactions générales d'origine colique; étude clinique (Louis Marre. *Th. de Paris*, 1910). — Il s'agit, dans cet excellent travail, de troubles morbides de localisations diverses, dont un critère clinique ou thérapeutique permet de démontrer l'*origine colique*, et qui s'observent presque exclusivement chez des sujets, « *intestinaux* » et « *nerveux* ».

Ces manifestations peuvent réaliser plusieurs types : l'auteur envisage successivement des crises typiques et atypiques; les crises *typiques* avec phénomènes d'indigestion gastro-intestinale se présentent soit sous la forme d'indigestion simple (vomissements, douleurs intestinales, débâcle), soit sous la forme d'indigestion grave avec perte de connaissance (depuis la simple lipothymie jusqu'à la syncope vraie), soit enfin avec l'allure d'indigestion, avec vomissements paroxystiques.

Les *crises atypiques* sont variées à l'infini : ce sont des variantes, des équivalents, (crises de migraine, d'angor pec-

toris, etc.), enfin il peut exister des crises *complexes*, des *crises frustes*.

L'*origine colique* de toutes ces manifestations est démontrée par l'existence constante d'une période de constipation préalable, par la concomitance d'une ou plusieurs débâcles pseudo-diarrhéiques, par un état spasmodique du gros intestin, et l'efficacité rapide d'un traitement approprié à l'état intestinal. Le traitement comporte l'évacuation prudente de l'intestin, la réalimentation progressive et des indications spéciales relevant de la prédisposition nerveuse générale.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Traitement des fractures du col du fémur en abduction, (Royal WHILMAN. *Ann. of surg.*, vol. LIII, n° 4, avril 1911, pp. 489-498.) — Si l'on veut faire mieux que d'accepter avec résignation le pronostic franchement mauvais des fractures du col du fémur chez les personnes âgées, il faut se rappeler que pour avoir un retour de fonction, il est essentiel que la déformation soit réduite et les deux fragments mis au contact. C'est ce que les traitements classiques et l'extension continue ne font point, et c'est là la seule raison pour laquelle les résultats sont si déplorables.

Comme nous n'avons aucune prise sur le fragment interne, c'est le fragment externe qu'il faut amener au contact et adapter sur lui. Il faut anesthésier le malade, réduire par traction et mettre la cuisse dans un plâtre à la limite normale de l'abduction. L'abduction tourne la surface fracturée du col vers le bas et la fait rencontrer celle de la tête ; elle tend la capsule et coapte les fragments : elle relâche les muscles dont la contraction tend à déplacer les fragments ; enfin, en amenant le bord supérieur du trochanter au contact de l'os iliaque ou, si la fracture est près de la tête, en engageant l'extrémité du col sous le rebord de l'acétabulum, elle procure un butoir mécanique s'opposant à la reproduction du déplacement, et elle place le membre en meilleure attitude au point de vue du retour des fonctions.

Ce que l'on appelle généralement fracture engrenée est ordinairement une fracture complète à petit déplacement. Le conseil de ne pas désengrener est bon avec les méthodes habituelles de traitement qui ne donnent pas d'union, mais on peut faire mieux avec l'abduction.

On peut se servir de divers appareils consécutifs, mais le spica plâtré est le plus simple. Il soulage beaucoup plus les malades que l'extension continue. Il est très important d'élever la tête du lit de manière à ce que celui-ci soit incliné à 25 degrés. Cela augmente la circulation dans les membres inférieurs et diminue le danger d'hypostase.

Après consolidation, toujours lente, pour maintes raisons (l'usage précoce du membre ne fait qu'aggraver les lésions) remettre plusieurs fois par jour le membre en abduction limite. Sinon la mobilité se perd vite dans cette direction et l'attitude de relâchement, adduction et flexion, avec impotence, reparaît vite.

F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Les vomissements par hypo-alimentation chez les nourrissons. (M. VARIOT. *La clinique infantile*, 15 nov. 1910.) — Il s'agit de vomissements observés chez des nourrissons qui ne reçoivent pas une *ration suffisante* et qui sont par suite plus ou moins *inanitiés*. Ces vomissements se caractérisent spécialement par le fait qu'ils se répètent à chaque tétée, lorsque la quantité de lait ingérée est insuffisante : ils peuvent exister aussi dans l'alimentation au biberon, lorsque la quantité de lait, mise dans chaque biberon, est par trop réduite ; ils cèdent très rapidement dès qu'on augmente la tétée au sein ou que l'on charge davantage le biberon : ils disparaissent, si la ration est bien proportionnée à la capacité gastrique et à l'âge de l'enfant.

Le diagnostic de cette forme de vomissement est assez difficile, d'autant plus qu'il n'est pas rare de constater en même temps l'existence de troubles entéritiques qui contribueront à faire errer le diagnostic et à conseiller de plus en plus la restriction du régime alimentaire. Ce qu'il faut savoir dépister c'est qu'il y a inanition, et bien souvent l'inanitié sera prise, à un examen rapide, pour un athrepsique. L'étude de ce syndrome est parfaitement développée dans la thèse de M. Filliozat : *Insuffisance de l'alimentation chez le nourrisson*, Paris, 1910.

L. BABONNEIX

Les arthrites purulentes aiguës chez le nourrisson. (*Riv. di clin. ped.*, 1910, n° 6.) — U. TRINCI étudie successivement les causes locales et les causes générales. Les premières peuvent être déterminantes, telles que les plaies pénétrantes, les abcès, les lymphangites, les ostéomyélites, ou prédisposantes comme les contusions, les fractures interarticulaires.

Parmi les causes générales sont les maladies infectieuses au cours desquelles les arthrites peuvent être produites par l'agent même de la maladie, ou par des germes pyogènes à qui l'affection primitive a servi de porte d'entrée.

La fréquence des arthrites purulentes chez les nouveau-nés syphylitiques les avait fait considérer jadis comme une conséquence de l'hérédo-syphilis; on les considère aujourd'hui comme dues à des germes variés, diplocoques, staphylocoques, gonocoques, qui envahissent les lésions articulaires primitivement syphilitiques et en déterminent la suppuration.

Chez le jeune enfant, les arthrites dues à l'ostéomyélite sont les plus fréquentes. On a décrit certaines formes d'ostéo-arthrites purulentes chez le nouveau-né, communiquées par la mère par la voie placentaire, et des arthrites purulentes où le lait maternel a dû être incriminé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

JURISPRUDENCE

LE DUEL ET LE SECRET MÉDICAL

A la suite d'une plainte déposée par une veuve, dont le fils venait d'être tué en duel, contre le médecin assistant au combat, la Chambre des médecins de Galicie (Autriche), appelée, à cette occasion, à donner son avis, considéra comme indispensable la présence d'un médecin aux duels, mais à charge du secret professionnel pour le médecin averti confidentiellement. La poursuite était en effet basée sur ce fait que le médecin avait commis une faute très grave en ayant assisté au combat, sans avoir, au préalable, avisé les autorités. Ce procès fut l'origine d'une enquête internationale sur le duel et le médecin, et les questions suivantes sont actuellement posées. Les voici telles que nous les donne M. Wicart, dans le *Médecin praticien*, du 12 avril 1911.

1° Le médecin ne manque-t-il pas à son devoir en acceptant d'assister à un duel?

2° Le médecin, non seulement peut-il, mais doit-il toujours accepter, ou seulement dans certains cas?

3° Doit-il, au contraire, toujours refuser, ou seulement dans certains cas?

4° Le médecin, prévenu d'une rencontre, doit-il s'entremettre pour l'empêcher?

5° Est-il désirable que la loi soit modifiée et établisse l'impunité des médecins qui assistent à un duel? (On sait que *légalement* les médecins sont punissables au même titre que les témoins.)

6° S'il y a des cas où la présence du médecin est indiscutable, une consultation avec un confrère ne s'impose-t-elle pas alors d'une façon absolue?

7° La présence de deux médecins dans chaque duel n'est-elle pas toujours désirable, les deux combattants pouvant être gravement blessés?

8° Nos associations professionnelles ne devraient-elles pas discuter ces diverses questions?

9° Avez-vous des remarques à faire basées sur votre expérience personnelle ?

Des raisons de toute sorte imposent le silence au médecin. C'est d'abord l'intérêt du consultant, qui tient à des convenances personnelles ou particulières; et ces convenances le médecin doit scrupuleusement les respecter (Cassation, 9 novembre 1901, *Sirey*, 1904, 1re partie, p. 202).

C'est ensuite la nature de certaines circonstances qui indifférentes en soi, deviendront secrètes à raison des événements qui les entourent : par exemple la blessure qui résulte d'un coup de feu, d'épée ou de couteau, parfaitement avouable en thèse générale, devient l'objet du secret quand elle a été reçue dans une émeute, une rixe, ou même un duel dans les pays qui le réprouvent (Cassation, 26 juillet 1845, *Dalloz périodique*, 1855, 1re partie, p. 340).

Le médecin doit donc, d'une façon absolue, garder le secret sur les constatations d'ordre extra-médical qu'il peut faire pendant qu'il donne des soins au malade. Un client révèle-t-il à un médecin, pour le mieux éclairer sur le caractère de la blessure, qu'il l'a reçue dans une rencontre ? Le médecin doit encore garder pour lui une pareille déclaration, car elle lui a été faite uniquement en considération de son art, et elle se lie trop intimement aux constatations proprement médicales pour qu'elle puisse être dévoilée. Ce sont d'ailleurs souvent de tels éléments d'information qui servent à poser le diagnostic, ou qui, tout au moins, sont, dans l'esprit du client, destinés à le faciliter (Cassation, 26 juillet 1845, précité).

Ainsi en se basant sur ces simples observations, les médecins auxquels sera soumis ce questionnaire, en dehors de raisons personnelles sur la légitimité ou non du duel, pourront répondre en toute sûreté.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES APPLICATIONS DU VIOFORME EN VÉNÉRÉOLOGIE. CRAYONS AU VIOFORME

Par M. R. Pélissier (de Lyon.)

J'ai eu l'occasion d'employer dans ma pratique un antiseptique iodé, le vioforme (1), et les résultats que j'en ai obtenus en vénéréologie ont été tels qu'il me paraît du plus vif intérêt de faire part aux praticiens, des services que peut rendre ce nouveau composé dans le traitement des affections des organes génito-urinaires.

J'ai expérimenté le vioforme pour le pansement des chancres mous et indurés, et dans le traitement de la blennorragie.

Du traitement d'une vingtaine de cas de chancre, je conclus que la poudre de vioforme remplace avantageusement l'iodoforme chaque fois que ce médicament si précieux, mais si odorant, est indiqué. J'ai obtenu des résultats particulièrement encourageants par la rapidité de la guérison dans six cas de chancres mous multiples, par l'usage de la formule suivante :

Vioforme.....................
Poudre de charbon de peuplier stérilisée................... } *ãã* 3 grammes.

Dans deux cas, des malades se sont présentés avec des chancres indurés multiples du gland (l'évolution de la maladie a démontré nettement qu'il s'agissait de syphilis), avec phimosis ne permettant pas l'inspection immédiate des lésions. J'ai utilisé ainsi le vioforme : 3 fois par jour injection sous-préputiale de 2 centimètres cubes de vioforme, en suspension dans la glycérine neutre (à 20 p. 100), additionnés de quantité égale d'eau distillée. Le mélange de la préparation de vioforme en suspension et d'eau distillée doit être fait, pour raison de non solubilité, au moment même de l'usage. Revus le huitième jour du traitement, les résultats, pour les deux malades, étaient identiques : possibilité de décalotter et par conséquent d'appliquer directement le pansement sur les chancres; lésions en bonne voie de cicatrisation et j'ajouterai, indolence du traitement.

J'ai également utilisé le vioforme en instillations dans 40 cas. La reproduction complète de chaque observation serait fastidieuse; je me bornerai donc à exposer les résultats obtenus. Rappelons d'abord qu'un grand nombre d'auteurs — et je partage absolument leur avis — affirment qu'une blennorragie qui n'a pas été traitée par les instillations et la dilatation, ne peut être considérée comme guérie ; les récidives plus ou moins éloignées, les rétrécissements ultérieurs sont de bonnes preuves à l'appui de ce raisonnement. C'est à la période de déclin de l'écoulement, alors que celui-ci se manifeste par une goutte blanchâtre et rare, peu épaisse, que les instillations rendent des services. J'ai employé la technique et l'instrumentation classiques, seringue de Guyon, sonde à instillation de Guyon, asepsie rigoureuse, etc.

En outre :

Glycérine neutre......... 100 grammes
Vioforme... .... 20 —

à conserver dans flacon coloré.

J'ai constamment instillé un centimètre cube de cette préparation, et laissé séjourner de six à dix minutes; les séances ont été répétées tous les deux jours. Résultats : indolence du traitement, disparition rapide de la goutte. Dans la moyenne des cas, six instillations ont été suffisantes.

Dans plusieurs cas de blennorragie chronique avec rétrécissements, j'ai employé la même méthode : Instillations, six en moyenne, puis dilatation. Dans tous les cas traités, la guérison a été la règle.

Frappé des excellents résultats obtenus à l'aide du vioforme, j'ai pensé à l'utiliser sous forme de crayons, au cours de la période aiguë de certaines blennorragies, s'accompagnant de douleurs presque intolérables. Il était en effet logique de penser au vioforme, si on se rappelle les excellents résultats obtenus, dans les mêmes conditions par l'usage des crayons à l'iodoforme : suppression assez rapide de la douleur et modification de l'écoulement; mais pour l'iodoforme, odeur trop indiscrète. Sur ma demande, la Société pour l'industrie chimique à Bâle me fit préparer des crayons urétraux au vioforme, crayons que j'ai expérimentés dans dix cas de blennorragie particulièrement douloureuse. Dès le second jour, effet analgésiant (le premier crayon paraît augmenter la douleur, aussi est-il bon de prévenir le malade et de l'inviter à ne pas abandonner le traitement). Du sixième au huitième crayon, presque plus de douleurs en urinant, et écoulement arrivé à la période répressible. Evidemment, ces crayons ne sont qu'un adjuvant au traitement, mais ils me paraissent tels quels appelés à rendre de grands services, car combien de fois le malade refuse-t-il l'iodoforme si précieux cependant et si actif comme analgésique et microbicide, mais si dénonciateur. Le vioforme produit les mêmes résultats, serait même moins irritant, et en plus, avantage très précieux, ne dégage aucune odeur.

(1) Le vioforme (idochloroxyquinoléine) est une poudre jaune verdâtre, très volumineuse, inodore et insipide, de réaction neutre, insoluble dans l'eau et contenant environ 40 p. 100 d'iode. Ce produit a été introduit dans la pratique chirurgicale par Tavel, de Berne, et étudié en France par divers auteurs qui lui assignent le rôle d'un antiseptique remplaçant parfaitement l'iodoforme, mais avec l'avantage d'être inodore, très peu toxique et stérilisable jusqu'à 130/140 degrés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 25 avril. — MM. Baudouin, 17 ; Malloizel et Gougerot, 15.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 avril. — MM. Okinczyc, 17 ; Piquand et Gasne, 14.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — *Ordre de lecture des copies.* — MM. Placet, Drouet, Jacquemin, Dax, Achard, Burguet, Andrieu, Bazin, Fadkine, Dujarric de la Rivière, Sorel, Haristoy, Maire, Beloux.

Séance du 22 avril : Achard, 27 ; Drouet, 23 ; Placet, 20 ; Jacquemin, 19 ; Dax, 12.

Séance du 24 avril : Beloux, 29 ; Burguet, 25 ; Sorel, 22 ; Haristoy, 17 ; Dujarric de la Rivière, 15 ; Andrieu, 12 ; Bazin, 10 ; Fadkine, 8 ; Maire, 6.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Un concours pour la place de chef de clinique médicale des maladies des enfants sera ouvert, à la Faculté de médecine, le mercredi 14 juin 1911. Les inscriptions sont reçues jusqu'au jeudi 8 juin, à quatre heures.

Un concours pour la place de chef de clinique gynécologique sera ouvert à la Faculté de médecine le 22 juin 1911. Les inscriptions sont reçues jusqu'au jeudi 15 juin, à quatre heures.

Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale infantile sera ouvert, à la Faculté de médecine, le lundi 26 juin 1911. Les inscriptions sont reçues jusqu'au jeudi 22 juin, à quatre heures.

— Lille. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira le 25 avril 1911, devant la Faculté de Lille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté :

MM. Debeyre, Gérard et Looten.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Allanic, docteur en médecine, suppléant des chaires de physique et de chimie, chargé en outre d'un cours de chimie et toxicologie, est nommé, à partir du 1er mai 1911, professeur de chimie et toxicologie.

— Reims. — M. Chevy, professeur de physique, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er avril 1911.

M. Chevy est nommé professeur honoraire.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Astruc, agrégé, chargé de cours complémentaire de pharmacie à l'école supérieure de pharmacie, est nommé, à partir du 1er avril 1911, professeur adjoint à ladite école.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 avril 1911 :

Médecin-major de première classe. — M. Lejonne passe aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Renard passe aux hôpit. de la division d'Alger; Auguin, au 150e d'inf. ; Grall, au 3e escadron du train des équip. ; Cochois, au 111e d'inf. ; de Kermabon, au 3e tirail. algér.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Maratuech passe aux hôpit. de la division de Constantine ; Dufils, au 19e d'inf. ; Marchal, au 1er d'inf.

— Par décret en date du 21 avril 1911, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Médecin principal de première classe de réserve. — M. Rigal passe à la 13e région.

Médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Silice passe à la 1re région.

Médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Breuil passe à la 20e région ; Loppé, à la 3e région ; Thouzellier, à la 14e région.

Médecins aides-majors de première classe de réserve. — MM. Achard passe à la 13e région ; Blanchard, à la 15e région ; Driout, à la 6e région ; Vilmain, à la 9e région ; Yardin, à la 1re région.

Médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale. — MM. Cucherousset passe à la 5e région ; Dide, à la

17e région; Gercie, à la 20e région; Jeantelet, à la 14e région; de Saint-Cyr de Monlaur, à la 18e région; Saurel, à la 5e région; Serra, à la 4e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe de réserve. — MM. Boichut passe au gouvernement militaire de Paris; Dufaure de Citres, à la division d'occupation de Tunisie; Houchard, à la 20e région; Maleplate, à la 17e région; Mariel, à la 6e région; Merle, à la disposition des troupes coloniales; Michel, à la 9e région; Mion, à la 8e région; Nivollet, à la 20e région; Parès, à la 16e région; Rolland, à la 8e région; Stouff et Weill, à la 20e région.

— Par décision ministérielle du même jour, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent sont passés, avec leur grade, dans l'armée territoriale :

Médecin principal de première classe. — M. Rigal.

Médecin-major de deuxième classe. — M. Versepuy.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Brindel, Carel, Degez, Forquin, Gauthier (L.-V.-A.), Gauthier (M.-L.-A.), Lippmann, Pernot, Perrin, Romand-Monnier, Sipp, Thomin.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Grandchamp.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet de l'internat a lieu cette année, samedi prochain, 29 avril, à sept heures et demie, à l'hôtel Lutetia, boulevard Raspail (square du Bon Marché, Nord-Sud, station Sèvres-Croix-Rouge).

Les adhésions sont reçues jusqu'à samedi matin, par M. Verchère, 101, rue du Bac.

Elles sont particulièrement nombreuses, cette année comme on peut s'en rendre compte par la première liste que nous publions ci-dessous :

Arrou, Artus, Aubourg, Audion (de Berck), Audistère.

Bar, Baraduc, Barbarin, Baillet (Marcel), Barbulée, Barnsby (de Tours), Bisch (de Grenoble), Bonnet (Stéphane), Bodin, Bernard (Félix), Boulay, Brossard (de Poitiers), Bergé, Boucher, Bouchacourt, Bauer, Bottentuit.

Cayla, Calvé (de Berck), Carron de la Carrière, Cautru, Caussade, Chevallereau, Coudray, Crouzon, Clivet (de Chambéry), Cottet (d'Evian), Charles (de Gérardmer), Civatte, Ludger-Cruet.

Delagénière (du Mans), Delaunay (Eugène), Delaunay, Devraigne, Duclaux, Dupont, Durand-Fardel.

Faure (Jean-Louis), Faure (Maurice), Ferrand (de Blois), de Fourmestraux (de Chartres), Florand, Froussard, de Font-Réaulx, François, Ferry (de Dijon).

Gaudeau, Galliard, Germain, Guinon, Gendron, Grandhomme, Graux, Grivot, Guillot.

Hallion, Hallopeau, Heitz-Boyer, Heitz, Hudelo.

Jardet, Jayle, Jousset (Marc).

Lafosse, Landouzy, Laignel-Lavastine, Latouche, de Langenhagen, Laurens, Le Sourd (François), Lesné, Lelorier, Leven, Le Fur, Lereboullet, Lequeux, de Lostalot, Luys, Loeper, Luc, Louste.

Macé de Lépinay, Magdelaine, Maillard, Malapert (de Poitiers), Moulonguet (d'Amiens), Monier, Monthus, Montprofit (d'Angers), Milian, Meuriot, Monsseaux.

Netter, Noguès.

Oppenheim, Oudin.

Papillon, Parturier, Pasteau, Perrin, Pierret, Piatot (du Havre), Pochon.

Quisrene.

Rabinovisch, Roland (de Besançon), Routier.

Sainton, Sauvineau, Segond, Sécheyron (de Toulouse), Séc (Marcel), Sorel (de Dijon), Simon, Sollier.

Taguet, Tardieu (du Mont-Dore), Thomas, Turner.

Venot (de Saint-Germain), Verchère, Villière, Voisin.

Walther, Wickham.

Zimmern.

En exercice : François, Françon, Hirchmann, Glénard, Pillot, de Berne, Paris (Jean), Bourdier, Verdoux.

L'ÉLEVAGE DE CHIENS SANITAIRES. — Un chenil militaire, pour l'élevage et le dressage du chien sanitaire, vient d'être créé à Fontainebleau par le ministère de la Guerre et la direction en est confiée au capitaine Tolet qui fut le promoteur du chien sanitaire en France.

LA TAXE DES AUTOMOBILES. — Notre collaborateur, R. Marcel Petit, a étudié ici-même (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 18, p. 260) un récent arrêt du conseil d'Etat, indiquant que les automobiles doivent être imposées sur la plus faible force déclarée.

Il semblait que la question fut résolue. Ce serait mal connaître le fisc.

M. Lefebvre du Prey, député, écrivait le 12 avril 1911 à M. le ministre des finances et lui demandait si, lorsqu'une voiture automobile a été taxée à douze chevaux par le service des mines, conformément à la circulaire n° 12 (série B) du ministre des travaux publics au service des mines (10 septembre 1908), l'administration des contributions a le droit de taxer cette même voiture à seize chevaux.

Notre insatiable ministre des finances vient de faire la réponse suivante par la voie de l'*Officiel* :

« Aux termes des instructions administratives, les voitures automobiles doivent être cotisées d'après le nombre de chevaux-vapeur représentant la plus grande puissance que leur moteur est normalement capable de fournir. Dans la pratique, ce nombre est relevé par les agents des contributions directes sur les registres d'immatriculation des automobiles tenus dans les bureaux du service des mines; mais rien ne s'oppose, légalement, à ce que la taxe soit calculée sur un chiffre différent et, en cas de contestation, c'est aux tribunaux administratifs qu'il appartiendrait de trancher la question. »

LA VALEUR FERTILISANTE DE LA SUIE. — La suie, d'après M. H. W. Harvey (*Journ. de pharm. et de chimie*), serait un insecticide apprécié, mais elle posséderait, en outre, une valeur fertilisante qui dépend des sels ammoniacaux qu'elle renferme.

Sa densité varie considérablement, et les agriculteurs admettent, en général, que la suie légère est la meilleure.

M. Harvey, qui est professeur à l'école d'agriculture de Cambridge, a constaté, au cours de récentes recherches, qu'il existe un rapport constant entre la teneur en azote de la suie et son poids.

Ordinairement, la suie contient environ une livre d'azote par boisseau.

En se basant sur cette donnée, la suie vaudrait douze sous le boisseau, en raison de sa valeur fertilisante et en dehors de sa valeur insecticide.

COURS LIBRE. — Le docteur Léopold-Lévi a commencé le mardi, 25 mars, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier) un cours libre sur la « Petite insuffisance thyroïdienne et son traitement », et le continuera les samedi et mardi à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de Pathologie à l'usage des sages-femmes et des mères, par le docteur H. Dufour, médecin de l'hôpital de la Maternité. In-16 avec 53 gravures dans le texte et 14 planches en couleurs de la Collection médicale (Bibliothèque de la sage-femme). — Prix cartonné à l'anglaise : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Consultations dermatologiques, par L. Brocq, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et Cl. Simon, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-18 jésus, cartonné toile, de 410 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les nouvelles Mycoses, par MM. de Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis à Paris, et Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 (19-12 de 178 pages avec 16 figures. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.) — Prix, broché : 2 fr. 50; cartonné, 3 fr. — Paris, Masson et Cie.

Thérapeutique de la goutte (Consultations médicales françaises, fascicule XXIII), par le docteur Rathery, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

LA PROPAGATION DU CHOLÉRA

LES NUAGES, LES PLUIES, MOYENS DE TRANSPORTS DU CHOLÉRA

Par le docteur A. MUÑOZ,
Médecin de l'hôpital de la Princesse, à Madrid.

L'étude des épidémies est beaucoup plus profitable dans les petites villes que dans les grands centres.

Dans celles-ci, le médecin ne peut observer que *des cas d'épidémie*, sans relation entre eux, avec des intervalles de temps entre chaque cas, et à aucun moment il ne peut juger ni de l'ensemble, ni de l'évolution de l'épidémie sous ses différents aspects.

Dans les petites villes, au contraire, un seul observateur peut assister à la naissance, à la marche, au développement et à la fin des maladies épidémiques, enregistrant tous les cas, et établissant les relations des uns aux autres. Il a de plus l'avantage d'observer tous les jours, qu'ils soient bien portants ou malades, tous les habitants de la ville, qu'il soigne dans toutes leurs indispositions ou maladies.

En outre, il ne peut échapper, à l'observation du médecin d'une petite ville, une infinité de petits détails concernant la propagation ou la diffusion épidémique, son mode d'importation, etc., parce que dans les petites localités aucun fait ne peut rester caché, si peu important qu'il soit, parce que ce qu'un habitant n'a pas vu, un autre le verra et bientôt tout le monde le sait.

Convaincus de ceci, nous avons recueilli tous les détails que les épidémies que nous avons observées durant notre exercice professionnel dans les petites villes nous ont fourni, et qui nous ont permis d'indiquer et même parfois de pronostiquer, cas par cas, la contagion.

Entre les notes et observations que nous avons recueillies, figurent celles concernant *l'épidémie de choléra morbus* qu'il y eut en Espagne, en 1885. A cette époque, la ville de notre résidence était une des localités envahies par la maladie, ville dans laquelle nous étions l'unique médecin pour soigner tous les habitants.

Parmi lesdites notes, il y en a quelques-unes d'intéressantes et qui offrent des points de vue nouveaux, relatifs au *transport* des vibrions cholériques, à la *propagation* et à la *dissémination* de la maladie, qui expliquent comment peuvent se produire certaines épidémies dont la façon de commencer n'a pu encore être expliquée, ou a été sujette à controverse.

On peut également déduire de nos observations que, une seule épidémie, dans une même localité, peut avoir des origines et provenances différentes.

Il est déjà hors de doute que le *vibrion cholérique*, habitant dans l'intestin depuis le moment où il a été ingéré avec la boisson ou les aliments, est la cause de la maladie; que ce bacille, contenu dans les matières fécales, peut contaminer et contamine les eaux et certains aliments.

Il reste donc à établir et à rechercher les différentes manières de *transport*, *transmission* et *propagation* du choléra.

Parmi ces moyens de transport, dont beaucoup sont connus, il y en a un qui n'a pas encore été signalé et qui a une grande importance, et que nous avons pu observer de telle façon qu'il ne nous reste plus aucun doute là-dessus. Ce *moyen de transport est constitué par les nuages*, qui sont formés à la surface des fleuves ou rivières, dont les eaux seraient positivement contaminées, comme elles le sont généralement, puisqu'il est avéré que le choléra suit le cours des voies fluviales.

Si les *nuages* entraînent et déchargent parfois des poussières, du sable, des cendres, etc., des êtres vivants, insectes, sauterelles, etc., si les *pluies* conduisent et transportent les matières les plus diverses, organiques et inorganiques, il n'y a pas de raison pour qu'elles ne conduisent ou ne transportent pas, à des distances plus ou moins grandes (ceci serait sujet à déterminer et à étudier) les *vibrions cholériques*.

Naturellement il ne suffit pas que les *nuages* entraînent, transportent et déchargent l'agent producteur du choléra; il faut encore que les eaux de ces pluies contaminent à leur tour les boissons ou aliments, pour que l'épidémie se propage et se répande.

De quelle façon les *eaux de pluie peuvent-elles contaminer?* Il doit y en avoir plusieurs qui sont encore à étudier; nous pourrons rendre compte de quelques observations cliniques que nous avons conservées dans nos notes. Nous ferons d'abord une brève description de la topographie du centre de l'épidémie.

I

DESCRIPTION TOPOGRAPHIQUE DU CENTRE ÉPIDÉMIQUE

La ville de Olias del Rey, de 1.229 habitants, est située dans le bassin des fleuves Tage et Guadarrama, mais à une altitude plus élevée que celle des autres villes qui l'entourent, à des distances de 3 à 10 kilomètres, et à une distance de 6 à 7 kilomètres des deux rivières. Elle est située à 59 kilomètres de Madrid et à 10 kilomètres de Tolède.

Sa population est groupée et ses édifices peuvent être compris en deux zones, séparées ou divisées par une rue centrale qui traverse la ville, du nord au sud. La zone qui se trouve à l'est et celle qui se trouve à l'ouest sont constituées par deux collines ou plateaux dont les flancs internes forment par leur union la rue centrale; les côtés extérieurs ont leur versant incliné vers l'est ou l'ouest et les extrémités vers le nord ou le sud. Dans cette ville il n'y a ni égouts, ni latrines; toutes les maisons, comme c'est le cas dans les villes agricoles de Castille, ont une cour intérieure, ou une basse-cour, ou un enclos qui est utilisé pour tous les besoins organiques, quand on ne se sert pas de la voie publique, et ce sont uniquement les pluies qui ont le soin de faire le nettoyage, en entraînant et conduisant lesdites

matières aux terres labourables qui reçoivent ainsi un bon engrais, en utilisant aussi, dans ce but, les matières fécales et les immondices accumulés pendant toute l'année dans les enclos et basses-cours des maisons.

Dans la rue centrale qui sépare les deux zones, et dans une maison du côté ou trottoir correspondant à la zone ouest il existait un *puits* que nous appellerons *puits communal*, d'eau potable et abondante, dont s'approvisionnaient tous les habitants de la zone est. Ce *puits*, à ciel ouvert, au milieu d'une cour abandonnée, était construit dans un terrain perméable et n'était pas revêtu de matériaux de construction pour empêcher les infiltrations, mais simplement ouvert dans la terre et revêtu seulement de briques dans sa partie supérieure qui constituait la margelle.

Les habitants de la zone ouest prenaient l'eau potable d'une fontaine située sur la route de Madrid à Tolède, qui limite l'extrémité ouest de la ville; l'eau arrivait à la fontaine par une tuyauterie depuis une source voisine, *élevée* et *bien protégée*, ainsi que le réseau de conduite.

Nous laissons de côté les autres données topographiques qui n'ont pas d'importance au point de vue des déductions épidémiques que nous allons faire.

II

OBSERVATIONS SUR L'ÉPIDÉMIE

Ses diverses origines et modes d'invasion, transport, propagation et transmission. — Avant tout, nous devons faire remarquer que toutes les villes situées sur les bords du Tage (Aranjuez, Tolède et autres moins importantes et plus ou moins voisines de Olias del Rey) étaient fortement envahies par le choléra depuis plusieurs mois, et que *les eaux dudit fleuve Tage étaient positivement contaminées.*

Dans les propriétés du duc de Veragua — Cristobal Colon — situées sur les bords du Tage à une distance de 7 kilomètres de Olias del Rey, nous eûmes à soigner plusieurs cholériques, un mois avant que ladite ville fût envahie après être restée jusqu'alors indemne.

Premier cas. — Le 16 juin 1885, on nous demanda d'aller soigner Mme N. C., âgée de quarante-quatre ans, mariée, demeurant dans l'extrémité nord-ouest de la ville, dans un petit quartier retiré, formé de six ou huit maisons. La femme en question, dont nous étions en train de soigner la fille depuis trois mois environ, n'était pas sortie de la ville et n'avait vu personne jusqu'au jour précédent, où elle alla, en compagnie d'autres voisines, dans les champs moissonnés, dans le but de glaner. Aux champs elles furent surprises par un orage comme il y en eut fréquemment cet été là, et elles furent mouillées. Mme N. C. mangea du pain, des concombres et *but de l'eau à une petite source ou mare, formée peut-être par la pluie.* Elle se sentit malade pendant la nuit, et à huit heures du matin, elle présentait les symptômes suivants :

Emaciation très prononcée (le jour d'avant nous l'avions vue bien portante); les yeux enfoncés, les extrémités froides, la voix éteinte, le pouls petit et fréquent. La malade avait une soif ardente, sa langue blanchâtre était volumineuse, froide et molle. Elle avait des vomissements d'abord verdâtres, puis blanchâtres, une diarrhée, abondante, séreuse, avec des corpuscules blanchâtres en suspension, des crampes, douloureuses, fréquentes, dans les extrémités inférieures. Les urines étaient supprimées.

On ne fit pas d'examen bactériologique, mais le tableau clinique était tellement caractéristique que nous fîmes le diagnostic de choléra.

La malade fut facilement isolée; ses effets (linge et vêtements) furent soumis à l'ébullition et, jusqu'à sa guérison, toutes ses déjections furent détruites par le feu.

Etait-ce le choléra nostras? Etait-ce le choléra morbus? L'ingestion des concombres (qui avaient poussé dans les potagers de la localité) ou l'eau, bue aux champs, doivent-elles être incriminées? Nous ne pouvons rien affirmer d'absolu.

Deuxième cas. — Homme vivant isolé depuis six mois dans les champs. Ce cas est encore plus extraordinaire que le précédent, parce qu'*il prouve que même dans la privation de toute communication, et l'isolement le plus absolu au milieu d'un champ isolé on peut prendre le choléra.*

Le 28 juin (douze jours après le premier cas) et quand nous nous attendions à de nouvelles invasions dans la localité, on vint nous chercher, à notre grande surprise, pour soigner un malade atteint de choléra que, quelques minutes auparavant (les distances ne sont pas grandes dans les petites villes, et on trouve le médecin tout de suite), on venait d'amener à la ville, d'un champ où il demeurait isolé de toute communication.

Ce malade, E. Ch., âgé de soixante ans, journalier, habituellement en très bonne santé, habitait, *depuis six mois*, dans une petite plantation de melons, où, pour toute habitation, il avait une cabane d'osier et de branchages. Le terrain de la plantation était situé à 500 ou 600 mètres du Tage, à 1 ou 2 kilomètres de tout chemin ou sentier, et à 8 ou 9 kilomètres de tout endroit habité. Cet homme, pendant ces six derniers mois, n'avait eu de communication qu'avec sa fille, qui, tout les huit jours, lui apportait des provisions pour la semaine, de Olias del Rey, *qui n'était pas encore envahi par le choléra*, et emportait les melons, pastèques, etc., pour aller les vendre. Cet homme buvait de l'eau de la noria ou puits, simplement ouvert dans le sol pour l'arrosage de la plantation, et dont les eaux pouvaient provenir des infiltrations du Tage, mais se mêlaient avec les eaux de pluie, puisqu'il était à ciel ouvert.

Plusieurs jours après une visite de sa fille, il se sentit pris de vomissements, diarrhée, crampes, etc., et il marcha comme il put (sans que ses douleurs aient cessé), un ou 2 kilomètres, jusqu'à ce que, de loin, voyant des bergers, il leur fit signe de venir à son secours. Ils le transportèrent sur son âne jusqu'à Olias del Rey, dans une maison lui appartenant et située à l'extrémité sud-est de la localité. Arrivé à cinq heures du soir, il mourut à neuf heures avec tous les symptômes du choléra.

Est-ce que cet homme avait bu de l'eau du Tage? Il a affirmé que non. Est-ce que celles du puits venaient du fleuve? Etaient-elles contaminées par les eaux de pluie?

Chacune de ces hypothèses est admissible.

Quoi qu'il en soit, les mesures de désinfection habituelles furent prises après son décès.

Troisième et Quatrième cas. — Nous nous attendions naturellement à de nouveaux cas, chez les membres des familles où s'étaient produits les deux premiers. Il n'en fut rien, ni à ce moment, ni pendant toute l'épidémie.

Le 1er juillet, deux journaliers, F. R. et M. S., arrivèrent, d'une localité voisine, Olias del Rey. Ils étaient âgés respectivement de trente-six et quarante-huit ans et habitaient dans

une des maisons de l'extrémité Est. Ils travaillaient tous les deux à la culture des céréales, dans des terrains situés sur les bords du Tage, *dont ils buvaient les eaux*. Le choléra dans ces 2 cas fut très bénin, et au bout de trois ou quatre jours, ils retournèrent guéris reprendre leurs travaux. Les mesures de désinfection habituelles prises, aucun autre cas ne se présenta dans leur entourage.

III

ÉTABLISSEMENT DE L'ÉPIDÉMIE QUELQUES HEURES APRÈS UN ORAGE, ACCOMPAGNÉ D'UNE PLUIE TORRENTIELLE, QUARANTE CAS DANS LA NUIT SUIVANTE.

Vingt-sept jours se passèrent depuis ces derniers cas sans que nous ayons eu à observer, dans la localité soumise entièrement à nos soins, un seul cas de diarrhée suspecte.

Le 27 juillet, vers six heures du soir, au moment où nous faisions nos visites, nous dûmes nous réfugier chez un de nos malades pendant que tombait une pluie torrentielle qui, précédée d'un orage violent, dura plus de trois quarts d'heure.

Entre onze heures et minuit, le même soir, on nous appela pour de nouveaux malades présentant tous les symptômes caractéristiques du choléra morbus. Le lendemain matin, il y avait quarante cas, dont trois furent suivis de décès dans la même nuit. Nous passâmes vingt nuits consécutives au chevet des malades, car les accès étaient d'une rare intensité et très rapides dans leur évolution.

Ce qui naturellement attira notre attention, c'est que *tous les cas affectaient uniquement les habitants de la zone Est. Un par un, nous avons vérifié que tous les cas de maladie avaient frappé des personnes qui avaient bu, cette nuit-là, de l'eau du puits communal* dont nous avons parlé dans notre description géographique.

Nous avons vérifié la contamination des eaux de pluie recueillies cet après-midi-là et celle des eaux du puits sur lequel les *nuages s'étaient convertis en pluie, laquelle eau de pluie s'était également infiltrée dans le puits par les terrains voisins.*

Les invasions cholériques continuèrent dans les jours suivants, toujours dans la zone Est, et nous avons vérifié, cas par cas, que toutes les personnes attaquées avaient bu de l'eau du puits. Nous étant donc convaincu que les eaux du puits étaient contaminées, ce que nous avons pu vérifier, nous avons conseillé aux autorités de le combler, mesure qui n'a pas été accomplie avec la rapidité désirable, par considération pour les habitants qui, pour aller de ladite zone à la fontaine publique de la zone ouest, avaient à parcourir, chargés des récipients à remplir d'eau, un trajet très long avec deux ou trois côtes assez raides à l'aller et au retour.

Une fois le puits comblé, nous avons observé encore quelques cas (peu nombreux et sans gravité) que nous croyons être d'origine alimentaire, ainsi que nous le verrons plus loin.

* * *

Le choléra est peu ou n'est pas contagieux par le contact avec les malades ou avec les morts. Il se propage peu ou même pas du tout par l'air respiré autour du malade. La preuve en est que, dans une localité aussi petite que celle où nous avons fait nos observations, les parents des malades demeuraient indistinctement dans l'une ou l'autre zone, venaient soigner les malades, passaient le jour et la nuit avec eux, touchaient leurs effets et leur corps et même, ils couchaient avec eux pour les réchauffer, suivant la pratique empirique traditionnelle.

Les morts étaient conduits au cimetière où ils restaient toute la nuit en dépôt, parce que les familles craignaient qu'on ne les enterrât vivants ; des personnes de la famille restaient pour les garder. *Cependant, nous n'avons pas observé un seul cas parmi les habitants de la zone Ouest qui se servaient de l'eau, non contaminée, de la fontaine publique.*

DERNIERS CAS. — Une fois comblé le *puits communal*, l'épidémie baissa rapidement ; mais cependant quelques cas se présentèrent encore, cas que nous attribuons à l'ingestion de légumes et de fruits et spécialement de prunes qui se trouvèrent positivement contaminées, sans que nous ayons pu affirmer si cette contamination était due à *l'eau de pluie ou aux mouches*, ou si les vibrions cholériques étaient contenus à la surface ou aussi à l'intérieur du fruit. Aucune de ces deux hypothèses n'est inadmissible, parce que ces deux véhicules (l'eau de pluie et la mouche) peuvent se déposer à la surface ou pénétrer à l'intérieur, l'eau en alimentant la plante (invraisemblable), et la mouche en l'innoculant avec sa trompe.

Propagation à distance par des prunes ? — Après avoir vérifié ces derniers cas, dans lesquels les malades avaient mangé des prunes contaminées, un Sénateur, propriétaire demeurant à Olias del Rey, nous montra un panier rempli de ce délicieux fruit qu'il envoyait à un de ses grands amis qui a été notre Ambassadeur à Paris, M. Manuel Silvela, qui aimait beaucoup ce fruit-là. « Vous lui envoyez le choléra », lui avons-nous dit. Il sourit avec incrédulité. Deux jours après, les journaux de Madrid faisaient connaître que M. Silvela était malade du choléra, parce qu'en effet il avait mangé, d'après ce que l'on nous a dit, les prunes exquises mais sûrement contaminées. Est-ce que celles-ci ont été pour lui le véhicule du choléra ?

Ce qui est certain, c'est que pendant l'épidémie de 1885 il n'y eut à Madrid que peu de cas.

Voici donc les observations fidèlement recueillies et annotées par nous pendant l'épidémie de choléra à Olias del Rey en 1885. Elles offrent des points de vue nouveaux relatifs à la prophylaxie internationale, même nationale et surtout urbaine.

Elles ont toujours un intérêt d'actualité en raison de l'ubiquité et de la permanence du choléra.

LA MACHOIRE A CLIGNEMENTS

(Jaw-winking-phenomen)

OU MOUVEMENTS INVOLONTAIRES D'ÉLÉVATION PALPÉBRALE ASSOCIÉS AUX MOUVEMENTS DE LA MACHOIRE (1)

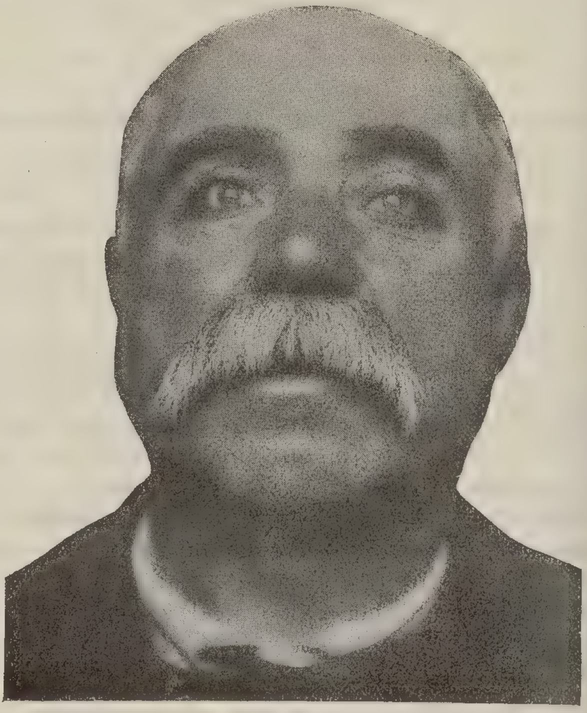
Par MM. René GAULTIER,
Ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris,
et A. BUCQUET,
Externe des hôpitaux de Paris.

Cantonnet, dans une des dernières séances de la Société de neurologie, présentait une observation curieuse de mouvements involontaires d'élévation palpébrale, associés à des mouvements de la mâchoire et passait en revue, à ce propos, les quelques faits actuellement publiés de cette anomalie particulière. Bien que Pontico, dont il inspira la thèse toute récente, ait pu relever dans la littérature médicale une quarantaine de faits semblables, ceux-ci pour la plupart signalés à l'étranger sont peu connus chez nous et dans les bulletins de la Société de Neurologie on ne trouve guère à glaner qu'une observation du docteur Soucques et une du docteur Cantonnet. Le plus grand nombre du reste ont trait à des malades porteurs d'un ptosis congénital. Les cas acquis ne sont encore qu'au nombre de cinq, aussi nous a-t-il semblé qu'il pourrait être intéressant de compléter la demi-douzaine par ce nouveau cas et à ce propos d'en discuter la pathogénie ensore indécise.

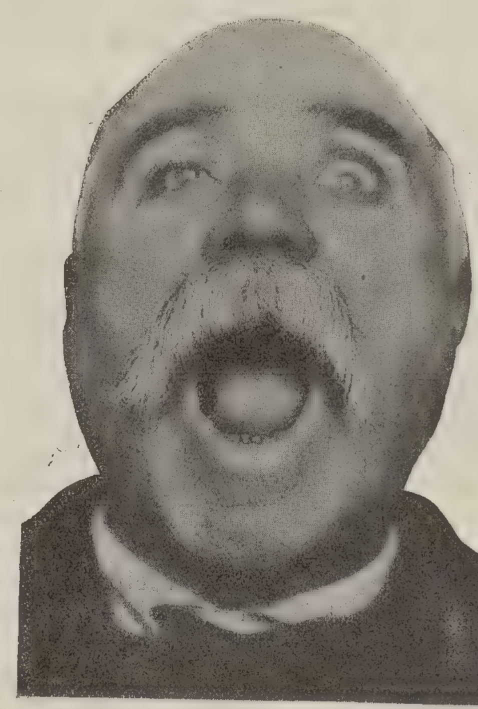
Observation. — P... (Alexandre), originaire du Piémont, cinquante-cinq ans, stationnaire au coin de l'hôpital Broussais, vient le matin du 16 février nous trouver à la consultation parce que, une quinzaine de jours auparavant, un matin en s'éveillant, il s'est senti mal à l'aise, « congestionné », nous dit-il, la moitié de la tête et tout le côté gauche du corps comme « froid ». Tandis que la moitié gauche de la face était, nous dit-il, de teinte violacée, le bras et la jambe gauches gardaient leur teinte normale et restaient blancs. Il se leva tant bien que mal, et un peu chancelant, s'habilla; il avait, nous dit-il, de la peine à se tenir debout, mais il essaya et y parvint, non sans quelque difficulté, de se rendre à son poste. Mal à l'aise et sans appétit il revint déjeuner vers midi, c'est alors que ces enfants en le voyant manger se mirent à rire de lui en constatant la grimace qu'il faisait à chaque fois qu'il ouvrait la bouche; en effet, dès que pour boire ou pour manger il abaissait la mâchoire inférieure, brusquement comme par un déclic la paupière supérieure gauche s'élevait rythmiquement avec violence, montrant tout le blanc de l'œil.

L'après-midi d'autres personnes constatèrent le même phénomène; mais comme le malaise de la matinée s'était dissipé et qu'il pouvait continuer son métier, d'ailleurs peu fatigant, il ne fit pas grande attention à cette grimace disgracieuse et ne vint nous consulter que quinze jours après.

A l'examen du malade le 16 février, la face paraît symétrique et ne présente aucune trace de paralysie dans le domaine du facial; on constate tout de suite au repos une légère chute de la paupière gauche, qu'il peut volontairement relever. Quand on lui commande ou qu'on lui fait exécuter à l'aide des mains l'abaissement de la mâchoire inférieure, il se produit une brusque élévation de la paupière gauche, l'œil reste fixe, se montre saillant, découvrant au-dessus du cristallin une légère bande blanche de cornée, qui donne à la face un aspect réellement comique. Ce phénomène se produit non seulement quand le malade regarde en bas, comme c'est la règle dans la plupart des cas, mais aussi quand il lève la tête ou regarde en haut.



Les mouvements de diduction de la mâchoire produisent le même phénomène que les mouvements d'abaissement. Les mouvements de contraction du masséter et des temporaux le produisent aussi, mais moins nettement.



Le côté droit n'offre rien d'anormal et l'occlusion de l'œil droit n'amène aucun changement au niveau de l'œil gauche. Ce symptôme est pour ainsi dire isolé; car le malade n'offre aucun trouble de la vue; il n'y a aucun autre trouble de la musculature externe de l'œil, aucun trouble non plus de la musculature intrinsèque.

Il n'offre aucun autre trouble nerveux à considérer et les

(1) Communication faite à la Société de neurologie, séance du 6 avril 1911.

phénomènes parétiques qu'il avait eus du côté gauche sont aujourd'hui totalement disparus.

Il n'existe chez ce malade, dont nous avons fait l'examen complet, d'autres phénomènes morbides qu'une sensation de sécheresse de la bouche, du gonflement des gencives, qui marchent de pair avec un certain degré d'amaigrissement et une glycosurie de 12 grammes par litre attirant l'attention sur la possibilité d'un diabète léger, sans autres phénomènes que ceux que nous avons déjà signalés.

Né d'un père alcoolique et d'une mère morte d'un chaud et froid mal soigné, ce malade avait eu dans son pays d'origine, quand il travaillait aux champs, des fièvres palustres; réformé en Italie pour insuffisance de taille il est venu à Paris à vingt-deux ans où il exerça la profession de cocher d'omnibus jusqu'à quarante-huit ans, époque à laquelle il est tombé de son siège par accident et s'est fracturé l'humérus et le radius droit; il a cessé depuis cette époque son métier pour devenir le stationnaire que nous signalions tout à l'heure. Marié à trente-cinq ans, il eut de sa première femme trois enfants, dont un mort en bas âge de diarrhée; deux autres sont bien portants; il se remaria à quarante-cinq ans, sans enfants. Pas de syphilis. Légère imprégnation alcoolique,

Tel est le cas que nous venons d'observer, comment peut-on l'interpréter? Si dans les cas de ptosis congénitaux, qui sont les plus fréquents, les anomalies d'innervation de la paupière supérieure peuvent fournir une explication vraisemblable de ces mouvements associés comme les recherches anatomiques de Pontico semblent le mettre en évidence, en ce qui concerne les ptosis acquis, la démonstration en paraît moins nette.

Cet auteur semble admettre avec Helfreich, Bernhardt et Siennenberg qu'il y a dans les cas de ptosis aigus un déficit dans le noyau du releveur, lequel est compensé par une innervation supplémentaire venant le plus souvent du noyau du masticateur, accessoirement du facial ou même du glosso-pharyngien; c'est qu'en effet ces mouvements involontaires de la paupière supérieure peuvent se montrer soit :

1° A l'occasion de mouvements dépendant de l'innervation du trijumeau, mouvements d'abaissement direct de la mâchoire (ventre antérieur du digastrique, muscle mylohyoïdien) ou mouvements de diduction du côté opposé, muscle ptérygoïdien externe, cas le plus habituel;

2° A l'occasion de mouvements dépendant de l'innervation du facial, mouvements d'ouverture des parties molles de la bouche, sans abaissement de la mâchoire (muscle facial des lèvres), mouvements du gonflement des joues (muscle buccinateur), rares cas de Habbel et de Mock;

3° A l'occasion de mouvements dépendant de l'innervation du glosso-pharyngien, mouvements de déglutition, tels ceux rapportés par Meyer à la Société d'ophtalmologie.

Dans tous ces cas, l'explication donnée par la plupart des auteurs paraît, comme nous le disons plus haut, des plus faciles à comprendre, si l'on admet qu'il s'agit d'un déficit du releveur dans le noyau d'origine de la troisième partie et que le filet du releveur provient en totalité du noyau du masticateur du facial ou du glosso-pharyngien.

Pour les cas acquis comme le nôtre cette hypothèse est insuffisante. Il est impossible d'admettre une innervation préétablie, qui ne rend nullement compte des phénomènes observés, c'est-à-dire de l'apparition des phénomènes au moment seul où s'est produit le ptosis.

Il nous semble qu'il est plus légitime d'admettre qu'il n'y a là comme le prétendent du reste certains auteurs, que l'exagération des mouvements associés existant normalement entre les divers muscles en cause et apparaissant à l'occasion d'un affaiblissement des muscles antagonistes. Chez notre malade, en effet, il paraît nettement y avoir eu un certain degré d'hypotonie de tout le côté gauche, et le facial, au sortir du trou stylo-mastoïdien, apparaît à l'heure actuelle (examen rapide pratiqué par le docteur Bonniot) encore plus excitable du côté gauche que du côté droit; et alors, si nous admettons que normalement il y a des mouvements associés d'élévation de la paupière supérieure et d'abaissement de la mâchoire inférieure, comme on peut le vérifier chez un grand nombre de sujets normaux, on peut penser que chez notre malade, chez lequel au repos la paupière tombe légèrement, la lutte entre le releveur et l'orbiculaire devient inégale au cours de ce mouvement associé du fait de l'hypotonie musculaire de ce côté, et partant entraîne l'exagération du mouvement normal.

Cette hypothèse nous l'avons discutée avec le docteur Bonnier qui a bien voulu examiner le malade et elle me paraît des plus vraisemblables; elle trouve une explication logique dans l'étude clinique du malade et partant me semble digne d'être retenue.

Au reste si on analyse un cas publié par Cantonnet en 1909, on retrouve une pathogénie semblable, bien que cet auteur ne la mette pas en évidence. Il s'agit d'un garçon de vingt-quatre ans qui étant soldat eut à trois reprises des étourdissements (?), l'obligeant à se cramponner aux objets voisins; après sept à huit mois, il présente brusquement le lendemain de l'avulsion d'une dent une chute très marquée de la paupière gauche, de la diplopie et peut-être de la paralysie faciale gauche, car il dit avoir eu la bouche fortement déviée à droite. En même temps que ces divers troubles paralytiques, apparurent des mouvements associés de la paupière paralysée qui, bien qu'incapable de s'élever sous l'influence de la volonté, s'élevait cependant quand il écartait la mâchoire pour manger; ici encore on voit l'action prédominante des mouvements associés, en raison de la faiblesse des mouvements antagonistes, particulièrement de l'orbiculaire des paupières.

Si la *pathogénie* est discutable, l'*étiologie* des différents cas publiés n'apparaît point non plus des plus nettes; en effet, si on a pu remarquer aisément, en colligeant les observations de Quénu, d'Adamuck, de Bule, d'Helfreich, de Meyer, de Sainclair qui fait en 1895 une étude détaillée de la question, de Bernhardt en Allemagne, de Marbaix en Belgique, de Sym en Angleterre, de Mesco en Italie, de Cantonnet, Soucques et Pontico en France, que le sexe masculin y semble plus prédisposé, qu'il s'agit le plus souvent d'un trouble unilatéral plus fréquent à gauche qu'à droite, le ptosis congénital le plus habituellement, le ptosis acquis quelquefois sont néces-

saires à l'extériorisation du phénomène, la cause première semble devoir être différente ; chez notre malade on peut se demander si les phénomènes parétiques ne sont pas sous la dépendance du diabète reconnu et partant susceptibles de guérison. C'est qu'en effet le *pronostic* dans ces phénomènes associés paradoxaux est le plus souvent le pronostic d'une infirmité chronique, incurable toujours dans les cas de ptosis congénital ; dans les cas de ptosis aigus, s'ils peuvent rétrocéder, peut-être dans notre cas, si le diabète est en cause, un *traitement* dirigé dans ce sens pourrait en amener la rétrocession comme cela s'est produit déjà dans deux cas de Frenckel et Kraus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1911)

Du sort des matières colorantes dans l'organisme animal. — MM. P. SISLEY et Ch. PORCHER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1911)

Les écueils de la cure d'amaigrissement. — M. Maurice DE FLEURY montre qu'un premier écueil de la cure d'amaigrissement est le réveil possible d'une tuberculose latente à la suite d'une cure trop vivement conduite ou mal surveillée. Aussi une bonne cure d'amaigrissement doit-elle être précédée d'une enquête minutieuse et d'une auscultation soigneuse. Elle ne comporte pas seulement la fonte de la graisse, mais encore la réfection de la force nerveuse, la restitution des muscles et toute une orientation nouvelle de la nutrition.

Un second écueil de la cure, est de ne pas donner de résultats durables. Les malades, quelques jours après l'abandon du régime, qui ne peut-être qu'un régime transitoire, se remettent à engraisser. Il faut donc se préoccuper d'apporter à la nutrition des modifications durables et aussi de faire adopter un régime qui puisse, sans de trop dures privations, devenir le régime habituel de l'obèse guéri.

Valeur thérapeutique médicale de l'allyl-sulfo-urée (Thiosinamine). — M. Louis RÉNON expose les résultats de son expérience personnelle de l'allyl-sulfo-urée portant depuis sept ans sur près de 200 malades.

La solubilité de l'allyl-sulfo-urée française dans l'eau est de 5 à 6 p. 100.

Son action dissolvante sur les cicatrices expérimentales du lapin, du cobaye et du chien est très douteuse.

Elle provoque, chez l'homme, un léger abaissement du nombre des hématies et une augmentation du simple au double du nombre des leucocytes.

Dans les affections sclérosantes cérébro-médullaires et au cours des paraplégies spasmodiques, l'allyl-sulfo-urée détermine parfois une diminution de la contracture ; elle amène une sédation de la douleur chez quelques tabétiques.

Elle arrête parfois le rhumatisme chronique dans son évolution progressive.

Dans l'emphysème pulmonaire, dans les scléroses pulmonaires et pleurales, elle diminue assez sensiblement la dyspnée.

Dans les affections cardio-vasculaires, son action est très variable. On n'obtient aucun résultat dans les maladies mitrales. Dans l'aortite chronique, dans le rétrécissement et dans l'insuffisance aortiques, on n'observe aucune modification des signes stéthoscopiques, mais on améliore souvent la dyspnée. Il en est de même dans la symphyse cardiaque avec ou sans médiastinite.

Dans l'artério-sclérose, on note assez souvent une diminution de la céphalalgie et de la dyspnée. La tension artérielle ne s'abaisse que très lentement et après un emploi prolongé de l'allyl-sulfo-urée.

Celle-ci est contre-indiquée chez les tuberculeux.

A la dose de 6, 8 et 10 centigrammes par jour, en injections ou en ingestion, l'allyl-sulfo-urée ne provoque pas d'accidents. Sans donner les brillants résultats annoncés par quelques auteurs, il s'agit là d'une médication secondaire pouvant rendre certains services en thérapeutique.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Matignon (de Bordeaux) ; en deuxième ligne, M. Brault (d'Alger) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Blanquinque (de Laon), Hédon (de Montpellier), Laguesse (de Lille) et Surmond (de Marseille).

Après cinq tours de scrutin, M. Blanquinque (de Laon) a été élu par 30 suffrages sur 42 votants, et M. Laguesse (de Lille), par 32 suffrages sur 42 votants.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Etude clinique de l'hypo-alimentation chez les nourrissons. (Prosper MERKLEN. *La clinique infantile*, 15 janvier 1911.) — Le facteur étiologique le plus fréquent de l'hypo-alimentation est l'*insuffisance* de la *sécrétion lactée* ; indépendamment de l'amaigrissement et de la courbe évolutive du poids, l'hypo-alimentation donne lieu à un ensemble symptomatique qu'il est indispensable de bien connaître :

1° L'hypo-alimenté *crie* et *s'agite* ; il crie surtout lorsqu'on l'enlève du sein, il crie également pendant son sommeil qui n'est jamais profond ni calme ;

2° Les troubles digestifs sont très importants ; parmi ceux-ci il faut spécialement signaler la *constipation*, ou au contraire des crises d'*entérite*, qui se compliquent souvent de *vomissements* ;

3° L'*oligurie* est un fait assez constant, mais peut cependant faire défaut ;

4° L'enfant tète *lentement* et en plusieurs temps.

Souvent hypotrophiques à des degrés variables, les enfants insuffisamment nourris sont *grognons*, *tristes*, *inquiets*. Méconnue, cette hypo-alimentation aboutit bientôt à l'*inanition*.

L'auteur conclut de la manière suivante : « En tout état de cause, plusieurs moyens permettent le diagnostic ferme et immédiat d'hypo-alimentation : prendre le poids actuel de l'enfant et le comparer au poids moyen des bébés de même âge, regarder si les seins de la mère sécrètent du lait et si ce lait a bien l'apparence du lait normal, faire téter le nourrisson et voir comment il se comporte devant le sein, établir la contre-épreuve en lui mettant un biberon dans la bouche, ou en le confiant, pendant quelques instants, à une bonne nourrice.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Méthode physiologique d'implantation de l'uretère ou du cholédoque dans l'intestin. (R. C. COFFEY. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVI, n° 6, 11 février 1911, pp. 397-404.) — Au cours d'études expérimentales sur la résection du pan-

créas faites par lui depuis plusieurs années, Coffey remarqua qu'après l'implantation directe du cholédoque dans l'intestin, le canal, deux ou trois semaines après l'opération, était dilaté jusqu'à atteindre la grosseur d'un doigt, ou même davantage et que la bile était maintenue stagnante à son intérieur par suite de la pression intestinale. Le cholédoque se dilate d'abord, puis sa couche musculaire s'hypertrophie pour lutter contre cette stagnation qui crée un état de choses très défavorable pour l'avenir de la fonction hépatique.

Ceci amena Coffey à chercher une méthode reproduisant l'abouchement oblique avec valve muqueuse qui est la disposition naturelle pour empêcher le reflux. Voici celle à laquelle il s'arrêta. Le cholédoque est mis à nu et lié avec un fil de lin ou de soie, puis coupé au-dessus de la ligature. Les lèvres de l'incision sont saisies avec de fines pinces et une des parois du canal est fendue sur une certaine longueur. Puis un fil est passé à travers la partie fendue, à peu près au milieu de sa longueur et la moitié distale est liée comme on lie un sac de hernie, le fil est laissé long et sert comme fil de traction. Une aiguille est enfilée sur chacune de ses extrémités. Une incision, intéressant péritoine et musculeuse seulement sur trois ou quatre centimètres de longueur, est faite au point choisi sur l'intestin. Des points non perforants à la Lambert sont passés de chaque côté de l'incision et non noués. Les fils sont tous relevés au-dessus du manche d'un bistouri qui sert temporairement de soutien, de telle sorte que chaque fil forme une arche allongée verticalement. Alors une petite incision est faite dans la muqueuse à un bout de l'incision, le cholédoque est attiré au-dessous des sutures à la Lambert non nouées, et fixé aux lèvres de l'incision muqueuse à l'aide des aiguilles enfilées sur les fils de traction. Puis les points à la Lambert sont noués : ainsi est formé au-dessus du canal un trajet très analogue au trajet oblique d'une gastrostomie suivant le procédé de Witzel. Coffey s'est assuré que cette embouchure était parfaitement étanche. Il n'y a pas de reflux, et la disposition se rapproche énormément de la disposition normale. La même technique est intégralement applicable à l'uretère. Elle est beaucoup plus simple que les autres et Coffey a démontré expérimentalement qu'elle met à l'abri de l'infection ascendante.

F. GARDNER.

Influence du climat marin, de l'altitude et de la campagne sur l'évolution de la tuberculose osseuse. (H. MAYET. *La pédiatrie pratique*, 5 sept. 1910.) — Cet article est en quelque sorte le résumé d'une récente discussion qui s'est discutée pendant près de deux mois à la Societé des chirurgiens de Paris, à propos des exagérations sur le rôle curatif de certains climats sur la tuberculose, en particulier sur la tuberculose osseuse ; pendant longtemps, il parut admis sans conteste que toute tuberculose osseuse nécessitait, d'une manière absolue, *un séjour extrêmement prolongé*, aux bords de la mer. Sans nier l'utile effet du coup de fouet donné à l'organisme par l'air marin, l'auteur démontre que ce coup de fouet ne se fait plus sentir au bout de deux mois environ ; il se produit alors une *réelle accoutumance*, qui cesse de procurer au malade les bénéfices retirés pendant la première période.

Il ne faut donc pas voir dans le climat marin, pas plus que dans la campagne, la panacée ultime et définitive. On peut même, *à la ville*, soigner une tuberculose osseuse ; ce qu'il faut alors réaliser, c'est une bonne aération du jour et de la nuit, aération qui, bien comprise et bien conduite, peut donner les meilleurs résultats. Et de telles conclusions sont consolantes pour les déshérités qui ne peuvent s'offrir des séjours coûteux à la campagne et à la mer, auxquels le médecin, pénétré de ces nouvelles idées, fera comprendre la possibilité de cette aération simple, jour et nuit, à domicile, ou auxquels il ne prescrira qu'un séjour de six semaines à deux mois à la mer ou à la campagne, séjour très suffisant ponr provoquer le coup de fouet utile à la guérison.

L. BABONNEIX.

Occlusion des grosses artères au moyen de bandes métalliques amovibles pour déterminer la suffisance de la circulation collatérale. (Rudolph MATAS, CARROLL et W. ALLEN. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVI, n° 4, 28 janv. 1911.) — La chose la plus importante de toute la chirurgie vasculaire est la détermination de l'état de la circulation collatérale avant l'occlusion d'un gros tronc artériel. Reprenant et développant une idée déjà appliquée par Halsted (de Baltimore), Matas a étudié pendant plusieurs années l'effet de l'occlusion temporaire des artères, au moyen des bandes métalliques enroulées autour de l'artère. Il s'est arrêté définitivement à des bandes d'aluminium, à peu près aussi larges que le diamètre de l'artère et assez épaisses pour pouvoir exercer le degré de compression désiré sans aucun appareil de fixation, une fois qu'elles ont été moulées autour de l'artère. Les bandes sont coupées à une longueur suffisante pour pouvoir avoir une extrémité contournée en crochet aplati, comme une aiguille de Deschamps. Ce crochet est insinué entre la paroi de l'artère et sa gaine. On aplatit la bande jusqu'à ce que le pouls périphérique disparaisse, en faisant attention de ne pas traumatiser l'artère en quoi que ce soit. S'il devient nécessaire d'enlever la bande, cela est très facile. La méthode a été étudiée expérimentalement longuement, et quinze fois appliquée chez l'homme avec des résultats satisfaisants. Il est possible de maintenir la bande en place trois ou quatre jours avant que l'endartérite oblitérante commence. Après soixante-douze heures, il n'y a jamais de lésions macroscopiques ; après quatre-vingt-seize, il y en a parfois. Ceci est un avantage marqué sur la ligature, même temporaire, qui en cause toujours, quel que soit le soin avec lequel on la serre. De plus, la ligature n'est pas aussi facile à enlever qu'une bande. Matas a pu voir lui-même, chez l'homme une restitutio ad integrum complète dans un cas où la compression de la carotide primitive avait amené des phénomènes menaçants.

Les quinze cas d'application chez l'homme se répartissent comme suit : huit cas de Matas, carotide primitive et sous-clavière droites pour anévrisme innominé, trois fois ; carotide primitive droite ou gauche comme préliminaire à une extirpation de tumeur, quatre fois ; carotides interne et externe, pour anévrisme, une fois ; carotide primitive pour anévrisme, une fois ; sept autres fois par différents chirurgiens sur les mêmes artères, pour les mêmes indications.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

La pilocarpine dans le traitement de la diphtérie. (*Crónica medica*, 10 février 1911, n° 525.) — L'indication bibliographique ci-dessus n'a trait qu'à une analyse d'un travail du docteur Fernández Piñeiro paru dans la *Revista de Especialidades Medicas*. L'auteur se défend de vouloir déprécier en quoi que ce soit la méthode sérothérapique, laquelle demeure le procédé de choix ; malheureusement, et surtout en clientèle rurale, il est des cas où il est impossible de l'appliquer en temps opportun. Il est donc nécessaire d'avoir d'autres agents à sa disposition ; or, la pilocarpine, qui fut déjà employée il y a longtemps par Roger dans le même but, provoquerait la chute des fausses membranes beaucoup plus rapidement que le sérum.

La formule à utiliser est la suivante :

Nitrate de pilocarpine.........	0g05
Eau distillée	25 grammes

Un quart de seringue de Pravaz, chargée avec cette solution, représente *un demi-milligramme* de substance active. C'est cette dose que l'on injectera au début, et dans les cas graves on pourra atteindre *trois milligrammes* répartis sur les vingt-quatre heures. Il faut tenir compte de l'âge de l'enfant et de l'état du cœur afin d'éviter le collapsus.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

LES ÉTUDES RÉCENTES SUR LE SÉRUM SANGUIN DES GOUTTEUX

M. Falkenstein vient de communiquer à la Société de médecine berlinoise (séance du 15 février 1911) les conclusions de recherches qu'il a poursuivies sur le sérum sanguin des goutteux. Il a constaté que le sérum sanguin des goutteux, prélevé au cours d'une attaque de goutte, se comporte vis-à-vis de l'acide urique de la même façon qu'un sérum d'infecté vis-à-vis de l'agent infectant; autrement dit, en présence d'acide urique, le sérum des goutteux fixe le complément, ce que ne fait pas le sérum de l'homme normal.

M. Falkenstein a même pu obtenir expérimentalement le même résultat. En faisant à des animaux des injections intra-péritonéales d'acide urique, à la dose de 50 centigrammes, il a vu qu'après une série d'injections le sérum sanguin de l'animal acquérait la propriété de fixer le complément en présence d'acide urique.

On peut en conclure que l'acide urique provoque la formation d'anticorps spécifiques, et se comporte par conséquent de la même façon que les toxines d'origine microbienne, que certains poisons végétaux et que beaucoup de substances pathogènes.

Ces constatations établissent irréfutablement que la rétention d'acide urique dans le sang est bien la cause première de la goutte. Elles confirment donc l'importance capitale qu'il y a, dans le traitement de la goutte, à assurer l'élimination de l'acide urique. Elles démontrent la supériorité de cette médication solubilisatrice sur les médications symptomatiques; ces dernières ne calment la douleur qu'aux dépens de la santé générale du malade. Falkenstein a du reste constaté l'absence de la réaction de fixation du complément chez un homme habitué à prendre des préparations de ce genre. C'est le seul goutteux qui ait fait exception à la règle. Cela démontre clairement que les médications symptomatiques peuvent peut-être enlever momentanément la douleur, mais nuisent à la guérison naturelle du mal. Au contraire, les médicaments antigoutteux qui agissent en aidant à la solubilisation de l'acide urique facilitent la « natura medicatrix ». Parmi elles, le meilleur solubilisant de l'acide urique est la pipérazine puisqu'elle en dissout 92 p. 100 dans des conditions où le biborate de soude n'en dissout que 40 p. 100, le citrate de lithine et le carbonate de soude 20 p. 100, le citrate de potasse et le bicarbonate de soude 8 p. 100. Le meilleur mode d'administration de la pipérazine est la forme granulée effervescente, ou Pipérazine Midy, forme qui remédie à la déliquescence du médicament et en rend l'assimilation facile, grâce à l'acide carbonique naissant. On donnera journellement de une à trois cuillerées à café de Pipérazine Midy dans les états chroniques et de trois à six dans les crises aiguës.

A. M.

LIVRES NOUVEAUX

Traité pratique de pathologie exotique (1), par MM. Grall et Clarac. Fascic. II : « Parapaludisme et fièvres des pays chauds. »

Le premier fascicule du *Traité de pathologie exotique* était consacré à l'étude du paludisme; le deuxième, qui vient de paraître, concerne le parapaludisme et les fièvres des pays chauds.

On y remarque, tout d'abord, une remarquable étude de M. Gougim, sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique, dont l'étiologie et la pathogénie ont été jusqu'ici l'objet de si nombreuses discussions. Après un chapitre sur la fièvre à vomissements noirs, M. Grall expose les accidents nerveux du paludisme, puis les fièvres climatiques. D'intéressantes pages sont écrites sur l'insolation, la Fick Fever, le typhus récurrent, puis le kala-azar (Lebeuf). Ce volume se termine par une question d'actualité, la fièvre de Malte, dont le domaine s'accroît et vient s'étendre actuellement sur notre territoire.

Les matières traitées dans ce volume présentent le plus haut intérêt, leur exposé en a été confié à des savants dont la compétence n'est pas à discuter; les descriptions qu'ils ont faites sont vécues. Aussi la lecture n'en est que plus attachante; souhaitons à cette nouvelle collection le succès qu'elle mérite.

C. DOPTER.

(1) In-8. Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

DÉFINITION. — La phlegmatia alba dolens, est *la phlébite oblitérante, non suppurée, des gros troncs veineux* des membres : son siège le plus fréquent est le membre inférieur, elle peut néanmoins s'observer au membre supérieur, mais beaucoup plus rarement.

ÉTIOLOGIE. — La cause vraiment déterminante de la phlegmatia, étant, nous le verrons plus loin, l'INFECTION, il s'ensuit que l'étiologie de cette affection se résume en l'énumération des différents états morbides plus spécialement susceptibles de réaliser un état infectieux prolongé.

Nous allons rapidement énumérer ces causes, en retenant, dès le début de cette question, l'origine infectieuse de la phlegmatia, nous nous contenterons ensuite de rappeler brièvement les différentes théories successivement invoquées pour en expliquer la pathogénie; puis nous étudierons en détail les lésions anatomiques qui en constituent le substratum : il nous restera enfin à en préciser les signes cliniques, le diagnostic, la valeur pronostique et à indiquer le traitement.

Il est classique de diviser les phlegmatia, en plusieurs catégories.

a. Obstétricales. — La plus fréquente des phlegmatia est incontestablement la phlegmatia qui succède soit à un accouchement, soit à un avortement; elle s'observe surtout du côté gauche en raison des déchirures plus fréquentes du col à gauche, et d'un état variqueux plus accusé des veines de ce côté : un état variqueux antérieur prédispose d'ailleurs incontestablement à la phlegmatia, il existerait même une véritable *hérédité veineuse* (phlébites familiales, de Hirtz et Hannequin).

b. Chirurgicales. — Elles succèdent à des opérations portant sur le petit bassin; elles s'observent encore pendant l'évolution des maladies des organes pelviens, comme, par exemple, dans les kystes de l'ovaire, dans les tumeurs du ligament large, etc.

c. Médicales. — Il peut s'agir d'*affections aiguës* ou d'*affections chroniques* : parmi les affections aiguës, les plus souvent en cause sont la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la diphtérie, la grippe, etc., parmi les affections chroniques, il faut surtout retenir le cancer et la tuberculose, les états cachectiques consécutifs à la lente évolution de la syphilis, du paludisme, d'une affection cardiaque, d'une suppuration prolongée : enfin il est des états diathésiques (chlorose, goutte, etc.) au cours desquels il est

fréquent de voir apparaître une phlegmatia dont la pathogénie prête encore à discussion. Signalons enfin la *réalisation expérimentale* de la phlegmatia, soit à l'aide de produits toxiques (venins de serpent), soit à l'aide de cultures microbiennes, très atténuées.

PATHOGÉNIE. — 1° **Théorie de Cruveilhier.** — Cruveilhier, dès 1834, invoque l'INFLAMMATION PRIMITIVE DE L'ENDOTHÉLIUM pour expliquer la production du caillot à l'intérieur de la veine.

2° **Théorie mécanique et chimique.**— Plus tard Virchow formule la théorie de la *thrombose*, et, suivi dans cette voie par Lancereaux et Vogel, il pose les lois mécaniques de la stase veineuse et de la thrombose cachectique. Pour ces auteurs les causes qui prédisposeraient à la thrombose seraient : *a.* le *ralentissement du cours du sang* résultant à la fois et de l'insuffisance de l'énergie cardiaque et de la *disposition des nids valvulaires* qui permettraient la stagnation du sang en des points morts de la circulation ; *b.* les *modifications de l'état du sang*, consistant en augmentation de la quantité de fibrine (hyperinose) et en coagulabilité exagérée (inopexie), qualités concordant avec un abaissement de la densité du plasma sanguin. L'état de la veine, dans cette théorie, n'interviendrait que très secondairement, pour faciliter tout simplement l'arrêt des globules blancs, au point où se développera le thrombus : c'est donc par la combinaison d'un double processus *mécanique* et *chimique*, que l'on explique le mode de production de la phlébite.

3° **Théorie infectieuse.** — Plus tard, on s'attache à mieux pénétrer encore ce processus de coagulation ; Hayem fait intervenir, comme jouant un rôle actif dans la formation du thrombus, les hématoblastes, les plaquettes sanguines; puis Renaud, Troisier démontrent que la lésion de l'endoveine est primitive et nécessaire, ce qui constituait un retour à la théorie primitive de Cruveilhier, retour que les travaux de Widal, Vaquez, Chantemesse, devaient encore accentuer en montrant le rôle capital joué par l'infection dans la production de la phlegmatia; la lésion infectieuse microbienne de la veine est *primitive* et *précède le caillot*, elle répond à la phase pré-oblitérante de la phlegmatia : les micro-organismes agissent d'abord sur l'endothélium où ils provoquent des modifications qui permettront, ultérieurement, le développement du caillot.

L'origine infectieuse a été démontrée pour la presque totalité des phlegmatias. Il en est encore, néanmoins, un certain nombre, au sujet desquelles la preuve absolue de cette nature infectieuse n'a pas été faite ; c'est ainsi que l'on invoque, sans preuve définitive, la tuberculose dans la phlegmatia de la chlorose, une infection secondaire atténuée dans la phlegmatia des cancéreux; enfin, en ce qui concerne la phlébite des goutteux, des artério-scléreux, il semble bien que l'on puisse faire appel à une autre théorie.

4° **Théorie toxique.** — Etant donnée l'analogie des processus microbiens et toxiques, il est vraisemblable d'admettre que les substances toxiques sont capables d'exercer une action pathogène sur la paroi vasculaire veineuse ; ainsi s'expliqueraient la phlébite goutteuse relevant de l'uricémie, la phlegmatia des artério-scléreux, des saturnins, la phlegmatia qui succède à l'inoculation du venin de serpent, ce groupe constituant les phlegmatias dites constitutionnelles.

Il existerait même, enfin, pour quelques auteurs, des *phlébites aseptiques ;* elles s'observeraient à la suite d'un traumatisme ayant déterminé une lésion de l'endoveine capable de permettre, ultérieurement, le développement d'un caillot; mais peut-être, dans ce cas, le processus ne reste-t-il pas toujours aseptique, le traumatisme déterminant, au contraire, la localisation, sur l'endoveine, de germes infectieux charriés dans le sang.

Rappelons, en terminant, les communications récentes de Wright et de Chantemesse sur l'action *anticoagulante* du citrate de soude et *coagulante* du chlorure de calcium, actions opposées dont on peut juger les effets au cours du traitement de la phlegmatia et qui peuvent permettre de laisser entrevoir un rôle actif, joué par ces substances, dans certaines conditions, dans le processus de coagulation.

En résumé, dans l'immense majorité des cas, c'est l'infection qui est à l'origine de la phlébite, plus exceptionnellement il s'agit d'une action purement toxique, mais toujours, et dans tous les cas, c'est la *lésion de la paroi veineuse qui est le fait primitif*, la coagulation du sang n'étant qu'un phénomène secondaire. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 49. — SAMEDI 29 AVRIL 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1911. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Voisin, 18; Agasse-Lafont, 14 1/2; Faure-Beaulieu, 14.

Prochaine séance, samedi 29 avril, à huit heures et demie du matin, à Beaujon.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Mocquot, 17; Français, 13; Desmarest, 15.

Prochaine séance, lundi 1er mai, à cinq heures, à Beaujon.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 26 avril 1911, sont désignés pour le corps de débarquement de Casablanca (service) :

Médecins-majors de première classe. — MM. Fournial, Vielle et Lanne.

Médecin-major de deuxième classe. — M. Pignet, pour le service de bactériologie du corps de débarquement.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Morisson, Barberousse, Hornus, Chatain, Bertein, Delahousse, Lacoste, Langlois et Péré.

Sont désignés pour les hôpitaux de la division d'Oran (service) :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Folly, Gueytat, Bénard, Poirée et Michel.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bories, Meslin, Moner, Servent, de Brisson de Laroche.

Sont désignés (service) :

Médecin-major de deuxième classe. — M. Gorisse, pour le 9e d'inf.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Ferry, pour le 8e chass. à pied.

— Par décision ministérielle du 24 avril 1911 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Debrie est nommé directeur du service de santé des troupes débarquées à Casablanca (service); Hassler est nommé directeur du service de santé du 9e corps d'armée (service).

Médecin principal de deuxième classe. — M. Bernard passe au corps de débarquement de Casablanca (service).

— Par décision ministérielle du 24 avril 1911, M. le médecin aide-major de première classe Briend, du 4e spahis, a été mis à la disposition du département des affaires étrangères pour être employé à la 1re compagnie de police marocaine (Oudjda).

MARINE. — Par décision ministérielle du 25 avril 1911, M. le médecin principal Chastang a été désigné pour être chargé, par intérim et jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, de l'enseignement de la séméiologie et de la petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort, en remplacement de M. le docteur Bartet, qui a terminé la période quinquennale d'enseignement.

— Par décision du 25 avril 1911, le ministre a fixé comme suit le nombre d'élèves à admettre en 1911 à l'école principale du service de santé de la marine :

Ligne médicale : 44 élèves dont 30 pour les troupes coloniales et 14 pour la marine.

Ligne pharmaceutique : 3 élèves pour les troupes coloniales.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Dimanche 30 avril 1911, à neuf heures et demie du matin, aura lieu à la Faculté de médecine une assemblée générale extraordinaire pour la revision des statuts généraux. Le même jour, à deux heures, aura lieu la cinquante-deuxième assemblée générale annuelle.

Ordre du jour. — 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière assemblée générale.

2° Allocution de M. L. Lereboullet, président.

3° Rapport de M. Darras, trésorier général, sur la situation financière de l'association générale à la fin de l'exercice 1910-1911.

4° Rapport de la Commission de vérification des comptes (MM. Blainquinque et Jules Magnin, ce dernier rapporteur) sur la gestion financière du trésorier pendant l'exercice 1910-1911.

5° Approbation des comptes de l'exercice 1909-1910.

6° Compte-rendu de M. G. Lepage, secrétaire général, sur les actes et la situation de l'association générale pendant l'exercice 1910-1911, sur les questions soumises à l'examen des sociétés locales et sur les vœux présentés par elles.

7° Election de trois vice-présidents, en remplacement de MM. Bucquoy, Gross et Léon Labbé, démissionnaires; du secrétaire général, en remplacement de M. Lepage, démissionnaire ; des deux secrétaires des séances, en remplacement de MM. Laugier et de Massary, démissionnaires; de l'archiviste, en remplacement de M. Périer, démissionnaire et de dix membres du Conseil général (7 parisiens et 3 provinciaux.)

8° Rapport de M. Coudray sur les pensions viagères et les

augmentations de pensions demandées à l'assemblée générale; discussion et vote des propositions.

9° Election de la Commission chargée de l'examen des demandes de pensions viagères en 1911.

10° Vote de la subvention à allouer à la Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français.

11° Projet de création par l'assemblée générale d'une caisse spéciale d'assurance-décès. (A propos du vœu des Alpes-Maritimes.) M. G. Lepage, rapporteur.

12° Projet de Société de secours mutuels pour femmes de médecins. M. G. Lepage, rapporteur.

13° Relèvement des honoraires des expertises médico-légales (vœu de l'Aveyron). M. Lande, rapporteur.

14° Retraite de droit (vœux de la Drôme-Ardèche, de la Sarthe, de la Côte-d'Or et de la Haute-Garonne). M. A. Gassot, rapporteur.

15° Les médecins de colonisation (vœu des Landes). M. Zipfel, rapporteur.

16° Les fiches sanitaires scolaires (vœu de la Seine-Inférieure). M. G. Lepage, rapporteur.

17° Projet d'une nouvelle convention de l'Association générale avec la Mutualité familiale du corps médical français.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 1er mai au 8 juillet 1911, dix-septième cours, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, André Broca, Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle, Claude.

Le cours aura lieu, du lundi 1er mai au samedi 8 juillet 1911, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, soit le matin, soit l'après-midi, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

PROGRAMME ET RÉPARTITION DES COURS. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale.

M. Bar. Syphilis et grossesse.

M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma.

M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

MM. André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse.

M. Hudelo. Gale. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis.

M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée.

M. Gastou. *Maladies parasitaires du cuir chevelu :* Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve; farcin. Actinomycose. Purpura.

M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis.

M. Milian. Histologie de la peau normale. *Syphilis tertiaire :* Syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. *Parasyphilis :* Neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. *Laboratoire :* Bacilles de la lèpre, de la tuberculose; bacille du chancre mou; treponema pallidum, examen ultra-microscopique.

M. Terrien. Syphilis oculaire.

M. Lacapère. Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire.

M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. Zona. *Laboratoire :* Sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde.

M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phthiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes.

M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus.

M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses.

M. Touchard. Sclérodermie. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose.

M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

M. Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique.

M. Claude. Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année; le premier en mai, juin et juillet; le second, en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, à la clinique (hôpital Saint-Louis).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie, en Corse et aux Echelles du Levant, ou vice-versa.* — Carnets individuels ou collectifs, 1re, 2e et 3e classes, délivrés pour voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux métropolitains, départementaux (réseau de la Corse), algériens et tunisiens, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache), par la Société générale de transports maritimes à vapeur, par la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet et Cie) ou par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens, tunisiens ou corses.

Minimum de parcours sur les réseaux métropolitains : 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes ou de la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet) et par ceux de l'une quelconque des trois autres compagnies de navigation.

Validité : 90 jours; 120 jours, lorsque les carnets comprennent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier, par le docteur Th. SIMON, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés; ex-médecin assistant du service de l'admission à l'asile clinique (Sainte-Anne). « A l'usage des chefs d'établissements publics et privés, internes d'asile, surveillants, infirmiers, gardes-malades, parents. » In-12, de 406 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier. E. Bougault, successeur.

L'Anaphylaxie, par Ch. RICHET, professeur à la Faculté de médecine de Paris. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA SYPHILIS LINGUALE (2)

Par M. Gaston SEGUINOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Syphilis quaternaire. — La leucoplasie. — Définition. — Décrite autrefois par Bazin, Debove, Mauriac, sous le nom de psoriasis buccal, la leucoplasie linguale est caractérisée par des taches blanchâtres, nacrées, accompagnées d'induration superficielle, et occupant une surface plus ou moins étendue de la langue. C'est une affection qui peut avoir des conséquences redoutables en devenant l'origine d'un cancer. D'après Fournier, Lacapère, il faut distinguer, de la leucoplasie, certaines lésions scléreuses décrites sous le nom de plaques des fumeurs. Plaque des fumeurs et leucoplasie ne sont pas synonymes, comme le croient de nombreux médecins.

Étiologie. — *Relations de la leucoplasie avec la syphilis.* — Il y a une quinzaine d'années, les rapports de la syphilis et de la leucoplasie étaient rarement admis. On décrivait des psoriasis arthritiques, nicotiniques, dentaires, réservant une faible place au psoriasis syphilitique. Puis, grâce aux recherches de Fournier, Landouzy, Gaucher, Sergent, Lacapère, presque tout le monde admet que la leucoplasie est constamment syphilitique, bien que le traitement ait peu d'action sur elle. C'est une lésion parasyphilitique.

Preuves de l'origine syphilitique de la leucoplasie. — 1. Dans les antécédents des malades atteints de leucoplasie, on trouve la syphilis dans 80 p. 100 des cas, d'après Fournier et Barthélemy.

2. Comme l'a montré Milian, au Congrès de Lisbonne (1906), il y a similitude d'évolution de la syphilis linguale, lente, tenace, et de la leucoplasie.

3. Les ulcérations qui surviennent dans certains cas de leucoplasies, considérées comme idiopathiques, sont des ulcérations syphilitiques, guérissant par le traitement mercuriel.

4. Enfin, l'histologie montre, dans le derme, les lésions classiques de la sclérose syphilitique.

Donc, dans les cas où on ne retrouve pas la syphilis, on ne doit pas moins considérer la leucoplasie comme syphilitique, car on peut avoir affaire, soit à une *syphilis héréditaire*, soit à une *syphilis latente d'origine conceptionnelle*, soit enfin à une *syphilis méconnue*.

Causes prédisposantes. — Toutes les causes d'irritation de la muqueuse linguale favorisent la leucoplasie, d'où le rôle important du tabac, de l'alcool, des mets épicés. De plus, comme l'ont remarqué Vidal, Debove, Bazin, il est évident que la leucoplasie a de la prédilection pour les arthritiques, ce qui s'explique par ce fait que les arthritiques font plutôt des syphilis scléreuses que des syphilis gommeuses.

Anatomie pathologique. — Il y a, d'une part, *kératinisation de l'épithélium lingual*, avec hypertrophie de la couche de Malpighi, développement d'une assise de cellules chargées d'éléidine et modification du protoplasma de la cellule du corps muqueux qui est devenu trouble, d'aspect laiteux, ce qui explique la blancheur de la leucoplasie (Milian). Gaucher et Sergent ont montré qu'on trouvait, dans l'épithélium, au début de la lésion, des globes épidermiques, ce qui explique la tendance de toute leucoplasie à évoluer vers l'épithélioma. Pilliet et Riche, Marfan et Perrin ont insisté sur la structure papillomateuse de certaines plaques, de sorte qu'avec Gaucher et Sergent on peut dire que « la leucoplasie est histologiquement un papillome corné, et cela dès son stade initial ».

Il y a, d'autre part, *sclérose sous-jacente de la zone papillaire*. Pour Gaucher, cette sclérose est secondaire à la lésion épithéliale. Pour Darier, au contraire, elle est primitive, car « le processus syphilitique a pour caractéristique de débuter par les vaisseaux sanguins et les formations conjonctives, pour n'atteindre que secondairement les éléments épithéliaux ».

Symptomatologie. — *Début.* — La leucoplasie débute presque toujours à une période tardive de la syphilis et peut coïncider avec des accidents tertiaires en évolution. Elle peut aussi survenir au cours de la période secondaire, et, pour Lacapère, le fait est plus fréquent qu'on ne pense. Il y a transformation, in situ, de plaques muqueuses récidivantes irritées par le tabac. Il se forme une cicatrice fibreuse, hypertrophique, qui n'est autre chose qu'une plaque de leucoplasie. Le début est indolent; bien rarement il y a peu de sensibilité qui attire l'attention; le plus souvent le malade ne vient consulter que quand la lésion est ancienne.

Dans une *première période*, la plaque leucoplasique est constituée par un îlot d'aspect blanc nacré, parfois un peu grisâtre, nettement circonscrit par des bords réguliers, et dur au toucher. Il peut y avoir une desquamation abondante (desquamation en copeaux de Fournier), mais, une fois enlevées, les plaques blanches se reproduisent rapidement. Plusieurs îlots se réunissent pour former le large placard leucoplasique.

Variétés de la plaque leucoplasique. — Tantôt ce sont deux bandes allongées, existant de chaque côté du sillon médian de la langue. Tantôt ce sont des placards plus ou moins étendus, revêtant la langue d'une sorte de carapace. Tantôt la surface est parfaitement lisse, de couleur opaline; tantôt elle est grenue, irrégulière.

La leucoplasie peut siéger sur des cicatrices rétractées, au niveau des bords de la langue, prenant alors la forme d'étoiles, d'H, ou même la forme quadrillée, cette dernière s'observant surtout à la face interne des joues. Enfin, on peut observer la *leucoplasie mamelonnée* de Milian, qui relève tou-

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 46, p. 697.

jours de la glossite scléro-gommeuse. Dans cette dernière forme, sur des bosselures de la muqueuse, existent des petites tumeurs papillomateuses qui se fissurent rapidement et se transforment en épithélioma.

Deuxième période. — A cette période survient l'atrophie de l'épithélium kératinisé, en même temps que la sclérose gagne en profondeur. La plaque blanche nacrée devient une plaque lisse, fibreuse, dure. Ces plaques fibreuses présentent des fissures, des ulcérations douloureuses. A côté des lésions ulcéreuses connues (fissures, ulcère syphilitique, cancéreux), existe une quatrième variété d'ulcération, récemment décrite par Gauthier, sous le nom d'*ulcère leucoplasique.* C'est une ulcération plane, à fond lisse, circonscrite par un sillon caractéristique. Son évolution est bénigne, mais chronique.

D'autres fois, sur la plaque primitive, se développent des végétations papillomateuses, dures, cornées, qui ne tardent pas à se fissurer. C'est la variété papillomateuse. Ces excroissances coniques sont rudes au toucher et donnent « l'impression rugueuse et sèche de la langue de chat » (Besnier). Pour Gaucher, ces végétations sont de nature bénigne et peuvent le rester. Pour Besnier, Doyon, Darier, c'est déjà du cancer, et il faut intervenir de suite.

Troisième période. — Période de transformation cancéreuse. — Elle est fréquente, mais non constante. Pour Vidal, elle se produirait dans la moitié des cas; pour Fournier, dans le tiers; pour Barthélemy et Darier, dans le dixième des cas. C'est cette période qu'il importe de reconnaître le plus rapidement possible.

Anatomiquement, les cellules cornées se transforment par places en globes épidermiques caractéristiques, soit brusquement, soit après une phase irritative intermédiaire, sous l'influence du tabac le plus souvent.

Cliniquement, la transformation épithéliomateuse débute de deux façons :

Ou bien elle se développe aux dépens d'une ulcération qui devient persistante, indurée, douloureuse, saignant au moindre contact.

Ou bien les végétations de la variété papillomateuse se fissurent, deviennent rosées, saignantes; l'induration de la base devient cartilagineuse, en même temps qu'apparaît l'engorgement ganglionnaire.

Enfin, à côté de cette dégénérescence cancéreuse, existe une néoplasie spéciale décrite, par Reclus, sous le nom d'*épithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques.* C'est une petite tumeur indolente, surélevée, non ulcérée, siégeant au centre d'une plaque leucoplasique. Elle repose sur une base dure et ne s'accompagne pas de ganglions. Au point de vue histologique, c'est un cancer épithélial à globes cornés, évoluant d'une façon bénigne; l'intervention limitée n'est pas suivie de récidive.

Pronostic. — La possibilité de cette transformation maligne rend donc le pronostic de la leucoplasie réservé, d'autant plus, si on a affaire à des fumeurs ou à des alcooliques. En pratique, toute plaque de leucoplasie doit être tenue pour suspecte.

Hérédo-syphilis linguale. — On peut observer, chez les hérédo-syphilitiques, des plaques muqueuses, des accidents tertiaires, surtout sous la forme de syphilis linguale scléro-gommeuse. Enfin la syphilis héréditaire quaternaire se manifeste à la langue, d'après Gaucher, par deux affections : la leucoplasie et la glossite exfoliatrice marginée.

Glossite exfoliatrice marginée. — Elle est considérée comme une lésion syphilitique par Parrot, Fournier, Gaucher; pour Sabouraud, elle ne semble avoir rien de commun avec la syphilis acquise ou héréditaire. Observée chez l'enfant, elle se présente sous forme de plaques desquamées, à contours polycycliques, à bords festonnés, formant un liséré grisâtre, simulant une carte de géographie, d'où le nom de langue géographique donné par Archambaud. Ces plaques changent d'aspect d'un jour à l'autre. C'est une maladie longue, mais très bénigne.

II

PRONOSTIC

Syphilis et cancer. — Le pronostic général de la syphilis linguale doit être réservé, car, actuellement, on peut affirmer que l'influence de la syphilis sur le développement du cancer est considérable. Après les travaux de Verneuil et Ozenne sur l'hybridité cancéro-syphilitique, l'action prédisposante de la syphilis sur le cancer fut discutée attentivement par Fournier, Mauriac, Brault, Barthélemy, Audry. Il semble démontré actuellement que l'influence de la syphilis peut s'exercer de trois façons : ou le cancer suit la leucoplasie, c'est le cas le plus fréquent, comme l'a montré Fournier à l'Académie de médecine (1906), et le fait se produit surtout chez les fumeurs, le cancer de la langue étant un cancer syphilo-nicotique.

Ou le cancer se développe sur des lésions syphilitiques, gommeuses, scléreuses, en activité ou cicatrisées, comme Letulle en a cité de nombreux cas.

Ou la syphilis agit comme cause générale. Comme Horand le fait remarquer « la syphilis agit en favorisant la sclérose, celle-ci appelant elle-même le cancer ».

III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, souvent délicat, doit être fait à toutes les périodes de l'affection. Donc, il faudra d'abord distinguer entre elles les différentes formes de la syphilis et, enfin, les différencier des nombreuses affections qui peuvent les simuler.

Reconnaître d'abord à quelle période de la syphilis on a affaire. — *Le chancre*, par son induration, son unicité, son indolence et son adénopathie se distinguera des *syphilides ulcéreuses secondaires*, qui sont superficielles, multiples, siégeant à la fois sur la langue et la face interne des joues — des *ulcérations tertiaires*, qui sont plus excavées, à fond bourbillonneux et qui ne s'accompagnent pas d'adénite —

de la *glossite à forme scléreuse*, dont l'induration est plus profonde et dont l'évolution est plus chronique, sans adénopathie, à moins d'infection secondaire.

Les plaques muqueuses seront distinguées :

Des *érosions leucoplasiques* qui leur ressemblent beaucoup, mais qui coexistent avec des placards de leucoplasie et ont une allure plus inflammatoire.

Des *ulcérations tertiaires* qui sont moins nombreuses, plus creuses, indurées.

La glossite scléreuse devra être différenciée de la *leucoplasie*. Dans les deux cas, il y a sclérose. Le diagnostic repose : sur l'aspect blanc, nacré, de la leucoplasie et sur ce fait que la leucoplasie reste superficielle et ne bossèle pas la langue comme la glossite scléreuse. D'ailleurs, il peut y avoir association des deux affections.

On a donc déterminé à quelle période de la syphilis on est susceptible de se trouver ; il s'agit alors de différencier la lésion des affections qui peuvent la simuler. C'est vraiment là le diagnostic important, car du diagnostic découle le traitement.

Le chancre. — Dans sa *forme érosive*, on évitera de prendre le chancre soit pour de l'*herpès*, soit pour de l'*hydroa*, soit enfin pour de l'*aphte*.

Ces affections que nous étudierons plus loin, s'en distinguent par trois caractères fondamentaux : la multiplicité des éléments ; l'absence d'induration et d'adénopathie. Le diagnostic peut être délicat quand il s'agit d'un herpès solitaire, induré à la suite de cautérisations, d'où le précepte absolu de ne jamais cautériser une ulcération avant que le diagnostic n'ait été posé. L'évolution fera faire le diagnostic.

Dans sa *forme ulcéreuse*, le chancre sera à distinguer de nombreuses affections :

Le chancre mou. — Bien que très rare, il existe cependant à la langue et Gaucher a montré combien était faux l'aphorisme de Ricord : « Pas de chancres mous au-dessus du diaphragme. » C'est un ulcère simple, suppurant franchement, non induré, guérissant à la suite d'un simple traitement local. L'examen microscopique fait reconnaître la présence du bacille de Ducrey.

L'ulcération traumatique (celle de la coqueluche, par exemple). — Elle est irrégulière, non indurée, sans adénite. Ce sont les chancres du frein qui donnent le plus souvent lieu à ces erreurs.

L'ulcération dentaire. — Elle siège sur les bords de la langue, vis-à-vis d'une dent plus ou moins cariée. C'est une ulcération à fond à peine bourgeonnant, sans induration, le plus souvent. Quand l'induration existe, elle est superficielle. L'avulsion de la dent amène la guérison rapide.

L'ulcération tuberculeuse. — Elle coïncide fréquemment avec des ulcérations semblables de la face interne des joues. Elle survient chez des tuberculeux avérés. C'est une ulcération étalée en surface, de contour irrégulier. Ses bords sont indurés ; il n'y a pas d'induration sous-jacente. Son fond est recouvert de détritus caséeux ou de petits grains opaques ressemblant à du sagou mal cuit (Besnier). Enfin, elle est entourée d'un semis de grains jaunâtres de la grosseur d'un grain de millet, constituant les points jaunes de Trélat ou les nodules de Féréol et n'étant que des tubercules miliaires en évolution. Elle est de plus très douloureuse et ne s'accompagne pas d'adénopathie (à moins qu'il n'existe une adénite bacillaire concomitante). L'examen microscopique, les cultures et les inoculations font faire le diagnostic.

L'épithélioma. — C'est la grande lésion qui simule la syphilis et que nous étudierons plus loin. Il survient à un âge plus avancé que le chancre. Sa surface est irrégulière, bourgeonnante, tandis que celle du chancre est lisse. Il saigne facilement et est plus douloureux.

L'ulcère actinomycosique. — Il s'observe chez les cultivateurs, siège rarement à la pointe. Il n'est le plus souvent différencié que par l'examen microscopique de ses grains jaunes.

Pour toutes ces affections, l'évolution fait faire le diagnostic, car le chancre guérit au bout de quatre à huit semaines, époque à laquelle surviennent les accidents secondaires qui enlèvent tout doute.

Diagnostic des accidents secondaires. — Le diagnostic peut être très difficile, car les plaques muqueuses n'ont pas de caractères pathognomoniques.

Plaques muqueuses érosives. — Les affections qui peuvent les simuler sont :

Les érosions banales, d'origine inflammatoire, qui peuvent prendre un caractère éminemment syphiloïde. Elles résultent, le plus souvent, d'un abus du tabac ; elles ont une forme moins régulière que les plaques muqueuses. Leur coloration est plus rouge et leur durée est moindre.

L'herpès buccal et notamment *l'herpès récidivant buccal*. — Au stade vésiculeux de l'herpès, le diagnostic est facile, mais les vésicules se rompent rapidement et sont suivies d'érosions. Celles-ci sont petites, plates, isolées ou confluentes. Elles sont entourées d'une collerette blanchâtre. Elles se distinguent des plaques muqueuses par l'intensité des douleurs, leur petitesse, leur contour polycyclique et la fréquence des récidives qui se produisent à la suite d'irritations buccales. Enfin, en exprimant les érosions herpétiques on en fait sourdre de la sérosité. (Signe de l'expression du suc de Leloir.) Le diagnostic est d'autant plus délicat que l'herpès récidivant apparaît 95 fois sur 100 chez des syphilitiques.

L'hydroa buccal vésiculeux de Bazin. — C'est l'affection qui simule le mieux la plaque muqueuse, c'est son véritable « sosie ». Elle évolue en 3 stades : érythémateux, vésiculeux, érosif. C'est après leur rupture que les bulles de l'hydroa prennent un aspect syphiloïde. L'hydroa se distinguera par sa coloration rouge vif, par la brusquerie d'apparition et surtout par la coexistence d'hydroa cutané, constitué par des bulles claires siégeant au niveau des articulations. Souvent, cependant, le diagnostic est impossible et il faut attendre l'évolution des lésions.

Les aphtes. — Ils se distinguent des syphilides par leur aspect en cupule, par leur coloration jaune beurre frais, par leur liseré rouge, enfin par la douleur qu'ils déterminent. De plus leur éruption est accompagnée de fièvre et d'embarras gastrique.

Les éruptions médicamenteuses, et en particulier celles provoquées par l'antipyrine, se distinguent par ce fait que les lésions sont peu nombreuses et de grandes dimensions, par leur aspect érythémateux, par la tendance rapide à la guérison et enfin par l'étiologie.

Les érosions mercurielles coïncident avec des érosions de la face interne des joues; elles sont mal limitées, rouges et coexistent avec les autres signes de la stomatite mercurielle.

Les plaques muqueuses ulcéreuses, par leur multiplicité, leur évolution, leur superficialité seront facilement distinguées des ulcérations dentaires, tuberculeuses, leucoplasiques, mercurielles, dont nous avons étudié les caractères.

Enfin, les *syphilides sèches* ne seront pas confondues avec la glossite exfoliatrice marginée, qui s'en distingue par son liseré grisâtre, en carte de géographie, par la mobilité des lésions et enfin par le manque d'influence du mercure.

Diagnostic des accidents tertiaires. — Deux cas peuvent se présenter :

Premier cas. — La syphilis se présente sous forme d'une *tumeur* , il s'agit le plus souvent d'une gomme non ulcérée.

La gomme tuberculeuse. — Elle simule à s'y méprendre la gomme syphilitique. Elle survient chez des tuberculeux anciens. Elle a une évolution plus lente que la gomme syphilitique. Le diagnostic ne se fait le plus souvent que par la ponction et l'examen du pus.

De même, c'est l'examen microscopique des produits fournis par la ponction qui fera faire le diagnostic avec l'*actinomycose au début*, qui se présente sous forme d'une petite tumeur arrondie, ramollie, avec la *sporotrichose*, dont un cas a été signalé par Brodier et Gastou. Il y a dans ce cas coexistence de gommes cutanées et l'examen du pus, couleur café au lait, fait constater la présence du sporotrichum Beurmanni, avec le *kyste hydatique* et le *kyste du canal de Bochdalek* qui sont exceptionnels.

Le diagnostic sera plus difficile à faire avec :

Le lipome, qui est une tumeur lisse, lobulée, jaunâtre, ne disparaissant pas par le traitement.

Le sarcome interstitiel, qui est exceptionnel, mais qui simule la syphilis, de sorte que seule l'épreuve thérapeutique fait faire le diagnostic.

Deuxième cas. — La syphilis est devenue *ulcéreuse*, soit qu'il s'agisse de syphilis gommeuse, soit qu'il s'agisse de syphilis scléreuse ulcérée. Trois gros diagnostics sont à faire :

L'*ulcération dentaire* et l'*ulcération tuberculeuse* se distinguent assez facilement des ulcérations syphilitiques qui sont plus profondes, à bords entaillés à pic et qui guérissent par l'épreuve thérapeutique.

Le diagnostic capital est à faire avec l'*épithélioma*, car de la rapidité de l'intervention dépend l'existence du malade. Tous les auteurs et principalement Fournier ont insisté sur ce diagnostic :

Le *cancer* est une maladie de l'âge mûr.

Le *syphilome* survient à tout âge.

Le *cancer* peut siéger partout, même à la face inférieure de la langue.

Les *syphilides tertiaires* ne se produisent jamais à la face inférieure.

Le *cancer* est toujours unique, unilatéral, « azygos », disait Ricord.

Les *lésions syphilitiques* sont presque toujours multiples.

L'*ulcération cancéreuse* est anfractueuse, à bords éversés, fongueux : son fond présente des bourgeons durs, saignant au moindre contact. Elle repose sur une base d'une dureté cartilagineuse.

L'*ulcération syphilitique* est à bords taillés à pic, à fond jaunâtre, bourbillonneux. La base n'offre pas la dureté cartilagineuse du cancer.

L'*épithélioma* saigne au moindre contact, sécrète un liquide ichoreux, fétide.

La *lésion syphilitique* saigne rarement et sécrète peu.

Le *cancer* forme une tumeur circonscrite.

La *syphilis* s'étale en surface.

Dans le *cancer*, la douleur est intense, spontanée, irradiée dans l'oreille.

Dans la *syphilis*, la douleur est moins vive, non spontanée, sans irradiations.

La gêne de la langue est plus accentuée dans le cancer que dans la syphilis.

Dans le *cancer*, l'adénopathie est constante; les ganglions peuvent se ramollir, s'ulcérer et devenir de véritables champignons cancéreux.

Dans la *syphilis*, l'adénite manque, sauf dans de rares cas où se surajoutent des infections secondaires.

Dans le *cancer*, l'état général est plus mauvais que dans la syphilis.

Mais à côté des cas où l'analyse clinique permet un diagnostic certain, il en est d'autres où l'examen minutieux ne permet pas de conclure et où il faut avoir recours aux procédés de laboratoire et à l'épreuve thérapeutique, qui devra être courte, car l'iodure joue un rôle néfaste dans l'évolution du cancer.

Diagnostic de la leucoplasie. — Elle est susceptible d'être confondue avec deux affections :

Le lichen plan buccal. — Il apparaît sous forme de traînées blanchâtres, grisâtres, arborescentes. Vu à la loupe on voit qu'il est constitué par de petits éléments juxtaposés, de la grosseur d'une tête d'épingle. Enfin il coïncide le plus souvent avec du lichen cutané.

La plaque des fumeurs. — Elle sera plus difficilement diagnostiquée. D'ailleurs, pour Landouzy, elle constituerait une leucoplasie atténuée et d'origine syphilitique.

La plaque des fumeurs est grisâtre, superficielle, tandis que la leucoplasie est blanc nacré. Elle est localisée aux bords de la langue et coexiste avec les plaques commissuraires, décrites par Fournier. On pourra faire l'épreuve du traitement qui agit sur les leucoplasies jeunes, mais qui n'a aucune influence sur la plaque des fumeurs.

Enfin, surtout, il faudra différencier la leucoplasie du cancer et reconnaître à temps, pour intervenir, la transformation épithéliomateuse du placard leucoplasique. Nous avons insisté plus haut sur cette transformation.

On voit donc par cet aperçu que la syphilis linguale peut simuler de nombreuses affections. Le plus souvent, la clinique suffit à faire le diagnostic, mais quelquefois elle est insuffisante, aussi faut-il s'adresser au laboratoire.

Procédés de laboratoire.— RECHERCHE DU SPIROCHÆTE PALLIDA DE SCHAUDINN-HOFFMANN. — On le recherchera soit sur frottis traité par le giemsa, soit à l'ultramicroscope. Il se présente sous forme d'un filament fin, avec des tours de spire plus ou moins nombreux. On évitera de le confondre avec certains spirilles.

On le trouve à peu près régulièrement dans le chancre et dans les syphilides secondaires. Il est beaucoup plus rare dans les lésions tertiaires.

RÉACTION DE WASSERMANN. — Quand elle est positive, elle indique nettement la syphilis. Quand elle est négative, elle ne permet pas d'exclure la syphilis.

BIOPSIE. — C'est encore le meilleur moyen de diagnostic, bien que Gaucher la considère comme dangereuse, car « elle déterminerait des poussées terribles de prolifération du cancer ». Letulle, Darier ont insisté sur l'importance de la biopsie dans le diagnostic des affections de la langue et la considèrent « comme un devoir du médecin vis-à-vis du malade ». Il faut enlever un fragment de langue assez profond, cubique de préférence, avec une portion suffisante de muqueuse saine pour étudier la zone d'envahissement.

L'examen microscopique fait voir alors d'une façon certaine si l'on a affaire à une lésion syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse, et c'est alors qu'on peut instituer un traitement sûr.

IV

TRAITEMENT

Pour le **chancre**, on instituera de suite le traitement général de la syphilis et on le traitera localement par des bains locaux fréquents à l'eau bouillie. On le touchera tous les deux jours avec une solution de nitrate d'argent au 1/10.

Pour les **plaques muqueuses**, on supprimera toutes les causes d'irritation (dents, tabac) on les touchera avec la solution de nitrate d'argent; dans les cas rebelles, après badigeonnage à la cocaïne, on fera un attouchement avec du nitrate acide de mercure.

Pour la **glossite scléreuse**, il faudra instituer de bonne heure un traitement mixte à haute dose ; il faudra faire surtout des injections de calomel préconisées par Fournier qui disait que le calomel est le remède spécifique de la syphilis linguale.

Les érosions et les fissures seront touchées au nitrate d'argent.

Pour la **glossite gommeuse**, on donnera l'iodure à haute dose et on prescrira des gargarismes fréquents. Les ulcères seront cautérisés tous les trois ou quatre jours.

Enfin la **leucoplasie linguale** sera justiciable d'un traitement uniquement mercuriel qui restera le plus souvent sans effet. On touchera les plaques leucoplasiques au bichromate de potasse. Enfin quand la transformatian épithéliomateuse débutera, il faudra avoir recours, sans retard, à l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY. Syphilis et cancer de la bouche, *Bull. de la Soc. de dermat.*, juillet 1904.

ALLEY. Leukoplakia of the tongue, *New-York Dermat.*, 1904.

BARTHÉLEMY. Leucoplasie syphilitique, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1903.

ANDRÉ. *Syphilis extragénitale*, Th. de Paris, 1895-1896.

BUZENET. *Le Chancre de la bouche*, Th. de Paris, 1858.

CARIVENC. *Chancre syphilitique de la langue*, Th. de Paris, 1905.

CAVAZZANI. Chancres extragénitaux, *Riforma med.*, 1891.

CESTAN. L'épithélioma leucoplasique de la langue, *Arch. gén. de méd.*, 1897.

CHEVASSU. Leucoplasie et cancer, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1902.

BARTHÉLEMY et JACQUES. Leucoplasie. Syphilis. Cancer, *Congrès de méd.*, Paris 1900.

DECRÉQUY. Chancre syphilitique de la langue, *Revue de stomatol.*, Paris 1907.

BIDERVELL. A case of congenital syph. of the tongue, *West. London med. Journ.*, 1906.

BARUES. Leucoplasia, *Dental Chicago*, 1904.

CHARAYRON. *Contribution à l'étude des glossites tertiaires syphilitiques*, Th. de Paris, 1877.

BARLOW. Gumma of tongue in hereditary syphilis, *Trans. path. Soc. London*, 1880.

BILLROTH. Syphilome linguæ, *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1868.

CROCQ. Chancre lingual, *Presse méd. belge*, 1880.

DUHOT. Un cas de glossite syphilitique parenchymateuse apparue à la période secondaire, *Presse méd. belge*, Bruxelles 1906.

DIEULAFOY. La grosse gomme solitaire, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1903 ; — *Manuel de pathologie interne*, 15ᵉ édition.

BROCQ. *Dermatologie pratique.*

DANLOS et BLANC. Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1907.

BORD. Chancre syphilitique nain de la langue, *Ann. de dermat.*, 1906.

GARRIC. *Epoque d'apparition, forme et répartition des syphilides secondaires consécutives au chancre extragénital*, Paris 1907.

FARÉ. Leucoplasie buccale et son traitement, *Ann. méd.-chir. du Centre*, 1903.

GAUCHER. Trois cas de glossite exfoliatrice marginée, *La Syphilis*, 1905; — Gomme de la langue, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1904; — Nature et traitement de la leucoplasie, *Congrès de dermat.*, Paris 1900; — Chancre de la langue, *Journ. de méd. de Paris*, 1909; — Manifestations quaternaires de l'hérédo-syphilis, *Méd. mod.*, Paris 1907; — Glossite marginée et hérédo-syphilis, *La Syphilis*, 1903; — *Chancre et syphilides*, 1907.

GAUCHER et BARBE. Leucoplasie linguale d'origine parasyphilitique conceptionnelle, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1901.

GAUCHER et SERGENT. Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, juillet 1900.

GASTOU et TRÉMOLIÈRES. Leucoplasie linguale syphilitique,

transformations épithéliomateuses sans signes de cancer, *La Syphilis*, 1903.
HALLOPEAU. Herpès intrabuccal chez un syphilitique, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1908.
EMERY. *Diagnostic des plaques muqueuses de la bouche*, 1906.
GAUCHER et GIROUX. Hérédo-syphilis tertiaire, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1908.
GAUCHER et DRUELLE. Chancres mous de la langue, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1909.
GAILHARD. *Etude clinique sur la glossite tertiaire*, Paris 1880.
HUGONNEAU. *Etude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique*, Paris 1876.
HALLOPEAU. Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithélioma, *Bull. de la Soc. de dermat.*, Paris 1890.
Gaston COURANDON. La contagion par les verres à boire, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1909.
FOURNIER. *Traité de la syphilis*; — Affections tertiaires de la langue, *Gaz. hebd. de Paris*, 1874; — Des glossites tertiaires, *France méd.*, Paris 1876; — Lésions syphilitiques tertiaires de la langue, *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 1876; — Diagnostic du cancer et des syphilis tertiaires de la langue, *Sem. méd.*, 1882; — Manifestations linguales de la syphilis, *Union méd.*, 1890; — Herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques, *Sem. méd.*, 1887; — *Les Chancres extragénitaux*; — Syphilis et tabac comme facteurs étiologiques du cancer de la langue, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1906; — Glossite syphilo-épithéliomateuse phagédénique, *Ann. de dermat.*, 1899; — Glossite syphilo-épithéliomateuse, *Ann. de dermat.*, Paris 1898; — Syphilides ou parasyphilides leucoplasiformes de la bouche, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1899; — *La Syphilis secondaire tardive*.
Edmond FOURNIER. *Les Chancres extragénitaux*.
JEANSELME. Des chancres extragénitaux, *Gaz. des hôpit.*, 1906; — Syphilis extragénitale, *Journ. des prat.*, 1909.
FERRAND. Diagnostic des leukokératoses buccales, *Presse méd.*, Paris 1907.
LACAPÈRE. Diagnostic de la leucoplasie, *Ann. des mal. vénériennes*, 1909.
LEGG. Multiple gumma of the tongue, *Med. Press.*, London 1906.
FILORÉTOPOULO. Contribution à l'étude des leucoplasies buccales et de leur traitement, *Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1905.
JOHNSON. The oral manifestations of syph., *Dental Cosmos*, Philadelphie 1908.
MERKLEN. Hérédo-syphilis linguale précoce, *Ann. de dermat.*, Paris 1908.
LACAPÈRE. La leucoplasie, *Arch. gén. de méd.*, 1905.
HORAND. *Syphilis et cancer*, Th. de Lyon, 1907.
MAURIAC. Des glossopathies pendant les premières phases de la syphilis, *France méd.*, Paris 1882; — Description clinique des glossopathies syphilitiques tertiaires, *Sem. méd. de Paris*, 1888.
MONTGOMÉRY. Leucoplasia, *Med. Times*, San Francisco 1903.
MILIAN. La leucoplasie, *Gaz. des hôpit.*, 1906.
SERGENT. La leucoplasie bucco-linguale, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1909.
MORILLON. *De la Syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire*, Th. de Paris, 1907.
RYALL. Syphilis of the tongue and cancer, *Clin. Journ.*, London 1907.
DE RIBIER. Les leucoplasies bucco-linguales non syphilitiques, *Centre méd.*, 1907-1908.
TRAPENARD. *Rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis*, Th. de Paris, 1905.
LETULLE. La biopsie dans les affections de la langue, *Presse méd.*, 1909.
DARRICARURE. *Epithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques*, Th. de Paris, 1909.
RECLUS. Epithélioma leucoplasique en surface, *Journ. des prat.*, 1909.
SERGENT. La leucoplasie bucco-linguale. Sa valeur séméiologique, *Journ. des prat.*, 1909.
RICORD. Des affections syphilitiques de la langue, *Union méd.*, 1874.
VERNEUIL. Glossite syphilitique. Diagnostic différentiel avec le cancer. Un cas d'hybridité morbide, *Praticien*, 1880.
WECHSELBAUM. Chancre lingual, *Berl. dermat. Gesell.*, 1904.

IIIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

[*Paris, 18-20 avril 1911*] (1)

Syringomyélie. — La nature de la syringomyélie échappe, assurément, aux limites et à la forme conventionnelles d'un rapport à un Congrès : le choix de ce sujet apparaît donc comme une épreuve imposée à la virtuosité des rapporteurs. — En effet, suivant que la tumeur spinale est de telle ou telle nature, l'évolution, la forme, la durée de la maladie varient; suivant que la cavité creusée par cette tumeur occupe tel ou tel étage de la moelle, les symptômes changent de siège; suivant que la lésion désorganise les cornes postérieures ou les cornes antérieures, il survient de la thermo-cryoanesthésie ou des troubles trophiques; suivant qu'elle altère les cordons latéraux ou les cordons postérieurs, on observe des états spasmodiques ou ataxiques. Cela permet d'admettre la coexistence de la syringomyélie avec le tabes ou la paraplégie spasmodique, avec l'atrophie musculaire Aran-Duchenne, etc., et, plus généralement, de faire défiler dans le cadre de la syringomyélie toute la séméiologie des maladies de la moelle. — C'est pourquoi M. KOUINDJY (de Paris) a dû verser, dans le rapport cinésithérapique dont il s'était chargé, toutes ses connaissances sur l'emploi du massage, de la mobilisation, et de la rééducation, dans la pathologie du système nerveux et les déviations de la colonne vertébrale. — M. DELHERM (de Paris), en insistant sur la thermo-anesthésie, qui est un symptôme si fréquent de la syringomyélie, rappelle la fréquence des brûlures par le courant galvanique, et insiste sur la nécessité d'une surveillance étroite des malades. Il distingue, avec raison, les accidents dus à des destructions irrémédiables de la moelle, des accidents dus à des compressions ou à des lésions de voisinage. Cette distinction se fait par l'électrodiagnostic, et l'on peut ainsi, d'avance, préciser quels résultats doivent être espérés, et quels sont ceux qu'il est inutile de rechercher. — Mais l'intérêt de la question est dans la radiothérapie, dont les effets ont été signalés, pour la première fois, par Delherm et Oberthur, et dont l'étude est apportée au Congrès par M. DUHAIN (de Lille). Les rayons X, les émanations radioactives, agissent sur les tissus de néoformation et semblent pouvoir arrê-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 22 avril 1911.

ter l'évolution de la tumeur gliomateuse qui est, dans la majorité des cas, la cause de la syringomyélie. Peut-être aussi ces courants stimulent-ils la réparation de la substance nerveuse. En tout cas, ils constituent, pour l'instant, le seul espoir de la thérapeutique pathogénique de la syringomyélie.

La thérapeutique symptomatique, résumée par MM. Delherm et Kouindjy, est celle des atrophies musculaires (massage, galvanisation, faradisation), des contractures (mobilisation), de l'ataxie (exercice méthodique) et, à cet égard, rien de spécial n'est particulièrement applicable à la syringomyélie. — En présence de cette complexité de symptômes et d'applications thérapeutiques, on ne peut qu'approuver M. Danjou (de Nice), qui estime que de semblables malades ne peuvent être confiés qu'à des spécialistes instruits des affections du système nerveux.

Sciatique. — Le traitement de la sciatique a suscité, dans ces dernières années, trop de publications pour qu'un observateur impartial n'en conclue pas qu'il s'agit là d'une affection fréquente, tenace et récidivante. Les succès qu'apportent MM. Morlet (d'Anvers) et Delherm (de Paris), par la diathermie, la thermothérapie, la radiothérapie ; — MM. Laborderie (de Sarlat) et Bailly-Salin (de Sens), par l'électrolyse et l'ionisation ; — MM. Sandoz (de Paris) et Gaignerot (de Sens), par les applications chaudes combinées aux manipulations ; — M. Howard Humphris (de Londres), par l'effluve statique et la lumière ; — MM. Kouindjy et Gendron (de Bordeaux) par l'élongation et le massage ; — nous permettent de penser que, dans le traitement de la douleur locale, toutes les tentatives raisonnables peuvent donner d'heureux résultats. — Il n'est pas jusqu'au traitement moral (P. E. Levy, de Paris) qui ne réclame aussi sa place. — Pour être complet, il faudrait mentionner également les multiples injections sur le trajet du nerf, qui commencèrent, il y a vingt ans, par l'injection de chloroforme, pour finir, de nos jours, par les injections gazeuses et aqueuses, et qui semblent agir surtout mécaniquement et thermiquement. N'oublions pas non plus l'ancienne révulsion (pointes de feu, steppage, embrocations). Tout cela, aux dires des opérateurs, réussit également.

MM. Deschamp (de Rennes), Maurice Faure (de La Malou), Laquerrière (de Paris), Danjou (de Nice), font remarquer que les conclusions seraient toutes différentes, si l'on examinait l'état général d'où est issue la sciatique, et l'avenir qui en résulte pour cette affection. C'est dans les stations thermales que l'on trouve réunis les porteurs de sciatique. Ils y viennent chercher cette modification lente que donnent les cures thermales, par des voies et moyens encore inconnus, mais incontestables, et qui seuls peuvent venir à bout des états chroniques. L'état local, qui réclame une thérapeutique locale, n'est qu'un moment de l'histoire de la sciatique, et la victoire thérapeutique, obtenue sur l'accident douloureux localisé, n'est qu'un épisode d'une plus longue lutte. — Deschamp a guéri des sciatiques en soignant exclusivement l'intestin de malades atteints d'intoxications gastro-intestinales ; — Maurice Faure, Danjou, en ont vu guérir par la seule action thermale répétée. — La mise au point d'une question si complexe, la classification des agents physiques et de leurs effets dans le traitement d'une affection si fréquente (dont l'étude n'a pas été faite dans les Congrès antérieurs), auraient pu être l'occasion de rapports utiles, d'une discussion méthodique et d'une intéressante journée de Congrès.

Epilepsie. — M. Deschamp (de Rennes) combat l'emploi du bromure et arrive à supprimer les attaques par un régime désintoxiquant. — Maurice Faure (de La Malou) rappelle que le bromure n'a d'autre but que de diminuer la réflectivité, mais qu'il n'a pas d'action sur la cause de l'épilepsie, laquelle est variable. C'est souvent, sans doute, une intoxication, mais c'est parfois aussi une petite lésion, une cicatrice, un état anatomique ou histologique de la substance cérébrale, sur lequel on n'a pas le moyen d'agir : force est bien, alors, de diminuer la réaction corticale avec le bromure et les médicaments du même ordre, et, ne pouvant supprimer la cause, d'en réduire du moins les effets.

Scoliose. — M. Bidou (de Grenoble) présente un appareil pour le redressement de la scoliose. Il existe quatre courbures à redresser : une courbure dorsale, compensée par deux courbures cervicales et lombaires, et une torsion costale. L'appareil redresse les quatre courbures à la fois par extension et par pression. Un scoliographe enregistre les courbures aux différentes phases du traitement.

*
* *

Nous devons à l'**Entérite muco-membraneuse** une séance bien ordonnée et largement remplie. — M. Froussard (de Plombières), après une analyse très serrée du syndrome entéro-colite muco-membraneuse, illustrée d'intéressantes vues générales, pose les indications de Plombières, qui modifie le terrain neuro-arthritique, calme l'irritation du grand sympathique, élimine les produits putrides et les toxines, régularise les fonctions motrices et sécrétoires de l'intestin et de ses annexes. — M. F. Baraduc (de Châtel-Guyon) pose les indications de cette station, qui stimule les atoniques, guérit la constipation, accélère les fonctions hépatiques, et restaure l'état général altéré par la stase intestinale. — Entre Plombières, station d'eaux chaudes indéterminées, faiblement minéralisées, spécialisées dans le traitement des affections rhumatismales douloureuses, et Châtel-Guyon, station d'eaux froides, laxatives, fortement minéralisées, spécialisées dans le traitement de l'atonie et de la rétention intestinale, l'observateur impartial ne verra guère que des différences ; et il a fallu, évidemment, l'intervention de l'art de l'hydrologue, pour créer une concurrence de fait, entre des moyens d'actions thérapeutiques si différents. — M. Millon (de Paris) expose les indications résultant de l'examen des selles, et formule les régimes de la constipation simple et de l'entéro-colite muco-membraneuse, suivant que dominent les douleurs ou les fermentations putrides. — M. Maze-

RAN (de Châtel-Guyon) préfère à l'examen des selles celui des urines, où il trouve constamment les signes des fermentations intestinales et de l'insuffisance hépatique. Dans la première étape de la cure, il institue un régime désinfectant ; dans une deuxième étape, il règle un régime sans résidu, qui supprime la douleur; dans une troisième étape, intervient un régime avec résidu, qui balaie l'intestin et rétablit ses fonctions normales. — M. DESPLATS (de Lille) discute les différentes applications de l'électrothérapie et conclut, avec MM. Doumer, Delherm et Laquerrière, à l'utilité d'une galvanisation systématique, avec larges électrodes, abdominale et lombaire, en évitant soigneusement les secousses brusques d'ouverture et de fermeture. — M. LAQUERRIÈRE rappelle qu'il ajoute à la galvanisation une faradisation douce. En somme, le courant électrique, dont l'action vise le sympathique abdominal, n'a que des applications restreintes dans le traitement de la colite muco-membraneuse, et doit être manié avec prudence. — M. DAUSSET (de Paris) a étudié l'emploi de l'air chaud, qu'il préfère à l'hydrothérapie, parce que son action thermique est plus élevée et son action mécanique plus faible. — M. LANEL (de Châtel-Guyon) recherche l'action du massage et de la mécanothérapie, qui régularisent les fonctions abdominales, mais doivent être maniés avec précaution chez des sujets souvent irritables. La gymnastique de l'abdomen, la marche en montagne, l'aviron, la bicyclette, les jeux de plein air, en renforçant les muscles de la ceinture, en pratiquant l'auto-massage, semblent d'une utilisation plus féconde, surtout chez les jeunes sujets. — MM. DESCHAMP (de Rennes) et DANJOU (de Nice) confirment cette observation, et remplacent, par le renforcement cinésique de la sangle abdominale, les anciennes ceintures opposées aux ptoses. — M. JAULIN (d'Orléans) rappelle les travaux de F. Glénard, dont les remarquables observations sur l'entéro-ptose subsisteront toujours, même si les ceintures doivent être abandonnées devant le développement salutaire des exercices abdominaux et thoraciques. — Enfin, M. ROSENBLITH (de Paris) conclut, avec à-propos, de ces multiples exposés que, pour conduire le traitement d'une entérite muco-membraneuse, il ne suffit pas d'agir en masseur, en électricien, ou en hydrologue, mais qu'il faut surtout agir en médecin.

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1911)

Traitement chirurgical des plaies de poitrine. — M. DELORME estime que la statistique globale de M. Baudet, le rapport de M. Picqué constituent des documents importants sur la question de la thoracotomie dans le traitement des plaies du poumon. M. Baudet, dans sa ligne de conduite, a suivi les indications formulées par M. Delorme. Lorsqu'on se trouve en présence de signes nets d'hémorragie abondante, il faut aller à la source de l'hémorragie.

M. Delorme rappelle l'histoire des trois blessés traités par M. Baudet.

Premier cas : coup de couteau dans la poitrine, pâleur de la face, pouls petit, matité complète, de haut en bas à gauche, crachats sanguinolents moins d'une heure après, intervention, volet thoracique, ouverture de la plèvre, hémorragie considérable ; on trouve trois plaies pulmonaires, on les ferme. Qui pourrait nier que, dans ce cas, l'intervention était bien nettement indiquée ?

Les deux autres cas sont superposables à ce premier cas. Il s'agissait de deux blessés présentant les signes physiques et fonctionnels d'hémorragie grave, et qui ont été opérés.

M. Delorme pense que, dans ces trois cas, l'opération était bien formellement indiquée. Il faut retenir ce fait que, dans le troisième cas, M. Baudet n'a pu intervenir que le sixième jour et que le résultat a, cependant, été bon.

Dans ces trois cas, M. Baudet n'a pas hésité à intervenir et il a bien fait. On peut considérer, dans ces cas, l'opportunité de l'opération comme absolue.

Mais M. Baudet va plus loin et il estime qu'on doit étendre les indications de la thoracotomie et ne pas attendre les signes physiques et fonctionnels pour intervenir. Ici M. Delorme se sépare de M. Baudet et restreint les indications de l'intervention aux cas qu'il a désignés. En cas de plaie légère, avec symptomatologie légère, M. Delorme s'abstiendrait et diffère, à ce point de vue, de l'opinion émise par M. Baudet et soutenue par M. Picqué.

En résumé, dans les cas très graves, intervention aussi précoce, aussi brusque que possible. Dans les cas moyens ou légers, abstention. Telle est la formule à laquelle se tient M. Delorme.

M. LEJARS rappelle avoir déjà communiqué une observation de plaie du poumon prise pour une plaie du cœur et qu'il a opérée avec succès. Depuis, il a eu l'occasion d'observer un cas semblable, dans lequel il ne s'est pas rapporté uniquement aux signes physiques invoqués par M. Delorme pour justifier l'intervention.

Il s'agissait d'une jeune femme qui avait reçu un coup de couteau dans le dos, et qui est amenée à l'hôpital, pâle, respirant difficilement. Cinq heures après l'accident, le pouls restait petit, la respiration anhélante, la face pâle ; à la percussion, la matité était moyenne. Ces phénomènes persistant malgré injections de sérum, réchauffement, etc., M. Lejars n'hésita pas à intervenir. Il trouva une plaie du poumon de 2 centimètres et demi qu'il sutura, et la malade guérit.

Quand M. Lejars attira le poumon pour suturer la plaie, celle-ci ne saignait plus. C'est là un fait habituel. M. Lejars ferma sans drainage.

En présence de ces faits, M. Lejars semble de plus en plus porté à l'intervention. C'est là, en effet, des faits de nature à entraîner la conviction en faveur de la thoracotomie.

Toutefois, M. Lejars ne croit pas qu'on puisse, dès maintenant, formuler des indications précises. Il faut attendre les faits pour juger la question. Les signes physiques de l'épanchement ne doivent pas seuls entrer en cause.

Il faut tenir compte aussi du schock immédiat qui suit ces traumatismes pulmonaires et attendre quelques heures avant de prendre une décision. Si les phénomènes de pâleur, de pouls petit, de dyspnée, persistent, on peut alors songer à l'intervention sans vouloir, trop exactement, systématiser les indications.

M. TUFFIER a vu, à Beaujon, un grand nombre de plaies du poumon par revolvers ou par coups de couteau, il les a toutes vu guérir sans intervention. Il n'y eut qu'un seul cas de mort moins d'une heure après l'accident. Quand ces blessés ne meurent pas presque immédiatement après le traumatisme, ils guérissent, très généralement, sans intervention. M. Tuffier ne trouve donc pas l'indication de la thoracotomie dans ces cas. Il se sépare, en cela, de M. Delorme.

M. Rochard fait observer qu'il est pourtant bien évident qu'on a opéré des blessés qui seraient morts sans l'intervention. Beaucoup de ces malades sont aussi exposés à des complications résultant des suites de leurs blessures et de leur hémorragie. Il ne faudrait donc pas dire que les plaies du poumon ne sont jamais mortelles, et M. Rochard se range à l'avis exprimé par M. Delorme.

M. Michaux partage l'opinion de M. Tuffier et estime qu'il ne faut intervenir que très exceptionnellement dans les plaies du poumon, la plupart de ces plaies guérissant spontanément.

M. Michaux, comme M. Tuffier, a vu un très grand nombre de plaies du poumon, et presque toutes ont guéri spontanément. Dans bien des cas où les internes voulaient intervenir, M. Michaux a prescrit vingt-quatre ou trente-six heures de supplément d'information, et, après ce temps, les malades marchaient vers la guérison. M. Michaux croit donc qu'il faut n'intervenir que dans des cas exceptionnels.

M. Delorme constate avec satisfaction que plusieurs de ses collègues évoluent vers l'opinion qu'il a, le premier, soutenue, on commence à reconnaître que la thoracotomie peut être une opération utile et bienfaisante, mais, d'accord avec M. Michaux, il estime que les indications de cette opération sont très restreintes. Cette évolution s'est faite dans l'esprit de M. Lejars; elle ne s'est pas faite dans celui de M. Tuffier. Peut-être cela tient-il à ce que M. Tuffier voit les malades couchés dans ses salles et non ceux qui sont portés à l'amphithéâtre deux ou trois heures après leur entrée à l'hôpital, car on meurt, plus qu'il ne le dit, de plaies du poumon.

M. Lejars va plus loin que M. Delorme dans les indications de la thoracotomie. M. Delorme croit qu'il est plus sage de retenir les jeunes chirurgiens que leur ardeur chirurgicale pourrait entraîner trop loin. C'est pourquoi il est resté volontairement dans une formule un peu étroite.

M. Tuffier proteste contre l'explication donnée par M. Delorme. Il a parfaitement connaissance des blessés qui sont portés à l'amphithéâtre. Sur un grand nombre de cas, il n'en a vu qu'un qui ait ainsi succombé une heure après l'accident.

M. Kirmisson se range à l'avis de M. Tuffier.

M. Rochard fait observer que ce sont des chirurgiens des hôpitaux, MM. Baudet et Lejars, et non de jeunes internes, qui ont publié des faits d'intervention.

M. Demoulins accep e la formule de M. Delorme tout en faisant remarquer que la grande majorité des plaies pulmonaires guérissent spontanément et que l'intervention ne doit être conseillée que dans des cas très exceptionnels.

La discussion se poursuit entre MM. Delorme et Tuffier, chacun maintenant ses conclusions.

Résection du coude pour ankylose. — M. Chaput présente un malade auquel il a pratiqué une résection du coude pour ankylose. Interposition d'une lame adipeuse prise à la cuisse. Guérison avec mouvements étendus et néarthrose serrée.

— M. Morestin présente trois malades qu'il a opérées au cours d'une grossesse; l'une, d'une arthrite suppurée gonococcique du coude, avec conservation parfaite des mouvements; la seconde, d'une péritonite suppurée généralisée au cinquième mois d'une grossesse qui a suivi son cours; la troisième, d'un épithélioma du col, hystérectomie abdominale, sortie guérie depuis treize mois.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1911)

Les ptoses abdominales en pathologie infantile. — M. Maurice Pierre. L'auteur, après avoir rapporté quatre observations qu'il a choisies chacune d'un type clinique différent, propose de classer les ptoses abdominales chez les enfants en quatre classes :

1° *Ptoses à manifestations purement accidentelles*, découvertes par hasard, à propos d'une affection intercurrente chez des enfants superbes en apparence.

2° *Ptoses de déchéance générale*, chez des enfants chétifs, facilement diagnostiquées.

3° *Ptoses à la suite d'entérite.*

4° *Ptoses essentielles ou congénitales*, se déclarant dès le début de la station debout.

Ces différentes ptoses sont très fréquentes chez les enfants des deux sexes. L'auteur est d'avis que le rein mobile (une des ptoses les plus fréquentes) est une lésion congénitale, au même titre que la hernie inguinale. Il y a intérêt à découvrir ces ptoses de bonne heure et à les traiter chez l'enfant.

La définition de l'exercice illégal de la médecine et de la jurisprudence. — M. Maurice Faure. Le public et les médecins connaissent insuffisamment les dispositions de la loi de 1892 définissant l'exercice de la médecine.

Est considéré comme exercice non seulement le fait de faire des diagnostics, de prescrire des médicaments ou de procéder à des opérations sanglantes, mais encore le fait d'exécuter des traitements physiques, de prescrire des régimes, de faire des opérations non sanglantes.

Sauf urgence, l'exercice illégal peut être caractérisé par la pratique de tous ces modes de thérapeutique. Le texte de la loi et la jurisprudence sont parfaitement suffisants pour la défense des intérêts des médecins et des malades. Ils seraient suffisants s'ils étaient appliqués et s'ils ne le sont pas, c'est la faute, moins des pouvoirs publics que des médecins qui sont les premiers qualifiés pour défendre leurs droits, et, ce faisant, rempliraient un devoir social.

La rééducation des paralytiques, des spasmodiques et des ataxiques sont trois méthodes thérapeutiques différentes. — M. Maurice Faure. Le nom de rééducation motrice désigne, sous une idée thérapeutique générale, des formes très différentes suivant qu'elles s'appliquent à des cas divers. Physiologiquement, il faut séparer les paralytiques, les spasmodiques et les ataxiques, d'où trois ordres d'indications spéciales dans la manière d'envisager pour chacun d'eux la rééducation motrice. Les exercices qui conviennent aux ataxiques ont pour objet d'augmenter la tonicité, de corriger l'incoordination et d'utiliser l'action de la volonté. Ceux qui conviennent aux spasmodiques ont pour objet de diminuer la tonicité, de faire disparaître la contracture et de guider la contraction volontaire. En résumé, causes multiples, effets différents à obtenir, thérapeutiques variées et appropriées.

Indications médicales de l'intervention opératoire dans l'appendicite chronique. — M. Mazeran. S'appuyant sur une statistique de plusieurs centaines de malades, l'auteur conclut que le pronostic de guérison médicale est d'autant plus favorable que le processus intestinal se généralise; au contraire, le pronostic d'intervention chirurgicale se confirme lorsque l'état général s'altère (amaigrissement) et lorsque la localisation régionale se limite en s'accentuant.

Devant les chiffres élevés de guérison par le traitement médical seul dans l'appendicite chronique, il conclut à l'origine entérogène des cas favorables. L'origine lymphogène s'appliquant aux cas graves à allure aiguë et à détermination opératoire immédiate.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, nº 12, 23 mars 1911.) Henry R. STEDMAN : Les erreurs populaires sur la folie. — John Lovett MORSE : Discours du président de la Société de pédiatrie du New-England. — Eugène A. CROCKETT : Quand devons-nous enlever les amygdales et quel type d'opération devons-nous employer. — H. O. REIK : Les méthodes pour hâter la cicatrisation secondaire après l'opération de mastoïdite. — Philip Coombs KNAPP : Diminution de l'accroissement des maladies nerveuses (avec 1 tableau). — Arthur L. CHUTE : Un cas d'infection de la vessie avec le pernicillium glaucum. — (Nº 13, 30 mars.) Annie W. GOODRICH : Les nurses et la santé publique. — James P. TUTTLE : Le rétrécissement fibreux du rectum. — Robert M. GREEN et John B. SWIFT : Les affections hémorragiques chez les nouveau-nés (avec 4 tableaux). — S. H. AYER : L'inspection médicale des écoles à Boston. — Eben C. HILL : Un simple et facilement enlevable bandage pour les pansements de tête (avec 2 figures).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (Nº 12, 21 mars 1911.) KEHR : Principes généraux du diagnostic et du traitement de la lithiase biliaire. — EBSTEIN : Insuffisance cardiaque dans la coprostase chronique. — AULHORN : Emploi du pantopon en obstétrique. — BABDACHZI : Sur la technique de l'insufflation gastrique. — BRASCH : Dystrophie musculaire et myotonie après accident. — LANGSTEIN : Sur les crises intestinales éosinophiles des nourrissons. — GOODMANN : Isolement du cuivre de l'urine et de la teneur d'un ouvrier en laiton. — SÖRENSEN : Valeur du traitement par la pyocyanase en cas de persistance des bacilles diphtériques. — SCHMIDT : Sur la maladie de Banti dans la syphilis héréditaire et son traitement par le salvarsan. — HAUPTMANN : Appareil pratique pour les injections intraveineuses de salvarsan. — ROLLY : Sur les infections paratyphiques. — (Nº 13, 28 mars.) HOFFMANN : Communications sur la syphilis expérimentale. — CALVARY : Anaphylaxie et formation de lymphe. — STRÖBELL : Le séro-diagnostic de la trichinose. — NEUBAUER et FISCHER : Sur la question de l'utilisation de l'épreuve du glycyl-tryptophane pour le diagnostic du carcinome gastrique. — SÖRENSEN : Sur les rechutes dans la diphtérie. — KISCH : Diabète lipogène. — CRAMER : La cause de l'étranglement dans la rétroflexion de l'utérus gravide. — ISAAC : Sur les expériences avec le salvarsan. — GRŒDEL : Etat du cœur dans le thorax en entonnoir. — THOMSCHKE : Emploi du bandage mammaire Blunk. — VOOS : Traitement de blessures par le mastisol. — LASER : Manifestations thyréotoxiques; leur traitement par l'antithyréoïdine. — (Nº 14, 4 avril.) HERING : Les diathèses et les dyscrasies à la lumière de nos connaissances scientifiques. — SCHADE : Contribution à la formation des concrétions. — ARNSPERGER : Le développement de la pancréatite dans la lithiase biliaire. — CAAN : Sur la déviation du complément dans le carcinome. — BENARIO : Statistique et traitement de la neuro-récidive pendant le traitement par le salvarsan. — ALWENS : Sur des prises éclairs radiographiques. — BENNECKE : Le phénomène de Rumpel-Leed dans la scarlatine. — RUPPRECHT : La jeunesse criminelle et la moins-value psychopathique. — SCHUBERT : Nouvelle méthode de traitement du prurit vulvaire essentiel. — EISENGRABER : Sucre et albumine dans l'urine après une blessure de tête infectée.

Paris médical. — (Nº 18, 1er avril 1911.) A. SCHWARTZ : La gynécologie en 1911 (revue annuelle). — HARTMANN et METZGER : Les métastases ovariques des cancers digestifs. — TUFFIER et DE ROUVILLE : Cancer de l'utérus. Résultats éloignés des opérations et traitement du cancer inopérable. — SAUVÉ : La sécrétion interne de l'ovaire. — Funck BRENTANO : L'obstétrique en 1911 (revue annuelle). — FABRE : Le séjour au lit des accouchées. — ROSSIER : L'éclampsie. — (Nº 19, 8 avril.) Ch. ACHARD : La séméiologie. Son objet, sa technique. — KLIPPEL et CHABROL : Les complications pancréatiques de l'ulcère du duodénum. — BITOT et PETGÈS : La diphtérie spasmogène sans extériorisation membraneuse. Utilité des ensemencements systématiques pour en dépister les agents chez les porteurs de germes. — JACOULET : Fracture de l'omoplate chez l'enfant.

Pédiatrie pratique. — (Nº 214, 5 avril 1911.) SAVARIAUD : Le traitement de l'appendicite aiguë. — WEILL, GARDÈRE et MAGNET : Un cas de cirrhose atrophique chez un enfant de neuf ans, d'origine hérédo-syphilitique probable. — Louis MARTIN et H. DARRÉ : Rechute de diphtérie après une rougeole. — (Nº 11, 15 avril.) HUTINEL : Troubles circulatoires consécutifs aux pyrexies graves. — Luigi CONCETTI : Contribution clinique (sept cas) à l'étude de l'atonie musculaire congénitale d'Oppenheim. — (Nº 12, 25 avril.) KIRMISSON : Corps étranger des voies respiratoires. — P. MERKLEN : L'ictère émotif chez l'enfant. Observation d'un cas suivi d'une petite épidémie familiale d'ictère infectieux. — R. VOISIN : A propos de l'ictère émotif. — NOBÉCOURT : Un cas d'ictère émotif prolongé chez un garçon de onze ans. — P. MERKLEN : Réaction de forme digestive à une émotion prolongée chez une fillette de huit ans. — NOBÉCOURT et PAISSEAU : Artérite oblitérante d'un membre inférieur et parotidite suppurée, terminée par la guérison chez une enfant de cinq ans. — CHATIN et R. RENDU : Varicelle localisée et confluente.

Presse médicale. — (Nº 26, 1er avril 1911.) DÉJERINE : Clinique des maladies du système nerveux. Leçon inaugurale. — H. HARTMANN : La cavité abdominale au point de vue chirurgical.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 12, 23 mars 1911.) NEUMANN et HERMANN : Etude biologique sur l'ovaire. — FRÄNKEL : Remarques sur l'article précédent. — LÖW : Sur la formation du sang dans le thymus humain. — BACHRACH et NECKER : Essais de simplification de la technique de la recherche du bacille tuberculeux dans l'urine. — RUBESCH : Drainage de la cavité abdominale par le drain de verre de Dreemann. — HERZ : L'endocardite aiguë peut-elle être épidémique et existe-t-il une semblable épidémie actuellement à Vienne. — (Nº 13, 30 mars.) ALBRECHT : Pathogénie et prophylaxie de la peste. — FRANZ : Décapsulation rénale et éclampsie. — SALOMON et SAXL : Une réaction du soufre dans l'urine des cancéreux. — MANTELLI : Recherches sur la physiologie de l'estomac chez l'homme. — So : L'atoxyl influe-t-il sur la formation des anticorps ? — KNAUR : Traitement préventif de la syphilis par le salvarsan. — BUCURA : Sur la stérilisation temporaire de la femme. — ALEXANDER : Sur la question des affections syphilitiques du labyrinthe et du nerf acoustique. — (Nº 14, 6 avril.) TANAKA : Contribution à la connaissance de la pigmentation cutanée. — ALBRECHT et WELTMANN : Sur le lipoïde de l'écorce des capsules surrénales. — HERZ : Etiologie psychique et traitement de l'artério-sclérose. — KROKIEWICZ : Sur l'hémoglobinurie paroxystique. — PUKTCHER : Paralysie incomplète unilatérale de l'oculo-moteur chez un nourrisson.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Le Vin Girard

DE LA CROIX DE GENÈVE

IODO-TANNIQUE PHOSPHATÉ



EST ORDONNÉ par plus de 30,000 *MÉDECINS*, et cela s'explique si l'on songe que le *VIN GIRARD*

REMPLACE l'huile de foie de morue,

EST exactement dosé, agréable au goût, *EUPEPTIQUE*, il stimule les fonctions digestives et d'assimilation,

FACILITE la résolution des tubercules et leur transformation crétacée,

CALME la toux et l'oppression,

COMBAT la misère physiologique,

EST considéré par beaucoup comme le spécifique du lymphatisme et de la scrofule.

EN RESUMÉ c'est la meilleure façon de faire absorber l'iode : aux *FEMMES*, aux *ADULTES*, aux *ENFANTS*.

SIROP GIRARD

MÊME COMPOSITION

S'ORDONNE PLUS SPÉCIALEMENT EN MÉDECINE INFANTILE

ACTUELLEMENT : 48, rue d'Alésias, Paris.

N° 50. — MARDI 2 MAI 1911. 84e ANNÉE. MARDI 2 MAI 1911. — N° 50.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 avril. — MM. Lemierre, 18; Courcoux, 17 1/2; Babonneix, 17.

— Concours d'accoucheur des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ribemont-Dessaigne, Lucas-Championnière, Bouffe de Saint-Blaise, Pinard, Porak, Claude et Morestin.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 29 avril. — MM. Magitot, Cerise et Coutelo, 27; Joseph, 26; Cantonnet, 29.

Prochaine séance, vendredi 5 mai, à cinq heures, à Laënnec.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Serre, médecin-major de deuxième classe.

GUERRE. — M. le docteur Tanton, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce est désigné pour les confins algéro-marocains.

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN 1911. — Le cours annuel d'instruction sur le service de santé en campagne, qui fonctionne également comme école d'instruction, aura lieu, pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale, pendant le mois de juin.

Il comprendra deux séries :

Première série : Pour les officiers du service de santé de réserve (médecins et officiers d'administration), du 6 au 25 juin.

Deuxième série : Pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration) et pharmaciens de réserve, du 16 au 25 juin.

Dans chaque série, il sera fait :

a. Des conférences communes à tous les officiers;

b. Des conférences spéciales suivant l'affectation de l'officier à la mobilisation.

Ces conférences seront faites à l'école d'application du Val-de-Grâce.

Elles seront accompagnées ou suivies de démonstrations et exercices d'application qui auront lieu, suivant les cas, aux docks du service de santé à Vanves ou au quai de la Râpée (dépôt de la 22e section d'infirmiers militaires) et se termineront par des manœuvres de garnison, où entreront en fonction les différents éléments du service de santé.

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le « cours d'instruction », pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au directeur du service de santé de la région de corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet de l'internat a eu lieu samedi soir à l'hôtel Lutétia. Il fut un brillant succès pour ses organisateurs, MM. Verchère et Crouzon, car il réunit en effet 200 convives.

Des toasts vivement applaudis furent portés par le président M. Monprofit (d'Angers), par MM. Landouzy, Sorel (de Dijon), Delaunay, Verchère et Tardieu (du Mont-Dore).

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — La réunion statutaire de mai aura lieu le vendredi 5, à sept heures, chez Marguery.

L'ordre du jour comprend :

Elections. Compte rendu moral. Exposé financier. Rapport des commissaires aux comptes. Rapport du délégué au Congrès des journalistes médicaux. Communications diverses. Nomination d'un syndic et du secrétaire général, MM. Albert Robin et Granjux étant arrivés au terme de leur mandat. Ils sont rééligibles l'un et l'autre.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'assemblée générale aura lieu le samedi 6 mai, à six heures du soir, au restaurant Lapérouse.

Il sera procédé au renouvellement du bureau.

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS nous adresse l'affiche suivante que nous publions à titre de document :

« Le 1er mai 1911, lire dans les *Annales de la Jeunesse médicale*, organe officiel de l'association corporative des étudiants en médecine de Paris, les conditions du grand concours (doté


ELIXIR DE VIRGINIE
Il n'existe qu'un 1 seul
ÉLIXIR
de
VIRGINIE
Littérature
et
Échantillons
gratuits
au Corps
Médical.
ELIXIR
DE
VIRGINIE
NYRDAHL
PRIX DU FLACON 4.50
VENTE EN GROS
PHARMACIE MORIDE
Pharmacie
MORIDE
20, rue de La
Rochefoucauld
PARIS
Il porte
TOUJOURS
la signature
de garantie :
NYRDAHL

de nombreux prix) ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine sur l'élection des prosecteurs à la Faculté.

Question à résoudre : « Étant connus les noms des candidats au prosectorat et ceux des membres du jury, indiquer à l'avance les deux futurs élus ? »

Les *Annales de la Jeunesse médicale* sont en vente au siège de l'association corporative, 8, rue Dante, et dans les librairies médicales.

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — Le prix Potron (600 francs et une médaille d'argent) est décerné au docteur Louis Vaillant (mission Pelliot 1906-1908.)

Le prix Juvénal-Dessaigne (médaille de vermeil) est décerné à M. le docteur d'Anfreville de la Salle pour ses études sur le Sénégal.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la seizième semaine, 1053 décès au lieu de 1023 pendant la semaine précédente et au lieu de 1081, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

LES TUYAUX DE CUIVRE ADDUCTEURS D'EAU POTABLE. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a eu récemment à se préoccuper, au cours de sa dernière séance, d'une question qui vise directement à la fois l'alimentation et la santé publiques.

Il s'agit de l'emploi des tuyaux en cuivre pour la conduite de l'eau potable.

Une maison s'occupant d'installations de tuyauteries pour eaux et gaz vient de demander par lettre au préfet de la Seine si son administration ne trouverait pas d'inconvénients à l'installation dans les maisons particulières de tuyaux et canalisations pour l'adduction d'eau potable.

Le directeur du laboratoire municipal, consulté à ce sujet, répondit qu'à sa connaissance aucune réglementation actuelle n'interdit la canalisation en cuivre pour les distributions d'eau potable, mais qu'en raison de son intérêt, cette question devrait être soumise au conseil d'hygiène. Ainsi fut fait, et M. Armand Gautier, de l'Institut, fut chargé d'étudier la question dans un rapport.

Dans son travail, qui est une étude très documentée et très complète à tous les points de vue : santé publique, hygiène, toxicologie, etc., le savant président de l'Académie des sciences « estime que la substitution du cuivre au plomb pour les canalisations qui vont de la rue à nos maisons, serait souhaitable ; il croit que si cette pratique n'a pas été déjà universellement adoptée, c'est que d'une part le bas prix du plomb relativement au cuivre, de l'autre le maniement plus commode et la malléabilité des tuyaux du premier de ces deux métaux donnent à l'emploi du plomb un avantage pratique qui l'a fait employer pour les conduites d'eau depuis un temps immémorial ».

Après avoir étudié les inconvénients de l'un et de l'autre métal, il conclut ainsi :

« Enfin les essais faits par Toussaint, Burq, M. Galippe, sur eux-mêmes et sur les personnes de leur entourage ; ceux que j'ai répétés volontairement chez moi et sur moi-même pour contrôler les dires de ce dernier auteur, essais qui m'ont montré que l'on peut consommer impunément des aliments, fussent-ils acides, alors même qu'ils ont été refroidis dans des vases de cuivre rouge non étamés, qu'on peut se servir, en cuisine, de ces vases en cuivre non étamés et cela presque indéfiniment et sans troubles de santé, ces essais m'ont convaincu définitivement de l'innocuité du contact du cuivre avec nos aliments...

Je crois donc devoir conclure, monsieur le préfet, que la substitution des tuyaux de cuivre rouge aux tubes de plomb habituellement employés pour la distribution des eaux potables dans nos habitations ne saurait présenter que des avantages.. »

Cette conclusion a été adoptée par le conseil d'hygiène. (*Le Temps.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bec (de Fleurie), Pierre Cazaux (de Paris), Naegeli-Aberklom (de Genève).

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 768.)*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 MAI 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re et 2e parties), *Hôtel-Dieu* ; — M. Lœper, suppléant.

Mardi 9 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries) ; — M. Terrien, suppléant.

Mercredi 10 mai, à une heure. — 2e (1re et 2e séries). — 3e (oral, 2e partie). — 4e ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 11 mai, à une heure. — 1er (oral). — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries). — 4e ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 12 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries). — M. A. Léri, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Beaudelocque* ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 13 mai, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 10 mai, à une heure. — M. HENRY. De l'emploi de la succi-pompe de de Rohan dans le traitement des crevasses du sein. (MM. Pinard, président; Segond, Hartmann et Couvelaire.) — M. DIVET. Contribution à l'étude de l'entérostomie dans le traitement des péritonites. (MM. Segond, président; Pinard, Hartmann et Couvelaire.) — M. COULON. De la ligature de la carotide externe (procédé Moustin). (MM. Hartmann, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. SERÉE. La hernie périnéale de la vessie (Cystocèle vaginale) et son traitement chirurgical. (MM. Hartmann, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. GUÉNIOT. Essai sur les migrations parasitaires dans les dermatoses. (MM. Blanchard, président; Reclus, Roger et Gougerot.) — M. PÉRIER. De la reposition et du redressement cosmétique du pavillon de l'oreille. (MM. Reclus, président; Blanchard, Roger et Gougerot.) — Mlle WEIL. Points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils composent. (MM. Roger, président; Blanchard, Reclus et Gougerot.) — M. LEGILLON. Contribution à l'étude des abcès du larynx. (MM. Roger, président; Blanchard, Reclus et Gougerot.)

Jeudi 11 mai, à une heure. — M. SCHREIBER. La poliomyélite épidémique (Maladie de Heine-Medin). (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Widal et Nobécourt.) — M. SCHATZMANN. Contribution à l'étude des conditions hygiéniques nécessaires dans l'habitation des enfants. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Widal et Nobécourt.) — M. LE COZ. Fréquence et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire des vieillards. (MM. Widal, président; Hutinel, Chantemesse et Nobécourt.) — M. FAURE. Traitement des staphylomes opaques de la cornée par l'extraction du cristallin. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Chauffard et Castaigne.) — M. CHATAING. Des luxations congénitales de la hanche, à la clinique Tarnier (1907-1911). (MM. Bar, président; de Lapersonne, Chauffard et Castaigne.) — M. LELONGT. Contribution à l'étude du traitement spécifique (tuberculines et sérums antituberculeux) de la tuberculose des organes génito-urinaires. (MM. Chauffard, président; de Lapersonne, Bar et Castaigne.) — M. BROUSTAIL. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le chlorydrate de dioxydiamidoarsenobenzol. (MM. Albert Robin, président; Gilbert Ballet, Achard et Richaud.) — M. MALLET. Contribution à l'étude anatomique des démences. La Démence neuro-épithéliale. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Achard et Richaud.) — M. BEDEL. Des rapports des obsessions avec la psychose périodique. (MM. Gilbert Ballet, président; Albert Robin, Achard et Richaud.) — M. POUGET. Etude clinique des urines de malades atteints d'eczéma papulo-vésiculeux. (MM. Achard, président; Albert Robin, Gilbert Ballet et Richaud.)

QUELQUES CAS DE RHUMATISME TUBERCULEUX

GUÉRIS AU MOYEN DE CORPS IMMUNISANTS (« J. K. ») DE CARL SPENGLER (1)

Par M. Joseph HOLLÓS, de Szeged (Hongrie).

Sous la dénomination de rhumatisme tuberculeux, nous comprenons le groupe de maladies qui sont connues sous le nom générique de rhumatisme, mais dont la cause commune est, soit le bacille tuberculeux, soit sa toxine. Les notions réunies sous le nom de rhumatisme, cliniquement élucidées, furent, pour la première fois, clairement exposées, dans toute leur importance étiologique, par les remarquables recherches de M. le professeur Poncet qui déjà, en 1896, avait attiré l'attention sur les rapports de la tuberculose et du rhumatisme. Depuis lors, toutes les parties de cette question devinrent, pour lui et pour beaucoup de ses élèves, l'objet de recherches détaillées, dont les résultats furent réunis et exposés par MM. Poncet et Leriche dans un livre paru depuis peu de temps (2).

D'après Poncet, les affections rhumatismales des articulations peuvent être souvent le premier symptôme d'une infection tuberculeuse jusqu'alors latente, ou bien se rattacher à la tuberculisation de n'importe quel organe. Une prédisposition individuelle est nécessaire pour que cette affection se manifeste. Dans la plupart des cas, il nous est impossible, par les recherches anatomiques et bactériologiques, de prouver l'origine tuberculeuse de ce rhumatisme, car, dans les cas d'infection très atténuée, on ne peut déceler les modifications caractéristiques et spécifiques de la tuberculose. Ces affections sont, pour la plupart, d'origine purement toxique. Il est donc rare que l'on puisse, dans les articulations frappées, démontrer soit l'existence du bacille tuberculeux, soit la présence de tubercules sur la synoviale. Il arrive aussi que les affections rhumatismales des articulations dégénèrent en fungus. Par contre, on trouve parfois les deux affections, la tuberculose et le rhumatisme, réunies sur le même sujet. Et même, d'après Poncet et Leriche, tout l'arthritisme ne serait souvent qu'une infection tuberculeuse atténuée. De sorte que lorsque la tuberculose viscérale se manifeste, principalement la tuberculose pulmonaire, les affections rhumatismales sont plus atténuées et réciproquement. C'est ce que j'ai aussi observé dans les autres intoxications : troubles de la menstruation, affections gastriques et intestinales, céphalalgie, etc. (3).

D'après les recherches de Poncet, le rhumatisme tuberculeux peut se manifester, soit d'une manière chronique, soit d'une manière subaiguë, aiguë, et se localiser dans une ou plusieurs, et parfois dans toutes les articulations. Ce processus fait apparaître dans les articulations, tantôt une atrophie par raréfaction, tantôt une hyperostose plastique. L'affection peut se présenter, tantôt sous la forme d'une polyarthrite déformante progressive, tantôt sous la forme d'une arthrite sèche (par exemple, le mal coxal sénile). Parfois, elle se manifeste par diverses dislocations articulaires (par exemple : hallux valgus), par des processus d'ankylose, etc. Les formes aiguës aussi bien que les formes chroniques du rhumatisme tuberculeux peuvent aboutir à l'ankylose. Dans beaucoup de cas de raideur de la colonne vertébrale, dans beaucoup de pieds plats valgus douloureux, et du reste, dans toutes les maladies ostéo-articulaires de la croissance, scoliose, genu valgum, coxa vara, radius curvus, etc., et même dans de nombreuses surdités (par otite sèche, par ankylose des osselets), la tuberculose est la cause primitive.

La forme la plus bénigne de ces affections est la simple arthralgie. Elle paraît sans signes objectifs, et fréquemment elle est le prodrome d'une tuberculose manifeste.

Les formes aiguës et subaiguës du rhumatisme tuberculeux sont ordinairement confondues avec des polyarthrites aiguës. Cependant, le tableau de l'arthrite tuberculeuse est plus grave : il existe de la fièvre, de la tachycardie, avec des sueurs abondantes, souvent de la dyspnée. La mort peut survenir par inflammation des surfaces séreuses, complications que l'on observe assez fréquemment. La plupart du temps, ces affections ont une évolution moins grave. Elles se manifestent sous la forme d'étapes, séparées par des intervalles plus ou moins longs, et se localisent sur l'une ou l'autre articulation aboutissant parfois à l'ankylose. Le processus est le plus souvent chronique. Au point de vue thérapeutique il est caractérisé par ce fait que, contrairement aux polyarthrites vulgaires, il n'est pas généralement influencé par les préparations salicylées. La réaction par la tuberculine, la séroréaction, sont, dans ces cas, extrêmement positives.

Par la thérapeutique spécifique, principalement au moyen de « Immunkörper » (J. K.), thérapie du docteur Carl Spengler, il m'a été possible de confirmer expérimentalement les recherches détaillées des auteurs français dont jusqu'ici on avait peu tenu compte dans la littérature allemande.

J'ai déjà souvent observé que, dans le cours du traitement spécifique, surtout au commencement, on rencontre volontiers des douleurs articulaires assez fortes, que Poncet avait déjà observées, à l'occasion d'injections de tuberculine. Beaucoup plus importantes sont ces formes graves et chroniques de polyarthrite tuberculeuse qui n'ont aucune tendance à la guérison, et sur lesquelles les préparations salicylées n'ont aucune action. Ces cas ne sont guéris que par la J. K. thérapie. Je n'ai malheureusement pu observer que quelques cas classiques dans ma pratique, car les phtisiothérapeutes sont rarement avertis de ces formes de rhumatismes. Par contre, à l'association des médecins de Budapest, dans la discussion de mon rapport sur les intoxications tuberculeuses, un de mes élèves, le docteur Julius Biró, médecin à Budapest, rapporta huit cas de cette affec-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 28 avril 1911.

(2) A. Poncet et R. Leriche. *Le rhumatisme tuberculeux.* O. Doin, Paris, 1909.

(3) J. Hollós. *Les Intoxications tuberculeuses.* Masson, Paris 1910.

tion. Tous ces malades avaient des formes graves de polyarthrite chronique, et particulièrement, des arthrites déformantes ; ils furent complètement guéris par l'emploi de J. K., quelques-uns avec une rapidité surprenante. Par complaisance, M. Biró m'abandonna un de ces cas que je rapporte ici.

Observation I. — Jean P..., ouvrier, âgé de trente ans, a fait, en 1889, un séjour de huit semaines, et en 1903 un de trois mois, pour une polyarthrite, à l'hôpital Saint-Rochus, de Budapest. Des douleurs violentes dans les pieds et dans les mains l'obligèrent à rentrer de nouveau à l'hôpital au commencement de juin 1909. Il y passa déjà cinq mois et demi (du commencement de juin jusqu'au 19 novembre). Cependant, les douleurs dans les différentes articulations devinrent progressivement croissantes, et ne purent être calmées par les préparations salicylées, qui furent, cependant, données à haute dose. Les injections d'électrargol, essayées aussi contre ces douleurs, restèrent inactives. Enfin, les douleurs devinrent si fortes, que pour les calmer on fut obligé de faire des injections de morphine. Toute médication resta sans résultat. Une articulation après l'autre fut envahie par la maladie, de sorte que le malade ne pouvait, à cause de ses douleurs, ni dormir, ni se reposer.

Le malade avait de la fièvre, tantôt continue, tantôt intermittente. Elle était presque toujours au-dessus de 38 degrés, souvent au-dessus de 39 degrés. Durant les cinq mois et demi la température ne fut subfébrile que pendant trois semaines. Les articulations s'ankylosèrent légèrement ; le malade maigrit rapidement, la peau laissant percevoir les os et il devint complètement cachectique.

C'est dans cet état que le 19 novembre, le malade fut transporté dans le service de M. le docteur Jordan, où le docteur Jul. Biró commença à lui faire subir le traitement des J. K. Avant le début de ce traitement, l'état du malade a été le suivant : le malade extrêmement pâle, est amaigri au point qu'on lui voit les os; au sommet pulmonaire droit, on entend une respiration rude et prolongée aux deux temps, avec un timbre élevé. Presque toutes les articulations du membre supérieur et inférieur sont enflées, quelques-unes des petites sont fortement déformées. Toutes les articulations, ainsi que les articulations intervertébrales, sont très douloureuses. La radiographie permet de constater une grosse raréfaction des os du pied; un épaississement du périoste des surfaces postérieures et inférieures des deux calcanéums ; une atrophie notable de l'articulation du poignet droit et des épiphyses des os de l'avant-bras. Les articulations du genou sont très réduites de volume. Il ne persiste de mouvements actifs que dans l'articulation coxo-fémorale droite, encore sont-ils limités. Toutes les autres articulations, soit à cause de la douleur, soit à cause de l'ankylose commençante, n'ont aucun mouvement, ni actif, ni passif. La cuti-réaction de Pirquet est fortement positive.

Traitement.—Injections J. K. de la cinquième dilution, jusqu'à la solution mère (1), répétées tous les quatre ou cinq jours. Depuis la première injection on ne donna au malade aucun autre médicament, ni aspirine, ni morphine. Une semaine après la première injection, les douleurs sont déjà moins violentes, le malade peut remuer les articulations de son membre inférieur. Le malade bouge aussi son membre supérieur gauche et son coude droit. L'appétit renaît, la température est devenue subfébrile immédiatement. A partir de ce moment l'état du malade s'améliore de jour en jour, et l'amélioration marche extraordinairement vite. Après un mois et demi de traitement le malade n'a plus de fièvre; une seule fois, la température a atteint 37 degrés. Au quatrième mois de traitement, la température montre une courbe d'immunité. (La température a toujours été prise dans l'aisselle). Malheureusement, on n'a pesé le malade qu'un mois et demi après le début du traitement, lorsque le patient avait déjà quitté son lit. Il avait alors engraissé d'une façon très apparente. Maintenant (29 janvier) son poids était de 48 kilogrammes. Celui-ci augmenta de jour en jour, de sorte qu'au milieu d'avril il avait atteint 67 kilogrammes (19 kilogrammes d'augmentation en deux mois et demi). Ce poids, le malade le conserva pendant son séjour à l'hôpital, d'où il partit en bonne santé et ne souffrant plus de ses articulations.

(1) Pour plus de détails techniques, consulter J. Hollós : *Les Intoxications tuberculeuses*, loc. cit.

Les cas qui suivent sont tirés de mes observations personnelles.

Obs. II.— Mme A. V..., âgée de trente-cinq ans, souffre depuis onze ans de rhumatismes. Cette affection a débuté par le médius de la main droite avec gonflement progressif de l'articulation; gonflement qui se propagea par la suite aux autres articulations de la main droite. Un an après, toute la main droite enfla subitement d'une manière énorme. La malade souffrait toute la journée de douleurs violentes. Bientôt le gonflement et les douleurs vives disparurent. Durant quelques années, cette main était encore enflée et douloureuse. Depuis deux ans, les articulations de la main gauche et du pied gauche se tuméfièrent et devinrent douloureuses. Depuis quelques années la malade a des douleurs dans les épaules. Elle ne peut marcher tant les douleurs des talons et de la plante du pied sont intenses. Elle sent ses forces très diminuées, et a essayé les bains de boue de Pystjan pour calmer ses douleurs rhumatismales. Après cette cure, la malade se sentit un peu mieux pendant quelque temps, mais bientôt, la maladie continuant, les phénomènes morbides apparurent plus aigus. Depuis cinq ans, et surtout récemment, la malade souffre de crampes très douloureuses de l'estomac. Elle avait un mauvais appétit et perdait continuellement de son poids. Depuis son enfance elle était constipée, et devait toujours avoir recours aux purgatifs. Elle fut réglée à douze ans, toujours régulièrement, mais trop abondamment. Il y a quelques années, les règles apparurent toutes les trois semaines; dans ces derniers temps elle avait des pertes blanches. Entre dix-huit et vingt-quatre ans, elle a eu trois enfants, bien portants à ce qu'elle dit.

La malade est peu développée, elle se nourrit mal et a le teint pâle. Au sommet du poumon droit la respiration es soufflante. Dans toute la hauteur du poumon droit, la respiration est vésiculaire et rude. Les bruits du cœur sont accentués, le pouls est à 104. Le réflexe patellaire est augmenté; il y a un tremblement très marqué des doigts qui sont déjetés en dehors. Toutes les secondes articulations phalangiennes des deux mains, surtout à droite, sont enflées et douloureuses à la pression. A chaque gros orteil, l'articulation métatarso-phalangienne est gonflée. L'articulation interphalangienne de chaque gros orteil est aussi tuméfiée. Le premier, le deuxième et le troisième orteil sont imbriqués, l'un sur l'autre, comme les tuiles d'un toit et sont douloureux. Pas d'albumine dans les urines. La température était de 37°4, le poids de la malade de 44 kilogrammes. Je fis prendre encore pendant une semaine la température de la malade. Elle était dans un état subfébrile constant, 37°3 ou 37°4; seulement alors, je lui inoculai pour le diagnostic 1/10 de milligramme de ATO et PTO (bouillon filtré respectivement d'une culture de bacilles tuberculeux humains et de bacilles bovins). A la suite de ces inoculations, il se fit, surtout avec PTO, une rougeur diffuse de la peau et une infiltration qui resta encore dix jours perceptible, sous la forme d'une tuméfaction dure de la grosseur d'une noix de galle. C'est seulement alors que j'ai institué le traitement par les injections de J. K. de la sixième dilution. Après la première injection, la température est tombée au-dessous de 37 degrés. Celle-ci resta alors continuellement normale, excepté quelques élévations thermiques réactionnelles. J'ai

prolongé le traitement par les injections de la sixième jusqu'à la quatrième dilution des I. K. pendant cinq mois.

Quelques semaines après le commencement du traitement, la malade n'accusait plus de douleurs, elle pouvait déjà mieux travailler; après trois semaines, elle se sentait parfaitement bien, elle ne ressentait plus de douleurs, son appétit était bon. Elle avait, dans ce laps de temps, pris 3k5. Les règles réapparurent aussi; se répétant toutes les quatre semaines et ne durant que trois jours. La leucorrhée disparut également. La malade pouvait s'occuper de son ménage, elle ne ressentait plus que quelques douleurs légères et passagères.

J'étais curieux de savoir dans quel état de santé se trouvaient les enfants de Mme A..., que celle-ci me disait être bien portants. Sur ma demande, elle me fit voir ses deux filles, l'une de quatorze ans, l'autre de douze ans. Chez ces deux jeunes filles, la menstruation s'était établie à douze ans; les règles furent toujours irrégulières et accompagnées de pertes rouges abondantes.

La plus âgée a, de temps en temps, de la céphalalgie et transpire fréquemment depuis son enfance.

Les deux malades sont bien développées et s'alimentent normalement. Pas de signes physiques à l'auscultation des poumons. Mais elles réagissent à l'inoculation de 1/20 de milligramme de ATO et de PTO qui provoque de la rougeur et de l'infiltration douloureuses. Ces réactions positives établissaient bien, à mon avis, que les deux enfants étaient infectées par la tuberculose.

Obs. III. — Le cas suivant a trait à une femme de trente-quatre ans qui eut, il y a cinq ans, de la tuméfaction douloureuse de son genou droit et, il y a trois ans, du pied droit. Ces arthrites disparurent par un repos de plusieurs mois au lit. Depuis six mois, elle souffre de violents maux de tête, et depuis quelques mois, elle est toujours constipée. Depuis quelques semaines, sont survenues des douleurs dans le dos et la céphalalgie ne cesse d'augmenter. Depuis longtemps la malade n'a plus d'appétit. Elle a perdu beaucoup de son poids. La menstruation a toujours été régulière, mais depuis quelques années, les règles sont très abondantes, elles durent toute une semaine, après quoi elle a des pertes blanches pendant un ou deux jours. Son père est mort phtisique, il y a treize ans. Une sœur est également morte phtisique.

La malade est assez bien développée, elle s'alimente mal, est maigre, pâle, et aux deux sommets des poumons, on a de la submatité et une respiration à timbre élevé. Les bruits du cœur sont normaux; le pouls est à 86. Le poids est de 54 kilogrammes. Traitement par les I. K. de la sixième à la troisième dilution. *Après la quatrième injection, la malade fut prise de violentes douleurs, dans l'articulation coxo-fémorale droite, au point qu'elle dut se coucher de nouveau.* Mais ces douleurs disparurent en trois jours. A partir de ce moment l'appétit était revenu, les sueurs avaient diminué, et en trois semaines la malade avait repris un kilogramme. Après la dixième injection, elle eut des palpitations de cœur qui durèrent quelques jours. Au bout de deux mois de traitement, la malade se sentait très bien, elle n'avait plus de douleurs lombaires; la constipation et les sueurs avaient disparu. Actuellement elle n'a que très rarement des palpitations de cœur et ne se sent nullement fatiguée. Les menstruations durent trois jours et les règles sont de durée normale.

Obs. IV. — J. S..., trente-sept ans, employé, souffre depuis seize ans de rhumatismes pour lesquels il a fait plusieurs cures de bains de boue. Malgré ce traitement, la maladie continua ses progrès. Le rhumatisme a d'abord envahi la hanche droite; après quelques semaines, le genou droit se prit et devint douloureux. Ensuite les douleurs, bien que plus faibles, apparurent dans l'articulation tibio-tarsienne droite Depuis un an le malade a des douleurs dans tout le dos et surtout dans la région cervicale, au niveau du cou, douleurs qui l'empêchent de remuer la tête et de dormir. Il se plaint aussi de douleurs à la partie supérieure de la cuisse. Il y a un mois, il a craché du sang alors qu'il était aux bains de boue de Pystjan, et c'est cette hémoptysie qui l'a déterminé à venir me consulter.

A l'interrogatoire, il raconte qu'il a parfois de la difficulté à respirer et, de temps en temps, des palpitations de cœur. Il transpire beaucoup, il a considérablement maigri. Il y a vingt et un ans, il pesait 71 kilogrammes, maintenant il n'en pèse que 57; dans ces six derniers mois, il aurait perdu de 6 à 7 kilogrammes, bien que son appétit soit resté assez bon. Il a parfois de la constipation, il se trouve très nerveux. Sa mère respire difficilement, un frère de sa mère est mort phtisique, ainsi que sa sœur.

Le malade est pâle, amaigri, de mauvaise apparence. Son tronc est incliné en avant et sa colonne vertébrale rigide. Au sommet gauche, respiration rude aux deux temps. Au sommet et à la base droite, respiration renforcée. La matité cardiaque est un peu augmentée. Bruits du cœur accentués. Pouls à 116. Au genou droit, craquements très forts. La tibio-tarsienne droite est presque deux fois aussi grosse que la gauche. Elle est douloureuse. La partie inférieure de la cuisse droite est atrophiée. Sa partie supérieure et postérieure, le sacrum et la partie supérieure de la colonne cervicale sont douloureux à la pression.

J'ai expliqué au malade qu'il était atteint d'un rhumatisme tuberculeux. Mais il refusa le traitement spécifique et retourna prendre des bains de boue.

En résumé, dans les trois cas de rhumatisme articulaire tuberculeux (rhumatisme de Poncet) que nous avons traités par les corps immunisants, les arthropathies, jusqu'alors rebelles à toute espèce de traitements, ont été très heureusement modifiées par cette médication spécifique, dont l'action curative démontrerait, s'il en était encore besoin, leur nature bacillaire.

En même temps que ces polyarthrites, tenaces, de types divers, guérissaient, l'état général des malades se transformait, ils augmentaient considérablement de poids, leur retour à une bonne santé devenait définitif.

Par la lecture des observations que nous avons tenue au courant, jour par jour, ainsi qu'en témoignent de longues courbes de la température, du poids, etc., courbes que nous regrettons de ne pouvoir donner ici, précisément en raison de leur longueur (1), on jugera du soin que nous avons apporté dans cette étude.

Chez les malades dont nous parlons, l'emploi méthodique des corps immunisants n'a pas seulement agi sur les arthropathies, mais aussi, sur d'autres manifestations pathologiques, également de nature bacillaire : céphalées persistantes, troubles menstruels, digestifs, troubles nerveux plus ou moins graves, malaises divers, etc., ainsi que nous l'avions, du reste, maintes fois constaté et décrit dans notre livre (Loc. cit.).

La Médecine préventive du premier âge, par le docteur P. Londe, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-16 de la Collection médicale. — Prix : 4 francs, cartonné à l'anglaise. — Paris, Félix Alcan.

---

(1) Nous devons nous contenter de faire passer ces tracés sous les yeux des membres de la Société médicale des hôpitaux.

L'ÉLECTROCOAGULATION

Par M. FOVEAU DE COURMELLES.

L'électrocoagulation est une nouvelle méthode électro-chirurgicale, dérivée et modalité d'ailleurs des courants de haute fréquence. On sait comme on obtient ceux-ci : une bobine décharge son secondaire entre les armatures de deux condensateurs dont les armatures opposées sont reliées en court-circuit à un solénoïde. Dans ce dernier se produisent les ondes de haute fréquence. Si le solénoïde est grand, on y peut placer le patient, c'est la d'arsonvalisation ; s'il est petit, on peut en prendre deux points reliés à un malade, et selon les intensités employées, c'est le *circondensateur*, *la diathermie*, *la transthermie*, *la thermopénétration*, *l'électrocoagulation*, par *action de contact*. Si on relie ce petit solénoïde à un plus grand jouant le rôle de renforçateur, de *résonateur*, et que l'on se tienne à distance de l'endroit à traiter ; assez loin, on a des *effluves*, c'est une action photothérapique de lumière ultra-violette ; plus près, l'*étincelle* jaillit, selon sa plus ou moins grande longueur, c'est la *fulguration* et l'*étincellage*, *actions à distance* et semblables aux intensités près.

Il y a donc là, deux éléments : la distance et l'intensité. Pour la distance variable, je différenciai (*Annales d'Electrobiologie*, 15 nov. 1898) l'*effluve*, d'action lumineuse, de l'*étincelle*, révulsive, escarrifiante, provoquant une sérosité abondante. On n'a pas dit autre chose depuis, pour la fulguration. On a en plus des électrothérapeutes anciens qui se bornaient à la peau où ils réussissaient, appliqué aux cancers profonds, la fulguration, et maints rapports récents lui sont franchement défavorables.

Reste la haute fréquence au contact et à haute intensité, l'électrocoagulation, grande quantité d'électricité (ampérage) à faible pression, au lieu de grande pression (voltage) et petite quantité, des actions précédentes.

Alors que la pénétration des autres formes de haute fréquence est superficielle ou très peu profonde, sans élévation de température quoi qu'on en ait dit, cette action de contact et à haute intensité (2 à 2 ampères 5) pénètre très notamment et très profondément les tissus et les échauffe. Au point de vue physiologique, le professeur d'Arsonval avait noté l'élévation de température, dès 1893. Au point de vue utilisation, c'est le docteur Doyen qui l'a porté dans le domaine de la chirurgie du cancer. Partant de cette idée que les cellules morbides, cancéreuses, fondent à 55 degrés, alors que les cellules saines résistent et ne se mortifient qu'à 60 ou 65 degrés, il opère à 55 ou 60 degrés par l'électrocoagulation. Il admet un *pouvoir électif* de la chaleur, une résistance moindre des éléments pathologiques; c'est ce que j'attribuai à l'électricité, en mes recherches sur l'*électrolyse médicamenteuse* de 1890 à 1891.

Si la température s'élève, et un thermomètre spécial le démontre, si les tissus sont anfractueux, on répartit le courant et la chaleur par une solution isotonique froide qui refroidit et pénètre, porte l'action électrocoagulante.

Les cancers des muqueuses et bien des cancers, que les rayons X et le radium sont impuissants à améliorer, mais soulagent par leur analgésie propre que j'ai depuis longtemps démontrée, récidivent trop facilement après l'ablation chirurgicale, aussi large, aussi totale soit-elle. Aussi est-il important d'avoir de nouvelles armes et l'électrocoagulation apparaît comme active et puissante. Au dernier Congrès de chirurgie, Doyen a montré des cas datant de deux et trois ans, alors désespérés et encore bien portants.

Personnellement, depuis six mois, j'ai électrocoagulé des cancers accessibles, peau, lèvre, langue, col utérin et je suis satisfait de la méthode. J'attends évidemment la consécration du temps.

Le malade est couché sur une vaste surface métallique, table d'opération métallique, où il est nu, ou le dos entier reposant sur une large plaque métallique reliée à l'une des extrémités du petit solénoïde; on prend plus ou moins de tours de spire de celui-ci pour l'autre électrode de plus petites dimensions qui ira à la lésion à détruire et d'ailleurs appropriée à sa forme.

Nous avons vu comparer cette action, en somme, assez faiblement calorifique, à celle du galvano-cautère qui est de 12 à 1500 degrés et ne coupe que peu à peu, en s'enfonçant, sans agir à distance. C'est une erreur absolue.

L'éclateur, c'est-à-dire l'endroit des armatures externes des condensateurs reliées à la bobine, et où a lieu l'étincelle, la décharge, a une grande importance. Il ne s'agit plus de grandes étincelles, mais de petites étincelles chaudes et nourries. D'ailleurs, on peut, on *doit* même régler d'avance son appareil en agissant sur un morceau de viande quelconque, et l'œil fixé sur le galvanomètre, placé dans le circuit secondaire de la bobine, voire sur le trajet de l'électrode fermant le circuit d'utilisation du solénoïde, on règle la distance optimum de l'éclateur. En opérant sur le patient, on n'a plus qu'à régler le nombre de spires du solénoïde, en regardant son galvanomètre, et en mettant plus ou moins de courant pour le primaire de la bobine.

Pour les lésions peu profondes que j'ai personnellement opérées, peau, lèvre ou langue, je n'ai eu recours qu'à une intensité de 1 ampère 2 ou 1 ampère 5 qui a été très suffisante pour avoir même de larges et suffisantes escarres qui sont tombées au bout de quelques jours. La cicatrisation s'est faite rapidement ; un malade qui ne pouvait plus parler et ne se nourrissait plus que de liquides, parlait et mangeait de tout quinze jours après; un autre, à dentition déplorable, où des frottements continus empêchaient la cicatrisation, l'a vu se produire après des badigeonnages de bleu de méthylène. On m'objectera peut-être que cet agent seul eût suffi, je ne le crois pas, le radium avait été impuissant, et seule, l'absence de cicatrisations due aux frottements a été annihilée par le bleu de méthylène.

D'ailleurs, je ne prétends nullement que l'électrocoagulation soit un moyen infaillible contre tous les

cancers. Ceux-ci sont nombreux de formes et d'évolution, à traitements actifs différents. Mais nous avons une arme de plus, à la portée des chirurgiens et des électrothérapeutes, pouvant se faire, à la façon d'une avulsion dentaire avec anesthésie générale, chez l'opérateur ou l'opéré, et cela m'a paru digne à publier, en présence d'améliorations très notables déjà obtenues, en attendant que le temps en consacre, comme je le crois et l'espère, définitivement, la valeur, au moins en des cas bien déterminés.

IIIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE
DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

[*Paris, 18-20 avril 1911*] (1)

Traitement du lupus. — Il n'existe pas un traitement unique du lupus, mais toute une série de méthodes qu'il faut savoir appliquer judicieusement, selon la forme de l'affection : souvent même il est nécessaire d'en associer plusieurs, au cours d'un traitement. Les petits lupus bien circonscrits doivent être enlevés chirurgicalement : la cicatrice sera traitée par la radiothérapie ou la photothérapie. La photothérapie est le traitement de choix du lupus, peu étendu, de la joue, front et menton. Les cicatrices sont belles. La méthode de Finsen est préférable aux procédés qui en sont dérivés, et même à l'héliothérapie. La radiothérapie, seule ou combinée aux scarifications et au râclage, est indiquée dans les cas de lupus plus étendu, dans le lupus saillant, turgescent, infiltré, croûteux, ulcéré : elle fait le gros œuvre, prépare le terrain, isole les nodules, mais ceux-ci doivent être détruits ensuite par la galvano-cautérisation ou l'électrolyse. Combinée aux scarifications, elle donne d'admirables et de rapides résultats dans les lupus superficiels. La radiumthérapie agit à peu près comme la radiothérapie, peut-être moins activement et au prix de plus grandes difficultés. Les nodules lupiques persistent. La haute fréquence ne guérit pas le lupus. Sous forme de fulguration, ou après grattage, elle favorise les cicatrices. L'électrolyse négative détermine, si on emploie une intensité suffisante, la destruction des nodules. L'ionisation lui est inférieure. L'air chaud, à température destructive, est un très utile complément du grattage, dans les lupus très étendus. Il faut enfin soigner l'état général et, à ce titre, les stations hydrominérales seront un utile adjuvant.

Tel est le résumé de l'excellente étude d'ensemble présentée par M. Belot (de Paris), après les communications de M. Keating Hart (de Paris), Nogier (de Lyon), Laborderie (de Sarlat).

Traitement des fibromes utérins. — M. Bralant (de Paris) résume l'enseignement de M. Stapfer (de Paris), qui a tiré de l'Ecole suédoise une série de pratiques gymnastiques et massothérapiques, qui n'ont, d'ailleurs, aucune action sur l'évolution des fibromes, mais permettent à la malade de faire assez bon ménage avec sa tumeur. — M. de Langenhagen (de Luxeuil) rapporte les résultats des nombreuses cures thermales recommandées ordinairement dans le traitement des fibromes utérins, et dont les types principaux sont les eaux salines de Salies de Béarn, Salins du Jura, et Salins-Moutier, — les eaux indéterminées de Luxeuil, — et celles sulfureuses de Saint-Sauveur. La spécialisation de ces stations est basée sur un fait d'expérience, assez mal expliqué : la régression possible des fibromes au cours de la cure pratiquée en bains généraux et en irrigations vaginales hyperthermales. — MM. Laquerrière et Guilleminot (de Paris) exposent les effets vaso-constricteurs de la faradisation et les récentes améliorations de volume et d'accidents obtenues dans le traitement des fibromes par la radiothérapie (Foveau de Courmelles). Chez les malades d'un âge assez avancé, on peut tenter d'obtenir, par ces moyens, une ménopause précoce. — M. Chéron (de Paris) confirme cette opinion, au nom de la radiumthérapie. — M. Siredey (de Paris) admet également que, chez les femmes qui approchent de la ménopause, l'intervention de la radioactivité est légitime ; mais s'il y a accroissement de la tumeur, ne pas s'attarder dans le traitement électrique, et faire intervenir le chirurgien. — En résumé, l'action des divers agents physiques est parfaitement légitime dans le traitement des fibromes, surtout en vue de l'arrêt des hémorragies et de l'amélioration des divers troubles fonctionnels. En outre, deux de ces agents : les cures thermales et la radioactivité peuvent exercer sur la tumeur une action régressive et, par conséquent, permettre d'éviter l'intervention chirurgicale, surtout aux approches de la ménopause. Cette intervention reste, néanmoins, nécessaire, lorsque les accidents s'aggravent, lorsque la tumeur grossit, ou lorsque la ménopause est trop éloignée.

Communications diverses. — MM. Belot, Laquerrière et Nogier ont eu quelques résultats dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'électricité et la radiothéraphie. — M. Keating-Hart a présenté de belles cicatrices de tuberculose osseuse et cutanée, obtenues avec la fulguration. — MM. Belot, Cluset, Guilleminot, Nogier ont montré de belles radiographies instantanées des organes thoraciques en mouvement. — M. Miramond de la Roquette (de Nancy) a exposé le traitement des péritonites tuberculeuses par le surchauffage lumineux.

*
* *

Durant les six séances du Congrès, MM. Menuet (de Tours) et Colanéri (de Reims) ont réussi à assurer la rédaction des communications et discussions, les résumés des rapports, et l'exécution des comptes rendus, avec tant d'ordre et d'exactitude, que nous devons les remercier du zèle et de l'habileté qu'ils ont montrés dans une tâche toujours difficile et souvent moins bien remplie.

MAURICE FAURE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 46 p. 702 et n° 49, p. 750.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1911)

Angine de Vincent traitée par l'arsenobenzol. — MM. Ch. ACHARD et Ch. FLANDIN présentent une jeune femme convalescente d'une angine de Vincent à forme grave. L'amygdale droite fut d'abord atteinte, puis la gauche et le voile du palais, et il se développa un œdème inflammatoire considérable qui se termina par une perte de substance du bord du voile du palais et la disparition totale de la luette.

Les applications d'eau oxygénée et de bleu de méthylène restèrent sans effet. En raison de la parenté du spirille de Vincent avec le tréponème de la syphilis, les applications d'arsenobenzol furent essayées, d'abord en solution alcalinisée, ou acide, puis en poudre. La fièvre tomba en deux jours, l'exsudat se détergea et les ulcérations se cicatrisèrent rapidement. Une otite catarrhale interrompit seulement, par une poussée fébrile de quatre jours, la convalescence.

L'examen de l'exsudat, à l'ultramicroscope et sur lames colorées, avait montré la présence de bacilles fusiformes et de spirilles, ainsi que l'absence de tréponèmes syphilitiques. La réaction de Wassermann n'était pas positive. Rien d'ailleurs ne rappelait l'aspect clinique de la syphilis : la marche des accidents était franchement aiguë, l'ulcération n'était pas indurée, il n'y avait pas d'adénopathie, mais seulement un léger empâtement diffus derrière l'angle maxillaire. L'atteinte successive des deux amygdales est également contre l'idée d'un chancre syphilitique.

La rapidité avec laquelle les ulcérations se sont détergées et cicatrisées à la suite des applications d'arsenobenzol légitimera de nouveaux essais de ce remède dans le traitement de l'angine de Vincent, d'autant plus que la maladie est souvent rebelle aux traitements usités jusqu'alors et qu'elle est capable d'entraîner quelquefois des lésions destructives.

Le signe de la phénolphtaléine en coprologie. Ses rapports avec la physio-pathologie cellulaire hépatique. — M. H. TRIBOULET. En dehors de la réaction *rouge* à la phénolphtaléine qui peut indiquer la présence de sang dans les selles, l'auteur attire de nouveau l'attention sur une réaction *rosée fugace* (signe de la phénolphtaléine) capable de révéler dans les selles un produit anormal de la fonction biliaire.

Dans les selles de flux bilieux, type méconium, dans les selles des états infectieux hyperpyrétiques, dans les selles blanches des petits sujets atrophiques, et de l'ictère catarrhal, le signe de la phénolphtaléine peut se montrer, indiquant une déviation pigmentaire intermédiaire à l'hémoglobine et à la bilirubine (soit hématophosphyrine, soit pigment ferrique).

Les données cliniques semblent justifier cette manière de voir, et il reste à en apporter le contrôle expérimental.

Persistance d'un trou de Botal de dimension exagérée sans cyanose. — MM. Henri DUFOUR et HUBER. Le cœur, que les auteurs présentent provient d'une malade ayant succombé à la suite d'une lésion mitrale où prédominait le rétrécissement. Cette malade avait eu autrefois des crises de rhumatisme articulaire aigu, mais elle était surtout, au point de vue clinique, restée infantile, avec petitesse des extrémités, de la taille, et de plus avait une scoliose d'origine inconnue. Cette femme a vécu jusqu'à l'âge de vingt-six ans, et à l'autopsie les auteurs purent constater, en plus des lésions de la mitrale, une persistance du trou de Botal telle qu'il est exceptionnel d'en rencontrer de pareilles. L'orifice ne mesurait pas moins de 4 centimètres de diamètre. Avec une pareille communication, il est tout à fait extraordinaire qu'il n'y ait pas eu trace de cyanose, et c'est le point sur lequel nous désirons insister dans cette communication. Cette observation appuie donc d'une façon remarquable la théorie d'après laquelle la cyanose reste indépendante de la communication interauriculaire.

Leucoplasie labiale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PORTRET présentent un sujet âgé de cinquante-huit ans, cuisinier, chez lequel ils ont observé une leucoplasie occupant les commissures labiales, surtout développées du côté droit, et datant de cinq mois, augmentant continuellement, empêchant toute alimentation et l'usage du tabac, et accompagnée de stomatite ayant envahi toute la cavité bucco-pharyngée.

Le malade nie toute syphilis et avoue être un grand fumeur. Il semble pourtant avoir eu un chancre il y a six mois, au tiers externe droit de la lèvre inférieure.

Après la guérison de la stomatite par le chlorate de potasse, la leucoplasie très abondante fut traitée par le salvarsan.

Une injection pratiquée suivant le procédé décrit par M. Queyrat a amené la guérison en quatre jours.

On ne constate aucun reliquat, le malade ayant recommencé à se nourrir et même à fumer sans que cela lui occasionne de douleur.

Les auteurs insistent sur :

1° La précocité et l'intensité de la leucoplasie évoluant depuis cinq mois et empêchant toute alimentation ;

2° La technique particulière de l'injection qui fut peu douloureuse et n'a pas empêché le malade de travailler ;

3° La guérison absolue en quatre jours et après une seule injection de salvarsan.

Un nouveau cas d'oosporose pulmonaire à forme de bronchectasie. — MM. M. GARNIER et L. BORY rapportent l'observation d'une femme de vingt-cinq ans atteinte, depuis l'âge de onze ans, d'une affection pulmonaire dont la nature a toujours été mal définie et qui n'est autre qu'une forme de l'oosporose. Cliniquement, la malade ne présente aucune atteinte de dilatation bronchique, et à ce propos il est à remarquer que plusieurs des observations d'oosporose pulmonaire publiées dernièrement par MM. Roger, Bory et Sartory se rapportent à des malades chez lesquels l'examen clinique conduisait au diagnostic de bronchectasie. L'examen des crachats permit de reconnaître d'abord l'absence de bacilles de Koch et la présence d'un organisme se cultivant facilement sur bouillon maltosé, donnant dans les cultures, après six à huit jours, des formes allongées et souvent branchées en T ou en Y ; enfin, on peut pourtant rencontrer, vers le dix-septième ou le dix-huitième jour, des appareils conidiens (Sartory). Ce champignon se rapproche, par la plupart de ses caractères, de l'*oospora pulmonalis*, il en diffère parce qu'il ne prend pas le gram et qu'il se cultive sur gélose maltosée ; il paraît en être une variété.

L'action pathogène exercée par cette oospora est démontrée par la formation d'une sensibilisatrice spécifique sur le sang de la malade. En effet, la réaction de fixation fut positive en prenant une antigène à une culture d'oosporose. C'est la deuxième fois que cette réaction est appliquée au diagnostic de l'oosporose.

La forme bronchectasique n'est peut-être pas la plus fréquente parmi celle que peut revêtir l'oosporose pulmonaire ; mais elle paraît être la plus typique. En effet, la dilatation des bronches est peu commune chez l'adulte ; et si on veut bien poursuivre une enquête étiologique à propos de chaque cas observé, il est probable qu'on arrivera à démontrer que beaucoup de cas de bronchectasie relèvent de l'oosporose pulmonaire.

Quelques cas de rhumatisme tuberculeux guéris au moyen de corps immunisants (« J. K. ») de Carl Spengler, par M. HOLLÓS. — (Voir plus haut, p. 761.)

ACTUALITÉS

LA VARIOLE BLANCHE

Nous sommes menacés, paraît-il, d'une maladie nouvelle, et c'est du Brésil qu'elle nous arriverait. C'est la *variole blanche* dont le docteur Max Rudolph, qui exerce à Estrella do Sul, vient de donner une intéressante description dans le *Münchener medizinische Wochenschrift* (1911, n° 6).

Depuis longtemps déjà on avait entendu parler d'affections des régions tropicales simulant la variole; les moines de l'Afrique occidentale désignaient ces exanthèmes sous le nom de *Bullocks*, et les missionnaires de l'Afrique orientale établissaient une distinction entre la variole vraie et la variole blanche, cette dernière sans gravité.

Or, depuis un an environ, règne, dans la province de Minas Geraes et dans les provinces voisines de Bahia, de Sao Paulo et de Goyas, une épidémie consistant en un exanthème aigu pustuleux, identique au premier abord à l'exanthème variolique, pendant la première partie de son évolution, et qui s'accompagne d'une fièvre semblable à celle de la variole. L'immunisation produite par la vaccine est la même dans les deux affections.

Cette épidémie n'avait jamais été observée, semble-t-il, dans l'Amérique du Sud, elle atteindra probablement bientôt la côte, et grâce au mouvement considérable des ports de Rio de Janeiro et de Santos atteindra, sans doute, l'Europe peu après. Il sera bon alors d'être averti pour ne pas commettre d'erreurs de diagnostic.

Les premiers cas furent signalés dans la vallée du Rio de San Francisco comme *beriga* (variole), puis l'épidémie se propagea et gagna la province de Minas sous le nom nouveau d'*Alastrim*. M. Rudolph, qui vit les deux premiers cas, les considéra comme variole, mais au troisième l'évolution bénigne de la maladie le fit revenir sur son opinion. Cette bénignité est telle, en effet, que, d'après une statistique recueillie à Araguary, sur 2389 cas il n'y eut que 48 décès, soit environ 2 p. 100. Pour Estrella et ses environs, Rudolph calcule que la mortalité fut de 2 1/2 p. 100, quoique la plus grande partie des malades fussent loin de tout secours médical et dans des conditions hygiéniques déplorables.

Quelle est l'origine de cette épidémie? En 1904, W. E. de Korté en décrivit une à type varioliforme, mais avec mortalité minime dans le sud de l'Afrique où elle fut appelée *Amaas*, *variole des Cafres*, ou *variole laiteuse*. Est-ce la même qui aurait été transportée d'Afrique à Bahia par les nègres? Il est difficile de l'affirmer, d'autant plus que Rudolph n'a pu retrouver, dans les pustules qu'il a examinées à Estrella, les protozoaires amiboïdes présentant des corpuscules verdâtres réfringents à la lumière, que Korté décrivit comme agents pathogènes de l'épidémie par lui observée.

Dans l'épidémie brésilienne, Rudolph nous enseigne que, tout comme dans la variole, la période d'incubation est de dix à quatorze jours, puis apparaissent des symptômes initiaux analogues à ceux de la variole: conjonctivite, céphalée, bronchite, nausées, douleurs gastriques, douleurs dans les membres. Les vomissements sont inconstants et la rachialgie semble moins violente que dans la variole vraie. Rudolph n'observa jamais d'exanthème initial au niveau du triangle fémoral ou aux jambes.

La fièvre monte rapidement, parfois en vingt-quatre heures, à 40°5 ou 41 degrés, puis à la fin du troisième jour ou, plus rarement, au cours du quatrième, il y a une brusque défervescence, sans chute au-dessous de la normale, en même temps qu'apparaît l'exanthème. Dans les cas normaux, il n'y a pas d'exacerbation consécutive, parfois seulement une température de 37°8 à 38 degrés, contrairement à ce qui passe dans la variole. C'est dire qu'il n'y a pas de période de fièvre de suppuration, et la courbe montre, par suite, une grande ressemblance avec celle de la varioloïde.

Après la chute thermique, la plupart des malades se sentent parfaitement à leur aise et peuvent se lever, vaquer à leurs occupations, s'exposer à l'air sans inconvénients.

Dans la majorité des cas, la diazo-réaction apparaît dans les urines dès la fin du premier jour de fièvre, et elle reste positive jusqu'après l'abaissement de la température et l'apparition de l'exanthème. Rudolph signale ce fait, car il n'a pu trouver, dans la littérature, ce qui se passe à ce point de vue dans la variole vraie, et vu la similitude des deux affections au début il pourrait y avoir là un précieux moyen de diagnostic. Dans quelques cas seulement, il a pu constater dans l'urine quelques traces d'albumine.

Comme dans la variole, l'exanthème se montre le troisième ou le quatrième jour sous forme de petites taches rouges, semblables à celles de la rougeole, irrégulièrement disséminées, débutant d'ordinaire au front, puis envahissant par poussées l'abdomen, la poitrine, le dos, les extrémités. Les paumes des mains, les plantes des pieds sont envahies. L'exanthème suit manifestement les travées conjonctives principales de la peau.

Les muqueuses sont envahies en même temps que la peau, et rarement avant elle, y compris les muqueuses vaginale et urétrale.

Au début, les macules font à peine une légère saillie, que l'on reconnaît facilement au toucher; après trois jours, pendant lesquels les papules ont grossi et sont devenues parfois confluentes, on constate à leur centre de petites vésicules à contenu transparent. Souvent dès le jour qui suit la vésicule, qui s'est élargie, devient opaque, blanche ou blanc jaunâtre et prend une forme allongée. A cette période la peau apparaît comme arrosée de gouttes de lait de chaux, et de la papule des jours précédents, il ne persiste qu'une faible partie entourant la pustule comme un halo rouge. Mais, fait important, l'ombilication caractéristique de la variole fait défaut. Le malade entre alors dans la période de suppuration sans qu'il se produise une nouvelle élévation de température, comme nous l'avons déjà dit. Les pustules grandissent et deviennent souvent confluentes, surtout au visage, si bien que les malades peuvent être absolument méconnaissables et que le cou disparaît; on n'observe cependant pas l'odeur répugnante des varioleux à cette période.

Au neuvième jour environ commence le stade de dessiccation, la pustule se transforme en une croûte plane de couleur sombre, et seulement alors apparaît une ombilication secondaire, due à la dessiccation. Les croûtes tombent vers le quatorzième ou le quinzième jour, un peu plus tard au niveau des régions pourvues de poils, et l'on voit une cicatrice livide, encore un peu saillante, qui disparaît à peu près complètement en quelques mois. Dans quelques cas cependant il reste des cicatrices durables, surtout vers les ailes du nez, dues à une infection secondaire du chorion. Elles se distinguent cependant des cicatrices de la variole en ce qu'elles sont moins profondes, plus allongées, et à bords dentelés. Il est intéressant de noter que de Korté a vu des cicatrices semblables dans l'épidémie sud-africaine dont nous avons parlé plus haut et leur a accordé une grande importance diagnostique.

L'absence d'ombilication s'explique si l'on examine une coupe de la pustule. On voit alors que l'armature centrale caractéristique des pustules varioliques fait complètement défaut. De plus le siège anatomique n'est pas le réseau de Malpighi comme dans la variole, mais l'exsudation se forme dans la couche cornée dont elle sépare les deux couches. Nous n'avons donc pas ici les rubans cellulaires qui déterminent l'extension irrégulière de la pustule et son ombilication. D'autre part, la position superficielle de la pustule dans la variole blanche explique l'absence de cicatrices permanentes. Les papilles du chorion, qui, dans la variole, sont toujours aplaties et pré-

sentent une infiltration inflammatoire, ne participent point ici au processus. Les pustules plus profondes y sont en effet en petit nombre.

Les complications observées ont été l'orchite, l'ulcération de la cornée, l'avortement, la paralysie du péronier. Les nouveau-nés sont rarement atteints et s'ils le sont l'évolution est bénigne. La race noire présente une réceptivité plus grande.

La vaccination protège de façon absolue contre l'affection. Des familles entières ont été atteintes à l'exception des individus vaccinés. Sur 357 malades, aucun n'avait été vacciné récemment, en calculant la période d'immunisation consécutive à la vaccination à huit ans chez les blancs, à la moitié d'une année chez les noirs. Par contre, la maladie n'immunise pas contre la vaccination, ou du moins n'immunise que pour un temps très court qui n'a pas d'importance pratique. Six mois après l'affection on peut obtenir une vaccination positive.

Les animaux ne paraissent pas réceptifs.

Ni sur des coupes, ni sur des préparations obtenues par grattage, Rudolph n'a pu découvrir de corpuscules de Guarnieri ou autres semblables. Le contenu des pustules ne présente pas de streptocoques, donnée interessante qui explique l'absence de fièvre suppurative. Il consiste, comme dans la variole, en leucocytes intacts ou dégénérés.

Par les procédés de filtration, Rudolph a pu voir de nombreux corpuscules ronds, semblables à des cocci, colorés en rouge sombre par la méthode de Giemsa, non colorables par le gram, ne cultivant pas sur les milieux ordinaires, et qui, par leur forme et leur réaction vis-à-vis des substances colorantes, ressemblent aux corpuscules décrits dans la variole et la vaccine par divers auteurs, mais paraissent un peu plus gros.

De même que pour la variole, il serait prématuré d'affirmer si ces corpuscules représentent des agents pathogènes ou si ce sont des produits de l'affection.

La formule hématologique paraît être normale, sauf la présence de globules rouges nucléés dans deux cas sur quatre examinés à ce point de vue, et une éosinophilie manifeste rencontrée dans trois cas observés peu avant l'apparition de l'exanthème.

En résumé, la variole blanche du Brésil est un exanthème aigu pustuleux, très semblable à la variole dont il se rapproche par l'aspect, par l'évolution fébrile du premier stade, par la présence de corpuscules ronds dans le produit de filtration du contenu des pustules, par l'immunisation complète donnée par la vaccination. Il s'en distingue par la courte immunisation de six mois qu'il entraîne vis-à-vis de la vaccine, par sa bénignité, par la marche de la fièvre après le premier stade, par le siège histologique, par l'absence d'ombilication des pustules, par ses cicatrices caractéristiques.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

JURISPRUDENCE

LES RADIOGRAPHIES ET LE TARIF DUBIEF

Les radiographies faites par le médecin qu'a choisi l'ouvrier, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, doivent-elles être soldées par le chef d'entreprise ? Telle est la question qui nous est posée par un de nos lecteurs.

En l'état actuel de la jurisprudence et considérant le caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, nous ne pouvons répondre que par la négative.

Une jurisprudence, assez répandue dans les tribunaux de paix, met au compte du patron les frais de l'intervention radiographique. D'après cette jurisprudence, le tarif Dubief n'est indicatif et limitatif qu'en ce qui concerne le prix, et le législateur l'a si bien voulu que le tarif du 30 septembre 1905 n'est pas limitatif, puisqu'il est dit à la fin dudit article 4, modifié par la loi du 31 mars 1905 : « Le tarif ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans. » Ce tarif n'ayant pas été modifié, il se trouve n'être plus en rapport avec les découvertes de la science et les nouveaux traitements appliqués. Or, comme la radiographie est un mode de diagnostic qui ne s'est répandu que postérieurement à la confection du tarif du 30 septembre 1905, qu'il constitue un procédé indispensable dans certains cas pour déterminer exactement les lésions, leur importance et, par suite, le mode de traitement, elle doit rentrer dans les frais médicaux, frais qui doivent comprendre toutes les dépenses nécessaires ou utiles à l'amélioration du blessé. Cette jurisprudence va même plus loin ; elle admet que le médecin spécialiste, chargé par son confrère, médecin de l'ouvrier, de faire les radiographies, n'ait pas à en aviser au préalable le patron. (Voir en ce sens, Trib. paix, Nîmes, 3e canton, 30 juin 1910, *Archives d'électricité médicale de Bordeaux*, 25 décembre 1910.)

Or, cette interprétation du tarif Dubief est inexacte. Deux jugements de la quatrième chambre du tribunal civil de la Seine des 21 et 23 mars 1910 (*Rec. accid. du trav.*, 1910, p. 28 et 30) ont solutionné la question de manière toute différente. D'après cette seconde jurisprudence, une expertise ordonnée par la justice seule fait supporter les frais de radiographie au chef d'entreprise et le juge de paix est incompétent pour estimer ces frais à un prix qui n'est pas fixé par le tarif. Le chef d'entreprise ne peut être tenu de payer au médecin choisi par son ouvrier que les frais prévus et tarifiés par l'arrêté ministériel. Les radiographies ne peuvent être comprises dans les frais médicaux car elles ne figurent pas dans l'énumération limitative de l'arrêté. Et ce serait aggraver les charges qui doivent être supportées par le chef d'entreprise que de lui imposer d'autres frais.

Ces deux jugements ne font, en principe, que consacrer ce qui a déjà été jugé, en ce qui concerne l'interprétation limitative du tarif Dubief. En effet, l'arrêté du 30 septembre 1905 est un traité forfaitaire, spécialement établi pour le règlement des frais dus à l'occasion des soins donnés à l'ouvrier blessé dans son travail. Comme tout tarif, ledit arrêté comporte l'état des honoraires strictement alloués. Le caractère uniforme et obligatoire dans les cas déterminés par la loi, dont ce tarif est revêtu, défend au juge toute initiative, toute innovation qui pourrait majorer ou diminuer la dette du chef d'entreprise (sauf le cas de l'expertise), et l'oblige à s'y conformer strictement lorsque le médecin est choisi par l'ouvrier. Il en serait autrement si le patron lui-même choisissait le médecin ; celui-ci aurait toute latitude pour réclamer des honoraires autres que ceux prévus au tarif (Cour de Bourges, 27 avril 1909; Trib. paix, Rouen, 20 octobre 1909, *La loi*, 30 juin et 17 novembre 1909).

De ce qui précède, il résulte qu'une revision du tarif Dubief serait opportune.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MARINE. — INSTRUCTION RELATIVE A L'ADMISSION EN 1911 DANS LES TROIS ÉCOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE ET A L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE A BORDEAUX. — I. *Mode d'admission aux écoles annexes.* — Les jeunes gens désireux de suivre les cours des écoles annexes doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français;

2° Avoir au 1er janvier 1911 : *a.* pour la ligne médicale, vingt-deux ans au plus; *b.* pour la ligne pharmaceutique, vingt

et un ans au plus, à moins que l'étudiant ne justifie déjà d'une année de stage officiel.

Les limites d'âge ci-dessus sont reculées d'un an pour les candidats ayant accompli leur service militaire. Les postulants devront en outre n'être pas susceptibles d'être appelés sous les drapeaux au mois d'octobre 1911;

3° Avoir été vacciné avec succès ou avoir eu la petite vérole;

4° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire;

5° *a*. Pour la ligne médicale : être pourvu du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou de tout autre baccalauréat ou certificat permettant aux termes des règlements universitaires en vigueur, de faire les études médicales, et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

b. Pour la ligne pharmaceutique : être en possession d'un diplôme de bachelier.

Les pièces à produire à l'appui de la demande (qui doit indiquer le lieu de résidence du candidat) pour être admis à suivre les cours des écoles annexes sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, dûment légalisé;

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille, constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français;

3° Un certificat d'un médecin de la marine ou de l'armée de terre, constatant que le candidat est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire;

4° Les diplômes ou certificats mentionnés ci-dessus. Les candidats doivent produire leurs diplômes ou, s'ils n'ont pas été délivrés, les certificats provisoires; les copies, même certifiées, de ces pièces ne sont pas admises à en tenir lieu. Exceptionnellement, les candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une école annexe sans produire l'un des diplômes, s'ils remplissent toutes les autres conditions réglementaires ; mais leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient, avant le 30 novembre, de la possession du diplôme manquant;

5° Un certificat de bonnes vie et mœurs;

6° Le consentement des parents si le candidat est mineur.

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au préfet maritime du port où se trouve l'école annexe choisie par le candidat, entre le 1er et le 15 octobre.

Le préfet maritime statue sur les demandes, après avis du directeur du service de santé, et arrête la liste des candidats admis à suivre les cours. Il avise les intéressés de leur admission et de la date à laquelle ils devront rejoindre le port.

Les élèves des écoles annexes s'entretiennent à leurs frais, ils logent et prennent leurs repas en ville et ne portent pas d'uniforme.

Ces élèves acquittent les frais des quatre premières inscriptions.

Les élèves ayant subi un premier concours d'admission, à l'école de Bordeaux, sans succès, pourront être autorisés par le préfet maritime, sur la proposition du directeur de leur école, à redoubler une année d'études, tant qu'ils réuniront les conditions d'âge et d'aptitude requises.

II. *Mode d'admission à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.* — Les élèves du service de santé de la marine se recrutent par voie de concours.

Le concours comprend des épreuves d'admissibilité et des épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu à Paris, Brest, Rochefort et Toulon, les 17 et 18 juillet 1911.

Les épreuves d'admission auront lieu à Brest, Rochefort et Toulon à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Sont admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale ;

2° Les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés de médecine, des écoles de médecine de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1911, vingt-trois ans au plus; la limite d'âge est reculée d'un an pour les candidats ayant accompli une année de service militaire;

3° Avoir été vacciné avec succès ou avoir eu la petite vérole;

4° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire;

5° Avoir accompli une année d'études médicales dans l'une des écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon, ou pour les candidats ne provenant pas de ces écoles annexes, être pourvu, au jour de l'ouverture du concours, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, institué par le décret du 31 juillet 1898 et de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

Les jeunes gens qui se destinent à la carrière pharmaceutique doivent justifier, soit de deux années d'études dans une école annexe, soit d'une année de stage officinal et d'une année d'études dans une école annexe, soit de deux années de stage régulier pour le grade de pharmacien de première classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les pièces à produire à l'appui de la demande pour être admis à prendre part au concours sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, dûment légalisé;

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille, constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français;

3° Un certificat du commandant du dépôt des équipages de la flotte ou du commandant de recrutement de la subdivision territoriale, établi l'année du concours, et constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, que le candidat est apte au service militaire et a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole;

4° Une déclaration écrite indiquant la résidence du candidat, le lieu où devra lui être adressée, le cas échéant, sa lettre de nomination et les centres d'examen (admissibilité et admission) choisis par l'intéressé, parmi les villes désignées ci-dessus.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre;

5° Un certificat du commandant de recrutement établissant la situation du candidat au point de vue de ses obligations du service militaire;

6° a. *Etudiants en médecine.* — Le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et un certificat d'inscription constatant que le candidat a pris régulièrement quatre inscriptions dans une faculté de médecine;

b. *Etudiants en pharmacie.* — Un certificat du juge de paix ou du directeur de l'école de pharmacie constatant les inscriptions de stage officinal.

7° Une déclaration, sur papier timbré, du père, de la mère, du tuteur ou du candidat lui-même s'il est majeur ou jouit de ses biens, reconnaissant qu'il s'engage : 1° à payer la pension, le trousseau, les livres et objets nécessaires aux études : cet engagement devient nul, en partie, en cas de concession d'une bourse ou d'une demi-bourse, d'un trousseau ou demi-trousseau; 2° à rembourser au Trésor les frais de scolarité et d'examen dans le cas où l'ayant cause serait exclu de l'école ou n'obtiendrait pas le grade de médecin ou de pharmacien de troisième classe, ou le grade de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe, ou ne réaliserait pas l'engagement sexennal (modèle n° 1 annexé à la présente instruction).

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au ministre (service central de santé) entre le 15 juin et le 1er juillet; les dossiers des élèves des écoles annexes sont transmis en un seul envoi par les préfets maritimes. Le ministre avise les candidats autorisés à concourir.

Les candidats qui seraient pourvus d'un ou de plusieurs certificats d'études supérieures délivrés par une faculté de sciences en sus des diplômes et certificats obligatoires devront les joindre à leur dossier.

Chacun de ces certificats donne droit à une majoration de vingt points.

(Pour les bourses et trousseaux, consulter le *Journal officiel* du 26 avril 1911.)

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE (Rome, 24-30 septembre 1911). — PROGRAMME DU CONGRÈS. — Samedi 23, à neuf heures du soir : Réception des congressistes au château Saint-Ange.

Dimanche 24, à dix heures : Inauguration solennelle du Congrès dans le grand amphithéâtre *Augusteum*.

Lundi 25, à neuf heures du matin : Séance d'ouverture des sections et commencement des travaux.

Mardi 26, mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29, à une heure : Suite des travaux des sections.

Samedi 30, à dix heures du matin : Séance de clôture du Congrès.

Durant le Congrès, il y aura une réception offerte par la ville de Rome à MM. les congressistes, au Capitole.

AVANT LE CONGRÈS. — La dixième conférence internationale contre la tuberculose se réunira en grand conseil de l'Association internationale dans le siège même du Congrès, samedi 23 septembre 1911, sous la présidence de M. Léon Bourgeois.

Rappelons qu'il y a trois sections :

1° *Etiologie et épidémiologie de la tuberculose.*

2° *Pathologie et thérapeutique de la tuberculose* (médicale et chirurgicale).

3° *Défense sociale contre la tuberculose.*

Pendant le Congrès il y aura une exposition d'hygiène sociale pour la lutte contre la tuberculose.

Durant le Congrès auront lieu, à des jours fixés, des conférences au grand public sur les questions les plus intéressantes de la lutte antituberculeuse.

Les adhésions, cotisations et demandes de livret de voyage et projets de communications concernant le Congrès doivent être envoyées à M. le docteur Maurice de Fleury, secrétaire général du Comité français, 139, boulevard Haussmann.

RENSEIGNEMENTS POUR LES CONGRESSISTES. — *Arrivée à Rome.* — A la gare de Rome, à partir du 23 septembre, fonctionnera un bureau d'informations où MM. les congressistes pourront demander et avoir tous les renseignements nécessaires.

Logements. — Le Comité d'organisation facilitera à MM. les congressistes la recherche et la distribution des logements dans les hôtels de la ville.

Réductions sur les chemins de fer. — La carte de membre du Congrès ne donne pas droit aux réductions sur les chemins de fer italiens. A l'occasion des fêtes du cinquantenaire, il y aura en vente, en Italie, des livrets de chemins de fer, ayant huit bons de circulation, à des prix réduits (de 40 à 60 p. 100). Des huit bons il faut en employer un pour le voyage de la frontière à Rome ; les autres, pour quelque voyage que ce soit en Italie, destination au choix du congressiste.

Ce livret de chemins de fer qui offre des réductions de voyage si extraordinaires coûte L. 10,50. Chaque congressiste peut l'acheter aux gares de la frontière. Cependant le secrétariat du Congrès s'engage, sur demande, à l'acheter et à l'adresser aux congressistes avant leur départ. En ce cas, il faut envoyer de suite le bulletin d'adhésion, accompagné d'autant de cotisations de L. 10,50 que l'on veut de livrets de réduction.

Les réductions sur les chemins de fer italiens, des gares de la frontière à Rome, correspondent aux prix de voyage suivants :

Ventimiglia : 1re classe, 35 fr. 65 ; 2e classe, 23 fr. 20 ; 3e classe, 14 fr. 85.

Modane : 1re classe, 39 fr. 40 ; 2e classe, 25 fr. 85 ; 3e classe, 16 fr. 65.

Admission au Congrès. — Chaque congressiste, sitôt arrivé à Rome, doit se présenter aux bureaux du secrétariat du Congrès pour retirer tous les documents, pièces, cartes d'admission aux fêtes, etc. Il doit aussi faire légaliser, par le visa du Comité, sa carte de membre du Congrès qu'on lui remettra lors du paiement de sa cotisation d'adhésion. MM. les congressistes qui à leur arrivée à Rome n'auraient pas rempli la formalité de leur inscription au Congrès pourront le faire avant et durant le Congrès au bureau du secrétariat.

Poste, télégraphe, renseignements. — Dans le siège du Congrès fonctionnera continuellement un bureau d'informations, en quatre langues, où MM. les congressistes pourront apprendre tout ce qui peut leur être nécessaire pendant leur séjour à Rome.

Ceux qui voudront que leur correspondance soit destinée à la poste du Congrès doivent la faire adresser : *Congresso Tubercolosi*, Rome. De telle manière on évitera qu'elle puisse rester aux bureaux de la poste centrale.

L'adresse télégraphique pour le secrétariat et pour le Congrès est dès à présent : *Tuberculosis, Rome.*

Voyages d'agrément, excursions. — Durant le Congrès on organisera des voyages d'agrément et des excursions aux environs, comme à Tivoli, aux châteaux romains, Subiaco, Ostie, Véjes, Palestrina, Assise, Lorette, mont Cassin.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES. — L'administration quarantenaire met au concours, sur titres, une place de doctoresse auprès de l'office de Port-Saïd aux appointements mensuels de livres égyptiennes 36 à 43.

Les demandes des postulantes devront être transmises à la présidence du conseil quarantenaire à Alexandrie. Elles devront contenir :

1° Copie du diplôme de doctoresse ;

2° Extrait de naissance ;

3° Certificat de bonne constitution ;

4° Certificat de bonnes vie et mœurs ;

5° Copie des titres et certificats possédés par les candidates ;

6° Engagement formel de prendre possession de son poste en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Les postulantes doivent indiquer les langues qu'elles connaissent.

Elles sont prévenues que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée à la présidence du conseil quarantenaire trois mois à l'avance.

Elles sont égalament prévenues que l'administration requiert la copie du diplôme et des autres titres et certificats et non pas les originaux, car elle décline toute responsabilité au cas où ces derniers viendraient pour une cause quelconque à être égarés.

Le concours sera clos *le 4 juin 1911.*

Les candidates qui auraient à demander des renseignements autres que ceux contenus dans l'avis ci-dessus peuvent s'adresser directement au consul de France à Alexandrie.

— Ont été nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

M. le docteur Bonier (de Saint-Julien), médecin-major de deuxième classe.

M. Roux, médecin-major de deuxième classe à Lorient.

M. Baude, médecin aide-major de deuxième classe à Douai.

M. Dubarry, médecin aide-major de deuxième classe à Casteljaloux.

Bibliographie des sciences médicales. 1 vol. de 191 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Leucémie aiguë, étude anatomo-clinique, par le docteur Gabriel BOUDET. Thèse de Paris. — Paris, Steinheil.

Auscultation et percussion, par MM. VIRES et PAGÈS. 1 vol. de 194 pages. — Paris, Masson et Cie ; Montpellier, Coulet.

Le Médecin scolaire, par le docteur Louis MAGNANON. Thèse de Lyon. — Lyon, Poncet.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai. — MM. Weill, 18; Lemaire (Henri), 15; Chiray, 19 1/2.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai. — MM. Kendirdjy, 11; Capette, 15; Heitz-Boyer, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours d'internat.* — Le jeudi 29 juin 1911 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, rue Parmentier, 7, devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, un concours public pour la nomination de trois élèves internes nécessaires au service de l'hôpital. Ils seront nommés pour deux ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital jusqu'au 27 juin inclus.

Concours d'externat. — Un concours public pour la nomination d'élèves externes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de cinq à sept, aura lieu le lundi 10 juillet 1911. Les inscriptions seront reçues, 7, rue Parmentier, jusqu'au 8 juillet inclus.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Par arrêté ministériel en date du 2 mai 1911, les professeurs, les chargés de cours et suppléants de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de première classe, sont convoqués le jeudi 18 mai 1911, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Paris, en remplacement de M. Chevy, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale ordinaire de l'Association générale s'est tenue dimanche ainsi que nous l'avons annoncé.

Après l'allocution de M. Lereboullet, président, qui annonce sa décision de prendre sa retraite, M. Lepage, secrétaire général, a donné lecture de son compte rendu sur les actes et la situation de l'Association pendant l'exercice 1910-1911, sur les questions soumises à l'examen des sociétés locales et sur les vœux présentés par elle.

L'assemblée a procédé ensuite aux élections rendues nécessaires par la démission collective des membres du bureau et du conseil général.

Ont été nommés :

Vice-présidents : MM. Bellencontre, Gairal et Gassot, en remplacement de MM. Bucquoy, Gross et Léon Labbé.

Secrétaire général : M. Levassort, en remplacement de M. Lepage.

Secrétaires des séances : MM. Hiard et Watelet, en remplacement de MM. Laugier et de Massary.

Membres du conseil général : MM. Ball, Bilhaut, Boudin, Bouland, Butte, Clauzel-Vialard, Dignat, Fiquet, Vimont, Depasse (de Paris), Barbanneau (Vendée), Bauzon (Saône-et-Loire), Dengler (Jura), Saquet (Loire-Inférieure).

Le nouveau conseil s'est réuni le lendemain et a décidé que l'élection présidentielle aurait lieu le 18 juin dans les 93 sociétés locales.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur général adjoint des services administratifs, docteur en médecine ou technicien d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique, ou de service sanitaire (exécution de l'article 6, §3 du décret susvisé du 20 décembre 1907), s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le 26 mai 1911.

Les concurrents devront adresser leur demande de participation aux épreuves du concours au président du conseil, ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée. Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces énumérées dans l'arrêté ministériel susvisé du 24 janvier 1911, inséré au *Journal officiel* du 26 janvier.

Les demandes seront inscrites au ministère de l'intérieur, secrétariat de la direction du contrôle et de la comptabilité, 13, rue Cambacérès, du *25 avril au 16 mai inclus.* Le nombre des places mises au concours est fixé à une.

ANNUAIRE DU SERVICE DE SANTÉ 1911. — L'édition, arrêtée au 1er avril 1911, de l'Annuaire général des officiers du service de santé, vient d'être publiée par la librairie Lavauzelle. Cet ouvrage, mis au point d'après les textes les plus récents

RENSEIGNEMENTS

et scrupuleusement tenu à jour, constitue un recueil précieux d'indications extrêmement utiles et d'ordres très divers.

Il contient, avec l'énumération de tous les médecins, pharmaciens ou officiers d'administration du service de santé, l'indication de leur état-civil, de leur ancienneté, de la suite de leurs services et de leur affectation actuelle.

On y trouve, en outre, un grand nombre de documents concernant le personnel du service : documents d'ordre général (énumération sommaire du personnel du ministère de la guerre, des corps d'armée, divisions, brigades ou écoles militaires) ; documents sur l'organisation (lois, décrets et règlement sur l'organisation militaire concernant particulièrement le service de santé).

Il publie les tableaux de concours pour 1911 (Légion d'honneur et médaille militaire).

D'autres parties de l'annuaire donnent les divers textes relatifs à l'avancement dans le corps de santé, au recrutement du personnel de ce corps, aux tarifs de solde et indemnités. Une rubrique, « Dispositions diverses », groupe de nombreuses circulaires utiles à consulter.

Prix de l'annuaire : broché, 3 francs ; franco, 3 fr. 50 ; relié toile, 4 francs ; franco, 4 fr. 50.

ERRATUM. — Dans l'article de MM. René Gaultier et Bucquet, n° 48, p. 733, col. 1, ligne 34, et p. 734, col. 1, ligne 10, lire *acquis* au lieu de *aigus* ; p. 733, col. 1, ligne 60, lire *paire* au lieu de *partie*.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 4, avril 1911.) P. DIONIS DU SÉJOUR : Résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Chaput, associée à la suppression de l'anneau crural. — E. VERHAEGHE : Les transplantations hétéroplastiques d'os frais, de périoste de cartilage (avec radiographies). — RENAUDIN : Une nouvelle tuberculine : La tuberculine B. de Bianco. — G. PETIT (d'Alfort) : Le diagnostic du cancer par l'étude du sang du malade. Leuco et séro-diagnostic.

Biologica. — (N° 4, 15 avril 1911.) CAULLERY : Le transformisme et l'expérience. — BARROUX et SERGEANT : De l'influence du sol et du milieu psychique en général sur les races flamande et picarde, chez l'homme et chez les animaux.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 avril 1911.) BARDET et Abel GY : Etude pharmacologique et clinique sur une nouvelle préparation d'opium. — (23 avril 1911.) BARDET et GY : Etude pharmacologique et clinique sur une nouvelle préparation d'opium. (2e partie.)

Bulletin médical. — (N° 30, 15 avril 1911.) SAVARIAUD : Formes cliniques de l'ostéomyélite. Pronostic et traitement.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 7, 10 avril 1911.) E. VIDAL : L'enfant algérien. — BRAULT : A propos de l'évolution de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie. — FERRARI : Eclatement du foie. — CABANES et FERRARI : Rupture de grossesse tubaire.

Clinique. — (N° 16, 21 avril 1911.) CALVÉ : Quelques considérations sur les appareils amovibles en celluloïd dans le traitement de la coxalgie du mal de Pott. — E. GAUCHER : L'érythème polymorphe. — O'ZOUX : Lymphangite tropicale de l'épiglotte. — HUTINEL : Débuts de la méningite tuberculeuse.

Echo médical du Nord. — (N° 16, 16 avril 1911.) GAUDIER et LIEN : De la prophylaxie de la surdité à l'école. — (N° 17, 23 avril.) INGELRANS : Origine de l'emploi du bromure de potassium contre l'épilepsie. — FONTAN et BOURDON : Anévrisme pariétal de la base du ventricule gauche et rupture du cœur.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 16, 16 avril 1911.) P. CARLES : A propos du fluor dans les vins. — (N° 17, 23 avril.) CODET-BOISSE : Talalgie et exostose sous-calcanéenne (1 fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 16, 16 avril 1911.) ANGISTROU : Attaques de sommeil somnambulique consécutives à des séances de spiritisme. — (N° 17, 23 avril.) VERGELY : La vaccination antityphique.

Journal de médecine interne. — (N° 11, 20 avril 1911.) GUILLAIN : Les anémies pernicieuses.

Journal des praticiens. — (N° 15, 15 avril 1911.) DUHEM : Quelques considérations sur l'héroïnomanie et la morphinomanie. — (N° 16, 22 avril.) H. POULARD : Hémianopsie. — G. BOURCART : Un cas de déplacement du cœur à droite sans inversion d'organes, par rétraction du poumon droit chez un tuberculeux, ne s'accompagnant d'aucun trouble cardiaque ou circulatoire.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 15, 18 avril 1911.) LE BEL : Laryngectomie totale en deux temps séparés. — LE BAS : Cysto-épithéliome du sein.

Journal médical de Bruxelles— (N° 15, 13 avril 1911.) J. BORDET et DELANGE : Le rôle des plaquettes sanguines dans la production du ferment de la coagulation. — Raymond DURAND-FARDEL : Vichy et sa clinique. — (N° 16, 20 avril.) GEERAERD : La surveillance à domicile des tuberculeux assistés par les dispensaires. — Raymond DURAND-FARDEL : Vichy et sa clinique. — DUJON : Le priapisme prolongé, en dehors des lésions nerveuses. Procédé opératoire par l'incision de l'une des racines des corps caverneux.

Lyon médical. — (N° 16, 16 avril 1911.) F. BARJON : Sur l'interprétation des images radiologiques pulmonaires ; processus bronchiques et processus vasculaires. — (N° 17, 23 avril.) ALBERTIN : A propos de 400 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromyomes utérins. — H. RONDET : Analogie entre la peste mandchourienne et les épidémies hospitalières de pneumonie.

Presse médicale. — (N° 28, 8 avril 1911.) G. MAHU : Traitement de l'hypertrophie des amygdales palatines (amygdalectomie). — Marcel LABBÉ et Louis VIOLLE : La théorie de l'acidose et le coma diabétique. — (N° 29, 12 avril.) DEBOVE : L'ictère par hémolyse. — R. DANIS : De l'emploi de la toile métallique moulée et enrobée dans l'exécution des appareils d'immobilisation. — (N° 30, 15 avril.) J.-L. FAURE : Sur la colpotomie. — METZGER : Le streptocoque hémolytique dans l'infection puerpérale. — (N° 31, 19 avril.) Clemente FERREIRA : L'albumino réaction dans l'expectoration comme élément séméiologique dans la diagnose précoce de la tuberculose pulmonaire. — Raoul DUPUY : Le traitement de l'urétrite blennorragique chronique chez l'homme par l'électro-ionisation. — F. DUNAN : Rôle de l'hypophyse dans la nutrition. — (N° 32, 22 avril.) L. HALLION et A. BAUER : Le laboratoire et le praticien. Leurs rôles respectifs dans les analyses de produits pathologiques. — L. LEMAIRE : Le drainage par drains métalliques souples. — A. TERSON : Sur la structure, le pronostic et une opération modifiée du ptérygion. — H. BUSQUET : Les rapports chronologiques de l'ovulation et de la menstruation.

Province médicale. — (N° 13, 1er avril 1911.) RAFIN : De la pyélotomie pour calcul du rein, indications, technique, résultats. — (N° 14, 8 avril.) J. BRAULT : Le béribéri.

LA PÉRIODE PRÉ-ASTHMATIQUE

Par le docteur BÉAL,
Médecin consultant au Mont-Dore.

La question de l'étiologie et de la pathogénie de l'asthme a de tout temps retenu l'attention des praticiens et suscité les plus vives controverses. Que d'hypothèses ont été émises qui depuis sont tombées dans l'oubli! Que de théories ont vu le jour qui n'ont pas eu de lendemain! Cependant, il est un point sur lequel les auteurs paraissent s'être mis à peu près d'accord : c'est l'hérédité de cette affection. Et encore, se séparent-ils de nouveau, quand il s'agit d'interpréter cette donnée, les uns se déclarant partisans de l'hérédité directe, les autres admettant que c'est seulement une hérédité de terrain.

D'après ces derniers, on ne naît donc pas précisément asthmatique ; on le devient, grâce au germe que l'on porte en soi. Comment le devient-on? Quand on étudie des observations se rapportant à des sujets atteints de cette redoutable dyspnée, on reste sans renseignements sur les détails de leur vie pathologique qui a précédé la période des crises. Interrogés, les malades sont eux-mêmes très souvent ignorants de leurs antécédents, n'ayant jamais songé à se regarder vivre à une époque où ils n'avaient pas encore appris à souffrir. L'histoire de leur maladie semble commencer à leur première crise.

L'asthme est-il donc un mal aussi brutal, aussi inopiné, s'installant subitement chez un individu qui ne s'y attend pas et qui n'en peut mais ? N'y a-t-il pas quelque signe avant-coureur qui vient avertir le sujet? Est-il possible d'entrevoir l'asthme avant son arrivée? Tel est le problème qu'il serait intéressant de résoudre, car guérir est bien ; prévoir serait mieux.

Guérir, prévoir, ce sont sans doute ici des termes bien optimistes ! L'asthme comporte en lui un élément contre lequel nous restons impuissants. C'est là le problème tant de fois abordé de l'essentialité de l'asthme. Existe-t-il un asthme essentiel ou bien l'asthme est-il la résultante des causes diverses : nasale, bronchique, gastrique, etc. ? Malgré toutes les promesses contenues dans cette deuxième hypothèse — car la thérapeutique, s'adressant à chacune des causes, compterait bien plus de victoires! — l'on est inévitablement ramené à la première.

J'ai entendu un de mes maîtres que j'admire profondément pour la sûreté de ses vues et la vigueur de ses conceptions, le docteur Jules Renault, comparer un jour, dans son service de Saint-Louis, le bulbe de l'asthmatique à une bouteille de Leyde. Chargée par une hérédité pathologique, capable d'ailleurs de se mettre elle-même en tension sous une influence mystérieuse tenant à la nature même de l'individu — que l'on appelle cela tempérament, diathèse ou autrement, mots usés, toujours combattus, mais jamais remplacés — cette bouteille de Leyde est prête à répondre par une explosion aux moindres sollicitations venant soit du milieu intérieur, soit de l'extérieur, pouvant même partir toute seule, quand rien ne l'y invite. Son énergie grandissant toujours, un moment vient où la moindre occasion va amener la décharge : c'est la crise. L'asthmatique ayant ainsi abaissé son potentiel, tout rentre dans l'ordre jusqu'au moment où la tension étant revenue à son point critique, un nouvel accès survient.

Les causes les plus diverses contribuent à produire la décharge, soit qu'il s'agisse d'impressions parties de la périphérie du pneumogastrique (rameaux pulmonaires, rameaux gastriques) ou bien de l'un quelconque des autres nerfs voisins unis au vague, comme le dit Letulle, par une fonction commune ou par une même origine (nerfs olfactif, trijumeau, sympathique), soit qu'il s'agisse de réflexe à point de départ utéro-ovarien, cutané, etc., peut-être même d'impressions morales transmises de l'encéphale au bulbe. Il convient d'ajouter que très souvent la même cause ramène la crise chez tel ou tel sujet. L'asthmatique invétéré connaît parfaitement les circonstances qui sont responsables du retour des paroxysmes. Chez l'un, la dyspnée viendra après une légère exposition au froid ; chez l'autre, à la suite d'une imprudence alimentaire. Il faut dire aussi que cette cause habituelle, variable avec les malades, n'est pas la seule. Les accès peuvent survenir pour toute autre raison et même pour rien.

C'est également l'histoire de la migraine. Le migraineux, lui aussi, sait bien dans quels cas, à la suite de quoi, viennent les accès et de quels petits signes, à peine perceptibles et pourtant infaillibles, leur apparition s'entoure. Il pressent son mal et le voit venir. Il n'ignore pas que la migraine viendra à la suite de telle ou telle faute d'hygiène, par exemple. Mais souvent aussi elle éclatera à propos d'une raison différente et que de fois elle arrivera sans que rien ne l'explique !

Ces considérations nous rapprochent de la théorie que professait Germain Sée : l'asthme est en rapport avec une hyperexcitabilité du bulbe ; c'est une névrose bulbaire. L'idéal serait donc de rendre au bulbe son excitabilité physiologique ; idéal malheureusement inaccessible. Ramener cette hyperexcitabilité aussi près que possible de la normale, l'y maintenir par un régime approprié, là doivent se borner les prétentions de la thérapeutique.

L'hyperexcitabilité bulbaire transmise par l'hérédité pourrait rester un phénomène en puissance, si une excitation ne venait la mettre en œuvre. Mais les causes sont multiples qui peuvent jouer un rôle excito-moteur et amener la crise. Ces causes, peut-on les prévenir? Il faudrait d'abord bien les connaître. Or, il paraît bien qu'en étudiant les antécédents des asthmatiques, on pourrait retrouver leurs traces. L'affection, en effet, ne semble pas s'être allumée tout d'un coup ; elle a progressé au contraire d'une marche insidieuse et rampante, commençant par des malaises vagues, mal définis et difficilement explicables jusqu'au coup d'éclat final qui est le début des crises.

J'écarte immédiatement de ma description toutes les dyspnées qu'on a décrites sous le nom de pseudo-asthmes. Une dyspnée qui relève uniquement de

l'altération ou du mauvais fonctionnement d'un organe n'est pas de l'asthme. Je ne parlerai donc ni d'asthme cardiaque, ni d'asthme urémique. Il s'agit là de troubles de la circulation pulmonaire ou de désordres cardio-rénaux. Il n'en sera point question.

Dans un autre groupe d'asthmes qu'on a appelés asthmes mixtes, on retrouve bien un substratum pathologique : l'altération d'un organe. Mais il devient difficile de faire la part des choses et de préciser à qui revient le rôle important dans le déclanchement du réflexe : est-ce à l'hyperexcitabilité bulbaire, est-ce à l'organe malade, exerçant par lui-même une action dyspnéisante, en produisant des troubles circulatoires? Prenons, par exemple, l'asthme utérin. J'ai vu plusieurs malades, chez qui le moindre retard des règles amenait une franche crise d'asthme qui prenait fin au retour du flux menstruel. Que penser de ces cas ? Ces crises sont-elles le résultat d'un réflexe ayant pour point de départ l'utérus et pour centre le bulbe ; ou bien, faut-il expliquer cette dyspnée par des troubles circulatoires ou par un mécanisme d'auto-intoxication ? La première hypothèse ne fait guère de doute pour qui a vu de près et suivi ces malades. Mais enfin, ce n'est point là une pathogénie clairement élucidée. D'ailleurs mon but est seulement de rechercher dans les antécédents des asthmatiques quels sont les éléments qu'on y retrouve généralement et il serait à coup sûr puéril de vouloir prédire l'asthme à une personne en se basant sur son hérédité névropathique et la coexistence d'accidents dysménorrhéiques.

J'en dirai autant de l'asthme vésical, de l'asthme ganglionnaire, de l'asthme des goutteux. Sans doute, chez cet enfant, fils de rhumatisant ou de migraineux, qui est atteint d'adénopathie trachéo-bronchique, l'asthme pourra un jour apparaître ; chez ce goutteux, toute cause qui diminue l'alcalescence et la solubilité de l'acide urique est un signe d'alarme, comme l'a expliqué Schlemmer. Mais enfin, ce ne sont là que des possibilités, que des menaces.

Il est donc impossible de décrire une période prémonitoire, dans les divers asthmes que je viens de citer. Entendons-nous bien ; quand je parle des différents asthmes, je ne songe qu'aux formes variables que peut revêtir l'affection. Il n'y a très probablement qu'un asthme : c'est l'asthme essentiel puisqu'il est nécessaire, pour être asthmatique, d'avoir une hérédité spéciale, une prédisposition, un bulbe anormalement excitable. Mais cette hyperexcitabilité ne se met point en jeu spontanément. Il lui faut des occasions. Ce sont ces occasions qui donnent à l'asthme une allure polymorphe et c'est pourquoi certains auteurs, élevant les causes occasionnelles au rang de causes déterminantes, ont voulu décrire divers asthmes, établissant ainsi, d'après ces modalités différentes, une classification que dément la pathogénie, croyant voir plusieurs arbustes là où il n'y a qu'un seul arbre à branches ramifiées et enchevêtrées.

Dans toutes les dyspnées dont j'ai parlé jusqu'ici, les prodromes lointains n'apparaissent point nettement. Mais il est des asthmatiques qui présentent au cours de leur évolution pathologique des symptômes qui se répètent presque chez tous. J'ai connu de très près un certain nombre de ces malades. J'ai assisté à leur évolution. Aujourd'hui le mal est fait ; ils font bel et bien de l'asthme classique. Mais, en fouillant leur passé, en étudiant d'autre part très attentivement un grand nombre d'observations d'asthmatiques, prises avec soin et un grand luxe de détail, qu'ont bien voulu me communiquer des médecins dont l'autorité et la compétence me sont un sûr garant d'exactitude clinique, j'ai trouvé dans l'histoire de ces malades qui a précédé la période des crises, des symptômes, toujours les mêmes. Ce sont des signes légers, presque imperceptibles pour qui n'y songe point. De plus, chacun d'eux pris séparément ne peut à lui seul former l'opinion du médecin, pas plus que la sensation de doigt mort, ou quelque autre parmi les petits signes de Dieulafoy, ne peut conduire au diagnostic de brightisme. Ce qui fera dire au praticien : « Voilà un futur asthmatique possible, probable ». C'est un faisceau de ces symptômes, constituant un certain état, formant en quelque sorte le syndrome du pré-asthme.

Si je devais donner une définition de ce mot, je dirais : « Le pré-asthme est cette période qui, chez un prédisposé, précède l'éclosion des crises et l'établissement de l'état asthmatique. » Il ne faudrait point en effet dire : « C'est la période qui précède le moment où un individu contracte l'asthme. » Comme je l'ai dit plus haut, l'asthme n'est point un mal qui apparaît un beau jour comme une maladie ordinaire. Sa naissance représente non point le moment où il naît réellement, mais l'instant où il se démasque, où il se dévoile, quand, sous la poussée des causes occasionnelles, arrive à maturation le germe transmis par l'hérédité.

Je distingue trois catégories de malades chez qui se dessine un état de pré-asthme, soit que l'avenir les destine à devenir de vrais asthmatiques, soit qu'ils restent toute leur vie des demi-asthmatiques. Je décrirai donc les signes prémonitoires qui caractérisent le pré-asthme nasal, le pré-asthme bronchique, le pré-asthme gastro-cutané.

Pré-asthme nasal. — J'écarte systématiquement tout porteur de lésions nasales ou pharyngiennes, qu'il s'agisse de rhinite hypertrophique, de déviation, d'éperons de la cloison, de polypes, de végétations adénoïdes. Tous ces accidents sont asthmogènes, on le sait, pour peu que le sujet soit un prédisposé. Je parle seulement de ceux qui, sans lésions, progressivement, insidieusement, arrivent à l'asthme. Voici les symptômes qu'on trouve très souvent dans leur histoire, ou isolés ou associés, en plus ou moins grand nombre.

1° *Crises d'éternuements.* — Leur cause est multiple, quelquefois inappréciable. Elles surviennent à propos de tout et même à propos de rien. Un froid un peu vif, une atmosphère poussiéreuse, une légère brise qui s'élève, une lumière un peu ardente sont autant de causes d'éternuements. Ce qu'il faut bien remarquer, c'est qu'il suffit d'une de ces

causes, même très atténuée. Très souvent même les crises ne peuvent être rattachées à aucune raison apparente. Notons bien que ces éternuements surviennent en dehors de tout coryza, de tout rhume des foins et qu'ils se produisent en hiver aussi bien qu'en été.

L'origine de ces crises sternutatoires remonte en général à quelques mois, quand le malade vient consulter le médecin. Au début, il n'a guère pris garde à son état. Mais peu à peu, il s'est inquiété de voir ces éternuements redoublant de force et de violence; il a remarqué en même temps qu'il devenait plus sensible aux variations atmosphériques, qu'il redoutait le froid beaucoup plus qu'auparavant. Enfin la persistance des crises, l'aggravation des symptômes concomitants l'ont amené chez le médecin.

La fréquence de ces crises est variable, certains sujets présentant cinq, six accès par jour, alors que d'autres sont pris vingt fois dans la même journée.

Leur durée varie également avec les individus. Le cas le plus remarquable que j'ai vu est celui d'un jeune homme chez qui les crises survenaient régulièrement dans deux conditions : d'abord, le matin dès qu'il franchissait sa porte, à la première bouffée d'air frais qui lui frappait le visage, et ensuite à l'occasion du moindre effort. Le fait de monter en voiture amenait régulièrement un accès. Je l'ai vu dans un tramway éternuer jusqu'à trente fois de suite, à la grande joie de ses voisins; et cela en dehors de tout rhume des foins. C'est un sujet d'ailleurs nerveux à l'excès, à hérédité nettement névropathique. J'ai pu suivre longtemps son évolution; il a présenté depuis un an plusieurs attaques d'asthme bien accusées.

Un point important à noter, c'est que chez ce malade comme chez tous les autres, ces paroxysmes se produisaient par périodes et nous retrouvons ici le caractère spontané et capricieux des crises d'asthme.

2° *Hydrorrhée nasale.* — Elle peut précéder ou accompagner les crises d'éternuements, mais existe très souvent indépendamment d'elles. Je n'insiste pas sur les symptômes bien connus de cette affection dans laquelle nous retrouvons encore le caractère paroxystique des accès d'asthme. Cette hydrorrhée résiste à peu près toujours à toute espèce de médication. Les cautérisations nasales ne l'amendent point. Je ne l'ai vu céder que devant un traitement général ou une cure hydro-minérale. De plus — et ce fait est intéressant — je l'ai vu quelquefois guérir spontanément et plusieurs fois disparaître lors d'une première crise d'asthme.

3° *Larmoiement.* — J'ai noté dans les antécédents de plusieurs asthmatiques ce signe, beaucoup moins fréquent que les deux premiers et indépendant d'eux. Sous l'influence d'un froid extrêmement léger, inappréciable pour un individu normal, inappréciable pour le sujet quelques mois auparavant, un larmoiement abondant se produit. Le malade a la « sensation de froid aux yeux ». Ce qu'il y a de curieux, c'est que ce symptôme très net aujourd'hui peut être demain beaucoup moins marqué, avec un froid beaucoup plus vif, l'intensité de l'affection n'offrant aucun parallélisme avec l'intensité des causes. Est-il besoin de faire remarquer ici comme précédemment l'allure fantasque de ce symptôme et de la rapprocher de celle de la crise d'asthme, survenant si souvent, elle aussi, d'une façon inopinée et brusque, déroutant toutes les prévisions. J'ajoute que chez tous ces malades l'examen oculaire a éliminé toute cause locale de larmoiement (blépharites, conjonctivites, rétrécissement des voies lacrymales)... »

4° Chez quelques malades qui présentaient un des signes précédents, j'ai constaté le symptôme suivant : une *sensation d'obstruction nasale sans obstruction vraie*. Les malades respiraient très bien la bouche fermée. L'examen montrait des fosses nasales parfaitement perméables. A plusieurs j'ai pratiqué une insufflation d'air dans les fosses nasales au moyen de la poire de Politzer. Dès que l'air avait passé plusieurs fois, le malade se rendait compte que son nez n'était pas bouché et la sensation disparaissait pour un moment.

5° J'ai retrouvé avec une grande fréquence dans les antécédents des asthmatiques une *extrême sensibilité aux odeurs*. Je développerai ma pensée en prenant comme exemple l'odeur du tabac ; c'est celle-là dont parlent le plus souvent les malades. J'ai présent à l'esprit l'histoire de deux malades que j'ai beaucoup connus, aujourd'hui asthmatiques tous les deux, qui étaient à certains jours d'une hypersensibilité étrange. Les entendant se plaindre à tout propos, j'en étais arrivé à croire que l'imagination jouait chez eux un rôle prépondérant. Je tentai de les éprouver l'un après l'autre et je fis l'expérience d'allumer une cigarette, dans un jardin sur lequel donnait la fenêtre ouverte de leur chambre, me plaçant dans de telles conditions qu'ils ne pouvaient soupçonner ma présence. Dès les premières bouffées, j'entendis mon homme qui maudissait le fumeur.

C'est que non seulement le malade perçoit la plus petite odeur de tabac, mais elle lui est très pénible et réveille une très légère oppression. Détail curieux et déconcertant, j'ai vu quelques-uns de ces malades, qui tout à l'heure se déclaraient fort indisposés par la fumée, se mettre à fumer eux-mêmes, à un autre moment, avec le plus grand plaisir. Je ne me charge point d'expliquer ce symptôme plus fugace et plus capricieux encore que les autres, n'existant qu'à certaines heures, apparaissant et disparaissant sans cause apparente.

Je parle, bien entendu, d'individus ne présentant aucun phénomène pathologique, car si, par exemple, un rhume de cerveau survient, la fumée leur sera intolérable comme à tout enchifrené. J'ai cité l'odeur du tabac; elle n'est pas la seule, chaque malade ayant une sensibilité spécifique.

6° Je ne fais que signaler une *grande sensibilité aux poussières*, ce que je pourrais en dire étant semblable en tout au cas précédent.

7° Très souvent, ces malades se plaignent d'une déplorable *facilité à contracter des coryzas*. La moindre imprudence, la moindre exposition au

froid, à la poussière, la plus minime variation atmosphérique, tout leur est un prétexte.

8° Il est un symptôme, plus tard venu, ultérieur à la date d'apparition des crises sternutatoires : c'est un certain degré d'oppression. Il ne s'agit point ici d'essoufflement; c'est une oppression minuscule qui vient sans qu'on sache pourquoi et s'en va de même, après quelques minutes pendant lesquelles le malade fait de grandes inspirations, des bâillements profonds pour obtenir une inspiration encore plus ample. Puis, cette légère angoisse disparaît ne laissant au patient qu'un souvenir confus. Le malade analyse très imparfaitement les sensations qu'il a éprouvées et où il entre plusieurs éléments : sensation de fatigue, de gène respiratoire, d'angoisse. Cette gêne n'est point une dyspnée d'effort et survient quand le malade est au repos et parfaitement tranquille. On y reconnaît d'une façon incontestable le caractère paroxystique.

Cette oppression peut d'ailleurs reconnaître une cause tangible, telle que l'entrée dans une salle où sont réunies de nombreuses personnes et où règne une certaine chaleur, un vent très léger, un effort minime. J'ai vu plusieurs asthmatiques qui, pendant plusieurs années avant leur première crise, présentaient une oppression tout à fait disproportionnée à des exercices insignifiants, exécutés autrefois sans difficulté. Et ces exercices qui produisaient à certains jours de la dyspnée n'en produisaient plus le lendemain.

J'ajoute qu'il est question ici non pas de dyspnéiques âgés, ni de porteurs de lésions quelconques dyspnéisantes, mais de jeunes gens de vingt-cinq à trente ans.

9° J'ai vu noté quelque part — je n'ai pu retrouver où — parmi les prodromes éloignés de l'asthme, le *ralentissement du pouls*. Je l'ai en effet observé chez quelques malades. L'un d'eux qui présentait tous les symptômes décrits eut à plusieurs reprises un pouls à 40, 41.

10° Si l'on fait l'examen de la muqueuse nasale, on trouve souvent un peu de congestion, quelquefois une coloration foncée, quelquefois rien. Hack avait signalé un symptôme que je n'ai pu retrouver que chez un seul malade : le gonflement des cornets au contact du stylet explorateur. Je ne puis donc me prononcer sur la valeur de ce signe.

11° En badigeonnant la muqueuse nasale avec un mélange de cocaïne-adrénaline, on obtient souvent chez ces malades une très sensible amélioration de la respiration, un apaisement général des symptômes.

12° *Epreuve de l'iodure*. — Enfin chez un sujet d'hérédité diathésique, qui présente les différents signes que je viens d'énumérer, qui ne peut être suspecté ni d'affection cardiaque, ni d'albuminurie, ni d'adénopathie trachéo-bronchique, ni de lésions nasales, essayez l'iodure. Si les minuscules accès d'oppression disparaissent, si l'exercice musculaire devient plus facile, si les crises sternutatoires diminuent, vous avez le droit de soupçonner l'asthme naissant. C'est la bouteille de Leyde qui se charge; l'explosion est peut-être proche.

PRÉ-ASTHME BRONCHIQUE. — J'explique ce titre. Je ne veux point par là signifier que tout bronchitique peut entrevoir l'asthme dans sa destinée. Je parle seulement de ces gens qui, sans avoir jamais eu de crises asthmatiques, qui, n'ayant aucune lésion cardiaque, ni pulmonaire, aucune altération d'organe, présentent un état demi-asthmatique, font un asthme atténué. Je connais plusieurs asthmatiques avérés aujourd'hui qui, avant d'arriver aux grands phénomènes classiques, ont passé par ce stade préliminaire.

Voici les principaux symptômes que l'on retrouve dans leur histoire, quelquefois isolés, ordinairement associés, formant un ensemble pathologique très convaincant, en dépit de la banalité apparente de chacun des signes envisagé séparément.

1° *Oppression*. — Nous la retrouvons ici bien plus forte, bien plus accusée que dans le type précédent. Ce n'est plus cette indéfinissable sensation d'angoisse confuse et vague. C'est un véritable essoufflement. Ce n'est plus comme tout à l'heure un malaise venant sans raison et partant de même ; c'est une oppression qui le plus souvent connaît sa cause. Elle survient à propos du moindre effort, d'un minime exercice musculaire. Nous rencontrons ici, pour produire cet essoufflement, les mêmes causes que précédemment. Les changements de température, d'altitude, les poussières, les fumées, tout le produit. Ces crises possèdent nettement le caractère de soudaineté que nous avons observé dans chacune des manifestations citées plus haut. Elles disparaissent parfois, laissant le malade oublier son oppression, puis s'installent de nouveau, amenant avec elles une plus ou moins grande dyspnée. Elles se produisent tantôt le jour, à l'occasion d'une promenade, de l'ascension d'un escalier, tantôt la nuit, réveillant le malade, le forçant à dormir la tête haute, sans toutefois amener d'accès asthmatiformes. Cependant, le patient éprouve de la difficulté pour respirer ; il absorbe l'air gloutonnement. On dirait déjà que la pénétration de l'air dans l'arbre aérien rencontre un obstacle et pourtant auscultez ce malade en dehors de ses moments d'oppression : les signes physiques n'existent pas ou presque pas. J'en parlerai plus loin.

2° *Expectoration*. — Ce n'est plus cette fois de l'hydrorrhée nasale, c'est une expectoration un peu filante qui suit les poussées dyspnéiques. Elle n'existe d'ailleurs pas chez tous ces malades.

3° Le malade de tout à l'heure se plaignait de la facilité avec laquelle il contractait des coryzas. Notre malade présent se plaint, lui, de rhumes incessants, répétés, prolongés, de bronchites parfois tenaces. Il est d'ailleurs comme le précédent d'une grande sensibilité vis-à-vis des poussières.

4° *Facies et habitus*. — Beaucoup de ces demi-asthmatiques offrent une similitude d'aspect : une peau facilement violacée, des yeux humides, saillants, un thorax plus ou moins rigide, souvent de l'embonpoint, enfin une raideur habituelle des mouvements.

5° *Percussion*. — Le portrait ainsi esquissé de ces malades, l'allure de leurs accès dypnéiques font

songer à l'emphysème. Cependant consultez les signes physiques. La percussion ne révèle rien, tout au plus, dans certains cas avancés, une très légère sonorité.

6° *Auscultation.* — J'ai constaté, en examinant ces sujets en dehors de tout malaise, que l'inspiration est souvent normale. Je l'ai trouvée quelquefois un peu humée, parfois sifflante, remarquable surtout par sa lenteur. L'expiration est physiologique, dans quelques cas un peu prolongée. Cependant, à l'état habituel, sans rhumes, ni bronchites, il n'est point rare d'observer quelques râles sous-crépitants plus ou moins humides, alternant avec des sibilances.

Les malades dont je viens d'ébaucher rapidement les accidents pathologiques sont déjà, on le voit, presque des asthmatiques. Pourtant il en est qui ne dépassent point cette étape. Mais il s'agit de gens chez qui l'hérédité a préparé le terrain, la névrose les guette et l'asthme n'est pas loin.

Pré-asthme gastro-cutané. — Je réunis sous cette unique dénomination deux groupes de phénomènes que la clinique présente très souvent associés chez le même individu : d'une part, une réflectivité extrême de l'estomac, ayant pour résultat un état dyspnéique dont le point de départ paraît résider dans une excitation du pneumogastrique ; d'autre part, la production d'éruptions cutanées à l'occasion de la moindre incartade alimentaire.

Je dois m'expliquer sur ces deux points. D'abord il faut bien s'entendre sur ce qu'on a appelé l'asthme dyspeptique. Leven a fait un magistral exposé de cette question (1). On peut distinguer deux classes de malades chez qui la dyspnée est d'origine stomacale. Tantôt, il s'agit simplement du retentissement de troubles gastriques sur la circulation pulmonaire, d'une véritable auto-intoxication : c'est la dyspnée toxi-alimentaire de Huchard. Or, examinez ces malades : ce sont des cardiaques, des rénaux ou des artério-scléreux, ce ne sont pas des asthmatiques vrais. Tantôt, il s'agit d'un système nerveux qui se laisse trop facilement émouvoir, d'une hyperexcitabilité bulbaire mise en jeu par le régime alimentaire et c'est bien ici de l'asthme, d'origine réflexe : ce cas est évidemment le seul qui nous intéresse.

Deuxième point. Certains sujets présentent vis-à-vis d'aliments déterminés une sensibilité inouïe, sensibité qu'ils tiennent de l'hérédité presque toujours, sinon toujours. Tous les médecins ont observé des individus qui avaient de l'urticaire après l'ingestion d'*une* fraise, d'*une* moule, de 50 centigrammes d'antipyrine. D'où leur vient cette hypersensibilité? J'ai déjà dit qu'elle était transmise par l'hérédité. Mais, comme pour l'asthme, c'est seulement une hérédité de terrain. Le sujet peut ne présenter pendant longtemps aucune réaction. Puis, un jour tel aliment amène une éruption. Dès lors, la susceptibilité du malade ira grandissante, deviendra exaspérée. Pourquoi? Billard a proposé et j'ai tenté moi-même (2) d'expliquer ces phénomènes en invoquant le mécanisme de l'anaphylaxie. Il semble bien en effet qu'on se trouve ici en présence de réactions anaphylactiques.

(1) Leven. L'asthme dyspeptique. *Tribune médicale*, 1908.

(2) Béal. *L'anaphylaxie dans l'asthme*, 1910, Jouve, éditeur.

Après ces prémisses trop longues à mon gré, j'arrive à ma conclusion et je dis : « On rencontre souvent l'urticaire sur le chemin qui mène à l'asthme. » Ainsi en témoignent un grand nombre d'observations que j'ai en ce moment sous les yeux. On y voit des malades chez qui la moindre ingestion de telle ou telle substance amène infailliblement une réaction cutanée, accompagnée souvent de congestion céphalique et d'oppression plus ou moins accusée. Puis, un beau jour, après une de ces imprudences alimentaires, ce n'est plus une éruption qui se montre, ce n'est plus de l'oppression, c'est un accès d'asthme caractérisé.

Je n'insiste pas davantage sur cette forme et je ne proposerai point d'explication pathogénique. Je sais bien que plus d'un s'écriera : « Qu'y a-t-il d'étonnant de voir un diathésique changer un jour son masque, adopter une autre manière de manifester qu'il appartient à la grande famille complexe et protéiforme des arthritiques ? » Je sais bien aussi que d'autres rejetteraient loin d'eux cette idée. L'arthritisme est une divinité bien tombée, à qui beaucoup refusent leur culte.

Quoi qu'il en soit, il est un fait certain, c'est que dans l'histoire des asthmatiques qui a précédé la période des crises, on trouve fréquemment ces réactions urticariennes de plus en plus violentes, comme si le malade procédait par étapes pour devenir un véritable asthmatique.

J'ai essayé de présenter d'une façon synthétique et schématique les symptômes prémonitoires qu'une observation attentive constate si souvent dans le passé des asthmatiques. Les trois classes de malades que j'ai établies ne sont point, on l'a vu, équivalentes entre elles.

Les premiers offrent de tout petits symptômes qui, au premier abord, semblent bien éloignés de l'asthme. C'est leur ensemble qui éveille la présomption, formant, quand ils sont au grand complet, un état de pré-asthme assez net.

Les seconds de nos malades sont déjà beaucoup plus près de l'asthme. Ce sont des demi-asthmatiques. Les incidents de leur vie pathologique sont des images réduites des grands phénomènes de l'asthme typique.

Enfin, les derniers comprennent un grand nombre de pré-asthmatiques. Ils ne forment pas précisément une classe à part. L'extrême sensibilité des réactions cutanées existe souvent dans les deux classes précédentes. Ce signe peut d'ailleurs être le seul à faire naître dans l'esprit du médecin le soupçon d'un asthme prêt à éclore.

Tous les symptômes décrits, je les ai observés chez des malades qui maintenant sont arrivés à l'asthme. Je les ai retrouvés dans des observations nombreuses, prises avec un soin minutieux. Chez d'autres malades que je surveille en ce moment de très près, j'ai noté encore ces symptômes. Est-ce à dire que ceux-là sont à coup sûr des futurs asthmatiques? Il serait téméraire d'apporter ici une affir-

mation absolue. Ces malades en effet, dont j'ai cherché à fixer un peu la physionomie dans ses traits principaux, peuvent prendre une autre voie et aboutir non plus à l'asthme, mais à la migraine ou à toute autre manifestation arthritique. Et puis, il faut bien remarquer qu'à côté de l'asthmatique type gravitent des demi-asthmatiques qui semblent s'arrêter à un stade antérieur, qui font un petit asthme en miniature. Est-il besoin d'ajouter que ce n'est point là l'histoire de *tous* les asthmatiques? Le manuel du candidat à l'asthme exigerait des développements autrement considérables! J'ai tenté simplement de montrer sous quels aspects divers, déguisés ou atténués, l'affection encore insoupçonnée poursuit lentement sa marche insidieuse et voilée jusqu'à l'instant où elle se démasque ouvertement et où l'accès éclate. J'ai seulement cherché à jalonner la route que suit l'asthme pour arriver à son épanouissement, les routes plutôt le long desquelles il chemine, rencontrant çà et là les occasions qui vont lui permettre d'accélérer son allure, d'accentuer sa personnalité, jusqu'à l'heure où il montre pleinement sa nature par une crise caractérisée. C'est que la classe des asthmatiques est une caste fermée. On peut, pour y entrer, employer plusieurs moyens. Mais il faut en plus, avoir un système nerveux depuis longtemps pathologique, en un mot avoir été choisi et désigné par l'hérédité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1911)

Le mal des aviateurs. — MM. R. CRUCHET et MOULINIER. Au cours de la grande semaine d'aviation de Bordeaux en 1910, les auteurs ont pu examiner un certain nombre d'aviateurs qui présentaient des symptômes comparables au mal de montagne, mais s'en différenciant par les phénomènes suivants : réactions vaso-motrices avec hypertension, vertiges, céphalée, somnolence consécutive aux ascensions et s'accusant surtout sur le sol et quelque temps après l'atterrissage. La cause essentielle de ce mal est vraisemblablement la *rapidité avec laquelle l'aviateur se transporte dans l'espace.*

Sur les rapports des glandes surrénales avec l'état de gravidité et sur l'efficacité de l'emploi de l'adrénaline dans les vomissements incoercibles. — M. R. ROBINSON. « Les anatomistes du siècle dernier, Meckel, Vauquelin, Lobstein, Otto, Casson, ont publié des observations montrant que le développement des organes génitaux est en rapport direct avec celui des glandes surrénales, aussi bien chez l'homme blanc que chez le nègre, et chez d'autres mammifères, en particulier chez les rongeurs.

Des recherches plus récentes ont précisé les altérations pathologiques variées de ces glandes pendant la gestation, et Freund a attribué, avec raison, certains phénomènes observés dans cet état de la femme à une insuffisance de la sécrétion interne des surrénales. Deux médecins de Modène ont tenté de tirer parti de cette théorie : ils ont traité les vomissements incoercibles de la gravidité par un extrait des capsules surrénales. Malgré leur succès, ils n'ont pas été suivis dans cette voie. »

M. Robinson a repris avec le même succès cette expérience dans deux cas extrêmement graves de vomissements gravidiques.

Il en déduit « les liaisons intimes des capsules surrénales avec les glandes génitales. La pigmentation de la peau, les vomissements rebelles, la lassitude qu'on observe dans la maladie d'Addison, ajoute-t-il, se rencontrent également dans certains cas de la gravidité auxquels nous faisons allusion. On peut interpréter ces manifestations par la théorie suivante : les produits des surrénales et des glandes génitales se neutralisent à l'état normal, mais lorsque l'un des deux producteurs est en suractivité, l'autre succombera fatalement, à moins d'une suppléance de la part d'un organe vicariant.

On sait, aujourd'hui, que l'ostéomalacie, affection terriblement dégradante, cède à l'opothérapie surrénale, comme elle cédait naguère à l'ablation des ovaires. La synergie des deux fonctions devient ainsi incontestable. »

Recherches sur le traitement de la distomatose du mouton. — MM. RAILLIET, G. MOUSSU et A. HENRY. En raison des ravages occasionnés, depuis quelques mois, par la distomatose sur le bétail français, les auteurs ont entrepris, à l'instigation du ministère de l'agriculture, un ensemble d'essais expérimentaux ayant pour but la recherche d'un agent propre à détruire les douves dans les canaux biliaires.

De tous les agents médicamenteux, un seul a paru donner des résultats nettement positifs : l'extrait éthéré de fougère mâle. Encore ne semble-t-il guère agir que sur les grandes douves et exclusivement sur celles du foie ; il n'atteint pas les parasites qui ont émigré dans le péritoine. Quatre doses de 5 grammes au moins paraissent nécessaires pour assurer le succès.

Il convient d'ajouter que l'application à la thérapeutique de la distomatose de ce médicament, dont l'action contre les vers du tube digestif est bien connue, permettra de combattre, en même temps, les infestations parasitaires surajoutées, la strongylose gastro-intestinale en particulier.

Dosage du phosphore dans le lait. — MM. BORDAS et TOUPLAIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 MAI 1911)

Les contre-indications du cathétérisme de la trompe d'Eustache. — M. LERMOYEZ attire l'attention sur les inconvénients du cathétérisme de la trompe d'Eustache, dont on abuse parfois. Dans beaucoup de cas de surdité il est inutile, et dans plusieurs, malfaisant.

Au cours des otites moyennes aiguës, c'est une pratique dangereuse.

L'otite moyenne chronique est, de toutes les formes d'otopathies, celle qui justifie le mieux l'application du cathétérisme, à condition d'en distinguer deux cas très différents.

Contre l'otite moyenne chronique catarrhale, le cathétérisme rend de grands services, à condition d'être pratiqué au déclin des poussées subaiguës qui, pendant la saison froide, précipitent si souvent sa marche progressive.

Au contraire, contre l'otite moyenne chronique sèche, le cathétérisme n'a presque jamais lieu d'intervenir.

Phlébites interminables. Embolies multiples. Pathogénie. Traitement. — M. Edg. HIRTZ donne lecture d'un travail dans lequel il étudie un certain nombre de cas de phlébites interminables ayant duré des mois et même des années. Ces phlébites à allure particulièrement lente surviennent chez des individus qui ont une vulnérabilité, une fragilité originelle spéciale du système veineux. L'hérédité veineuse démontrée par M. Hirtz est incontestable et les phlébites familiales qu'il a étudiées en 1901 sont assez fréquentes. Mais indépendamment de la prédisposition qu'ont de tels sujets aux infections veineuses, celles-ci durent plus longtemps, n'en finissent

plus, se propagent de veinules en veinules. En outre, elles sont fécondes en incidents emboliques d'ordinaire relativement bénins, rarement graves, exceptionnellement cependant mortels. Ainsi dans un cas il se produisit vingt et une embolies pendant seize mois. Les pneumonies à répétition ne sont souvent que des embolies parties d'une phlébite latente ou méconnue.

Le traitement purement médical consiste dans le repos, les applications résolutives, les bains salés, l'électricité sous forme d'étincelage de haute fréquence et d'effluvation, la cure balnéaire de Bagnoles-de-l'Orne, de Briscous et de Salies-de-Béarn. Tout massage est contre-indiqué dans le début et ne doit être tenté qu'à l'époque où tout danger d'embolie aura disparu; ce qui est souvent délicat à préciser.

Sur un traitement surintensif, plurimercuriel et discontinu de la syphilis. — M. Lucien Jacquet. Le « salvarsan » d'Ehrlich-Hata, quels qu'en soient les mérites, ne doit pas faire oublier le mercure.

Il ne stérilise pas la syphilis. Son action est plus rapide, mais, et c'est une opinion qui commence à se faire jour, même en Allemagne, elle est peut-être moins durable.

De plus, la liste des contre-indications, celle aussi des accidents, s'allonge.

Et cette liste n'est pas close; ces accidents, on ne les prévoit, ni d'ailleurs on ne les publie tous.

Donc, Ehrlich lui-même nous y convie, ne délaissons pas le mercure, continuons son emploi et son étude.

C'est ce que vient faire M. Jacquet, et en dépit d'innombrables travaux, malgré l'effort de tant de maîtres, il affirme que nous ne lui avons pas demandé encore tout ce qu'il peut donner, et il prétend apporter une méthode de mercurialisation supérieure, à certains égards, aux méthodes usuelles.

Voici le mode de ce traitement.

Il administre, simultanément, par brèves périodes, durant un à cinq jours :

1° Deux pilules de protoiodure de Hg de 5 centigrammes;

2° Un lavement de 20 grammes de liqueur de van Swieten;

3° Une friction avec 2 grammes d'onguent hydrargyrique double;

4° Une injection d'un centigramme de biiodure de Hg, puis pause thérapeutique pendant cinq, dix ou quinze jours. Après cette pause, reprise aux mêmes doses, et ainsi de suite jusqu'à concurrence de trois, quatre, cinq reprises consécutives, total qu'il n'a jamais dépassé.

On pressent la tendance doctrinale de ce traitement : il est intensif ou mieux *surintensif*. M. Balzer, dans son beau rapport, considère la dose totale en mercure pur de 2 centigrammes par jour comme intensive et ne devant guère être dépassée.

Eh bien! en négligeant le gramme de mercure incorporé à l'onguent, dont on ne peut évaluer la partie absorbée, sûrement considérable d'ailleurs, et témoignée par l'énergie curative bien connue des frictions, ici, on arrive au total de *8 centigrammes* de mercure pur quotidiennement absorbé. C'est à coup sûr le record de la mercurialisation.

Ce traitement *surintensif* met en œuvre la totalité des voies de pénétration médicamenteuse, et cela sans surirritation pour elles, puisque, si la masse totale de mercure est énorme, l'effort demandé à chaque voie d'absorption est modéré.

Ce traitement *surintensif*, *pluripénétrant*, utilise une synergie médicamenteuse réalisée par la synthèse de préparations choisies parmi les plus notoirement actives : le mercure pur, le protoiodure, le biiodure et le bichlorure.

Enfin, ce traitement *surintensif*, *pluripénétrant*, *plurimercuriel*, est *discontinu*, c'est-à-dire procède par attaques mercurielles successives, assez distantes pour qu'entre chacune l'élimination puisse se produire.

Au total, M. Jacquet vise à réaliser une sorte de saturation organique sériée en brefs assauts mercuriels successifs.

Voyons les résultats. M. Jacquet a traité environ 80 malades.

Période primaire. — Les cures classiques impressionnent peu ou pas le chancre; c'est un fait reconnu. Dès la première période surintensive, il regresse visiblement, ainsi que l'adénite, et au total sa durée semble considérablement écourtée.

Pourtant M. Jacquet ne prétend pas à la *stérilisation* de la syphilis, cette stérilisation qu'on nous promettrait moins peut-être, si l'on n'oubliait pas qu'en fait de syphilis il faut savoir attendre, et que les syphilis bénignes, ultra-bénignes, les *vérolettes* sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne croit.

Période secondaire. — Action rapide parfois immédiate, au moins égale à celle du « salvarsan », sur la roséole dont parfois, du jour au lendemain, on constate l'éclipse; action rapide sur la plupart des syphilides cutanées; action très faible ou nulle sur les plaques muqueuses, comme d'ailleurs au cas de traitement classique : ici, nul doute possible, le « salvarsan » est infiniment supérieur.

En revanche action remarquable sur les phénomènes généraux et les réactions nerveuses de cette période.

Période tertiaire. — M. Jacquet ne compte guère ici que des succès et il veut prétendre aux merveilleux effets du « salvarsan ».

Il cite deux faits seulement :

Une jeune fille a la jambe droite ravagée par une ostéomyélite complexe, hérédo-syphilitique et tuberculeuse.

L'état est tel que l'amputation est proposée et refusée.

M. Jacquet institue alors le traitement surintensif, et, en trois séries de cinq jours, il obtient une régression surprenante, telle que la malade se lève.

Second fait. Une jeune femme est atteinte depuis cinq mois d'un large syphilome ulcéreux et déformant de la face, on la traite exactement *huit jours*, en deux périodes, avec association d'une hygiène convenable.

Cette hygiène convenable, ces huit jours de traitement, d'un visage ulcéré, tuméfié, repoussant, ont fait un visage sain, affiné, sympathique.

Le traitement surintensif est indiqué toutes les fois qu'on veut frapper fort, agir vite et qu'on ne peut ou ne veut employer le « salvarsan ».

Il ne doit être institué, cela est *absolu*, que sur des malades quotidiennement et minutieusement observés, qu'après la parfaite mise en état de la bouche et des dents et avec la certitude que le rein et la fonction rénale sont intacts ; à la première alerte, le traitement doit être suspendu.

Sous ces réserves, sur *80 malades* traités, M. Jacquet a eu quelques désagréments, il n'a pas eu un accident.

Maintenant, cette saturation mercurielle intensive, répétée, exerce-t-elle sur l'évolution générale de la syphilis une influence supérieure à celle des méthodes usuelles?

Il paraît rationnel, de le croire, M. Jacquet est en droit de l'espérer, mais non en mesure de le prouver.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1911)

Contribution à l'étude du traitement du tétanos expérimental. — M. Jean Camus a traité dix groupes de chiens à la période de contractures tétaniques par les injections de sérum antitétanique, soit sous-cutanées, soit intraveineuses.

Les effets thérapeutiques sont plus facilement appréciables chez le chien que chez les petits animaux qui succombent trop rapidement à l'atteinte du bulbe par la toxine tétanique. Le chien, par contre, peut survivre après avoir présenté des symptômes bulbaires : trismus, contracture des muscles de la face, troubles de la déglutition, etc. Tous les chiens traités, en moyenne quarante-huit heures après l'injection de toxine, par le sérum antitétanique en injection intraveineuse ou sous-

cutanée ont eu une survie notable sur les témoins et quelques-uns ont guéri.

Sérothérapie de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin). — MM. Netter, A. Gendron et Touraine. Levaditi et Landsteiner ont montré les premiers que le sérum des singes, qui ont été malades après inoculation du virus de la poliomyélite et qui ont survécu, neutralise ce virus in vitro. Cette neutralisation est obtenue également avec le sérum d'enfants ou d'adultes qui ont eu une paralysie infantile sporadique ou épidémique (Netter). Flexner et Lewis ont prouvé la possibilité d'empêcher, chez le singe, le développement de la poliomyélite au moyen d'injections intrarachidiennes répétées de sérum doué de cette propriété neutralisante, à condition d'employer des doses assez importantes et suffisamment répétées et de commencer le traitement de bonne heure. Les auteurs ont appliqué cette méthode au traitement de quatre enfants et adolescents dont la paralysie était encore en voie d'extension. Les inoculations intrarachidiennes, suivant les cas, ont été répétées trois et neuf fois. La quantité de sérum, à chaque injection, a été, en moyenne, de 7 centimètres cubes, deux fois de 15, une fois seulement de 3. Une fois seulement l'injection a déterminé un peu de raideur passagère. Le sang avait été recueilli chez des sujets dont la paralysie remontait à l'épidémie présente ou à des paralysies infantiles de vieille date. Un des petits malades de vingt-deux mois a succombé, au cours du traitement, à une paralysie respiratoire. Chez les trois autres, la marche progressive de la paralysie a été promptement enrayée, et les manifestations paralytiques les plus récentes ont rétrocédé complètement. Le cas le plus intéressant est celui d'un jeune homme de dix-sept ans chez lequel les deux premières injections ont amené une amélioration notable, mais dont la maladie présentait, trente-six heures après, une reprise inquiétante qu'arrête une série de six injections consécutives.

Les auteurs peuvent d'ailleurs rapprocher leurs résultats de ceux que leur fournissent dix-neuf malades tout à fait comparables et non soumis à ce traitement. La mortalité fut de 31,5 p. 100 au lieu de 25, les améliorations de 36,8 p. 100 au lieu de 75. Sur ces dix-neuf malades, six ayant reçu des injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique fournissent une mortalité de 50 p. 100 et une proportion de régressions de 33 p. 100.

Le traitement qu'ils ont employé a donc fourni la preuve de son utilité. Il a d'autant plus de chances de réussir qu'il est commencé de meilleure heure, et il y aura surtout lieu d'en espérer du succès quand on aura pu faire le diagnostic de la poliomyélite à la phase préparalytique.

Cycle de l'élimination urinaire de l'acide phosphorique. — MM. Sarvonat et Genty ont étudié le cycle de l'élimination urinaire de l'acide phosphorique. Les urines de vingt-quatre heures étaient divisées en quatre portions, et les dosages ont été faits par la méthode de Neumann. Leurs analyses ont montré que l'élimination se fait surtout la nuit, et spécialement dans la deuxième moitié de celle-ci, tant chez les sujets sains que chez les tuberculeux.

Constatation du tréponème dans la néphrite syphilitique secondaire. — MM. Le Play et Sézary ont constaté la présence de tréponèmes dans les coupes histologiques des reins d'un malade mort de néphrite secondaire. Les parasites se trouvent uniquement dans les tubes contournés, le plus souvent dans les cylindres ou le dépôt albumineux qui obstruent leur lumière, quelquefois dans les cellules rénales elles-mêmes. Beaucoup sont déformés, en raison d'un traitement mercuriel prolongé et de leur séjour dans l'urine. Ils font défaut dans les glomérules, dans les vaisseaux, dans le tissu conjonctif.

Cette constatation, dont il n'existe actuellement pas d'autre exemple, explique la possibilité du passage du tréponème dans les urines et confirme l'affinité spéciale du micro-organisme pour les cellules parenchymateuses.

Variolisation du singe. — MM. P. Teissier, Duvoir et Stévenin ont variolisé 14 singes. Sept furent inoculés par voie cutanée, trois par voie digestive, trois par voie trachéale, un seul par voie veineuse. En outre, 2 singes de mêmes espèces servirent de témoins.

Les résultats furent les suivants : les animaux variolisés par voie interne soit à l'aide de croûtes, soit à l'aide de virus frais n'eurent aucune éruption ; parmi les singes inoculés à la peau, 2 soumis à l'inoculation de croûtes varioliques anciennes ne présentèrent aucune réaction locale alors que les 5 autres inoculés avec de la lymphe variolique fraîche eurent une éruption occupant toute l'étendue des traits de scarification et dans un cas une éruption générale discrète. Il est à remarquer que sur 2 de ces animaux inoculés comparativement d'un côté avec de la lymphe hyaline et de l'autre avec de la lymphe purulente prélevées sur le même malade, la lymphe hyaline se montra sensiblement plus active. Tous les animaux, sauf un, survécurent à l'inoculation variolique. Ultérieurement un lot subit une seconde inoculation variolique, tous furent vaccinés. La réinoculation variolique resta négative, l'éruption vaccinale fut discrète et retardée.

Ces expériences comportent divers enseignements :

1° Elles prouvent que l'insuccès des expériences de variolo-vaccination rapportées à l'Académie de médecine par ces mêmes auteurs ne peut être attribué à un défaut de virulence des semences varioliques et montre que la lymphe variolique primaire du singe n'est pas plus active pour la génisse et le lapin que la lymphe variolique humaine.

2° Elles donnent la preuve que, contrairement à l'opinion de certains auteurs étrangers, le virus frais est plus actif que le virus ancien conservé à la glacière, la lymphe hyaline que la lymphe purulente, toutes les deux plus que les croûtes.

3° Elles indiquent que, contrairement à l'opinion classique mais conformément à l'opinion défendue par MM. Roger et P.-E. Weill, Brinekerhoff et Tyzzer, si une première inoculation variolique semble complètement immuniser le singe vis-à-vis d'une seconde inoculation variolique, l'inoculation variolique ne lui confère vis-à-vis de la vaccine qu'une immunité irrégulière.

4° L'immunité vis-à-vis de la vaccine n'est pas sensiblement inférieure chez les animaux n'ayant présenté aucune réaction locale apparente, à celle observée chez les animaux ayant eu une réaction spécifique.

Transmission de la scarlatine aux chimpanzés. — MM. Landsteiner et Levaditi, en inoculant dans la gorge et sous la peau des chimpanzés des produits prélevés chez des enfants atteints de scarlatine (dépôts amygdaliens et sang), ont conféré aux animaux une infection fébrile caractérisée par une angine ressemblant à celle de la scarlatine et par une éruption généralisée. Le chimpanzé ayant présenté cette éruption est mort, et à la nécropsie on constata des lésions du rein et de la peau, rappelant celles de l'infection scarlatineuse, et aussi une tuméfaction des ganglions. Le streptocoque ne paraît pas jouer un rôle important dans la genèse de la maladie expérimentale ; en effet, des recherches de contrôle ont montré que l'inoculation des coccus à chaînette (streptocoque scarlatineux) ne reproduit pas, chez le chimpanzé, les symptômes et les lésions de la maladie provoquée par les produits prélevés chez les sujets atteints de scarlatine.

Etude expérimentale du pemphigus infectieux aigu. — MM. Levaditi et Landsteiner ont transmis au chimpanzé le pemphigus infectieux aigu de l'homme. Le virus provenait d'un enfant qui est entré à l'hôpital avec des symptômes de coqueluche et de rougeole. Bientôt après, des bulles de pemphigus apparurent sur la face, le dos et les membres, et l'enfant succomba. Avec le contenu d'une des bulles, les auteurs

ont inoculé un chimpanzé par scarification de la peau du pavillon de l'oreille. L'inoculation fut suivie, après une incubation de quarante-huit heures, de l'apparition d'une bulle contenant un liquide trouble. La maladie se généralisa après dix-neuf jours. En peu de temps, la peau du chimpanzé se couvrit de grosses bulles et l'animal finit par succomber. L'infection peut être transmise en série sur le chimpanzé. Le virus paraît moins actif pour les simiens inférieurs.

Effets de la ligature des artères du corps thyroïde sur la structure de cette glande. — Note de M. H. ALAMARTINE, présentée par M. Antonin PONCET :

1° Chez le chien et le lapin adulte, la ligature des artères principales, même accompagnée de la ligature en masse du pôle inférieur, n'est suivie d'aucun trouble fonctionnel grave. A l'autopsie, il n'y a aucune nécrose manifeste de la glande.

2° La ligature de l'artère principale d'un lobe amène, d'une façon constante, l'atrophie très marquée de ce dernier. A l'examen microscopique on constate une sclérose intense, qui a pour conséquence un état d'hypofonctionnement marqué de la glande.

Quant aux modifications cytologiques, elles sont plus difficiles à apprécier, étant donnée l'ignorance relative où nous sommes sur le mécanisme exact de la sécrétion thyroïdienne. Cependant il nous semble possible d'avancer que la lésion principale est la diminution du produit de sécrétion chromophile, coloré en noir par l'hématoxyline au fer.

Ces résultats expérimentaux justifient pleinement, d'une part, la ligature des quatre artères thyroïdiennes chez l'homme, méthode qui ne présente aucun danger pour la vitalité de la glande, d'autre part, la pratique des ligatures thyroïdiennes dans la maladie de Basedow dans le but d'amener l'hypofonctionnement de la glande.

VARIÉTÉS

CHIRURGIE DE GUERRE
BALLES DE CONTOUR ET BALLES MODERNES

Les anciennes balles de gros calibre, possédant de faibles vitesses initiales, ricochaient facilement sur les surfaces osseuses, éclataient en plusieurs segments ou déviaient de la ligne droite pour suivre la courbure des os sur lesquels elles glissaient.

Ces balles « de contour » s'observaient surtout à la tête et à la poitrine, car elles cheminaient entre la peau d'une part et la périphérie costale ou cranienne de l'autre. Ainsi une balle reçue au niveau du sternum était souvent retrouvée en arrière, près de la colonne vertébrale, en pleine masse dorso-lombaire.

Un exemple curieux de ces balles de contour est cité par le baron Larrey, qui écrit dans ses Mémoires :

« A la révolte du Caire, *un soldat reçut une balle au milieu du front*; le projectile, après avoir pénétré dans la cavité du crâne, *glissa entre les os et les membranes du cerveau jusqu'en arrière.* » Larrey introduisit par l'ouverture une sonde en gomme élastique, reconnut la balle par ce toucher médiat, et faisant une contre-ouverture au niveau correspondant au moyen d'une large couronne de trépan, il fut assez heureux pour retirer la balle qui était baignée dans une grande quantité de pus. Le malade guérit parfaitement.

***

De nos jours, avec nos balles effilées, de fin calibre (8 millimètres), avec nos poudres si puissantes, ces blessures à sétons capricieux ne s'observent plus. Les balles actuelles volent droit au but, brisant tout sur leur passage et se laissant à peine dévier par les gros segments osseux. Leur trajectoire est plus *rasante*, plus *tendue*, ce qui augmente la zone dangereuse dite *zone des contacts utiles*.

Seules les balles d'obus, de schrapnells, qui n'ont pas de mouvement de rotation et sont animées de faible vitesse, pourront, dans l'avenir, *contourner les organes et décrire des trajets sinueux comme faisaient les balles des fusils d'autrefois* (Salle).

La nouvelle balle D, qui perfore cinq cadavres à 500 mètres, deux cadavres à 1.500 mètres, un cadavre à 2.500 mètres, a une vitesse initiale de 710 mètres à la seconde (la balle du Lebel, 640 mètres, celle du fusil Gras, 450 mètres).

Elle offre de sérieux avantages balistiques : tension plus forte de la trajectoire, violence plus grande du choc et homogénéité plus complète du métal, ce qui la rend moins déformable et plus douce au contact des tissus qu'elle a moins de chances d'infecter.

« Mais il ne faut pas se hâter, écrit Follenfant, de conclure à l'humanitarisme des projectiles de petit calibre, car si le calibre et la surface vulnérante ont diminué, la force vive du projectile a beaucoup augmenté et avec celle-ci, sa puissance de pénétration et de fracture, d'où une sorte de compensation qui s'est traduite par le maintien de la proportion ancienne des décès, soit environ le cinquième des hommes atteints. »

Avec les projectiles modernes de petit calibre si peu déformables, les blessures immédiatement mortelles seront nombreuses, mais les blessés qui seront relevés sur le champ de bataille auront plus de chances de guérison qu'avec les anciennes balles *de gros calibre*, si déformables. « La petitesse et la netteté du séton dans les parties molles et les os spongieux, l'étroitesse des orifices cutanés et par suite, les dangers moindres d'infection : telles sont les conditions favorables pour la guérison » (Nimier et Laval).

Enfin, avec la nouvelle balle D, nos soldats peuvent entrer en campagne en toute sécurité. Notre Lebel ainsi amélioré vaut largement le Mauser allemand doté de la balle S, surtout depuis que l'autorité militaire a prononcé la réforme d'un certain nombre de fusils aux pas de rayure usés par les nombreux tirs d'instruction.

Notre fusil a déjà fait ses preuves dans la Chaouïa : il les renouvellera sur d'autres rives, pourvu qu'il soit toujours manié avec la légendaire « furia francese » de nos pères.

Dr BONNETTE,
Médecin-major de première classe,
Lauréat de l'Institut.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMATIA ALBA DOLENS (1)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° **Macroscopique.** — Lorsqu'on ouvre une veine atteinte de phlegmatia, on constate sur un point déterminé du caillot, quelle qu'en soit la longueur, une région adhérente à la paroi interne de la veine, qui présente elle-même un épaississement régulier de sa paroi ; cette tuméfaction n'est pas annulaire et n'occupe pas la totalité de la lumière du vaisseau. L'étendue du caillot est des plus variables : vers la deuxième semaine, l'aspect du caillot est caractéristique : il se divise en deux régions distinctes : la première, la plus rapprochée du cœur, très peu adhérente

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 48, p. 736.

à la veine, est composée d'un caillot arrondi avec une extrémité mousse en tête de serpent, coloré en rouge brun (caillot cruorique récent) ou en gris (caillot fibrineux plus ancien); la deuxième est très adhérente à la veine, au point d'être confondue avec la paroi veineuse; dans quelques cas exceptionnels, la masse totale du caillot peut se résorber; d'une manière générale, les parois de la veine sont épaissies, les nerfs sont englobés dans du tissu conjonctif densifié, les veines collatérales suppléantes sont ectasiées.

2° **Microscopique.** — L'étude microscopique de la lésion veineuse permet de l'envisager suivant deux aspects différents : une *phase pré-oblitérante* et une *phase oblitérante*.

a. PHASE PRÉ-OBLITÉRANTE. — La lésion initiale consiste en un léger dépoli de l'endoveine avec gonflement ou desquamation des cellules endothéliales, lésion provoquée par l'irritation des germes infectieux; cette lésion s'observe, soit au niveau d'un nid valvulaire, soit au niveau de l'éperon d'un confluent veineux, soit en un point quelconque de la veine; les microbes sont apportés, en ce point, le plus souvent directement par le sang circulant ou très souvent encore par l'intermédiaire des *vasa vasorum*; il importe de retenir cette seconde voie d'apport qui permet d'expliquer facilement les modifications anatomiques rencontrées au niveau de l'endoveine; très rapidement, cette première lésion de l'endothélium se complète par une *prolifération embryonnaire sous-endothéliale*.

Bactériologie. — C'est au niveau de cette lésion primitive, à la surface interne de la veine, dans les tuniques du vaisseau et les vasa vasorum, que l'on retrouve en abondance, au début au moins, les germes infectieux qui sont, suivant les cas, le streptocoque, le bacille d'Eberth, etc.

Il s'agit donc bien d'une endophlébite végétante, subaiguë, non pyohémique (Vaquez), s'accompagnant de la prolifération des cellules fixes de la couche sous-endothéliale, avec bourgeonnement consécutif : au niveau de ce bourgeonnement se dépose un mince exsudat superficiel composé de cellules endothéliales nécrosées, d'hématoblastes, de fibrine, qui constitue le caillot élémentaire dit *caillot primitif*; ce caillot se caractérise par son adhérence à la paroi, son aspect stratifié, montrant à la coupe une alternance de zones blanches et de zones rouges emboîtées; c'est un caillot *par battage* (Hayem) qui, peu à peu, augmente de volume et va finir par oblitérer la lumière du vaisseau.

b. PHASE OBLITÉRANTE. — Dans les vaisseaux volumineux, si la lésion de l'endoveine est très limitée, le caillot de battage n'oblitère jamais totalement la lumière de la veine; il s'accroît dans le sens du courant sanguin, et vers l'extrémité cardiaque du caillot primitif, il se dépose une concrétion fibrineuse, molle, comparée à un battant de cloche, à une tête de serpent, et, du côté opposé, *à la faveur de l'altération vasculaire*, se forme un *caillot secondaire*, *caillot prolongé*, de couleur rougeâtre, *caillot par stase* (Hayem), constitué par des globules rouges enserrés dans un réseau de fibrine; c'est ce caillot par stase qui étend la phlébite oblitérante à des territoires très distants de la lésion initiale, et qui est le facteur prépondérant de la durée de la maladie.

Organisation du caillot. — Virchow et Rindfleisch admettent que l'organisation du caillot se fait par les éléments du caillot lui-même; Cornil, Ranvier, Renaut ont déterminé, au contraire, que cette organisation se fait aux dépens des éléments de la paroi vasculaire; ce sont, en effet, les cellules endothéliales proliférées de la paroi interne de la veine qui sont les agents prépondérants de l'organisation cellulo-vasculaire du caillot.

Ces cellules progressent dans le caillot comme des cellules migratrices, elles y forment un réseau de cellules anastomosées découpant le caillot en une série de grumeaux qui constituent ainsi de véritables bourgeons; grâce à ces bourgeons et aux cellules endothéliales, des *néocapillaires* vont se développer à l'intérieur desquels le sang circulera, par suite des anastomoses avec les vasa vasorum; cette vascularisation n'est que transitoire: une réaction conjonctive ne tarde pas à s'organiser qui étouffe ces néovaisseaux, et bientôt la paroi veineuse et le caillot sont transformés en une véritable cicatrice de tissu fibreux.

Transformations évolutives du caillot. — Lorsque le caillot prolongé ne détermine pas de réaction de la paroi veineuse, il ne tarde pas à subir la *dégénérescence granulo-graisseuse*; il est exceptionnel qu'il devienne purulent; Friedreich a signalé sa transformation amyloïde; il peut également subir la transformation kystique, la dégénérescence calcaire, la résorption totale.

Enfin, un fragment du caillot peut se détacher et devenir ainsi l'origine d'*une embolie*; cette embolie provient généralement du caillot secondaire : l'embolus lancé dans le courant sanguin veineux réalise fatalement une *embolie pulmonaire*, d'un type variable, suivant sa grosseur.

Lésions de voisinage. — Parmi les autres lésions anatomiques concomitantes, il faut signaler des lésions de voisinage (endartérite, péri-artérite), mais surtout des lésions NERVEUSES particulièrement étudiées par Klippel et Quénu; pour ce dernier auteur, la névrite constatée serait due, en partie, à l'inflammation aiguë des veines du tronc nerveux. Nous nous contentons de signaler les altérations des muscles, de la peau, des articulations même (atteintes parfois d'hydarthrose).

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous allons prendre comme type de notre description la phlegmatia puerpérale, qui représente la forme clinique de beaucoup la plus fréquemment rencontrée : elle peut s'observer soit à la suite d'accouchement, d'avortement, soit encore à la suite de manœuvres obstétricales, telles que, application de forceps, version, délivrance artificielle, qui, pratiquées dans des conditions défectueuses d'asepsie ont pu déterminer une infection utérine atténuée, qui s'est ensuite étendue aux veines du membre inférieur.

Aux deux phases décrites déjà au chapitre de l'anatomie pathologique (phase préoblitérante et phase oblitérante), correspondent, en clinique également, deux états successifs, que nous allons envisager :

1° **Phase préoblitérante.** — M. le professeur Pinard a tout spécialement insisté sur les signes cliniques révélateurs de cette période, que les auteurs classiques avaient pour la plupart négligée jusque-là : ces signes révélateurs traduisent et la légère infection qui est à l'origine de la phlébite, et le début des modifications anatomiques subies par la veine. Ils consistent tout d'abord en la constatation, dans les jours qui suivent l'accouchement, d'un petit mouvement *fébrile*, avec lochies un peu fétides, preuves incontestables d'une *infection utérine atténuée*; la fièvre peut persister quelques jours et revêtir le type intermittent; mais ces phénomènes locaux infectieux s'amendent en réalité assez vite, et bientôt leur succèdent des symptômes de *localisation phlébitique*, consistant en douleurs vagues, irradiées le long des membres, spontanées, ou provoquées, avec apparition d'un très léger œdème, ou ce qui est plus fréquent, de troubles circulatoires transitoires. Très fréquemment aussi, ce début de l'inflammation veineuse s'annonce par de minuscules *embolies pulmonaires* révélées simplement par un point de côté, une toux quinteuse et une légère dyspnée, embolies assez peu menaçantes, *quoad vitam*, mais d'un diagnostic fort important en vue d'une immobilisation précoce. Parfois au lieu de petite embolie, c'est par une grosse embolie que l'affection se révèle : c'est la *forme à début embolique de Vaquez*.

Ces différents symptômes s'observent dans les jours qui suivent l'accouchement, s'accusent de plus en plus au fur et à mesure que le caillot se développe, et lorsque celui-ci est devenu suffisant pour modifier considérablement le cours du sang, commence alors la deuxième phase, *phase oblitérante*, qui s'observe en général vers la troisième semaine qui suit l'accouchement. (*A suivre.*)

La Rétention azotée et le régime hypo-azoté au cours des néphrites (*Consultations médicales françaises*, fascicule 27), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Rivet, 18 ; Fiessinger, 15 ; Louste, 18 1/2.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Mareille, 19 ; Grégoire, 19 ; Cauchois, 14.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour dix places de rédacteur au ministère de l'intérieur aura lieu le 20 juillet. Les docteurs en médecine sont admis à concourir.
Le *Journal officiel* du 4 mai 1911 publie, pages 3525 et 3526, les conditions de ce concours.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dix-septième semaine, 991 décès au lieu de 1053 pendant la semaine précédente et au lieu de 1081, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. On remarque une légère augmentation de la rougeole, toujours assez fréquente au printemps.
Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.
On signale 5 cas de méningite cérébro-spinale.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le professeur Pierre Marie a repris mercredi dernier sa consultation externe, et la continuera tous les mercredis, à neuf heures et demie, dans la salle des consultations, à la porte de l'hospice.

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Cours pratiques. — *Deux séries par an :* série d'hiver, novembre et décembre ; série d'été, mai et juin. — La série d'été commencera le 15 mai 1911.

M. le docteur Arnould : Chirurgie pratique et traumatique (douze leçons).
M. le docteur Le Fur : Maladies des voies urinaires (douze leçons).
M. le docteur Leuret : Gynécologie (dix leçons).
M. le docteur Pierra : Pratique obstétricale (douze leçons).
M. le docteur Mayet : Chirurgie infantile et orthopédie (douze leçons).
M. le docteur d'Ayrenx : Pratique ophtalmologique (dix leçons).
MM. les docteurs Cauzard et Faseuille : Oto-rhino-laryngologie (douze leçons).
M. le docteur Réal : Chirurgie dentaire et soins de la bouche (six leçons).
M. le docteur F. de Grandmaison de Bruno : Clinique thérapeutique pratique. Hygiène alimentaire (douze leçons).
M. le docteur Meslay : Pathologie infantile (sept leçons).
M. le docteur Roger : Puériculture.
M. le docteur Lenglet : Maladies de la peau (huit leçons).
M. le docteur André Thomas : Maladies du système nerveux (huit leçons).
M. le docteur Fleig : Radiologie. Radiothérapie (cinq leçons).
M. le docteur Laquerrière : Electrothérapie (huit leçons).
M. le docteur Dubois de Saujon : Hydrothérapie et physiothérapie (trois leçons).
M. le docteur Debonnesset : Massage (six leçons).
M. le docteur Lorrain : Méthodes générales de laboratoire (douze leçons).
M. le docteur Philippe Rondeau : Accidents du travail.
M. Briot : Cours de physiologie générale.

Tous ces cours se font avec démonstrations pratiques, présentations de malades et d'instruments.
Un programme détaillé de chaque cours se trouve au siège de l'association, 18, rue du Luxembourg.
L'enseignement pratique a lieu dans divers hôpitaux et cliniques.
Droits d'inscription : 25 francs pour un cours, 35 francs pour deux cours, 50 francs pour l'ensemble des cours.
Un droit de 10 francs sera perçu en plus pour les manœuvres obstétricales, pour les travaux pratiques de radiologie ou ceux de laboratoire.
Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole d'enseignement médical, 18, rue du Luxembourg, tous les jours, le dimanche excepté, de deux heures à six heures.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE MÉDECIN OU ÉTUDIANT pour un service d'assistant (massage, gymnastique médicale, électricité) dans un établissement médical de ville d'eau, de mai à octobre (pressé). — Ecrire au journal.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 308, 25 avril 1911.) LAQUERRIÈRE et GUILLEMINOT : L'électrothérapie et la radiothérapie dans le traitement du fibro-myome de l'utérus. — H. CHÉRON : De la radiumthérapie des fibromes utérins. — L. DELHERM : Electrothérapie dans la syringomyélie. — E. ALBERT-WEIL : Radiodiagnostic, radiothérapie, électrodiagnostic, électrothérapie du pied plat.

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er avril 1911.) RAFIN : Gravité opératoire des interventions pour calculs du rein. — Jules PÉTRIVALSKY : Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire. — L. ARNAUD : Des positions du malade dans le traitement des péritonites diffuses aiguës (2 fig.).

Marseille médical. — (N° 8, 15 avril 1911.) DUPEYRAC : La radiographie et la radioscopie dans les affections chirurgicales intrathoraciques. — CORSY et MONIER : Sur un cas de déformations profondes du massif osseux de la face. — V. AUDIBERT et L. LAFOND : Nouvel appareil simplifié pour l'injection intraveineuse du salvarsan.

Montpellier médical. — (N° 15, 9 avril 1911.) G. DE ROUVILLE : La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Diagnostic précoce et intervention large. — (N° 16, 16 avril.) SARDA : Cours de médecine légale.

Nord médical. Gazette des praticiens. — (N° 397, 15 avril 1911.) G. LEMOINE : Traitement de l'artério-sclérose par des solutions de phosphatides extraits des lipoïdes et dissolvant la cholestérine.

Paris médical. — (N° 20, 15 avril 1911.) GOUGEROT : La question des blastomycoses. — J.-Ch. ROUX : Les gastrites chroniques et leur traitement. — HEITZ-BOYER et SANJURJO : L'aspiration vésicale, traitement d'urgence des hématuries. — LAMY : Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant (évidement dit sous-cutané des os du tarse). — (N° 21, 22 avril.) PARMENTIER et CHABROL : La forme anémique du cancer de l'estomac. — DENÉCHAU et GROSGEORGE : Une épidémie de paralysie infantile en Anjou. Son mode de contage, ses rapports avec la méningite cérébro-spinale. — MARION : Prostatectomie sus-pubienne. Résultats de trois ans de pratique. — H. DAUSSET : L'air chaud, sa puissance analgésique.

Province médicale. — (N° 15, 15 avril 1911.) A. RODET : Le pouvoir pathogène des bactéries et le mécanisme de l'infection. — Et. MARTIN : L'anthropométrie des dégénérés. Modifications des rapports entre les mensurations des différents segments du corps. — P. CARLES : A propos du fluor dans les vins. — (N° 16, 22 avril.) P. HAUSHALTER : Observation d'un cas d'infantilisme à type testiculaire. — E. DUROUX : Ankylose vicieuse du genou. Résection. Application du crampon métallique. — P. LOMBARD : Note sur les arthrites chroniques de l'enfance précédées d'état infectieux.

Progrès médical. — (N° 15, 15 avril 1911.) MALHERBE : L'étude du cancer. — LŒPER et ESMONET : Les deux lithiases intestinales (catarrhe lithogène et goutte intestinale). — (N° 16, 22 avril.) AYNAUD : Le globulin de l'homme. — P.-E. LÉVY : L'agoraphobie et son traitement éducateur en cure libre.

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1911.) F. BEZANÇON et H. DE SERBONNES : Les courbes thermiques des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — H. GOUGEROT et J. TROISIER : Tubercules disséminés de l'écorce cérébrale. — G. RAILLIET : Note sur Madère et les Açores.

Semaine médicale. — (N° 16, 19 avril 1911.) AMBARD et MORENO : Mesure de l'activité rénale par l'étude comparée de l'urée dans le sang et de l'urée dans l'urine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 MAI 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re et 2e séries), *Hôtel-Dieu*; — M. A. Léri, suppléant.

Mardi 16 mai, à une heure. — 4e (1re, 2e et 3e séries); — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 17 mai, à une heure. — 4e (1re et 2e séries). — M. A. Léri, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 18 mai, à une heure. — 4e; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 19 mai, à une heure. — 4e (1re et 2e séries); — M. Sicard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries); — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*; — M. A. Léri, suppléant.

Samedi 20 mai, à une heure. — 4e (1re, 2e et 3e séries); — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries). — 5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 mai, à une heure. — M. GLÉNARD. Sur les propriétés physico-chimiques des eaux de Vichy. Pouvoir catalytique. (MM. Gautier, président; Pouchet, Richaud et Gougerot.) — M. GARCIN. Étude critique des applications de l'arsenobenzol « 606 » (Pharmacologie, techniques, indications et contre-indications). (MM. Pouchet, président; Gautier, Richaud et Gougerot.) — M. FRÈZE. Traitement des tuberculoses urinaires par la tuberculine. (MM. Reclus, président; Segond, Delbet et Pierre Duval.) — M. JARDIN. Contribution à l'étude du traitement de la sclérose de l'oreille moyenne. (MM. Segond, président; Reclus, Delbet et Pierre Duval.) — M. JACQ. Étude d'un cas de symphyse médiastino-péricardite traitée chirurgicalement. (MM. Delbet, président; Reclus, Segond et Pierre Duval.) — M. LAISNEY. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement chirurgical des craquements sous-scapulaires. (MM. Delbet, président; Reclus, Segond et Pierre Duval.)

Jeudi 18 mai, à une heure. — M. KATZ. Recherches sur les modifications de la trompe de Fallope au cours de divers états physiologiques. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Bar et Terrien.) — M. CHAINEAUX. Etude sur la double hémianopsie corticale. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Bar et Terrien.) — M. LERAT. La rétroversion de l'utérus gravide et son traitement, en particulier par la laparotomie complétée par la ligamentopexie. ((MM. Bar, président; Pozzi, de Lapersonne et Terrien.) — M. LUNCK. Contribution à l'étude de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies et dans le fibrome de l'utérus. (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Richaud et Nicloux.) — M. DESVERNINE. L'eau de Hammam-Selama. (MM. Albert Robin, président; Gilbert, Richaud et Nicloux.) — M. HERVÉ. L'article 29 de la loi du 30 juin 1838. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Claude et Balthazard.) — M. DELABROUSSE. La cure libre de la tuberculose pulmonaire : principes, indications, technique, résultats. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE SPINA BIFIDA

Par MM. Albert MOUCHET,
Chirurgien des hôpitaux,
et O. PIZON,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — Au sens restreint de l'étymologie, le terme de spina bifida désigne les fissures vertébrales, ou, plus précisément, la fissure de l'arc épineux, d'où résulte la bifidité de la ligne épineuse. Ordinairement, à travers cette fente rachidienne, vient faire hernie une tumeur formée des membranes périmédullaires et du liquide céphalo-rachidien.

Deux éléments semblent donc caractériser cette affection, la fissure rachidienne, et l'existence d'une tumeur : or la tumeur est inconstante, et la fente osseuse n'est elle-même qu'un phénomène secondaire.

Le fait essentiel, en effet, la lésion primordiale, est une anomalie dans le développement de la moelle, et tout l'intérêt clinique et les difficultés thérapeutiques que présente le spina découlent de cette anomalie médullaire.

La définition habituellement donnée du spina, d'après laquelle il faut entendre par là une fissure vertébrale avec ou sans tumeur herniaire, est donc par trop incomplète, puisqu'elle laisse dans l'ombre ces altérations médullaires que l'anatomie pathologique et la clinique montrent capitales.

Le spina bifida doit être plus justement considéré comme *une malformation congénitale caractérisée essentiellement par une altération évolutive de la moelle*, et accessoirement par l'arrêt de développement des arcs vertébraux, créant une fissure rachidienne qui livre passage, d'une façon inconstante, à une tumeur herniaire.

Le terme de *spina bifida*, proposé autrefois par Tulpius, et aujourd'hui seul en usage, indique que la fissure osseuse porte sur l'arc épineux, ce qui est la règle; l'anneau vertébral est ouvert en arrière (*spina bifida postérieur*). Nous n'envisagerons pas les cas, exceptionnels, de fissures portant sur les corps vertébraux : ces malformations, dénommées inexactement *spina bifida antérieur* ou latéral, n'ont qu'un intérêt purement tératologique.

II

Historique. — C'est à Tulpius (1641) qu'on doit la dénomination même de spina bifida et le premier travail d'ensemble sur ce sujet; rapidement, à sa suite, les observations se multiplièrent; Ruysch (1691) et plus tard Morgagni en rapportèrent un certain nombre de cas; pour ces auteurs le spina relève d'une simple hydropisie localisée de la moelle.

C'est Cruveilhier, dans son *Anatomie Pathologique du corps humain* (1829-1835), qui, le premier, émit l'opinion que le spina est une malformation due à un arrêt de développement. Cette conception, que justifièrent les travaux modernes, était alors prématurée : elle passa inaperçue et pendant des années le silence se fit presque complet autour du spina.

Virchow en 1863, surtout Dareste (1877) et Ranke (1879), puis W. Koch (1881) reprennent les idées de Cruveilhier, et les développent; seule d'ailleurs la discussion des doctrines pathogéniques semble susciter les travaux de cette époque, et l'année 1881 voit l'apparition de deux mémoires importants qui ruinent définitivement la théorie de l'hydromyélie primitive : l'un est de Tourneux et Martin, l'autre de Lebedeff.

Le rapport, présenté en 1885 devant la Société clinique de Londres par une commission désignée spécialement en vue de l'étude du spina bifida, admet la théorie de Cruveilhier; mais il marque la fin de ce qu'on pourrait appeler la première période de l'histoire du spina : jusqu'alors, l'anatomie pathologique avait été presque entièrement délaissée, au profit exclusif des conceptions doctrinales.

A *Recklinghausen* revient le mérite d'ouvrir l'ère contemporaine; son mémoire, capital dans l'histoire du spina, parut en 1886 : du même coup, il précise l'anatomie pathologique, établit les différentes formes anatomiques, leur superpose des caractères cliniques propres, et cela au point que les nombreux travaux ultérieurs n'ont pu ajouter que fort peu de chose. La précision de ces recherches enfin permit un pronostic plus judicieux et apporta aux chirurgiens, grâce à l'apparition des méthodes antiseptiques, l'espoir d'interventions efficaces.

Dès lors, les observations de spina et les tentatives thérapeutiques se multiplièrent dans ces vingt dernières années, et les périodiques médicaux en sont abondamment pourvus. Nous ne citerons que les travaux plus importants publiés, à l'étranger par Muscatello (1894), Bayer (1901) et Bockenheimer (1902), en France par Lapointe (1901) qui, en même temps que Bayer, a publié un mémoire très clair résumant les formes anatomiques, par Rabaud et enfin par Denucé qui expose l'état actuel de la question et le fruit de ses recherches personnelles dans un volumineux ouvrage dont la première partie seule a paru en 1906.

III

Embryologie. — Il est nécessaire, avant d'aborder l'étude des formes anatomiques du spina bifida, de rappeler brièvement les phases principales du développement de la moelle.

Il passe par trois étapes successives :

La moelle, qui apparaît très précocement, dès les premières heures de l'incubation, se forme par plissement longitudinal et invagination du feuillet ectodermique de la région dorsale de l'embryon. Le fond de l'invagination constitue les plaques médullaires latérales; celles-ci, en s'unissant sur la ligne médiane, forment la *gouttière médullaire*, limitée

(1) Reproduction interdite.

latéralement par deux bourrelets ectodermiques saillants, les crêtes ou replis médullaires (fig. 1).

Dans une deuxième étape, la gouttière médullaire se transforme en *tube* par rapprochement progressif et coalescence des deux replis.

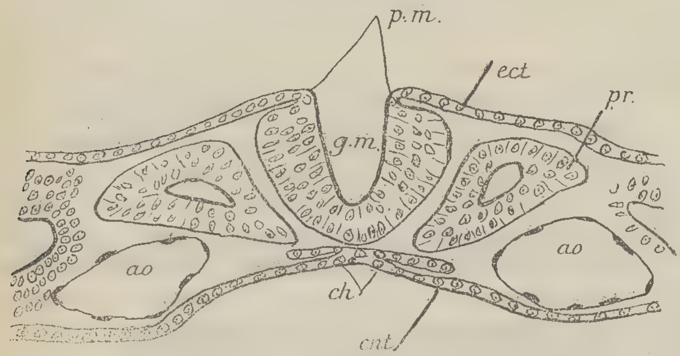


Fig. 1. — *Coupe d'embryon de lapin* (d'après Rabl). — *g. m.* Gouttière médullaire; *p. m.* Plis médullaires; *ect.* ectoderme; *ent.* entoderme; *ao.* aorte; *ch.* chorde, non séparée encore de l'entoderme; *pr.* protovertèbres.

Enfin, dans une dernière étape, le tube médullaire perd ses connexions avec l'ectoderme, en s'entourant d'une gaine mésodermique; ce processus d'enveloppement du tube médullaire par les cellules mésodermiques est, lui aussi, très précoce : tandis que se constitue la gouttière médullaire, le mésoderme déjà s'insinue sous l'ectoderme formant les prolongements céphaliques, dans l'épaisseur desquels se développent les protovertèbres ou segments primordiaux; ces derniers donnent naissance, d'une part au sclérotome (qui se différenciera en méninge molle, dure-mère et paroi postérieure du rachis membraneux), d'autre part au myotome (futurs muscles dorsaux); ainsi se trouve ébauchée l'enveloppe, ou *membrana reuniens superior*, qui vient s'interposer entre le tube médullaire et le feuillet cutané. Elle se complète, au deuxième mois, par la chondrification du rachis membraneux, qui, pour chaque vertèbre, débute par trois points fondamentaux : un point central, médian, qui formera la majeure partie du corps, et deux points latéraux qui formeront les lames et les masses articulaires; en se soudant, ces trois nodules cartilagineux forment un arc ouvert en arrière qui se refermera peu à peu sur la face dorsale de la moelle; c'est au quatrième mois que les extrémités postérieures de cet arc se fusionnent sur la ligne médiane pour donner l'apophyse épineuse.

Signalons enfin deux points particuliers dans cette évolution embryologique : d'une part la transformation de la gouttière médullaire en tube se fait progressivement de l'extrémité antérieure à l'extrémité caudale de l'embryon, de sorte que le segment du canal de l'épendyme, le dernier à s'oblitérer, répond à la région lombo-sacrée; d'autre part la formation du tube médullaire devance la fermeture de l'arc osseux qui doit l'entourer.

Il en résulte et le siège de prédilection du spina pour les régions lombaire et lombo-sacrée, et la coïncidence possible d'une fissure vertébrale et d'une moelle normale.

IV

Formes anatomiques. — « L'activité formatrice — qui préside au développement de la moelle — peut manquer de l'énergie suffisante pour parcourir cette évolution d'un bout à l'autre, et l'aplasie atteindra à différents degrés les éléments ectodermiques et mésodermiques » (Lapointe) : ainsi se créent les diverses formes anatomiques du spina bifida.

Presque toujours, aux malformations essentielles de la moelle et du rachis, s'ajoute un épanchement kystique, un hydrorachis, péri ou intramédullaire. D'après le siège de cet épanchement, Cruveilhier décrivait deux grandes variétés de spina : l'*hydrorachis externe* et l'*hydrorachis interne*. A cette classification, basée sur un caractère d'ordre secondaire, et d'ailleurs incomplète, Recklinghausen a substitué celle aujourd'hui adoptée par tous.

I. — *a.* L'arrêt de développement peut frapper la moelle et ses enveloppes au cours même de la première étape embryonnaire; la moelle se présente sous la forme d'une lame étalée à la face dorsale de l'embryon, et se continuant directement de chaque côté par le feuillet ectodermique; la substance médullaire est donc à nu.

Ce groupe comprend lui-même deux variétés : le *rachischisis*, où la moelle demeure ouverte et étalée, soit dans toute sa longueur, soit partiellement, mais sans tumeur kystique surajoutée; — la *myéloméningocèle*, qui est un rachischisis compliqué de tumeur.

b. La moelle parvient au deuxième stade de son développement : la gouttière s'est transformée en un tube que le feuillet épidermique recouvre complètement. Il existe un épanchement kystique, siégeant dans le canal épendymaire qu'il distend : le tube médullaire forme une tumeur qui fait issue à travers la fissure vertébrale, mais est recouverte par la peau.

C'est la *myélocystocèle* de Recklinghausen.

Parfois à l'hydrorachis interne se surajoute un hydrorachis externe, péri-médullaire, développé dans les méninges; une méningocèle est venue s'adjoindre au myélocyste; ce sont ces tumeurs mixtes que Muscatello a dénommées *myélocystoméningocèles*.

c. La moelle poursuit son évolution jusqu'à son complet développement, mais l'arc osseux qui doit l'entourer demeure ouvert; il persiste une fissure dorsale à travers laquelle fait saillie une tumeur kystique développée aux dépens des méninges et recouverte par la peau : c'est la forme désignée du nom de *méningocèle*.

La myéloméningocèle, le myélocystocèle et la méningocèle constituent les trois grandes variétés de spina bifida kystique.

II. — A côté de ces formes kystiques, les plus fréquentes, il nous faut signaler le spina *à tumeurs solides*, caractérisé par la présence d'une tumeur surajoutée au spina, mais distincte du kyste médullaire ou méningé.

III. — Enfin il est un dernier groupe dans lequel existe seule une fissure vertébrale, recouverte par

la peau, sans aucune tumeur : la lésion peut donc passer inaperçue ; aussi est-on convenu, depuis Virchow et Recklinghausen, de grouper ces cas sous la dénomination de *spina bifida occulta*.

V

Anatomie pathologique. — I. RACHISCHISIS. — Nous serons brefs sur cette forme de spina, car elle est exceptionnelle ; Muscatello la passe sous silence, et la considère comme relevant uniquement du domaine de la tératologie.

Le rachischisis peut être total ou partiel : le *rachischisis total* est une malformation incompatible avec la vie ; sur toute la longueur du dos du fœtus existe une solution de continuité du revêtement cutané, où apparaît une mince membrane transparente, limitée par deux replis : c'est la nappe médullaire, qui est à nu (Lapointe), ou recouverte de la pie-mère (Denucé), et limitée latéralement par les crêtes médullaires qui n'ont pu effectuer leur coalescence.

Le tissu médullaire est d'ailleurs rare, et souvent même fait totalement défaut ; il y a fréquemment association d'anencéphalie.

Le *rachischisis partiel* siège surtout à la région lombo-sacrée ; la solution de continuité des téguments est limitée à une fente de forme ovoïde, à grand axe longitudinal, recouverte par une membrane d'aspect séreux qui se continue directement avec la peau environnante, mais s'en distingue par son aspect spécial : sa partie centrale est une surface irrégulière, de coloration rougeâtre ; entre elle et la peau se trouve une zone intermédiaire blanchâtre, presque transparente. A chacune des extrémités supérieure et inférieure de la zone centrale se voit une petite fossette qui conduit dans le canal médullaire central.

Cette disposition, de même que la structure histologique, rappelle identiquement celle de la forme suivante : aussi n'insistons-nous pas, étant donné l'extrême rareté du rachischisis.

II. MYÉLOMÉNINGOCÈLE. — Ce terme fut, pendant longtemps, appliqué aux lésions les plus variées ; Recklinghausen mit fin à cette confusion en désignant par là la variété kystique du rachischisis. Comme le rachischisis proprement dit, la myéloméningocèle peut intéresser toute l'étendue de l'axe neural ; mais elle est le plus souvent limitée à un segment médullaire : c'est donc *un rachischisis partiel, compliqué d'une tumeur kystique* qui soulève la pie-mère.

La myéloméningocèle se présente, dans sa forme typique, sous l'aspect d'une tumeur à siège lombaire ou lombo-sacré, plus rarement cervical, de forme régulièrement sphérique ou hémisphérique, plus souvent ovalaire, à grand axe longitudinal ; son volume varie de la taille d'une noix à celle d'une orange ; sa base d'implantation est large, non pédiculée. Son enveloppe est faite d'une membrane identique à celle du rachischisis : au pourtour de la tumeur, elle se continue insensiblement avec la zone cutanée qui est souvent le siège d'une forte vascularisation ; dans son ensemble, la tumeur est convexe, par suite de la tension du liquide intrakystique, et présente, au simple examen, deux parties différentes : une partie périphérique, mince pellicule lisse, sillonnée de fines ramifications vasculaires qui lui donnent une teinte rosée ou violacée ; une partie centrale, tranchant nettement par sa coloration rougeâtre et son aspect villeux sur le fond plus clair et lisse de la zone périphérique ; cette plage centrale est arrondie ou ovoïde, allongée dans le sens de la tumeur, ou souvent en forme de cœur de carte à jouer à pointe inférieure. Elle rappelle l'aspect d'une surface ulcérée supportant de minuscules bourgeons charnus ; au doigt elle donne une sensation veloutée ; sa surface laisse suinter de la sérosité céphalo-rachidienne et se couvre parfois de sécrétions purulentes. D'autres fois, au contraire, les caractères sont moins tranchés, et seul le microscope permet une distinction entre les deux zones périphérique et centrale.

Aux deux pôles de la zone centrale — qui représente ce qui reste à ce niveau des éléments médullaires arrêtés dans leur développement — on aperçoit, à un examen attentif, deux dépressions qui font communiquer cette partie aplasiée de la moelle, restée étalée en gouttière, avec les segments sus et sous-jacents, qui, eux, ont atteint le stade tubulaire : ce sont les *fossettes polaires*, situées sur la ligne médiane, à quelques millimètres des extrémités de la zone centrale ; l'orifice de communication n'est pas toujours aisément reconnaissable : tantôt il apparaît nettement au fond de la dépression, et il est possible d'y introduire une fine soie ; tantôt, au contraire, il fait suite à une toute petite fente dissimulée par deux lèvres étroitement appliquées l'une sur l'autre. Souvent d'ailleurs le trajet est oblitéré, surtout au pôle caudal, qui répond fréquemment au filum terminale imperméable.

La zone centrale, qui est richement vascularisée, et représente la nappe étalée du tissu médullaire, a reçu de Recklinghausen le nom d'*area medullo-vasculosa* (fig. 2).

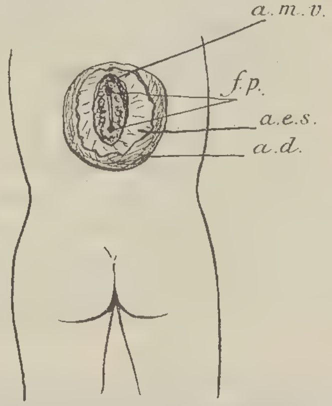


FIG. 2 (demi-schématique). — *Myéloméningocèle.* — *a. m. v.* Area medullo-vasculosa ; *f. p.* Fossettes polaires aux extrémités de l'area *m. v.* ; *a. e. s.* Area epithelio-serosa ; *a. d.* Area dermatica.

La zone lisse, qui entoure l'area, est du tissu pie-mérien tapissé d'une mince couche d'épithelium pavimenteux stratifié : d'où sa dénomination de *zone épithélio-séreuse*.

Enfin, à la périphérie, la zone épithélio-séreuse se continue directement par la *zone dermatique* ou *cutanée*.

Une *coupe transversale* de la région de la tumeur nous fera comprendre la disposition de ses divers éléments : l'arc vertébral incomplet forme le fond d'une gouttière largement ouverte en arrière, et dont les parties latérales représentent les ébauches des demi-arcs postérieurs.

Dans cette gouttière, et la débordant plus ou moins, repose la tumeur kystique ; elle est enveloppée d'une membrane propre, et séparée du fond de la gouttière osseuse par une autre membrane épaisse, blanchâtre, qui est la dure-mère : celle-ci, doublant ainsi la face ventrale du kyste, est ouverte en arrière, comme l'arc rachidien et se perd, sur les bords de la fissure, dans le tissu sous-cutané. A sa face dorsale, le kyste est recouvert de la pie-mère supportant l'area.

La *poche kystique* siège donc entre la pie-mère et la dure-mère, mais ce siège même demande à être précisé : Recklinghausen situait l'épanchement entre les deux feuillets de l'arachnoïde, qu'il considérait comme une véritable séreuse ; la conception actuelle est un peu différente, et on décrit, sous ce rapport, deux variétés de myéloméningocèle (Denucé) : une variété sous-arachnoïdienne, dans laquelle l'épanchement se constitue entre la pie-mère et l'arachnoïde ; la pie-mère supportant l'area est immédiatement appliquée à la face dorsale du kyste, tandis que l'arachnoïde, refoulée contre la dure-mère, tapisse sa face ventrale ; une variété sous-durale, dans laquelle l'épanchement refoule l'arachnoïde vers la pie-mère : la face dorsale de la poche est donc recouverte à la fois de la pie-mère avec l'area, et de l'arachnoïde. Les trois enveloppes méningées se perdent latéralement dans la zone dermatique.

Dans les deux cas, le kyste possède une paroi propre constituée par le tissu sous-arachnoïdien ou sous-dural, tassé et condensé au point de former une véritable membrane enveloppante.

En résumé, une coupe de myéloméningocèle montre la moelle demeurée étalée et à nu, et séparée de la gouttière osseuse par ses trois enveloppes méningées, qui sont, elles aussi, restées étalées, et dont seule la partie ventrale s'est développée ; mais ces enveloppes sont dissociées par le développement d'une tumeur qui tend à éloigner la pie-mère de la dure-mère et refoule hors de la fente vertébrale la moelle supportée par la méninge molle. *Moelle étalée à nu à la face dorsale du kyste*, et *hydrorachis externe*, tels sont les caractères essentiels de la myéloméningocèle.

La cavité du kyste contient un liquide clair comme de l'eau, ou de couleur légèrement citrine, dont la composition chimique est identique à celle du liquide céphalo-rachidien. Cette cavité est traversée par des cordons qui sont les *racines rachidiennes* : leurs points d'émergence sont situés à la face ventrale de l'aire médullo-vasculaire, formant deux groupes placés de part et d'autre de la ligne médiane ; chaque groupe comprend lui-même deux séries dont l'interne représente les racines antérieures, l'externe les racines sensitives, et qui sont séparées par un petit prolongement de la pie-mère, ébauche de ligament dentelé ; les lignes d'émergence sont ou rectilignes ou irrégulières, et l'intervalle séparant deux racines est d'autant plus considérable que celles-ci ont été plus tiraillées par la distension du kyste. Enveloppées d'un prolongement pie-mérien, ces racines traversent librement la cavité kystique qu'elles cloisonnent en cavités secondaires ; elles gagnent les orifices dure-mériens qui les conduisent aux trous de conjugaison par un trajet souvent courbe, à convexité tournée en dehors, mais sensiblement horizontal : cette direction horizontale, au lieu du trajet oblique normal, tient à l'union intime de la moelle et de l'ectoderme qui empêche celle-là d'accomplir son mouvement ascensionnel. Telle est la disposition des racines dans la variété sous-arachnoïdienne.

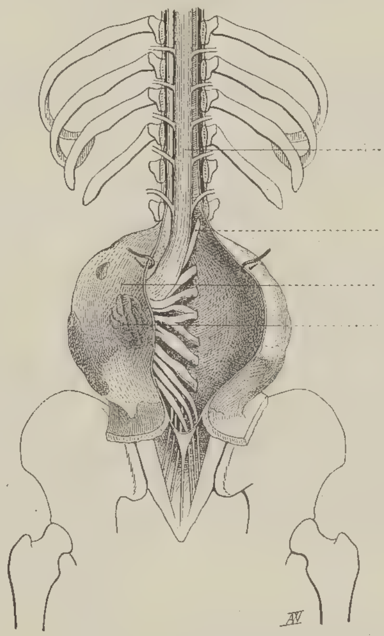


Fig. 3 (Cunéo et Veau). — *Poche de myéloméningocèle ouverte.* — 1. Moelle dorsale ; 2. Deuxième racine lombaire ; 3. Area epithelio-serosa ; 4. Area medullo-vasculosa.

Dans la variété sous-durale, le trajet des racines est différent : elles émergent en effet entre la pie-mère et l'arachnoïde, de sorte que, engainées par un manchon arachnoïdien et refoulées par le kyste, elles restent appliquées contre la paroi de celui-ci, sur laquelle elles décrivent des anses, mais sans jamais pénétrer dans la cavité.

Aux deux extrémités de l'area s'attachent les segments supérieur et inférieur de la moelle ; l'insertion se fait, pour l'attache supérieure, exactement au niveau de la fossette polaire correspondante : pour y parvenir, le tube médullaire doit s'infléchir légèrement en arrière, décrivant une courbe à concavité postérieure (fig. 3 et 4) ; le segment de la moelle sus-jacent à l'area est normal, ou plus souvent élargi suivant son diamètre transversal ; il peut présenter aussi des altérations dans sa structure.

L'insertion inférieure a lieu, non au niveau même de la fossette polaire inférieure, mais un peu au-dessous : si la tumeur siège haut, la disposition est identique à celle du segment médullaire supérieur ; ordinairement la tumeur est bas située, et c'est le cône médullaire qui prend insertion, s'effilant presque aussitôt en filum terminale.

C'est l'*examen histologique* qui a permis d'attribuer à l'area et à la zone épithélio-séreuse leur

valeur respective. Une coupe de la paroi dorsale de la tumeur présente, de la périphérie à la partie centrale :

1° La zone dermatique, constituée par la peau contenant de nombreux follicules pileux ;

2° La zone épithélio-séreuse, formée d'une couche conjonctive rappelant l'aspect de la pie-mère hyperémiée et recouverte d'îlots d'épithélium stratifié ; elle est continuée, étendue sur toute la face dorsale de la tumeur, d'un bord à l'autre de la fissure, et supporte à sa partie moyenne l'area ;

3° L'area medullo-vasculosa est remarquable par sa richesse en vaisseaux sanguins ; sa face antérieure, ventrale, est formée d'une couche conjonctive (la membrane épithélio-séreuse) d'où s'élève un véritable réseau vasculaire, dont les vaisseaux, larges, sinueux, sont le plus souvent accolés les uns contre les autres, sans tissu intermédiaire : c'est à cette structure particulière, à ces touffes de vaisseaux, qu'est dû l'aspect villeux de l'area.

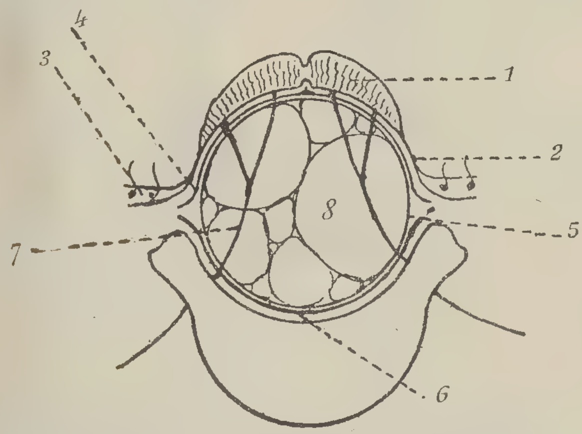


Fig. 4 (d'après Lapointe). — *Myéloschisoméningocèle.* — 1. Area medullo-vasculosa ; 2. Area epithelio-serosa ; 3. Area dermatica ; 4. Pie-mère ; 5. Paroi kystique arachnoïdienne ; 6. Dure-mère ; 7. Racine nerveuse ; 8. Kyste sous-arachnoïdien (méningocèle ventrale).

De place en place cependant, les mailles du réseau vasculaire s'élargissent, et sont comblées par du tissu intermédiaire ; tissu d'apparence fibrillaire, avec fines granulations, et surtout des cellules rappelant celles de la névroglie, avec quelques éléments de taille beaucoup plus considérable, multipolaires, que la méthode de Weigert a permis de considérer comme des cellules nerveuses ; on y trouve enfin des fibres à myéline. Cette aire est donc bien médullo-vasculaire.

C'est dans la profondeur de l'area que les cellules nerveuses sont surtout abondantes ; à la surface libre on ne trouve plus que du tissu vasculaire : peut-être les éléments nerveux, étant très mal protégés et à nu, ont-ils disparu.

Certains auteurs ont décrit à l'area un revêtement superficiel épithélial, mais Recklinghausen qui s'est livré à des recherches histologiques minutieuses n'a jamais trouvé ce revêtement ; W. Koch et Muscatello ont signalé simplement des traces d'épithélium cylindrique.

La disposition de l'area peut présenter quelques variations : tantôt c'est, comme nous l'avons décrit, une plaque de structure médullo-vasculaire, tantôt les éléments nerveux sont groupés en zones, alternativement épaisses et minces, dont l'aspect est comparable, dit Recklinghausen, à la muqueuse de l'intestin grêle du chien ; tantôt la substance nerveuse est éparse, sous forme de bandelettes isolées, ou seulement d'îlots ; mais elle existe toujours aux points d'émergence des racines et au niveau des fossettes polaires ; dans des cas plus rares, enfin, où la paroi dorsale du kyste semble, à l'œil nu, formée d'une membrane uniformément mince, sans trace d'area, le microscope peut montrer l'existence de très fines houppes, seuls vestiges du tissu vasculaire.

La structure de la paroi postérieure du kyste s'explique facilement par l'interprétation embryologique suivante : au début la nappe médullaire se continuait directement, sur les côtés, par l'ectoderme ; le liquide kystique est venu distendre cette paroi postérieure, et la distension, portant surtout sur la pie-mère (zone épithélio-séreuse), isole la nappe médullaire (area) des bords de la fissure cutanée ; les traînées épithéliales observées à la surface de la zone épithélio-séreuse sont les traces de cette distension qui a progressivement isolé l'area de la zone dermatique.

Telle est la description de la myéloméningocèle, telle que la comprenait Recklinghausen, et qui fut confirmée par la plupart des recherches ultérieures (seul, Rabaud, considère, dans la myéloméningocèle, la moelle comme fermée) ; cette malformation est bien l'association d'un rachischisis partiel et d'une méningocèle kystique ventrale, avec adhérence de la moelle à la partie dorsale du kyste ; c'est, comme le propose Lapointe, en insistant sur l'étalement de la moelle, une *myéloschisoméningocèle.*

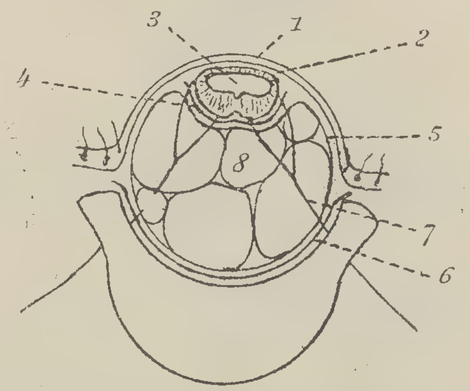


Fig. 5 (d'après Lapointe).— *Myéloméningocèle fermée.* — 1. Peau ; 2. Lame mésodermique sous-cutanée ; 3. Tube épendymaire ; 4. Pie-mère ; 5. Paroi kystique arachnoïdienne ; 6. Dure-mère ; 7. Racine nerveuse ; 8. Kyste sous-arachnoïdien (méningocèle ventrale).

A côté de cette forme classique de la myéloméningocèle, on en décrit aujourd'hui une deuxième variété ; supposons un instant qu'en arrière de la tumeur, et recouvrant par conséquent la nappe médullaire, l'épiderme et le tissu sous-cutané aient proliféré, que la peau, en un mot, recouvre complètement la tumeur kystique : telle serait cette variété, dénommée *myéloméningocèle fermée* (fig. 5). Elle diffère de la forme précédente par l'existence d'une lame de recouvrement, la moelle n'est plus

à nu, elle n'est plus à l'état d'exstrophie (Lapointe) : elle est protégée par une lame, dans l'épaisseur de laquelle ne s'accomplit d'ailleurs aucune différenciation; en outre le tube épendymaire serait constitué en arrière de la nappe médullaire (?).

III. Myélocystocèle. — Dans la myélocystocèle, la moelle et ses enveloppes ont atteint la deuxième étape du développement embryonnaire : la lame médullaire est devenue un tube, et la peau la recouvre complètement ; à travers la fissure osseuse et dure-mérienne non oblitérée fait saillie une tumeur kystique, mais développée à l'intérieur même du canal épendymaire qu'elle distend (ancien *hydrorachis interne* de Cruveilhier).

La myélocystocèle forme, dans la région lombaire, parfois dorsale, une tumeur sessile qui, lorsqu'elle est développée, peut être pédiculée ; la peau la recouvre entièrement, et ce revêtement cutané tantôt est normal, tantôt est le siège de modifications morphologiques ou histologiques: hypertrichose ; téguments amincis ou même ulcérés au sommet de la tumeur et pouvant ainsi simuler une area médullo-vasculaire ; aplasie de la lame ectodermique se traduisant par la rareté ou même l'absence dans le derme de papilles et de formations glandulaires ou sudoripares, ou même l'absence totale de tissu sous-cutané.

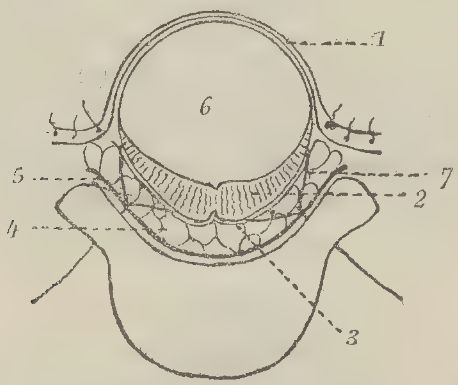


Fig. 6 (d'après Lapointe). — *Myélocystocèle sessile.* — 1. Peau; 2. Tissu médullaire; 3. Pie-mère; 4. Espaces sous-arachnoïdiens; 5. Dure-mère; 6. Kyste épendymaire; 7. Racine nerveuse.

Sur une *coupe transversale* de la région, on voit l'anneau vertébral réduit à un demi-arc antérieur ; la tumeur kystique est logée dans cette gouttière rachidienne ouverte en arrière, et la déborde plus ou moins. Le manchon méningé est lui-même incomplet : la dure-mère, fissurée à sa partie postérieure, livre passage à la tumeur qu'elle ne recouvre qu'à sa face ventrale, et, comme dans la myéloméningocèle, s'arrête au pourtour de la fente osseuse en se perdant dans le tissu sous-cutané ; l'arachnoïde et la pie-mère, interposées entre la moelle kystique et la gouttière dure-mérienne, se perdraient également, sur les parties latérales, dans le tissu sous-cutané (c'est là un point discuté sur lequel nous reviendrons à l'occasion de l'étude histologique).

Par sa face ventrale, le kyste est en rapport avec la gouttière rachidienne dont le séparent les trois méninges ; sa face dorsale est en contact immédiat avec la face profonde de la peau.

C'est donc sous la peau, plus ou moins amincie, qu'on découvre *la tumeur* : celle-ci, dans quelques cas signalés par Recklinghausen, était formée par la dilatation totale du canal épendymaire ; elle présentait l'aspect d'une masse kystique presque régulièrement sphérique et dont seule la partie postérieure débordait la fissure osseuse et dure-mérienne : c'est là *la forme sessile* (fig. 6). Plus fréquemment la tumeur est entièrement extrarachidienne, implantée sur la moelle par l'intermédiaire d'un mince pédicule ; il en résulte un aspect en sablier, dont une cavité est postérieure, extrarachidienne, et c'est le kyste proprement dit, dont l'autre, antérieure, de dimensions moindres, est logée dans la gouttière vertébrale : c'est la *forme pédiculée* (fig. 7), qui provient d'une dilatation constituée uniquement aux dépens de la paroi postérieure du canal épendymaire.

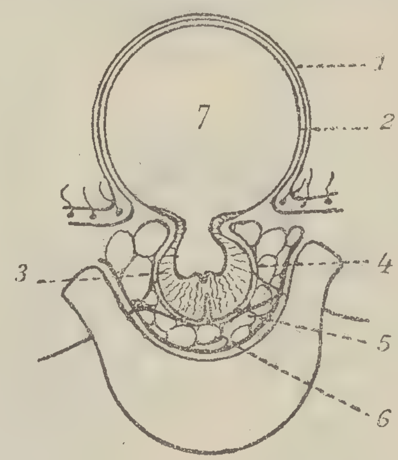


Fig. 7 (d'après Lapointe). — *Myélocystocèle pédiculée.* — 1. Peau; 2. Paroi kystique; 3. Moelle; 4. Pie-mère; 5. Espaces sous-arachnoïdiens; 6. Dure-mère; 7. Kyste épendymaire.

La tumeur, sessile ou pédiculée, peut contracter des adhérences plus ou moins étendues et plus ou moins intimes avec la face profonde de la peau ; c'est la *myélocystocèle adhérente ;* elle peut, inversement, ne lui être unie que lâchement, et permettre ainsi une dissection facile de la poche (myélocystocèle non adhérente).

Si on pénètre, après incision, dans la *cavité kystique* même, on voit qu'elle est le plus souvent unique ; parfois le kyste est multiloculaire, mais ce cloisonnement est un phénomène d'ordre secondaire.

Dans la myélocystocèle non pédiculée, la surface interne de la poche est lisse dans sa partie dorsale; dans sa portion ventrale, au contraire, au niveau du plancher, elle est plus épaisse et soulevée, de part et d'autre de la ligne médiane, en deux bandelettes qui limitent une gouttière ; parfois toute la face interne de la paroi kystique est tapissée d'un mince enduit grisâtre d'une grande fragilité. Les deux bandelettes représentent la substance médullaire, l'enduit grisâtre l'épithélium épendymaire.

Aux deux extrémités de la poche s'ouvrent les fossettes polaires par l'intermédiaire desquelles s'établit la communication avec le canal épendymaire normal (au pôle inférieur on rencontre plus souvent le cône médullaire, par suite du siège plus fréquemment lombaire que dorsal de la myélocysto-

cèle); les orifices de communication, par suite de modifications secondaires, peuvent d'ailleurs n'être plus perméables : la cavité kystique est devenue indépendante.

Quand la myélocystocèle est pédiculée, le kyste apparaît intérieurement comme une poche lisse, présentant à sa partie ventrale l'ouverture d'un petit trajet qui occupe le pédicule et conduit dans la portion intrarachidienne, au centre de la moelle. Ici encore surviennent des modifications secondaires fréquentes qui oblitèrent ce trajet : le kyste, alors isolé, semble à première vue développé en arrière de la moelle et indépendamment d'elle, d'où la confusion possible avec une méningocèle pure.

Les *racines* naissent de la face ventrale des deux bandelettes qui représentent la substance médullaire ; leur ligne d'émergence occupe donc la paroi ventrale du kyste. Dans la forme non pédiculée, elles cheminent dans le tissu sous-arachnoïdien, s'enveloppent d'un manchon d'arachnoïde, et perforent aussitôt la dure-mère pour gagner les orifices osseux.

Il en est de même dans la forme pédiculée, mais elles sont encore plus protégées, puisque les bandelettes médullaires, d'où elles naissent, font ici partie de la portion profondément enfouie dans la gouttière rachidienne : on ne court le risque de les rencontrer, dans les interventions, qu'après avoir dépassé le pédicule.

Histologiquement, la paroi du kyste est formée de deux couches cellulaires : une assise externe, faite de tissu conjonctif lâche, parcouru par de vastes espaces lymphatiques ; — une assise interne, formée de cellules épithéliales.

La couche conjonctive externe, étudiée avec soin par Recklinghausen, n'est pas toujours homogène ; en certains points, et notamment à la partie dorsale du kyste, on peut lui distinguer deux couches : la plus externe, faite de tissu très lâche, dont les mailles sont plus serrées, et renferment de nombreux vaisseaux sanguins ; ces deux couches sont, ou fusionnées, ou par places distinctes l'une de l'autre : elles représenteraient, l'externe l'arachnoïde, l'interne la pie-mère ; les deux méninges existeraient donc à la partie dorsale du kyste, opinion qui s'accorde avec la possibilité de l'existence de méningocèles dorsales surajoutées à la myélocystocèle.

L'assise interne, épithéliale, est formé de cellules cylindriques, parfois cubiques qui représentent l'épithélium épendymaire : cet épithélium tantôt tapisse toute la face interne du kyste sous forme d'enduit grisâtre, tantôt manque par places ; il peut être à la fois cylindrique au niveau du plancher, polyédrique à la voûte du kyste.

Le tissu nerveux est composé de cellules ganglionnaires et de la névroglie occupant l'épaisseur de la trame conjonctive, recouvertes par conséquent par la couche épithéliale ; leur répartition diffère suivant la forme anatomique : dans la forme pédiculée, les éléments nerveux sont rares dans la poche kystique proprement dite — dans la cavité antérieure, et dans la forme pédiculée, ils sont au contraire groupés en amas importants au niveau de la paroi ventrale : ils forment les deux bandelettes dont la structure est identique à celle de l'aire médullo-vasculaire de la myéloméningocèle.

C'est là la forme la plus fréquente, la *myélocystocèle à area ventrale*, dans laquelle l'area repose sur le plancher du kyste (fig. 8). Recklinghausen, Muscatello ont décrit une *variété dorsale* (fig. 9), dans laquelle l'area occupe la voûte du kyste, tandis que le plancher est réduit à l'état de membrane conjonctive renfermant de rares éléments nerveux ; les racines, dans cette variété, ont leur émergence reportée à la face dorsale. Enfin il est des cas où la substance médullaire, au lieu d'être condensée en deux bandelettes, s'étend sur toute la face interne du kyste : à cette variété, qui le plus souvent est associée à une méningocèle, et siège surtout au niveau de la moelle terminale, Dénucé propose la dénomination de *myélocyste aréal*.

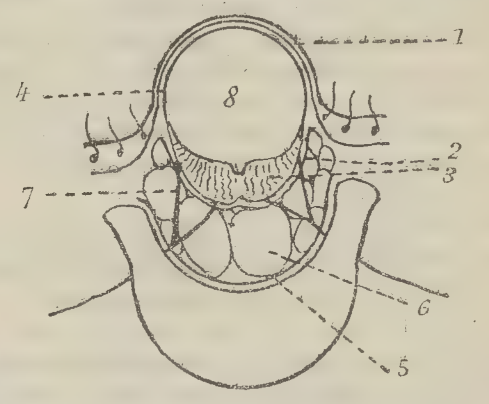


FIG. 8 (d'après Lapointe). — *Myélocystoméningocèle : type ventral.* — 1. Peau; 2. Paroi kystique épendymaire; 3. Moelle; 4. Pie-mère; 5. Dure-mère; 6. Méningocèle ventrale; 7. Racine nerveuse; 8. Kyste épendymaire.

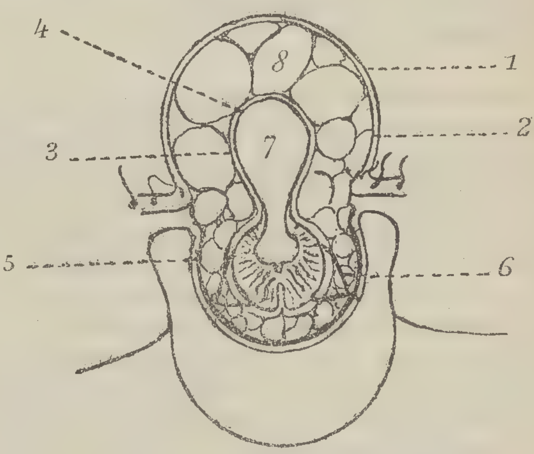


FIG. 9 (d'après Lapointe). — *Myélocystoméningocèle : type dorsal.* — 1. Peau; 2. Couche arachnoïdienne; 3. Pie-mère; 4. Paroi épendymaire; 5. Dure-mère; 6. Racine nerveuse; 7. Myélocystocèle; 8 Méningocèle dorsale.

Ces diverses variétés constituent le groupe des myélocystocèles pures : mais à l'hydrorachis interne peut s'ajouter un épanchement kystique extramédullaire, une méningocèle : c'est le groupe des *myélocystoméningocèles*, créé par Recklinghausen et Muscatello. La méningocèle surajoutée se développe dans l'espace sous-arachnoïdien, ordinairement à la face dorsale du kyste épendymaire : c'est la myélocystoméningocèle postérieure. Avant d'at-

teindre le myélocyste, il faut traverser une poche kystique sous-cutanée, à cavité ordinairement unique, à contenu liquide. Cela suppose l'existence, en arrière de la moelle distendue, non seulement, comme l'a montré Recklinghausen pour la myélocystocèle pure, d'une simple représentation histologique de la pie-mère et de l'arachnoïde, mais encore d'une différenciation assez avancée de ces enveloppes méningées.

La situation réciproque des deux kystes épendymaire et sous-arachnoïdien peut varier : il existe des myélocystoméningocèles ventrales, dans lesquelles la méningocèle s'est développée entre la face ventrale de la moelle kystique et la dure-mère qui tapisse les corps vertébraux, l'incision ouvre donc d'abord le kyste épendymaire et les racines médullaires, nées de la face ventrale de la moelle, entrent en rapport étroit avec la paroi de l'hydrorachis externe, ou même traversent sa cavité.

Il est en outre des *formes atypiques* dans lesquelles des masses polykystiques englobent la myélocystocèle : celle-ci est alors bien difficilement reconnaissable, surtout si elle s'est ouverte secondairement dans un des kystes sous-arachnoïdiens, comme Muscatello en rapporte un cas.

Que la méningocèle soit antérieure ou postérieure, elle peut s'associer à une myélocystocèle soit ventrale (c'est le cas ordinaire), soit dorsale.

Enfin Lapointe propose de faire rentrer dans le groupe des myélocystocèles les myélocèles non kystiques que l'on considérait jusqu'alors comme des méningocèles : à travers une fissure osseuse persistante, la moelle envoie un petit prolongement plein, formé de substance nerveuse, mais sans trace de cavité kystique, ce prolongement serait le vestige d'une myélocystocèle rétractée et dont la cavité kystique a disparu.

IV. Méningocèle. — La méningocèle est la forme de spina dans laquelle la moelle absolument normale repose au fond de la gouttière rachidienne, fissurée en arrière et livrant passage à une tumeur kystique développée dans les méninges ; la dure-mère est ouverte en arrière (Recklinghausen, Muscatello), les manchons arachnoïdien et pie-mérien sont complets et limitent la collection liquide qui est un hydrorachis externe rétromédullaire (fig. 10).

Depuis que les recherches anatomo-pathologiques se sont multipliées, le domaine de la méningocèle s'est de plus en plus restreint ; faute d'examen histologique, il semble que de nombreux cas de méningocèle étaient en réalité des myéloméningocèles et surtout des myélocystocèles. Recklinghausen, sur les 32 cas de spina bifida qu'il a étudiés, n'a trouvé aucune méningocèle proprement dite ; Muscatello en signale 1 sur 13 spina, Bayer 1 sur 31 ; Hildebrand en relève 7 cas sur 30 observations personnelles ; Muscatello, il est vrai, émet quelque doute sur l'authenticité de ces 7 cas de méningocèle, qu'il soupçonne être des myélocystocèles.

La méningocèle pure serait donc rare ; elle est au contraire, nous l'avons vu, fréquemment associée à la myélocystocèle ; mais « en tant que forme anatomique du spina bifida, elle n'existe pas », écrit Denucé ; l'étude des observations un peu récentes montre qu'aucune d'elles ne satisfait aux conditions indiquées par la définition ; aucune en particulier ne permet de conclure à l'intégrité de la substance médullaire.

Bockenheimer, se fondant sur des raisons anatomiques, admet l'existence de la méningocèle, surtout dans la région sacrée : la moelle s'arrêtant entre la première et la deuxième lombaires, les tumeurs développées au-dessous de ce niveau ne pourraient se former qu'aux dépens des seules méninges.

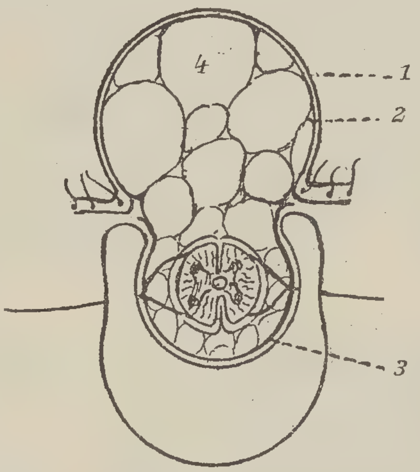


Fig. 10 (d'après Lapointe). — *Méningocèle.* — 1. Peau ; 2. Paroi arachnoïdienne ; 3. Dure-mère ; 4. Kyste sous-arachnoïdien.

Or, les recherches de Trolard ont montré que le cul-de-sac dure-mérien s'arrête à la deuxième pièce sacrée, et que l'arachnoïde descend encore moins bas ; il n'y a, au-dessous, qu'un faisceau fibreux plein, le ligament antérieur de Trolard, qui descend jusqu'au coccyx : la méningocèle sacrée, si elle existe, ne pourrait donc être que lombo-sacrée.

On a bien décrit, il est vrai, une méningocèle sacrée, mais dans tous les cas où l'examen histologique a été pratiqué, on a signalé des altérations médullaires : à quelque niveau qu'elle siège, la *méningocèle* n'existerait donc que comme complication d'une malformation médullaire, et *jamais à l'état d'entité anatomique propre.*

V. Spina a tumeurs solides. — A la transformation kystique du canal épendymaire ou des méninges peuvent se surajouter des tumeurs distinctes, solides ou kystiques ; elles se développent dans l'épaisseur de la lame épithélio-séreuse et sont d'origine ectodermique, mésodermique ou mixte.

Les *tumeurs solides*, formées d'éléments fibreux, adipeux, musculaires, cartilagineux, osseux, vasculaires, d'origine mésodermique, sont des fibromes purs, des lipomes et des fibro-lipomes, qui ou bien constituent un simple épaississement pariétal diffus, ou se développent soit en dehors du rachis, soit dans le canal vertébral, comprimant et pénétrant même la moelle ; ils peuvent atteindre des dimensions considérables (cas de Morestin, de Broca). Des éléments musculaires lisses et surtout striés envahissent fréquemment ces tumeurs conjonctives ou adipeuses, créant ce que Recklinghausen a désigné du nom de myofibrolipomes. On peut y rencontrer également des noyaux cartilagineux et des îlots osseux ; les vaisseaux des parois du sac ou ceux du tissu sous-dermique peuvent subir des transformations télan-

giectasiques, créant des angiomes ; on a décrit enfin des lymphangiomes, qui ne seraient en réalité que des transformations du tissu cellulaire ou sous-arachnoïdien.

L'ectoderme, représenté par la couche épithéliale qui ferme la cavité épendymaire, peut être, lui aussi, le siège d'hyperplasie, et donner naissance à des gliomes, des névrogliomes, des cholestéatomes.

Les *tumeurs kystiques* peuvent se produire de deux façons : ou bien c'est un néoplasme solide qui subit une transformation kystique partielle ou totale; ou le kyste se forme directement aux dépens de la lame épithélio-séreuse, dont la soudure est incomplète. Le revêtement épithélial de ces kystes est très variable, cubique ou cylindrique le plus souvent, mais parfois pavimenteux ou cilié ; il y a souvent coexistence, dans la même poche, d'épithéliums différents. On peut rencontrer aussi de véritables kystes dermoïdes, tapissés intérieurement d'épithélium pavimenteux stratifié; ils renferment de la matière sébacée, des cristaux de cholestérine, parfois des poils.

De ces tumeurs surajoutées au spina bifida, nous rapprochons la malformation désignée par Ollivier (1837) du nom de *diastématomyélie* (διάστημα, interstice; μυέλος, moelle); c'est-à-dire la division plus ou moins étendue de la moelle en deux moitiés latérales.

Ces deux moitiés de moelle peuvent être accolées, séparées seulement par un simple prolongement pie-mérien, ou au contraire nettement séparées par une tumeur fibreuse, adipeuse, par une épine cartilagineuse ou même osseuse.

Pour Recklinghausen, la diastématomyélie traduirait l'arrêt de développement frappant la moelle tout au début de son état embryonnaire, alors que les deux moitiés de la plaque médullaire ne sont pas encore soudées : ceci explique la coexistence fréquente de la diastématomyélie et du rachischisis proprement dit; mais la diastématomyélie n'est pas rare dans le spina bifida vrai. Pour Denucé, elle coexiste avec le spina dans deux conditions différentes : ou bien dans le spina ouvert, dans la myéloméningocèle, l'area médullo-vasculaire est divisée en deux colonnes latérales; ou dans le spina fermé : on trouve la moelle divisée en deux bandelettes, souvent séparées par une tumeur; parfois chaque demi-ébauche médullaire subit pour son propre compte le mouvement d'enroulement qui normalement aboutit à la transformation de la gouttière médullaire en tube; il en résulte que la moelle est formée de deux tubes parallèles séparés par une cloison pie-mérienne ou une formation néoplasique.

VI. Spina bifida occulta. — Ce terme, proposé par Recklinghausen, désigne les cas où la fissure rachidienne ne livre passage à aucune formation kystique médullaire ou méningée; la peau qui recouvre la fissure peut présenter un aspect normal : la malformation passe alors fréquemment inaperçue; plus souvent les téguments sont modifiés dans leur coloration ou dans le développement de leur système pileux. Le spina occulta siège de préférence à la région lombo-sacrée; sous la peau, se trouve la fissure osseuse qui abrite la moelle.

Pour Denucé, la moelle n'est pas normale, ce que tend d'ailleurs à prouver la clinique : le substratum anatomique du spina bifida occulta serait toujours un myélocyste aréal de petites dimensions ou rétracté, permettant, par son faible volume, à la membrana reuniens de se refermer en arrière de lui.

Cette membrane peut obturer complètement la fissure, en un plan continu : c'est le spina occulta sans attache cutanée. Mais souvent s'établissent des connexions avec la peau : c'est tantôt un tractus fibro-élastique, ou un cordon fibro-lipomateux avec fibres musculaires striées, faisant adhérer la face dorsale de la moelle à la peau ombiliquée; tantôt il y a adhérence large; tantôt enfin dans l'épaisseur de la lame épithélio-séreuse se développe une tumeur (lipome, fibrome, kyste dermoïde) comblant l'orifice osseux, pénétrant dans le rachis et comprimant ou envahissant même la moelle.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 3 mai 1911)

Exclusion vésicale par double néphrostomie. — M. Wilhems (de Gand) communique un cas analogue à celui qu'a présenté M. Legueu. Il s'agit d'une malade qui était atteinte de cystite tuberculeuse à laquelle M. Wilhems pratiqua une double néphrostomie. Vingt-cinq jours après l'opération, cette malade succomba à une grippe grave, et à l'autopsie on constata que la vessie était très réduite de volume, dure, comparable à un utérus et ne présentait plus de lésions tuberculeuses. Elles étaient cicatrisées.

Appendicite perforante. Occlusion intestinale consécutive. — M. Bœckel (de Strasbourg) rapporte l'observation d'une jeune fille qu'il opéra d'une appendicite perforante. Dix jours après, elle présenta des phénomènes d'occlusion intestinale. M. Bœckel fit une nouvelle laparotomie, trouva une torsion des anses intestinales, fit une entéro-anastomose et la malade guérit. Quelque temps après, nouveaux accidents du même genre, troisième intervention, guérison définitive.

M. Lejars communique une observation analogue.

Traitement chirurgical des plaies de poitrine. — M. Quénu ne partage pas l'opinion de ceux de ses collègues qui trouvent qu'on est généralement d'accord sur cette question. En réalité, il y a deux camps, celui des interventionnistes et celui des abstentionnistes. La question mérite donc d'être étudiée de près.

M. Quénu apporte au débat trois nouveaux faits :

Dans le premier fait, il s'agissait d'un homme qui avait reçu un coup de revolver dans le dos. Il présentait tous les signes d'un épanchement abondant. Cependant on ne crut pas devoir intervenir. Le lendemain on prit un peu de sang dans la plèvre par une ponction; on répéta plusieurs fois ces ponctions et chaque fois on reconnut que le sang n'était pas infecté, bien que le blessé eût de la fièvre. Il s'agissait, en effet, d'une simple pneumonie traumatique dont le malade guérit. M. Quénu insiste sur l'importance de cet examen de l'épanchement sanguin qui, dans ce cas particulier, a permis de juger qu'il n'était pas nécessaire d'intervenir.

Dans le second cas il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui reçut un coup de revolver au niveau du sixième espace intercostal gauche. Epanchement considérable, pouls petit, pâleur de la face. Impressionné par le premier blessé, le chef de clinique de M. Quénu pensa que le pronostic serait également favorable chez ce dernier et il n'intervint pas, bien que l'épanchement remontât jusqu'à la crête de l'omoplate. M. Quénu vit ce blessé le lendemain matin, dix heures après l'accident. L'état du blessé ne s'était pas amélioré, il crut devoir intervenir. Il ne reséqua qu'une seule côte et, grâce à de forts écarteurs écartant bien les bords de la plaie, par cette petite brèche il put facilement attirer le poumon et suturer deux plaies, l'une antérieure et l'autre postérieure, les plaies d'ailleurs ne saignaient plus; le blessé succomba le soir et à l'autopsie judiciaire, pratiquée par M. Socquet, on put constater qu'il n'y avait pas d'autres plaies que celles qui avaient été suturées. Il est évident que dans ce cas il aurait fallu intervenir immédiatement.

Le troisième cas se caractérise par ce fait particulier, qu'on observe parfois dans les plaies de poitrine, qu'il s'agissait d'un emphysème sous-cutané très considérable, occupant l'épaule et tout le membre supérieur gauche. Cet emphysème sous-cutané s'accompagnait de dyspnée, M. Quénu fit deux incisions de la peau. L'emphysème disparut rapidement et le malade guérit.

En résumé, M. Quénu n'est pas un adversaire de l'intervention dans les plaies de poitrine. Il estime qu'il y a des cas où cette intervention s'impose. Au point de vue de la technique opératoire, M. Quénu pense que l'incision d'une seule côte est largement suffisante et il la préfère au volet thoracique comme moins dangereuse, on a ainsi une ouverture suffisante, avec un bon écartement, pour amener le poumon au dehors et l'explorer. Dans quelques cas le volet thoracique a été suivi d'hémorragies graves et même mortelles.

M. Souligoux, comme M. Quénu, constate que la Société de chirurgie, dans cette question, est divisée en deux camps, celui des interventionnistes et celui des abstentionnistes. Il est vrai que dans la grande majorité des cas l'abstention réussit et cependant tous reconnaissent qu'il y a des cas où une large thoracotomie avec suture du poumon s'impose. Ce sont les indications de cette intervention qui sont difficiles à préciser dans l'état actuel de la question.

Il faut distinguer quatre variétés d'hémothorax : 1° il y a un épanchement très abondant; 2° l'épanchement est moyen; 3° il augmente d'heure en heure; 4° il n'augmente pas, mais il n'y a pas de tendance à la résorption. Quelle est la conduite à tenir dans ces différents cas? Dans le premier l'intervention ne saurait être discutée; elle s'impose. Dans le second, il y a lieu d'hésiter. M. Souligoux discute longuement ici les diverses opinions qui ont été émises. Il rappelle la conduite des anciens chirurgiens qui dilataient la plaie et les diverses opinions qui ont été soutenues par Delorme, Quénu, Baudet, Tuffier, Rochard. Logiquement l'opération semble indiquée, et cependant les statistiques sont plutôt en faveur de l'abstention, et il arrive finalement à cette conclusion qu'il faut bien examiner son malade, rester auprès de lui, suivre de très près l'évolution des accidents et intervenir aussitôt que l'on constate la moindre aggravation dans l'état du blessé.

Fracture du rocher, troubles consécutifs, trépanation. — M. Auvray analyse une observation de M. Robineau. Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans qui reçut, le 27 mars 1910, un coup violent sur la tête. Il fut transporté à l'hospice d'Ivry sans connaissance et saignant. L'interne de garde fait un pansement et arrête l'hémorragie. M. Robineau voit le blessé vingt-quatre heures après. Il était sorti de son coma, mais il avait la tête lourde. On défait le pansement, on retire un caillot de l'oreille et on constate une hémorragie par le conduit auditif externe. Cette hémorragie dura pendant quatre jours consécutifs.

M. Robineau diagnostiqua une fracture du rocher. On fait une ponction lombaire; le liquide céphalo-rachidien est sanguinolent. On fait ainsi plusieurs ponctions; le malade va mieux et sort de l'hôpital. Il revient huit jours après amaigri, hébété, avec une céphalée diffuse, le pouls ralenti, la température normale. A deux travers de doigt au-dessus de l'arcade zygomatique se trouvait un point très douloureux à la pression, avec défense musculaire. Ponction lombaire, liquide clair mais hypertendu. L'examen du sang ne révèle rien d'anormal. M. Souques voit le malade et diagnostique une irritation de la dure-mère par une esquille osseuse. M. Robineau pratique un petit volet dans le pariétal droit; il trouve, en effet, une saillie osseuse qui déprime, en un point, la dure-mère. Celle-ci n'est ni déchirée, ni tendue. On ne l'ouvre pas. Le malade va mieux; mais il se plaint de rachialgie. Nouvelles ponctions lombaires. Liquide hypertendu. Peu à peu les troubles disparaissent et le malade guérit.

Le diagnostic de M. Souques était donc bien exact, et l'intervention de M. Robineau a été heureuse.

M. Broca fait observer que le titre de l'observation n'est pas exact. Il y a eu fracture de la voûte.

M. Tuffier fait observer que l'esquille osseuse n'est pour rien dans la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Il y a donc eu contusion cérébrale.

M. Auvray n'a pas cru devoir changer le titre de M. Robineau. Quant à la présence de l'esquille, elle est indiscutable.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène de la peau et du cuir chevelu (1),
par MM. J. Nicolas et A. Jambon.

Ce petit livre est en même temps qu'une étude condensée de l'hygiène spéciale des diverses régions de l'individu, un manuel de prophylaxie des dermatoses d'origine interne et externe. On y trouvera des formules relatives aux soins du visage, de la chevelure et des indications d'ordre esthétique.

Les auteurs ont enfin résumé les principes d'hygiène cutanée dans la pratique des différents sports (alpinisme, automobilisme, etc.). P. GASTINEL.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Train spécial, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide et à prix réduits (réduction jusqu'à 60 p. 100 suivant la distance), de Paris à Turin, viâ Dijon, Saint-Amour, Modane.

Départ de Paris, le 19 mai 1911, à 2 h. 40 soir.

Retour : au gré des voyageurs dans un délai de vingt jours soit, au départ de Turin, le 7 juin au plus tard.

Délivrance des billets depuis le 1er mai.

Prix, aller et retour « Tessera » comprise : 1re classe : 72 francs; 2e classe : 49 fr. 25; 3e classe : 32 fr. 50.

(1) In-8, « Actualités médicales », de 95 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Trémolières, 19; Moutier, 14.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Hallopeau, 12; Martin, 15; Mercadé, 16.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Séance du 5 mai. — MM. Coutela, 19; Magitot, 19; Cerise, 19.

— Concours d'accoucheur des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lucas-Championnière, Pinard, qui acceptent; Potocki, Bouffe, Champetier-de-Ribes, Pierre Marie et Marion, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 6 juin 1911, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement général sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires, et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, du lundi 8 mai au samedi 20 du même mois, inclusivement.

— En exécution du vœu de M. Joseph Jamain, conseiller référendaire à la Cour des comptes, et en mémoire de son père, feu le docteur A. Jamain, il a été versé le 2 mai par Mme Dugardin, 44, rue Cardinet, à Paris, une somme de 10000 francs dans la caisse de l'Assistance publique pour un prix en faveur du candidat reçu au concours de l'internat en médecine qui aura obtenu la meilleure note dans la composition écrite d'anatomie.

GUERRE. — Sont affectés aux troupes de débarquement de Casablanca :

A l'ambulance : M. Guilloteau, médecin-major de première classe, du 8e d'inf. col.; M. Normet, médecin-major de première classe, du 23e d'inf. col.; M. Mercier, médecin-major de deuxième classe, du 24e d'inf. col.

Au 1er régiment de marche : M. Logerais, médecin-major de première classe, du 21e d'inf. col.; M. Boucher, médecin-major de deuxième classe, du 23e d'inf. col.; M. Patterson, médecin-major de deuxième classe, du 22e d'inf. col.

Au 2e régiment : M. Kérest, médecin-major de première classe, du 2e d'inf. col.; M. Perret, médecin aide-major de première classe, du 7e d'inf. col.; M. Giauffer, médecin aide-major de première classe, du 1er d'inf. col.; M. Salonne, médecin aide-major de première classe, du 6e d'inf. col.

Au groupe d'artillerie : M. Sibirie, médecin-major de deuxième classe, du 1er d'art. col. à Lorient.

— Mutations :

Médecin-major de première classe. — M. Rossignot passe au 3e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mialaret passe au 147e d'inf.; Chrétien, au 22e dragons.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Ducos passe au 115e d'inf.; Lancelot, au 117e d'inf.; Demerliac, au 78e d'inf.; Gallès, au 16e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Barral passe au 120e d'inf.; Scharenberger, au 17e d'art. de camp.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Rousseau.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Taddei dit Torella.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Kagi.

— Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe de la marine en retraite Touchet.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal de la marine en retraite Aubry.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'assemblée générale a eu lieu le 6 mai. Après la lecture de la correspondance et du procès-verbal de la dernière assemblée, M. Paul Claisse a fait une communication sur la ques-

tion du *droit de reproduction des cliniques*. Cette importante question fera l'objet d'une discussion à la prochaine réunion.

Après l'examen des candidatures et l'approbation des comptes du trésorier il a été procédé au renouvellement du bureau.

Ont été élus : président : M. Bardet; vice-présidents : Paris, M. Cabanès; province, M. le professeur Poncet; secrétaire général : M. Laumonier; adjoint : M. Bouquet; secrétaires des séances : MM. Cany et Salamo; trésorier : M. Viel.

La prochaine réunion aura lieu le premier samedi de novembre.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 18 mai, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Bitot (de Paris) et Joseph Cat (de Saint-Marcel, près Marseille).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — SERVICE DE M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU. — MM. les docteurs Albert Mathieu et Jean-Ch. Roux commenceront, le samedi 13 mai, une série de leçons sur les maladies de l'appareil digestif.

13 mai. — Dilatation aiguë de l'estomac : M. A. Mathieu
20 mai. — Douleurs gastriques d'origine nerveuse : M. J.-Ch. Roux.
27 mai. — Syphilis gastrique : M. A. Mathieu.
3 juin. — Douleurs abdominales d'origine vasculaire : M. J.-Ch. Roux.
10 juin. — La fausse biloculation de l'estomac : M. A. Mathieu.
17 juin. — Les dyspepsies appendiculaires : M. J.-Ch. Roux.
24 juin. — Pancréatites chroniques douloureuses : M. A. Mathieu.
1er juillet. — Les colites graves : M. J.-Ch. Roux.

Les conférences auront lieu dans la salle de la consultation externe du service (20, rue de Citeaux), le samedi à dix heures quarante-cinq.

SERVICE DE CHIRURGIE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE. — A partir du 22 mai, sous la direction du docteur Redard, à l'hôpital des accidents du travail, 136, rue Championnet, 18e.

Lundi, jeudi, à neuf heures : Consultation et opérations gratuites pour indigents.

Jeudi, à dix heures : Conférence clinique.

Lundi, jeudi, de neuf à dix heures : Traitement des déviations de la colonne vertébrale et gymnastique orthopédique.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 14, 8 avril 1911.) V. JACKSCH : Diagnostic radioscopique de la grossesse. — (N° 15, 15 avril.) ARAVANDINOS et MICHAÏLIDIS : Le kala-azar en Grèce.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 13 avril 1911.) SONNENBURG, GRAWITZ et FRANZ : Signification diagnostique et pronostique de la leucocytose inflammatoire. — SOWADE : Infection générale syphilitique chez le lapin par inoculation intracardiaque. — RASP et SONNTAG : Sur la réaction de Wassermann paradoxale. — WALDVOGEL : Sur l'identité chimique de la formation d'anticorps et la dégénérescence cellulaire. — MARTINI : Sur la préparation de vaccin par la commission allemande de la peste de 1899, pour injections en masses, en cas de danger de l'approche d'une épidémie de peste pulmonaire en 1911. — SEIFFARTH : Sur l'ulcère duodénal. — SCHATTENSTEIN : Sur les dangers de l'action de la vasotonine. — DORNBLUTH : Démorphinisation au moyen de l'opium et du pantopon. — FALTA : Salvarsan dans les affections du fond de l'œil. — GUNTHER : Intoxications par l'étain. — (N° 16, 20 avril.) KILLIAN : Traitement des affections inflammatoires des fosses nasales. — DYRENFURTH : Recherches sur le vertige labyrinthique. — SCHIEEK : Tuberculose irienne et choroïdale expérimentale du lapin. — PUPPE : Contribution à l'évaluation médico-légale des blessures par coup de feu. — SEIFFARTH : Ulcère duodénal. — BAUMSTARK : Sur un cas de colite grave. — GARA : Un symptôme de pression abdominale de la sciatique. — HACKENBRUCH : Incision de la paroi abdominale dans l'opération d'appendicite. — GRONAZZ : Complications de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire. — ALTHOFF : Traitement de l'ulcère de jambe. — ZABEL : Un cas d'intoxication par le purgène.

Medizinische Blätter. — (N° 8, 15 avril 1911.) ALBRECHT : Pathogénie et prophylaxie de la peste.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 11 avril 1911.) WILMS : Nouvelle méthode de rétrécissement du thorax dans l'emphysème pulmonaire. — BURCKHARDT : Sur la narcose intraveineuse. — STRASBURGER : Sur le traitement par l'émanation de radium. — SCHOTTMÜLLER : Recherches bactériologiques dans la fièvre puerpérale. — CHRISTEN : Les nouvelles méthodes de diagnostic du pouls sans calculs. — STREIT : Quelques recherches acoustiques à l'aide de l'endophonoscope. — SCHMIDT : Technique de la réaction de Wassermann. — WEBER : Luxation spasmodique de la hanche. — WEILER : Remarques sur la néphrite consécutive aux injections de salvarsan. — SCHREYER : Rapports sur le traitement de la peste pulmonaire par le salvarsan. — STOKAR : Technique des injections intraveineuses de salvarsan. — HOKE : Electrocardiogramme d'un cas d'inversion totale des viscères. — (N° 16, 18 avril.) SAENGER : Sur la maladie de Basedow. — SUDECK : Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — SCHITTENHELM et WEICHARDT : Sur le rôle de l'hypersensibilité dans l'infection et l'immunité. — HEILBRONNER : Cinquante années de recherches sur l'aphasie. — SCHMIDT : Expériences sur l'emploi et l'action du salvarsan. — LÖHLEIN : Remarques sur l'action du salvarsan sur la cornée. — STUCKEN : Réaction caractéristique de la paralysie générale dans l'urine. — ESAU : Traitement des dermatoses par l'air chaud. — WIEDMANN : Saccharomètre à fermentation pour l'urine. — BAETZNER : Pince parallèle pour l'estomac et l'intestin.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 14, 8 avril 1911.) Henri ABOULKER : Lavage de la cavité arachnoïdienne et drainage lombaire dans la méningite aiguë d'origine otique. — A. ROSENBERG : Le cycloforme, nouvel analgésique. — (N° 15, 15 avril.) J. DUVERGER et A. BAIN : Un cas rare de sporotrichose linguale et pharyngienne avec menace d'asphyxie. Cultures de sporothrix Beurmanni. — (N° 16, 22 avril.) G. COULET : Syndrome de Gradenigo au début de l'évolution d'un sarcome de la base du crâne. — GAULT : Sur un cas d'adénome de la fosse nasale gauche. — A. BONAIN : Tumeur fibreuse de la partie médiane du pharynx nasal.

Revue médicale de l'Est. — (N° 7, 15 avril 1911.) Louis JOB : Trois nouveaux cas de grossesse triple. — POTRON : Un cas d'adénite par l'endomycès albicans.

Semaine gynécologique. — (N° 16, 18 avril 1911.) R. PICHEVIN : Traitement des fibromes.

Tunisie médicale. — (N° 4, 15 avril 1911.) GUÉNOD : La conjonctivite aiguë en Tunisie. — HENRY : Capsules surrénales et typhus exanthématique.

TRAITEMENT PRATIQUE

DU

PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL

IRRÉDUCTIBLE CHEZ L'ENFANT

Evidement dit sous-cutané des os du tarse,

Par M. L. LAMY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Si les massages, associés ou non, suivant les cas, à la ténotomie du tendon d'Achille, n'ont pas eu raison de la malformation dans les trois ou quatre premiers mois qui suivent la naissance, le pied bot doit être considéré comme *irréductible manuellement, et devient justiciable du traitement sanglant.*

Cette formule, simple en théorie, soulève dans son application un grand nombre de problèmes, comme nous allons le voir, et peut paraître osée, si l'on s'en tient aux classiques. Aussi, notre but sera-t-il de montrer qu'à côté des méthodes jusqu'à présent classiques il en existe une autre, et que cette méthode, dont la caractéristique est l'*évidement, dit sous-cutané*, *des os de tarse*, répond d'une façon tout à fait satisfaisante aux besoins de la pratique.

Quelles sont actuellement les principales interventions préconisées, pour remédier au pied bot? Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients? Quels sont leurs résultats? Quelle est leur valeur?

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une critique complète de chacun de ces procédés, cela nous entraînerait trop loin; nous résumerons brièvement les faits principaux, pour en déduire notre ligne de conduite.

Les interventions les plus simples et les plus faciles à exécuter sont assurément *les ténotomies.* On peut sectionner successivement : le tendon d'Achille; l'aponévrose plantaire et les muscles sous-jacents, c'est-à-dire adducteur du gros orteil et court fléchisseur du gros orteil; le tendon du jambier antérieur; le tendon du jambier postérieur.

Il n'est pas discutable que ce sont les opérations de choix. Mais dans bien des cas elles sont totalement insuffisantes.

Sayre disait autrefois qu'elles étaient suffisantes, s'il s'agissait d'un pied contracturé, inutiles, si le pied était contracté.

Aujourd'hui, on distingue, théoriquement, des pieds bots musculaires, ligamenteux, et osseux. Aux premiers, seuls, conviendraient les ténotomies. Pratiquement, on est obligé de convenir que la distinction entre la première et la deuxième catégorie est des plus difficiles à établir, et que seule l'évolution tranchera définitivement la question. On risque donc, en restant trop longtemps dans l'expectative, de perdre un temps précieux.

C'est qu'en effet, dans l'immense majorité des cas, il faut agir sur le squelette, pour obtenir une correction suffisante. Delore avait préconisé *le redressement forcé*, c'est-à-dire le massage sous chloroforme, après avoir, en quelque sorte, disloqué les articulations, par des mouvements violents, imprimés à l'aide de la main.

Cette méthode fut bientôt perfectionnée : Velpeau, Bradford, Morton, Trélat, etc., remplacèrent la main par des appareils : il existe aujourd'hui un nombre considérable d'*ostéoclastes.* Ils présentent tous, quels qu'ils soient, des inconvénients multiples et tendent, de plus en plus, à devenir des curiosités pour musées orthopédiques. Il est, en effet, extrêmement difficile, de réaliser un instrument qui résume les nombreuses qualités, que doit présenter l'ostéoclaste : en ne parlant ni de la simplicité, ni de la modicité de prix, il faudrait tout d'abord que l'ostéoclaste puisse fournir une bonne prise; la petitesse des pieds d'enfants est un obstacle très difficile à vaincre : si le contact est restreint, l'appareil ne tient pas, il dérape; s'il est, au contraire, trop étendu, il n'appuie plus au bon endroit. Quelques appareils simples et de petites dimensions, comme celui de Bradford, ou celui de Thomas, sont, à première vue, faciles à manier, trop faciles même, car ils exposent à de graves dangers : on ne sait pas au juste où s'exerce la force, on ne peut pas affirmer que la violence va s'appliquer exactement au point, et là seulement, où il y a lésion, malformation. Il est extrêmement facile de déterminer des escarres, qui, non seulement intéressent la peau, mais aussi les parties profondes, d'où cicatrices, susceptibles d'entraver le traitement. Enfin, cette méthode, dans bien des cas, est tout à fait insuffisante. On peut même dire que le résultat esthétique est toujours mauvais; il persiste un certain degré d'adduction de l'avant-pied, avec saillie du cou-de-pied, qui donne un aspect lourd et disgracieux.

Il faut recourir aux *opérations sanglantes.* Celles-ci portent soit sur le squelette osseux, soit seulement sur les ligaments.

Il est classique de dire que c'est Little qui, en 1854, conseilla le premier l'extirpation d'un os, pour corriger le pied bot. En réalité, c'est à Velpeau que revient l'honneur de la conception de la *tarsectomie.*

C'est Phelps qui, en 1884, conseilla la section des parties molles, qu'il pratiquait, d'ailleurs, depuis 1880. C'est à M. le professeur Kirmisson que revient l'honneur d'avoir également préconisé cette intervention en 1888, alors qu'il ignorait la pratique de Phelps. Sa manière de faire n'était d'ailleurs pas absolument identique à celle de son précurseur, et il avait imprimé au manuel opératoire une modification originale, des plus importantes.

Ces interventions ont été plus ou moins modifiées par les orthopédistes, et c'est ainsi qu'il existe un grand nombre d'opérations diverses. Nous rappellerons seulement les principaux types.

Opérations osseuses. — *Ostéotomie cunéiforme.* — Le principe en est le suivant : on enlève un coin osseux à base supéro-externe et à sommet inféro-interne, aux dépens du tarse. On raccourcit ainsi le bord externe, de toute la longueur de la base de ce coin; on ouvre le bord interne du pied, comme les feuillets d'un livre, en faisant basculer l'avant-pied sur l'arrière-pied, comme s'il existait une charnière

à la partie moyenne du bord interne, et le pied se trouve ainsi en rectitude. Théoriquement, cette intervention est bonne. Pratiquement, elle est passible d'un certain nombre de critiques, justifiées. En effet, on peut, avec quelques tâtonnements, enlever exactement la quantité nécessaire et suffisante, du squelette osseux, pour obtenir la réduction parfaite, mais cela ne va pas sans inconvénients graves, ultérieurs. Le pied qui est déjà plus court que normalement, se trouve, de ce fait, encore plus considérablement raccourci. Il est épais, large, aplati et en partie dépourvu de mouvement. Enfin, c'est une opération grave, qui comporte un certain schock opératoire, aussi ne peut-on l'exécuter chez les tout jeunes enfants.

Astragalectomie. — Lorsque l'astragalectomie est totale, le résultat est souvent bon, mais on peut dire qu'il est impossible de prévoir quel sera ce résultat. Nous avons montré, en effet (1), que cette opération est souvent suivie de récidive, chez l'enfant, à cause de la présence d'une coque cartilagineuse, extrêmement fertile, qui persiste, alors que l'on croit avoir énucléé l'astragale en entier.

Cette opération est efficace pour la réduction de l'équinisme, mais elle est souvent insuffisante pour la correction de l'adduction, de l'enroulement et du varus. De plus, il arrive parfois que les mouvements de la tibio-tarsienne sont annihilés, il n'existe aucun mouvement entre le calcanéum et le tibia, il ne persiste rien de ceux qui se passent dans la sous-astragalienne, aussi s'ensuit-il des troubles de la marche assez graves.

Quant aux astragalectomies partielles, leur moindre défaut est de ne pas être applicables dans l'immense majorité des cas, car elles ne permettent qu'une correction relative.

Tarsectomies atypiques. — La meilleure preuve qu'aucune de ces opérations ne donne un résultat satisfaisant, c'est que Lucas-Championnière, Margary, West, conseillent d'enlever largement tout ce qui s'oppose à la réduction. C'est ainsi que l'on peut être amené à enlever successivement l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, la grande apophyse du calcanéum et, au besoin, une partie des cunéiformes.

Un de ces auteurs conseille heureusement, de ne pas toucher à la malléole externe, pour ne pas compromettre la solidité ultérieure du pied! Nous avons eu l'occasion de voir deux fois des résections de la malléole externe, plusieurs années après l'intervention: au point de vue statique, il vaudrait mieux une amputation.

De telles opérations ne se discutent pas chez l'enfant, car elles offrent tous les inconvénients des autres méthodes, sans même en avoir les avantages.

Section a ciel ouvert des parties molles. — L'opération de Phelps-Kirmisson, modifiée ou non, suivant le procédé de Félizet, c'est-à-dire en faisant une petite brèche osseuse, se propose d'allonger le bord interne du pied. Par une incision verticale des parties molles, au-devant de la malléole interne, on sectionne les tendons des jambiers antérieur et postérieur, on se dirige vers l'articulation médio-tarsienne, à travers les fibres musculaires de l'adducteur du gros orteil et on sectionne, pour pénétrer dans l'articulation et pour la faire bâiller ensuite largement, tous les ligaments qui viennent s'insérer sur le scaphoïde, c'est-à-dire le ligament latéral interne de la tibio-tarsienne, faisceau scaphoïdien; les ligaments astragalo-scaphoïdiens latéral interne, et supérieur; et le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur.

On exerce une pression sur les deux extrémités du pied et, pénétrant jusqu'au fond de l'articulation, la pointe du bistouri va sectionner le ligament en Y. C'est là la clef de l'intervention. On luxe ensuite l'avant-pied sur l'arrière-pied en dehors et en haut, ce qui donne une correction très satisfaisante. Nous avons vu, en effet, bon nombre de malades ainsi traités et ainsi guéris, dans le service de notre maître, M. le professeur Kirmisson.

Cette méthode est très séduisante; pas de délabrement osseux, pas de raccourcissement du pied, conservation de la tibio-tarsienne, etc.; mais il faut le reconnaître, on a souvent enregistré des échecs. Nous ne parlerons pas des escarres, superficielles ou profondes, survenues à la suite de sections trop étendues, ce sont là des contingences qui ne peuvent que faire modifier une méthode dans son application, si son principe est bon.

Tout d'abord, la cicatrice béante, large de 3 ou 4 centimètres, à la face interne, prédispose aux récidives, par rétraction secondaire. La direction du col de l'astragale ne subissant aucune modification, il persiste, presque toujours, un certain degré d'adduction, de tendance à l'enroulement, qui est défectueux. Enfin cette intervention n'agissant pas sur le calcanéum, laisse souvent persister le varus. C'est, croyons-nous, la principale objection. Notre maître nous excusera certainement de juger ainsi sa méthode : sa haute probité scientifique s'accommodera mieux de la simple relation d'un fait, que d'une appréciation faussée.

On voit donc, par ce court résumé, qu'aucune des interventions classiques, ne donne satisfaction, pour le traitement du pied bot varus, équin, congénital, irréductible chez l'enfant.

M. Mencière a bien voulu nous inviter, un jour, à assister à une série d'opérations osseuses, au cours de laquelle, il nous a fait la démonstration de l'*évidement sous-cutané des os du tarse, pour traitement du pied bot congénital.* Nous l'en remercions bien vivement, car c'est grâce à lui que nous avons pu ensuite, avec nos maîtres, MM. les docteurs Jalaguier et Veau, répéter cette intervention, sur tous les pieds bots que nous avons rencontrés par la suite.

Voici le principe de cette intervention, tel que l'a exposé M. Mencière au XXIe Congrès français de chirurgie, Paris 1908, séance du 10 octobre (voir également congrès de Paris 1905, séance du 3 octobre). A l'aide d'une lancette, on ponctionne les parties molles et le périoste, au niveau du col de l'astragale,

(1) L. Lamy. *Résultat orthopédique de l'astragalectomie chez l'enfant*, 1910, Chacornac, éditeur.

sur la grande apophyse du calcanéum et sur le cuboïde. On obtient ainsi trois petites fentes cutanées de 5 à 6 millimètres de long. On introduit par ces orifices une mèche à évidement, qui va successivement évider ces os, en conservant leur coque cartilagineuse. On pratique ensuite le redressement manuel ou instrumental, qui agit sur les muscles, les ligaments et, surtout, d'une façon très effective, sur le squelette devenu malléable : l'évidement central des os permettant leur enfoncement périphérique ; les parties déformées, exubérantes, subissent un véritable modelage, qui permet leur mise en place.

A vrai dire, cette opération avait été déjà pratiquée : Ogston (1) paraît en être l'inventeur, et Lauenstein (2), son principal promoteur en Allemagne. Mais M. Mencière apporte dans sa réalisation quelque chose de spécial : Ogston faisait l'intervention à ciel ouvert, Lauenstein déclare que l'incision et les sutures ne font rien à la chose. Au contraire, M. Mencière fait un évidement, pour ainsi dire sous-cutané, réduisant au minimum les chances d'infection, ce qui lui permet d'abaisser considérablement l'âge auquel on peut intervenir.

Voici d'ailleurs la technique que nous avons suivie avec M. Jalaguier chez les enfants âgés de moins de deux ans. (On peut suppléer à l'instrumentation spéciale de M. Mencière à l'aide de l'arsenal ordinaire : la lancette est remplacée par la mèche du perforateur à main de Championnière, de 8 millimètres. La mèche à évidement, par deux curettes de Volkmann, une très petite et une moyenne.) [Fig. 1.]

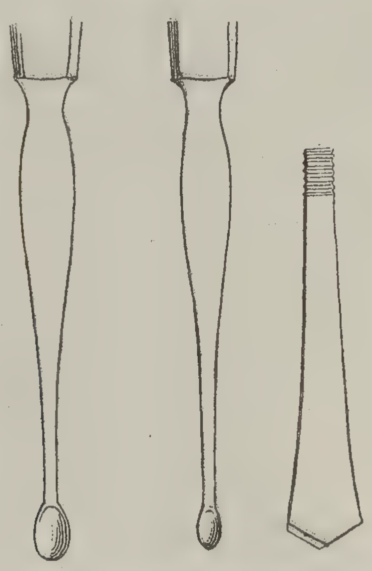


FIG. 1. — *L'instrumentation simplifiée.* — La mèche du perforateur et les deux curettes. (Grandeur naturelle.)

Après avoir aseptisé le pied et la jambe à la teinture d'iode, on applique le pied, par son bord interne, sur le coussin de sable ; on repère le col de l'astragale, environ à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi en arrière de la tête, toujours saillante, et on enfonce délibérément la mèche du perforateur, à travers la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, le périoste, et même le cartilage, jusqu'à ce qu'il soit en contact direct avec le tissu osseux [fig. 2].

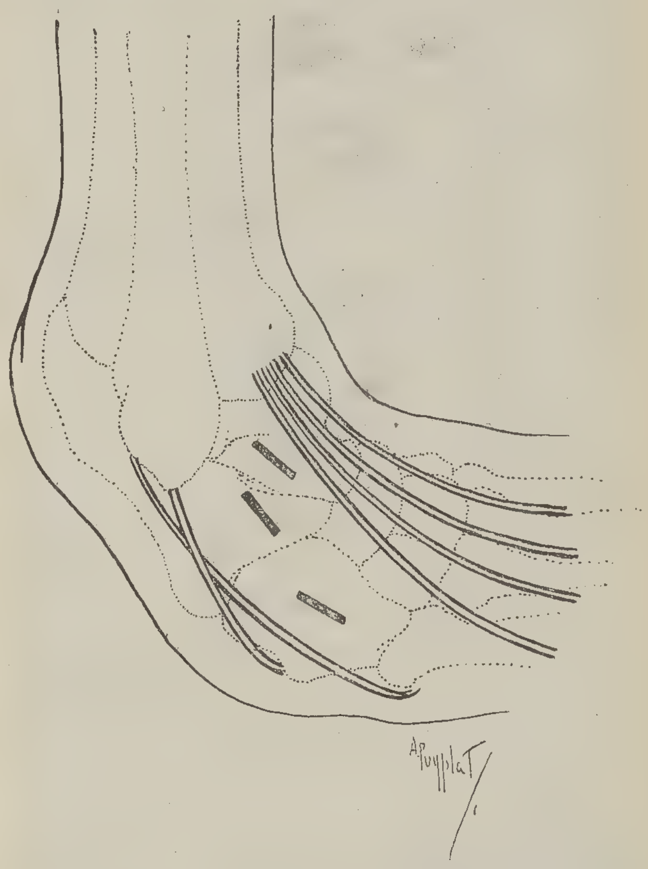


FIG. 2. — *Schéma d'un pied bot varus équin.* — Les traits noirs pleins indiquent les points où il faut pratiquer la section des parties molles. Le trait supérieur, col de l'astragale. Le trait moyen, grande apophyse du calcanéum. Le trait inférieur, cuboïde. On voit que cette zone est dépourvue d'organes importants. Les doubles traits indiquent le trajet des tendons extenseurs et péroniers latéraux.

Il est bon de tenir l'axe de la lame parallèle à l'axe du pied, pour éviter de blesser les tendons extenseurs : mais en réalité il n'y a aucun danger à ce niveau. On imprime alors au perforateur quelques mouvements légers, de latéralité et de torsion, qui ont pour but d'élargir la brèche ostéo-cartilagineuse. On obtient une section linéaire des parties molles, mesurant environ 5 à 6 millimètres.

On introduit ensuite la toute petite curette horizontalement, d'avant en arrière, et un peu de dehors en dedans : elle pénètre en plein dans le corps de l'astragale [fig. 3]. A petits coups, on enlève des fragments cartilagineux et osseux. Lorsque le tunnel ainsi obtenu est suffisant, on prend une curette moyenne, elle pénètre facilement, et on enlève rapidement tout le noyau de tissu osseux et une partie de la coque cartilagineuse si cela est nécessaire. On respectera, autant que possible, les surfaces articulaires, en ne traversant pas cette coque cartilagineuse : avec un peu d'habitude, on apprécie fort bien le point exact où se trouve l'extrémité de la curette : en principe, il suffit d'enlever tout le noyau osseux et un peu du cartilage qui l'entoure immédiatement. On est ainsi assuré d'avoir une cavité suffisante. Il

(1) OGSTON. A new principe of curing clubfoot in severe cases in children a few years old. *Brit. med journ.*, 21 juin 1902, p. 1524.

(2) LAUENSTEIN. Chirurgie zü Ogston's operation des rebellischen Klumpfusses. *Centralbl. f. Chir.*, 1903, n° 39, p. 1058.

ne semble pas, d'ailleurs, qu'il y ait un gros inconvénient, à entamer la coque cartilagineuse trop profondément, et même à la perforer, c'est-à-dire à faire pénétrer la curette jusque dans l'articulation tibio-tarsienne. Nous connaissons en effet un cas, où la curette, dirigée un peu trop verticalement, a effondré la face supérieure de l'astragale, pénétré dans l'articulation tibio-tarsienne, et perforé l'épiphyse tibiale elle-même. Nous avons revu récem-

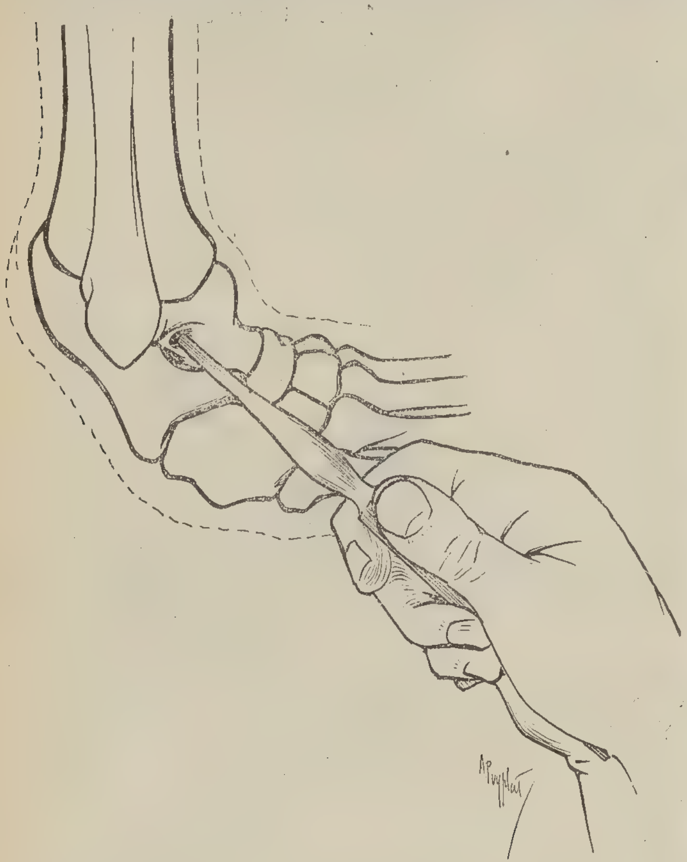


Fig. 3. — *Evidement du corps de l'astragale.* — La curette est enfoncée horizontalement (par rapport à l'axe du pied), d'avant en arrière, et un peu de dehors en dedans. Elle pénètre en plein dans le corps de l'astragale.



Fig. 5. — *Pied normal d'un enfant de deux ans et demi.* A comparer avec la figure 4.



Fig. 4. — *Résultat de l'évidement, chez un enfant de deux ans et demi, six semaines après l'intervention.* — A remarquer la disparition presque totale du noyau osseux astragalien.

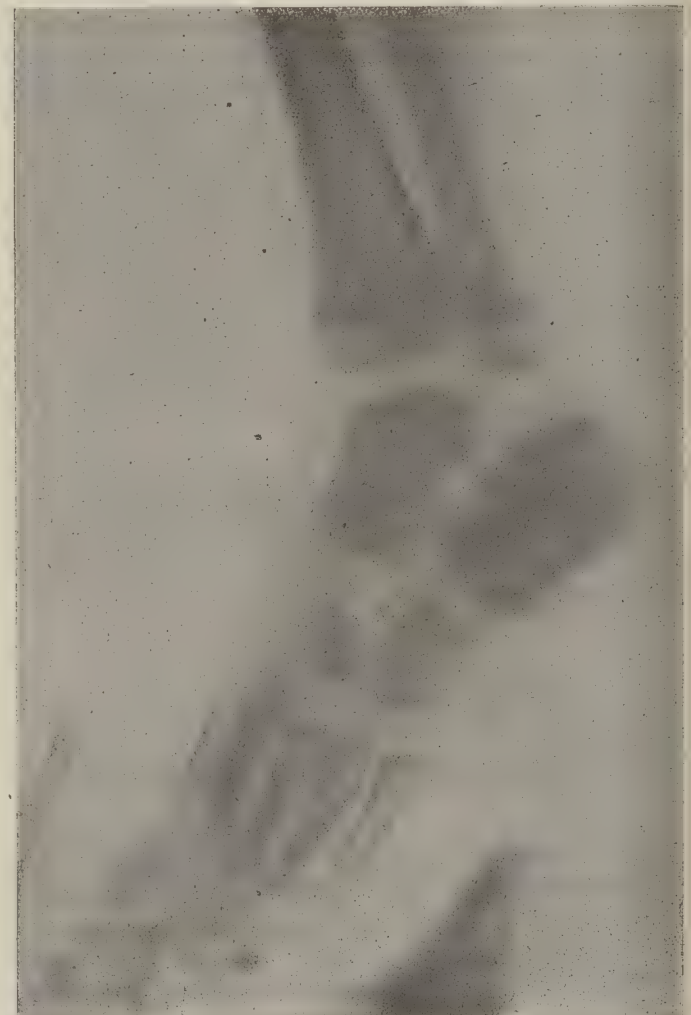


Fig. 6. — *Pied varus équin avant l'intervention.* — Le calcanéum ne présente pas sa forme ordinaire et les métatarsiens sont distincts les uns des autres. Cela indique le degré de varus et d'enroulement.

ment cet enfant : son articulation ne paraît en avoir nullement souffert ; les mouvements sont identiques à ceux de l'autre pied.

Quand on a ainsi évidé le corps de l'astragale, on retourne sa curette en avant, vers la tête. On évide celle-ci, avec un peu plus de précaution, car elle ne contient ordinairement que fort peu de tissu osseux, sauf à partir de deux ans [fig. 3].

Dans un grand nombre de cas, on pourra s'en tenir là. Si, néanmoins, par suite du degré avancé des lésions, il faut faire une intervention plus complète, on procédera de même pour le cuboïde et la grande apophyse du calcanéum. La technique est identique. Il est extrêmement facile de repérer ces deux saillies osseuses, qui, le plus souvent, se présentent d'elles-mêmes, trop ostensiblement, puisqu'il existe presque toujours, à leur niveau, des callosités ou des bourses séreuses. De plus, on sait que sur le pied bot, les tendons des péroniers sont rejetés en arrière, on peut donc, sans crainte de les léser,



Fig. 7. — *Le même deux mois après l'évidement astragalien.* — A remarquer la diminution considérable du noyau osseux astragalien ; la réduction de l'équinisme ; la réduction du varus, indiquée par le profil net du calcanéum et la projection, les uns sur les autres, des métatarsiens.



Fig. 8. — *Résultat de l'évidement astragalien chez un enfant de cinq ans et demi.* — A rapprocher de la figure 11.

ponctionner les parties molles, juste au niveau des saillies osseuses [fig. 2]. On se contentera de tenir le tranchant du perforateur parallèlement au bord externe du pied. On ponctionne normalement, par rapport à la surface convexe du pied, c'est-à-dire directement, de dehors en dedans, et à peu près comme si l'on voulait ressortir au milieu de la plante du pied.

La curette sera ensuite dirigée un peu de haut en bas pour parachever l'évidement.

Lorsqu'on est en présence d'un pied bot ayant déjà subi antérieurement une tarsectomie, et récidivé, on peut, pour pratiquer l'évidement, s'abstenir de faire plusieurs ponctions des parties molles.

Comme on ne se propose plus de respecter les surfaces articulaires, puisqu'elles ont été déjà sacrifiées, on peut très facilement, après avoir enfoncé sa curette au-devant de la malléole externe, pour évider l'astragale, la diriger en bas, puis en bas et en avant, pour atteindre le tissu osseux du massif calcanéo-cuboïdien. Il est bon, au fur et à mesure

de l'évidement, de recueillir sur une compresse tous les petits morceaux que l'on enlève : on se rendra ainsi très exactement compte de la quantité totale extirpée et, par suite, des dimensions approximatives, de la cavité creusée. On est même un peu surpris, les premières fois, de la quantité de tissu ostéo-cartilagineux, que ce procédé permet d'extraire, par une simple petite fente cutanée.

Les radiographies, faites avant et après l'intervention, permettent de contrôler ce résultat et de se rendre exactement compte de la valeur du procédé, à ce point de vue.

La figure 4 représente le pied d'un enfant de deux ans et demi, six semaines après l'intervention. On voit que le noyau osseux de l'astragale est presque complètement enlevé. Si l'on compare avec la figure 5, qui représente un pied type normal d'un enfant de deux ans et demi, on se rend compte nettement de l'importance de l'intervention.

De même, les figures 6 et 7 montrent le résultat sur un enfant de sept ans. On voit très nettement, outre l'évidement astragalien, le redressement du varus et de l'adduction. Sur la figure 6, le calcanéum se présente obliquement et les métatarsiens sont isolés les uns des autres. Cela indique que le pied est en varus accentué. Sur la figure 7, au contraire, le calcanéum est vu de profil et les métatarsiens sont projetés les uns sur les autres ; ils sont revenus dans leur situation normale.

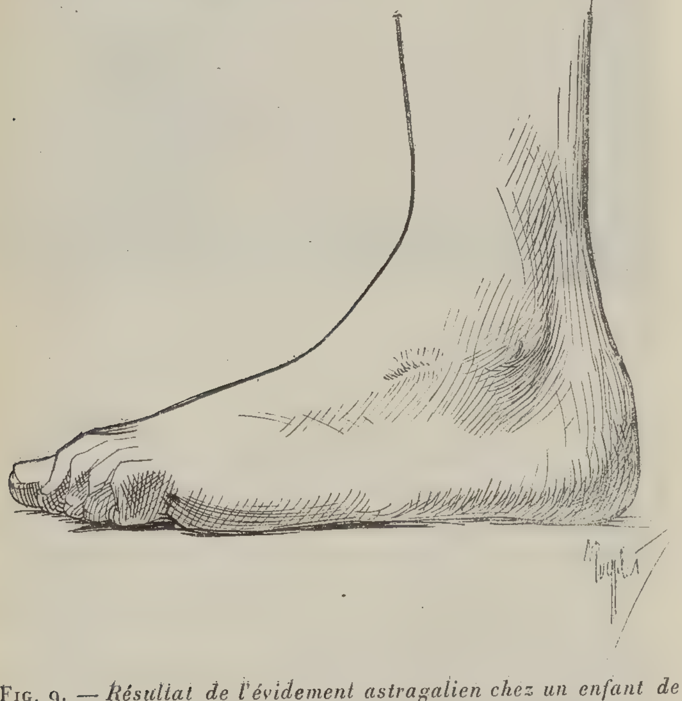


Fig. 9. — *Résultat de l'évidement astragalien chez un enfant de cinq ans et demi.* — A rapprocher de la figure 10.

De même les figures 8 et 9 montrent avec la plus grande netteté la valeur de l'évidement et le résultat de la réduction chez un enfant de cinq ans et demi, en les comparant aux figures 10 et 11 qui montrent le même pied avant l'intervention. La bascule en varus du calcanéum et l'enroulement de l'avant-pied sont particulièrement nets sur la figure 11.

Si l'on a eu soin d'éviter de blesser les veines superficielles, cette intervention ne s'accompagne, pour ainsi dire pas, d'effusion de sang. Seuls les noyaux osseux, saignent un peu ; mais cette petite hémorragie est très bénigne et s'arrête aussitôt qu'on entame le cartilage. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE CHEZ L'ENFANT

Les fractures de la clavicule sont, sans contredit, de toutes, les plus fréquentes. C'est ainsi que, en réunissant toutes les fractures observées au Middlesex hospital pendant seize ans (1867 à 1884), on arrive au total de 2.705 fractures, intéressant 1.540 fois la clavicule (57 p. 100) et 768 fois le radius (Westmoreland).

Or, c'est surtout chez l'enfant que s'observe cette fracture, depuis un an jusqu'à quinze ans, et souvent chez le petit enfant avant cinq ans. On peut expliquer ce fait par le développement particulier de la clavicule. On sait que cet os, de même que certaines parties des os de la voûte du crâne et de la face, s'ossifie directement par imprégnation calcaire d'une ébauche conjonctive, sans stade cartilagineux intermédiaire. Cette ossification, très avancée déjà à la naissance, se termine de bonne heure dans l'enfance. On comprend comment la clavicule, uniquement de tissu osseux, est comparativement plus friable que les autres os de l'enfant auxquels la présence de portions cartilagineuses donne une si grande élasticité.

Chez l'enfant, la fracture, toujours produite par la même cause, une chute sur l'épaule, siège pratiquement toujours au même endroit, l'union du tiers externe avec la partie moyenne : c'est la fracture par flexion ou exagération de courbure. Plus rarement, l'os cède à la partie moyenne et exceptionnellement à l'union de celle-ci et du tiers interne ; quelquefois, ce n'est pas très rare, outre le trait de fracture au tiers externe, il y a un deuxième trait à la partie moyenne avec un fragment intermédiaire.

De même que son siège, la direction du trait de fracture est presque constante : obliquité de haut en bas et de dehors en dedans, parfois aussi d'arrière en avant.

Le fragment interne, le plus long, est maintenu en place et même soulevé par la contracture du sterno-cléido-mastoïdien. Le fragment externe, rattaché à l'humérus par les insertions du deltoïde, suit le déplacement de l'épaule, entraînée par le poids du membre, en bas, en avant, en dedans.

Il en résulte un double déplacement des fragments l'un sur l'autre : d'abord un chevauchement, le fragment externe chevauche sous le fragment interne sur une étendue qui peut atteindre 5 centimètres (pièce 62 du musée Dupuytren) c'est-à-dire plus d'un quart de la longueur de l'os ; en second lieu, une double déviation angulaire, les deux fragments formant un angle ouvert en avant et en bas.

Il en résulte que le fragment interne fait une saillie en haut qui peut venir menacer la peau, s'il n'a déjà fait issue au dehors au moment de l'accident, tandis que le fragment externe tend à s'enfoncer vers le creux sous-clavier, menaçant les vaisseaux et les nerfs qui l'occupent.

La réduction du déplacement des fragments est des plus faciles à obtenir. Il suffit de soulever l'épaule en la portant en même temps en dehors et en arrière pour voir, dans l'immense majorité des cas, le chevauchement et la déviation angulaire disparaître.

Mais autant la réduction est facile, autant la contention est difficile. Il suffit de parcourir la liste des innombrables appareils qui ont été et qui continuent chaque jour à être proposés pour se convaincre qu'aucun n'a donné des résultats parfaits.

Pour maintenir le bras dans la position de réduction, on a

tantôt employé les simples écharpes, insuffisantes, tantôt les écharpes avec un coussin axillaire, tantôt des appareils ramenant les deux épaules en arrière (croix de Heister, bandages en 8, etc.), tantôt enfin des appareils plus complexes soit avec des bandes plâtrées (appareil de Le Dentu), ou en sparadrap adhésif (appareil de Sayre).

Tous ces appareils ou bien sont insuffisamment assujettis et se déplacent, ou bien ils sont fortement ajustés, et deviennent intolérables.

C'est ainsi, par exemple, que l'appareil de Freer, très usité sous sa forme primitive ou plus ou moins modifié en Allemagne et en Amérique sous le nom de bandage de Sayre, de Moore, fait de larges bandes de leucoplaste, ou sparadrap caoutchouté, difficile à bien appliquer, se relâche souvent chez les sujets qui transpirent beaucoup, et ne donne, malgré le supplice infligé au malade, que des résultats très inégaux (voir Nyddeger, *Journ. Am. med. Ass.*, 3 juillet 1909, p. 31).

Tous les appareils de contention donnent donc des mécomptes, et de temps à autre, lorsqu'on les enlève, on constatera que la consolidation s'est faite en mauvaise position.

Le mauvais résultat esthétique, raccourcissement de la clavicule d'où inégalité de largeur des épaules, présence d'un cal saillant volumineux, peut prendre une grande importance chez la femme. Mais en plus, la déformation ne va pas sans entraîner des troubles fonctionnels qui ont attiré surtout l'attention depuis la loi sur les accidents du travail. Lorsque le raccourcissement de la clavicule dépasse 1 centimètre, les mouvements du bras, surtout ceux de rétropulsion sont gênés; à cette gêne, il faut joindre celle qu'entraîne l'atrophie musculaire.

L'hypertrophie du cal peut entraîner des compressions vasculaires et surtout nerveuses amenant des troubles sensitifs et même moteurs graves et pouvant conduire à une intervention difficile et dangereuse.

Aussi la tendance moderne est-elle d'abandonner de plus en plus ces appareils de contention et d'avoir recours à d'autres procédés de traitement.

Le docteur Frigaux, dans un récent article (*La Clinique*, 25 février 1910, p. 120), réduit le traitement rationnel des fractures de la clavicule à deux procédés :

La méthode sanglante;

La méthode de repos au lit avec position de Couteaud.

Nous y joindrons la méthode du massage et de la mobilisation précoce de M. Lucas-Championnière.

Ce dernier, partant de ce principe, que le déplacement résulte surtout de la contracture musculaire, il convient de faire cesser celle-ci le plus tôt possible. Dès que, par le massage bien fait, la douleur et la contracture auront cédé, les fragments osseux reprendront d'eux-mêmes, plus ou moins, leur position. Dans l'intervalle des séances, une écharpe et un coussin axillaire suffiraient à maintenir le bras en bonne position.

Le traitement des fractures de la clavicule par le repos au lit n'est pas nouveau. C'est Hippocrate qui fut un de ses premiers défenseurs. Il couchait ses malades avec un coussin entre les deux épaules, de façon à les ramener en haut, en arrière et en dehors.

Plus ou moins modifiée, cette méthode réapparait au cours des siècles sous les auspices de Paul d'Egine, Ambroise Paré, Pelletan, Dupuytren, Larrey, Grout, Flaubert, Richet. En Amérique, elle est recommandée dans la plupart des traités récents de chirurgie (Parck's *Surgery*; Da Costa's *Surgery*; Stimson, *Fracture and dislocation*; Pick et Roberts, etc.), mais c'est grâce aux travaux de Couteaud qu'elle doit l'importance qu'elle a prise de nos jours. (Voir Couteaud, *Gaz. des hôpit.*, 4 septembre 1906, n° 100, p. 1191; *Revue de chir.*, 10 octobre 1909, p. 571; Quénu et Couteaud, *La méd. des accidents du travail*, n° 11, novembre 1910; Hérard, Thèse de Paris, 1908.) Voici comment Couteaud la décrit : « Le blessé est étendu horizontalement, l'épaule malade disposée en porte à faux sur le bord du lit, la tête et le cou, inclinés vers la fracture, reposant sur un traversin fixé au lit, le membre supérieur pendant verticalement au dehors, c'est la position première. Cette extension continue est conservée pendant vingt-quatre heures au moins. Ce laps de temps suffit en général pour déraidir les muscles de l'épaule. Le lendemain, on laisse reposer l'avant-bras fléchi à angle droit sur un coussin disposé sur un siège, un tabouret, en contre-bas du plan du lit, le bras pendant verticalement. C'est la position seconde. » Cette attitude est très bien supportée. Le premier jour il survient de l'engourdissement du membre et de l'œdème, on peut l'éviter si, comme le conseille Hérard, on a enveloppé le membre dans un pansement ouaté compressif qui a l'avantage d'éviter aussi le refroidissement.

Le malade est maintenu ainsi de quatorze à vingt et un jours.

Dans cette position, la radiographie, et encore mieux les examens cliniques, montrent qu'on a une coaptation parfaite, automatique, des fragments. Farabeuf a montré, par ses recherches sur le cadavre, que cette action s'expliquait par la traction simultanée sur les deux fragments par les insertions du deltoïde et du grand pectoral. On l'obtient de même quand il y a plusieurs traits de fracture. Les résultats esthétiques et fonctionnels obtenus par cette méthode sont excellents. Le seul obstacle est l'inconvénient du séjour au lit.

De toutes ces méthodes, voyons maintenant celles qui sont applicables à l'enfant.

Les bandages et anciens appareils sont insuffisants ou mal tolérés par l'adulte; à plus forte raison, il est inutile de chercher à les employer chez l'enfant.

La méthode de Lucas-Championnière est aussi inapplicable, car les jeunes enfants ont une tendance considérable à faire des cals exubérants, le massage et la mobilisation ne pourraient que favoriser cette tendance; c'est pourquoi M. Lucas-Championnière lui-même fait des réserves pour son emploi chez les enfants. Quant à la méthode de Couteaud, facile à faire accepter par une jolie femme, tolérée par le soldat à l'hôpital militaire, difficilement acceptée par l'ouvrier qui tient cependant à avoir un bras solide, elle est absolument inapplicable chez l'enfant.

Il ne reste donc que le simple port d'une écharpe, bien insuffisant, ou la suture osseuse.

Faut-il donc suturer toutes les fractures de la clavicule de l'enfant?

La suture osseuse, opération nécessitant l'anesthésie générale, quelquefois très difficile, laissant forcément une cicatrice qui peut être disgracieuse chez la jeune fille, ne doit être pratiquée d'emblée que dans des cas bien déterminés : fracture ouverte, quand une pointe osseuse vient menacer de perforer la peau, ou en cas de lésions vasculaires ou nerveuses immédiates. A l'enchevillement, à l'ingénieux procédé du vissage longitudinal préconisé par Lambotte (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, janv. 1910, p. 1140), nous préférons beaucoup la ligature des deux fragments, non avec des fils métalliques qu'il peut être nécessaire d'aller enlever ultérieurement, mais avec deux ou trois gros catguts chromiques qui mettent au moins vingt jours à se résorber, temps plus que suffisant pour obtenir la consolidation chez l'enfant. Pendant l'opération, l'épaule sera placée en position de Couteaud, ce qui facilite singulièrement la coaptation des fragments.

En dehors de ces cas, on devra traiter d'emblée les fractures de la clavicule chez l'enfant par la pose d'un appareil plâtré mis dans la position du bras de Couteaud. Cette idée de fixer la réduction obtenue par la position de Couteaud dans un appareil plâtré, et de permettre ainsi la marche, semble avoir été ébauchée d'abord par Soubeyran (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1909, t. XXIII, p. 113; *Journ. des

prat., 20 fév. 1909) qui, après réduction dans la position de Couteaud, immobilise le coude par quelques tours de bande plâtrée. Mais, considérant que cette contention est insuffisante, il recommande au malade de se replacer en position couchée de Couteaud, le plus souvent possible. Le lever n'est permis que plusieurs heures par jour. (Voir Mlle Merentieff, Th. de Montpellier, 26 fév. 1909.)

Quelques mois plus tard, en Amérique (*Intern. Journ. of surg.*, sept. 1909, p. 265), Westmoreland expose une méthode analogue.

Le malade est couché, l'épaule en porte à faux, et dans cette situation on applique, le bras étant maintenu en abduction, un grand appareil plâtré prenant point d'appui sur les côtes. L'auteur a ainsi traité seize malades, dont plusieurs enfants.

Mais c'est sans conteste à M. Ombrédanne que revient le mérite d'avoir, le premier, indiqué cette méthode et de l'avoir réglée dans tous ses détails. Il y a maintenant deux ans que, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, puis de Bretonneau, l'appareil a été appliqué à une quarantaine d'enfants. Un de ses élèves, le docteur Verdier, vient d'exposer, de façon complète, la méthode dans une excellente thèse à laquelle nous renvoyons pour tous les détails (Verdier. *Un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la clavicule*, Paris, Ollier-Henry, 1911). Nous-même avons eu l'occasion, dans le service de M. Ombrédanne à Bretonneau, de l'employer une douzaine de fois et n'avons eu qu'à nous en louer.

Voici la manière de procéder.

Le tronc et les bras de l'enfant étant revêtus du jersey de coton habituel, on place le malade à bonne hauteur pour appliquer commodément l'appareil, c'est-à-dire qu'il est laissé debout si c'est un enfant de huit à douze ans, debout sur un tabouret pour un enfant de six à dix ans, assis sur un grand escabeau pour un tout petit. Un aide expérimenté se place derrière l'enfant; il empoigne d'une main le coude du côté malade, l'avant-bras étant fléchi, faisant effort sur le coude doucement, progressivement, il porte l'épaule malade en haut, en arrière, en dehors. Dans ce mouvement, la main doit venir se placer peu à peu sur le gril costal dans la ligne du creux axillaire et à la hauteur du sillon sous-mammaire, c'est-à-dire le plus haut et le plus en arrière possible. Naturellement l'enfant cherche à se dérober à cet effort de réduction, il tourne son thorax du côté malade et abaisse son épaule; aussi, en même temps, l'aide doit-il empoigner de l'autre main l'épaule saine, doigts en avant, pouce en arrière, et à la maintenir ainsi en y prenant un solide point d'appui. Pendant ce temps, le chirurgien surveille la réduction du déplacement. Lorsque son doigt promené sur la clavicule brisée ne trouve plus aucun ressaut, il mesure la distance de la pointe du coude au sommet de l'apophyse coracoïde saine, et à un point marqué au crayon dermographique sur la crête iliaque, puis il applique l'appareil plâtré.

Trois à cinq bandes plâtrées ont été trempées dans l'eau au début de la réduction.

La première bande, légèrement exprimée, est passée alternativement autour des épaules et des aisselles, en 8 de chiffre; une seconde entoure le thorax de circulaires jusqu'au bas des côtes et complète une moitié supérieure de corset.

Sur ce corset il s'agit maintenant de fixer le bras et l'avant-bras laissés en position de réduction, ce qu'on vérifie en mesurant la distance avec les points de repère indiqués. Deux ou trois bandes suffiront selon la taille des sujets. On a soin d'entourer le poignet de plusieurs tours très lâches faisant ensuite circulaire autour du tronc; le dos de la main et le pouce sont de même enfouis sous des circulaires, les doigts restant libres; puis les bandes passent en pont du thorax au bras et à l'avant-bras, la pointe seule du coude restant à découvert. L'angle postérieure entre le tronc et le membre supérieur replié ne sera pas négligé, c'est l'endroit difficile à recouvrir de bandes. Une épaisseur de dix à douze tours de bandes sera ainsi appliquée au tronc, six à huit suffisent pour le bras et l'avant-bras.

Quand l'appareil commence à sécher, on enlève tout ce qui gêne les doigts, on dégage le bout du pouce qui reste en partie engagé sous l'appareil. Tout le cou jusqu'à l'articulation de la première côte avec le sternum est dégagé, et la clavicule se trouve à découvert.

Au bout d'un temps variable selon l'âge de l'enfant, quatorze à quinze jours en moyenne, on enlève l'appareil en le coupant en avant et en arrière du thorax, sur les deux épaules, le bras, avant-bras et main du côté malade.

Cet appareil est remarquablement toléré par les enfants qui reprennent leurs jeux le jour même de son application. Le seul petit ennui que nous ayons constaté deux fois est un peu de macération de la peau au niveau du point de contact de la paume de la main avec le thorax. On peut y remédier en mettant un double jersey avec une petite couche d'ouate entre les deux au niveau de la région axillaire; d'ailleurs avec un bain et de la poudre de talc, il n'y paraît plus deux jours après. Les résultats sont excellents et la réduction obtenue s'est maintenue, nous l'avons observé même dans un cas où il y avait deux traits de fracture avec un fragment intermédiaire.

Nous ne saurions donc trop engager les praticiens à utiliser l'emploi de la technique imaginée par M. Ombrédanne, surtout chez les enfants où elle nous semble constituer, actuellement, la seule méthode pratique et susceptible de fournir un bon résultat, à la fois fonctionnel et esthétique.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1911)

L'albumine dans les expectorations des tuberculeux. — M. J. GUINARD. D'après les recherches et analyses qualitatives et quantitatives faites par M. Smolizanski, dans les services et au laboratoire des sanatoriums de Bligny, il ressort que, conformément aux conclusions précédemment émises, notamment par le professeur Roger, on trouve de l'albumine d'une façon constante dans les crachats des malades atteints de tuberculose pulmonaire active ou en évolution. Par contre, l'albumine est absente dans les crachats des tuberculeux guéris, à foyers latents ou momentanément inactifs.

Chez les malades suspects, soumis à l'épreuve de la tuberculine, on peut voir apparaître l'albumino-réaction pendant la réaction tuberculinique lorsqu'elle se produit.

D'après les dosages quantitatifs qui ont été faits, on a constaté que la quantité d'albumine trouvée dans les expectorations oscille entre l'état de traces et 0g86 pour 100 centimètres cubes; mais on note également que cette quantité est presque proportionnelle à l'étendue et à la profondeur des lésions. Les malades qui ont des cavernes et des lésions étendues présentent une dose d'albumine supérieure à 1 gramme par litre, tandis que ceux qui sont légèrement touchés ont toujours un taux inférieur à 0g05 par 100 centimètres cubes.

Si, enfin, on procède à des analyses permettant d'établir un rapport entre la proportion de sérine et de globuline contenue dans le filtrat des crachats tuberculeux, on remarque que la prédominance de la sérine comporte un pronostic généralement sévère, et est liée à un mauvais état général ainsi qu'à une aggravation de l'état pulmonaire. La prédominance de la globuline s'observerait dans les formes ayant tendance à l'amélioration, et cela quelle que soit l'étendue de la lésion.

MM. Bezançon et I. de Jong rappellent que si l'on doit à Biermer, puis à Wanner, les premières recherches méthodiques de l'albumine dans les crachats, c'est seulement à la suite de leurs recherches sur les exsudats séro-albumineux que la question a été envisagée dans un but de diagnostic clinique.

Les auteurs ayant remarqué que, lorsqu'existaient dans les crachats des sérosités inflammatoires, le bleu polychrome de Unna décelait celles-ci sous forme de grosses gouttelettes bleuâtres bien distinctes du mucus, firent de ces gouttelettes une recherche systématique et montrèrent leur présence dans la pneumonie, dans l'œdème aigu du poumon, dans les bronchites albuminuriques, dans les formes aiguës de la tuberculose, et leur absence dans l'asthme, dans l'emphysème, la bronchite banale et dans les catarrhes pituiteux.

Revenant à la méthode chimique, Roger et Lévy-Valensi ont montré la constance de l' « albumino-réaction » chez les tuberculeux, et ont attaché à cette réaction une véritable valeur diagnostique.

MM. Bezançon et I. de Jong protestent contre le reproche de complexité qui a été fait à la méthode histochimique et montrent que la méthode chimique, pour donner des résultats exacts, est moins simple qu'on ne le dit volontiers. Il faut, dans le plus grand nombre des cas, après avoir acidifié pour précipiter la mucine, ajouter au liquide filtré du chlorure de sodium, puis diminuer l'acidité par l'adjonction de la lessive de soude, sous peine de ne pas avoir de coagulation de l'albumine. La méthode d'Esbach expose, d'autre part, à de grosses erreurs, et il faut recourir aux pesées pour les dosages.

Si la méthode chimique, beaucoup plus sensible, montre de l'albumine dans des cas où la réaction histochimique n'en décèle pas, elle n'en montre cependant pas dans tous les cas, et les auteurs signalent, en particulier, deux observations de tuberculose avérée dans lesquelles l'albumino-réaction s'est montrée négative, bien que l'examen des crachats ait révélé la présence du bacille de Koch.

Si la méthode chimique a un grand intérêt, elle ne doit pas faire oublier les méthodes histologiques qui, sans apporter à elles seules un diagnostic certain, contribuent à révéler la nature du processus qui a provoqué la production de l'expectoration, et renseignent, pour la tuberculose en particulier, sur la maladie et la période d'évolution de la lésion.

La notion de densité dans la recherche du bacille de Koch dans les procédés d'homogénisation. — MM. F. Bezançon et A. Philibert. L'idée de multiplier le nombre des bacilles dans les crachats par la méthode de l'homogénisation a suscité, depuis 1897, de nombreux procédés depuis celui de Biedert. Les auteurs ont repris l'étude comparative de ces méthodes, depuis celle de Biedert jusqu'à celles, toutes récentes, de Lœffler et de Ellermann Erlandsen.

Ils se sont convaincus que l'inégalité des résultats vient de la question de la densité.

La densité du bacille oscille, en effet, entre 1010 et 1080, tandis que la densité des crachats homogénisés par les diverses méthodes varie de 1 000 à 1 120 et même davantage.

C'est la densité de l'homogénisation qui commande le procédé de collection : si la densité est inférieure à 1 010, centrifugation et recherche des bacilles dans le culot; si la densité est supérieure à 1 080, centrifugation et recherche du bacille à la partie supérieure du tube ou collection par les substances de densité légère (éther, ligroïne).

Les auteurs donnent la préférence à la méthode de la lessive de soude. Ils prennent 10 centimètres cubes de crachat, ajoutent 100 d'eau et x gouttes de lessive de soude. Ils portent à l'ébullition pendant dix minutes dans une capsule de porcelaine et mesurent la densité. Si celle-ci est de 1 000, ils centrifugent directement; si elle est supérieure, ils la ramènent à 1 000 par l'addition d'une quantité suffisante d'alcool à 50 degrés. Le culot isolé sur deux lames est coloré par le Ziehl ou par le Spengler.

Les résultats donnés par cette méthode sont constants; ils décuplent au moins le nombre des bacilles. En l'utilisant, les auteurs ont réuni dans sept cas des bacilles dans les crachats de malades pour lesquels l'examen direct n'en avait pas révélé tout d'abord.

Le sérum antituberculeux de Vallée dans la tuberculose humaine. — MM. Marcel Pinard, H. Salin et A. Vanney. Dans deux cas le sérum de Vallée a apporté aux malades une amélioration très appréciable et qui semble bien devoir être rapportée à ce mode de traitement.

Dans deux cas, le traitement a été plutôt favorable, sans grande amélioration. Dans six cas environ, il n'y a eu aucune modification. Dans trois cas, il y a eu aggravation de l'état, sans qu'on puisse, bien entendu, affirmer que l'aggravation soit due au sérum.

Dans les deux premières observations rapportées, le sérum a semblé présenter des propriétés antitoxiques remarquables. Dans le cas n° 1, la température, qui oscillait autour de 38°5, tombe en deux jours à 37 degrés, et pas une seule fois, pendant les deux mois que la malade fut tenue en observation, elle n'a atteint 38 ; en même temps les sueurs cessaient, les forces augmentaient, le poids augmentait et l'état général devenait sensiblement meilleur.

Dans l'observation n° 2, le sérum avait la très curieuse propriété de pouvoir presque à volonté faire tomber la température. La fièvre, qui était très élevée, 39°5, 40 degrés, tombe le troisième jour, puis reprend dès qu'on cesse le traitement, et remonte, un peu moins élevée, cependant, quand on cesse la deuxième série d'injections. L'état général est bien modifié aussi par le traitement, à ce point qu'on peut cesser les injections de morphine faites quotidiennement deux et trois fois par jour à la malade depuis des mois.

Malheureusement dans la majorité des cas il n'y eut pas de modification dans l'état général ni local, et en outre la grande facilité de réaction des tuberculeux oblige à une grande prudence et à beaucoup de précautions dans l'application d'un traitement sérothérapique.

Les accidents sériques que nous avons observés ont été nombreux, mais peu graves. La malade (n° 2) a présenté une crise d'anaphylaxie des plus dramatiques mais de courte durée; sous l'influence de deux piqûres d'éther le calme étant venu au bout de dix minutes.

Nous avons observé plusieurs fois des éruptions ortiées, une fois des arthralgies d'ailleurs peu intenses.

Enfin le malade n° 4 présentait à chaque injection un phénomène d'Arthus atténué, sorte de réaction tuberculinique locale, qui, très légèrement douloureuse, n'empêchait pas le traitement et ne s'est jamais accompagné de phénomènes généraux.

Cette sensibilité des tuberculeux aux sérums est à rapprocher de la sensibilité des tuberculeux à toutes injections hypodermiques, l'injection d'eau salée par exemple. Connaissant cette sensibilité spéciale de la peau et des jointures chez les tuberculeux, il faudra être très prudents dans un mode de traitement susceptible de déterminer des phénomènes de sensibilisation et aussi l'apparition de phénomènes anaphylactiques.

Ces observations sont des faits d'attente, elles nous montrent que certains cas de tuberculose peuvent être heureusement influencés par un sérum antituberculeux. Cas trop rares, semble-t-il, surtout en raison des accidents fréquents qui peuvent s'opposer à la mise en œuvre du traitement.

Accidents de la sérothérapie antituberculeuse avec le sérum de Vallée. — MM. Léon Bernard et J. Paraf. Nous avons pratiqué jusqu'ici des injections de sérum de Vallée chez cinq malades; quatre ont présenté des accidents notables

par leur intensité et leurs particularités; un seul n'a pas eu d'accidents, et nous avons des raisons de supposer que le sérum, chez celui-là, n'a pas été absorbé.

Ces accidents étaient constitués par des éruptions ortiées d'une violence exceptionnelle, et qui, deux fois, se sont accompagnées de purpura. En même temps la fièvre s'élevait coexistant avec un malaise intense, des arthralgies, des myalgies. Chez un malade, atteint d'endocardite aiguë à poussées successives, l'éclosion des accidents suraigus coïncida avec le début d'une poussée.

Ces accidents débutèrent douze jours après la première injection et suivirent un nombre d'injections sous-cutanées de 20 centimètres cubes, quotidiennes, qui varie entre une, trois et sept.

Chez tous les malades, porteurs de ces accidents, nous avons trouvé des précipitines dans le sang; et l'intradermo-réaction pratiquée avec le sérum de Vallée fut fortement positive. Au contraire, chez le malade, atteint d'une ancienne pleurésie tuberculeuse intarissable, qui ne présenta pas d'accidents, il n'y avait pas de précipitines dans le sang, et l'intradermo-réaction au sérum fut négative.

En dehors de ces accidents sériques, ces quatre malades présentèrent un phénomène d'Arthus local intense, au siège de l'injection, et immédiatement consécutif à celle-ci.

La fréquence et la gravité relative exceptionnelles des accidents sériques et anaphylactiques, que nous avons observés, doivent être rapprochées de celles que d'autres auteurs ont déjà signalées à la suite de l'administration d'autres sérums thérapeutiques. Nous pensons qu'elles doivent être attribuées à une prédisposition spéciale en terrain tuberculeux sur laquelle nous poursuivons des recherches.

M. VALLÉE. Nous tenons à rappeler qu'en proposant notre sérum nous n'avons rien promis; nous pouvons seulement avoir préparé un sérum qui réunit les meilleures conditions pour réaliser une immunité complète contre tous les poisons bacillaires.

Tous les essais thérapeutiques tentés jusqu'ici chez l'homme ayant été faits avec du sérum d'un même cheval, nous sommes surpris de la statistique apportée par M. Léon Bernard, et qui doit dépendre d'une série malheureuse. Peut-être l'administration de viande de cheval aux malades explique-t-elle la fréquence de ces accidents.

M. Léon BERNARD. Il semble que les accidents aient été aussi souvent rencontrés par d'autres auteurs, qui en ont été seulement moins impressionnés que nous-même. Mais nous répétons que cette fréquence des accidents nous paraît imputable non à la nature du sérum de Vallée mais à certaines qualités humorales des tuberculeux.

JURISPRUDENCE

DU REFUS DE SOINS COLLECTIF. MÉDECINS ET MAUVAIS PAYEURS. MISE A L'INDEX

Un de nos lecteurs nous adresse la demande suivante : « Un médecin, qui a eu des difficultés avec un de ses malades pour le paiement de ses honoraires, peut-il en avertir par lettre ses confrères, et n'engage-t-il pas là sa responsabilité aux termes de l'article 1382 du Code civil? »

La question qui nous est posée est fort délicate, et la jurisprudence n'a tranché la difficulté que par très peu d'espèces. Nous n'en connaissons que deux pour notre part.

Par un jugement du 1er août 1908, le tribunal de Châteauroux (*La Loi*, 19 nov. 1908) avait décidé qu'un médecin n'est pas en faute en agissant comme nous le fait connaître notre correspondant. Le ministère des médecins, dit ce tribunal, est complètement libre, sauf le cas où il est requis par la justice. Et ne commet pas une faute le médecin qui, dans un but de solidarité confraternelle, avise par lettre ses confrères des difficultés qu'il a eues avec un client au sujet du paiement de ses honoraires. En effet, il ne s'agit là que d'une communication d'un confrère à un confrère dans laquelle un praticien se borne, purement et simplement, à avertir les autres praticiens de l'endroit où il exerce. Si, à la suite de cette lettre, les médecins de la localité refusent de donner leurs soins au malade signalé, il n'appartient pas à ce dernier de discuter le mérite des motifs qui ont dicté l'attitude et la conduite de ces praticiens; et dans tous les cas, le médecin auteur de la lettre ne saurait être rendu responsable d'un refus que ses confrères ont opposé dans toute la plénitude de leur droit et de leur liberté. Bien plus, même si on admet que ce médecin ait causé un préjudice moral, il ne saurait être responsable aux termes de l'article 1382 du Code civil, aucune faute ne lui étant imputable. Le médecin pourrait être responsable s'il était prouvé que ce fut par désir malicieux ou par esprit de vengeance que la lettre a été écrite.

Au contraire, la Cour de Bourges, réformant le jugement de Châteauroux, dans un arrêt du 3 août 1909, a jugé qu'il y avait faute. Si, en principe, un médecin, qui a eu des démêlés avec un client au sujet du règlement de ses honoraires, a le droit de rompre toutes relations avec ce client et de refuser de lui donner ses soins, alors d'ailleurs que la localité possède d'autres médecins, il ne peut cependant, sans commettre un abus, signaler ces difficultés à ses confrères et les inviter, en des termes suffisamment clairs, à se concerter avec lui pour que ces praticiens suivent son exemple. Le client eût-il, en effet, tous les torts dans le différend, il n'appartient pas au médecin de lui infliger comme sanction la privation de l'assistance médicale, et d'assurer ainsi la sauvegarde de ses intérêts au mépris des devoirs d'humanité les plus élémentaires. Et si, par suite de ces agissements, un préjudice matériel et moral a été causé au client dont la famille a été privée de soins médicaux en plusieurs circonstances, ou qui a été tenu de s'adresser à un médecin éloigné de son domicile, la responsabilité de leur auteur se trouve engagée, et il peut être condamné à des dommages-intérêts (*Gazette du Palais*, 1909, 2e partie, p. 584).

La solution adoptée par la Cour de Bourges nous paraît contraire aux règles élémentaires de la déontologie et peut être critiquée sur beaucoup de points. Le médecin qui, de bonne foi, sans aucune animosité, prévient ses confrères qu'il a été trompé par un client pour le paiement de ses honoraires, et qu'ils doivent prendre des précautions ou refuser leurs soins, comme ils en ont la faculté, abuse-t-il de son droit et engage-t-il sa responsabilité civile dans les termes de l'article 1382 du Code civil? La Cour a répondu par l'affirmative. Pourquoi? Si le client a droit à l'assistance médicale et si le médecin ne doit pas oublier ses devoirs d'humanité, le médecin n'a-t-il pas, lui aussi, des devoirs professionnels et n'a-t-il pas des règles de confraternité à observer? Ne voyons-nous pas tous les jours des médecins, membres de syndicats, avertir leurs groupements qu'ils ont eu affaire à de mauvais payeurs? Dès lors, pourquoi admettre dans un cas ce qui est illicite dans l'autre cas? La Cour paraît faire une situation juridique toute particulière au médecin. Et puis la loi du 30 novembre 1892 (art. 23) ne peut-elle pas trouver ici son application? Un malade d'une localité ne peut pas rester sans soins, puisque, sur une réquisition de l'autorité, le médecin ne peut refuser son concours.

Le jugement de Châteauroux a vu, sous son vrai jour, la question que notre correspondant nous pose, et la décision contraire de la Cour de Bourges ne nous paraît pas juridique.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Nattan-Larrier, 18; Paisseau, 17; Sézary, 16.

Prochaine séance, vendredi 12 mai, à huit heures du matin, à Necker.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Sauvé, 15; Mathieu, 14; Gernez, 18.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Joseph, 18; Cantonnet, 19.

Prochaine séance, jeudi 11 mai, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur René Tesson, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale est prorogé dans lesdites fonctions jusqu'au 31 octobre 1912.]

— CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Dionis du Séjour est institué pour une nouvelle période de neuf ans, à partir du 1er mars 1911, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — AVIS RELATIF A LA VACANCE D'UNE PLACE D'AUDITEUR AU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante et il y a lieu, en conséquence, pour le ministre de l'intérieur, de pourvoir à la nomination d'un auditeur.

D'après le règlement intérieur du conseil supérieur appelé à établir une liste double de présentation de candidats, la présentation pour la place déclarée vacante sera faite en faveur d'un docteur en médecine.

Conformément à l'article 5 du décret du 18 décembre 1902, les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée de leurs titres, dans le délai de quinze jours, expirant le 15 mai 1911, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau).

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (ROME, septembre 1911). — A la demande d'un grand nombre de dermatologistes, la date primitivement fixée pour la réunion du VIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie a été modifiée. Ce Congrès se tiendra à Rome, du 18 au 23 septembre prochain, sous la présidence du professeur T. de Amicis.

Les adhésions sont reçues par le docteur Ciarrocchi, secrétaire général, 5, piazza Grazioli, à Rome, et par le docteur G. Thibierge, secrétaire pour la France, 64, rue des Mathurins, à Paris.

Le montant de la cotisation est de 25 francs.

Les titres des communications doivent être adressés avant le 15 mai à l'un des secrétaires.

L'EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE inaugurée avant-hier à Dresde par le roi de Saxe, aura lieu, de mai à octobre 1911. C'est une manifestation scientifique et sociale du plus haut intérêt, une démonstration de tous les moyens de lutte contre les causes de la déchéance physique. L'effort allemand est colossal.

Les procédés scientifiques, les applications industrielles ou sociales sont réparties en onze groupes : la cité et l'habitation, l'alimentation, le vêtement, les conditions du travail, les maladies infectieuses et sociales, les soins aux malades, la protection de l'enfance, l'hygiène des transports, de l'armée, de la marine et des colonies.

La France, qui a exercé une action si considérable sur l'évolution de l'hygiène par les découvertes de Pasteur et de ses élèves, ne pouvait pas ne pas se faire représenter à cette exposition. Le gouvernement français a donc accepté l'invitation qui lui a été officiellement adressée et on installe actuellement un pavillon de 1 200 mètres consacré à la participation

scientifique, administrative et philanthropique de la France.

L'exposition de Dresde comprend 75000 mètres (un tiers de l'exposition universelle de Bruxelles).

Le comité français a à sa tête M. Paul Strauss, président; MM. Landouzy et Calmette, vices-présidents.

Les principaux stands du pavillon français seront occupés par : service maritime, vaccination, lutte contre la tuberculose et sanatoriums. Consultations de nourrissons et stérilisation du lait.

Le commissaire général français est M. Fuster que ses travaux et sa notoriété avaient, dès le début, désigné au choix de MM. les ministres du commerce et de l'intérieur.

Le corps médical ne voudra pas rester inactif en face d'une pareille manifestation, et nous sommes convaincus que les Français seront nombreux qui iront visiter cette exposition, et rappeler là-bas que la France a toujours été en tête de tous les progrès, qu'elle a eu, dès l'abord, ses formules propres, si souvent copiées par les institutions étrangères.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Train spécial, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide et à prix réduits (réduction jusqu'à 60 p. 100 suivant la distance), de Paris à Turin, viâ Dijon, Saint-Amour, Modane.

Départ de Paris, le 19 mai 1911, à 2 h. 40 soir.

Retour : au gré des voyageurs dans un délai de vingt jours soit, au départ de Turin, le 7 juin au plus tard.

Délivrance des billets depuis le 1er mai.

Prix, aller et retour « Tessera » comprise : 1re classe : 72 francs; 2e classe : 49 fr. 25; 3e classe : 32 fr. 50.

LIVRES NOUVEAUX

La Démence précoce (1), par Mlle le docteur Pascal.

La démence précoce est une des psychoses de la jeunesse les plus fréquentes et les plus graves, dont l'apparition coïncide souvent avec les crises de la croissance, la puberté et l'adolescence. Son caractère fondamental est d'être, non un aboutissant d'autres psychoses, mais au contraire un affaiblissement démentiel primitif, c'est-à-dire une altération avec déficit particulier, atteignant constamment et avec élection l'émotivité et l'affectivité. Les troubles intellectuels et les altérations de la mémoire, de même que les troubles de l'activité psychomotrice ne sont que secondaires comme importance et comme apparition. Cet affaiblissement s'accompagne en effet par moments d'idées délirantes, d'hallucinations, d'actes automatiques et de dyspraxies de tous ordres. Il s'encadre aussi de signes physiques nombreux et variés, mais inconstants, et qui ne peuvent constituer un critérium pathognomonique de l'affection.

La prédominance de certaines manifestations psychomotrices ou délirantes permet de différencier des formes cliniques dites hébéphréniques, catatoniques, paranoïdes, ou mieux d'en constituer des syndromes épisodiques au cours d'une même évolution démentielle.

La démence précoce serait due à un processus toxique de nature spéciale qui léserait gravement et irrémédiablement le tissu neuro-épithélial de l'écorce cérébrale.

Telles sont quelques-unes des principales notions doctrinales que l'auteur a fort bien développées dans cet ouvrage et qu'il s'est efforcé de justifier par une minutieuse analyse psychologique et une intéressante étude clinique.

Sans doute bien des affirmations touchant l'étiologie et la pathogénie restent encore aujourd'hui de pures hypothèses; certainement aussi cette conception trop séduisante de la démence précoce comme une entité morbide autonome est encore loin d'être acceptée universellement et prête fortement à la critique, mais il n'en reste pas moins vrai que cette vaste synthèse a été l'origine d'un grand progrès dans la connaissance des psychoses juvéniles, qu'elle a suscité un grand nombre de travaux importants, parmi lesquels ceux de Mlle Pascal viennent naturellement occuper une place fort intéressante. P. CAMUS.

(1) Un vol. in-16 de 300 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Les Préjugés en oto-rhino-laryngologie (1), par le docteur Bosviel.

Cette branche de l'art médical n'est entrée que récemment dans une phase scientifique : aussi beaucoup des erreurs partagées autrefois par tout le monde sur la nature et les conséquences des maladies des oreilles persistent encore aujourd'hui. Ce sont des préjugés fréquemment rencontrés dans le monde. Et pourrait-on même affirmer qu'il n'y a plus de médecins pour se laisser séduire par ceux que nous expose si bien le docteur Bosviel. Citons-en quelques-uns : Enlever les amygdales fait perdre la voix. Le coryza est un écoulement qui provient du cerveau. L'ablation des polypes du nez rend fou.

Dix propositions du même genre sont étudiées par l'auteur. Il s'attache à montrer comment ces préjugés ont pu naître, les progrès faits par sa spécialité dans cette voie particulière, l'absurdité et les dangers de semblables aphorismes. Je me garderai d'en citer davantage, car le livre mérite d'être lu d'un bout à l'autre. L'humour et l'entrain y règnent du commencement jusqu'à la fin. Ce ne sont qu'exemples cliniques pris sur le vif, histoires vécues de première utilité pour le praticien, et conseils thérapeutiques marqués au coin du bon sens. Derrière sa forme humoristique, il cache une grande expérience pratique et beaucoup d'initiative. « Instruire en amusant » est certainement la devise de l'auteur. *Castigat ridendo mores.* J. FERRAND.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 7, 15 avril 1911.) H. Noël : Démographie de la ville de Reims pour l'année 1910. — Constant : L'uricémie et les troubles génito-urinaires (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 15, 13 avril 1911.) Pribram : Les forces protectrices des cellules. — Schenck : Sur la recherche des peptones comme réaction de destruction dans l'anaphylaxie. — Chiari : Sur un cas de tuberculose ganglionnaire étendue. — Rittel-Wilenko : L'emploi diagnostic de la recherche des bacilles tuberculeux dans les fèces. — Benedikt : Sur le traitement des névroses professionnelles coordinatoires par l'auto-gymnastique dans les cas chroniques. — Posch : Fracture isolée des os du carpe. — (N° 16, 20 avril.) Dœrr et Moldovan : L'action de la lumière ultraviolette sur l'antigène albumineux et sur son anticorps. — Aschoff : Sur la cholestérinémie des femmes enceintes. — Müller et Süss : Recherches sérologiques comparées dans la tuberculose et la syphilis. — Knothe : Quelques cas de traitement de la tuberculose par l'antitoxine. — Hoke : Recherches sur l'action toxique des exsudats typhiques sur la circulation.

(1) Paris, A. Maloine.

TRAITEMENT PRATIQUE

DU

PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL

IRRÉDUCTIBLE CHEZ L'ENFANT

Evidement dit sous-cutané des os du tarse (1),

Par M. L. LAMY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'ÉVIDEMENT DOIT ÊTRE SUIVI DU MODELAGE. — Mencière le pratique à l'aide d'une barre caoutchoutée (2). Nous avons remplacé cette barre par la poignée d'un simple fer à repasser (fig. 12), recouverte de compresses, pour éviter les contusions violentes : cet instrument improvisé se stérilise, pour plus de sécurité, en même temps que les curettes.



FIG. 10. — *Avant l'intervention.* — A comparer avec la figure 9.



FIG. 11. — *Avant l'intervention. Enfant de cinq ans et demi.* A comparer avec la figure 8.

On met la jambe en rotation externe complète. Le bord externe du pied peut ainsi, être mis au contact avec la poignée du fer. On place le fer perpendiculairement à l'axe du pied. Le bord externe de celui-ci se trouve donc à cheval sur la poignée,

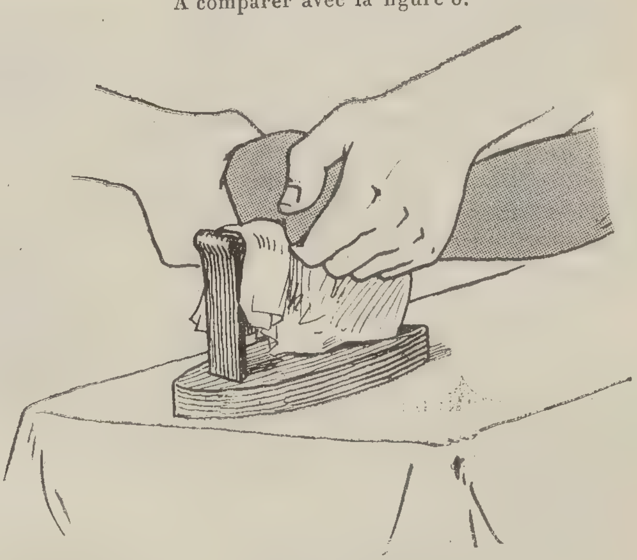


FIG. 12. — *Un fer à repasser sert de barre modelante improvisée.* La correction doit être très exagérée. Le bord interne est manifestement convexe en dedans.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 53, p. 809.
(2) MENCIÈRE, Congrès de Rouen, avril 1904.

n'ayant contact avec elle, que par sa partie moyenne. On saisit l'avant-pied d'une main, l'arrière-pied de l'autre, les doigts en dessous, et on pèse énergiquement, à petits coups d'abord, puis de plus en plus fort, sur chacune de ces extrémités. On sent le pied s'effondrer à sa partie moyenne, sous l'effort. On entend quelques petits craquements, et, peu à peu, on voit la peau de la partie interne se tendre, bomber, se craqueler parfois, et dessiner bientôt une courbe à convexité supérieure : de concave, le bord interne est devenu convexe. Il faut absolument obtenir cette convexité, pour que le résultat ultérieur soit satisfaisant. Il n'est pas nécessaire de tenir l'axe du fer perpendiculaire très exactement à l'axe du pied. Il faut même, au cours de cette manœuvre, varier un peu les positions, pour vaincre successivement toutes les résistances osseuses et ligamentaires. On s'y reprendra donc à plusieurs fois, en déplaçant légèrement le fer, ce qui aura pour autre avantage, de ne pas faire porter les pressions toujours au même point cutané.

On aura soin de se placer sur une table basse pour pouvoir porter le haut du corps directement au-dessus du champ opératoire ; les deux bras tendus transmettront ainsi le poids du corps de l'opérateur aux deux extrémités du pied.

Immobilisant ensuite la jambe, juste au-dessus du cou-de-pied, pour éviter un décollement épiphysaire, en l'embrassant par sa partie antérieure, on pratiquera des mouvements de flexion de la tibio-tarsienne, en appuyant violemment sur la plante du pied, avec la paume de l'autre main.

Il faut fléchir le pied le plus possible : les parties latérales de l'astragale cèdent ainsi aux pressions exercées par les malléoles et le corps de l'astragale rentre dans la mortaise tibio-péronière. Plus ce mouvement sera accentué, pendant le modelage, meilleur sera le résultat fonctionnel, car un grand nombre de pieds bots guéris, au point de vue de la forme, sont nettement mauvais, au point de vue de la fonction, à cause de l'insuffisance de la tibio-tarsienne. On ne saurait donc attacher trop d'importance à ce temps, dans la réduction.

Pendant qu'on exécute cette manœuvre, on s'efforce de relever surtout le bord externe du pied, qui doit être très manifestement au-dessus du bord interne. On complète d'ailleurs ce dernier temps, en saisissant l'avant-pied à pleine main et en lui imprimant un mouvement de torsion de dedans en dehors et de bas en haut, autour de l'axe longitudinal du pied, pendant qu'on immobilise, de l'autre main, le calcanéum et l'arrière-pied.

Enfin, immobilisant le cou-de-pied, en embrassant aussi étroitement que possible les malléoles, on attire le calcanéum en dehors pour réduire le varus.

Cette réduction s'accompagne de craquements : ce sont les os et les ligaments qui cèdent peu à peu, il ne faut pas s'en effrayer : aucun accident sérieux ne peut survenir.

Deux faits nous ont toujours frappé au cours de cette intervention : 1° *la facilité de la réduction chez les jeunes enfants après l'évidement;* 2° *la malléabilité du pied après les manœuvres de réduction.*

On a la sensation, en effet, que le pied se laisse véritablement pétrir, et, quand il a été ainsi manipulé pendant un temps suffisant, huit à dix minutes, en moyenne, il donne tout à fait la sensation du pied ballant ; on peut, en secouant la jambe, imprimer au pied des mouvements de va-et-vient comme s'il s'agissait d'un pied bot paralytique.

Lorsque ce résultat est obtenu (et nous ne saurions trop le répéter, *il doit et peut être obtenu*), *sans faire aucune ligature, sans mettre aucun point de suture*, sans s'occuper, en un mot, de la petite plaie, *on pose l'appareil plâtré*; suivant la technique ordinaire : *ce sera une gouttière plâtrée.*

On met, auparavant, quelques compresses de gaze sur le pied; *mais il vaut mieux s'abstenir d'enrouler ces compresses* autour du pied, car, si celui-ci gonflait un peu après l'opération, il se trouverait comprimé par ce lien circulaire et on serait obligé de couper les compresses au-devant du cou-de-pied. Pour la même raison, on appliquera une gouttière plâtrée et non un appareil circulaire.

On laissera l'enfant couché trois semaines. On fait alors une nouvelle séance de massage sous l'anesthésie générale, suivie de l'application d'une nouvelle botte plâtrée, en exagérant encore, si c'est possible, l'hypercorrection.

Si l'enfant est en âge de marcher, ou marchait avant l'intervention, au bout de huit jours on le met à terre et on le laisse faire de lui-même. Trois semaines après la deuxième intervention, on enlève le plâtre momentanément : on fait une séance de massage, de mouvements actifs et passifs, qui sera renouvelée une fois ou deux tous les jours ; on prend mesure pour faire une chaussure dont la pointe et le bord externe seront surélevés, et on remet le plâtre. Quand les chaussures sont prêtes, on fait marcher l'enfant avec ces chaussures, pendant la journée, et on lui remet soit son plâtre, soit une pédale métallique, pendant la nuit. Quand l'enfant marche avec de telles chaussures, on remarque une tendance, très accentuée parfois, à mettre la pointe du pied en dedans. Il ne faut pas s'en effrayer, cette tendance diminuera peu à peu, quand on attirera l'attention de l'enfant sur ce fait et quand on lui supprimera toute chaussure orthopédique.

Il est bien évident, cependant, que, s'il s'agissait d'une véritable *torsion spiroïde du tibia*, il faudrait avoir recours ultérieurement à l'*ostéotomie du tibia.* Cette déformation qui accompagne très souvent le pied bot varus équin congénital est très facile à mettre en évidence : on asseoit l'enfant, sa jambe tombe verticalement, le genou regarde directement en avant.

Dans cette position, la crête tibiale doit regarder aussi en avant et être verticale. S'il y a torsion, elle décrit une courbe très allongée, en bas et en dedans à convexité inféro-externe. De plus, la malléole externe, qui doit se trouver à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi en arrière de la malléole interne, se trouve sur le même plan qu'elle.

Les massages et mouvements du pied seront faits avec la plus grande prudence : il ne faut déployer aucune force, surtout pendant les premières semaines qui suivent l'intervention. On commence,

chaque séance, par un massage qui a pour but de faire résorber les œdèmes qui ont pu être provoqués par l'intervention et aussi pour obtenir l'anesthésie des parties sous-jacentes. Puis, on mobilise passivement les orteils, les petites articulations et enfin la tibio-tarsienne. Si même le sujet est en âge de comprendre, on lui demandera de faire lui-même, à l'aide de ses muscles, cette mobilisation et on se contentera de l'aider progressivement.

Il nous a semblé, en effet, que des œdèmes pouvaient survenir à cette période, et qui ne reconnaissaient pas d'autre cause que la mobilisation forcée.

Les chaussures orthopédiques pourront être supprimées après un an environ et la guérison sera définitive. Mais il sera prudent de conseiller aux parents, de continuer de temps en temps les massages, jusqu'à l'âge de six ou huit ans, c'est-à-dire, pendant toute la période de grande activité fonctionnelle des cartilages des os du pied.

Si l'intervention a eu lieu avant que l'enfant ne

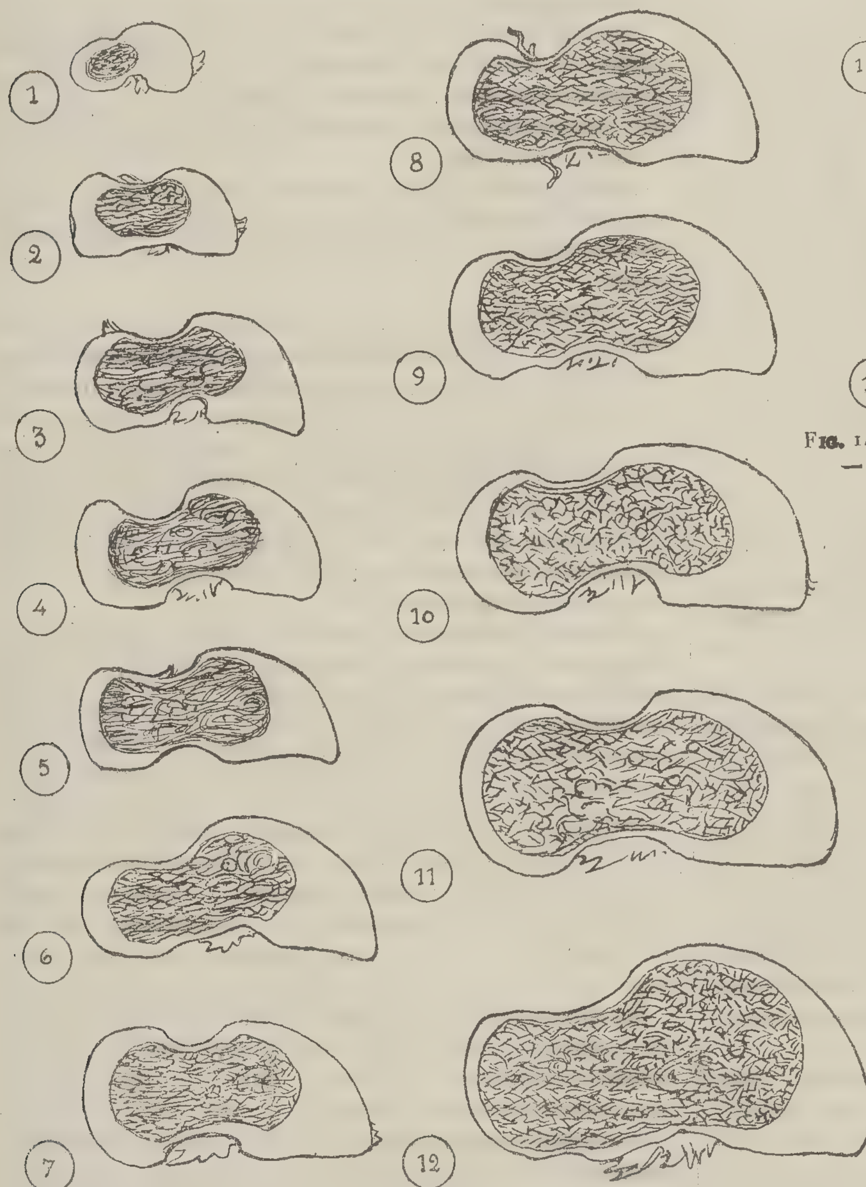


Fig. 13. — *Coupes longitudinales d'astragales d'enfants.* — Les parties ombrées représentent le noyau osseux et les parties claires la coque cartilagineuse. — 1. A la naissance ; — 2. A six mois ; — 3. A un an et demi ; — 4. A deux ans ; — 5. A deux ans et demi ; — 6. A trois ans ; — 7. A trois ans et demi ; — 8. A quatre ans ; — 9. A cinq ans ; — 10. A six ans ; — 11. A sept ans ; — 12. A huit ans.

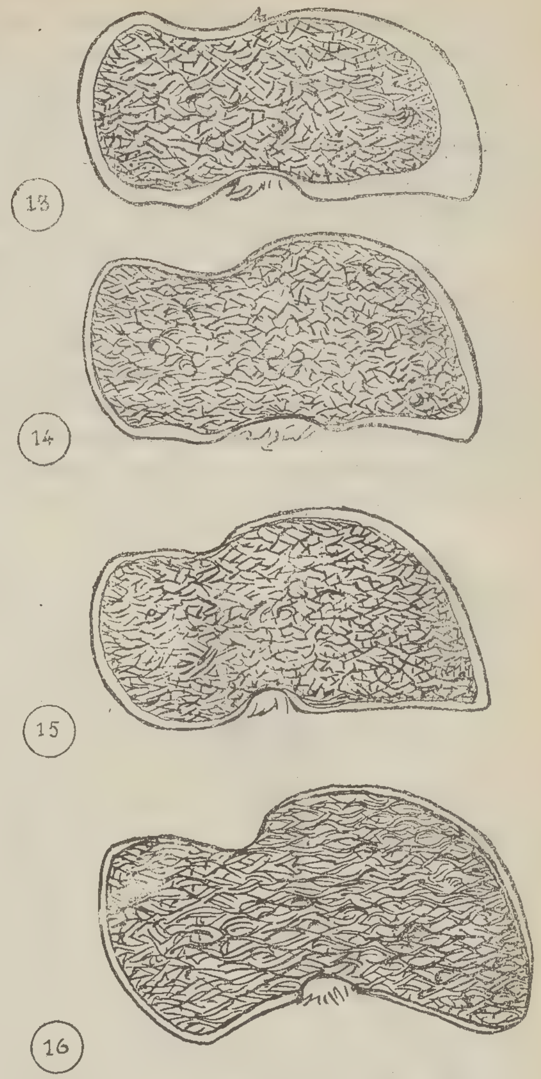


Fig. 14. — *Coupes d'astragales* (suite). — 13. A neuf ans ; — 14. A dix ans ; — 15. A douze ans ; — 16. Adulte.

marche, la conduite générale sera exactement la même.

On enlèvera le deuxième plâtre après trois semaines pour faire les massages et manipulations et on le remplacera aussitôt par une petite pédale métallique, qui sera laissée en place la majeure partie du jour et de la nuit. Aussitôt qu'il sera en âge de marcher, on lui fera faire un soulier s'adaptant par-dessus l'appareil (1).

Les premiers résultats ainsi obtenus, ayant été très satisfaisants, bien que M. Mencière ait fixé à dix-huit mois environ la limite d'âge à laquelle il lui semblait devoir s'arrêter, pour l'application de cette méthode, M. Jalaguier n'a pas craint de l'appliquer à des enfants plus âgés : quatre ans, cinq ans et demi, sept ans et même huit ans.

Elle paraît avoir donné, là encore, d'excellents résultats. Quelles sont en effet les conditions anatomiques de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 146, p. 2010 et suiv.

réussite? Il faut que le noyau osseux soit entouré d'une coque cartilagineuse suffisante pour pouvoir pratiquer l'évidement, c'est-à-dire pour respecter les surfaces articulaires. Etant donné que c'est l'astragale qui joue le rôle principal, si on jette un coup d'œil sur les figures 13 et 14, qui représentent des coupes d'astragales d'enfants dont l'ossification était normale, on voit que, jusqu'à l'âge de six ou sept ans, il persiste une coque cartilagineuse importante. D'ailleurs, il est nécessaire de faire une radiographie pour chaque cas, car nous avons remarqué que l'ossification, dans le pied bot, subissait des variations individuelles considérables, et il n'est pas rare qu'un enfant de cinq ans, par exemple, ne soit encore qu'au stade d'ossification de trois ou quatre ans.

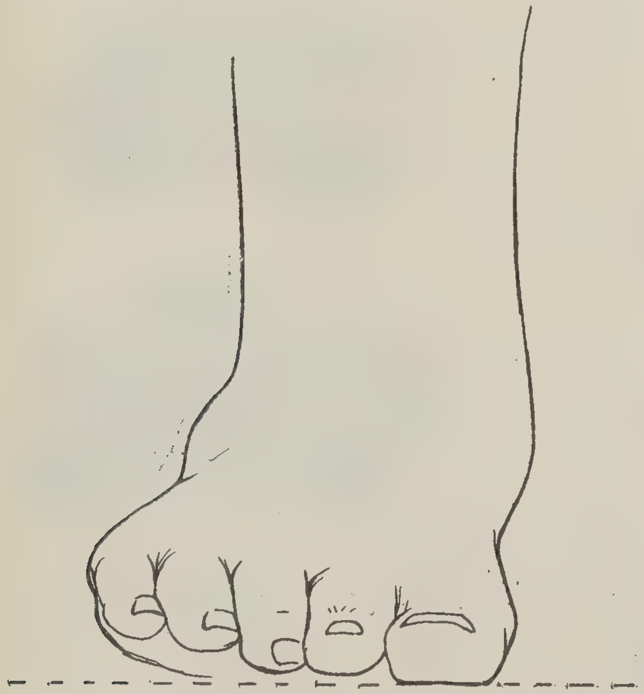


FIG. 15. — *Au sortir du second plâtre, le pied est en hypercorrection.* — Il ne faut pas s'effrayer du valgus. (D'après une photographie — enfant de huit ans.)

Dans ces derniers cas, de cinq à huit ans, par suite de la rétraction des ligaments, la réduction est beaucoup plus difficile à obtenir : il ne faut pas, lors de l'intervention sur le squelette, chercher à obtenir d'emblée l'hypercorrection. On sent très nettement sous le doigt, par exemple, les ligaments latéraux internes de la tibio-tarsienne, se tendre et résister lorsqu'on veut corriger le varus. Il est inutile de chercher à les distendre outre mesure. Lorsqu'on enlève le premier plâtre, on est tout étonné de les sentir s'allonger et permettre une hypercorrection relativement facile.

C'est ainsi que la figure 15 représente le pied d'une fillette de huit ans, traitée par l'évidement, pour un pied bot invétéré, récidivé, au sortir du second plâtre : il est nettement en hypercorrection : et, cependant, lors de l'évidement, le calcanéum avait été laissé en léger varus, par suite de la résistance opposée par les ligaments.

Il semble donc que cette méthode soit susceptible d'être appliquée dans un grand nombre de cas. Elle paraît suffisante pour obtenir la correction, chez les enfants âgés de moins de huit ans environ, quel que soit le degré de la malformation. D'autre part, sa simplicité et sa bénignité permettent de l'appliquer chez un enfant de quelques mois, aussitôt que l'on a acquis la certitude que le pied bot est manuellement irréductible, et qu'il y a un certain danger à le laisser s'aggraver.

En effet, on peut dire tout d'abord que cette méthode ne comporte aucune contre-indication, entre quatre mois et huit ans. Elle est d'une innocuité parfaite pour la vie de l'enfant, il n'y a aucun schock opératoire. On ne peut voir aucune complication sérieuse survenir, puisque l'hémorragie est nulle et les chances d'infection réduites au minimum : la cicatrice des petites plaies cutanées se fait en trois ou quatre jours ; d'ailleurs, elles sont extrêmement faciles à soustraire aux contaminations, en raison même de leur petitesse. L'absence de tout catgut et crin élimine aussi une cause d'infection toujours possible.

La simplicité de la technique et des suites opératoires la met à la portée de tous les praticiens, d'autant plus que le matériel chirurgical, proprement dit, nécessaire, se trouve au complet dans la trousse la plus élémentaire.

Au point de vue du résultat, on peut dire que ce procédé combine heureusement tous les avantages des autres méthodes, sans en avoir les inconvénients.

Comme les opérations osseuses, il permet une réduction complète de la lésion, mais sans mutilation du pied. Comme les opérations ligamenteuses, il conserve les surfaces articulaires, ne compromet pas le jeu de ces articulations, ou, du moins, dans une mesure très restreinte et compatible avec une marche à peu près normale ; il conserve également la longueur du pied, en ne supprimant pas les éléments d'accroissement : d'un pied raccourci, il ne fait pas un pied écrasé.

Enfin et surtout, il permet seul d'agir directement sur le facteur principal, c'est-à-dire sur la constitution intime du squelette. Aucun autre procédé ne permet le modelage comme l'évidement; les redressements forcés, les tarsoclasies permettent un broiement des os, mais non leur mise en place. L'astragale luxé ne peut rentrer dans la mortaise tibio-péronière, par de simples manœuvres externes : au contraire, l'évidement permet à la coque cartilagineuse de s'effondrer sur elle-même, et de se modeler sur la cavité dans laquelle elle doit jouer.

En résumé, cette méthode nous a paru concilier les avantages des divers autres procédés, sans en présenter les inconvénients. Elle n'a, sans doute, pas atteint sa forme définitive, quelques modifications, dans son application, seront peut-être démontrées nécessaires par l'usage ; mais nous pensons que le principe même est des plus intéressants, et c'est à ce titre surtout, que nous avons cru devoir attirer sur elle l'attention de tous les praticiens en général, et des orthopédistes en particulier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MAI 1911)

Sur la taille et la morphologie générale de la femme française. — MM. A. MARIE et L. MAC-AULIFFE. Jusqu'à présent, aucune donnée définitive n'a été fournie sur les caractères moyens de la femme française. Les femmes mensurées par les anthropologistes étaient, de l'aveu même de ceux-ci, en état d'infériorité organique (Pfitzner et Papillault); il s'agissait, en effet, de cadavres de la Faculté de médecine, c'est-à-dire de malades non réclamés des hôpitaux.

Les auteurs ont étudié des femmes âgées de vingt et un à cinquante ans, provenant de tous les points du territoire et appartenant à toutes les classes sociales. En employant les procédés de M. Bertillon ils ont établi que la moyenne de la *taille de la femme française est non de 1m54, comme on le croyait et l'enseignait jusqu'ici, mais de 1m57.*

Tentatives de transmission de la scarlatine au chimpanzé. — MM. LANDSTEINER, LEVADITI et PRASEK. Il résulte des expériences des auteurs que l'inoculation, dans la gorge des chimpanzés, de produits provenant d'enfants scarlatineux, provoque une angine qui ressemble à celle des sujets atteints de scarlatine typique.

Sans tirer de conclusions définitives des résultats obtenus, il est intéressant de les signaler en les rapprochant de ceux obtenus récemment par Cantacuzène sur les simiens inférieurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 MAI 1911)

Le cytodiagnostic dans les maladies de l'estomac. — MM. M. LOEPER et M.-E. BINET recherchent les éléments cellulaires dans le liquide de lavage de l'estomac à jeun et tirent de leur présence, de leur nombre, et de leur nature des conclusions assez précises touchant le diagnostic des affections de l'estomac. Il semble que, à l'état normal et en dehors de la digestion, les cellules soient très peu nombreuses et le plus souvent constituées par des débris nucléaires et protoplasmiques mal caractérisés. Dans les ulcus, en dehors même des hémorragies, on trouve des hématies, des cellules épithéliales ou des leucocytes ; dans les gastrites des globules blancs de tout ordre, des éléments glandulaires et de revêtement très reconnaissables et dont quelques-uns sont très granuleux. Les liquides du cancer de l'estomac sont riches en grosses ou moyennes cellules, fortement teintées, très résistantes, très trapues, multinucléées souvent et même riches en glycogène. Dans l'aérophagie et la sialophagie on constate un grand nombre de cellules pavimenteuses des voies supérieures.

Le cytodiagnostic est intéressant non seulement au point de vue de la pathologie pratique, mais aussi au point de vue de la pathologie générale puisqu'il permet d'isoler du groupe confus des dyspepsies des états gastriques latents et même de véritables gastrites atténuées.

Infiltration massive des reins dans un cas de leucémie. — MM. GOUGET et THIBAUT montrent les organes d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint de lymphadénie ganglionnaire d'abord aleucémique, puis leucémique (à type lymphocytaire), ayant évolué en cinq mois. La rate et le foie — de même que la moelle osseuse — sont à peine touchés. Par contre, le cœur est le siège d'une infiltration lymphocytaire considérable, qui lui donne, à la surface et sur les coupes, une teinte blanchâtre. Quant aux reins, complètement blancs, avec de petites taches hémorragiques, ils pèsent six fois leur poids normal (800 et 855 grammes) et forment dans l'abdomen deux véritables tumeurs. Les tubes et les glomérules, étouffés par une infiltration lymphocytaire massive, sont atrophiés ou même ont complètement disparu. Cependant le fonctionnement des reins est resté conservé jusqu'à la fin, comme l'attestaient la diurèse élevée, l'absence d'albuminurie, et le taux normal des éliminations.

Méningites cérébro-spinales à paraméningocoques. — M. DOPTER croit nécessaire de donner quelques indications précises sur les méningites à paraméningocoques sur lesquels le cas rapporté par M. Ménétrier a récemment attiré l'attention. Il ne s'agit pas en effet d'un cas isolé ; M. Dopter ayant eu l'occasion d'en prendre quelques observations. Le tableau clinique est sensiblement le même que dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, le seul point particulier à signaler est que les cas jusqu'ici rapportés se sont tous terminés par la mort.

Les paraméningocoques sont des cocci en grains de café isolés ou groupés par deux ; ils ne prennent pas le gram. Ils présentent les mêmes fermentations sucrées que le méningocoque, mais le sérum antiméningococcique qui produit une forte agglutination des méningocoques n'agglutine pas les para. Lorsqu'on mélange de l'extrait de méningocoque et du sérum antiméningococcique non chauffé il se forme un précipité, lorsqu'il s'agit de para le précipité est moins abondant et par la suturation des précipitines on s'aperçoit que le précipité avec le para n'est pas spécifique. Les réactions de fixation sont les mêmes avec les deux extraits, mais il s'agit de co-fixations analogues à celles qu'on observe dans les mycoses. On peut encore faire la distinction entre les deux germes voisins par le phénomène de Pfeiffer lorsqu'on injecte dans le péritoine d'un cobaye un sérum antiméningococcique et vingt-quatre heures après une émulsion de méningocoque. Si l'on pratique des prises de liquide de cinq en cinq minutes, la bactériolyse est complète au bout d'un quart d'heure. Si l'on ajoute des germes étrangers, ils restent au contraire virulents et intacts pendant des heures, or le paraméningocoque se comporte non comme un méningocoque mais comme un germe pathogène étranger. Lorsqu'on injecte dans la jugulaire d'un cobaye un mélange d'un méningocoque frais et du sérum antiméningococcique l'animal meurt rapidement. Il s'est en effet produit une dissolution du microbe, et une substance probablement analogue à la peptone et toxique pour l'organisme a été mise en liberté ; il s'agit là d'un phénomène d'anaphylaxie microbienne.

Si l'on remplace le méningocoque par le para, l'animal, au contraire, ne succombe pas. Ces caractères distinctifs semblent donc prouver qu'il s'agit bien de formes différentes et que la présence de diplocoques dans un liquide céphalo-rachidien ne prouve pas nécessairement qu'il s'agisse de méningite à méningocoques. Le point pratique important à retenir, ces malades restant insensibles à la thérapeutique habituelle, c'est que, dans tout cas douteux, il convient d'identifier au plus tôt les germes. Un sérum antiparaméningococcique est actuellement préparé et serait indiqué dès que le diagnostic de paraméningococcie pourrait être posé.

M. MÉNÉTRIER insiste, comme M. Dopter, sur l'utilité d'une pareille distinction. Chez l'enfant qu'il a eu l'occasion d'observer, le sérum antiméningococcique au lieu de déterminer, comme on l'avait espéré, une atténuation de la maladie, semblait, au contraire, avoir aggravé l'état. Le liquide céphalo-rachidien renfermait un grand nombre de paras intra et extra-cellulaires bien que les symptômes méningés soient au minimum. L'enfant n'avait plus de fièvre lorsqu'il succomba à la cachexie, si bien qu'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une complication intercurrente? Il sera donc important de posséder un sérum spécifique.

M. Dopter répond que ce sérum est à la disposition de ses collègues et que les phénomènes d'aggravation observés dans les cas de M. Ménétrier étaient dus à des accidents sériques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1911)

Traitement du tétanos expérimental par les injections bulbaires et parabulbaires du sérum antitétanique. — M. Jean Camus a traité 5 chiens tétaniques par des injections de petites quantités de sérum antitétanique dans le bulbe rachidien. L'un d'eux a guéri et 3 ont eu une survie sur les témoins; survie qui a été de plus de trois jours pour d'eux d'entre eux.

Il a traité en outre 13 chiens tétaniques par des injections parabulbaires de sérum antitétanique; 7 chiens ainsi traités ont guéri alors que les témoins sont morts.

Les résultats des injections parabulbaires de sérum comparés à ceux des injections sous-cutanées ou intraveineuses se sont montrés très supérieurs.

Il paraît facile de réaliser des conditions semblables à celles des injections parabulbaires en injectant du sérum par voie lombaire, mais alors il semble nécessaire d'injecter de fortes doses de sérum antitétanique pour que les centres supérieurs baignent dans l'antitoxine.

Oosporose pulmonaire et bronchite chronique. Importance de la réaction de fixation dans la détermination du rôle pathogène des oosporas. — MM. L. Bory et H. Flurin. Poursuivant les recherches de MM. Roger, Bory et Sartory sur les oosporoses, les auteurs apportent une observation de bronchite chronique à oosporas qui leur permet de confirmer l'importance du rôle pathogène de ces organismes dans les affections subaiguës et chroniques des voies respiratoires.

Ce rôle est démontré par l'existence dans le sang de sensibilisatrice spécifique qui permet d'employer la réaction de fixation dans le diagnostic précis des oosporoses en général et de l'oosporose pulmonaire en particulier.

Dans le cas rapporté, qui est le premier en l'espèce, la sensibilisatrice fixait le complément non seulement en présence de l'oosporose du malade, mais encore avec l'oospora isolée dans un cas tout différent.

On ne saurait donner de preuve plus manifeste de l'existence des oosporoses.

Formation de substances albuminosiques dans les charcuteries. — MM. Maurel et Arnaud. 1° Les charcuteries contiennent toujours une certaine quantité d'albuminoses; 2° leurs quantités vont en augmentant, tant que les charcuteries restent fraîches; 3° une partie de ces substances peut bien se former aux dépens de la gélatine, mais une autre partie doit se former aux dépens des autres albuminoïdes; 4° il est probable que cette formation est due à la présence des microbes constatés dans ces charcuteries; 5° il est probable aussi que certaines intoxications provoquées par des charcuteries sont dues à ces albuminoses; 6° enfin, s'il en est ainsi, il doit être possible d'éviter ces accidents, en surveillant mieux leur confection, en les antiseptisant par la chaleur et enfin en les maintenant dans de meilleures conditions de conservation.

Rapprochement entre deux agents anticoagulants. — MM. Doyon, Morel et Pelicard. L'agent anticoagulant de la sangsue (hirudine) se rapproche de l'antithrombine hépatique par la teneur en phosphore caractéristique des nucléoprotéines.

Les courses rapides. — M. F. Régnault, étudiant les principaux caractères de la course rapide au moyen de la chromophotographie, distingue : 1° la course de vélocité; 2° la course de résistance. Sont aptes à la première les gens robustes, larges d'épaules, au cœur et aux poumons solides (poids lourds). Sont aptes à la seconde, les sujets minces, longs, de faible poids.

Diagnostic rétrospectif de la peste. — MM. V. Grysez et Wögon. La méthode de la déviation du complément permet de poser chez un rat, même putréfié depuis assez longtemps, le diagnostic de peste, dans les vingt-quatre heures qui suivent la réception au laboratoire.

Un processus de sécrétion interne dans la corticale surrénale. — M. Mulon. Au niveau de la corticale surrénale, un complexe acide gras albumineux, élaboré grâce à l'activité des mitochondries, est jeté dans le courant sanguin.

Nouvelle méthode pour l'étude des tissus osseux. — Grâce à cette méthode, MM. Retterer et Lelièvre concluent que la substance fondamentale de l'os est pleine et se compose d'un réticulum granuleux ou chromophile et d'un protoplasme amorphe et calcifié. On pourrait comparer la substance fondamentale de l'os au béton armé. La charpente en fer correspond aux capsules et au système trabéculaire de l'os, et le ciment ou mortier à la masse amorphe et calcifiée du tissu osseux.

Autres communications :

Conservation des graisses naturelles. — MM. Hudelo, F. Lévy et Tulasne.

Sur l'action antitoxique du suc d'autolyse du foie de porc. — M. Billard.

Leucocytose digestive après ingestion de viande. — MM. Lassablière et Ch. Richet.

Sur un pigment produit par deux aspergillus. — MM. Sartory et Bainier.

Sur le trypanotoxine du bacillus subtilis. — MM. Levaditi et Twort.

Rôle des protéines dans l'absorption et la neutralisation de la toxine tétanique par la substance nerveuse. — MM. G. Laroche et Grégant.

De l'état histologique des viscères après inhumation de deux à quatre semaines. — M. Verger.

Toxicité des pulpes glycérinées de sarcosporidies du cheval. — MM. Sabrazès et Muratet.

Infidélité de la réaction de fluorescence dans la recherche de l'urobiline. — MM. Mongour et Chevrier.

Appareil à doser les gaz de la respiration en clinique. — M. Bergonié.

Action de quelques agents chimiques sur les fibres nerveuses. — MM. Marinesco et Stanesco.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1911)

Inversion du réflexe tricipital dans l'hémiplégie simple. — M. Sablé (de Lille) a trouvé, dans un cas d'hémiplégie flasque d'abord, puis spasmodique, le phénomène décrit par M. Souques dans l'hémiplégie des tabétiques (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 671).

La flexion du pied chez les hémiplégiques. — M. Egger. Elle se fait mieux debout que couché, c'est-à-dire que l'excitation volitionnelle donne un meilleur rendement lorsque le pied est appuyé qu'à vide, ainsi que l'auteur l'avait déjà démontré pour la paralysie infantile.

Paralysie du plexus brachial améliorée par la radiothérapie. — M. Sezary. Elle est due à la lymphadénie : le sujet est âgé de dix-huit ans; l'ensemble du plexus brachial est pris

avec syndrome sympathique (ptose, enophtalmie, myosis) et troubles vaso-moteurs légers. La radiothérapie associée à des injections de cacodylate ont amélioré d'abord les douleurs, puis la paralysie, en même temps que s'atténuait la tuméfaction ganglionnaire.

M. Sicard fait remarquer que le syndrome sympathique peut s'observer lors des lésions des ganglions de la base du crâne, après injections d'alcool dans le trijumeau.

Déformations acromégaliformes. — M. Mossé montre un garçon de vingt ans, de 1m78, très fort, atteint de troubles mentaux, céphalée, rétrécissement du champ visuel, et dont les mains et les pieds atteignent des dimensions insolites en longueur. Les sinus frontaux sont particulièrement développés, mais la selle turcique est normale à la radiographie, il ne s'agit pas là d'acromégalie. — MM. Marie, Meige et Claude s'élèvent contre l'abus fait du nom d'acromégalie souvent attribué à des faits comme celui-ci qui doivent être mis à part.

Syndrome de Brown-Séquard par coup de couteau. — MM. Babinski, Jarkowski et Jumentié. Homme de vingt-huit ans; à la suite d'un coup de couteau entre les sixième et septième dorsales, s'est établie d'abord une paraplégie sensitivo-motrice avec rétention, puis le syndrome de Brown-Séquard, moteur à droite, sensitif à gauche, avec réflexes forts à gauche, extension des orteils bilatérale. La sensibilité est en partie conservée dans le territoire des racines sacrées inférieures, la limite supérieure de l'anesthésie est oblique en arrière, horizontale en avant.

Exagération des réflexes cutanés de défense dans une méningo-encéphalite. — MM. Dupré et P. Kahn. Moins d'une heure après des actes démentiels accomplis dans la rue, le patient était dans le coma; il présentait une hyperesthésie cutanée généralisée avec contracture; les réflexes tendineux étant abolis, les réflexes cutanés de défense sont au contraire exagérés. Il existait une méningo-encéphalite aiguë diffuse avec hémorragies sous-pie-mériennes, surtout à la région postérieure; la ponction lombaire avait donné un liquide hémorragique avec lymphocytes et polynucléaires.

Chorée chronique non progressive. — MM. Crouzon et Laroche montrent deux malades, dont l'un figure dans les cliniques de M. Brissaud comme athétose, qu'ils considèrent comme atteints de chorée chronique non progressive. — M. Huet estime que le caractère progressif n'appartient, d'une manière certaine, qu'à la chorée de Huntington. — Pour M. Dupré, la chorée chronique n'est qu'une manifestation du déséquilibre moteur, comme les tics, spasmes, etc., souvent associé au déséquilibre sensitif et mental dans certaines familles.

ANALYSES

MÉDECINE

Les anémies graves avec splénomégalie. (*Il Policlinico*, Section médicale, juin 1910, fasc. 6.) — D'après N. Pende, il n'existe pas à l'heure actuelle d'entité morbide à caractères cliniques et anatomiques constants que l'on puisse appeler anémie splénique. Il existe par contre une longue série, destinée à s'allonger encore, d'états morbides ayant simplement pour caractères communs une anémie grave primitive à pathogénie inconnue, et une splénomégalie plus ou moins accentuée, également primitive et cryptogénétique.

Au point de vue hématologique, et par l'étude histo-pathologique de la rate, on peut différencier les types suivants.

Forme d'anémie légère à évolution très lente, ne prenant que très tardivement l'aspect d'une anémie grave, à type aplastique et pseudo-aplastique, par exemple l'anémie splénique de Banti; forme d'anémie grave périodique à laquelle on pourrait peut-être rattacher des cas à rechutes et ceux où il y a alternance avec le syndrome d'ictère hémolytique acquis; enfin forme dite leuco-anémie dont se rapprocherait la variété apyrétique de l'anémie splénique infantile.

Au point de vue des lésions spléniques, ces anémies peuvent montrer soit la fibro-adénie de la rate, comme dans l'anémie splénique de Banti, où les altérations d'une tumeur chronique banale, ou l'hyperplasie du parenchyme splénique avec ou sans augmentation concomitante du tissu conjonctif, enfin la transformation myéloïde de la rate.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La percussion abdominale, d'après la méthode de Sigaud, de Lyon. (E. E. Béguier. Th. de Paris, 1910; Jouve, éditeur.) — Cette méthode repose sur l'interprétation des nombreuses modalités acoustiques que l'on rencontre par la percussion au niveau de l'abdomen et que l'on peut ranger sous trois chefs : le son simple, la résonance, le tympanisme; ces variétés de sons se groupent suivant des combinaisons auxquelles Sigaud a donné le nom de *damiers sonores*. C'est à l'étude de ces damiers sonores, et à leur correspondance avec des faits pathologiques, que cette thèse est consacrée.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant. (Prof. agr. Nobécourt. *Arch. de méd. des enfants*, n° 7, juillet 1910.) — Après une étude des formes communes de l'endocardite et de la péricardite rhumatismales bien connues, l'auteur aborde la question encore bien obscure des *myocardites* rhumatismales; après avoir rappelé les signes physiques, subjectifs et fonctionnels qui les caractérisent, M. Nobécourt tente un essai de classification clinique, suivant qu'il s'agit de formes latentes ou de formes avérées; puis, abordant l'anatomie pathologique de ces myocardites, l'auteur invoque, pour les expliquer, soit les lésions des fibres musculaires, combinées ou non à des réactions conjonctives, *généralisées* ou, au contraire, *parcellaires*, soit des altérations du *système nerveux*, plexus cardiaque, pneumogastrique en bulle, soit des troubles des glandes vasculaires sanguines, corps thyroïde en particulier. L. BABONNEIX.

Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordet-Gengou. (Delcourt. *Arch. de méd. des enfants*, janvier 1911.) — On sait que Bordet et Gengou ont décrit en 1906, comme microbe spécifique de la coqueluche un petit coccobacille existant presque à l'état de pureté au début de la coqueluche, dans l'exsudat des bronches.

En 1910, Gengou et Brunard ont démontré, dans le sérum de coquelucheux, la présence d'une sensibilisatrice spécifique.

L'auteur a cherché par la méthode de la déviation du complément à mettre en évidence, dans le sérum de sujets *suspects de coqueluche*, l'existence de cette sensibilisatrice, de manière à obtenir un diagnostic certain des cas *frustes ou douteux*. Les résultats de cette tentative furent particulièrement intéressants et révélèrent comme atteints de coqueluche de nombreux sujets qui ne paraissaient atteints que d'une *bronchite banale*, et qui se comportaient comme des *porteurs de bacilles*, disséminant ainsi l'affection, ce que démontra d'une manière incontestable la manière dont se propagea l'épidémie étudiée. L. BABONNEIX.

Un cas de tuberculide papulo-nécrotique post-morbilleuse. (*Riv. di clin. Pediat.*, n° 7, 1910.) — Il s'agit d'un enfant issu d'une famille présentant des antécédents tuberculeux et qui fut observé par F. Messa. Après une rougeole cet enfant présenta à la face et aux membres une éruption de papules variant de la grosseur d'un grain de chanvre à celle d'une len-

tille. Les papules avaient une coloration rouge un peu foncée à la périphérie et présentant une petite squame ou une concrétion croûteuse au sommet; les plus grandes étaient ombiliquées au centre et contenaient un liquide blanc jaunâtre. On pratiqua la cuti-réaction qui fut positive et à la suite de laquelle toute l'efflorescence acquit une couleur plus rouge.

D'après l'auteur, il s'agirait de lésions cutanées dues aux toxines du bacille tuberculeux, dont les tuberculides papulo-nécrotiques sont une manifestation fréquente.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Cholélithiase. 14.000 calculs enlevés pendant une opération. (A. SCHACHNER. *Ann. of Surg.*, vol. LIII, n° 4, avril 1911, pp. 590-592.) — Après avoir compté 14.000 calculs dans un cas opéré par lui, Schachner fit une petite enquête pour savoir le plus grand nombre enlevé par chaque chirurgien de marque dans la chirurgie biliaire. Voici les résultats : Mayo-Robson 2.300 (bien des fois plus de 500, une fois 1.058), Moynihan plus de 3.000 et 7.000, Mayo de 5.000 à 6.000, Ochsner 6.780, Deaver 2.252. Moynihan cite aussi Frerichs 1950, Dunlop 2.011, Morgagni 3.000, Hoffmann 3.646, Langenbuch 4.000, Nauhyn 5.000 et Otto 7.082. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous ces calculs si nombreux ne sont pas petits. Ceux d'Ochsner variaient de la taille d'un grain de riz au double du volume d'un pois. On a peine à comprendre où il y a assez de place dans les voies biliaires pour loger tout cela.

F. GARDNER.

Le cerclage dans les fractures de la diaphyse fémorale. (*Il Policlinico*, fascicule 36, 1910.) — Dans les fractures irréductibles de la diaphyse fémorale, le cerclage a donné d'excellents résultats à L. VERCELLI, tant pour son application facile que pour sa solidité et sa durée. On se sert d'un fil métallique, non toxique par sa nature et qui doit être étamé ou doré s'il est oxydable; on l'enroule autour des deux extrémités en regard de l'os fracturé, et en serrant on les fixe ainsi l'une à l'autre.

A l'appui, l'auteur rapporte le cas d'un garçon de quatorze ans, ainsi traité avec succès et décrit minutieusement la technique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Diverticulite du rectum. (H. Z. GIFFIN. *Ann. of Surg.*, vol. LIII, n° 4, avril 1911, pp. 533-537.) — Sur 15 opérations pratiquées à la clinique des Mayo entre 1902 et 1910 pour diverticulite du gros intestin, deux intéressaient le rectum. Il s'agit donc d'une affection rare. Il y a jusqu'à présent neuf cas publiés, tous trouvailles d'autopsie. Cette rareté est réelle, mais peut-être est-elle moins grande que ces chiffres pourraient le faire croire. Les diverticules ne sont pas rares dans le gros intestin ; le rectum est l'organe le moins bien examiné aux autopsies : cliniquement, la diverticulite du rectum simule le cancer.

Les deux cas des Mayo, que Giffin relate, furent opérés sur un diagnostic de cancer. L'un fut opéré par extirpation périnéale. Guérison. Le second était un cas de vrai cancer greffé sur l'inflammation produite par trois diverticules préexistants. Amputation abdominale, mort d'hémiplégie au bout de quarante jours, quand la guérison définitive semblait assurée.

F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Pelade chez un acromégalique. [MM. Lucien JACQUET et ROUSSEAU-DECELLE. Soc. franç. de dermat. et de syphiligr. (séance du 24 avril 1911).] — Ces auteurs présentent un acromégalique de vingt ans atteint de pelade décalvante totale, ce qui est exceptionnel au cours de l'acromégalie où se rencontre plutôt l'hypertrichose.

Chez ce malade qui n'est ni tuberculeux, ni syphilitique (réaction de Wassermann négative) la pelade a débuté vers l'âge de quinze ans, au moment même où se développait l'acromégalie et où commençait une croissance extrêmement rapide. Sous l'influence de cette croissance excessive et désordonnée qui rompit un équilibre organique déjà précaire, la pelade se généralisa en peu de temps. Actuellement, c'est une pelade totale accompagnée du syndrome hypotonique : flaccidité générale des tissus, hypotonie et atrophie cutanées, pérates de hernie, phlébectasies, etc. Il existe en même temps une viciation profonde du trophisme général comme montre l'examen des urines : polyurie, hypo-phosphaturie, hyperchlorurie. Il y a également absence totale de corps thyroïde. L'examen radioscopique ne révèle pas d'hypertrophie hypophysaire.

Pour MM. Jacquet et Rousseau-Decelle, le traitement chez un tel malade, doit consister dans une reminéralisation de l'organisme par des injections de sérum physiologique et dans une médication thyroïdienne.

L. GAYARD.

Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique des dermites professionnelles des mains. (Lucien JACQUET et P. JOURDANET. *Ann. derm. et syphil.*, p. 11, n° 1, janvier 1911.) — Les auteurs cherchent à préciser quelles sont les conditions qui déterminent l'irritabilité cutanée individuelle qui joue un rôle si important dans la pathogénie des dermites artificielles.

Déjà Thibierge avait invoqué « une prédisposition individuelle, héréditaire ou personnelle soumise à une série de conditions pathogéniques au premier rang desquelles les troubles digestifs, dont on devra tenir compte dans le traitement de la dermatose ». Les auteurs insistent justement sur l'extrême fréquence de ces troubles et montrent combien il est courant d'observer la viciation de l'hygiène alimentaire chez les malades porteurs de dermites professionnelles (22 sur 27). Mais la dyspepsie n'est pas la cause provocatrice de la dermite, elle est au même titre qu'elle « provoquée et entretenue par la viciation de l'hygiène digestive ». En instituant, en effet, le régime ataraxique et prescrivant la bradyphagie, les auteurs ont parfaitement guéri les malades. Dans quelques cas mêmes (9 sur 27), le régime alimentaire a suffi en l'absence de tout traitement local et sans ordonner la suppression des contacts professionnels. Les auteurs envisagent spécialement le rôle viciateur de la tachyphagie, déterminant une surirritation fonctionnelle gastrique pouvant être le point de départ d'un état dyspeptique et pouvant « actionner à distance divers organes ou tissus (spécialement la peau) en relation anatomo-physiologique plus ou moins étroite avec l'estomac. »

Ils suivent cette surirritation fonctionnelle depuis les plexus de Meissner et Auerbach jusqu'au pneumogastrique au bulbe, au cerveau, d'où migraine, céphalée et jusqu'au coude du sympathique d'où irritation de fibres vasomotrices, sécrétoires et trophiques de la peau. Cette irritation irradiée à tout ce tégument atteint surtout les mains et les avant-bras parce que ces régions constituent un lieu « d'irritation convergente », où viennent entrer en conflit l'irritation locale professionnelle et l'irritation interne, latente et silencieuse.

L'irritation d'origine gastrique n'est pas la seule; d'autres, d'origine organique, peuvent s'y joindre émanant des foyers dentaires, de l'ovaire, de l'utérus, de l'axe cérébrospinal, etc., réalisant tout un faisceau de synergies irritatives ayant leur convergence sur le tégument.

P. GASTINEL.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DURÉE DES PÉRIODES D'INSTRUCTION POUR LES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE

Le Conseil d'état vient de rendre un arrêt qui intéresse au plus haut point les officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Voici, d'après le *Temps*, les faits qui ont motivé cet arrêt :

M. D... était lieutenant de l'armée territoriale, il avait été convoqué pour assister en 1908 à une période d'exercice, dont l'ordre ne précisait pas la durée. Après avoir élevé un certain nombre d'objections et être même allé jusqu'à télégraphier au ministre de la guerre pour les lui soumettre, M. D... finit par se rendre au camp de Sissonnes où il devait effectuer sa période d'instruction.

Mais au bout de neuf jours de présence, M. D..., sans s'arrêter aux injonctions de l'autorité militaire qui voulait lui imposer une période de quinze jours, déclara que, dans le silence de la loi, il ne pouvait concevoir que la situation des officiers territoriaux pût, au point de vue de la durée des convocations, différer de celle des hommes de troupe.

En conséquence, M. D... prétendit ne devoir que neuf jours. Il écrivit à son lieutenant-colonel qu'il se considérait comme libéré et ne reparut plus au camp de Sissonnes.

M. D... fut alors recherché par la gendarmerie, puni de quinze jours d'arrêts de forteresse et conduit à la prison militaire où il fut retenu pendant la durée intégrale de sa punition, c'est-à-dire jusqu'à une époque postérieure à l'expiration de sa période.

En outre, M. D... fut renvoyé devant un conseil d'enquête, et il intervint contre lui, le 8 décembre 1908, un décret de révocation.

M. D... a formé, devant le Conseil d'Etat, toute une suite de recours pour excès de pouvoir, de sorte que cette haute juridiction vient d'être appelée à déterminer la nature et la mesure des obligations des officiers de territoriale et a été saisie de la question de savoir si une mesure disciplinaire peut s'exercer vis-à-vis d'eux après l'expiration de leur période d'instruction.

Dans les conclusions qu'il a prononcées devant le Conseil d'Etat, M. le commissaire du gouvernement Léon Blum s'était prononcé en faveur d'une partie des réclamations du requérant.

Il a fait remarquer qu'aucune loi ne précise les obligations militaires des officiers de territoriale.

Cependant, si on devait en conclure que le service obligatoire des officiers est par là même égal à celui des hommes de troupe, ce qui est la thèse de M. D..., la conséquence d'une pareille décision serait de retirer du coup toute valeur légale à une organisation qui fonctionne depuis quarante ans. Pour que la constitution des cadres de la territoriale existe d'une façon effective, il est indispensable que les officiers soient appelés plus souvent que les hommes. Ils doivent en effet être en contact avec l'unité dans laquelle ils exercent un commandement : or les hommes qui composent une unité de réserve ou de territoriale appartiennent à des classes qui sont appelées successivement. C'est dans ce but que sont convoqués tous les deux ans les officiers de territoriale.

Il faut donc, a dit M. Léon Blum, interpréter le silence de la loi comme ayant implicitement validé la sorte de contrat qui, au moment de la nomination des officiers se forme entre eux et l'autorité militaire. En acceptant son grade, l'officier de réserve ou de territoriale prend l'engagement implicite de se soumettre à la réglementation militaire.

En conséquence, le commissaire du gouvernement a conclu au rejet des réclamations de M. D... en ce qui concerne la convocation et sa durée.

Mais il n'en devrait pas être de même, a-t-il ajouté, en ce qui concerne la protestation de M. D... contre sa détention à la prison militaire, détention qui a excédé la durée réglementaire de sa période d'instruction.

L'effet d'une punition peut-elle prolonger la durée de la période réglementaire pendant laquelle un officier doit sa présence au corps?

Cette prolongation est prévue dans le décret portant règlement intérieur du 30 octobre 1892 pour les caporaux et soldats, et si elle a pu l'être, c'est qu'il y a des textes législatifs, la loi de 1889 et la loi de 1905, qui prévoient le maintien au corps des soldats punis de prison. Mais la loi et le règlement sont muets en ce qui touche les officiers. Certes il y a là une lacune assez inattendue et même assez choquante ; mais en l'absence d'un texte réglementaire, rien ne permet de violer le principe de la liberté individuelle. M. Léon Blum a donc été d'avis que l'autorité militaire ne pouvait faire subir à M. D... une punition après l'expiration de son temps de service.

En conséquence, sur ce point, le commissaire du gouvernement s'est prononcé pour l'admission du pourvoi de M. D... et il a conclu à l'annulation de la décision par laquelle le ministre de la guerre a refusé de faire droit à une demande d'indemnité qui a été présentée par M. D... à raison de sa détention arbitraire.

Le Conseil d'Etat, dans sa dernière séance, a rendu son arrêt.

Mais, notamment sur le dernier point, il ne s'est pas rangé aux conclusions du commissaire du gouvernement.

Dans le sens du ministre de la guerre et contre les prétentions du requérant, on peut en effet faire remarquer que pendant leur présence sous les drapeaux, les officiers de territoriale sont considérés comme en activité, que leurs chefs sont en droit de leur infliger les punitions prévues par les décrets réglementaires et que ce serait pour ainsi dire supprimer ou tout au moins amoindrir singulièrement l'action disciplinaire que d'admettre la levée automatique d'une punition régulièrement infligée, le jour de l'échéance de la période d'instruction.

Le Conseil d'Etat n'a donc pas admis les réclamations de M. D...

Quant aux convocations et à leur durée, il importe d'observer que la loi du 24 juillet 1873 n'a limité en aucune façon les droits de l'autorité militaire. Ces droits doivent être considérés comme d'autant plus avérés que les lois ultérieures sur le recrutement, en déterminant la durée des périodes d'instruction pour les hommes, n'ont rien changé pour les officiers à la situation telle qu'elle résulte de la loi de 1873.

Le Conseil d'Etat a également rejeté le pourvoi formé par M. D... contre le décret de révocation qui l'a frappé.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMATIA ALBA DOLENS [1]

2e Phase oblitérante. — Cette période est caractérisée par plusieurs signes que nous allons successivement énumérer.

a. Douleur. — Cette douleur est souvent un signe précoce, mais elle est variable comme intensité et comme siège : elle reconnaît deux origines : l'une est sous la dépendance de la *lésion veineuse*, elle est spontanée, siège à la face interne de la cuisse, au pli de l'aine, au mollet ; elle est exagérée par le mouvement ou par une palpation, même légère, au-dessus de l'arcade crurale ; l'autre reconnaît une *origine nerveuse*, et se présente sous une forme paroxystique, suivant le trajet du sciatique et de ses branches, ainsi que suivant le trajet du crural ; elle prendrait parfois l'allure de *douleurs fulgurantes* (*forme névralgique* de Quénu). Ces phénomènes douloureux sont souvent extrêmement pénibles, surtout au début de la période oblitérante ; ils s'atténuent dans la suite, mais peuvent persister très longtemps, même après guérison de la phlegmatia.

b. Œdème. — Trousseau a bien étudié cet œdème : il débute le plus souvent à *la racine des membres*, à la région fessière, puis il descend progressivement, comme aussi il peut sauter à la cheville et remonter sur la racine du membre. D'après Vaquez, l'œdème peut apparaître à la fois au niveau du pli de l'aine et au niveau des malléoles, puis envahir le membre en une seule fois ; dans ce cas, il s'agirait plutôt d'un œdème, inflammatoire, mou, rosé.

Quand l'œdème est généralisé, le membre peut prendre un volume souvent énorme, il revêt une forme conique, allongée, dont la base répond à la racine du membre.

La *peau est blanche, lisse, tendue* ; il s'agit d'un œdème *blanc, dur, douloureux*. La pression du doigt y détermine une empreinte, mais il faut appuyer assez fort, et jamais on n'y détermine véritablement le godet ; parfois la peau est marbrée de taches violettes, ou le membre tout entier est rosé, *cyanotique* même, c'est la *phlegmatia cerulea dolens*, due à la participation des petites veines superficielles au processus phlébitique : il peut même y avoir parfois, une véritable lymphangite, c'est alors la *forme lymphangitique*.

c. Cordon veineux. — La recherche de ce signe est dangereuse, en ce sens qu'elle peut exposer à des accidents graves (embolies) par mobilisation du caillot : la veine forme un cordon dur, plus ou moins volumineux, moniliforme, avec renflements.

d. Signes plus variables. — Parmi ces signes, il faut retenir la *déformation* spéciale du membre (cylindrique, allongé, en massue), l'*attitude* que spontanément le malade lui imprime (flexion, rotation externe), les modifications que subit la peau, lisse, sèche, rugueuse, écailleuse, les variations de la température locale (élevée ou abaissée suivant les cas), les *lésions articulaires* très fréquentes, *hydarthrose* du genou, surtout due, pour Letulle, à l'oblitération des veines périarticulaires ; la constance presque absolue de troubles nerveux : a. *moteurs* (impotence fonctionnelle du membre, due en réalité à la douleur) ; b. *sensitifs* : zones d'anesthésie et d'hypoesthésie, quelquefois hyperesthésie très accentuée (intense et musculaire) si l'œdème est considérable.

e. Troubles trophiques. — Taches purpuriques, très irrégulièrement disséminées sur tout le membre, ecchymose, gangrène quelquefois (chute des poils, des ongles, etc.).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 48, p. 736 et n° 51, p. 785.

Symptomes généraux. — La fièvre, l'état saburral, appartiennent plus spécialement à la phase préoblitérante, et il est exceptionnel, à la période d'état, de trouver une température très élevée : s'il arrive d'en constater, c'est qu'en réalité il s'agit d'une recrudescence des accidents, ou d'une complication.

Il est peu de renseignements utiles à tirer de l'examen des urines, de l'état du sang, et de l'étude de la sérosité de l'œdème. Il faut cependant signaler la pâleur du visage, due probablement à la longue immobilisation au lit.

Évolution. — L'évolution se fait souvent par *poussées successives*, annoncées par une recrudescence de la température, une reprise de la douleur et une augmentation de l'œdème ; par l'intermédiaire des veines iliaques et de la veine cave, la phlegmatia peut gagner le membre opposé. La durée de cette évolution est très variable, habituellement la guérison est obtenue en trois semaines à un mois, mais elle peut se faire attendre beaucoup plus longtemps, suivant l'importance de la veine lésée, suivant la longueur du caillot, etc.

Terminaison. — La guérison est la terminaison la plus habituelle en dehors de l'apparition de certaines complications ; cependant l'œdème persiste assez longtemps, dans de nombreux cas ; il peut réapparaître à la suite de marche, de fatigue ; lorsque la veine a complètement été oblitérée, la guérison n'est jamais absolue, et il persiste toujours un certain degré d'œdème et de troubles trophiques.

Complications. — Parmi celles-ci, il faut distinguer des complications immédiates et des complications tardives. Localement on peut observer de la périphlébite, de l'érysipèle, de la gangrène, du sphacèle, avec ou sans phénomènes de pyohémie ; à distance, la complication surtout à redouter est l'embolie *pulmonaire*.

Cette embolie peut être, nous l'avons vu, le signe révélateur d'une phlegmatia méconnue ; c'est en particulier le cas des embolies observées au cours du lever précoce chez les opérés ; elle succède le plus souvent à un mouvement intempestif, à un examen un peu brutal, à un lever trop précoce. Si elle se produit tout au début, à la phase préoblitérante, elle réalise le tableau clinique de la petite embolie ; plus tard elle détermine plus volontiers la forme de la grosse embolie, soit subitement mortelle, soit en très peu de temps, au milieu de phénomènes asphyxiques (voir la question apoplexie pulmonaire) ; cette embolie, même lorsqu'elle ne tue pas immédiatement, comporte encore un pronostic réservé, car elle peut déterminer ultérieurement dans le poumon, soit des foyers de broncho-pneumonie, soit des abcès, soit de la gangrène.

Parmi les complications tardives, il faut signaler la persistance de *troubles mécaniques* (œdème périmalléolaire, pachydermie), ou *nerveux* (surtout névralgies crurales, sciatiques persistantes, rebelles) ou trophiques (raideurs articulaires, pied bot phlébitique de Verneuil, équin ou varus équin, à développement quelquefois précoce et rapide, des ulcères, un état pachydermique, écailleux de la peau, etc.).

(*A suivre.*)

Le Traitement scientifique pratique de la tuberculose pulmonaire, conférences faites à l'hôpital Necker par Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Necker, membre de la Société de biologie, membre de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. Un volume in-8°, de VIII-325 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — SAMEDI 13 MAI 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 13 MAI 1911. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 10 mai 1911. — MM. Okinczyc, 17; Grégoire, 18; Cauchoix, 20; Marcille, 17.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 11 mai. — MM. Cantonnet, 18; Joseph, 17; Coutela, Magitot et Cerise, 19.
Prochaine séance, dimanche 14 mai, à Laënnec.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Potocki, Lucas-Championnière, Bouffe de Saint-Blaise, Pinard, Champetier de Ribes, Marfan et Marion.

— Concours de chirurgien dentiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Riche qui accepte; Champret, Sauvez, Roy et Caussade, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours aura lieu aux Hospices de Tours, pour la nomination : de deux médecins adjoints; d'un chirurgien ophtalmologiste adjoint et d'un chirurgien oto-rhino-laryngologiste adjoint, sous la présidence de l'un des membres de la commission administrative des Hospices d'Orléans, assisté d'un jury médical. Ce concours aura lieu dans l'ordre suivant : le 12 juin, ophtalmologie; le 13, oto-rhino-laryngologie, et le 14, médecine générale.
Se faire inscrire au secrétariat de l'administration des Hospices d'Orléans.
Le registre d'inscription sera clos le 4 juin 1911, à 5 heures.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Vallin, de la section de réserve a été nommé vice-président de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires en remplacement de M. le médecin inspecteur Kelsch, décédé.

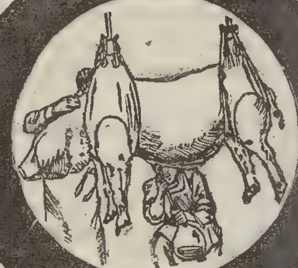
Service de santé. — *Tableau d'avancement pour 1911.* — Médecins-majors de première classe de réserve et de l'armée territoriale proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale : MM. Boinet, Johannès Chatin, Cornille, Forgue, Guégan, Guérin, Jalaguier, Knoll, Moriez, Noël.

Médecin-major de deuxième classe de réserve proposé et classé pour le grade de médecin-major de première classe de réserve : M. Casteret.

Médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale : MM. Baratier, Boulland, Chuquet, Coppens, Couraud, Delanef, Dignat, Fistié, Gandar, Gaudier, Gauillard, Hanriot, Joly, Lauth, Legrix, Malbot-Pastureau, Mercier, Monprofit, Pégurier, Petit, Prévost, Raulin, Rayneau, Roussy, Segrestan, Stecewiez, Tournier, Vinant, Zimmermann.

Médecins aides-majors de première classe de réserve proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe de réserve : MM. Aimé, Baigue, Bouchard, Boutet, Caminade, Chenal, Cola, Cury, Delord, Friteau, Gation de Clérambault, Lefilliâtre, Malzac, Marette, Maurin, Paquy, Poirrier, Quidet, Tollemer, Yardin.

Médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale : MM. Abrial, Adam de Beaumais, Albespy, Artières, Barillet, Barral, Barré, Barreyre, Bérard, Besson, Billard, Boularan, Brion, Brumaud-Deshoulières, Bruneau, Cadilhac, Caix, Camescasse, Chabrié, Chapon, Chardon-Fleuret, Charron, Comte, Corny, Cunéo, Daguillon, Dantan, Daunic, Dauriac, De Bourgon, Decourt, Decoux, Delaunai, Desforges, Donnet, Douriez, Dubois, Dufour (E.), Dufour (M.), Durand, Duret, Fleury, Floch, Folie-Desjardins, François (A.), François, Escat, Galand, Garat, Gaudez, Gautier, Guépin, Guyon, Henry, Hillemand, Huber, Husson, Hyvernaud, Icard, Imbert, Jeanpierre, Joy, Kuss, Lachaud, Lafond, Lagoutte, Lalitte, Lambert, Lapeyre, Launay, Lenormand, Lesigne, Loridant, Malpas, Marchais, Marqueyrol, Meige, Mennessier, Merlin, Meugy, Moreau (A.), Moreau, Murat, Musin, Ombrédanne, Paquet, Paviot, Péchadre, Perrin, Perruchet, Pissavy, Poirier, Potel, Poulaine, Puech, Puig,



Quermonne, Redureau, Regaud, Ricaud, Robillard, Rossignol, Roussel, Roy, Saint-Cyr, Saramito, Sauvez, Simon, Soulié, Spillmann, Thénoz, Tourneux, Verger, Vignerot, Vitrac, Waton, Wintrebert, Ygouf.

LE IIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE, se tiendra à Londres, du 24 au 28 juillet prochain, sous la présidence du professeur Hurry Fenwick.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Phosphaturie et oxalurie*; Rapporteurs : MM. Hogge (Liége) et Péchère (Bruxelles); Richter (Berlin); Teissier (Lyon).

2° *Résultats éloignés des prostatectomies*; Rapporteurs : MM. Proust (Paris); Regino Gonzalès (Mexico); Young (Baltimore); Zuckerkandl (Vienne).

3° *Des résections larges de la vessie;* Rapporteurs : MM. Hurry Fenwick (Londres); Giordano (Venise); Rovsing (Copenhague).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Desnos, secrétaire général, 59, rue de La Boëtie, à Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dix-huitième semaine, 999 décès au lieu de 991 pendant la semaine précédente et au lieu de 970, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC. — Se trompant dans son diagnostic, un médecin parisien avait soigné une de ses clientes pour un commencement de diabète, alors que celle-ci était atteinte d'une affection cancéreuse, affection dont elle mourût d'ailleurs. Le mari de la défunte ayant actionné le médecin devant la 1re chambre civile, réclamait 50.000 francs de dommages-intérêts au profit de ses deux enfants mineurs. Le tribunal a rejeté cette demande, le mari n'ayant pu justifier à l'encontre du médecin traitant d'aucune faute personnelle et professionnelle.

En ce qui concerne la faute professionnelle, le jugement de la 1re chambre est à retenir :

Attendu, y est-il dit, que dans l'hypothèse où cette faute professionnelle serait effectivement établie, elle ne pourrait engendrer une responsabilité pécuniaire à la charge de son auteur que si celui-ci s'était lourdement trompé dans l'établissement de son diagnostic, la détermination et la direction des soins et du traitement prescrit... (*Le Temps.*)

COMMENT MEURENT LES ANIMAUX AU MUSÉUM. — On a quelquefois qualifié le muséum « d'enfer des animaux ». M. Edmond Perrier, directeur du muséum, à la dernière réunion des « Amis du muséum », a tenu à répondre aux critiques souvent faites contre cet établissement.

« Il est temps, dit-il, de détruire cette légende que nos animaux meurent de faim ; quand ils meurent, ce qui arrive beaucoup plus rarement qu'on ne croit, leur autopsie est faite au laboratoire d'anatomie comparée avec le plus grand soin; ils meurent le plus souvent, comme les oies gavées finiraient par mourir, de foie gras; ils ont peu de ces maladies chroniques qu'engendre la misère ; la tuberculose elle-même n'est fréquente que parmi les singes ; ne crachant pas et n'ayant pas la tuberculose intestinale, ils ne peuvent communiquer leur maladie au public; c'est le public, au contraire, qui les contamine; il a suffi de munir d'une glace isolante la cage des chimpanzés pour préserver leur santé. Ce qui manque à nos animaux c'est l'air, c'est la lumière, pour ceux qui sont enfermés; c'est l'espace pour tous, l'espace qui permet l'exercice nécessaire pour assurer la bonne utilisation des aliments, maintenir la souplesse des muscles et désencombrer l'organisme de tous les déchets de la vie; nos animaux sont, en réalité, atteints des maladies, et aussi quelquefois des manies, des gens de bureau. Que ces frères supérieurs les protègent! »

M. Perrier déplore que quelques-uns d'entre eux soient enfermés dans d' « immondes et obscurs pavillons dont les murs s'écroulent et le sol s'effondre », et il a quelquefois éprouvé un serrement de cœur « en passant à la fin de l'hiver devant les marécages, indesséchables faute d'égouts, qui servent de parc aux cerfs et aux chameaux ». Que faire ? Il faudrait de l'argent. Des legs ont été faits, mais ils sont encore insuffisants. Le jardin des Plantes est une des promenades favorites des Parisiens. La ville de Paris, demande M. Perrier, ne s'honorerait-elle pas en venant en aide, par une subvention, au muséum ?

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1911.) SÉBILEAU : Le diagnostic de la surdité simulée. — F. SCHIFFER : La question de la magnésie calcinée dans le traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant. — LE MÉE : Plaies de l'oreille par coups de feu.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1911.) E. C. AVIRAGNET et Léon TIXIER : Les formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. — MARKUSON et AGOPOFF : De la valeur des injections préventives du sérum antidiphtérique. — HAUSHALTER : Purpura subaigu et tuberculose. — André TRÈVES et G. SCHREIBER : Tuberculose verruqueuse et rupiacée de tout un membre inférieur consécutive à une lésion osseuse du premier métatarsien. — BOONAKER et GORTER (de Leyde). Méningite à bacilles paratyphiques et tétanie chez un enfant de huit mois. — J. COMBY : Péricardite aiguë chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, mai 1911.) MALAFOSSE : De l'albuminurie latente dans les régiments. — GRANDMAIRE : Un cas de mort foudroyante. Persistance du thymus. — JOLY : Fréquence du début de la tuberculose pulmonaire par le sommet droit. — Patris DE BROÉ : Phlegmon diffus gangréneux de la paroi abdominale. — GARRET : L'épuration chimique de l'eau de boisson en campagne et garnison par le procédé Laurent. — ROUALET : Nouveau dispositif pour l'aération des locaux.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 4, avril 1911.) CAILLÉ : Que faut-il entendre par ulcus du duodénum ? — SENCERT : Etude clinique et thérapeutique des rétrécissements non cancéreux de l'œsophage (*suite*).

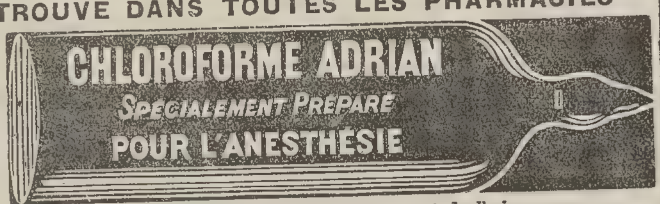
Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1911.) L. HEULLY : Occlusion intestinale post-opératoire par coudure de l'angle côlique gauche. — P. BERTEIN : Anévrisme diffus de la jambe. Ligature de l'artère poplitée. — BERGASSE : Cure radicale des varices par la saphénectomie totale.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 8, 25 avril 1911.) E. GROS : L'évolution de la syphilis chez les indigènes d'Algérie. — CONSTANT : Les manifestations cardiaques et circulatoires de l'uricémie.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (N° 2, fév. 1911.) P. VIOLLET : De l'existence chez l'homme, sous certaines conditions, et chez quelques animaux vertébrés à l'état normal, de glandes intraépithéliales.

Bulletin médical. — (N° 32, 22 avril 1911.) CAUSSADE et MILHIT : Des sidéroses viscérales et plus spécialement des cirrhoses pigmentaires (*fin*). — R. DE GAULEJAC : Cas intéressant de fracture de côtes.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 avril 1911.) A. ROBIN : Traitement du diabète sucré. Les principes directeurs du traitement. — G. BARDET et A. GY : Etude pharmacologique et clinique sur une nouvelle préparation d'opium (*fin*).


CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

REVUE GÉNÉRALE

LE SPINA BIFIDA [1]

Par MM. Albert MOUCHET,
Chirurgien des hôpitaux,
et O. PIZON,
Interne des hôpitaux de Paris.

VI

Pathogénie. — L'existence d'une tumeur kystique de la moelle ou des méninges fut, pendant longtemps, considérée comme la lésion fondamentale du spina bifida : cette tumeur, par son développement, empêchait la fusion des arcs vertébraux et créait la fissure osseuse. Cette théorie de l'hydrorachis primitif fut combattue pour la première fois, nous l'avons vu, par Cruveilhier; elle est aujourd'hui complètement délaissée et on admet que l'*hydropisie*, quand elle existe, n'est qu'un *phénomène secondaire*. Le spina est considéré aujourd'hui comme relevant d'un *arrêt dans le développement de la moelle et de ses enveloppes* : c'est sur cette conception pathogénique qu'est fondée la classification des formes anatomiques de Recklinghausen.

Les recherches embryologiques et expérimentales ont permis une interprétation plus rigoureuse des lésions anatomo-pathologiques du spina; grâce aux travaux modernes, on peut considérer le spina comme résultant d'une lésion fondamentale, l'aplasie des crêtes médullaires, que viennent modifier des transformations secondaires, l'hydropisie d'une part, des phénomènes d'hyperplasie d'autre part.

Aplasie des crêtes médullaires. — Cette aplasie peut atteindre des degrés variables, qui se ramènent schématiquement à deux types :

a. Les crêtes ne parviennent pas à se souder : la gouttière médullaire reste étalée et l'épendyme ouvert; c'est le *spina aperta*, comprenant le rachischisis et la myéloméningocèle.

b. La soudure des crêtes s'est accomplie, le tube médullaire est formé.

Dans tous les cas l'aplasie médullaire s'accompagne d'un arrêt de développement des vertèbres, des méninges, des muscles, de la peau : ce sont précisément ces lésions, d'importance secondaire comparativement aux lésions médullaires, qui avaient attiré l'attention des premiers auteurs.

Modifications secondaires. — L'hydropisie crée les diverses formes kystiques ; l'hyperplasie donne naissance aux néoplasmes surajoutés.

Quelles sont les causes mêmes et la nature du trouble aboutissant à cette aplasie fondamentale, et aux modifications secondaires ? Tel est le problème important qu'il reste à résoudre. De nombreuses théories ont été invoquées : aucune, à vrai dire, n'est concluante. On a voulu découvrir la *cause de l'aplasie médullaire et vertébrale* dans une série d'influences mécaniques : adhérences amniotiques attirant la moelle au dehors et empêchant la fermeture du rachis (Cruveilhier, Lannelongue) : or la fermeture de la gouttière vertébrale précède, embryologiquement, la formation des replis amniotiques — incurvation cyphotique ou lordotique (Lebedeff, Marchand) — formations néoplasiques, exostoses empêchant la soudure des arcs vertébraux (Hildebrand, Recklinghausen).

Rabaud invoque l'apparition, entre le troisième et le quatrième mois de la vie intra-utérine, d'une méningite fœtale altérant plus ou moins les tissus environnants, en particulier la substance nerveuse, et déterminant des contractures musculaires, d'où résultent des déformations squelettiques et la déhiscence du rachis.

Pour cet auteur, d'ailleurs, les diverses formes du spina seraient la conséquence, non point d'un arrêt dans le développement normal, mais bien d'un mode évolutif particulier « tout à fait étranger au développement normal » : au lieu de se former aux dépens d'une partie limitée de l'ectoderme, la lame médullaire apparaîtrait sur toute la surface dorsale de l'embryon ; elle serait donc beaucoup plus large que la lame médullaire normale ; c'est ce « processus de différenciation diffuse » qui est la phase initiale de tout spina : les éléments nerveux évoluent activement vers la formation d'un tube médullaire qui, trop large dès sa formation, est une poche beaucoup plus qu'un tube.

Denucé fait remonter l'aplasie à une période plus précoce encore du développement, et propose d'expliquer toutes les formes du spina par un retard dans la fermeture du prostome, c'est-à-dire de l'orifice qui, chez l'embryon parvenu au stade gastrula, donne accès dans l'intestin primitif et sur le pourtour duquel apparaît l'ébauche du système nerveux.

Il semble, en tout cas, qu'il faille faire remonter l'origine des troubles aux stades les plus précoces du développement embryonnaire ; et peut-être faudrait-il, avec Denucé, incriminer le phénomène de la fécondation, ou même l'état de l'ovule avant la fécondation : cela expliquerait le rôle possible — mais non prouvé — de l'intoxication des parents, et particulièrement de la syphilis (Fournier).

Les *causes de l'hyperplasie*, qui vient parfois se surajouter, nous sont pareillement inconnues : l'hyperplasie est un trouble évolutif fréquent dans les régions où persistent des formations embryonnaires.

Les *kystes* résultent d'une hypersécrétion de liquide dans les méninges ou à l'intérieur du canal épendymaire ; quant à l'origine même de cette hypersécrétion, elle est discutée. Recklinghausen considère l'excès du liquide céphalo-rachidien et le spina comme très étroitement unis l'un à l'autre par des relations de cause à effet : la présence du liquide traduirait l'existence d'une hydroméningite chronique localisée, due à l'irritation de l'area, en contact direct avec le liquide amniotique dans la myéloméningocèle ; — ou bien il s'agirait de transsudations séreuses apparues à la faveur de l'augmentation systolique de la tension vasculaire, résultant elle-même de l'absence d'étui dural. Recklinghausen émet enfin

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, nº 52, p. 793.

l'hypothèse que l'aplasie vertébrale s'accompagne d'un arrêt d'accroissement de la colonne en longueur : la moelle, qui, elle, continue son allongement, devient alors trop longue et doit se couder, créant ainsi une disposition favorable aux troubles circulatoires et aux transsudations.

Divers auteurs enfin, invoquant la fréquence de l'hydrocéphalie chez les malades atteints de spina, ne voient dans l'hydropisie qu'une simple coïncidence : la poche kystique joue vis-à-vis de l'encéphale le rôle de trop-plein, et c'est lors de la rupture de cet équilibre hydrostatique qu'apparaît l'hydrocéphalie; nous verrons, à l'appui de cette théorie, que la suppression opératoire de la poche a pour conséquence presque nécessaire le développement ultérieur de l'hydrocéphalie.

L'interprétation pathogénique du *spina occulta* enfin est aussi discutée : l'existence fréquente, dans cette forme, de tumeurs reliant la moelle à la face profonde de la peau fit admettre par Recklinghausen que la lésion primitive est une myélocystocèle qui, en se rétractant secondairement, aurait entraîné à sa suite les éléments du feuillet mésodermique. Aujourd'hui on considère que la rétraction d'un kyste n'est pas nécessaire pour constituer ces tumeurs, qui se développeraient sur place, dans l'épaisseur de la lame mésodermique : elles obturent la fissure vertébrale qui demeure occulta précisément parce qu'il ne s'est développé aucune dilatation kystique capable de refouler la tumeur au dehors.

VII

Symptomatologie. — Au point de vue clinique, le spina bifida se manifeste par deux ordres de symptômes : les uns, symptômes locaux, traduisent l'existence d'une tumeur extrarachidienne; les autres, symptômes généraux, révèlent l'atteinte de la moelle et la compression des racines.

Quand manque la tumeur, il y a spina occulta, mais généralement les signes locaux et les symptômes généraux coexistent chez le même malade.

Signes locaux. — La *tumeur*, presque toujours exactement médiane, occupe le plus souvent la région lombo-sacrée; son volume varie de la taille d'une noix ou d'un œuf à celle d'une tête de fœtus; mais avec l'âge elle peut s'accroître, et devenir considérable, comme en témoigne le cas célèbre rapporté par P. Broca, dans lequel la tumeur avait 62 centimètres de circonférence et descendait jusqu'aux talons du malade, âgé de 43 ans.

Suivant sa taille et son degré d'extériorisation rachidienne, elle dessine seulement une légère saillie, ou bien elle présente l'aspect d'une masse hémisphérique, limitée à sa base par un sillon net, ou enfin, si elle est pédiculée, elle apparaît comme une tumeur presque sphérique.

Dans la myéloméningocèle la peau manque au niveau de la tumeur, qui présente un aspect très spécial que nous décrirons plus loin; dans les autres formes le revêtement cutané existe; il est normal ou au contraire présente des altérations diverses : sillons plus ou moins profonds qui donnent à la tumeur une apparence lobulée; dépression centrale d'aspect cicatriciel; amincissement pouvant aller jusqu'à l'ulcération, et simulant alors une plaie infectée.

Si on applique les doigts sur la tumeur, on la sent plus ou moins molle, dépressible et nettement fluctuante; lorsqu'il y a communication entre la poche et le canal rachidien, il est possible, par la pression, de réduire la tumeur en partie ou en totalité, et, en appliquant l'autre main sur la fontanelle, de percevoir une sensation de choc transmis par le liquide céphalo-rachidien; cette réduction de la poche kystique peut s'accompagner de cris et de convulsions; inversement les cris et les efforts du petit malade augmentent la tension de la tumeur.

Examinée à la lumière artificielle, la tumeur est soit opaque, soit transparente.

Elle masque, par son développement, *la fissure rachidienne* : celle-ci, qui intéresse un nombre variable de vertèbres, se traduit à la palpation par l'existence, de part et d'autre de la base de la tumeur, des saillies des lames vertébrales qui constituent deux chapelets latéraux.

Signes généraux. — Parfois l'état général du malade est parfait : la tumeur lombaire mise à part, l'enfant ne présente rien d'anormal et son développement se poursuit régulièrement; mais souvent, au bout de quelques années, des troubles divers apparaissent.

Ces troubles, il est vrai, sont ordinairement précoces, et c'est dès la naissance que l'état général est atteint : ainsi que permet de le prévoir l'anatomie pathologique, les troubles nerveux sont fréquents; les uns sont l'expression de l'arrêt de développement frappant l'axe cérébro-médullaire : ainsi l'anencéphalie, qui est de règle dans le rachischisis total, l'hydrocéphalie, qui peut exister dès la naissance, ou n'apparaître que plus tard soit spontanément, soit consécutivement à la suppression opératoire de la poche kystique.

Les autres symptômes traduisent l'altération des fonctions médullaires; ils varient suivant le siège des lésions et l'intensité du processus destructif de la substance nerveuse; il sont d'ordre moteur, sensitif et trophique.

Les *troubles moteurs* existent ordinairement dès la naissance, et, s'ils sont accentués, déterminent une véritable atrophie des différents tissus, muscles, os, analogue à celle de la paralysie infantile; ils peuvent aussi apparaître plus tardivement, vers sept ou huit ans, ou même plus tard, ce qui s'expliquerait par les tractions subies par la moelle, à la période de croissance, du fait des adhérences qui unissent la peau et les méninges.

Ils consistent en paralysies, parfois localisées à un groupe musculaire, plus souvent étendues aux deux membres, surtout inférieurs : *paraplégie* complète souvent accompagnée d'incontinence des réservoirs par paralysie du rectum et de la vessie; la paralysie est parfois plus marquée d'un côté que de l'autre; on a signalé des cas de paralysie isolée du rectum et

de la vessie. Ces paraplégies se compliquent secondairement de contractures et d'atrophie musculaire.

L'atteinte de la *sphère sensitive* se superpose exactement en général aux lésions motrices : ce sont des plaques d'anesthésie plus ou moins étendues, aux membres inférieurs surtout; des névralgies diverses ou des troubles rappelant les pseudo-névralgies observées au cours du mal de Pott.

Les *troubles trophiques*, presque toujours bilatéraux, se traduisent par des ulcérations et des escarres des membres inférieurs (talons, ischions), des maux perforants, des altérations des téguments aboutissant au glossy-skin, à l'éléphantiasis. Les pieds bots enfin sont fréquents : simples ou doubles, ils affectent le type équin, varus ou talus; le pied plat a été signalé.

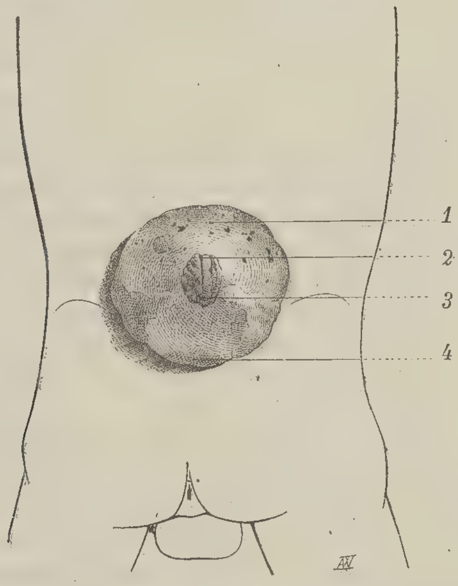


Fig. 11 [d'après Cunéo et Veau] (1). — *Myéloschisoméningocèle.* — 1. Area epithelio-serosa; 2. Sillon médian; 3. Area medullo-vasculosa; 4. Area dermatica.

Citons en outre quelques malformations qui peuvent accompagner le spina : coexistence de deux spina kystiques, ou d'une myélocystocèle et d'un spina occulta; prolapsus utérin, rectal; luxation congénitale de la hanche, attribuée à une parésie des fessiers; scoliose, cyphose, lordose; hernies ombilicale, inguinale; syndactylie, polymastie. On a rapporté quelques cas de coexistence de syringomyélie et de spina, qui autoriseraient l'hypothèse de l'origine congénitale de certaines syringomyélies. Suivant la forme anatomique du spina, ces divers symptômes, locaux et généraux, s'associent diversement :

La MYÉLOMÉNINGOCÈLE (fig. 11) se caractérise par un double ensemble symptomatique : d'une part l'aspect spécial de la tumeur, en second lieu l'existence constante de manifestations nerveuses. La tumeur, grosse comme une noix ou une pomme, a l'aspect d'une poche rosée, lisse, à large base d'implantation; cette mince pellicule lisse qui la recouvre, presque transparente et qui semble sur le point de rompre, sillonnée d'arborisations vasculaires, est la zone épithélio-séreuse; sa partie centrale, l'area, est de teinte plus foncée, rougeâtre et rappelle une surface ulcérée en voie de bourgeonnement; elle est en forme de cœur de carte à jouer à pointe inférieure, ou irrégulièrement ovalaire à grand axe vertical; parfois elle est divisée en deux masses latérales (diastématomyélie); à ses deux extrémités on reconnaît, plus ou moins facilement, les fossettes polaires; sa surface est humide et laisse suinter de la sérosité. La tumeur est entourée, à sa base, d'un bourrelet cutané (zone dermatique) souvent violacé et recouvert de poils plus ou moins longs.

La palpation confirme l'impression de fragilité et de minceur de la poche et révèle la fluctuation; la pression, exercée directement d'arrière en avant, peut faire diminuer le volume du sac, tandis que la fontanelle se distend; dès qu'on supprime la compression, le sac revient sur lui-même. Cet examen provoque ordinairement des cris de la part du petit malade.

On peut sentir, dans la profondeur, la fissure vertébrale; si on saisit enfin la poche latéralement entre les doigts, on a la sensation de corde, créée par les parties de la moelle qui pénètrent dans le sac, et qui, par transparence à la lumière artificielle, se projettent sous forme de traits d'ombre.

Parfois l'area manque, par suite de régression : la paroi postérieure de la poche est alors uniformément lisse; dans les cas, rares il est vrai, de myéloméningocèle cervicale ou cervico-dorsale, l'area manque souvent aussi et le sac peut contenir de la substance cérébelleuse; la myéloméningocèle sacrée est tout à fait exceptionnelle.

Les troubles généraux sont ici des plus importants : paralysies des membres supérieurs et inférieurs ; surtout paraplégie avec incontinence des réservoirs : pieds bots, souvent varus d'un côté, valgus ou talus de l'autre ; hydrocéphalie. Bayer signale un cas d'atrésie anale.

Pour de Ruyter et Bayer, il existerait toutefois des myéloméningocèles ne s'accompagnant, à la naissance, d'aucun trouble nerveux périphérique : la tumeur, dans ce cas, siégerait à la partie tout inférieure de la moelle, n'exerçant nulle compression sur les parties médullaires sus-jacentes.

Dans la MYÉLOCYSTOCÈLE, la tumeur, formée par la dilatation locale du tube médullaire, est complètement recouverte par la peau : celle-ci, parfois normale, est plus souvent le siège d'une hypertrichose abondante ; au point culminant du kyste, elle est souvent déprimée par suite de l'adhérence de la moelle au feuillet ectodermique ; elle peut être très amincie et même ulcérée ; presque toujours elle adhère, suivant les cas, au myélocyste ou à la méningocèle dorsale surajoutée.

La tumeur est sessile ou pédiculée ; le pédicule, parfois très étroit, s'enfonce entre les deux chapelets que forment les saillies des lames vertébrales.

Les troubles nerveux sont moins fréquents que

(1) Les figures 3 et 11 sont extraites des *Bulletins de la Société anatomique* (1901).

dans la myéloméningocèle ; ils ne sont pas rares cependant et relèvent de lésions secondaires de la moelle et des racines ; on a signalé des paralysies uni ou bilatérales des muscles de la paroi abdominale.

L'existence de la MÉNINGOCÈLE *pure* est, nous l'avons vu, discutée : elle se manifesterait par la présence d'une tumeur rappelant la myélocystocèle ; quant aux troubles nerveux ils doivent, théoriquement, être absents.

Le SPINA OCCULTA comprend tous les cas où la fissure rachidienne n'est débordée par nulle tumeur médullaire ou méningée : ici donc manque le signe local de tout spina, la tumeur : il est en effet possible que le spina occulta soit absolument latent ; mais, dans tous les cas publiés, l'attention avait été attirée vers la recherche de la fissure osseuse par quelque altération cutanée, ou la présence d'une tumeur solide ou kystique développée dans la lame épithélio-séreuse.

Les téguments sont modifiés dans leur coloration, ou présentent un développement anormal du système pileux : pigmentation plus ou moins accusée, aspect rosé de cicatrice récente ; peau glabre, plus souvent hypertrichose pouvant atteindre des proportions inattendues, et donner lieu à la production de touffes de poils : Joachimsthal rapporte un cas où existait une véritable queue longue de 27 centimètres. Au centre de la touffe de poils existe souvent une dépression ombiliquée.

La palpation révèle l'existence de la fissure vertébrale ; celle-ci est souvent masquée par une tuméfaction sous-cutanée, tantôt fluctuante, tantôt de consistance lipomateuse, due à la présence d'une tumeur surajoutée.

Les accidents nerveux n'existent pas toujours dès la naissance, auquel cas le spina passe facilement inaperçu ; ils apparaissent tardivement ou bien il s'agit de troubles congénitaux qui s'aggravent alors que l'enfant est déjà âgé : Bayer rapporte le cas d'une femme qu'il soigna, à l'âge de cinquante ans, pour une névralgie rebelle du fémoro-cutané, qui relevait d'un spina occulta sacré jusque-là ignoré ; dans une observation de Recklinghausen, le malade, porteur à sa naissance, d'un pied bot gauche, ne fut atteint qu'à seize ans d'anesthésie douloureuse du membre correspondant, et plus tard encore d'un mal perforant.

Nous ne signalerons qu'à titre de simple curiosité l'opinion de Hahn et de Virchow qui ont voulu voir, dans la figuration mythologique des faunes et des satyres de l'antiquité, une inspiration directe du spina occulta, la queue et les pieds de bouc de ces êtres fabuleux étant l'expression artistique des touffes de poils de la région lombaire et d'un double pied bot équin.

VIII

Evolution. Complications. Pronostic. — L'évolution du spina est variable : dans la forme occulta, où, malgré la fissure rachidienne, la moelle est bien protégée, et les troubles nerveux peu accentués, l'état général peut pendant longtemps demeurer intact.

Les variétés kystiques, au contraire, sont le plus souvent incompatibles avec une longue existence : la myéloméningocèle, malgré toutes les précautions prises pour éviter les souillures, ne tarde pas à s'infecter et devient ainsi le point de départ d'une méningite mortelle.

Les poches de myélocystocèle et de méningocèle, protégées par la peau, semblent à l'abri des complications septiques : mais leur volume s'accroît progressivement et elles finissent par s'ulcérer ou se rompre ; la méningite en est encore le terme fatal, soit aussitôt après l'ouverture, soit après une période plus ou moins longue de fistulisation et de suppuration.

La simple compression du kyste peut d'ailleurs parfois entraîner des accidents syncopaux graves.

Ces complications locales ne sont pas les seules à redouter ; le malade peut être emporté du fait des troubles paralytiques ou trophiques : escarres, infection urinaire.

Il est cependant une forme dont le pronostic est souvent moins sombre : c'est la myélocystocèle pédiculée à area ventrale ; à la suite d'inflammation chronique, le pédicule, surtout s'il est étroit, peut s'oblitérer ; le kyste s'isole en arrière de la moelle qui demeure intacte : malheureusement, la suppression de la soupape de sûreté que constitue le kyste a souvent pour conséquence, à brève échéance, l'apparition d'hydrocéphalie.

En résumé, les malades atteints de spina sont le plus souvent des *infirmes* dont la vie est toujours gravement menacée : soit immédiatement par l'infection, soit tardivement par l'hydrocéphalie. D'une façon générale, sur 100 cas de spina, 80 succombent dans la première année ; sur les 20 qui restent, plus de la moitié meurt dans les trois ou quatre années qui suivent.

Ajoutons que l'existence, à la naissance, d'une volumineuse poche de spina peut entraîner, pour la mère, des accidents graves au moment de l'accouchement.

IX

Diagnostic. — Le diagnostic du spina bifida est en général facile ; il se pose dans deux conditions différentes : ou bien la fissure rachidienne existe seule, sans tumeur apparente ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il y a tumeur.

Dans le premier cas, le médecin est consulté pour une malformation ou un trouble de la motilité : pied bot, mal perforant, paraplégie avec ou sans incontinence, névralgies ; l'examen attentif de la colonne vertébrale et la recherche de la fissure rachidienne permettront d'attribuer à ces symptômes leur origine réelle. Nous avons vu d'ailleurs que le spina occulta s'accompagne d'altérations locales (pigmentation de la peau, exagération du système pileux) qui, à défaut d'une tumeur, peuvent attirer l'attention des parents. Aussi faut-il, en présence de toute anomalie des téguments lombaires ou lombo-sacrés, pratiquer l'examen du rachis.

La radiographie, en cas de doute, peut montrer, à la place des apophyses épineuses, une perte de substance assez nette.

On est en droit toutefois d'émettre l'hypothèse que le spina occulta peut passer complètement inaperçu si aucune modification locale et aucun trouble nerveux périphérique ne viennent provoquer l'examen médical : pour cette raison, il semble difficile d'établir la fréquence du spina.

Dans les cas de spina avec tumeur, le diagnostic est plus aisé ; la tumeur en effet a des caractères particuliers : elle est congénitale et siège presque toujours à la région lombaire ; elle est exactement médiane, arrondie, molle, fluctuante, parfois réductible ; on sent à sa base les deux chapelets osseux dus à l'absence des arcs épineux ; enfin elle s'accompagne de troubles moteurs, sensitifs et trophiques.

Ces caractères suffisent à la distinguer du simple *lipome* développé dans l'épaisseur des parties molles.

Le diagnostic peut présenter quelque difficulté lorsque le spina est bas situé, à la région sacrée : il faut alors le distinguer des *kystes dermoïdes* et des *tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne* : les kystes dermoïdes rétro-sacro-coccygiens sont médians, mais s'implantent sur la pointe ou le corps du coccyx; leur évolution est extrêmement lente et ce n'est souvent qu'à l'âge adulte qu'ils se manifestent, à la suite de phénomènes inflammatoires.

Le tératome sacro-coccygien est une tumeur non réductible, mais souvent le spina ne l'est pas: celui-ci siège de préférence, il est vrai, à la partie supérieure du sacrum, alors que le tératome s'implante plutôt à la partie inférieure ; mais l'une et l'autre peuvent se pédiculiser, et c'est surtout l'existence de troubles nerveux ou de malformations des membres inférieurs qui fera penser au spina.

Le *diagnostic de la variété* est souvent délicat : la myéloméningocèle, grâce à ses trois zones dermatique, épithélio-séreuse, médullo-vasculaire, est facile à discerner ; on s'est ingénié à décrire des caractères différentiels entre la myélocystocèle et la méningocèle : il vaut mieux, par suite de la rareté de la méningocèle pure, toujours conclure au diagnostic de myélocystocèle ; toutefois lorsque les téguments sont amincis ou ulcérés, ils peuvent rappeler l'aspect de la zone épithélio-séreuse : l'hésitation est alors possible entre la myéloméningocèle et la myélocystocèle.

Il importerait, au point de vue opératoire, d'établir également le diagnostic du *contenu de la poche*, et de savoir si elle renferme de la substance médullaire et des racines : dans la myéloméningocèle, il y a des éléments nerveux dans tout le sac ; pour les autres formes, on ne peut émettre que des hypothèses : si la poche est pédiculée, elle ne renferme en général pas d'éléments nerveux importants ; si elle est ombiliquée, il y a adhérence probable d'éléments nerveux ; l'existence de troubles moteurs ou sensitifs est en faveur de la présence, dans le sac, de segments médullaires ou radiculaires.

L'examen du malade sera enfin complété par la recherche des troubles nerveux, de l'hydrocéphalie ; on songera à la possibilité d'autres malformations congénitales ; rappelons qu'on a signalé la coexistence, chez un même sujet, de deux spina.

X

Traitement. — Le traitement du spina bifida vise uniquement à supprimer la tumeur qui, par les dangers d'ulcération et d'infection consécutive, constitue une menace permanente pour la vie.

Comme le fait remarquer Marion, c'est dans deux conditions différentes que le médecin est appelé à donner son avis au sujet du traitement du spina : ou bien il s'agit d'une tumeur dont le volume s'accroît, les téguments s'amincissent, et dont la rupture est imminente ; ou bien, au contraire, l'état de la tumeur n'est nullement inquiétant, mais les parents demandent qu'on débarrasse leur enfant de cette production anormale.

Après avoir passé en revue les diverses méthodes thérapeutiques dont nous disposons, nous verrons quel bénéfice les malades peuvent tirer de leur application et dans quelle mesure on peut conseiller à la famille le risque d'une intervention.

Nous n'insisterons pas sur le simple traitement palliatif qui consiste à préserver la tumeur des chocs et des souillures par l'application d'un pansement ou d'un bandage avec pelote concave; nous ne ferons également que signaler les nombreux moyens autrefois employés en vue de provoquer l'atrophie de la tumeur kystique : ponction à la lancette ou au trocart, galvanopuncture, compression exercée par l'application de bandelettes de diachylon ou simplement de collodion riciné, ligature placée à la base de la tumeur, soit ligature circulaire réalisée par un tube de caoutchouc, soit ligature linéaire à l'aide de tuyaux de plume ou d'aiguilles traversant le pédicule.

Deux modes de traitement surtout méritent aujourd'hui de retenir l'attention : l'un, déjà ancien, est l'injection modificatrice; l'autre, que seules les méthodes d'asepsie pouvaient mettre en application, est l'excision de la tumeur.

A. Injections modificatrices. — Elles ont pour but de provoquer, par la réaction consécutive, l'atrophie progressive du sac. Les substances injectées furent surtout le tannin, l'alcool, l'iode ; la formule la plus employée fut le mélange de *Morton*, iode en solution glycérinée (teinture d'iode 1 gramme, iodure de potassium 8 grammes, glycérine 48 centimètres cubes), dont on injectait tous les quinze jours une quantité égale à la quantité de liquide kystique retiré au préalable par ponction à la seringue de Pravaz.

Ces injections modificatrices étaient suivies de résultats très variables : c'était une méthode incertaine, aveugle même; elle pouvait être enfin dangereuse, comme le prouva l'apparition d'accidents graves, parfois mortels : le liquide, qui ne devait agir que sur le sac, provoquait parfois de violentes réactions méningées et ne respectait pas toujours ni les éléments nerveux ni la moelle.

B. EXCISION. — En présence des échecs fréquents de la méthode des injections, et grâce à la sécurité qu'apportait avec elle la chirurgie moderne, la thérapeutique du spina devait aboutir rationnellement à l'extirpation de la tumeur.

Théoriquement l'opération consiste à inciser la poche, à libérer les éléments nerveux et à fermer la fissure rachidienne.

Il est préférable, par l'incision cutanée, de circonscrire un seul lambeau à pédicule latéral qui, relevé, permettra la dissection large de la poche et dont « la réapplication mettra en contact avec la perte de substance rachidienne non une cicatrice, mais une couverture cutanée solide » (Marion).

Une telle incision n'est possible que dans les cas où la peau est normale et la tumeur non pédiculée; dans les cas contraires, on incisera de chaque côté de la tumeur de façon à créer deux lambeaux latéraux qui serviront à recouvrir la plaie. A. Broca conseille, dans les spina bas situés, de pratiquer l'incision dans le sens horizontal, afin d'éloigner le plus possible la plaie de la région anale, et d'éviter ainsi, dans une certaine mesure, les chances d'infection.

Le lambeau — unique ou double — étant disséqué jusqu'à ce que la tumeur soit largement accessible, on procède au traitement proprement dit de la tumeur. La conduite à tenir varie suivant que la poche renferme ou non des éléments nerveux : au cas de tumeur pédiculée, qui ne contient en général par conséquent aucun nerf important, on place un fil au niveau du pédicule et on résèque la poche ; on peut aussi l'ouvrir, évacuer son contenu et utiliser les débris pour fermer la fissure vertébrale. Dans les autres cas, après ouverture du kyste en un point où l'on suppose ne rencontrer aucun élément nerveux essentiel, il importe d'explorer la cavité afin de voir son contenu : s'il n'y a pas de nerfs, ou seulement des filets sans intérêt, on placera une ligature ou une suture en surjet au niveau du point où la poche pénètre dans le rachis; si au contraire on rencontre la substance médullaire ou des cordons nerveux adhérant à la paroi du sac, il faut, par une dissection minutieuse, réséquer toutes les parties libres de la poche, puis réduire dans le canal rachidien les éléments ainsi libérés.

On aura soin, dès le début de l'opération, de placer le malade en position déclive afin d'éviter l'issue d'une trop grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

Le sac méningé est reconstitué, si possible, par un plan de suture; puis on procède à la fermeture de la fissure vertébrale; celle-ci est-elle étroite, on la fermera en rapprochant et suturant les muscles des gouttières; si elle est large, on peut, pour la combler, user d'un des procédés suivants : Dollinger mobilise les lames vertébrales; Senenko dédouble les lames et complète l'anneau vertébral avec les deux fragments osseux ainsi créés; d'autres ont taillé des lambeaux ostéo-périostiques empruntés soit au sacrum (Chipault), soit à la crête iliaque (Bobroff).

Enfin on suture la peau, dont les bords ont pu être avivés ; si elle est mince, l'affrontement des deux lèvres de l'incision peut être facilité par l'application de tubes de Galli.

Quels sont les résultats de cette méthode de l'excision, la seule qu'on puisse rationnellement employer aujourd'hui ? Le pronostic si sombre du spina s'est-il modifié, grâce à la thérapeutique ? Tels sont les deux points qu'il nous reste à envisager.

Les *résultats immédiats* sont le plus souvent mauvais : à vrai dire, lorsque la moelle est indépendante du sac, les suites peuvent être normales ; quand au contraire la moelle ou les racines adhèrent à la poche — myéloméningocèles, myélocystocèles non pédiculées — les suites opératoires sont désastreuses : le quart ou le cinquième des opérés meurt rapidement. La mort survient en quelques heures, peut-être par suite du choc considérable que crée l'acte opératoire chez ces petits malades peu résistants, peut-être aussi à cause de la libération ou de la section d'éléments nerveux importants. Et c'est pourquoi, lorsque la tumeur ne met pas la vie de l'enfant en danger immédiat, il ne faut pas se presser d'opérer.

La mort peut survenir encore, dans les jours qui suivent l'opération, par infection méningée, car la région opératoire est souvent difficile à aseptiser. (aire médullo-vasculaire de la myéloméningocèle), la plaie souvent exposée aux souillures, malgré le pansement ; enfin la cicatrisation peut ne pas se faire par suite de la faible vitalité des téguments: la suture se désunit et le malade meurt d'infection ou d'épuisement par écoulement continu du liquide céphalo-rachidien. Il peut y avoir récidive de la tumeur.

Quel *avenir* enfin est réservé aux malades qui ont pu échapper à cette effroyable mortalité opératoire ? Leur guérison est-elle assurée par la disparition de la tumeur ? Il n'en est malheureusement rien ; deux écueils se dressent, presque infranchissables, qui rendent tous les efforts vains : d'une part ces malades, venus au monde en état d'infériorité organique marquée, demeurent, malgré la thérapeutique, des débiles qui finissent par succomber rapidement ; d'autre part la suppression de la poche kystique entraîne à peu près fatalement l'apparition d'hydrocéphalie, contre laquelle nous sommes complètement impuissants, la médication antisyphilitique n'ayant jamais rien donné dans aucun cas de spina.

Telles sont les conclusions auxquelles aboutissent, en matière de spina, les statistiques modernes ; parmi les plus récentes, nous citerons celle de la clinique de Breslau, publiée en 1907 par Bœttcher, qui est importante par le nombre des malades observés et la date déjà reculée des interventions opératoires : sur 64 cas de spina de diverses formes, 39 furent opérés ; il y eut 13 morts immédiates (infection et hydrocéphalie) ; les maladies intercurrentes, la cachexie et l'hydrocéphalie emportèrent encore 17 opérés ; en définitive 9 sont considérés par l'auteur comme guéris, et se décomposent de la façon suivante : 6 méningocèles simples, sans éléments nerveux dans la poche, revues de un à dix

ans après l'intervention, et dont une conserve de l'incontinence et une autre de la parésie des membres inférieurs; une méningocèle à contenu nerveux (12 avaient été opérées); une myélocystocèle (11 avaient été opérées); enfin un cas de spina occulta. Sur 2 cas de myéloméningocèles qui avaient été jugées opérables, il n'y eut aucune survie.

Buccheri (de Palerme) aurait eu une mortalité opératoire beaucoup moindre : sur 23 spina opérés, la mortalité *immédiate* ne fut que de 4 cas.

Extrême gravité du pronostic opératoire, développement ultérieur de l'hydrocéphalie, voilà donc les deux alternatives auxquelles expose le traitement du spina; elles expliquent la conclusion à laquelle aboutit A. Broca en pareille matière : « Quoi qu'en prétendent certains partisans de l'opération, quand on avertit nettement la famille qu'on peut éviter la mort immédiate, mais au prix de l'idiotie future, à la question ainsi posée par moi, la réponse a toujours été : n'opérez pas. »

BIBLIOGRAPHIE

Les travaux postérieurs aux mémoires simultanés de Lapointe et de Bayer (fin 1901) sont seuls cités.

AUDÉOUD. *Soc. méd. de Genève*, juin 1909.

BAYER. *Prager med. Woch.*, 1901, nos 36 à 44.

BLACKWELL. *The Brit. med. Journ.*, oct. 1909.

BOCKENHEIMER. Les différentes formes du spina, *Soc. de méd. berlinoise*, juin 1906.

BŒTTCHER. Pronostic de l'opération dans le spina bifida, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1907; analysé par Lecène.

BONNAIRE. *Soc. d'obst. de Paris*, mars 1905.

BROCA (A.). Un cas de spina bifida lombo-sacré, *Revue prat. d'obst. et de pédiat.*, janv. 1902.

BUCCHERI. Su i resultati immediati dell' intervento chirurgico nella spina bifida, *L'Ospedale di Palermo*, 1908.

DÉJERINE et THOMAS. *Maladies de la moelle épinière*, Paris 1910.

DELMAS et ROGER. *Soc. anat.*, 1909.

DENUCÉ. *Spina bifida. Anatomie pathologique et embryogénie*, 1906, O. Doin, édit.

DERVAUX. *Soc. d'obst. de Paris*, nov. 1908.

DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. *Manuel de diagnostic chirurgical*, 3e édition, 1904.

DUPRAZ. *Soc. de méd. de Fribourg*, avril 1907.

GÖBELL. *Soc. de méd. de Kiel*, déc. 1909.

GÖPPERT. *Berl. klin. Woch.*, fév. 1909.

HERMAN. *Soc. belge de chir.*, nov. 1905.

HUTINEL et Roger VOISIN. In HUTINEL. *Les Maladies des enfants.*

KIRMISSON. Déformations du bassin liées à l'existence du spina bifida lombo-sacré, *Ve Congrès de gyn., d'obst. et de péd.*, Alger, avril 1907.

LAPOINTE. Formes anatomiques du spina bifida, *Progrès méd.*, nov. et déc. 1901.

LECÈNE. Pronostic de l'intervention chirurgicale dans le spina bifida (analyse de l'article de Bœttcher), *Presse méd.*, 3 juillet 1907.

MARION. *Chirurgie du système nerveux.*

MAYGRIER et LEMELAND. *Soc. d'obst. de Paris*, avril 1909.

METELLO. *Il Policlinico*, déc. 1908.

PICOU. Traitement du spina bifida, *Bull. de thérap.*, 1909.

RABAUD. Caractères anatomiques et genèse du spina bifida, *Méd. mod.*, avril 1902; — Méningite fœtale et spina bifida, *Arch. gén. de méd.*, 1906.

WALTHER. *Soc. de chir. de Paris*, juillet 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 MAI 1911)

La forme cérébrale de la maladie du sommeil et son traitement. — M. Louis MARTIN a observé et traité trente Européens à l'institut Pasteur. Sur ce nombre douze sont morts. Cette statistique, bien que son pourcentage paraisse élevé, doit être tenue pour très satisfaisante, étant donné la gravité de la maladie, qui sévit dans nos colonies de l'Afrique équatoriale et plus particulièrement au Congo.

Les décès sont dus le plus souvent à des accidents cérébraux (crises épileptiformes, apoplexie). Le docteur Louis Martin indique que par les traitements connus on peut retarder la fréquence des crises; mais jusqu'à présent on n'a jamais vu la guérison survenir après l'apparition des troubles cérébraux. Cependant l'auteur développe une observation clinique dans laquelle, ayant eu l'idée de recourir simultanément aux injections répétées et massives d'atoxyl et à la provocation d'un abcès de fixation chez un malade suivi depuis quatre années, il a pu d'abord arrêter les crises épileptiformes, puis, contre toute attente, l'état du malade qui avait paru désespéré s'est considérablement amélioré ! Aujourd'hui ce sujet a repris une existence normale.

Le nouvel Hôtel-Dieu de Lyon. — M. HERRIOT, maire de Lyon, communique à l'Académie les plans du nouvel Hôtel-Dieu que la ville de Lyon se propose d'édifier. Les services sont prévus pour 1.300 lits; toutes les cliniques universitaires y seront transportées. Le projet a été établi suivant les indications d'une commission spéciale, composée de représentants des corps élus, d'architectes et de médecins désignés par leurs collègues de l'université et des hôpitaux. Il est dû à M. Tony Garnier, grand prix de Rome.

Ce projet est fondé sur les principes suivants, que le maire de Lyon a développés devant l'Académie et qui doivent faire l'objet d'un rapport spécial : isolement des pavillons; séparation, à l'intérieur des services de chirurgie, des septiques et des aseptiques ; multiplication des chambres d'isolement dans chaque service pour les mourants, les bruyants, etc.; développement des annexes (salles à manger, salles de repos, galeries d'aération, etc,); création d'installations modernes pour l'application des méthodes récentes de traitement (mécanothérapie, physiothérapie, hydrothérapie, bains permanents, etc.).

L'hôpital occupera une superficie de seize hectares.

Indications prophylactiques et thérapeutiques déduites de la pathogénie des affections dites rhumatismales. — M. P. LE GENDRE rappelle que les affections dites rhumatismales peuvent actuellement être envisagées comme des conséquences de toxi-infections ou d'intoxications.

Les théories qui se sont proposé d'interpréter la pathogénie de ces affections ne sont discordantes qu'en apparence. Elles doivent être rapprochées, et M. Le Gendre retient dans cette pathogénie le rôle qu'on doit reconnaître à la viciation fonctionnelle transmise par hérédité, celui qui relève des influences cosmiques, celui qui dépend des relations avec l'arthritisme, celui enfin qui est la conséquence des fonctions multiples jouées par les séreuses, les os, la moelle en tant qu'appareil d'épuration, par le muscle en tant qu'appareil de calorification.

Au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique, les considérations de pathogénie amènent à considérer le régime alimentaire comme très important; mais il faut aussi ne pas négliger l'hygiène et il faut tarir aussi complètement

que possible les sources d'infection et d'intoxication, quel qu'en soit le siège.

Cancer du pylore. — M. Témoin (de Bourges) expose les résultats immédiats et éloignés de 168 résections partielles ou subtotales de l'estomac pour cancer de la région pylorique.

De l'alimentation dans la fièvre typhoïde. — M. Vaquez, depuis plusieurs années, a suivi l'exemple d'un certain nombre d'auteurs russes et allemands, qui ont introduit dans l'alimentation des typhiques des régimes variés. Ses malades sont nourris avec du lait, des œufs, des purées, des crèmes, de la viande crue : 160 typhiques ont été soumis à ce régime et traités par la balnéation systématique. Ces 160 cas ont donné 4 décès, c'est-à-dire une mortalité de 9 p. 100, égale aux meilleures des statistiques. Dans 3 cas, la mort est survenue par perforation intestinale; dans 8 cas seulement on a observé des hémorragies. Il y a eu 22 rechutes.

Dans la plupart des faits, la durée de la maladie a été abrégée surtout pour ce qui a trait à la période des oscillations.

La convalescence est toujours remarquablement abrégée, et dans nombre de cas, après une forme longue, le malade peut quitter l'hôpital dans les dix ou quinze jours qui suivent la chute de la température.

Toutes ces constatations amènent donc M. Vaquez à maintenir les conclusions qu'il avait formulées en 1901. A savoir que l'alimentation variée dans la fièvre typhoïde ne provoque pas les méfaits dont on l'a accusée, qu'elle est au contraire capable de faciliter l'évolution favorable de la maladie et de mettre les malades à l'abri des complications secondaires qui assombrissent si souvent le pronostic.

Élection d'un membre titulaire. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologiqne, en remplacement de M. Lancereaux. La section avait classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Achard; en seconde ligne, M. Ménétrier; en troisième ligne, par ordre alphabétique, MM. Borrel, de l'institut Pasteur, Legry et Siredey, médecins des hôpiteaux.

Au premier tour de scrutin, M. Achard a été déclaré élu par 67 voix contre 5 à M. Siredey, 4 à M. Borrel, 1 à M. Legry.

Candidatures. — Sont candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique : MM. Le Gendre et Vaquez, médecins des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 10 mai 1911)

Abcès du foie. — M. Coutaud rapporte une observation d'abcès du foie chez un colonial. On avait fait plusieurs ponctions blanches. M. Coutaud fit un volet ostéo-musculaire, arriva sur le foie, traversa une zone bosselée qu'il ouvrit et incisa un abcès au centre duquel il trouva une aiguille de Potain. Il draina. Le malade guérit, mais au cours de sa convalescence, il eut un abcès du poumon dont il se remit très bien.

M. Tuffier a rencontré deux cas de calcification de la paroi d'un abcès du foie, au niveau de la zone opérée, sans même qu'il y ait eu de ponctions préalables, ni de corps étranger.

La thoracotomie dans les plaies de poitrine. — M. Thiéry partage l'avis de M. Tuffier et estime qu'on doit intervenir très rarement dans les plaies de poitrine. Cherchant à poser les indications de la thoracotomie, M. Thiéry pense qu'on ne doit y recourir que : 1° dans les cas d'hémorragie très abondante et lorsqu'on peut intervenir d'une façon très précoce; 2° lorsqu'ayant observé et suivi son blessé de très près on a des raisons de penser que l'hémorragie continue. Mais ce sont là, pour M. Thiéry, plutôt des cas exceptionnels. Dans la grande majorité des cas de plaies de poitrine, l'abstention est la meilleure conduite à suivre.

M. Riche a pratiqué une thoracotomie pour plaie de poitrine par coup de couteau. Il s'agissait d'une hémorragie grave. Il intervint presque immédiatement après l'accident. Il sutura deux plaies pulmonaires. L'hémorragie s'arrêta. Le blessé parut devoir se remettre, puis il fut repris de dyspnée. On le ponctionna, on trouva un peu de liquide louche et il succomba. Il est plus que probable que, dans ce cas, la mort serait survenue très rapidement sans intervention. Ce cas rentrerait donc dans la catégorie de ceux pour lesquels tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir.

Sarcome de l'ovaire chez une fillette de trois ans. — M. Savariaud fait un rapport sur une intéressante observation de M. Guibal (de Béziers). Il s'agit d'une fillette de trois ans qui portait une tumeur abdominale dont le développement fut très rapide. L'énorme volume du ventre contrastait avec la maigreur extrême du thorax. C'était une tumeur dure, bloquée, immobile qui était recouverte d'une nappe de liquide. M. Guibal pensa à une tumeur de l'ovaire en raison surtout de la grande précocité sexuelle de cette fillette. En effet, elle avait de grands poils sur les grandes lèvres, un duvet abondant sur le pubis. M. Guibal attribua ces signes à un hyperfonctionnement de l'ovaire. L'enfant présentait également une maturité psychique extraordinaire. M. Guibal intervint; l'opération fut pénible et angoissante à cause du volume et des adhérences de la tumeur. Cependant elle put être enlevée. Mais la petite malade fut prise de syncope; le pouls et la respiration s'arrêtèrent. Après une injection d'éther, elle revint à elle. On constata que l'autre ovaire était augmenté de volume. La petite malade se remit et, treize mois après, il n'y avait pas encore de récidive.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un énorme sarcome fibro-cellulaire, pesant 4kg500 grammes. Il y avait un litre d'ascite.

M. Guibal, dans cette observation, insiste sur la valeur diagnostique de la précocité sexuelle. On ne trouve rien, à ce sujet, dans les auteurs classiques, mais les auteurs modernes ont étudié cette question. La puberté précoce a fait l'objet de travaux assez importants dans ces derniers temps. Il résulte de ces recherches qu'elle est tantôt essentielle, tantôt symptomatique. Dans ce dernier cas, elle est généralement symptomatique d'une hypertrophie des glandes surrénales. Telle est la conclusion d'un travail de M. Appert. M. Savariaud emprunte au travail de M. Appert plusieurs exemples d'hypernéphromes, s'accompagnant de précocité sexuelle, entre autres un cas d'hypernéphrome paraovarique observé par M. Gautier.

La coexistence de cette précocité sexuelle avec les tumeurs ovariques, est, au contraire, très rare. M. Savariaud n'a pu trouver que deux exemples. Dans ces deux cas, il s'agissait de tumeur maligne de l'ovaire.

Il résulte de tout ceci que la précocité sexuelle peut être influencée par la sécrétion exagérée de diverses glandes, telles que le rein, les capsules surrénales, la glande pinéale, l'ovaire, etc.

L'importance diagnostique, au point de vue d'une tumeur ovarienne, de la précocité sexuelle invoquée par M. Guibal dans son observation, n'a donc pas une grande valeur.

Carcinome des annexes gauches. — M. Savariaud fait un second rapport sur une observation de M. Rastouil, relative à une jeune fille de seize ans, atteinte d'une tumeur abdominale, tumeur solide de l'hypocondre gauche. Opération, ablation du côté gauche d'une tumeur annexielle du volume d'une tête de fœtus, ablation des annexes droites. L'examen histologique

conclut à un carcinome, à développement lent, sans ascite, sans adhérences.

Ici l'opération fut facile.

M. Savariaud présente des considérations sur les caractères différentiels des carcinomes et des sarcomes; il arrive à cette conclusion que le diagnostic anatomique de ces tumeurs de l'ovaire est surtout une question de nationalité et de géographie, les Allemands l'envisageant d'une façon, les Français l'envisageant d'une tout autre façon.

Anatomiquement, le diagnostic de ces tumeurs est donc à peu près impossible. Cliniquement, passant en revue les divers symptômes, M. Savariaud conclut que le seul diagnostic possible et facile est celui de tumeur maligne.

Il envisage la laparotomie exploratrice en faisant observer qu'elle n'est pas toujours bénigne. Il rapporte, à ce propos, des statistiques étrangères. Il insiste enfin sur la précocité de l'intervention, de l'ovariotomie, qui a fait ses preuves même au point de vue de survies plus ou moins longues. La même conduite chirurgicale doit être suivie chez l'enfant comme chez l'adulte.

M. Kirmisson rappelle avoir présenté à l'Académie le frère et la sœur, ayant tous deux des caractères très nets de puberté précoce, avec développement physique et intellectuel coïncidant, chez le garçon, avec une tumeur kystique du testicule, chez la fille avec un kyste de l'ovaire.

M. Delbet émet quelques considérations sur l'histologie des tumeurs de l'ovaire et s'applique à expliquer les différences qui séparent, à ce point de vue, les savants allemands des savants français. Les tumeurs qu'en chirurgie on appelle sarcomes sont des tumeurs d'origine épithéliale. Mais des épithéliomes peuvent prendre la forme de périthéliomes. Ici commencent des difficultés d'interprétation. Rappelons-nous seulement qu'en matière de tumeurs malignes de l'ovaire il s'agit, dans l'immense majorité des cas, de véritables épithéliomes.

Signalons encore quelques particularités sur lesquelles insiste M. Delbet : la bilatéralité très fréquente des lésions, la présence de l'ascite, la survie parfois considérable obtenue à la suite de l'ablation de ces tumeurs et un certain nombre de guérisons définitives.

M. Lucas-Championnière cite un cas de récidive observée vingt ans après l'ablation d'une tumeur de ce genre.

M. Tuffier fait observer qu'il faut distinguer les enfants des adultes au point de vue de l'histoire de ces tumeurs malignes de l'ovaire.

Le diagnostic anatomique reste très difficile et le pronostic très incertain.

ANALYSES

MÉDECINE

Etude de statistique clinique de 134 cas de cancer de l'œsophage et du cardia. (Lucien Lamy. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n° 8, août 1910.) — La *fréquence* de ces cancers dans l'ensemble des cancers du tube digestif est d'environ 32 p. 100, le sexe masculin, ainsi que l'alcoolisme, paraissent y prédisposer; il s'agit le plus souvent d'une tumeur unique sans tendance marquée à la généralisation.

Le *début* s'annonce le plus souvent par une *dysphagie* progressive, qui fait place à une sténose absolue huit mois environ après le début des accidents.

Cette dysphagie s'accompagne assez souvent de *douleurs*, soit provoquées par le passage du bol alimentaire, soit spontanées, spécialement pendant la nuit.

Un des symptômes très important est la *régurgitation* : tantôt il s'agit de régurgitations avec efforts de toux, tantôt d'une simple rumination : la présence de *sang* est un excellent symptôme qui souvent fait défaut.

L'anémie est moins profonde que dans le cancer de l'estomac, l'amaigrissement est surtout marqué à mesure que s'accentue la gêne de la déglutition. L'*appétit* est le plus souvent conservé, l'évolution se fait entre six mois et un an.

Il existe de nombreuses *formes cliniques* : 1° *à début brusque*, soit par dysphagie, soit par douleur intense, soit par sténose absolue d'emblée, c'est alors que le diagnostic avec le spasme se pose et qu'il faut faire appel, pour parvenir à une opinion définitive à la radioscopie, au cathétérisme, à l'œsophagoscopie ; 2° *forme latente* ; certains de ces cancers peuvent être latents pendant toute leur évolution, où l'un quelconque des signes cardinaux peut faire défaut (douleur, régurgitation) ; 3° *forme à prédominance d'un symptôme* (on a décrit l'exagération du réflexe œsophago-salivaire de Roger) ; il existe des formes *suivant la durée* (évolution lente, évolution rapide, forme avec rémissions), *suivant le siège de la tumeur* (tiers moyen, cancer *du cardia*, avec douleurs très vives, perte de l'appétit, et régurgitations à peu près constantes) ; enfin on peut décrire des formes cliniques dont la symptomatologie est modifiée par l'apparition de *complications* (hémorragies et complications *laryngo-trachéo-pulmonaires*).

L. BABONNEIX.

La glycosurie chez les cardiaques. (H. Gillet. *Rundschau für Medizin*, 14 janvier 1911.) — Chez certains cardiaques soit valvulaires, soit artériels (artérioscléreux, angineux), on peut déceler un *diabète typique*. Le diabète ne semble jouer aucun rôle dans la production de ces lésions valvulaires, il dépend lui aussi de l'arthritisme du sujet, il aggrave le pronostic global, surtout en raison des accidents de gangrène.

L'on peut constater en outre chez des cardiaques, des *glycosuries continues*, *non permanentes*, qui reconnaissent, dans la majorité des cas, une origine alimentaire liée à une insuffisance hépatique.

Enfin, il peut s'agir de *glycosuries intermittentes*, *passagères*, éphémères, qui ne sont diagnostiquées que si l'on a le soin de faire porter l'analyse de l'urine, sur un examen fractionné de l'urine des différents moments du jour et de la nuit.

La connaissance de ces glycosuries est importante, en vue du *traitement* à instituer, spécialement en vue du *régime*, qui doit être surtout *lacto-végétarien* et qui doit comporter l'abstention de lactose.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

La réaction méiostagminique dans la tuberculose infantile. (*Policlinico*, 1910, n° 44.) — Le docteur A. Filia a essayé cette réaction avec le sérum sanguin de trente-six enfants tuberculeux, et le résultat fut constamment positif, même dans les cas où la cutiréaction avait été négative. Avec le sérum de vingt enfants, atteints d'affections très diverses, qui fut expérimenté comme contrôle, la réaction fut toujours négative. On sait que la réaction méiostagminique, due à Ascoli, est due à des substances spécifiques existant dans le sérum des malades, et qui sont révélées par la variation de la tension superficielle qui survient lorsqu'on additionne ce sérum avec des antigènes spécifiques, après dilution convenable du sérum et des antigènes au moyen d'une solution de NaCl. (V. *Gaz. hôpit.*, 1911, n° 39.)

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Sur la nature inflammatoire de la sténose dite par hypertrophie musculaire du pylore chez les nourrissons. (MM. Weill et Pehu. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1910.) — Dans cet article, qui est le résumé de leur rapport au dernier Congrès de Budapest, ces auteurs, après avoir insisté sur l'origine *inflammatoire* de cette sténose, démontrent que la nature *histologique* de la maladie « est une *gastrite* d'acuité et d'étendue variables, et que les symptômes de sténose ne sont pas *primitifs* mais *secondaires* à l'*hyperplasie* pariétale ».

L. BABONNEIX.

Anaphylaxie par le lait de vache chez les nourrissons. (M. BARBIER. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1910.) — L'auteur décrit une anaphylaxie congénitale, apanage des débiles, des prématurés, des hérédo-syphilitiques et tuberculeux et une anaphylaxie acquise, consécutive le plus souvent à la suralimentation par le lait de vache donné en excès : il insiste sur la faute qu'il y a à s'obstiner à vouloir donner quand même du lait de vache et sur la nécessité à remettre l'enfant au sein ou à recourir au lait d'ânesse ou de chèvre.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Ulcère perforé du jéjunum sept ans après une gastro-entérostomie en Y de Roux. (James M. HITZROT. *New-York Surgical Society*, 11 janvier 1911.) — Homme de vingt-six ans présentant une douleur abdominale d'abord diffuse, puis localisée au quadrant inférieur droit de l'abdomen : vomissements, rigidité musculaire. Cicatrice d'ancienne opération par laparotomie sus-ombilicale. Diagnostic, appendicite. L'appendice est trouvé sain, mais l'exploration montre une anomalie des intestins. Laparotomie sus-ombilicale. On trouve une ancienne gastro-entérostomie en Y ; au-dessous de la ligne de suture à l'estomac se trouve un ulcère peptique perforé. Suture. Guérison. L'ancienne opération datait de sept ans. Cet intervalle très long est intéressant et aussi la pathogénie. Probablement irritation chronique par le suc gastrique, infiltration, diminution du pouvoir de défense antidigestif et antibactérien.

F. GARDNER.

Utilisation de la vésicule biliaire et des voies biliaires pour atteindre thérapeutiquement la partie supérieure de l'intestin. (Rudolph MATAS. *Amer. Journ. Surg.*, janv. 1911.) — Le cathétérisme des voies biliaires, quelque peu négligé, peut être explorateur ou thérapeutique. Les applications thérapeutiques ne se bornent point à l'extraction de calculs ou l'injection de liquides pour les décoller ou les dissoudre On peut s'en servir pour nourrir le malade, injecter du sérum artificiel, laver l'intestin, administrer des stimulants, etc. C'est surtout de l'entéroclyse par voie cholécysto-duodénale que Matas veut parler. Il cite un cas où, après cholécystectomie, survinrent un état grave, des vomissements et de l'anurie. Rien de ce qui était administré par l'estomac n'était gardé et les lavages d'estomac ne donnaient rien. On introduisit de l'eau stérilisée chaude avec de la diurétine par le drain du cholédoque. Après quelques heures l'anurie cessa. L'absorption duodénale est beaucoup plus active, plus régulière et plus normale que l'absorption rectale. L'idée première de cette méthode que Matas considère excellente est due à Mac Arthur en 1909.

F. GARDNER.

UROLOGIE

Infection de la vessie par le penicillium glaucum. (Arthur L. CHUTE. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXIV, n° 12, 23 mars 1911, p. 420-422.) — Cette variété de cystite due à la moisissure commune est très rare. Il s'agissait d'une femme de soixante et un ans, vidant incomplètement sa vessie et présentant des symptômes de cystite subaiguë et chronique extrêmement tenaces contre lesquels rien n'avait donné un résultat permanent, pas même trois curettages de la vessie; le dernier avait donné l'amélioration la plus longue, soit cinq semaines. L'urine contenait des gouttelettes d'aspect graisseux très particulier et des flocons blanchâtres s'effritant sous le doigt, donnant une sensation onctueuse et grésillant comme de la graisse quand on les faisait brûler sur une anse de platine. La cystoscopie montrait la présence d'un revêtement blanc éclatant de toute la vessie. Une cystostomie sus-pubienne fut pratiquée et l'amélioration fut considérable. Les cultures montrèrent du penicillium glaucum avec production du même liquide huileux qui se trouvaient dans la vessie.

Chute n'a pu trouver qu'un cas semblable, publié par von Frisch (de Vienne). Les symptômes et les constatations cystoscopiques étaient très analogues à celles de son cas. Il y avait les mêmes masses blanches et le même revêtement. Ces cas sont parmi les plus réfractaires au traitement. Le mode d'inoculation est incertain. Dans le cas de Chute, la rétention incomplète jouait certainement un rôle favorisant.

F. GARDNER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 MAI 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re et 2e séries), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 23 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 24 mai, à une heure. — 2e. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Vendredi 26 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 27 mai, à une heure. — 4e. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 24 mai, à une heure. — Mlle KLEIN. De la tétanie dans l'état puerpéral. (MM. Pinard, président; Segond, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. LEHÉRISSEY. De quelques complications tardives non sanglantes de la luxation congénitale de la hanche. (MM. Segond, président; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. BÉRA. Du syndrome commun à la rupture, à la luxation et à l'élongation du tendon du long biceps. (MM. Segond, président; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. FEUTRIE. Contribution à l'étude du traitement de l'exstrophie vésicale par l'implantation des uretères dans le rectum. (Voie extrapéritonéale.) (MM. Segond, président; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. BOUBERMANN. Etudes sur les modifications que présente le sang au cours de la maladie de Stokes-Adams. Quelques essais sur l'étiologie de ce syndrome. (MM. Gaucher, président; Widal, Léon Bernard et Gougerot.) — M. LELLANC. Recherches sur l'indice respiratoire. (MM. Widal, président; Gaucher, Léon Bernard et Gougerot.)

Jeudi 25 mai, à une heure. — M. HÉNOUILLE. De l'emploi de l'acide chromique dans les affections inflammatoires et ulcéreuses des muqueuses et de la peau. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Chauffard et André Broca.) — Mlle VIGOR. Etude clinique de l'hypo-alimentation chez le nourrisson. (Variétés, évolution, diagnostic, traitement.) (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Chauffard et André Broca.) — M. FOURCADE. La constitution émotive. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Chauffard et André Broca.) M. AUDOUY. Du traitement des épithéliomas cutanés par le radium. (Méthode du rayonnement composite.) (MM. Chauffard, président; Hutinel, Gilbert Ballet et André Broca.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — MARDI 16 MAI 1911. 84e ANNÉE. MARDI 16 MAI 1911. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 mai. — MM. Froin et Gaultier, 18; Halbron, 17.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 mai. — MM. Capette, 12; Gasne, 14; Mathieu, 15; Desmarest, 19.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 mai. — MM. Cantonnet, 29; Cerise, 28; Magitot et Coutela, 30.

Prochaine séance, épreuve supplémentaire, jeudi 18 mai, à quatre heures et demie, à Laënnec.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'ouvrira le lundi 26 juin. Les inscriptions seront reçues à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56, jusqu'au samedi 10 juin à onze heures du matin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — M. Lajoux, professeur de pharmacie et matière médicale, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1911.

M. Lajoux est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1911.

— Rouen. — M. Bonvalet, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — *Epreuve clinique de pathologie interne* (première séance). — MM. Salmont, 18; Breuillet, 17 1/2; Colanéri, 14; Thierry, 5; Lévy, 14; Joubrel, 15.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le jury du concours pour un emploi d'inspecteur général adjoint des services administratifs qui doit s'ouvrir le 26 mai 1911, est composé de MM. Ogier, conseiller d'Etat, président; le docteur Calmette, M. Mirman, M. Bluzet, M. Pujalet, le docteur Faivre et M. Winter.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DES ÉCOLES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE FRANCE. — L'association des professeurs des écoles de médecine et de pharmacie de France vient de tenir sa première assemblée à la Faculté de médecine de Paris.

Elle a pris acte de l'importante manifestation de l'Académie de médecine (séance du 28 mars) à la suite de la communication de M. le professeur Motais (d'Angers) sur « les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; importance de leur rôle dans l'enseignement médical ».

MM. les professeurs Labbé, Guyon, Blanchard, Gariel, Pouchet, Bureau, s'appuyant eux-mêmes sur les opinions publiquement exprimées des professeurs Tillaux, Lancereaux, Troisier, Gautier et du doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur Landouzy, ont présenté les déclarations suivantes :

L'encombrement de la Faculté de médecine de Paris ne permet pas aux débutants un accès suffisant aux cliniques, aux laboratoires, à l'amphithéâtre; il en résulte que les notions élémentaires, base de tout enseignement médical sérieux, y sont imparfaitement acquises.

Les écoles de médecine et de pharmacie sont au contraire parfaitement organisées pour cet enseignement élémentaire. Il est donc « d'un immense avantage pour nos fils (professeur Landouzy) de faire en province leurs premières années d'études médicales ».

Dans l'intérêt de l'enseignement des sciences médicales, il est de la plus haute importance que ces faits, si énergiquement affirmés par l'Académie de médecine, soient portés à la connaissance des familles et des futurs étudiants.

L'association a, en outre, discuté divers rapports concernant les études médicales et pharmaceutiques dans les écoles de médecine et de pharmacie. Les conclusions votées ont été immédiatement présentées au ministre de l'instruction publique par une délégation de l'association.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Henri Ombrédanne, médecin à la compagnie transatlantique. Nous adressons nos bien vives condoléances à son père le docteur E. Ombrédanne, et à son frère notre ami Louis Ombrédanne, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Bretonneau; de M. le docteur Reibel (de Nancy), président d'honneur de la Société des anciens internes de Strasbourg et de Nancy, ancien président de la Société de médecine de Nancy, vice-président de l'association des médecins de Meurthe-et-Moselle.

VARIÉTÉS

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS A L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS

Dès l'année 1900, le professeur Raphaël Blanchard s'occupa d'organiser, à Paris, un enseignement de la pathologie exotique à l'exemple de celui fondé en 1899, à Londres, par sir Patrick Manson, et de celui, non moins célèbre, de Liverpool.

En France, en effet, à l'exception des cours spéciaux faits dans les écoles de médecine navale et au Val-de-Grâce, il n'existait aucun enseignement de ce genre accessible aux médecins civils.

En 1902, enfin, grâce au magnifique hôpital de l'association des Dames françaises à Auteuil, grâce à un certain nombre de subventions, l'Institut de médecine coloniale put enfin être organisé. Depuis ce moment il fonctionne régulièrement.

L'enseignement comporte encore, à l'heure actuelle, la même division qu'au premier jour. Il consiste en leçons théoriques, en leçons cliniques et en travaux pratiques. Le programme est le suivant :

M. le professeur Roger : Quinze leçons de technique bactériologique et hématologique, suivies d'exercices pratiques.

M. le professeur R. Blanchard : Vingt et une leçons de parasitologie avec exercices pratiques.

M. le professeur Chantemesse : six leçons d'hygiène.

M. le professeur de Lapersonne : Quatre leçons d'ophtalmologie tropicale.

M. le professeur Gaucher et M. le docteur Jeanselme, agrégé : Huit leçons de dermatologie.

M. le docteur Morestin, agrégé : Quatre leçons de chirurgie.

M. le docteur R. Wurtz, agrégé, chargé de cours : Dix-sept leçons de pathologie exotique ; dix leçons d'hygiène tropicale et de climatologie ; vingt exercices de bactériologie pratique appliquée aux maladies tropicales.

L'enseignement, quoique très intensif, sera encore développé comme il l'a été à Londres. Tel qu'il est, il a déjà une grande réputation à l'étranger si nous en jugeons par les renseignements suivants que vient de publier le professeur Raphaël Blanchard (1).

« L'esprit le plus libéral, dit-il, préside au recrutement des élèves. Pour être admis à suivre les cours, il suffit d'être docteur en médecine, de quelque faculté que ce soit, ou, sans être encore docteur, d'avoir terminé sa scolarité ; les internes des hôpitaux sont également admis, à quelque phase de leur scolarité qu'ils se trouvent. Grâce à ces mesures, le nombre des étrangers qui viennent se faire inscrire chez nous a toujours été considérable.

Les neuf sessions actuellement écoulées ont été suivies au total par 249 élèves, soit une moyenne de 27,76 élèves par session. La première en comptait 30, la dernière 39 ; des indices certains nous permettent d'affirmer que les suivantes seront encore plus nombreuses. De ces 249 élèves, 235 ont subi des examens satisfaisants et ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris. »

En examinant les 235 diplômés d'après leur nationalité, on peut constater que les Français y figurent pour un peu moins de 50 p. 100. « Les étrangers proviennent de pays très divers, en général de pays de langue latine, même de pays dans lesquels il existe actuellement un enseignement de langue coloniale : ce détail mérite d'être souligné, en ce qu'il démontre la qualité de nos cours. On est frappé surtout de la grande prépondérance de l'élément hispano-américain. De la plupart des pays de l'Amérique espagnole ou portugaise, nous viennent chaque année des élèves plus nombreux : ils étaient 17 à la session dernière ; la Colombie et le Vénézuela sont nos fournisseurs les plus actifs.

Il est intéressant de remarquer que la plupart des médecins hispano-américains, qui viennent ainsi pour suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale, ont fait toutes leurs études dans leurs universités nationales : ils sont docteurs de Bogota, de Caracas, de Guatémala, de Guayaquil, de San Salvador, etc. ; ils ne sont jamais venus en Europe et ne franchissent les mers que dans le seul et unique but d'acquérir des notions qui ne leur ont point été enseignées dans leurs universités et dont, mieux que personne, ils reconnaissent la haute importance.

Beaucoup d'entre eux ont une pratique médicale plus ou moins longue, et c'est vraiment le besoin de s'instruire en médecine tropicale, et spécialement en parasitologie, qui les pousse à entreprendre un aussi long voyage. Si l'on considère l'âge de ces élèves (j'emploie ce mot à défaut d'un autre), ce fait saute immédiatement aux yeux. En effet, les élèves de la dernière session, par exemple, se répartissent, à ce point de vue, de la façon suivante :

Deux de vingt-deux ans, 2 de vingt-trois ans, 1 de vingt-quatre ans, 3 de vingt-cinq ans, 3 de vingt-six ans, 5 de vingt-sept ans, 1 de vingt-huit ans, 1 de vingt-neuf ans, 2 de trente ans, 1 de trente et un ans, 1 de trente-quatre ans, 3 de trente-cinq ans, 1 de trente-six ans, 1 de trente-sept ans, 2 de trente-neuf ans (dont le docteur Carbonnel, major de la promotion), 2 de quarante et un ans, 2 de quarante-trois ans, 1 de quarante-cinq ans.

D'après cela, on est donc autorisé à conclure que l'Institut de médecine coloniale annexé à la Faculté de médecine de Paris jouit d'un grand prestige à l'étranger et qu'il a déterminé un fort courant de médecins venant de l'Amérique latine vers Paris. Tout en estimant hautement l'enseignement colonial de la Faculté de Bordeaux et de l'école de Marseille, je ne crois pas me tromper, en affirmant que ces deux centres scientifiques ne profiteraient point de ce courant, si l'Institut parisien venait à manquer.

Celui-ci a donc été l'instigateur de relations scientifiques nouvelles entre la Faculté de médecine de Paris et divers pays de race latine, tels que le Vénézuéla et la Colombie, qui vivent trop en dehors de notre orbite. Il est inutile d'insister sur les heureux résultats économiques et moraux d'un tel état de choses.

Quant aux Français qui prennent notre diplôme de médecin colonial, la presque totalité d'entre eux sont des médecins civils. Le diplôme leur confère d'office le titre de médecin sanitaire maritime, et quelques-uns d'entre eux prennent en effet du service dans l'administration sanitaire des ports ou auprès des compagnies de navigation. D'autres trouvent de bonnes situations aux colonies, auprès des compagnies minières, de colonisation, d'exploitation agricole, etc. D'autres encore, notamment au Tonkin et en Afrique occidentale française, entrent au service de l'Assistance médicale indigène, service qui, dans cette dernière colonie, est en imminence de réforme, dans un sens très favorable aux médecins civils. De ce côté, la situation va donc s'améliorer notablement, dans un avenir très prochain. »

Le jour où l'Institut de médecine coloniale pourra, comme les écoles de Londres et de Liverpool, envoyer des missions scientifiques à l'étranger, créer des laboratoires coloniaux de recherches, il sera digne de la grande puissance coloniale qu'est la France.

Dès maintenant il a suffisamment prouvé sa vitalité et son utilité pour que les Mécènes s'intéressent à son avenir et lui fournissent les moyens d'action qui lui font malheureusement encore défaut. Le rôle des pouvoirs publics est également tout tracé. Espérons qu'ils ne se désintéresseront pas de cette question qui est une question nationale.

L. G.

(1) *Répert. de méd. int.*, n° 1, janv. 1911.

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNE STATISTIQUE HOSPITALIÈRE PENDANT DEUX ANS

Par M. MAUCLAIRE,
Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Je terminerai cette série de leçons d'actualités chirurgicales, en vous parlant de la statistique opératoire de mon service pendant les deux premières années, du 1er mars 1909 au 1er mars 1911. Vous allez voir qu'elle est importante, car il est une actualité évidente, c'est l'accroissement progressif du nombre des malades qui entrent dans les services de chirurgie. Aussi ceux-ci ne sont plus adéquats aux nécessités du jour. Après bien des difficultés, et grâce à une persévérance personnelle qui m'étonne moi-même, j'ai pu obtenir une deuxième grande salle d'opérations, et récemment une troisième salle de malades pour éviter un encombrement continuel — et dangereux. Pendant deux ans, avec deux petites salles de malades nous avons eu approximativement 4.000 entrants, et environ 1.400 opérations avec anesthésie, sans compter les incisions d'abcès peu graves et les réductions de luxations.

Voici le titre de ces 1.400 opérations faites par les chirurgiens de garde (une quarantaine), par mes internes (environ cinq cents) et par moi.

Tête et cou. — Plaies : 2 cas. 1 plaie pénétrante du crâne par balle. Simple nettoyage de la porte d'entrée. Décès le sixième jour. 1 plaie par balle du sinus frontal. Ablation. Guérison.

Deux cas de trépanation décompressive pour fracture du crâne. 2 décès. Trépanation décompressive pour épilepsie jacksonienne pour tumeur supposée. Amélioration.

Trépanation pour fracture avec esquille de la table interne. Guérison.

Scalp du front et du cuir chevelu. Greffe italienne.

Autoplastie de l'oreille pour cicatrices après brûlure.

Autoplastie du conduit auditif externe avec un lambeau suivant la méthode italienne.

Mastoïdite avec phlébite du sinus latéral. Trépanation. Mort.

Une mastoïdite scléreuse. Trépanation.

Une tumeur mixte de la parotide.

Un sarcome énorme de la joue. Mort par pneumonie le troisième jour.

Petite tumeur de la langue, de nature indéterminée.

Fibrome ou gomme ayant résisté au traitement mercuriel. Ablation.

Epithelioma de la langue. Ablation par la voie buccale.

Epithelioma de la langue. Ablation large par la voie sous-hyoïdienne et ligature préliminaire de la carotide externe. Décès : 1.

Un abcès rétropharyngien ouvert par la voie buccale.

Un abcès rétropharyngien ouvert par la voie rétro-mastoïdienne.

Sarcome de la mâchoire inférieure. Hémi-résection. Mort par pneumonie de déglutition le quatrième jour.

Ostéite du maxillaire inférieur, avec sequestre : 4 cas.

Périostite du maxillaire inférieur : 10 cas.

Balle dans le massif maxillaire supérieur. Ablation : 2 cas.

Un phlegmon ligneux du cou.

Phlegmons sous-sterno-mastoïdiens du cou : 8 cas.

Un abcès puerpéral du cou et du médiastin. Septicémie. Hémorragie à répétition. Résection de la clavicule. Lésion du tronc veineux brachio-céphalique. Décès.

Adénite tuberculeuse sous-maxillaire. Ablation.

Adénopathies cervicales tuberculeuses sterno-mastoïdiennes. Extirpation : 14 cas.

Lipome du cou : 2 cas.

Abcès froid prélaryngé : 2 cas. Deux goitres kystiques, ablation. Un goitre parenchymateux. Ablation. Un goitre exopthalmique. Hémithyroïdectomie et ligature des 3 artères thyroïdiennes. Amélioration.

Thorax et rachis. — Abcès froid pleural de la partie inférieure de la plèvre. Estlander consécutif.

Quinze pleurésies purulentes totales : 3 décès.

Une pleurésie interlobaire. Décès.

Deux fistules pleurales. Résections costales multiples successives et étagées de bas en haut.

Une plaie du poumon. Ligature de la plaie siégeant sur la languette pulmonaire antérieure. Intervention faite parce que j'avais cru à une plaie du cœur.

Une plaie du poumon par balle. Hémothorax grave. Thoracotomie. Décès.

Un kyste hydatique du poumon ouvert après résection costale. Décès ultérieur.

Un adénofibrome du sein.

Treize cancers du sein.

Dix-sept abcès froids costaux tuberculeux.

Cinq abcès froids du sternum.

Un lipome thoracique.

Un sarcome de la région dorsale.

Une opération de Freund pour emphysème, par rigidité thoracique supérieure. Décès de congestion pulmonaire le douzième jour sans amélioration immédiate.

Fracture du rachis, paraplégie. Trépanation décompressive. Décès.

Abcès froid par mal de Pott latéral. Grattage.

Mal de Pott lombaire. Trépanation décompressive. Amélioration passagère.

Abdomen. — Péritonites appendiculaires totales : 5 cas ; 5 décès.

Péritonites puerpérales : 2 cas. 2 décès ;

Péritonite par rupture d'un pyosalpinx.

Péritonite par occlusion intestinale. Décès.

Abcès sous-phrénique ouvert dans la plèvre. Péritonite tuberculeuse concomitante. Drainage transpleural. Décès.

Contusion de l'abdomen. Hématome du ligament gastro-hépatique.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Laparotomie exploratrice; pas de lésions viscérales.

Plaie par balle de l'estomac. Suture de la paroi antérieure et de la paroi postérieure.

Gastrostomie pour néo-œsophagiens : 2 cas; 2 décès rapides (malades très affaiblis).

Gastrostomie pour cancer du cardia. Décès ultérieur.

Néoplasme du pylore avec réaction péritonéale, Laparotomie exploratrice. Décès.

Néo étendu de la petite coudure : 2 cas. Laparotomie exploratrice. Gastro-entérostomie postérieure.

Néoplasme du pylore. Gastro-entérostomie postérieure, survie de six mois.

Néoplasme du pylore. Gastro-entérostomie postérieure, survie de neuf mois.

Néoplasme du pylore. Gastro-entérostomie postérieure : 3 cas. 1 décès.

Maladie de Reichmann. Gastro-entérostomie postérieure.

Estomac en sablier cicatriciel. Gastro-entérostomie postérieure.

Néoplasme médiogastrique, et estomac en sablier. Résection gastrique et gastro-entérostomie postérieure.

Estomac en sablier, par ulcères multiples. Adhérences multiples. Gastro-entérostomie antérieure dans le seul point libre. Décès. L'anastomose a été faite sur la poche inférieure.

Plaie du foie par balle. Tamponnement.

Hépatomégalie. Laparotomie exploratrice.

Abcès perihépatique. Drainage.

Péricholécystite et péritonite diffuse (150 calculs dans la vésicule). Décès.

Trois lithiases vésiculaires. Deux cholécystectomies et hépatopexie. Une cholécystectomie.

Ictère persistant malgré un drainage du canal hépatique fait il y a trois ans. Rétrécissement probable du cholédoque. Laparotomie exploratrice. Adhérences multiples. Décès le quinzième jour.

Hépatoptose prise pour un néoplasme rénal. Laparotomie exploratrice. Hépatopexie.

Néoplasme du pancréas. Laparotomie exploratrice. Décès.

Rupture de la rate. Splénectomie. Mort.

Cancer de la tête du pancréas. Cholécysto-entérostomie. Décès.

Kyste du mésentère. Ablations partielles et marsupialisation, dans un cas. Ablation totale dans le deuxième cas.

Ascite cirrhotique. Drainage sous-cutané, 4 cas, 3 décès.

Ascite néoplasique. Drainage sous-cutané. Décès.

Ascite tuberculeuse. Drainage sous-cutané. Malade revue six mois après avec une petite ascite enkystée.

Péritonite tuberculeuse : 5 cas. Laparotomie.

Péritonite tuberculeuse et tuberculose pelvienne. Décès au cours de l'opération (intoxication chloroformique).

Ulcère duodénal perforé. Péritonite généralisée. Décès.

Perforation typhique de l'intestin. Décès.

Plaie de l'intestin par coup de couteau. Entérorraphie.

Appendicite à chaud, abcès pelviens multiples. Drainage. Décès.

Appendicite à chaud avec péritonite étendue. Ouverture simple de l'abcès. Décès.

Appendicite à chaud. Ouverture de l'abcès : 2 cas.

Appendicites à froid : 43 cas (hommes), 48 cas (femmes).

Tuberculose appendiculaire : 2 cas. 1 décès à la suite de formation de fistule stercorale consécutive.

Appendicite et épiploïte tuberculeuse. Décès deux mois après de péritonite tuberculeuse.

Appendicite au cours d'une fièvre typhoïde. Décès.

Diverticulite de Meckel et appendicite concomitante.

Psoïtis de la fosse iliaque droite. Mort d'un abcès du cerveau.

Fistule stercorale, suite d'appendicite. Entérorraphie : 2 cas.

Fistule gastro-colique opératoire. Entérorraphie.

Fistule stercorale sur le grêle suite de tuberculose péritonéale. Entérorraphie. Décès.

Cancer du rectum. Opération de Kraske. Décès.

Cancer du rectum, anus iliaque : 6 cas; 2 décès.

Cancer de l'angle colique droit. Entéro-anastomose. Décès le huitième jour.

Kyste du méso-côlon descendant, contenant des débris de capsule surrénale. Ablation.

Cancer de l'S iliaque. Résection et entérorraphie circulaire. Décès.

Hernie ombilicale chez un nouveau-né.

Hernie ombilicale gangrenée. Décès.

Hernie épigastrique : 1 cas.

Eventration : 8 cas.

Hernie de la ligne blanche : 1 cas.

Etranglement herniaire dans une éventration avec perforation intestinale. Décès.

Néoplasme du grand épiploon. Ablation.

Epiploïte à pédicule tordu : 1 cas. Décès d'urémie. Lésions rénales préexistantes.

Résection de l'épiploon, après appendicectomie, suivie de persistance des douleurs : 3 cas.

Epiploïte puerpérale suppurée : 1 cas.

Occlusion intestinale par diverticule à Meckel adhérent.

Occlusion intestinale de cause indéterminée. Anus iliaque. Décès.

Occlusion intestinale par rétrécissement cicatriciel sur l'instestin grêle (tuberculose ?). Entéro-anastomose. Mort subite le cinquième jour, 74 ans.

Occlusion intestinale par coudure du côlon ascendant et bride compressive.

Occlusion intestinale par bride.

Hernie inguinale. Cure radicale : 120 cas. Un décès le quatrième jour, sans septicémie apparente. Aucune lésion péritonéale à l'autopsie. Accidents tardifs du chloroforme (?). Un décès d'embolie le dixième jour.

Hernie crurale, cure radicale : 10 cas (3 hommes, 7 femmes).

Hernie étranglée : 18 cas.

Hernie de l'S iliaque : 2 cas.

Hernie et appendicite : 2 cas. Opération concomitante.

Tuberculose ano-périnéale. Ablation.

Phlegmon ischio-rectal.

Ulcérations anales : 2 cas.

Fistule anale : 21 cas.

Fissure anale : 2 cas.

Hémorroïdes : 23 cas.

Végétations anales : 2 cas.

Abcès suspubiens de nature indéterminée.

Abcès prostatique ouvert par la voie sus-pubienne.

Infiltration d'urine périnéale. Décès.

Rein mobile : 4 cas; 3 néphropexies. Dans 1 cas je ne trouve pas le rein après incision lombaire.

Rupture traumatique du rein. Hématome périnéphrétique énorme. Décès.

Pyonéphrose tuberculeuse. Néphrectomie.

Pyonéphrite. Néphrotomie.

Abcès périnéphrétique : 4 cas ; dont un double et puerpéral.

Phimosis : 2 cas.

Gangrène des bourses : 1 cas.

Hydrocèle : 23 cas.

Hydrocèle intermittente : 1 cas.

Varicocèle : 11 cas.

Cowpérite : 1 cas.

Abcès urineux : 2 cas.

Lipome du périnée : 1 cas.

Urétrotomie interne pour rétrécissement : 1 cas.

Rétrécissement de l'urètre infranchissable. Urétrotomie externe.

Epididymite tuberculeuse : 8 cas. Une ligature atrophiante du cordon. Une ligature atrophiante et épididymectomie partielle. Trois épididymectomies totales. Une épididymectomie avec résection partielle du testicule. Deux castrations totales.

Ectopie du testicule. Greffe intertesticulaire.

Cancer du testicule. Castration.

Kyste du canal de Nuck : 1 cas.

Curettage utérin pour fausse couche : 160.

Curettage utérin pour métrite : 50.

Curettage utérin pour néoplasme : 80.

Cancer greffé sur un moignon utérin après hystérectomie pour fibrome : 2 cas ; 1 décès.

Cancer utérin. Opération de Wertheim. Un décès le quatrième jour. A l'autopsie, foie jaune graisseux.

Fibrome utérin : 18 cas; 2 décès.

Polype utérin : 3 cas.

Utérus fibromateux. Métrorragies incoercibles. Hystérectomie.

Métrorragies incoercibles de la ménopause. Ligature atrophiante des vaisseaux ovariens.

Sarcome utérin. Laparotomie exploratrice.

Prolapsus utérin au deuxième degré : 6 cas. Colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie.

Prolapsus utérin au troisième degré : 2 cas. Hystérectomie vaginale et colopexie iliaque complémentaire. Un décès (lésions rénales préexistantes).

Perforation utérine par curettage. Hystérectomie.

Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale tardive.

Périovarite tuberculeuse : 1 cas.

Prolapsus salpingo-ovarien. Transposition antéligamentaire de l'ovaire soit à travers le ligament large, soit par-dessus le bord supérieur du ligament large : 15 cas; 1 décès. Occlusion intestinale postopératoire, plusieurs semaines après, par adhérences au niveau de l'ovaire transposé.

Tumeur maligne et solide de l'ovaire très adhérente. Laparotomie exploratrice.

Kyste séreux de l'ovaire : 11 cas ; 1 décès (adhérences multiples).

Kystes végétants des ovaires : 2 cas.

Kyste dermoïde : 1 cas.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Kyste hémorragique de l'ovaire.

Grossesse tubaire rompue : 12 cas; 1 décès.

Hématosalpinx unilatéral : 2 cas.

Salpingites ou pyosalpingites bilatérales : 77 cas. Deux décès par hémorragie et septicémie.

Salpingite unilatérale : 5 cas.

Kyste du ligament large : 1 cas.

Abcès du ligament large : 2 cas; 1 décès après colpotomie latérale suivie d'hémorragie abondante, arrêtée par une pince à demeure et s'étant reproduite après l'ablation de la pince le quatrième jour.

Suppuration pelvienne. Colpotomie : 1 cas.

Fistule vésico-vaginale. Suture par la voie vaginale avec cathétérisme à demeure des deux uretères. Insuccès.

Néoplasme épithélial du vagin : 1 cas.

Kyste du vagin : 1 cas.

Abcès de la cloison recto-vaginale.

Bartholinite : 8 cas.

Membre supérieur. — Fracture de la clavicule : 5 cas suturés.

Ostéomyélite de la clavicule. Résection.

Balle intradeltoïdienne : 1 cas.

Luxation irréductible de l'épaule. Arthrotomie.

Tuberculose de l'épaule. Résection : 2 cas.

Carie sèche de Volkmann. Résection.

Ankylose de l'épaule. Arthrotomie.

Luxation récidivante de l'épaule. Capsulorraphie verticale.

Arthrite tuberculeuse acromio-claviculaire. Résection.

Adénite tuberculeuse de l'aisselle : 5 cas.

Amputation du bras pour phlegmon de l'avant-bras : 2 cas.

Amputation du bras pour écrasement : 2 cas.

Fracture de l'humérus. Ostéosynthèse : 2 cas.

Pseudarthrose de l'humérus. Ostéosynthèse avec une bague métallique amovible.

Phlegmon diffus du bras.

Angiome veineux du bras. Ablation.

Ankylose du coude. Résection.

Luxation ancienne du coude. Résection.

Tuberculose du coude : 5 cas ; 3 arthrectomies et 2 résections.

Balle de la région du coude.

Ostéomyélite du cubitus. Résection.

Ostéosarcome du cubitus. Résection et greffe d'un péroné. Récidive rapide dans la plaie. Amputation de l'avant-bras.

Phlegmon de l'avant-bras : 5 cas.
Ecrasement de la main. Amputation de l'avant-bras.
Fracture des deux os de l'avant-bras. Suture métallique.
Fracture du radius. Ostéosynthèse avec une bague métallique amovible.
Fracture du cubitus. Ostéosynthèse avec une bague métallique amovible.
Arthrite tuberculeuse du poignet : 2 cas; 2 arthrectomies.
Kystes synoviaux du poignet : 2 cas.
Anévrisme de l'artère radiale. Extirpation.
Ostéite tuberculeuse du carpe : 4 cas. Grattage.
Greffe italienne pour plaie du poignet.
Syndactylie cicatricielle. Autoplastie.
Section des tendons fléchisseurs du pouce : 2 cas. Suture.
Synovite et grains riziformes de la gaine interne de la main.
Amputation des doigts pour écrasement : 7 cas.
Amputation du pouce pour écrasement : 2 cas.
Arthrite tuberculeuse métacarpo-phalangienne. Résection.

Membre inférieur. — Adénites inguinales tuberculeuses. Extirpation : 10 cas.
Ostéomyélite de la hanche. Arthrite suppurée : 2 cas ; 2 décès.
Gros hématome traumatique et suppuré de la hanche. Décès.
Plaie par balle de l'artère et de la veine fémorale. Ligature des deux vaisseaux. Suture vasculaire impossible. Décès le jour même.
Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur : 6 cas.
Désarticulation de la hanche pour sarcome de la cuisse. Décès.
Désarticulation de la hanche pour sarcome de la cuisse. Récidive abdominale au bout de huit mois.
Sarcome de la fesse. Ablation.
Trochantérite ostéomyélitique.
Trochantérite tuberculeuse.
Anastomose artério-veineuse fémoro-fémorale pour gangrène sénile : 4 cas. Amputation consécutive; 4 décès ultérieurs.
Sarcome du quadriceps. Ablation. Décès.
Fracture du col fémoral. Ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger la rotation externe.
Fracture du corps du fémur. Ostéosynthèse avec une bague métallique amovible.
Rupture du ligament rotulien. Suture.
Rupture des ligaments croisés. Suture. Ankylose consécutive.
Lipomes de la cuisse.
Varices. Saphénectomie totale ou partielle ou ligatures en étages : 16 cas.
Ulcère variqueux. Anastomose du nerf saphène interne dans le nerf crural.
Varices et ulcères variqueux. Anastomose des deux nerfs sciatiques poplités.
Ulcère variqueux. Incision de Moreschi : 6 cas.
Ulcère variqueux : 24 cas. Ligatures en étages des saphènes.
Myosite blennorragique (?) du quadriceps. Ablation.
Exostose ostéogénique de l'extrémité inférieure du fémur.
Résection du genou. Tuberculose : 8 cas. Un décès de méningite tuberculeuse, au bout d'un mois. Un décès par hématome tardif suppuré et amputation de cuisse trop tardive (quatre mois après).
Fracture de la rotule. Cerclage : 5 cas.
Corps étrangers du genou : 2 cas.
Genu valgum bilatéral. Ostéotomie de Mac-Ewen.
Ankylose du genou à angle aigu. Résection orthopédique trapézoïdale.
Sarcome du creux poplité.
Hygroma prérotulien : 5 cas.
Hydarthrose du genou. Lavage phéniqué : 4 cas.
Arthrites infectieuses du genou. Arthrotomie.
Hémarthroses du genou. Arthrotomie : 5 cas.
Exostose de la tubérosité du tibia.
Kyste du tibia.
Compression nerveuse du creux poplité. Dénudation du nerf sciatique poplité externe comprimé.
Phlegmon diabétique de la jambe. Décès.
Ostéomyélite du tibia : 6 cas.
Fracture compliquée de la jambe. Régularisation.
Fracture oblique de la jambe, irréductible. Ostéosynthèse avec une plaque d'aluminium moulée et amovible.
Fracture sus-malléolaire compliquée. Astragalectomie secondaire. Ostéotomie du péroné et du tibia.
Fracture bimalléolaire, guérie en équinisme. Astragalectomie.
Fracture bimalléolaire, guérie en valgus. Astragalectomie.
Tuberculose tibiotarsienne : 4 cas. Astragalectomie. Une amputation du pied.
Amputation tardive de la jambe pour écrasement. Décès.
Amputation de jambe pour écrasement du pied : 5 cas.
Arthropathie tabétique et suppurée du tarse. Amputation du pied. Décès ultérieur.
Tarsalgie. Opération d'Ogston.
Luxation des tendons péroniers. Inclusion intramalléolaire.
Synovite suppurée de la gaine des jambiers.
Synovite des gaines des péroniers : 3 cas.
Pied bot varus équin. Anastomose des nerfs sciatiques poplités.
Pied bot varus équin paralytique. Astragalectomie.
Pied bot phlébitique. Ténotomie du tendon d'Achille.
Ostéite du tarse. Grattage : 4 cas.
Kyste synovial du tarse.
Sarcome du pied. Amputation.
Ostéite des métatarsiens : 5 cas.
Evidement du calcanéum par tuberculose : 3 cas.
Exostose de la face inférieure du calcanéum : 1 cas.
Hallus valgus. Ostéotomie oblique conjuguée : 3 cas.
Orteil en marteau : 2 cas.
Ecrasement du gros orteil. Amputation.

Gangrène sénile et phéniquée de l'orteil. Amputation. Décès ultérieur d'accidents cardiaques.

Mal perforant. Anastomose des nerfs sciatiques poplités interne et externe : 7 cas.

***

Je ne vous ai indiqué que les résultats immédiats : guérison opératoire ou décès dans les jours suivants. Je ne vous ai pas parlé des résultats éloignés. C'est là le point faible des statistiques hospitalières. Nous ne pouvons pas suivre assez longtemps la plupart de nos opérés pour indiquer exactement ces résultats éloignés dont l'importance est grande.

Nous avons eu, en somme, 81 décès. Mais la moitié de ces malades qui succombèrent dans les jours qui suivirent l'opération étaient soit très affaiblis, soit déjà en proie à la septicémie.

D'autre part, parmi les malades qui ont succombé, il ne faut pas toujours invoquer la septicémie. Il y a encore bien des causes de mort opératoire qui nous échappent, outre l'intoxication chloroformique prolongée et le choc dit nerveux, le choc opératoire est encore une énigme pour nous, il cache notre ignorance.

Cela ferait, en somme, une mortalité opératoire de 5 p. 100. Mais les cas sont tellement divers que la valeur de cette proportion est toute relative.

J'ai connu un temps où la chirurgie n'était pas aussi heureuse !

PHLEGMON LIGNEUX DE LA CUISSE

COMPLICATION TARDIVE D'UNE KÉLOTOMIE POUR HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

Par MM. WORMS,
Médecin aide-major,
et HAMANT,
Aide de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy.

Depuis que Reclus, en 1892, décrivit pour la première fois le tableau clinique du phlegmon ligneux, les observations de cette modalité particulière de l'inflammation chronique se sont multipliées, montrant que l'affection ne se limitait pas seulement au cou, mais pouvait, quoique plus rarement, intéresser d'autres régions.

Le fait que nous rapportons, nous a paru intéressant à publier, en raison du siège exceptionnel des accidents et des conditions particulières qui ont présidé à leur évolution.

Observation. — G. L..., soixante-huit ans, entre le 25 janvier 1911 dans le service de M. le professeur Weiss, pour une tuméfaction diffuse de la partie antéro-interne de la racine de la cuisse gauche.

Elle a été opérée six ans auparavant d'une hernie crurale étranglée, de ce même côté. La guérison se fit rapide ; la plaie se cicatrisa sans incident, sans suppuration et se présente aujourd'hui sous l'aspect d'une petite cicatrice linéaire légèrement déprimée.

Il y a deux mois, la malade, dans une chute dans sa cave, vint s'abattre sur un tas de fagots et se fit de multiples contusions ; le traumatisme porta surtout sur la cuisse gauche qui se tuméfia et demeura plusieurs jours douloureuse. Ces phénomènes se calmèrent avec le repos, la malade reprit bientôt ses occupations, lorsque, il y a quelques semaines, elle s'aperçut de la présence d'une masse dure à l'endroit de la cuisse primitivement meurtri. Cette tumeur prit peu à peu de l'extension, sans causer la moindre douleur, ni provoquer le moindre retentissement sur la fonction du membre ou la santé générale.

C'est uniquement dans un sentiment d'esthétique que la malade demande à en être débarrassée.

A l'examen, on constate une tuméfaction qui occupe tout le tiers supérieur de la cuisse gauche, allant du pli génito-crural et du ligament de Poupart jusqu'à une ligne passant par la pointe du triangle de Scarpa, débordant un peu le bord interne mais n'atteignant pas la limite externe du membre : c'est une vaste plaque, allongée dans le sens vertical, épaisse, dure comme du bois, se dessinant en relief, à contours assez nets.

A son niveau, la peau est de couleur absolument normale, mais elle a perdu sa souplesse, est légèrement froncée, présentant ce piqueté « peau d'orange » que l'on est habitué à rencontrer à la surface des seins néoplasiques.

La consistance est uniformément dure et d'une dureté tout à fait particulière. C'est un véritable bloc, se laissant difficilement mobiliser, s'enfonçant dans la profondeur, paraissant englober les muscles adducteurs, qui sont mal limités et comme infiltrés par la tumeur.

Il n'y a ni douleur, ni fièvre et l'état général est excellent.

Malgré cette absence de douleur, même à la pression, ce manque de réaction fébrile, ces allures de cancer, en un mot, et notamment de sarcome des parties molles, M. le professeur Weiss, portant le diagnostic de tumeur inflammatoire développée autour d'un corps étranger, décide l'incision.

La section au travers de cette nappe épaisse et lardacée, grise d'aspect, donne jour à un petit foyer purulent profondément placé, collecté autour de quatre fils de « crin de Florence ».

Le corps du délit ainsi évacué, le « phlegmon » ne tarde pas à se réduire sous l'influence des pansements humides et finit par se résorber tout entier. Après quinze jours d'hospitalisation, la guérison était complète.

Telle fut l'évolution typique de ce phlegmon ligneux de Reclus, affection bénigne par elle-même, mais qui ne laisse pas d'entraîner souvent quelque difficulté de diagnostic, ni de poser certain problème d'étiologie, intéressant à élucider.

Les particularités cliniques qui méritent d'être soulignées dans notre observation, sont les suivantes :

Tout d'abord, *le siège* du phlegmon. On l'observe plus volontiers à la région sterno-mastoïdienne, à la région sous-mentale, à la paroi abdominale, à la face postérieure du tronc.

Aux membres, il est très rare ; à condition naturellement, que l'on fasse abstraction des infiltrations chroniques, reliquats de suppurations aiguës telles que les inflammations des gaines, qui ne sauraient trouver place dans le cadre de l'affection dont nous nous occupons.

En fait d'observations semblables à celle que nous venons de rapporter, nous n'avons trouvé, dans la bibliographie courante, que celle de Lejars (1), relative à un jeune homme de vingt-deux ans, présen-

(1) Lejars. Le phlegmon ligneux. *Semaine médicale*, 1er février 1905.

tant un phlegmon ligneux, d'origine obscure, dont l'étendue occupait toute la face postérieure de la cuisse, depuis le pli fessier jusqu'au creux poplité.

D'autre part, la *cause* du phlegmon, qui le plus souvent reste méconnue, est ici évidente et ne peut prêter à discussion. Notre malade a été opérée il y a six ans d'une hernie crurale étranglée; elle voit se développer à proximité de la région opérée une tuméfaction dure qui, à l'incision, laisse échapper quatre crins de Florence : il n'est pas douteux que ce fil à ligature doive être incriminé dans la genèse de cette inflammation chronique.

Il nous restera à préciser le mécanisme exact de l'infection.

Cette étiologie se retrouve d'ailleurs dans plusieurs observations de phlegmons de la *paroi abdominale*, consécutifs à des opérations de hernie inguinale ou d'appendicite. C'est ainsi qu'on la voit notée dans les faits de Jeanbrau (1), de Van Stockum (2), de Muller et Desgouttes (3), de Stoffer (4), de Küttner (5).

Elle est mentionnée encore dans la production de ces tumeurs inflammatoires de l'épiploon, sur lesquelles de récents et importants travaux ont appelé l'attention, et qui, au même titre que les précédentes, sont des complications à distance de cures radicales de hernies.

Haberern (6) a insisté sur la fréquence relative de ces tumeurs épiploïques qui peuvent être prises pour des cancers et conduire à des opérations graves et inutiles; tel un cas de Bakes, communiqué au XXXVIIe Congrès de chirurgie allemand, où la méconnaissance du diagnostic entraîna la résection du côlon transverse, alors que de simples pansements auraient évidemment amené une guérison aussi sûre et moins dangereuse.

Ces tumeurs inflammatoires, qu'elles intéressent l'épiploon, la paroi abdominale ou les plans cellulo-lymphatiques de la cuisse, peuvent se développer très longtemps après l'intervention, plusieurs mois, deux, trois ans. Dans notre observation, l'intervalle libre est exceptionnellement long, puisqu'il atteint une période de six ans.

Elles guérissent le plus souvent spontanément ou sous l'influence d'une intervention minima.

Ces tumeurs sont dues à une infection des ligatures, cela est certain; mais il s'agit de déterminer quelle a été la porte d'entrée des germes dont cette infection procède. La réunion a souvent été obtenue par première intention. C'est là un fait important relevé dans de nombreuses observations, en particulier dans la nôtre, et qui permet d'affirmer que les précautions aseptiques avaient été parfaites.

Deux hypothèses peuvent être émises : ou bien le fil employé n'était pas rigoureusement stérile, ou bien, une fois renfermé dans les tissus, il a été l'objet d'une infection secondaire. Ce dernier mécanisme nous paraît le plus rationnel. C'est, en général, à la suite de hernies étranglées qu'on observe ces accidents tardifs (21 des 30 cas d'épiploïtes, réunis par Braun), et dans ces cas l'épiploon peut déjà être infecté; de même, chez notre malade, la région de la racine antérieure de la cuisse se prête admirablement à l'ensemencement par les germes infectieux venus du sac de l'anse intestinale pincée : la constitution cellulo-ganglionnaire du fascia crébriformis n'est-elle pas comparable à celle de l'épiploon et tout ce qui peut être dit de celui-ci au point de vue de l'interprétation des accidents post-opératoires, ne peut-il s'appliquer également à celui-là?

Pourquoi les germes restent-ils à l'état torpide pendant un temps variable pour chaque individu, et parfois très long? Il est infiniment probable que les microbes qui provoquent les collections froides sont de virulence atténuée, incapables de réveiller de réaction organique appréciable et qu'ils ne récupèrent leur puissance qu'à la faveur d'une cause favorisante, telle qu'un embarras gastro-intestinal, un violent traumatisme s'accompagnant d'infiltration sanguine (cas de notre malade), etc.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques le fait à retenir est qu'il faut toujours penser à une tumeur inflammatoire, quand on voit se développer, même longtemps après l'intervention, une masse d'apparence cancéreuse, au voisinage d'une cicatrice de plaie opératoire.

(1) Jeanbrau. *Nouveau Montpellier médical*, 1900, X, p. 793.
(2) Van Stockum. *Revue de Chirurgie*, 1899, n° 2, p. 562.
(3) Muller et Desgouttes. *Lyon médical*, 1907, n° 17.
(4 et 5) Stoffer. Küttner. *XXXVIIe Congrès de chirurgie allemand*, avril 1908.
(6) Haberern. *Deut. med. Woch.*, 26 nov. 1908, n° 48, p. 2071.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 MAI 1911)

Cyphose traumatique avec crises de dyspnée. — MM. Achard et Flandin présentent un malade atteint d'une cyphose traumatique qui s'écarte quelque peu du type connu sous le nom de maladie de Kummel. Dans cette dernière, on observe d'ordinaire, après le traumatisme, une période variable dans laquelle il n'y a ni déformation, ni troubles fonctionnels et ce n'est que secondairement qu'apparaissent la cyphose et les troubles moteurs des membres inférieurs. Or, chez le sujet en question, la période silencieuse a fait défaut et aucun trouble moteur n'est apparu. Le malade a été immobilisé, après l'accident, pendant quatre mois dans un appareil plâtré et, au bout de ce temps, la déformation vertébrale existait. Elle consiste en une cyphose à angle obtus de la région dorsale inférieure. En outre le thorax très aplati latéralement est fortement bombé en avant et comme étranglé au niveau des dernières vraies côtes. Les excursions thoraciques pendant les mouvements respiratoires sont extrêmement limitées.

Avant l'accident, le malade était déjà sujet aux bronchites. Cette tendance n'a fait qu'augmenter depuis et il y a quatre mois ont apparu des crises nocturnes de dyspnée asthmatiforme. Le visage est habituellement cyanosé et les veines des membres inférieurs et du thorax sont dilatées d'une façon générale.

La radiographie ne montre aucun cal de fracture.

Les médications antispasmodique et cardiaque n'ont donné aucune amélioration, de même qu'une tentative de redressement orthopédique au moyen d'un corset plâtré. Une opération libératrice semble donc indiquée pour remédier à l'étroitesse et à l'immobilité du thorax.

Renseignements cliniques fournis par la radioscopie gastrique. — MM. Ed. Enriquez et Gaston Durand. Contrairement à l'affirmation de MM. Tuffier et Aubourg, les auteurs établissent l'existence des différents types d'estomac normal qui ne sont pas aussi nombreux qu'on a bien voulu le dire. La confusion provient en réalité de ce que jusqu'à présent on interprétait comme normale l'image de l'estomac de tout sujet qui ne présentait aucun trouble gastrique subjectif. Or, en réalité, rien de plus fréquent que les troubles fonctionnels qui ne s'extériorisent par aucun trouble dyspeptique. C'était également le cas du sujet de MM. Tuffier et Aubourg qui, n'ayant aucun passé gastrique, n'en présente pas moins une image radiographique d'un estomac à la fois dilaté, atone et ptosé.

A l'appui de la conception qu'on doit se faire de l'image radiologique de l'estomac normal, qu'il est de première importance de fixer une fois pour toutes, puisqu'elle doit servir de terme de comparaison pour interpréter les images pathologiques, les auteurs apportent des documents personnels qui confirment de tous points les conclusions de Schlesinger adoptées par Holzknecht.

A ce propos les auteurs rappellent la supériorité manifeste, comme exactitude et comme facilité d'interprétation, du calque radioscopique, à la condition essentielle qu'il soit orthodiagrammé, sur l'image ou les calques radiographiques.

Enfin, en terminant, ils insistent sur la prudence extrême qu'il faut apporter à l'interprétation des images radiologiques en général, radioscopiques et radiographiques, sous peine d'exposer à des erreurs de diagnostic, entraînant elles-mêmes une thérapeutique injustifiée.

La numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien pour apprécier l'évolution des lésions et l'action thérapeutique dans les maladies nerveuses syphilitiques. — MM. Milian et Lévy-Valensi. On peut aujourd'hui avec la cellule de Nageotte numérer les éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien, comme on numère ceux du sang. MM. Milian et Lévy-Valensi ont appliqué cette étude de la lymphocytose à l'action thérapeutique du 606, apportant ainsi des faits objectifs dans l'appréciation si difficile des modifications des maladies nerveuses chroniques.

Dans deux cas de tabes incipiens survenus au cours de la première année, la chute de la lymphocytose s'est faite avec une extraordinaire rapidité après le salvarsan. Chez l'un, elle tombait de 220 à 19 en vingt-cinq jours; chez l'autre de 112 à 28 en vingt et un jours.

Onze tabétiques anciens dont certains étaient ataxiques au dernier chef ont été suivis par ce procédé. Sur ce nombre, quatre ont vu leur lymphocytose augmenter malgré le traitement; l'un, il est vrai, ne reçut qu'une seule injection intramusculaire de 606 de 80 centigrammes et sa lymphocytose passa de 42 à 104, après six mois. Chez un autre, la lymphocytose passa de 45 à 70 en l'espace de neuf mois malgré deux séries de traitement. Chez les sept autres, la lymphocytose descendit avec rapidité. Chez l'un, en particulier, de 49 elle descendit à 6, c'est-à-dire presque à la normale, en deux mois et demi après trois injections de 606. En même temps cet ataxique, qui ne pouvait marcher qu'avec un compagnon sur lequel il s'appuyait, marchait sans canne, mais encore avec une certaine difficulté.

Chez un autre, où la lymphocytose après un premier traitement passa de 91 à 30, mais restait stationnaire, un nouveau traitement la fit descendre presque immédiatement de 30 à 20.

Chez un troisième, la lymphocytose augmenta et passa de 65 à 80 en quatre mois après un premier traitement, mais tomba de 80 à 34 à un second traitement, même avant la terminaison de celui-ci.

Dans deux cas de syphilis cérébrale, au contraire, la lymphocytose ne fut pour ainsi dire pas modifiée. Chez un hémiplégique ancien, la lymphocytose se maintint aux environs de 160, malgré une injection intramusculaire de 60 centigrammes et deux intraveineuses de 40 centigrammes de 606.

Au contraire, la paralysie générale fut, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, profondément modifiée. Chez trois malades examinés à ce point de vue, la lymphocytose décrut avec rapidité. Chez l'un en particulier, de 70 elle tomba à 20 en l'espace de vingt-trois jours, après quatre injections intraveineuses de 606.

Ces résultats sont donc réellement très encourageants. Ils nous montrent d'une manière péremptoire qu'il ne faut pas désespérer de la guérison dans ces maladies désespérantes. Il y a seulement quelques précautions à prendre dans l'administration du médicament car les tabétiques et paralytiques généraux sont généralement très sensibles à la médication par le 606, et il serait dangereux de faire chez eux les doses fortes qui sont journellement employées dans le traitement des syphilides cutanées.

Amaurose saturnine suivie d'hémianopsie passagère d'origine corticale, dans le décours d'une crise aiguë, récente, précoce de colique de plomb. — MM. Mosny, Dupuy-Dutemps et Saint-Girons rapportent l'observation d'un homme jeune, indemne de syphilis (réaction de Wassermann négative) qui, bien qu'il n'exerce que depuis neuf mois le métier de plombier, est un saturnin avéré. Trois mois après une première atteinte de coliques de plomb, et sept jours après le début d'une deuxième atteinte, il fut frappé, la nuit, d'amaurose subite. Au bout de vingt-quatre heures, cette amaurose fit place à une hémianopsie latérale gauche qui rétrocéda elle-même au bout du même laps de temps. Un état de torpeur prononcée a accompagné ces troubles visuels. Il n'y a eu aucun signe de réaction méningée ni clinique, ni cytologique, mais l'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien faite par M. Javal y a décelé une proportion anormale d'urée. A l'examen ophtalmoscopique, il n'y avait ni lésion du fond de l'œil, ni trouble des réflexes pupillaires, ni réaction hémiopique de Wermicke. En l'absence de toute autre cause morbide, absence de brightisme, de syphilis, d'hypertension artérielle, l'amaurose et l'hémianopsie peuvent être rapportées avec certitude au saturnisme. Il semble qu'il s'agisse dans ce cas, non d'une lésion des voies optiques, mais d'une atteinte des centres nerveux, imputable soit à une action toxique directe et particulièrement élective du plomb sur les centres visuels, soit à une ischémie transitoire par spasme artériel dans le territoire des mêmes centres.

Par cette pathogénie, par l'absence de toute méningite, ce cas d'amaurose saturnine s'oppose à celui qu'ont observé MM. Mosny et Harvier (altération du chiasma et névrite optique, avec, en plus, rétinite brightique, s'accompagnant de réaction cytologique intense du liquide céphalo-rachidien). Ces faits montrent bien que l'intoxication saturnine, peut frapper tout le névraxe, en intéressant ou non les méninges et que ses manifestations peuvent être éphémères, sans qu'on soit en droit de les rapporter à la soi-disant hystérie saturnine.

Justification expérimentale de la réaction rosée, fugace, des selles à la phénolphtaléine. — MM. H. Triboulet et Harvier. Ainsi que les auteurs l'ont supposé, le signe de la F. (réaction rosée, fugace avec les selles) dénote une élaboration insuffisante de l'hémoglobine par la cellule hépatique, avec production de pigments intermédiaires, dont l'hématoporphyrine. Il semble, dès lors, qu'en amenant vers la cellule biliaire un apport exagéré d'hémoglobine, on doive déterminer un surmenage fonctionnel dont le résultat sera l'élaboration incomplète de bilirubine, avec accompagnement de ces pigments de transition.

L'injection d'eau distillée dans la veine du lapin, provoque une hémolyse qui se traduit par la formation rapide d'une bile surchargée de pigments intermédiaires dont l'origine hémo-

globinique se révèle encore par une réaction légère, fugace à la phénolphtaléine, réaction toute différente de la réaction du sang en nature.

La bile du lapin normal ne donne rien de ce genre. Ces données semblent justificatives d'un des éléments de la physio-pathologie cellulaire hépatique d'une foule d'états toxi-infectieux, au nombre desquels l'ictère du type I. catarrhal.

Spirillémie. — M. Thiroloix fait une communication sur un cas de spirillémie au cours d'une appendicite aiguë.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 4 mai 1911)

Injections sous-cutanées d'oxygène. — M. Pouy a eu l'occasion d'éprouver leur efficacité dans le cas suivant. Un homme de soixante-dix-neuf ans, atteint de cardiopathie artérielle avec troubles asystoliques, contracte une pneumonie : le pouls est filiforme, intermittent, la dyspnée extrême, les membres inférieurs œdématiés, les extrémités sont refroidies, l'état jugé désespéré. Il pratique alors une injection sous-cutanée d'oxygène dans la cuisse Les effets sont presque immédiats, le pouls réapparaît, la respiration se fait plus libre, l'expectoration devient abondante ; trois heures après l'injection, le malade qui était auparavant sans connaissance peut s'entretenir avec son entourage. La dose injectée a été d'un demi à deux tiers de litre. M. Pouy a eu l'occasion, à la suite de nouvelles crises d'asphyxie, de renouveler les injections d'oxygène ; il en a obtenu les mêmes résultats, aussi immédiats et aussi satisfaisants.

Il semble que cette thérapeutique soit particulièrement efficace dans les asphyxies toxiques, plutôt que dans les asphyxies d'ordre mécanique.

Un cas de névralgie traumatique des racines postérieures du plexus brachial. — M. Ferron relate l'observation rare d'un traumatisme (chute de cheval) ayant déterminé une lésion exclusive des racines sensitives du plexus brachial. Les symptômes sont : douleurs très vives dans l'épaule gauche, le côté gauche du cou et de la nuque, douleurs exaspérées par le mouvement et se manifestant alors par des crises durant une minute environ. La pression localisée en divers points très nets : fond du triangle sus-claviculaire, creux axillaire, triangle compris entre les deux chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien, partie antérieure des espaces intercostaux, détermine une douleur exquise, syncopale, éveille des fourmillements et des irradiations douloureuses dans le membre supérieur et la nuque.

Il n'existe aucun trouble de la motilité; aucune lésion de squelette n'a été relevée. Il paraît donc bien s'agir d'une contusion ou peut-être plus vraisemblablement d'une élongation des racines postérieures du plexus brachial, et probablement aussi du plexus cervical.

Traumatisme grave du thorax chez un enfant ayant entraîné la production d'un emphysème généralisé suraigu. — M. Lévêque rapporte l'observation suivante. Un enfant est renversé par une voiture dont une roue lui passe sur le corps en écharpe, de l'hypocondre gauche à l'épaule droite. Aussitôt après l'accident, on constate que son corps enfle à vue d'œil, et quand on le déshabille, il apparaît comme « soufflé » ; l'emphysème sous-cutané était généralisé. L'enfant asphyxiant, M. Lévêque décide de lui faire une trachéotomie. Dès l'incision de l'aponévrose cervicale moyenne, l'air accumulé sous pression s'échappe violemment en produisant des bouillonnements et un sifflement aigu, en même temps qu'une pluie de sang était projetée à plusieurs mètres de distance. Malgré cet épisode dramatique, la canule put être introduite dans la trachée. Le lendemain même de l'opération, l'amélioration était manifeste, la canule fut enlevée ; il ne paraît même pas qu'il eût été indispensable d'ouvrir la trachée, et la guérison se fit rapidement.

L'examen ultérieur du blessé montre que la huitième côte avait été fracturée.

Les complications temporales d'origine auriculaire. — M. Maisonnet apporte un certain nombre d'observations d'abcès temporaux consécutifs à des otites moyennes suppurées ; abcès de la fosse temporale, abcès sous-périostés, abcès périostiques, ostéomyélite du temporal. Il insiste plus particulièrement sur la périostite phlegmoneuse d'origine otitique, qui est relativement rare et de diagnostic difficile. Les signes les plus nets sont la douleur et le gonflement qui siègent très exactement dans le conduit et au-dessus de l'insertion du pavillon. C'est au-dessus du pavillon et jusqu'à l'os qu'il faut inciser pour trouver le pus. Il en rapporte une observation très démonstrative.

PRATIQUE MÉDICALE

UN TRAITEMENT DES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX DE LA PREMIÈRE ENFANCE

En laissant de côté les formes aiguës des affections gastro-intestinales de l'enfant, les troubles de la digestion sont assurément ceux contre lesquels le médecin est appelé le plus fréquemment à lutter. La fonction digestive est, en effet, la plus importante de toutes à cet âge de la vie, aussi importe-t-il en premier chef de remédier à ces différents troubles.

On insistera sur l'observation stricte des règles d'hygiène générale, on réglementera l'alimentation et souvent, sans autre intervention, on obtiendra le résultat désiré.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et malgré ces prescriptions, les troubles digestifs, appétit capricieux, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements, etc., persistent, et l'état général reste languissant, la croissance est arrêtée, les téguments pâlissent et le terrain du rachitisme se trouve préparé. Le régime lacté est mal toléré ou même nuisible, et il semble, comme le dit Frank Woodby, qui a étudié longuement ces questions, que l'estomac ait perdu la propriété de sécréter les ferments digestifs normaux. On a cherché à y remédier par l'administration de pepsine ou de solution d'acide chlorhydrique. Bien que légitimes en théorie, ces médications échouent le plus souvent.

Les bouillons de légumes paraissent quelquefois efficaces, mais leur préparation compliquée en restreint l'emploi à l'hôpital.

Notre auteur préféra s'adresser à la papaïne et obtint de son emploi les résultats les plus nets; sous l'action de ce produit, en effet, les troubles gastriques et intestinaux cèdent en quelques jours et l'état général reprend rapidement.

Il est nécessaire, pour comprendre ces effets, de rappeler quelques-unes des propriétés de la papaïne. Tandis que la caséine du lait maternel soumise à l'action du suc gastrique se précipite sous forme de petits flocons mous, si ténus, que Meggendorffer avait cru pouvoir mettre en doute leur existence; celle du lait de vache, dans les mêmes conditions, se précipite sous forme de gros flocons agglomérés et denses.

Or, la papaïne a précisément la propriété de précipiter le lait de vache à l'état de fine poussière, ce qui explique comment la digestion et l'assimilation deviennent plus faciles. Les flocons volumineux et durs qui se précipitent sous l'influence du ferment-lab dans l'estomac de l'enfant se digèrent mal, et subissent rapidement des fermentations anormales avec production d'acides gras et de substances toxiques, ballonnement du ventre, selles fétides, etc., tandis que, si l'on modifie la précipitation de la caséine par la papaïne, on voit, à mesure que s'améliorent les digestions, l'état du malade revenir rapidement à la normale, et les éruptions cutanées

rebelles à toute médication locale, s'atténuer et disparaître très rapidement.

La dose, chez le nourrisson, est de une demi à une cuillerée à café de sirop de papaïne de Trouette-Perret, pris immédiatement avant ou après chaque tétée, biberon, ou tout autre repas de lait, pur, ou additionné d'autres substances.

G. C.

JURISPRUDENCE

MÉDECINS DES HOPITAUX. RÉCLAMATION D'HONORAIRES AUX HOSPITALISÉS PAYANTS.

Un médecin des hôpitaux a-t il le droit de réclamer des honoraires aux malades payants et hospitalisés ? La question qui nous est soumise aujourd'hui est fort délicate. Tout d'abord un hôpital a-t-il la faculté d'admettre des malades non indigents ? Oui, car la loi du 7 août 1851 ne la lui refuse pas. En outre le règlement modèle des hôpitaux du 25 décembre 1899, prévoit, dans son article 31, l'admission des malades non indigents : « Hors les cas prévus aux articles 28 et 29, par application des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893, l'hôpital reçoit les malades appartenant à des entreprises de travaux, sociétés de secours mutuels, domestiques, etc. » Mais beaucoup d'hôpitaux, de province surtout, admettent des malades payants de quelque condition qu'ils soient, pour augmenter leurs ressources et établir leur renommée.

Cette dernière catégorie de malades étant admise, quel sera donc le droit aux honoraires des médecins qui les soigneront ? S'il s'agit de soigner des indigents, pas de discussion possible, le médecin n'a pas droit à des honoraires, touchant en échange de ses soins un traitement ou une indemnité. Mais s'il s'agit d'une personne ayant les moyens de payer et qui est transportée à l'hôpital par simple mesure de commodité, le médecin perd-il tout droit aux honoraires ? Un grand nombre de décisions admettent ce droit [Trib. Muret, 10 juin 1897, Bergeron, *Médecine légale et jurisprudence médicale*, p. 290 ; trib. Agen, 17 mai 1902, *Gazette du Palais*, 1902, 2e partie, p. 135 ; trib. paix Oyonnax, 9 mars 1903, *Bulletin Union Synd. méd.*, 5 juin 1903, p. 202 ; trib. paix Quillebœuf-sur-Seine (Eure), 11 septembre 1903, *Concours médical*, 1904, p. 11].

D'autres décisions portent que les malades ne sont pas tenus au paiement des honoraires, s'agirait-il d'une intervention extraordinaire, ou d'une opération chirurgicale : peu importe que le malade soit payant ou non. Le médecin n'aurait directement une action contre lui que s'il y avait eu une convention intervenue entre eux, ou si les règlements de l'hospice contenaient, au sens de la circulaire du ministre de l'Intérieur du 22 novembre 1902, une disposition formelle obligeant les malades à payer, en plus de l'indemnité de séjour, les honoraires du médecin [Cour de Montpellier, 26 mars 1900, *Dalloz périodique*, 1904, 2e partie, p. 94 ; trib. civ. Agen, 17 mai 1902, *Gaz. du Pal.* 1902, 2e partie, p. 135 ; voy. trib. civ. Orléans, 25 février 1903, *D. p.* 1904, 2e partie, p. 96].

Mais faut-il s'en rapporter strictement à ces dernières décisions ? Le médecin renonce-t-il tacitement à ses honoraires lorsqu'en soignant un hospitalisé non indigent il ignore (et c'est l'hypothèse la plus fréquente) l'état de ses ressources ? C'est là un point à discussion. Il y aurait d'ailleurs, en pareil cas, une fraude à son égard, fraude qui obligerait sans nul doute le malade à indemniser le médecin des honoraires qu'il lui aurait ainsi fait perdre. Reste l'hypothèse où, connaissant l'état des ressources de l'hospitalisé, le médecin le soigne quand même. Il ne nous paraît pas possible qu'on puisse induire du fait qu'il a donné des soins une renonciation à son droit aux honoraires. En effet, il ne peut se mettre en conflit, en refusant ses soins, avec l'administration hospitalière qui a admis le malade; des raisons d'humanité peuvent, en outre, l'avoir impérieusement obligé à des soins immédiats et urgents.

En somme, la question ne peut être nettement résolue par l'affirmative ou par la négative : les tribunaux, en dehors de toute convention, la tranchent selon leur conception particulière du droit aux honoraires et d'après les circonstances de fait.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 30 avril 1911.) E. Régis : La captation des déments. — (N° 19, 7 mai.) J. Méneau : L'inhalation à la Bourboule.

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er mai 1911.) V. Rochet et Cl. Ronot : Comment meurent les cancéreux prostatiques. — Jean Fiolle, Paul Fiolle et D. Zwein : La voie d'accès coccy-périnéable (indications, technique, observations, 8 fig.). — J. Curtillet et G. Pélissier : L'opération de Brauer dans un cas de médiastino-péricardite tuberculeuse, (2 fig.). — L. Arnaud : Des positions du malade dans le traitement des péritonites diffuses aiguës (*fin*). — F. Leclerc et G. Cotte : Oblitération des vaisseaux mésentériques avec infarctus et gangrène anémique de l'intestin. — F. Gentil : Section du cubital, suture immédiate. Bons résultats fonctionnels constatés cinq ans. Après atrophie de la main (1 fig.).

Montpellier médical. — (N° 17, 23 avril 1911.) Ch. Fleig : Sur les injections intraveineuses acides solubles et intraveineuses neutres insolubles de dioxydiamidoarsenobenzol (606). — G. Sarda : Première leçon du cours de médecine légale (*fin*).

Paris médical. — (N° 22, 29 avril 1911.) Dopter : La fièvre de trois jours ou fièvre à pappatacis. — Lesieur et Privey : De l'albumoptysie. — Pariset : Direction de la cure hydrothérapique des cardiaques.

Pédiatrie pratique. — (N° 13, 5 mai 1911.) Broca : Le prolapsus du rectum. — S. Cassard : De la recherche des syndromes pyramidaux et cérébelleux dans la chorée de Sydenham. — Savariaud : Un cas d'hérédo-syphilis méconnue avec manifestations ostéo-articulaires ayant motivé plusieurs opérations et continuant à évoluer malgré le traitement classique. Injection de 606. Disparition des accidents. — Merklen : Trois particularités au cours de la varicelle (varicelle avec adénopathies, varicelle avec torticolis, varicelle avec prurit). — A. Bonnet-Laborderie : Réflexions sur un cas d'hémorragie buccale mortelle survenue chez un nouveau-né à la suite d'une version par manœuvres internes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 15 mai. — MM. Ramond, 16; Boidin, 18; Læderich, 16; Courcoux, 18; Dreyfus-Rose, 18 1/2.

Séance du 16 mai. — MM. Lemierre, 18 1/2; Babonneix, 19 1/2; Chiray, 17; Baudouin, 18; Nattan-Larrier, 16.

Prochaine séance, jeudi 18 mai, à cinq heures un quart, à la salle des Saints-Pères.

Avis. — Le jury rappelle aux candidats bi-admissibles que les hôpitaux, Hôtel-Dieu, Charité, Necker, Beaujon, leur sont interdits dès maintenant, jusqu'à la fin du concours.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 15 mai. — MM. Gernez, 19; Piquand, 12; Sauvé, 17.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Liste des candidats : MM. Chirié, Delestre, Devraigne, Dupont, Guéniot, Lacasse, Le Lorier, Lemeland, Mouchotte et Sauvage.

Epreuve écrite. — Anatomie de l'uretère chez la femme. — Physiologie du glomérule du rein.

Première séance de lecture des copies, jeudi 18 mai, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DENTISTE DES HÔPITAUX. — Le jury du concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux, qui doit s'ouvrir le 22 mai 1911, est composé de MM. Chompret, Sauvez, Roy, Riche et Caussade.

Liste des candidats : MM. Réal, Coustaing, Ducourneau, Vaysse, Dauguet, Legrand, Lemerle, Coffard, de Nevrezé, Schæfer, Guilly, Pietkiewicz.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Lecture des copies.* — MM. Cadenat, 29; Basset, 27; Berger, 26; Hovelacque, 24; Houdard, Monsingeon et Olivier, 23; Girode, 22; Cruet, 16.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture des copies.* — MM. Métivet, 27; Leveuf, 26; Mourard, 24; Desplas, 19.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs en médecine : Hannard (de Lille), Hamel (de Paris, asile de Villejuif), Bourilhet (de Paris, asile de Villejuif), Boidard (de Blois) et Brissot (de Paris, asile de Villejuif).

Le nombre des places mises au concours avait été fixé à cinq. Vingt candidats s'étaient fait inscrire.

M. Pagès (de Bordeaux) a été nommé pour les asiles privés.

POUR L'ENSEIGNEMENT CLASSIQUE. — La Société de l'internat des hôpitaux de Bordeaux réunie en Assemblée générale vient d'émettre le vœu suivant :

« Considérant :

1° Que l'enseignement classique contribue puissamment à donner au médecin l'élévation d'esprit, de sentiment et de caractère, aussi indispensable à sa mission morale et sociale que l'enseignement technique est indispensable à son rôle professionnel ;

2° Considérant que le décret du 29 avril 1910 sur les équivalences compromet la cause de cet enseignement classique;

Emet le vœu que le décret du 29 avril 1910 soit abrogé. »

FONDATION CARNEGIE. — La commission de la fondation Carnegie vient de se réunir sous la présidence de M. Emile Loubet, au ministère de l'intérieur.

Elle a décerné la médaille d'or de la fondation et une allocation de vingt-cinq mille francs à Mme Mesny, veuve du médecin-major hors cadres Mesny, qui au cours de l'épidémie de Mandchourie chercha, dans des conditions héroïques, à entraver la marche de la peste pulmonaire.

LA STATUE DU PROFESSEUR ALBARRAN. — Les hommes en l'honneur desquels on élève une statue de leur vivant sont rares. Le professeur Albarran est de ceux-ci. Ses compatriotes de Sagua-la-Grande, dans l'île de Cuba, ont tenu à lui rendre cet honneur exceptionnel.

Tous les amis du professeur de Necker, et ils sont nombreux, se réjouiront de l'hommage rendu au digne successeur du professeur Félix Guyon.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION. — M. Marcel Labbé commencera, le vendredi 19 mai, à onze heures du matin, ses leçons cliniques sur les maladies de la nutrition, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Perrot, médecin de colonisation de la commune mixte des Bibans (Algérie), mort victime du devoir professionnel; M. le docteur Boëteau (du Mans), victime du devoir professionnel (accidents causés par les rayons X); M. le docteur Brossard, professeur à l'école de médecine de Poitiers; M. le docteur Ch. Henning, professeur de gynécologie à l'université de Leipzig.

RENSEIGNEMENTS

ANALYSES

MÉDECINE

Une méthode simple de vaccination. (Laugley Porter. *The California state Journal of Med.*, avril 1911, vol. IX, n° 4, p. 37.) — Depuis quatre ans, chez environ 1100 enfants à la clinique du Collège médical de Cooper, on a pratiqué la vaccination uniquement par la méthode suivante très simple : la région est savonnée, lavée à l'alcool, et laissée sécher. L'opérateur enroule de son index une petite compresse de deux épaisseurs de gaze stérilisée, et frotte avec elle vigoureusement la région à vacciner. En quelques secondes, l'épithélium superficiel est enlevé et de la sérosité exsude à la surface. Sur cet endroit, qui doit être de deux centimètres carrés environ, on étale, en frottant doucement pendant trente secondes, le vaccin. On laisse sécher et on recouvre d'une compresse de gaze faisant le tour du bras et fixée avec une épingle de sureté, compresse qui sera renouvelée tous les jours pendant la durée de l'éruption.

Cette méthode a l'avantage de la simplicité, de la rapidité. L'absence d'instrument évite d'effrayer l'enfant; l'absence d'écoulement sanguin assure plus de constance dans les résultats. L'auteur n'a eu qu'à se féliciter de ceux qu'il a obtenus par son emploi. M. LANCE.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la laryngite striduleuse. (H. Bourgeois. *Progrès méd.*, n° 18, 6 mai 1911.) — Le faux croup est une affection essentiellement récidivante. Il faut donc considérer : *a.* les précautions requises pour éviter l'éclosion de la crise; *b.* le traitement de celle-ci; *c.* les mesures préventives générales.

a. Chez les enfants ayant déjà présenté un ou plusieurs accès de laryngite striduleuse, le moindre coryza doit éveiller l'attention : l'enfant gardera la chambre; on veillera à ce que la température ambiante reste égale, à ce que l'atmosphère soit constamment humidifiée par l'évaporation d'une infusion de feuilles d'eucalyptus; trois fois par jour, on instillera, dans chaque narine, cinq à six gouttes d'huile goménolée à 1/20.

Si la toux, un début d'enrouement, annoncent l'envahissement du larynx on prescrira :

Eau de laurier-cerise.......	10 grammes
Sirop de codéine...........	60 —
Sirop de tolu....... q. s. p.	125 cent. cubes

Une cuillerée à café, fractionnée en deux ou trois fois, à un an ; puis une cuillerée à café par année.

La raucité de la voix, de la toux, caractérise l'apparition de l'élément spasmodique, un accès de faux croup devient probable pour la nuit prochaine, on prescrira :

Bromure de potassium......	2 grammes
Sirop de belladone.........	10 —
Sirop de fleur d'oranger.....	20 —
Eau de tilleul....... q. s. p.	100 cent. cubes

Une à deux cuillerées à café suivant l'âge au moment du coucher de l'enfant.

b. L'enfant qui s'est endormi assez paisiblement s'agite, son sommeil devient bruyant, la crise est imminente.

Dans le bruit qui accompagne la respiration, il faut distinguer le ronflement causé par l'obstruction nasale et le cornage laryngé.

S'il y a du ronflement, on se hâtera de désobstruer le nez; le rétablissement de la perméabilité nasale, quand il est possible, peut suffire à faire avorter la crise; le spasme laryngé cesse et le petit malade se rendort. C'est la vaso-dilatation de la pituitaire et de l'amygdale pharyngée qui bouche le nez, on demandera donc le remède aux vaso-constricteurs.

M. Bourgeois déconseille le menthol qui pourrait être dangereux.

L'adrénaline, en solution aqueuse, produit une vaso-constriction brusque, mais peu durable et suivie d'une vaso-dilatation intense; les solutions huileuses sont préférables, on aura le choix entre les solutions huileuses d'adrénaline à 1/1000 et de novocaïne et suprarénine à 1/1000 telles que celles préconisées pour le rhume des foins.

Au-dessous de deux ans on les dédoublera avec une quantité égale d'huile de vaseline.

L'enfant est couché à plat sur le dos, on lui instille dans chaque narine quatre à six gouttes.

Si le spasme ne disparaît pas au bout de quelques minutes, on fera prendre une cuillerée à café de la potion belladonée ci-dessus, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures jusqu'à cessation de la crise. Ou bien on pourrait, à l'exemple de J. Simon, prescrire :

Alcoolature de racine d'aconit..	*ãã*	x gouttes
Teinture de belladone.........		
Eau de laurier-cerise..........		15 grammes
Eau de fleur d'oranger........		60 —
Eau de tilleul................		60 —
Sirop simple.................		30 —

par cuillerées à soupe d'heure en heure. La moitié seulement de la potion si l'enfant n'a que deux ans et par cuillerées à café.

En même temps on aura recours au vieux remède héroïque : l'éponge imbibée d'eau bien chaude sur la région prélaryngée ou encore aux compresses chaudes recouvertes de taffetas gommé. Un grand bain chaud pourra être également très utile.

Il est exceptionnel que la crise ne cède pas à l'emploi de ces divers moyens. Si la situation devenait véritablement alarmante, on pratiquerait le tubage ou la trachéotomie; quand on aura le choix entre les deux méthodes, c'est le tubage qu'on choisira.

c. Traitement préventif général. Presque tous les striduleux sont des adénoïdiens ; il faut donc examiner leur pharynx après la crise et les débarrasser des végétations adénoïdes, des amygdales palatines hypertrophiées qui peuvent l'encombrer. L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE AVEC NÉPHRO-SCLÉROSE ET BRUIT DE GALOP

Une solution à 1/10 de milligramme Nativelle ou v gouttes de la solution au millième, pendant 10 jours. Suspendre 5 à 10 jours et reprendre ensuite pendant une dizaine de jours pour continuer ainsi pendant des mois. Associer la digitaline à la théobromine. Allonger les périodes de suspension digitalique si le malade va mieux.

Contribution à l'étude de certaines facultés cérébrales méconnues, par le docteur W. C. de Sermyn. Un vol. de 612 pages. — Paris, Alcan; Lausanne, Payot.

Contribution à l'étude de la fièvre paratyphoïde à Nantes et dans la région, par le docteur Louis Ribereau. (Th. de Paris.) — Paris, Jouve.

SUR LE DIAGNOSTIC
DES
TUMEURS DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE

Par L. ALQUIER et B. KLARFELD.

Nous avons récemment présenté à la Société de neurologie de Paris (v. *Revue neurologique*, 1911, p. 391) les photographies et préparations de huit tumeurs intra ou extraprotubérantielles, et brièvement exposé les éléments du diagnostic dans ces cas. Nous voudrions aujourd'hui reprendre ces faits plus en détail, et les comparer à ceux publiés dans ces dix ou douze dernières années, c'est-à-dire depuis que la ponction lombaire et les notions nouvelles sur l'asynergie cérébelleuse et la séméiologie de l'appareil labyrinthique sont venues armer le neurologiste de renseignements d'une importance capitale pour le diagnostic.

A une époque où une intervention chirurgicale a permis, dans certains cas, malheureusement trop rares, d'obtenir des améliorations parfois remarquables voire même la guérison, il faudrait pouvoir, non seulement localiser le néoplasme à la région protubérantielle, mais encore être en mesure de reconnaître s'il est extérieur et facilement extirpable, ou bien intraprotubérantiel, c'est-à-dire faisant corps avec le névraxe et pratiquement inextirpable en son entier. Désirant nous placer uniquement sur ce terrain pratique, nous exposerons, en deux chapitres distincts, d'abord la séméiologie des tumeurs extraprotubérantielles, puis celle des intraprotubérantielles et tâcherons ensuite de dégager les symptômes susceptibles — en l'état actuel de nos connaissances — d'aider le praticien à résoudre le double problème qui lui est posé.

I

Tumeurs extraprotubérantielles. — Presque toujours, le néoplasme occupe l'angle ponto cérébelleux; bien plus rarement il est préprotubérantiel et agissant d'avant en arrière, ou situé dans la région des pédoncules cérébraux et comprimant la protubérance de haut en bas. Nous envisagerons successivement dans deux paragraphes distincts ces deux variétés : 1° tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux; 2° tumeurs préprotubérantielles.

1° TUMEURS DE L'ANGLE PONTO-CÉRÉBELLEUX. — Si l'on en excepte les raretés, il s'agit ordinairement de tumeurs issues soit des os, soit d'un point quelconque des méninges de la région, ou de l'un des nerfs, spécialement l'acoustique ou le facial, quelquefois le trijumeau ou le glossopharyngien (fibromes, sarcomes, gliomes, neurofibromes, uniques ou multiples, associés ou non à la maladie de Recklinghausen). Ces tumeurs, qui atteignent aisément 5 à 6 centimètres de diamètre et plus, sont, en général, parfaitement limitées, n'offrant, avec les tissus du névraxe, que des adhérences peu considérables, faciles à détruire chirurgicalement. Elles refoulent la protubérance, le cervelet et ses pédoncules, en s'y creusant une loge profonde. Mais, à l'examen histologique, il s'agit d'une simple compression n'amenant le plus souvent pas de destruction ou dégénérescence importante, seule, l'écorce cérébelleuse se laisse facilement entamer et détruire; mais, comme il ne s'agit que de lésions localisées, rien ne s'oppose théoriquement, à la guérison, si l'extirpation de la tumeur était bien supportée par le malade.

Voici d'abord trois observations personnelles :

OBSERVATION I. — Femme, début à quarante ans, par des vertiges dans la rue avec tintements d'oreilles, et ayant cessé au bout d'un an. Alors, surviennent une crise de paralysie faciale droite n'ayant duré qu'une demi-heure, puis des crises de céphalée allant du front à la nuque, et accompagnées de vomissements. D'abord espacées de deux à trois jours, les crises arrivent, au bout de huit à dix mois, à se répéter sept à huit fois par jour et persistent aussi fréquentes jusqu'à la mort, tandis que les vomissements s'espacent et finissent par ne se produire que tous les huit jours, remplacés par de fréquentes nausées. Examen trois ans après le début. Pas de troubles intellectuels. Percussion cranienne douloureuse dans la région fronto-pariétale gauche. Cécité complète avec stase papillaire double en voie de régression atrophique (Dupuy-Dutemps). Paralysie du nerf de la sixième paire gauche, hypoesthésie de la muqueuse de la langue et des joues, goût émoussé, odorat bon. Entend mal depuis six ans à la suite, dit-elle, d'une otite double, opacités simples des deux tympans. Membres : supérieur gauche affaibli dans tous ses segments, avec abolition des réflexes du coude et du poignet; réflexe rotulien droit exagéré sans clonus ni Babinski. Pas d'autre trouble des sensibilités que de l'hypoesthésie osseuse au diapason dans tout le côté droit. Equilibre statique bon. Marche en inclinant à gauche la partie supérieure du corps, latéropulsion gauche, chute à gauche si on lui fait fermer les yeux; même assise, elle se sent entraînée à gauche. Hypotonie et asthénie musculaires, mouvements des mains lents à droite, incoordonnés à gauche avec adiadococinésie gauche. Debout, elle exécute correctement l'extension forcée de la tête et du tronc; couchée, elle détache à peine les talons du lit. Epreuve du centrifugeur : rotation non perçue, sensations normales à l'arrêt, secousses nystagmiformes pendant la rotation et à l'arrêt, presque nulles à gauche, plus marquées à droite. Rien dans les urines. Pouls à 100 avec faux pas. Insuffisance mitrale.

Sept mois plus tard, céphalée augmente, pertes de connaissance dont l'une avec mouvements cloniques pendant dix minutes et demi-coma pendant plusieurs heures. Trois autres mois plus tard, après un de ces ictus, difficulté de mouvoir langue, pharynx, mâchoire; parésie à type périphérique du facial droit, hypoesthésie de la moitié droite de la langue. Rapidement, coma et mort

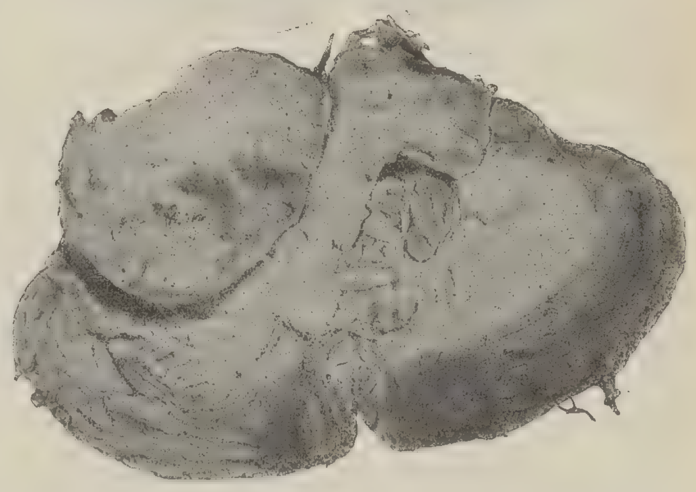


FIG. 1. — Section horizontale tranche inférieure. Néopasme à gauche.

Autopsie : Hydrocéphalie ventriculaire de moyenne intensité. Sarcome de l'angle ponto-cérébelleux gauche (fig. 1) de 5 centimètres de diamètre, adhérant uniquement aux méninges du lobe digastrique du cervelet, et refoulant à droite, bulbe, protubérance et pédoncule cérébelleux moyen, se creusant une loge aux dépens de ces parties et surtout du cervelet. Nerfs bulbo-protubérantiels gauches simplement aplatis, non englobés ni adhérents. Engagement prononcé des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital.

OBS. II. — Femme de cinquante ans, ménopause à quarante-sept ans après une vie sexuelle sans autres incidents que des migraines menstruelles. Ni enfants ni fausses couches.

A quarante-huit ans, vomissements. Quinze mois plus tard, crises de céphalée continue occipitale et à la racine du nez, augmentée par la rotation de la tête. Chaque déglutition provoque des nausées et un malaise entre les épaules. La parole devient pénible, avec mâchonnement continuel, lèvres et paupières sem-

blent rigides. L'audition devient mauvaise avec crises de surdité passagère, sensation de roulement, de grondement continuels, et parfois de sifflements exagérés, comme la céphalée, par la rotation de la tête.

A l'examen, pas de troubles moteurs, sauf une certaine atrophie des lèvres et de la langue, avec difficulté à prononcer les labiales, et trémulation de la langue, gêne de la déglutition. Tous les réflexes normaux, y compris le massétérin. Orteil en flexion. La malade accuse une certaine faiblesse des membres Marche à petits pas, en élargissant la base, ne peut rapprocher les talons, en fermant les yeux, sans perdre l'équilibre; grande difficulté à tourner; même assise, est étourdie en se retournant, ne peut tenir la jambe en l'air sans basculer. Pas de troubles des sensibilités, sauf de l'hypoesthésie bucco-linguale, et peut-être de la face. Odorat bon. Mictions parfois difficiles, parfois incontinence. Constipation. Examen oculaire par M. Dupuy-Dutemps : stase papillaire double en pleine évolution avec hémorragies punctiformes. Nystagmus dans les mouvements de latéralité des yeux. Crises d'obnubilation passagère de la vue. La malade se plaint, en outre, de fatigue rapide de la vision et aurait de la diplopie en fixant les objets. Otite chronique moyenne, perception suffisante du diapason sur le vertex. Ponction lombaire : liquide sans éléments. Les troubles visuels, la céphalée augmentent, ainsi que l'état nauséeux; quelques vomissements ; embarras progressif de la parole avec reflux des liquides par le nez. Amaigrissement, affaiblissement physique et psychique. Mort, deux mois après l'entrée, avec gâtisme et escarre sacrée.

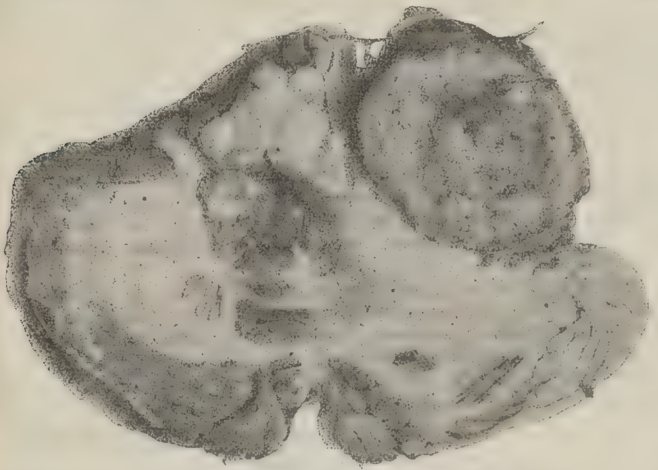


Fig. 2. — Section horizontale tranche supérieure. Néoplasme *à gauche*.

Autopsie : sarcome identique au précédent, situé comme lui à gauche, n'adhérant que par sa partie postéro-interne ; les nerfs sont simplement aplatis (fig. 2).

Obs. III. — Femme de trente-six ans. Six enfants, pas de syphilis, éthylique. A trente-trois ans, surdité progressive, surtout droite. L'année suivante, diplopie en regardant à droite, puis cécité progressive complète en trois à quatre mois ; en même temps, céphalée gravative avec constipation et vomissements en fusée qui ont cessé au bout d'un an. Vertiges. Trois mois avant l'entrée, quelques crises d'épilepsie jacksonienne localisées au côté droit, mais commençant indifféremment par l'un des membres de ce côté ou par la bouche. A l'entrée ; hémiparésie de tout le côté droit, y compris la face, avec exagération du réflexe rotulien, clonus, orteil en flexion, rien à gauche, pas de trouble des sensibilités superficielles et profondes. Examen oculaire par M. Dupuy-Dutemps : « Amaurose complète par double atrophie papillaire consécutive à la stase. Pupilles immobiles, en mydriase très prononcée. Paralysie associée des mouvements de latéralité des yeux vers la droite. L'excursion des yeux vers la droite est très incomplète; le fait est d'autant plus appréciable que les mouvements dans les autres directions du regard se font aisément et complètement. En raison de l'amaurose, la convergence ne se fait pas et les yeux sont en léger strabisme divergent. Cette divergence permanente et persistante dans toutes les positions suffit à éliminer l'hypothèse d'une paralysie isolée de la sixième paire droite qui serait survenue en dehors de toute paralysie de la septième paire, car l'orbiculaire est intact. »

Torpeur et somnolence presque continuelles, irritabilité, mémoire très infidèle, quelques hallucinations, parfois idées mélancoliques, maniaques et de persécution. Goût et odorat très défectueux. Constipation, dysurie. Un mois plus tard, titubation cérébelleuse très nette, impossibilité de se tenir debout. On a vu une petite crise jacksonienne, caractérisée par des secousses convulsives du côté droit de la bouche, pendant une minute seulement. Après trois autres mois, début de kératite neuro-paralytique droite. Un mois plus tard, paralysie du facial inférieur droit. Deux mois s'écoulent encore, puis la torpeur devient complète ; on voit apparaître une escarre sacrée, une conjonctivite de l'œil droit, enfin un érysipèle de la face auquel succombe la malade.

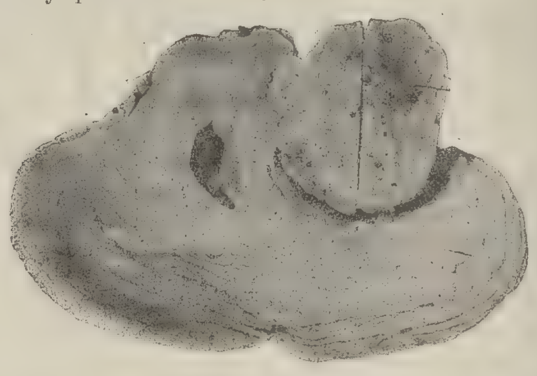


Fig. 3. — Section horizontale tranche inférieure. Néoplasme à droite.

Autopsie : fibrosarcome de l'angle ponto-cérébelleux droit, un peu moins volumineux que les précédents (fig. 3).

En comparant ces trois observations, n'est-on pas frappé de la variabilité des signes de localisation, alors que les trois tumeurs semblent à peu près identiques comme siège et comme volume? Dans l'observation I, les troubles de l'équilibre et l'épreuve du centrifugeur plaidaient pour une localisation à gauche, nous relevons encore la paralysie de la sixième paire gauche, et l'hypoesthésie osseuse droite, l'asynergie cérébelleuse du membre supérieur gauche, enfin, l'hypoesthésie de la langue et des joues.

Ce dernier signe se retrouve dans l'observation II accompagné de dysarthrie et de dysphagie. Les troubles de l'équilibre existent, mais bilatéraux. Notons enfin l'existence de nystagmus dans les mouvements de latéralité des yeux, qui peut acquérir une certaine importance, lorsqu'il n'est, comme ici, expliqué par aucune paralysie des oculomoteurs. Dans les deux observations, il existe bien de la surdité, signe de première importance, mais qui, ici, perd singulièrement de sa valeur, vu l'existence de lésions de l'oreille moyenne. Dans le troisième cas, en plus des signes généraux d'hypertension intracranienne, que nous passons actuellement sous silence, nous trouvons mentionnée la paralysie associée des yeux vers la droite — dont nous aurons à discuter la signification — la titubation et la kératite neuroparalytique n'apparaissent qu'à la fin. Enfin, on aurait pu être trompé par l'existence de crises jacksoniennes avec parésie des membres du côté droit. Par contre, la surdité du côté de la tumeur est le premier symptôme, et prend ici une importance capitale pour le diagnostic de la localisation.

Nous allons maintenant résumer un certain nombre d'observations de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, publiées par divers auteurs. Cette énumération est des plus fastidieuses, mais nous paraît nécessaire pour bien montrer les divers modes d'apparition et de groupement des symptômes, leur évolution, enfin leurs nombreuses variations.

IV [Souques (1)]. — Homme, cinquante-huit ans, céphalée frontale accrue par les mouvements, baisse de la vue, surtout à droite, affaiblissement progressif des membres inférieurs. Deux mois après, un vertige avec chute en arrière. La marche devient cérébelleuse, plus difficile, crampes surtout dans la jambe droite,

(1) Souques. *Revue neurol.*, 1909, p. 775, et 1911, p. 254.

vomissements, aggravation de tous les symptômes. Quatre mois après le début, entre à l'hospice. La marche est cérébelleuse, il se sent attiré et dévie à droite ; au bout de deux mois, il s'alite, ne pouvant plus marcher, surtout à cause des vertiges. On constate alors : cachexie, maladie de Recklinghausen douteuse (pigmentation qu'il aurait toujours eue, et un petit molluscum au dos). Céphalée diurne très intense avec vomissements quotidiens la calmant momentanément, affaiblissement des membres droits, tous les réflexes tendineux vifs, pas de Babinski, pas de Romberg, parole lente, abattement. Yeux : stase à droite, pupille droite plus grande, réactions conservées. Paralysie des mouvements associés à gauche, convergence se fait mal, nystagmus surtout dans les positions latérales. Surdité gauche complète, partielle à droite, sans lésions de l'oreille moyenne. Les signes varient d'un jour à l'autre. Pendant six mois, amélioration générale même de la stase. Quinze mois après l'entrée, recrudescence : céphalée vive, vomissements quotidiens, vertiges, hémiasynergie cérébelleuse gauche avec troubles de la diadococinésie gauche. Un an plus tard, amélioration, sauf stase bilatérale ; quitte l'hospice pendant un an, puis se retrouve dans le même état, sauf que les vomissements sont supprimés depuis un an. Malgré l'asynergie gauche, il n'y a pas de catalepsie cérébelleuse, et l'extension forcée de la tête et du tronc détermine la flexion des genoux. Nouvelle amélioration de seize mois, puis torpeur progressive. Mort six ans après le début. Tumeur grosse comme une noix dans l'angle ponto-cérébelleux gauche, refoule et détruit en partie l'hémisphère cérébelleux, déforme la protubérance, comprime les cinquième et septième paires qui n'ont pas donné de signes. L'auditif n'est pas trouvé.

V [Thomas, Jumentié, Clarac (1)]. — Homme, trente-six ans. Insomnie, céphalée, troubles de la marche. Trois mois après, vertiges, état ébrieux après les repas. Marche titubante, incertaine, jambes écartées, latéropulsion droite, surtout en tournant de gauche à droite, ce qui donne des sifflements d'oreilles, la rotation à gauche restant sans effet, jambe droite plus raide que la gauche, dysmétrie nette à droite, l'orientation générale des mouvements restant conservée. Ces troubles n'augmentent pas par l'occlusion des yeux. Force musculaire intacte, réflexes normaux sans Babinski. Parésie faciale droite douteuse, langue légèrement déviée et atrophiée à gauche avec tremblements fibrillaires, voile affaissé à droite, luette déviée à gauche, parole gênée. Paralysie de la sixième paire droite avec nystagmus paralytique, atrophie papillaire sans stase. Surdité droite avec conservation des perceptions osseuses. Anesthésie à droite de la muqueuse du voile, de la joue et de la partie postérieure de la langue ; 37gr72 de sucre dans l'urine, liquide céphalo-rachidien hypertendu avec sucre en excès. Deux mois après, aggravation, double spasme facial, nystagmus dans les mouvements latéraux des yeux, épreuve de Weber positive à droite. Six semaines après, signe de Babinski, asynergie augmente, anesthésie cornéenne surtout droite, anesthésie du côté droit de la face, sixième paire très parésiée à droite, légèrement à gauche, épreuve de Barany positive à gauche. Mort sept mois après le début. Tumeur comme un œuf de poule dans l'angle ponto-cérébelleux droit, aplatissant le facial, ne comprimant pas directement le trijumeau.

VI et VII [Lépine (2)]. — 1. Femme, quarante-six ans, céphalée nocturne. Bourdonnements et surdité gauche complète en quelques mois. Un an après, amaurose plus rapide à droite, vertiges, tendance à tomber à gauche. A quarante-huit ans, crises épileptiformes tous les huit jours. Depuis trois mois, on trouve : paralysie faciale gauche, gêne de la déglutition, stase papillaire, réflexes rotuliens exagérés, troubles de la mémoire. Urines, traces d'albumine. Trois jours plus tard, crises épileptiformes, mort en état de mal. Fibro-sarcome dans l'angle ponto-cérébelleux gauche, encapsulé, presque gros comme un œuf de poule, adhérent au rocher, né aux dépens de l'auditif complètement dégénéré. L'intermédiaire et le facial très atteints, destruction de l'écorce du vermis cérébelleux et de l'hémisphère gauche aux points comprimés. Simple empreinte sur la protubérance, le bulbe, les pédoncules cérébelleux.

2. Homme, quarante-cinq ans. Grave chute sur le côté gauche. Vu à cinquante et un ans. Depuis quinze mois, vertiges, paralysie faciale gauche progressive, surdité complète, céphalée gauche, amaurose progressive complète à gauche, légère à droite. Paralysie des sixième et septième paires droites avec ptose, réflexe lumineux faible à droite, O à gauche, ouïe diminuée à droite, O à gauche, vision de 1/10 à droite, légère exagération des réflexes rotuliens. Romberg. Titubation rend la marche impossible. Pouls normal, urine sans albumine ni sucre. Mort dans le coma au bout de treize jours. Tumeur gauche à peu près identique à celle du cas précédent.

(1) Thomas, Jumentié et Clarac. *Revue neurol.*, 1910, p. 145.
(2) J. Lépine. *Revue neurol.*, 1903, p. 1104.

VIII [Weber et Papadaki (1)] (obs. V). — Homme, quarante et un ans. Vingt-deux mois auparavant, trauma de la joue avec perte de connaissance, céphalée au front et au vertex, bourdonnements d'oreilles, découragement. Huit à dix mois après, troubles de la parole et de la déglutition. Deux mois plus tard, céphalée, vomissements, délire, somnolence, lenteur du travail intellectuel. On trouve : parésie des septième gauche et douzième droite, marche titubante, exagération des réflexes rotuliens, Babinski bilatéral, pupille droite plus grande avec réactions bonnes, bourdonnements d'oreilles et surdité à droite, vomissements irréguliers, accès de fièvre à 38 degrés. Six mois avant la mort, amélioration. Les derniers jours, somnolence telle qu'on le croit déjà mort par moments ; mydriase, réactions pupillaires presque nulles, parésie de la sixième paire droite, station debout impossible, marche très spastique. Au lit, les jambes se meuvent sans difficulté. Gâtisme, mort. Angiosarcome, de 4 centimètres de large sur 6 de long, appliqué sur le côté droit de la protubérance et du bulbe, jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, se creuse une loge dans l'hémisphère droit du cervelet.

IX [Touche (2)]. — Femme, cinquante-deux ans. Castration, devient irascible, s'affaiblit. Vertiges, diminution de l'ouïe, la face se congestionne. A cinquante-six ans, céphalée gravative frontale. Yeux atteignent difficilement les positions extrêmes latérales. Stase papillaire, névralgie du trijumeau gauche, hypoacousie gauche, difficulté de la déglutition, exagération des réflexes rotuliens, affaiblissement, marche très difficile, titube, festonne, entraînée à gauche, mouvements des mains très précis (travail à l'aiguille). Vomissements. Trois à quatre mois après, ne peut garder l'équilibre, ne marche plus, les mains ont gardé leur précision. Incontinence des sphincters, parésie de la septième gauche, céphalée occipitale, somnolence, puis coma. Sarcome du volume d'une noix, comprimant la moitié supérieure gauche de la protubérance et du pédoncule cérébelleux moyen, ainsi que les cinquième, sixième, septième nerfs gauches.

X [Jumentié, Chenet (3)]. — Troubles des cinquième, sixième, septième, huitième droites, troubles de la déglutition et de la phonation, irritation des faisceaux pyramidaux, Babinski bilatéral, troubles cérébelleux, hypertension céphalo-rachidienne, céphalée, stase. Trépanation décompressive : céphalée cesse, vue s'améliore. Mort au bout de trois semaines par infection bronchique. Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux droit comprimant la protubérance et la partie supérieure du bulbe, aplatissant les nerfs, sauf la cinquième paire qui est surtout étirée.

XI-XII [Saenger (4)]. — XI (*Cas 1* de l'auteur). Homme, quatorze ans. A onze ans et demi, hypoacousie gauche. Depuis, démarche incertaine, titubation, jambe gauche ataxo-spasmodique. Ataxie et tremblement des mains, surtout gauches, Babinski bilatéral, léger nystagmus, stase papillaire double. Céphalée violente, convulsions avec tête déviée à gauche. Opération, mort. Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche, issue de l'auditif.

XII (*Cas 2*). — Femme, quarante-six ans ; 1896, chute sur la tête, perte de connaissance. Puis céphalée fréquente, vomissements, une fois perte de connaissance, abaissement de la mémoire. Deux ans après, congestions cérébrales, vomissements, tremblement des mains, titubation, hémiparésie gauche, tremblement des lèvres et de la langue en parlant. Stase papillaire double, paralysie des mouvements associés des yeux à gauche, aréflexie de la cornée gauche et de la conjonctive gauche, hypoacousie gauche. Trépanation à gauche : rétrocession de la stase, diminution de la céphalée et des vomissements. Mort au bout de neuf mois. Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche, grosse comme une pomme de terre, englobant la huitième paire, aplatissant les cinquième, sixième et septième.

XIII-XXII [Stewart, F. Grainger et Holmes Gordon (5)]. — XIII (*Cas 12* des auteurs). Femme, quarante-deux ans ; titube ; céphalée surtout occipitale, douleur et raideur de nuque, fréquents vomissements, vertiges : les objets tournent de gauche à droite, elle se sent tourner en sens inverse. Chaud et froid, transpirations pendant les vertiges. Gémitus dans l'oreille gauche, qui entend moins bien, amblyopie passagère. Six mois plus tard, on trouve : surdité gauche, ne distingue que les doigts de près, ne peut que difficilement tourner les yeux à gauche, et les y maintenir. Nystagmus dans les positions latérales, plus lent dans le regard à gauche. Parésie périphérique du facial gauche. Ataxie des extrémités gauches, surtout

(1) Weber et Papadaki. *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, p. 140-159.
(2) Touche. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1902, p. 55.
(3) Jumentié et Chenet. *Revue neurol.*, 1909, p. 945.
(4) Saenger. *Neurol. Centralbl.*, 1907, p. 88.
(5) Stewart, F. Grainger et Holmes Gordon Brain, 1904, p. 522.

main, la droite est incertaine dans les mouvements fins. Démarche ébrieuse, écarte les pieds, se tient mal sur le gauche, dévie à gauche, en marchant. Réflexes et sensibilité normales. Opération. Mort. Gliome ovoïde de 3 centimètres de diamètre, sous l'hémisphère cérébelleux gauche adhérant aux méninges par un étroit pédicule.

XIV (*Cas 13*). — Femme, cinquante-six ans. Depuis deux ans, céphalée occipito-nucale progressive, quelques vertiges avec chute à gauche. Surdité gauche avec bourdonnements. Depuis trois mois, vue baisse, fréquente diplopie, douleurs et faiblesse dans le côté gauche de la face. Examen : yeux, compte à peine les doigts de près. Névrite optique intense. Légère faiblesse des mouvements associés et instabilité du regard à droite. Tremblement les bras étendus. Marche titubante avec vertiges, tourne à gauche et tombe du même côté. Se tient mieux sur le pied droit. Incoordination égale des deux côtés. Réflexes brusques des deux côtés. Après une crise de vertige, tremblement des bras, strabisme par parésie du sixième gauche, déviation conjuguée des yeux vers la gauche, parésie du facial gauche. Ablation d'un fibrome de 4 centimètres sur 2 et demi de l'angle ponto-cérébelleux gauche. Mort, deux jours après.

XV (*Cas 14*). — Homme, quarante ans. Début un an auparavant par céphalée occipitale, surdité gauche, dépression et irritabilité. Depuis six mois, fréquentes crises de vertige, les objets tournent de gauche à droite ; tombe à gauche ou en avant. Depuis cinq mois démarche titubante, dévie à gauche. Depuis trois mois diplopie, difficulté d'avaler, parole indistincte. Examen : ageusie gauche (langue), surdité gauche (air et os). Yeux : pas de stase, parésie de la sixième paire surtout à gauche, faiblesse des mouvements de latéralité, surtout à gauche, avec nystagmus fin, rapide dans le regard à droite, plus gros et plus lent en regardant à gauche, hypoesthésie faciale et parésie motrice périphérique à gauche. Voile du palais faible à gauche, difficulté de déglutition avec reflux par le nez. Parole nasillée, lente. Membres : à gauche faiblesse et ataxie (qui prédomine au bras). Tremblement, les bras étendus. Marche ébrieuse, dévie et tombe à gauche, se tient mieux sur le pied droit. Mort rapide avec troubles respiratoires. Gliome kystique de 4 centimètres de diamètre, issu du cervelet, dans l'angle ponto-cérébelleux gauche.

XVI (*Cas 15*). — Homme, trente-deux ans. Depuis neuf mois, céphalée occipito-nucale, vertiges, vomissements, surdité progressive gauche, paresthésie face à gauche, difficulté de mâcher. Depuis quatre mois articule mal, difficulté d'avaler, démarche ébrieuse. Depuis deux mois, diplopie fréquente, vue baisse. Examen : ageusie langue gauche ; ouïe : O à gauche, un peu diminuée à droite, voit mal, névrite optique intense. Faiblesse des sixièmes paires, surtout gauche, nystagmus horizontal irrégulier, surtout en regardant à gauche. Faiblesse des masticateurs gauches, mâchoire déviée à gauche. Hypoesthésie notable du trijumeau gauche ; à gauche, parésie faciale (périphérique) et du voile du palais. Difficulté de déglutition, reflux nasal. Parole nasillée, dysarthrie. Langue déviée à droite. Tremblement des membres supérieurs, ataxie du gauche, démarche ataxique, titubante, tombe à gauche ; un mois après, aggravation : articulation, déglutition, voile pris en entier ; anesthésie complète de la cinquième paire gauche, mouvements des yeux à gauche plus faibles, sixième droite plus faible. Membres droits plus faibles, légère spasticité avec réflexes à droite. Babinski à droite, quelquefois à gauche ; quatre mois plus tard : sensorium pris, parole incompréhensible, alimentation par la sonde. Membres droits spastiques et faibles, gauches plus forts mais ataxiques. Babinski bilatéral. Toujours couché sur le côté gauche. Mort par troubles respiratoires. Gliome comme le précédent, de 4 centimètres de diamètre.

XVII (*Cas 16*). — Depuis quatre ans, surdité et bruits à gauche, deux ans après, vertiges, nausées, marche ébrieuse. Depuis deux mois vue baisse, céphalée frontale constante. Examen : surdité gauche, névrite optique intense, parésie du sixième gauche avec diplopie en regardant à gauche. Nystagmus fin et rapide les yeux tournés à droite, lent et gros en regardant à gauche. Légère hypoalgésie du cinquième gauche, et parésie du septième gauche (périphérique). Tremblement, les mains étendues. Membres : ataxie, surtout à gauche et surtout marquée au bras. Marche les jambes écartées, titube, dévie et tombe à gauche. Ne peut se tenir sur le pied gauche. Réflexes : tendineux plus forts à droite, abdominal manque à droite. Ablation d'un gliome de 4 centimètres de diamètre de la fosse postérieure gauche. Mort.

XVIII (*Cas 17*). — Homme, quarante-six ans. Depuis deux ans, surdité gauche avec bruits. Depuis deux mois, crises de vertige, croit tourner de droite à gauche, tombe à gauche. Démarche incertaine, chutes à gauche. Céphalée occipito-nucale, paresthésies face à gauche. Examen : à gauche, surdité (air et os), anesthésie cinquième paire, parésie septième paire (périphérique). Voile parésié à gauche, langue déviée à droite. Nystagmus lent et gros dans le regard à gauche, fin et rapide à droite. Pas de stase. Trois mois après, céphalée occipitale, névrite optique, déviation conjuguée des yeux à droite. Faiblesse de la sixième paire à gauche ; du même côté, les cinquième, septième, huitième sont plus atteints. L'ataxie augmente surtout à gauche. Ablation d'un gliome de 3 centimètres et demi sur deux et demi, situé dans l'angle ponto-cérébelleux gauche.

XIX (*Cas 18*). — Homme, quarante-deux ans. Il y a dix-huit mois, surdité gauche ; complète depuis neuf mois. Depuis un an, vomit, céphalée fronto-occipitale, deux mois après, vertiges. Objets déformés, tournent de gauche à droite. Puis, diplopie transitoire, marche incertaine, dévie à gauche. Depuis trois mois, mains pas sûres, vue baisse, difficulté d'avaler et d'articuler. Examen : surdité gauche, névrite optique intense, mouvements de latéralité des yeux très difficiles à gauche. Nystagmus lent et gros en regardant à gauche, irrégulier en regardant en haut et en bas. A gauche, légère parésie des cinquième (sensitive) et septième (à type périphérique), ataxie et adiadococinésie des membres gauches. Tremblement des mains, marche ébrieuse, pieds écartés, ne peut se tenir sur le gauche, dévie et tombe à gauche. Ablation d'une tumeur de 4 centimètres de l'angle ponto-cérébelleux gauche, les cinquième (sensitif), septième et huitième gauche sont détruits. Au bout de six mois, les vertiges ont disparu, l'ataxie est moindre, le nystagmus persiste.

XX (*Cas 19*). — Homme, trente-neuf ans. Marche devient incertaine. Depuis dix-huit mois, céphalée frontale, puis occipitale, vomissements, vertiges. Depuis un an, surdité gauche, vue baisse avec diplopie transitoire, parole lente, indistincte. Examen : névrite optique intense, rétrécissement du champ visuel. Mouvements latéraux diminués avec parésie du sixième gauche et nystagmus gros et lent à gauche, fin et rapide à droite. A gauche parésie des cinquième motrice et sensitive, septième inférieur, huitième et du voile à gauche. Langue tremble, déviée à gauche ; goût diminué à droite. Faiblesse des trapèze et sterno-mastoïdien gauche, faiblesse et ataxie des membres gauches. Tremblement des mains surtout gauche. Marche titubante, tombe à gauche, ne tient pas sur le pied gauche ; réflexes plus forts à droite. Babinski bilatéral. Ablation d'un fibrome situé à gauche de 3 centimètres et demi de diamètre. Six mois après, marche assez bien, mais dévie à gauche, vision meilleure.

XXI (*Cas 20*). — Depuis seize mois, marche ébrieuse. Depuis six mois, vertiges, les objets vont en sens opposé de celui où il tourne la tête, surdité droite, parfois diplopie, difficulté d'avaler. Une seule crise de céphalée avec vomissements. Examen : à droite, surdité (air et os), parésie des sixième et septième et du voile. Voit mal. Névrite optique intense, nystagmus gros et lent dans le regard à droile. Voix nasillée, difficulté d'avaler. Faiblesse des extrémités gauches, ataxie surtout gauche. Tremblement des mains. Réflexes exagérés à gauche, Babinski bilatéral. Marche ébrieuse, jambes écartées, dévie à droite, mais tombe à gauche. Cinq semaines après, augmentation de la névrite optique ; opération ; mort après le premier temps. Tumeur de 5 centimètres et demi sur 4 et 3 et demi de l'angle ponto-cérébelleux droit.

XXII (*Cas 21*). — Homme, trente ans. Depuis trois mois, céphalée surtout frontale, diplopie ; depuis quinze jours ne peut marcher, sensorium pris, parfois incontinence d'urines. Examen : pas de stase, très mauvaise acuité visuelle surtout à droite ; à gauche : parésie des cinquième (moteur), sixième et huitième. Marche incertaine, tend à tomber en arrière. Réflexes tendineux exagérés surtout à droite, Babinski à droite. Un mois plus tard : névrite optique très prononcée, surdité gauche, nystagmus dans le regard à gauche, cinquième pris dans ses branches sensitives, anesthésie linguale gauche. Les troisième, neuvième, douzième, sont pris à droite. Ataxie des membres surtout supérieurs et à gauche. Clonus bilatéral. Réflexes tendineux plus forts à droite. Ablation d'une grosse tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche. Mort douze jours après, de pneumonie ; la plus grande partie du néoplasme était restée en place, il s'agissait d'un fibrome situé au niveau du trijumeau.

XXIII-XXV [Fraenkel et Ramsay Hunt (1)]. — XXIII (*Cas 1* des auteurs). Femme, quarante-cinq ans, céphalée intense, progressive, vomissements, vertiges, hémiplégie gauche, progressive avec réflexes plus vifs. Paralysie du septième gauche avec modifications qualitatives des réactions électriques. Paralysie du sixième gauche. Diminution de l'ouïe surtout gauche, légers troubles de la parole. Ataxie statique, titubation, pupille gauche plus grande que la droite, réagissent bien. Stase papillaire, abaissement de la mémoire, crises de somnolence. Mort six ans après le début. Neuro-fibrome du volume d'un œuf de pigeon dans l'angle ponto-cérébelleux gauche. Le trijumeau adhérait à sa surface, l'auditif ne fut pas retrouvé.

(1) Fraenkel et Ramsay Hunt. *Med. record.*, t. LXIII, 1903, p. 1001.

XXIV (*Cas 2*). — Homme, quarante-six ans. Céphalée occipito-temporale gauche, tintements des oreilles gauches, puis vertiges, déséquilibration, vomissements. Un mois après, en quinze jours, la vue se réduit à la simple perception lumineuse, sans diplopie; douleurs dans les mâchoires supérieures. Stase papillaire surtout droite, mydriase, sans réactions pupillaires, nystagmus rotatoire, surdité gauche, convulsions cloniques dans le côté gauche de la face, hyposmie bilatérale. Ataxie statique et cinétique, dévie à droite. Léger tremblement des mains, exagération bilatérale des réflexes, irritabilité. Mort par typhoïde. Neurofibrome (paraît issu de l'auditif) gros comme un œuf de poule dans l'angle ponto-cérébelleux gauche, la cinquième paire est aplatie, non adhérente. Lésions anciennes corticales.

XXV (*Cas 5*). — Homme, quarante-deux ans. Tintements d'oreille, puis surdité gauche, céphalée, titube, vue baisse. Hémiasynergie et ataxie gauches, dévie à gauche. Parésie, septième gauche, paresthésies cinquième gauche, stase papillaire, exagération des réflexes. Opération, mort. Neurofibrome gros comme un œuf de poule dans l'angle ponto-cérébelleux gauche.

XXVI-XXVII [Oppenheim et Borchardt (1)]. — XXVI (*Cas 1* des auteurs). Homme, vingt-deux ans, douleurs, bourdonnements, surdité progressive droite, vertiges, titube des deux côtés, surtout en regardant en haut, titube des deux côtés, plusieurs chutes. Puis, violentes céphalées occipito-nucales irradiées aux épaules, surtout droite, raideur de nuque, vomissements. A vingt-quatre ans, vue baisse sans diplopie; un mois plus tard, examen : stase papillaire double, nystagmus, limitation des mouvements des yeux, à droite, aréflexie cornée droite. Troubles sensitifs face à droite, parésie, septième droite, avec diminution de l'excitabilité électrique, parésie et hyporéflexie du voile, légère adiadococinésie droite, réflexe patellaire droit plus vif, sans Babinski. Céphalée, vertiges, vomissements. Ablation d'une tumeur droite, grosse comme un œuf de poule (fibrosarcome, gliome en certains points) avec un morceau de l'hémisphère cérébelleux droit. Huit mois après les troubles ont disparu, vue normale, papilles : pas de stase, simple pâleur. Reste léger nystagmus dans les positions extrêmes et très légère adiadococinésie droite. L'ouïe est, elle aussi, améliorée.

XXVII (*Cas 2*). — Homme. Signes d'hypertension cranienne, paralysie du septième gauche avec réaction de dégénérescence, surdité gauche, parésie et aréflexie du voile, à gauche, limitation des mouvements des yeux des deux côtés, nystagmus surtout à gauche, blépharoclonus surtout droit, atrophie complète des deux nerfs optiques, adiadococinésie gauche. Ablation d'un fibrome gros comme une noix de l'angle ponto-cérébelleux gauche, avec un morceau de l'hémisphère cérébelleux; aussitôt, anesthésie complète du cinquième gauche, adiadococinésie plus forte, signes bulbaires, quatre mois après, disparition de ces derniers, et des signes d'hypertension, de l'anesthésie du cinquième. Restent : cécité, asynergie gauche, paralysie du septième gauche.

XXVIII [Oppenheim (2)]. — Homme, trente-huit ans. A l'automne de 1904, diminution de l'ouïe et bourdonnements de l'oreille droite, vertiges. Juin 1905, paresthésies dans le cinquième droit, parésie des masticateurs à droite, hypoacousie nerveuse droite, abaissement de la vue, nystagmus dans le regard à droite, légère névrite optique, aréflexie cornée droite, hypoesthésie faciale droite, légère parésie du septième droit, léger vertige cérébelleux. Opération. Mort. Très grosse tumeur refoulant fortement le bulbe et la protubérance à gauche.

XXIX [Alexander (3)]. (*Cas 3.*) — Femme, trente-six ans : quelques jours après accouchement, frissons, fièvre, céphalée, bourdonnements d'oreilles, surdité droite, vertiges, vomissements. Un mois après, paralysie du septième droit, trois mois plus tard, hypoacousie droite (air et os) sans lésion du tympan. Vertige rotatoire, avec tendance à chute à droite. Le nerf vestibulaire droit moins excitable que le gauche, vertiges, vomissements, douleurs dans la face, pupilles immobiles. Nystagmus rotatoire spontané des deux côtés. Deux mois après, surdité complète à droite, nystagmus spontané vers le côté sain. Appareil vestibulaire inexcitable. Mort. Neurofibrome gros comme un œuf de poule dans l'angle ponto-cérébelleux droit, englobant les septième et huitième nerfs, et agrandissant le conduit auditif.

XXX [Alexander et V. Frankl-Hochwart (4)]. — Homme, quarante-neuf ans, titube, vertiges, vomissements, céphalée, démence. Yeux : mouvements latéraux et vers le haut limités, nystagmus, névrite optique double, parésie sensitive et motrice du cinquième gauche, du septième gauche (périphérique), voile pris à gauche, surdité nerveuse gauche. Ne peut se tenir debout, chute à gauche. Réflexes plus vifs, à gauche, parole lente. Marche progressive, syncopes et convulsions faciales gauches. Mort. Neurofibrome de 2 centimètres de diamètre, de l'acoustique gauche, adhérant au septième et pénétrant dans le conduit auditif.

XXXI [Grinker (1)]. — Homme, vingt-quatre ans. Affaiblissement des membres gauches. Un mois après, céphalée fronto-occipitale droite, vertiges avec crises d'obnubilation, fatigabilité, vue baisse. Deux mois plus tard, titube, penche à gauche, stase papillaire. Un mois après, hémiparésie gauche, avec réflexes plus vifs, sans Babinski ni clonus, tremblement de la main, légère ataxie dynamique et statique des membres inférieurs, surtout gauches, démarche ataxique, tombe à gauche. Nystagmus dans les positions latérales du regard, septième inférieur gauche semble plus faible. Deux autres mois après, aréflexie cornée gauche, surdité nerveuse gauche ignorée du malade, cécité complète. Ablation d'un fibrome de l'acoustique gauche. Guérison : il reste cécité, quelques signes cérébraux et hernie cérébelleuse.

XXXII [Sorgo (2)]. — Femme, quarante-deux ans. Depuis six mois, vertiges, faiblesse des jambes, puis vomissements, céphalée occipitale, penche à gauche, surdité gauche, diplopie, vue baisse. Examen : stase et parésie de la sixième paire bilatérale, nystagmus horizontal, affaiblissement moteur, surtout dans les membres gauches. Romberg, exagération des réflexes patellaires, spasme de septième gauche et parésie du douzième gauche. Glio-fibrome de l'acoustique gauche, englobe le facial, aplatit le cinquième.

XXXIII [Lautz (3)]. — Homme, cinquante et un ans. Depuis cinq ans, surdité progressive. Depuis huit mois, émotion, céphalée violente droite et douleurs dans le côté droit de la face. En regardant à droite, diplopie et vertige. Raideur des extrémités droites, troubles de la parole, vomissements. Quatre semaines après, face se dévie, constipation. Examen : à droite, hypoesthésie cinquième, parésie septième (périphérique). Stase surtout droite, pupilles paresseuses, nystagmus, surtout dans le regard en haut, surdité surtout droite, langue déviée à droite, réflexe pharyngé aboli, parole indistincte, cordes vocales normales. Réflexes patellaires exagérés surtout droit. Babinski surtout à droite. Force assez bonne. Ecriture et marche ataxiques, Romberg. Cinq mois plus tard : grosse aggravation de la stase et de la titubation. Mort. Hydrocéphalie interne. Fibrosarcome mesurant 7 centimètres $\times$ 3,5 $\times$ 2,5, adhérant à l'auditif droit, se creusant une loge dans le cervelet, refoulant le bulbe et la protubérance à gauche.

XXXVI [Nonne (4)]. (*Cas 1.*) — Homme, quarante ans. Seize mois avant l'examen, céphalée, diminution intellectuelle, cinq mois plus tard, céphalée, vomissements, perte de connaissance, parésie transitoire du membre inférieur gauche. Puis, à droite : hypoesthésie cinquième avec aréflexie cornéenne, paralysie des sixième et septième (périphérique), hypoacousie nerveuse, titubation cérébelleuse, réflexes des membres inférieurs vifs. Babinski à gauche inconstant, stase papillaire progressive, liquide céphalo-rachidien hypertendu (53 centimètres d'eau) avec lymphocytose. Finalement, hypoacousie aussi à gauche, signes d'excitation dans septième gauche. Fibrosarcome de l'angle ponto-cérébelleux droit, comprimant les cinquième, sixième, septième, huitième droits, pénétrant dans la protubérance, jusque dans la moitié gauche.

XXXV [Raimiste (5)]. — Homme, quarante ans. Depuis un mois, bourdonnements d'oreille, surdité progressive gauche. Puis : céphalée nuque et tempe droite, quelques étourdissements, parfois avec perte de connaissance, crises de sanglots et de vomissements, après les crises, le langage reste parfois embarrassé, douleurs dans les cuisses et les épaules, tristesse, anaphrodisie, puis diplopie. Ex. : papillite double, nystagmus dans les mouvements latéraux des yeux qui sont incomplets, surtout vers la gauche, force générale et celle des yeux moindre à gauche, légère ataxie des membres gauches, secousses fibrillaires de la langue. Amélioration momentanée par le traitement mercuriel, puis, apparition de secousses dans le sourcil et paupière gauches, la dysarthrie augmente, les réponses deviennent incohérentes. Opération en deux temps, à deux mois d'intervalle pour tumeur de la fosse occipitale, mort le lendemain de la deuxième. Tumeur se creusant un lit aux dépens de l'hémisphère gauche du cervelet, du flanc gauche, du bulbe et de la partie inférieure de la protubérance.

---

(1) Oppenheim et Borchardt. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1907, p. 875.
(2) Oppenheim. *Neurol. Centralbl.*, 1906, p. 141.
(3) Alexander. *Zeitsschr, f. klin med.*, t. LXII, 1907, p. 447.
(4) Alexander et V. Frankl-Hochwart, *Arbeit aus d. neurol. Institute* Wien., t. XI, 1904, p. 385.

(1) Grinker. *J. nerv. and mental disease*, t. XXXVI, 1909, p. 302.
(2) Sorgo. *Monatssch. f. Ohrenheilk.*, 1901, p. 285.
(3) Lautz. Thèse de Munich, 1907.
(4) Nonne. *Neurol. Centralbl.*, 1907, p. 86.
(5) Raimiste. *Neurol Centralbl.*, 1908, p. 762-764.

XXXVI [Henneberg et Koch (1)] (*Cas 3*). — Homme, quarante-trois ans. Vertiges, céphalée transitoire, obnubilations, douleurs du côté droit de la face, tremblement des jambes. L'année suivante : démence, euphorie ; yeux : nystagmus rotatoire (comme l'aiguille d'une montre) bilatéral, même au repos. Névrite optique bilatérale avec amaurose à droite ; à gauche, elle n'est que partielle, pupille plus petite, ne réagit pas à la lumière. Parésie des sixième, septième (périphérique), huitième gauches. Rinne positif à droite, négatif à gauche. Diminution du goût à gauche (langue) et de la force de la main gauche, ataxie des extrémités gauches, réflexe patellaire plus fort à gauche. Titubation, augmente en joignant les pieds, non par l'occlusion des yeux. Céphalée occipitale, vertiges en regardant en haut, bruits dans l'oreille droite. La semaine suivante : léger ptosis droit, faiblesse, convergence de l'œil gauche, aréflexie cornée gauche, abolition des réflexes patellaires et achilléens. Un an après : dort beaucoup, cécité presque complète, Argyll complet à gauche, partiel à droite. Paralysie du sixième gauche, parésie du sixième droit. Percussion occipitale sensible, réflexes patellaires très faibles. Vingt mois après : parésie du voile, difficulté de déglutition, réflexes patellaires abolis, dysurie, marche et station debout impossibles (chutes). Deux mois après : deux ictus avec 40 pulsations par minute. Le mois suivant : conjonctivite gauche, spasme clonique de l'orbiculaire gauche. Hypoesthésie de la cinquième gauche, céphalée fronto-occipitale, sensation de froid dans les extrémités gauches, plusieurs crises de perte de connaissance durant jusqu'à une heure. Mort dans l'une d'elles douze ans après le début. Fibrogliome de l'angle ponto-cérébelleux gauche de 6 centimètres de long sur 4-5 de large, adhérant aux cinquième, septième et huitième nerfs ; le cinquième gauche est plus mince que le droit. Hydrocéphalie intense considérable.

XXXVII-XXXVIII [Ziehen (2)] (*Cas 1*). — Femme, trente-deux ans. Céphalée, vomissements. Près de deux ans après, vue baisse, titubation, faiblesse. Puis troubles vésicaux, faiblesse progressive du bras gauche. Examen (trois ans après le début) : yeux : double stase avec atrophie papillaire, nystagmus, ophtalmoplégie surtout dans le regard à gauche. Hypoesthésie de la cinquième gauche, aréflexie de la cornée gauche, hypoacousie gauche (Rinne négatif à gauche, Weber latéralisé à droite). Langue déviée à gauche, atrophiée surtout à gauche, trémulations fibrillaires, ébauche de parésie de la septième paire. Parésie marquée des quatre extrémités, hypertonie gauche, ataxie des membres supérieurs surtout gauches, ataxie statique. Réflexes : biceps du bras droit O, patellaires O à droite, faible à gauche. Achilléen quelquefois clonique à gauche. Babinski intermittent à gauche, parfois respiration de Cheyne-Stokes. Douleurs à la percussion du crâne à gauche et surtout de la mastoïde. On avait, en outre, observé une crise convulsive d'une demi-minute dans la face et le bras gauche avec nystagmus horizontal à droite. Tumeur grosse comme une petite pomme adhérente au huitième gauche.

XXXVIII (*Cas clinique*). — Femme, quarante-deux ans. Vertiges, chute à droite et en avant. Huit à neuf vertiges par jour avec céphalée, vomissements, diplopie. Stase papillaire d'abord droite, nystagmus horizontal, surtout en regardant à droite, convergence et autres mouvements des yeux bons. Légère diminution de l'acuité visuelle. Aréflexie cornée droite, hypoesthésie dans la cinquième droite, crises de faiblesse dans la septième droite, hypoacousie droite sans lésions de l'oreille moyenne, Weber latéralisé à gauche. Langue déviée à droite. Romberg, titubation, dévie à droite en marchant, peut se tenir sur un pied. Réflexe radial droit plus fort que le gauche. Opération : tumeur de l'acoustique droit.

XXXIX [Diller (3)] (*Cas 1*). — Homme, vingt-huit ans. Céphalée, titubation. Un mois après, vue baisse, vertiges. Quelques mois après, difficulté de parler et d'avaler, parésie des masticateurs gauches, céphalée surtout occipitale, vomissements. Au bout d'un an, examen : surdité surtout gauche, léger nystagmus. Parésie du masséter gauche. Parole indistincte, salivation. Langue déviée à gauche, anesthésie surtout à gauche. Membres : hypoesthésie et paresthésie à gauche, parésie motrice droite, réflexes patellaires exagérés. Babinski à droite. La surdité et la cécité se complètent, on voit : parésie des sixième et septième gauches, quelques crises de délire hallucinatoire. Mort avec troubles respiratoires. Sarcome gros comme une noix, paraît né des méninges cérébelleuses, aplatit et refoule le bulbe et la protubérance.

XL-XLI [Hartmann Fritz (4)] (*Cas 1*). — Homme, cinquante-six ans. Depuis cinq ans, nausées et raideur de nuque, récemment céphalée occipitale, raideur et paresthésies des jambes, vertiges. Examen : pupilles réagissent bien, la droite plus grande que la gauche, parésie des septième et huitième gauches et du voile. Langue déviée à droite, tremblements fibrillaires. Marche cérébello-ataxique. Romberg, exagération des réflexes patellaires, surtout droit. Collapsus, mort par pneumonie. Sarcome de l'angle ponto-cérébelleux gauche, gros comme un œuf de poule, adhérent à la dure-mère.

XLI (*Cas 2*). — Femme, trente-neuf ans. Céphalée intermittente, surdité droite progressive, deux ans après, affaiblissement du côté droit, vertiges, les objets tournent du côté droit. Dix-huit mois plus tard, difficulté de garder l'équilibre, puis, parole difficile, et vue baisse. Examen : céphalée frontale gauche avec douleur à la percussion, qui donne un son moins clair dans la région fronto-pariétale gauche. Exophtalmie bilatérale, mouvements lents, difficiles, par à-coup, avec nystagmus et parésie dans le regard latéral surtout droit, diplopie dans les positions extrêmes. Pupille droite plus grande, réagit peu, la gauche pas, à la lumière, accommodation et convergence bonnes. Stase papillaire récente à gauche et névrite optique double. Parésie du septième gauche (inférieur), langue parésiée dans les mouvements latéraux surtout gauche, voile dévié à gauche, tremblements fibrillaires de la langue et du voile. Faiblesse des masticateurs bilatéraux, exagération du réflexe massétérin, mouvements de la tête lents, nerfs occipitaux douloureux à la pression, surtout à gauche. Parole lente, basse, monotone, hypoesthésie à tous les modes dans la cinquième droite. Surdité complète à droite, conductibilité osseuse moins bonne à gauche. Parésie motrice des membres droits, avec hypoesthésie pour les sensibilités profondes du même côté, atrophie du membre supérieur. Exagération des réflexes des coudes et genoux, les abdominaux et plantaires existent. Parésie des muscles du tronc. Marche parétique, et un peu cérébello-ataxique, écarte les jambes ; en fermant les yeux, vertiges et sensation de chute à droite. Légère somnolence, deux mois après, sensorium pris, affaiblissement des réflexes patellaires, troubles de déglutition, raideur de nuque. Deux autres mois après, mort par bronchite. Tumeur de 4 centimètres de diamètre, dans l'angle ponto-cérébelleux droit, n'adhérant qu'au huitième.

XLII [Lloyd (1)]. — Femme, quarante-huit ans. Depuis trois mois, nausées, vomissements, vertiges, dont l'un si fort qu'il détermina la chute, et fut suivi de diplopie et strabisme ; puis, vue baisse à gauche, céphalées variables, marche très incoordonnée. Examen : neurorétinite hémorragique bilatérale, parésie progressive des sixième surtout gauche, de l'orbiculaire palpébral gauche, du huitième gauche. Marche ataxique, entraînée de côté. Pas de troubles sensitifs, ni paralytiques. Surdité gauche et cécité deviennent complète, marche impossible. Mort, seize mois après le début. Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche, grosse comme un œuf de poule, adhérente à l'os pétreux, dans lequel elle se creuse une cavité, refoule le bulbe et la partie postérieure de la protubérance.

XLIII [Weber (2)]. — Homme, quarante-deux ans. Huit jours après une chute sur les pieds, céphalée, puis, vertiges, diplopie en regardant en bas. Examen trois mois après : pupille droite plus grande, réagissent bien, nystagmus horizontal surtout dans le regard latéral, sixième gauche faible, stase papillaire droite. A gauche, paresthésie dans la cinquième paire, trouble du goût au bout de la langue, hypoacousie. Exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, l'abdominal plus fort à droite. Romberg. Un mois après : stase apparaît à gauche, paresthésies gagnent la face à gauche, céphalée occipitale gauche. Un autre mois plus tard, vertige avec chute, léger ptosis bilatéral, paresthésies de la langue à gauche, douleur à la percussion temporale gauche. Le mois suivant, dysphagie avec reflux par le nez, et paralysie du voile à droite, céphalée bilatérale, réflexe patellaire droit plus fort. Un mois après, cécité par stase complète à droite, moindre à gauche, ptosis droit, parésie sixième gauche, et hyporéflexie cornée gauche nystagmus au regard à droite, faiblesse de la convergence, hypoesthésie cinquième gauche, hyposmie gauche ; à droite, parésie du septième et du voile. Ataxie cérébelleuse, debout, penche à droite ; réflexes exagérés à droite avec clonus, orteil en flexion. Opération. Mort. Dans l'angle ponto-cérébelleux gauche fibro-cystome gros comme une petite pomme, né des méninges, se creuse une loge dans le cervelet, refoule fortement le tronc cérébral, aplatit les nerfs cinq-neuf gauches, les cinq-sept droits sont très minces.

XLIV [Gierlich (3)] (*Cas 2*). — Femme, vingt ans. Céphalée légère, vertiges, diminution de l'odorat, qui devient complète, atrophie optique bilatérale. L'année suivante, titubation, ataxie cérébelleuse, diminution du goût à droite. Deux ans après, cécité presque complète, astasie, chutes à droite : à droite, paresthésies de la face, anosmie, hypoacousie, goût aboli (à gauche, il est diminué). Parésie spastique gauche, membres et facial inférieurs,

(1) HENNEBERG et KOCH. *Arch. f. Psych.*, 1903, t. XXXVI, p. 251.
(2) ZIEHEN. *Med. Klin.*, 1905, nos 34-35.
(3) DILLER. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1907, t. XLIX, p. 312.
(4) HARTMANN FRITZ. *Ztschr. f. Heilkunde*, 1902, t. XXIII, p. 391.

(1) LLOYD. *Journ. of nerv. a mental disease*, t. XXVII, p. 103, 1900.
(2) WEBER. *Munch. med. Woch.*, 1908, t. I, p. 418.
(3) GIERLICH, *Deutsch. med. Wochenschr*, 1908, p. 1800.

ne peut regarder à droite, tête penchée à gauche. L'année suivante : crises de perte de connaissance avec raideur des membres, occiput douloureux à la percussion, surtout à droite, clonus et Babinski à gauche, aréflexie cornéo-conjonctivale droite, réflexe variable à gauche. Mort, près de quatre ans après les premiers symptômes. Neurofibrome du neuvième nerf droit de 4 centimètres de longueur, les autres nerfs craniens aplatis mais libres, énorme hydrocéphalie ventriculaire, les premières et deuxièmes paires sont aplaties par l'infundibulum.

XLV [V. Monakow (1)]. — Homme, trente-sept ans. Céphalée, surtout dans la région mastoïdienne droite, vertiges intermittents, penche à droite, ataxie cérébelleuse, surdité droite, parésie de septième droite, hyperesthésie dans la cinquième droite, dysarthrie. Examen au bout de neuf mois : stase papillaire double, ne peut regarder à droite, convergence bonne. Du même côté : hypoesthésie dans la cinquième paire, surdité presque complète, paralysie faciale périphérique avec spasme, diminution de l'excitabilité faradique, le septième gauche très légèrement pris. Marche titubante vers la droite, vertiges, rotatoires de gauche à droite, dysarthrie, très léger tremblement de la main droite. Légère asthénie des membres droits avec hypoesthésie pour tous les modes, astéréognosie, paresthésies, diminution des réflexes, mais pas d'hémiplégie ni d'ataxie. Douleur à la percussion de la région mastoïdienne droite. Pas de vomissements. Crises de délire, suicide. Tumeur grosse comme un œuf de poule dans la fosse cérébrale postérieure droite, s'énuclée très facilement, réduit le septième des 2/3 (sans dégénération), le huitième à l'état filiforme, lésions importantes de la protubérance.

XLVI [Velhagen (2)]. — Femme, dix-sept ans. Hypoacousie droite, mais lésions de l'oreille moyenne surtout droite. Vue baisse légèrement, on trouve grosse stase papillaire double. On diagnostique une tumeur cérébrale, sans localisation. Un an après, ne voit plus la lumière, la stase se change en atrophie, la surdité devient complète à droite, moindre à gauche. Trois ans plus tard, elle ne marche plus, à cause de faiblesse des jambes, surdité complète à gauche, névralgies violentes du cinquième droit, dysarthrie progressive jusqu'à impossibilité de parler, troubles intellectuels. L'année suivante, raideur, convulsions, les derniers jours, est couchée à gauche, bras gauche accolé à la poitrine, sans connaissance, aréflexie des cornées et conjonctives, mouvements horizontaux des yeux, parésie atrophique du septième droit, Babinski à gauche, incontinence d'urines. Mort avec escarres, près de cinq ans après le début. Neurofibrosarcome de l'acoustique droit, gros comme un œuf de poule. Grosse hydrocéphalie ventriculaire.

XLVII [Puschmann (3)]. — Homme, trente et un ans. Il y a dix-huit mois, vertiges en se penchant et en courant ; six mois après, démarche incertaine, céphalée fronto-occipitale droite ; de temps à autre, vomissements. Puis troubles de la parole et de la déglutition. Examen : douleur à la percussion au-dessus de l'œil droit ; dans les vertiges, les objets tournent de gauche à droite. Nystagmus horizontal, paralysie de la sixième droite, pas de stase, mais coloration blanche des papilles d'abord à gauche du côté nasal, puis à droite. Congestion fréquente de la conjonctive droite. Hypoesthésie du cinquième droit, un peu dans le gauche. Parésie du septième droit périphérique, diminution de l'excitabilité, puis atrophie surtout des lèvres. A la fin, parésie du septième gauche. Parésie du voile du palais à droite, langue déviée à droite, goût troublé à la pointe des deux côtés, dysarthrie. Romberg, titubation, marche ataxique, tombe à droite. Exagération des réflexes tendineux des deux côtés, clonus. Babinski (à gauche, extension permanente des orteils). Légère hypoesthésie de l'avant-bras gauche, puis parésie des jambes, gauche puis droite. Priapisme. Opération. Mort. Cholestéatome comme un œuf de poule né des méninges protubérantielles, occupe l'angle ponto-cérébelleux droit, comprime les nerfs de 2 à 8 inclusivement.

XLVIII [Weisenburg (4)]. (*Cas 1.*) — Homme, quarante-quatre ans. Convulsions puis hémiparésie droite, céphalée, vertiges progressifs, titubation, surtout à gauche. Vue baisse, paralysie de la sixième gauche. Puis surdité progressive gauche, difficulté de parler et d'avaler. Examen : pupille gauche plus grande que la droite, réactions bonnes puis moins bonnes. Nystagmus en regardant en haut, double atrophie optique, surtout gauche, paralysie du sixième gauche. Occiput dirigé vers l'épaule gauche et en bas. Faiblesse passagère de la septième gauche, surdité nerveuse, paralysie du voile du palais et de la corde vocale à droite. Hémiparésie droite spastique avec exagération des réflexes et Babinski bilatéraux. Marche ataxique, tombe à gauche et en arrière, ataxie des membres gauches, légère à droite, augmente par l'occlusion des yeux. Sens stéréognostique bon. A la fin, troubles intellectuels, parole inintelligible. Sarcome des os occipital et pétreux gauches, comprimant cervelet, pédoncules, protubérance et bulbe.

(1) V. Monakow. *Berl. klin. Woch.*, 1900, p. 721.
(2) Velhagen. *Fortschritte der Medicin*, 1909, p. 257.
(3) Puschmann. *Deut. med. Wochen.*, 1906, t. I, p. 836.
(4) Weisenburg. *Journ. amer. med. Assoc.* t. L, p. 1251.

XLIX [Rose (1)]. — Femme, cinquante-six ans. En deux ans, progressivement diminution de l'ouïe, surtout à gauche, céphalée violente, vomissements, titubation, baisse visuelle, stase papillaire double, aréflexie de la cornée gauche, hypotonie des extrémités droites, sens des attitudes moins bon à droite. Réflexes normaux. Diagnostic : tumeur du huitième gauche. Opération, rien. Quinze jours après, mort par pneumonie. Gliome de l'acoustique gauche de 6 centimètres de long, le facial y est adhérent.

L-LII [Rubritius (2)]. (*Cas 4.*) — Hypertension intracranienne à droite, aréflexie cornéenne, troubles de sensibilité du cinquième, parésie du septième, surdité. Ataxie cérébelleuse, ataxie statique des membres supérieurs. Opération : kyste hémorragique substitué à tout l'hémisphère droit du cervelet. Guérison, sauf de l'aréflexie cornéenne, et de l'atrophie du nerf optique droit.

LI (*Cas 2*). — Même tableau clinique avec en plus du nystagmus. Opération. Mort. Neurofibrome de l'angle ponto-cérébelleux droit, refoulant fortement la protubérance à gauche.

LII (*Cas 3*). — Hypertension intracranienne, surdité droite, parésie du septième droit. Hémiparésie droite avec hypotonie, ataxie cérébelleuse. Ablation d'un neurofibrome de l'angle ponto-cérébelleux droit. Guérison.

Voici donc cinquante-deux observations de tumeurs solitaires de l'angle ponto-cérébelleux, avec vérification chirurgicale ou nécropsique. Nous ne tenterons pas de dresser une statistique des symptômes, ni d'apprécier la fréquence de chacun d'entre eux. D'abord notre bibliographie est loin d'être complète ; nous n'avons rapporté que les cas résumés par nous-mêmes d'après le travail original ; ne pouvant, à notre grand regret, remonter à la source pour certains, nous avons préféré les passer sous silence. D'autre part, beaucoup de symptômes demandent à être cherchés ; pour ne citer qu'un exemple, Grinker (obs. XXXI) trouve une surdité nerveuse unilatérale qui était ignorée du malade. On comprend, dès lors, que, suivant la manière dont il attirera plus ou moins l'attention, tel symptôme considéré comme fréquent par ceux qui le recherchent systématiquement, pourra passer inaperçu d'autres observateurs. De plus, certains symptômes peuvent être, pendant un temps plus ou moins long, transitoires, intermittents, ou varier d'intensité d'un examen à l'autre. Car les tumeurs qui nous occupent ont une évolution capricieuse. Leur mode de début varie d'un malade à l'autre, quoique certains symptômes (hypoacousie) soient plus fréquemment que d'autres les premiers en date. Puis, le tableau se complète, progressivement, aucune règle immuable ne semblant présider à l'ordre d'apparition des symptômes. Même variabilité en ce qui concerne l'évolution des accidents : la marche se fait par à-coup irréguliers, avec des phases stationnaires, ou même des améliorations, spontanées ou provoquées (v. les obs. IV, VIII, avec améliorations spontanées et l'obs. XXXV, où elle fut obtenue par le traitement mercuriel).

D'une manière générale, en parcourant les observations, on y rencontre réunis, trois ordres de symptômes : 1° des signes d'hypertension intracranienne ; 2° des signes de localisation mésencéphalique ; 3° enfin, des signes d'irritation des voies motrices et sensitives. Examinons brièvement les éléments constituants de chaque catégorie.

1° Signes d'hypertension intracranienne. — Ce sont : la céphalée, les vomissements, les vertiges,

(1) Rose. *Berl. klin. Woch.*, 1908, p. 2103.
(2) Rubritius. *Wien. klin. Woch.*, 1909, p. 41.

et surtout la stase papillaire, ou la névrite optique qui en est la conséquence, signes communs à toutes les tumeurs cérébrales. Il est indispensable de rencontrer au moins l'un de ces signes pour pouvoir porter le diagnostic de tumeur, à moins que la ponction lombaire n'ait permis de constater directement l'hypertension (obs. V, X et XXXIV) avec absence d'éléments figurés.

Le siège de la *céphalée* est le plus souvent occipital avec, dans certains cas, irradiation à la nuque et même aux épaules (obs. XIII, XIV, XVIII, XXVI, XXXV, XL, XLI). Dans d'autres cas, il occupe le front seul (obs. XXII), le front et l'occiput (obs. I, II, XXXI, XLI, XLVII), la nuque et la tempe droite (obs. XXXV); le siège peut même varier, chez le même malade, à différentes époques de l'évolution (obs. XX, frontale puis occipitale; XXXVI, occipitale puis s'étend au front; XLIII, occipitale puis généralisée). On ne peut donc compter sur la céphalée comme symptôme de localisation : certains auteurs attacheraient plus d'importance à la douleur provoquée par la percussion du crâne, en un endroit précis, ainsi qu'à l'obscurité locale du son, quand elle existe : plusieurs des faits que nous venons de citer montrent le peu de sûreté des indications que l'on peut parfois recueillir par la percussion du crâne.

Souvent, le malade dévie en marchant ou même tombe du côté de la tumeur; d'autres fois, du côté opposé (obs. XLIII, penche à droite, tumeur est à gauche; obs. XLVII, chute à droite, tumeur à gauche), ou bien (obs. XVIII) le malade dévie à droite, mais tombe à gauche. Stewart Grainger et Gordon Holmes), attachent une certaine importance au sens dans lequel le malade croit tourner et voit les objets tourner, nous y reviendrons à propos du diagnostic différentiel entre les tumeurs extra et intraprotubérantielles.

2° Signes de localisation mésencéphalique. — Dans toutes les observations qui précèdent, figurent des *troubles dans le domaine de plusieurs nerfs craniens, du même côté que la tumeur* : presque toujours, il s'agit des cinquième, sixième, septième et huitième paires. Souvent, les malades accusent la diplopie et le strabisme interne qui révèlent la paralysie de la sixième paire, d'ailleurs fréquemment variable d'un examen à l'autre, et même transitoire, plus souvent aussi, simple parésie ou affaiblissement, que paralysie véritable; mais la sixième paire est atteinte dans trop d'affections diverses (méningites de la base, néoplasmes d'autres régions que la protubérance, etc.) pour qu'on puisse lui accorder une bien grande valeur. Il en est autrement des troubles des cinquième, septième et huitième paires, qui ont une grande importance, mais demandent souvent à être cherchés.

Pour la cinquième paire, il s'agit moins de parésies motrices qui, cependant, existent parfois (obs. XVI, XX, XXII, XXVIII, XXX, XXXIX, XLI), que de troubles sensitifs : paresthésies ou même névralgies, hypoesthésie plus ou moins marquée d'une, deux ou des trois branches du nerf, enfin, il faut particulièrement rechercher l'aréflexie de la cornée, qui peut exister seule, alors que la sensibilité de la face est intacte et qui, pour certains, dont le professeur Oppenheim, est un signe de grande importance, et que nous trouvons notée dans un grand nombre d'observations.

Pour la septième paire, elle est prise dans 36 de nos observations, il s'agit, d'un simple affaiblissement soit d'une paralysie véritable avec modifications des réactions électriques, soit de spasmes indiquant l'excitation du nerf (obs. V, XXIV, XXX, XXXI, XXXIV, XLIV, XLV).

L'hypoacousie est souvent le premier symptôme, c'est un signe de grande valeur lorsqu'elle n'est pas accompagnée de lésions de l'oreille moyenne. Il faut compléter l'exploration de la huitième paire par l'épreuve de Barany, l'étude du vertige voltaïque et l'épreuve de la centrifugation, qui permettent de reconnaître la participation dn nerf vestibulaire. Nous aurons à revenir sur ce point important.

Parfois, les paralysies des nerfs craniens ne sont pas strictement unilatérales : en particulier, la surdité finit souvent par devenir bilatérale, après avoir débuté du même côté que la tumeur : dans l'observation VII (cas 2 de Lépine) nous voyons, en outre, notée la paralysie des sixième et septième paires du côté opposé à la tumeur. Dans l'observation VIII, nous voyons pris septième gauche, huitième et douzième droites. Dans le cas 21 de Stewart Grainger et Gordon, la constatation de troubles dans le domaine des troisième, neuvième, douzième droite n'a pas empêché les auteurs de rechercher la tumeur à gauche, où elle était réellement ; dans l'observation XXXIV (Nonne) les signes de localisations indiquant le côté droit, l'auteur note l'apparition tardive de surdité gauche et de signes d'excitation dans le facial gauche : la tumeur, située à droite, creusait la protubérance et atteignait sa moitié gauche, en dépassant la ligne médiane. Lorsqu'elle est tardive, la bilatéralisation des paralysies des nerfs craniens ne paraît pas devoir modifier le diagnostic, mais indiquer que la compression augmente : sa signification serait donc surtout pronostique.

L'examen des yeux peut encore donner trois signes d'inégale importance : la déviation conjuguée des yeux, notée dans l'observation XIV, où elle se fait en même sens que la tumeur, et l'observation VIII, où elle se fait en sens opposé à celui de la tumeur; la parésie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires, du côté de la tumeur (obs. III, IV, XII, XIII, XV, XVI, XIX, XXVI, XXVIII, XXXV, XLI) ou bilatérale, mais avec prédominance du côté de la tumeur. Ce symptôme complète, avec l'hypoacousie et l'aréflexie cornéenne, la triade d'Oppenheim, triade localisatrice des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Même lorsque la parésie des mouvements associés existe également pour le regard à droite et à gauche, sans prédominance nette pour un côté, sa constatation a une importance que nous aurons à discuter, comme signe de localisation mésencéphalique. Le nystagmus latéral, lorsqu'il n'est pas paralytique, aurait la même signification qu'une paralysie associée (Sauvineau), nous aurons à y revenir,

Assez souvent, les observations mentionnent le tremblement des membres supérieurs, des troubles de la parole, de la déglutition, avec paralysie partielle du voile et de la langue, hypoesthésie de la muqueuse de la langue et des joues : ces signes, d'importance moins considérable, viennent cependant indiquer l'atteinte du mésencéphale.

Quant aux troubles de l'équilibre, ils sont très fréquents, ainsi que l'asynergie et l'adiadococinésie. Dans un certain nombre d'observations, nous voyons

indiqué que le malade ne peut se tenir à cloche-pied, sur la jambe de même côté que la tumeur, souvent l'ataxie n'existe que du côté atteint ou, tout au moins, prédomine de ce côté (chercher en particulier l'adiadococinésie et la dysmétrie des mouvements).

3° SIGNES D'IRRITATION DES VOIES MOTRICES ET SENSITIVES. — Ils peuvent manquer, ou offrir les plus grandes variations ; contrairement à ce qu'on serait en droit d'attendre, ils peuvent être homolatéraux : dans notre observation III existait une hémiparésie spasmodique droite avec crises jacksoniennes du même côté, alors que le néoplasme siégeait à droite, ce qu'indiquaient la kératite neuro-paralytique et le début de la surdité à droite. Voici, à titre de document, un fait analogue :

LIII [Putnam et Waterman (1)]. (*Cas 1.*) — Homme, soixante ans. Surdité droite. Quatorze mois après, crises de vertiges, de dix à quinze minutes, de plus en plus fréquentes. Examen à soixante-deux ans : vertiges presque constants, se plaint depuis plusieurs mois, de céphalée progressive et de faiblesse des membres droits avec difficulté de la marche. Double stase papillaire, à droite paralysie des cinquième (sensitive), sixième, septième (inférieure), huitième ; tympan normal, pas de perception aérienne ni osseuse. Rien à gauche. Motilité diminuée au membre supérieur droit, avec légère ataxie, hypoesthésie pour tous les modes (sensibilité superficielle et profonde) du tronc et des extenseurs droits. Réflexes abdominaux, épigastriques, crémastériens plus forts à gauche. Devient somnolent, incontinence des sphincters. Une double opération dans la région rolandique gauche n'a d'autre résultat que d'amener une hémiplégie avec aphasie. Mort cinq semaines plus tard. Endothéliome de 3 centimètres et demi longueur, 3 centimètres un quart largeur, 3 d'épaisseur situé le long de l'os pétreux, sous la tente du cervelet, jusqu'à l'apo-clinoïde postérieure du côté droit, refoule à gauche la protubérance et comprime le côté gauche contre l'os.

C'est à cette compression que les auteurs attribuent la paralysie homolatérale.

En résumé, la lecture des observations nous conduit à cette conclusion que le diagnostic des tumeurs de l'angle ponto cérébelleux repose sur la constatation de signes d'hypertension intracranienne, associés à l'existence de paralysies unilatérales (du même côté que la tumeur) des nerfs craniens, surtout cinquième, septième et huitième, avec une évolution progressive.

La paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires, prédominante du côté de la tumeur, sinon unilatérale, a une importance qui a été bien mise en lumière par Oppenheim. La constatation d'autres signes bulbo-protubérantiels ou cérébelleux (tremblement des mains, troubles de la parole, de la déglutition, parésie de la langue et du voile du palais, hypoesthésie de la muqueuse buccale, marche titubante, cérébelleuse, asynergie, adiadococinésie), viennent souvent affermir le diagnostic : l'asynergie et l'adiadococinésie prédominent d'ordinaire du côté de la tumeur, quand elle ne sont pas latéralisées de ce côté. Enfin, les troubles des voies motrice et sensitive des membres, ne présentent pas de caractères assez constants pour pouvoir servir au diagnostic. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 MAI 1911)

La lutte contre l'hérédo-syphilis. — M. PINARD analyse un travail de M. Ch. Leroux sur la lutte antisyphilitique à Furtado-Heine. Cette lutte est actuellement insuffisante. On peut et il faut faire mieux. M. Leroux a pu suivre 136 ménages qui ont donné naissance à 413 enfants. Sur ces 413 enfants, on compte 207 vivants et 206 morts. L'hérédo-syphilis peut être d'origine paternelle, d'origine maternelle ou double. On observe, dans son évolution, de grandes variétés suivant l'ancienneté de la syphilis des parents, le nombre de grossesses, etc. Dans cette lutte contre l'hérédo-syphilis, il faut faire l'éducation des parents, il faut soigner les générateurs. Il faut prendre la direction morale et thérapeutique des familles. M. Leroux a pu suivre ainsi à Furtado-Heine 150 familles et, en s'en occupant spécialement, en les faisant revenir à date fixe, en les soumettant à un traitement mercuriel prolongé, il est arrivé à de très intéressants résultats. Mais à côté de cas favorables, que d'insuccès, grâce à la difficulté de convaincre le père, grâce à la négligence des parents.

M. Pinard félicite hautement M. Leroux de ses louables efforts et de la persévérance qu'il a mise à suivre la croisade entreprise par notre maître Fournier, auquel il rend un légitime hommage et dont il loue le nouvel ouvrage intitulé : *A propos du traitement de la syphilis héréditaire, quatre fautes à ne pas commettre.*

La première de ces fautes commises par les parents est l'acte même de donner naissance à des syphilitiques.

Tout en rendant justice aux efforts de M. Fournier, M. Pinard ne partage pas l'opinion qu'il a émise sur le moindre danger de la syphilis d'origine paternelle, la mère restant saine. D'après ses propres observations, M. Pinard croit au contraire que c'est le père qui est le principal et le plus fréquent agent de la propagation syphilitique.

Nouveau procédé de radiumthérapie, l'introduction de l'ion radium, dans les tissus pathologiques sans effraction de l'enveloppe tégumentaire. — M. BÉCLÈRE lit un rapport sur un travail du docteur Haret, assistant de radiothérapie à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce procédé consiste à employer l'électrolyse pour faire pénétrer le radium, sous forme d'ions, au travers de la peau, dans l'intimité de chacun des éléments cellulaires des néoplasmes.

Sa technique tient dans la formule suivante :

Application sur la région malade de l'électrode positive constituée par une compresse imbibée d'une solution de 10 microgrammes de bromure de radium, passage d'un courant de 10 milliampères pendant trente minutes, trois séances par semaine.

Cette nouvelle méthode de radiumthérapie n'est encore qu'à ses débuts, mais elle autorise dès maintenant de sérieuses espérances. Elle a jusqu'à présent été employée seule, mais on peut prédire qu'il y aura souvent avantage à combiner son emploi avec celui des irradiations de Röntgen et que le domaine de ses applications s'étendra comme celui de ces dernières.

Un médecin américain a dit depuis longtemps des sels de radium qu'ils représentent l'édition de poche de l'ampoule de Röntgen. Les recherches expérimentales et cliniques du docteur Haret permettent de modifier en la complétant cette définition.

L'ion radium, introduit par l'électrolyse dans les tissus sous-cutanés, représente l'édition microscopique et intracellulaire de l'ampoule de Röntgen.

Du traitement chirurgical de l'épilepsie. — M. PICQUÉ lit un travail sur ce sujet. Il distingue tout d'abord l'épilepsie traumatique de l'épilepsie essentielle ou héréditaire qu'un traumatisme peut compliquer. L'examen de 257 épileptiques a montré la faible proportion de l'épilepsie héréditaire (4 cas sur une série de 185 cas). Il y a, par contre, une grande proportion de maladies infectieuses, en particulier de la fièvre typhoïde et du rhumatisme. Il résulte de cette statistique qu'il faut observer de près les malades, se servir au besoin de la ponction lombaire, de la radiographie et réserver l'opération, selon la règle de Lucas-Championière, aux épilepsies traumatiques.

Election. — M. WÜRTZ est élu par acclamation directeur du service de la vaccine en remplacement de M. Kelsch.

(1) PUTNAM et WATERMAN, *Journ. of nerv. and med. disease*, 1906, t. XXXIII, p. 297.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMATIA ALBA DOLENS [1]

FORMES CLINIQUES. — Nous avons déjà mentionné toute une série de formes que l'on peut rencontrer dans la phlegmatia des accouchées : forme à début embolique, forme à bascule, etc., signalons sans y insister, une forme fruste.

D'après la *prédominance de certains symptômes*, on a décrit une forme infectieuse (avec phénomènes septiques et état typhoïde), une forme lymphangitique; d'*après le siège*, une forme bilatérale, et une forme du membre supérieur; d'*après la durée*, une forme prolongée. Récemment M. Hirtz (Soc. méd., 2 mai 1911) a attiré l'attention sur certaines formes de *phlébites interminables, avec embolies multiples* pouvant durer jusqu'à vingt mois et provoquant par les multiples embolies qui les accompagnent, des pneumonies à répétition dont l'origine véritable est souvent méconnue.

Beaucoup plus intéressantes sont les formes cliniques suivant la *cause*; il nous faut surtout signaler les types suivants :

La **phlébite typhique** s'observe surtout pendant la convalescence de la fièvre typhoïde; il n'est pas rare à l'occasion de son apparition de noter une légère ascension thermique, et M. Morellet, qui a étudié récemment ces phlébites, a constaté que leur apparition coïncidait avec une *nouvelle phase septicémique éberthienne*, notion du plus haut intérêt. M. Chantemesse a signalé la fréquence de l'apparition de la phlegmatia chez des typhiques qui, ayant présenté des accidents hémorragiques, avaient reçu une dose assez élevée de chlorure de calcium. M. Chantemesse a fait encore intervenir dans la pathogénie de cette phlegmatia, le rôle toxique du chlorure de sodium, et a préconisé le régime déchloruré pendant toute la durée de cette complication. Cette phlébite guérit en général en un mois.

La **phlébite rhumatismale** a été bien étudiée par Vaquez : elle accompagne les accidents aigus, et relève du germe infectieux spécifique encore imparfaitement identifié ; on peut observer des phlébites au cours des pseudo-rhumatismes infectieux, blennorragique, scarlatin, par exemple.

La **phlébite pneumococcique** nous est expliquée par la fréquence de la septicémie à pneumocoques (Joltrain), au cours des infections pulmonaires.

La **phlébite des tuberculeux** se rencontre exceptionnellement au début d'une tuberculose : elle s'observe surtout à la période terminale de la tuberculose pulmonaire, de tuberculose ouverte, infectée secondairement : elle est le plus souvent bilatérale : l'œdème est mou, non douloureux, il débute par les pieds. L'embolie est exceptionnelle dans cette forme dont l'apparition annonce une échéance fatale assez rapprochée.

La **phlébite des cancéreux** est analogue à la forme précédente ; elle peut être le signe révélateur d'un néoplasme méconnu, et s'observe surtout au cours du cancer de l'estomac; ces deux variétés représentent les phlegmatia des états cachectiques.

La **phlébite syphilitique** s'observe à la période secondaire, elle a une marche lente : tout récemment (thèse de Paris 1911) M. P. Gaillard vient de décrire une forme précoce, à début insidieux, presque indolore, avec constatation in situ du tréponème.

La **phlébite chlorotique** est souvent double et se caractérise par sa marche rapide : sa pathogénie est obscure; il faut rappeler que bon nombre d'auteurs invoquent la tuberculose comme cause de cette phlegmatia.

La **phlébite des goutteux, des artérioscléreux** (phlébites constitutionnelles) peut revêtir différents types, elle peut être primitive, ou évoluer parallèlement à des accidents chroniques : il s'agit le plus souvent de *poussées inflammatoires successives, limitées*, déterminant des segments d'induration des veines superficielles, avec *récidives fréquentes* (Poulain).

La **phlébite traumatique**, aseptique, n'est enfin pas admise par tous les auteurs.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est en général facile, en raison même des conditions spéciales, dans lesquelles apparaissent les signes caractéristiques :

A la phase préoblitérante, on ne sera en droit de penser à une phlébite, que s'il existe en même temps que les phénomènes infectieux, une douleur localisée, ou de petits accidents pulmonaires. En l'absence d'œdème, les douleurs peuvent faire croire, à de la névralgie, à une névrite, à de la sciatique, voire même à une coxalgie, une psoïtis, etc., dans certains cas à des myalgies, à du rhumatisme.

A la période d'état, lorsque l'œdème est apparu, le fait qu'il est unilatéral élimine le diagnostic d'œdème cardiaque ou rénal, qui doit être discuté, au contraire, s'il s'agit d'une forme bilatérale (et qui s'impose par l'évolution) : on peut penser à une compression unilatérale d'une veine iliaque, par une tumeur abdominale (importance du toucher vaginal ou rectal); le diagnostic peut être difficile s'il s'agit de phlegmatia *des états cachectiques*, avec œdème indolore le plus souvent, simulant l'œdème cachectique simple, ou l'œdème cardiaque ou rénal.

Le diagnostic le plus délicat est celui de *phlébite variqueuse* : l'absence d'œdème généralisé, l'existence autour de la veine d'un empâtement inflammatoire, l'apparition de traînée rougeâtre le long du trajet du vaisseau, une élévation très appréciable de la température locale permettront le diagnostic.

C'est parfois à l'occasion d'une complication, surtout d'une embolie pulmonaire, que le diagnostic peut être discuté.

Le diagnostic positif doit être complété par un *diagnostic étiologique*, qui, facile dans certains cas, peut parfois être difficile à affirmer (phlébite syphilitique, goutteuse, chlorotique, etc.). Il faut enfin ne point porter le diagnostic de phlébite, à l'occasion de l'apparition d'œdème des membres inférieurs lors du premier lever chez un malade longtemps immobilisé au lit.

PRONOSTIC. — Le pronostic est grave à cause de la possibilité d'une embolie mortelle; il est encore sérieux en raison des troubles dystrophiques persistants, et tout spécialement des lésions névritiques qui peuvent durer de nombreuses années.

TRAITEMENT. — 1° **Prophylactique**. — Soins antiseptiques minutieux au cours de toute intervention obstétricale ou chirurgicale intéressant l'utérus ; immobilisation préventive et prolongée des femmes qui ont présenté quelques-uns des symptômes de la phase préoblitérante.

2° **Curatif**. — Immobilisation du membre, légèrement incliné dans une gouttière ouatée; veiller à l'apparition d'escarres, au niveau du talon, de complications infectieuses cutanées; contre la *douleur*, il faudra parfois recourir aux applications laudanisées, parfois même à l'injection de morphine. Il faut surtout recommander au malade l'*immobilité* la plus absolue, et procéder avec douceur lors de l'examen du membre (par crainte d'embolies, toujours à redouter).

3° **Le lever** peut être permis, en principe, vers le quarantième jour, mais ce chiffre varie suivant la forme de la phlegmatia : il faut se rappeler qu'un lever trop précoce expose aux embolies, mais aussi qu'une immobilisation trop prolongée, favorise l'apparition de troubles trophiques, de raideurs articulaires. Contre les troubles trophiques nerveux, on conseille, après guérison, le port d'un bas élastique, des massages, un traitement par l'électricité, l'air chaud, certaines eaux minérales (Vals, Bagnoles de l'Orne, Dax, boues minérales, etc.).

Signalons enfin le traitement chirurgical consistant en l'extirpation du segment veineux thrombosé, traitement quelque peu théorique exposé dans l'excellente thèse de M. M.-E. Robineau, et un traitement médical s'adressant à la nature même du processus thrombosique, traitement symptomatique de la chlorose (fer), de la goutte (régime et colchique), de la syphilis, enfin ingestion à haute dose de citrate de soude (Whrigt, exposerait à des embolies), régime déchloruré enfin dans certains cas (fièvre typhoïde).

BIBLIOGRAPHIE. — MORELLET. *Phlébite typhique*, Th. de Paris, 1909 — LETULLE. Cœur, vaisseaux, poumons. *Ann. pathol.* — VAQUEZ. Congrès de Nancy, 1896.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 48, p. 736; n° 51, p. 785, et n° 54, p. 834.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 18 mai. — MM. Maloizel, 16; Aubertin, 18; Voisin, 17; Fiessinger, 19 1/2; Faure-Beaulieu, 16.

Séance du 19 mai. — MM. Harvier, 18; Rivet, 17 1/2; Géraudel, 16; Halbron, 19; Darré, 18.

Prochaine séance, lundi 19 mai, à huit heures un quart du matin, à la salle des Saints-Pères.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 17 mai. — MM. Heitz-Boyer, 12; Mercadé, 17; Mocquot, 16.

Prochaine séance, samedi 20 mai, à neuf heures, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Composition écrite. Ordre de lecture* : MM. Delestre, Le Lorier, Chirié, Devraigne, Lequeux, Guéniot, Mouchotte, Dupont et Sauvage.

Séance du 18 mai. — MM. Delestre, 17; Le Lorier, 18; Chirié, 15; Devraigne, 16; Lequeux, 15.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 18 mai. — MM. Cantonnet et Coutela, 20; Magitot, 19.

M. Cantonnet est nommé ophtalmologiste des hôpitaux.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — *Epreuve clinique de pathologie interne* (deuxième séance). — MM. Lamy, 18; Hugonnet, 13; Mareau, 16; Lecocq, 17; Roussel, 13; Kuhn, 18.

Epreuve clinique de pathologie externe. — MM. Kuhn, 16; Lamy, 13; Breuillet, 17; Lecoq, 18; Roussel, 14; Lévy, 17; Moreau, 16 1/2; Thierry, 10; Salmont, 13; Jaubrel, 15 1/2; Colanéri, 18.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours s'ouvrira le 27 novembre 1911, devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Nantes. — Un concours s'ouvrira le 27 novembre 1911, devant la Faculté de médecine de l'université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — L'association s'est occupée de la condamnation prononcée contre un médecin, auteur d'un ouvrage de médecine populaire, dans lequel se trouve une formule où une coquille de la deuxième édition transforme les *gouttes* d'ammoniaque en *grammes*. Cette formule toxique, recopiée par un tiers et non pourvue d'une signature médicale, fut cependant exécutée par un pharmacien. Il s'ensuivit mort d'homme, et le tribunal a condamné conjointement le pharmacien et le médecin auteur de l'ouvrage. Me Rocher, avocat-conseil de l'Association, a bien voulu se charger de faire un rapport sur cette question et il le communiquera à la séance du 2 juin de l'Association.

UNIVERSITÉ D'IÉNA. — *Le Temps* annonce que le docteur Hæckel, le célèbre professeur de zoologie d'Iéna, en voulant prendre un livre sur les rayons de sa bibliothèque, est tombé d'un tabouret, il a une fracture d'un os du bassin. Le professeur Hæckel est âgé de soixante-dix-sept ans.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dix-neuvième semaine, 973 décès, au lieu de 999 pendant la semaine précédente et au lieu de 970, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 27 décès, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (la moyenne est 19); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 528 (au lieu de 416 précédemment et au lieu de la moyenne 409); les quartiers où cette fièvre est le plus répandue sont : Saint-Ambroise (25 cas), Maison-Blanche (28 cas), Plaisance (22 cas), Clignancourt (21 cas).

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION. — L'assemblée générale de la Société pour la propagation de l'incinération aura lieu, sous la présidence de M. Barrier, membre de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 21 mai 1911, à deux heures et demie de l'après-midi, en l'hôtel de la Société des ingénieurs civils, 19, rue Blanche.

Le public sera admis à la séance.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. le docteur Triboulet commencera, à partir du samedi 3 juin, à l'hôpital Trousseau, une série de six leçons pratiques sur l'examen clinique des fonctions digestives chez l'enfant, et les continuera les samedis suivant, jusqu'au 8 juillet 1911.

Conditions : s'inscrire avant le 25 mai, en raison du nombre limité des places qui ne saurait dépasser dix inscriptions.

COURS PRATIQUE SUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, LARYNX, OREILLES, SINUS ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — MM. les docteurs Luc et Guisez recommenceront, à la Clinique, 15, rue de Chanaleilles, le mardi 30 mai, à cinq heures, leur cours sur les affections chirurgicales de leur spécialité sur la broncho-œsophagoscopie, en particulier sur les maladies de l'œsophage avec examen de malades, maniement des appareils, instruments spéciaux. Le cours durera un mois. Nombre de places limité ; s'inscrire à l'avance auprès de la directrice de la clinique, de deux à cinq heures.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER (Pas-de-Calais), [1 100 lits]. — COURS DE VACANCES. — Douze leçons sur la tuberculose des os, des articulations et des ganglions par le docteur Ménard, chirurgien en chef, docteurs Andrieu et Calvé, chirurgiens assistants.

Ces leçons auront lieu du 7 au 20 août 1911.

Elles seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations pratiques et d'examens de pièces.

Prix du cours : 50 francs.

Se faire inscrire par lettre adressée au docteur Calvé ou au docteur Andrieu, Berck-Plage.

CONGRÈS. — COMMISSION PERMANENTE DES CONGRÈS INTERNATIONAUX DE MÉDECINE. — La première réunion de la commission permanente des congrès internationaux de médecine a eu lieu à Londres le 21 avril dernier au Royal college of physicians, sous la présidence du docteur F. W. Pavy.

La commission, pour ne pas s'écarter du principe de la représentation exclusive des états, n'a pas adopté les requêtes des Canadiens et des Polonais demandant le droit de désigner des délégués à la réunion permanente.

La demande d'admission de la langue espagnole et de l'espéranto n'a pu être admise.

Les dentistes ne possédant pas le titre de docteur en médecine ne pourront être membres des congrès.

Notons toutefois ce correctif, que les savants présentés par les comités nationaux ou par le comité exécutif peuvent être membres des congrès.

Le règlement général des congrès internationaux de médecine, composé par le secrétaire général, a été fixé avec quelques modifications.

Les points principaux en sont :

1. La composition uniforme des comités nationaux dans les pays divers d'après le principe de la représentation des organisations médicales du pays. Les comités nationaux auront le droit de faire des propositions à la commission permanente et de donner des avis au comité d'organisation et aux bureaux des sections en tout ce qui concerne le travail du congrès.

2. Les attributions de la commission permanente d'une part, et celles du comité d'organisation d'autre part, ont été précisées exactement.

3. A la commission permanente incombera, à part la préparation directe du congrès, aussi la tâche :

a. De s'entendre avec les bureaux des sociétés et congrès internationaux médicaux afin d'éviter les coïncidences de temps, de lieu et de sujet dans les assemblées;

b. De favoriser l'étude de questions médicales exigeant une collaboration internationale et d'instituer des commissions chargées de les préparer ou de les élaborer.

4. Les congrès internationaux de médecine spéciale pourront établir leurs bureaux permanents au siège du bureau de la commission permanente.

5. Les présidents d'honneur des sections, s'ils sont nommés, prendront place au bureau, mais ne présideront pas effectivement.

Les modifications suivantes ont été faites dans la répartition des sections :

Le titre de la troisième section sera : *Pathologie générale* et *Anatomie pathologique.* A cette section est ajoutée une sous-section de *Chimie pathologique.*

Le titre de la quatrième section sera : *Bactériologie* et *Immunité.*

A la section de *Chirurgie* (septième) sont ajoutées deux sous-sections, une d'*Orthopédie* et une d'*Anesthésie générale et locale.*

Le titre de la dix-huitième section sera : *Hygiène* et *Médecine préventive.*

Le titre de la vingtième section sera : *Médecine et Hygiène militaires et maritimes.*

Le titre de la vingt et unième section sera : *Pathologie tropicale.*

On a créé une nouvelle section de *Radiologie médicale* (vingt-deuxième).

La proposition du comité exécutif de fixer la date du congrès de Londres au 6-12 août 1913 a été acceptée.

Sera président du congrès : sir Thomas Barlow K. C. V. O. ; secrétaire général : docteur W. P. Herringham, 40 Wimpole street, London W. ; trésoriers : sir Dyce Duckworth ; G. H. Makins Esq. F. R. C. S.

Tous les vœux et propositions concernant l'organisation du congrès pourront être adressés au secrétaire général de la commission permanente, M. le professeur H. Burger, Vondelstraat 1, Amsterdam; ou au bureau de cette commission, Hugo de Grootstraat 10, La Haye.

Les comités nationaux pourront s'adresser directement au comité exécutif, à Londres.

COMITÉ DU « SOUVENIR BOURNEVILLE ». — Les collègues, collaborateurs, élèves et amis du regretté docteur Bourneville, désirant perpétuer sa mémoire et lui assurer une sépulture digne des services qu'il a rendus, se sont réunis dans ce but.

Ils ont chargé un comité de recueillir les cotisations de toutes les personnes qui voudraient prendre part à cette œuvre de justice et de reconnaissance envers cet homme de valeur et de bien.

Se plaçant au-dessus des passions d'ordre politique ou religieux, le Comité désire honorer Bourneville dans toute son œuvre et commémorer en lui le médecin dévoué, le savant consciencieux, l'homme politique sincère, le réformateur audacieux, l'organisateur inlassable, le journaliste expert et le philanthrope excellent.

Les cotisations doivent être adressées au trésorier du comité M. Georges Salomon, 112 *bis*, boulevard Malesherbes, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Arthur Fallot, professeur à l'école de médecine de Marseille.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 mai 1911, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 30 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

REVUE GÉNÉRALE

LES ÉPITHÉLIOMAS KYSTIQUES DE LA GLANDE MAMMAIRE

Par M. F. JACOULET (de Vierzon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'épithélioma papillaire à cellules cylindriques de la glande mammaire, décrit par Cornil, peut se présenter sous deux aspects bien différents. Tantôt il s'agit d'une tumeur ressemblant, à l'œil nu, au cancer banal, et caractérisée, à l'examen microscopique, par des alvéoles et de minces papilles recouvertes de larges cellules cylindriques. Tantôt il s'agit d'une masse végétante, en chou-fleur, présentant la même structure histologique que précédemment, et située à l'intérieur d'un kyste plus ou moins volumineux.

C'est à cette dernière variété de tumeur que l'on peut donner le nom d'épithélioma kystique de la glande mammaire; sa fréquence n'est pas grande, puisque nous n'avons pu en réunir que trente-sept observations authentiques.

Deux points sont à signaler dès le début de cette étude :

1° Les épithéliomas kystiques n'ont rien à voir, cliniquement du moins, avec la maladie kystique de M. Reclus.

Multiplicité et bilatéralité sont les deux caractères fondamentaux du syndrome décrit par M. Reclus. Les kystes que nous avons en vue sont uniques et unilatéraux; on ne saurait mieux les comparer qu'aux kystes papillaires de l'ovaire, aux épithéliomas kystiques du testicule.

2° Les épithéliomas kystiques se séparent nettement des « kystes cancéreux » formés par la dégénérescence, la désintégration d'une portion de tissu néoplasique, kystes qu'il n'est pas rare d'observer dans les sarcomes, les encéphaloïdes.

Il n'est pas superflu d'insister sur les deux points ci-dessus; nombre d'auteurs réunissent sous la même rubrique : mastites chroniques kystiques du sein, épithéliomas kystiques, kystes cancéreux (Taylor, Gibbon, Deaver, W. Rodman)!

I

Etiologie. — Comme pour toutes les néoplasies, l'étiologie des épithéliomas kystiques de la glande mammaire est encore obscure.

Sexe. — L'épithélioma kystique peut s'observer dans les deux sexes, mais il est bien plus fréquent chez la femme; sur 33 cas, 29 fois le kyste végétant s'est développé chez la femme, 4 fois seulement chez l'homme (Le Dentu, Morestin, Cléret, Lecène).

Age. — L'âge auquel se développent ces kystes est très variable, et il est souvent difficile de déterminer, même approximativement, le début, étant donné l'évolution lente et insidieuse de l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques.

C'est de quarante à cinquante ans qu'on les observe le plus fréquemment (Reverdin et Mayor, Le Dentu, Auvray, Barker).

Hérédité. — L'hérédité ne semble pas avoir plus qu'ailleurs une influence notable.

Dans quatre observations, nous trouvons le cancer mentionné chez les ascendants; il s'agissait, soit de cancer du sein, soit de cancer de l'utérus.

Grossesse et lactation. — Les kystes végétants ont été observés avec une égale fréquence, soit chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfant, soit chez des femmes en ayant eu et ayant allaité, soit chez des femmes n'ayant jamais allaité; ces deux facteurs, grossesse et lactation, ne paraissent donc avoir aucune influence sur le développement de l'épithélioma kystique.

Lésions inflammatoires antérieures. — Elles ne semblent jouer aucun rôle; dans deux cas seulement, on a signalé des excoriations du mamelon (Barker), des abcès multiples du sein (Faguet).

Traumatisme. — Il ne peut guère agir qu'en déterminant la production d'hémorragies intrakystiques, d'où accroissement brusque du volume du kyste.

Remarquons enfin que, dans une observation de Lecène qui a trait à un homme de soixante-trois ans, il existait, en même temps qu'un épithélioma kystique de la glande mammaire, un épithélioma pavimenteux à globes cornés de la joue. Il était intéressant de signaler cette *pluralité de néoplasmes.*

II

Anatomie pathologique. — Il faut successivement étudier le kyste végétant et la glande mammaire au point de vue macroscopique, au point de vue microscopique.

Etude macroscopique. — I. Kyste. — Il faut envisager le siège, le nombre, le volume des kystes.

Siège. — Le siège de ces kystes est assez constant : ils sont généralement situés au voisinage du mamelon.

Sur 24 observations où le siège du kyste est précisé, on trouve la proportion suivante :

Quatorze fois la tumeur siégeait exactement sous le mamelon (Bowlby, B. Pollard, Demarquay, Reverdin et Mayor, Mermet et Faitout, Faguet, Le Dentu, Walther, Auvray, Cléret, Lecène, Frémicourt).

Sept fois la tumeur siègeait au voisinage du mamelon (Bowlby, Butlin, Chandesris, Frémicourt, Coyne, Lemounier et Verchère).

Trois fois la tumeur occupait les parties périphériques de la glande (Bowlby, 3 cas).

Nombre. — Le kyste végétant de la glande mammaire est généralement unique.

Dans 23 observations, le kyste est solitaire, formant une masse unique à peu près régulière.

Dans 2 cas, le kyste est bilobé (Coyne, Cléret).

Dans 2 cas, le kyste est multiloculaire (Bowlby, Demarquay).

L'existence de deux kystes, de trois kystes, n'a été signalée que dans deux observations de Reverdin et Mayor et de Faguet.

Volume. — Il varie dans des limites étendues,

mais, en règle générale, il n'est jamais très considérable.

Le kyste a le volume d'une noisette, d'une noix, dans les observations de Bowlby, Chandesris, Le Dentu, Faguet, Reverdin et Mayor; d'un œuf, dans le cas de Butlin, Cruveilhier, Chandesris, Walther, Ricard, Cléret, Frémicourt; d'une orange, dans le cas de Lecène.

Les observations de kystes végétants atteignant des dimensions plus considérables sont rares.

La cavité kystique contenait 300 grammes de liquide dans les cas de Demarquay, d'Auvray; 440 grammes dans le cas de Jacoulet et Moure.

Si on incise la tumeur, on tombe dans une cavité kystique contenant un bourgeon végétant qui baigne dans du liquide; il faut étudier la paroi kystique, la végétation, le liquide intrakystique.

A. *Paroi kystique.* — La paroi du kyste végétant est généralement dure, fibreuse, son épaisseur varie suivant les cas et suivant le point examiné, pour un même kyste.

La face externe de cette membrane fibreuse est en rapport avec le parenchyme glandulaire; tantôt il existe entre les deux un plan de clivage qui permet de les séparer (Bowlby, Jacoulet et Moure), tantôt, au contraire, des traînées blanchâtres de tissu conjonctif partent de la face externe de la paroi kystique et pénètrent dans le parenchyme glandulaire et le tissu cellulo-graisseux avoisinant (Bowlby, Demarquay, Baur).

La face interne de la membrane kystique peut être lisse, unie, présentant l'aspect d'une séreuse (Demarquay, Reverdin et Mayor), ou bien ridée, présentant de petites dépressions qui augmentent sa surface (Auvray).

Sa coloration est le plus souvent brun jaunâtre; mais en frottant un point de la surface avec une compresse, on voit que cette coloration est due à un dépôt de fibrine et de matière colorante du sang; en réalité, la paroi kystique est blanc nacré (Cruveilhier, Frémicourt).

En examinant attentivement la paroi interne du kyste, on peut y découvrir une série de petites saillies du volume d'une tête d'épingle, et qui représentent la phase initiale de développement du papillome, du bourgeon végétant.

B. *Bourgeon végétant intrakystique.* — Il peut se présenter sous deux aspects bien différents : tantôt on voit, en un point de la paroi kystique, sessile ou pédiculée, une masse végétante, en chou-fleur, tantôt on voit un feutrage épais et serré, de petites végétations hérissant la paroi du kyste.

1° *Végétation unique.* — Elle forme une masse relativement homogène (Reverdin et Mayor, Walther, Ricard, Lecène, Cléret, Baur); son insertion est le plus souvent sessile; rarement elle est pédiculée; dans ce dernier cas le pédicule a pu devenir assez long pour laisser au bourgeon végétant une mobilité considérable, telle qu'il a pu s'énucléer de la cavité kystique et s'extérioriser par le mamelon (Le Dentu).

Le volume du bourgeon végétant oscille entre celui d'une noisette (Bowlby, Lecène, Mermet et Faitout, Frémicourt, Baur) et celui d'un œuf (Demarquay, Walther).

La forme de la végétation est tantôt conique, tantôt mamelonnée, mûriforme, parfois le bourgeon se divise à son extrémité libre en végétations secondaires.

Sa consistance est molle et friable; sa coloration est jaune ou brune s'il s'est produit des hémorragies interstitielles, rouge vif si l'hémorragie est récente.

2° *Végétations multiples.* — On observe des végétations courtes, formant un feutrage dense qui double la plus grande partie de la face interne du kyste (Frémicourt), ou bien les végétations sont longues, ramifiées, anastomosées entre elles et forment un lacis dans les mailles duquel on trouve seulement quelques gouttes de liquide.

C. *Liquide kystique.* — La quantité du liquide est naturellement en rapport avec le volume du kyste; elle varie d'autre part d'un moment à l'autre, augmentant quand les canaux galactophores sont obstrués, quand des hémorragies intrakystiques se produisent.

La coloration du liquide peut varier dans un même kyste à différents moments. Sur 27 observations, 13 fois le liquide était séro-sanguinolent (Bowlby, Malherbe, Ricard, Lecène, Auvray, etc.); 3 fois le kyste contenait du sérum jaunâtre et du sang coagulé (Bowlby); 2 fois, le kyste contenait du sang pur; 3 fois le liquide était louche, de coloration jaune verdâtre (Demarquay, Chandesris, Reverdin et Mayor); 3 fois le liquide était transparent, mais visqueux (Cruveilhier, Chandesris, Baur).

Tant que la tumeur est jeune, le liquide reste clair; dès que les hémorragies intrakystiques se produisent, la coloration change : au moment des hémorragies, le liquide est uniformément teinté; plus tard la matière colorante du sang s'accumule dans les parties déclives et le liquide devient jaunâtre.

Au point de vue chimique, le liquide kystique contenait, dans un cas de Demarquay, de l'albumine, des chlorures, sulfates et carbonates alcalins, de la cholestérine.

II. Glande mammaire. — A la coupe, on peut noter diverses altérations du parenchyme glandulaire ; infiltration de tissu cellulo-adipeux ou fibreux, petits kystes épars dans la glande.

Etude microscopique. — A. *Paroi kystique.* — Elle est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif disposés en lames concentriques; dans l'intervalle de ces faisceaux, se trouvent ou bien des cellules longues et plates, ou bien des noyaux ovoïdes, fusiformes, ou bien des amas de cellules rondes.

Sur les coupes avoisinant la face interne de la paroi kystique, les faisceaux conjonctifs sont écartés, dissociés par des lacunes pleines de sang ; par places on voit des nappes hémorragiques anciennes, de vieux foyers d'hématoïdine ou de globules rouges en voie de dégénérescence granulo-graisseuse (Mermet et Faitout.)

La présence d'un revêtement épithélial sur la face interne du kyste est à peu près constante ; il est constitué par une ou plusieurs couches de cellules cubiques ou cylindriques. Parfois ce revêtement épi-

thélial a disparu par places, comme desquamé (Baur).

Le revêtement épithélial manque totalement dans les cas de kyste ancien : cette absence coïncide avec l'absence de formations glandulaires épithéliales dans l'épaisseur de la paroi (Frémicourt).

B. *Liquide kystique.* — Examiné après centrifugation, on y trouve des globules rouges, des polynucléaires, des lymphocytes, des cellules épithéliales desquamées et des débris protoplasmiques ; dans un cas on voyait des lamelles quadrangulaires, cristallines, de cholestérine (Demarquay).

C. *Végétation intrakystique.* — Elle présente d'intéressantes particularités dans ses différentes portions.

Au niveau de son point d'implantation, la membrane kystique est plus dense : ses faisceaux conjonctifs se tassent et sont traversés de capillaires gorgés de sang. L'épithélium se modifie ; ses cellules deviennent cubiques, se placent sur plusieurs rangs et les cellules les plus superficielles deviennent cylindriques, très hautes ; ainsi, on voit naître progressivement la végétation.

La végétation proprement dite offre la structure la plus typique de l'épithélioma dendritique de la mamelle.

A un faible grossissement, sur une coupe passant à la partie moyenne, on voit la section de deux ou trois conduits limités par une bande de tissu fibreux, tapissés d'épithélium à leur face interne. Ces sections correspondent à la coupe de canaux galactophores ou d'acini très dilatés ; elles sont remplies de végétations de volume variable, bifurquées, ramifiées et qui en s'anastomosant circonscrivent des alvéoles irréguliers, tantôt arrondis, tantôt allongés, ramifiés.

A un fort grossissement, on voit que chaque villosité est constituée par un axe conjonctif contenant de nombreux vaisseaux, revêtu d'une ou plusieurs couches de cellules épithéliales.

La vascularisation des végétations est en général très riche, surtout au sommet de la villosité où les vaisseaux constituent un véritable tissu angiomateux. Par places, même, les capillaires sont rompus par surdistension et le sang emplit les cavités intervilleuses, infiltre le stroma (Mermet et Faitout).

Tous ces capillaires ont une paroi embryonnaire, simplement endothéliale.

Sur la charpente conjonctivo-vasculaire de la villosité, repose la couche de cellules épithéliales. Elle est constituée par des éléments cylindriques assez hauts, dont le noyau est refoulé vers la base de la cellule, par un protoplasma légèrement granuleux. En certains points seulement, l'épithélium devient cubique stratifié, on peut alors avec Mermet et Faitout distinguer deux couches de cellules : une couche profonde de remplacement, une couche superficielle dans laquelle on voit des cellules gonflées, dégénérées, se détacher et tomber dans la cavité des alvéoles.

C'est sur certaines coupes seulement que l'on voit les végétations papillaires prendre des caractères spéciaux qui témoignent de la nature maligne des épithéliomas kystiques.

La nature néoplasique s'affirme à la fois par l'agencement des éléments cellulaires et par leur structure intime. La trame conjonctive est infiltrée de cellules épithéliales rappelant l'envahissement du tissu fibreux par les masses épithéliomateuses (Malherbe) ; infiltration épithéliale à la base du bourgeon faisant penser à une tumeur maligne (Chandesris) ; disparition de la membrane propre hyaline des culs-de-sac glandulaires et transformation atypique des cellules (Morestin) ; végétations présentant tous les caractères d'une tumeur épithéliale maligne (Frémicourt) ; infiltration des cellules dans le tissu conjonctif formant de véritables boyaux épithéliaux (Jacoulet et Moure). Telles sont les constatations anatomo-pathologiques faites dans la plupart des observations.

D. *Lésions de la glande mammaire et des canaux galactophores.* — Si macroscopiquement les altérations de la glande mammaire sont peu appréciables, il n'en est pas de même à l'examen microscopique.

La transformation kystique d'un certain nombre d'acini glandulaires est souvent isolée, les kystes microscopiques ainsi formés se présentent sous deux aspects : tantôt ils sont remplis des produits de sécrétion ou de désagrégation de leurs cellules épithéliales qui ont subi la dégénérescence graisseuse ou colloïde ; tantôt leur cavité est occupée par des végétations dendritiques nées dans la paroi. D'autres fois ce sont les lésions de sclérose conjonctive qui dominent (Ricard, Baur).

En somme tous les éléments du parenchyme glandulaire sont plus ou moins altérés ; nous verrons plus loin l'importance de ce fait au point de vue chirurgical.

E. *Lésions des ganglions.* — Elles n'ont été que peu étudiées. Cependant la dégénérescence néoplasique des ganglions axillaires a été notée dans les observations de Péan, de Faguet ; plus souvent il s'agit de lésions purement inflammatoires (Le Dentu).

La rareté de l'envahissement ganglionnaire s'explique par l'origine et le développement intracanaliculaire de l'épithélioma ; la lymphangite cancéreuse reste en général limitée à la base du bourgeon végétant, formant un infiltrat localisé comparable à celui du cancroïde plutôt qu'à celui du cancer vrai (Pilliet).

En résumé, les épithéliomas kystiques de la glande mammaire ont une certaine ressemblance avec les fibro-adénomes papillaires kystiques ; ils en diffèrent par la minceur de leurs papilles, par leur assise épithéliale généralement unique, par la hauteur des cellules épithéliales régulièrement disposées en palissade et surtout par la production exubérante de ces cellules cylindriques (Cornil).

Non seulement il s'agit d'une prolifération épithéliale intense, mais encore d'une prolifération de cellules atypiques, véritablement néoplasiques, tant par leur structure que par leur tendance à l'envahissement et à l'infiltration des tissus voisins.

Quelle est la place de cette variété de tumeur en anatomie pathologique ? Elle établit la transition entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, entre l'adéno-fibrome kystique et l'épithéliome proprement dit.

Cette tumeur est très analogue aux cancers à cel-

lules cylindriques de l'intestin. Mais on ne saurait mieux la comparer qu'aux kystes papillaires de l'ovaire, aux épithéliomas muqueux papillaires de Malassez, aux épithéliomas kystiques du testicule.

L'épithélioma kystique de la glande mammaire est-il parent de la maladie kystique de M. Reclus? E. Rochard a montré que la maladie kystique correspondait à des types histologiques différents : elle peut être considérée comme l'expression d'une mammite chronique ou d'une véritable néoplasie; dans ce dernier cas, la maladie kystique se rapproche singulièrement de l'épithélioma papillaire dendritique dont les kystes végétants ne sont en somme qu'une modalité.

III

Etude clinique. — La symptomatologie est bien différente de celle des carcinomes mammaires. Les premiers signes consistent soit dans l'apparition d'un écoulement par le mamelon, soit dans l'apparition de phénomènes douloureux, soit dans l'apparition d'une tumeur.

L'*écoulement par le mamelon* est le symptôme le plus précoce et le plus constant. Il ne manque que si l'oblitération des canaux galactophores se produit de bonne heure (Bowlby, Le Dentu, Lecène, Frémicourt, Chandesris, Mermet et Faitout).

L'écoulement mamelonnaire précède de longtemps la tumeur, c'est lui qui amène les malades à consulter.

Le plus souvent il s'agit d'un écoulement séro-sanguinolent (Coyne, Bowlby, Faguet, Dubar, Auvray, Cléret), ou d'un écoulement de sérosité rousseâtre (Malherbe, B. Pollard). D'autres fois l'écoulement est simplement séreux (Barker, Le Dentu, Bowlby, Chandesris), ou laiteux (Reverdin et Mayor); plus rarement c'est du sang pur (Bowlby, Verchère, Jacoulet et Moure).

L'abondance de l'écoulement varie depuis le léger suintement, tachant la chemise, jusqu'à la véritable petite hémorragie (Reverdin et Mayor); l'écoulement est rarement continu, plus souvent intermittent.

L'écoulement par le mamelon précède presque toujours l'apparition de la tumeur, mais un laps de temps considérable peut s'écouler entre les deux symptômes : trois ans (B. Pollard), quatre ans (Bowlby), dix ans (Reverdin et Mayor), douze ans (Le Dentu). Plus rarement écoulement mamelonnaire et tumeur apparaissent ou sont reconnus presque simultanément (Malherbe, Lemounier et Verchère, Cornil et Péraire). Exceptionnellement l'écoulement se produit après l'apparition de la tumeur (Bowlby).

Les *phénomènes douloureux* sont rarement les premiers en date; dans les cas de Cornil et Péraire, de Reverdin et Mayor, les malades ont ressenti de vives douleurs au niveau du sein; le plus souvent, on note seulement une simple sensation de gêne, de pesanteur dans la région mammaire intéressée.

La *tumeur kystique* peut constituer le premier et le seul symptôme observé. La tumeur est unique, mais peut présenter, à sa partie moyenne, un rétrécissement sensible à la palpation (Coyne, Cléret); elle a alors la forme d'un bissac, d'une brioche.

Plus rarement, la tumeur est polylobée, polykystique, mais sans jamais ressembler au sein atteint de maladie kystique. Dans quelques cas, deux kystes voisins sont accessibles à la palpation (Reverdin et Mayor); parfois on en délimite facilement trois (Faguet).

Le volume du kyste est peu considérable; il atteint le volume d'une noix ou d'une noisette (Bowlby, Lemounier et Verchère, Barker, Reverdin et Mayor, Faguet, Le Dentu), d'un œuf de pigeon ou d'une mandarine (Bowlby, Le Dentu, Cornil et Péraire), d'un œuf de poule (Dubar, Walther, Cléret, Ricard, Chandesris, Lecène).

La consistance des kystes végétants varie suivant la tension du liquide, tantôt il est franchement fluctuant, tantôt rénitent et élastique.

Il est intéressant de préciser *les connexions de la tumeur avec les tissus avoisinants.*

Par rapport au mamelon, le kyste siège dans la région sous ou paramamelonnaire d'une façon presque constante et cependant la rétraction du mamelon n'est pas fréquente dans les épithéliomas kystiques, alors que c'est un signe précoce et constant des carcinomes de la mamelle. Sur 16 observations où ce symptôme a été recherché, il n'a été noté que trois fois (Barker, Cornil et Péraire, Auvray).

Quelles sont les *connexions du kyste avec la glande mammaire*, décelables par la palpation? Rarement le kyste et la glande sont nettement séparés l'un de l'autre (Jacoulet et Moure); plus souvent la tumeur kystique est enfouie, enchâssée dans le parenchyme mammaire et il est difficile au palper d'apprécier les limites du kyste (Faguet, Lemounier et Verchère); parfois on note un kyste paraglandulaire et un kyste intraglandulaire (Barker).

Il est facile de prévoir, d'après les données de l'anatomie pathologique, les *connexions du kyste avec la peau et les plans profonds.*

Quand le kyste a acquis un volume considérable, la peau qui le recouvre est tendue, vergeturée, amincie, sillonnée de veines, mais elle se laisse facilement plisser et on peut la faire glisser sur la tumeur. L'absence complète d'adhérences avec la peau est donc la règle, caractère qui distingue les épithéliomas kystiques des autres cancers mammaires. Ce n'est que dans les tumeurs kystiques anciennes que l'on observe des adhérences cutanées (Coyne, Le Dentu, Mermet et Faitout), signe rare signalé seulement trois fois sur 28 observations.

Quant à l'*adhérence du kyste avec le grand pectoral*, elle n'est signalée dans aucun cas.

L'*adénopathie* est rare; en effet, les bourgeons épithéliomateux sont enfermés dans une cavité bien limitée par sa membrane fibreuse. La présence de ganglions axillaires ou sus-claviculaires n'indique pas fatalement une effraction des végétations épithéliomateuses en dehors du kyste; souvent il s'agit de ganglions purement inflammatoires (Reverdin et Mayor, Faguet, Le Dentu, Dubar).

Les *signes généraux* manquent totalement au cours de l'évolution des épithéliomas kystiques : l'état général reste bon, il n'y a aucun signe de cachexie.

La lenteur de l'évolution, l'absence de généralisation viscérale expliquent facilement ce fait.

IV

Evolution et pronostic. — L'évolution des épithéliomas kystiques de la glande mammaire est très lente, la tumeur augmente peu à peu de volume, tantôt d'une façon régulière et continue, tantôt par saccades, fait évidemment dû aux hémorragies à répétition qui se produisent à l'intérieur du kyste.

Quels sont les accidents ou complications qui peuvent venir modifier l'évolution de la tumeur ?

L'*hémorragie* par le mamelon n'est que l'exagération d'un symptôme fréquent.

Le *prolapsus du bourgeon végétant* par le mamelon a été observé une fois par Le Dentu.

La *fistulisation* du kyste à la peau n'a été observée qu'à la suite de ponctions ou d'incisions malencontreuses.

Le pronostic doit être considéré comme relativement bénin : l'évolution lente, l'absence d'adénopathie, la rareté des récidives après extirpation même limitée, en témoignent.

Néanmoins, chez l'animal, Cornil et Petit ont observé des généralisations ganglionnaires et viscérales ; chez l'homme Bowlby a vu la récidive survenir deux fois après extirpation. Ces faits, joints aux observations de dégénérescence ganglionnaire constatée histologiquement, doivent faire réserver quelque peu le pronostic.

Restent complètement justifiés le « Méfiez-vous » de Malassez et le mot de Cornil : « De même que les kystes de l'ovaire dont quelques-uns se généralisent au péritoine, tandis que la majorité d'entre eux serait de nature bénigne, nos épithéliomes peuvent exceptionnellement se conduire en cancers. »

V

Diagnostic. — Les symptômes si particuliers de l'épithélioma kystique de la glande mammaire montrent combien cette variété de tumeur se différencie des autres tumeurs malignes de la mamelle. L'écoulement de liquide sanguinolent par le mamelon, les caractères objectifs du kyste, ses connexions avec la peau, le mamelon, les plans profonds, l'absence d'adénopathie sont les principaux éléments du diagnostic.

Ces signes n'ont cependant rien de pathognomonique, car ils appartiennent également à l'adénofibrome kystique de telle sorte que, même pièces en mains, le diagnostic est très délicat.

I. Dans une première série d'observations, où il s'agit de kystes volumineux, bien dégagés du parenchyme glandulaire avoisinant, ayant été précédés d'une période où l'écoulement mamelonnaire était le seul symptôme, le diagnostic d'épithélioma kystique aura quelques chances d'être posé.

Dans le *squirrhe*, l'adhérence intime de la tumeur à la peau, la rétraction du mamelon, la dureté de la tumeur, la présence de ganglions axillaires ne peuvent laisser subsister aucun doute.

Dans l'*encéphaloïde*, l'accroissement rapide de la tumeur, l'envahissement précoce de la peau et des muscles, des ganglions, font faire le diagnostic; la consistance pseudo-fluctuante de certaines parties de la tumeur ne peut guère prêter à confusion.

C'est surtout avec les lésions mammaires se présentant avec les caractères d'un kyste que le diagnostic est à faire.

Le *galactocèle* survient pendant une période de sécrétion lactée, se développe rapidement; l'écoulement par le mamelon est laiteux; la tumeur cède par la compression.

Le *kyste hydatique* de la mamelle est une rareté; son évolution est assez analogue à celle des kystes végétants, et les caractères physiques des deux tumeurs ont bien des points communs. Néanmoins l'écoulement de liquide, sanglant ou non, par le mamelon n'a jamais été signalé dans le cas de kyste hydatique, alors qu'il est un signe presque constant de l'épithélioma kystique. La ponction exploratrice du kyste permettra de trancher le diagnostic.

Le *sarcome* évolue rapidement et ne s'accompagne que rarement d'écoulement par le mamelon; seul le sarcome kystique pourrait prêter à confusion, du fait que certaines parties de la tumeur sont fluctuantes.

Reste enfin l'*adéno-fibrome kystique*. Le diagnostic clinique entre les deux tumeurs est impossible, à moins que l'on n'ait affaire à un épithélioma kystique ancien, adhérent à la peau, s'accompagnant d'adénopathie.

Le diagnostic basé sur la différence des écoulements par le mamelon, sanglant dans l'épithélioma, séreux dans l'adéno-fibrome, n'a rien de pathognomonique.

Du reste, la distinction entre l'adénome kystique, tumeur bénigne, et l'épithélioma kystique, tumeur maligne, n'est guère légitime.

Tout récemment, Lop a insisté à nouveau sur la fréquence de la dégénérescence épithéliale des adéno-fibromes de la mamelle. En ce qui concerne l'adéno-fibrome kystique, sa transformation en épithélioma kystique n'a rien qui puisse étonner. Plusieurs observations cliniques en font foi, et l'examen histologique a permis de saisir sur le fait cette transformation (Mermet et Faitout, Baur).

II. Dans une seconde série d'observations, la tumeur kystique est peu volumineuse, bilobée ou polylobée, faisant plus ou moins corps avec la glande, dans laquelle elle est comme enchâssée. Le diagnostic devient alors délicat.

La *maladie kystique de la mamelle* est souvent bilatérale; l'écoulement par le mamelon est peu fréquent; lorsqu'il existe, il est séreux et non sanglant.

Enfin, la palpation de la mamelle donne la sensation d'une multitude de grains de plomb enchâssés dans la glande. Cliniquement, nos kystes végétants se distinguent donc bien du syndrome décrit par M. Reclus. Vouloir les assimiler, c'est vouloir assimiler les kystes végétants de l'ovaire aux ovaires scléro-kystiques.

La *tuberculose mammaire* ne peut prêter à confusion qu'à la période de formation des gommes : les noyaux tuberculeux sont durs, peu ou pas doulou-

reux, irréguliers, adhèrent rapidement à la peau qui finit par s'ulcérer et se fistuliser.

Les *gommes syphilitiques* sont généralement multiples, évoluent rapidement et le diagnostic avec l'épithélioma kystique ne présente pas de difficultés.

Reste enfin le *kyste simple* de la mamelle. Nié par la plupart des auteurs, son existence ne peut guère être mise en doute (Dartigues). Il doit être rangé dans le groupe des mammites chroniques kystiques.

VI

Traitement. — Si, comme l'enseigne M. Reclus, la maladie kystique est justiciable du seul traitement médical, à quelques rares exceptions près, il n'en est pas de même des kystes végétants que nous venons de décrire; leur traitement doit être chirurgical.

Incision du kyste et ablation du bourgeon végétant. — Ce mode de traitement, un peu primitif, a été employé deux fois par Bowlby. Nous n'y insisterons pas.

Ablation du kyste seul. — Quand la tumeur est mobile, bien dégagée de la glande mammaire, on est tenté d'en pratiquer l'énucléation (Bowlby), sous anesthésie locale (Chandesris).

Extirpation de la glande mammaire avec ou sans curage de l'aisselle. — C'est l'intervention la plus souvent pratiquée. L'ablation totale, en bloc, du kyste et de la glande mammaire a été pratiquée par Faguet, Lecène, Reverdin et Mayor, Ricard, Péraire, Mermet et Faitout, Dubar, Lemounier et Verchère, Guinard.

Quelques chirurgiens se sont contentés d'enlever le kyste avec le parenchyme mammaire avoisinant, tels Le Dentu, Coyne, Bowlby, Frémicourt.

Extirpation large avec ablation du grand pectoral, curage axillaire. — Auvray, Le Dentu se sont conduits comme s'ils avaient affaire à un cancer banal et ont pratiqué une intervention large, à la Halsted.

Quelle est l'opération de choix? Deux interventions seules sont permises.

1° *Opération de Warren.* — On trace une incision sous-mammaire, on découvre la face profonde de la glande et on excise la tumeur kystique avec le parenchyme mammaire avoisinant.

2° *Opération de Halsted* ou un de ses dérivés. — La glande est enlevée d'un seul bloc avec les deux chefs inférieurs du grand pectoral; l'aisselle est curée.

L'opération de Warren est insuffisante, étant donné les lésions fréquentes de la glande.

Une excision partielle risque fort d'être suivie d'une récidive par développement d'un autre kyste.

D'autre part, l'histo-pathologie a montré qu'il s'agissait là d'une néoplasie maligne, à évolution lente, encapsulée, il est vrai, mais susceptible de récidive ou de généralisation. Il faut donc en faire une ablation large et précoce.

C'est donc à l'opération de Halsted qu'il faut recourir. On se contentera d'enlever les deux chefs inférieurs du grand pectoral, résection qui simplifie et abrège l'acte opératoire et n'entraîne aucun trouble fonctionnel du membre supérieur (Walther).

Résultats opératoires. — Ils confirment les conclusions précédentes. Jamais la récidive n'a été observée lorsqu'une ablation large de la glande mammaire a été pratiquée. Au contraire, la récidive est survenue dans deux cas où l'opération de Warren avait été pratiquée.

BIBLIOGRAPHIE

BARKER. On the histology of case of so called « duct cancer », *Brit. med. Journ.*, 1890.

BUTLIN. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1888, t. XXXVIII, p. 343.

BATTLE. Duct cancer ot the breast, *Ibid.*, 1888.

BILTON POLLARD. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1886.

BOWLBY. Cases illustrating the clinical course and structure of duc cancer or villous carcinomas of the breast, *Saint-Bartholomew's Hosp. reports*, 1886; — *Lancet*, 1893.

B. SAINT-MACARY. *Maladie kystique de la mamelle*, Th. de Paris, 1883.

BRYAND. Tum. cystic. of the breast, *Guy's Hosp. rep.*, 1884-1885.

BARD. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1890.

BAUR. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1910.

BINAUD et BRAQUEHAYE. *Traité de chirurgie* Ledentu-Delbet, 1896.

CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathol.*, 1884.

CORNIL. *Les Tumeurs du sein*, Paris 1908.

CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, p. 735, 1859.

CLÉRET. Kyste bourgeonnant du sein, *Soc. anat.*, mars 1906.

CHANDESRIS. Kystes du sein, *Soc. anat.*, 1908, p. 162.

DEMARQUAY. Tumeur colloïde kystique du sein, *Soc. anat.*, 1843.

P. DELBET. Epithélioma kystique colloïde du sein, *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 21 fév. 1910.

FRÉMICOURT. *Etude sur les kystes végétants et l'épithéliome papillaire à cellules cylindriques*, Th. de Lille, 1910.

GIRARD-MANGIN. *Les Poisons cancéreux*, Th. de Paris, 1909.

JACOULET. Th. de Paris, 1911.

JACOULET et MOURE. Epithélioma kystique du sein, *Arch. gén. de chir.*, 1911, nos 2 et 3.

LEMOUNIER et VERCHÈRE. *Soc. anat.*, 1889, p. 345.

LABBÉ et COYNE. *Traité des tumeurs bénignes du sein*, Paris 1876.

LABRUNIE. *L'Epithélioma dendritique de la mamelle*, Th. de Bordeaux, 1894.

LEBERT. *Anatomie pathologique*, t. I, p. 252, et t. II, p. 465.

MERMET et FAITOUT. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1897, p. 215-291.

MONOD. Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses de la mamelle, *Arch. de méd.*, 1875.

MALHERBE. *Soc. anat. de Nantes*, 1884.

MUNK. Duct cancers of the breast, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1889.

NÉLATON. Kyste de la mamelle, *Gaz. des hôpit.*, 1851.

PILLIET. Epithélioma kystique du sein, *Soc. anat. de Paris*, 1891.

PITTS. Villous carcinoma of the breast, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1888.

REVERDIN et MAYOR. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890, p. 464.

ROGEAU. *Kystes par rétention de la glande mammaire*, Th. de Paris, 1874.

RECLUS. *Revue de chir.*, oct. 1883.

ROBERTS. Cysts of the breast, *Med. Soc. of London*, 1900.

ROBINSON. Duct cancers of the breast, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1898.

SEVESTRE. Kystes multiples de la mamelle, *Gaz. des hôpit.*, 1868.

SICRE. *La Maladie kystique de Reclus*, Th. de Paris, 1890.
SOURICE. *La Maladie kystique de Reclus*, Th. de Paris, 1887.
TOUPET. *Sem. méd*,, 8 oct. 1890.
VELPEAU. *Traité des maladies du sein*, p. 338.
WILLIAMS. Diseases of the breast, *Brit. med. Journ.*, 1894.
WALTHER. Association française pour l'étude du cancer, *Revue de méd.*, 1910, n° 2.
SPEARSE. *New-York med. Journ.*, 1908, p. 357.
Discussion à la *Soc. de chir. de Paris*, 1888.
Discussion à la *Soc. d'anat. pathol. de Bruxelles*, 17 fév. 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 MAI 1911)

Contribution à l'étude des consonnes. — M. MARAGE. Une consonne est un bruit supra-laryngien qui précède ou suit la vibration aéro-laryngienne intermittente qu'on appelle une voyelle.

La parole articulée se trouve donc composée de deux sortes de vibrations très différentes : des vibrations intermittentes, les voyelles; et des vibrations continues irrégulières non périodiques, les consonnes.

Etant donné qu'une consonne n'est qu'un bruit commençant ou finissant une voyelle, il est logique, quand on apprend à lire aux enfants de leur faire joindre dès la première leçon les voyelles aux consonnes : c'est la méthode qui correspond aux tracés photographiques qu'a obtenus M. Marage. Avec ce procédé, qui, du reste, est employé et porte le nom de *méthode Janicot*, les enfants apprennent en trois mois ce que les autres avec des procédés différents apprennent en un an.

Il arrive que les élèves en chant donnent un coup de glotte au commencement d'un exercice sur une voyelle, c'est-à-dire qu'ils laissent au début échapper l'air trachéal sous une pression trop forte qui écarte brusquement les cordes vocales.

Pour corriger ce défaut, beaucoup de professeurs de chant font commencer l'exercice en appuyant la voyelle sur une consonne explosive, B, par exemple. Le coup de glotte laryngien se trouve supprimé et remplacé par une petite explosive labiale qui a beaucoup moins d'importance.

Le neuroplasma est mobile, — M. N. A. BARBIERI.

Sur l'acidité originelle du lait. — MM. BORDAS et TOUPLAIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 MAI 1911)

Fibrome utérin chez un homme. — M. PAUCHET (d'Amiens). Il s'agit d'une femme de soixante et un ans, pseudo-hermaphrodite, à la face barbue, aux organes génitaux d'apparence masculine, avec une verge peu volumineuse, mais bien développée, un périnée mâle, un scrotum complet et non fendu sur le milieu, mais sans testicule.

Le sujet fut d'abord considéré comme une fille jusqu'à l'âge de neuf ans; puis comme un homme dont il remplit les fonctions sociales jusqu'à l'âge de soixante et un ans. Il est agénésique.

Depuis deux ans, le ventre augmenta de volume et devint considérable.

Le diagnostic posé fut kyste hydatique multiple du péritoine. La réaction de Weinberg était néanmoins négative. Laparotomie médiane le 5 avril 1911. Enorme fibrome utérin ramolli (13 kilos). Hystérectomie abdominale totale ; le vagin descend en cul-de-sac jusqu'au périnée où il s'arrête, sans s'ouvrir au dehors. Ovaires normaux. Suites opératoires bénignes.

M. BROCA fait observer que la réaction de Weinberg, quand elle est négative, ne signifie rien.

Luxation congénitale de la rotule. — M. QUÉNU rapporte l'observation d'un jeune homme de seize ans qui présentait une luxation congénitale de la rotule en dehors, avec 4 centimètres de raccourcissement. Il avait eu des poussées d'arthrite et avait un genu valgum très prononcé. On a proposé beaucoup d'opérations pour remédier à cet état. M. Quénu a d'abord pratiqué une ostéotomie sus-condylienne pour remédier, autant que possible, au genu valgum. Malgré la section de toute la capsule externe de la rotule, il fut impossible de remettre la rotule en place. M. Quénu eut alors recours au procédé de Roux qu'il a pratiqué sans le connaître. Ce n'est, en effet, qu'après y avoir eu recours qu'il a connu la description de Roux. Ce procédé consiste, après avoir coupé la capsule, à déplacer la tubérosité antérieure du tibia et à la porter en dedans. De cette façon il a pu réduire la luxation et fixer ensuite le bord interne de la capsule rotulienne au biceps. Il a ensuite immobilisé le membre dans un plâtre, quarante-six jours après il a fait commencer le massage et la mobilisation. Les mouvements obtenus sont assez limités mais en voie de progression.

M. Quénu fait suivre cette observation de réflexions générales sur le traitement des luxations congénitales de la rotule.

Sarcomes de l'ovaire. — M. BAZY, à propos du rapport de M. Savariaud (*Gaz. des hôp.*, n° 55, p. 848), relate deux observations : 1° une tumeur de l'ovaire droit chez une enfant de treize ans qu'il a opérée à Bicêtre; il a dû retarder l'opération à cause d'une albuminurie très accentuée, il s'agissait d'un sarcome ; 2° une tumeur polykystique de l'ovaire droit chez une jeune fille de seize ans qu'il a opérée il y a dix ans. On croyait cette jeune fille enceinte. Cependant un médecin a fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. A l'opération on a trouvé, en effet, une tumeur polykystique dont une poche s'était rompue. Il s'agissait également d'un sarcome. Cette jeune fille s'est mariée à dix-neuf ans et a eu un enfant. M. Bazy n'a plus eu de ses nouvelles depuis.

M. MAUCLAIRE apporte au débat une observation, due à M. Soubeyrand, de sarcome mélanique bilatéral des ovaires chez une femme de quarante-huit ans ; cette tumeur s'accompagnait d'une autre tumeur dans la région inguinale et de même nature. Il y avait de l'ascite. Ces sarcomes mélaniques des ovaires sont très rares. On n'a pu en réunir que 7 observations, qui se trouvent consignées dans le rapport de Mériel (de Toulouse).

Traitement des fractures. — Nous revenons au traitement des fractures. M. TUFFIER lit un travail important sur ce sujet. Il rappelle, qu'en 1893, il a publié ses premiers cas de suture des fragments comme traitement des fractures des os longs. Depuis il a continué ses recherches sur ce traitement et il est arrivé à conclure que ce traitement à ciel ouvert n'était que rarement indiqué. Il n'a guère eu recours à ce mode de traitement que dans 10 à 15 p. 100 des cas de fractures.

La chirurgie des fractures a été, dans ces dernières années, l'objet d'études fort sérieuses. M. Tuffier rappelle les appareils de marche, la méthode de Lambret dont a parlé M. Quénu. Il ne suffit pas, dans le traitement des fractures de jambe, de mettre les deux os bout à bout; il importe surtout d'obtenir la réduction suivant l'axe du membre. C'est là un principe qui doit être appliqué, non seulement aux fractures fermées, mais aussi aux fractures ouvertes.

Dans les fractures obliques, en particulier, il faut envisager successivement : 1° la coaptation exacte des fragments; 2° le maintien provisoire; 3° le maintien définitif. Pour le premier

temps, il faut tenter d'abord toutes les manœuvres de redressement avant de recourir à la réduction sanglante.

M. Tuffier rappelle ici l'importance de la radiographie, non seulement au point de vue du diagnostic des fractures, mais aussi au point de vue de la constatation exacte des résultats obtenus par le traitement. Chemin faisant, il exprime le regret que les hôpitaux soient insuffisamment outillés au point de vue de la radiographie. Il faudrait pouvoir disposer d'appareils portatifs afin de ne pas obliger les malades, atteints de fracture, à subir un transport souvent pénible entre la salle et le laboratoire.

La coaptation parfaite obtenue par la suture est-elle indispensable et abrège-t-elle la durée du traitement? M. Tuffier n'hésite pas à répondre qu'elle n'abrège pas la durée du traitement. Tout au contraire. Dans ces conditions, les indications bien nettes de la suture osseuse, comme traitement des fractures, deviennent bien difficiles et M. Tuffier, qui a été un ardent promoteur de cette méthode, conclut en disant qu'en réalité ces indications sont rares. Toutefois, faisant un parallèle entre ce mode de traitement et la méthode de Lambret, il fait observer que cette dernière expose peut-être plus à l'infection que la première. Quand il croit devoir intervenir à ciel ouvert, il ne le fait que le huitième jour. Il est entendu que toutes ces réflexions s'adressent aux fractures fermées.

M. Quénu appuie la protestation de M. Tuffier relative à l'insuffisance des appareils radiographiques dans les services hospitaliers.

La Société tout entière s'associe à cette protestation par un vote, après une courte discussion entre M. Quénu et M. Delorme, ce dernier trouvant que cette question est beaucoup plus du ressort de la Société des chirurgiens.

M. Delbet n'a pas l'expérience de l'appareil de Lambret. Quant à la suture à ciel ouvert, il y est formellement opposé, M. Tuffier déclare lui-même qu'il n'intervient que le huitième jour. Ces huit jours, ajoutés à la durée du traitement déjà plus longue, allonge singulièrement la durée totale du traitement et on risque bien alors de n'obtenir que des membres émaciés, amaigris, raides et impotents.

M. Tuffier, avec raison, insiste sur la nécessité d'obtenir surtout une réduction suivant l'axe du membre.

C'est parfaitement exact, mais il ne faut pas se dissimuler que même avec la suture osseuse on a souvent des déviations. M. Delbet cite un exemple. Que deviennent les cals osseux après la suture? Ils restent souvent monstrueux, sensibles et douloureux. En résumé, M. Delbet se déclare un adversaire convaincu du traitement des fractures à ciel ouvert.

M. Lucas-Championnière fait observer que M. Tuffier a fait des recherches qu'il a faites lui-même depuis longtemps. Toutefois, il ne faut pas trop se baser sur la possibilité de l'infection pour repousser la suture osseuse. S'il y a infection, il y a eu une faute de technique. Il n'en faut pas commettre. Il est vrai que la suture ne produit pas une guérison plus rapide que les autres moyens. Toutefois, M. Lucas-Championnière ne saurait la proscrire et il continue à la considérer comme indiquée dans un certain nombre de cas.

Ulcère de Vincent. — M. Picqué lit une note sur deux cas d'ulcères de Vincent du membre inférieur apparus spontanément. Depuis dix-huit mois, il s'est produit deux exemples de cette affection (pourriture d'hôpital, endémie hospitalière, ulcère de Vincent). L'un a trait à une jeune fille qui, étant au Maroc, fait une chute. On la suture. Elle prend aussitôt le bateau pour la France et, à bord, est prise de fièvre intense. C'est M. Picqué qui, à son retour, défit le pansement qui avait été fait au Maroc. Il trouva un ulcère de Vincent qui a été rapidement guéri.

Election. — M. Robineau est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 MAI 1911)

Surrénalite scléreuse avec adénomes. — M. A. Sézary décrit un type de surrénalite scléreuse caractérisé par l'existence, dans le parenchyme en hypoépinéphrie, d'adénomes circonscrits ou diffus présentant tous les attributs de l'hyperépinéphrie. Ces adénomes, qui traduisent un processus d'hyperfonction compensatrice, siègent soit dans la zone corticale elle-même, soit dans les inclusions corticales de la médullaire et le manchon périveineux central. Ce type de surrénalite scléreuse avec adénomes est comparable à la cirrhose hépatique avec adénomes. Il faut retenir l'importance étiologique de la tuberculose, avec ou sans néphrite concomitante.

L'absorption des globules rouges par la muqueuse rectale. — M. Jacobson a cherché à étudier expérimentalement l'absorption de la muqueuse rectale pour les produits organiques. C'est là un point important au point de vue clinique, étant donnée l'utilisation de plus en plus grande de la voie rectale pour l'administration des sérums. Or, l'existence de cette absorption, niée par certains auteurs peut être démontrée par l'expérience suivante :

En introduisant, tous les deux jours, 5 centimètres cubes de sang de mouton défibriné dans le rectum du lapin, pendant dix jours consécutifs, on peut constater au bout de trois semaines environ dans le sang de ce lapin une hémolysine très active pour les globules du mouton. Par conséquent, la muqueuse rectale a été traversée par les hématies, qui jouant le rôle d'antigène ont provoqué la formation du même anticorps que détermine leur introduction directe dans l'appareil de la circulation.

Cette expérience offre également un nouveau mode de préparation, exempt de toute anaphylaxie, des sérums hémolytiques.

Sur un cas d'ictère chronique avec crises d'hémoglobinurie. — MM. A. Gilbert et E. Chabrol rapportent l'observation d'un malade présentant des crises d'hémoglobinurie dont l'histoire se résuma en trois phases bien distinctes; avant la crise, il s'agit d'un ictère acholurique, la résistance globulaire est entièrement normale et l'épreuve de Donath et Landsteiner reste négative. Sous l'action du froid, apparaissent de la fragilité globulaire et de l'hémoglobinurie. Après la crise, la résistance redevient normale, tandis que la cholémie se trouve notablement accrue et survit à la fragilité des globules.

Discutant la pathogénie de ces accidents les auteurs rappellent que dans l'intoxication par la toluylène-diamine, on peut observer la succession de trois phases analogues. La fragilité globulaire de l'hémoglobinurie survenant à titre transitoire dans l'évolution de la choléine. En pareil cas, l'action hémolysante de la rate se trouve à la base du processus, ainsi que MM. Gilbert et Chabrol l'ont établi. Rapprochant les données cliniques des données expérimentales ils montrent le lien qui rattache les ictères acholuriques simples à certaines formes d'hémoglobinurie paroxystique; ce sont les diverses manifestations d'un même état morbide liées sans doute à une suractivité des organes hémolytiques. Si cette suractivité demeure modérée, il ne se produit aucune modification des hématies circulantes, si cette suractivité devient plus marquée on observe une fragilité des hématies périphériques. Au degré extrême de cette activité hémolysante se place l'hémoglobinurie paroxystique que les auteurs interprètent en invoquant une théorie *spléno-rénale*.

Les grandes lois directrices de la physiologie rénale chirurgicale. — M. Cathelin apporte les résultats d'une pratique de dix années, qui en chirurgie urinaire exploratrice

lui ont permis de formuler les quatre lois suivantes sur la valeur comparée du fonctionnement intime des deux glandes rénales : 1° loi de la valeur du taux d'urée absolu au litre ; 2° loi d'élimination du taux d'urée ; 3° loi de constance du taux d'urée et enfin la loi d'élimination des chlorures. La connaissance de ces lois est d'un intérêt primordial avant d'affirmer la légitimité d'une intervention rénale.

Durée de la circulation pulmonaire. — MM. Langlois et Desbouis, utilisant la méthode de Stewart, légèrement modifiée, admettent que les apnées par excitation du vague n'augmentent que peu le temps de la circulation pulmonaire, alors que dans les apnées asphyxiques et adrénaliniques, on note des augmentations considérables dans la durée de la circulation. Les effets vasoconstricteurs pulmonaires paraissent jouer le rôle principal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 MAI 1911)

Vices de prononciation et nasonnement. — M. Marcel Natier présente une jeune fille de vingt ans atteinte, depuis l'enfance, de vices divers de prononciation, chez laquelle on avait songé à une intervention chirurgicale, et qu'il parvint à guérir par les seuls exercices orthophoniques.

Exercice illégal de la médecine. — M. Ch. Levassort précise, par quelques observations, l'action des syndicats ; la loi arme actuellement le corps médical, et des jugements très complets fixent la jurisprudence ; de plus, la loi Poulle, de juillet 1910, stipule que tout docteur doit déclarer et faire enregistrer son diplôme avant tout acte médical.

Obésité et fonction génitale. — M. Guelpa estime qu'il suffit d'empêcher l'encombrement de l'organisme par les produits de déchets et par des dépôts graisseux pour obtenir le relèvement rapide de la fonction génitale et la diminution partielle de l'obésité ; il recommande donc, comme le lui ont prouvé des faits incontestables, de recourir aux périodes répétées de jeûne et de purgation.

Nouvelle théorie sexuelle. — M. Klotz relate à nouveau ses idées sur l'origine symbiotique de la cellule ; cytoplasma parasité par un nucléoplasma, les noyaux subissent des métamorphoses nécessaires en formant des tissus différenciés, et, au moment de la puberté, ces parasites infectent l'organisme en provoquant des éruptions ou caractères sexuels secondaires et des troubles psychiques.

Contribution au diagnostic de quelques lésions de l'estomac par l'examen radiologique. — M. Aubourg présente une série de radiographies qui montrent l'utilité incontestable des rayons X dans le diagnostic souvent difficile de quelques affections de l'estomac, telles que : aérophagie, ulcère, cancer, ptoses, sténoses, biloculation.

M. Desternes montre, avec clichés à l'appui, les différents aspects de l'estomac dans les positions debout et couchée et les états divers de la contractilité de cet organe, selon la quantité et la qualité des aliments ingérés.

Nouvelle communication sur le procédé de Kocher. — M. Gallois insiste sur l'extrême douceur qu'il faut employer dans ce procédé, et démontre que deux doigts suffisent pour obtenir la réduction ; de cette façon, toute complication de fracture, au cours de la manœuvre, devient impossible.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

PHARMACOLOGIE

POMMADE A L'OXYDE JAUNE

On sait que depuis l'imposition par le codex de 1884 de la vaseline comme excipient de cette pommade, on observe souvent une cuisson douloureuse à la suite de l'application de cette pommade sur l'œil. La cause de la douleur a été attribuée le plus souvent à la potasse ou à la soude retenue par l'oxyde et divers procédés de préparation ont été proposés notamment par M. P. Carles (1).

Après des expériences suffisamment prolongées, M. J. Romeyer, pharmacien en chef des hôpitaux de Grenoble (2), est arrivé à une formule donnant toute satisfaction ; et surtout aux petits malades qui ne pleurent plus.

Oxyde jaune (ne noircissant pas)... 5 grammes
Lanoline anhydre pure.......... 15 —

Placer dans une capsule en porcelaine bien lavée à l'acide chlorhydrique, rincée à l'eau distillée non ferrugineuse et séchée.

On porte sur un bain-marie et on délaie l'oxyde à chaud avec un pilon de verre ou de porcelaine lavé comme la capsule, on divise longuement l'oxyde sans s'inquiéter de son léger rougissement par la chaleur, qui disparaîtra par le refroidissement.

Ajouter ensuite :

Vaseline blanche extra........ 80 grammes.

On obtiendra ainsi une pommade lisse restant bien homogène, sans se colorer ni se grumeler avec le temps.

Quelques médecins, surtout en hiver, préfèrent une pommade à point de fusion plus bas, s'étalant plus facilement dans l'œil. Il suffit de remplacer 10 grammes ou plus de vaseline par de l'huile pure de vaseline.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA GRIPPE INFANTILE

Dans l'enfance, la grippe est particulièrement bénigne et dure peu de temps. Les complications pulmonaires sont assez rares, à part cependant la broncho-pneumonie que l'on peut observer souvent dans les épidémies graves. Par contre, l'anémie, l'amaigrissement, la perte des forces, l'anorexie apparaissent et persistent longtemps après la guérison, rendant la convalescence longue, traînante, incertaine.

Comby a signalé, parmi les complications observées dans la grippe infantile, la fluxion articulaire (tibio-tarsienne) et l'ictère catarrhal, exceptionnellement il est vrai.

On pourrait donc se borner, chez l'enfant grippé, à un traitement hygiéno-diététique. Le repos au lit pendant sept à huit jours, la diète lactée coupée de tisanes sudorifiques, un léger purgatif, la quinine administrée en suppositoires, suffisent habituellement.

Quand les douleurs, la céphalée, les arthralgies sont violentes, on doit, sans crainte, utiliser l'antipyrine (ce médiment est très bien supporté par les enfants).

S'il existait une complication pulmonaire, on utiliserait les ventouses sèches, les bains chauds à 36 degrés ou les enveloppements froids du thorax. Contre l'élément catarrhal infectieux et congestif, on prescrira :

Sirop Roche au thiocol,

deux à quatre cuillerées à café par jour.

(1) *Union pharm.*, 1904, p. 273.
(2) *Ibid.*, 1911, p. 209.

Ce médicament est aussi utilisé par plusieurs auteurs, en même temps que les bains chauds, comme traitement préventif généralement efficace.

Pour prévenir la congestion pulmonaire on utilisera, si l'enfant est vigoureux, l'ipéca.

Racine d'ipéca....... 10 à	20 centigrammes
Eau bouillante..........	200 grammes

passez et ajoutez :

Sirop de capillaire	30 grammes
Acétate d'ammoniaque	1 —

deux cuillerées à dessert par année d'âge.

Contre la broncho-pneumonie, le sirop Roche sera également prescrit, une cuillerée à café toutes les trois heures (aucune toxicité). Le docteur Alison (1) vante le tannin à la dose de 40 à 60 centigrammes, en cachets ou en lavements.

Les phénomènes nerveux sont fréquents chez les enfants et peuvent, par leur allure hybride, dérouter le praticien. Sevestre a décrit les accidents pseudo-méningitiques, et il conseille de les combattre par les bains tièdes et les applications de glace sur la tête.

Enfin, dans la convalescence, il faudra avoir recours au fer, à l'arsenic, quinquina, phosphates, noix vomique, et souvent chercher, dans un changement de climat et un séjour à la campagne, un rétablissement trop long à obtenir avec les médications reconstituantes. M. SKANDER.

LIVRES NOUVEAUX

La Syphilis veineuse (2), **et particulièrement, la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres**, par Philippe GAILLARD.

Cette intéressante étude est basée sur six observations personnelles recueillies dans le service du docteur Thibierge. L'auteur donne une bonne description clinique de la phlébite syphilitique secondaire. Il montre que c'est une affection plus fréquente qu'on ne le croit et qui passe souvent inaperçue, quand on ne la recherche pas systématiquement.

Les comptes-rendus des examens histologiques publiés jusqu'ici ont été rapportés in extenso. La bactériologie de la phlébite syphilitique, la démonstration de la présence du *Spirochæte* dans les tuniques veineuses, et l'inoculation expérimentale du singe ont fait l'objet d'un chapitre important. L'auteur rapporte presque toutes les observations publiées tant en France qu'à l'étranger. Un index bibliographique complet permettra de consulter les textes originaux.

C'est en plus d'une bonne revue générale, la mise au point du rôle que joue le spirochæte dans la pathogénie de la phlébite secondaire. L. GAYARD.

(1) *Arch. de thérap.*, 1889.
(2) Th. de Paris, 1911. 1 vol. de 180 p. — Prix : 4 francs. — Paris, Henry Paulin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 MAI AU 3 JUIN 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.* — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 30 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 31 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

Jeudi 1er juin, à une heure. — 1er (oral). — 4e.

Vendredi 2 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Samedi 3 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 31 mai, à une heure. — M. LAGARRIGUE. La lutte contre le rat. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Nicolas et Branca.) — M. CLOSIER. De l'herpès zoster auriculaire et para-auriculaire. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Nicolas et Branca.) — M. LAFAIX. Contribution à l'étude de la fécondation chez les mammifères. (MM. Nicolas, président; Blanchard, Déjerine et Branca.) — M. FRICKER. « L'accident » dans les accidents du travail. (MM. Reclus, président; Lejars, Proust et Ombrédanne.) — M. GUISOULPHE. De la résection de la mâchoire dans l'artère temporo-maxilaire. (MM. Reclus, président; Lejars, Proust et Ombrédanne.)

Jeudi 1er juin, à une heure. — M. GALUP. L'autothérapie ascitique. (MM. Chantemesse, président; Chauffard, Balthazard et Rathery.) — M. BAYE. Etude générale clinique de la syphilis de l'urètre. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Balthazard et Rathery.) — M. BERCHE. Contribution à l'étude de l'influence des insuffisances ovariennes sur le tractus uréal. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Demelin et André Broca.) — Mme HUARD-COLLARD. De l'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Demelin et André Broca.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 18, 30 avril 1911.) PETIT DE LA VILLÉON : Phénomène ectromélien. Absence congénitale de la presque totalité des fémurs (4 fig.). — (N° 19, 7 mai.) P. LEMAIRE : Sur l'utilisation du cacodylate de strychnine et de ses solutions injectables. — LAFOND-GRELLETY : L'électrolyse de l'urètre en province.

Journal de médecine interne. — (N° 12, 30 avril 1911.) RAUZIER : La reviviscence des polyomyélites. — (N° 13, 10 mai.) E. TERRIEN : Quelques procédés pratiques d'examen des selles chez le nourrisson.

Journal des praticiens. — (N° 17, 29 avril 1911.) P. RECLUS : Hémangiome rouge et anévrisme cirsoïde. — RATHERY : Les deux diabètes. — M. CHAMPEAUX : Au sujet de l'emploi chirurgical de la teinture d'iode.

Journal médical de Bruxelles— (N° 17, 27 avril 1911.) A. TERSON : La recherche de la simulation et des fraudes visuelles dans les accidents du travail. — L. MAYER : Invagination iléo-cæco-colique. Entéro-anastomose. Guérison. — (N° 18, 4 mai 1911.) SCHLEMMER : L'asthme et son traitement hydro-minéral.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 22 mai. — MM. Froin, 16 1/2; Gaultier, 17 1/2; Gougerot, 17; Ribadeau-Dumas, 19 1/2; Armand-Delille, 18 1/2.

Prochaine séance, mardi 23 mai, à cinq heures un quart, à la Charité.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 20 mai. — MM. Mocquot et Cauchois, 26; Okinczyc, 24; Desmarest, 28; Gernez, 20; Grégoire et Marcille, 29; Sauvé, 23.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 19 mai. — MM. Guéniot, 17; Mouchotte, 16; Sauvage, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 20 mai. — MM. Le Lorier, 15; Guéniot, 14; Mouchotte, 16.

Prochaine séance, mardi 23 mai, à quatre heures trois quarts, à la Maternité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — Un concours pour la nomination au poste de pharmacien en chef des hôpitaux et hospices de Reims s'ouvrira le 15 juin 1911 à l'hôpital civil.

Le registre d'inscription ouvert au secrétariat des hospices, place Museux, à Reims, sera clos trois jours avant la date fixée pour le concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Un congé, du 1er mai au 31 octobre 1911, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Caubet, professeur de clinique médicale.

M. Dalous, agrégé, est chargé en outre du 1er mai au 31 octobre 1911 (durée du congé accordé à M. Caubet), d'un cours de clinique médicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Henri Lerat, ancien interne des hôpitaux de Nantes et de Paris, a été nommé après concours chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes, en remplacement de M. le docteur Favreul.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le docteur R. Benon vient d'être nommé médecin adjoint des quartiers d'hospice à Saint-Jacques, à Nantes.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine réunion aura lieu le samedi 27 mai. La conférence habituelle sera faite à cinq heures trois quarts par M. René Gaultier sur la valeur séméiologique de la coprologie clinique dans la pratique des affections des voies digestives.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — M. le docteur F. Terrien, professeur agrégé à la Faculté, ophtalmologiste de l'hôpital des Enfants-Malades, fera tous les mardis à onze heures du matin, dans son service, des présentations de malades, et tous les jeudis à onze heures, une série de conférences sur les relations des affections oculaires avec les maladies générales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Husson (de Tunis.)

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 309, 10 mai 1911.) A. SIREDEY : Sur le traitement des fibromyomes utérins. — R. DESPLATS : Les traitements électriques de l'entérite muco-membraneuse. — J. LABORDERIE : Sur un cas de sciatique traitée par l'électrolyse de l'hyposulfite de soude.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 4, avril 1911.) CHABANNE : La péritonite typhoïdique dans la marine française (1900-1910). Ses variétés, son traitement (*suite*). — BARTET : Deux cas de malformation congénitale du cœur (maladie de Roger). — CONSIROLES : Prostatectomie transvésicale selon la méthode de Marion. Quelle doit être la conduite à tenir, après l'intervention, pour arriver rapidement à la guérison définitive? — BONAIN : Note sur un nouveau mode de lavage des équipages. — FOUCAUD et MACHENAND : Hépatite suppurée et périhépatite. Intervention par résection chondrocostale et voie sous-pleurale. Guérison. — PALASNE DE CHAMPEAUX et GOÉBÉ : Angiocholite suppurée (drainage du canal hépatique).

Archives internationales de neurologie.. — (Mai 1911.) SIKORSKY : Sur la confusion mentale. — GREIDENBERG : Contribution à l'étude de l'hémilésion de la moelle épinière. Un cas de paralysie de Brown-Séquard (*fin*). — A. GOTTSCHALK : De l'influence du régime alimentaire au point de vue de la prophylaxie et de la genèse des accidents convulsifs.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 15, 13 avril 1911.) Lincoln DAVIS : Une analyse de 46 cas de prostatectomie (*à suivre*). — W. H. WATTERS et C. A. EATON : Les vaccins dans l'infection puerpérale (50 observations, 15 graphiques). — Albert EHRENFRIED : L'anesthésie par insufflation intrathoracique : description d'un appareil et 3 observations (2 figures). — L. M. FREEDMAN : L'extirpation de l'amygdale par énucléation partie instrumentale, partie au moyen du doigt (avec 5 fig.). — Stephen RUSHMORE : L'opération césarienne tardive. Description d'un cas. — (N° 16, 20 avril.) Robert SOUTTER : La scoliose avec changements et rotation anatomique notables (12 fig.). — Edward WALLACE LEE : La dilatation aiguë de l'estomac après les opérations chirurgicales (4 obs.). — Robert E. MORRIS : La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. — Lincoln DAVIS : Une analyse de 46 cas de prostatectomie (*à suivre*). — Louis ARKIN : Une nouvelle pince à énucléation d'amygdale (2 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 mai 1911.) A. ROBIN : Traitement du diabète (*suite*). — H. BOUQUET : La peste et son traitement.

Bulletin médical. — (N° 36, 6 mai 1911.) E. LANEL : Traitement méthodique des varices.

Clinique. — (N° 17, 28 avril 1911.) H. TRIBOULET : De la digestion des aliments amylacés. Epreuve de Lugol-Gram (réactif iodo-ioduré). — G. LEVEN : L'obèse doit maigrir en mangeant à sa faim, en buvant à sa soif. — A. PELLETIER : Les polypes de l'urètre. — Ch. LESIEUR : Péritonite tuberculeuse à forme typhoïde; angine ulcéreuse pseudo-typhique. — F. LEMOINE : D'un anus iliaque hermétique palliatif de la fistule recto-vaginale au cours du néoplasme du rectum. — RUDEAUX : Conduite du médecin pendant la grossesse. — ARROU : Epididymite aiguë non spécifique. — V. PAUCHET : Traumatismes du genou. Lésions des ménisques. — PERDRIZET : Diagnostic de la granulie par les rayons X. — (N° 18, 3 mai.) André THOMAS : De la dysmétrie dans les maladies du système nerveux. — KIRMISSON : Exstrophie de la vessie.

Echo médical du Nord. — (N° 18, 30 avril 1911.) MINET et LECLERCQ : L'anaphylaxie en médecine légale. Son application à la détermination de la nature humaine ou animale du sang (2e mémoire). — TONNEL : Bothriocéphalose d'un Français, contractée en France. Pseudo-parasitisme par le tænia rotundata. — BETTREMIEUX : La sclérectomie simple dans le glaucome. — (N° 19, 7 mai.) DELÉARDE : La prétuberculose à l'école et les colonies de vacances. L'œuvre Grancher. — BERTEIN : Hémorragie grave dans un cas de chancre simple de la verge. — DAMAYE et DESRUELLES : Excitation maniaque chez une déséquilibrée tuberculeuse; les lésions encéphaliques.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 16, 22 avril 1911.) A. BONNET-LABORDERIE : Réflexions sur un cas d'hémorragie buccale mortelle, survenue chez un nouveau-né, à la suite d'une version par manœuvres internes. — J. QUEFFEULOU : Note sur une luxation de l'épaule en avant, variété sous-coracoïdienne, datant de quatre semaines, chez une femme de quatre-vingt-six ans. Réduction sous chloroforme par le procédé de Kocher.

Lyon médical. — (N° 18, 30 avril 1911.) M. DURAND : Des colites aiguës nécrosantes. — (N° 19, 7 mai.) MOLLARD et DUFOURT : Sur l'encéphalite aiguë au cours de la pneumonie.

Marseille médical. — (N° 9, 1er mai 1911.) ASTROS : Maladie bleue sans signes d'auscultation. — PAGLIANO et M. CORSY : Méningite saturnine et pseudo-syndrome de Weber. — F. MONGES : Un cas de lymphadénie. — F. CORSY : Injection accidentelle de nitrite d'amyle.

Nord médical. — (N° 398, 1er mai 1911.) G. LEMOINE : Traitement de l'artério-sclérose par des solutions de phosphatides extraits des lipoïdes et dissolvant la cholestérine. — FANIEL : Traitement du saturnisme par les abcès de fixation.

Presse médicale. — (N° 34, 29 avril 1911.) ALGLAVE : Technique de la résection totale des varices essentielles superficielles des membres inférieurs. — TUFFIER et AUBOURG : L'estomac, le duodénum, le gros intestin dans les positions debout et couchée (constatations radiologiques). — (N° 35, 3 mai.) R. BRUNON : Œdème pulmonaire où tuberculose (radiographie). — (N° 36, 6 mai.) LERMOYEZ et HAUTANT : Le nystagmus vestibulaire calorique. — (N° 37, 10 mai.) Gilbert BALLET : Le domaine de la psychiatrie.

Progrès médical. — (N° 17, 29 avril 1911.) MALHERBE : L'étude du cancer. — RAYNAUD et COUDRAY : Ictère catarrhal bénin d'origine tétragénique. — DAMAYE : Considérations anatomo-pathologiques et pathogéniques sur les maladies mentales. — (N° 18, 6 mai.) LÉPINE : Traitement de l'acétonémie diabétique. — LŒPER et BINET : Le cyto-diagnostic des affections de l'estomac.

Province médicale. — (N° 17, 29 avril 1911.) J. CURTILLET et Pierre LOMBARD : Arthrite traumatique suppurée du genou, guérie par la ponction. — CANTALOUBE : Confusion mentale et délire onirique dans la fièvre de Malte. — J. REYNARD : Quand faut-il opérer un prostatique? — (N° 18, 6 mai.) AUDRY : Sur les exanthèmes provoqués, les exanthèmes préroséoliques et l'incubation de la syphilis. — SAVY et DELACHANAL : Septicémie à bacille de Friedlander.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 17, 29 avril 1911.) Umberto Luigi TORRINI : De l'otalgie. — (N° 18, 6 mai.) Umberto Luigi TORRINI : De l'otalgie (*suite*).

LA PROPAGATION DES MALADIES INFECTIEUSES

PAR LES BROUILLARDS, LES NUAGES, LES PLUIES EST-ELLE POSSIBLE?

Par M. P. REMLINGER,
Médecin-major,
Chef du laboratoire de bactériologie du 6e corps d'armée.

Un article récent de M. Muñoz (1) soulève, à propos de la propagation du choléra, une question qui peut se poser également au sujet de la transmission des autres maladies hydriques et des maladies infectieuses en général et paraît bien digne de retenir un instant l'attention. Soit une rivière, un lac, un étang, contaminés par le vibrion cholérique ou le bacille typhique par exemple; il se forme, à leur surface, des brouillards susceptibles de s'étendre sur les rives à des distances plus ou moins considérables. Ces brouillards renferment-ils des germes empruntés à cette rivière, à ce lac, à cet étang et y a-t-il, par conséquent, danger à vivre, à circuler au milieu d'eux ? D'autre part, l'eau de cette rivière, de cet étang, de ce lac s'évapore; le produit de l'évaporation va constituer des nuages et reviendra à la terre sous forme de pluie. L'évaporation peut-elle absorber, en même temps que des éléments gazeux, des microrganismes : vibrions de Koch ou bacilles d'Eberth qui, après un séjour plus ou moins long dans l'atmosphère, retomberont sur terre incorporés à la pluie et y sèmeront les maladies dont ils sont les agents spécifiques ? On conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'insister, l'importance de ces questions si elles étaient résolues par l'affirmative. La prophylaxie individuelle et urbaine de la fièvre typhoïde et du choléra, déjà si complexe, deviendrait vraiment décourageante. Après avoir fait bouillir son eau, s'être privé d'un grand nombre d'aliments utiles ou agréables, ne serait-on pas obligé de demeurer enfermé chez soi, de peur de recevoir avec la pluie du bacille d'Eberth sur les mains ou la figure, ou d'en ramener sur ses chaussures ? Et que dire de la prophylaxie internationale ! A quoi bon quarantaines, désinfections, déclarations, mises en observation, puisque les nuages, vecteurs du vibrion cholérique, échappent — et pour cause — à toute réglementation ! De prime abord, un certain nombre de faits se présentent à l'esprit qui cadrent assez bien avec le rôle pathogénique des nuages et des pluies. Ce sont ces cas de fièvre typhoïde, dont les recherches étiologiques les plus minutieuses n'arrivent pas à découvrir la filiation ; ces épidémies de choléra apparaissant soudain dans une telle indépendance vis-à-vis d'une importation étrangère, que les meilleurs esprits invoquent leur éclosion « spontanée » ; certains cas avérés de transmission de la maladie par des fruits mûris à plusieurs mètres du sol, dans des conditions telles que la contamination par l'eau de pluie est une des seules qui puisse être envisagée ; la dissémination si générale du vibrion cholérique dans une ville infectée qu'il n'est bientôt pas d'eaux, de poussières, de milieux quelconques dans lesquels sa présence ne puisse être décelée... La question, on le voit, a besoin d'être serrée d'un peu près.

(1) Muñoz (de Madrid). La propagation du choléra; les nuages, les pluies, moyens de transport du choléra, *Gaz. des hôpit.*, 27 avril 1911.

***

L'évaporation est-elle capable d'enlever à un liquide les microrganismes qui s'y trouvent contenus ? L'expérience suivante permet, semble-t-il, de résoudre cette question par la négative. On cultive des espèces microbiennes variées, prodigiosus, bacille typhique, vibrion cholérique en bouillon dans de longs tubes à essai et on prend bien garde qu'au cours de l'ensemencement, de la mise à l'étuve, des manœuvres diverses nécessitées par l'expérience, la face interne des tubes ne soit, à la partie supérieure, souillée par ces microrganismes. Les cultures ayant poussé, l'extrémité inférieure des tubes à essai est entourée de compresses chaudes afin de favoriser l'évaporation. La partie supérieure des tubes étant au contraire refroidie, il s'y produit une condensation. Or les ensemencements montrent que les liquides recueillis sont toujours stériles.

Les résultats des analyses quantitative et qualitative des eaux de pluie ainsi que des eaux de neige et de grêle viennent également à l'appui de l'impossibilité pour l'évaporation d'absorber les microrganismes des couches liquides sur lesquelles elle s'exerce. Tous ceux qui ont procédé à ces analyses, sont d'accord pour admettre que :

1° Le nombre des microbes de l'eau de pluie, ou de l'eau provenant de la fonte de la neige ou de la grêle, est extrêmement peu considérable.

2° Ces germes appartiennent tous à des espèces banales de l'air. Jamais il n'a été mis en évidence soit d'espèces pathogènes, soit d'espèces propres à l'eau.

3° Les microbes sont plus abondants dans l'eau de pluie à la ville qu'à la campagne, au début d'une averse qu'à la fin.

4° Ces deux points mis à part, le nombre des microrganismes de l'eau de pluie comme les espèces auxquelles ils appartiennent varient dans des limites extrêmement étroites suivant les circonstances de temps, de lieu, d'expérimentateur, etc... Cette constance forme un contraste absolu avec l'extrême variabilité des résultats des analyses d'eaux de fleuves, de lacs, etc.

Ces différents faits sont de nature à démontrer que les pluies, loin d'apporter à l'air, au cours de leur ascension à l'état de vapeurs, les microbes de l'eau, se chargent au contraire des germes de l'air lors de leur descente.

Au point de vue épidémiologique, comme au point de vue bactériologique, les pluies paraissent purifier l'atmosphère, plutôt que la contaminer, et plusieurs auteurs, tel Haselberg à Stralsund (1850-1870), ont établi que le chiffre annuel de la mortalité dans un pays, une ville était en raison inverse de la quantité de pluie tombée.

Pour ce qui est du choléra, les uns considèrent

les orages comme dangereux, les autres comme favorables. C'est ainsi qu'en 1865, à Amiens, un orage signale le début d'une grave explosion épidémique; la même année à Ancône, on attribue à un orage la cessation du mal. A Calcutta où le choléra est endémique, il est à son apogée pendant les mois de sécheresse ou plutôt au commencement de la saison des pluies (avril); il diminue de plus en plus au fur et à mesure que les pluies augmentent (juillet). Dans d'autres villes de l'Inde, c'est au contraire l'inverse qui s'observe. Il n'est pas niable que fréquemment des orages ou des pluies abondantes ne précèdent de fort peu, en temps de choléra, de graves recrudescences épidémiques. Leur rôle se borne à entraîner de la surface du sol vers les eaux de boisson et vers certains produits alimentaires les microrganismes empruntés aux matières fécales. C'est exactement de la même façon que s'explique le rôle des pluies dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde. Dans de nombreuses villes de France et de l'étranger, on a noté un rapport constant entre l'abondance des pluies et le nombre des entrées à l'hôpital peu de temps après la chute de ces dernières. Cette corrélation paraît uniquement due au transport jusqu'aux eaux de boisson de matières infectieuses, prélevées sur le sol ou dans le sol.

* * *

On sait que les brouillards constituent une demi-condensation de la vapeur d'eau atmosphérique. Ils se formeraient quand il y a peu ou point de vent et que la température des masses aériennes dans lesquelles la vapeur pénètre n'est pas notablement plus basse que celle du point où les vapeurs se sont formées. Aussi sont-ce souvent les vapeurs mêmes du sol qui prennent cet état dans l'air de la surface. Nous n'avons trouvé dans la littérature bactériologique aucune analyse de brouillards. Toutefois ce que nous venons de dire du mécanisme de leur formation est de nature à faire supposer que le brouillard, tout comme la pluie, ne peut pas contenir de germes autres que ceux de l'air qu'il traverse et qu'il ne renferme en particulier aucun microbe provenant des eaux qui lui ont donné naissance. Les arguments que l'épidémiologie peut présenter en faveur du rôle des brouillards dans la genèse des maladies infectieuses sont peu importants et paraissent être le résultat de coïncidences ou d'erreurs d'observation. Si la suette miliaire a coïncidé fréquemment avec une extrême humidité de l'atmosphère caractérisée par d'intenses brouillards — coïncidence qui a été notée aussi bien pour la suette anglaise du XVe et du XVIe siècle que pour la suette picarde des temps modernes — cela tient sans doute à ce que l'humidité de l'année avait favorisé certaines migrations de ces rongeurs auxquels des recherches récentes tendent à faire jouer un rôle important dans la genèse de la maladie. Si Léon Colin a noté que les villes, couvents et bourgades de la Campagne romaine, sont d'autant plus salubres qu'ils émergent davantage du brouillard matinal, on sait aujourd'hui que c'est une simple question d'altitude et de moustiques. On se trouve un peu plus embarrassé pour expliquer cette affirmation du même auteur qu'en Algérie « le brouillard du matin est considéré avec raison comme spécialement dangereux ». Nous ne voyons en résumé aucun fait permettant d'avancer que les brouillards puissent jouer un rôle direct dans l'étiologie des maladies infectieuses, du choléra et de la fièvre typhoïde en particulier. Au surplus, les poussées estivo-automnales de la dothiénentérie ne se produisent-elles pas au moment où les brouillards sont le plus rares, et des villes comme Lyon, où les brouillards ont leur maximum d'intensité, ne jouissent-elles pas précisément d'une immunité presque absolue vis-à-vis du choléra ?

* * *

Nous ferons remarquer en terminant que nous avons, dans tout ce qui précède, attribué aux termes *brouillards*, *nuages*, *pluies*, la signification précise que leur assigne la science météorologique. Bien que parfois ils se mélangent intimement et soient assez difficiles à distinguer les uns des autres, les *brouillards* sont différents des *embruns*. Ceux-ci, au lieu d'être le produit d'une évaporation suivie d'une condensation sont le résultat d'une division mécanique violente exercée sur une nappe d'eau par un vent impétueux. Ils sont bacillifères et nous avons insisté dans des travaux antérieurs (1) sur les dangers qu'ils présentent au point de vue hygiénique. De même M. Muñoz (2) fait observer que les nuages « peuvent entraîner et décharger des poussières, du sable, des cendres, des êtres vivants, des insectes, des sauterelles », que les pluies peuvent « conduire et transporter les matières les plus diverses, organiques et inorganiques ». Il en tire la conclusion qu'il n'y a pas de raison pour que ces mêmes nuages, ces mêmes pluies ne puissent pas conduire ou transporter à des distances plus ou moins grandes les vibrions cholériques. Il est à peine besoin de faire observer que les *nuages* de poussières ou de sauterelles, les *pluies* d'insectes ou de poissons n'ont de commun avec ce qu'en météorologie on appelle *nuages* et *pluies* qu'une simple similitude de noms. Ils relèvent d'un mécanisme de formation tout différent qui est en général celui de la trompe et la transmission des maladies infectieuses par leur intermédiaire est en dehors du problème tel que nous l'avons posé en commençant. Il va de soi que si — à titre tout à fait exceptionnel — une pluie est déterminée par la chute d'une eau non pas évaporée puis condensée, mais soustraite à un étang, à un lac, par exemple, par le mécanisme de la trombe, cette eau est susceptible de déverser à profusion sur tous les objets animés et inanimés avec lesquels elle se trouvera en contact, les nombreux microrganismes de ce lac ou de cet étang.

(1) P. Remlinger. Le choléra à Constantinople en janvier 1908. L'hygiène générale et appliquée, avril 1908. Etiologie hydrique des maladies infectieuses et gouttelettes de Flügge, *Société de biologie*, 16 mai 1908.

(2) Muñoz. Loc. cit.

MÉDECINE PRATIQUE

LA RÉSORPTION TOXIQUE AU NIVEAU DU PÉRITOINE DANS LES PÉRITONITES. SA PROPHYLAXIE ET SON TRAITEMENT PAR L'EMPLOI DE L'HUILE CAMPHRÉE.

La thérapeutique de la péritonite aiguë généralisée a fait des progrès considérables depuis plusieurs années et les statistiques montrent que cette affection, considérée comme fatalement mortelle il y a une vingtaine d'années, donne maintenant un pourcentage de guérisons de plus en plus élevé.

Une grande part des progrès accomplis revient aux mesures prises pour mettre l'organisme en état maximum de défense contre la résorption des produits toxiques au niveau du péritoine et pour limiter celle-ci.

La pullulation des colonies microbiennes dans la séreuse est évidemment le premier phénomène à combattre, aussi est-ce contre elle qu'on a lutté tout d'abord. Puis on ne s'est plus contenté de chercher à l'enrayer dans les cas de péritonite déclarée, on a tenté de la prévenir dans les opérations où la séreuse avait de grandes chances d'être infectée (opérations pour ablations de poches suppurées, kystes infectés, cancers, intestin, etc.).

Les expériences de Waterhouse, Bumm, Tavel et Lanz ont bien montré que l'inoculation de la séreuse ne suffit pas à créer la péritonite et que l'état antérieur du péritoine joue un grand rôle dans cette production. La présence de sang dans la cavité crée un bouillon de culture excellent (nécessité d'une hémostase sévère); les lésions causées par des manipulations répétées, surtout avec des compresses sèches, l'emploi d'antiseptiques, créent des conditions favorables à l'infection.

Au contraire, la création d'une hyperleucocytose abondante dans tout l'organisme ou localement crée un milieu résistant à l'infection. C'est dans ce but que Mickulicz a préconisé les injections sous-cutanées d'acide nucléinique avant l'opération. Chantemesse et Kahn (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1907) ont proposé de lui substituer le nucléinate de soude. Cette méthode a eu des défenseurs et des détracteurs. (Voir Parlavecchio. Recherches expérimentales, histologiques et bactériologiques. Résultats cliniques de l'emploi du nucléinate de soude, *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, t. XC, f. 1; — Waugh. La nucléine en chirurgie, *Intern. Journ. of surg.*, août 1908, t. XXI, n° 8.) Le médicament employé primitivement amenait souvent de la douleur locale, parfois intense, des nausées et des vomissements, de la dépression, des frissons, de la fièvre, phénomènes habituellement transitoires, mais très effrayants à la veille d'une opération grave.

On ne les observerait plus depuis qu'on emploie un nucléinate de soude ne contenant pas d'albumine, qu'on trouve maintenant dans le commerce (de Paoli. *Congrès de chir.*, 1910, et *Boston med. and surg. Journ.*, 17 nov. 1910, p. 759).

Pour augmenter la résistance locale du péritoine à l'infection dans les péritonites ou après les opérations, on a laissé dans la séreuse des substances très variées : collargol, électrargol, térébenthine, alcool, teinture d'iode, solution d'urine stérilisée, mais surtout la solution de chlorure de sodium à 7/1000, des solutions de nucléinate de soude, le sérum chauffé de cheval (Raymond Petit), un mélange de sérum de cheval et de sérum artificiel (Adolf Schmidt).

Certaines de ces substances, comme l'acide nucléinique, ont été injectées préventivement dans le péritoine.

C'est dans l'espoir de provoquer une réaction inflammatoire bénigne au niveau du péritoine avec production sur place de substances neutralisantes des toxines, qu'on a injecté de la glycérine dans le péritoine à titre préventif ou curatif (Mac Lennan. *Brit. med. Journ.*, 3 déc. 1910). On a récemment utilisé le même procédé pour la cure de la péritonite tuberculeuse (Friedrich. *XXXIXe Congrès de la Soc. all. de chir.*, Berlin, mars-avril 1910; — *Centralbl. f. Chir.*, n° 31, 1910, p. 94).

Dans le même but on a aussi employé le chauffage à l'air chaud (70 à 100 degrés) de la paroi abdominale après les laparotomies ou dans les péritonites aiguës généralisées. (Voir Chantemesse. *Bull. de la Soc. de chir.*, 6 mai 1908, p. 578; — Jayle et Dausset. *Presse méd.*, 29 déc. 1909; — Schleussner et Rotter. *XLe Congrès de la Soc. all. de chir.*, Berlin, 18-22 avril 1911.).

Cette lutte contre la pullulation microbienne dans la cavité péritonéale présente un intérêt dans le traitement de la péritonite, mais il semble bien que là ne soit pas le facteur principal de pronostic. Il réside avant tout dans l'intoxication générale de l'organisme. Les malades atteints de péritonite meurent intoxiqués par la résorption des poisons microbiens au niveau de la séreuse et par la résorption du contenu toxique de l'intestin. Nous laisserons de côté ce deuxième point et l'importance capitale de l'évacuation du tube digestif dans le traitement de la péritonite, pour nous en tenir au premier.

Il y a plusieurs années que, dans des expériences très bien conduites, A. Peiser (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1905, t. XLV, 1) a montré que l'absorption toxique, au niveau du péritoine, n'est pas du tout parallèle à la pullulation microbienne et dépend de facteurs multiples, que, de plus, cette absorption, loin d'être un phénomène favorable, comme on le pensait jusqu'à ce jour, constitue un des principaux facteurs de gravité des péritonites.

Ces expériences ont été reprises par Glimm (1) qui montre l'augmentation du pouvoir de résorption du péritoine dans ses inflammations aiguës et le danger créé par ce fait (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1906, t. LXXXIII, p. 250).

On doit donc s'efforcer, par tous les moyens, de diminuer cette absorption péritonéale.

C'est dans ce sens qu'agissent l'évacuation par le drainage au point le plus déclive, l'aspiration, la limitation possible de l'extension des lésions par certaines positions à donner au malade (position demi-assise de Fowler, position ventrale de Küster, position droite de Dreesmann, position de Trendelenburg). Ces positions peuvent, jusqu'à un certain point, empêcher la propagation de l'infection vers des surfaces péritonéales encore saines. La position demi-assise, en évitant la stagnation des liquides septiques au contact du péritoine diaphragmatique, prend une grande importance, car c'est à ce niveau que la résorption lymphatique péritonéale est surtout active (expériences de Recklinghausen, Küttner, Clairmont et Ranzi).

L'absorption, au niveau du péritoine, se fait soit par les vaisseaux sanguins, soit par les lymphatiques. Glimm a montré que les microbes et toxines sont absorbés par les voies lymphatiques tandis que les solutions sont absorbées par les vaisseaux sanguins.

Il y a déjà longtemps que Pierre Delbet (*Acad. de méd.*, 18 juin 1889) a montré expérimentalement que la faculté d'absorber du péritoine pouvait être considérablement diminuée par un lavage au sérum physiologique. Au début, le sérum est absorbé par le péritoine, mais rapidement, probablement lorsqu'il s'est établi un équilibre avec la tension sanguine augmentée, l'absorption cesse. C'est sans doute de cette façon qu'agissent, en grande partie, toutes les médications qui relèvent la tension sanguine abaissée dans les péritonites généralisées : la caféine (Fleischer et Lœb. Influence de la caféine sur l'absorption de la cavité péritonéale, *The Journ. of expe-*

(1) La plupart des travaux cités par la suite sont résumés dans l'article de P. Vignard et L. Arnaud : L'injection intrapéritonéale d'huile camphrée dans le traitement des péritonites diffuses aiguës (*Lyon chir.*, 1er déc. 1910 et 1er janv. 1911), article auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

rim. med., 23 juillet 1910); le sérum artificiel et surtout l'adrénaline sous forme de sérum adrénalisé administré selon la méthode de Crile, ou de Holzbach et Koll. (Voir Fleischer et Lœb. Influence de l'adrénaline sur l'absorption de la cavité péritonéale, *The Journ. of experim. med.*, 1er mai 1910; — Holzbach. *XLe Congrès de la Soc. all. de chir.*, Berlin, 19-22 avril 1911; — *Sem. méd.*, 3 mai 1911, n° 18, p. 213.)

L'absorption, par voie sanguine, pourrait aussi être enrayée par l'emploi d'un sérum antibactérien qui n'agirait pas en donnant une immunité générale, mais une résistance locale du péritoine à se laisser traverser par les toxines microbiennes (Baneng-Meglio et Chiaralanza, *Clin. Chir.*, nov. 1909, t. XVII, n° 11, p. 2060).

Mais l'absorption par la voie lymphatique est beaucoup plus importante que celle qui se fait par les vaisseaux sanguins. C'est là, d'après Glimm, la grande porte d'entrée des toxines.

Il y a déjà longtemps que Wegner et Recklinghausen (1863) avaient noté qu'en injectant une petite quantité d'huile dans la cavité péritonéale, au bout d'un certain temps (un peu plus d'une heure), les lymphatiques, surtout au niveau du diaphragme, étaient oblitérés par l'huile absorbée, et cette oblitération persistait plusieurs jours.

Glimm, le premier, a tenté d'utiliser cette propriété des corps gras pour diminuer le pouvoir d'absorption du péritoine. Il donne la preuve expérimentale de cette action : si l'on injecte des colonies microbiennes dans le péritoine d'animaux ayant subi une injection préventive d'huile et d'animaux témoins, et que par la suite on prélève du sang dans la carotide des deux séries d'animaux, on constate que, chez les premiers, le sang contient peu ou pas de microbes, alors qu'ils sont très nombreux chez les seconds.

A ce rôle d'obstruction des voies biliaires, l'huile joint peut-être celui de provoquer une réaction inflammatoire bénigne comme nous l'avons vu faire à la glycérine. En plus, Glimm lui attribue une action microbicide, et, si l'on se sert d'huile camphrée, il s'y joint une action toni-cardiaque importante.

Blacke vérifia ces résultats. Pfannenstiel et Hœhne (de Kiel) reprirent les expériences de Glimm. Pour eux, le rôle curatif des injections d'huile camphrée n'existe pas, mais, par contre, sa valeur préventive n'est pas douteuse. Ils pensent que le médicament agit surtout par la production d'une réaction inflammatoire. Mais il semble que cette interprétation soit erronée et que la théorie de Glimm soit la vraie : les constatations nécropsiques de Hirschel, de Vignard, de Leriche, sur des malades ayant succombé malgré des injections d'huile camphrée, ont montré un péritoine lisse, absolument libre de toute trace d'adhérence et d'irritation récente. En tout cas, la méthode est inoffensive, on n'observe ni embolies graisseuses, ni intoxication, même avec des doses considérables.

Du laboratoire, la méthode est passée dans la clinique, et plusieurs auteurs en ont fait l'application sur des malades.

C'est Hirschel (de Heidelberg) [*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1906, t. LXXXIII, p. 254] qui traite ainsi trois cas de péritonite purulente généralisée avec deux morts et une guérison. Le même auteur apporte au congrès allemand de chirurgie (*Münch. med. Woch.*, 12 avril 1910, t. LVII, n° 15, p. 779) sept nouvelles observations plus heureuses (six péritonites appendiculaires, un ulcère gastrique perforé, une perforation de la vésicule, une éviscération totale par branche d'arbre) avec quatre morts et cinq guérisons. L'autopsie des quatre malades morts montre que le péritoine était revenu à un aspect normal, et la mort était due deux fois à de la pneumonie, une fois à de la myocardite et la dernière à des troubles psychiques graves.

En 1908, Pfannenstiel rapporte un seul cas terminé par la mort (*Centralbl. f. Gyn.*, 1908, p. 313).

De même que Wilkie (*Surg. gyn. and obst.*, janv. 1910, t. X, n° 2), Borchard (de Posen) [*Congrès all. de chir.*, avril 1910, t. I, p. 7] préfère l'huile pure à l'huile camphrée. Il apporte 46 observations de péritonites diffuses graves traitées par cette méthode avec 12 morts (26 p. 100).

En France, Vignard et Arnaud (*Lyon chir.*, loc. cit.) peuvent réunir cinq observations : deux cas de Laroyenne et Arnaud, une péritonite appendiculaire guérie, et une perforation typhique avec granulie, mort le dixième jour par suite de nouvelles perforations, deux cas de péritonite appendiculaire, de Vignard, guéries, un cas de perforation du cæcum, de Leriche, guéri.

Si l'on réunit toutes ces observations, on arrive au total de 62 cas avec 20 morts (36,5 p. 100) et, selon la remarque de Vignard et Arnaud, ce chiffre de mortalité diminue considérablement si on élimine tout ce qui ne revient pas à l'état du péritoine reconnu hors de cause à l'autopsie.

La méthode de Glimm a aussi été employée à titre préventif dans les opérations abdominales susceptibles d'infecter le péritoine.

Pfannenstiel et Hœhne (*XIIIe Congrès de la Soc. de chir. all.*, Strasbourg, juin 1909) s'en sont montrés très satisfaits; c'est ainsi que sur dix hystérectomies abdominales pour cancer de l'utérus, sans injection préventive, ils ont eu 1 décès d'infection ; sur 4. cas avec injection d'huile, ils n'ont observé que 2 décès de péritonite. Outre le cancer utérin, ils l'ont utilisée dans l'hystérectomie pour fièvre puerpérale, annexites aiguës ou suppurées, opérations sur l'intestin, césariennes infectées.

Pfannenstiel a vu de ces malades guérir sans péritonite, alors qu'on observait de la suppuration des téguments avec des streptocoques virulents.

Kolb, de la clinique de von Herff à Bâle, s'en est servi préventivement dans 79 laparotomies (voir *Sem. méd.*, 4 janv. 1911, n° 1, p. 8) : 4 fois d'huile, 75 fois d'huile camphrée. Dans 53 cas, il s'agissait de lésions septiques qui auraient pu amener l'infection du péritoine (pyoovarites, annexites, cancer de l'utérus, kystes de l'ovaire infectés, etc.).

Il n'y a eu que 9 décès, dont 1 seul de péritonite (1,8 p. 100) et dans 4 cas on a observé des abcès de la paroi sans péritonite.

La technique suivie diffère naturellement s'il s'agit d'injection préventive ou non.

Tous les auteurs, sauf Borchard qui préfère l'huile, se servent d'huile d'olive ou de sésame camphrée. Le liquide est naturellement stérilisé avec soin. Vignard et Arnaud recommandent une cuisson d'au moins une heure.

Les chirurgiens se sont servis de solutions variant entre 1 à 10/100. Dans le premier cas, la quantité employée a été de 100 à 300 centimètres cubes (Hirschel, Villard et Arnaud), elle est naturellement bien moindre dans le second (50 centimètres cubes).

Dans le cas de péritonite, le péritoine doit être nettoyé avec soin, au sérum ou à sec, l'huile agira mieux de cette façon. On verse l'huile dans le péritoine. Hirschel, avec une compresse, la répandait dans tout l'abdomen ; Blacke a montré que cette manœuvre est inutile, le brossage des anses intestinales suffisant à assurer cette répartition.

En cas de tympanisme considérable, empêchant le maintien de l'huile dans la cavité, on refermerait d'abord le ventre puis par le drain (Borchard) ou une canule qu'on pourra promener dans le ventre (Vignard et Arnaud), on versera l'huile en l'empêchant ensuite de ressortir.

Employée à titre préventif de l'infection au cours des opérations, l'huile camphrée peut être employée de la même manière, soit qu'on la verse dans le péritoine au cours de l'opération ou qu'on en injecte 50 centimètres cubes par un drain en verre après fermeture du ventre (Kolb).

Pfannenstiel et Hœhne trouvent l'action préventive plus

certaine si l'injection a eu lieu un ou quatre jours avant l'opération. Voici comment la pratique Hœhne (*LXe Congrès de la Soc. all. de chir.*, 18-22 avril 1911) : trois ou quatre jours avant l'opération, on pratique, sous anesthésie locale, une petite incision de la peau par où on enfonce une aiguille mousse dans le péritoine. On injecte dans la séreuse d'abord 10 centimètres cubes de solution de novocaïne, puis 50 centimètres cubes d'huile camphrée à 1/100.

On pourrait, par ces méthodes, craindre deux ordres de complications : les embolies, l'intoxication par le camphre; ni l'une ni l'autre n'ont été observées chez l'homme.

Hœhne, au cours d'expériences sur les lapins à la suite d'une injection de 20 centimètres cubes d'huile de sésame, a vu une embolie pulmonaire mortelle, mais on n'en a jamais signalé avec l'huile camphrée.

Pour l'intoxication, elle semble peu à redouter puisque, d'une part, les voies d'absorption sont rapidement obstruées, et, d'autre part, il semble qu'on s'était exagéré beaucoup cette toxicité, on n'hésite plus, depuis quelques années, à l'employer à des doses énormes. Dans la pneumonie (Seibert, Oppenheim et Crépin, etc.), on a injecté, chaque jour, jusqu'à 4 et 5 grammes de camphre par voie sous-cutanée. Nous verrons que Baudet a élevé cette dose à 10 grammes par jour dans la péritonite [F. Baudet (de Toulouse). Emploi de l'huile camphrée en chirurgie, *Province méd.*, 25 mars 1911].

En tout cas, on n'a jamais observé d'inconvénient par l'injection d'huile camphrée dans le péritoine chez l'homme.

Il nous reste à voir comment peuvent s'expliquer les bons résultats observés par son emploi.

Tout d'abord, après les expériences concluantes de Glimm qui concordent absolument avec ce qu'on observe en clinique, il est certain que l'absorption des produits toxiques par la séreuse est considérablement diminuée. Mais cette action principale, capitale, n'est pas la seule. Il est possible que l'huile provoque une réaction péritonéale (Hœhne) et qu'elle possède une action microbicide légère (Glimm, Pfannenstiel) qui est plus marquée pour l'huile camphrée.

Le camphre est aussi un tonique général et un tonique cardiaque puissant. C'est ce qui a engagé Baudet (de Toulouse) à donner, en injections sous-cutanées aux péritonites graves, 100 centimètres cubes d'huile camphrée à 10/100 dans les vingt-quatre heures.

En plus, Borchard l'a signalé, et Vignard et Arnaud y insistent, les malades, dans le péritoine desquels on a injecté de l'huile, ne font pas d'occlusion, ils émettent des gaz et vont facilement à la selle. Ainsi se trouve supprimée la résorption si toxique du contenu intestinal.

Vignard et Arnaud attribuent cette action à l'aspect lisse, à cette absence parfaite d'adhérences constatée à l'autopsie. Cette action pourrait être nocive s'il s'agissait d'une collection localisée, mais il s'agit ici de péritonites généralisées ou en voie de généralisation; et le drainage de la cavité n'aura qu'à gagner à cette absence complète d'adhérences.

En terminant, il faut bien spécifier que cette nouvelle méthode ne constitue pas, à elle seule, un traitement de la péritonite, mais un simple adjuvant, un complément heureux aux autres armes que le chirurgien possédait déjà pour lutter contre le mal, et qu'il ne devra aucunement négliger d'employer dans tous les cas. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 MAI 1911)

Traitement du tabes et de la syphilis nerveuse par l'arsenobenzol. — MM. SICARD et Marcel BLOCH ne s'adressent plus, dans le traitement à l'arsenobenzol, qu'à l'injection intraveineuse, et recommandent de n'employer, au cours du tabes, que de petites doses du médicament. Chez l'homme, on ne dépassera pas le taux de 30 centigrammes, et chez la femme celui de 20 centigrammes. Ces injections ne comporteront pas plus de 150 à 200 centimètres cubes de sérum véhicule; elles seront faites en série, cinq à six environ, chacune d'elles espacée de la précédente d'une dizaine de jours environ. Dans ces conditions, on ne note aucune réaction fâcheuse consécutive ni phénomènes anaphylactiques.

Les auteurs insistent sur la nécessité de la répétition de ces petites doses. Ils mentionnent leur efficacité au cours de la syphilis chronique des centres nerveux, et la supériorité du traitement arsenical ainsi compris sur le traitement mercuriel, aussi bien au point de vue des lésions locales que de l'état général.

L'arsenobenzol agira surtout efficacement chez les syphilitiques nerveux présentant une lymphocytose rachidienne abondante, en dehors cependant des cas de paralysie générale qui se sont toujours montrés réfractaires.

Pour juger des résultats thérapeutiques de cette cure, le contrôle clinique est supérieur au contrôle histologique lymphocytaire du liquide rachidien.

Estomac biloculaire d'origine syphilitique. Guérison par le traitement. Contrôle radiologique. — MM. BÉCLÈRE et BENSAUDE rapportent l'histoire d'un malade âgé de cinquante-quatre ans, atteint de troubles gastriques graves avec amaigrissement et grande faiblesse; il présentait un tel état de cachexie qu'on croit à l'existence d'un cancer. L'examen du suc gastrique montre une hypopepsie légère, l'examen des fèces ne révèle pas la présence du sang. L'examen radiologique montre un estomac biloculaire, la poche supérieure semble remplie par le bismuth qui ne passe dans la poche inférieure qu'environ trois quarts d'heure après. Une intervention chirurgicale est décidée, mais auparavant on essaie le traitement spécifique. Aussitôt on voit les troubles gastriques, l'amaigrissement diminuer; le malade reprend des forces; au bout de quatre mois et demi, il avait augmenté de 11 kilos, en même temps que la communication entre les deux poches devenait de plus en plus facile. Aujourd'hui il est complètement guéri. Une dernière radiographie ne laisse plus voir qu'une ébauche de biloculation et le bismuth remplit immédiatement tout l'estomac. Jointe à quelques autres relevées dans la littérature, cette observation autorise la description d'une nouvelle forme de syphilis gastrique : l'estomac biloculaire d'origine syphilitique.

Symptomatologie de l'ulcère vrai du duodénum. — M. ŒTTINGER, comme M. Mathieu, croit que l'ulcère décrit par les chirurgiens anglo-américains comme ulcère duodénal doit être considéré comme un ulcère juxta-pylorique ou pyloro-duodénal; les symptômes qu'il provoque sont ceux bien connus de l'ulcère juxta-pylorique avec spasme pylorique et hypersécrétion.

De l'étude clinique de quatre cas d'ulcère vrai du duodénum, c'est-à-dire d'un ulcère situé à distance de l'anneau pylorique, à 1, 2 ou 3 centimètres, reconnus et diagnostiqués tels chirurgicalement, l'auteur croit qu'on peut essayer d'en établir la symptomatologie. A côté de cas absolument latents ou ne se manifestant que par une hémorragie ou une perfora-

tion, les autres peuvent se reconnaître à divers ordres de symptômes : les douleurs sont généralement intermittentes, surviennent par crises de quelques jours ou de quelques semaines de durée avec des périodes de calme; elles sont tardives, surviennent cinq à six heures après les repas, surtout dans la nuit. Elles siègent à l'épigastre, mais avec prédominance manifeste du côté droit, dans la région vésiculaire qui est douloureuse à la palpation, et elles irradient surtout à droite sous les fausses côtes et dans la région lombaire; parfois, c'est dans le voisinage de la fosse iliaque que le malade déclare ressentir les douleurs, sans que celle-ci soit douloureuse à la palpation. Les vomissements sont assez rarement observés ou, s'ils existent, ils ne sont pas alimentaires, mais constitués par du liquide acide, du suc gastrique.

L'hémorragie intestinale n'est pas constante et n'a été observée qu'une fois sur quatre cas; quant aux hémorragies occultes, elles sont moins fréquemment constatées que dans l'ulcère de l'estomac, probablement parce que, situé dans une région de passage, l'ulcère du duodénum est moins en contact permanent avec les matières alimentaires.

L'exploration de l'estomac dénote l'absence de grande hypersécrétion et de stase alimentaire, mais une forte hyperchlorhydrie.

L'examen radioscopique montre également l'absence de distension de l'estomac, la rareté relative des contractions péristaltiques, et ce fait que la région pyloro-duodénale semble retenue à droite de la colonne vertébrale au niveau du flanc de la troisième lombaire.

C'est avec la lithiase vésiculaire que le diagnostic différentiel est le plus difficile, et il est souvent délicat à poser quand on voit, comme c'est parfois le cas, survenir une poussée d'ictère, même en l'absence de tout calcul biliaire.

Les quatre cas que M. Œttinger a observés ont été opérés par MM. Ricard et Labey et, depuis la gastro-entérostomie, tous les symptômes ont disparu et les malades se portent bien.

ANALYSES

MÉDECINE

Recherches cliniques sur la fonction évacuatrice de l'estomac dans des conditions normales et pathologiques. (S. Kemp. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, février 1911.) — Les recherches qui suivent ont été entreprises après absorption du repas d'épreuve de Bauget (modifiant celui d'Ewald et de Leube-Riegel), complété par Faber : ce repas comporte 200 centimètres cubes de bouillie d'avoine, 50 grammes de viande de veau hachée et cuite, deux morceaux de pain blanc avec beurre, huit pruneaux secs et une petite cuillerée de compote d'airelles.

L'auteur a d'abord étudié à la suite de l'absorption de ce repas, la fonction évacuatrice d'un *estomac normal* : l'évacuation se fait généralement en trois ou cinq heures; l'évacuation des petits débris alimentaires macroscopiques s'accomplit dans la sixième heure; enfin l'évacuation des débris microscopiques persiste jusque pendant douze heures.

Dans l'estomac pathologique, la *rétention* ou *évacuation retardée* est un phénomène très fréquent mais variable suivant les cas : elle est surtout marquée dans le cancer de l'estomac, un peu moins dans l'ulcère de l'estomac. D'autre part cette évacuation retardée ne se produisait qu'exceptionnellement au cours des maladies intestinales et, au cours des affections gastriques, elle serait surtout évidente dans les affections franchement organiques.

L'auteur étudie ensuite les variations de la *petite rétention* ; sous ce nom il faut entendre la constatation d'une toute petite quantité d'aliments retrouvés dans l'estomac à jeun; des multiples recherches que l'auteur a effectuées relatives à cette petite rétention, il résulte que la valeur de ce symptôme est à peu près la même que celle de la grande rétention et s'observe dans les mêmes conditions que celle-ci; la petite rétention ne serait pas due à une insuffisance de la fonction motrice de l'estomac, mais à une altération pathologique de la muqueuse rendant difficile l'élimination de petits débris alimentaires.

Quant à la rétention microscopique sa constatation ne paraît pas être d'une grande importance, si toutefois sous ce nom on ne confond pas la petite rétention avec la véritable *micro-rétention* ou rétention microscopique.

L. BABONNEIX.

Infection typhique atteignant seulement la vésicule biliaire. (Walter G. Elnier, *Archives of Pediatrics*, mars 1911, vol. XXVIII, n° 3, p. 216-217.) — Cette observation très intéressante concerne une jeune fille de seize ans qui fit pendant huit jours de la fièvre atteignant progressivement 39° 4 et s'y maintenant avec des oscillations. On trouva comme unique lésion une grosse vésicule biliaire distendue, très douloureuse et facilement accessible à la palpation. L'enfant n'est pas malade, elle est affamée, n'a aucune apathie, et son intelligence est conservée. Le neuvième jour de l'affection, la vésicule s'évacue dans l'intestin, et la douleur disparaît. La température redevient normale, on trouve trois taches rosées sur l'abdomen, et on obtient une agglutination très nette avec une dilution de 1/50.

L'auteur croit que cette infection typhique eut lieu par le lait, car il observa d'autres cas de fièvre typhoïde chez des malades se fournissant chez le même laitier. Il estime que l'infection était limitée à la vésicule et n'atteignait pas l'intestin et s'appuie sur la disparition complète des symptômes après l'évacuation de la vésicule; la chute complète de la température, l'absence de signes intestinaux, d'adénopathies, de retentissement sur la rate, etc.

L'auteur signale l'intérêt de ce cas au point de vue des indications opératoires : craignant une ulcération et rupture de la vésicule, il se préparait à intervenir lorsque l'évacuation spontanée eut lieu.

M. LANCE.

De la cause des épistaxis et leur traitement par la digitale. [Focke (de Düsseldorg). *Die Therap. der Gegen.*, 9 heft, 1910, pp. 402-406.] — L'auteur estime que les épistaxis sont bien plus souvent le fait d'une cause générale que d'une affection locale; il base ses dires sur un ensemble de 120 cas, observés par lui, dont les deux tiers, des années 1892 à 1898 à Langenberg et le dernier tiers, depuis 1899, à Düsseldorf. Comme tous les rhinologistes, il a observé des saignements dus à un vaisseau de la partie antérieure de la cloison nasale. Il estime que, dans la plupart des cas, il s'agit d'une extravasation sanguine, d'une diapédèse; c'est un point qu'il a étudié particulièrement dans un autre travail cité par lui. Dans le jeune âge surtout, les capillaires sont fragiles et, par suite d'une embolie, un épistaxis peut en résulter aisément.

D'autre part, dans des tissus mous, par suite d'une dilatation veineuse et de la pression du sang dans les capillaires en résultant, leur paroi peut aisément se rompre. Parfois le saignement de nez survient la nuit, surtout après la fatigue d'une longue marche, quand le tube digestif est embarrassé. L'auteur n'a observé qu'un petit nombre de cas causés par des tumeurs intra-nasales. Bien souvent, il est le résultat de compression du cou ou de la poitrine, causée par les vêtements, de mauvaises digestions, ballonnement du ventre, chez les cardiaques, les artério-scléreux et dans la néphrite chronique. Le groupe des chlorotiques est par tous reconnu comme celui qui donne le plus gros contingent d'épistaxis.

L'auteur préfère le tamponnement à la gaze, à la cautérisation et, comme traitement médical, il conseille, s'il y a constipation, un laxatif, un régime de légumes, de fruits, lait et malt.

Sur les 120 cas observés par lui, il en a soigné 84 par la digitale, excepté chez les sujets congestifs, chez lesquels il a employé le chlorure de calcium. Sur 31 des cas traités par la digitale, il n'a pas pu suivre l'observation. Il a pu le faire pour les 53 autres (25 hommes et 28 femmes). Il administre de préférence l'infusion de feuilles de digitale (0g7-0g8 de feuilles, dose moyenne) prises deux ou trois jours de suite ; à cette dose, il n'a vu aucun trouble gastrique. Deux malades succombèrent, l'un par hémophylie du nez, des oreilles, de la muqueuse buccale et de la peau ; l'autre à la suite de sept épistaxis abondantes. L'auteur, en terminant, dit avoir parcouru la littérature à propos du traitement par la digitale qu'il préconise et a pu constater que ce traitement contre les hémorragies était déjà très employé dans les deux tiers du siècle précédent. P. VIOLLET.

MÉDECINE INFANTILE

Zona pectoral pendant la convalescence d'une pleurésie tuberculeuse avec épanchement. (G. SCHREIBER. *Arch. de Méd. des Enf.*, janvier 1911). — Les relations du zona et de la tuberculose ont été signalés dès 1863 par Barensprung : le zona peut survenir à toutes les périodes de la tuberculose, mais surtout à la période avancée : il a été signalé cependant comme *symptôme prémonitoire* : il succède surtout à une lésion pulmonaire et se localise de préférence au niveau du thorax; cependant même au cours de tuberculose pulmonaire il peut apparaître en d'autres points du corps. Cette association tuberculose et zona s'observe spécialement chez l'enfant.

L'auteur rapporte une observation de zona apparu du même coté qu'un épanchement pleurétique (la cuti-réaction fut positive. Le liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes avec quelques polynucléaires difformes).

A propos de ce cas l'auteur discute la pathogénie spéciale de ce type de zona : s'agit-il de lésions toxiques tuberculeuses intéressant le système nerveux central ou périphérique, ou d'un simple trouble trophique consécutif à une névrite par englobement des nerfs intercostaux dans les adhérences pleurales ? C'est cette hypothèse que l'auteur semble préférer, réserves faites néanmoins sur la fréquence de l'extériorisation clinique fréquente d'une tuberculose méconnue, par une éruption zostérienne. L. BABONNEIX

Note sur la topographie périvasculaire de la tuberculose intestinale dans le premier âge. [M. PÉHU (de Lyon). *Arch. de Méd. des Enf.*, janvier 1911.] — *Les lésions engendrées par le bacille de Koch se groupent très étroitement autour des vaisseaux sanguins* : aussi peut-on dire que dans la règle la *tuberculose intestinale* des enfants du premier âge est d'*origine hématique*.

Les phénomènes paraissent s'enchaîner de la manière suivante : les bacilles venus par voie sanguine colonisent d'abord sous la tunique péritonéale ; puis lorsque le tubercule cru est constitué il se fait une pénétration dans l'intérieur même de la paroi instestinale. L'ulcération se constitue lorsque le tubercule vient faire saillie sous la muqueuse et qu'il crée une perte de substance à moins qu'on ne doive incriminer l'ischémie produite par l'artérite oblitérante.

Bien plus que la *voie intestinale*, c'est la *voie aérienne* qui est le lieu d'inoculation. Du poumon et des ganglions trachéo-bronchiques les bacilles pénètrent dans l'économie : il s'ensuit une bacillémie dont la conséquence peut être une tuberculose intestinale. L. BABONNEIX.

Note sur l'auscultation des souffles pulmonaires. Données comparées de l'auscultation sthétoscopique (auscultation dissociée). (MM. WEILL et MOURIQUAND. *La Pédiatrie pratique*, 15 sept. 1910.) — La comparaison des renseignements fournis par l'auscultation auriculaire et par l'auscultation sthétoscopique, dans l'analyse des souffles pulmonaires et de leur propagation, est du plus haut intérêt, surtout chez l'enfant.

Chez l'enfant, en effet, très souvent le souffle paraît se propager dans l'hémithorax sain, si l'on ausculte directement avec l'oreille, alors que l'auscultation au sthétoscope permet très exactement de localiser le souffle au niveau de son foyer de production.

L'oreille largement appliquée sur le thorax recueille, non seulement les bruits de la région auscultée, mais aussi tous les bruits voisins transmis par le poumon ou par la paroi thoracique.

Le sthétoscope, au contraire, fait le triage de tous ces bruits; il ne transmet que des bruits nés au niveau du foyer, en face duquel se trouve son pavillon, et ne transmet pas les bruits voisins.

Grâce à cette auscultation dissociée, les auteurs ont pu arriver, dans une observation qu'ils rapportent, à une localisation très précise de foyers de broncho-pneumonie, dont l'exactitude fut vérifiée à l'autopsie. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Néphro-uretérectomie. (Howard LILIENTHAL. *Ann. surg.*, vol. LIII, n° 4, avril 1911, p. 521-524.) — Le traitement du moignon d'uretère après néphrectomie pour tuberculose n'est guère en conformité avec les principes chirurgicaux actuels. Les méthodes diffèrent avec chaque chirurgien, mais elles sont toutes insuffisantes. Seule, l'uretérectomie totale est satisfaisante. On n'y a pas toujours recours, parce que l'on ne veut point prolonger l'opération. Lilienthal se sert d'une méthode très simple et très rapide.

Après néphrectomie lombaire, l'uretère est attiré au dehors, enveloppé dans une compresse de gaze; une ligature est passée autour et une sonde élastique uretérale à bout olivaire est introduite dans sa lumière, et la plaie lombaire est fermée avec drainage. Incision iliaque, 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, longue de 4 à 6 centimètres. Décollement au doigt du péritoine. L'uretère est très facilement trouvé. On tire sur le bout supérieur, ce qui l'amène facilement. Par en bas on le suit jusqu'à la vessie. Cela se fait très rapidement et ne nécessite pas l'incision énorme de la néphro-uretérectomie habituelle. F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Courants de haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. (A. CASTEX. *Soc. franc. oto-rhino-laryng.*, 11 mai 1911.) — Dans les ozènes la méthode a échoué trois fois et réussi sept fois. Naturellement elle se montre d'autant plus efficace que l'affection est peu ancienne et d'un faible degré. Il serait inutile d'y recourir dans les rhinites très atrophiques.

Quand elle doit réussir, le mieux se montre dès les trois ou quatre premières séances. Ensuite tous les troubles caractéristiques s'atténuent. Les croûtes n'ont plus de mauvaise odeur et sont remplacées par du muco-pus faiblement adhérent.

Il ne faut pas prolonger les séances au delà de douze ou quinze, car la muqueuse s'endolorit au point de ne plus supporter l'excitateur.

Pour les rhinorrhées l'auteur a eu, contre un cas incertain, quatre succès, alors que les autres moyens communs avaient échoué.

Les résultats sont plus rapides que pour l'ozène. Dès les premières séances, l'écoulement et les éternuements diminuent. Le courant agit probablement ici par son effet hypotensif.

Pour les oreilles pas de résultats, même contre les bourdonnements. Est-ce parce que le courant agit trop à distance sur les altérations scléreuses ?

En résumé, d'après ces observations, les courants de haute fréquence sont inefficaces dans les otoscléroses, utiles dans l'ozène et très recommandables dans les rhinorrhées.

L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

La défense de l'organisme et le rôle des leucocytes dans les cures thermales. (L. Salignat. *Soc. de thérap.*, séance du 26 avril 1911.) — Se basant sur les résultats obtenus et sur diverses phases d'hypoleucocytose et d'hyperleucocytose observées, l'auteur émet l'hypothèse que les cures thermales agissent sur l'état général surtout par action dynamique.

Les eaux minérales seraient des médicaments, doués d'une énergie très particulière et capables de transmettre cette énergie aux cellules affaiblies de l'organisme par l'intermédiaire des leucocytes.

M. Salignat indique que le résultat des cures thermales est l'augmentation de la phagocytose. L. GAYARD.

JURISPRUDENCE

LA LOI SUR LES RETRAITES OUVRIÈRES ET LES MÉDECINS

Loi du 5 avril 1910. Décret du 25 mars 1911.

Un certain nombre de médecins nous ont écrit pour nous demander quelles étaient les obligations que leur créait la nouvelle loi des retraites et pour quelles personnes ils devaient verser.

L'étude pratique de cette loi, dans les parties essentielles qui les intéressent plus particulièrement, peut se diviser en trois parties : la première comportera des généralités concernant le médecin en tant que patron, la seconde étudiera des points particuliers, et la troisième sera consacrée au rôle du médecin dans l'application de la loi.

§ I. *Généralités.* — L'article premier de la loi du 5 avril 1910 dispose que les salariés des deux sexes, de l'industrie et du commerce, des professions libérales et de l'agriculture, les serviteurs à gages bénéficient d'une retraite de vieillesse. Ainsi donc, non seulement les domestiques mais aussi les employés de clinique ou de maison de santé sont assujettis. Ils le sont obligatoirement, s'ils sont âgés de moins de soixante-cinq ans et s'ils gagnent 3000 francs au plus (loi, art. 5 et 10).

Les patrons doivent verser par an la contribution suivante : 9 francs pour un homme, 6 francs pour une femme et 4 fr. 50 pour les mineurs au-dessous de dix-huit ans, soit par journée de travail, 3, 2 centimes et 1 centime 5 millimes; la contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge toute convention contraire étant nulle de plein droit (loi, art. 2). La constatation de cette contribution patronale se fait par des timbres mobiles apposés par le patron sur une carte à ce destinée. En ce qui concerne le versement du salarié, la loi prévoit deux façons de procéder. Si le salarié ne donne aucune indication, le patron prélève sur son salaire, lors de chaque paye, le versement de cet assuré et appose sur sa carte les timbres destinés à le constater (système du précompte). Mais le salarié peut choisir un autre mode de versement : il peut, lorsqu'il est membre d'une société de secours mutuels ou d'une caisse autorisée, verser le montant de son assurance à cette société ou cette caisse. Dans ce cas, à chaque paye, l'assuré présentera sa carte, sur laquelle figurera le nom de l'établissement qui percevra sa cotisation, à son patron, et celui-ci y apposera les timbres de la contribution patronale, sans faire alors de prélèvement (loi, art. 3; décret, art. 33 et suiv.). Les caisses où les assurés pourront avoir leur compte individuel sont : la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels, les caisses départementales ou régionales de retraites, les caisses patronales ou syndicales des retraites, les caisses de syndicats de garantie liant solidairement les patrons adhérents pour l'assurance de la retraite, les caisses de retraites de syndicats professionnels (loi, art. 14).

Il se peut que le patron utilise les services de son salarié en le faisant travailler à domicile (lingère), ou même en l'employant d'une façon intermittente (femme de ménage ou frotteur). Les salariés intermittents sont ceux qui quittent un employeur pour aller travailler chez un autre, puis chez un autre, et ainsi de suite, qui reviennent ensuite chez chacun de ces patrons d'une façon périodique. Dans ces cas, les versements obligatoires des assujettis et les contributions patronales, calculés pour ceux qui travaillent à domicile à 1 p. 100 et pour les salariés intermittents au taux de l'art. 2 de la loi, sont dus pour tout paiement de salaire; toutefois, lorsqu'il est constaté par les timbres ou mentions apposés sur la carte d'un salarié que, pour l'année de la validité de la carte, l'ensemble des contributions patronales déjà versées a atteint soit 9,6 ou 4 fr. 50, les employeurs n'effectuent plus de prélèvement et ne payent plus leur contribution jusqu'à la fin de l'année (décret, art. 30).

Les employeurs sont également tenus de verser leur cotisation, même en faveur de ceux qui, justifiant être déjà adhérents à une société de secours mutuels, ou avoir contracté un engagement pour l'achat d'une habitation à bon marché ou d'une petite propriété (champ ou jardin), auront été autorisés à continuer à appliquer à ces œuvres les versements auxquels ils sont tenus par la loi de 1910 (loi, art. 3).

Les salariés étrangers, travaillant en France, sont soumis au même régime que les salariés français. Mais ils ne peuvent bénéficier des contributions patronales que si des traités avec les pays d'origine garantissent à nos nationaux des avantages équivalents. Les patrons apposeront quand même, sur la carte de l'étranger, des timbres représentant cette contribution qui ira à un fonds de réserve (loi, art. 11). Les étrangers naturalisés ne seront admis au bénéfice de la loi que s'ils l'ont été avant cinquante ans. Il peut arriver que le patron qui emploie des salariés étrangers, appose des timbres-retraites sur la carte de son employé. Le préfet doit alors prononcer l'attribution au fonds de réserve (décret, art. 168).

Le patron peut employer des salariés dont la pension est déjà liquidée (voir loi, art. 5 et 9, et décret, art. 143) et qui, par conséquent, ne font pas de versements, il est tenu cependant de verser sa contribution. Elle ira également au fonds de réserve (loi, art. 11).

Les versements dus par les patrons dans ce dernier cas sont effectués à la fin de chaque mois, à la caisse du percepteur. La déclaration produite à l'appui du versement indique les noms et prénoms des salariés dont l'emploi motive le versement, ainsi que la date à laquelle cet emploi a eu lieu (décret, art. 167).

Ces deux dernières mesures ont pour but de ne pas donner une prime à la main-d'œuvre étrangère, ou aux vieillards déjà pourvus de pension.

Signalons encore ces dernières dispositions générales. Les retraites et allocations acquises en vertu de la loi sont incessibles et insaisissables, si ce n'est au profit des établissements publics hospitaliers pour le payement du prix des journées du bénéficiaire de la retraite admis à l'hospitalisation, sauf en ce qui concerne les allocations en cas de décès (loi, art. 21). Les certificats et toutes autres pièces intéressant l'application de la loi des retraites sont dispensés de droits de timbre et d'enregistrement et délivrés gratuitement (loi, art. 22). Les recours en Conseil d'Etat auront lieu sans frais sans ministère d'avocat.

Il se peut que l'employeur, par des conditions indépendantes de sa volonté, ait été dans l'impossibilité d'apposer le timbre prescrit. Il pourra alors se libérer de la somme à sa charge, en la versant à la fin de chaque mois, directement ou par la poste, au greffier de la justice de paix ou à l'organisme reconnu par la loi, auquel serait affilié l'assuré. Tous les trois

mois, le greffier déposera les sommes par lui touchées à la caisse des dépôts et consignations (loi, art. 23). Ces versements de l'employeur sont accompagnés d'une déclaration de versement mentionnant les dates auxquelles a eu lieu l'emploi des salariés dépourvus de cartes qui motive ce versement, les noms et prénoms de ces salariés s'ils s'ont connus et toutes les indications utiles pour constater leur identité le cas échéant (décret, art. 170). Les employeurs peuvent demander l'attribution de ces versements à un compte d'assurance. Ces demandes sont adressées au préfet, qui les transmet pour examen au ministre du Travail avec son avis; si le ministre reconnaît la réclamation fondée, il prélève sur le fonds de réserve les sommes réclamées (décret, art. 171).

La loi prévoit pour ceux qui ne se conformeraient pas aux obligations prescrites différentes sanctions. L'article 23 dispose que tout « employeur par la faute duquel l'apposition des timbres, prescrite par la loi, n'aura pas eu lieu, sera passible d'une amende égale aux versements omis, prononcée par le juge de simple police, quel qu'en soit le chiffre, sans préjudice de la condamnation, par le même jugement, au payement de la somme représentant les versements à sa charge, qui sera portée au compte individuel de l'assuré ». L'article 24 contient des sanctions encore plus sévères. Nous avons vu que des caisses patronales pouvaient être agréées, avec l'autorisation du gouvernement ; mais si ces caisses reçoivent sans autorisation les versements, leurs administrateurs, directeurs ou gérants sont passibles d'une amende de 100 à 2000 francs et d'un emprisonnement de cinq jours à deux mois. Les mêmes peines sont applicables aux mêmes personnes qui auraient fraudé dans l'encaissement ou dans la gestion, sauf application des dispositions de l'article 463 du code pénal et de la loi du 26 avril 1891. Les mêmes peines correctionnelles sont applicables à ceux qui auront fait disparaître des cartes annuelles les timbres qui y étaient apposés.

(*A suivre.*)

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

VARIÉTÉS

LA DIMINUTION DE LA NATALITÉ FRANÇAISE

La diminution de la natalité française continue à s'affirmer avec une rigueur implacable. Dans quelques jours le *Journal officiel* va publier le mouvement de la population en 1910. Ce sera encore une mauvaise année à ajouter à tant d'autres.

Voici les chiffres qui seront publiés :

FRANCE 1910

Nombre de mariages	309289
— de divorces	13049
— de naissances vivantes	774358
— de décès	703777

Le docteur Jacques Bertillon commente cette statistique dans *Le Temps* du 18 mai, et son opinion est intéressante à rapprocher de celles qu'ont exprimé, ici même, sur ce lamentable sujet MM. Gaullieur l'Hardy (*Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 15, p. 209) et Jayle (*Ibid.*, 1911, n° 47, p. 713).

« Le nombre des naissances, dit M. Bertillon, est pratiquement égal à celui des trois précédentes années, c'est-à-dire qu'on n'en avait jamais vu d'aussi faible depuis plus de cent ans. En 1859, il y a eu en France 1018000 naissances et ce chiffre s'est à peu près maintenu jusqu'en 1868, où il tombe à 984000. Depuis 1868 jusqu'en 1886, c'est par un 9 que commence notre chiffre de naissances; depuis 1887, il se réduit à 899000 et continue à s'écrire par un 8 initial jusqu'en 1906. Depuis quatre ans, nous sommes tombés au chiffre 7 ; l'année 1910 confirme cette décadence. Sans doute, un optimiste entêté peut remarquer qu'il l'emporte de 4389 sur le chiffre de 1909. L'avantage est si faible qu'il ne mérite pas d'être mentionné.

Il n'en est pas de même du nombre des décès. Il a été extraordinairement faible en 1910. Jamais on n'en avait vu si peu. Voilà, direz-vous, un beau résultat !

Hélas! quand on y regarde de plus près, on est forcé de reconnaître qu'il n'y a guère de quoi se vanter. S'il y a peu de décès, cela tient en grande partie à ce qu'il n'y a plus d'enfants ! En effet, il n'y a eu en 1910 que 90000 décès d'enfants de zéro à un an; si on compare ce chiffre à celui des naissances (774000), on voit que cela représente une mortalité de 12 pour 100 enfants. En 1906, la mortalité était à peu près la même (14 p. 100), mais comme il y avait plus de naissances (il y en avait 807000), cette mortalité produisait 116000 décès, soit 26000 morts de plus qu'aujourd'hui. Ainsi ne nous félicitons pas trop de la diminution du nombre des décès infantiles. Elle tient non pas à un progrès — car les chances de mort sont restées presque les mêmes — mais au contraire à un grand malheur qui est l'abaissement constant de notre natalité.

En résumé, l'excès des naissances sur les décès a été de 70581. L'année dernière il était, en Allemagne, de 884061.

Il en est à peu près de même dans tous les autres pays : l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie gagnent de même un demi-million d'habitants, et davantage encore, chaque année. Tous les pays grandissent rapidement *et de plus en plus vite* (quoiqu'on dise assez souvent le contraire), excepté nous.

A cette situation lamentable quelques personnes trouvent je ne sais quelle consolation à dire qu'il n'y a rien à tenter parce que « on ne peut rien contre les mœurs ».

Or, justement, les chiffres que nous venons de citer donnent un admirable exemple du contraire. Nous avons dit qu'il y a eu, en 1910, en France, 309289 mariages. L'énormité de ce chiffre est *due* au législateur.

J'aurai suffisamment justifié l'expression un peu forte dont je viens d'user en remarquant que jamais, avant 1906, on n'avait vu en France de chiffre aussi élevé (excepté en 1813, où le mariage était le seul refuge contre la conscription, et excepté en 1872-1873).

Or, c'est à la loi du 21 juin 1907 qu'est due cette remarquable élévation du chiffre des mariages. C'est ce que montrent clairement les chiffres suivants :

NOMBRE DES MARIAGES CÉLÉBRÉS EN FRANCE

1° *Avant la loi du 21 juin 1907 :*

	1er semestre.	2e semestre.
1902	152890	141896
1903	152386	143610
1904	152454	146267
1905	153812	148811
1906	154800	151687
1907	154081	—

2° *Après la loi du 21 juin 1907 :*

	1er semestre.	2e semestre.
1907	—	160822
1908	162495	153433
1909	156294	151657
1910	156761	152728

On voit qu'*aussitôt* après la loi le nombre des mariages s'est considérablement relevé.

Cette loi du 21 juin 1907 est celle qui fut votée, non sans résistance, sur la proposition de l'abbé Lemire, pour simplifier les formalités du mariage. Encore que cette loi soit incomplète et très insuffisante, on vient d'en voir pourtant les remarquables effets.

En Belgique, une loi de même ordre, mais beaucoup moins timide (30 avril 1896), a eu des effets considérables : les ma-

riages sont devenus plus nombreux, moins tardifs, et les naissances illégitimes sont devenues plus rares au profit des naissances légitimes.

De même en Bavière, une loi analogue (16 avril 1868) a eu des conséquences importantes sur la natalité et sur l'accroissement de la population.

Il n'est donc pas exact de dire que le législateur est fatalement désarmé contre un mal moral. Il n'y a aucune raison physiologique ni économique pour que la France ne grandisse pas comme tous les autres pays. Et elle n'a aucun motif pour se résigner honteusement au suicide. »

PRATIQUE MÉDICALE

COMPOSÉS ALBUMINIQUES IODÉS TOXIQUES ET NON TOXIQUES

Par M. AL. BRIET.

Il est acquis à l'heure actuelle que les composés albuminoïdes iodés ont une activité physiologique élevée avec une toxicité inférieure. A doses faibles, c'est-à-dire avec une teneur en iode beaucoup moindre que celle renfermée dans des quantités égales d'iodure de potassium, ces subtances produisent des effets aussi puissants et plus rapides.

Plusieurs auteurs, Lortat-Jacob et H. Labbé en particulier, ont montré que ces composés ont une grande affinité pour les éléments lymphoïdes de l'organisme, ganglions, foie, rate et que leur toxicité peut être considérée comme nulle. Mais tous les iodés albuminiques n'ont pas ces propriétés. Ainsi, l'iodothyrine isolée par Baumann du corps thyroïde des animaux et de l'homme présente une toxicité élevée. Moins nette mais encore appréciable est la toxicité des composés obtenus par l'action de l'iode sur les protéines animales.

Ce sont les associations des halogènes avec l'albumine végétale qui représentent une grande énergie curative presque sans inconvénients. L'iodoglidine, l'arsan, la bromoglidine (1) sont à ce point de vue des médicaments types. Mais ce n'est pas seulement parce que la protéine végétale est sans principes étrangers que ses combinaisons sont aisément tolérées, c'est surtout parce qu'elles sont *stables* et que leur métal est mis lentement en liberté dans l'intestin, rendant impossible toute accumulation dangereuse. Ce fait vient tout récemment d'être mis en lumière à la Société de thérapeutique, notamment par le professeur Boruttau.

Deux tablettes d'iodoglidine, absorbées par vingt-quatre heures, c'est-à-dire deux fois cinq centigrammes d'iode, ont une action lymphagogue, sécrétoire et modificatrice des échanges, supérieure à celle de 0,50 centigrammes de KI renfermant cependant 0,40 centigrammes d'iode.

La stabilité de l'iodoglidine et sa dissociation lente expliquent ce phénomène ; l'iode ionique se trouve en effet, mis en liberté peu à peu, de telle sorte qu'il tient constamment sous son action physiologique les tissus et les cellules, de telle sorte aussi, qu'il est totalement utilisé, parallèlement éliminé, d'où une puissance iodique supérieure sans intolérance.

Pour l'arsan, il en est de même et l'on remarque (Docteurs Martin Saint-Laurent, Viollet, Lauribar) que cette association albuminique d'arsenic est très rapidement active relevant en quelques jours la nutrition et l'état général sans phénomènes secondaires d'aucune sorte.

La Cure solaire de la tuberculose pulmonaire chronique, par M. le docteur J. MALGAT (de Nice). In-8 de 390 pages avec fig. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Combinaisons d'I, As, Br avec la *glidine*, protéine végétale non coagulée, obtenue par centrifugation et naturelle.

LIVRES NOUVEAUX

Les Nouvelles Mycoses (1), par les docteurs DE BEURMANN et GOUGEROT.

Cet ouvrage est une étude synthétique des nouvelles mycoses ; il résume toutes les récentes recherches auxquelles les auteurs ont largement contribué. Ils consacrent un premier chapitre à la pathologie générale des mycoses, montrant qu'il n'y a entre les infections bactériennes et mycosiques que des différences de détail. L'étude des réactions humorales et de l'immunité prouve combien le mode d'action des champignons est identique à celui des bactéries.

Cherchant à démêler la confusion qui règne dans le groupe des blastomycoses, les auteurs proposent de désigner sous le nom d'exascoses « toutes les mycoses dues à des parasites de « la tribu botanique des exoascées ou pouvant leur être assi- « milées ». Ils décrivent sous ce titre les saccharomycoses, parasaccharomycoses, zymonématoses, endomycoses, parendomycoses. A côté du groupe des exascoses se place celui des oidiomycoses répondant à deux types : l'oidiomyse de Babès et l'oidiomycose de de Beurmann, Gougerot et Vaucher.

D'intéressantes pages sont consacrées à la sporotrichose, résumant brièvement les précédentes recherches des auteurs. Disséminée dans tous les pays, la sporotrichose de de Beurmann est une maladie « mondiale » ; son parasite filamenteux et sporcelé crée des lésions multiples dont la structure histologique se rapproche beaucoup de celles causées par la syphilis, la tuberculose, et par les agents de la suppuration chronique.

L'organisme peut s'infecter soit par la voie cutanéo-muqueuse, soit par l'ingestion alimentaire.

Cliniquement, les différents aspects peuvent se résumer à trois groupes essentiels :

1° Sporotrichose disséminée, hypodermique, gommeuse, pouvant être ulcérée et s'accompagner de lésions lymphangitiques secondaires ;

2° Sporotrichose localisée, la maladie demeurant dans la région qui a été primitivement infectée ;

3° Sporotrichose à manifestations extra-cutanées, mais muqueuses, musculaires, ostéoarticulaires, synoviales, oculaires, etc.

L'évolution en général chronique peut exceptionnellement revêtir l'aspect d'une maladie infectieuse fébrile. Les auteurs ont pu reproduire expérimentalement tous les types anatomiques de la maladie.

Quant au diagnostic, il ne se fait en dernière analyse que par l'examen bactériologique. On pratique la culture sur gélose de Sabouraud ; par l'artifice de la coulée de pus sur verre sec, on peut très rapidement observer au microscope sur la paroi du tube de culture des colonies naissantes invisibles à l'œil nu.

La méthode de sérodiagnostic de Widal et Abrami, et de la déviation complémentaire permettent enfin le diagnostic avant le résultat de la culture.

Après avoir consacré un autre chapitre aux oosporoses et à l'hémisporose, les auteurs passent en revue les procédés de laboratoire pouvant aider à établir un diagnostic de mycose ; ils mettent en garde les chercheurs contre un diagnostic trop facile : « Chaque cas doit avoir ses preuves bactériologiques « et chaque mycose nouvelle doit être individualisée par tout « un ensemble de preuves. »

P. GASTINEL.

(1) *Encyclop. scientif. des aide-mémoire* (collection Léauté).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LÉVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 60. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 MAI 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 25 ET SAMEDI 27 MAI 1911. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 mai. — MM. Louste, 17 1/2 ; Weill, 18; Paisseau, 19; Trémolières, 18; Salomon, 16 1/2.

Liste d'admissibilité. — MM. Lemierre, 63 points ; Ribadeau-Dumas, 63 ; Weill, 60 1/2; Chiray, 59 1/2; Boidin, 59; Trémolières, 59; Babonneix, 58 1/2; Courcoux, 58 1/2; Paisseau, 58 1/2; Gougerot, 58 1/2; Harvier, 58 1/2; Armand-Delille, 57 1/2 ; Dreyfus-Rose, 57 1/2; Halbron, 57 1/2; Ramond, 57 1/2; Aubertin, 57; Louste, 57; Fiessinger, 57; Nattan-Larrier, 56 1/2; Gaultier, 56; Rivet, 56; Baudouin, 56; Géraudel, 55 1/2; Voisin, 55 1/2.

A ces candidats viendront s'ajouter les bi-admissibles des concours antérieurs.

Consultation écrite. — Séance du 26 mai 1911. — MM. Baudouin, 17 1/2; Lortat-Jacob, 18 1/2; Lemierre, 18 1/2; Gougerot, 18 1/2.

Prochaine séance mardi 30 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 22 mai. — Question donnée : « Rétrécissements non cancéreux et non congénitaux du rectum. »

MM. Marcille, 15; Grégoire, 18; Okinczyc, 19; Cauchois, 18; Desmarest, 19.

Deuxième épreuve clinique. — Séance du 24 mai. — MM. Okinczyc, 18; Grégoire et Desmarest, 20; Cauchoix, 18.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Grégoire et Desmarest.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 mai. — MM. Sauvage, 18; Delestre, 18.

Epreuve orale. — Séance du 24 mai. — « Indication de l'opération césarienne en dehors des rétrécissements du bassin. »

MM. Mouchotte, 18; Delestre, 19; Le Lorier, 19; Sauvage, 20.

Prochaine séance, samedi 27 mai, à cinq heures, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 22 mai. — MM. Coustaing, 23 ; Schaefer, 25; Legrand, 15; Guilly, 20; Coffart, 18; de Névrézé, 18; Ducournau, 16.

Séance du 24 mai. — MM. Vaysse, 27; Lemerle, 27; Réal, 29.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve d'accouchement.* — Question tirée : « Déchirures du périnée. »

Questions restées dans l'urne : « Fibromes et grossesse. Cancer du col de l'utérus et grossesse. »

Ont obtenu : MM. Kuhn, 18; Breuillet, 16; Lévy, 18; Lecoq, 13 1/2; Mareau, 13; Salmont, 14 ; Colanéri, 13; Joubrel, 13; Roussel, 13; Lamy, 16 1/2.

Epreuve de pathologie infantile. — Question tirée : « Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. »

Questions restées dans l'urne: « Signes, diagnostic et traitement de la péritonite tuberculeuse. Diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë. »

Ont obtenu : MM. Kuhn, 14; Breuillet, 17; Lévy, 13; Lecocq, 15; Mareau, 12; Salmont, 18; Colanéri, 13; Joubrel, 16; Roussel, 13; Lamy, 13 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Deny, médecin de la Salpêtrière, commencera le samedi 27 mai, à dix heures et demie, une série de conférences cliniques sur les maladies mentales et les continuera les samedis suivants à la même heure.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 20 mai 1911 :

Médecin principal de première classe. — M. Ferry passe à l'hôpit. de Versailles.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Lapasset passe à l'hôpit. du Dey, Alger.

Médecins-majors de première classe. — MM. Pitois est nommé médecin chef de l'hospice mixte de Besançon; Ecot passe aux salles milit. de l'hospice mixte de Besançon; Pierron, à l'hôpit. de Givet (médecin chef); Castaing, au 28e d'art.; Lanusse-Crousse, au 53e d'art.; Bailly, aux salles milit. de l'hospice mixte de Vannes.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Conte passe au 118e d'inf.; Gauthier, au 73e d'inf.; Jullien, aux troupes débarquées à Casablanca; Roques, à la direction du service de santé du 12e corps d'armée; Do, au 13e bat. de chasseurs à pied.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Vielle passe au 24e d'art.; Noirclaude, au 41e d'inf.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Rossi passe aux hôpit. de la division de Constantine.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de deuxième classe Imbert, des troupes coloniales, a été inscrit d'office au tableau de concours normal pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur : blessé en service commandé, le 13 avril 1909, d'une piqûre anatomique au cours d'une démonstration faite à l'amphithéâtre de l'école du service de santé des troupes coloniales. Cette piqûre a été suivie d'accidents immédiats et éloignés d'une excessive gravité.

BANQUET DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — Samedi soir a eu lieu, à l'hôtel Lutétia, un banquet particulièrement brillant organisé par la Société des médecins-inspecteurs des écoles de la Seine.

Cet important groupement, qui est à la tête des associations de médecins scolaires, fêtait la nomination des 90 nouveaux collègues reçus au concours institué récemment et qu'il réclamait depuis de longues années.

M. Edouard Petit, inspecteur général de l'Instruction publique, délégué par le ministre, M. Steeg, empêché, présidait, assisté de MM. les docteurs Cayla, président de la Société; Butte, secrétaire général et Dufestel, trésorier.

Dans l'assistance, MM. Bédorez, directeur de l'Enseignement primaire de la Seine; Leune, sous-directeur; Pédebidou, sénateur; Dussault, vice-président du Conseil général; docteur Guibert, rapporteur de la réorganisation de l'Inspection médicale au Conseil municipal et ses collègues MM. Deville et Ambroise Rendu; Vigier; Friedel; docteurs Mathieu et Méry; R. M. Petit, avocat de la Société.

A la fin du dîner, M. Edouard Petit a clôturé la série des discours en rendant hommage aux médecins inspecteurs scolaires qui sont appelés à rendre de précieux services en assurant la défense de la santé des enfants et la bonne hygiène des écoles.

Il a exprimé, en terminant, le vœu que soit bientôt voté le projet de loi organisant l'Inspection médicale scolaire dans toute la France.

LA LIGUE DES FAMILLES NOMBREUSES. — On nous prie d'insérer la note suivante :

« Depuis la manifestation des familles nombreuses, une foule de personnes voudraient savoir exactement en quoi consiste leur Ligue et ce qu'il faut pour en faire partie. Voici la réponse à cette légitime curiosité.

D'abord la Ligue est gratuite.

Ensuite elle n'a aucun caractère de parti politique.

Son but unique est de grouper toutes les familles nombreuses de France, et d'obtenir de l'Etat qu'il se montre juste envers elles; car il se trouve que le traitement le plus dur est réservé, par la loi, à ceux qui donnent à la France le plus de contribuables et le plus de défenseurs.

On appelle familles nombreuses celles qui ont au moins trois enfants. La France en compte 3 800 000, et elles forment un total de 23 millions de personnes. Déjà plusieurs centaines de mille de ces familles appartiennent à la Ligue. Si elles en faisaient toutes partie, leur puissance serait irrésistible pour obtenir la justice qu'elles réclament.

Pour être de la Ligue, il faut :

1° Etre Français; 2° avoir au moins trois enfants ; 3° envoyer son nom, son adresse et le nombre de ses enfants à M. le capitaine Maire, fondateur de la Ligue, 88, rue de Richelieu, à Paris.

Les ligueurs sont groupés en sections dans le pays qu'ils habitent. Ceux qui veulent bien former une section sont priés d'en donner connaissance au capitaine Maire.

On trouve au siège social de la Ligue, 88, rue de Richelieu, des feuilles d'inscription qui permettent de hâter l'augmentation des adhérents. Toutes les personnes de bonne volonté peuvent en demander. »

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 29 avril 1911.) GORINI : Etude concernant l'influence microbienne de l'alimentation des vaches sur le lait. — Léon DESGUIN : De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie. — WILLEMS : Le premier cas de dérivation urinaire ou exclusion de la vessie pour tuberculose. Suite de l'observation. Choix du procédé opératoire.

Æsculape. — (N° 3, mars 1911.) GRASSET : Les faits du spiritisme et nos connaissances sur l'Au delà. — COURTAULT : La maison du médecin. — DUPIC : Ce qu'il en coûtait pour devenir médecin à la fin du XVIIIe siècle. — Pierre KAHN : Un apôtre. — CABANÈS : Une grossesse historique. — M. BAUDOUIN : La croissance de Rosa-Josepha. — QUERCUS : Le premier salon des médecins. — (N° 4, avril.) POZZI : Les fous en liberté (open door). — CABANÈS : Une grossesse historique (*fin*). — GRASSET : Les faits du spiritisme et nos connaissances sur l'Au delà (*fin*). — FRAIKIN : Cœur de momie. — Ch. PORCHER : Le lait meurtrier (impuretés originelles, fraudes). — QUERCUS : Le deuxième salon des médecins.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 4, avril 1911.) PAUTRIER et GOUIN : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de l'acné chéloïdienne de la nuque. — J. DARIER : Sarcome fasciculé du nez simulant un rhino-sclérome. — DARIER : Lymphosarcome ulcéré de la lèvre (ou sarcome atypique à cellules polymorphes) ressemblant à un cancer des fumeurs. — G. THIBIERGE et WEISSENBACH : Epithéliome plan cicatriciel du front. — Mme EYRAUD : Psoriasis traité par l'arsenic, mélanodermie et kératose précancéreuse arsenicale. — Ch. AUDRY : Sur la desquamation endoveineuse déterminée par l'injection d'arsenobenzol.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1911.) FROIN et SARTORY : Les poussières organisées dans l'industrie. — J. MINET et J. LECLERCQ : L'anaphylaxie en médecine légale. Son application à la détermination de la nature humaine ou animale du sang. — KERMORGANT : La peste. — L. TANON et M. DUVOIR : La variolo-vaccine.

Bulletin médical. — (N° 34, 29 avril 1911.) BAZY : Les rapports entre l'appareil génital et l'appareil urinaire au point de vue pathologique chez la femme. — (N° 35, 3 mai.) LANEL : Le IIIe Congrès de physiothérapie des médecins de langue française.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 9, 10 mai 1911.) H. ABOULKER : Contribution au diagnostic de l'abcès du cerveau. — H. GROS : A propos de l'évolution de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie.

Echo médical du Nord. — (N° 20, 14 mai 1911.) WERTHEIMER et BOULET : Sur les propriétés rythmiques de la pointe du cœur chez les mammifères. — TONNEL : La formule hématologique du goitre.

Encéphale. — (N° 5, 10 mai 1911.) E. RÉGIS : La phase de réveil du délire onirique. — H. CLAUDE et E. VELTER : Les troubles trophiques ostéo-articulaires dans le zona et les névrites radiculaires (2 planches). — DUPRÉ et LOGRE : Les délires d'imagination. Mythomanie délirante (*suite*). — LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre PITULESCU : Lésions des neurofibrilles du cervelet chez les paralytiques généraux (3 planches).

REVUE GÉNÉRALE

LES NÉPHRITES HÉMATURIQUES

Par M. R. DE BERNE LAGARDE,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Il existe des hématuries par néphrites aiguës d'origine toxique, néphrite mercurielle par exemple, ou d'origine infectieuse, néphrite scarlatineuse. On voit aussi des hématuries par poussées aiguës au cours de l'évolution du mal de Bright et des hématuries prébrightiques.

Mais, on réserve le nom de néphrites hématuriques aux néphrites chroniques diffuses ou parcellaires dans lesquelles le signe dominant et parfois unique est l'hématurie. Celle-ci peut dans certains cas coïncider avec des crises douloureuses d'où le nom de néphralgie hématurique donné parfois à cette affection.

En 1898, Albarran et Pousson ont, les premiers, appelé l'attention sur cette variété d'hématuries. Poirier, Nimier, Potherat et Pousson en rapportèrent plusieurs cas à la Société de chirurgie et discutaient, à cette occasion, le choix et l'opportunité du traitement chirurgical.

Dans leur rapport à l'association française d'urologie, en 1899, sur les hématuries essentielles, Malherbe et Legueu montrèrent, grâce à un contrôle anatomo-pathologique sévère, que les hématuries dites hémophiliques par Klemperer et Senator ou angio-neurotiques par Lancereaux et Renaut n'étaient en réalité et pour la plupart que des néphrites hématuriques à lésions parfois très minimes.

D'ailleurs, cette notion de néphrite chronique hématurique a été combattue tant en France qu'à l'étranger. Grâce aux travaux parus ces dernières années, les néphrites chroniques hématuriques ont acquis une véritable autonomie clinique et thérapeutique. Parmi les ouvrages récents citons ceux de Pousson sur la chirurgie des néphrites, d'Albarran et de Michaux en France, de Golling, Casper, Fabrikantoff, Löwen, Bleek à l'étranger.

II

Etiologie et anatomie pathologique. — Dans quelques cas, la lésion rénale est bilatérale, mais le plus souvent, un seul rein est atteint. On sait d'ailleurs, à l'heure actuelle, comme l'ont montré Castaigne et Rathery, que bien souvent la néphrite chronique est unilatérale au début.

Faut-il dans tous les cas prononcer le nom de brightisme? Oui, si l'on admet avec Dieulafoy que « néphrite chronique et mal de Bright sont synonymes ». Non, si avec Graves et Semmola, Achard et Widal on réserve le nom de mal de Bright aux altérations rénales d'origine dyscrasique s'accompagnant en même temps de lésions de divers organes, tissus et appareils (Pousson). Beaucoup de ces néphrites chroniques ne sont que de simples néphrites, car la lésion rénale existe seule.

De plus, on se rend facilement compte à la lecture des observations publiées que la majorité des malades n'avaient aucun des signes du brightisme, sauf cependant les malades de Poirier, Potherat, Loumeau, Israël, Legueu, Edebohls, Crile et Foury.

Lorsqu'on pratique une lombotomie dans le cas de néphrite hématurique, on voit, dans certains cas, une périnéphrite plus ou moins prononcée. On a même éprouvé de la peine à décortiquer le rein. On constate même parfois que les adhérences contractées avec le voisinage sont plus fortes à la partie antérieure du côté du péritoine pariétal que l'on doit séparer du rein avec une compresse en employant quelque ménagement.

On arrive bientôt sur le rein et ce dernier paraît tantôt gros et fortement congestionné, tantôt absolument normal, ce qui cependant est rare. On doit alors fendre le rein pour vérifier le diagnostic ou comme temps opératoire ; puis on comprime le hile ou on le fait comprimer par la main d'un aide et on examine successivement les deux tranches rénales puis le bassinet. Les lésions peuvent être visibles à l'œil nu et l'on constate dans ces cas les lésions de toute néphrite chronique : pâleur ou congestion du parenchyme rénal, atrophie plus ou moins considérable de la zone corticale, etc. Tantôt, le parenchyme rénal paraît absolument sain à l'œil nu et Albarran ne découvrit une fois qu'au sommet d'une papille un noyau gros comme un grain de mil et qui n'était qu'une granulation de néphrite chronique. Ce sont donc le plus souvent, comme le dit Pousson, des néphrites partielles et parcellaires.

Dans quelques cas enfin, où l'on pratiqua la néphrectomie, on fut obligé de multiplier les coupes histologiques pour pouvoir porter le diagnostic de néphrite. Ce sont les cas de Nicolich étudiés par Albarran, de Sonnenburg et d'Israël.

Enfin pour certains auteurs allemands, on aurait pu, parfois, ne découvrir aucune lésion.

III

Symptomatologie. — Dans la majorité des cas, l'hématurie est le seul symptôme constaté. Il importe de la décrire minutieusement ; ses particularités étant intéressantes à noter pour le diagnostic.

L'hématurie apparaît sans cause et disparaît de même. Elle peut être influencée par la marche, les heurts, les exercices violents. Mais, à l'inverse des hématuries lithiasiques, elle n'est point calmée par le repos. Pareils cas sont rapportés par Albarran, Nimier, Israël. C'est au cours d'une santé en apparence excellente que le malade urine tout à coup du sang pur ou presque pur selon les cas. Le refroidissement peut susciter l'hématurie (Legueu). Comme les hématuries rénales, elles sont totales : leur durée est très variable. Plusieurs jours, une ou deux semaines. Elles peuvent cependant se prolonger bien plus longtemps et ont duré de dix-huit mois (Potherat) à quatre ans comme chez trois malades d'Albarran, Nimier, Legueu. Dans ce dernier cas, lorsqu'elles se prolongent aussi longtemps, elles sont séparées par des périodes d'accalmie d'une durée variable, six à huit mois et parfois plus.

Comme le fait remarquer Pousson, à mesure qu'elles se répètent, les hématuries deviennent de plus en plus abondantes. Anémiant profondément les malades, les mettant parfois dans l'impossibilité de supporter le moindre choc opératoire et pouvant causer la mort (cas de François Dainville). Examinée en période d'hématurie, l'urine ne contient pas de caillots et ces urines quoique fortement sanglantes ne se coagulent jamais.

La douleur accompagne généralement l'hématurie. D'où le nom de néphralgie hématurique parfois donné à l'affection. Ces douleurs surviennent par crises précédant ou accompagnant l'hématurie. On pense que les douleurs prémonitoires reconnaissent pour cause l'étranglement des filets nerveux dans la capsule rénale inextensible au moment des poussées congestives qui donnent naissance à l'hématurie. Ces douleurs siègent dans la région lombaire ou lombo-iliaque, mais peuvent irradier à distance, du côté de l'aine, le long de l'uretère, vers le testicule ou l'ovaire simulant ainsi une crise de coliques néphrétiques. Pousson les attribue au passage du sang dans l'uretère. Dans quelques cas, la douleur précède de longtemps l'hématurie et disparaît au moment où le rein saigne (Legueu, Albarran).

Les malades éprouvent parfois des crises douloureuses, plusieurs mois, plusieurs années même avant l'apparition de l'hématurie. On cite comme exemples de ce fait une malade de Rovsing qui présenta des crises douloureuses du côté droit attribuées pendant quatre ans à une appendicite et une malade d'Albarran atteinte également depuis quatre ans de douleurs lombaires droites avec exacerbations, prises pour une névralgie lombo-iliaque jusqu'au jour où une abondante hématurie se déclara brusquement.

La palpation de la région rénale provoque de la douleur. Cette sensibilité peut s'exagérer au moment des crises hématuriques. On peut aussi, dans quelques cas, percevoir une augmentation de volume du rein par la palpation bimanuelle. Pousson croit que cette augmentation de volume du rein serait la règle « s'il était possible de pratiquer son exploration dans des conditions propices ».

Les modifications des urines seraient très importantes à connaître. Mais les observations publiées jusqu'à ce jour ne donnent pas de renseignements suffisants qui permettent de poser des faits précis. Toujours est-il que, dans l'intervalle des hématuries, elles contiennent assez souvent de l'albumine en petite quantité, des cylindres granuleux, granulo-graisseux ou hématiques, dont la présence est capitale au point de vue du diagnostic.

Leur teneur en urée, en chlorures est un peu diminuée. L'épreuve du bleu de méthylène a été normale dans deux cas; retardée, intermittente et prolongée dans un autre (Pousson). On comprend que cette épreuve de l'élimination provoquée ne donne pas de résultats bien nets si on se rappelle, comme nous l'avons déjà dit à propos de l'anatomie pathologique, que les lésions sont parfois très minimes.

Quelques malades étaient en excellent état; d'autres, au contraire, en proie à une anémie grave du fait de l'abondance et de la répétition des hématuries (Poirier, Potherat, Demons, Loumeau). Dans d'autres cas, enfin, on peut à l'examen général noter quelques-uns des signes du brightisme, hypertension artérielle, céphalée, épistaxis, crampes dans les mollets, cryesthésie, pollakiurie, etc.

Bien entendu, un examen complet du malade s'impose et en particulier des voies urinaires. La cystoscopie et le cathétérisme des uretères permettent de savoir si l'hématurie est uni ou bilatérale et quel est l'état du rein opposé lorsqu'on observe une lésion unilatérale.

IV

Diagnostic. — On porte généralement le diagnostic d'hématurie rénale d'après les renseignements fournis par l'examen et l'interrogatoire.

Lorsque la cystoscopie est impossible, il faut s'appuyer sur les caractères de l'hématurie et des douleurs, l'augmentation de volume du rein. Pousson conseille dans les cas difficiles de recourir à la lombotomie exploratrice « supérieure à la cystotomie, car elle permet de reconnaître le point de départ et la cause de l'hématurie et de la combattre de front s'il y a lieu ».

Dans la plupart des cas, le diagnostic de néphrite hématurique n'a pas été posé; parfois soupçonné, il n'a été affirmé que six fois par Edebohls, Freemann, Crile, Albarran, Giordano, Gentil.

Quand on se trouvait autrefois en présence d'un pareil cas, on n'envisageait généralement que la possibilité des trois affections suivantes, lithiase, tuberculose ou cancer du rein.

Les hématuries lithiasiques sont généralement calmées par le repos, ce qui n'est pas le cas dans les néphrites hématuriques. Cependant, quelques calculs rameux du bassinet s'accompagnent d'hématuries survenant sans cause apparente au repos comme après la fatigue. Dans ces conditions, on comprend que le diagnostic différentiel soit impossible : il existe, en effet, comme le dit Albarran, une association lithiase et néphrite; c'est la néphrite qui détermine l'hématurie. L'épreuve de la marche est en faveur de la lithiase rénale lorsqu'on constate une hématurie soit à l'œil nu, soit après centrifugation. D'ailleurs, dans quelques cas, on peut au microscope apercevoir dans les urines des calculeux des cristaux d'urates ou d'oxalates. La radiographie doit être faite toutes les fois qu'elle est possible. Grâce au perfectionnement des appareils, on obtient de plus en plus d'utiles renseignements. On admet généralement que seuls les urates sont perméables aux rayons. Mais il est rare qu'on ait affaire à un calcul d'acide urique pur: le plus souvent ces calculs sont mixtes et, par là, décelables à l'examen radiographique. Toujours est-il que les phosphates, les oxolates et les carbonates sont nettement visibles.

Par ses caractères, l'hématurie du cancer du rein se rapproche beaucoup de celle des néphrites hématuriques. Elle est silencieuse et ne s'accompagne pas toujours de douleurs rénales plus ou moins vio-

lentes et d'une tumeur. Cependant, lorsqu'on constate dans les urines sanglantes des caillots assez longs, véritables moules de l'uretère, on peut avec chances songer à une tumeur maligne du rein.

On peut percevoir même au début de l'évolution du néoplasme, avant l'existence décelable d'une tumeur, un varicocèle symptomatique, lorsqu'à l'occasion d'une première hématurie le malade se décide à consulter un médecin. Il ne faut pas attribuer une trop grande importance à la présence dans les urines, de cellules en raquette et en massues. On comprend dès lors que, bien souvent, faute de signes distinctifs très nets, l'hématurie silencieuse et indolore des néphrites qui nous occupent ait été prise pour une hématurie néoplasique (Potherat, Rovsing).

On connaît bien à l'heure actuelle la fréquence du pissement de sang au début de la tuberculose rénale. Dans ces cas, il existe parfois quelque signe d'envahissement du côté de l'épididyme, des vésicules séminales, de la prostate, à moins que l'on n'ait affaire à un tuberculeux guéri de lésions pulmonaires, pleurales, osseuses ou ganglionnaires et qu'un examen attentif permet de constater. Il existe cependant fréquemment, et cela dès le début de la cystalgie sans cystite, un phénomène réflexe se traduisant par de la pollakiurie diurne et nocturne et sur lequel les auteurs anglais et Albarran ont les premiers appelé l'attention.

L'examen microscopique des urines après centrifugation doit toujours être pratiqué surtout en l'absence de pyurie évidente. La recherche du bacille de Koch par les procédés habituels donne de précieux renseignements, mais il faut bien savoir que leur découverte est difficile et nécessite parfois de multiples examens. Il existe aussi dès le début de la pyurie microscopique; la constatation de cette pyurie et du bacille de Koch sans microbes associés est en faveur de la tuberculose. Il reste, il est vrai, comme dernière ressource l'inoculation au cobaye.

Il existe des causes plus rares d'hématuries rénales, l'hydronéphrose et le rein mobile. Les symptômes de ces deux affections sont suffisamment caractéristiques pour que nous n'y insistions point. Il en est de même du rein polykystique et des gros kystes séreux.

Ces derniers temps ont paru les travaux de Fenwick sur les varices des veines du bassinet : il n'existe de cette affection qu'un nombre de cas très limités rapportés par Guibé. Divers mémoires ont traité les tumeurs primitives du bassinet et de l'uretère; dans ce cas, il est fréquent de constater une recrudescence de l'hématurie au moment où l'on pratique le cathétérisme de l'uretère : l'extrémité supérieure de la sonde introduite dans le bassinet touche et fait saigner la tumeur néoplasique. Varices des veines du bassinet et tumeurs primitives de l'uretère sont des affections dont le diagnostic est fort difficile à faire et auxquelles il est permis de ne point penser en clinique.

Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser des hématuries essentielles, angioneurotiques, et de ce que Senator a appelé l'hémophilie rénale. Il s'agit dans ces cas ou de néphrite hématurique ou de tuberculose rénale au début, comme l'ont montré les interventions chirurgicales.

On voit donc combien est difficile à porter le diagnostic de néphrite hématurique. On s'appuiera surtout sur l'état général du sujet, sur les quelques symptômes de néphrite que l'on peut observer : pollakiurie, cylindrurie, diminution de l'urée et des chlorures, etc. Il faudra même dans tous les cas, bien que les résultats paraissent ne pas répondre à notre attente, recourir à l'épreuve de l'élimination provoquée par le bleu de méthylène ou à la glycosurie phloridzique.

V

Traitement. — La néphrite hématurique est le type de ces affections entrées récemment dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale pour deux raisons principales :

1° Impuissance de la thérapeutique médicale;
2° Unilatéralité des lésions du moins au début.

Les résultats opératoires sont bons. On ne relève qu'une mortalité de 8,3 p. 100 (Pousson). Il est juste de faire remarquer que les malades décédés étaient dans un état très grave avant l'intervention. La grande majorité a bénéficié de l'opération; des guérisons se sont maintenues pendant neuf ans (Demons-Pousson), quatre ans (Rovsing), deux ans (Edebohls-Pousson), quatorze mois (Pousson), un an (Israël). Cependant chez quelques malades on a observé ultérieurement le retour de l'hématurie et la continuation de la néphrite : une seconde intervention plus radicale que la première dut être effectuée une fois : on pratiqua la néphrectomie chez un malade antérieurement néphrotomisé et qui continuait à saigner.

Les opérations que l'on a pratiquées sont multiples : néphrectomie, néphrotomie unilatérale, néphrotomie combinée à la décapsulation, néphrotomie combinée à la néphrolyse, néphrolyse, décapsulation uni ou bilatérale.

La néphrectomie a été pratiquée douze fois avec un décès opératoire et trois retardés. Un seul malade vit reparaître ses hématuries quelques semaines après; les autres guérirent. Elle est à l'heure actuelle complètement abandonnée. On peut cependant y avoir recours, lorsque pendant l'opération on constate des lésions extrêmement étendues d'un rein, alors que la division des urines montrait l'intégrité absolue du rein du côté opposé (Pousson).

La néphrotomie seule et unilatérale a été pratiquée neuf fois et suivie d'un décès opératoire. Quelques malades ont été repris de leurs hématuries et Rovsing rapporte une observation dans laquelle il dut, vu l'abondance d'une nouvelle hématurie, pratiquer une néphrectomie d'urgence.

La néphrotomie combinée à la décapsulation a été employée cinq fois et a donné trois améliorations et deux guérisons.

La néphrotomie combinée à la néphrolyse n'a été employée qu'une fois par Rovsing et lui a donné une guérison se maintenant au bout de quatre ans. Il en est de même de la néphrolyse dont le seul cas connu appartient au même auteur avec guérison se prolongeant depuis un temps inconnu.

Proposée par Edebohls dans le but de guérir les néphrites chroniques, la décapsulation a été employée plus tard pour combattre les néphrites hématuriques. On a eu six fois recours à elle et on obtint deux améliorations. Les quatre autres cas (Crile, Giordano, Freemann, Gentil) sont encore trop récents pour qu'on puisse porter sur eux un jugement.

Dans un cas de néphrite hématurique bilatérale avec albuminurie et œdème des membres inférieurs, Nicholich de (Trieste) pratiqua la décapsulation et la fixation d'un seul rein. Son malade quitta l'hôpital guéri, ses urines ne contenant plus d'albumine.

Quel est le mode d'action de ces interventions sur le rein; dans quel but et dans quel cas doit-on pratiquer l'une plutôt que l'autre? C'est ce que nous apprend la physiologie pathologique et l'expérience clinique des cas observés.

La néphrectomie qui supprime l'organe atteint est une opération radicale et brutale ne devant être employée qu'au cas d'extrême urgence ou après un diagnostic précis facilité par les moyens actuels d'exploration rénale, lorsque le seul rein atteint l'est gravement et que son congénère est sain. C'est là une notion qui paraît définitivement acquise et sur laquelle tout le monde est d'accord.

La néphrotomie semble agir sur le rein malade de plusieurs façons. Elle détermine une sorte de saignée locale qui décongestionne le rein, permet à sa circulation de s'équilibrer « en diminuant l'extravasation sanguine dans certaines parties de son territoire » (Pousson). Elle semble agir en même temps sur l'innervation rénale en libérant les filets nerveux comprimés de même que les éléments anatomiques du rein. Nous ne possédons actuellement que des notions rudimentaires sur l'innervation du rein et nous ne pouvons là-dessus que formuler des hypothèses.

Quant à la décapsulation et à la néphrolyse, leur action sur le rein congestionné et saignant s'explique facilement. Pour Pousson, la capsule fibreuse est la cause de l'hypertension intrarénale. Harrisson compare la capsule fibreuse du rein dans les néphrites hématuriques à la sclérotique oculaire dans le glaucome aigu. On connaît l'importance des lésions vasculaires et glomérulaires dans les néphrites hématuriques : le système nerveux joue certainement un rôle dans la genèse des hématuries; mais sa part doit être singulièrement restreinte malgré les affirmations de Lancereaux.

La capsule fibreuse comprime le rein congestionné et empêche les connexions vasculaires avec les territoires voisins, ce qui faciliterait singulièrement la circulation intrarénale. La capsulectomie serait donc une opération logique.

Jaboulay et Rovsing proposent une autre interprétation qui est la suivante : les opérations agissent sur le rein « par les modifications qu'elles apportent dans la circulation rénale par l'intermédiaire des fibres sympathiques contenues dans le pédicule. Au cours de ces interventions, ces fibres sont tiraillées, malaxées et ces traumatismes nerveux transforment les conditions d'innervation vasomotrice ».

Pour Albarran, toutes les interventions réussissent dans « les néphrites parcellaires hémorragiques »; surtout par les modifications nerveuses qu'elles déterminent. Il est ainsi conduit à pratiquer « l'énervation partielle du rein » et incise en outre le rein pour vérifier le diagnostic.

Giordano pense qu'il vaut mieux recourir à la néphrotomie qu'à la décapsulation en « fendant surtout le pôle inférieur du rein ».

Treplin préfère la décapsulation même bilatérale.

Legueu estime que la décapsulation combinée à la néphrotomie est le traitement de choix. Dans son important ouvrage sur la chirurgie des néphrites, Pousson conclut que la néphrotomie doit être préférée à la néphrolyse et à la décapsulation.

A l'heure actuelle, la majorité des chirurgiens pratiquent donc au cas de néphrites hématuriques la décapsulation et la néphrotomie seules ou combinées.

L'anesthésie générale est de rigueur. D'après les données du laboratoire le chloroforme semble plus nocif que l'éther sur l'épithélium rénal. Cependant, en se plaçant uniquement au point de vue clinique on constate, comme l'a dit le professeur Guyon, « que l'on peut faire usage du chloroforme alors que les altérations rénales sont évidentes et même lorsqu'elles sont avancées. Cliniquement, on n'observe pas chez les urinaires d'accidents imputables au chloroforme ». Quoi qu'il en soit, certains chirurgiens, Edebohls, Pousson entre autres, préfèrent l'administration de l'éther.

Nous ne décrirons pas complètement la technique chirurgicale et nous n'insisterons que sur quelques points spéciaux. La périnéphrite adhésive que l'on rencontre parfois rend pénible la libération du rein et nécessite une attention spéciale. Après avoir affranchi l'organe de ses connexions, on pratique la décapsulation. Certains chirurgiens soulèvent sur le bord convexe du rein et avec une pince à griffes, la capsule, incisant en dédolant le pli ainsi formé. Par cette ouverture ainsi pratiquée, ils introduisent une sonde cannelée et sur cette sonde comme conducteur, incisent de haut en bas, du pôle supérieur à l'inférieur, la capsule rénale (Albarran). La libération des pôles donne quelques difficultés.

D'autres au contraire (Pousson, Legueu) préfèrent inciser directement au bistouri la capsule du rein.

Grâce à une dissection un peu attentive, au scalpel, on amorce sur les deux faces de l'organe la libération de la capsule que l'on active avec les doigts jusqu'au hile. La capsule adhère parfois fortement au rein; on détruit ces adhérences d'un coup de ciseau mousse. Si la surface du rein saigne, on tamponne quelques instants en ayant soin de ne pas frotter le parenchyme rénal. Cette décortication est parfois pénible : le fait est assez rare.

Le plus grand nombre des opérateurs résèque une partie de la capsule refoulée vers le hile : d'autres se servent des lambeaux capsulaires pour fixer le rein, décapsulation et néphropexie. Albarran divise chacune des valves capsulaires en deux, obtient de ce fait quatre pédicules ligamenteux qu'il suture à la paroi lombaire et à la douzième côte. Pour Pous-

son, la néphropexie n'est pas indispensable après la décapsulation, car le rein contracte assez rapidement des adhérences avec les parois de sa loge et en particulier avec le péritoine : il ne pratique jamais la fixation du rein.

Albarran et Bernard, Claude et Balthazard ont montré que la capsule du rein se régénère rapidement. Pour les uns cette néo-capsule est assez épaisse au point de comprimer l'organe dans quelques cas. Pour Claude et Balthazard au contraire, elle est formée de tissu conjonctif lâche incapable par suite de comprimer le rein.

La décapsulation peut provoquer des lésions rénales. Celles-ci consistent d'après Tuffier, Albarran et Bernard en une sclérose légère et partielle qui peut, d'après Osmolowski, comprimer mécaniquement les glomérules et les tubuli contorti. Mais on sait que l'infection provoque la sclérose et il est permis de penser en se basant sur les faits expérimentaux d'Anzilotti et de Gentil que grâce à une asepsie rigoureuse le parenchyme rénal ne doit subir aucune altération.

Tuffier, Albarran et Bernard, Ferrarini, Walker Hall et Herxheimer pour ne citer que les principaux auteurs concluent de leurs expériences que le rein décapsulé ne contracte pas de connexions vasculaires avec la périphérie capables d'augmenter sa nutrition. Claude et Balthazard, Bassan, Anzilotti, Gentil, Ertzbischoff apportent au contraire des faits qui viennent à l'appui de la théorie d'Edebohls et affirment que la nouvelle capsule rénale se laisse peu à peu pénétrer par des vaisseaux sanguins dont le volume augmente et qui deviennent par là capables de donner au parenchyme rénal une circulation sanguine bien meilleure.

Pour pratiquer la néphrotomie, on se base sur les particularités anatomiques des artères du rein. On sait qu'au point de vue artériel le rein peut être divisé en deux valves, l'une antérieure plus grande que la postérieure. C'est ce qu'avait déjà montré Hyrtl dont les travaux ont été récemment confirmés. Entre ces deux valves, existe une zone relativement exsangue, située à cinq millimètres environ en arrière du bord convexe du rein. C'est selon cette ligne qu'on incise le rein. Ce dernier saigne et un aide comprime manuellement le pédicule, arrêtant ainsi l'hémorragie et permettant d'examiner les deux tranches du rein et le bassinet.

La suture du rein est faite à l'aide d'un seul plan de points séparés au catgut passant en plein parenchyme. Serrés modérément, ils affrontent exactement les deux valves du rein, ne sectionnent pas le parenchyme friable et arrêtent l'hémorragie.

Quelques auteurs pratiquent le drainage du bassinet. Pousson se sert d'une sonde de Pezzer qu'il « coince à l'aide de points de suture pour que la présence de ce drain ne s'oppose pas à l'hémostase ».

Le rein saigne un peu par l'uretère : au bout de quelques jours les urines ne sont plus sanglantes.

La néphrite hématurique est le type des néphrites qui forcent le chirurgien à intervenir pour une hématurie persistante. Les moyens médicaux n'ont sur elle aucune action : elles ne cèdent ni au repos, ni aux révulsifs, ni aux régimes. L'intervention doit être rapide pour ne pas opérer dans des conditions défavorables.

Nous ne saurions mieux faire en terminant que de citer pour nous résumer l'opinion émise par Patel et Cavaillon : « Il ne faut pas intervenir trop tôt pour ne pas enlever au malade les chances d'une guérison spontanée. Il ne faut pas attendre davantage qu'une hématurie abondante mette le malade dans un état d'anémie extrême. Il faut surtout se baser sur l'analyse des symptômes : hématurie, douleur, quantité des urines, leurs caractères chimiques, l'état du cœur et des poumons. »

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. Diagnostic des hématuries rénales, *Ann. des org. gén.-urin.*, 1898; — Hématuries des néphrites méconnues, *Assoc. franç. d'urol.*, 1899; — *Congrès de Lisbonne*, 1906; — Hématuries rénales mixtes, *Concours méd.*, sept. 1908; — *Médecine opératoire des voies urinaires*, Masson, Paris 1909.

ALBARRAN et BERNARD. Régénération de la capsule du rein après décortication, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902, p. 756.

ANGERER. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. LXXXI.

BLEEK. Sur les hémorragies rénales massives, *Beitr. z. klin. Chir.*, vol. LXI, fasc. 2.

CASPER. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. LXXVIII.

CLAUDE et BALTHAZARD. Effets de la décapsulation des reins, *Soc. de biol.*, mars 1902.

DAINVILLE (Fr.). *Bull. de la Soc. anat.*, 1907, p. 263.

ERTZBISCHOFF. Th. de Paris, 1906.

GIORDANO. *Chirurgia renale. Osservazioni e reflessioni*, Turin 1898; — *Congrès de Lisbonne*, 1906.

GOLLING. Th. de Fribourg en Brisgau, 1908.

HILDERBRANDT. *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 9.

ISRAËL. *Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten*, Berlin 1901.

KRETSCHMER. Beitrag zur Frage der essentiellen Nierenblutung, *Zeit. f. Urol.*, 1907, p. 490.

LANCEREAUX. *Ann. des org. gén.-urin.*, 1900.

LEGUEU. *Traité chirurgical d'urologie*, Paris 1910.

LÖWEN. *Contribution à l'étude des hémorragies du rein sain*, Th. de Kiel, 1908.

PATEL et CAVAILLON. Traitement chirurgical des néphrites, *Ann. des org. gén.-urin.*, 1903, n° 18.

POUSSON. *Chirurgie des néphrites*, Paris 1909.

PINCUS. *Prakt. Vratch.*, 1er mars 1909.

SENATOR. *Deut. med. Woch.*, 20 fév. 1902.

TREPLIN. *Prakt. Vratch.*, 3 mai 1909.

TUFFIER. *Presse méd.*, 1904, p. 250.

YVERT. *Ann. des org. gén.-urin.*, 15 avril 1905.

Pour plus de détails bibliographiques, nous renvoyons le lecteur à l'important ouvrage du professeur agrégé POUSSON. *La Chirurgie des néphrites*, Doin, Paris 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 MAI 1911)

Sur la région d'invasion primaire de la syphilis. — M. H. HALLOPEAU montre que cette région n'est pas limitée, comme on l'admet généralement, à l'accident primitif; elle comprend simultanément, en ce qui concerne les localisations

les plus habituelles de l'infection, les organes génitaux externes, les lymphatiques qui en émanent et les pléiades ganglionnaires auxquelles aboutissent ces vaisseaux.

Les tréponèmes pâles ne restent pas circonscrits à l'accident primitif; ils n'envahissent pas non plus d'emblée tout l'organisme, comme le soutiennent la plupart des syphiligraphes.

Les ganglions inguinaux et pelviens leur opposent une barrière qui fait obstacle à leur propagation pendant les six semaines de la période primaire, ils exercent ainsi sur eux une action d'arrêt.

Il en résulte que, si l'on parvient à détruire les tréponèmes, dans toute cette région d'invasion initiale, on enraye par cela même l'évolution de la maladie. Si quelques rares tréponèmes ont dès lors pénétré dans la circulation générale, ils y restent silencieux, et la résorption des parasiticides employés localement pour détruire les parasites des foyers initiaux suffit pour en avoir raison : l'observation le démontre.

Il suffit donc de détruire les tréponèmes localisés dans toute cette région d'invasion primaire pour faire avorter la maladie : de nombreuses expériences en font foi.

Recherches sur la diiodothyrosine et son utilisation possible en thérapeutique. — M. Albert Berthelot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 MAI 1911)

Le traitement des déviations utérines. — M. Richelot fait un rapport relatif à un travail de M. Picqué sur les déviations utérines et leurs rapports avec les psychopathies. L'auteur n'a pas fait seulement œuvre de gynécologiste; il s'est placé à un point de vue très spécial, en signalant, avec l'autorité que lui donne son expérience, les erreurs de thérapeutique auxquelles peut donner lieu une étude incomplète de ces questions. Pour le dire immédiatement, c'est à une grande réserve dans l'intervention chirurgicale que tendent ses conclusions.

Les études contemporaines sur les infections génitales ont définitivement fixé la place que les déviations doivent occuper dans la pathologie féminine.

Dans une discussion à la Société de chirurgie apparaît un premier malentendu : les méthodes de suspension sont étudiées pêle-mêle avec les méthodes de soutènement et de réfection périnéale, parce que la déviation simple est confondue avec le prolapsus. En ce qui concerne les indications, un premier fait se dégage, c'est que la rétroversion est souvent accompagnée de lésions inflammatoires des annexes, qui sont la vraie cause des douleurs, et que c'est elles qu'il faut traiter. S'il n'y a pas de lésions annexielles, la déviation n'est jamais douloureuse; si elle fait souffrir et paraît simple, c'est qu'il y a des lésions annexielles méconnues. Bref, la déviation n'est rien par elle-même; telle est la place très effacée qu'on lui assigne.

M. Picqué pose la question dans ces termes très simples : « Il y a deux variétés de rétro-déviations douloureuses : dans l'une, la douleur est due à des lésions concomitantes; dans l'autre, elle a pour origine une psychopathie. » Termes trop simples, semble-t-il.

Beaucoup de malades atteintes de déplacements utérins sont des hystériques ou des hypocondriaques, et les douleurs qu'elles éprouvent ont souvent une origine cérébrale.

On voit l'intérêt qui s'attache à ces notions au point de vue thérapeutique. L'opération ne peut donner aucun résultat quand l'origine de la douleur est purement cérébrale; et M. Picqué ajoute qu'elle peut même aggraver l'état mental.

Il est fréquent de voir la rétroversion mobile coïncider avec le déplacement du rein ou la procidence des parois vaginales, avec tous les relâchements fibreux, avec toutes les manifestations du neuro-arthritisme.

M. Richelot rappelle ici l'influence de l'arthritisme, peut-être un peu trop oublié.

Il invoque la congestion pelvienne des arthritiques nerveuses qui peut exister sans rétroversion. Mais il faut croire que le renversement ou l'inflexion de l'organe gêne la circulation, tiraille ou comprime des filets nerveux, provoque ou entretient la congestion douloureuse, car en mettant un pessaire on fait cesser tout à coup les douleurs et la femme est soulagée comme par enchantement.

Et voilà pourquoi il faut admettre, à côté des déviations utérines commandées par les lésions infectieuses du petit bassin et par elles reléguées au second plan, une rétroversion simple, indépendante, qui fait souffrir les malades, que l'opération guérit, et qui n'a rien à voir avec les troubles mentaux des hystériques et des hypocondriaques.

Il est évident que les opérations doivent donner des résultats incertains ou mauvais chez les malades que M. Picqué a en vue.

M. Richelot sépare de ces faits les véritables effondrements pelviens.

Restent les vraies hypocondriaques et les vraies aliénées. Chez celles-ci, il faut s'attendre, en premier lieu, à faire des opérations inutiles; en second lieu, à aggraver leur mal. Eh bien! là encore M. Richelot refuse de juger en bloc. Si une telle malade se présente à lui avec une procidence confirmée, un utérus entre les jambes, une gêne et des douleurs incontestables, il lui est difficile de ne pas songer à la guérir de son infirmité. Alors même que le diagnostic de son état mental ne lui laisse aucun doute, peut-il affirmer qu'en supprimant ses douleurs et son impotence fonctionnelle il ne lui ferait pas quelque bien? Et quand même elle serait aussi folle après qu'avant, un chirurgien peut-il laisser une femme, saine ou démente, en si piteux état?

On allègue la psychose post-opératoire, c'est-à-dire l'aggravation possible d'un état mental préexistant? M. Richelot répond que cette aggravation est assez rare — il en a vu onze cas dans toute sa pratique — et sans grande importance, après tout, car l'état mental préexistait et l'acte opératoire n'a fait que lui donner une occasion de faire du bruit, un prétexte qu'il aurait trouvé ailleurs, sans doute à brève échéance. Donnons aux faits leur juste valeur : ce qui est fâcheux, c'est de partir en guerre, d'annoncer qu'on va tout mettre en ordre, et de n'avoir à montrer qu'une malade inapaisée ou pire. Mais de désastre, il n'y en a point.

On le voit, M. Richelot ne veut pas « jeter le manche après la cognée », et il trouve que la chirurgie doit continuer à guérir de son mieux les rétrodéviations et les prolapsus, non seulement chez les malades saines d'esprit que M. Picqué regarde de travers sans les mettre formellement en cause, mais encore chez certaines mal équilibrées à qui nous pouvons faire du bien. Le tout est de savoir ce qu'on fait, d'agir avec réserve, avec scepticisme, et de ne pas se laisser berner.

Car il y a toute une série de faits sur lesquels M. Picqué a pleinement raison. M. Richelot veut parler des cas où le chirurgien constate une lésion minime, « un léger prolapsus », « un faible degré de cystocèle », et où la malade crie ses douleurs, décrit des sensations multiples et bizarres, se montre exaltée ou déprimée, rattachant toujours les symptômes qu'elle accuse à un état local sans importance, voire même inexistant. C'est ici que les chirurgiens non prévenus prennent le change, déploient leur zèle gynécologiques, se livrent ingénuement à des interventions futiles et constatent la persistance ou l'exaspération des troubles nerveux. C'est ici qu'il faut noter avec soin la disproportion entre les plaintes de la malade, son insistance pour être opérée et l'insignifiance de l'état local. C'est ici « qu'il convient de renoncer à

la chirurgie et de recourir aux ressources diverses que nous offre la psychiatrie », manœuvrer avec prudence, user de la persuasion, surtout faire un diagnostic subtil entre un état nerveux susceptible de guérison, et l'état plus grave de ces aliénées libres qu'on appelle indûment des neurasthéniques.

En résumé, l'interprétation que M. Picqué nous donne des déviations utérines et du prolapsus, dans leurs rapports avec l'état mental, ne laisse pas que d'être un peu exagérée ; mais ses conclusions sur l'inutilité ou le danger des interventions chez les malades dont les douleurs ont une origine purement cérébrale lui paraissent, en revanche, absolument justifiées.

La poliomyélite épidémique en 1910. — M. Netter. L'épidémie de poliomyélite qui a fait son apparition en 1905 dans es Etats scandinaves et qui, en 1909, sévissait aux Etats-Unis, en Autriche, en Allemagne, en France et en Australie, a présenté pendant l'été 1910 une reprise manifeste au cours de laquelle des pays jusque-là indemnes ont ressenti ses atteintes. L'Ecosse, la Belgique, la Suisse, l'île de Cuba, une île d'Océanie, ont apporté leur contribution à l'épidémiologie.

« En France, dit M. Netter, la maladie a manifesté une diffusion plus grande et nous trouvons des cas plus ou moins nombreux sur les points les plus divers du territoire. Nous avons pu éteindre sur place un certain nombre de ces foyers de province et nous rapportons avec quelques détails l'histoire de trois d'entre eux.

A droite et à gauche de la ligne de démarcation des départements de l'Aube et de l'Yonne, nous relevons 18 cas survenus de juillet à novembre 1910 dans une aire relativement limitée (21 kilomètres sur 20). Quatre de ces cas appartiennent à deux familles (deux sœurs, un enfant et sa mère). Trois fois il est possible d'établir une relation directe entre deux cas appartenant à des familles différentes. Dans les autres cas la filiation n'est pas établie mais extrêmement vraisemblable (relation de voisinage). Parmi les cas dont la filiation est bien établie, nous signalerons celui d'une enfant de Paris, contaminée à Saint-Florentin par une infirmière qui avait soigné antérieurement une malade de cette localité.

Dans les départements des Basses-Pyrénées (arrondissement d'Ortez) et des Landes nous avons étudié un autre foyer plus étendu (45k450) et aussi plus important. Nous croyons pouvoir fixer à près d'une centaine le nombre des malades. Nous avons relevé dans cette épidémie du sud-ouest sept cas au moins de familles avec deux malades, et nous devons noter plusieurs exemples de transmission par l'intermédiaire de personnes saines. Une station balnéaire, placée au centre de ce foyer épidémique, vit la population étrangère, comptant près de 3 000 sujets, à peu près complètement respectée, ce que nous expliquons par les minimes rapports entre indigènes et étrangers.

Le troisième foyer comportant plus de 50 cas, que nous avons étudiés, occupait les anciennes provinces du Maine et de l'Anjou.

On ne saurait contester la contagion de la poliomyélite. Cette maladie se transmet sans doute surtout par les sécrétions des fosses nasales, dans lesquelles Flexner et Lewis ont décelé la présence du virus chez le singe malade. Osgood et Lucas ont trouvé encore le virus actif dans les fosses nasales de singes dont la paralysie remontait à cinq semaines et à cinq mois et demi. Comme la méningite cérébro-spinale la poliomyélite est propagée par les porteurs de germes. Ces porteurs ne se retrouvent pas seulement chez les malades ou les convalescents de poliomyélite. Ils peuvent avoir présenté seulement des signes d'une maladie abortive sans symptômes médullaires. Ils peuvent même être demeurés indéfiniment sains. On ne saurait préciser encore la durée pendant laquelle le contage peut rester dans le contenu des fosses nasales. Il est probable qu'elle est parfois extrêmement longue ; mais le plus ordinairement elle ne dépasse pas sans doute un mois.

Si la maladie est constamment contagieuse elle l'est infiniment moins que les fièvres éruptives, et la plupart du temps les cas restent isolés. Cela tient sans doute à ce que la poliomyélite demande une prédisposition individuelle, et au moins autant à ce que la virulence et le pouvoir d'expansion du virus sont très variables et sont influencés par des conditions cosmiques.

Il n'en importe pas moins de prendre les mesures nécessaires pour éviter la contagion. Il conviendra d'interdire l'accès aux écoles des malades, de leurs frères et sœurs ou camarades. On devra s'efforcer de rendre le contage inoffensif par la désinfection des fosses nasales. L'eau oxygénée, le menthol, le permanganate, l'aldéhyde formique ont une action évidente contre le virus.

La déclaration des cas de poliomyélite est nécessaire si l'on veut empêcher la diffusion, et nous proposons à l'Académie d'inscrire cette maladie parmi celles dont la déclaration devra être obligatoire. »

L'Académie décide de nommer une commission pour étudier cette question pour laquelle nous renvoyons aux articles de MM. Gaujoux (*Gaz. des hôpit.*, 1911, nos 5 et 8) et Lance (*Gaz. des hôpit.*, 1911, nos 9, 12, 18 et 21).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 MAI 1911)

Les grandes lois directrices de la physiologie rénale chirurgicale (deuxième note). — M. Cathelin complète sa première note sur les lois de l'urée par les détails suivants : l'unilatéralité constante des maladies chirurgicales des reins ; l'inutilité de rechercher dans ces affections le rapport du taux d'urée du sang et de l'urine ; l'inutilité des régimes et épreuves spéciaux ; l'absence de rapport entre les taux d'urée de l'urine totale et des urines divisées ; la valeur relative du taux d'urée ; l'action empêchante d'une portion malade sur le rein lui-même ; enfin l'apnée rénale, au cours des cathétérismes uretéraux.

M. Mayer conteste certaines de ces données et montre que M. Ambard, en instituant un régime spécial et en recherchant le rapport du taux d'urée dans le sang et dans l'urine, a fait faire à la question un véritable progrès.

M. Widal. La recherche de la concentration uréique du sang est infiniment plus importante que ne le suppose M. Cathelin. Elle domine à la fois pronostic et thérapeutique.

Action de la trypsine sur la respiration et les différents processus oxydatifs des tissus animaux. — MM. Battelli et Stern. La trypsine n'exerce pas une action appréciable sur les ferments oxydants des tissus animaux, du moins lorsque le contact est de courte durée. La trypsine altère au contraire rapidement les processus oxydatifs qui deviennent inactifs lorsqu'on détruit la structure physique de la cellule.

Structure de la valvule de Thébésius. — M. Argaud. La valvule de Thébésius, richement vascularisée, possède une couche myocardique épaisse et un appareil nerveux extraordinairement développé. Loin de jouer un rôle passif, comme les sigmoïdes, elle doit donc jouer un rôle actif dans le mécanisme de la circulation cardiaque.

Parathyroïdes, tétanie et traumatisme osseux. — M. Morel rappelle que : 1° des greffes thyroïdiennes implantées dans le tibia d'un animal parathyroïdectomisé sont capables d'empêcher l'apparition des accidents tétaniques ; 2° qu'une bille de verre ou de cristal, implantée dans le tibia d'un animal parathyroïdectomisé, se montre aussi efficace contre la tétanie que peut l'être une greffe parathyroïdienne réussie. D'expériences nouvelles, l'auteur conclut qu'il est possible de dissocier dans l'état parathyréoprive des phénomènes de deux ordres et de dire : la suppression expérimentale totale des

parathyroïdes a, pour conséquence directe, une auto-intoxication toujours rapidement mortelle. Cette intoxication se traduit cliniquement par des symptômes divers dont le plus important est la tétanie. L'étude du métabolisme, chez ces animaux, permettra d'établir la position exacte de la tétanie par rapport à l'insuffisance parathyroïdienne aiguë.

Deux nouveaux cas de langue noire pileuse. — M. GUÉGUEN a retrouvé, dans ces deux cas, l'*oospora lingualis* qu'il a réussi à cultiver sur carotte. Cette oospora serait voisine des champignons des teignes.

Sur une toxine trypanocide sécrétée par le bacillus subtilis. — MM. LEVADITI et TWORT, ayant examiné l'action exercée sur les trypanosomes du nagana par quelques microbes pathogènes et saprophytes, ont découvert dans les cultures du *bacillus subtilis* une toxine douée de propriétés trypanolytiques accusées. Grâce à des expériences concernant le mode d'action de cette toxine sur les flagellés, ils ont précisé le mécanisme de la création des variétés de trypanosomes rendues artificiellement résistantes au poison du subtilis. Dans cette première note, les auteurs étudient les propriétés de la *trypanotoxine*, en particulier sa force trypanolytique, *in vitro*, sa thermostabilité et sa fixation sur les parois des dialyseurs en collodion.

Autres communications :

Inversion de la formule leucocytaire sous l'influence de l'inanition. — MM. ARGAUD et BILLARD.

Apnée et polypnée adrénalique. — MM. LANGLOIS et GANDON.

Election. — M. GARNIER est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 MAI 1911)

Traitement des fractures de jambe. — M. DEMOULIN, en sa qualité d'expert près le tribunal, a eu bien souvent l'occasion d'apprécier des accidents éloignés du travail, et il a pu constater qu'au point de vue des suites de fracture de jambe, en particulier, les résultats éloignés étaient, en général, bien peu satisfaisants. Il est vrai qu'il est surtout appelé à voir des mauvais cas. La question soulevée à la Société par M. Quénu porte spécialement sur les fractures obliques de jambe et leur traitement par l'appareil de Lambret, appareil qui est composé de broches qu'on applique au-dessus et au-dessous du foyer de fracture et qui maintient bien les fragments dans une bonne position.

En venant à la suture osseuse, M. Demoulin rappelle cette parole d'Hennequin : « Quand la réduction est très difficile à obtenir, il y a lieu de songer à réunir les os directement entre eux, mais à la condition de n'y pas laisser de corps étrangers. » M. Demoulin ne se décide à cette réunion osseuse directe qu'à la dernière extrémité. Toutefois, il suture les fractures de la rotule et de l'avant-bras, mais il a soin d'assurer une parfaite antisepsie. Suivant les préceptes formulés par M. Lucas-Championnière, il emploie l'acide phénique, qu'il considère comme un excellent antiseptique pour les os. Il a ainsi suturé 28 fractures de rotule, sans accident.

Il a eu souvent, dans ses expertises, l'occasion d'apprécier les résultats éloignés de la suture osseuse dans les fractures obliques de jambe et il a dû reconnaître que ces résultats n'étaient pas toujours très bons. La coaptation est loin d'être parfaite; il y a des déplacements secondaires. Si l'on a mis des fils, ces corps étrangers donnent naissance à un cal volumineux, douloureux; enfin, après la suture, la consolidation se fait plus lentement qu'après l'application des appareils.

En résumé, M. Demoulin estime que la suture osseuse, dans le traitement des fractures, ne doit être appliquée qu'exceptionnellement. Ce n'est pas une méthode à conseiller aux praticiens comme méthode courante. Loin de là. Elle a ses dangers. A l'aide de bons appareils bien appliqués, de tractions bien faites, d'anesthésie bien pratiquée, on doit arriver à traiter et à guérir la grande majorité des fractures. La suture n'est donc qu'un procédé d'exception.

Quant à l'appareil de Lambret, M. Demoulin attend de nouveaux faits pour le juger.

M. WALTHER fait un rapport sur un travail de M. Guillot (du Havre) qui se rattache à cette question du traitement des fractures de jambe. Dans ce travail l'auteur fait connaître ses résultats très éloignés de l'emploi des agrafes dans le traitement des fractures de jambe. Il a revu, en effet, un malade trois ans après l'agrafage pour une fracture oblique de jambe. En effet, l'opération a été pratiquée en juillet 1908; M. Walther montre les radiographies avant l'agrafage, après l'agrafage et trois ans après, alors que les agrafes avaient été enlevées depuis longtemps. Le résultat est bon. Il y a bien une légère hypertrophie du cal et la radiographie prise de face montre un peu d'angulation. Cette angulation est-elle primitive ou secondaire? C'est ce qu'on ne peut dire.

Depuis 1901, M. Guillot est intervenu 16 fois pour des fractures obliques de la jambe. Deux fois, il a eu recours à la suture au fil d'argent, trois fois à la ligature ou au cerclage, onze fois à la synostose à l'aide des agrafes. Les conclusions que M. Guillot tire de cette pratique, c'est que la suture au fil d'argent ne donne pas de bons résultats, qu'il en est de même de la ligature et qu'en revanche les agrafes de Dujarrier semblent donner de très bons résultats. Sur les onze cas d'application de ces agrafes, M. Guillot a eu une mort par delirium tremens; mais il a vu aussi deux cas de mort par delirium tremens chez des fracturés qui n'avaient pas encore été traités, un autre blessé a eu une petite excoriation cutanée qui a déterminé une petite infection sous forme d'ostéo-périostite et qui a nécessité un petit grattage. Dans les neuf autres cas les résultats ont été bons, et parmi les accidentés du travail, il n'y a pas eu d'incapacité permanente de travail à prononcer.

M. Walther a eu recours au procédé de Lambret dans un cas de fracture de jambe compliquée à réduction difficile. Il a eu beaucoup de difficultés au cours de ce traitement, mais il a cependant obtenu un résultat final très satisfaisant.

M. NÉLATON a traversé trois phases successives au point de vue du traitement des fractures obliques de jambe difficiles à réduire. Il a été d'abord assez partisan de la réduction sanglante. Puis il y avait renoncé, se trouvant très satisfait de l'appareil d'Ombrédanne qui était appliqué dans son service. Mais, après Ombrédanne, M. Nélaton a eu M. Dujarrier pour assistant, qni a recours à la réduction sanglante. Il obtient des résultats si merveilleux que M. Nélaton est devenu, de nouveau, partisan de cette méthode de réduction. Il a constaté, en effet, de très bons résultats dans des cas où, avec les appareils, on n'aurait rien obtenu du tout. Mais ce mode de traitement ne doit être confié qu'à des mains expérimentées et pratiqué avec une rigueur antiseptique absolue. En résumé, pour les fractures très difficiles à réduire, M. Nélaton est d'avis qu'il faut recourir à la réduction sanglante.

M. PICQUÉ fait observer que le malade de M. Guillot, qui a succombé au delirium tremens, a pu avoir une infection déterminée par la présence de corps étrangers dans le foyer de la fracture.

M. WALTHER répond que ce n'est pas là l'opinion de M. Guillot, puisqu'il a eu 2 cas de mort par delirium tremens chez des blessés qui n'avaient pas encore été traités de leurs fractures.

Traitement des plaies de poitrine. — M. POTHERAT apporte au débat les résultats de son expérience. Il a observé un grand nombre de plaies de poitrine. Le premier cas remonte à 26 ans, alors qu'il était interne de Gillette à Tenon. Un jeune

homme de dix-huit ans, qui se trouvait parmi les manifestants au mur des Fédérés, reçoit un coup de baïonnette qui lui traverse le poumon droit. Il était dans un état de mort apparente. Il avait un gros épanchement sanguin. Gillette prescrivit l'occlusion de la plaie au collodion. Malgré un épanchement de sang considérable ce blessé survécut et, après trois thoracentèses, il fut complètement guéri. Un autre est un homme de trente-trois ans qui avait reçu très haut, à gauche, un coup de poignard qui avait pénétré dans le poumon; il avait eu une hémoptysie et présentait un épanchement considérable. Le lendemain matin, M. Potherat le trouve anhélant, se refroidissant, le pouls petit. Bien que pressé par ses internes pour intervenir, il n'intervint pas. On fit des injections de sérum artificiel, d'huile camphrée et peu à peu la situation s'améliora. La température, à deux reprises, s'éleva à près de 40 degrés. On fit une paracentèse, on retira 300 grammes de liquide hématique ; il n'y avait aucune trace de suppuration; ce malade est actuellement en pleine voie de guérison.

Presque toutes les plaies pénétrantes de poitrine que M. Potherat a observées se sont comportées comme celle-ci. Tous ces blessés ont guéri sans aucune intervention chirurgicale importante. On pourrait ainsi résumer la question des plaies pénétrantes de poitrine : quand ces blessés ne meurent pas sur le coup, ils guérissent.

Mais il faut distinguer les plaies par instruments tranchants des plaies par coups de revolver. Dans ces dernières, le poumon peut être plus gravement lésé, l'infection est plus à craindre. Cependant ces plaies pulmonaires par armes à feu guérissent aussi bien souvent d'elles-mêmes.

M. Potherat a cependant relevé, dans sa pratique, trois morts, deux sans intervention, une après intervention. Dans le premier de ces cas, le malade est mort de gangrène pulmonaire, trois mois après l'accident.

Le second, un apache, avait reçu trois projectiles dont l'un avait perforé le poumon et un autre l'abdomen. On intervint sur l'abdomen, mais non sur la poitrine. Mort trois semaines après.

Le troisième cas a trait à une belle jeune fille de vingt ans qui reçoit ou se donne un coup de revolver qui atteint le poumon droit. Elle a une vaste plaie. M. Potherat intervient vingt minutes après l'accident. Il met sur le poumon quatre points de suture et referme la plaie. Les résultats immédiats sont satisfaisants, mais la malade continue à cracher du sang, s'asphyxie et meurt.

De ces faits, M. Potherat conclut qu'il y a là une question d'indications très difficiles à saisir. Il y a des cas où tous les chirurgiens seront d'accord pour intervenir. Il y en a dans lesquels on est intervenu avec succès et qui auraient peut-être guéri sans intervention. Tel le cas de M. Baudet. Mais d'une façon générale, M. Potherat estime, comme M. Tuffier et d'autres, que la grande majorité des plaies pénétrantes de poitrine guérissent sans intervention.

Corps étranger de l'œsophage. — M. Broca présente un jeune enfant chez lequel il a extrait de l'œsophage un caillou triangulaire par l'œsophagotomie externe.

Absence du vagin. — M. Pozzi présente une jeune fille de vingt-deux ans qui n'avait pas de vagin, pas la moindre vulve. A l'aide d'une opération autoplastique fort ingénieuse, M. Pozzi a fait à cette jeune fille un vagin de 6 centimètres.

Gliome de la zone de Rolando. — M. Segond présente un jeune homme que M. de Martel a opéré dans son service d'un gliome de la zone de Rolando. Ce jeune homme était aveugle et hémiplégique. Il a été opéré en deux temps, il y a six semaines. Il voit et marche très bien. Il s'agissait d'un gliome diffus composé de deux parties, l'une énucléable, l'autre calcifiée, adhérente.

Laparostat. — M. Segond présente un laparostat très ingénieux, imaginé par M. Dartigues. Ce laparostat présente ceci de nouveau qu'il s'écarte de lui-même comme un ressort, par suite de l'élasticité de l'acier.

Résection du radius remplacé par une partie du péroné. — M. Walther présente une jeune femme chez laquelle il a fait une résection du radius pour ostéo-sarcome. Il a remplacé le radius par une partie du péroné. Très beau résultat fonctionnel.

ANALYSES

MÉDECINE

Essai de sérothérapie du typhus exanthématique. Action bienfaisante des injections de sérum de typhiques convalescents. — Traitement des formes graves du typhus exanthématique par les injections de sérum de typhiques convalescents. (E. Legrain et R. Treille [de Bougie]. *Rundschau für Medizin*, 31 déc. 1910.) — Le sérum du sang de convalescents de typhus exanthématique, recueilli par une saignée après la crise urinaire, trente-six ou quarante-huit heures environ après la chute de la température, peut être injecté avec avantage aux malades atteints de cette affection.

Les injections de sérum à la dose de 20 à 30 grammes, pratiquées à la fin de la période d'état diminuent la longueur de la maladie et amènent une sédation notable des symptômes généraux; répétées, elles transforment un typhus grave en un typhus bénin.

La saignée des convalescents ne présenterait aucun inconvénient.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Médiastinite tuberculeuse à évolution rapide chez un enfant de dix ans. Mort par accidents asystoliques à marche aiguë et granulie apyrétique. (Nobécourt et Paisseau. *La pédiatrie pratique*, 25 janvier 1911.) — La particularité spécialement intéressante que les auteurs ont mis en relief dans cette étude, c'est qu'il existait, probablement, chez ce petit malade une association de la syphilis à la tuberculose. Comme le disait récemment le professeur Hutinel, à propos de certaines cavernes tuberculeuses rencontrées chez des nourrissons hérédo-syphilitiques, « la syphilis et la tuberculose ont associé leurs effets et chacune a donné sa note. La syphilis a manifesté cette association sclérosante qui apparaît si nettement dans les pneumonies blanches et les scléroses pulmonaires avec dilatations des bronches ».

Dans le cas observé, la médiastinite a surtout été remarquable par son *évolution rapide* et l'*asystolie précoce* à laquelle elle a abouti, par la prédominance hépatique des accidents dus à la compression de la veine cave inférieure par le tissu de sclérose, évolution spéciale due peut-être à l'association de la tuberculose avec la syphilis.

L. BABONNEIX.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'influence des amygdales sur le développement de la tuberculose. (*Revist. barcelon. de enfermed. de oido*, 31 déc. 1910.) — Il existe une tuberculose bien connue des amygdales, y compris l'amygdale pharyngée, mais Bofill a insisté sur une forme latente, larvée, qu'il ne faut pas confondre avec l'hyperplasie vulgaire des amygdales laquelle n'est pas de nature tuberculeuse. La forme *secondaire* de la tuberculose latente des trois amygdales est très fréquente, soit chez 88 p. 100 des tuberculeux soumis à l'autopsie et 60 p. 100 de ceux examinés pendant la vie. En ce qui concerne l'amygdale de Luschka seule, la proportion est de 15 à 25 p. 100.

La tuberculose latente *primitive* des amygdales palatines existerait dans 5 à 7 p. 100 des cas chez les individus atteints de troubles au niveau des amygdales et cliniquement exempts

d'autres foyers de tuberculose. En ce qui concerne les végétations adénoïdes la fréquence serait à peu près de 4 à 8 p. 100. Sur le cadavre la proportion est minime, soit moins de 1 p. 100, car on considère souvent comme primitives en clinique de nombreuses tuberculoses tonsillaires qui en réalité sont secondaires. Or la tuberculose des amygdales peut se propager aux ganglions cervicaux et bronchiaux, à la plèvre et aux poumons. L'ablation des amygdales et des végétations hypertrophiques constitue donc, dit Bofill, une mesure capable d'améliorer les conditions du terrain et de barrer la route à des infections prédisposantes. De fait l'intervention supprime souvent des foyers indubitablement tuberculeux qui propageraient l'infection à l'organisme.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Contribution à l'étude du rhinophyma. [M. CLERC (de Milan), *Arch. ital. di otol.*, 1910, fasc. 4. C. R. *Revue de Moure*, n° 52, 1910, p. 775.] — Les notions sur cette affection ont beaucoup évolué depuis quelques années. Après avoir été considérée comme une forme d'acné rosacée ou comme le fait d'abus de boissons, elle est attribuée, le plus souvent, de nos jours, à une syphilis antérieure ou à des inflammations chroniques répétées des fosses nasales, ou encore à l'impaludisme.

Cette incertitude vient de ce que les lésions constatées au microscope mènent à une grande variété d'interprétations anatomo-pathologiques.

D'après Caseli, on constate le plus souvent de la kysto-adéno-fibromatose, avec traces d'infiltration parvi-cellulaire et abondance de mastzellen ; les strates cornées de l'épiderme sont augmentées ; il y a de la dilatation des conduits excréteurs des glandes sébacées qui sont elles-mêmes kystiques. On y trouverait partout de l'endo et de la péri-artérite.

Dans le cas de l'auteur, on trouve la syphilis dans les antécédents. Il s'agit d'un homme, âgé de soixante ans, porteur, d'après la première photographie, d'un appendice nasal véritablement monstrueux, qu'on retrouve dans la seconde photographie, grâce à l'habileté de l'auteur, porteur d'un nez du plus pur aquilin ; ce qui permet au moins au porteur de ne plus être la risée de tous. Clerc insiste sur les divers modes de traitement, depuis l'abrasion sanglante jusqu'à la décortication au termocautère, avec ou sans autoplastie.

P. VIOLLET.

HYGIÈNE SCOLAIRE

De la prophylaxie des anomalies habituelles d'attitude. [G. MÜLLER (Berlin). *Die Therap. der Gegen.*, 8 heft, 1910, pp. 351-353.] — Parmi les nombreuses causes de déviation de la colonne vertébrale, l'oubli de la statique physiologique tient la plus grande place. L'auteur envisage ici les lois à observer, dans les écoles, dans tout ce qui a trait à l'attitude des élèves ; c'est ainsi, dit-il, que l'enfant s'assied, soit en position antérieure, soit en postérieure ; dans le premier cas, le corps repose sur les tubérosités de l'ischion et le coccyx, tandis que le dos s'appuie au dossier du banc ; dans le deuxième cas, il s'asseoit en arrière, obligé de se courber et ainsi fatigue les muscles du dos, dont le rôle est de redresser la colonne vertébrale et provoque peu à peu de la douleur ; pour l'éviter, l'enfant rapproche le siège, sa fatigue et la douleur diminuent.

Dans le cas de la position assise en avant, la situation n'est pas meilleure ; le haut du corps repose, les pieds s'appuyant sur le sol, sur la région plate et supérieure des cuisses. Les muscles du dos ne remplissent plus leur rôle de soutien de la colonne vertébrale dans son attitude normale ; ce qui finit par provoquer de la fatigue et de la douleur ; le manque de fonction des tendons détermine peu à peu une courbure convexe de l'axe vertébral.

Pour remédier à ces défauts d'attitude en classe, l'auteur insiste sur la nécessité de munir les écoles de bancs rationnellement construits à cet usage.

Un autre point est examiné par Müller : il a trait au port du sac des écoliers. Il fait remarquer qu'un sac retenu sur le dos, chez un jeune enfant, avec des courroies trop lâches, vient peser sur ses lombes, surtout lorsqu'il court avec ce sac souvent notablement chargé. Il préconise la mise en pratique d'un sac à bretelles, bien ajustées aux épaules, fixées à la face antérieure du sac ; ces bretelles se prolongent de façon à faire ceinture autour de la taille de l'enfant. Ainsi le sac est bien fixé au milieu de son dos et les heurts, dans les courses qu'il peut faire, sont évités (l'auteur donne deux illustrations très démonstratives d'enfants porteurs du sac vulgaire et du modèle préconisé).

P. VIOLLET.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 6 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

4e. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Mercredi 7 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Jeudi 8 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 2e. — 3e (oral, 2e partie).

Vendredi 9 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries). — 3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Samedi 10 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 2e. — 3e (oral, 1re partie).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Jeudi 8 juin, à une heure. — M. RAILLET. Les vers intestinaux dans la pathologie infantile. (MM. Hutinel, président; de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Terrien.) — M. CLOS. Des séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale. (MM. Hutinel, président; de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Terrien.) — M. FIMBEL. De l'extraction de la cataracte après iridectomie préparatoire. (Extraction en deux temps). (MM. de Lapersonne, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Terrien.) — M. ALFAND. Contribution à l'étude du pronostic dans l'accouchement des gros enfants. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, de Lapersonne et Terrien.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre. ***Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.***

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 27 mai. — « Ligature de la carotide primitive. Désarticulation de l'épaule. »

MM. Mouchotte, 18; Delestre, 18; Le Lorier, 15; Sauvage, 17.

Prochaine séance, mardi 30 mai, à cinq heures, à Baudelocque.

— Concours de chirurgien dentiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 mai. — MM. Vaysse, 17; Coffart, 7; Réal, 19.

Prochaine séance mardi 30 mai, à huit heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Un concours pour 20 places d'externes s'ouvrira le 29 juin 1911 à huit heures du matin.

S'inscrire jusqu'au 23 juin 1911, cinq heures du soir au secrétariat des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille.

— Lyon. — *Concours de l'internat.* — Le Jury du concours de l'internat est composé de MM. Barjon, Chatin, Desgouttes, Favre, Lyonnet, Nové-Josserand et Patel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Blondin et Bourreau (de Paris), Dauzats (de Sceaux), Laden (de Marchiennes), Laissus (de Moutiers), Riou (de Beauvoir-sur-Mer), Roux (d'Avignon).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Alzieu et Bernard-Lapommeraye (de Bordeaux), Brunschwig (d'Avignon), Cavro (de Lille), Frappier (de Saint-Flaive-des-Loups), Liénard (de Pont-de-Beauvoisin), Vincent (de Challes), Wulfing (de Paris).

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Ont été affectés :

Au Maroc. — M. le médecin aide-major de première classe Roton, en service en Afrique occidentale.

En France. — M. le médecin-major de première classe Burdin, à l'hospice mixte d'Hyères, pour remplir les fonctions de médecin chef des salles militaires.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jacob, à l'Institut Pasteur de Paris; Ducasse, au 2e d'inf. colon. à Brest; Poncin, au 6e d'inf. colon. à Brest.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire. — *En Afrique occidentale.* — M. le médecin-major de première classe Thiroux, à l'hôpital de Saint-Louis.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Moreau, au 4e tirailleurs sénégalais.

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Ascornet, à l'hôpital secondaire de Majunga; Gravot, à l'ambulance de Fort-Dauphin; Thézé, directeur par intérim de l'Institut Pasteur de Tananarive.

M. le médecin aide-major de première classe Roussy, à l'infirmerie de garnison de Farafangana.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Baus, à l'hôpital de Diégo-Suarez.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille de bronze pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est décerné à M. le docteur Gény (de Paris.)

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — M. le docteur Duguet, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du comité de l'exploitation technique des chemins de fer.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Louis Lapicque, maître de conférences à la Sorbonne, est nommé professeur de la chaire de physiologie générale au muséum d'histoire naturelle en remplacement du regretté M. Gréhant.

LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES. — Le *Bulletin municipal officiel* de la ville de Paris publie l'avis suivant :

« Le laboratoire de bactériologie de la ville de Paris met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphtérie et de la tuberculose.

Ces nécessaires sont délivrés, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), sur la demande écrite de MM. les médecins, la veille ou le jour même de leur emploi, et les résultats des analyses leur sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement vingt-quatre heures après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés.

Le laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses, situé rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), est ouvert tous les jours, de huit heures du matin à huit heures du soir, et les dimanches et fêtes, de dix heures à quatre heures.

Le dépôt d'une somme de 30 ou de 50 centimes donne droit à une réponse par voie télégraphique. »

LE XXIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE se tiendra cette année à Amiens, du 1er au 6 août, sous la présidence de M. le docteur Deny, médecin de la Salpêtrière.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. Rapports et discussions sur les questions suivantes :

a. *Psychiatrie :* Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle). — Rapporteur : M. le docteur Maillard, médecin adjoint de la Salpêtrière.

b. *Neurologie :* Des tumeurs du corps pituitaire. — Rapporteur : M. le docteur Courtellemont, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens.

c. *Médecine légale :* De la valeur du témoignage des aliénés en justice. — Rapporteur : M. le docteur Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville (Nancy).

II. Communications originales sur des sujets de psychiatrie, de neurologie, de médecine légale et d'assistance des aliénés.

Les titres et résumés des communications devront être envoyés au secrétaire général avant le 1er juillet.

EXCURSIONS. — Visite de la ville d'Amiens et de ses monuments. — Visite de l'asile départemental de Dury-lès-Amiens. — Excursion à Berck (hôpitaux marins) et Paris-Plage. — Excursion à Prémontré (asile départemental de l'Aisne), Saint-Gobain, Coucy-le-Château. — Excursion à Boulogne et Londres.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents ;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports ; après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Amiens.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur R. Charon, à Amiens.

L'**ORCHESTRE MÉDICAL**, composé de 90 exécutants, sous la direction de Henri Büsser, chef d'orchestre à l'Opéra, donnera son troisième concert le mardi 13 juin, à neuf heures du soir, salle de la Société d'Horticulture, 84, rue de Grenelle, au profit de l'Œuvre du secours immédiat, dont le fondateur est M. Lucas-Championnière.

L'Orchestre médical, qui a déjà remporté de nombreux succès cet hiver, nous offre un programme des plus attrayants : *Cosi fan tutti* ; l'opéra-comique de Mozart, œuvre exquise qui n'a pas été jouée en France depuis longtemps, sera interprétée à l'italienne par des artistes émérites du monde médical : Mme Bleuze, de l'Opéra-Comique, Mme Bonamy, Mlle Trelli, docteur Brot, docteur David, docteur Corhumel.

Les récitatifs seront, comme à Munich, accompagnés au clavecin par Mlle Marguerite Delcourt.

L'ouverture de *Prométhée* de Beethoven, la *Symphonie* en *si* mineur de Schubert, une suite de César Franck, un air d'*Iphigénie en Tauride* de Gluck complèteront cet admirable programme.

On trouve des billets à 3 francs et à 2 francs au siège de l'Orchestre médical, 3, rue Rabelais, chez MM. Durand, Grus, et à l'agence musicale E. Demets, 2, rue de Louvois.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Service des bagages à domicile.* — Depuis le 1er mai, la Société anonyme des Voyages Duchemin, d'accord avec la compagnie P.-L.-M., a organisé un service spécial de livraison à domicile des bagages des voyageurs arrivant à Paris par le rapide de Marseille à huit heures du matin et par le « Calais-Méditerranée » à 8 h. 50 du matin ; ces bagages peuvent être transportés à domicile par un fourgon automobile dans les 8e, 16e et 17e arrondissements, le matin même avant midi.

Ce service a lieu tous les jours, sauf le dimanche, au tarif ordinaire.

Trajet rapide de Paris à la Côte d'Azur en 13 heures. — Train de jour « Côte d'Azur rapide » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément), lits-salon et restaurant. — Départ de Paris : 9 heures matin.

« Train extra-rapide de nuit » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément) : lits-salon, lits-salon avec draps, salon avec lits complets. Restaurant au départ de Paris. — Départ de Paris : 7 h. 20 soir.

Pour les périodes de mise en marche, les horaires et les conditions d'admission dans ces trains, consulter les affiches ou les indicateurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hématologie et de cytologie, par J. RIEUX, médecin major de l'armée, répétiteur à l'école du service de santé militaire. Grand in-18 jésus, cartonné toile, de 950 pages, avec 152 figures dans le texte et 8 planches chromolithographiques hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Médecine naturiste à travers les siècles (histoire de la physiothérapie), par M. le docteur GRASSET. Grand in-8 de 460 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Jules Rousset.

L'Artério-sclérose (évolution clinique et traitement), par M. le docteur Arthur LECLERCQ. In-8 écu de 335 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Procédés d'examen des fonctions du pancréas, et en particulier les méthodes de mesure de la sécrétion pancréatique, par M. le docteur GASTON-DURAND. Th. de Paris. — Paris, Steinheil.

Le Village-sanatorium. Contribution à l'étude des sanatoria populaires, par Henri-G. RICHTER, architecte. Une plaquette de 80 pages, avec de nombreuses illustrations dans le texte et deux compositions originales de l'auteur tirées à part en sanguine. — Prix : 3 francs. — Paris, Maloine.

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA JAMBE

PAR

L'APPAREIL DE RAOULT-DESLONGCHAMPS MODIFIÉ

Par M. MOTY,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

I

Les appareils de Raoult-Deslongchamps sont, comme on le sait, des gouttières en zinc modelables, variables de forme suivant les différentes fractures auxquelles elles sont destinées. On peut, avec un peu d'habitude, les tailler soi-même extemporanément avec de forts ciseaux ou les faire tailler par un ouvrier ferblantier sur un modèle en papier, que l'on établit d'après les dimensions du segment du membre à immobiliser, et comme ces appareils se conservent à plat et tiennent peu de place, on peut enfin en avoir quelques-uns taillés d'avance ; on les fabrique suivant leurs dimensions avec des feuilles de zinc numéros 10, 12 ou 14. Les numéros les plus élevés correspondent aux plus grandes épaisseurs de la feuille et par suite aux plus grandes tailles des appareils.

Ayant eu l'honneur d'être, au début de ma carrière, l'élève de Raoult-Deslongchamps sur le point de terminer la sienne à l'école de cavalerie de Saumur où les fractures étaient fréquentes, j'ai été initié par lui-même à l'application de ses appareils dont il a donné une description très complète dans son *Traité des fractures* (1). Je ne veux m'occuper ici que des appareils pour fracture de jambe qui sont les plus fréquemment employés et qui remplissent le mieux les indications auxquelles ils doivent répondre.

Mais avant d'étudier les appareils de jambe, je dois exposer en quelques mots le procédé de réduction que j'emploie depuis une vingtaine d'années et que j'ai déjà indiqué dans la discussion ouverte au sujet des fractures de jambe à la Société de chirurgie de Paris en 1909 (2). J'ai vu si souvent des fractures qui avaient semblé irréductibles se réduire avec la plus grande facilité par ce procédé que je n'hésite pas à revenir, une fois de plus, sur la manière de l'appliquer.

La nécessité d'une réduction préalable s'impose dès qu'il y a déplacement notable des os fracturés et ce déplacement est constant, sauf pour les fractures transversales par cause directe, telles que certaines fractures du tibia, par coup de pied de cheval. Dans les fractures avec déplacement, les extrémités osseuses irritent les nerfs ou leurs terminaisons, et produisent presque toujours une contracture musculaire, tendant à augmenter le déplacement ; on conçoit donc que si l'on tente de réduire la fracture, tandis que la jambe est allongée sur le plan horizontal du lit, le genou dans l'extension, les muscles du triceps sural, contracturés et tendus par le relèvement au maximum des insertions osseuses des jumeaux, offriront une résistance considérable aux efforts de réduction. Rien n'est pénible comme de voir le blessé supporter dans cette position les tentatives répétées et stériles d'extension et son membre placé dans un appareil plâtré avec une réduction incomplète aboutissant presque fatalement à une consolidation vicieuse.

Dès l'arrivée d'un fracturé dans les salles de chirurgie, j'examine donc rapidement sa lésion et saisaissant moi-même le pied d'une main et le genou de l'autre, je recommande au blessé de fléchir sa cuisse en évitant de contracter sa jambe et je soulève le membre en suivant son mouvement et en exerçant une légère traction sur le pied ; on sent quelquefois la réduction se faire pendant que la cuisse se fléchit. Quoi qu'il en soit, je confie alors à un aide la contre-extension sur le genou et me plaçant au pied du lit, face au blessé, j'augmente la traction sur le fragment inférieur tout en ramenant le pied en bonne position et, sans cesser l'extension, je fais placer sous la jambe, l'appareil qui a été préparé et garni pendant la réduction, et, quand la jambe qui s'enfonce dans la ouate, au fur et à mesure que l'on soulève la gouttière modelée, repose enfin complètement dans l'appareil, je fais soutenir ce dernier par un aide qui exerce une pression sur ses deux faces latérales de manière à immobiliser la fracture. C'est alors seulement que la cuisse, qui a été maintenue en position verticale, le genou plié à angle droit, est abaissée peu à peu de manière à faire descendre à 135 degrés environ la flexion de la jambe sur la cuisse.

En étudiant tout à l'heure l'appareil, sa préparation et son application, nous achèverons d'exposer les dispositions à prendre après cette première phase de la réduction. Bien que l'exposé qu'on vient de lire puisse sembler un peu long, la réduction se fait en général le plus simplement et le plus rapidement du monde sans chloroforme et avec une extension et une contre-extension modérées, grâce au relâchement musculaire résultant de la flexion du genou : si cependant la réduction tarde à se produire comme je l'ai observé une fois dans une fracture de la partie moyenne du tibia par coup de pied de cheval avec engrènement et déviation angulaire des fragments, il n'y a qu'à pousser la flexion du genou à son maximum pour obtenir l'effet cherché. Pendant toutes ces manœuvres il est indispensable que le chirurgien maintienne toujours la jambe dans la rectitude et limite les mouvements, toujours douloureux, du foyer de la fracture, à ce qui est strictement nécessaire pour ramener le fragment inférieur à sa position normale ; tout cela nécessite beaucoup d'attention et un certain tact chirurgical, mais très peu de temps, et comme il y a toujours dans les services hospitaliers un certain nombre d'appareils tout prêts, l'immobilisation des fracturés se fait au cours des visites sans les prolonger. Quel que soit l'appareil préféré du chirurgien, le procédé de réduction que nous venons d'indiquer conserve ses avantages il suffit que l'appareil

(1) *Du traitement des fractures des membres au moyen d'appareils en zinc laminé*, 1892, Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 55.

s'élève vers la jambe brisée au lieu que celle-ci s'abaisse vers l'appareil, mais cette manœuvre est évidemment plus facile avec les gouttières qu'avec un appareil plâtré ou même avec toute espèce d'appareil autre qu'une gouttière.

II

L'appareil de jambe de Raoult-Deslongchamps se terminait en haut par quatre longues dents qui devaient être appliquées au-dessous du genou par quelques tours de bande; il remontait donc jusqu'au tiers inférieur de la cuisse ce qui impliquait une extension presque complète du genou; de plus, ces dents se retournaient souvent à leur extrémité et s'accrochaient aux draps du lit; d'un autre côté des bandelettes de scultet imbibées d'eau végéto-minérales compliquaient inutilement l'appareil et rendaient son application longue et la surveillance de la fracture difficile, il y a donc tout avantage à les supprimer les unes et les autres et je me suis arrêté depuis quelques années au modèle ci-dessous, dont j'ai déjà donné la description il y a quelques années (1).

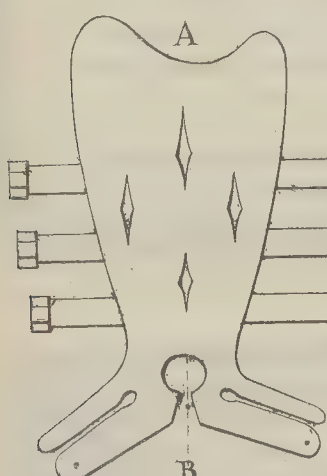


Fig. 1.



Fig. 2.

La figure 1 représente la forme que doit avoir l'appareil une fois taillé; il ne présente, comme on le voit, aucun angle susceptible de blesser le patient ou le chirurgien et peut s'appliquer à gauche ou à droite suivant qu'on plie le modèle du côté de l'une ou l'autre de ses faces; le schéma représenté est celui d'un appareil destiné à la jambe droite comme l'indique la plus grande longueur de son bord gauche, mais on comprend facilement qu'il suffirait de le retourner pour le rendre applicable du côté gauche. Les jours losangiques ou circulaires pratiqués dans la feuille de zinc sont destinés à empêcher la sueur d'humecter le coton; les lacs, qu'il vaut mieux ne pas fixer à l'appareil, doivent toujours se placer la boucle en dehors.

La figure 2 représente une attelle antérieure qui n'est pas indispensable mais qui augmente la solidité de l'appareil et paraît remplacer avantageusement les coussinets de Raoult-Deslongchamps; je l'emploie depuis dix ans et je ne lui ai trouvé que des avantages, notamment celui de la simplicité et de la rapidité d'application; les trois lacs indiqués dans la figure 1 se bouclent sur cette attelle, qui est en zinc comme le reste de l'appareil et qui est bifide en bas pour ne pas comprimer le tendon du jambier antérieur.

Pour appliquer l'appareil on le modèle d'abord en gouttière; les deux lames jumelles situées de chaque côté du trou A, qui correspondra au talon, deviennent alors verticales; on fléchit les deux inférieures à angle droit sur les deux autres et, appliquées l'une sur l'autre et maintenues ainsi avec un bout de fil de fer ou une petite bande de diachylon, elles forment semelle, tandis que les deux supérieures forment deux petites attelles latérales qui contribuent au maintien du pied en bonne position. L'appareil ainsi modelé on le garnit d'abord d'un tampon d'ouate volumineux placé au-dessus du trou talonnier et, par-dessus, l'on étale une feuille d'ouate non hydrophile débordant l'appareil dans tous les sens. Il importe que le tampon de coton qui recevra le tendon d'Achille semble remplir à lui seul le bas de la gouttière; si la couche d'ouate est trop mince on risque de voir le talon venir en contact avec le bord du trou qui lui correspond, ce qui entraîne des douleurs ou même une ulcération. Cet accident n'était pas rare quand on laissait le genou dans l'extension ou qu'on ne garnissait pas assez la gouttière mais on ne l'observe plus quand l'application de celle-ci a été correctement faite.

Une fois l'appareil garni on le met en place comme nous l'avons indiqué plus haut; l'aide qui le soutient, en appuyant sur ses bords pour les rapprocher, doit continuer la contention jusqu'à ce que le membre lentement abaissé repose sur un épais coussin rectangulaire de même longueur que la jambe et sur lequel on a disposé trois lacs à boucle. Avant de fermer ceux-ci on fixe le pied, convenablement matelassé, à la partie plantaire et aux attelles latérales de l'appareil par quelques tours de bande bien serrés et, faisant reprendre par un aide la traction sur le pied qui se trouve ainsi associé à l'appareil, on relâche les pressions latérales sur la gouttière, on s'assure que la fracture est bien réduite, on place, si l'on veut une compresse d'eau blanche au niveau de la fracture du tibia et l'on met par dessus la petite attelle antérieure (fig. 2), garnie d'ouate. Pendant que deux aides augmentent un peu les tractions sur le membre et que le malade se sentant bien soutenu relâche ses muscles, le chirurgien serre les lacs, vérifie ensuite la position du talon qui doit correspondre au trou talonnier de l'appareil et se trouver suspendu dans le vide. L'immobilisation du membre est terminée et si l'on veut se rendre compte de la solidité de l'appareil et du sentiment de sécurité qu'il inspire aux blessés il suffit de se l'appliquer à soi-même, sans le garnir, par dessus le pantalon, en rapprochant ses bords comme je l'ai indiqué; on comprend alors pourquoi le blessé n'hésite pas une fois immobilisé à soulever seul sa jambe du coussin quand on l'y invite, même quand sa fracture

(1) Traitement des fractures de la jambe par l'appareil de Raoult-Deslongchamps modifié. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1897, p. 225.

est communitive et haut située. On comprend également que la compression de la jambe produite par l'appareil a non seulement pour résultat d'immobiliser la fracture, mais qu'elle relâche les muscles et fait disparaître immédiatement la contracture musculaire, principal agent des déviations des fragments contre lesquelles était dirigée la pointe de Malgaigne.

Avec l'appareil primitif de Raoult-Deslongchamps la surveillance de la fracture était facile, mais encore un peu compliquée; il fallait relever les bandelettes de Scultet pour mettre le membre à nu dans la gouttière et les réappliquer en les humectant d'eau blanche avant de replier les coussinets et de resserrer les lacs. Avec l'appareil modifié il suffit de déboucher ceux-ci et de lever la petite attelle antérieure. Si l'on remarque une saillie anormale on place sur elle une feuille d'ouate d'épaisseur et de dimensions correspondantes à l'effet recherché et, en augmentant progressivement son épaisseur, comme le faisait Raoult-Deslongchamps, on arrive à corriger peu à peu la défectuosité. Je dois dire qu'avec l'appareil modifié je n'ai plus eu à constater de ces saillies, ce qui me paraît dû surtout au relâchement musculaire, résultat de la flexion du genou; les soins consécutifs se bornent donc à vérifier de temps à autre la position du talon et à resserrer un peu les lacs au fur et à mesure que le membre maigrit; les malades apprennent vite à les serrer eux-mêmes avant de se lever, car ils se lèvent de très bonne heure, et même dès le lendemain quand la fracture est simple; la seule précaution qu'ils aient à prendre une fois hors du lit est de maintenir toujours leur genou fléchi vers 135 degrés, ce qu'ils réalisent facilement au moyen d'un tabouret et de leur coussin avec l'aide d'un infirmier ou d'un camarade. Le coussin peut être remplacé par un appareil à suspension de Salter, mais ce dernier n'est pas indispensable.

Les résultats fonctionnels et esthétiques sont toujours très satisfaisants, c'est-à-dire qu'en examinant les fracturés quelques mois après leur accident il est souvent difficile de reconnaître le côté qui a été atteint; toutefois la radiographie révèle toujours un certain degré d'imperfection dans la coaptation des fragments ainsi que M. Tuffier l'a montré il y a quelques années et l'on constate par suite un faible raccourcissement; c'est surtout, comme on le sait, dans les fractures du quart inférieur de la jambe, que se remarquent ces imperfections, parce qu'elles sont moins bien contenues par l'appareil. Il y a des cas difficiles dans lesquels un fragment portant à faux reprend sa mauvaise position dès qu'on cesse l'extension; j'ai dû, dans un de ces cas (fracture ouverte et infectée à l'union du tiers moyen au tiers inférieur), enlever le quatrième jour le fragment que l'on n'arrivait pas à remettre en équilibre stable. Une tentative de greffe d'éponge dans la cavité infectée, du volume d'une noix environ, fut suivie d'insuccès, mais la guérison ne s'en fit pas moins d'une manière satisfaisante. Un cas analogue a été observé par M. Walther (1).

Je ne crois pas utile de m'arrêter davantage sur les cas de réduction difficile, mais si l'on adopte le principe de chloroformer et de réduire séance tenante la fracture à ciel ouvert, principe admis par tous en cas de fracture ouverte, la gouttière de Raoult-Deslongchamps n'en restera pas moins, suivant nous, l'appareil de contention le plus efficace. On ne saurait trop insister sur les avantages de la mise à nu du point de fracture en cas de coup de pied de cheval, ces fractures souvent douteuses et sans déplacement, n'en sont pas moins graves parce qu'une ou plusieurs esquilles libres sont enfoncées par le choc dans le canal médullaire, y constituent des corps étrangers plus ou moins septiques et sont l'origine de fistules interminables. Il y a donc tout avantage à suivre l'exemple de notre camarade Lapasset (1), et à faire d'emblée une incision permettant de constater la fracture, d'extraire les esquilles, de réséquer les tissus désorganisés et de réunir immédiatement la peau après désinfection du foyer, s'il y a lieu.

III

C'est nuire à la vulgarisation d'un appareil que d'exagérer ses qualités ou de dissimuler ses défauts, je vais donc chercher à faire ressortir impartialement ce que l'expérience m'a appris au sujet des gouttières de jambe de Raoult-Deslongchamps.

Voyons d'abord leurs défauts. Il en est que j'ai déjà signalés et que j'ai cherché à corriger, je n'y reviens pas; mais il en reste d'autres : on peut lui objecter la difficulté de tailler le zinc, surtout quand il s'agit de pratiquer les fenêtres lozangiques dans le corps de l'appareil. Cette difficulté n'en est pas une pour les zingueurs, mais si l'on est réduit à ses propres ressources on arrive à tailler l'appareil avec de forts ciseaux de trousse et quand il s'agit de pratiquer les fenêtres en question il suffit de percer deux trous, aux extrémités de la grande diagonale du losange, avec un instrument quelconque, un petit ciseau à froid par exemple, pour résoudre le problème; les ciseaux engagés dans la voie ouverte achèvent de détacher le losange.

Une deuxième difficulté est de bien modeler l'appareil; mais il suffit de donner à celui-ci la forme d'une gouttière, le véritable modelage est réalisé par l'ouate et l'on apprend vite à combler, avec de petites feuilles supplémentaires, les vides que l'on constaterait entre le membre et la grande feuille d'ouate qui le sépare du zinc.

Il est enfin un point faible inhérent à la figure même de l'appareil; ce point correspond aux malléoles. A ce niveau la lame de zinc est trop étroite pour offrir une grande résistance; il en résulte qu'elle se brise quand le malade marche avec son appareil, vers le moment où s'achève la consolidation, et qu'une réparation est nécessaire si l'on veut utiliser la même gouttière pour un autre fracturé; c'est par là que ces appareils prennent le chemin de la réforme; leur prix modique atténue ce petit

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1909, p. 50.

(1) Traitement chirurgical des plaies contuses et des fractures ouvertes par coup de pied de cheval, *Arch. de méd. milit.*, juill. 1910 et *Sem. méd.*, 1910, p. 589.

inconvénient auquel on peut d'ailleurs remédier comme je l'ai fait quelquefois en envoyant la gouttière au zingueur pour doubler le point faible (fig. 1). En taillant les patrons, il faut penser à cet inconvénient et se garder de trop les rétrécir à ce niveau (1). Il est d'ailleurs facile d'ajuster l'appareil dont on dispose.

Les avantages des appareils de Raoult-Deslongchamps sont nombreux : j'ai déjà dit quelle confiance ils inspiraient aux malades. Le fait d'un fracturé atteint de delirium tremens, disloquant un scultet qu'on lui avait appliqué et mettant sa jambe en un tel état qu'on songeait à l'amputer de la cuisse, ce fait, dis-je, montre combien la confiance des malades est légitime, car abandonné dans la montagne à la garde de sa femme avec une gouttière de Raoult-Deslongchamps que j'avais improvisée, le fracturé se rétablit parfaitement (2).

Avec les appareils de Raoult-Deslongchamps il est facile de suivre la marche de la fracture sans causer aucune souffrance au malade; il suffit de resserrer les lacs de manière à maintenir la compression au degré nécessaire. Les fracturés se lèvent facilement sans secours au bout de quelques jours et marchent avec des béquilles vers le quinzième. Je n'ai jamais vu survenir d'embolie, ce qui d'ailleurs en raison de la rareté de l'accident ne prouve rien en faveur de l'appareil étant donné surtout que nous avions en général affaire à des hommes jeunes. La liberté laissée au genou et le lever précoce des fracturés favorisent évidemment le jeu ultérieur des articulations et viennent par suite à l'actif de l'appareil.

L'appareil de Raoult-Deslongchamps est surtout avantageux quand il s'agit d'immobiliser d'urgence un fracturé de jambe appelé à subir un long transport en voiture comme cela se produit souvent en campagne; il s'improvise partout et pour le médecin militaire, comme pour le médecin de campagne, il constitue le véritable appareil de choix; il suffit de réfléchir un instant pour comprendre combien il est supérieur au plâtre pour un chirurgien forcé d'opérer sans aides de profession. La gouttière modelée constitue, en effet, tout à la fois un appareil d'urgence et un appareil définitif amovo-inamovible.

Au point de vue administratif, les appareils de Raoult-Deslongchamps présentent l'avantage important de se loger dans les approvisionnements sous un très petit volume et de se conserver indéfiniment sans précautions particulières, ils méritent donc, et au delà, la place importante qui leur a été donnée dans les approvisionnements du service de santé en campagne et du service courant.

Depuis que je me sers des appareils de Raoult-Deslongchamps je les ai toujours vus donner de bons résultats et l'on ne peut que regretter que leur usage, très répandu dans l'armée, ne le soit pas autant dans la pratique civile. Ils sont solides, à l'épreuve des heurts résultant des faux mouvements des infirmiers ou du délire des blessés et, comme les sutures osseuses immédiates, ils rendent presque toujours l'extension superflue; enfin dans les cas de phlegmons ou de désordres étendus ils peuvent s'échancrer à volonté, fonctionner comme gouttières et permettre au besoin l'extension continue. En s'adaptant à la position du genou en demi-flexion, comme l'appareil d'Hennequin, ils suppriment la contracture musculaire si gênante au début du traitement, et en laissant au genou sa liberté ils conservent sa souplesse à l'articulation. On fixe, il est vrai, le pied sur la semelle en zinc, mais cette semelle est flexible et permet au pied un certain degré d'extension. Il ne faut pas chercher à lutter contre cette dernière dans la crainte de tendre les muscles postérieurs et de perdre ainsi en partie le bénéfice de la flexion du genou. Dans ces conditions le cou-de-pied conserve sa souplesse comme le genou et quand on laisse les malades marcher de bonne heure avec des béquilles il est inutile de mobiliser de temps à autre le pied avec sa semelle comme le faisait Raoult-Deslongchamps, car la mobilisation se fait d'elle-même.

Pour me résumer je dirai qu'après trente ans d'expérience, si j'étais moi-même atteint de fracture de jambe je ne voudrais pas être traité par un autre appareil et que je n'ai jamais éprouvé le besoin de recourir pour mes fracturés à des systèmes compliqués, onéreux et peu pratiques et dont le principal défaut est d'empêcher les malades de se lever.

(1) La longueur de l'appareil du point A au point B doit correspondre à celle de la jambe, de la saillie du talon au milieu du creux poplité.

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1911, p. 390.

MÉDECINE PRATIQUE

LE LANGAGE MUSICAL

D'innombrables travaux ont paru sur l'aphasie et il peut sembler surprenant au premier abord que toute une catégorie de troubles du langage, ceux du langage musical, n'aient suscité jusqu'ici aucune étude médicale d'ensemble. Cette absence s'explique facilement dès qu'on réfléchit à la difficulté du sujet, car il est nécessaire, pour aborder les problèmes que soulèvent les amusies, de réunir deux compétences, neurologique et musicale, trop souvent étrangères l'une à l'autre. C'est à combler cette lacune que MM. Dupré et Nathan se sont attachés; par une collaboration étroite ils ont pu entreprendre et mener à bien cette importante étude médico-psychologique (1).

Voici résumées quelques-unes des principales conclusions qui se dégagent de leurs recherches :

Le langage musical est l'expression, par les sons, des états psychiques fondamentaux, particulièrement des émotions de tout ordre (douleur, peur, colère, joie, amour, etc.). L'étude de l'évolution phylogénique dans la série animale et ontogénique chez l'homme le montre lié à l'intonation et par conséquent bien antérieur au langage articulé. Ce que l'enfant perçoit tout d'abord en effet c'est l'intonation et c'est par adaptation spontanée à celle-ci, par inflexions vocales encore inarticulées et par onomatopées que s'édifie son langage.

Au cours de l'évolution psychique de l'humanité, ce langage de sons, simple et accessible à tous à l'origine, s'est considé-

(1) Un vol. de la Bibl. de phil. contemp., 200 pages. — Paris, F. Alcan.

rablement développé; il est devenu une mine de symboles de plus en plus riches et de plus en plus variés, dont les manifestations supérieures, accessibles seulement à une élite, représentent la musique au sens artistique du mot.

Comme tout langage, le langage musical comprend deux ordres de processus, les processus sensoriels ou de perception et les processus moteurs ou d'expression. Les troubles de perception constituent les amusies sensorielles. Le langage musical s'adresse primitivement et presque toujours à l'oreille; secondairement et accessoirement, chez les musiciens très éduqués, il peut s'adresser à l'œil et constitue alors la lecture de la musique; de là la division en surdité musicale et cécité ou alexie musicale.

Entre les processus passifs et primitivement sensoriels du langage de réception et les processus actifs, finalement moteurs, du langage d'expression, s'interposent dans la série des opérations physio-psychologiques, les processus intermédiaires du langage intérieur musical. Celui-ci, correspondant à l'idéation musicale, est constitué par les apports auditifs et visuels d'origine objective, par les associations qui s'établissent entre ces matériaux sensoriels et l'ensemble de l'activité psychique et enfin par les combinaisons imaginatives spontanées qui se créent dans le psychisme individuel et tendent, après cette élaboration subjective, à s'extérioriser en expressions musculaires, éléments vocaux, instrumentaux ou graphiques du langage musical d'expression. Les deux composantes fondamentales de ce langage sont l'intonation et l'imitation. L'intonation est consacrée à l'expression d'abord spontanée et ensuite intentionnelle des sentiments des états passionnels. L'imitation est destinée à évoquer, par l'intermédiaire des images auditives, la représentation mentale des grands concerts de la nature. Ces deux éléments, passionnel et descriptif, sont susceptibles de combinaisons infinies, qui traduisent les réactions de l'âme humaine en présence des situations du monde extérieur.

Le langage musical moteur, ou langage d'expression, langage actif, extériorise les divers états psychiques par des actes musculaires, sonores ou graphiques, véritables messages adressés à l'oreille ou à l'œil d'autrui; ses troubles constituent les amusies motrices.

Dans la pratique, les amusies, comme d'ailleurs les aphasies, sont presque toujours complexes. Au point de vue de leur étiologie, elles peuvent être classées en organiques et dynamiques. Une amusie totale ou partielle, mais complète et absolue, sans association d'aphasie, a toutes chances d'être une amusie dynamique; incomplète et associée à une aphasie de même ordre, elle est de nature organique.

Les troubles du langage musical se rencontrent dans les affections les plus diverses, dans les psychonévroses comme dans les vésanies proprement dites. Dans les débilités mentales il est fréquent d'observer un grand contraste entre le développement des aptitudes musicales et la faiblesse de l'intelligence. Au cours des démences, chez les musiciens, les aptitudes musicales subissent une déchéance parallèle à celle des autres fonctions psychiques. Les troubles de l'émotivité, et particulièrement les états d'excitation ou de dépression, exercent une influence marquée sur l'activité et l'orientation du psychisme musical. MM. Dupré et Nathan consacrent tout un chapitre à la revue des psychoses chez les musiciens célèbres; c'est une étude à la fois biographique et critique dans laquelle ils mettent en relief des types variés de la déséquilibration mentale, surtout dans les domaines de la sensibilité, de l'émotivité et de l'imagination et de laquelle ils s'efforcent de conclure que chez eux la proportion des aliénés ne dépasse pas sensiblement la moyenne ordinaire.

Enfin quelques considérations sur la mélothérapie terminent cet intéressant ouvrage, que rendent encore plus instructif de nombreuses observations cliniques et anatomiques intercalées dans chacun de ses chapitres. PAUL CAMUS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 MAI 1911)

Deux cas de syphilis oculaire grave survenus quelques semaines après des injections répétées de composés organiques de l'arsenic. — MM. A. ROCHON-DUVIGNEAUD et MONBRUN. I. Une malade de vingt-trois ans, au début de sa syphilis, reçoit trois injections successives d'arsenphénylchlorohydroxyamine. Quarante jours plus tard, elle est atteinte, à l'œil droit, d'une iritis avec papillo-névrite intense, vision réduite à distinguer les mouvements de la main. Lymphocytose rachidienne abondante.

II. Une malade de vingt-huit ans, au début de sa syphilis, reçoit trois injections intraveineuses successives d'arsenobenzol de 30, 40, 50 centigrammes, de huit jours en huit jours. Réaction de Wassermann négative après la dernière injection. Vingt-cinq jours plus tard, iritis à droite qui se complique bientôt d'une double papillo-névrite intense.

Ces cas ne prouvent rien contre la valeur des composés arsenicaux, puisque le mercure, lui aussi, a ses récidives fréquentes. Mais ils montrent, dit M. Rochon-Duvigneaud, combien l'idée d'une stérilisation rapide de la syphilis par un composé chimique est illusoire. Même après l'arsenobenzol les traitements successifs restent la loi de la thérapeutique antisyphilitique.

ANALYSES

MÉDECINE

La position genu-pectorale. Signe pathognomonique des péricardites à gros épanchement. (E. HIRTZ. *Tribune méd.*, janv. 1911.) — Il s'agit d'un sujet en état de dyspnée considérable, que seule soulageait la *position genu-pectorale* qu'il prenait instinctivement de lui-même. Le diagnostic porté dans ce cas fut celui de péricardite à gros épanchement : la ponction permit, en effet, de retirer du péricarde 480 centimètres cubes de liquide citrin séro-fibrineux.

Pour M. le docteur Hirtz, cette position genu-pectorale nécessitée par une dyspnée intense est un signe pathognomonique des péricardites à gros épanchement.

Un tel symptôme a d'ailleurs été déjà signalé en 1845 par Zehetmayer à Vienne, par Merklen, en 1892, dans la *Semaine médicale*, et par M. Hirtz, lui-même, en 1898, à l'hôpital Laënnec. L. BABONNEIX.

Origine sanguine des pneumonies et des bronchopneumonies. (E. JOLTRAIN. Th. de Paris, 1911; Asselin et Houzeau.) — L'auteur s'est efforcé au cours de cet excellent travail de faire la preuve de la fréquence de la septicémie latente et de la bacillémie primitive dans les affections pleuro-pulmonaires : certes l'origine aérienne des diverses inflammations du poumon apparaît *a priori* comme plus logique et plus simple, mais néanmoins très souvent, les manifestations pleuro-pulmonaires sont d'origine septicémique.

Multipliant ses observations toujours très convaincantes, ses expériences très démonstratives, M. Joltrain est parvenu à établir les conclusions suivantes, dont il est inutile de souligner l'importance.

Les pneumonies et les bronchopneumonies pour la plupart sont fonction de bacillémie ; en faveur de cette notion plaide la constatation d'un état septicémique latent très fréquent au cours des pneumonies, le fait que bon nombre de pneumopathies s'observent au cours d'infections sanguines, enfin les constatations histologiques et expérimentales.

Cette notion de l'origine hématogène des pneumonies a une double importance au point de vue pronostic et traitement (intervention précoce d'une part, et sans doute dans l'avenir, action thérapeutique par des sérums des vaccins, etc.).

L. BABONNEIX.

La péritonite de la période éruptive de la scarlatine. (TOURAINE et FENESTRE. *La Clinique infantile*, oct. 1910, n° 19, p. 585.) — La péritonite apparaissant à une période déjà avancée de la desquamation est assez bien connue, mais il n'en est pas de même en ce qui concerne la *péritonite précoce, prééruptive* même quelquefois ; à l'aide d'une observation bien étudiée, et à l'aide également des documents apportés par Kauffmann, dans son excellente thèse, *sur les complications appendiculaires dans la scarlatine*, ces auteurs décrivent une péritonite précoce, prééruptive ou contemporaine de l'éruption. Tout se passe comme si l'éruption scarlatineuse frappait à la fois les téguments externes et le péritoine. Souvent la localisation de cet exanthème est provoquée par des lésions antérieures du péritoine ou des organes péritonéaux : parallèle à l'*exanthème* cette forme de péritonite précoce paraît liée à un simple *enanthème* et semble comporter également un pronostic favorable.

L. BABONNEIX.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Sur une modification de mon procédé d'aération de la trompe d'Eustache. (A. POLITZER [de Vienne]. *Die Therapie der Gegenwart*, janvier 1911, fasc. 1.) — La communication de Politzer sur le procédé d'aération de la trompe d'Eustache (1) a eu, grâce à sa simplicité de manœuvre et son efficacité, une rapide extension dans la pratique des médecins. Ses avantages sur le cathétérisme tiennent à ce qu'il suffit d'une poire ne pénétrant pas à plus d'un centimètre dans le nez, pour que chaque praticien, avec un peu d'expérience, ait pu l'exécuter facilement.

Le procédé primitif, consistant en un acte de déglutition, a été depuis, bien des fois, modifié chez les enfants ; on constata que le fait de ne pas avoir recours à un acte de déglutition n'empêchait pas de libérer la voie tubaire quand l'insufflation était faite rapidement et suffisait à remplir l'office du dégagement de l'oreille moyenne.

Le fait physiologique, depuis longtemps connu, que dans la phonation les piliers du voile du palais se contractent pour permettre la déglutition, Lucal et Gruber adoptèrent ce procédé d'insufflation de la trompe, pendant que l'enfant émet un son ; ce procédé semble le plus facile à obtenir chez les enfants qui ont souvent de la peine à faire un acte de déglutition au moment voulu.

Une autre modification apportée par un Américain, Holt, consiste en une compression de l'air dans le pharynx nasal au moment où les joues sont fortement gonflées.

Ce procédé est surtout avantageux, dans les cas dans lesquels des perforations du tympan sont apparues à la suite d'inflammation de l'oreille moyenne, quand elles ne sont pas complètement guéries du catarrhe de la cavité de la caisse.

Une méthode nouvelle, due à Politzer, consiste à donner *la douche d'air au moment d'une inspiration profonde*. Physiologiquement, il y a ici *contraction des piliers du voile du palais* et *attraction du voile du palais en bas*, par suite de l'inspiration profonde ; le conduit tubaire s'en trouve alors élargi, facilitant l'insufflation d'air.

La technique, dans cette manœuvre, nécessite que l'embout de la poire auquel est fixé un court tube de caoutchouc soit enfoncé à la profondeur de 1 ou 2 centimètres dans la narine ; et sur l'embout comprimer de façon à bien supprimer le passage de l'air, les ailes du nez entre le pouce et l'index.

Cette manœuvre réussit facilement, en général ; on trouve, dans quelques cas, des sujets qui se montrent peu dociles pour faire l'inspiration profonde. En pareil cas, quelques exercices sont à faire ; dans des aspirations profondes difficiles, il est utile de faire mettre entre les lèvres du malade un petit tube de caoutchouc de 2 ou 3 millimètres et le prier, pendant la douche d'air, de faire une profonde inspiration.

Si on ausculte avec un tube de caoutchouc, on constate le succès de la douche d'air, dans presque tous les cas. Politzer a constaté que cette méthode, pour des oreilles congestionnées, catarrhales, donnaient, au point de vue de l'audition, des résultats semblables à ceux qu'on obtient par la déglutition. Dans le traitement de récents ou chroniques catarrhes de la caisse qu'il a observés, cas dans lesquels on est souvent obligé de recourir au cathétérisme, *dans d'intenses inflammations de la trompe de l'orifice à l'isthme rétréci ; dans ces cas, la déglutition ne réussit pas à les vaincre.*

Dans ces cas, Politzer réussit là où il n'avait pas de succès par son ancienne méthode. Il a aussi employé sa nouvelle méthode dans *des inflammations d'otites aiguës* accompagnées de douleurs ; il a eu d'aussi bons résultats dans ces cas par l'inspiration que par les méthodes de la déglutition ou les cathétérismes.

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Considérations générales relatives au salvarsan ou 606 d'Ehrlich. (M. G. BARDET. *Nouveaux remèdes*, n° 1, 8 janv. 1911.) — Aucun médecin n'ignore que, dans l'étude au microscope des préparations histologiques, l'observateur n'est guidé que par la coloration des éléments par élection d'une certaine couleur. Telle cellule, tel bacille prend un colorant déterminé et c'est le seul moyen que nous ayons de pouvoir diagnostiquer la présence de tel ou tel parasite dans les tissus et dans les liquides organiques. Pour tout observateur qui ne se contente pas de la simple constatation d'un fait élémentaire, la coloration spécifique des tissus a une importance considérable, car il ne s'agit pas simplement d'une opération de teinture. Assurément, ce genre d'examen a été choisi parce que notre œil est un élément de séparation très précieux, qui permet de sélectionner les cas en s'appuyant sur une réaction colorée, mais en réalité le phénomène est beaucoup plus complexe. Il s'agit là d'une réaction chimique très intéressante, la cellule se colore parce que sa substance se combine avec les matières colorantes.

Pour beaucoup d'autres corps, la réaction chimique peut avoir lieu, sans que notre œil soit averti, parce que le résultat de la combinaison ne présente pas de coloration caractéristique, mais il n'en est pas moins vrai que l'on peut admettre que, par un choix rationnel de substances, il soit possible de transformer, et par conséquent, de détruire certains éléments cellulaires.

Ehrlich a donc fait le raisonnement suivant : puisque les parasites spécifiques d'un grand nombre de maladies sont capables de fixer certaines substances, colorées ou non, ce qui a pour résultat de les détruire, le but thérapeutique doit se trouver dans la recherche des substances qui, sans nuire en rien à la vie des éléments normaux d'un organisme (et par conséquent en laissant intact l'animal qui représente le total, la somme des éléments cellulaires), sont capables de se fixer sur le bacille et de lui enlever la vie. Il y a dans cette conception une vue véritablement suggestive du rôle du médicament au point de vue chimique et il n'y a aucun doute que cette conception si originale amènera un jour à quelques superbes résultats, même en admettant, ce qui semble impossible, que tout ce qui est acquis aujourd'hui soit chimérique.

Au début de ses recherches, Ehrlich a commencé par étudier les corps qui visiblement se fixaient sur les cellules, c'est-à-dire les matières colorantes (par exemple le bleu de méthylène, le trypanroth, etc.). Mais peu à peu il a étendu son champ d'action et suivi, d'après les phénomènes géné-

(1) *Wien. med. Woch.*, 1863.

raux, l'action des produits qui n'agissent pas au point de vue colorant. Dans ses travaux récents sur les trypanosomes, il est parti de la constatation que l'arsenic semblait agir spécifiquement sur le parasite, mais il a été obligé d'éliminer successivement tous les corps organiques arsenicaux à molécule légère, parce qu'ils étaient capables de se fixer sur le tréponème et il arriva à étudier les dérivés du groupe phénylique, dont le poids moléculaire est plus élevé. Là encore, ses résultats furent d'abord médiocres, il n'obtint pas la fixation complète du corps sur le tréponème et, par conséquent, celui-ci continuait à se montrer dans le sang, même quand les effets généraux bien connus de l'arsenic exerçaient une action favorable sur l'état général du malade. En outre, les premiers corps essayés manifestaient une toxicité trop grande.

Pour que le résultat thérapeutique soit obtenu, il faut que le médicament choisi possède le maximum d'affinité pour les organismes pathogènes, mais qu'en même temps il soit sans action sur les éléments normaux en général et notamment sur les leucocytes et les globules du sang, qui sont les premiers corps avec lesquels il sera en contact. Trouver un corps parasitotrope qui ne soit pas organotrope, tel est le but de la méthode nouvelle d'Ehrlich, ce qu'il appelle la chimiothérapie par opposition avec la sérothérapie qui d'ailleurs, au point de vue de la thérapeutique générale, présente plus d'un point commun avec la chimiothérapie.

Le premier résultat des essais d'Ehrlich fut de lui démontrer que certains groupes chimiques ont justement la propriété parasitotrope et par la suite, quand il s'occupa des maladies à trypanosomes et notamment de la syphilis, il reconnut que les arsenicaux organiques possédaient une affinité spéciale pour les spirilles, mais presque tous les corps étudiés étaient en même temps organotropes et par conséquent toxiques. L. GAYARD.

VARIÉTÉS

UN MENU ORIGINAL.
NOUVEAUX MODES DE PRÉPARATION DU SOJA

La Société nationale d'acclimatation de France offre tous les ans à ses membres un déjeuner amical, remarquable par l'originalité de son menu. Cette année elle n'a pas manqué à la tradition, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant le menu suivant :

MENU

Hors-d'œuvre variés.
Graines de Gingko grillées.
Courbine et Sama de Mauritanie à l'huile.

—

Croustades de foie gras de tortue marine.
Omelette au jambon végétal.
Black-bass (perche noire d'Amérique), sauce genevoise.
Courbine (poisson de Mauritanie) au court-bouillon, sauce mousseline.
Artichauts farcis à la viande de soja.

—

Rôtis.
Requin grillé, maître d'hôtel.
Bœufs de Madagascar à la broche.
(Filet de bœuf à la française : pommes nouvelles et petits pois.)

—

Germes de soja sautés.
Langoustes royales de Mauritanie à la rémoulade.
Salade de germes de soja.

—

Dessert.
Biscuit mousseline de soja.
Glace coloniale.
Roquefort de soja. Fruits exotiques.
Popcorn à la sève d'érable.

—

Vins.
Bourgogne blanc et rouge.
Chassagne clos Saint-Jean.
Champagne.
Malt Déjardin. Liqueurs.
Café sans caféine. — Pain complet ordinaire et de soja.

On voit la place importante occupée sur ce menu par le soja sous diverses formes. Ce légume se prête en effet à un grand nombre de préparations; un de ses aspects le plus remarqué fut le *jambon végétal.*

Ce jambon n'est autre chose que du fromage de soja fumé suivant la formule indiquée par le docteur Legoff dans la *Gazette des hôpitaux* (1911, n° 27, p. 401). Ce mets ainsi préparé donne véritablement l'illusion du jambon comme nous avons pu nous en assurer nous-même.

La viande de soja, dont les artichauts furent farcis, est peut-être un peu fade, servie isolément, et a besoin d'être relevée par la sauce de soja qui n'est autre qu'une de ces sauces fortement épicées, chères à nos amis les Anglais.

Les germes de soja sautés sont d'un goût agréable, et rien n'est plus frais que la salade de ces mêmes germes. Nous mentionnons seulement les gâteaux de soja, le roquefort de soja, le café, la confiture, le pain de soja... ce sont autant de préparations du précieux légume, dont le docteur Legoff signala ici même les qualités (*Gaz. des hôp.*, n° 34, 22 mars 1910; n° 27, 7 mars 1911). Utilisé sous toutes ses formes en Extrême-Orient, le soja a été introduit dans le commerce français par des industriels chinois. Il est donc facile de se procurer ces diverses préparations à très bas prix.

Mais nous ne saurions trop encourager ceux de nos confrères qui habitent la campagne à faire des essais de cette culture et à la répandre autour d'eux. Le soja (S. d'Etampes ou S. de Podolie du commerce) pousse, nous le rappelons, dans toutes les régions viticoles et particulièrement dans les terrains où l'on a cultivé du trèfle et de la luzerne. Il est d'une culture facile et constitue un bon aliment pour les gens bien portants, mais aussi un aliment précieux pour les diabétiques, ainsi que l'a si bien montré le docteur Legoff. On ne saurait donc assez vulgariser cette culture. L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE (1911)

Première série (médecins et officiers d'administration de réserve) : 6 au 24 juin.

Deuxième série (médecins et officiers d'administration de l'armée territoriale, pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale) : 16 au 24 juin.

Projet de tableau du service journalier. — *Mardi 6 juin.* — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Appel des officiers convoqués pour la première série (1). — Remise des ordres de convocation et des feuilles de déplacement. — Neuf heures : Rapport du directeur technique. — Répartition des officiers dans les formations sanitaires. — Dix heures : Rapport de chacun des médecins chefs des formations sanitaires dans le

(1) Le M. chef de chaque formation sanitaire fera procéder à un appel journalier des officiers attachés à sa formation.

local attribué à chacun d'eux (1). — Trois heures : Première conférence générale par le commandant d'état-major. « Constitution générale d'une armée. » — Quatre heures : Deuxième conférence générale par le directeur technique : « Organisation générale du service de santé en campagne. »

Mercredi 7. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Troisième conférence générale par le commandant d'état-major : « Notions sur le combat. » — (*Cours du quartier du 19e escadron du train des équipages.*) — Trois heures : Premier exercice pratique spécial aux médecins : démonstration détaillée du matériel du service de santé régimentaire, par l'aide-major du 46e d'infanterie. Indications sommaires sur la tenue et la conduite des équipages militaires. — Cacolets et litières, par le lieutenant du train de l'ambulance divisionnaire.

Jeudi 8. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Quatrième conférence générale par le directeur technique : « Les organes du service de santé dans la zone de l'avant et dans la zone des étapes. » — (*Docks de Vanves.*) — Trois heures : Premier exercice pratique pour tous les officiers, par le médecin chef de l'ambulance divisionnaire : « Démonstration détaillée du matériel d'une ambulance divisionnaire. » Le médecin principal Ruotte démontrera ensuite le matériel d'une ambulance type 1910.

Vendredi 9. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Cinquième conférence générale par le directeur technique : « Le service de santé considéré dans le corps d'armée, en station, en marche, au combat. » — Trois heures : Sixième conférence générale par l'officier d'administration attaché à la direction technique : « L'alimentation en campagne ; les organes de ravitaillement ; les réquisitions. »

Samedi 10. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Septième conférence générale par le directeur technique : « Le service de santé des étapes avant, pendant et après la bataille. Les inhumations et l'assainissement du champ de bataille. » — Rendez-vous et heure fixés la veille : Deuxième exercice pratique pour tous les officiers par le commandant d'état-major : « La lecture de la carte sur le terrain. » — Troisième exercice pratique pour tous les officiers par le médecin divisionnaire : « Choix de l'emplacement d'une ambulance. Règles d'organisation intérieure d'une ambulance en fonctionnement. »

Dimanche 11. — Repos.

Lundi 12. — Rendez-vous fixé le 10. Deuxième exercice pratique spécial aux médecins : « Le service de santé régimentaire étudié à l'occasion du service en campagne exécuté par un bataillon d'infanterie. » — (*Val-de-Grâce.*) — Trois heures : Huitième conférence générale par le commandant d'état-major : « L'état-major et les services. »

Mardi 13. — Rendez-vous et heure fixés la veille : Quatrième exercice pratique pour tous les officiers : « Reconnaissance hygiénique dans la zone de stationnement d'une division d'infanterie », par le médecin divisionnaire. « Bivouac de l'ambulance de corps à trois sections », par le médecin chef de l'ambulance de corps. — Cinquième exercice pratique pour tous les officiers, par le commandant d'état-major : « Le service de santé au rapport : de la division (médecin divisionnaire) ; du corps d'armée (direction technique) ; de la direction des étapes et des services (D. E. S.) (direction technique). »

Mercredi 14. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Neuvième conférence générale, par M. Julliot, officier d'administration de deuxième classe de réserve : « Actes de l'état civil aux armées : décès, constatations et formalités administratives. Actes conservatoires. Testaments, etc. » — (*Ancien magasin à fourrages du quai de la Râpée.*) — Trois heures : Sixième exercice pratique pour tous les officiers, par le médecin en chef de l'hôpital de campagne : « Démonstration détaillée d'un hôpital de campagne. Choix de l'emplacement d'un hôpital de campagne immobilisé. » — L'hôpital de campagne s'immobilise pour un fonctionnement d'étude de trois jours dans les locaux et hangars de l'ancien magasin à fourrages du quai de la Râpée.

Jeudi 15. — (*Quai de la Râpée.*) — Huit heures : Septième exercice pratique pour tous les officiers : Fonctionnement réel de l'hôpital de campagne immobilisé. — (*Val-de-Grâce.*) — Trois heures : Dixième conférence générale par le directeur technique : « L'hospitalisation et les évacuations des malades et blessés. »

Vendredi 16. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Appel des officiers convoqués pour la deuxième série. — Répartition. — Huit heures trente : Onzième conférence générale par le médecin divisionnaire : « Notions sur la mobilisation. Ordre de mobilisation. Lieux de mobilisation. Mesures à prendre dès la mobilisation par les officiers du corps de santé. Arrivée à destination. » — Dix heures trente : Conférence spéciale à tous les officiers de la deuxième série, par le directeur technique : « Résumé des conférences générales faites précédemment à la première série. » — (*Quai de la Râpée.*) — Trois heures : Fonctionnement réel de l'hôpital de campagne immobilisé. — Quatre heures : Douzième conférence générale par le médecin en chef de l'hôpital de campagne : « Libération de l'H. C. L'H. C. aux mains de l'ennemi ; devoirs et droits du personnel. Ravitaillement de l'H. C. ».

Samedi 17. — (*Val-de-Grâce.*) — Huit heures : Treizième conférence générale par le pharmacien major de l'hôpital d'évacuation : « Expertise chimique portant sur les principaux aliments en usage dans les armées en campagne. Analyse rapide de l'eau. » — (*Docks de Vanves.*) — Trois heures : Exercice pratique pour les médecins et officiers d'administration, par le médecin en chef de l'hôpital d'évacuation. Démonstration détaillée du matériel d'un H. E., savoir : Mat. d'hospitalisation. Mat. d'aménagement des trains sanitaires. Mat. de réapprovisionnement. Appareils de désinfection. Indication de l'aménagement des voitures pour le transport des blessés couchés.

Dimanche 18. — Repos.

Lundi 19. — Rendez-vous fixé le samedi 17. — Premier exercice d'application sous la direction du commandant d'état-major et du directeur technique : « Exercices de cadres sur le terrain de la manœuvre de garnison. »

Mardi 20. — (*Docks de Vanves.*) — Sept heures : Deuxième exercice d'application par le directeur technique et le médecin divisionnaire. Mobilisation réelle des formations sanitaires. — Une heure : Départ en ordre normal de marche pour l'ancien magasin à fourrages du quai de la Râpée. — Formation du parc.

Mercredi 21. — Prises de cantonnement pour la manœuvre de garnison.

Jeudi 22. — Première journée de la manœuvre de garnison. — Matin. Service régimentaire et postes de secours. — Installation successive de deux sections de l'ambulance divisionnaire. — Deux heures : Fonctionnement de l'ambulance divisionnaire. — Installation de l'hôpital de campagne pour s'immobiliser. — Trois heures : Utilisation d'un appareil automobile de stérilisation de l'eau par les rayons ultra-violets.

Vendredi 23. — Deuxième journée de la manœuvre de garnison. — Libération d'une section de l'ambulance divisionnaire par l'hôpital de campagne. — Installation successive d'une section de l'ambulance de corps et d'une section de l'am-

(1) Toutes les fois que les conférences et exercices le permettront, les M. chefs réuniront tous les officiers de leur formation (cadre, convoqués et bénévoles), afin de leur donner des explications complémentaires et pour s'assurer de leur assiduité.

bulance divisionnaire. — Fonctionnement de l'hôpital de campagne. — Trois heures : Utilisation à l'H. C. d'un laboratoire portatif de radiographie et de radioscopie.

Samedi 24. — Troisième journée de la manœuvre de garnison. — L'hôpital de campagne forme un convoi automobile d'évacuation sur routes. — Sept heures : Départ du convoi. (L'itinéraire sera ultérieurement fixé.) — Dix heures : Fonctionnement d'une infirmerie de gîtes d'étapes au plateau de Gravelle. — Douze heures trente : Arrivée du convoi d'évacuation installé au quai de la Râpée. — Deux heures : Chargement des blessés sur : *a.* un bateau amarré quai de la Râpée ; *b.* une rame de wagons placés à quai dans la gare d'Ivry-marchandise (157, quai de la Gare). — Quatre heures : Dépôt de la section, quai de la Râpée : Séance de clôture. Remise aux officiers des ordres de convocation, feuilles de déplacement et mandats de paiement.

Rappelons que le port de l'uniforme est obligatoire pour les officiers convoqués et pour ceux qui n'étant pas régulièrement inscrits désireraient assister à une séance théorique ou pratique du cours d'instruction.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de chirurgie infantile (1), par E. Kirmisson.

M. Kirmisson nous donne la deuxième édition de son *Précis de chirurgie infantile.* On pouvait s'attendre à y retrouver les qualités d'ordre et de clarté qui caractérisent l'enseignement du savant professeur et la lecture de l'ouvrage ne déçoit pas cette espérance. Il est divisé en quatre parties. Les *maladies congénitales*, les *lésions traumatiques*, les *lésions inflammatoires et troubles de nutrition* et les *néoplasmes*.

Ce sont les maladies congénitales et les lésions inflammatoires qui ont été développées avec une prédilection qu'on ne s'étonnera pas de rencontrer chez un chirurgien qui a consacré sa carrière à la pratique de l'orthopédie. Ces affections ne sont-elles point d'ailleurs presque toute la chirurgie infantile, en ce sens que ce sont elles surtout qui la différencient de la pathologie de l'adulte ?

Dans les *maladies congénitales*, l'auteur fait précéder la description anatomo-clinique d'un exposé embryologique succinct mais suffisant pour permettre l'intelligence des lésions. Citons principalement les chapitres consacrés au spina bifida et à la luxation congénitale de la hanche.

Les trois affections osseuses de l'enfance, la tuberculose, l'ostéomyélite et le rachitisme, forment la plus grande partie du livre consacré aux *lésions inflammatoires* contenant encore de très intéressants chapitres sur la syphilis osseuse et la paralysie infantile. Signalons encore dans le livre réservé aux *traumatismes* les décollements des épiphyses.

Dans la préface de la première édition, M. Kirmisson disait : « J'ai voulu avant tout faire une œuvre qui fut vraiment utile, utile à l'étudiant en médecine, soucieux d'acquérir les notions indispensables à l'exercice de sa profession et au médecin obligé de suffire à toutes les exigences si nombreuses de la pratique. »

Et il ajoutait : « La chirurgie infantile représente par excellence la chirurgie pratique, celle que tout praticien doit bien connaître. Aussi, serions-nous heureux, pour notre part, si, par une description suffisante, nous permettions à tout praticien d'en acquérir les données, augmentant ainsi le champ de son action et le mettant à même de rendre à ses malades le plus de services possibles. »

L'auteur a-t-il atteint le but qu'il s'était proposé ? Il suffit de lire l'ouvrage pour pouvoir l'affirmer. J. ANDRIEU.

(1) Paris, Masson et Cie.

Animaux et viande de boucherie (1), par Villain, vétérinaire du service sanitaire de Paris.

Le vétérinaire Villain a réuni en une brochure les diverses conférences qu'il a faites aux élèves-stagiaires du Val-de-Grâce, aux officiers d'approvisionnements, aux médecins et aux vétérinaires militaires du gouvernement de Paris.

Après quelques considérations sur les races, les croisements, les facilités d'élevage, l'auteur montre la façon de connaître *l'âge des animaux* par l'inspection des dents et des sillons des cornes et la façon d'apprécier *leur degré d'engraissement par les maniements*, qu'il est indispensable de bien connaître et de bien exécuter. Les troix principaux sont :

1° *Le maniement du cimier*, situé de chaque côté de la queue, indique la graisse *extérieure* ou *de couverture*.

2° *Le maniement de la braque*, située au moignon crotal parsemé de graisse, réflète la graisse *intérieure ou de rognons.*

3° *Le maniement du travers*, saisi à pleines mains au creux du flanc, annonce si la graisse s'est bien infiltrée dans l'épaisseur des muscles et si l'animal doit se tuer *lourd*.

Le rendement des bœufs de boucherie oscille généralement entre 52 et 58, celui des vaches entre 48 et 54 et celui des taureaux est légèrement supérieur aux deux autres.

On compte entre 100 et 120 grammes d'os pour 500 grammes de viande, selon la conformation et la race de l'animal.

Actuellement l'*armée mange la même viande que la bourgeoisie* : elle n'accepte que des animaux *faits*, bien *culottés*, tombant *lourds* et fournissant une viande consistante et savoureuse. La vache *troupière* a vécu.

Avec ses distingués confrères Raynal et le docteur Pagès, Villain réhabilite la viande des jeunes taureaux de trois ans, qui, bien engraissés, offrent « au dépeçage des viandes si bien persillées que les fins connaisseurs, les bouchers eux-mêmes s'y laissent prendre ». « Les muscles du taureau, dit-il, éprouvent une moins grande déperdition de poids à la cuisson et comme ils sont très épais ils permettent de présenter des tranches volumineuses aux robustes appétits de nos jeunes gens de vingt ans. »

La circulaire ministérielle a donc bien fait d'autoriser l'achat de ces jeunes taureaux qui, bien engraissés, fournissent cette chair consistante mais sapide « qui alimente les tables des lycées, des pensionnats et des restaurants populaires, sur lesquelles il faut placer *des portions assez grosses, dépourvues totalement de graisse*, telles que la jeunesse l'exige à présent. » Ces qualités sont aussi réclamées par les soldats qui ont l'horreur de ces *portions trop grasses* des bas morceaux et regrettent parfois l'antique *sous-pied*, si cher à leurs robustes estomacs.

Avec la parcimonieuse ration individuelle de viande, l'armée a donc tout intérêt à abattre beaucoup de ces jeunes taureaux si « en chair », ou des bœufs « faits », lourds, de bonne qualité *mais sans excès d'engraissement*, afin de pouvoir tailler des portions charnues sans trop de déchets.

Enfin après avoir décrit les viandes insalubres, la viande des vaches en gestation, les diverses façons d'abattre les animaux et de découper la viande, Villain nous montre l'utilisation croissante de la viande de cheval qui n'est employée « dans l'armée qu'aux époques difficiles de famine ou de siège ». Parmi les préconisateurs de l'hippophagie, il cite Parmentier et surtout Larrey, qui sut nourrir ses blessés de l'île Lobeau avec des soupes au cheval, « dont il vante le bon goût et la valeur nutritive. » Cette alimentation chevaline est à encourager, car « elle dote les populations laborieuses d'un aliment sain, d'une nourriture substantielle et d'une ressource précieuse dans les mauvais jours ».

La lecture de cette brochure essentiellement pratiques et

(1) Brochure de 140 pages. — Paris, Fournier, éditeur militaire.

attachante et instructive : d'ailleurs la signature de l'auteur nous est un sûr garant de sa valeur scientifique.

P. BONNETTE.

Compte rendu du IIIe Congrès international d'hygiène scolaire (1), Paris, 2-7 août 1910 (troisième volume).

Le troisième volume contenant les comptes rendus des travaux du congrès et les communications, vient de paraître à la librairie Maloine. Ce volume forme, avec les deux premiers déjà publiés, un véritable compendium d'hygiène scolaire, où tout ce qui a été fait pour l'amélioration de la santé et du bien-être des écoliers, pour l'aménagement des locaux scolaires, pour l'inspection médicale des écoles, pour la prophylaxie des maladies contagieuses, aussi bien en France que dans les pays étrangers, a été étudié par des personnalités compétentes.

Les comptes rendus, rédigés par les secrétaires de section, et rassemblés et classés par le docteur L. Dufestel, secrétaire général, comprennent les travaux des onze sections du Congrès.

Nous appelons particulièrement l'attention de nos lecteurs sur l'organisation de l'inspection médicale à l'étranger, sur le développement des écoles de plein air en Angleterre et en Amérique, et sur les établissements destinés à l'enseignement des enfants anormaux. Les lecteurs y trouveront des documents aussi nombreux que précieux.

L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mai-juin 1911.) Rougé : Manie simple et psychose périodique. Statistique. — Serge Soukhanoff : La démence précoce et la syphilis. — J. Tastevin : L'asthénie postdouloureuse et les dysthénies périodiques [psychose périodique] (*suite*). — Hannard et Gayet : De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord (1871-1909).

Clinique. — (N° 19, 12 mai 1911.) Lesné et Debré : Epidémiologie de la méningite cérébro-spinale. — Merklen : La coqueluche. — Rafin : A propos de la lithiase rénale. — Gougerot : La sporotrichose. Pronostic et traitement. — (N° 20, 19 mai.) Chaillou : Taille et type morphologique chez les paralytiques généraux. — Decout fils : Les syndromes génito-neuro-gastrique et gastro-neuro-génital et leur traitement à Vichy. — V. Pauchet : Suture de la paroi abdominale. Le meilleur procédé. — Poulard : Amblyopies toxiques. — G. Luys : Les avantages de la lithotritie moderne. — Rudaux : Les hémorragies pendant la grossesse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 20, 14 mai 1911.) Debidour : La douche nasale gazeuse. Technique et indications. — Duvergey : Botryomycome et accidents du travail.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 20, 14 mai 1911.) Constant : L'uricémie et les troubles génito-urinaires. — H. Dumora : Un cas de torticolis mental traité par les injections intramusculaires d'hyoscine et d'alcool.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 mai 1911.) Lucas-Championnière : Les opérations de décompression cérébrale à la Société de chirurgie.

Presse médicale. — (N° 38, 13 mai 1911.) J. Bertillon : Statistique du cancer d'après des documents nouveaux. — D. José Ribera y Sans : Traumatisme et tuberculose. Etude expérimentale et clinique. — (N° 39, 17 mai.) A. d'Espine : Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne inférieure. — A. Bonain : La fixation des tubes d'O'Dwyer dans le larynx par le procédé de Polverini et Isonni.

Progrès médical. — (N° 17, 13 mai 1911.) Fernand Bezançon et Philibert : Importance de la notion de densité pour la recherche du bacille de Koch dans les procédés d'homogénéisation du crachat.

Province médicale. — (N° 19, 13 mai 1911.) J. Teissier : Pseudo-rétrécissement mitral. 1° Existe-t-il un rétrécissement mitral spasmodique? Il n'y a qu'un syndrome mitral par hyperkinésie cardiaque, chez les anémiques, simulant la sténose. 2° Rétrécissement mitral relatif des larges insuffisances aortiques. Etude clinique et expérimentale.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1911.) W. Oettinger et P. L. Marie : De la maladie de Banti. A propos d'un nouveau cas de splénomégalie primitive, avec endophlébite splénique. — Rathery : Valeur de la pomme de terre comme aliment chez les diabétiques. — Devic et Gardère : Frottement péricardique à propagation lointaine dans un cas de péricardite tuberculeuse. — Debré : Inoculations expérimentales du diplocoque de Weichselbaum contenu dans le liquide céphalo-rachidien de méningitiques. — Belkowski : Actinomycose de la base du crâne et des méninges. — R. Lépine : Sur la fréquence du diabète.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1911.) Devé : L'intoxication hydatique post-opératoire. — E. Quénu : Note sur un cas d'anastomose artério-veineuse pour gangrène par endartérite. — Binet et Hamant : Les fractures isolées du petit trochanter (5 fig.) — L. Heully : La hanche à ressort (*à suivre*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 19, 13 mai 1911.) Umberto Luigi Torrini : De l'otalgie (*fin*).

Revue médicale de l'Est. — (N° 9, 1er mai 1911.) L. Heully : Les traitements actuels du tétanos. — Constant : L'uricémie et les troubles génito-urinaires ?

Revue neurologique. — (N° 8, 30 avril 1911.) A. Baudouin et Henri Français : Sur la mesure de la force musculaire dans les différents segments du corps. Description d'un nouvel appareil dynamométrique; chiffres chez le sujet normal (1 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 17, 25 avril 1911.) R. Pichevin : Ventrosuspension de l'utérus par les ligaments ronds; — Hémorragies par rupture ou par avortement tubaire; — Atrésie cervicale et stérilité. — (N° 18, 3 mai.) Pichevin : Crête médiane postérieure de l'utérus et rétrodéviation utérine; — Des ptoses en gynécologie. — (N° 19, 9 mai.) Pichevin : Curettage et grossesse. De la colpotomie.

Semaine médicale. — (N° 18, 3 mai 1911.) Lœper : La sécrétion interne de l'estomac. — (N° 19, 10 mai.) Ch. Garin : Le muguet pulmonaire et ses rapports avec la dothiénentérie.

(1) Trois volumes in-8 de 1000 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Maloine.

Therapie der Gegenwart. — (1er fasc., janv. 1911.) Prof. A. GOLDSCHEIDER : Gymnastique et lit de malades. — Prof. A. SCHMIDT : Du traitement de la bronchite et différents autres états par l'air sec chaud. — Prof. O. FÖRSTER : Sur le traitement opératoire de paralysies spastiques par des résections des racines rachidiennes. — Prof. PFAUNDLER : Un mot sur l'alimentation des nourrissons en bonne santé. — Prof. KÜTTNER : Suite du traitement opératoire des maladies de l'estomac. — (2e fasc., fev.) Prof. Adolf BAGINSKY : La typhoïde (typhus abdominal) des enfants et son traitement. — O. HUBER : Fièvre hépatique syphilitique. — Joh. Rud. HÜNI : Sur le renforcement d'activité des différents narcotiques, notamment du pantopon par la scopolamine. — O. Oscar KOHNSTAMM : De l'existence de l'hystérie. — A. LAQUEUR : De l'emploi des courants de haute fréquence, la fulguration et la thermothérapie. — (3e fasc., mars.) Prof. W. WEINTRAUD : Le traitement de la goutte par l'acide phénylchinoline carbon (akophan) et remarques sur la diététique de cette maladie. — Christoph MÜLLER : Les principes de traitement pour le traitement des tumeurs malignes par les rayons X. — EVERLING : Deux cas de tétanos traités par de hautes doses d'antitoxine. — Charles WIDMER : La cure climatérique du rhume des foins et de l'asthme dit nerveux. — L. JACOBSOHN : Nourriture rectale par lavements de solution de sucre, alcool et acide d'érepton.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 8, 30 avril 1911.) H. HOËL : Démographie de la ville de Reims en 1910 (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 mai. — MM. Paisseau et Halbron, 17 1/2; Dreyfus-Rose, 18; Harvier, 17.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Séance du 30 mai. — MM. Mouchotte, 20; Delestre, 17; Le Lorier et Sauvage, 20.

— Concours de chirurgien dentiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique générale.* — Séance du 30 mai. — M. Lemerle, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Chauffard, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie, est nommé professeur de clinique médicale.

— La chaire de physique médicale et une chaire de pathologie interne sont déclarées vacantes.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Question donnée à l'épreuve orale de physiologie : « Sens de l'équilibre. »

MM. Houdard, 18; Berger, 17; Basset et Cadenat, 16; Monsingeon, 15.

Question donnée à l'épreuve orale de chirurgie : « Diagnostic et traitement des luxations récentes du coude. »

MM. Basset, Berger et Houdard, 18; Cadenat et Monsingeon, 16.

Médecine opératoire. — 1° « Désarticulation sous-astragalienne »; 2° « Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'avant-bras (côté gauche). »

MM. Berger, 29; Basset, 28; Monsaingeon, 27; Cadenat, 25; Houdard, 22.

Dissection. — « Creux poplité. »

MM. Berger et Basset, 29; Monsaingeon et Cadenat, 27 Houdard, 29.

A la suite du concours, MM. Berger et Basset sont nommés prosecteurs.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Question donnée à l'épreuve orale : « Ostéologie de la paroi externe des fosses nasales. »

MM. Wolfrom et Leveuf, 19; Mornard et Lorin, 17; Métivet et Luzoir, 16; Brocq, 14; Séjournet, 13; Mutel, 12.

Dissection. — « Nerf grand hypoglosse depuis sa sortie du trou condylien antérieur. »

MM. Lorin, 26; Métivet, Luzoir et Brocq, 25; Wolfrom, 27; Leveuf et Mornard, 26.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — *Epreuve d'anatomie pathologique.*

Ont obtenu : MM. Lecoq, 17; Marcau, 16; Roussel, 12; Lamy, 17; Kuhn, 16; Breuillet, 17; Salmont, 15; Lévy, 14; Colanéri, 15; Joubrel, 12 1/2.

Epreuve de médecine opératoire. — Question tirée : « Ligature de l'humérale au tiers moyen. »

Questions restées dans l'urne : « Ligature de l'humérale au pli du coude. Amputation du pouce. »

Ont obtenu : MM. Lecocq, 19 1/2; Mareau, 19; Roussel, 12; Lamy, 15; Kuhn, 16; Breuillet, 17; Salmont, 13; Lévy, 14; Colanéri, 18 1/2; Joubrel, 12.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Breuillet, Lecoq, Kuhn, Lamy, Mareau, Colanéri, Salmont.

Internes provisoires. — MM. Lévy, Joubrel, Roussel.

LE PREMIER CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE vient de s'ouvrir à Paris le 29 mai 1911, sous la présidence de M. le professeur Thoinot.

On remarquait, dans l'assistance, la présence de nombreux médecins légistes belges; parmi les médecins français citons : MM. les professeurs Thoinot, Gilbert Ballet, Régis, Lacassagne; MM. les professeurs agrégés E. Dupré, Balthazard; MM. Courtois-Suffit, Ribierre, médecins des hôpitaux; Vibert, Dervieux, Paul, etc.


ELIXIR DE VIRGINIE
Il n'existe qu'un 1 seul ÉLIXIR de VIRGINIE
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
Capsicum Brasiliense
MARQUE DÉPOSÉE
VARICES HÉMORRHOÏDES.
Congestions, Hémorrhagies
Accidents de l'Age critique.
VENTE EN GROS
PHARMACIE MORIDE
Littérature et Échantillons gratuits au Corps Médical.
Pharmacie MORIDE 20, rue de La Rochefoucauld PARIS
Il porte TOUJOURS la signature de garantie :
NYRDAHL

Voici les principales communications qui sont présentées à ce Congrès :

M. Thoinot : La mort suspecte ou subite par la pénétration accidentelle de corps étrangers venus du dehors dans les voies respiratoires.

M. Régis : Paralysie générale traumatique au point de vue médico-légal.

M. E. Dupré : Homicide par suggestion.

M. Balthazard : Recherches histologiques et bactériologiques en médecine légale.

MM. Courtois-Suffit et Bourgeois : De l'état antérieur devant la jurisprudence à propos de traumatisme chez des tabétiques frustes.

M. Ribierre : Les données nouvelles de la pathologie cardiaque appliquées à l'étude médico-légale des névroses du cœur.

M. Dervieux : Recherches biologiques appliquées au sang de date ancienne.

M. Corin : Caractérisation de quantités infinitésimales de sang. Pathogénie des lésions de l'asphyxie.

M. Mégevant : Empoisonnement par le lysol.

M. Sarda : Cristaux d'hémochromogène. Taches de Tardieu.

M. Leclercq : Anaphylaxie.

M. Catois : Vingt-cinq ans de pratique médico-légale en Normandie.

M. Dervaux : Hémorragie mortelle par plaie des vaisseaux du cou, par chute sur un vase de nuit.

M. Stokis : Des empreintes digitales invisibles.

M. Dufour : Rupture de l'oreillette droite au cours d'une compression du thorax combinée avec la strangulation à l'aide des mains.

M. Fillassier : Un dégénéré épileptique.

M. Ménard : Lecture et interprétation des radiographies au point de vue médico-légal.

MM. Dervieux et Paul : La Morgue de Paris.

M. Rousselier : Nécessité du roulement des experts inscrits près les tribunaux pour le service criminel.

M. Pierresson : Du diplôme de médecin légiste et de son application.

La loi d'assurance anglaise et les médecins. — M. Lloyd George est l'auteur d'un projet d'assurance contre la maladie qui rencontre la plus vive hostilité parmi les médecins anglais.

D'après le nouveau projet, écrit le correspondant du *Temps*, les médecins chargés du service de l'assistance médicale recevraient 6 schillings par an et par assuré. Bien que cette somme soit à peu près double de ce que payaient jusqu'ici les sociétés de secours mutuels, les médecins protestent énergiquement en faisant remarquer :

1° Qu'on ne saurait invoquer l'arrangement avec les sociétés de secours mutuels; cet arrangement mécontente tout le monde : les malades qui se disent mal soignés (ce qui est inévitable, étant donné le nombre d'assurés confiés à chaque médecin), les médecins qui se déclarent exploités;

2° Que le projet risque de leur enlever une grosse partie de leur clientèle; sur 13 millions d'assurés qui d'après le projet de loi auront droit à l'assistance médicale, 6 millions au plus faisaient déjà partie d'une société de secours mutuel ou d'un club médical; c'est donc 6 à 7 millions de clients perdus. Comme en outre le projet de loi établit que d'ici à quelques années non seulement les assurés, mais toute leur famille auront droit à l'assistance médicale, le client payant aura complètement disparu.

Les médecins protestent contre le salaire fixe et demandent à être payés suivant l'importance des soins donnés.

Hotel avec hopital. — Le *New-York medical Record* raconte qu'un nouvel hôtel en construction à New-York, l'hôtel Mac Alpin, jouira d'une nouvelle attraction que l'industrie hôtelière n'avait pas encore inaugurée, un hôpital en miniature où tous les cas de maladie, même les plus sérieux, pourront être traités aussi bien que dans la maison de santé la plus moderne. Il sera disposé de façon à recevoir 12 malades à la fois.

Il y aura constamment à la disposition des patients des chirurgiens, des médecins et des nurses parfaitement éduquées. Cet hôpital occupera le trente-troisième étage de l'hôtel.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Fêtes de la Pentecôte.* — A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 1er juin 1911, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 8 juin, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 27 avril 1911.) Kionka : La radioactivité des eaux minérales. — Rolly : Pronostic et évolution de la méningite pneumococcique. — Magnus-Levy : Diagnostic de la goutte par les échanges puriques. — Wechselmann : Sur la suppression de la réaction fébrile dans les injections intraveineuses de salvarsan. — Hiller : Sur la durée du séjour des aliments dans le corps. — Seiffarth : Sur l'ulcère duodénal. — Dreyer : Réaction de fixation chez les saturnins. — Rosenberg : Colique néphrétique, zone de Head et Herpès zoster. — Sick : Ancien et nouveau sur la désinfection des mains. — Bernhardt : Recherches expérimentales sur l'étiologie de la scarlatine. — Ulrichs : Sur la hernie pectinée.

Journal des praticiens. — (N° 18, 6 mai 1911.) A. Terson : Les corps étrangers méconnus dans l'œil et ses annexes. — G. Ballet : Délire de revendication. — E. Terrien : Les insuffisances digestives et l'examen coprologique chez le nourrisson. — (N° 19, 13 mai.) Gougerot : Traitement des mycoses en général et des sporotrichoses en particulier. — Gruet : De l'albuminurie dans l'amygdalite chronique. — Frigaux et Henrionnet : Incontinence des matières fécales et d'urine consécutive à une injection intramusculaire de 606. Guérison à la suite de trois injections épidurales.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 18, 8 mai 1911.) Delépine : Pseudohématurie. Pseudopyurie. — Paul Williatte : Un cas de paratyphoïde.

Journal médical français. — (N° 5, 15 mai 1911.) Castaigne et Lelongt : Traitement de la tuberculose rénale par les tuberculines et les sérums antituberculeux. — Chevassu : Formes cliniques de la tuberculose rénale. Le rôle du chirurgien dans leur diagnostic et dans leur traitement. — Castaigne : Les indications respectives du traitement médical et chirurgical de la tuberculose des reins. — Castaigne et Gouraud : Les corps immunisants (I. K.) de Spengler, leur emploi dans la lutte contre la tuberculose et en particulier contre la tuberculose rénale.

Montpellier médical. — (N° 18, 30 avril 1911.) P. Puech : Un procès entre accoucheurs en l'an XII. — Ch. Fleig : Sur les injections intraveineuses acides solubles et intraveineuses neutres insolubles de dioxydiaminoarsenobenzol (*suite*). — (N° 19, 8 mai.) E. Forgue : Les sporotrichoses. — Ch. Fleig : Sur les injections intraveineuses acides solubles et intraveineuses neutres insolubles de dioxydiaminoarsenobenzol [606] (*suite*).

Nord médical. — (N° 399, 15 mai 1911.) Vandeputte : Les dangers de la sérothérapie antituberculeuse et de la tuberculinothérapie.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR DEVANT LA JURISPRUDENCE

A PROPOS DE DEUX CAS DE TRAUMATISMES CHEZ DES TABÉTIQUES FRUSTES (1)

Par MM. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux de Paris, expert près les tribunaux,

et Fr. BOURGEOIS,
Externe des hôpitaux de Paris.

Parmi les questions qui s'offrent le plus fréquemment à l'attention des magistrats et des médecins experts, celle de l'état antérieur dans les accidents du travail est certainement l'une des plus importantes.

Malgré les travaux des médecins les plus autorisés, malgré les jugements des magistrats les plus distingués, malgré même plusieurs arrêts de la Cour de cassation qui sembleraient avoir dû fixer la jurisprudence sur ce point, il n'est pas, à l'heure actuelle, de question moins élucidée; il n'en est pas, non plus, qui, à tout instant, donne lieu à des opinions plus diverses et plus contradictoires.

Cette affirmation semblera peut-être un peu étrange au premier abord, nous espérons cependant prouver par ce travail qu'elle n'est que l'expression exacte de la réalité.

A propos de deux observations personnelles de traumatismes chez des tabétiques frustes, observations dont l'une, au moins, est, cliniquement, intéressante et assez rare, il nous a paru intéressant de consulter la jurisprudence relative à l'état antérieur, et cela non pas seulement pendant une ou deux années et au hasard, mais systématiquement. Nous avons feuilleté ainsi tout ce qui, depuis dix ans, a paru sur cette question, soit au point de vue médical pur, soit au point de vue juridique, c'est-à-dire plus de cent cinquante jugements rendus à tous les degrés de la juridiction, et c'est le résultat de ces recherches que nous exposerons plus loin.

I

Importance médico-légale des accidents du travail chez les tabétiques frustes. — Nous passerons rapidement sur la première observation.

Observation I. — Le nommé X..., ouvrier tonnelier, âgé de trente-huit ans, qui avait eu la syphilis et qui présentait des signes de tabes fruste (abolition des réflexes achilléens et rotuliens, signe d'Argyll-Robertson, douleurs fulgurantes, mais pas d'incoordination), fit, en descendant un escalier de cave, un faux pas qui détermina une entorse légère en apparence.

A la suite de cet accident, apparut un pied bot tabétique des plus nets qui mit l'ouvrier dans l'impossibilité absolue de continuer son métier.

Nous n'insisterons pas sur l'histoire clinique de ce blessé, ces arthropathies tabétiques étant bien connues. Nous n'avons cité cette observation qu'en raison de la difficulté que présente, dans ces cas, la détermination de l'incapacité.

* * *

Plus intéressante est l'autre observation, non seulement au point de vue médico-légal, mais aussi au point de vue clinique.

Obs. II. — Le nommé Z..., âgé de trente-cinq ans, manœuvre, qui présentait depuis plusieurs années de l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, le signe d'Argyll-Robertson, quelques douleurs fulgurantes, mais aucun trouble de la motilité — qui continuait régulièrement son travail et suivait depuis déjà plusieurs années un traitement spécifique méthodique et régulier (il avouait avoir eu la syphilis quinze ans auparavant) — fut victime d'un accident du travail le 25 novembre 1909 dans les circonstances suivantes :

Il se heurta légèrement la jambe contre un chariot qu'il poussait, et ce léger choc détermina une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe droite (fracture non compliquée).

Le blessé fut transporté aussitôt à l'hôpital Saint-Louis où on appliqua, le 26 novembre, un appareil plâtré. Z... rentra chez lui dès le lendemain 27 novembre.

Le 28 novembre, la température s'élève à 39 degrés, et le blessé se plaint de douleurs atroces dans la jambe.

Le 30, la douleur étant très vive, on retire l'appareil plâtré. La jambe apparaît alors tuméfiée, œdémateuse, depuis le cou-de-pied jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des plateaux tibiaux.

La peau était le siège de plaques de sphacèle et de phlyctènes purulentes. Incision large des phlyctènes, abondant écoulement de pus fétide qui empoisonne l'air de la chambre.

Malgré cette évacuation du pus, les douleurs persistent, diurnes et nocturnes.

Rétention d'urine qu'on évacue progressivement en trois jours.

Le 24 décembre 1909, l'état général restant mauvais, la température élevée et le pus des plus fétides, on pratique, sous le chloroforme, une ouverture de 12 centimètres de long avec contre-ouverture au cou-de-pied.

La loge péronière apparaît alors imbibée de pus sanieux qui a disséqué les muscles. Le jambier antérieur est sphacélé au point que, par suite, on l'enlèvera à la pince. L'articulation tibio-tarsienne est entièrement à nu, un simple tendon d'un centimètre de large la recouvre. Drainage de toute la jambe. Abaissement de la température, mais persistance du mauvais état général. Anorexie complète. Insomnie. Le malade décline. Injections de cacodylate de soude qui amènent une amélioration notable et permettent d'espérer que l'amputation pourra être évitée.

Pendant les six premiers mois de l'année 1910, le même état se maintient. Le pus s'écoule toujours en abondance malgré des lavages quotidiens à l'eau oxygénée. A la fin de juin 1910, le pus semble diminuer; en juillet, on enlève progressivement les drains. Apparition d'abcès secondaires de la face antéro-externe de la jambe.

Août : Deux plaies subsistent de chaque côté du cou-de-pied. Pose d'un appareil de soutien qui permet au malade de marcher malgré les deux plaies fistuleuses de la tibio-tarsienne.

Septembre : Apparition d'un mal perforant plantaire qui se cicatrise vers le milieu de décembre. Persistance d'une des deux plaies du cou-de-pied.

Février 1911 : La plaie se ferme, mais, quelques jours après, apparition de douleurs très vives qui cessent quand une plaie spontanée se forme; à la fin de février, plaie qui permet l'évacuation du pus avec de petits séquestres.

Mars 1911 : Le pus s'élimine avec de petits os de la grosseur d'une lentille. L'état général s'aggrave.

Avril 1911 : La cicatrisation s'obtient peu à peu. L'état général s'améliore. La consolidation est obtenue enfin après dix-huit mois de traitement.

Etat actuel. — Malgré cette consolidation, le blessé est obligé actuellement, pour se tenir debout et marcher à peu près, de porter un appareil prothétique compliqué, car sa jambe est totalement perdue au point de vue fonctionnel; les muscles sont complètement et définitivement atrophiés; la peau est labourée de cicatrices profondes et rétractiles; l'articulation tibio-tarsienne est absolument ankylosée et le pied est immobilisé en adduction forcée.

Ajoutons que, depuis l'accident, le tabes n'a pas évolué, et que le blessé ne présente encore, à l'heure actuelle, aucune incoordination.

En résumé, voici donc un accident, relativement bénin, qui

(1) Communication présentée au premier Congrès des médecins légistes de langue française tenu à Paris les 29-30 mai 1911.

a amené des conséquences extrêmement graves, puisqu'il en résulte la perte complète de la jambe droite, soit un déchet de plus de 50 p. 100.

Cette observation constitue, au point de vue clinique, un bel exemple de ces formes graves du tabes où l'on trouve associés : fractures spontanées, troubles trophiques multiples, douleurs violentes, suppurations spontanées, le tout s'accompagnant d'un état général grave.

Ces cas de suppuration spontanée avec état cachectique intense peuvent, du reste, se terminer par la mort. Ils sont assez peu fréquents et ne se rencontreraient, d'après Wallich, que dans 8 p. 100 des cas de fractures chez les tabétiques.

* * *

Au cours des travaux qui ont été publiés dans ces dernières années sur les rapports des traumatismes et des maladies antérieures, il nous a semblé que le tabes avait été peu étudié. Nous croyons donc intéressant de rappeler rapidement, en ce qui concerne les fractures spontanées chez les tabétiques, les particularités intéressantes pour le médecin légiste.

On sait que ces fractures dites spontanées qui surviennent chez les tabétiques ne sont généralement pas aussi spontanées que leur nom semblerait le dire; il faut, en effet, pour qu'elles se produisent, l'influence d'une cause légère, quelquefois si minime qu'elle peut passer inaperçue : contraction musculaire légère, choc, chute, etc.; mais ce qu'il faut toujours préciser, c'est que, chez un individu normal, la même cause aurait été incapable de déterminer une fracture dans les mêmes conditions. C'est là, pour l'expert, un point capital à établir car, ainsi que nous le verrons lorsque nous aborderons le côté juridique de notre sujet, certains tribunaux ont jugé que, pour qu'il y ait véritablement accident du travail, il fallait une violence telle qu'elle fût incapable de produire le même accident chez n'importe quel individu.

C'est surtout à la période ataxique du tabes que ces fractures sont les plus fréquentes mais elles ne présentent à cette phase de la maladie aucun intérêt au point de vue des accidents du travail, les malades étant incapables de se tenir debout, et par conséquent d'accomplir un travail régulier quelconque.

Beaucoup plus intéressantes sont les fractures qui surviennent à la période préataxique du tabes, alors que le malade ne présentant aucun trouble grave de la motilité et de la sensibilité, peut encore se livrer à ses occupations habituelles (c'est en particulier, le cas de notre blessé).

D'ailleurs, et c'est l'avis de bien des neurologistes, si on recherchait systématiquement chez un grand nombre d'ouvriers travaillant régulièrement l'état des réflexes tendineux et pupillaires, on constaterait bien souvent que nombre d'individus normaux en apparence présentent des signes de tabes fruste. Il semble bien cependant que les fractures spontanées survenant au cours du travail soient peu fréquentes.

Lorsqu'à la suite d'une fracture déterminée par une cause minime, un de ces tabétiques frustes entre à l'hôpital, le diagnostic étiologique de la fracture peut passer inaperçu, si le chirurgien n'est pas frappé du peu de violence du choc qui a causé la lésion osseuse et s'il ne recherche pas les signes physiques du tabes. Il est du reste, des cas où la recherche de ces signes serait négative, la fracture spontanée pouvant, pour certains auteurs (1), être le premier signe du tabes, apparaissant même avant les modifications des réflexes pupillaires et tendineux.

On conçoit cependant combien ce diagnostic étiologique est important au point de vue de l'application de la loi de 1898.

Le pronostic de ces fractures est également intéressant car si, le plus souvent, elles évoluent normalement vers la guérison, elles peuvent être quelquefois l'origine de troubles multiples des plus graves, dont notre observation est un cas des plus nets.

Ces quelques notions sur l'étiologie, le diagnostic et le pronostic des fractures spontanées tabétiques, nous ont paru utiles à rappeler, car elles permettront de répondre avec netteté aux questions posées par les magistrats dans les cas, si délicats, d'accidents survenant chez un ouvrier atteint d'une maladie antérieure.

* * *

Voyons comment, en pareil cas, vont juger les tribunaux ?

La question s'est posée très rarement pour des accidents chez les tabétiques.

Sorel (2) déclare qu'aucun cas, à sa connaissance, n'a été soumis à l'appréciation des tribunaux avant 1908.

Guichard (3), dans sa thèse, ne cite pas d'observation antérieure à celle de Sorel.

MM. Forgue et Jeanbrau insistent peu sur ce sujet dans leur excellent ouvrage (4).

Voici ce qu'écrit le professeur Thoinot à ce propos (5):

> On conçoit aisément qu'un léger choc au cours du travail, qui chez tout autre sujet resterait sans conséquence importante, puisse fracturer un os chez un tabétique avéré ou latent, ou devenir, chez un tel sujet, l'origine d'une arthropathie. Ces cas peuvent offrir quelque difficulté d'appréciation quand ils viennent en expertise et quand il s'agit de décider si le traumatisme était ou non de nature à déterminer l'altération produite.
>
> Enfin on n'oubliera pas que les tabétiques sont, plus que les autres, exposés aux accidents de par les modifications que l'affection fait subir à l'équilibre des mouvements et à la sensibilité générale. Un tabétique tombe plus facilement qu'un sujet sain et sait moins bien se soustraire à temps à des actions nocives telles que celle des brulûres, à des torsions articulaires, etc.
>
> Autant de points que l'expert devra mettre en lumière le cas échéant.

Nous n'avons relevé que peu de jugements concernant des cas de tabes; mais il faut ajouter que, malgré leur petit nombre, ces jugements sont contradictoires.

Le premier jugement que l'on trouve dans les recueils de jurisprudence d'accidents du travail date

---

(1) Stefani. *Gaz. des hôpit.*, 25 fév. 1908.

(2) Sorel. Fractures spontanées dans le tabes. Leur intérêt au point de vue médico-légal, *Arch. méd. de Toulouse*, 15 mars 1908.

(3) Guichard. *Etude sur les fractures spontanées dans le tabes*, Th. de Paris, 1909-1910, nº 330.

(4) Forgue et Jeanbrau. *Guide du médecin dans les accidents du travail*, 1905, p. 451.

(5) Thoinot. *Les Accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*, 1909, p. 389.

du *1er juin 1906* et fut rendu par le *Tribunal civil de la Seine* (4e *Ch.*).

Étant donné le caractère forfaitaire de la loi du 9 avril 1898, il n'y a lieu de tenir aucun compte, pour apprécier les conséquences d'un accident du travail, des prédispositions morbides de l'ouvrier.

Notamment, la lésion produite chez un ouvrier atteint de tabes par un traumatisme insignifiant doit être appréciée sans tenir compte de l'état préexistant de l'ouvrier.

Ce jugement ne tient donc pas compte de l'état antérieur. Il applique également la loi de 1898 bien que l'accident ait été causé par un « traumatisme insignifiant ».

Le *Tribunal civil de Toulouse*, dans un jugement rendu le *9 avril 1908*, émet une opinion contraire et ne considère pas, en pareil cas, le blessé comme atteint d'un accident du travail (1).

Une fracture survenue chez un tabétique et qui n'est que la manifestation de sa maladie personnelle, dont le travail a été tout au plus l'occasion ou le prétexte et qui s'est produite en dehors de toute action extérieure soudaine ou imprévue, n'est pas un accident du travail au sens de la loi de 1898.

On peut rapprocher de ce jugement celui qui fut rendu la même année par le *Tribunal civil de la Seine* (4e *Ch.*, 3e *sect.*).

Il s'agissait d'un ouvrier boulanger qui se fractura l'humérus en pétrissant du pain. Le docteur Thierry, expert, conclut que si le travail avait été la cause occasionnelle de l'accident, la cause efficiente en était une fragilité osseuse d'origine syphilitique.

Le tribunal accorda 8 p. 100 seulement au blessé qui fit appel du jugement. La Cour d'appel estima qu'il n'y avait pas accident du travail et débouta complètement l'ouvrier.

La *Cour d'appel de Grenoble*, par des arrêts du 17 mars et 27 octobre 1908, estime également que le tabes étant d'origine syphilitique ne peut être l'objet d'une indemnité du fait d'un accident du travail.

Voici donc déjà deux appréciations différentes. Dans le premier cas, les juges ne considèrent pas les accidents survenant chez les tabétiques comme des accidents du travail. Dans le deuxième cas, au contraire, ils ne tiennent aucun compte de la maladie antérieure.

S'inspirant de cette dernière manière de voir, le *Tribunal de Montpellier* (*11 décembre 1909*) a rendu un jugement évaluant à 80 p. 100 l'impotence d'un ouvrier atteint de tabes fruste qui, à la suite d'un traumatisme sur la région lombaire devint, par suite de l'évolution rapide du tabes, complètement incapable de travailler.

Voici, résumée, la partie intéressante au point de vue médical de ce jugement :

Le professeur Rauzier (de Montpellier) avait constaté chez le blessé « des signes de syphilis et d'alcoolisme chronique ainsi que des stigmates de dégénérescence et une prédisposition neurasthénique ». Il estima que le tabes évoluait d'une façon latente depuis six mois. Le blessé éprouvait par intervalle des douleurs fulgurantes dans les membres, de la parésie vésicale; mais il n'avait aucun trouble de la motilité avant l'accident et se trouvait en possession de tous ses moyens de travail.

Le Tribunal estima qu'il résultait de ces constatations, que, seul, l'accident avait été la cause de la diminution de valeur ouvrière dont se plaignait la victime et que, dans ces conditions, il y avait lieu d'allouer à celle-ci une rente basée sur une incapacité permanente partielle de 80 p. 100.

(1) Ce jugement doit être la conclusion judiciaire de l'observation rapportée par Sorel (loc. cit.), et dont le jugement n'était pas encore rendu au moment de sa publication.

La *Cour de Montpellier*, par un arrêt rendu le *12 mars 1910*, réforma ce jugement avec les attendus suivants :

Attendu, etc.,

Qu'il résulte du rapport de M. le professeur Rauzier, que V... est atteint de tabes d'origine syphilitique demeuré longtemps à l'état latent et récemment aggravé à la suite d'un traumatisme;

Que l'expert commis a précisé, comme l'avait déjà indiqué le docteur S..., que V... était prédisposé au tabes par ses antécédents héréditaires, une syphilis et un état d'alcoolisme préexistants; mais que l'existence de troubles de la victime et de douleurs fulgurantes qui s'étaient déjà révélés avant l'accident indiquaient qu'il était, dès ce moment, atteint de tabes; que dès lors on ne peut affirmer que l'état actuel de V... dût être attribué exclusivement au traumatisme et par conséquent à l'accident du travail;

Attendu que, sans doute, on ne peut induire du rapport de l'expert que cet accident a aggravé une affection demeurée latente et bénigne, mais que cette reconnaissance même prouve que l'état actuel de l'ouvrier, les maladies graves dont il est atteint, ne sont pas la suite directe et immédiate de l'accident; que, par suite, le sieur V... n'ayant pas fait la preuve, à lui incombant, qu'il existait une relation certaine de cause à effet entre la chute d'une balle de foin sur les reins et la maladie du tabes, il ne peut invoquer le bénéfice de la loi de 1898;

Attendu, etc., déclare V... mal fondé dans sa demande.

Voici donc, pour un même blessé, avec un même rapport d'expert, deux jugements tout à fait dissemblables; le premier s'inspirant des arrêts de la Cour de cassation en matière d'état antérieur; le second adoptant un autre mode de jurisprudence qui, lorsqu'il y a état antérieur, considère que la loi de 1898 est inapplicable.

Il est donc très difficile, on le voit, de se faire une opinion sur la jurisprudence de l'état antérieur d'après ces quelques jugements relatifs au tabes et l'on comprend que le docteur Guichard (1) ait pu conclure ainsi dans sa thèse :

« Les jugements rendus dans ces cas varient du tout au tout ; les uns rejetant la responsabilité patronale ; les autres la reconnaissant d'une façon mitigée ou absolue. Cette question est donc actuellement irrésolue ; il semble même, du reste, qu'avec la législation actuelle, elle soit à peu près insoluble. »

*
* *

Mais, dira-t-on, si la question n'est pas tranchée dans le cas particulier et relativement rare des accidents chez les tabétiques, il n'en est pas de même pour la question de l'état antérieur en général.

Si l'on consulte, en effet, les ouvrages récents qui traitent des accidents du travail ainsi que les articles parus sur la question de l'état antérieur, on y lit les passages suivants :

« La jurisprudence est définitivement fixée, écrit le docteur Balthazard (2), seule une loi nouvelle pourrait la modifier... *La jurisprudence est fixée d'immuable façon depuis 1902.* »

M. Doucet-Bon (3), dans sa thèse inspirée par Balthazard, écrit de même : « La jurisprudence chargée d'interpréter la loi au sujet de l'état antérieur a rendu, au commencement, des arrêts con-

(1) Guichard. Loc. cit.

(2) Balthazard. L'état antérieur dans les accidents du travail, *Bull. de la Soc. de méd. légale*, 1908, p. 145 et suiv., et *Précis de médecine légale*, 2e édition, 1911.

(3) Doucet-Bon. *L'état antérieur et les accidents du travail*, Th. de Paris, 1907.

tradictoires, les uns tenant compte de l'état antérieur, les autres n'en faisant aucun cas. La jurisprudence s'est unifiée par la suite et plusieurs arrêts de la Cour de cassation ont déclaré qu'il n'y avait pas à tenir compte des prédispositions morbides consacrant ainsi la responsabilité totale.

Me Bruno-Dubron (1) est encore plus affirmatif. « La loi est formelle, dit-il, on ne tient pas compte de l'état antérieur pour apprécier l'infirmité permanente, mais uniquement de la réduction de capacité. *La loi a statué, et la jurisprudence la suit avec une constante unanimité.* »

Or si, comme nous l'avons fait, on consulte la jurisprudence relative aux accidents du travail dans ces douze dernières années, c'est, nous semble-t-il, une impression tout à fait différente qui se dégage de la lecture des nombreux jugements rendus.

Tandis que les médecins partisans de la théorie juridique de l'état antérieur estiment que l'expert lui-même doit tenir compte, dans ses décisions, des arrêts rendus par la Cour de cassation, les tribunaux semblent, au contraire, vouloir se dégager de plus en plus de cette jurisprudence, ainsi qu'il résulte des attendus très motivés de jugements récents (Bordeaux, 23 mars 1908, Nice, 31 décembre 1908, etc.) dont on trouvera le texte plus loin.

C'est ce que nous allons essayer de montrer en passant en revue les jugements qui ont été publiés à ce sujet dans les recueils de jurisprudence depuis la mise en vigueur de la loi de 1898.

II

La jurisprudence de l'état antérieur de 1900 à 1910. — On sait que, dans le texte même de la loi du 9 avril 1898, il n'est pas question de l'état antérieur. C'est seulement au cours des discussions préliminaires qu'un député, M. Dron, proposa un article additionnel destiné à combler cette lacune. Cet article ne fut pas inscrit dans le projet de loi pour ne pas en surcharger le texte, bien qu'il fût évident qu'il était dans l'esprit du législateur de tenir compte de l'état antérieur du blessé dans l'évaluation de l'incapacité et de la rente.

Aussi, dès la mise en vigueur de la loi, deux opinions se formèrent parmi les magistrats :

Les uns, appliquant strictement le texte de la loi et ne tenant pas compte de l'état antérieur;

Les autres, s'inspirant de l'esprit de la même loi et des discussions préliminaires et tenant compte de l'état antérieur.

Ce sont ces deux opinions que nous allons trouver formulées dans les jugements suivants.

*
* *

1900-1902. — Nous serons très brefs sur la période qui s'étend de 1900 à 1902.

Comme le font remarquer les auteurs, les jugements sont contradictoires, nous ne ferons qu'en indiquer la date, renvoyant pour le texte même des jugements aux ouvrages de MM. Ollive et Le Meignen (2) et Doucet-Bon (3) où sont reproduits les plus intéressants.

(1) Bruno Dubron. *Le Droit médical*, 1906, no 10.
(2) Ollive et Le Meignen. *Accidents du travail. Médecine légale et jurisprudence*, 1904.
(3) Doucet-Bon. Loc. cit.

1° Ont jugé sans tenir compte de l'état antérieur du blessé :

Justice de paix de Sotteville-lès-Rouen, 26 fév. 1900. — Tribunal civil de Besançon, 5 avril 1900. — Tribunal civil d'Orléans, 8 août 1900. — Cour d'appel d'Orléans, 8 déc. 1900. — Justice de paix du Havre (troisième ar.), 11 août 1900. — Tribunal civil de Marvejols, 26 oct. 1900. — Tribunal du Mans, 7 déc. 1900. — Cour d'appel de Rouen, 27 fév. 1901. — Tribunal civil de Pamiers, 20 mars 1901. — Tribunal civil de Saint-Quentin, 9 juillet 1901. — Tribunal civil de Nancy, 19 juillet 1901. — Tribunal de Mirecourt, 19 juillet 1901. — Cour d'appel de Lyon, 7 août 1901. — Tribunal de Saint-Etienne, 21 nov. 1901. — Tribunal de Boulogne-sur-Mer, 7 déc. 1901. — Cour d'appel de Paris, 30 juillet 1902. — Tribunal civil de la Seine, 22 oct. 1902.

2° Solution contraire. — Tiennent compte de l'état antérieur, soit pour diminuer le taux de l'incapacité et de la rente, soit pour déclarer que l'accident ne rentre pas dans le cadre de la loi de 1898 (1) :

Justice de paix du Mans, 4 mai 1900. — Tribunal civil de Bordeaux, 5 nov. 1900. — Cour d'appel de Bordeaux, 18 déc. 1900. — Tribunal civil de Limoux, 13 nov. 1900. — Tribunal civil de Lille, 17 déc. 1900. — Tribunal de Bordeaux, 17 déc. 1900. — Cour d'appel de Paris, 16 fév. 1901. — Cour d'appel de Riom, 22 mars 1901. — Tribunal de paix du Mans, 4 mai 1901. — Cour d'appel de Chambéry, 16 nov. 1901. — Tribunal civil de Troyes, 4 déc. 1901. — Tribunal civil de Lorient, 13 déc. 1901. — Tribunal civil de la Seine, 11 janv. 1902. — Cour d'appel de Paris, 22 mars 1902. — Cour d'appel de Paris, 8 mai 1902. — Tribunal de Nîmes, 23 juin 1902. — Cour de Rennes, 6 nov. 1902. — Cour d'Aix, 8 août 1902. — Cour de Paris, 29 nov. 1902. — Cour de Nancy, 10 nov. 1902.

L'année 1902 marque une étape importante dans l'histoire de la jurisprudence de l'état antérieur.

Le *22 août 1902, la Cour de cassation rend un arrêt capital* et juge la question dans les termes suivants :

La détermination de l'indemnité dépend du salaire effectif de l'ouvrier blessé et des facultés de travail que lui laisse l'accident. L'état d'infériorité dans lequel la victime se trouvait avant l'accident importe peu au point de vue de la détermination de son état actuel.

A partir de ce moment, disent les partisans de la théorie juridique de l'état antérieur et aussi les traités de médecine des accidents du travail, la jurisprudence s'unifie. On constatera cependant que si la Cour de cassation rend d'autres arrêts conformes à sa première décision les 7 janvier, 30 juin, 25 novembre 1903, les *autres tribunaux*, au contraire, et cela *à tous les degrés de la juridiction* (Justice de paix, Tribunal civil, Cour d'appel), *continuent à juger comme par le passé.*

Voici, depuis 1902, année par année, le relevé des jugements publiés sur l'état antérieur.

1903. — 1° Ne tiennent pas compte de l'état antérieur :

Tribunal civil de la Seine, 26 mai 1903. — Cour de Poitiers, 10 août 1903. — Tribunal civil de la Seine, 26 mai 1903. — *Cour d'appel de Grenoble, 16 juillet 1903.*

De ce dernier jugement, rendu à propos d'un cas de hernie, nous extrayons les attendus suivants :

Il n'y a pas lieu de rechercher si l'ouvrier avait, par sa nature même, des prédispositions à contracter une hernie, laquelle doit être considérée comme un accident du travail,

(1) C'est ainsi que nous entendrons ultérieurement la phrase abrégée : « Tiennent compte de l'état antérieur. »

lorsqu'il est établi qu'elle s'est manifestée sous l'influence du traumatisme ou d'un effort violent causé par le travail.

2° SOLUTION CONTRAIRE. — TIENNENT COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

Cour d'appel de Rennes, 9 novembre 1903. — Tribunal civil de la Seine, 11 juin 1903 :

Qui décide que, « s'il y a accélération et aggravation de l'accident par une maladie antérieure, le blessé n'a droit à aucune rente ».

Tribunal civil de la Seine, 13 juillet 1903. — Cour de cassation (Ch. des requêtes), 22 décembre 1903 :

L'ouvrier atteint de hernie au cours du travail, s'il est physiologiquement prédisposé à la hernie et n'a fait aucun effort extraordinaire, ne peut invoquer la loi du 9 avril 1898.

1904. — 1° NE TIENNENT PAS COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

Tribunal de Lyon, 28 mai 1904 :

Estime qu'il suffit qu'un accident ait accéléré ou aggravé la maladie dont est mort l'ouvrier pour que la veuve ait droit à la rente.

Cour d'appel de Lyon, 1er juin 1904.

A propos d'un ouvrier borgne qui avait perdu ensuite le second œil, estime qu' « il n'y a pas lieu de tenir compte, dans l'évaluation de l'indemnité, de l'état d'infirmité où se trouvait l'ouvrier avant l'accident ».

Cour de cassation, 25 juillet 1904. — Cour de cassation, 24 octobre 1904 (hernie) :

Les juges du fait qui constatent une hernie survenue par le fait du travail ne peuvent, sans violer la loi, tenir compte dans l'évaluation de la rente, de l'état antérieur de la victime qui l'exposait à des dangers analogues à ceux résultant de hernie déclarée.

Tribunal civil de la Seine, 4e Chambre, 3e section, 1er décembre 1904 :

Pour que l'indemnité prévue en cas de décès soit due, il n'est pas nécessaire que le traumatisme soit la cause exclusive de la mort, il suffit qu'il ait été une des causes coopérantes sinon immédiates, du moins médiates. L'indemnité est donc due si le traumatisme a aggravé une affection préexistante au point de la rendre mortelle.

2° SOLUTION CONTRAIRE. — TIENNENT COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

Tribunal de la Seine, 4e Chambre, 3e section (Président, M. Duchauffour), *20 mai 1904 :*

Nous croyons utile de reproduire ici les conclusions de ce jugement rendu après expertise de M. le professeur Reclus. Il s'agissait d'une fracture de bras survenue chez un individu ayant eu un sarcome.

1° La fracture de l'avant-bras qui s'est produite pendant que le demandeur soulevait une pierre n'a pu se faire que parce qu'il existait une tumeur, un sarcome, ayant raréfié et rendu fragile la substance de l'os.

2° L'acte de soulever une pierre n'a jamais provoqué de fracture de l'avant-bras.

3° La fracture n'eût pas été possible sans le sarcome et l'acte de soulever la pierre n'a pu que la hâter de quelques jours, tout au plus de quelques semaines.

Tribunal de Lyon, 3 août 1904 :

Lorsqu'un accident n'est devenu mortel que par l'aggravation résultant d'une tuberculose latente, la part de responsabilité du patron et par suite la rente à allouer à la veuve doivent être diminuées de moitié.

1905. — 1° NE TIENNENT PAS COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

Tribunal de Bordeaux, 14 février 1905. — Cour d'appel de Rennes, 8 mai 1905 :

L'indemnité est due alors même que la gravité des conséquences de l'accident est due à une tuberculose purement latente.

Cour d'appel de Bordeaux, 6 juin 1905. — Cour d'appel d'Amiens, 6 juillet 1905. — Cour de cassation, 18 juillet 1905. — Cour d'appel de Montpellier, 8 novembre 1905.

Le juge n'a pas à tenir compte dans le calcul de la rente, d'une constatation d'experts d'après laquelle la part réelle revenant à l'accident, dans la réduction de la capacité professionnelle, ne représenterait que la moitié de cette réduction, l'autre moitié devant être attribuée aux conditions organiques du sujet; que le législateur a en effet fixé à forfait les indemnités dues aux ouvriers victimes d'accidents dans le but de supprimer toute discussion entre les parties, portant sur l'état organique de la prédisposition morbide de chaque ouvrier dans chaque espèce particulière. (Il s'agissait d'une tuberculose latente.)

Tribunal de Pontoise, 14 novembre 1905 :

L'indemnité est due si le traumatisme a été la cause déterminante de l'apparition de la maladie occasionnelle.

Cour de Rennes, 12 décembre 1905.

L'estimation de la réduction de capacité résultant de l'accident est le seul criterium qui doive servir à déterminer la rente à accorder à l'ouvrier blessé.

Tribunal civil de Marseille, 15 décembre 1905.

Responsabilité complète du patron si l'état antérieur n'apportait pas de diminution de la capacité ouvrière.

2° SOLUTION CONTRAIRE. — TIENNENT COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

Cour d'appel de Nancy, 21 mars 1905 (appréciation d'accident oculaire). — *Cour de cassation, 27 juillet 1905.*

Décide qu'un accident qui, en diminuant les forces du blessé et en le retenant au lit provoque une évolution plus rapide de la maladie et hâte le dénouement fatal, ne motive pas l'application de la loi de 1898 s'il est prouvé que la mort n'est pas la suite directe et immédiate de l'accident.

Tribunal civil de Lille, 1re chambre, 7 décembre 1905 (varicocèle).

1906. — 1° NE TIENNENT PAS COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

Cour d'appel de Rennes, 14 mai 1906 :

Il n'y a pas lieu de rechercher pour un ouvrier blessé quel pouvait être, avant l'accident, l'état d'infériorité physique dans lequel il se trouvait. La seule base d'appréciation résulte de la différence entre le salaire qu'il touchait avant l'accident et celui qu'il pourra toucher à l'avenir (1).

Tribunal civil de la Seine, 4e Chambre, 1er juin 1906 (tabes). — *Cour de cassation (Ch. civile), 31 juillet 1906 :*

Le patron est responsable de la totalité du préjudice éprouvé lorsque la victime étant atteinte, antérieurement à l'accident, d'une affection qui ne lui apportait aucune gêne

(1) Remarquons, en passant, que la même Cour de Rennes, le 12 décembre 1905, a dit : « La seule comparaison du salaire gagné avant l'accident avec celui qu'elle peut gagner depuis l'accident, tout en conduisant parfois à une estimation exacte, n'est pas le mode légal d'appréciation aux termes de la loi. »

pour l'exécution de son travail, alors même que l'accident n'a eu pour effet que d'aggraver cette maladie.

Cour de Poitiers, 10 août 1906.

Pour la fixation de l'indemnité forfaitaire fixée par la loi de 1898, il doit être tenu compte de deux éléments : d'une part, des facultés de travail que l'accident laisse subsister à la victime; d'autre part, du salaire qu'elle recevait avant l'accident. Il serait arbitraire d'admettre un troisième élément, tel qu'une tare physiologique existant chez l'ouvrier blessé. Dès lors il n'y a pas lieu de faire état d'une prédisposition à des complications hystériques que présentent la victime d'un accident du travail.

Cour de Rennes, 27 déc. 1906. — Cour de cassation (Ch. civile), 1er déc. 1906.

2° Solution contraire. — Tiennent compte de l'état antérieur :

Tribunal de Rennes, 16 janv. 1906 :

Le blessé a droit à une indemnité s'il établit que l'état d'invalidité est dû à l'accident et non à une maladie dont il était antérieurement atteint.

Tribunal civil de Lorient, 6 mars 1906 :

Tuberculose latente. Absence de relation de cause à effet entre la lésion et l'accident. Loi de 1898 non applicable.

Cour d'appel de Douai, 1re Chambre, 25 avril 1906 :

Fracture de jambe. Décès dû à un accès de delirium tremens. Action de la veuve. Rejet.

Alors que l'ouvrier, après s'être fracturé la jambe par suite d'un accident, est décédé quatre jours plus tard dans un accès de delirium tremens dû à un état d'alcoolisme chronique préexistant, la veuve de cet ouvrier ne peut prétendre avoir droit à la rente que si elle justifie, soit que la fracture de jambe a été la cause directe de la mort, soit qu'elle a contribué à accélérer ou à causer le dénouement fatal.

Tribunal civil d'Avesnes, 3 mai 1906 :

Il y a lieu de tenir compte, pour réduire la rente, des prédispositions herniaires.

Tribunal du Havre, 2 juin 1906 :

Les maladies antérieures à l'accident ne peuvent être considérées comme une conséquence de l'accident, alors même que l'accident en diminuant les forces du blessé ou du malade aurait déterminé une évolution plus rapide de la maladie. (Il s'agissait d'une insuffisance aortique ayant déterminé, à la suite d'un accident, une insuffisance cardiaque aiguë.)

Cour de Rennes, 18 juillet 1906 :

Il y a lieu de tenir compte, pour évaluer l'indemnité, d'une affection existant à l'état latent.

Justice de paix du XIIe arrondissement de Paris, 6 sept. 1906.

Le patron n'est pas responsable du préjudice de l'accident s'il est venu aggraver un état antérieur du blessé.

Tribunal de Saint-Sever, 24 nov. 1906 :

Les ayants-droit doivent prouver que la mort de leur auteur a été la suite directe et immédiate de l'accident.

Cour d'appel de Nancy, 1re Chambre, 29 nov. 1906.

Lorsqu'un accident n'a pas été la cause directe de l'affection mortelle qui s'en est suivie, mais celle de l'évolution d'une maladie qui existait à l'état latent chez l'ouvrier, le traumatisme ne peut être considéré comme la véritable cause du décès.

1907-1908. — 1° Ne tiennent pas compte de l'état antérieur :

Cour de cassation (Ch. des requêtes), 12 avril 1907 :

C'est à bon droit que les juges de paix accueillent une demande de rente en constatant que l'accident a déterminé l'évolution d'une tuberculose existant à l'état latent et a été ainsi la cause de l'invalidité.

Tribunal civil de la Seine, 4e Chambre, 20 fév. 1907 :

L'ouvrier qui, à la suite d'un accident, souffre d'un pied plat d'origine non traumatique a droit néanmoins à une rente si l'infirmité qui devait apparaître plus tard, par suite de l'âge, a fait en raison de l'accident une apparition plus précoce.

Tribunal civil de Douai, 3 juin 1908 :

Il y a lieu d'allouer une rente complète, même si le préjudice a été causé partie par l'accident, partie par l'état antérieur de l'ouvrier.

Tribunal de Bourgoin, 23 oct. 1907. — Cour d'appel de Caen, 24 juin 1908 :

Estime que l'on doit rattacher à l'accident (fracture du péroné) des ulcérations et varicosités consécutives à un état variqueux antérieur, aggravées par le traumatisme, et déclare que seule la différence entre le salaire antérieur et le salaire actuel est à considérer.

2° Solution contraire. — Tiennent compte de l'état antérieur :

Cour d'appel de Paris, 28 janv. 1908 :

Lorsqu'à la suite d'un accident un ouvrier perd un œil dont la vision était déjà diminuée, il y a lieu, pour le juge, d'allouer une rente moindre que si l'ouvrier avait perdu un œil dont la vision eût été entière.

Tribunal civil de Valenciennes, 12 mars 1908 :

En présence d'un rapport d'experts concluant que l'incapacité absolue du blessé devait être attribuée pour 35 à 40 p. 100 aux suites indirectes de l'accident, et pour le surplus aux défectuosités du système nerveux et des fonctions de nutrition du blessé, le tribunal a nettement déclaré que l'ouvrier n'avait droit qu'à une rente calculée sur une réduction de capacité de 40 p. 100.

Mais ce jugement a été réformé par la *Cour de Douai, 1re Chambre, 3 juin 1908 :*

Qui s'est fondée sur ce que c'était le traumatisme qui avait révélé les lésions demeurées latentes et dont l'évolution aurait pu être indéfiniment retardée et même ne jamais se produire; que ces lésions se rattachaient dès lors et devaient être considérées comme suites directes et immédiates de l'accident.

Cour d'appel de Grenoble, 17 mars 1908 (tabes). — *Tribunal de Bordeaux, 1re Chambre, 23 mars 1908 :*

Le tribunal ayant à statuer sur le cas de décès après accident d'un ouvrier diabétique a déclaré la « loi applicable, mais applicable dans une certaine mesure seulement; ajoutant qu'on ne saurait, avec complète vérité, ni déclarer la mort de l'ouvrier due à l'accident par lui subi, ni déclarer cet accident étranger à la mort de l'ouvrier; que, en réalité, il y a deux causes qui, pour être confondues, n'en doivent pas moins être distinguées; que, partant, en équité, on ne saurait ni charger ni exonérer le patron de la responsabilité *sui generis* tout entière; que notamment il n'y a pas lieu de raisonner ici comme on le ferait dans le cas d'une simple prédisposition pouvant ne jamais se traduire en un mal déclaré dont l'évolution serait scientifiquement déterminée et que, d'un autre côté, rien n'empêche juridiquement la division, etc.

Cour de cassation, Chambre civile, 18 juin 1908 :

Il n'y a pas lieu d'indemnité lorsque le décès est dû à une maladie d'origine tuberculeuse et qu'il n'est pas prouvé que l'ouvrier a été victime d'un accident auquel cette maladie se rattache.

Tribunal civil de la Seine, 23 juin 1908 :

Il n'y a pas lieu à indemnité lorsque la victime en traitement à l'hôpital contracte une maladie n'ayant pas de rapport avec l'accident, alors même que celui-ci aurait placé la victime dans un état d'infériorité physique générale.

Cour de cassation (Chambre des requêtes), 28 juillet 1908 :

Si le décès est dû uniquement à une maladie causale à l'état latent, le patron n'est pas responsable.

Chambre des requêtes, 2 déc. 1908 :

La loi de 1898 est inapplicable lorsque l'accident a eu pour effet d'accélérer l'évolution d'une maladie antérieure, préexistante et de hâter le dénouement qui, même sans cet accident, devait être nécessairement prévu.

Tribunal civil de la Seine, 8 déc. 1908 :

Il n'y a pas accident du travail lorsque l'effort n'a fait que hâter l'apparition d'une hernie imminente en raison de la prédisposition de l'ouvrier.

Cour d'appel de Paris, 7e Chambre, 1er déc. 1908 :

L'accident prévu par la loi de 1898 s'entend d'une blessure attribuée à une cause extérieure secondaire et violente et non d'une lésion se manifestant dans un organe défectueux au cours d'un travail normal (il s'agissait d'une rupture de l'aorte).

Tribunal civil de la Seine, 4e Chambre :

(Fracture du bras chez un syphilitique.)

Cour d'appel de Grenoble, 27 oct. 1908. — Tribunal de Nice, 1re Chambre, 31 déc. 1908 :

Vient encore confirmer les résistances qui se produisent contre la jurisprudence de la Cour de cassation.

Après avoir rappelé les principes admis par la Cour de cassation, le tribunal s'exprime comme il suit :

« En respectant ces principes et en reconnaissant qu'il n'appartient pas au juge de restreindre les effets d'une loi ou de rechercher quelles doivent être les conséquences de la loi qu'il doit appliquer et si, en refusant de faire entrer comme élément d'appréciation dans l'allocation de la rente les effets d'un accident antérieur ou l'état de maladie déclarée et en évolution de l'ouvrier, on ne met pas un grand nombre de travailleurs atteints d'une incapacité physique dans l'impossibilité de trouver à s'employer par crainte, de la part des patrons, des conséquences pécuniaires beaucoup plus graves d'un accident postérieur possible; en fait il appartient au magistrat de rechercher, dans les espèces qui lui sont soumises, tous les éléments qui lui permettent en droit d'établir équitablement les responsabilités et de sauvegarder les intérêts de l'ouvrier et ceux du patron... »

Et le tribunal en présence d'un accident ayant amené la perte de l'œil droit alors que l'œil gauche était lui-même presque entièrement perdu déclara qu'il y avait eu faute inexcusable de l'ouvrier de continuer d'exercer un métier qui devait fatalement (par l'abondance des poussières de charbon) amener les conséquences, dont cet ouvrier réclame la réparation et, par suite, fixa la rente à 30 p. 100 du salaire annuel.

1909-1910. — 1° NE TIENNENT PAS COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR. — *Tribunal civil de Marseille, 2e Chambre, 25 mai 1909 :*

(Perte d'un œil par un ouvrier ayant perdu en partie la vision de l'autre œil.)

Tribunal civil de la Seine, 7 mai 1909 (delirium tremens). — *Cour d'appel de Dijon, 1re Chambre, 9 avril 1909* (épilepsie). — *Tribunal civil de Montpellier* (tabes). — *Tribunal du Havre, 4 janv. 1910.* — *Cour d'appel de Paris, 3 mai 1900* (cancer de l'estomac). — *Cour de cassation (Chambre civile), 27 mai 1910 :*

Décide à nouveau que les prédispositions morbides de la victime d'un accident qui ont pu faciliter cet accident ou en aggraver les suites ne doivent pas être prises en considération dans la détermination de l'indemnité (il s'agissait d'un ouvrier atteint d'artério-sclérose).

Cour d'appel de Paris, 7e Chambre, 28 juin 1910 :

Il n'y a pas lieu de tenir compte, dans l'évaluation de la réduction de capacité, des phénomènes attribuables à l'artério-sclérose qui ont pu être accélérés par le traumatisme dans une proportion laissée imprécise par les experts.

Cour d'appel de Paris, 7e Chambre, 31 mai 1910.

2° TIENNENT COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR. — *Cour d'appel de Paris, 16 fév. 1909 :*

La chute d'un ouvrier qui peut être attribuée à une faiblesse subite résultant d'un état incontestable de maladie antérieure ne saurait être considérée comme un accident, dans le sens de la loi du 9 avril 1898 qu'autant qu'il serait établi par le demandeur, qu'elle est due à une cause extérieure et violente.

Cour d'appel de Paris, 7e Chambre, 23 mars 1909 :

La relation de cause à effet entre l'accident et le décès survenu à la suite de tuberculose pulmonaire ne saurait être considérée comme établie alors que l'expert (docteur Thoinot) déclare que si l'accident a pu abattre le moral et le physique du blessé, et préparer ainsi un terrain plus facile à la tuberculose, on ne peut trouver là une présomption grave de relation de cause à effet même indirecte entre le traumatisme et la mort.

Cour d'appel de Paris, 30 mars 1909 :

Ne peut être considéré comme ayant succombé à la suite d'accident du travail, l'ouvrier dont le décès a été causé par une tuberculose pulmonaire déjà avancée au moment de l'accident et alors que l'expert (docteur Vibert) déclare que si cet accident a été une cause d'aggravation de la tuberculose, il n'en a pas été la cause unique.

Tribunal civil de la Seine, 4e Chambre, 3e section, 13 juillet 1909 (delirium tremens). Loi du 9 avril 1898 inapplicable. — *Cour de Poitiers, 3 mai 1909.* — *Tribunal de Saint-Flour, 1er déc. 1909.* — *Cour d'appel de Montpellier* (tabes), *12 mars 1910.* — *Cour d'appel de Paris, 7e Chambre, 25 oct. 1910* (épilepsie).

*
* *

Il résulte de cette longue énumération de jugements que, contrairement aux affirmations répétées en ces dernières années, la jurisprudence relative à l'état antérieur n'est pas mieux fixée depuis 1902, date du premier arrêt de la Cour de cassation, qu'avant cet arrêt.

Elle est non seulement contradictoire, mais il s'y est même ajouté différentes distinctions qui, n'étant pas adoptées d'une façon plus constante, viennent encore compliquer le problème.

A. — C'est ainsi que, pour une affection bien déterminée, qui est actuellement considérée par la majorité des médecins et des magistrats comme hors de cause, la hernie, on rencontre encore des jugements dissemblables et comme une certaine résistance de la part de certains tribunaux.

Nous ne rappellerons pas les nombreux jugements rapportés plus haut, qui estiment qu'il n'y a pas accident de travail si la hernie ne satisfait pas à certaines conditions d'apparition : douleur violente, obligeant l'ouvrier à cesser brusquement tout travail, effort anormal, etc. Nous ferons simplement remarquer, pour ne citer que des jugements récents, que le tribunal civil de Nice, dans un jugement du 3 février 1910, a considéré comme accident du travail une hernie qui n'était pas apparue à la suite d'un effort anormal et n'avait pas provoqué de dou-

leur violente ainsi qu'il est de règle dans les hernies de force.

De même, le tribunal de Lille, le 8 janvier 1910, a estimé qu'une hernie pouvait être considérée comme un accident du travail, même si l'ouvrier n'avait pas cessé immédiatement tout travail.

B. — L'accord est encore moins établi sur la question de savoir si l'on doit tenir compte ou non de l'état antérieur, selon que la maladie préexistante est à l'état latent ou, au contraire, en évolution.

Il est du reste très difficile de distinguer ce que l'on entend exactement par maladie à l'état latent et les tribunaux jugent quelque peu différemment pour des cas semblables (tuberculose, par exemple).

C. — Quant au principe même de l'état antérieur, nous savons maintenant que, depuis les arrêts de la Cour de cassation qui semblaient faire jurisprudence, on trouve, comme avant, des jugements contraires.

* * *

Il se dégage de ces notions que si la jurisprudence n'est pas plus uniforme sur cette importante question de l'état antérieur, cela tient à ce que, ayant à juger sur des cas complètement différents selon la maladie causale, complètement différents également selon le degré d'évolution de cette maladie, différents encore selon le siège du traumatisme, selon la profession du blessé, etc., les magistrats ne peuvent appliquer toujours une jurisprudence constante.

Aussi, est-il impossible, à notre avis, médicalement comme juridiquement, d'adopter par principe une théorie soit médicale, soit juridique de l'état antérieur. Il y a là une question d'espèce, question qui ne peut recevoir de solution a priori et qui ne peut être tranchée que par une étude médicale et juridique approfondie de chaque cas en particulier. Ce n'est que par une collaboration des plus étroites entre magistrats et médecins que l'on pourra arriver à une solution conforme aux intérêts de tous.

L'adoption d'une jurisprudence fixe en matière d'état antérieur, outre qu'elle nous apparaît actuellement comme impossible, ou tout au moins comme bien difficile, serait en outre, à notre avis, souvent préjudiciable à l'ouvrier. En effet, si, dans les cas où l'on tient compte en partie de l'état antérieur, l'ouvrier touche parfois une rente réduite, dans le cas contraire, le tribunal se trouve souvent amené à déclarer que la loi de 1898 est inapplicable et l'ouvrier de ce fait arrive à ne plus rien toucher du tout.

FORMULAIRE

CONSERVATION DE LA TEINTURE D'IODE

On connaît les produits d'altération de la teinture d'iode : acide iodhydrique, éther acétique et aldéhyde.

L'emploi de plus en plus fréquent de la teinture d'iode comme désinfectant de la peau et des muqueuses rend très désirable la possession d'un moyen simple de conserver ce liquide à l'abri de toute altération.

Dans les *Archives de médecine militaire* (déc. 1910), M. Courtot préconise pour les services de chirurgie et les approvisionnements de réserve de l'armée, une teinture renfermant 100 grammes d'iode, 35 grammes d'iodure de sodium et 900 grammes d'alcool à 95 degrés.

Grâce à l'addition de l'iodure, la solution obtenue peut être étendue sans que l'on ait à craindre la précipitation de l'iode.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MAI 1911)

Programme d'études sur la question de détermination du sexe. — M. ROBINSON, rappelant les travaux de MM. Loeb, Delage et Schenk (de Vienne) ainsi qu'une note précédente (24 avril 1911, v. *Gaz. des hôpit.*, n° 51), montre que chez 15 femmes présentant des signes évidents d'insuffisance surrénale on trouve comme produit de fécondation 15 filles. Voilà, dit-il, un fait qui élucide les ténèbres de la causalité du sexe, c'est un apport scientifique à la théorie ou à la loi de l'hérédité croisée d'après laquelle le sexe est déterminé par le plus vigoureux des parents mais en sens inverse.

Puisque la femme qui présente des troubles de nutrition, des vomissements, de la pigmentation, etc., est un être infériorisé par ses capsules surrénales, et que cette femme donne naissance 15 fois sur 15 (d'après les observations de M. Robinson) à une fille, il n'y a qu'un moyen, dit-il, de produire un sexe différent : c'est l'opothérapie à l'adrénaline.

M. Robinson ne présente cette hypothèse qu'avec les plus grandes réserves. Elle sera intéressante à vérifier.

L'opothérapie surrénale dans les vomissements de la grossesse. Rôle des sécrétions internes dans la détermination du sexe. — M. Jules REGNAULT rappelant la communication de M. Robinson citée plus haut (v. *Gaz. des hôpit.* 1911, n° 51) vient confirmer l'efficacité de l'opothérapie surrénale dans les vomissements de la grossesse, mais seulement lorsqu'il existe quelques signes d'insuffisance des glandes surrénales.

Il a constaté les bons effets du méthylarsinate disodique dans un cas où diverses opothérapies avaient échoué. Enfin comme dans les cas signalés par M. Robinson, une malade atteinte d'insuffisance surrénale observée par M. Regnault a donné naissance à une fille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 MAI 1911)

Tumeur maligne produite par les rayons X. — M. MARIE communique une expérience d'où il résulte que les rayons X ont déterminé, chez un rat, une tumeur maligne.

Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma des nourrissons. — M. MARFAN montre que, dans les formes graves de l'eczéma des nourrissons, la cure d'altitude (il ne s'agit pas d'un simple changement d'air mais d'un séjour à la montagne), détermine presque toujours une amélioration considérable, susceptible de se maintenir par la suite, et permettant par là d'atteindre sans incidents la fin de la seconde année, époque à laquelle cette affection s'éteint le plus souvent d'elle-même.

Un cas typique d'ulcus vrai du duodénum. — M. Alb. MATHIEU communique l'observation d'un homme de trente et un ans qui, après une phase de dyspepsie banale d'une durée de trois ans, présentait depuis deux mois des douleurs intenses, surtout dans la station debout, localisées sous le foie, et des crises paroxystiques vers la fin de la matinée et vers trois à cinq heures de l'après-midi. La gastro-entérostomie fut pratiquée par le docteur Labey, alors que l'examen clinique simple et l'examen radioscopique faits par M. Béclère avaient amené à affirmer l'existence d'un ulcus duodénal situé à distance du pylore. L'inspection directe, après laparotomie,

permit de constater l'exactitude de ce diagnostic : la lésion ulcéreuse siégeait à l'union de la première avec la seconde partie du duodénum.

Dans cette observation, d'une netteté vraiment schématique, on doit relever les points suivants :

Les douleurs tardives calmées par l'ingestion des aliments;

Leur prédominance et leur irradiation vers la droite au moment des crises paroxystiques;

La localisation de la douleur permanente spontanée, et provoquée par la palpation un peu au-dessous de la région vésiculaire;

La présence de selles légèrement mélæniques;

L'absence de vomissements, de dilatation de l'estomac, de contractions péristaltiques visibles ou exagérées et de liquide à jeun constatée par l'examen direct et par l'examen radioscopique;

Enfin, sous l'écran radioscopique, la localisation très nette d'un point douloureux à l'union de la première avec la seconde partie du duodénum, point où, ainsi que l'a montré l'examen direct après laparotomie, siégeait précisément la lésion ulcéreuse.

Cette observation, ainsi que les sept autres d'ulcus vrai (trois de M. A. Mathieu et quatre de M. Œttinger) présentées récemment à la Société médicale des hôpitaux, montre bien la différence qui existe entre l'ulcus juxtapylorique appelé à tort ulcus duodénal par les chirurgiens anglo-américains, et l'ulcus duodénal vrai, c'est-à-dire l'ulcus situé en plein duodénum à distance du pylore.

Un Cheyne-Stokes prolongé. — M. Leclerc lit un travail sur ce sujet.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

Au deuxième tour, M. Lermoyez est élu par 47 voix contre 38 à M. Hirtz et 8 à M. Louis Martin.

La liste de présentation était ainsi établie : en première ligne, M. Louis Martin ; en deuxième ligne, MM. Hirtz et Lermoyez ; en troisième ligne, MM. Jacquet, Le Gendre et Rénon ; adjoint à la liste par l'Académie, M. Vaquez.

PRATIQUE MÉDICALE

POSOLOGIE DU CITRATE DE SOUDE DANS LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

Nous avons, à différentes reprises, signalé les recherches de M. Variot sur cette médication. Depuis 1904, soit à la Goutte de lait de Belleville, soit dans ses services de l'hôpital des Enfants-Malades puis des Enfants-Assistés, M. Variot et ses élèves ont pu vérifier l'action eupeptique du citrate de soude ajouté au lait de vache à dose convenable, ainsi que son innocuité.

Après avoir analysé l'action antiémétique de ce médicament aussi bien contre les vomissements des bébés au sein que contre ceux des nourrissons au biberon, M. Variot a étendu l'emploi du citrate de soude aux troubles dyspeptiques de l'allaitement au sein, alors que les médecins anglais l'avaient seulement proposé pour modifier le lait dans l'allaitement artificiel ; en un mot, il a constaté que le rôle essentiel du citrate de soude est de régulariser les contractions des tuniques musculaires de l'estomac du nourrisson, aussi bien quand il digère le lait de femme que lorsqu'il chymifie le lait des animaux.

Voyons, d'après la *Clinique infantile* (1910, n° 21), quelle est la posologie de ce médicament dont l'usage est d'autant plus facile qu'il se trouve tout préparé sous le nom de *Citrosodine*.

Le Citrate de soude répondant à cette préparation est un citrate trisodique parfaitement pur $C^6H^5O^7Na^3 + 5\frac{1}{2}H^2O$.

C'est un sel blanc, très soluble dans l'eau, de saveur à peine amère, laissant un léger arrière-goût alcalin nullement désagréable. D'une manière générale on peut dire qu'il est destiné à remplacer, dans tous leurs emplois, les alcalins couramment usités : bi-carbonate de soude, magnésie, craie, etc.

On peut faire ingérer, sans aucun inconvénient, de 1 à 2 grammes par jour de citrate de soude à un nourrisson.

Pour combattre les vomissements, on recourra à la solution suivante qui sera administrée à la dose d'une cuillerée à soupe, soit avant la tétée au sein, soit ajoutée au biberon de lait :

Eau	125 grammes
Sirop simple	25 —
Citrate de soude	2g50

Chaque cuillerée à soupe contient 25 centigrammes de citrate.

Des solutions à un titre plus faible peuvent être employées dans les biberonneries pour couper habituellement le lait.

On ne craindra pas de donner six à sept cuillerées à soupe de cette solution en vingt-quatre heures, si l'on veut obtenir son action antispasmodique sur les contractions de l'estomac. L'échec de la médication est dû fréquemment à l'insuffisance des doses employées.

Les indications à l'emploi du citrate de soude sont très étendues ; on peut dire qu'elles se posent toutes les fois que le nourrisson vomit, qu'il s'agisse de vomissements dus à la suralimentation ou à l'hypoalimentation, ou de cette irritabilité spasmodique que l'on observe parfois chez les nourrissons au sein, qu'il s'agisse surtout des troubles gastro-intestinaux si souvent observés dans l'allaitement artificiel.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire aide-mémoire de médecine infantile en tableaux synoptiques (1), par le docteur H. Legrand (d'Amiens).

Il s'agit d'un véritable carnet de poche, présenté sous un format très réduit, dans lequel est dressée la liste alphabétique des médicaments internes usuels ; en regard de chacun d'eux sont indiqués la *préparation*, puis le mode d'*administration* et les *incompatibilités*, ainsi que les *doses* maniables par année d'âge et par jour : une dernière colonne, enfin, précise les *indications* et les contre-indications cliniques.

Un simple coup d'œil permet donc de se remémorer très rapidement tout ce qu'il est indispensable de bien connaître avant de formuler. Comme l'auteur a eu surtout en vue la thérapeutique infantile, ce précis sera particulièrement utile aux médecins peu rompus encore à cette thérapeutique un peu spéciale, et leur évitera souvent une perte de temps, en même temps qu'elle leur permettra très rapidement de se familiariser avec les doses à employer journellement.

L. BABONNEIX.

Guide Rosenwald (25e année, 1911), annuaire de statistique médicale et pharmaceutique. — Prix : 3 francs. — Paris, docteur L. Rosenwald, éditeur, 77, rue du Rocher (8e).

(1) Paris, J.-B. Baillière.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE DU TESTICULE

DÉFINITION. — Sous le nom de *tuberculose du testicule*, il est classique de décrire la localisation du bacille de Koch sur le testicule aussi bien que sur l'épididyme, réalisant ainsi le plus souvent l'*orchi-épididymite tuberculeuse*.

Conformément à la loi de Louis, il fut longtemps admis, que la tuberculose du testicule, après l'âge de quinze ans, succédait toujours à une tuberculose pulmonaire ; les recherches de Reclus ne tardèrent pas à établir que la tuberculose testiculaire pouvait se présenter à titre de *tuberculose localisée*, isolée ; aussi la conséquence d'une telle constatation fut-elle d'orienter naturellement les cliniciens vers un essai de thérapeutique plus énergique, surtout chirurgicale.

Le fait que la tuberculose testiculaire s'observe chez l'enfant, l'adulte, le vieillard, qu'elle se présente en clinique, suivant des types très variés, les discussions auxquelles ont donné lieu sa pathogénie, la description des lésions anatomiques, son traitement, en font un objet d'étude tout particulièrement intéressant ; nous allons successivement envisager les différents problèmes qu'elle soulève, en insistant plus spécialement sur les acquisitions anatomiques, cliniques et thérapeutiques les plus récentes.

ÉTIOLOGIE. — La tuberculose du testicule se rencontre, avec plus de fréquence au moment de la période d'activité sexuelle ; néanmoins, on l'observe, chez l'enfant comme chez le vieillard ; *chez l'enfant* la tuberculose testiculaire peut être *congénitale* (granulie chez la mère) ; plus souvent il s'agit d'une *tuberculose acquise* ; on a invoqué comme cause adjuvante l'ectopie testiculaire, l'onanisme, le traumatisme ; chez le vieillard, l'affection est beaucoup plus rare (Dufour).

D'une manière générale on invoque, comme *causes prédisposantes* et *occasionnelles*, le surmenage, les lésions antérieures de l'appareil génital, spécialement les *orchites* et *prostatites blennorragiques*, les *traumatismes*, etc., mais en réalité le problème particulièrement intéressant consiste à préciser le mécanisme par lequel le bacille parvient au testicule.

PATHOGÉNIE. — *Chez l'enfant*, c'est surtout par l'intermédiaire de la *circulation générale* que le testicule est atteint ; les facteurs originels sont ordinairement alors, soit un noyau pulmonaire, soit une adénopathie trachéo-bronchique ; quelquefois cependant, l'infection peut se réaliser par la voie canaliculaire, ou plus volontiers encore, par la voie *péritonéale*, grâce à la *persistance du canal vagino-péritonéal* (Sébileau et Petit) ; elle succéderait aussi fréquemment au *carreau* (Augagneur et Mollière).

Chez l'adulte, l'infection peut s'effectuer par plusieurs voies : 1° *voie artérielle* : la bacillémie peut s'observer au cours d'une tuberculose déjà en évolution, mais elle peut également être primitive : elle succède alors à une inoculation massive, d'origine respiratoire ou *digestive*, surtout *intestinale*, ou cutanée quelquefois ; 2° *voie urétrale* : la théorie de l'urétrite tuberculeuse, consécutive au coït, infectant secondairement le testicule, le bacille remontant le cours du sperme, a été soutenue par Verneuil et Fernet ; 3° *voie urinaire* : l'infection du testicule se constate fréquemment au cours de la tuberculose rénale ou vésicale, le bacille de Koch suivrait le cours de l'urine et remonterait celui du sperme, pour envahir enfin le testicule ; cette théorie a surtout été défendue par Cayla ; 4° *infection par la prostate* et les *vésicules séminales* (théorie de Guyon) : au cours d'une poussée bacillémique, les bacilles de Koch, qui ont une prédilection marquée pour se localiser au niveau de ces organes, s'y déposent, et plus tard, à l'occasion d'une cause quelconque, facilement ils envahissent l'épididyme, le testicule.

C'est pourquoi le toucher rectal est d'un si précieux secours dans le diagnostic précoce d'un noyau testiculaire ou épididymaire, suspect de tuberculose.

Les recherches récentes attribuent de plus en plus d'importance à l'infection par la voie sanguine, mais néanmoins suivant les cas, il faudra être éclectique et savoir successivement envisager telle ou telle de ces différentes voies d'apport.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Un premier fait demande à être mis en relief, c'est chez l'enfant, l'*intégrité relative* de l'épididyme ; certes l'épididyme peut être pris, mais il l'est alors le plus souvent indépendamment du testicule ; en second lieu, les annexes, cordons, vésicules, prostate sont chez l'enfant, moins souvent frappés que chez l'adulte, ce qui s'explique par la fréquence plus grande de l'origine sanguine de la tuberculose testiculaire infantile ; ces réserves faites, nous allons successivement étudier les lésions qui intéressent le scrotum, la vaginale, le testicule, l'épididyme.

a. **Scrotum.** — Au début de l'affection, le scrotum peut présenter une coloration rouge foncé, de l'épaississement, un peu d'œdème ; après la guérison des fistules, il est parsemé de cicatrices rétractées, ou bien il est le siège de fistules sur lesquelles nous reviendrons plus loin ; elles siègent à la partie postérieure et tout autour d'elles l'on observe de petits abcès.

b. **Vaginale.** — La vaginale est épaissie, sa surface est parcourue de nombreux néo-vaisseaux ; les deux feuillets peuvent être soudés, limitant parfois entre eux, des cavités remplies d'un liquide jaune verdâtre, dans lequel on trouve des bacilles, des lymphocytes : l'inoculation de ce liquide au cobaye est toujours positive (Tuffier).

Parfois les deux feuillets de la vaginale forment une coque très épaisse, adhérente à l'albuginée ; les altérations de la vaginale peuvent coïncider avec des lésions de *péritonite tuberculeuse* (persistance du canal péritonéo-vaginal, *hydrocèle congénitale* avec *lymphocytose*.) Il n'est pas rare chez l'enfant de constater des *granulations sur la vaginale* (Hutinel et Deschamps).

Il importe de signaler enfin, dans certains cas, l'exagération de l'inflammation chronique de la vaginale, créant ainsi des périorchites et des pachyvaginalites qui augmentent considérablement le volume du testicule.

Ces lésions sont souvent bilatérales ; pour certains auteurs, elles seraient au contraire presque toujours unilatérales.

c. **Testicule et épididyme.** — C'est l'*épididyme* qui présente en général, chez l'adulte, les altérations les plus prononcées et les *plus typiques* : il est souvent pris le premier, et à l'exclusion du testicule, ce qui serait inexact d'après Reclus. Ces lésions consistent, soit en noyaux isolés, à différentes phases de crudité ou de ramollissement aboutissant *aux abcès*, *aux fistules*, soit en une infiltration, totale, massive. *Contrairement à l'opinion classique les noyaux sont aussi fréquents au niveau de la queue de l'épididyme qu'au niveau de la tête* ; à la coupe ils donnent l'aspect classique du *marron cru*, quand ils sont durs ; ramollis, ils laissent échapper une bouillie puriforme, et l'épididyme apparaît comme formé de multiples aréoles. Lorsque l'épididyme est pris en totalité, il est alors considérablement augmenté de volume et les tubercules se disposent surtout dans le tissu cellulaire péri-épididymaire ; parfois l'épididyme revêt l'aspect d'une grosse masse blanchâtre coiffant le testicule.

Le *testicule* présente des granulations et des tubercules. Les *tubercules* s'observent de préférence au niveau du *corps d'Higmore*, beaucoup plus rarement à l'intérieur du testicule, où l'on constate surtout des granulations, éparses, disséminées, quelquefois localisées à la périphérie du testicule, sur l'albuginée, dans les tubes séminifères.

Parfois les granulations s'agglomèrent, forment des nodules et, dans ces cas, le testicule apparaît, augmenté de volume, lourd ; à la coupe il donne suivant l'expression classique l'aspect du *marron d'Inde*, et si les noyaux sont ramollis, il présente des cavités remplies d'un mastic jaunâtre ou des *foyers de pus*.

d. **Canal déférent, prostate, vésicules séminales.** — Signalons rapidement l'infiltration du *canal déférent*, surtout marquée au voisinage des *vésicules séminales*, qui elles aussi, comme la *prostate*, sont le siège de nodules caséeux, d'infiltrations, etc., signalons enfin la fréquence des lésions tuberculeuses vésicales et rénales.

Hutinel et Deschamps ont insisté tout spécialement chez l'enfant, sur la prédominance des lésions *testiculaires* ; ils ont décrit une forme spéciale du testicule tuberculeux, présentant une partie centrale caséeuse, une gangue fibreuse rosée, très large, convertissant la glande en un tissu rappelant les *tumeurs malignes*. Il faut également retenir la fréquence chez l'enfant de l'*évolution scléreuse*, aboutissant à l'*atrophie* du testicule, transformé en un bloc inerte, inodulaire. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 31 mai. — MM. Babonneix et Camus, 18 1/2; Gaultier, 17; Crouzon, 18 1/2.

Prochaine séance mercredi 7 juin, à huit heures et demie du matin, à Necker.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 31 mai. — MM. Sauvage, 30; Le Lorier, 28.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Sauvage.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La chaire de physiologie est déclarée vacante.

— MONTPELLIER. — La chaire de thérapeutique et de matière médicale est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 27 novembre 1911 devant l'école supérieure de pharmacie de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— REIMS. — Sont et demeurent rapportés les arrêtés en date du 4 avril 1911, admettant M. Langlet, professeur et directeur, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1911, et le nommant, à partir de cette même date, professeur et directeur honoraires.

INAUGURATION DE L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE. — L'Institut de puériculture fondé par le Conseil général à l'hospice des Enfants-Assistés sera inauguré le 8 juin. M. Galli présidera au nom du Conseil général. M. Variot, à qui on doit l'initiative de cette création, fera une conférence. M. Lucas-Championnière prendra également la parole.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 15 juin, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt et unième semaine, 940 décès, au lieu de 868 pendant la semaine précédente et au lieu de 970, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 27 décès, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (la moyenne est 19); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 581 (au lieu la moyenne 409).

On compte encore 3 décès par méningite cérébro-spinale (4 cas nouveaux sont signalés).

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (XXIe session, Amiens, août 1911). — PROGRAMME DES TRAVAUX ET EXCURSIONS. — *Mardi 1er août.* — A neuf heures et demie du matin : Séance solennelle d'ouverture à l'Hôtel de Ville.

A dix heures et demie : Visite du musée de Picardie.

A deux heures du soir : Séance à l'Hôtel de Ville. Rapport

et discussion sur la première question : « Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle). » Rapporteur : M. le docteur Maillard, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

A cinq heures : Visite du vieil Amiens.

Mercredi 2 août. — A neuf heures et demie du matin : Séance à l'Hôtel de Ville : Suite de la discussion sur la première question. Communications diverses.

A deux heures du soir : Séance à l'Hôtel de Ville. Rapport et discussion sur la deuxième question : « Des tumeurs du corps pituitaire. » Rapporteur : M. le docteur Courtellemont, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens.

A cinq heures : Visite de la cathédrale d'Amiens.

Jeudi 3 août. — Excursion à Coucy-le-Château, Prémontré et Saint-Gobain. Départ d'Amiens par chemin de fer, à six heures quarante-et-une du matin. Visite des ruines de Coucy. Déjeuner à Coucy.

Après-midi : Visite de l'asile de Prémontré. Séance de communications. Traversée en tramway électrique de la forêt de Saint-Gobain. Visite des Glaceries. Retour à Amiens, à huit heures et demie.

Vendredi 4 août. — A neuf heures et demie du matin : Séance à l'Hôtel de Ville. Rapport et discussion sur la troisième question : « De la valeur du témoignage des aliénés en justice. » Rapporteur : M. le docteur Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville (Nancy).

A onze heures : Assemblée générale du Congrès.

A deux heures du soir : Visite de l'asile de Dury. Séance de communications.

Du samedi 5 au jeudi 10 août. — Excursion à Paris-Plage, Wimereux, Boulogne, Folkestone, Londres et retour à Amiens.

Première partie de l'excursion. — Départ d'Amiens : Samedi 5, à neuf heures vingt du matin. Visite de Paris-Plage, Etaples et les environs. Dîner, soirée et coucher à Boulogne. — Dimanche : Déjeuner à Wimereux. Coucher à Boulogne. (Les congressistes qui n'auront souscrit que pour cette première partie de l'excursion pourront revenir à Amiens le dimanche soir ou le lundi matin).

Deuxième partie de l'excursion. — Départ de Boulogne pour Folkestone, lundi, par le bateau de midi (traversée, une heure quarante-cinq). Arrivée à Londres, à trois heures trente. Promenade d'orientation dans Londres, en voiture. — Mardi : Dans la matinée et dans l'après-midi, continuation de la visite de la ville, en voiture. — Mercredi : Visite de l'asile et des laboratoires de Claybury. Traversée de la forêt d'Epping. Promenade à Hyde-Parck et Regent's-Parck. — Jeudi : Départ de Londres, à dix heures du matin. Retour à Amiens, vers quatre heures.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur R. Charon, à Amiens.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Expositions de Turin, Rome, Florence.* — La Compagnie P.-L.-M. délivre, sur son réseau, en même temps que la « Tessera » (1 fr. 25 ou 10 fr. 50), des billets spéciaux à prix réduits, de toutes classes, dans les conditions suivantes :

A. Voyageurs se rendant en Italie et en revenant viâ Modane et n'ayant en vue que la visite de l'exposition de Turin.

« Tessera » à 1 fr. 25 délivrée conjointement avec :

a. Un billet aller et retour pour Modane-Turin ;

b. Un billet, aller et retour, pour Modane. Validité, dix jours. Réduction : 40 p. 100 sur le tarif général.

B. Voyageurs se rendant à Turin, viâ Vintimille, ou aux Expositions de Rome ou de Florence, ou excursionnant en Italie après la visite des Expositions de Turin, Rome ou Florence.

« Tessera » à 10 fr. 50 délivrée conjointement avec :

a. un livret (0 fr. 30) contenant 8 coupons donnant droit, chacun, à un parcours italien à prix réduit;

b. un billet simple, à prix réduit, du point d'entrée en Italie à Turin, Rome ou Florence, en échange du premier coupon du livret;

c. l'un quelconque des billets suivants pour les parcours à effectuer sur le P.-L.-M. : billet, aller et retour, pour Modane, billet, aller et retour, pour Vintimille; billet, aller Modane, retour Vintimille ou inversement.

Validité : 45 jours. Réduction : 25 p. 100 sur le tarif général.

N. B. — La « Tessera » italienne nécessaire pour bénéficier des avantages ci-dessus consentis par les chemins de fer italiens, est un carnet personnel donnant également droit à des réductions pour certaines excursions, la visite de divers musées ou palais des expositions ou des villes, etc.

Pour plus de détails, se renseigner dans les gares du réseau, les bureaux de ville de la compagnie et dans les agences de voyages.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 JUIN 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mardi 13 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

Mercredi 14 juin, à une heure. — 1er (oral). — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Jeudi 15 juin, à une heure. — 4e.

Vendredi 16 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

Samedi 17 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 14 juin, à une heure. — M. Desmoulière. La Cystinurie. (MM. Gaucher, président; Marcel Labbé, Tiffeneau et Guillain.) — M. Flurin. Pathogénie de bronchites chroniques. (MM. Gaucher, président; Marcel Labbé, Tiffeneau et Guillain.)

Jeudi 15 juin, à une heure. — M. Pasquier. Contribution à l'étude de la cardiographie systématique en décubitus latéral gauche (méthode de Pachon). (MM. Ch. Richet, président; Chauffard, Achard et André Broca.) — M. Meyer. La radiothérapie des fibromes utérins. (MM. Chauffard, président; Ch. Richet, Achard et André Broca.) — M. Daulnoy. Essai sur l'histoire des angines au cours du XIXe siècle. (MM. Chauffard, président; Ch. Richet, Achard et André Broca.) — M. Minoret. Corps thyroïde d'intestin. Traitement thyroïdien de la constipation. (MM. Achard, président; Ch. Richet, Chauffard et André Broca.) — M. Granval. La regurgitation du chyme dans les voies aériennes comme cause de mort subite. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.) — M. Merle. Etude sur la tuberculose pulmonaire traumatique. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.) — M. Crutel. Les états mélancoliques dans la paralysie générale. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Claude et Balthazard.) — M. Delagrange. De l'aprosexie d'origine nasale. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Claude et Balthazard.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles méthodes de séro-diagnostic : syphilis, mycoses, kyste hydatique, lèpre, etc. Préface du professeur Gaucher. — Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

Le Cancer du pylore et son traitement médico-chirurgical, par le docteur René Leriche, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. (Consultations médicales françaises, fasc. 28.) In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

REVUE GÉNÉRALE

LES SYSTÈMES NERVEUX SYMPATHIQUE & AUTONOME

DANS LA VIE VÉGÉTATIVE

ÉTUDE DE PHYSIOLOGIE CLINIQUE (1)

Par Jean GAUTRELET,
Agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Docteur ès sciences.

Au point de vue « nerveux », les fonctions végétatives relèvent et du sympathique et du système nerveux autonome (Laugley).

Le sympathique est constitué par une chaîne ganglionnaire (en relation avec la moelle par les rami-communicantes), d'où partent des fibres qui forment des plexus passant par des ganglions de deuxième et souvent de troisième ordre ; il jouit d'une certaine autonomie fonctionnelle ; après destruction de la moelle, il continue à exercer son rôle : témoin, la chienne classique de Goltz. Il fournit des filets moteurs qui ne sont pas sous la dépendance de la volonté et quelques fibres dont la sensibilité, normalement obtuse, devient consciente sous l'influence d'irritations.

Les différentes régions du système nerveux central ne donnent pas toutes naissance à des fibres du système autonome. Ce dernier se compose d'une portion céphalique venant du mésocéphale et du bulbe — moteur oculaire commun, pneumogastrique, corde du tympan — et d'une portion sacrée se détachant de la moelle — nerfs pelviens.

Les fibres issues des deux systèmes, autonome et sympathique, s'entremêlent et vont innerver presque exclusivement les muscles lisses, les vaisseaux des tractus digestifs et des canaux excréteurs des glandes, les fibres musculaires cardiaques et les cellules glandullaires.

Eh bien! ces appareils nerveux de source commune, qui se pénètrent si intimement jouissent d'un *antagonisme fonctionnel* manifeste ; nous voulons dire par là que le sympathique et le système nerveux autonome exercent l'un vis-à-vis de l'autre une action diamétralement opposée : ils s'embrassent étroitement pour mieux s'étouffer. Du tableau ci-après, page 973 (2), rendant compte de cet antagonisme, j'extrais quelques exemples typiques : le sympathique dilate la pupille, fait saillir l'œil, accélère le cœur, inhibe les mouvements de l'intestin, relâche le sphincter anal, produit de la glycosurie et de la polyurie ; le système nerveux autonome contracte la pupille, relâche la zonule de Zinn, ralentit le cœur, fait contracter la musculature intestinale, fait sécréter les sucs gastrique et pancréatique. Enfin c'est de l'innervation antagoniste des deux systèmes que résulte le tonus des muscles viscéraux.

Que l'on représente l'état d'équilibre des organes par le fléau d'une balance, ce levier est soumis à l'action antagoniste des systèmes nerveux sympathique et autonome : c'est de leur égale influence que dépend l'équilibre, l'horizontalité du levier. Le sympathique est-il insuffisant, ne fait-il plus sentir son influence, l'action du système nerveux autonome l'emporte, d'où l'obliquité du fléau, d'où la rupture de l'équilibre du levier en sa faveur ; cette rupture d'équilibre est un fait pathologique courant : Eppinger et Hess (1) ont donné le nom de vagotoniques aux individus chez lesquels prédomine ainsi l'activité du système nerveux autonome, de sympathicotoniques à ceux chez lesquels l'activité sympathique l'emporte : et le mérite de ces auteurs a été d'utiliser un certain nombre de substances qui, réactifs spécifiques des systèmes nerveux sympathique ou autonome, permettent de jeter un certain poids à notre gré, dans tel ou tel plateau de la balance.

Si l'on se reporte au tableau (page 973), il est aisé de se rendre compte que la pilocarpine est un excitant spécifique du système nerveux autonome, l'adrénaline du sympathique.

La pilocarpine provoque de la salivation, des sueurs, de la rougeur de la peau, de l'augmentation du péristaltisme ; l'adrénaline provoque de la glycosurie, de la polyurie, de la constriction des vaisseaux.

Imaginez un individu normal, la balance organique est en état d'équilibre ; si l'on introduit dans sa circulation une certaine dose d'adrénaline, on provoque un hyperfonctionnement du système nerveux sympathique, d'où la rupture de l'équilibre du fléau, l'apparition en particulier de glycosurie.

Imaginez au contraire l'individu malade, au sympathique insuffisant, la même injection d'adrénaline pourra, tout au plus pour un temps, rétablir l'équilibre, l'horizontalité du fléau, mais elle n'entraînera pas l'apparition de phénomènes prédominants d'origine sympathique : la glycosurie sera nulle ou à peine sensible.

Eppinger et Hess ont montré que les individus chez lesquels l'adrénaline provoquait des effets très marqués réagissaient peu ou point aux doses habituelles de pilocarpine.

Chez le sujet normal, quand on injecte 1 milligramme d'adrénaline dans le tissu sous-cutané, apparaît une glycosurie qui dans les vingt-quatre heures atteint 5 grammes environ de glucose ; cette glycosurie n'est pas en rapport avec l'état de nutrition, nous voulons dire par là que la cachexie n'est pas un obstacle à sa réalisation ; cependant il est préférable de faire absorber trois heures avant l'injection, le matin à jeun, 100 grammes de glucose. En outre, l'adrénaline entraîne une augmentation de volume de l'urine, de la fréquence du pouls, de la pression artérielle et de l'excitabilité réflexe. (Chez la femme, trois quarts de milligramme d'adrénaline suffisent).

Eppinger et Hess considèrent que l'effet de l'adrénaline dépasse la normale quand le glycose est excrété au delà de 5 grammes, que la quantité d'urine

(1) Il nous est agréable de remercier M. le professeur Pitres et M. le professeur Auché de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait dans leurs services de l'hôpital Saint-André.

(2) D'après Biedl. *Innere Sekretion*, Wien 1910.

(1) Zur Pathologie des Vegetativen Nervensystems, *Zeit. f. klin. Med.*, 1909, t. LXVIII.

est doublée et que le pouls a un rythme d'un tiers supérieur à la normale.

Le critérium, d'après lequel est jugée une hyperactivité de la pilocarpine, est moins nettement défini par les auteurs; il résulte de la comparaison avec la salivation et la sudation moyennes qu'elle provoque chez les gens normaux.

Eppinger et Hess ont en outre utilisé la propriété que présente l'atropine de paralyser l'activité du système autonome (voir le tableau ci-après); l'atropine (1 milligramme) en injection donne toute sa mesure, son effet maxima (précipitation considérable du pouls, mydriase rapide et prolongée) chez les sujets dont l'hyperactivité fonctionnelle du sympathique est marquée, l'action de l'atropine s'ajoutant à celle-ci.

Enfin Frohlich et Löwi ont préconisé les nitrites comme réactifs nerveux, ayant une action paralysante spécifique vis-à-vis des nerfs d'arrêt d'origine centrale; mais les données à ce sujet sont insuffisantes.

Quoiqu'il en soit, Eppinger et Hess se sont attachés à l'aide des trois premiers réactifs, à caractériser pathogéniquement un certain nombre d'affections. Ils ont observé plusieurs cas de névrose du vague (de Von Noorden); l'ensemble symptomatologique comprend : la bradycardie avec arythmie cardiaque, l'hyperesthésie gastrique, l'hypersécrétion chlorhydrique. L'adrénaline chez ces malades ne provoque ni polyurie, ni glycosurie, ni tachycardie; tandis que la pilocarpine donne naissance à une salivation et une sudation abondantes et que l'atropine fait disparaître l'irrégularité du pouls et diminue l'acidité gastrique.

Chez un asthmatique, ils ont constaté un état également vagotonique.

Deux sujets atteints l'un de sclérose en plaque, l'autre de paralysie faciale se comportèrent de façon différente, l'adrénaline produisant une glycosurie intense, l'atropine et la pilocarpine restant sans effet. Enfin une application intéressante de la méthode fut faite dans un cas de maladie de Basedow, qui permit de reconnaître si les phénomènes sympathiques ou cérébraux l'emportaient; les uns ou les autres peuvent en effet indifféremment prédominer dans cette affection.

Tels étaient en octobre 1910 les seuls documents dont on disposait : documents qui attirèrent notre attention et nous invitèrent à entreprendre un certain nombre de recherches.

Notre but était le suivant : explorer à l'aide des réactifs spécifiques les tendances sympathicotoniques ou vagotoniques de quelques malades atteints d'affections diverses.

Chez le tabétique, qui l'emporte du système nerveux autonome ou du sympathique?

Chez le tuberculeux lequel des deux appareils prédomine, lequel par contre est insuffisant? Les données cliniques concordent-elles avec les faits ainsi obtenus?

En quelques mots nous donnerons les résultats de nos investigations; elles ont porté sur 2 tuberculeux, 3 tabétiques, 2 parkinsonniens, 1 addisonien, un cas de sciatique, un malade atteint de pachyméningite.

Nous avons utilisé l'adrénaline Clin (1 milligramme) et la pilocarpine Clin (0g01) en injection sous-cutanée : trois heures avant l'adrénaline, le patient absorbait 100 grammes de glycose. Injecté dans ces conditions à un sujet normal, 1 milligramme d'adrénaline Clin provoque une glycosurie d'environ 5 grammes dans les vingt-quatre heures, avec polyurie plus ou moins nette.

Des tuberculeux, l'un (au second degré) présenta (lit 4, salle 20) une glycosurie à peine marquée (2 grammes de sucre en vingt-quatre heures); dans l'urine de l'autre (lit 9, salle 20) dont la bacillose était plus avancée (troisième période), pas trace de sucre; on ne nota pas de polyurie, ni de tachycardie. La pression monta de 10 à 14 centimètres chez le premier, de 11 à 13 chez le second. Nous mesurons toujours les pressions (maxima) avec l'appareil si simple et précis de Riva-Rocci.

Par contre, la pilocarpine produisit une sudation très abondante et une forte salivation (250 centimètres cubes de salive en une demi-heure).

Que les tuberculeux soient des sujets *vagotoniques*, comme ce résulte de ces deux expériences, le fait n'est pas pour surprendre. Nous verrons tout à l'heure que la thyroïde, les surrénales sont des glandes activant le fonctionnement du sympathique; or, les tuberculeux présentent souvent des lésions de l'appareil thyroïdien (Gautier) et surrénal. Sézary (1) a insisté récemment sur les symptômes d'insuffisance surrénale des tuberculeux, leur tension artérielle est toujours faible, ils sont asthéniés; ils présentent, en outre, de la diarrhée, des sueurs spontanées, ces deux phénomènes traduisant une activité prédominante du système autonome.

Les données fournies par les trois tabétiques (lits 16, 31, 32 de la salle 16) abondent dans le même sens.

Après l'adrénaline, jamais de polyurie, la glycosurie est peu marquée (3 grammes de sucre au maximum en 24 heures); la pilocarpine entraîne une sudation très abondante le plus souvent, et toujours 250 centimètres cubes de salive environ.

Il nous semble qu'en rapport avec l'état *vagotonique* ainsi traduit on peut considérer les vomissements, l'hyperchlorhydrie, la diarrhée si fréquents chez les tabétiques; les cœnesthopathies, les troubles trophiques sont des manifestations des lésions du sympathique, de son insuffisance. J. Ch. Roux a d'ailleurs constaté que le sympathique cervical et thoracique, le splanchnique étaient altérés à une période avancée du tabes.

Ziehen faisait également remarquer, à la Société de Médecine interne de Berlin (1909), le rôle que joue le sympathique dans le tabes, rôle que traduisent les symptômes oculo-pupillaires.

Un addisonien (salle 16, lit 6), avant que ne fût institué le traitement opothérapique ayant reçu un milligramme d'adrénaline Clin après l'ingestion

(1) Sézary. Pression artérielle et glandes surrénales chez les tuberculeux, *Arch. des mal. du cœur*, 1910, p. 73.

coutumière de sucre, donna un gramme de glucose dans son volume urinaire de vingt-quatre heures non modifié. Après la pilocarpine, la sudation fut abondante, la salivation moyenne. Pollak, Porges (1) ont insisté sur l'absence de glycosurie adrénalique dans la maladie d'Addison ; nous mêmes avec Thomas (2), ainsi que Bierry et Malloizel, l'avons constatée expérimentalement chez le chien privé de surrénales. Ces glandes conditionnant en partie l'activité du sympathique comme on va le voir, de tels faits étaient à prévoir. Les addisoniens réalisent des *vagotoniques* types.

Les indications fournies par les parkinsoniens furent moins nettes : l'un d'eux (lit 4, salle 16) réagit à peu près normalement à l'adrénaline en donnant 4 gr. 75 de glycose, tandis que l'urine de l'autre malade, dont les tremblements accusaient d'ailleurs un stade plus avancé de l'affection (lit 22, salle 16) ne donna pas trace de sucre. Chez le premier après la pilocarpine, la sudation et la salivation (60 centimètres cubes) furent peu marquées, chez le second elles furent abondantes.

Nous ne pouvons que constater, que se comporta comme un individu normal, le sujet atteint de sciatique qui se trouvait au lit 34 de la salle 16. La glycosurie après l'adrénaline fut de 6 grammes, et la sudation ainsi que la salivation furent moyennes après la pilocarpine.

Enfin, seul l'individu atteint de pachyméningite qui était au lit 33 de la salle 16 manifesta un état *sympathicotonique* indubitable. Tandis que la glycosurie adrénalique fut de 12 grammes, la salivation fut moyenne, mais la sudation absolument nulle après la pilocarpine. Il nous semble d'ailleurs que le critérium — degré de la sudation — soit plus caractéristique que la salivation de l'action de la pilocarpine. Cette dernière se manifeste en effet plus égale, chez les divers sujets, tandis que les degrés dans la sudation sont plus marqués.

Les quelques recherches que nous venons de citer nous permettent donc de constater, comme Eppinger et Hess, que *les individus qui réagissent fortement à l'adrénaline ne réagissent que peu à la pilocarpine*, elles nous permettent donc de confirmer avec eux l'antagonisme des systèmes nerveux sympathique et autonome.

Mais il ne faudrait pas croire que ces investigations soient d'ordre purement théorique ; elles peuvent éclairer la pathogénie et la thérapeutique.

Nous faisions allusion plus haut à l'action qu'exercent sur le sympathique, les thyroïdes et surrénales : ce sont là des données bien établies de la physiologie moderne.

Les glandes à sécrétion interne se peuvent en effet, diviser en deux groupes, suivant que leur produit de sécrétion accroît l'excitabilité du système nerveux sympathique ou du système autonome (3).

(1) *Soc. de méd. int.*, Berlin 1909.
(2) *C. R. de la Soc. de biol.*, 1909, t. I, p. 798.
(3) FALTA. *Soc. méd. de Vienne*, juillet 1909. — CARO. Wechselwirkung der organe mit innerer Sekretion, *Med. Klin.*, 1910, p. 136.

On conçoit donc que d'après l'hypo ou l'hyperfonctionnement de tel ou tel des deux systèmes nerveux, on puisse incriminer l'insuffisance de tel ou tel groupe glandulaire ou l'exagération de sa sécrétion ; des indications opothérapiques s'ensuivent.

Les surrénales, la thyroïde, l'hypophyse (son infondibulum) constituent un premier groupe de glandes endocrines dont le rôle activateur de l'excitabilité du sympathique est démontré ; par contre le pancréas et l'ovaire en paralysent le fonctionnement, exagérant l'excitabilité du système autonome.

Les glandes du premier groupe augmentent la désassimilation des albuminoïdes, le métabolisme des graisses, mobilisent les hydrates de carbone, accroissent l'élimination de l'eau et des sels, tandis que celles du second groupe produisent des effets diamétralement opposés.

Il est facile de se rendre compte, par quelques exemples, de la réalité de tels faits.

Les hydrates de carbone sont mobilisés par les surrénales, immobilisés par le pancréas.

Il est classique, en effet, depuis les recherches de Minkowski et de Hédon, que l'*ablation* du pancréas entraîne une glycosurie abondante. On a d'ailleurs trouvé dans le fait pathologique de l'insuffisance pancréatique l'explication de toute une catégorie de diabètes : les diabètes maigres. Que, d'autre part, l'*injection* d'adrénaline, principe surrénal, provoque la glycosurie, Blum l'a indiqué dès 1901 ; Doyon en a démontré le mécanisme nerveux.

Mais l'antagonisme des surrénales et du pancréas se manifeste encore plus nettement dans un certain nombre d'expériences récentes.

Zulzer, Ghedini, Frugoni ont injecté simultanément les extraits pancréatique et surrénal et ont constaté l'absence de glycosurie.

Frouin, Mayer, Zulzer ayant extirpé les surrénales d'un animal dépancréaté notèrent que la glycosurie auparavant considérable ne tardait pas à diminuer et s'arrêter.

Zulzer lia les veines des capsules surrénales d'un chien dépancréaté, aucune glycosurie n'apparut postérieurement. Enfin une expérience de Lœwi abonde dans le même sens. Le diabète pancréatique, s'est demandé Lœwi, ne résulte-t-il pas du fait qu'en extirpant le pancréas on supprime certaines résistances (nerveuses d'origine centrale) à l'activité du sympathique, résistances qui tiennent en échec l'activité de certains nerfs sympathiques (les splanchniques, par exemple) dont l'excitation normale détermine une mobilisation des hydrates de carbone, une transformation plus intense du glycogène hépatique en sucre? Si le pancréas stimule les résistances à l'activité du sympathique en général, l'ablation de cet organe doit en particulier supprimer la résistance qu'offre normalement le dilatateur de la pupille à l'adrénaline. C'est ce qu'a vérifié Lœwi. Alors que l'instillation d'adrénaline ne produit sur la pupille normale aucune modification, elle provoque après extirpation du pancréas, ou lors

de son insuffisance pathologique, une notable mydriase (1).

Nous pourrions passer en revue nombre de phénomènes et constater l'antagonisme entre les surrénales et le pancréas, ou plus généralement entre les groupes de glandes définis précédemment, qu'il s'agisse du métabolisme des graisses, des albuminoïdes ou des sels minéraux.

Mais quelques mots seulement à ce sujet suffiront.

L'*ablation* du pancréas, l'*injection* d'extrait surrénal en même temps qu'elles provoquent la glycosurie, entraînent la polyurie, l'azoturie. Quant aux sels minéraux on sait depuis les recherches de nombreux auteurs que leurs mutations intraorganiques sont conditionnées par les glandes vasculaires; les surrénales, l'hypophyse, la thyroïde augmentent le métabolisme du calcium, du phosphore, les sécrétions pancréatique et ovarienne les diminuent.

Si nous considérons les phénomènes vasculaires, nous voyons de même les extraits surrénal, thyroïdien et hypophysaire, augmenter la pression artérielle, tandis que les extraits ovarien et pancréatique la diminuent.

La pathologie donne un grand nombre d'exemples typiques, démontrant l'antagonisme des glandes des deux groupes; l'autopsie a révélé une hypertrophie des surrénales et de la thyroïde là où l'ovaire était atrophié; un développement exagéré de l'hypophyse chez les animaux privés de testicules. Mais je ne développerai pas ces données qui ont été remarquablement mises au point par divers auteurs (Rénon en particulier).

Si d'ailleurs nous avons insisté quelque peu sur l'antagonisme fonctionnel entre les deux groupes de glandes endocrines, c'est afin de souligner que leurs produits de sécrétion réalisent cet antagonisme en excitant chacun, les deux appareils nerveux fonctionnellement antagonistes, que sont les systèmes sympathique et autonome.

Aussi n'y-a-t-il pas lieu d'être surpris que l'on aie songé à utiliser l'hypophysine ou la thyroïdine, comme on avait employé l'adrénaline, pour explorer le sympathique dans ses relations avec la nutrition. C'est ce que viennent de faire (janvier 1911), Falta, Newburg et Nobel (2).

Ces auteurs, à certains d'entre les 70 malades qu'ils ont suivis, ont également fait la double épreuve de l'adrénaline et de la pilocarpine, telle que nous l'avons exposée (3); en outre, à quelques patients ils ont injecté soit de l'adrénaline, soit de la pilocarpine.

Nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à rapprocher dans un tableau ces divers documents de ceux d'Eppinger et Hess, et des nôtres. Enfin Molon (1) et Brun (2) ayant tenté, d'ailleurs en vain, d'utiliser l'adrénaline en injection sous-cutanée, comme moyen d'exploration fonctionnelle du foie, ont pu se rendre compte que cette adrénaline ne provoquait pas de glycosurie (à la dose de 1 milligramme et plus) chez nombre de malades; nous avons cru devoir ajouter au tableau leurs résultats, quoique le but poursuivi par ces auteurs fût différent du nôtre.

Action comparée de l'adrénaline et de la pilocarpine dans un certain nombre d'affections.

MALADIES	CAS	L'ADRÉNALINE provoque une glycosurie.	LA PILOCARPINE provoque une		OBSERVATEURS
			salivation	sudation.	
Névr^{se} du vague.	3	Faible.	Forte.	Forte.	Eppinger et Hess.
»	1	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Falta.
Sclér^{se} en plaque.	1	Forte.	Faible.	Faible.	Eppinger et Hess.
Paralysie faciale.	1	*Id.*	*Id.*	*Id.*	»
Tabes..........	3	Nul. ou faib.	Forte.	Forte.	J. Gautrelet.
Tabes..........	2	Faible.			Falta.
Chorée.........	1		Nulle.	Nulle.	»
Mal. de Parkinson.	1	Moy^{e}.	Moy^{e}.	Moy^{e}.	J. Gautrelet.
»	1	Nulle.	Tr. fort.	Forte.	»
Mal. d'Addison..	1	Tr. faib.	Moy^{e}.	Moy^{e}.	J. Gautrelet.
»	»	Nulle.			Pollak-Porges.
Pachyméningite.	1	Forte.	Faible.	Nulle.	J. Gautrelet.
Mal. de Basedow.	3		Forte.	Forte.	Falta.
Acromégalie....	1	Nulle.	Moy^{e}.	Moy^{e}.	»
Infantilisme	1		Tr. forte.	Tr. forte.	»
Asthme et tétan^{ie}.	1	Nulle.	Forte.	Forte.	»
Sciatique.......	1	Moy^{e}.	Moy^{e}.	Moy^{e}.	J. Gautrelet.
Méning. cérébro-spinale.......	1	Faible.			Falta.
Sclér^{se} multiple.	1	*Id.*	Forte.	Forte.	»
Typhoïde	3	Nulle.			Molon.
Dysménorrhée..	1	Positive.			»
Rachitis. tarda..	1	Nulle.	Forte.	Forte.	Falta.
Septicémie micrococcique ..	»	Positive.			Molon.
Tuberc. (2e deg.).	1	Faible.	Forte.	Forte.	J. Gautrelet.
» (3e deg.).	1	Nulle.	*Id.*	*Id.*	»
Broncho-pneumonie tuberc^{se}.	1	*Id.*			Molon.
Mal de Pott.....	1	*Id.*			»
Bronch^{te} tuberc.	1	*Id.*			»

Les conclusions générales que nous pouvons tirer de la comparaison de ces divers documents seront brèves :

1° Les divers malades ne réagissent pas également à une même dose, tant d'adrénaline que de pilocarpine.

2° Les sujets qui réagissent fortement à l'adrénaline (par une glycosurie marquée) réagissent peu nettement à la pilocarpine (salivation, sueurs surtout peu marquées) et réciproquement.

3° Bien plus nombreux sont les malades réagissant spécifiquement à la pilocarpine plutôt qu'à l'adrénaline.

4° Plus nombreuses sont donc les affections dans lesquelles l'activité du sympathique et des glandes (surrénale, thyroïde, hypophyse), qui en sont excitatrices, se trouve diminuée.

(1) Récemment (1911), Josué, M. Labbé et Vitry ont refusé une signification précise à la réaction de Lœwi, *Journ. méd.*, Paris, t. XXXI, p. 47.

(2) Ueber die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion (IV). Ueber Beziehungen der Ueberfunktion zur Konstitution, *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, t. LXXII, p. 97.

(3) Leurs investigations ont porté toutes sur des affections différentes de celles que nous avons étudiées (voir le tableau).

(1) Molon. Glycosurie adrénalique, *Gazz. degl. osped. delle clin.*, 1907, t. I, p. 691.

(2) Brun. *Pediatria*, déc. 1908.

SYSTÈME NERVEUX DE LA VIE VÉGÉTATIVE

NERFS AUTONOMES — ORIGINE	NERFS	GANGLIONS PÉRIPHÉRIQUES	ACTION DE L'EXCITATION	ACTION de la pilocarpine	ACTION de l'atropine	NERFS SYMPATHIQUES — ORIGINE	ACTION DE L'EXCITATION	ACTION de L'ADRÉNALINE
Mésocéphalique.	III	G. ciliaire.	Contracte.... Muscle irien.	Contracte.	Empêche cont.			
	VI		Contracte.... Muscle ciliaire.	Contracte.	Emp. contract.		Contracte......... Muscle rétract. de la membrane nictitante.	Contraction.
			Relâche....... M. rétract. de la membrane nictitante.					
						I-III Th.	Contracte.......... M. de la paupière.	Contraction.
							Contracte.......... M. orbitaire.	Contraction.
						I-II Th.	M. Dilat. de pupille.	
						II-IV Th.	Constriction....... Vaisseaux du cerveau.	Constriction.
							Constriction....... Vaisseaux des oreilles et de la tête.	Constriction.
						IV-VII Th.	Contracte.......... M. des cheveux.	
							Contracte.......... M. du cou.	Contraction.
	VII Corde du tympan.	S. max. et subling.	Provoque..... Gl. s.-max. et subling. Sécrétion.	Provoque.	Emp. sécrét.	II-IV Th.	Provoque.......... Glande sous-maxil. et subling. Sécrétion.	Provoque.
			Const. et dil. Vaisseaux.				Constriction........ Vaisseaux.	Constriction.
	VII	Sph. palat.	Provoque..... Muqueuse de la langue. Sécrétion.	Provoque.	Emp. sécrét.		Provoque.......... Muqueuse de la langue. Sécrétion.	Provoque.
			Cont. et dil.. Vaisseaux.				Constriction....... Vaisseaux.	Constriction.
	IX	Otique.	Provoque..... Muqueuse des joues. Sécrétion.	Provoque.	Emp. sécrét.		Muqueuse des joues. Sécrétion.	
			Contracte .... Vaisseaux.				Relâchement...... Vaisseaux.	?
Bulbaire.	X Pneumogastrique.	G. du vague.	Contracte .... M. bronchiques.	Contracte.	Emp. contract.	I-V Th.	Accélère .... Muscle cardiaque.	Accélère.
			Paralyse...... M. cardiaque.	Paralyse.	Emp. paral.	II Th. — IV Lomb.	Relâche .... Muscles œsophage.	Relâche.
			Contracte.... Muscles œsophage.	Contracte.	Emp. contract.		Relâche .... — cardia.	Relâche.
			Cont. et dil.. — cardia.	Contracte.	Emp. contract.		Relâche et contr... — estomac.	Relâche.
			Cont. et rel.. — estomac.	Contracte.	Emp. contract.		Relâche .... — intestin grêle.	Relâche.
			Cont. et rel.. — intestin grêle.	Contracte.	Emp. contract.		Contr. et relâche. — vésicule biliaire.	Relâche.
			Contracte.... — vés. biliaire.		Emp. contract.		Contracte.......... — conduits biliaires.	
			Prov. sécrét. Glandes estomac.	Prov. sécrét.	Emp. sécrét.		Contracte.......... — sphincter iléo-cœcal.	Contraction.
			Prov. sécrét. — foie.				Provoque.......... Sécrétion du pancréas.	Provoque (?).
			Prov. sécrét. — pancréas.		Emp. sécrét.			
							? Vaisseaux des poumons.	?
							Constriction....... Vaiss. de l'int. grêle jusq. côlon descend.	Constriction.
							Constr. et dilatat. Vaisseaux.	Constriction.
							Contracte.......... Muscles de la rate, de l'uretère.	Contraction.
							Contr. et relâche. Muscles des organes génitaux internes.	Contraction.
							Dilatat. et constr. Vaisseaux des extrémités sup. et inf.	Constriction.
							Contracte.......... Muscles pileux.	Contraction.
							Prov. sécrétion.... Glandes sudoripares.	
Sacrée.	Nerfs pelviens.	Gangl. périph. du bassin.	Dilate........ Vaiss., rectum et anus.			I-IV Lomb.	Prov. constriction. Vaisseaux, rectum et anus.	
			Contracte.... Muscl., rect. et côlon.	Contracte.			Relâche.............. Muscles, côlon et rectum.	
			Contracte.... M. recto-coccygiens.	Contracte.				
			Relâche....... Sphincter anal.				Contraction......... Sphincter anal.	Contraction.
	I-III Nerfs sacrés.		Contracte.... Vessie. Detrusor.	Contracte.			Relâche.............. Vessie. Detrusor.	Relâche.
			Relâche....... Sphincter.				Contracte............ Sphincter.	Contraction.
			Relâche....... Urètre.				Contracte............ Urètre.	Contraction.
			Dilate .... Org. génit. externes. Vaisseaux.				Constriction........ Organes génitaux externes. Vaisseaux.	Constriction.
			Relâche....... Muscles (rect., pénis).				Contracte............ Muscles.	Contraction.

Que le système nerveux autonome prédomine le plus souvent, la chose n'est pas pour nous surprendre. Grasset, dans son remarquable *Traité de physiopathologie* (1), énumère les maladies dans lesquelles on constate une exagération spontanée de la sécrétion sudorale; on voit combien elles sont plus nombreuses que celles où l'on note sa diminution; parmi ces dernières, Grasset n'indique guère que le diabète. Si, en outre, nous considérons les données de l'anatomie pathologique, nous constatons que fréquentes sont les lésions des surrénales, de la thyroïde, de l'hypophyse, dans les maladies les plus diverses [typhoïde, érysipèle, scarlatine, pneumonie, tuberculose — Rénon — (2)]; par contre, a-t-on rarement observé des altérations du pancréas (3), glande antagoniste (4).

On comprend, dès lors, quel parti la thérapeutique peut tirer de ces données dont l'allure plutôt théorique peut, *a priori*, déconcerter; c'est l'opothérapie, médication générale.

Enfin, peut-on, considérant le problème d'un point de vue plus élevé encore, tirer une conclusion du fait que les individus, considérés comme normaux, présentent des modalités légères dans leur manière de réagir à l'adrénaline et à la pilocarpine ? Nous le pensons, et en cela partageons volontiers l'opinion de Falta qui voit dans la prédominance de l'un ou l'autre des systèmes présidant à l'innervation de la vie végétative le substratum anatomo-physiologique de la constitution, du tempérament.

Certains auteurs considèrent la migraine, pour citer un exemple, trouble fréquent chez les arthritiques, comme une manifestation sympathique, et Rivière (5) a récemment encore insisté sur son traitement opothérapique : signaler un tel fait parmi tant d'autres c'est aboutir à l'assimilation de la diathèse à une névrose, ou mieux à sa définition pathogénique, avec L. Lévi et H. de Rothschild, en particulier, par l'hyperfonctionnement ou l'insuffisance de tel ou tel appareil glandulaire à sécrétion interne.

(1) Grasset. *Traité élémentaire de physiopathologie clinique*, Montpellier 1910.

(2) Rénon. *Journ. des prat.*, 1908.

(3) Voir cependant les recherches récentes de Lœper chez les tuberculeux, *Bull. méd.*, 3 déc. 1910.

(4) On lira avec fruit l'intéressant article de Briquet. Essai sur la pathologie du système sympathique, *Presse thérap.*, 10 et 25 juin 1905, et celui de Laignel-Lavastine. Plan général de la pathologie du système nerveux sympathique. *Revue de méd.*, 1909, p. 408.

(5) Rivière. Th. de Bordeaux, 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 31 mai 1911)

Traitement des fractures. — M. Quénu termine la discussion du traitement des fractures obliques formées par les appareils de Lambret (de Lille) et de Lambotte.

Il s'applique à démontrer que les appareils fournissent des résultats remarquables et que leur application équivaut à un traitement de petite chirurgie.

M. Tuffier, sans vouloir suivre M. Quénu dans les considérations théoriques qu'il a développées, ne veut envisager que les faits. Or, sur combien de faits s'appuie M. Quénu pour faire admettre ses conclusions ?

M. Quénu répond que les considérations qu'il a émises portent sur les fractures en général. Quant à l'appareil de Lambret qu'il a modifié, les deux cas qu'il a apportés lui semblent bien justifier ses conclusions.

M. Thiéry est à peu près seul, avec M. Tuffier, à défendre la suture osseuse. Bien qu'en dise M. Quénu, M. Thiéry ne saurait considérer comme de la petite chirurgie l'application de l'appareil de Lambret. Une opération qui nécessite l'anesthésie générale, la perforation de l'os, n'est pas de la petite chirurgie. Mettons que c'est de la chirurgie moyenne.

M. Quénu maintient son opinion.

La discussion sur les fractures est close.

Néphrectomie et néphrotomie. — M. Pousson (de Bordeaux) rappelle avoir soutenu cette opinion que pour l'ablation de calculs septiques il valait mieux recourir à la néphrectomie. Trois faits récents ont modifié son opinion et lui ont démontré que la néphrotomie pouvait être préférée dans un certain nombre de cas.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui avait un rein bourré de calculs. La séparation des urines ayant laissé quelques doutes sur l'intégrité absolue de l'autre rein, M. Pousson se borna à faire une néphrotomie. Le rein était cependant très altéré. La portion supérieure seule était saine. La partie inférieure et le bassinet étaient bourrés de calculs. Il fallut prolonger l'incision rénale pour arriver à nettoyer complètement ce rein. Les calculs enlevés, il ne restait plus qu'une loque informe. M. Pousson sutura le mieux qu'il put, capitonna les bosselures inférieures, tamponna et draina. Dans les premiers jours pas une goutte de pus, ni d'urine ne sortit par la plaie. Après dix jours, on enleva le tampon et il sortit une grande quantité de liquide séro-purulent. On croyait bien qu'il allait s'établir une fistule. Il n'en fut rien. Six semaines après l'opération, la guérison était complète. Le rein opéré a repris sa fonction. La quantité totale de l'urée a notablement augmenté. La néphrotomie a donc donné, dans ce cas, un résultat inattendu.

M. Pousson communique deux autres cas analogues.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. Brin (d'Angers) communique deux cas de gastrotomie pour corps étrangers de l'œsophage.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme de quarante ans qui avait avalé son dentier, et dans l'autre d'un tout jeune enfant chez lequel il s'agissait d'un corps étranger avec aspérités. Dans ces deux cas, M. Brin n'ayant pas cru devoir employer ni le panier de De Graefe, ni le crochet de Kirmisson fit chez l'enfant d'abord une œsophagotomie externe puis la gastrotomie.

Chez l'autre, il fit d'emblée la gastrotomie. Ces deux malades ont bien guéri.

M. Lejars, à ce propos, rappelle l'histoire d'un enfant qui avait avalé dix-huit sous. Il fit la gastrotomie, eut quelque peine à trouver le cardia et y introduisit par l'estomac, une sonde œsophagienne qu'il fit passer au-dessus des sous. Il la retira brusquement et tous les sous furent ainsi ramenés dans l'estomac.

M. Sébileau a cette impression qu'il n'aurait opéré aucun des deux malades de M. Brin, puisqu'ils ne présentaient pas de phénomènes d'asphyxie. Il aurait attendu. Il est si fréquent de voir ces corps étrangers sortir d'eux-mêmes par les voies naturelles.

M. Sieur, en opérant un enfant de végétations adénoïdes, eut une rupture de l'adénotome. La radioscopie montra que

le corps étranger était dans l'œsophage au-dessous du larynx. Il fit l'œsophagotomie externe, n'ayant pas osé se servir du panier de Graefe, ni du crochet de Kirmisson. Il ne trouva rien. L'enfant, en vomissant, avait rendu le bout de l'adénotome dans une compresse. L'enfant guérit.

M. Sébileau fait observer que cette rupture de l'adénotome n'est pas très rare. Mais dans ce cas encore, il aurait attendu tant qu'il n'y avait pas d'accidents nécessitant une intervention urgente.

M. Sieur fait observer qu'il s'agissait d'un corps très agressif. Pourquoi attendre les accidents de rupture de l'œsophage ?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 MAI 1911)

Sérum de rougeoleux et anticorps syphilitiques. — MM. P. Teissier et R. Lutembacher. La rougeole, capable de modifier *in vivo* les réactions cutanées des tuberculeux vis-à-vis des injections de tuberculine peut modifier également *in vivo* l'action d'autres sensibilisatrices tels que les anticorps syphilitiques.

Observation d'une malade en pleine syphilis secondaire qui contracte la rougeole et dont le sérum pendant les premiers jours de l'éruption donne une réaction de Wassermann négative.

Dans les jours suivants, la réaction redevient progressivement positive ; ce fait ne semble pas dû à une disparition des anticorps spécifiques, mais à une propriété empêchante des sérums de rougeoleux.

Le sérum de rougeoleux mélangé à un sérum syphilitique donnant la réaction de Wassermann empêche la réaction dans les premiers jours de l'éruption ; quelques jours après on voit cette propriété empêchante disparaître et de même que les sérums normaux, de scarlatine..., son mélange avec un sérum syphilitique laisse se produire la déviation habituelle.

Cette propriété transitoire persiste souvent deux ou trois jours, mais elle peut être de durée beaucoup plus courte. Elle ne peut pas s'expliquer par l'activité hétéro-hémolysante de ces sérums, variable dans ces diverses affections.

Relations entre la stercobiline fécale et l'urobiline urinaire au cours des ictères par rétention. — MM. Marcel Labbé et P. Carrié ont étudié, au cours d'ictères par rétention, les corrélations qui existent entre la stercobiline fécale, l'urobiline urinaire et l'urobiline sanguine. Ils concluent : lorsque l'obstruction est complète et qu'il n'arrive plus de bile dans l'intestin, la stercobiline fait défaut dans les matières fécales et l'urobiline dans l'urine. Lorsque l'obstruction cesse et que la bile arrive dans l'intestin, la stercobiline apparaît dans les fèces et l'urobiline dans l'urine. Si les périodes d'obstruction et de désobstruction se succèdent chez le même malade, on voit chaque fois disparaître puis réapparaître la stercobiline fécale et l'urobiline urinaire. Si l'on suit l'urobilinurie au déclin de l'ictère, on voit que celle-ci décroît progressivement et finit par disparaître quand le sujet est complètement guéri. La présence ou l'absence d'urobiline dans le sérum sanguin coïncide avec la présence ou l'absence de la stercobiline et de l'urobiline. Sans nier la possibilité de genèses autres de l'urobilinurie, ils se rallient pour l'interprétation de ces faits à la théorie exterogène, classique en Allemagne, suivant laquelle une partie de la stercobiline fécale fait retour au foie, qui la retient lorsqu'il est sain et la laisse passer lorsqu'il est lésé.

Recherches sur la cutiréaction à la tuberculine au cours de la rougeole. — MM. P. Teissier et M. Léon Kindberg ont tout d'abord vérifié la loi de von Pirket (disparition de la cutiréaction pendant l'éruption rubéolique). Pour en élucider le mécanisme, ils ont tout d'abord fait des cutiréactions comparatives d'une part avec la tuberculine seule, d'autre part avec un mélange tuberculine plus sérum (de rougeoleux et de provenances diverses), mélange fait dans des conditions variées. Ils ont ensuite recherché l'action d'un sérum de rougeoleux sur la réaction de fixation à la tuberculine. Sans qu'on puisse conclure de façon absolue, il semble que parfois le sérum des rougeoleux puisse affaiblir l'action de la tuberculine.

Les centres organostatiques et la dérivation cutanée. — M. Pierre Bonnier, propose le nom d'organostatiques, au lieu de trophiques, pour les centres nerveux qui maintiennent les éléments, les tissus, les organes dans la ligne de différenciation anatomique et d'attribution fonctionnelle qui leur a été assignée. C'est par l'intervention de ces centres qu'agit toute thérapeutique et en particulier la dérivation cutanée. Comme exemples disparates de résultats immédiats obtenus expérimentalement par la sollicitation directe de ces centres, il rapporte des cas de disparition d'emblée de verrues, de rétraction plantaire, de varices, d'érythromélalgie, de lichen et un cas de disparition du signe des orteils chez un sujet atteint de tabes combiné.

Ictères hémolytiques avec polyglobulie. — M. Jean Troisier rappelle tout d'abord que l'ictère hémolytique, tel qu'il a été décrit jusqu'ici, s'accompagne d'hypoglobulie. D'après lui il en existe une variété avec polyglobulie. A l'appui de cette assertion il cite une cas d'hémoglobinurie paroxystique accompagné d'ictère hémolysinique dans lequel le sang présentait une polyglobulie très nette. Il rapporte également d'autres faits d'ictère hémolytique par fragilité globulaire coïncidant avec la cyanose et avec une augmentation du nombre des hématies.

D'après l'auteur, il s'agit dans l'hémoglobinurie paroxystique d'ictère et de polyglobulie hémolysiniques. Dans la cyanose, c'est l'état anoxhémique du sang qui est la cause déterminante de l'ictère hémolytique (cyanose ictérigène).

Parathyroïdes et acidose. — M. L. Morel. L'étude de la symptomatologie parathyroprive et les constatations du métabolisme permettent de dire que l'animal (chien) parathyroprivé est en état d'acidose. L'acidose est l'aboutissant fatal de la parathyroïdectomie ; elle existe dans les cas à réaction hypersténique, et dans les cas sans tétanie. Sa constance implique l'étroitesse de ses relations avec l'état parathyroprivé. Les facteurs qui favorisent ou qui entravent le développement de l'acidose, précipitent ou ralentissent l'évolution de l'état parathyroprivé vers le terme fatal. La survie moyenne du chien parathyroprivé étant de neuf jours ; si on augmente l'acidose, on réduit la survie à deux jours ; si on diminue l'acidose, on augmente la survie à vingt jours. Il y a un rapport étroit entre le degré d'acidose et le temps de survie des carnivores parathyroprivés.

Le taux de la cholestérine dans le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. — MM. A. Chauffard, Guy Laroche et A. Grigaut. La cholestérine existe dans le liquide céphalo-rachidien normal, mais en proportions très faibles et variant entre 0gr007 et 0gr014. Ces chiffres restent sensiblement les mêmes au cours des différents états morbides et même dans les maladies, s'accompagnant d'hypercholestérinémie. Le liquide céphalo-rachidien se comporte donc au point de vue de la dialyse comme le liquide d'œdème et le liquide amniotique.

Chez les malades atteints de différentes lésions organiques du système nerveux (paralysie générale, tabes, méningite tuberculeuse, démence), le taux de la cholestérine reste également normal ou ne subit qu'une augmentation très minime.

Enfin, dans les hémorragies, méningites, il existe dans les premiers jours une augmentation de la cholestérine rachidienne due à l'introduction du sang.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 MAI 1911)

Injections d'arsenobenzol. — M. LEREDDE présente un appareil pour injections intraveineuses ; grâce aux deux récipients dont l'un contient du sérum physiologique et l'autre de l'arsenobenzol, on évite le passage du médicament en dehors des veines, et par suite les douleurs locales et les escarres.

Sporotrichose. — M. BOUVET présente une malade qui offre aux deux mains des nodules sous-cutanés et cutanés qu'il croit être de nature sporotrichosique. Un des 9 nodules a commencé à suppurer. Comme étiologie : une piqûre septique il y a deux mois. Ni réaction locale ou générale, ni douleur, ni retentissement ganglionnaire.

Paludisme chronique et cure alcaline. — M. VIDAL. Contre les accidents chroniques, anémie, palustre et lésions des organes hématopoiétiques, la quinine reste sans action, ainsi que tous les autres médicaments pharmacothérapiques. Seule, la physiothérapie donne des résultats précis et particulièrement la médication hydrominérale.

Les eaux alcalines modifient profondément le foie du paludéen et font disparaître les troubles d'ordre digestif, toxique ou fonctionnel. Ces eaux font un véritable cytolavage, elles exalent la biligenèse, la fonction glycogénique et l'anémie palustre disparaît promptement; le nombre des globules rouges augmente, le taux de l'hémoglobine s'accroît ainsi que l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.

M. DEPASSE a été élevé avec l'opinion que les alcalins cachectisent, et aujourd'hui, pense au contraire que les eaux alcalines même prises pendant des années n'ont jamais cachectisé personne.

La pathologie des aztèques d'après les ex-votos. — M. BÉRILLON. Certaines figures votives précolombiennes de provenance aztèque, en terre cuite, témoignent d'un tel souci de l'exactitude qu'à leur examen, il est possible de porter un diagnostic rétrospectif. Les affections représentées, à n'en pas douter, sont l'ostéomalacie, le mal de Pott, les abcès froids, les abcès du sein, les affections cancéreuses, les névralgies dentaires, la syphilis, l'aliénation mentale. Dans ce dernier cas, le statuaire a eu soin de modeler sur la tête du patient l'image d'un caméléon. Les figures démontrent que chez les Aztèques, les lésions organiques arrivaient à un degré très accentué faute de soins médicaux. Cette constatation permet de supposer que les connaissances médicales étaient rudimentaires chez les Aztèques, les pratiques superstitieuses n'étant florissantes que là ou l'art médical ne l'est pas.

M. MORIN a vu à Paris un cas de syphilides confluentes qu'on aurait pu prendre pour des ulcères variqueux, et très analogues à la description de M. Bérillon.

M. SMESTER. Ce n'est pas seulement dans les temps reculés des peuples au Mexique que l'on trouve des lésions qui rongent peu à peu l'être humain.

M. Smester a vu à Port-au-Prince (Haïti) en 1875 et 76, plusieurs malades hommes et femmes, qui avaient de vastes ulcérations rectales ou recto-vaginales. Ces vastes cloaques étaient littéralement remplis de vers que l'on pouvait ramasser par cuillerées.

Exostoses calcanéennes. — M. PERAIRE présente une série de radiographies d'exostoses du calcanéum chez des malades n'ayant jamais accusé de talalgie; ces faits sont à opposer à la théorie qui prétend que la talalgie reconnaît toujours une exostose pour cause.

M. D. GRON. Il s'agit dans bien des cas, d'insertions tendineuses ossifiées et non d'ossification.

Le voyage d'études médicales. — M. CARRON DE LA CARRIÈRE annonce qu'une bourse est mise à la disposition de la Société de médecine de Paris pour le prochain voyage d'études médicales; cette bourse sera tirée au sort à la séance du 24 juin entre les membres qui se seront fait inscrire.

Sur le parasitisme en général. — M. KLOTZ passe en revue les cas de symbiose, de parisitisme simple et de parasitisme causant des maladies.

Il croit que ces associations ont joué et jouent encore un grand rôle dans la transformation des espèces.

FORMULAIRE

HYPERHYDROSE PLANTAIRE

MM. Nicolas et Jambon (1) recommandent les lavages fréquents avec des solutions astringentes, par exemple :

Tanin	4 grammes
Alun	20 —
Eau	1000 —

Si les sueurs sont fétides, on peut substituer à ces solutions soit le bain de pied au permanganate de potasse à 1/1000, soit le bain de pied acidulé.

Acide sulfurique	5 grammes
Eau tiède	3 litres

(C. James.)

dans un bain de pied en porcelaine ou en faïence, répéter tous les trois jours, pendant dix minutes.

Dans l'intervalle, poudrer l'intérieur des chaussettes avec :

Talc	40 grammes
Salicylate de bismuth	30 —
Oxyde de zinc	20 —
Alun pulvérisé	10 —

Mais le traitement de choix est le badigeonnage au formol:

Formol à 40 p. 100	10 grammes
Eau distillée	100 —

trois à quatre badigeonnages dans le courant de la saison.

Pour les personnes à peau délicate, on peut étendre la solution ou l'additionner de glycérine.

ANALYSES

MEDECINE

Notes et réflexions sur la nosologie du Maroc. HERZEN (de Tanger). *Rund. f. Med. m.* 4-5-6, 1911.) — Nous croyons pouvoir intéresser les lecteurs en reproduisant les principales conclusions du très remarquable article publié par le docteur Herzen (de Tanger) sur la nosologie du Maroc, article fort utile à consulter pour tous ceux, médecins ou colons, qui désireraient aller s'installer au Maroc.

1° Il semble incontestable que les Européens peuvent s'établir et se bien porter au Maroc. Ce pays possède en effet un climat tempéré et sain ne nécessitant pas un acclimatement.

2° L'étude des maladies régnantes au Maroc prouve que contrairement à ce que l'on suppose en général, les maladies

(1) *Hygiène de la peau et du cuir chevelu* (Actualités médicales), Paris, J.-B. Baillière.

propres aux pays chauds y sont inconnues (sauf dans la région saharienne), et que les maladies habituelles à nos régions y prennent une bénignité remarquable.

3° L'unique maladie grave à redouter est *la variole*, facile à éviter d'ailleurs, grâce à la vaccination et aux revaccinations.

Contribution à l'étude de l'origine hépatique des hémorroïdes. (Georges JOUANNE. Th. Paris, chez Steinheil.) — Cette thèse inspirée des idées du professeur Gilbert et ses élèves, constitue une sorte de revue générale des différentes affections hépatiques capables de s'accompagner d'hémorroïdes non seulement les *cirrhoses* veineuses avérées, mais aussi les cirrhoses *latentes*, *graisseuses*, *stéatose hépatique*, comme également toutes les affections de la *famille biliaire*. Les hémorroïdes constituent souvent le signe révélateur d'une affection hépatique latente. Elles peuvent diminuer la *pléthore portale* et à ce titre comportent un pronostic favorable, comme aussi s'accompagner d'*hémorragies* avec pronostic sévère. Elles peuvent être améliorées par le *massage* direct du foie.

Herpès facial dans la scarlatine. (D. ROLLESTON, *The British Journ. of Dermatol*, octobre 1910.) — Déjà noté par Féréol, Jürgensen, V. Pirquet, l'herpès facial n'est pas rare dans la scarlatine, où l'auteur l'a observé 37 fois sur 413 cas, il y est toutefois moins fréquent que dans la pneumonie, le paludisme et la méningite cérébro-spinale. Le plus souvent il siège aux lèvres, reste localisé, ne dure pas et ne laisse pas de cicatrice à sa suite. On l'a vu survenir pendant la période d'incubation (Letellier). Sa valeur diagnostique est médiocre. Sa signification pronostique n'a rien de défavorable. Sa pathogénie est loin d'être encore élucidée. L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

La période d'incubation dans la rougeole. (M. SÉBILLEAU, de Nantes. *La Clinique infantile*, 1er octobre 1910, n° 19 p. 582.) — Loin de n'intéresser que médiocrement le médecin, cette période de l'affection est au contraire très importante à étudier, en vue de pouvoir réaliser une prophylaxie précoce : il faut tout d'abord signaler pendant cette période une simple *modification de l'état général*, avec une légère *hyperthomie*.

Importants aussi sont les troubles *gastro-intestinaux* (douleurs abdominales, coliques glaireuses) ou des *poussées* fugaces et précoces de catarrhe pulmonaire. — Mais parmi ces symptômes l'auteur signale tout spécialement l'*hypertrophie brusque*, soudaine, des *ganglions du cou*, sans gonflement parotidien, cette hypertrophie disparaissant assez rapidement après la période d'éruption. Ces signes sont à ajouter à la perte de poids, à l'hyperleucocytose, phénomènes déjà signalés comme symptômes assez particuliers de cette période d'incubation de la rougeole. L. BABONNEIX.

L'ictère émotif chez l'enfant; observation d'un cas suivi d'une petite épidémie familiale d'ictère infectieux. (Prosper MERKLEN, *Bul. de la Soc. de péd.* 21 février 1911.) — Au sujet de la constatation d'un ictère soi-disant émotif, l'auteur en est amené à étudier le mécanisme de cette variété d'ictère, et il en arrive aux conclusions suivantes : « On est tout au plus autorisé à émettre l'hypothèse que l'ictère apparaît comme la résultante tardive d'un trouble hépatique contemporain des autres réactions émotionnelles, les voies qui mènent de l'émotion à l'infection demeurant d'ailleurs mal explorés. » Il est d'ailleurs logique de regarder la fugacité de l'émotion infantile comme une des causes principales qui entravent le développement de l'ictère émotif dans le jeune âge : Néanmoins très souvent, il serait possible de trouver une cause infectieuse à l'origine de ces ictères émotifs, infection peut-être déclanchée d'ailleurs par l'émotion.

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique usuelle du praticien (1), *Deuxième série*, par le professeur Albert ROBIN, de l'Académie de médecine.

La deuxième série de la *Thérapeutique usuelle du praticien* vient de paraître, et ce n'est pas user d'un cliché conventionnel que de dire qu'elle était impatiemment attendue. En dehors des privilégiés qui ont pu suivre personnellement les leçons du professeur Albert Robin, tous ceux qui ont eu en main le premier volume de la série et qui ont trouvé constamment en lui un guide pratique et sûr au milieu des difficultés quotidiennes de la clinique, tous ceux-là dis-je désiraient que le second volume, en attendant le troisième, ne tardât pas trop à paraître.

Je ne me permettrai point de faire l'éloge de l'enseignement de M. Albert Robin, ni d'expliquer sa conception de la *thérapeutique fonctionnelle*; il s'est suffisamment expliqué sur ce dernier point par la parole et par la plume, pour que tout médecin qui s'intéresse réellement aux progrès de son art sache à quoi s'en tenir. Mais si je n'ai point à parler du principe il m'est permis d'insister sur la façon dont il est mis en œuvre, et de dire avec quel soin, avec quelle clarté, avec quelle constante préoccupation de la mise au point des dernières acquisitions réelles de la science l'éminent clinicien de Beaujon a rédigé ces leçons. Le malade est là, magistralement évoqué à nos yeux, et celui qui entreprend de le guérir ne se contente pas, pour chaque trouble fonctionnel survenant au cours de l'affection, de nous indiquer le médicament de choix, il entre minutieusement dans l'étude de ce médicament, des correctifs et des adjuvants qui doivent l'accompagner, il en précise les doses, et bien entendu accorde la large place qui leur est due aux règles d'hygiène et à l'utilisation des eaux minérales et des cures physiothérapiques.

C'est dans cet esprit que M. Albert Robin étudie au cours du présent volume les *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme blennorragique), les *maladies de la nutrition* (polyarthrite déformante, goutte articulaire aiguë et chronique, diabète sucré, albuminurie diabétique), les *maladies de l'appareil respiratoire* (pneumonie, œdème aigu du poumon, pleurésie gauche à grand épanchement, bronchite diffuse et emphysème pulmonaire, bronchite et broncho-pneumonie fétide) les *maladies du système nerveux* (ramollissement cérébral, ictus apoplectique de la syphilis cérébrale, paralysie agitante) et une *maladie de la peau*, le prurigo.

Ce livre est donc bien écrit pour le praticien, car, dit excellemment M. Albert Robin « il n'est pas pour un médecin de titre plus enviable que celui de bon praticien, ni qui lui donne de plus légitimes satisfactions. Les savants de laboratoire, si haut placés soient-ils, ont toujours dans la réalité de leurs conceptions une part de rêve et quelque chose de spéculatif. Le praticien, lui, est toujours en action ou en instance d'action. Il prend corps à corps la maladie et son traitement; il lutte contre la misère morbide de toute l'énergie de son intelligence, de son expérience et laissez moi ajouter, de son cœur. »

Je tenais à citer ce dernier mot qui me paraît vivifier encore et illuminer puissamment l'œuvre de M. le professeur Albert Robin. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les fonctions digestives (2), par le docteur E. BARDIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Ce volume appartient à l'excellente « encyclopédie scientifique » dont nous avons eu maintes fois l'occasion de parler,

(1) In-8 de 530 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.
(2) Un vol. de 438 p. avec 29 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

et il fait partie de la section de physiologie dirigée par M. J.-P. Langlois.

D'habitude, pour étudier les fonctions digestives, on établit des divisions, correspondant aux différentes sections anatomiques du tractus bucco-gastro-intestinal; il a paru à l'auteur qu'une autre méthode, plus conforme à la continuité et à la finalité des actes digestifs serait préférable, et qu'il valait mieux ne tenir compte que de la nature des phénomènes considérés dans leurs relations et leur succession. Avec cette méthode on divise les fonctions digestives en trois parties principales : fonctions chimiques, fonctions motrices, fonctions d'absorption. C'est ce qu'à fait M. Bardier en s'attachant surtout à faire une mise au point exacte, et en tenant compte à la fois des faits classiques et des données contemporaines. A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 4 mai 1911.) FÜRBRINGER : Traitement du rein mobile. — HECKER : Contribution à l'étude de la maladie de Weil. — PLESCH : Nouvelle méthode de percussion des sommets du poumon. — SCHERESCHEWSKY : Diagnostic de la syphilis et syphilis diagnostikum de von Dungern. — TELEMANN : Les courants à haute fréquence en médecine. — WALTHARD : Sur le prurit vulvaire psychogène et son traitement. — ISELIN : Traitement chirurgical de la contusion cérébrale. — HUFNAGEL : Importance diagnostique des troubles de la circulation dans la tuberculose précoce sous l'influence du travail musculaire. — NADUR : Néphrite aiguë syphilitique et salvarsan. — ROTHSCHILD : Un cas de vagissement intra-utérin. — POULSEN : Synovite de l'avant-bras. — WUID : Intoxication par le salpêtre du Chili et recherche spectroscopique du nitrite dans le sang. — (N° 19, 11 mai.) FRIEDRICH : Gangrène aiguë de la vésicule avec ou sans lithiase. — SCHITTENHELM et WEICHHARDT : Sur l'anaphylaxie cellulaire. — STRUERTZ : Sur la conception de la radiographie instantanée. — ENGELEN : Mesure et importance de la pression abdominale. — ROUBITCHECK : Traitement médicamenteux de l'hyperacidité. — BECKER : Sur la pseudo-aphasie hystérique. — REIFFERSCHEID : Sur les mouvements respiratoires intra-utérins du fœtus. — LIECK : Sur les corps étrangers de l'utérus comme moyens anticonceptionnels. — FRANZ : Coups de feu articulaires et fractures par coups de feu. — WAGNER : Plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de feu sans lésions viscérales. — HOHMEIER : Fermeture d'une brèche vésicale étendue par plastique aponévrotique. — SONNENBERG : Technique des injections intraveineuses de salvarsan.

Journal médical de Bruxelles— (N° 19, 11 mai 1911.) VANDERVELDE : Un cas de dégénérescence amyloïde méconnue. — D. BARUCH : De l'agénésie vaginale. — SCHLEMMER : L'asthme et son traitement hydro-minéral (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 25 avril 1911.) CZERNY et CAAN : Expériences avec le salvarsan dans les tumeurs malignes. — DE QUERVAIN : Diagnostic radiologique de l'ulcère rond de l'estomac. — HERSCHELL : Sur l'opération radicale de l'oreille. — STÜHMER : Sur la question du salvarsan. — EHRET : Sur le diabète de la grossesse. — AUTENRIEHL et MÜLLER : Dosage colorimétrique du sucre, de la créatine, et de la créatinine dans l'urine. — NODOLENCZI : Sur l'éducation des sourds. — LAUBENHEIMER et CAAN : Sur une infection tétanique après injection sous-cutanée de radiolcarbenzyme. — KAUERT : Expériences avec l'hormonal dans la constipation chronique et l'iléus paralytique. — GROUVEN : La syphilis secondaire des singes inférieurs et des lapins. — (N° 18, 2 mai.) V. PIRQUET : La double réaction dans la vaccine. — A. SCHMIDT et DAVID : Sur l'emploi thérapeutique de l'air pauvre en acide carbonique chez l'homme. — R. EMMERICH : Nouvelles preuves de l'acide nitrique comme cause de l'intoxication cholérique. — HOHMEIER : Nouveau procédé pour la fermeture des brèches trachéales. — MARTIN : L'injection continue de solution saline dans le rectum. — KAUSCH : Le lavage haut de l'intestin. — NEUHAUS : Expériences avec le salvarsan, surtout dans la syphilis du système nerveux central. — BERNIG : Un cas de réinfection syphilitique. — STERN : Opération césarienne sur les morts. — BOESL : Origine rare de l'intoxication mercurielle. — RICHTER : La clinique royale des femmes de Dresde. — VIDAL : La lutte la plus efficace contre la mortalité infantile. — LEUGEMANN : Nouvelle bottine pour la guérison de l'insuffisance du pied. — MALHES : La cause de l'étranglement dans la rétroflexion de l'utérus gravide.

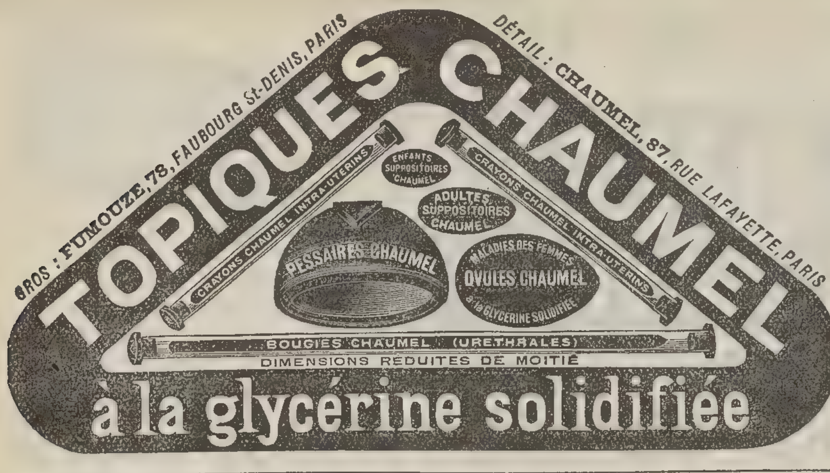
Paris médical. — (N° 23, 6 mai 1911.) LINOSSIER : Les maladies de la nutrition en 1911. — R. LÉPINE : Une cause possible d'hyperglycémie dans le diabète. — GILBERT et LEREBOULLET : La glycosurie diabétique, son rythme journalier. — GILBERT et BAUDOUIN : La glycémie diabétique. Ses variations sous l'influence de l'épreuve du sucre. — Marcel LABBÉ : La ration d'entretien chez les obèses. — HANRIOT et PARTURIER : La climatothérapie en Algérie. — LINOSSIER : La radioactivité des eaux minérales. — (N° 24, 13 mai.) CRUCHET : Un cas d'hydrocéphalie avec anencéphalie partielle. — A. SCHWARTZ : Amputation du col utérin par le procédé de Schrœder. Technique opératoire. — NOBÉCOURT : Les médications dans le traitement de la coqueluche normale. — Albert WEILL : Le traitement de la paralysie infantile.

Pédiatrie pratique. — (N° 218, 15 mai 1911.) HUTINEL : La conception moderne de la chorée. — TIXIER : Colites de l'enfance.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 27 avril 1911.) BOKAY, VERMES et Z. BOKAY : L'action curatrice du salvarsan dans la syphilis de l'enfance. — BIERNACKI : Diagnostic et pathogénie de la lithiase biliaire. — LUGER : Un cas de tétano-épilepsie. — BERNHARDT : Nouvel indicateur pour la fixation de l'alcali titrable dans le sang. — (N° 18, 4 mai.) DURIG : Actions physiologiques des climats d'altitude. — FLINKER : Sur la pathogénie au crétinisme. — MAREK : Sur un cas de tétanie après injection d'adrénaline dans l'ostéomalacie. — KOLLER : Sur la présence de cellules cardiaques dans l'urine. — CATTORETTI : La meiostagmine, réaction chez les rats blancs après extirpation des 2 surrénales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


TOPIQUES CHAUMEL
GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES OVULES CHAUMEL à la GLYCERINE SOLIDIFIÉE
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ
à la glycérine solidifiée

N° 64. — MARDI 6 ET JEUDI 8 JUIN 1911. 84e ANNÉE. MARDI 6 ET JEUDI 8 JUIN 1911. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre. ***Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.***

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

SOUSCRIPTION NATIONALE EN FAVEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL FRANÇAIS DE BEYROUTH. — Une souscription a été ouverte par le syndicat de la presse parisienne en faveur de la Faculté de médecine et de l'hôpital français de Beyrouth dont la situation précaire a enfin ému tous ceux qui s'intéressent à l'influence française en Orient.

La première liste a réuni 101 200 francs.

Les souscriptions sont reçues au syndicat de la presse parisienne, 37, rue de Châteaudun ; au comité de l'Asie française, 19, rue Cassette, et au Crédit industriel et commercial, 66, rue de la Victoire.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Wolfrom, Leveuf, Métivet, Luzoir et Mornard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lelièvre (Auguste), docteur en médecine, est nommé du 15 mai au 31 octobre 1911, chef du laboratoire de la clinique d'accouchements (Baudelocque), en remplacement de M. Cazeaux, décédé.

— Un arrêté ministériel déclare la vacance de la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de Paris.

Cette chaire était occupée par M. Chauffard, récemment nommé professeur de clinique médicale.

Cette décision ministérielle porte à trois le nombre des chaires de la Faculté de médecine actuellement vacantes. En effet, ainsi que nous l'avons dit, la chaire de physique médicale est vacante, par suite de la retraite de M. Gariel, et celle de pathologie interne, par suite de la nomination de M. Déjerine comme professeur de clinique des maladies du système nerveux.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — MM. les docteurs Jean Ferrand et André Thomas sont nommés médecins de l'hôpital Saint-Joseph.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Vigot, chef des travaux de physiologie, est prorogé pour trois ans, à dater du 1er août 1911, dans les fonctions de chef des travaux de physiologie.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Garcin et M. le médecin aide-major de première classe Dargein ont reçu des lettres de félicitations (épidémie de peste bubonique de Boc-Znika-Maroc.)

NOUVEL HOPITAL. — La semaine dernière a été inauguré l'hôpital clinique Saint-Luc, fondé rue des Marguettes par les docteurs Le Fur, Rouland et de Keating Hart. Ce nouvel hôpital recevra des malades de cinq à dix francs par jour.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Gustave, Cyprien Constant, interne à l'hôpital civil d'Armentières; de M. le docteur Arthur Emery Desbrousses.

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Une nouvelle série de cours pratiques va s'ouvrir du 15 juin au 14 juillet :

Clinique thérapeutique et hygiène alimentaire : M. de Grandmaison. — Ophtalmologie : M. d'Ayrenx. — Oto-rhino-laryngologie : MM. Cauzard et Faseuille. — Gynécologie : M. Leuret. — Pratique obstétricale : M. Pierra. — Accidents du travail : M. Rondeau.

Droits d'inscription : 25 francs pour un cours ; 35 francs pour deux cours ; 50 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le secrétaire de l'école d'enseignement médical, 18, rue du Luxembourg, Paris (6e), de deux heures à cinq heures.

INTERNAT DES ASILES. — Une conférence privée est ouverte pour la préparation au concours de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine. (Anatomie et physiologie du système nerveux, pathologie interne et externe, question de garde.)

Ecrire à M. G. Genil-Perrin, interne à l'asile clinique, 1, rue Cabanès.

LA PRÉHISTOIRE

ET LES

ORIGINES DE L'HUMANITÉ DANS L'EUROPE OCCIDENTALE

Par M. MAURICE FAURE (de La Malou),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le problème de nos origines s'est posé, à l'occasion des découvertes de fossiles humains, au cours du siècle dernier. Jusque-là, certains peuples avaient vécu dans une vague croyance à l'éternité du monde

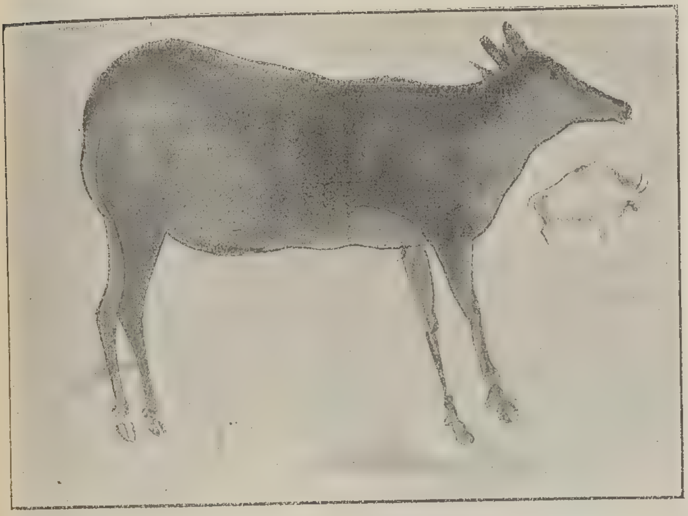


FIG. 1. — *Biche à l'arrêt* (1).

actuel, sans rechercher quels pouvaient être son commencement et sa fin. D'autres acceptaient les légendes inscrites dans les livres sacrés, qui assignent à l'humanité une naissance soudaine et mi-



FIG. 2. — *Sanglier au galop*.

raculeuse, à une époque distante de quelques milliers d'années à peine : on peut admettre que cette époque correspond à l'âge de la pierre polie (*Epoque Néolithique*), et que l'humanité y était à peu près semblable à celle de nos jours. Aucun document certain ne nous renseigne sur elle, mais les monuments mégalithiques, les habitations lacustres, les grottes funéraires, les traditions orales recueillies dans des chants et des récits sacrés, nous permettent cependant de retrouver, dans ces temps, reculés d'une dizaine de mille ans peut-être, non point certes l'origine ethnique de l'humanité, mais du moins l'origine et le préambule de son histoire.

En partant de ce point, et pour arriver jusqu'à nos jours, on traverse cet âge de la pierre polie où stagnaient, récemment encore, quelques populations primitives (telles que les Peaux-Rouges), refoulées depuis par les conquêtes du siècle dernier, et qui vont disparaître ; — puis, l'âge du bronze, qui correspond à l'état de nos pays avant l'invasion gauloise, il y a quelque cinq mille ans, alors que naissaient les civilisations méditerranéennes ; — enfin l'âge du fer, qui est celui des Barbares soumis par Rome au début de notre ère. Cet ensemble d'âges (qui ont éveillé les imaginations des poètes et des historiens plutôt qu'ils n'ont attiré les investigations des hommes de science), commence les Temps actuels, qui continuent encore. Dans quelques milliers d'années, les



FIG. 3. — *Bison à l'arrêt*.

géologues qui retrouveront nos restes, ne les différencieront guère de ceux des âges de la pierre polie, du fer, ou du bronze, car l'humanité est à peu près la même, les civilisations sont analogues, et les temps écoulés infimes, par rapport à la longue durée des époques géologiques. Aussi les terrains où ont vécu nos pères, où ils sont ensevelis, et où nous les rejoindrons, sont-ils réunis sous un seul nom : *Terrains quaternaires récents ou actuels*, correspondant à une faune, une flore, un climat et une configuration du sol, sensiblement les mêmes qu'aujourd'hui.

* * *

Une série déjà longue de découvertes heureuses, a récemment permis de reconstituer des époques beaucoup plus anciennes, au cours desquelles le monde géographique et ethnique était différent du monde actuel. En remontant le cours de ces époques, l'on rencontre des espèces humaines autres

(1) Les figures 1, 2 et 3 sont des dessins de M. l'abbé Breuil, d'après les peintures murales de la grotte d'Altamira. (*Loc. cit.*)

que celles qui vivent aujourd'hui, et l'on arrive ainsi à poser, sans toutefois le résoudre encore complètement, le problème de la naissance et de la filiation de l'humanité sur la terre.

On peut diviser en trois ces périodes géologiques, parce que trois fois le climat, la faune, la flore et l'humanité ont changé dans nos pays. Nous allons parcourir successivement ces périodes, en partant du début du terrain quaternaire récent (c'est-à-dire de l'aurore des temps actuels), pour aller vers la période la plus reculée, en creusant de plus en plus profondément les terrains quaternaires anciens, jusqu'aux couches supérieures du terrain tertiaire.

I

Première période géologique. — QUATERNAIRE ANCIEN (PALÉOLITHIQUE SUPÉRIEUR). — AGE DU RENNE. — ÉPOQUE MAGDALÉNIENNE. — Il y a 20.000 ans environ, les glaciers qui couvraient une grande partie de l'Europe centrale se retirèrent peu à peu : le climat était alors sec et froid, les différences de température très grandes. Le sol était couvert de sapins, de bouleaux, de plantes alpestres et de maigres prairies. Parmi les animaux qui vivaient dans notre pays, les uns, comme le renne, se sont retirés depuis dans la zone arctique; les autres, comme le chamois, le lièvre blanc, le bœuf musqué, la marmotte, ont gagné les régions montagneuses où ils rencontrent des conditions climatériques qui se rapprochent de celles de ces temps anciens; l'auroch et le bison, leurs contemporains, sont réfugiés dans les forêts de la Russie et du Nord de l'Amérique; et c'est dans la Sibérie que nous retrouvons encore aujourd'hui le renard bleu et l'ours gris.

D'autres animaux, fidèles à notre sol, y sont restés depuis ces temps anciens : le cheval (plus court, plus trapu et velu que le nôtre), le bœuf, le sanglier, le cerf. La plupart d'entre eux, d'ailleurs, étaient là déjà durant les époques précédentes, et nous donnent ainsi un remarquable exemple de durée et d'adaptation.

En raison de la rigueur de la température, l'homme de cette époque vivait surtout dans les cavernes (d'où le nom de troglodyte qu'on lui donne souvent). Ces cavernes étaient profondes (parfois de plusieurs centaines de mètres) et abritaient des familles, des tribus, probablement nombreuses. Quelquefois hautes et larges, formant de vastes salles, parfois réduites à un étroit boyau, ces cavernes portent encore des traces nombreuses de l'homme, qui y a longtemps vécu. Sur leur parois, des sculptures, des peintures, faites d'un ocre rouge (sels de fer) et d'une terre d'un noir bleuâtre (manganèse), d'un art très sobre et très précis, témoignent du coup d'œil exercé des troglodytes et de leur goût certain (1). L'homme connaissait l'éclairage, sous la forme de brandon résineux fiché au mur, ou sous la forme de lampe à huile. Il employait le feu, non seulement pour se chauffer, mais aussi pour cuire des os longs (qu'il fendait pour en extraire la moelle), et, sans doute aussi, des viandes. Les nombreux débris d'os, volontairement cassés, que l'on retrouve mêlés aux cendres du foyer, autorisent cette hypothèse. L'examen de ces débris de nourriture montre que le cheval, le renne, le bœuf et l'auroch, étaient les gibiers les plus ordinaires. Les poissons s'y trouvaient sans doute aussi, mais leur débris ne se sont point conservés. Notons que, dans le gisement de Chancelade, en Périgord, on a trouvé des débris de phoques, qui apportent une preuve de plus en faveur des analogies de la vie dans les régions arctiques contemporaines, et dans nos pays, à ce moment.

C'est l'une de ces grottes habitées, celle de la Magdeleine (Dordogne), qui a servi à désigner l'EPOQUE MAGDALÉNIENNE, qui est le type de cette période.

L'homme magdalénien, artiste et industrieux, jouissait de peu de bien-être : entassé dans ces clapiers empestés de fumée et de charognes, vêtu de peaux assemblées et cousues au moyen de tendons de renne, il était surtout préoccupé de chasse et de pêche, qui étaient ses moyens de subsistance et sa distraction. Presque tout l'outillage qu'il fabriquait adroitement : harpons, pointes de lances et de flèches, se rapporte à ce besoin. Le reste : grattoir, perçoir, aiguille, burin, servait à faire des vêtements ou des dessins. Quelques objets, d'utilité indéterminée, étaient peut-être des insignes de puissance (bâtons de commandement, en bois de renne).

Les cadavres étaient enfouis dans des sépultures peu profondes, dans la caverne même, et parfois sous le foyer. Ils portaient des colliers et des bracelets de pierres et de coquillages, que l'on retrouve encore auprès des squelettes. Ces coquillages et ces pierres, ainsi rencontrés dans les demeures magdaléniennes de la Dordogne, nous enseignent qu'il existait déjà des échanges commerciaux ou des migrations de peuples, puisqu'ils proviennent de la Méditerranée.

C'est de cette époque que datent les seules manifestations artistiques connues de l'humanité préhistorique, et les manifestations industrielles les plus variées. L'os, le bois de renne, l'ivoire, la pierre taillée, sont les matières premières : elles servent à faire les instruments les plus délicats qui soient jamais sortis des ateliers préhistoriques, et certaines aiguilles d'os sont si fines, qu'elles ne furent pas égalées, dans la suite, par le bronze et le fer, et qu'il faut arriver aux temps modernes pour trouver des aiguilles d'acier plus fines encore.

Sur des plaquettes d'ivoire, sur des fragments de bois de renne ou d'os, on trouve des gravures d'un trait parfaitement exact. Elles représentent toujours des animaux, comme les sculptures et les peintures, et ces dessins sont d'autant mieux traités qu'ils sont plus isolés. Quand l'artiste a, volontairement ou non, été entraîné à réunir, sur le même champ, plusieurs animaux de même espèce, ou d'espèces diffé-

(1) Découvertes, étudiées et reproduites par les professeurs Cartailhac, Capitan et l'abbé Breuil, dans les grottes d'Altamira (Espagne), de Font-de-Gaume et de Combarelle (Eyzies, Dordogne), ces peintures ont été réunies dans de très belles publications par la munificence du prince de Monaco (imprimerie de la Principauté).

rentes, il ne sait point les grouper, et les enchevêtre les uns dans les autres. Par contre, il utilise avec adresse le manche d'un outil, le bout d'un bois de renne, un fragment d'ivoire, pour sculpter une figurine agréable.

Il existe aussi quelques représentations humaines en gravure et sculpture, mais elles sont incomplètes, et généralement inférieures aux représentations d'animaux, quoique d'un réalisme saisissant. Elles nous permettent de représenter l'homme magdalénien velu, avec des cheveux crêpus, et la femme tantôt jeune, d'un visage agréable encadré de cheveux tressés, tantôt âgée, avec des mamelles fortes et tombantes, et des développements adipeux analogues à ceux de certaines négresses contemporaines.

Des mortiers, servant à triturer les sels rouges de fer, peuvent permettre de penser que cette couleur était utilisée pour la toilette, sous la forme de peinture ou de tatouages, analogues à ceux que l'on retrouve, de nos jours, chez beaucoup de peuples sauvages.

La hauteur des couches de débris fossilisés trouvées dans les grottes et à leur pourtour, nous permet de supposer un habitat fort long. Toutefois, la coutume de laisser ces débris en place, ou de les rejeter en tas à l'entrée de la grotte, peut nous illusionner sur la durée de leur formation. L'étude des couches ordinaires du terrain est plus sûre : elle nous enseigne que cette époque a duré certainement plusieurs milliers d'années, c'est-à-dire pendant toute la rétrocession des glaciers, qui a été lente, et accompagnée d'un refroidissement et d'un dessèchement progressifs de l'atmosphère. Du climat sibérien, notre région est ensuite lentement passée au climat actuel, avec lequel commencent les temps néolithiques. Il n'est donc pas exagéré de supposer que l'ère magdalénienne a duré autant ou plus que les temps actuels, et que, par conséquent, le début des temps néolithiques est très probablement plus rapproché de nous que du début des temps magdaléniens.

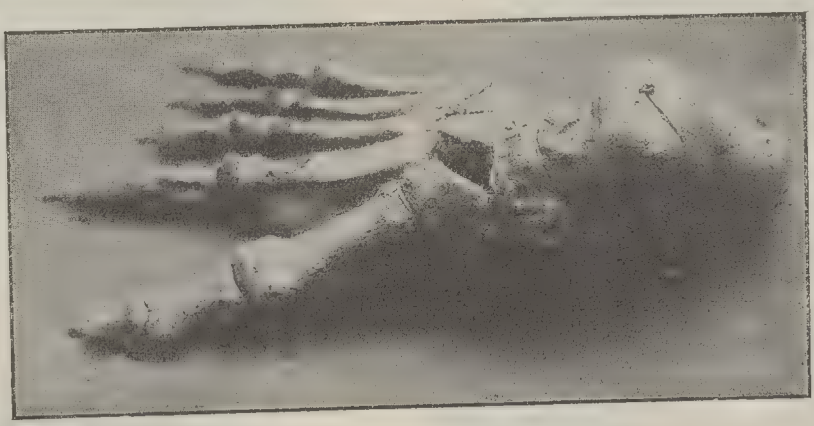


Fig. 4 (1). — *Pied du squelette de Raymonden, monté par M. Testut* (le deuxième cunéiforme manque). — Pièce originale du musée de Périgueux. — Voir figures 5 et 6.

Les géologues et les préhistoriens différencient diversement les temps magdaléniens. On a tendance aujourd'hui à les subdiviser en trois époques successives : 1° *Aurignacienne* (d'Aurignac, Haute-Garonne) ; 2° *Solutréenne* (de Solutré, Saône-et-Loire) ; 3° *Magdalénienne* (de la grotte de la Magdeleine, en Périgord.) C'est cette dernière qui est la plus caractéristique, et qui nous a servi de type. C'est pendant l'époque solutréenne que l'on trouve cependant la plus belle industrie de la pierre taillée. C'est de ce moment que datent les pointes de lances et de flèches en forme de feuilles de laurier, les pointes à cran d'arrêt, d'un dessin très esthétique, d'une exécution parfaite. Par contre, l'industrie solutréenne de l'os et de la corne est tout à fait rudimentaire. L'industrie de l'époque aurignacienne est inférieure à tous égards à celle des deux époques suivantes, et semble marquer une transition entre l'industrie magdalénienne proprement dite et l'industrie des époques antérieures.

Il convient d'étudier la constitution anatomique de l'homme, au début et à la fin de l'époque magdalénienne, car les types que nous connaissons, contemporains de ces deux dates, sont très différents l'un de l'autre, plus différents assurément que l'est, de nous, l'homme néolithique, ce qui tend à confirmer l'hypothèse de la durée relativement plus grande des temps magdaléniens que des temps actuels.

Nous choisirons deux squelettes, qui sont, de beaucoup, les plus importants par le nombre de leurs pièces et par la qualité de leur conservation. Le premier a été trouvé au gisement de Raymonden, commune de Chancelade, près de Périgueux, par MM. Hardy et Féaux, conservateurs du musée de cette ville, en 1888. C'est le squelette d'un homme de cinquante à soixante ans, robuste, de petite taille (1m60 environ), portant la trace d'un enfoncement de l'écaille du temporal par un traumatisme extrêmement violent (tel qu'une chute d'un lieu élevé, ou un coup de massue), suivi, d'ailleurs, d'une cicatrisation parfaite, avec atrophie partielle des muscles temporaux du même côté. L'anatomiste éminent qui eut à étudier ce crâne, estime qu'une telle blessure eût, certainement, de nos jours, entraîné la mort (Testut) (2). Toutes les insertions musculaires sont plus développées que sur les squelettes modernes, les os sont plus massifs, leurs extrémités plus grosses ; les mains et les pieds sont grands, quoique les quatre membres ne soient pas proportionnellement plus longs que chez les hommes d'aujourd'hui ; les membres inférieurs seraient même proportionnellement plus courts, et le tronc plus grand et plus large dans le sens latéral et antéro-postérieur. Le premier métatarsien est fort écarté du second, ce qui permet d'admettre un orteil préhensile par adduction, mais non par opposition (comme d'ailleurs, chez certaines races humaines contemporaines, quoique à un

(1) Les figures 4, 5, 6, 9, 11, 12 et 13 nous ont été très obligeamment prêtées par M. Steinheil.

(2) Recherches anthropologiques sur le squelette quaternaire de Chancelade, *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Lyon* (extrait); Lyon, Pitrat, éditeur.

moindre degré). Les surfaces articulaires du fémur, du tibia et de la rotule montrent que les genoux étaient légèrement fléchis. La direction des pièces du squelette permet d'établir que l'axe des deux membres inférieurs était vertical et non point oblique de haut en bas et de dehors en dedans, comme chez nous (1).

Il est hors de doute que le pied du Magdalénien est un pied de marcheur, et non point de grimpeur. La disposition de ses membres inférieurs fortement musclés, et légèrement fléchis, rendait possible une course rapide, que son large thorax permettait de faire durer longtemps, et qu'il utilisait sans doute fréquemment pour la poursuite du renne et du cheval blessés par le harpon et le javelot. L'attitude du tronc était verticale et la position de la tête semblable à celle de nos contemporains; mais le volume de cette tête était relativement beaucoup plus grand chez le troglodyte. La face surtout était énorme, avec des pommettes très saillantes et très larges, dues à des arcades zygomatiques très développées. La mâchoire inférieure était fort lourde, avec un menton droit et des maxillaires sans trace de prognatisme. Le front était bas, le crâne développé latéralement et surtout en arrière, de sorte que sa capacité, égale ou même supérieure à celle de nos crânes modernes, est toute au profit des régions postérieure et inférieure de l'encéphale, c'est-à-dire du cervelet, du cunéus, de la région pariétale et des lobes temporaux. On en peut inférer que le développement cérébral de l'homme magdalénien devait être égal au nôtre quand à la masse de la substance nerveuse, et qu'il se produisait surtout en faveur des centres sensoriels, ainsi que des centres sensitivo-moteurs ; mais que les régions que nous dénommons « psychiques » y étaient d'une ampleur relativement beaucoup moindre.

(1) Remarque de l'auteur.

Ces mêmes caractéristiques se retrouvent chez un squelette trouvé à Laugerie-basse (Eyzies, Dordogne) et qui est, comme le précédent, contemporain de la belle époque de la civilisation magdalénienne. Enfin, l'étude de diverses autres pièces éparses confirme ces résultats.

Si, maintenant, nous prenons l'autre spécimen que nous avons choisi, nous allons le trouver, par quelques points, différent. C'est aussi le squelette d'un homme adulte, trouvé à Combe-Capelle, près de Montferrand, en Périgord, par MM. Klaatsch et Hauser, en 1909 (1). Ce squelette qui est, comme le précédent, dans un bel état de conservation, nous montre aussi les signes d'une grande robustesse; mais il diffère de l'homme de Chancelade par certains caractères de la tête : le front est plus bas, les arcades sourcilières plus saillantes, le crâne est moins développé dans tous les sens, le menton existe à peine, et les deux maxillaires sont nettement prognates. Comme le squelette de Montferrand correspond à la période aurignacienne (c'est-à dire tout à fait au début du paléolithique supérieur) et qu'il est, par conséquent, antérieur de plusieurs milliers d'années (peut-être de plusieurs dizaines de milliers d'années) à celui de l'homme de Chancelade, ces différences anatomiques doivent vivement nous frapper. Si des trouvailles postérieures viennent confirmer les caractéristiques anatomiques de l'homme d'Aurignac et leur opposition avec celles de l'homme de la belle époque magdalénienne, il sera difficile de ne pas admettre qu'une évolution

(1) KLAATSCH et HAUSER. L'homme d'Aurignac (station de Combe-Capelle, près Montferrand, en Périgord), *Præhistor. Zeits.*, 1910, p. 274.



FIG. 5. — *Profil de la tête de Raymonden, commune de Chancelade (Périgord)* [Epoque magdalénienne]. — Pièce originale du musée de Périgueux.

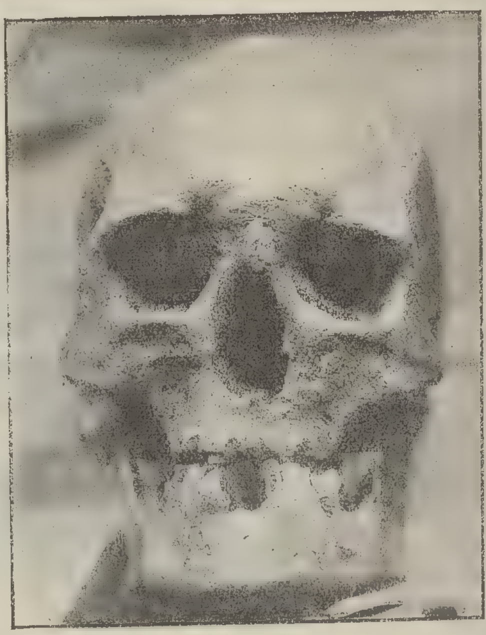


FIG. 6. — *Face de la tête de Raymonden.* — Voir figure 5.

nette du type humain s'est produite chez nous, pendant le paléolithique supérieur (1).

Qu'est devenue cette race humaine, dont les traits principaux nous sont maintenant assez bien connus, qui a vécu dans nos pays pendant toute la période de rétrocession des glaciers et de transformation du climat glaciaire en climat moderne, et qui, par son art, son industrie, ses mœurs, et sa constitution anatomique, présente une homogénéité suffisante (plus grande, assurément, que celle des populations postérieures), pour que nous l'ayons considérée dans son ensemble et en elle-même, quelles que soient ses relations possibles avec les races qui l'ont précédée et suivie? Puisqu'il semble



Fig. 7. — *Profil de la tête de Combe-Capelle, près Montferrand (époque Aurignacienne).* — D'après M. Hauser [*Loc. cit.*] (2 et 4).

qu'elle ait subi, chez nous, une transformation pendant cette longue période, devons-nous supposer, qu'en continuant de se transformer, elle a donné naissance aux populations postérieures, de même que, par d'autres transformations, elle était peut-être issue des populations antérieures?

Il est vraisemblable qu'il y a, dans cette hypothèse, une part de vérité, parce que l'on retrouve certains caractères de l'homme magdalénien chez des néolithiques, de même que l'on retrouve, dans l'homme d'Aurignac, certains caractères de la race qui l'a précédé. Mais M. Testut, auquel nous devons une excellente étude de l'homme de Chancelade, a constaté que les mensurations qui lui ont été fournies par son squelette, comparées à celles des hommes de nos jours, se rapprochent plus de celles des Esquimaux que de celles de tout autre peuple. D'autre part, nous savons que des néolithiques modernes, comme les Indiens Peaux-Rouges, traversent l'Amérique à la suite du bison, qui est leur principale ressource. Enfin, les analogies d'industrie et de modus vivendi sont frappantes entre le Magdalénien et l'Esquimau. Celui-ci n'a d'autres instruments que ceux qu'il fabrique avec le bois du renne, les os et la pierre. Il vit de chasse et de pêche, dans des tentes enfumées et empestées, par groupes de familles ou tribus. Il est vêtu de peaux de bêtes, et sa constitution sociale est des plus simples. Il est donc permis de supposer que le Magdalénien, venu à la suite du renne, a quitté notre pays avec lui, en



Fig. 8. — *Profil de la tête de la Chapelle-aux-Saints* [Epoque moustérienne]. — D'après M. Boule (3 et 4).

marche vers les régions arctiques, lorsque notre climat a cessé de lui convenir, et que cette migration s'est faite lentement, comme le changement du climat lui-même; que, par suite, des croisements se sont produits avec la population précédente, et que de nombreux spécimens de la race magdalénienne, en contact prolongé avec ses successeurs, sont restés dans notre pays et ont été définitivement absorbés dans la formation du peuple suivant, en transmettant à certains individus quelques-unes de leurs caractéristiques; qu'enfin les Esquimaux actuels sont les derniers descendants de la race pure Magdalénienne.

II. **Deuxième époque géologique.** — Quaternaire ancien (Paléolithique moyen). — Age du Mammouth. — Epoque glaciaire ou Moustérienne. — Nous voici arrivés maintenant à une époque fort éloignée de nous : certains préhistoriens parlent de 100000 an-

(1) On pourrait aussi, d'ailleurs, supposer qu'il s'agit de deux races distinctes (aurignacienne et magdalénienne) qui se sont succédé sur le même sol. Mais il y aurait lieu d'objecter à cette hypothèse qu'il existe déjà, pendant l'aurignacien, des traces d'art magdalénien (Breuil).

(2) A comparer avec le profil de Raymonden (fig. 5) [Epoque magdalénienne] et avec le profil de la Chapelle-aux-Saints (fig. 8) [Epoque moustérienne]. L'Aurignacien semble être intermédiaire entre le Moustérien et le Magdalénien proprement dit.

(3) Exécutée d'après la photographie de la reconstitution due à M. le professeur Boule, et publiée dans la *Revue d'Anthropologie*, 1909. Paris, Masson.

(4) Nous avons modifié la direction de l'axe horizontal des figures 7 et 8.

nées et plus (1), mais rien ne nous permet de donner à cet égard une indication exacte. De grands glaciers couvrent le centre et le nord de l'Europe et s'avancent dans nos pays, envahissant la Suisse, les Vosges et le Jura et s'étendant jusqu'au point où se trouve aujourd'hui Lyon. Le Plateau central et les Pyrénées forment deux autres groupes glaciaires. Le climat est moins rigoureux qu'à l'époque magdalénienne, car il réunit les conditions les plus favorables pour la formation des glaciers, c'est-à-dire : 1° une température assez régulière, oscillant de quelques degrés au-dessus et au-dessous du zéro centigrade; 2° une forte humidité de l'air amenant d'abondantes chutes de neige, de sorte que celle-ci, incomplètement fondue, s'entasse, se comprime sous son propre poids, se soude à elle-même et forme les glaciers.

La configuration du sol est à peu près la même qu'aujourd'hui, mais les cours d'eau sont plus abondants et plus larges. La végétation est, grâce à l'humidité de l'air et à l'égalité de la température, beaucoup plus riche qu'à l'époque magdalénienne et rappelle celle que l'on trouve, de nos jours, sur le versant des montagnes : ce sont de grandes forêts, de riches pâturages, où se mélangent les plantes des climats tempérés et des climats froids. La faune comprend des éléments analogues à ceux de la période magdalénienne, comme le cheval, le sanglier, l'auroch; mais il n'y a point encore de renne. Par contre, trois grands animaux, aujourd'hui disparus complètement, sont caractéristiques de l'époque que nous étudions : le *Mammouth* (*Elephas primigenius*) le *Rhinocéros Tichorrhinus*, et le *Cervus megaceros*. Ce dernier, muni de bois palmés de 3 mètres d'envergure, a vécu, en dernier lieu, en Irlande, où son espèce a fini de s'éteindre, au commencement de notre ère. On sait que le mammouth, retiré en Sibérie, s'y est éteint également, mais à une époque dont l'histoire ni la légende n'ont point conservé le souvenir. Ses restes, engloutis dans des blocs de glace, y sont demeurés jusqu'à nos jours, et ont permis de reconstituer exactement quelques spécimens. L'ivoire fossilisé de ses défenses a été utilisé par l'industrie, en si grande quantité, que l'on peut évaluer à plusieurs milliers le nombre des animaux qui ont été retrouvés. Le poids moyen d'une de ces défenses est de 150 à 200 kilogrammes.

C'est sur le bord des glaciers et des cours d'eau, sous des abris de rochers, dans des grottes peu profondes, que vivaient les hommes de cette époque. Comme on n'a trouvé aucuns de leurs restes dans les régions couvertes par les glaciers, tandis qu'au contraire on trouve, dans ces mêmes régions, des restes magdaléniens, il est facile de se rendre compte que la race humaine dont nous allons parler a été contemporaine des glaciers, tandis que la race magdalénienne leur a succédé.

(1) Nous devons à MM. de Mortillet un essai de mise en ordre et de classification chronologique de tous les documents de la préhistoire. On peut n'être pas d'accord avec ces auteurs sur toutes les époques dont ils ont tracé les limites ou sur la durée de chacune; mais on ne saurait contester l'importance de leur effort et la valeur des services qu'ils ont rendus.

L'abri sous roche, qui constitue l'habitat le plus ordinaire de cette période, est formé par une muraille de rochers surplombant le sol. Ces abris devaient être très fréquents à ce moment, par suite du retrait



Fig. 9. — *Tête trouvée dans la grotte du Moustier par M. Hauser.* — Moulage du docteur Klaatsch. Musée de Périgueux.



Fig. 10. — *Tête de chimpanzé.* — Moulage de l'Ecole d'Anthropologie (1).

relativement récent des grands cours d'eau qui les avaient creusés à l'époque antérieure. Depuis, les rochers formant surplomb se sont éboulés et c'est dans ces éboulis, à plusieurs mètres au-dessous de la surface du sol actuel, que l'on retrouve les ins-

(1) Nous avons rapproché cette photographie de celle du jeune homme du Moustier (fig. 9) afin de montrer les différences et les ressemblances : la tête du Moustérien semblant être, au moins par la face, à égale distance de l'homme et de l'anthropoïde modernes.

truments et les ossements fossiles. Il subsiste, en Périgord, nombre de murailles rocheuses, qui sont des stations préhistoriques importantes, et quelques-unes nous montrent encore des abris sous roches typiques. C'est l'une de ces grottes (la Grotte du



Fig. 11. — *Profil de la tête du Moustier.* — Moulage du musée de Périgueux. — Voir figure 9.

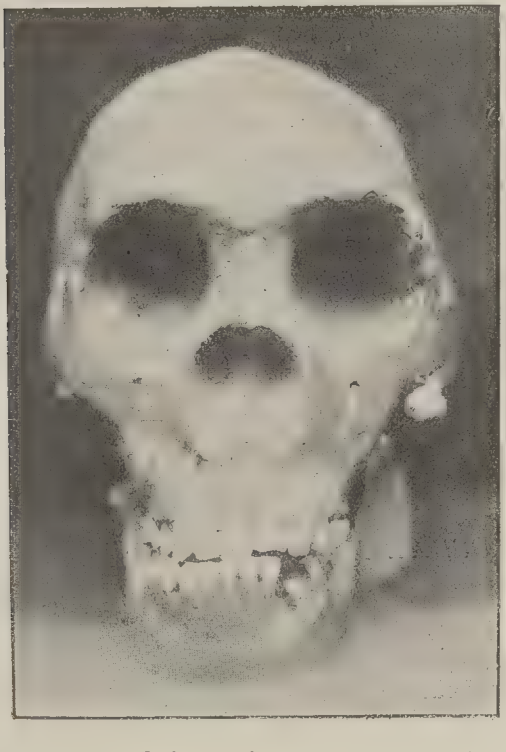


Fig. 12. — *Face de la tête du Moustier.* — Moulage du musée de Périgueux. — Voir figure 9.

Moustier, en Périgord) qui a donné son nom à l'époque que nous étudions, et que l'on désigne sous le nom d'*Epoque Moustérienne.*

Tout démontre que cette époque a été fort longue, plus longue sans doute, à elle seule, que tous les temps que nous avons déjà parcourus, et qui l'unissent à nos jours. Au point de vue de l'humanité moustérienne, le nombre des stations, en France, en Belgique, en Espagne, en Allemagne, en Autriche; la richesse de leurs gisements, nous permettent de connaître une race très nombreuse, ayant couvert un territoire étendu et y ayant subsisté très longtemps. Par son anatomie, comme par son industrie, cette race humaine est remarquablement homogène, et beaucoup moins variée que les races postérieures. On ne connaît de l'homme moustérien que quelques outils de pierre taillée, de dimensions moyennes, formant une sorte de hache tenue à la main, des lames, des pointes et des râcloirs. Ces outils sont évidemment tout-à-fait insuffisants comme armes. N'ayant ni lance, ni harpon, ni flèche, l'homme moustérien devait, sans doute, employer des massues de bois, et les outils de pierre lui servaient à les préparer. Ils lui servaient aussi à dépecer les animaux abattus, qui étaient surtout des chevaux et des bovidés. Après les avoir dépouillés de leurs peaux, et avoir désarticulé les quatre membres et la tête, qu'il emportait à son repaire, le chasseur abandonnait sur place le corps.

Nous possédons quelques types assez bien conservés et très remarquables de la race moustérienne. Tel le squelette d'un jeune homme de seize ans environ, trouvé dans la grotte du Moustier et étudié par MM. Klaatsch et Hauser (1), celui d'un adulte trouvé à la Chapelle-aux-Saints (Corrèze), par MM. les abbés Bardon et Bouyssonnie et étudié par M. Boule (2), celui de la Ferrassie (Dordogne), trouvé par MM. Capitan et Peyronny; ceux de Spy (Belgique), étudiés par M. Fraipont (3). A l'aide de ces pièces, très bien datées par des chercheurs compétents et consciencieux, on peut reconstituer, en grande partie, l'homme moustérien. Il était petit ($1^{m}50$ à $1^{m}60$), la tête était forte avec un crâne fuyant, sans front, d'un grand développement occipital. La face, aux pommettes effacées, présentait quatre caractéristiques qui ne se retrouvent dans aucune des races modernes : 1° les arcades orbitaires forment une voûte saillante en avant du crâne, et il existe une dépression frontale entre ces arcades et la voûte du crâne; 2° les cavités orbitaires et l'orifice des fosses nasales sont énormes et arrondis; 3° le corps du maxillaire supérieur a un développement si considérable qu'il forme un véritable museau; 4° le maxillaire inférieur a une branche horizontale arrondie en avant, continuant, par conséquent, la courbe du museau formé par le maxillaire supérieur et n'ayant aucun menton. La branche montante, large et lourde, indique très puissante une musculature de la mâchoire.

Le corps était petit, robuste, de section presque cylindrique. Les membres étaient relativement courts, munis d'os très forts avec des extrémités et des surfaces d'insertion énormes. Nous n'avons pas encore d'études de la main et du pied.

La conformation et la position de la tête, ainsi que son articulation avec la colonne vertébrale, et la

(1) H. Klaatsch. *Die Forschritte der Lehre von der Neanderthal-Rasse* (1903-1908); in *Ergebnisse der Anatomie*, etc., de Merkel et Bonnet. XVII, Bd., 1907, p. 431, à Wiesbaden, chez Bergmann.

(2) Boule et Verneau. *L'anthropologie*, Paris, 1909, Masson.

(3) J. Fraipont (de Liège). *Les hommes de Spy. Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques.* Paris, 1891. Leroux, édit.

forme des vertèbres cervicales, permettent de penser que l'attitude debout n'était point verticale, mais oblique. La position des fémurs et leur surface articulaire montrent que les genoux étaient écartés (1) et les jambes fortement fléchies.

Cet homme était si profondément différent de toutes les races humaines actuelles que nous pouvons le présenter comme une espèce distincte, aujourd'hui disparue. Il connaissait l'usage du feu, puisque les foyers sont nombreux dans les stations moustériennes. Des os noircis permettent de supposer qu'il passait les viandes ou les os dans le feu



Fig. 13. — A. *Fémur du squelette du Moustier* : l'axe de la diaphyse est oblique de haut en bas et de dedans en dehors; — B. *Fémur du squelette de Raymonden* : l'axe de la diaphyse est vertical; — C. *Fémur Néolithique* de la grotte funéraire de Campniac, près Périgueux : l'axe de la diaphyse est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. — L'axe du col a, dans les trois os, une direction correspondant à celle de la diaphyse. — Pièces du musée de Périgueux.

avant de s'en nourrir. Il est possible qu'il ait enseveli ses morts, mais le fait n'est pas bien démontré. Certains squelettes ont été cependant retrouvés entourés de pierres plates comme s'ils en avaient été recouverts volontairement. La puissance de la musculature de la mâchoire permet de supposer la persistance d'une nourriture végétarienne difficile à mâcher, comme les racines crues par exemple. Aucune partie de l'outillage ne permet de penser que les peaux pouvaient être assemblées en vêtements ; par contre, l'existence des râcloirs de pierre a fait supposer que ces peaux étaient préparées pour l'usage et servaient de couvertures.

Bien que nous n'ayons aucune représentation de l'homme moustérien, nous pouvons cependant l'imaginer, mais d'une manière hypothétique. Velu, trapu, jambes courtes, écartées et demi-fléchies, bras courts et puissants, mains et pieds fortement développés, servant à la fois à marcher et à grimper, il devait se tenir habituellement dans l'attitude accroupie et parfois dans l'attitude fléchie avec l'appui d'un bâton. La conformation de sa face rend douteuse l'existence du langage articulé, tel que nous le concevons aujourd'hui, mais tout ce que nous savons, par ailleurs, permet d'admettre un langage réduit à la mimique et à la phonétique. Les groupes sociaux paraissent avoir été rudimentaires et réduits à la famille. Le cerveau exclusivement postérieur permet de supposer un grand développement sensoriel en rapport avec l'importance des cavités nasale et orbitaire, et des sinus de la face.

Qu'est devenue cette race si nombreuse, la plus nombreuse certainement des races préhistoriques actuellement connues ? A-t-elle fui devant l'apparition du froid violent de la période magdalénienne et surtout devant l'invasion des chasseurs de renne ? A-t-elle été décimée, réduite en esclavage, absorbée, assimilée par ses successeurs ? ou bien leur a-t-elle tout simplement donné naissance par voie de transformation lente et graduelle du type moustérien en type magdalénien ? La nourriture, devenant de plus en plus carnée, à cause du froid progressif et, par conséquent, de plus en plus tendre ; l'usage du feu pour la cuisson des aliments facilitant la mastication, on pourrait expliquer, par la loi du moindre besoin, la rétrocession progressive de la mâchoire et des muscles masticateurs. Cette considération, jointe au redressement progressif de l'attitude, et au développement cérébral, pourrait suffire à expliquer l'augmentation du volume du crâne et sa projection en arrière (Papillault). Toutes ces hypothèses sont également vraisemblables.

(A suivre.)

(1) Remarque de l'auteur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUIN 1911)

Spirochètes et spirilles de l'intestin. Conditions de leur présence. Leur rôle possible dans certains états de l'intestin. — MM. Pierre Teissier et Ch. Richet fils ont étudié, pendant les années 1909, 1910, 1911, les spirochètes de l'intestin, et ils ont pu constater leur présence dans la flore intestinale de la plupart des malades, particulièrement chez ceux qui présentaient des troubles digestifs. Il existe plusieurs variétés de spirochètes : l'un que les auteurs désignent sous le nom de spirochète A est caractérisé par ses ondulations à grand rayon et par ses mouvements de reptation ; l'autre spirochète B est constitué par des spires beaucoup plus serrées et présente un mouvement extrêmement rapide de rotation en pas de vis. Entre ces deux espèces de spirochètes existent trois variétés intermédiaires.

Ces spirochètes sont surtout fréquents chez les malades atteints de troubles digestifs, particulièrement dans la dysenterie des pays chauds et la rougeole ; ils siègent surtout dans la partie muqueuse et filante des matières fécales, ce qui per-

met de supposer qu'ils peuvent jouer un rôle dans certains processus sphacéliques ou putrides intestinaux, comme dans les processus buccaux ou génitaux du même genre. Cependant ce rôle est difficile à affirmer d'une façon absolue, car leur culture est impossible et les inoculations aux animaux ont été négatives.

Péricardite avec épanchement. — MM. Triboulet et Harvier rapportent l'observation d'une péricardite avec épanchement survenue à la fin d'une fièvre typhoïde grave. L'examen cytologique de cette péricardite a montré la présence exclusive de cellules endothéliales. Le bacille d'Eberth a été mis en évidence par l'ensemencement du liquide.

Névrite optique et 606. — MM. E. Jeanselme et C. Coutela. Depuis que l'emploi du 606 dans le traitement de la syphilis est entré dans la pratique, il semble que les lésions du fond de l'œil soient devenues plus fréquentes : peut-être n'est-ce qu'une illusion. Et, si ces lésions sont plus souvent constatées, cela tient sans doute à ce qu'on examine plus soigneusement à l'ophtalmoscope les malades soumis au traitement.

Les auteurs ont eu l'occasion de voir évoluer des accidents de papillo-rétinite bilatérale chez une jeune femme en période secondaire, à laquelle ils avaient injecté, quatre mois auparavant, 0,40 d'arsenobenzol. Il est bon de remarquer que les lésions oculaires ont coïncidé avec une poussée de plaques muqueuses buccales, c'est-à-dire avec une récidive de manifestations indubitablement syphilitiques. Une série d'injections de benzoate à 0,02 amenèrent une légère amélioration de la papillo-rétinite, mais bientôt comme l'état restait stationnaire, une nouvelle injection de 0,40 d'arsenobenzol Billon par voie veineuse est faite le 12 mars : amélioration. Le 19, nouvelle injection de 0,45 de salvarsan (Creil). Le 28, à l'examen ophtalmoscopique, l'amélioration est manifeste. Depuis lors, il n'y a pas eu de récidive, mais il subsiste encore quelques modifications du fond de l'œil.

Les auteurs croient qu'on ne peut incriminer la première piqûre de 606. La dose était minime (0,40) et elle avait été injectée quatre mois auparavant. De plus, les symptômes oculaires n'étaient pas ceux qu'on observe habituellement lors de névrite toxique (amblyopie avec scotome central, prédominance des symptômes fonctionnels). Se basant sur ces caractères qui excluaient toute idée de névrite optique, ils n'ont pas hésité à faire une nouvelle injection d'arsenobenzol qui, loin de l'aggraver, a amené au contraire une rétrocession évidente.

D'ailleurs s'il pouvait subsister quelque doute sur la nature des accidents oculaires dans le cas précédent, il est de toute évidence que le 606 ne peut être incriminé chez une seconde malade : papillo-rétinite développée avant l'emploi de l'arsenobenzol. Le mercure s'étant montré impuissant à enrayer la marche progressive des accidents oculaires et cutanés, on fit à cette malade deux injections de 606 (une de 0,33, l'autre de 0,50) à trente-cinq jours d'intervalle : il y eut disparition rapide de tous les accidents.

Nouveaux faits pour servir à l'histoire des sténoses inflammatoires de l'œsophage. — M. Guisez rapporte vingt-six observations dans lesquelles l'œsophage s'est sténosé simplement sous l'influence de la sténose inflammatoire due à l'œsophagite chronique.

Ces sténoses siégeaient toujours, soit au niveau du cardia, soit au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage, c'est-à-dire dans les portions où le conduit est caniculaire.

On ne les rencontre jamais dans la région cavitaire moyenne de ce conduit.

Le spasme, ou plutôt la contracture spasmodique amenant à sa suite la stase alimentaire, est souvent à l'origine de cette œsophagite. Mais celle-ci peut être déterminée par toutes les irritations chroniques : l'alcoolisme, les mets trop épicés, la mauvaise mastication qui envoie à l'œsophage un bol alimentaire mal préparé, qu'il se refuse à accepter.

La sténose se produit par deux processus bien différents : ou bien par la dégénérescence scléro-cicatricielle ou bien par l'hypertrophie inflammatoire pariétale simple souvent végétante. Il s'agit là, en somme, pour le cardia en particulier, d'une variété de sténose dont la pathogénie est la même que celle admise aujourd'hui pour les sténoses inflammatoires cicatricielles du pylore (maladies de Hirschprung).

Le diagnostic, dans tous les cas rapportés par l'auteur, a été posé œsophagoscopiquement et vérifié par l'examen biopsique quand il a été possible.

Il a été confirmé, du reste, par le traitement de dilatations simples ou électrolytiques qui a ramené chez tous ces malades une alimentation normale.

M. Antonin Poncet. Il en est de l'œsophage comme des autres parties du tube digestif, en particulier du pylore, de l'intestin grêle, etc., au point de vue des méfaits de la tuberculose inflammatoire.

M. Poncet veut dire par là que les rétrécissements fibreux d'emblée d'origine tuberculeuse se rencontreraient volontiers dans l'œsophage et que là encore on doit songer à une manifestation atténuée de nature bacillaire.

La tuberculose classique ou spécifique de l'œsophage se voit rarement; il n'en est pas de même, vraisemblablement, de la tuberculose inflammatoire à forme sténosante.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 11 MAI 1911)

A propos des accidents de la sérothérapie antituberculeuse. — M. F. Bezançon rapporte l'observation d'une malade traitée au moyen du sérum de Vallée. Chez cette malade, qui présentait depuis cinq mois une température élevée, les lavements de sérum ont déterminé nettement un abaissement de la température; malheureusement, on a dû cesser au neuvième jour leur emploi à la suite de l'apparition d'un érythème généralisé, d'abord urticarien, qui a pris ensuite le caractère scarlatiniforme avec desquamation. La malade présentait depuis longtemps une très grande susceptibilité de la peau, avait eu à plusieurs reprises de l'urticaire ; elle n'avait pas fait d'alimentation par la viande de cheval.

M. Vallée croit que cette éruption scarlatiniforme doit être attribuée à une influence médicamenteuse ou autre ; à coup sûr, ce cas est le premier qui lui soit signalé d'éruption au cours de l'administration de son sérum par voie rectale.

M. Jousset. L'éruption observée par M. Bezançon est-elle bien due au sérum ? En effet, il n'est plus guère admis, depuis les recherches de M. Marfan, que les éruptions bénignes puissent être scarlatiniformes; aucun autre phénomène d'intoxication bénigne n'existait chez la malade, et on peut se demander s'il s'agissait bien, chez elle, d'accident sérotoxique.

M. Landouzy. A-t-on observé des faits qui puissent faire considérer l'albuminurie comme une contre-indication à la sérothérapie antituberculeuse ?

M. Jousset a inoculé trois malades, brightiques scléreux, avec un sérum antituberculeux. Les trois ont présenté des accidents légers, banaux, qui ne paraissent pas impliquer une susceptibilité plus grande des albuminuriques à l'intoxication bénigne, mais commandent cependant une prudence particulière à leur égard.

Recherches expérimentales sur la pathogénie des foyers tuberculeux secondaires du poumon. — MM. Fernand Bezançon et Braun. Au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique, on observe fréquemment l'apparition de nouveaux foyers massifs, prenant cliniquement

l'allure de foyers pneumoniques ou broncho-pneumoniques et se développant dans une région indemne jusque-là et souvent éloignée de la lésion primitive. Le mécanisme de la production de ces foyers est encore mal connu. Dans le but de l'élucider, les auteurs ont injecté à 20 cobayes et lapins des doses relativement élevées de culture de bacilles de Koch, soit dans la circulation veineuse, soit dans la trachée. Chez les animaux inoculés par la voie veineuse, ils n'ont constaté que des granulations plus ou moins abondantes, plus ou moins confluentes, mais jamais de foyers massifs, les granulations siégeant surtout à la surface du poumon ; au point de vue histologique, il s'agissait nettement de follicules tuberculeux conglomérés, renfermant en petite quantité des bacilles de Koch ; autour de ces granulations, le tissu pulmonaire était relativement sain, et il n'y avait à la périphérie des granulations que des lésions d'alvéolite très discrètes.

Chez les animaux inoculés par la voie intratrachéale, il s'est produit, dès le quinzième jour, des lésions en foyer, ayant dès la troisième semaine après l'inoculation l'aspect de gros blocs caséeux d'une blancheur éclatante; ces blocs de forme conique à base périphérique suivent les ramifications bronchiques ; ils sont limités par une ligne polycyclique et siègent dans la profondeur du parenchyme pulmonaire; lorsqu'ils affleurent à la surface, ce n'est que par places, et la masse principale est toujours centrale. Ces blocs subissent, chez les animaux ayant survécu plusieurs mois, une désintégration qui aboutit à la formation de véritables géodes creusées en plein parenchyme.

L'examen histologique, pratiqué au niveau de ces blocs, montre l'intensité des réactions d'alvéolite ; les cavités alvéolaires les plus superficielles sont remplies de grandes cellules endothéliales desquamées, de globules rouges, de fibrine ; les plus centrales renferment en grande quantité des leucocytes polynucléaires ayant subi un commencement de pycnose pour la plupart. Dans ces alvéoles on trouve des bacilles de Koch en très grande quantité ; ce n'est que par exception qu'on trouve au début quelques cellules géantes, mais aucun groupement en follicule tuberculeux, ou en nodules véritables ; ce n'est que dans les lésions beaucoup plus anciennes qu'on voit se produire, dans les parois alvéolaires, quelques groupements nodulaires. Les bronches sont remplies de leucocytes polynucléaires dégénérés, mais il n'y a pas de péribronchite importante. Il semble donc bien que la lésion ait suivi la voie canaliculaire.

La caséification, lorsque la survie est plus grande, frappe en masse tout le tissu ; elle n'est pas précédée de la formation de tubercules caséifiés.

Ces observations expérimentales, qui montrent à la suite de l'injection de bacilles dans la trachée l'absence presque complète de réactions nodulaires et l'importance des réactions d'alvéolite, sont à rapprocher de celles que fournit l'observation clinique. On connaît depuis longtemps l'allure pneumonique ou broncho-pneumonique qu'ont cliniquement les foyers massifs tuberculeux ; d'autre part, comme les auteurs l'ont montré avec I. de Jong, l'examen des crachats révèle constamment, dans les premières périodes de l'évolution de ces processus, l'importance des réactions d'alvéolite, exsudats séro-albumineux, grandes cellules endothéliales ; ce n'est que plus tardivement qu'apparaissent les réactions nécrotiques qui portent alors sur tous les éléments cellulaires.

La clinique et l'expérimentation montrent donc quelle importance primordiale ont dans l'évolution des processus aigus tuberculeux pulmonaires les lésions d'alvéolite qu'il est classique, au contraire, de ne considérer que comme secondaires aux lésions tuberculeuses proprement dites.

M. Rénon, dans des expériences anciennes, a observé les mêmes faits avec l'aspergillus. L'inoculation trachéale de l'aspergillus donnait des pneumonies en blocs, et l'inoculation veineuse des lésions superficielles.

M. Kuss. Les lésions d'alvéolite rapportées par M. Fernand Bezançon ont-elles un aspect spécial, qui, en dehors de la présence du bacille, permette de discerner leur nature tuberculeuse ?

Au cours de ses expériences sur la tuberculisation par inhalation, M. Kuss a observé des lésions d'alvéolite, reconnaissables à ce fait, spécial à l'infection bacillaire, que les alvéoles en réactions sont bourrées de leucocytes polynucléaires fragmentés.

M. Bezançon. Ces lésions sont absolument banales, analogues à celles que réalise toute splénisation du parenchyme pulmonaire. Avant que n'apparaisse la caséification, rien ne permet, si ce n'est la présence du bacille, d'affirmer la nature de ces altérations, qui ne se distingue par aucun caractère histologique particulier.

M. Léon Bernard montre que ces lésions d'alvéolite, à réactions histologiques banales, dues au bacille de Koch, dont l'existence est confirmée par tous ici, ne font que répéter, pour le poumon, les faits qu'il a, avec Jousset, observés sur le rein, faits d'inflammation sans formations nodulaires et pourtant d'origine bacillaire. Les mêmes faits ont été vus sur une série d'organes et tissus différents, ce qui a permis de généraliser cette notion qu'à côté des lésions folliculaires classiques, le bacille de Koch est susceptible de provoquer des lésions non folliculaires. M. Bernard rappelle que cette notion aujourd'hui acceptée de tous, a été fondée sur des expériences faites avec Salomon, et présentée au Congrès de Paris dès 1905, et qu'ils ont développée ici même avec Gougerot en 1908.

M. Vallée, dans ses expériences sur la vaccination antituberculeuse des bovidés, a eu l'occasion de vérifier le bien-fondé des assertions de M. Bezançon : suivant qu'on inocule les bovidés par la voie trachéale ou par la voie veineuse, on observe des lésions de topographie toutes différentes.

M. Jousset, pour sa part, fait des réserves sur cette manière de voir, qui lui semble un peu schématique. Le dispositif topographique des lésions lui paraît en relation, non pas avec la voie d'apport du bacille, mais avec la virulence et aussi la nature du bacille. C'est du moins ce que lui ont montré un très grand nombre d'expériences.

C'est ainsi qu'en inoculant du bacille bovin sous la peau de lapins, M. Jousset a obtenu quelquefois des blocs pneumoniques.

Sur le follicule tuberculeux et sa signification. — M. Gougerot montre tout d'abord que la conception classique : follicule « critérium » de la tuberculose, doit être changée. En effet, deux séries de travaux ont prouvé : 1° qu'il existait des bacilloses sans follicules ; 2° des follicules sans bacilles, dus à la syphilis, aux mycoses, etc. Il cherche ensuite à préciser la signification histologique du follicule : il prouve, par l'étude des réactions préfolliculaires, périfolliculaires et parafolliculaires, que le follicule n'est qu'une lésion contingente, un point de la réaction inflammatoire ayant subi la dégénérescence épithélioïde. Il étudie en même temps l'histogenèse des follicules et grâce aux mycoses, il insiste sur la fréquence de l'origine vasculaire des follicules. Enfin, il tente d'éclairer le mécanisme pathogénique des follicules : ce sont des lésions nodulaires, dégénérées, répondant à une action toxique moyenne d'un microamas de bacilles.

Il termine en montrant toute l'importance pratique de ces données générales.

GERÇURES DES MAINS

Faire des onctions avec :

Lanoline....................	20 grammes
Huile d'amandes douces........	7 —
Essence de rose...............	11 gouttes

(Nicolas et Jambon.)

JURISPRUDENCE

LA LOI SUR LES RETRAITES OUVRIÈRES ET LES MÉDECINS (1)

Loi du 5 avril 1910. Décret du 25 mars 1911.

Depuis la publication de notre premier article (V. *Gazette des hôpitaux*, 1911, n° 59, p. 912), un certain nombre de lettres nous sont parvenues. Elles visent toutes l'article 23 de la loi du 5 avril, et leurs auteurs nous demandent tous si le patron n'est pas tenu de verser la cotisation de l'employé. L'interprétation de l'article 23 devait du reste former le deuxième paragraphe de notre étude sur la loi des retraites.

§ II. *De l'article 23 de la loi du 5 août 1910.* — On sait que l'article 23 prononce des sanctions dans le cas où l'une d'une partie, viendrait à se refuser à l'apposition des timbres.

Replaçons-le sous les yeux de nos lecteurs.

« L'employeur ou l'assuré par la faute duquel l'apposition des timbres prescrits par la présente loi n'aura pas eu lieu, sera passible d'une amende égale aux versements omis, prononcée par le juge de simple police, quelqu'en soit le chiffre, sans préjudice de la condamnation, par le même jugement, au payement de la somme représentant les versements à sa charge, et qui sera portée au compte individuel de l'assuré.

L'amende sera versée au fonds de réserve.

L'employeur qui a été dans l'impossibilité d'apposer le timbre prescrit pourra se libérer de la somme à sa charge en la versant à la fin de chaque mois, directement ou par la poste, au greffier de la justice de paix ou à l'organisme reconnu par la loi auquel serait affilié l'assuré.

Tous les trois mois le greffier déposera les sommes par lui touchées à la caisse des dépôts et consignations. »

Jusqu'à maintenant, on avait interprété cet article de la façon suivante. On avait compris que lorsque l'employeur se trouverait en face de salariés qui refuseraient de lui présenter leurs cartes et qui s'opposeraient ainsi à l'exécution de la loi par l'apposition des timbres, il n'aurait qu'à donner à ses employés leur paye complète, puis il déposerait entre les mains du greffier de la justice de paix sa cotisation patronale.

Mais cette interprétation était en quelque sorte inexacte. En effet, il y a peu de temps, nos confrères quotidiens publiaient le texte d'une réponse faite par le ministre du travail, à un gros industriel, qui lui avait posé la question de savoir ce que, à son avis, le patron devrait faire au cas où les ouvriers refuseraient de laisser faire le prélèvement sur leurs salaires ou de présenter leur carnet. Et voici quelle fut la réponse de M. Paul Boncour.

« Si des ouvriers déchirent leur carte annuelle ou refusent de la présenter, les employeurs seront mis dans l'impossibilité d'apposer les timbres mixtes représentant leur contribution et la cotisation ouvrière. Ils devront néanmoins prélever sur le salaire de l'ouvrier le montant de la cotisation; tous les mois ils devront porter, faire porter ou envoyer par la poste au greffier du juge de paix les sommes représentant leur contribution et la cotisation ouvrière, en indiquant le nom de l'ouvrier sur le salaire duquel lesdites sommes auront été prélevées. »

Et du reste M. le ministre a, devant le Sénat (v. *Journal officiel*, 31 mai, Débats parlementaires, Sénat, p. 529), confirmé cette manière de voir et il a donné lecture d'une lettre qu'il avait écrite aux préfets au sujet de l'interprétation de l'article 23.

« Vous m'avez consulté sur le point de savoir quelles sont les obligations auxquelles sera tenu l'employeur lorsque l'ouvrier ne s'étant pas conformé aux prescriptions de la loi du 5 avril 1910, il ne pourra être procédé à l'apposition du timbre. L'employeur devra-t-il opérer néanmoins la retenue sur le salaire et adresser au greffier de la justice de paix le double versement patronal et ouvrier?

Sous réserve de la jurisprudence à intervenir — car c'est aux tribunaux qu'il appartient de donner de la loi une interprétation définitive — j'estime que, la loi du 5 avril 1910 étant fondée, d'une part, sur le double versement obligatoire du patron et de l'ouvrier, d'autre part, sur le prélèvement patronal lors de chaque paye, explicitement imposé par le paragraphe premier de l'article 3, ce prélèvement doit être opéré même si l'ouvrier n'a pas encore satisfait, en ce qui le concerne, aux prescriptions de la loi. J'ajoute que le paragraphe 2 de l'article 23 précise le moyen qui est offert au patron de s'acquitter de ses obligations bien que l'ouvrier ne se soit pas mis en règle avec la loi. Cet article prescrit en effet que l'employeur peut se libérer de la somme à sa charge en la versant, à la fin de chaque mois, directement ou par la poste, au greffier de la justice de paix. A moins de faire apparaître entre l'article 3 et l'article 23 une contradiction qui détruirait toute l'efficacité de la loi, la « somme à sa charge » ne peut évidemment s'entendre que du double versement ouvrier et patronal dont l'employeur est responsable en vertu des paragraphes 1 et 3 de l'article 3. Enfin, les articles 170 et 171 du règlement d'administration publique fixent la procédure qui permet d'individualiser, dès l'origine, les versements effectués par les employeurs au greffier de la justice de paix et de les ordonnancer ultérieurement, s'il y a lieu, au profit de la caisse d'assurance choisie par l'ouvrier, lorsque celui-ci aura satisfait aux prescriptions de la loi. Il est bien certain d'ailleurs que ces prescriptions doivent être appliquées avec tout le tact et la prudence que commanderont les circonstances en tenant compte des difficultés particulières que pourraient rencontrer certains patrons au début de l'application de la loi. Ce prélèvement obligatoire est la garantie même du régime de retraites institué par la loi de 1910. Le gouvernement n'entend y renoncer sous aucun prétexte; il en assurera le succès par une réalisation progressive et méthodique, en rapport avec les progrès mêmes qu'une propagande incessante aura déterminés dans l'esprit des intéressés, évitant tout conflit qui risquerait de compromettre une œuvre de paix sociale, dans laquelle le législateur a voulu associer de la façon la plus étroite le patron, l'ouvrier et l'Etat. »

Pourquoi donc le patron devra-t-il la cotisation de son employé? L'article 3, qui oblige le patron à prélever la part du salarié sur sa paye, est là pour l'expliquer. Ainsi donc « la somme que le patron doit, ce dont il est comptable, dit le ministre, ce qu'il doit sans cesse représenter si ceux qui sont chargés de faire exécuter la loi le lui demandent, c'est le double versement qui lui a été imposé par l'article 3 ».

Cette interprétation est très critiquable et beaucoup de jurisconsultes la considèrent en contradiction absolue avec le texte et l'esprit de la loi. Attendons les décisions des tribunaux; mais beaucoup de médecins se verront par suite de leur situation moralement obligés de se soumettre aux instructions de M. Paul Boncour et de faire ce double versement.

(*A suivre.*)

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 59, p. 912.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE DU TESTICULE [1]

HISTOLOGIE. — La lésion fondamentale, bien étudiée par Malassez, est constituée par la granulation élémentaire, développée, d'après certains auteurs, au niveau des tubes séminifères, pour d'autres, dans le tissu intercanaliculaire; chez l'enfant, les granulations se disposent presque exclusivement, suivant les ramifications vasculaires; à côté de ces granulations isolées, existent des granulations agglomérées qui peuvent même parfois se présenter sous la forme de masses volumineuses, à centre caséifié.

DISTRIBUTION DES LÉSIONS. — Les *granulations* siègent de préférence dans le *parenchyme testiculaire*, les *noyaux* dans l'*épididyme*, le canal déférent, le corps d'Higmore. Le testicule tuberculeux est pauvre en bacilles; chez l'enfant prédomine surtout l'action des poisons sclérosants, chez l'adulte, surtout au niveau de l'épididyme, prédomine au contraire l'action des toxines caséifiantes.

SYMPTOMATOLOGIE. — *a.* FORME GRANULIQUE. — Au cours d'une *granulie généralisée*, les testicules, ainsi que l'épididyme et la vaginale d'ailleurs, peuvent, comme tous les autres organes, être le siège de granulations, mais nous ne nous occuperons pas ici des manifestations cliniques, sans caractères spéciaux, qui les accompagnent et qui sont noyées dans l'ensemble des phénomènes de granulie.

Chez l'enfant, cependant, Hutinel et Deschamps signalent dans ces cas, du *gonflement des glandes*, de l'*œdème du scrotum* et une *hydrocèle double*.

La tuberculose du testicule peut se présenter quelquefois suivant une forme aiguë, le plus souvent elle revêt une forme chronique d'emblée :

A. **Forme aiguë.** — C'est la *tuberculose galopante du testicule*, de Duplay. Chez un individu jusque-là bien portant, sans aucun symptôme qui puisse faire penser à de la tuberculose, apparaît brusquement, sans prodromes, au niveau de l'un des testicules, une violente douleur, irradiant vers le canal inguinal, le scrotum, exaspérée par le contact, la pression ; il n'est pas rare d'observer en même temps des phénomènes généraux (fièvre, état gastrique, nausées, etc.). Les bourses sont rouges vineuses ; elles présentent une augmentation de volume, qui tient au gonflement de la peau du scrotum, à l'augmentation de volume de l'épididyme qui forme un bourrelet dur, douloureux à la pression, enfin à la présence d'un épanchement dans la vaginale, quelquefois très discret, quelquefois très abondant.

Assez rapidement les phénomènes généraux disparaissent, la douleur s'atténue et dès le cinquième ou le sixième jour l'épididyme apparaît déformé par des noyaux tuberculeux ; il présente des bosselures, qui se ramollissent en trois ou quatre semaines, et se transforment en abcès qui s'ouvrent à l'extérieur, ulcérant le scrotum, laissant couler un pus séropurulent, mal lié, sans odeur. Il en résulte une fistule qui siège à la partie postérieure du scrotum, et qui ne présente aucune tendance spontanée à la guérison.

Chez l'enfant cette forme aiguë est encore assez fréquente, mais alors la localisation est surtout *testitulaire*, la suppuration plus *rare*, et l'on observe souvent à la suite, la *sclérose* totale de la glande.

B. **Forme chronique.** — Il est exceptionnel de voir cette forme succéder à la précédente, le plus souvent, c'est d'emblée que s'installe la forme chronique, et les symptômes qui en marquent le début sont extrêmement variables.

a. PRODROMES. — Comme dans la tuberculose rénale, avec laquelle elle coexiste si fréquemment, ce sont très souvent des *symptômes vésicaux* (douleurs, pollakiurie, etc.) qui ouvrent la scène ; on a signalé un début par *hématurie* ; plus fréquent encore est le début par ÉCOULEMENT URÉTRAL, survenant sans cause appréciable, peu douloureux, disparaissant pour réapparaître à nouveau ; en même temps existent des pollutions nocturnes, de l'excitation génitale, etc. Ces symptômes traduisent bien plus l'envahissement par la tuberculose de la prostate, des vésicules séminales, que l'envahissement de l'épididyme ou du testicule proprement dit ; aussi l'on comprend l'importance et la nécessité du toucher rectal dès cette période.

b. DÉBUT. — Le début véritable est essentiellement variable ; souvent on assiste à la *tuberculisation d'un noyau fibreux d'une ancienne épididymite blennorragique* : le nodule jusque-là indolore, augmente de volume, puis devient douloureux ; ou bien c'est à l'occasion d'un écoulement urétral persistant, que le médecin découvre le gonflement de l'épididyme ou le nodule tuberculeux, qui peut siéger indifféremment *au niveau de la queue ou de la tête de l'épididyme*, toujours au niveau de la *queue* d'après M. Legueu : dans ce cas, l'*écoulement* est pauvre en cellules et ne contient ni gonocoques, ni bacilles de Koch, d'ailleurs, sauf de très rares exceptions, et encore, avant d'en affirmer la présence, faut-il se mettre à l'abri d'une erreur d'identification, en raison de la fréquence des bacilles acido-résistants dans le smegma préputial.

Dans d'autres cas enfin, on soupçonne un début de tuberculose épididymo-testiculaire, à l'occasion d'une *hydrocèle à répétition* ; ce début rappelle le début de la tuberculisation pleuro-pulmonaire par la pleurésie, de la tuberculose articulaire, s'annonçant par hydarthrose. L'examen cytologique du liquide de l'hydrocèle, montre souvent une lymphocytose assez typique et l'inoculation de ce liquide peut tuberculiser le cobaye.

Dans tous ces cas, le clinicien mis en éveil, devra très attentivement palper l'épididyme, le testicule du malade en immobilisant le scrotum et en parcourant systématiquement l'épididyme, de bas en haut, puis se renseigner sur l'état de la vaginale, par le procédé du *pincement de la vaginale*, enfin pratiquer le *toucher rectal*.

c. PÉRIODE D'ÉTAT. — A l'inspection, le scrotum apparaît sain ou légèrement rouge; il est plus volumineux d'un côté (unilatéralité plus fréquente pour certains auteurs), plus tard il présente à sa partie *postérieure* et *inférieure* des fistules (en cul-de-poule), avec peau violacée, cicatrices en entonnoir : l'orifice de la fistule est petit, à parois minces, il s'en écoule un liquide séro-purulent, assez abondant, qui oblige le malade à porter un pansement; lorsqu'il y a *inversion testiculaire*, la fistule peut siéger en avant.

La palpation doit porter sur l'épididyme et le testicule : sur l'*épididyme* on constate l'existence de noyaux plus ou moins gros, durs, arrondis, siégeant aussi bien au niveau de la queue que de la tête, ou à la fois sur la tête et sur la queue; souvent l'épididyme est pris *en masse*; il forme alors un bourrelet dur, qui *coiffe* le testicule en arrière ; le testicule peut être lésé en même temps, mais tandis que l'épididyme est bosselé, le *testicule* se présente sous la forme d'une masse *arrondie*, lisse, régulière, assez douloureuse à la palpation.

Le palper permet d'apprécier parfois les signes d'un *épanchement liquide de la vaginale*, et de dépister les foyers de ramollissement. Cet examen doit se compléter par la palpation du *canal déférent* qui est augmenté de volume, et rappelle comme consistance, la dureté spéciale d'une grosse plume d'oie ; il n'est pas rare de constater un léger degré de *phlébite des veines* du groupe antérieur du cordon, et l'*œdème* du tissu cellulaire.

Le **toucher rectal**, qu'il ne faut jamais manquer de pratiquer, permet de sentir, sur la paroi antérieure du rectum, la *prostate* sous la forme d'une masse douloureuse présentant des noyaux, des bosselures, et les *vésicules séminales*, molles, tuméfiées, donnant au doigt la sensation de suif qu'on écrase.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 62, p. 962.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ASSAINISSEMENT DE LA CORSE. — Sous ce titre, *le Temps* d'hier (9 juin) publie la note suivante :

« La Commission d'agriculture a adopté les conclusions du rapport de M. Fernand David tendant à ouvrir un crédit de onze millions et demi, réparti sur huit annuités, et destiné a exécuter des travaux d'assainissement en Corse. »

Nous avons suivi avec le plus vif intérêt la question de l'assainissement de la Corse et, sachant avec quel souci M. le professeur R. Blanchard se préoccupait lui-même de cette question, engagée devant le Parlement de la façon la plus contraire aux données de la science, nous lui avons demandé d'exposer à nos lecteurs les critiques que soulève l'actuel projet de loi, qui est un véritable défi à l'opinion médicale. Il a répondu avec empressement à notre demande. Nous avons entre les mains son article ; les exigences de la mise en pages nous empêchent de le publier dans notre numéro du samedi 10 juin. On le trouvera dans celui du mardi 13. LA RÉDACTION.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 8 juin. — MM. Chiray, 19; Voisin, 18; Courcoux, 17; Aubertin, 17 1/2.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve de clinique dentaire.* — Séance du 8 juin. — MM. Coustaing, 15; Schæfer, 16; Réal, 19.

Prochaine séance, mardi 13 juin, à l'hôpital Saint-Louis.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Une erreur nous a fait attribuer la seconde place à M. Leveuf, qui est en réalité *premier* du classement.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en vermeil est décernée à M. le docteur Barbary (de Vintimille).

La médaille en argent est décernée à MM. les docteurs Castelli (de Nice) et de Giovanni (de Vintimille).

La médaille de bronze est décernée à MM. le docteur Grenier, médecin aide-major; Rolland, interne des hôpitaux de Paris; Aveline et Le Rochais, externes des hôpitaux de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du mérite agricole :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Casanova, médecin-principal de la marine ; M. Comte, médecin à Tunis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delort, médecin honoraire de l'hôpital d'Argenton, père de notre collègue, M. Maurice Delort, interne des hôpitaux de Paris, auquel nous adressons nos bien vives condoléances; Auvert, médecin-major de deuxième classe, tué pendant qu'il pansait un blessé au cours du combat du 2 juin, aux environs de Fez; Rollin, médecin aide-major, mort du typhus contracté au chevet de ses malades à Taourirt (Maroc) ; Delahaye, médecin-major de deuxième classe à Vernon; Marcel Vérillot (de Mennecq).

L'ORCHESTRE MÉDICAL, composé de 90 exécutants, sous la direction de Henri Büsser, chef d'orchestre à l'Opéra, donnera son troisième concert le mardi 13 juin, à neuf heures du soir, salle de la Société d'Horticulture, 84, rue de Grenelle.

Au programme, des plus intéressants, figurent l'ouverture de *Prométhée* de Beethoven, la *Symphonie* en *si* mineur de Schubert, une suite de César Franck, un air d'*Iphigénie en Tauride* de Gluck, et enfin l'œuvre exquise de Mozart, *Cosi fan tutte*, interprétée à l'italienne par des artistes émérites du monde médical : Mme Bleuze, de l'Opéra-Comique, Mme Bonamy, Mlle Trelli, docteur Brot, docteur David, M. Corhumel.

Les récitatifs seront accompagnés au clavecin par Mlle M. Delcourt.

On trouve des entrées à 2 francs et à 1 franc chez MM. Durand, Grus, et à l'agence musicale E. Demets, 2, rue de Louvois.

Les droits perçus seront versés à la caisse de secours de l'Orchestre médical destinée à aider les œuvres d'assistance professionnelle.

REVUE GÉNÉRALE

LES OCCLUSIONS AIGUËS HAUT SITUÉES DE L'INTESTIN

Par MM. CORSY et H. DOR,
Internes des hôpitaux de Marseille.

Par « occlusion aiguë de l'intestin » nous entendons tout obstacle mécanique à la circulation du contenu intestinal survenant brusquement.

Le mot iléus est plus compréhensif : c'est l'arrêt de la circulation intestinale quelle qu'en soit la cause : obstacles ou compressions : c'est l'iléus mécanique ; paralysie ou spasme intestinal : c'est l'iléus dynamique (Tavel).

Par « haut situées » nous limitons notre étude à l'occlusion du duodénum et des premières portions du jejunum. Cette délimitation n'a rien d'arbitraire car la caractéristique clinique est ici, à notre avis, l'absence permanente des vomissements fécaloïdes. Il y a des iléus sans vomissements fécaloïdes, mais il n'y a jamais de vomissements fécaloïdes dans les occlusions haut situées.

I

Historique. — Deux périodes très nettes sont à considérer dans l'évolution des connaissances médicales sur les occlusions haut situées.

Jusqu'en 1888 on s'est occupé des occlusions du duodéno-jéjunum par tumeurs ou brides : Morgagni se livre à d'intéressantes discussions sur les « vomissements par compression du duodénum ». Rokitansky, en 1837, distingue trois sortes d'étranglement intestinal : par compression, par torsion et par hernie. Daubeuf cite dans sa thèse (Paris 1852) le cas de Chopart. Combessis, la même année, présente un cas de compression par anévrisme aortique. Besnier dans sa thèse (1859) cherche à préciser le siège de l'occlusion intestinale à sa partie initiale et Duchaussoy en 1860 donne aux occlusions du duodénum une place importante. Les thèses d'agrégation de Peyrot (1880) et d'Augagneur (1886 précisent la symptomatologie et la pathogénie.

En 1888 avec le travail de Wolf, Hirsch commence *une deuxième période* : un nouveau type clinique d'occlusion aiguë vient prendre une place qui ne tardera pas à devenir prépondérante : c'est l'occlusion aiguë post-opératoire. Sans doute des cas de ce genre avaient été observés auparavant par Léopold, Spencer Wells, Kœberla, Kraus, mais avaient été rapportés par eux à de la péritonite traumatique.

Dès lors les travaux se multiplient rapidement surtout en Allemagne. Kundrat à Vienne, en 1891, présente trois cas d'étranglement duodénal au niveau de la mésentérique supérieure, précisant ainsi la pathogénie. Puis c'est Schnitzler qui, en 1895, préconise comme traitement le décubitus ventral. Et, à leur suite, les travaux abondent dans la littérature étrangère. Mais ce n'est qu'en 1905 que la Société française de chirurgie met à l'ordre du jour de son congrès « la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac ». Les orateurs ne se rallièrent pas à la pathogénie d'occlusion par l'artère mésentérique. Signalons depuis, en France, une bonne revue générale de Morichau-Beauchant sur « la dilatation aiguë de l'estomac (1907) » dans laquelle l'auteur montre le rôle de la racine du mésentère, et un excellent mémoire de Lecène dans le *Journal de chirurgie* de novembre 1908. Entre temps Tavel, Tuffier, Bouveret étudiaient encore les occlusions non post-opératoires de siège élevé.

II

Symptomatologie. — Nous allons nous occuper ici du syndrome pris en lui-même quelle qu'en soit la cause, nous réservant d'étudier aux formes cliniques l'aspect spécial que celle-ci peut lui imprimer.

Début. — Il sera brusque ou lent. Dans le premier cas c'est après une fatigue exagérée, au cours d'une infection fébrile, souvent sans cause apparente que subitement se déclarent une douleur atroce, angoissante et des vomissements.

Dans les cas à début lent on constate pendant une longue période des troubles gastro-intestinaux, des vomissements par crises, des indigestions fréquentes à propos du moindre écart de régime, de la pesanteur, des renvois après les repas. Le malade s'amaigrit ; mais là encore rapidement la douleur et les vomissements abondants marquent le début de la période aiguë.

Période d'état. — Douleur, vomissements, constipation, absence de ballonnement du ventre, phénomènes généraux, tels sont les symptômes que nous aurons à étudier.

La *douleur* est le premier symptôme éprouvé par le malade. Elle est alors très vive, siège dans la région périombilicale, parfois même avec irradiations dans le dos et s'exagère à chaque effort de vomissement. Tantôt elle persiste telle avec toute son acuité ; tantôt elle se calme momentanément pour reprendre sous forme de crises : manifestation traduisant la lutte de l'intestin contre l'obstacle ; il est naturel qu'on les voit s'atténuer à mesure que diminuent les forces du malade. Tantôt enfin elle se calme totalement, ne laissant après elle qu'un léger endolorissement de la région. On cite cependant des cas où les malades n'accusèrent jamais aucune douleur.

Les *vomissements* sont caractérisés : par leur fréquence, leur abondance, l'absence d'aspect fécaloïde et la présence presque constante de bile. Ils débutent avec la douleur. Le malade rend tout, mais sans trop de nausées. Rapidement, les vomissements prennent une teinte jaune verdâtre, verdâtre, colorés ainsi par la bile. Parfois cependant ils restent constamment muqueux quoique le fond de l'estomac contienne de la bile : c'est le pouvoir sélectif de l'estomac décrit par Tavel. Mais ce qui est encore plus caractéristique que leur aspect, c'est leur fréquence : le malade vomit constamment, à intervalles assez réguliers toutes les trois ou six heures par exemple, sans cause aucune, alors même qu'il n'absorbe rien. *Il vomit toujours beaucoup plus*

qu'il ne prend; il peut rendre en un jour trois à cinq litres de liquide. Enfin, *les vomissements ne sont jamais fécaloïdes.* Il ne faudrait pas prendre pour tels le rejet de liquide brunâtre qui se produit souvent vers la fin et qui n'est dû qu'à la bilirubine et parfois aussi à des petites hémorragies (indice de gravité extrême). L'analyse chimique permet de déceler de l'acide chlorhydrique (0,07 pour mille dans l'observation de Billon) avec 0,672 d'acidité totale, des traces d'acide lactique et d'acide acétique, de la biliverdine que l'air transforme rapidement en bilirubine, des ferments pancréatiques: trypsine, amylapsine, steapsine (Lichtenstein). C'est ce qui expliquerait pour Lecène l'action irritante de ces ferments sur la muqueuse bucco-pharyngée. Enfin, on pourrait déceler des traces d'urobiline ; celle-ci cependant ne se forme normalement que dans le tiers moyen du grêle (Mya).

La *constipation* est en général plus tardive car le malade vide son bout inférieur ; dans certains cas, l'hypersécrétion des glandes intestinales peut même amener une diarrhée qui persiste jusqu'à la fin : il faut cependant considérer comme constante une constipation opiniâtre ; il ne passe rien, ni matière, ni gaz.

L'*absence de ballonnement abdominal* est ce qui, à première vue, attire l'attention. L'abdomen est plat, souple, rétracté, les épines iliaques sont saillantes. Cependant on constate *dans les régions épigastriques et paraombilicales une voussure.* La palpation réveille à ce niveau, une douleur peu intense et fait percevoir un bruit de clapotage. Ce bruit hydroaérique est encore confirmé par la succussion hippocratique. Enfin, en ce même point, la percussion donne une sonorité à timbre élevé, contrastant avec la matité presque absolue du reste de l'abdomen. On acquiert par ces divers examens cliniques la certitude que l'on se trouve en présence d'un estomac très dilaté : Borchardt cite des cas où la grande courbure atteignait la symphyse pubienne. Dans ces grandes dilatations le tube de Faucher est insuffisant pour évacuer complètement l'estomac dont il n'atteint pas le fond (Borchardt).

Enfin, pour Gangolphe, il faut terminer l'examen local en recherchant, soit par la percussion des flancs, soit par le toucher vaginal, la présence d'un épanchement séro-sanguin comparable, dit-il, au liquide que l'on rencontre dans le sac des hernies étranglées.

L'*état général* est très grave dès le début des accidents : « couverts de sueurs froides, la bouche sèche, dévorés d'une soif ardente, les extrémités, la face, le nez froids et cyanosés, rapidement les malades se dépriment jusqu'au collapsus » (Beaurain). Le *pouls*, régulier au début, s'accélère petit à petit en même temps que la tension diminue (réflexe stomacal pour Borszeky et Genersich). La *respiration* superficielle devient très rapide, moins cependant que dans les occlusions de la fin du grêle et du gros intestin où le météorisme considérable gêne l'expansion du diaphragme. Enfin, la *température* se maintient toujours en dessous de la normale. Il y a même à la fin de l'hypothermie.

Les *urines*, d'abord rares, souvent albumineuses, finissent par disparaître car l'anurie est d'autant plus précoce que le siège de l'occlusion est plus élevé. L'analyse montre la diminution de l'urée, de l'acide phosphorique, de l'acide urique et surtout des chlorures. Enfin, pour Lichtenstein, l'indicanurie serait assez fréquente et suivant son abondance le pronostic serait plus ou moins grave.

Chez ce malade anéanti, exténué, prostré, l'*intelligence* reste entière jusqu'à la fin.

Notons enfin, comme symptômes traduisant la deshydratation de l'organisme et sa profonde intoxication, avec la soif ardente et la sécheresse de la bouche, la langue ligneuse, la peau parcheminée, souvent horripilée et si dure que les aiguilles ne la traversent qu'avec peine, des crampes musculaires et parfois même du tremblement et de la contracture des fléchisseurs. Enfin, Morichau-Beauchant a même constaté des accidents tétaniformes.

Marche, durée, terminaison. — La mort est presque la règle dans l'occlusion aiguë, haut située, elle survient assez rapidement, en général du deuxième au huitième jour : les battements cardiaques deviennent irréguliers, lointains ; le pouls est incomptable ; la cyanose des extrémités s'accentue, les pupilles se dilatent et l'anurie est absolue. Parfois même les vomissements s'arrêtent et la mort arrive après une courte période de coma et de collapsus.

Dans quelques cas, très rares, spontanément l'obstacle disparaît et on assiste alors à une véritable résurrection.

III

Complications. — Ce sont celles de toute occlusion, nous n'insisterons pas. Citons avec Lenclos, Bauby, la péritonite diffuse, la perforation intestinale, la septicémie; celle-ci ne devient à proprement parler une complication que si elle atteint un haut degré de gravité et prend une place prépondérante.

IV

Formes cliniques. — L'occlusion aiguë, telle qu'elle se produit chez l'adulte, en dehors de toute intervention, affecte en général cette allure grave, rapide que nous venons de décrire. Il existe cependant des *formes frustes, passagères* ; on note souvent des crises de ce genre dans les antécédents des malades atteints d'occlusion grave.

L'occlusion aiguë duodénale post-opératoire, (l'iléus gastro-mésentérique, la dilatation aiguë de l'estomac) n'est qu'une forme clinique de l'occlusion intestinale haute ; elle débute deux ou quatre jours après l'opération, parfois beaucoup plus tard (au quinzième jour (Legueu). On ne trouve pas ici de douleur initiale, c'est le vomissement précoce d'emblée fréquent et incoercible qui à lui seul occupe la scène. L'évolution est en tous points analogue à celle de l'occlusion de cause commune ; ici encore il existe des formes frustes, curables spontanément; et pour certains auteurs les vomissements post-chloroformiques seraient fonction d'occlusion duodénale atténuée.

Dans le cadre de notre étude rentrent les occlu-

sions que l'on observe chez le *nouveau-né atteint d'atrésie congénitale du duodénum*. Rien ne signalait cette malformation avant la naissance, le tube digestif ne fonctionnant pas chez le fœtus. Mais dès la première tétée apparaissent les vomissements : une occlusion duodénale aiguë vient de s'installer. Jeannel fait remarquer l'évolution plus longue ici que chez l'adulte, à symptômes plus atténués et cela, dit-il, par suite de la moindre toxicité du contenu intestinal. La mort est inévitable.

V

Pronostic. — Il est évidemment très grave, fatal dans la grande majorité des cas. On ne doit pas compter sur la guérison spontanée. Par contre l'intervention faite à temps amène des guérisons inespérées.

VI

Etiologie. Pathogénie. — Nous diviserons notre étude en deux parties. Nous étudierons en premier lieu les occlusions se produisant en dehors de tout acte opératoire; en second lieu les occlusions post-opératoires. Sans doute on observe parfois des étranglements consécutifs à une intervention chirurgicale (adhérences, intestin compris dans la suture, etc.) dont la pathogénie est toute différente de celle des occlusions dites post-opératoires : nous les ferons rentrer dans la première catégorie.

1° Occlusions en dehors de tout acte opératoire. — a) *Compressions.* — 1° brides (pleines, creuses); 2° adhérences; 3° organes déplacés; 4° tumeurs; 5° hématomes et épanchements liquides rétropéritonéaux; 6° poids du mesentère.

b. *Coudures et volvulus.*
c. *Invaginations.*
d. *Hernies internes.*
e. *Obstructions* (calculs, corps étrangers etc.)

2° Occlusions post-opératoires. — Les *brides pleines* sont en général des reliquats inflammatoires, très rarement congénitales; elles peuvent comprimer simplement l'intestin passant au-dessus de lui sans lui adhérer, ou bien, prenant insertion sur lui, déterminer une coudure. Elles réunissent soit deux portions plus ou moins éloignées du tube digestif; soit un segment d'intestin à la paroi, au mésentère, aux viscères abdominaux.

Les *brides creuses*, beaucoup plus rares, sont généralement congénitales (appendices épiploïques, diverticules de Meckel, diverticules intestinaux) ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles déterminent une compression des premières portions de l'intestin.

Les *adhérences* sont elles aussi le plus souvent inflammatoires, consécutives à un processus septique localisé (ulcère duodénal et gastrique avec réaction péritonéale, cholécystite, etc.) ou à une intervention chirurgicale (défaut de péritonisation, gaze oubliée dans la plaie, péritonite localisée post-opératoire).

Les *organes qui se déplacent* le plus souvent sont le rein droit, la rate et l'estomac.

Quant aux *tumeurs*, elles peuvent provenir de tous les organes voisins. Elles agissent par compression directe ou par coudure. L'organe le plus souvent en cause dans les observations est le pancréas (tumeurs malignes : Roux, Bar et Pic — ou kystes) le rein droit (kyste volumineux de Fontan), le foie hypertrophié ou néoplasique (Piriou-Caudet et Moure), la vésicule biliaire calculeuse (Bouveret, Alex, Ruffier et Marchais), l'aorte dilatée ou anévrismale (Combessis, Dacquet Perry), ganglions néoplasiques ou tuberculeux (Bron).

Les *épanchements rétropéritonéaux* sont soit de nature sanguine (hématome consécutif à un trauma : cas de Philippe; à une plaie artérielle par balle de revolver : cas de Petit; à la rupture d'un anévrisme; soit de nature purulente (mal de Pott; abcès rétro-péritonéaux.)

L'*étranglement par le poids du mésentère* est incriminé par Daubeuf dans sa thèse comme cause de la mort de l'illustre Chopart qui, dit-il, « succomba aux accidents de l'étranglement d'une anse de l'intestin grêle comprimée entre le mésentère et la colonne vertébrale ».

La fixité du duodénum sur un plan résistant explique facilement la fréquence plus considérable des compressions de cet organe.

Le *volvulus* est rare à la partie haute de l'intestin. La rotation peut se limiter à cette seule région (Castan et Wiart : double tortion jéjunale derrière un grand épiploon adhérent et rétracté; Rotter : volvulus après fixation opératoire du mésentère à la paroi); plus souvent il s'agit d'un vaste volvulus total de l'intestin (cas de Kirmisson où la rotation se fit dans le sens des aiguilles d'une montre, l'axe de rotation se trouvant au niveau de l'angle duodéno-jejunal; deux cas de Costa).

Les *invaginations* sont exceptionnelles sur le duodénum car, comme Bron le fait remarquer, elles ne peuvent se produire que sur les portions mobiles de l'intestin. Elles sont d'ailleurs fort rares aussi sur le jejunum.

Les *hernies internes* peuvent se faire dans les fossettes duodéno-jejunales de Jonnesco, dans l'hiatus de Winslow. (Treitz).

Les obstructions sont dues à l'arrêt d'un *corps étranger*, d'un amas de vers intestinaux, d'un calcul biliaire; il en existe peu d'observations.

Les *occlusions post-opératoires* ont été rattachées par les premiers observateurs à la diminution subite de la tension intra-abdominale après ablation de tumeurs volumineuses [kystes, gros fibromes, grossesse, (Couétaux)], plus tard à tout acte opératoire exercé dans la région abdominale et tout spécialement le petit bassin : [hystérectomie et appendicectomie (Delangre); hernie étranglée (Delagenière), hydronéphrose (Billon); fibrome (Laudau-Rosenthal); néphropexie (Borchardt)]. A l'heure actuelle on tend à admettre l'influence de l'intoxication par l'agent anesthésique.

La *pathogénie de ces occlusions post-opératoires* fait l'objet de nombreuses discussions. Trois théories principales sont en présence :

1. *Dilatation essentielle.* — Sans occlusion vraie :

c'était la théorie anciennement admise (en France jusqu'en 1905); il s'agirait de dilatation aiguë de l'estomac par parésie (Legueu et Reynier). Les vomissements chloroformiques n'en seraient qu'une forme atténuée.

2. *Dilatation secondaire à une compression.* — La troisième portion du duodénum comprise dans l'angle formé en avant par l'artère mésentérique supérieure (racine du mésentère) en arrière par l'aorte accolée à la colonne vertébrale, se trouve ainsi entre les deux branches d'un compas toutes prêtes à comprimer le duodénum par leur rapprochement. Albrecht l'a bien démontré expérimentalement en opérant des tractions sur le mésentère du chien. — Dans quelques cas expérimentaux, la traction aurait agi non par compression, mais par coudure, par insuffisance des fibres du faisceau de Treitz. — Comment cliniquement l'occlusion se produira-t-elle? La décompression attire en bas l'intestin et à sa suite le mésentère qui pèse sur le duodénum et même l'occlusion pour se produire nécessiterait (Delagenière) la fixation du mésentère par une adhérence. La maigreur du sujet (Muller) et la longueur du mésentère (Rokitanski) facilitent l'évolution du processus.

En ce cas donc la dilatation est secondaire à l'action mécanique qu'à son tour elle tend à exagérer. Telle est l'opinion de Albrecht, Baumler, Kundrat, Landau, Weinbrenner.

3. *Occlusion secondaire à la dilatation.* — Von Herff, Stiéda, Borchardt, Lecène admettent en effet que la dilatation aiguë de l'estomac, non activement traitée dès le début, a pour conséquence le refoulement en bas de la masse intestinale; le mésentère tirant sur sa racine comprime secondairement le duodénum. Reste à expliquer la dilatation stomacale! On a invoqué une paralysie atonique, ailleurs une péritonite localisée. Il est fort probable qu'il s'agit de l'exagération et de la persistance des phénomènes de parésie stomacale que l'on observe si fréquemment après toute anesthésie et principalement la chloroformisation.

C'est cette dernière hypothèse que les auteurs modernes acceptent le plus généralement. Tout récemment encore les chirurgiens allemands après une discussion à la Société de médecine Berlinoise (22 février 1911) se rattachaient à cette pathogénie.

Nous ne ferons que mentionner l'opinion de Reynier (occlusion par réflexe nerveux) et de Landau (occlusion par vacuité du duodénum.)

VII

Anatomie pathologique. — A l'ouverture de l'abdomen, dès l'incision du péritoine, fait issue une volumineuse masse lisse, tendue, de coloration violacée : c'est l'estomac considérablement dilaté surtout au dépens de sa grande courbure qui peut descendre parfois jusqu'à la symphyse pubienne. Sous l'estomac, le duodénum se présente énorme, tendu, atteignant parfois six centimètres et plus de diamètre. Il est parfois abaissé, refoulé qu'il est par l'estomac et entraîne avec lui le pancréas. Le contraste est frappant entre cette volumineuse dilatation et le reste de l'intestin. Celui-ci en effet, affaissé, rétracté à l'extrême, à type dit « intestin de poulet » forme un paquet de volume très réduit refoulé souvent jusque dans le petit bassin. Il est congestionné. Le mésentère est épaissi et paraît allongé dans bien des cas. La péritonite extrêmement fréquente pour Galliard nous paraît assez rare et n'est en tous cas le plus souvent qu'un peu de dépoli de la séreuse, un peu d'épanchement séro-sanguinolent (Gangolphe).

Incisons la portion dilatée : il s'en échappe des gaz, du liquide brunâtre en grande abondance; la muqueuse présente un fin piqueté hémorragique, quelques suffusions sanguines. A la limite des régions dilatées et rétractées, on trouve la cause de l'étranglement : coudure, bride, tumeur ou bien pédicule mésentérique formant corde. Dans ce dernier cas en passant le doigt dans le duodénum on perçoit nettement la saillie des vaisseaux mésentériques. Baumler a signalé une empreinte rouge clair sur la séreuse et une nécrose superficielle presque annulaire sur la muqueuse. La rapidité de l'évolution rend très rare la constatation de lésions plus avancées des parois intestinales.

VIII

Physiologie-pathologique. — *La douleur* doit être rapportée aux tiraillements et à la striction, et ses exacerbations aux mouvements péristaltiques de l'intestin luttant contre l'obstacle.

Les vomissements sont dus soit à une action réflexe par irritation des fibres terminales du pneumogastrique, soit à une auto-intoxication bulbaire. — Quant à la présence en quantité si considérable de bile, on a pu l'attribuer à une hypersécrétion destinée à neutraliser les poisons intestinaux formés en abondance anormale. Il nous semble plus physiologique d'admettre que l'estomac et le duodénum ne formant plus qu'une même cavité, le liquide acide de l'estomac baigne constamment la muqueuse duodénale et provoque une sécrétion biliaire reflexe exagérée.

L'*anurie* a été rattachée soit à une action réflexe, soit à l'auto-intoxication avec néphrite, soit à la deshydratation de l'organisme. La vérité paraît être dans une théorie éclectique.

Quel est le *mécanisme de la mort* dans les occlusions haut situées? Quatre théories sont en présence :

1° *Intoxication :* Wilms, Roger et Garnier (*Presse médicale*, mai 1906) admettent que le maximum de la toxicité intestinale se trouve normalement dans les premières portions du duodénum et diminue plus bas au fur et à mesure que s'accuse la putréfaction. La résorbtion de ces matières si toxiques au niveau de l'anse dilatée expliquerait la gravité et la précocité des accidents. Pour Draper-Maury, la substance toxique ne serait pas un produit de la paroi intestinale, mais ne serait autre que la bile : c'est ce qu'il a essayé de démontrer sur le chien et Guibé (*Presse médicale*, 1908) admet provisoirement cette théorie sous bénéfice de recherches ultérieures.

2° *Infection.* — C'est la théorie de Borszesky et Genersich : les microbes ou leurs toxines après avoir traversé la paroi de l'intestin agiraient directement sur les prolongements nerveux du pneumogastrique : d'où accélération du pouls ; du splanchnique : d'où vaso-dilatation abdominale et anémie cérébrale. A l'encontre de cette théorie, Albarran et Caussade ont montré que chez le chien une seule ligature intestinale interrompant seulement le cours des matières n'est pas suivie d'exaltation de la virulence des microbes, alors qu'après une seconde ligature à 9 centimètres au-dessous, on constate dans cette « cavité close » une hypervirulence microbienne ; ces microorganismes peuvent alors migrer à travers les parois intestinales.

3° *Choc réflexe* qui peut avoir son point de départ dans les phénomènes douloureux, les vomissements incessants, l'irritation continue des ramifications terminales du grand sympathique et du pneumogastrique.

4° *Dénutrition et deshydratation* rapide des tissus. Le malade en effet meurt comme un cholérique, avec crampes, anurie, sécheresse des téguments, cyanose, pouls filiforme et coma.

Il nous semble que dans la majorité des cas, la mort est la résultante de l'ensemble des facteurs ci-dessus énumérés. Là encore il faut être éclectique.

X

Diagnostic. — Ici encore, il nous faut établir une première division entre les occlusions survenant après une intervention chirurgicale et celles qui apparaissent en dehors de toute opération.

1° **Occlusion apparaissant en dehors de toute intervention chirurgicale.** — A. *Est-ce une occlusion intestinale ?* — Il faudra éviter de confondre certaines affections simulant plus ou moins complètement les occlusions hautes (ventre déprimé, collapsus, vomissements non fécaloïdes). Nous voulons parler ici du *choléra* dans ses formes foudroyantes : la notion épidémique, l'aspect des selles seront d'un grand secours ; plus facile à éliminer sera la *dysenterie* avec ses selles sanguinolentes, ses épreintes ; mais bien plus malaisé parfois sera le diagnostic avec les *empoisonnements* en l'absence de notions étiologiques ; l'examen des voies digestives supérieures, la nature et le caractère chimique des vomissements (présence très précoce du sang, recherches toxicologiques) mettront sur la voie de la cause.

Les *coliques* (saturnines, hépatiques, néphrétiques, utérines, ovariennes, testiculaires) peuvent par leurs vomissements, jamais fécaloïdes, l'absence de météorisme, l'atteinte apparente de l'état général, en imposer pour une occlusion haute ; la recherche des antécédents professionnels ou pathologiques, la notion d'une crise antérieure, surtout la localisation exacte du siège de la douleur et de ses irradiations et l'influence du traitement sédatif permettront facilement d'éviter la confusion. Nous n'insisterons pas non plus sur les *torsions de pédicule* (kyste, rate, etc.) et sur les *grossesses tubaires.*

Par contre, dans certains cas, le diagnostic pourra hésiter avec une *péritonite aiguë, généralisée ou plus encore localisée* à la région abdominale supérieure ; par exemple en cas de perforations, d'un ulcus stomacal ou duodénal ; la douleur est plus rapidement généralisée, plus superficielle, plus exquise, exaspérée encore par la décompression brusque. Les vomissements deviennent en général fécaloïdes, la constipation s'installe plus rapidement, moins absolue et surtout le météorisme, localisé parfois au début, gagne bien vite tout l'abdomen, d'où forte dyspnée mécanique. Henrot signale comme constant le frisson du début auquel fait suite rapidement une forte élévation thermique en même temps que le pouls devient rapide et fréquent ; or, frisson et fièvre manquent toujours dans l'occlusion.

B. *Est-ce une occlusion haute ?* — La présence de vomissements fécaloïdes, éliminerait évidemment d'emblée cette hypothèse. En leur absence, il peut s'agir d'un iléus bas situé au début ou encore d'un iléus paralytique avec arrêt du péristaltisme intestinal. L'hypothèse d'occlusion haute s'affirmera par les constatations cliniques suivantes : vomissements très précoces, très abondants, présence de bile en grande quantité dans le liquide ramené de l'estomac, oligurie qui devient très rapidement de l'anurie, abdomen rétracté en bateau, nullement douloureux sauf dans les régions épigastriques et périombilicales qui sont très distendues. Il ne faudrait pas confondre cette dilatation gastro-duodénale avec le météorisme local du volvulus (signe de Von Wahl) où « l'anse étranglée se distend et soulève visiblement la paroi abdominale ».

Enfin Beurnier et Ricard, le 19 juin 1907, présentèrent à la Société de chirurgie de Paris, une note sur « un signe d'occlusion intestinale de la partie inférieure du grêle » ou signe de Mathieu : souplesse et aplatissement complet du ventre, bruit de clapotement périombilical avec sensation de liquide se déplaçant avec les différentes positions (c'est la fausse ascite de Delbet). Ce signe ne se rencontrerait que dans les occlusions incomplètes et bas situées. Cet aspect clinique est superposable à celui des occlusions hautes : l'évolution chronique, les vomissements peu abondants, parfois fécaloïdes, tardifs, l'arrêt incomplet des matières et des gaz, lèveront rapidement tous les doutes ; d'ailleurs sa constatation est fort rare.

N'oublions pas enfin que dans toute occlusion le toucher vaginal et rectal s'imposent.

C. *C'est une occlusion haute. Ne s'agit-il pas seulement de sténose du pylore ?* (A celle-ci nous rattachons toutes les occlusions duodénales siégeant au-dessus de l'ampoule de Vater). — Le syndrome pylorique est nettement caractérisé par l'absence de bile ou de suc pancréatique dans les vomissements.

D. *Quelle est la natnre de l'occlusion ?* — Dans certains cas la cause est évidente : soit que les commémoratifs (opération ancienne, péritonite localisée, ulcère gastro-duodénal guéri, cholécystite, etc.) imposent l'idée d'adhérence, de bride ; soit que des signes de lithiase biliaire fassent penser à la possibilité d'obstruction par calcul ; soit que l'on constate une tumeur développée au dépens du foie, du

pancréas, du mésentère ; ou la présence d'un anévrisme de l'aorte abdominale, d'un abcès pottique ; soit enfin que l'on perçoive le « boudin » d'une invagination intestinale.

Mais en général et même au cours des affections précédentes, seule la laparatomie montrera la cause de l'occlusion.

2° **Occlusion apparaissant après une opération.** — Borchardt a dit du diagnostic en pareil cas « facile dans la règle si avant tout on pense à l'affection. » En effet, les vomissements après opération, surtout après anesthésie chloroformique sont chose fréquente : ce sont les vomissements dits chloroformiques qui s'arrêtent spontanément le plus souvent ou tout au moins à la suite d'un lavage d'estomac. Quand les vomissements persistent au-delà du troisième jour, malgré le traitement approprié, on ne peut envisager que deux hypothèses : péritonite au début encore localisée, occlusion duodénale. Le thermomètre fournira le meilleur élément de diagnostic. Quant à la sensation de corde mésentérique et aux battements des vaisseaux mésentériques, leur perception constitue une véritable rareté. Nous ne citerons dans ce diagnostic que pour mémoire l'éventualité d'une faute opératoire : anse jejunale comprise dans une ligature, bouche gastro-jejunale mal établie.

XI

Traitement. — 1° *En cas d'occlusion duodénale post-opératoire* le traitement sera d'abord préventif (Körté). A tout opéré qui vomit après vingt-quatre heures, on doit faire un lavage d'estomac. Se rappeler que l'estomac descend très bas parfois et que dans plusieurs cas de Borchardt le tube de longueur insuffisante ne put en atteindre le fond. Ce lavage constitue aussi un excellent traitement curatif et Walzberg présente une statistique de huit guérisons sur neuf cas où il l'employa.

Il faut associer au lavage le décubitus latéral droit.

Si les vomissements persistent ou que l'effet des lavages ne soit que temporaire il faut placer le malade soit dans la position ventrale (Schnitzler, Müller), soit dans la position genu-pectorale (Albrecht, Stieda), soit en soulevant les pieds du lit, dans la position de Trendelenburg (Schlesinger, Mercadé) prolongée pendant vingt quatre heures. Les lavages seront toujours continués. Ce traitement « héroïque » amènera dans la presque totalité des cas une « véritable résurrection ». Pourtant il ne réussit pas toujours. Faut-il alors recourir à une intervention sanglante? La gastroentérostomie chez ces malades en état de collapsus avancé a donné des résultats désastreux. La gastrostomie pure et simple semble pouvoir être utilisée avec succès comme procédé de drainage gastrique (Lemander et Sommarin de Backe).

2° *Dans les cas d'occlusions survenant en dehors de toute intervention chirurgicale* on peut essayer des lavages et du décubitus ventral. Mais le seul traitement est la laparotomie précoce qui permet, le plus souvent, d'enlever l'obstacle, sinon de rétablir tout au moins le cours des matières par une gastroentérostomie. Quant au traitement général par le sérum artificiel, l'huile camphrée, l'irrigation rectale continue, son importance considérable est évidente : il est trop connu pour que nous insistions davantage.

BIBLIOGRAPHIE

A partir de 1909. Pour la bibliographie antérieure, se rapporter au mémoire de Tavel (*Revue de chir.*, 1903) et à la thèse de Beaurain (Paris 1908).

Aberer. Occlusion mésentérique du duodénum, XXXVIIIe Congrès de chir., *Soc. berlinoise*, 1909.

Anhausen. Sur la dilatation dite aiguë post-opératoire avec considérations sur la technique de la gastro-entérostomie, *Deut. med. Woch.*, 1909.

Baillet. *Soc. de chir.*, 10 fév. et 10 mars 1909.

Cade. Occlusion aiguë duodénale par bride mésentérique, *Presse méd.*, 1909.

Chavannaz. Dilatation aiguë de l'estomac après gastro-entérostomie, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1909.

Delagenière. Occlusion post-opératoire, *Arch. prov. de chir.*, août 1909.

Delangre. Occlusion aiguë post-opératoire après hystérectomie, *Congrès de chir.*, 1909.

Engströnn. L'occlusion mésentérique du duodénum à la suite d'opérations abdominales, *Finka Läkaresellskapets Hendlinger*, 1909.

De Graeuwe. Etranglement de l'intestin grêle dans l'hiatus de Winslow, *Soc. belge de chir.*, 1909.

Heller. Hernie duodéno-jéjunale de Treiz guérie opératoirement, *XXXVIIIe Congrès de chir. de la Soc. all. de Berlin*, 1909.

Lenormand et Delangre. Rapport au *XIIe Congrès de chirurgie*, 1909.

Mac Monagle. Dilatation aiguë de l'estomac, *The Gyn. and obst. surg.*, 1909.

Martin. Diagnostic de l'occlusion par calcul biliaire, *Soc. méd. de Cologne*, 1909.

Mercadé. Occlusion aiguë post-opératoire, *Tribune méd.*, juin 1909.

Moorhead. Dilatation aiguë de l'estomac pendant l'anesthésie, *Journ. of med. Assoc.*, 1909.

Nakahara. Occlusion duodénale artério-mésentérique, *Beit. z. klin. Chir.*, 1909.

Pensky. *Etranglement interne après gastro-entérostomie*, Th. de Königsberg, juillet 1909.

Simmonds. Occlusion duodéno-mésentérique, *Deut. med. Woch.*, 1909.

Smith. Post-operative acute dilatation of the stomach, *Boston med. and chir. Journ.*, 1909.

Theilhaber. Un cas d'occlusion duodéno-mésentérique, *Centralbl. f. Gyn.*, 1909.

Torrance. Dilatation aiguë de l'estomac et du duodénum traitée par gastro-entérostomie, *Amer. Journ. of obst.*, 1909.

Von Khautz. Sur la bactériémie dans l'occlusion et la paralysie intestinale post-opératoire, *Arch. f. klin. Chir.*, 1909.

Water. Post-operative ileus, *Journ. Assoc. amer.*, 1909.

Weinbrenner. Sur l'occlusion aiguë duodénale post-opératoire, *Ann. de méd.*, Münich, oct. 1909.

Abadie. Un nouveau cas d'occlusion post-opératoire diagnostiqué et guéri, *Arch. prov.*, mai 1910.

Alglave. Considérations sur l'occlusion d'origine duodénale après néphropexie, *Soc. anat. de Paris*, 1910.

Bensaude et Chilaiditi. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 déc. 1910.

Billon. L'occlusion duodénale aiguë post-opératoire, *Marseille méd.*, fév. 1910.

DELAGENIÈRE. Occlusion duodénale par traction mésentérique, *Sem. méd.*, 1910.
CALMANN. Un cas d'intoxication par la scopolamine compliqué d'occlusion duodénale, *Centralbl. f. Gyn.*, avril 1910.
HARDOIN. Contribution à l'étude de l'occlusion duodénale post-opératoire, *Presse méd.*, 1910.
HELLENDALL. Sur la dilatation aiguë de l'estomac, *Deut. med. Woch.*, avril 1910.
LANDELL. Un cas de dilatation aiguë de l'estomac, *Hygia*, mars 1910.
LARDENNOIS. L'aérophagie chez les opérés. Ses rapports avec l'occlusion aiguë post-opératoire, *XXIIIe Congrès franç. de chir.*, Paris, oct. 1910.
MERCADÉ. *La Période post-opératoire*, Masson.
STAVELY (de Washington). Iléus gastro-mésentérique chronique, *Surg. gyn. and obst.*, t. XI, fasc. 3, sept. 1910.
BARNES. La non-existence de la dilatation aiguë de l'estomac, *Med. Record*, 1911.
COUCTOUX. Iléus artério-mésentérique après la grossesse, *Arch. méd. d'Angers*, janv. 1911.
ROUX DE BRIGNOLLES. Un cas de dilatation aiguë post-opératoire, *Marseille méd.*, 1911.
SCHLESINGER. Soc. de méd. berlinoise, in *Sem. méd.*, 1er mars 1911.

LA PRÉHISTOIRE

ET LES

ORIGINES DE L'HUMANITÉ DANS L'EUROPE OCCIDENTALE

Par M. MAURICE FAURE [de La Malou (1)],
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

III. — **Troisième époque géologique.** — QUATERNAIRE ANCIEN (PALÉOLITHIQUE INFÉRIEUR). — AGE DU GRAND OURS. — EPOQUE CHELLÉENNE. — TERTIAIRE SUPÉRIEUR. — En remontant plus loin encore, avant l'époque glaciaire, on trouve, dans nos pays, un climat chaud et humide comparable à celui de certaines régions africaines. Un grand fauve, semblable au lion, mais plus grand que lui, vit dans les cavernes (*Felis spelæus*). Dans les forêts vivent des tigres, des hyènes, plus grands que ceux de nos jours. Des lacs, d'immenses cours d'eau, comme les fleuves de l'Amérique moderne, arrosent une végétation puissante, qui est celle des pays chauds. Des hippopotames vivent au bord de ces fleuves, ainsi que le *Rhinoceros Merckii* et des éléphants (*Elephas anticus*, *Elephas meridionalis*) analogues aux éléphants modernes, mais plus grands qu'eux, plus grands aussi que le mammouth. Un grand ours (*Ursus spelæus*) habite les cavernes, dont l'homme le délogera lorsque, le climat se refroidissant peu à peu, il cherchera des demeures abritées.

Pendant cette période, qui correspond au début du quaternaire ancien (paléolithique inférieur), les hommes vivent errants à la surface du sol. Comme pendant l'époque moustérienne, ils sont nombreux et couvrent des territoires étendus. Dans certaines stations (Saint-Acheul, Somme), on a trouvé des gisements de 20 000 instruments de pierre taillée et plus. L'industrie de la pierre ne comprend plus qu'un seul outil : c'est un volumineux silex, de forme pyramidale, grossièrement taillé en pointe d'un côté, à peine retouché de l'autre, de façon à être tenu en main. Cet outil, qui est en même temps une arme, sert à tous les usages : attaque, défense, dépeçage des proies, taille du bois, etc. Comme le climat est chaud, l'homme n'a pas encore songé à utiliser les peaux de ses victimes. Il est vraisemblable qu'il s'est servi, d'abord, du silex trouvé par hasard sur le sol; puis, lorsque ce silex se fendit en frappant, l'homme remarqua qu'il lui rendait encore plus de services; de là à le briser volontairement par le choc, puis à le tailler, il n'y avait pas loin. Il est donc, en réalité, impossible de dire à quel moment commence exactement l'usage du silex. Pendant tout le début du quaternaire (*Epoque Chelléenne*, de Chelles, Seine-et-Marne), on trouve en quantités ces « coups de poing » (de Mortillet) de silex grossièrement taillé, et il n'y a pas de ligne de démarcation bien nette entre eux, les silex utilisés sans retouches, et les silex fendus par des causes climatériques ou des chocs accidentels. C'est donc avec des transitions insensibles que l'industrie humaine nous conduit des couches les plus inférieures du terrain quaternaire aux couches supérieures du terrain tertiaire. Le climat, la faune et la flore restant les mêmes, les raisons qui nous permettent de croire à l'existence de l'homme pendant le quaternaire inférieur doivent nous permettre aussi de croire à son existence pendant le tertiaire supérieur.

Riches en outils de pierre, les couches des terrains quaternaire inférieur et tertiaire supérieur sont pauvres en ossements humains. Plusieurs de ces ossements, rapportés tout d'abord à l'*Epoque Chelléenne* (Paléolithique inférieur), sont aujourd'hui rattachés, avec plus de vraisemblance, à l'époque moustérienne (Paléolithique moyen).

Les célèbres ossements de Néanderthal, qui furent les premiers en date parmi les trouvailles correspondant à ces époques, furent, pour cette raison, très discutés et peut-être insuffisamment datés. Néanmoins, on peut, aujourd'hui, sans crainte d'erreur, les rattacher au type anatomique de Moustérien, mais probablement à une date plus ancienne que lui, puisque, dans des couches de terrains analogues et voisines, sur les bords de la Néander, on a trouvé le *Rhinoceros Merckii* et d'autres ossements de la faune chaude du paléolithique inférieur.

La récente découverte de la mâchoire de Heidelberg nous a fourni une pièce de date certaine et du plus haut intérêt anatomique. Elle présente les caractéristiques générales de la mâchoire moustérienne, mais avec une accentuation si grande des caractères d'infériorité, que si elle avait été trouvée avant que les types moustériens fussent bien connus, elle aurait jeté les paléontologistes dans la plus grande perplexité; en effet, la configuration de l'os est plutôt simiesque, alors que les dents sont incontestablement humaines. La mâchoire de Heidelberg est chelléenne, c'est-à-dire qu'elle correspond à l'époque des plus anciens silex portant les traces d'une taille humaine certaine.

Le crâne de Java (docteur Dubois, de Haarlem) est également une pièce du plus haut intérêt; il pré-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 64, p. 985.

sente les mêmes caractéristiques générales que le crâne de Néanderthal, mais plus accentuées, et n'est peut-être pas non plus d'une date indiscutable. Cependant, il paraît bien être plus ancien que toutes les autres pièces trouvées jusqu'à ce jour (tertiaire supérieur). Il permet de constater que le

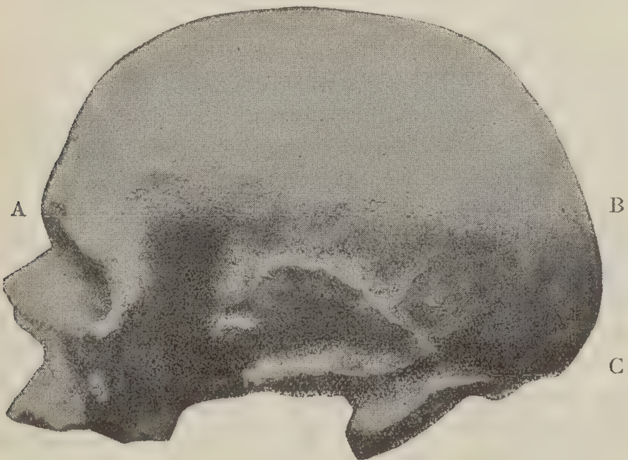


Fig. 14. — *Tête du vieillard de Cro-Magnon* [Musée de Périgueux] (1). — *A B* — ligne d'horizon passant par le bord supérieur des cavités orbitaires; — *C*. limite supérieure de l'insertion des muscles de la nuque.

développement des arcades orbitaires va en progressant nettement, du moustérien au crâne de Java, en passant par le crâne de Néanderthal, au point qu'elles finissent par former une véritable visière pré-frontale. Entre ces arcades orbitaires et l'ascension de la ligne du crâne, il existe une dépression de plus en plus accentuée. La voûte est aussi

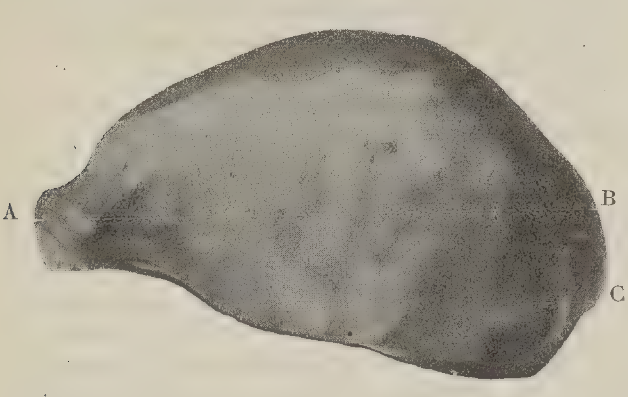


Fig. 15. — *Crâne de Spy* (*Moustérien*) [Moulage de l'Ecole d'Anthropologie de Paris]. — *A B C* comme dans la figure 14. La distance *B C* diminue.

de plus en plus basse. Enfin, si l'on place l'un à côté de l'autre quelques crânes moustériens types (tels que les deux crânes de Spy, par exemple), le crâne de Néanderthal, et celui de Java, on constate que la ligne d'insertion des muscles de la nuque va en montant progressivement, au point que, sur ces derniers crânes, la partie la plus saillante en arrière n'est pas le crâne : c'est la nuque. Il suffit, pour continuer l'ascension, de placer l'un à côté de l'autre, un crâne de gibbon, un crâne de chimpanzé, un crâne de gorille et un crâne d'orang, et l'on constatera que l'insertion des muscles de la nuque allant

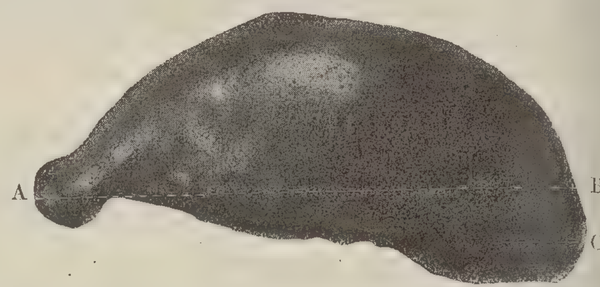


Fig. 16. — *Crâne du Pithécanthrope de Java* (*Tertiaire supérieur*) [Moulage de l'Ecole d'Anthropologie]. — *A B C* comme dans les figures 14 et 15. La distance *B C* diminue de plus en plus.

toujours en remontant, finit par atteindre presque, chez les deux derniers, la partie la plus élevée de la tête; alors que, chez l'homme moderne, cette inser-

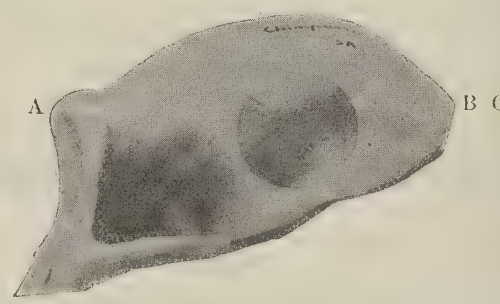


Fig. 17. — *Crâne de chimpanzé* (Moulage de l'Ecole d'Anthropologie). — Les points *B* et *C* se confondent au niveau de la ligne d'horizon passant par le bord supérieur de la cavité orbitaire. — Voir figures 14, 15 et 16.

tion se trouve sous le crâne et à sa base, celui-ci formant, à lui seul, toute la partie postérieure de la tête. Ces dispositifs correspondent à une série

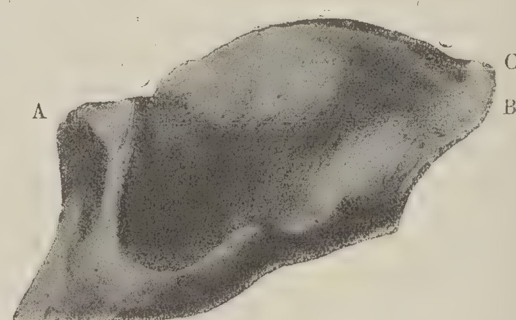


Fig. 18. — *Crâne de gorille* (Ecole d'Anthropologie). — La limite supérieure de l'insertion des muscles de la nuque *C* est maintenant au-dessus de la ligne *A B*. — Voir figures 14, 15, 16 et 17.

d'étapes nécessitées par le passage de la station oblique à la station verticale et permettent de classer les crânes d'après une hiérarchie morphologique correspondant à leur hiérarchie chronologique (Papillaut). On pourrait faire une classification inverse et concordante avec le développement des arcades orbitaires et la dépression frontale.

(1) Cette tête, trouvée dans une grotte funéraire en Périgord, est de la limite du Magdalénien et du Néolithique, c'est-à-dire du commencement du temps actuel ou de la fin des temps géologiques.

Il n'est donc pas facile, en raison des remarquables analogies des pièces que nous possédons, en raison des transitions insensibles que l'on y rencontre, en raison aussi de leur petit nombre, d'établir des lignes de démarcation. Nous rattacherons donc provisoirement au seul groupe de la race moustérienne toutes les pièces humaines jusqu'ici connues dans cette époque, mais en admettant que l'espèce présente des caractères d'infériorité de plus en plus grands, au fur et à mesure que l'on remonte à des époques plus éloignées. Et si l'on songe que le paléolithique inférieur a une durée presque aussi grande que le paléolithique moyen ou moustérien, que l'immense durée des époques tertiaires échappe à toute comparaison, on s'expliquera bien facilement que les quelques pièces anatomiques que nous possédons, tout en appartenant au même type, présentent cependant entre elles des différences d'évolution considérables, parce qu'elles correspondent à des âges très éloignés les uns des autres, et qu'il faudrait compter sans doute par centaines de milliers d'années pour mesurer le temps qui les sépare.

B

A

C

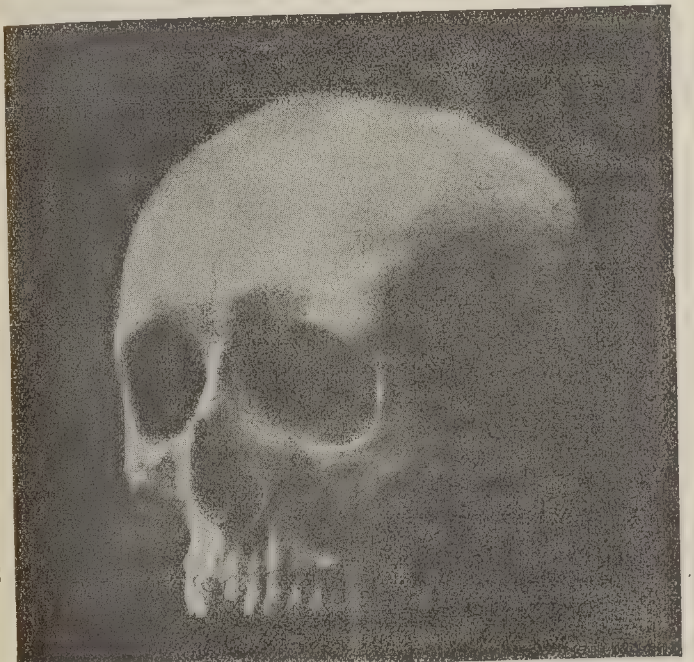


FIG. 19. — *Tête de Parisien moderne* (Ecole d'Anthropologie de Paris). — La hauteur du crâne *A B*, au-dessus de l'horizontale passant par le bord supérieur de la cavité orbitaire, est presque égale à la hauteur de la face *A C*.

B

A

C

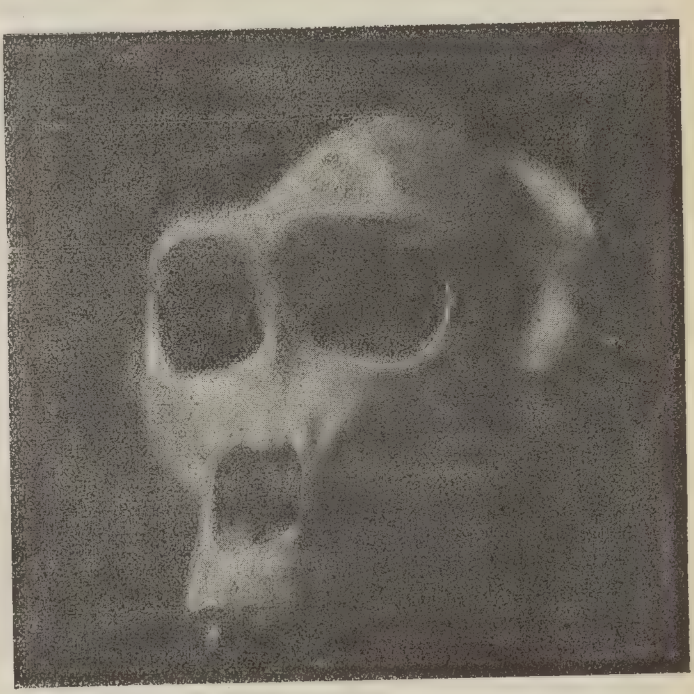


FIG. 20. — *Tête de gorille* (Ecole d'Anthropologie). — La hauteur de la face *A C* est trois fois plus grande que la hauteur du crâne *A B*.

D'où est venue cette race à peine humaine, déjà installée et se multipliant dans nos pays aux débuts du quaternaire, et sans doute aussi à la fin du tertiaire? S'est-elle formée sur place par une lente évolution de ses types les plus anciens, issus eux-mêmes d'ancêtres inconnus, chez lesquels les caractères d'humanité sont peu à peu apparus par la régression des caractères d'animalité? Ou bien, en raison de la nature de la faune et de la flore, comparables à celles de l'Afrique, en raison des communications qui existaient, à ce moment, entre l'Europe et l'Afrique par Gibraltar, la Sicile et la Tripolitaine, devons-nous penser que ces hommes, avec les autres animaux, sont venus de continents plus anciennement peuplés comme l'Afrique et l'Asie? Ce serait déplacer le problème sans le résoudre.

En tout cas, il est certain que les jeunes anthropoïdes, de nos jours, présentent, au moment de leur naissance et dans leur jeune âge, un développement cérébral proportionnellement beaucoup plus grand qu'à l'âge adulte, leur cerveau ne se développant que peu ou point, alors que leurs mâchoires et les muscles masticateurs, organes de défense et d'alimentation, prennent une importance de plus en plus grande, au fur et à mesure que leur âge avance. Chez le vieux gorille mâle, l'exagération de cette musculature spéciale est telle, qu'elle commande toute la forme du crâne, où se développent des surfaces d'insertion osseuses, sous forme de crêtes et de bourrelets, de telle sorte que la tête de ce redoutable animal n'est plus le logement d'un cerveau, mais le point d'appui des muscles de la gueule. Cette évolution est absolument inverse de celle que l'homme a suivie : chez celui-ci, la réduction progressive des surfaces d'insertion musculaires et le développement croissant du cerveau ont amené le développement progressif du diamètre bi-pariétal et l'élévation de la voûte. En joignant à cette transformation l'augmentation du diamètre occipito-frontal, due à l'extension du crâne en arrière, que nous expliquent le redressement de l'attitude et la traction exercée par les muscles de la nuque, nous pouvons expliquer la modification de la tête humaine, depuis le pithécanthrope de Java jusqu'à l'homme d'Aurignac (Papillault). Il suffit d'y ajouter le développement des lobes frontaux, qui commence à l'époque magdalénienne, augmente pendant les temps néolithiques, et aboutit, de nos jours, à un front large et haut, pour passer aisément du crâne magdalénien au crâne contemporain. Parallèlement,

rétrocèdent le crâne postérieur, sur lequel les muscles de la nuque n'exercent plus aucune traction, depuis que la station verticale est assurée et la tête en équilibre, et le cerveau sensoriel et sensitivo-moteur, dont la civilisation progressive amoindrit de jour en jour l'importance (1).

On sait que quelques auteurs se sont préoccupés de rattacher l'homme primitif à un ancêtre anthropoïde. Si le mot d'anthropoïde est pris dans son sens actuel, il est impossible de supposer une telle filiation. L'anthropoïde, comme l'homme, est un animal moderne, et tous deux évoluent dans des sens différents. Mais l'on peut supposer que l'ancêtre inconnu de l'homme moustérien était issu d'une souche commune à l'homme et aux anthropoïdes, qui apparaîtraient ainsi comme des rameaux divergents d'un même tronc, ayant donné naissance à des types successifs, évoluant chacun dans le sens qui lui est propre (2).

(1) Remarques de l'auteur.

(2) Je tiens à remercier tous ceux qui ont bien voulu m'autoriser à exécuter les photographies et les dessins que j'ai réunis ici même; ou me fournir des documents, que je n'ai pu tous utiliser, mais dont l'étude m'a été cependant précieuse : M. Maurice Féaux, conservateur du musée de Périgueux; MM. les professeurs Boule et Verneau, du Muséum de Paris; MM. les professeurs de Mortillet et Papillaut, de l'Ecole d'Anthropologie de Paris; M. l'abbé Breuil, professeur à l'Institut de Paléontologie humaine (Paris); M. le docteur P. Raymond, directeur de la *Revue préhistorique* (Paris); M. le docteur Rivet, du Muséum, secrétaire de l'*Anthropologie* (Paris); M. le docteur Dubois (de Haarlem); M. le docteur Klaatsch (de Breslau); M. Hauser (de Bâle), archéologue aux Eyzies (Dordogne).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1911)

Des progrès de l'hygiène en Afrique occidentale française. — M. WURTZ expose l'ensemble des constatations qu'il a faites personnellement à ce point de vue au cours de deux missions au Sénégal, en Guinée et à la Côte d'Ivoire, effectuées en 1908 et en 1911. Sur l'initiative de M. Roume, la lutte a été méthodiquement organisée contre le paludisme, la fièvre jaune, la trypanosomiase, et d'importants résultats ont déjà été acquis.

La prophylaxie de la variole par la vaccination a réalisé de grands progrès, comme l'indique ce fait, que le chiffre des vaccinations est passé de 32000 en 1905 à 505000 en 1910.

Lésions de l'endocarde dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — Pour M. P. TEISSIER, les complications endocarditiques dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques sont exceptionnelles.

M. Teissier a pu suivre 65 cas, minutieusement examinés chaque jour au point de vue cardiaque, sans constater cliniquement aucun signe d'endocardite. Dans un cas, chez une jeune femme atteinte de lésion mitrale ancienne, il a trouvé, à l'autopsie seulement, une très légère péricardite et une endocardite végétante discrète de la mitrale déjà lésée. L'examen histo-bactériologique de la valvule a permis de retrouver de nombreux méningocoques.

De la syphilis gastrique. — M. GALLIARD. Au point de vue clinique, on peut décrire à la syphilis gastrique :

1° Une forme catarrhale (aiguë ou chronique);

2° Une forme hyperplasique (gommes, pseudo-cancer);

3° Une forme ulcéreuse, que révèlent les hématémèses, et qui conduit soit aux perforations, soit aux cicatrices sténosantes ou non sténosantes.

C'est à cette troisième forme qu'appartiennent les lésions d'une malade que M. Galliard a eu l'occasion d'observer et dont il relate l'histoire.

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, atteinte d'hématémèses récidivantes avec douleurs, chez qui on constatait, en l'absence de tout autre stigmate, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière. La réaction de Wassermann ayant été reconnue positive, on institua un traitement par les injections de bi-iodure qui paraît avoir amené la guérison complète, après une récidive qui a nécessité une deuxième cure.

M. Galliard insiste sur ce point qu'il faut maintenant se préoccuper des sténoses cicatricielles et continuer le traitement.

Les dangers méconnus de la coqueluche. Coqueluche et tuberculose. — M. ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) montre combien il est indispensable de dépister les formes frustes de la coqueluche et de les soigner jusqu'à complète guérison pour éviter le danger de la transmission et des complications, au premier rang desquelles se place la tuberculose.

Du vertige voltaïque dans les affections de l'appareil vestibulaire. — M. BABINSKI expose le résumé de ses travaux sur les modifications du vertige voltaïque dans les affections de l'appareil vestibulaire. Les phénomènes subjectifs que fait éprouver le passage du courant, en particulier les sensations de déplacement de rotation, peuvent être exagérés en cas d'irritation vestibulaire, affaiblis ou abolis en cas d'altération plus profonde.

Les phénomènes objectifs sont divers. Généralement, dans les affections bilatérales, la résistance au courant voltaïque est exagérée, et parfois, malgré un courant atteignant 15 et 20 milliampères, l'inclination de la tête fait complètement défaut, tandis qu'à l'état normal elle est généralement perceptible avec un courant de 1 à 2 milliampères.

Très souvent l'inclination et la rotation sont remplacées par un mouvement de la tête en arrière.

On peut voir la tête exécuter pendant le passage du courant des mouvements alternatifs d'inclination à gauche et à droite (nystagmus céphalique).

Dans les affections vestibulaires qui siègent d'un côté seulement, on observe communément ce que M. Babinski a appelé « une inclination unilatérale »; généralement alors, quand le pôle positif est placé du côté malade, la tête s'incline de ce côté; elle se porte en arrière lorsque le pôle positif est appliqué sur le côté sain.

La rotation peut être exclusivement unilatérale, quel que soit le sens du courant, et s'effectuer soit du même côté que l'inclination, soit du côté opposé.

Les modifications du vertige voltaïque s'associent très fréquemment à celle du réflexe calorique, mais, et c'est là un point essentiel, elles ne sont pas nécessairement liées les unes aux autres.

Ces signes fournissent d'importants éléments d'appréciation lorsqu'il s'agit de différencier une affection auriculaire vraie d'un trouble imaginaire ayant la suggestion pour cause ou, encore, quand il s'agit de démasquer ou d'écarter l'hypothèse de simulation, ce qui a lieu si souvent dans les expertises relatives aux accidents du travail. Ils peuvent contribuer à établir le diagnostic de certaines affections du système nerveux central; ils comptent parmi les manifestations objectives les plus précoces des tumeurs ponto-cérébelleuses. Ils méritent donc de fixer l'attention des auristes, des médecins experts et des neurologistes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1911)

Nous avons entendu, dans cette séance, deux communications fort intéressantes, l'une sur le traitement d'un anévrisme de la crosse de l'aorte par la ligature du tronc brachio-céphalique, l'autre sur le traitement des colites graves et rebelles par l'appendicostomie ou la cæcostomie.

Anévrisme de la crosse de l'aorte, traitement par la ligature du tronc brachio-céphalique. Guérison. — M. GUINARD était, par ses travaux et sa compétence bien connus, tout désigné pour analyser une observation présentée par M. Cunéo, et dans laquelle il s'agit d'une femme qui était atteinte d'un volumineux anévrisme de la crosse de l'aorte, caractérisé par une masse dure présentant tous les caractères classiques, et diagnostiquée, comme anévrisme, dès 1905. Cette malade étant atteinte d'accès dyspnéiques très graves, M. Cunéo se décida à intervenir et il pratiqua, chez elle, la ligature du tronc brachio-céphalique. Cette opération fut facilitée par ce fait que la poche anévrismale, volumineuse, avait repoussé en haut, dans la région cervicale, la crosse aortique.

C'est la première fois qu'est pratiquée cette opération.

Dès le soir même de l'opération, les deux pouls radiaux restaient égaux, la masse, constituée par la poche anévrismale, qui était très dure et résistante, se ramollit rapidement. Les accès de dyspnée disparurent. Les craintes qu'on pouvait avoir de voir se sphacéler le membre supérieur droit ne se réalisèrent pas.

Cette ligature du tronc brachio-céphalique a été pratiquée plusieurs fois, mais jamais pour un anévrisme de la crosse.

Rappelant, à ce sujet, les travaux de Burner, de Herjen et d'autres, M. Guinard est arrivé à réunir 38 observations de ligature du tronc brachio-céphalique pour anévrismes de la sous-clavière ou des carotides.

Avec deux autres observations trouvées ailleurs, on arrive à un total de 40 observations. La mortalité globale de ces 40 observations de ligature du tronc brachio-céphalique est de 77 p. 100 depuis 1890. Mais si l'on compare les cas des dix premières années aux dix dernières, on voit que la mortalité s'est abaissée à 45 p. 100.

Enfin, dans ces cinq dernières années, cette mortalité est tombée à 28 p. 100. La gravité de l'opération tend donc à diminuer.

M. Guinard, qui a eu souvent l'occasion de traiter cette question de la ligature des gros vaisseaux dans le traitement des anévrismes, revient sur les différentes hypothèses qui ont été émises sur le mode d'action de ces ligatures. Mais il ne s'agit là que d'hypothèses sur lesquelles M. Guinard n'insiste pas.

N'oublions pas que M. Cunéo a attendu cinq ans avant de publier son observation. C'est donc une guérison datant déjà de cinq ans qu'il a pu enregistrer.

De ce fait, très important, il faut tirer cette conclusion que le chirurgien peut enrayer la marche d'un anévrisme de la crosse de l'aorte par la ligature du tronc innominé, qu'enfin cette ligature, dans le cas de M. Cunéo, n'a entraîné aucun trouble circulatoire appréciable du côté du membre intéressé.

M. Guinard ne manque pas de faire ressortir tout l'intérêt de cette observation unique de M. Cunéo.

M. QUÉNU demande à M. Guinard sur quels signes s'est appuyé M. Cunéo pour, dans ce cas, diagnostiquer un anévrisme de la crosse de l'aorte, et ce qu'avaient donné, à ce point de vue, l'examen radioscopique et l'examen laryngoscopique.

M. Guinard répond que M. Cunéo a pu vérifier son diagnostic par la constatation directe au cours de l'opération.

Appendicostomie et cæcostomie. — M. JACOB fait une communication sur le traitement, par l'une ou l'autre de ces deux opérations, de colites graves et rebelles.

Jusqu'ici, ces malades ont été considérés comme du ressort de la médecine et traités dans les services de médecine. M. Jacob estime qu'il appartient aux chirurgiens de convaincre leurs collègues, les médecins, de ce fait que ces malades sont du ressort de la chirurgie. En effet, un traitement chirurgical peut être appliqué, avec succès, aux formes graves d'entérite, de dysenterie ulcéreuse, etc. Trois opérations peuvent être mises en œuvre dans ce but ; ce sont : l'appendicostomie, la cæcostomie et l'iléo-sigmoïdostomie. Cette dernière trouvant très rarement ses indications, M. Jacob ne s'occupe que des deux premières.

L'appendicostomie est née en Amérique; elle consiste dans l'abouchement de la muqueuse de l'appendice à la peau et permet, par cette voie nouvellement créée, des lavages directs du gros intestin, en particulier du cæcum. C'est une opération simple, facile, bénigne, et qui donne de très bons résultats.

Voici la première observation de M. Jacob. Soldat de trente et un ans ayant contracté, au Tonkin, une dysenterie très grave. Il avait perdu 25 kilos en vingt jours. Il est rapatrié d'urgence en France où il passe successivement par plusieurs services de médecine sans obtenir la moindre amélioration. Il est pris de phénomènes péritonéaux graves; il a des selles très fréquentes, trente à trente-cinq par vingt-quatre heures; selles nettement dysentériques, sanguinolentes et purulentes, contenant des amibes vivants.

M. Jacob pratique, chez ce malade, l'appendicostomie et, par cette fistule appendiculaire, fait faire des lavages à l'eau bouillie, puis au nitrate d'argent. Une amélioration très nette se produit aussitôt.

Deux mois et demi après l'opération, ce malade se trouvait dans un parfait état; il avait augmenté de 8 kilos. La fistule appendiculaire est restée perméable tout en étant continente. Les résultats immédiats ont été excellents.

En résumé, l'appendicostomie est une opération simple, bénigne, facile, n'entraînant aucune infirmité, même temporaire.

La cæcostomie constitue un véritable anus artificiel. M. Jacob a eu l'occasion d'y recourir dans un cas. Il s'agissait d'un soldat de quarante ans ayant contracté la dysenterie à Madagascar, en 1905. Il est traité médicalement sans succès pendant trois ans.

Quand M. Jacob le voit pour la première fois, il le trouve anémié, cachectique, avec cent trente à cent cinquante selles par jour, avec de l'albumine, un gros intestin très douloureux au palper. Ce malade veut se suicider.

M. Jacob l'opère quarante-huit heures après son entrée dans son service. Il va à la recherche du cæcum et le fixe à la paroi. Dès cette simple fixation, on constate une amélioration très sensible. Quarante-huit heures après on ouvre le cæcum et on y fait des lavages directs.

Ce fut une véritable résurrection. L'état du malade s'améliora très rapidement. Après six mois, il avait engraissé de 27 kilos.

En 1907, il fut pris d'une bronchite grave qui détermina, par la toux, un peu de hernie du cæcum, et entraîna un peu de rétrécissement. Il fallut dilater l'orifice.

Des accidents particuliers ayant entraîné la nécessité d'une laparotomie gauche secondaire, M. Jacob vit que l'état du gros intestin s'opposait à ce qu'on fermât la fistule cæcale. On la conserva, et trois ans après le malade reste dans un état parfait, avec une fistule qui donne à peine un très léger suintement. Or, il s'agissait là d'un cas absolument désespéré.

C'est là un exemple très remarquable des bons effets de la cæcostomie dans le traitement de certaines colites extrêmement graves.

M. Jacob s'applique à déterminer les indications respectives de chacune de ces deux opérations, l'appendicostomie restant l'opération de choix dans le plus grand nombre des cas, comme étant beaucoup plus bénigne et beaucoup plus simple.

Il résulte de ces faits que toute colite dysentérique grave doit être traitée chirurgicalement; la cæcostomie devant être réservée aux cas dans lesquels, aux lavages directs, il faut ajouter le repos absolu du gros intestin.

— Plusieurs présentations ont été faites, sans doute intéressantes, mais au milieu d'un tel bruit de conversations particulières, qu'il ne nous a pas été possible d'en saisir le moindre mot.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1911)

Sur les pigments dérivés de l'hémoglobine dans les foyers d'hémorragie cérébrale. — M. H. CLAUDE et Mlle L. LOYER. On peut constater dans les foyers d'hémorragie cérébrale la formation successive de trois sortes de pigments : *a.* un pigment noir brun cristallisé, ne contenant pas de fer décelable par la réaction du bleu de Prusse; *b.* un pigment ferrugineux amorphe de couleur ocre, donnant la réaction du bleu de Prusse; *c.* un pigment jaune, cristallisé, ne donnant pas la réaction du fer; *d.* les deux premiers peuvent s'observer à l'intérieur de l'élément noble du tissu nerveux.

Antagonisme de la sécrétine et de l'adrénaline. — M. Gley. Certains auteurs ont admis l'existence d'un antagonisme net entre la sécrétine et l'adrénaline. Les expériences personnelles de l'auteur montrent que cet antagonisme, quand il se manifeste, ne s'exerce que dans des limites assez restreintes.

Hémoglobinurie expérimentale. — MM. Achard et Feuillie, étudiant l'hémoglobinurie produite par l'injection intraveineuse d'extrait de muscles broyés, l'avaient attribuée, non à l'hémoglobinémie, mais à de petites hémorragies glomérulaires suivies d'hémolyse intra-urinaire. Cette interprétation avait été contestée par MM. J. Camus et Pagniez qui, expérimentant avec le simple liquide de macération musculaire, moins toxique que le produit de broyage, attribuaient l'hémoglobinurie à l'hémoglobinémie et pensaient que l'hémoglobine musculaire traversait le rein avec une facilité toute spéciale. A l'appui de cette manière de voir, ils invoquaient une expérience dans laquelle, transformant par le ferricyanure de potassium l'hémoglobine musculaire avant de l'injecter, ils avaient obtenu, dans l'urine, une petite quantité de méthémoglobine.

Reprenant leurs expériences, MM. Achard et Feuillié, en opérant avec la macération des muscles, obtiennent comme dans leurs précédentes recherches de petites hémorragies glomérulaires et la dissolution des hématies dans les tubes contournés. En transformant l'hémoglobine musculaire en hémoglobine oxycarbonée, c'est de l'hémoglobine seule qu'ils trouvent dans l'urine. De même, avec la méthémoglobine musculaire, c'est seulement l'hémoglobinurie qu'ils observent. Mais il importe, pour constater ce résultat, de ne transformer la matière colorante en méthémoglobine que lentement, de manière à ne pas introduire dans le liquide à injecter un excès de ferricyanure, car cet excès, s'éliminant par le rein, pourrait transformer dans les tubes du rein la matière colorante des hématies qui s'y dissolvent.

Le liquide céphalo-rachidien dans la pellagre. — M. P. Boveri. On sait que la pellagre frappe surtout trois systèmes de l'organisme : le tube gastro-intestinal, la peau et le système nerveux. Les symptômes et les troubles du système nerveux sont parmi les plus importants.

Boveri a voulu examiner le liquide céphalo-rachidien chez huit sujets atteints de pellagre, et il arrive à ces conclusions :

Le liquide céphalo-rachidien est clair, limpide, comme l'eau de roche.

La tension du liquide céphalo-rachidien peut être au-dessous ou au-dessus de la tension normale; elle peut se trouver élevée dans les cas où le système nerveux est vraisemblablement touché (tension jusqu'à 30 centimètres mesurée à l'appareil de Krönig); au contraire, elle est abaissée lorsque le sujet est faible, anémique.

La densité est comprise entre 1004 et 1007; la viscosité varie de 1,14 à 1,28 (Determann).

Le liquide céphalo-rachidien peut présenter une augmentation de l'albumine (avec réaction de Nonne et réaction de Noguchi positives), une légère lymphocytose et une tension élevée. Cette triade symptomatique est l'expression d'une irritation méningée et se vérifie dans les cas où la pellagre semble avoir touché le système nerveux, même si les symptômes sont légers. L'examen cultural du liquide céphalo-rachidien donna toujours un résultat négatif.

Méningite cérébro-spinale purulente aseptique. — M. Remlinger attire l'attention sur une nouvelle forme de méningite cérébro-spinale dans laquelle le liquide louche obtenu par ponction lombaire montre des polynucléaires très altérés, mais où l'examen microscopique et les cultures n'arrivent jamais à déceler le moindre micro-organisme. La précipito-réaction de Vincent est négative. On ne trouve de méningocoque dans le rhino-pharynx ni de ces malades, ni des personnes avec lesquelles ils se sont trouvés en rapport. Dans l'armée, les cas apparaissent sans cause apparente, sans qu'il soit possible de les rattacher par un lien quelconque à un cas antérieur, et ne sont pas le point de départ d'autres cas. Au point de vue clinique, la méningite cérébro-spinale aseptique ne paraît guère se différencier de la méningite à méningocoques que par une gravité beaucoup moindre du pronostic. Les ponctions lombaires paraissent exercer sur la marche de l'affection une action favorable; le sérum antiméningococcique semble plus nuisible qu'utile.

ACTUALITÉS

INAUGURATION DE L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE

Jeudi matin, l'Institut de puériculture, dû à l'initiative, aux longues et pressantes démarches de M. Variot, a été inauguré à l'hospice des Enfants-Assistés, dans le pavillon Pasteur.

La cérémonie, que présidait M. Galli, représentant le conseil général, avait réuni une imposante assemblée, parmi laquelle on remarquait le président du conseil municipal, MM. Armand Gautier, E. Roux, Lucas-Championnière, un grand nombre de sénateurs, de députés, les représentants du ministre de l'intérieur, du préfet de police, etc.

Après un discours éloquent de M. Galli, qui fait l'historique de l'œuvre de M. Variot, celui-ci prend la parole et remercie d'abord le conseil général et le conseil municipal qui lui ont permis de réaliser l'Institut de puériculture dans l'établissement de bienfaisance que fonda saint Vincent de Paul pour recueillir les enfants abandonnés.

Cet établissement, ainsi modernisé, comprendra aussi une Goutte de lait pour venir en aide aux mères qui voudraient conserver leurs enfants, les allaiter et les élever.

« Mon but, dit M. Variot, en créant le néologisme d' « Institut de puériculture », était de spécifier qu'il serait à la fois un centre d'études et de recherches scientifiques pour les étudiants et les médecins et une école de vulgarisation populaire pour l'hygiène infantile. Je suis en effet de ceux qui pensent qu'à notre époque le savant ou le technicien ne peut pas s'enfermer dans sa tour d'ivoire, qu'il doit au contraire faire profiter directement le public de ses connaissances pratiques et des progrès qu'il a pu réaliser dans son art. »

C'est pourquoi l' « Institut de puériculture » qu'on inaugure aujourd'hui possédera des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie, de radiologie, auxquels s'adjoindra bientôt un laboratoire spécial destiné aux études si importantes sur le lait. Les ressources dont dispose l'hôpital des Enfants-Assistés seront adaptées, par le docteur Variot et ses collaborateurs les docteurs Zuber, Barret, Lavialle, au fonctionnement des services nouveaux.

Mais la section technique du nouvel institut ne doit pas faire négliger la section de puériculture qui reste en grande partie à organiser et pour laquelle le docteur Variot fait appel à la libéralité du conseil général et du conseil municipal.

La vulgarisation de l'hygiène infantile doit, dit l'éminent praticien, être faite à deux degrés :

1° Aux femmes du peuple par la Goutte de lait et la consultation des nourrissons qui sera l'un des services les plus importants de notre institut.

2° Aux jeunes filles, aux mères, aux institutrices, etc., par un cours régulier de puériculture, avec exercices pratiques, dans nos crèches, à la biberonnerie, etc.

Le pays de Pasteur, de Marbeau, de Budin, de Théophile Roussel, dit en terminant M. Variot, gardera son avance et marchera toujours, là, comme ailleurs, à l'avant-garde de l'humanité.

Après une allocution de M. Lucas-Championnière et de M. Armand Gautier, la cérémonie se termina par la visite des salles du nouvel institut.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 66. — MARDI 13 JUIN 1911. 84e ANNÉE. MARDI 13 JUIN 1911. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 juin. — MM. Louste, 19; Géraudel 18 1/2; Pagniez, 19 1/2; Armand-Delisle, 19.

Séance du 10 juin. — MM. Balthazard, 16; Grenet, 19; Trémolières, 19; Weill, 19.

Prochaine séance, mercredi 14 juin, à huit heures et demie du matin, à Beaujon; la séance suivante aura lieu le jeudi 15 juin, à cinq heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté le lundi 10 juillet 1911, à neuf heures du matin.

Les places suivantes sont mises au concours :

Clinicat médical : trois places de chef de clinique titulaire et cinq places de chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical : deux places de chef de clinique titulaire et deux places de chef de clinique adjoint.

Clinique des maladies mentales : une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies nerveuses : une place de chef de clinique titulaire et deux places de chef de clinique adjoint.

Clinique ophtalmologique : une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies des voies urinaires : une place de chef de clinique titulaire.

Clinicat médical infantile : une place de chef de clinique titulaire et deux places de chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical infantile : une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint.

Clinicat gynécologique : une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint.

Clinicat thérapeutique : une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint.

Les candidats peuvent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à trois heures, jusqu'au vendredi 30 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

LA NOMINATION DES PROFESSEURS TITULAIRES DE FACULTÉS. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Le décret organique du 9 mars 1852, le décret du 22 août 1854, la loi du 27 février 1880 ont établi les règles relatives à la nomination des professeurs titulaires de facultés. Ces règles doivent être maintenues : la présentation par la faculté intéressée et par la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique sont, pour des raisons diverses, également justifiées.

On s'est demandé cependant si, sans modifier ces règles, on ne pourrait pas assurer aux candidats une garantie nouvelle en appelant, dans chaque cas, les savants les plus compétents à se prononcer sur leurs titres. Une consultation de ce genre ne serait pas en contradiction avec la législation en vigueur, à la condition qu'elle gardât le caractère d'une consultation, et qu'une présentation nouvelle ne s'ajoutât pas à celles que prévoit l'article 4 de la loi du 27 février 1880.

Les facultés sont-elles favorables à une mesure de ce genre ? A quel moment, sous quelle forme serait-il procédé à cette consultation ?

Je vous invite à saisir de cette question les conseils de facultés et le conseil de l'université.

J'examinerai tous les avis qui seront formulés, toutes les solutions qui seront proposées avec la préoccupation d'assurer dans les meilleures conditions le recrutement des professeurs et de faire prédominer l'intérêt général de l'enseignement supérieur sur toute autre considération.

Je vous prie de m'envoyer avant le 30 juin les avis des conseils, les procès-verbaux des délibérations et, le cas échéant, les rapports annexes. Vous voudrez bien y joindre votre avis personnel. » *(Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1024.)*

RENSEIGNEMENTS

L'ASSAINISSEMENT
DE LA CORSE

Par le Professeur R. BLANCHARD.

La Corse, particulièrement sur sa côte orientale, est l'une des contrées d'Europe qui ont le plus à souffrir du paludisme. De vastes marécages en occupent la région côtière, qui est, de ce fait, éminemment insalubre. Voilà longtemps qu'on se préoccupe d'assainir cette île ; des essais d'amélioration ont été tentés à plusieurs reprises, mais on dut y renoncer, les travaux de drainage et d'assèchement des terrains marécageux ayant ranimé la fièvre intermittente et favorisé l'explosion d'épidémies très meurtrières.

De nos jours, la question a été remise à l'étude. Le 27 juin 1907, M. Ruau, ministre de l'agriculture, présentait à la Chambre des Députés, au nom du président de la République, un projet de loi relatif à l'assainissement de la côte orientale. Ce projet était renvoyé à la Commission de l'Agriculture et examiné par elle avec une rapidité vraiment exceptionnelle, puisque, le 14 février 1908, M. A. Gavini, député de la Corse, présentait un rapport tendant à l'approbation pleine et entière du projet gouvernemental. La législature prit fin avant que le projet de loi ne pût être discuté. La Chambre nouvelle reprit ce rapport, le 25 novembre 1910, et le fit réimprimer. M. F. David, député de la Haute-Savoie, déjà membre de la Commission de l'Agriculture à la précédente législature, a été nommé rapporteur ; son rapport doit être prochainement déposé et la Chambre va être enfin appelée à délibérer sur cette importante question.

En une question qui touche si profondément à la santé publique et qui, pour la Corse, doit avoir les conséquences les plus heureuses ou les plus néfastes, suivant la solution qui va triompher, l'intervention d'un parasitologue ne sera une surprise pour personne, du moins pour aucun de ceux qui appartiennent à la profession médicale.

J'ai suivi de très près les différentes phases qu'a traversées la question qui nous occupe; dès le début, mon attention a été mise en éveil par le projet de loi lui-même. On sait comment sont rédigés ces sortes de documents. Le ministre qui les signe ne les a pas écrits ; il n'en aurait pas le temps, souvent même il n'en aurait pas la compétence. C'est donc l'œuvre anonyme des bureaux. Il est à remarquer, ici plus qu'en toute autre circonstance, à quel point les rédacteurs du projet en question étaient ignorants des progrès sensationnels, et connus de l'univers entier, que la question du paludisme a accomplis depuis une douzaine d'années. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur le projet de loi.

L'insalubrité de la côte orientale est attribuée justement aux marécages, que des cordons de sable, accumulés le long du littoral, empêchent de se déverser dans la mer. « Ces masses d'eau stagnante où se reproduisent les moustiques anophèles, qui propagent l'épidémie palustre, constituent une première cause d'insalubrité » (1).

Une seconde cause est attribuée à l'absence d'eau potable. « Les travaux de divers savants qui ont étudié spécialement la question font nettement ressortir l'importance que présente une alimentation en eau de bonne qualité pour permettre de lutter contre les fièvres paludéennes ».

Une troisième cause tient au « défaut de culture du sol qui, malgré sa fertilité, ne peut être travaillé par la population anémiée par les fièvres et qui reste à l'état de mauvais pâturages, de maquis où broutent les troupeaux de chèvres.

« Le problème de l'assainissement de la côte orientale de la Corse doit donc être envisagé au triple point de vue de la suppression des eaux stagnantes, de l'alimentation des populations en eaux de bonne qualité et de la mise en culture ».

Conformément à ces prémisses, le projet de loi conclut à l'exécution de travaux variés, qui consistent essentiellement à régulariser le lit des cours d'eau, à fixer les *foci* (faux-bras des cours d'eau) et les embouchures des fleuves, à combler, débroussailler et égoutter les marais, à régulariser les cuvettes des étangs, enfin à amener de l'eau potable dans les régions ravagées par le paludisme. Ces travaux considérables doivent être exécutés par l'État, jusqu'à concurrence d'une dépense de *onze millions cinq cent mille francs*, les crédits nécessaires devant être répartis sur dix-sept exercices.

On m'excusera de ne pas entrer plus avant dans le détail de ce projet fantastique ; ce que je viens d'en dire suffit à montrer à quel point il est inattendu et combien il est en désaccord avec la doctrine actuelle de la prophylaxie paludique. Du moins, le rapporteur M. A. Gavini a-t-il remis les choses au point et porté la question sur son véritable terrain ? Nullement. Il fait une longue paraphrase du projet ministériel et l'approuve dans tous ses détails, sans y ajouter rien de nouveau. Voilà, réduit à sa quintessence, le projet sur lequel le Parlement va délibérer bientôt !

Dans le but très louable de se rendre compte par lui-même de l'état de la question, M. le député F. David est allé récemment en Corse et ce voyage l'a convaincu que le projet du gouvernement et le rapport de M. Gavini étaient l'expression définitive des travaux qu'il était nécessaire d'accomplir. Il approuve hautement le projet d'adduction d'eau potable : on la fera venir de très loin, par le moyen de canalisations coûteuses et l'on établira des bornes-fontaines, dans la région orientale, le long de toutes les routes et des lignes de chemin de fer.

Avec l'endiguement des marécages, avec l'achat par l'État de terrains marécageux, avec les autres mesures signalées plus haut, cela devra suffire : le paludisme sera vaincu, la Corse sera assainie et le

(1) Cette phrase est l'unique passage où il soit question de la transmission du paludisme par les Moustiques. Ce point de vue, à proprement parler, n'est donc pas passé sous silence, mais on conviendra qu'il était digne d'un plus grand développement. C'est là, en effet, que réside toute la question, comme il sera dit plus loin.

Parlement français aura montré à l'univers étonné à quel point il est au courant des plus grandes découvertes scientifiques de notre époque! La somme de 11500000 francs, qu'on se propose de faire payer par les contribuables, ne lui semble aucunement exagérée, mais pourtant M. David reconnaît avec raison qu'il est excessif de faire traîner pendant dix-sept années des travaux qui doivent avoir pour résultat de faire disparaître la fièvre intermittente et, par conséquent, de condamner encore les populations à ce fléau pendant ce même laps de temps. Il estime qu'une période de six années est suffisante pour l'exécution de ce superbe programme.

En lisant dans les journaux (1) quel était le résultat du voyage de M. le député David, j'ai cru qu'il était de mon devoir d'attirer son attention sur les découvertes faites depuis douze à treize ans, quant au mode de transmission du paludisme, et sur les admirables résultats obtenus en différents pays par les méthodes de prophylaxie qui en découlent. Je pris donc la liberté de lui adresser la lettre suivante :

Paris, le 22 mai 1911.

A M. F. DAVID, *Député.*

Monsieur le Député,

Le Temps du 11 mai et divers autres journaux disent que, récemment revenu de Corse, vous allez prochainement déposer votre rapport sur le projet de loi concernant l'assainissement de la côte orientale de l'île. Je me suis procuré le projet de M. Ruau et le rapport de M. Gavini et je vous avouerai que j'ai été très surpris de constater que ni l'un ni l'autre de ces deux documents n'envisagent la question du paludisme au point de vue scientifique moderne. Je ne doute pas que le rapport que vous vous proposez de déposer vous-même n'aborde ce point de vue capital et ne mette ainsi cette importante question sur son véritable terrain. Je prends néanmoins la liberté de me mettre à votre disposition et à celle de la Commission de l'Agriculture, si vous croyez opportun de me demander les renseignements que je serais en mesure de vous donner en cette circonstance.

Veuillez agréer, etc.

R. BLANCHARD.

Cette lettre est demeurée sans réponse. Peut-être la question était-elle moins urgente que je ne l'avais supposé, et recevrais-je quelque jour la réponse attendue. Mais il n'en fut rien. *Le Temps* du 7 juin publie, sous la signature de M. David, un long article (2) exposant la question exactement sous la même forme que le projet de loi et le rapport de M. Gavini. A part la condensation des travaux projetés en six années, au lieu de dix-sept, rien n'est changé à ces propositions, dont on a vu plus haut le singulier anachronisme. Peut-être parce que j'avais parlé, dans ma lettre, du point de vue scientifique moderne, l'auteur de l'article en question a-t-il voulu faire à celui-ci une légère concession. Je relève, en effet, dans sa lettre au directeur du *Temps*, ces passages significatifs :

Bien entendu, les bons effets de l'eau potable seront accrus par la diffusion d'habitudes d'hygiène plus rigoureuse. Il faudra que la population ait à sa portée la provision de quinine nécessaire et s'abrite dans des logements sains, aux fenêtres grillagées. Une bonne alimentation aidant, elle résistera à la fièvre de mieux en mieux.

Mais on n'arrivera à des résultats définitifs qu'en supprimant les eaux stagnantes et les marécages. Les premiers travaux à exécuter dans ce but comportent l'endiguement et la régularisation des cours d'eau.

...Enfin, pour ce qui est des étangs, on fixera leur niveau en assurant d'une manière permanente et régulière leur communication avec la mer et l'on draguera leurs bords.

De la sorte on n'aura plus sur le littoral que des eaux courantes et des eaux vives. Les Moustiques ne pourront plus se reproduire et la malaria, dont ils sont les agents de transmission, disparaîtra avec eux.

Et c'est tout. Il n'est plus question ni des Moustiques, ni de leur destruction, ni d'une législation spéciale visant la vente et l'administration de la quinine, ni de tant d'autres considérations qui devraient être au premier plan. L'allusion qui est ainsi faite à ce que j'ai appelé le point de vue scientifique moderne semble être une simple concession, qui ne mérite aucune attention spéciale.

Puisque c'est sur de pareilles données que va s'engager le débat devant le Parlement, l'opinion publique doit être avertie de l'incohérence qui se prépare et c'est au corps médical qu'il appartient de lui ouvrir les yeux. Le projet de loi n'excite pas très vivement les passions politiques; il est de ceux qu'on discute devant les banquettes, ou même qu'on vote sans discussion, alors qu'il n'y a pas vingt députés dans la salle. Un pareil escamotage, habituel pour les lois de médiocre importance, est à craindre pour celle-ci. Il ne faut pas que cela se passe de la sorte; il ne faut pas qu'une pareille loi soit votée. Cela couvrirait de ridicule, aux yeux de l'étranger, non seulement le Parlement, ce qui est d'un intérêt médiocre, mais la France tout entière, ce qui serait un désastre lamentable.

Ce sont là, diront peut-être quelques-uns, de bien grandes phrases pour un petit objet. Non, l'objet n'est pas petit : il s'agit de sauvegarder les deniers publics; il s'agit de rendre à la Corse les services que lui doit la métropole; il s'agit surtout de faire œuvre utile et logique et de tenir un juste compte des plus brillantes et des plus solides acquisitions de la science moderne.

De la Corse, on voit l'Italie, qui est en train de se régénérer, grâce aux magnifiques travaux du Professeur Grassi, de l'Université de Rome, nommé par le Roi Sénateur du royaume, en raison même de ses mémorables découvertes. En cette terre classique du paludisme, depuis des siècles décimée par ce fléau, la campagne romaine est actuellement ramenée à la culture; elle redevient fertile et déjà l'on entrevoit le temps où elle sera parsemée de maisons de plaisance, comme à l'époque célèbre de la civilisation latine. Un renouveau tout semblable se manifeste dans la province de Naples, dans les maremmes de la Toscane, en Vénétie, en Sardaigne, en Sicile, et le Parlement français ignore ces faits, qui sont connus du monde entier. Les députés eux-mêmes de

(1) *Le Temps* du 11 mai 1911; *Excelsior*, même date.

(2) F. DAVID. L'assainissement de la Corse. *Le Temps* du 11 juin 1911.

la Corse, dont l'un a été rapporteur de la loi Ruau, semblent n'avoir aucune notion de ce grand mouvement de rénovation, qui agite profondément l'Italie et est en train d'y transformer les conditions de la vie dans les campagnes. Après le *Risorgimento* politique, qui a débuté voilà juste un demi-siècle, voici maintenant la Renaissance économique, source de richesses nouvelles pour la péninsule.

Les artisans de cette grande œuvre sont des savants, et rien que des savants. J'ai déjà cité le Professeur Grassi : on lui doit l'application méthodique et féconde des moyens de protection mécanique des habitations contre les Moustiques, par l'emploi des toiles métalliques; on lui doit aussi la démonstration de ce fait, qu'une population tout entière peut être préservée du paludisme, à la condition qu'on la soumette journellement à de faibles doses de quinine, qui ont pour effet de tuer tous les parasites dans le sang. Sous l'habile direction du Professeur Celli, la *Société des Etudes italiennes sur la malaria* a accompli, elle aussi, une œuvre scientifique incomparable, à laquelle est due en très grande partie l'amélioration des conditions de la vie, dont jouissent depuis dix ans les populations rurales. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans plus de détails à ce propos; les médecins français n'ignorent rien de tout cela ou du moins connaissent ces faits dans leurs grandes lignes.

Le Sénat italien est composé de toutes les illustrations du pays; le Roi les nomme, comme je l'ai dit plus haut à propos du Professeur Grassi, et il constitue de la sorte une réunion des hommes les plus éclairés, les plus compétents dans toutes branches des connaissances humaines, les plus aptes à légiférer. Les Professeurs Bizzozero, Golgi et Todaro, dont chacun, même en France, connaît et apprécie la haute valeur scientifique, ont été les promoteurs de deux lois qui ont, elles aussi, contribué de la façon la plus puissante à l'assainissement de l'Italie.

L'une, du 23 décembre 1900, a établi le monopole de la quinine et en a fixé le prix de vente au taux moyen de dix centimes le gramme. Dans toute l'Italie, continentale ou insulaire, dans les villes comme dans les villages, dans les régions salubres comme dans celles où sévit le paludisme, il est loisible à chacun de se procurer la quinine de l'Etat sous forme de préparations variées, chlorhydrate, sulfate, bisulfate, etc. Cela se vend dans tous les bureaux de tabac et ceux-ci sont tenus d'exhiber dans l'endroit le plus apparent une plaque en tôle émaillée, portant en lettres blanches sur fond bleu cette inscription : *Chinino dello Stato*. Il est impossible d'entrer en Italie sans voir cela, mais le projet de loi français l'ignore.

L'autre loi, du 7 juin 1901, tend à diminuer les causes du paludisme. Dans ce but, elle édicte toute une réglementation, enjoignant à quiconque occupe des travailleurs à l'air libre, dans les régions infestées, d'administrer à ces individus une dose quotidienne de quinine. Depuis dix ans que cette loi est en vigueur, elle a eu les plus heureux effets sur la santé publique. Il est impossible de voyager en Italie en dehors des grandes villes sans constater une amélioration de l'état général des populations (1).

Il y a mieux encore. Le 23 mars 1902, fut fondée à Bastia, par le docteur F. Battesti, une *Ligue corse contre le paludisme*. A l'exemple de la législation italienne, cette ligue put mettre à la disposition de ses adhérents du sulfate de quinine à raison de 0 fr. 15 le gramme. Comme la Société italienne pour l'étude de la malaria, elle fit une active propagande pour organiser la lutte contre les Moustiques et pour répandre l'usage des toiles métalliques. Je possède tous les spécimens de brochures et d'affiches dont elle fit une large distribution, et j'ai cité ces faits dans mon livre. Le docteur Battesti est mort voilà quelques années. Son œuvre ne lui a pas survécu. J'ai voulu savoir ce qu'il en était advenu et j'ai parcouru, pendant la semaine de Pâques, la moitié septentrionale de la Corse. Partout, même à Bastia, il n'existe plus aucune trace de l'action du docteur Battesti : la population est retombée dans son apathie coutumière ; elle attend tout de l'Etat et semble aussi peu disposée que possible à la moindre initiative.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à notre thèse, la question de la lutte contre le paludisme se résume, en somme, en la lutte contre les Moustiques. Qu'il s'agisse de combattre la fièvre intermittente, la fièvre jaune ou la filariose, la guerre aux Moustiques a été menée assez rudement et avec un succès assez éclatant, en diverses régions du globe, pour qu'il me soit permis de dire qu'aucun fait de prophylaxie n'est plus solidement établi et ne donne des résultats plus certains. Aussi devons-nous réclamer avec la dernière énergie que notre Parlement tienne compte des expériences décisives réalisées par les Américains à Cuba, par les Anglais sur la côte occidentale d'Afrique, à la Jamaïque et au Honduras, par les Italiens dans les diverses régions de leur territoire, par la Compagnie du Canal de Suez à Ismaïlia, par la Ligue algérienne contre le paludisme, par les Japonais, par les Brésiliens contre la fièvre jaune, etc.

Quand il s'agit de débarrasser de la fièvre intermittente un département français, quand aucune voix ne s'élève à la Chambre pour rappeler les deux noms de Maillot et de Laveran, qui ont découvert, l'un le traitement par la quinine, l'autre les parasites qui causent cette maladie, on comprendra que d'un autre milieu se fasse entendre un cri d'alarme. Au nom du Corps Médical français tout entier, nous adjurons le Parlement de rejeter la loi malencontreuse qui va lui être proposée. Il faut assainir la Corse, mais cette œuvre nécessaire et de bonne solidarité patriotique doit être entreprise dans des conditions absolument différentes de celles du projet Ruau. Les bases de la loi nouvelle, je veux dire de celle qu'il s'agit de substituer au projet susdit, ne sauraient être élaborées par un Parlement qui vient de démontrer si complètement son incompétence :

---

(1) On trouvera tous les détails concernant ces questions dans mon livre *Les Moustiques, histoire naturelle et médicale*, Paris, 1905; cf. p. 590 et suivantes.

elles doivent être l'œuvre de médecins, de parasitologues et d'ingénieurs, qui sont seuls qualifiés pour examiner une telle question avec l'unique souci de la fortune et de la santé publiques.

MÉDECINE PRATIQUE

LA SPONDYLITE TYPHIQUE

(TYPHOÏD SPINE, SPONDYLITIS, SPONDYLOSIS, SPONDYLARTHRITIS TYPHOSA)

C'est C. Gibney de New-York (*Trans. of the amer. med. ass.*, sept. 1889, II, p. 19) qui, en 1889, décrivit le premier l'ostéite vertébrale comme complication de la fièvre typhoïde. Il créa pour la désigner le terme de « typhoïd spine » sous laquelle elle est désignée dans les publications de langue anglaise. Puis Pepper fait allusion à deux cas analogues dans son traité de médecine. La même année Schaffer (*Trans. of the amer. orthop. ass.*, 1889, III, sess. II, p. 26) et Jussel (*B. S. med. Journ.*, 17 déc. 1889, L. p. 635) publient de nouvelles observations.

Les années suivantes, de nouvelles publications paraissent en Amérique sur ce sujet: Gibney (*Trans. of the amer. orthop. ass.*, Philadelphie, 1891, IV, p. 280), Eskeridge (*Kansas city med. index*, 7 an. 1893), Study (*Med. Record*, 28 juillet 1894), puis le professeur Osler (*John Hopkins hosp. Rep.*, vol. IV, nº 1, p. 73, 1894-95) en décrivant trois cas personnels, met en doute l'origine osseuse de l'affection et la considère comme une névrose.

En Allemagne, Quincke (*Mitteil a. d. Greuzget d. med. u. chir.*, IV, Bd. 2 heft 1898, p. 344) et son élève Klein (*Ostitis typhosa*, Dissest-Kiel, 1896) sont les premiers à décrire et à apporter des observations de cette affection.

En Italie, la première publication appartient à Bonardi (*Clinica med. italiana*, 1901, anno 40, nº 4).

La même année en Russie, Schmitz (*Saint-Pétersbourg med. Woch.*, 1901, XXVI, p. 254) puis Winokurow (*Wratsch. Saint-Pétersbourg*, 1901, vol. XXII, p. 503) signalent des faits nouveaux.

En Suisse, Pallard (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1902) en décrit un cas en 1902.

En France, nous n'avons trouvé publiée aucune observation de cette affection, car, ainsi que nous le verrons, un article de Guyot (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 janv. 1906, nº 1, p. 9) vise un cas absolument différent.

Cependant, depuis les premiers travaux, les publications se sont multipliées à l'étranger sur ce sujet.

Les principaux travaux d'ensemble sont ceux de Lord (*Bost. med. and surg. journ.*, 1902, CXLVI, p. 689) qui réunit 26 observations, de Fluss (*Cent. fur d. Grenzeb d. med. u. chir., Jena*, 1905, VIII, p. 645) qui en réunit 42, de Silver (*Am. Journ. orthop. surg.*, Philadelphia, octobre 1907, V, p. 194) qui arrive au chiffre de 67 cas, puis Halpenny (*Surg. gyn. and obst.*, 1909, IX, p. 649) donne une longue description de l'affection basée sur l'étude de 72 cas, suivie d'une bibliographie qui comporte 90 articles. N. Bowdith Potter (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 juin 1910 et surtout *Med. Record*, 17 déc. 1910) à propos d'un cas personnel cite de nouvelles observations, et énumère une longue bibliographie. Enfin Frick (*Intent. med. Journ.*, novembre 1910, p. 819) ajoute trois cas personnels, donne une description détaillée de l'affection basée sur l'étude de 80 observations connues et cite 81 publications sur le sujet.

Nous pouvons ajouter à ce dernier travail les publications suivantes qui n'y figurent pas ou qui sont parues depuis : Runeberg (*Finska Läkaresellskapets Handlingar*, août 1909), Swett Paul (*Yale med. journ.*, vol. XVI, nº 3, p. 114), F.-W. White (*Journ. of the am. med. ass.*, vol. LII, p. 556, 30 oct. 1909), G.-J. Wilson (*The Lancet*, 1909, vol. II, p. 1279), Goddu L. A. O. (*The Bost. med. and surg. journ.*, 26 mai 1910, vol. CLXII, nº 21, p. 711), E. Rock Carling et L.-B. King (*The Lancet*, 23 avril 1910, p. 1.137), Mac Crae (2 nouveaux cas, *Bull. of the John Hopkins hosp.*, t. XXII, nº 240, mars 1911), Josephovitch A.-B., de Charkoff, (*Charkonsky med. journ.* t. XI, nº 1, janv. 1911, p. 54, analysé par Guibé, *in Journ. de chir.*, mai 1911, p. 525), Jasper Halpenny et Donald Mac Intyre (*The canad. med. ass. journ.*, vol. I, nº 2, fév. 1911, p. 136).

Ces publications contiennent 15 nouvelles observations, ce qui porte le nombre des cas publiés à 95.

La plupart des cas publiés dans ces dernières années sont accompagnées d'images radiographiques ; ces documents permettent aujourd'hui de donner de l'affection une description et une interprétation beaucoup plus précise qu'il y a quelques années.

Il est encore très difficile de se rendre un compte exact de la fréquence de cette complication de la fièvre typhoïde. Elle semble au premier abord une rareté, mais si l'on considère qu'elle a si longtemps été méconnue, il est probable qu'elle l'est encore bien souvent, en particulier en France où ancune observation n'a été publiée. Les auteurs qui ont eu l'occasion d'en observer un cas et qui ont eu l'attention attirée sur elle, la dépistent souvent à nouveau. Gibney, Mac Crae en ont vu chacun 4 cas, Packard 5, Frick et Halpenny chacun 3 cas en l'espace de quelques années. Josephovitch en a observé personnellement 5 cas au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Charkoff dans l'été de 1909. Il ne s'agit donc vraisemblablement pas de cas exceptionnels, et les observations se multiplieront lorsque l'affection sera bien connue du monde médical.

C'est entre vingt-cinq et quarante ans que l'affection semble être la plus fréquente. On l'a observée chez des typhiques plus âgés, et assez souvent chez des jeunes gens de quinze à vingt ans, mais le sujet le plus jeune (Carling) avait quinze ans. On ne l'observerait donc pas chez l'enfant.

Fait très particulier et dont l'explication n'est pas donnée, les hommes sont presque exclusivement frappés, dans 83 p. 100 des cas (Halpenny).

La complication, dans un tiers des cas, peut débuter pendant le cours même de la fièvre typhoïde ; avant la chute de la température on voit apparaître des douleurs dans le dos et la défervescence peut ne pas se faire. Dans un seul cas de Josephovitch, la spondylite avait débuté avant la fièvre typhoïde. Mais dans la majorité des cas (deux tiers), il s'écoule un intervalle entre la fin des symptômes de la dothiénenterie et l'apparition des signes de spondylite. Le plus souvent c'est pendant la convalescence, plus rarement trois ou quatre mois après la fin de la maladie que la complication se produit. Le cas de Gibney où une année s'était écoulée entre deux semble exceptionnel mais ne doit pas nous surprendre, si, comme le remarque Frick, on se rappelle la longévité du bacille typhique dans les autres tissus (vésicule, intestin, voies urinaires, rate, abcès des os).

La fièvre typhoïde initiale est le plus souvent légère, ou d'intensité moyenne. Il est exceptionnel de voir la complication se produire dans les fièvres typhoïdes graves. Dans un tiers (37 p. 100, Silver) à un cinquième (10 p. 49, Halpenny) des cas, le début est brusque. Le plus souvent alors l'apparition de la douleur est occasionnée par un traumatisme : une chute, un faux pas, un effort violent, un « tour de reins », une grande fatigue, un long voyage en chemin de fer. Dans quelques observations (Le Breton, Frick) l'apparition des symptômes suivait un « chaud et froid », mais habituellement c'est progressivement que la complication s'installe.

C'est la douleur qui est le phénomène capital au début, douleur siégeant dans l'immense majorité des cas dans le dos, à la région lombaire.

Cette douleur débute parfois brusquement, c'est l'exception; d'habitude, elle survient peu à peu; le malade s'est déjà plaint du dos ou d'une hanche dans le cours de la fièvre typhoïde (Halpenny et Mac Intyre), puis, pendant la convalescence, des douleurs apparaissent par accès, ou continues avec une intensité progressive, mais le plus souvent il peut continuer à aller et venir jusqu'au jour où, à propos d'un traumatisme léger ou d'une fatigue, on les voit soudainement augmenter d'intensité.

Le siège à la région lombaire est la règle pour la douleur dès ce moment, mais à la lecture des observations, on voit que bien souvent le malade s'est plaint de souffrir dans les aines (Josephovitch), les hanches (Bod. Potter, Josephovitch) à droite ou à gauche dans le flanc, entre les côtes et l'os iliaque dans les masses musculaires contracturées, dans la fosse iliaque, dans l'abdomen (Frick). Ces irradiations, qui peuvent faire errer le diagnostic au début, peuvent persister où se produire lorsque la douleur est installée au niveau des vertèbres lombaires. Par exception, le foyer le plus douloureux se trouve au niveau des vertèbres dorsales (Mueller), au sacrum, tout-à-fait exceptionnellement au cou (2 cas, Osler, Gibney.)

Au moment de l'apparition de la complication, se produit-il toujours une poussée fébrile notable? L'opinion des auteurs varie sur ce sujet. Pour Carling et King cette poussée fébrile peut manquer, Halpenny note que sa présence n'est pas fréquente, Love (*The glascow med. J.*, déc. 1906, p. 425), a observé 2 cas sans aucune poussée thermique. Flick pense au contraire qu'on trouve une fièvre assez forte (39-39°5), avec frissons, dans la majorité des cas qui ont été observés dès le début. En effet, cette fièvre est très irrégulière, elle peut disparaître en quelques jours, ou durer plusieurs semaines.

Une fois constituée, la maladie se traduit surtout par la douleur qui domine toute la scène, douleur d'intensité considérable, exquise, qu'aucun sédatif ne calme, pas même parfois la morphine et qui a pu nécessiter l'administration du chloroforme (Carling). Le moindre choc, le moindre mouvement, la plus petite pression la réveillent, aussi conçoit-on l'importance du diagnostic dès le début pour éviter au malade les tortures de médications intempestives (révulsion, massage, électrisation).

Les signes locaux observés dépendent soit de la lésion vertébrale elle-même, soit des lésions de la moelle ou des racines rachidiennes. Dans la première catégorie on trouve d'abord la douleur à la pression très intense qui présente son maximum sur l'apophyse épineuse d'une ou deux vertèbres (25 fois sur 53, Silver), des apophyses transverses d'un seul ou des deux côtés, ou sur le corps vertébral palpé à travers l'abdomen (Josephovitch), ou déterminée par la compression de haut en bas de la colonne vertébrale (Quincke). La contracture musculaire immobilise complètement le segment vertébral douloureux et cette rigidité s'étend plus ou moins loin.

Le plus souvent, au même niveau, on note un gonflement qui fait disparaître la lordose normale de la région lombaire. Ce gonflement œdémateux, considéré par Quincke comme un symptôme capital au début, n'a pas été observé par Josephovitch chez ses quatre malades, peut être parce que leur examen a été assez tardif. Mais, d'après Silver, il manque le plus souvent. Exceptionnellement on note un peu de rougeur à ce niveau (2 fois sur 53, Silver). Les vertèbres peuvent être déviées soit d'avant en arrière, formant une cyphose, une gibbosité à courbure allongée (15 sur 53, Silver), plus rarement elles se dévient sur le côté (3 sur 53, Silver). Au début, la contracture unilatérale des muscles du dos peut entraîner la formation d'une innervation latérale de la colonne vertébrale sur presque toute sa hauteur.

La compression de la moelle, de la queue de cheval, des racines rachidiennes surtout peut donner naissance à des symptômes multiples. Le plus souvent ce sont des signes d'excitation, on a signalé des douleurs à la pression sur l'origine du sciatique (Josephovitch), très souvent des douleurs en ceinture, des douleurs abdominales, dans les aines, les testicules, les hanches, les cuisses, les jambes. Sur les trajets nerveux on a pu noter des plaques d'hyperesthésie, de la paresthésie. Les muscles de l'abdomen sont souvent contracturés et on a pu observer (Mac Crae, Frick), des contractures rythmiques des muscles de l'abdomen, synchrones au pouls.

Plus rares sont les phénomènes d'inhibtion dus aux compressions. L'anesthésie n'a été signalée que dans un cas, l'incontinence dans deux, on a noté une seule fois la parésie des deux membres inférieurs (Quincke), de la réaction de dégénérescence, de l'ataxie. Silver, Mac Crae, ont observé de l'atrophie de certains groupes musculaires prédominant du côté où la lésion vertébrale était la plus marquée.

L'état des réflexes patellaires est variable : quelquefois normaux, on les trouve souvent exagérés (Halpenny, Frick). Josephovitch pense au contraire qu'ils sont le plus souvent abolis, on a observé du clonus du pied (Love); on n'a jamais noté le signe de Babinski, et seulement dans 4 cas (3 cas cités par Silver, 1 cas Halpenny et Mac Intyre) le signe de Kernig. L'état général du malade est ordinairement bon, si bien que l'on a pu soutenir que la plupart des phénomènes douloureux observés étaient de nature névropathique (irritation spinale ou épine hystérique d'Osler). On ne peut pas nier que chez certains sujets prédisposés, les phénomènes douloureux ne puissent être singulièrement exagérés, mais il faut convenir que dans presque tous les cas les constatations cliniques et surtout les lésions observées à la radiographie expliquaient très bien les phénomènes observés, sans qu'on soit obligé de faire intervenir une névrose.

L'examen du sang, lorsqu'il a été pratiqué, a montré une hyperleucocytose d'intensité plus ou moins grande [11 800, 14 400, 17 600 avec 84 p. 100 de polynucléaires (Conner), 8 000, 9 200, 5 200, 12 000 (N. Bod. Potter), 12 000 (Halpenny et Mac Intyre)]. La réaction de Widal a toujours été positive, sauf dans un cas de Mac Crae où la culture du sang a révélé la présence d'un bacille paratyphique.

La maladie évolue lentement avec des alternances de recrudescence et d'amélioration. La durée totale varie entre un mois à deux ans et plus. Elle se termine presque toujours par résolution.

On a cependant décrit un certain nombre de cas terminés par suppuration. Plusieurs ne semblent pas authentiques. Silver a mentionné, comme spondylite typhique terminée par suppuration, un cas de Guyot (de Bordeaux). Rien ne prouve qu'il s'est agi d'une fièvre typhoïde et l'auteur lui-même considérait ce cas comme une ostéomyélite vertébrale *à forme* typhoïde. Un cas de Morian (1893), concerne un enfant de seize ans qui dans la convalescence d'une fièvre typhoïde fit une ostéomyélite vertébrale dans le pus de laquelle on ne trouva que du staphylocoque. Il ne reste que 3 observations, une de Weigel (*Ann. d'orthop. Assoc.*, 1902, vol. XV, p. 190), une de Painter (*Ann. of gyn.*, 1899 à 1900, vol. XIII, p. 179), une de Myers (*Ann. J. of orthop. surg.*, 1907, vol. V, p. 180), où la spondylite typhique se termina par la suppuration. Il faut peut-être y joindre l'observation V de Fichtner (spondylitis typhosa, *Munch. med. Woch.*, 1899, vol. XLVI, p. 1664), qui se termina par « nécrose ». Dans le cas de R. Carling, une suppuration dans la fosse iliaque droite précéda l'apparition des douleurs vertébrales. Frick admet aussi comme étant une spondylite typhique suppurée une observation publiée en 1905 par Raymond et Sicard (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 1905, 3, 5, XXII, p. 860), sous le nom d'épidurite purulente lombaire à bacille d'Eberth, bien qu'une laminectomie n'ait pas démontré de lésions osseuses.

On voit donc que sur 95 cas environ, on peut trouver 3 ou 4 cas terminés par suppuration, ce qui est en opposition

avec l'action habituellement pyogène du bacille d'Eberth sur les os qu'il frappe (voir Dieulafoy, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1903, p. 564; — Laignel-Lavastine et Israël de Jong, *Bull. méd.*, 1906, p. 151). Les ostéites à bacille d'Eberth, les ostéites costales en particulier, suppurent le plus souvent. Klemm (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, t. XLVI, p. 862, et 1894, t. XLIX, p. 792) réunissant 103 cas d'ostéite à bacille d'Eberth trouve, étant donnée la multiplicité des foyers dans 38 cas, 87 foyers suppurés et 67 terminés par résolution (57 et 43 p. 100). Faut-il avec Frick, pour expliquer cette différence d'action du bacille d'Eberth sur les os longs et les vertèbres, invoquer leur différence de structure? C'est une simple hypothèse.

Plutôt on ne doit pas oublier qu'il existe des degrés d'intensité dans les périostites et ostéites typhiques des os longs (Achard, *Semaine méd.*, 1899, p. 346), qu'il existe des formes chroniques aboutissant à la constitution de véritables exostoses (Dupont, Th. de Paris, 1894) et une forme rhumatoïde avec hypertrophie considérable de l'os [voir Paul Boncourt, Les lésions osseuses d'origine typhoïde (*Gaz. des hôpit.*, 1896, t. LXIX, p. 391)].

Quoi qu'il en soit, dans les cas qui nous intéressent, les lésions se terminent le plus souvent par résolution. Souvent on note qu'il persiste une raideur du rachis, mais Josephovitch remarque que dans tous les cas qui ont pu être suivis assez longtemps (un an au moins), la guérison avec tous les mouvements est la règle. Cependant la longue persistance de rachialgies est fréquente.

Le pronostic est donc favorable. Sauf un cas de Schaffer (*Trans. of the amer. orthop. Assoc.*, 1889, t. IV, session II, p. 26) qui s'est terminé par la mort, tous les malades ont guéri.

Est-ce une guérison définitive? Ne peut-on voir ultérieurement le foyer se réveiller? Ou bien n'est-il pas vraisemblable d'admettre, comme Pervouchine (cité par Josephovitch), que ces cas peuvent devenir l'origine de certaines formes de spondyloses?

Autant de points qu'une expérience plus longue tranchera.

On a beaucoup discuté au début sur la nature de la spondylite typhique.

Gibney, dans ses premières publications, décrit la lésion comme une périspondylite. Osler (1894), s'élève avec force contre l'opinion d'une lésion organique que rien ne démontre et pense qu'il s'agit d'une névrose consécutive à la fièvre typhoïde. Sous l'influence des publications ultérieures, Osler semble moins affirmatif dans la dernière édition de ses *Principes et pratique de la médecine*. D'ailleurs, dans un cas rapporté par Osler, l'essai de psychothérapie échoua complètement. Dans leur article, J. Halpenny et D. Mac Intyre rapportent que le professeur Osler leur avait dit récemment: « Je ne peux me ranger à l'avis que dans tous les cas la spondylite est présente. »

L'existence d'une lésion vertébrale ne semble pas douteuse maintenant et ne doit pas surprendre. De nombreux auteurs, en effet (Fraenkel, Quincke, Ebermaïer, Busch), ont constaté la fréquence du bacille typhique dans la moelle des os au cours de la maladie. Quincke et Stuhler le trouvent dans le corps des vertèbres 8 fois sur 9 cas mortels; Fraenkel, dans 10 cas, trouva toutes les fois le bacille dans le corps spongieux de la vertèbre, et surtout nombreux au niveau des vertèbres lombaires.

Comme dans tout le système lymphatique, on constate, dans la moelle osseuse, une augmentation d'activité de formation des cellules du sang, et les vertèbres participent à ce processus.

On peut comprendre comment, à la suite d'une fatigue, d'un traumatisme, une ostéite véritable à bacille d'Eberth peut éclater. C. B. Wilson explique la localisation presque exclusive à la région lombaire par une infection directe au niveau des ganglions lymphatiques lombaires enflammés.

Cette ostéite semble aujourd'hui indiscutable, les opinions varient seulement sur sa nature et son siège exact.

On peut avoir pour guide, sur ce point, deux ordres de constatations:

1° Les constatations faites au cours des opérations ou autopsies;

2° La radiographie.

Dans les quelques cas où la lésion a suppuré, on n'a fait aucune constatation sur l'état des vertèbres.

La seule autopsie est celle du malade de Schaffer où l'on constate la présence d'une périostite considérable de l'épine dorsale et une « lésion obscure de la moelle épinière ». Ce sont des renseignements bien vagues.

La radiographie en fournit heureusement de beaucoup plus précises: 24 malades ont été radiographiés, et 19 fois on a trouvé des lésions positives de la colonne vertébrale. Cette grande proportion d'épreuves positives a une grande valeur, si on se rend compte de la difficulté d'obtenir une épreuve nette avec un malade en proie à des souffrances considérables. C'est ainsi que Bod. Potter ne découvrit la lésion que sur la troisième épreuve pratiquée. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on obtienne des épreuves négatives.

Si l'on examine les reproductions des radiographies ou les descriptions données par les auteurs, on voit qu'il faut distinguer des lésions siégeant en trois points différents:

α. La lésion signalée de façon presque constante siège sur le disque intervertébral.

Normalement, l'image radiographique d'une colonne lombaire se présente de la façon suivante: chaque corps vertébral forme une tache rectangulaire à bords externes concaves en dehors; sur ces bords se détache l'ombre des apophyses transverses, et dans le rectangle on voit s'inscrire l'ombre des apophyses articulaires. Entre deux corps vertébraux on ne voit se projeter que l'ombre de l'arc vertébral postérieur, beaucoup plus étroit que le corps de la vertèbre; aussi, sur les côtés, existe-t-il deux espaces clairs, deux encoches correspondant au disque intervertébral présentant environ un tiers de la hauteur du corps vertébral. La colonne lombaire forme donc l'aspect d'un chapelet avec des endroits renflés et rétrécis.

Or, la plupart des radiographies, dans les cas précédents, montrent, au niveau d'un ou deux espaces intervertébraux, la disparition de l'espace clair normal. Cet espace peut être réellement disparu comme si le disque avait fondu par usure des deux côtés ou d'un seul côté, créant dans ce dernier cas une déviation latérale; ou bien il est remplacé par une tache sombre qui déborde même le corps vertébral, indiquant la production d'os en ce point.

β. Les lésions des vertèbres sont beaucoup moins constantes et importantes. On note un peu d'augmentation de l'opacité du tissu osseux sur le bord de la vertèbre au-dessus et au-dessous du disque malade, à son contact, rarement de la raréfaction du tissu de la vertèbre, ou de la nécrose même comme dans un cas de Wilson.

γ. Plus souvent, mais non constamment, on note un processus d'ossification plus ou moins étendu sur les parties immédiatement en contact avec l'espace intervertébral. Ainsi les ligaments, les apophyses transverses semblent être englobées dans cette hyperostose diffuse, et parfois la masse osseuse très volumineuse vient combler le sinus entre la colonne vertébrale et les côtes ou les crêtes iliaques.

Il semble donc, d'après ces constatations précises de la radiographie, que les lésions osseuses ou périostiques ne soient qu'accessoires et que la lésion principale soit celle du disque intervertébral; c'est pourquoi Josephovitch propose de remplacer le terme de spondylitis par celui plus exact de spondylarthritis typhosa.

Cela ne veut pas dire que les lésions de prolifération du périoste, par exemple, n'aient pas leur importance. Il semble

bien (Quincke) que ce soient elles qui causent les phénomènes de radiculite qui jouent un rôle si important dans la symptomatologie.

Le diagnostic de l'affection est facile à faire si on connaît son existence. Si on a assisté à la fièvre typhoïde la nature de la lésion sera alors facile à dépister. On ne devra cependant pas oublier que dans la convalescence de la fièvre typhoïde on peut observer des ostéomyélites vertébrales banales comme dans le cas de Morian. Si un long temps s'est écoulé depuis la fièvre typhoïde, on devra la rechercher par l'interrogatoire et confirmer le diagnostic par une réaction de Widal.

Lorsque la maladie a été méconnue pendant un certain temps, on a le plus souvent pensé à des névralgies intercostales, du lumbago, de la sciatique, des abcès du psoas, abcès périnéphrétiques, des pyélonéphrites, des abcès ou infarctus de la rate, un ulcère de l'estomac, de la lithiase biliaire, des lésions médullaires ou méningées variables.

C'est presque toujours la présence d'une déviation vertébrale ou l'examen radiographique qui a mis sur la voie du diagnostic véritable.

Le traitement de la spondylite typhique est simple.

On ne doit pas chercher à calmer la douleur par l'emploi de sédatifs (antipyrine, aspirine, phénacétine, morphine, etc.) qui ne donnent aucun résultat, ni de révulsifs (pointes de feu, teinture d'iode, etc.) qui ne font que faire souffrir le malade. On doit ne pas perdre de vue la thérapeutique habituelle des affections articulaires douloureuses. Si l'on veut calmer les douleurs d'une arthrite aiguë de la hanche ou d'une coxalgie, il n'y a pas d'autre moyen que de l'immobiliser rigoureusement par l'extension continue ou par un appareil plâtré bien fait. Il en est de même ici; l'extension de la colonne vertébrale sera établie par la traction au moyen de poids sur les deux membres inférieurs, la contre-extension étant formée par le poids du corps mis en plan incliné en surélevant les pieds du lit. Chez les enfants, le poids du corps ne suffirait pas à assurer la contre-extension, et il faudrait installer une traction sur la tête au moyen d'une fronde mentonnière, mais il semble plus pratique, et c'est le moyen auquel beaucoup d'auteurs ont eu recours, d'appliquer en suspension un corset plâtré. Le soulagement a été immédiat dans la plupart des cas. On maintiendra un appareil tant que les douleurs persisteront ou que la déviation aura tendance à se reproduire.

Dans les cas prolongés, Frick propose l'emploi de la vaccinothérapie telle qu'on l'a essayée pour les porteurs de bacilles typhiques.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JUIN 1911)

Intoxication saturnine liée au séjour, dans l'organisme, de grains de plomb provenant d'un coup de feu. — MM. RIBIERRE et FLANDIN présentent un malade atteint de paralysie névritique des membres supérieurs prédominant dans le groupe des extenseurs de la main et du poignet.

Cette paralysie, en voie de régression, n'est que le résidu d'un processus névritique plus généralisé qui a atteint également les membres inférieurs et même les muscles du larynx (dysphonie) et les muscles de l'œil. Le processus névritique qui a été précédé de coliques violentes durant plusieurs semaines, et d'ictère, est lié à une intoxication saturnine d'étiologie exceptionnelle.

En effet, les accidents sont apparus à la suite d'un coup de fusil, chargé de plombs de chasse, que le sujet s'est tiré dans la poitrine du côté droit. A l'heure actuelle il persiste une fistule suppurante à la partie postérieure du thorax, et la radiographie décèle la présence de grains de plomb enkystés dans le poumon droit et dans la paroi thoracique.

L'intoxication saturnine, liée au séjour dans l'organisme de balles ou de grains de plomb, est connue, mais exceptionnelle, car il n'en existe guère qu'une dizaine de cas dans la littérature médicale. Dans le cas actuel, la solubilisation du plomb semble avoir été favorisée par la grande surface offerte par les projectiles, par l'acidité du milieu pulmonaire particulièrement riche en acide carbonique, par la présence de lipoïdes d'origine leucocytaire. En faisant agir le sulfhydrate d'ammoniaque sur des préparations du pus provenant de la fistule, il a été possible de déceler la présence de nombreuses granulations noirâtres intraleucocytaires. Toutefois le processus toxique semble momentanément épuisé (régression des accidents, absence de plomb dans l'urine), peut-être en raison de l'enkystement du foyer pulmonaire et du drainage du foyer pariétal réalisé par la fistule.

La question d'une intervention chirurgicale, particulièrement délicate en l'espèce, ne s'en pose pas moins, car le sujet reste sous la menace d'une reprise d'accidents, tant que les grains de plomb n'auront pas été enlevés.

Etude anatomo-pathologique d'un cas de syndrome polyglandulaire ovaro-thyro-hypophysaire. — MM. Louis RÉNON et E. GÉRAUDEL rapportent l'autopsie d'un cas de syndrome polyglandulaire, où l'examen clinique et les résultats thérapeutiques avaient permis de conclure à une insuffisance de l'ovaire et de la thyroïde, et à une hyperactivité de l'hypophyse.

L'autopsie, confirmant le diagnostic, a permis de noter les faits suivants :

Les ovaires sont petits et scléreux. La stéatose cardiaque énorme, la lipomatose périrénale médiastinale et mésentérique, la stéatose hépatique, sont de même ordre que les lésions graisseuses observées sur le vivant (surcharge graisseuse des seins, du ventre, des fesses et des membres inférieurs), et attribuées à un défaut de sécrétion ovarienne.

La thyroïde, atrophiée, pèse 9 grammes, la moitié du poids normal. Histologiquement, elle montre une trame conjonctive plus épaisse que normalement, et un parenchyme sécréteur peu actif.

L'hypophyse est en hyperactivité évidente. Au lieu de peser 48 centigrammes, poids moyen chez une femme de cet âge, elle pèse 70 centigrammes. La trame conjonctive y est peu développée, tandis que les cordons glandulaires présentent les réactions cytologiques et les amas colloïdes intercellulaires observés dans les hypophyses en activité.

L'acromégalie est confirmée par l'autopsie, qui montre un élargissement considérable des cavités osseuses de la face et un épaississement marqué des os du crâne.

La cause des lésions glandulaires reste encore imprécise. On serait tenté d'incriminer la tuberculose, en raison de l'existence des lésions pulmonaires tuberculeuses discrètes; mais le fait a peu de valeur, la malade ayant séjourné huit ans dans les hôpitaux.

Opération de Freund chez un emphysémateux tuberculeux. — MM. ROUX-BERGER et Ch. RICHET fils ont observé et opéré dans les services de MM. Chauffard et Quénu un emphysémateux tuberculeux de vingt-huit ans. L'examen clinique, radiographique et anatomique, montra que les lésions des cartilages costaux étaient minimes. Malgré que cet emphysème ne soit pas lié à une ossification précoce des cartilages, le bénéfice opératoire fut considérable; la spirométrie démontra que la capacité vitale avait plus que doublé, et les tracés pneumographiques étaient nettement modifiés.

M. Antonin PONCET a lu avec soin les observations des malades qui ont subi, dans ces derniers temps, l'opération de Freund, et il a eu aussi l'occasion d'en observer plusieurs.

Il s'agissait, comme dans le cas présent, d'anciens pulmonaires, c'est-à-dire de phtisiques, à forme plus ou moins atténuée.

Quant aux lésions des cartilages costaux qui sont celles, dans les cas avancés, d'une chondrite sèche, calcaire, elles doivent être attribuées à l'infection tuberculeuse chez de tels sujets.

Acidose diabétique traitée par les injections intraveineuses de bicarbonate de soude. — MM. Marcel LABBÉ et Pierre CARRIÉ rapportent l'observation d'une femme diabétique depuis douze ans qui, à la suite d'une infection salpingo-ovarienne a présenté un état d'acidose grave avec menace de coma. Deux injections intraveineuses de 15 grammes de bicarbonate de soude ont fait disparaître la somnolence et les menaces de coma.

A la suite des injections, l'acidité urinaire a diminué progressivement pour redevenir normale. L'ammoniurie qui atteignait 6gr22 au début a diminué progressivement pour redevenir normale. La diacéturie et l'acétonurie ont diminué plus lentement et étaient encore très accentuées lorsque la malade sortit de l'hôpital. La glycosurie a diminué progressivement, mais ce résultat paraît dépendre plutôt du régime institué que des injections alcalines. Dans ce cas, comme dans le cas de coma guéri publié par les auteurs, les injections intraveineuses se sont montrées beaucoup plus efficaces que ne l'est l'ingestion de ce sel, même à des doses supérieures. Elles représentent donc le véritable traitement préventif du coma diabétique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1911)

Névrite radiale et poliomyélite. — M. DE MASSARY montre un homme, employé dans une imprimerie, mais ne maniant pas le plomb, chez lequel l'apparition d'une paralysie radiale d'abord unilatérale, avec troubles des réactions électriques proportionnels à la paralysie, et conservation du long supinateur, avaient fait penser à une paralysie saturnine. Mais, au bout d'un an, l'atrophie progressive de l'éminence thénar et la constatation de lymphocytose céphalo-rachidienne permettent de penser plutôt à une poliomyélite. L'orateur a observé un autre exemple semblable au premier. — M. HUET qui a observé des faits analogues, les classe en trois groupes : les uns sont des syphilitiques, d'autres présentent plus tard les troubles sensitifs caractéristiques de la syringomyélie, les autres ne sont ni des syphilitiques, ni des syringomyéliques; l'un de ces malades, que M. Huet suit depuis une douzaine d'années, a été considéré, par le professeur Erb, comme une forme de transition entre les myopathies et les myélopathies; or, ce n'est pas un myopathique : il a des poussées de fièvre avec réaction de dégénérescence transitoire, puis les muscles s'atrophient et la réaction de dégénérescence disparaît.

Syndrome de paratonie organique. — MM. KLIPPEL et MONIER-VINARD présentent un homme ayant l'aspect figé, la rigidité et l'attitude d'un parkinsonien, mais chez lequel l'exagération considérable des réflexes tendineux, avec clonus bilatéral, l'absence de tremblement, sauf lors de la fatigue, l'existence de syncinésies font pencher le diagnostic (discuté par MM. Déjerine et Meige) vers celui de paratonie avec débilité motrice. — M. Klippel a vu des cas semblables dont l'évolution était différente de celle de la maladie de Parkinson.

Etat des réflexes dans la myopathie. — MM. BABINSKI et JARKOWSKI ont vu l'abolition des réflexes tendineux coexister avec la conservation relative de la motilité volontaire. Au contraire, les muscles avaient perdu l'excitabilité à la percussion, alors que la réaction de dégénérescence n'existait pas. Ceci porte à croire que l'abolition des réflexes est un phénomène musculaire, lié à la disparition de certaines excitabilités mécaniques, alors que l'excitabilité volontaire peut encore persister.

Vertige voltaïque et épreuve de Barany. — M. BABINSKI montre que les deux signes n'ont pas la même valeur : chez un premier malade, l'irrigation de l'oreille avec de l'eau à 20 degrés provoque, en trente-quarante secondes, le nystagmus du côté opposé à l'oreille irriguée, alors que la recherche du vertige voltaïque montre l'existence de troubles labyrinthiques. Inversement, chez une fille sourde depuis quatre ans, l'irrigation prolongée deux minutes ne provoque pas de nystagmus, alors que la recherche du vertige voltaïque donne des réactions montrant l'intégrité de l'appareil vestibulaire. Les deux signes n'ont donc pas la même valeur : ou bien le labyrinthe reste encore excitable à l'électricité, alors qu'il ne l'est plus à la calorification, ou bien l'électricité agit aussi sur le nerf auditif lui-même.

Absence du réflexe achilléen et troubles vésicaux chez une hérédo-syphilitique. — MM. DUPRÉ et DEVAUX. Fille de huit ans, ne présentant que les signes ci-dessus, sans Argyll, ni lymphocytose, ni albumine dans le liquide céphalo-rachidien. Mais la réaction de Wassermann est très nette. A quatre ans, elle était chétive; le traitement mercuriel a exercé une heureuse influence sur les troubles intellectuels qu'elle présentait et sur l'état physique. Son père a contracté la syphilis dix-sept ans avant la conception, et s'était énergiquement traité.

Myxœdème de l'adulte. — MM. ROUSSY et CHATELAIN montrent une femme de soixante ans, atteinte de myxœdème ayant débuté à quarante-cinq ans. Elle présente de petits fibromes cutanés, mais pas de taches pigmentaires, et a eu à trente-huit ans une syphilis peu traitée. Les auteurs se demandent s'il s'agit d'une thyroïdite syphilitique.

Trois cas de sclérose latérale amyotrophique. — MM. KINDBERG et CHATELAIN montrent trois malades avec troubles bulbaires très accentués dans les deux premiers cas, où ils contrastent avec les troubles des membres très peu prononcés. Dans le troisième cas, la parole est moins prise, la langue plus atteinte, l'atrophie des mains et avant-bras et les troubles des membres plus accentués.

Myopathie uniquement scapulaire. — MM. DÉJERINE et HEUYER. Le début s'est fait brusquement, après douleurs rhumatoïdes. L'intérêt est la stricte localisation aux muscles moteurs des deux épaules; la malade a refusé l'intervention proposée, qui aurait consisté en fixation des omoplates aux côtes.

Syndrome bulbaire unilatéral. — M. FOIX. Femme de soixante-douze ans, présentant la paralysie unilatérale des sixième, septième (périphérique), neuvième (voile sensitif et pharynx), onzième (corde vocale, sterno-mastoïdien, trapèze) et douzième paires, sans signes de tabes ni de syringomyélie, réflexes forts, Babinski peu net, et seulement à gauche. Pas de stase, céphalée occipitale, raideur de nuque et des apophyses cervicales, chorio-rétinite et réaction de Wassermann positive.

Réactions électriques dans la myopathie. — MM. HUET et BOURGUIGNON ont trouvé, dans les muscles les moins pris, chez plusieurs myopathiques, une facilité inusitée à provoquer la contraction d'ouverture, avec quelque chose d'analogue à la réaction myotonique : tétanisation persistante, même après la cessation de l'électrisation.

Secousses myocloniques au cours d'une monoplégie crurale. — MM. TINEL et CAIN. Elles surviennent par crises

rappelant les crises d'épilepsie jacksonienne. Amélioration par le traitement mercuriel.

Addisonnisme chronique, myosis et tumeur pigmentée de la face postérieure de l'iris. — M. Gallet. Crises d'asthénie se répétant depuis vingt ans, début de la pigmentation après une coxalgie (surrénalite tuberculeuse?). Le myosis unilatéral paraît en rapport avec la tumeur irienne.

Porencéphalie et atrophie cérébrale. — M. Touche. (Présentation de pièces.)

JURISPRUDENCE

LA LOI SUR LES RETRAITES OUVRIÈRES ET LES MÉDECINS (1)

Loi du 5 avril 1910. Décrets des 24 et 25 mars 1911.

Nous avons, dans nos deux dernières notes de jurisprudence, exposé les règles générales de la loi du 5 avril 1910, et interprété son article 23, qui est l'objet de nombreuses discussions.

Aujourd'hui nous examinerons, et ce sera la troisième et dernière étude sur la loi des retraites, le rôle du médecin dans l'application même de la loi.

§ 3. *Du rôle du médecin dans l'application de la loi.* — D'après l'art. 9 de la loi, les assurés qui seront atteints, en dehors des cas régis par la loi du 9 avril 1898, et à l'exclusion de toute faute intentionnelle, de blessures graves ou d'infirmités prématurées entraînant une incapacité absolue et permanente de travail, ont droit, quel que soit leur âge, à la liquidation anticipée de leur retraite.

L'article 145 du décret du 25 mars dispose que l'assuré devra joindre à sa demande une déclaration rédigée sur un bulletin spécial et faisant connaître la cause et la nature des blessures ou des infirmités dont il est atteint. Il est bien évident que pour répondre à ces questions, l'assuré se reportera au certificat que le médecin traitant lui délivrera. Ce certificat doit, d'après le même article du décret, indiquer la nature et les conséquences des blessures et infirmités; il sera rédigé sur papier libre, comme pour la loi de 1898, et délivré gratuitement (loi, art. 22). Le médecin fera bien pour éviter toute contestation et pour empêcher que l'assuré ne s'en serve à un autre usage, de mettre sur le certificat la mention suivante : Certificat délivré par application de la loi du 5 avril 1910. Dans les trois jours, le maire transmet au préfet la demande et les pièces. Le préfet fait procéder à l'instruction de la demande et commet à cet effet, un médecin assermenté; celui-ci visite immédiatement l'assuré, et établit, dans le délai de huit jours à partir de l'enregistrement du dossier à la préfecture sur un registre à ce destiné, un certificat faisant connaître la nature et les conséquences des blessures ou des infirmités et attestant, s'il y a lieu, l'incapacité absolue et permanente du travail. Les frais de visite et de certificat sont payés sur les crédits ouverts au budget du ministère du travail (Décret 25 mars, art. 144 et 145). Dans la huitaine qui suit l'établissement du certificat, le préfet transmet au ministre du travail le dossier de la demande, auquel il annexe ce certificat. Le dossier, après constatation de la production des pièces réglementaires, est soumis à une commission consultative instituée auprès du ministère du travail. Cette commission, composée de vingt-quatre membres, parmi lesquels figurent quatre médecins choisis par le ministre du travail sur la liste des médecins experts du tribunal du département de la Seine, fait procéder dans chaque affaire à toutes mesures d'instruction complémentaire qu'elle juge nécessaires; elle peut notamment, faire examiner, à nouveau, l'état de l'assuré, et désigner, le cas échéant, le médecin assermenté à commettre à cet effet. Les frais occasionnés par cette nouvelle visite médicale sont payés sur les crédits ouverts au budget du ministère du travail (Décret 25 mars, art. 146 à 151). La commission a deux mois pour formuler son avis motivé sur la demande de l'assuré, du jour de son enregistrement à son secrétariat; et dans les quinze jours de la réception de l'avis, le ministre statue.

La loi du 5 avril 1910 a prévu le cas où l'assuré, au profit duquel a été liquidée une retraite anticipée d'invalidité, a recommencé à travailler d'une manière habituelle ou a manifesté la volonté d'effectuer à nouveau des versements. Le préfet, après avoir vérifié si ce retraité est à nouveau inscrit sur les listes, doit alors adresser, avec tous documents justificatifs utiles, des propositions tendant à la cessation du paiement de la retraite (Décret 25 mars, art. 154). Dans ces documents justificatifs rentrera certainement un certificat de médecin constatant que le retraité peut reprendre utilement son travail. Cet article 154 n'énumère pas les documents, mais on peut déduire de ce membre de phrase « tous documents justificatifs utiles » qu'un certificat médical sera demandé par le préfet.

Le médecin peut encore être appelé à être le collaborateur de la loi sur les retraites, lorsqu'il s'agit de l'application de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, combinée avec celle du 5 avril 1910.

D'après l'article 7 de la loi des retraites, lorsqu'ils seront âgés de soixante-cinq à soixante-neuf ans au moment de la mise en vigueur de la loi du 5 avril 1910, les assurés peuvent bénéficier de la loi du 14 juillet 1905. Un décret du 24 mars 1911 a réglementé les différentes mesures qui sont à prendre dans ce cas tout particulier. Toute personne, âgée en 1911 de soixante-cinq à soixante-neuf ans, doit déposer sa demande à la mairie. Elle est communiquée au bureau d'assistance pour avis. Le dossier du postulant est alors envoyé au sous-préfet de l'arrondissement qui le soumet à une commission cantonale dont la composition est fixée par l'article 4 du décret du 24 mars. Les recours contre les décisions de cette commission cantonale sont portés devant une autre commission établie au chef-lieu de département (Décret, art. 5-7). Un deuxième recours devant le ministre de l'intérieur peut être exercé. Le ministre en saisit la commission centrale qui statue en dernier ressort (Décret, art. 8). La composition des commissions siégeant dans le département de la Seine et à Paris est déterminée par les articles 13 et 14 du même décret. Comme il s'agit ici de l'application d'une loi d'assistance le médecin collaborera certainement à ces dernières mesures. Il sera, la plupart du temps, celui des « habitants » choisis pour faire partie de ces commissions.

Telles sont les dispositions essentielles de la loi du 5 avril 1910 dont la connaissance pouvait être utile aux médecins. Mais, comme l'application de la loi des retraites paraît devoir donner lieu à des difficultés, nous nous empresserons de tenir nos lecteurs au courant des discussions de nature à les intéresser.

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 59, p. 912, et n° 64, p. 993.

LIVRES NOUVEAUX

Nouvelles méthodes de séro-diagnostic [syphilis, mycoses, kyste hydatique, lupus, etc.] (1), par M. Joltrain.

L'auteur nous présente la troisième édition de ce volume dont les premières eurent tant de succès; cette troisième édi-

(1) In-8 de 254 pages. Troisième édition. — Paris, Maloine.

tion est considérablement augmentée et montre tout le parti que le médecin peut tirer de la réaction de Bordet-Guyon appliquée à la syphilis et à de nombreuses affections. Il y a ainsi une nouvelle méthode de séro-diagnostic dont M. Joltrain expose avec compétence et clarté la technique et les résultats.

P. RAVAUT.

Consultations dermatologiques (1),
par L. Brocq et Cl. Simon.

Les auteurs présentent aux praticiens un dictionnaire des maladies de la peau leur permettant de trouver immédiatement sur chaque dermatose des renseignements précis. Après un court résumé descriptif de la symptomatologie de l'affection, la thérapeutique en est exposée très schématiquement en insistant sur les principales médications et les meilleures formules.

Ce petit livre, extrêmement commode, au courant des plus récentes recherches sur l'emploi des agents physiques, a sa place indiquée sur la table du praticien.

P. GASTINEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

L'ASSAINISSEMENT DE LA CORSE. — L'important article de M. le Professeur R. Blanchard, que nous publions sous ce titre (p. 1015), était déjà composé et mis en pages, quand se sont produits deux faits qui doivent être signalés ici :

1° Le 8 juin, la Commission d'agriculture de la Chambre des Députés a approuvé les conclusions du rapport de M. F. David à celà près que la somme de 11 500 000 francs, que devront payer les contribuables, sera répartie sur huit annuités, et non sur dix-sept, comme le demandait le projet de loi, ou sur six, comme le proposait le rapporteur.

2° Le 8 juin, après que la Commission d'agriculture eut statué définitivement sur son rapport, M. David écrivit à M. Blanchard, en réponse à la lettre du 22 mai, le convoquant pour le samedi matin, 10 juin.

Le samedi matin étant son unique jour de réception et divers rendez-vous ayant été pris par lui, M. Blanchard n'a pu se rendre à la convocation qui lui était adressée. Il s'en est excusé par une lettre, datée du 9 juin et dans laquelle il s'exprimait ainsi :

« Je regrette vivement que votre convocation me parvienne si tard, alors que la Commission de l'agriculture a déjà pris ses décisions relativement à la question de l'assainissement de la Corse.

«... Le monde médical s'est très vivement ému du projet de loi dont vous êtes le rapporteur. M. le docteur F. Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, m'a demandé de lui exposer la question, qu'il savait être pour moi l'objet d'une vive préoccupation. J'ai rédigé un long article qui est actuellement mis en pages et qui paraîtra mardi matin. Je dois vous avouer que je combats très vivement le projet de M. Ruau; je suis en cela d'accord avec le monde médical et scientifique, dont ma situation de Professeur de parasitologie m'oblige à devenir, en cette circonstance, le porte-parole.

« Il me semble très désirable que la Chambre des Députés modifie profondément la loi Ruau et place l'assainissement de la Corse sur les bases mêmes qui sont en train de ramener la salubrité et la richesse dans les régions les plus désolées de l'Italie.

« Veuillez agréer, etc.

R. BLANCHARD. »

LES MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA. — La commission d'hygiène de la Chambre a entendu M. Mirman, directeur de l'hygiène publique, qui a indiqué en détail les mesures prises par ses services en vue de préserver le territoire français contre une invasion de choléra. Ces mesures sont de deux sortes : surveillance aux frontières exercée notamment sur les émigrants, instructions détaillées envoyées aux préfets et aux autorités locales pour que tout foyer naissant soit immédiatement signalé et éteint. Des mesures de défense du même genre sont prises également contre toute invasion éventuelle de la peste; des instructions très rigoureuses sont envoyées dans les ports pour qu'il soit procédé à la dératisation des navires en provenance des régions où des cas de peste sont signalés.

A la suite de cette audition, la commission a décidé d'envoyer une délégation de sept de ses membres, d'abord au Havre, où elle se rendra le 17 juin, ensuite à Marseille le 20 juin pour visiter diverses installations sanitaires. Dans sa visite à Marseille la délégation sera accompagnée par M. Mirman.

LE TYPHUS A LA FRONTIÈRE MAROCAINE. — Le typhus exanthématique existe au Maroc depuis un certain temps et on en a signalé à Casablanca, Fez, Tanger, Melilla, et de nombreux « mesquines » du Tafilalet, où règne une disette intense, remontent vers le Nord, semant l'affection avec eux.

En avril, l'autorité militaire signalait déjà des cas fréquents à Taourirt, Berkane et Oudjda; peu à peu Marnia, Tlemcen, Oran étaient obligés d'ouvrir des ambulances. Une tournée faite récemment, dans la région, par le docteur Raynaud, dit le *Bulletin médical de l'Algérie*, a permis de constater que jusqu'ici le typhus n'a sévi que sur les Marocains venus en Algérie pour travailler dans les mines; c'est ainsi que les villages marocains des mines d'El-Maazis, El-Maaden, Beni-Saf, Saint-Cloud, etc., sont contaminés. Les mesures prises par l'autorité locale ont réduit singulièrement l'étendue du foyer, et, la température aidant, il y a lieu d'espérer que le mal sera enrayé rapidement avec l'été.

Le corps médical a payé un large tribut au typhus; un médecin militaire est décédé à Taourirt; un autre, ainsi que le médecin du dispensaire à Oudjda, ont été frappés, et actuellement le médecin-major Roussille (de Marnia) relève à peine d'une très grave infection.

LE XIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

PROGRAMME. — *28 août.* — Le matin, rendez-vous à la gare de Lyon-Perrache. Départ pour Vals. Déjeuner. Visite de la station. Coucher.

29 août. — Le matin, départ pour Orange, visite du théâtre antique et de l'arc de Marius. Déjeuner. Après midi, départ en voiture pour Montmirail. Coucher à Orange.

30 août. — Le matin, départ en train spécial pour Balaruc-les-Bains, visite. Déjeuner. Après-midi, visite de Lamalou. Coucher à Lamalou.

31 août. — Le matin, départ en train spécial pour Carcassonne. Visite de la ville et de la cité. Coucher à Carcassonne.

1er septembre. — Le matin, départ en train spécial pour Alet. Visite de la station. Départ pour La Fou-Saint-Paul-de-Fenouillet (les Gorges de Galamus). Déjeuner à La Fou. Visite. Départ pour Amélie. Arrivée pour dîner. Coucher à Amélie.

2 septembre. — Le matin, départ en voitures pour Prats-de-Mollo et La Preste. Déjeuner à La Preste. Au retour, visite d'Arles-sur-Tech. Coucher à Amélie.

3 septembre. — Le matin, départ en chemin de fer pour Banyuls-sur-Mer. Visite. Déjeuner. Au retour, visite du Boulou. Coucher à Amélie.

4 septembre. — Amélie-les-Bains.

5 septembre. — Le matin, départ en train spécial pour Prades. En voiture pour Molitg. Visite de la station, puis départ pour le Vernet. Déjeuner. Visite de la station. Coucher au Vernet.

6 septembre. — Le matin, départ pour Olette. Thuès. Visite de la station. En chemin de fer pour Montlouis. Déjeuner. En voiture pour les Escaldes. Visite au passage de Font-Romeu. Coucher aux Escaldes.

7 septembre. — Le matin, visite de la station. Après-midi, visite de Puigcerda, capitale de la Cerdagne espagnole. Retour. Coucher aux Escaldes.

8 septembre. — Le matin, départ en voitures pour Ax, par

(1) Paris, O. Doin et fils.

Porte, Porta. Le col de Puy-Morens et l'Hospitalet. Déjeuner à L'Hospitalet. Dîner et coucher à Ax.

9 septembre — Le matin, visite d'Ax-les-Thermes. Déjeuner. Après-midi, visite d'Ussat. Retour à Ax. Dîner. Coucher.

10 septembre. — Le matin, départ en train spécial pour Aulus, par Foix et Saint-Girons. Déjeuner à Saint-Girons. Visite de Saint-Lizier. Arrivée à Aulus pour dîner et coucher.

11 septembre. — Le matin, visite de la station. Départ en voitures pour Salies-du-Salat. Visite de la station. En train spécial pour Toulouse. Dîner. Dislocation.

Après la dislocation à Toulouse, une excursion facultative à la station de Miers, sera organisée avec visite du Gouffre de Padirac et de Rocamadour.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence, au point de concentration : Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Toulouse, prix à forfait : 350 francs, pour tous les frais : chemins de fer (1re classe), voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

LA RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DES STATIONS CLIMATIQUES, BALNÉAIRES ET THERMALES DU SUD-OUEST DE LA FRANCE (section occidentale) se tiendra à la mairie des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), le 18 juin, à deux heures de l'après-midi.

Tous les médecins de ces stations, adhérents ou non, sont invités à y assister.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-deuxième semaine, 897 décès, au lieu de 940 pendant la semaine précédente et au lieu de 970, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole devient de plus en plus répandue avec 745 cas et 31 décès. (Les moyennes sont 409 et 19.)

Les quartiers les plus atteints sont : Saint-Gervais, 20 cas; Gros-Caillou, 36 cas; Saint-Ambroise, 23 cas; Roquette, 32 cas; Sainte-Marguerite, 39 cas; Maison-Blanche, 31 cas; Montparnasse, 21 cas; Plaisance, 25 cas; Saint-Lambert, 30 cas; les Ternes, 37 cas; Clignancourt, 28 cas; Combat, 22 cas.

LES MÉTHODES DE LABORATOIRE APPLICABLES AU DIAGNOSTIC CLINIQUE. — COURS DE VACANCES (clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. A. GILBERT). — Un cours de vacances, commençant le 29 juin 1911, aura lieu à l'amphithéâtre Bichat et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, le matin à dix heures et demie, et le soir à quatre heures. Ce cours comprendra vingt leçons et sera complet en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par M. le docteur Maurice Villaret, chef du laboratoire d'anatomie pathologique et M. Deval, chef du laboratoire de chimie, avec l'aide du docteur Paul Descomps et de MM. E. Chabrol, Brin et Henri Bénard.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 29 juin, à dix heures et demie du matin, ouverture du cours par M. le professeur A. Gilbert.

Première leçon. — Jeudi 29 juin, à quatre heures du soir. M. Paul Descomps : Notions générales de bactériologie pratique. Instrumentation. Frottis. Colorations des microbes (colorations simples et méthode de Gram). Cultures. Inoculations aux animaux. — Staphylocoque, streptocoque, etc.

Deuxième leçon. — Vendredi 30 juin, à dix heures et demie du matin. M. Maurice Villaret : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Recherche du bacille de Koch dans les crachats. Méthode de Ziehl, de Bezançon, de Spengler, de Jacobson. Albumino-diagnostic. Cyto-diagnostic.— Recherche du bacille de Koch dans les urines et les liquides pathologiques (inoscopie). Diagnostic avec les bacilles acido-résistants. Cultures. Inoculations (méthodes de Nattan-Larier, de Nobécourt). Autopsie d'un cobaye tuberculeux. — Tuberculino-diagnostic.

Troisième leçon. — Vendredi 30 juin, à quatre heures du soir. M. Deval : Chimisme stomacal. Repas d'épreuve. Examen qualitatif (acides chlorydrique et organiques, matières protéiques, amylacées, pepsine, ferment lab). Analyse quantitative (acidité, combinaisons chlorées, pepsine, maltose, motricité). Examen microscopique. — Applications au diagnostic des gastrites et du cancer de l'estomac.

Quatrième leçon. — Samedi 1er juillet à dix heures et demie du matin. M. Deval : Chimisme intestinal. Repas d'épreuve. Examen qualitatif (matières protéiques, sucrées, sang, pigments, éléments organisés, organiques, minéraux). Analyse quantitative (acides gras, libres, graisses neutres, savons). — Applications au diagnostic de l'insuffisance pancréatique et biliaire, et à l'étude des entérites.

Cinquième leçon. — Samedi 1er juillet, à quatre heures du soir. M. Henri Bénard : Pneumococcie. Gonococcie. Méningite cérébro-spinale. Principales méthodes biologiques qui permettent le diagnostic de ces affections. — Etude de la dysenterie. Recherche et coloration des amibes. Séro-diagnostic de la dysenterie bacillaire. Bacilles de Chantemesse et Widal, de Shiga, de Flexner.

Sixième leçon. — Lundi 3 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Paul Descomps : Diagnostic de l'angine diphtérique et des angines à fausses membranes. — Le bacille de Löffler. Frottis. Cultures. Inoculations. — Les angines pseudo-diphtériques. L'angine de Vincent.

Septième leçon. — Lundi 3 juillet, à quatre heures du soir. M. Deval : Examen des urines. Dosage des éléments normaux. — Acidité. Azote. Urée. Purines. Chlorures. Phosphates. Sulfates. — Applications à l'étude des rétentions chlorurées et azotées. Diabètes chlorurique, phosphatique. Cryoscopie.

Huitième leçon. — Mardi 4 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Paul Descomps : Diagnostic de la fièvre typhoïde, des paratyphoïdes, de la mélitococcie. — Le bacille d'Eberth. Sa recherche et son isolement : 1° dans le sang (technique du prélèvement du sang et de son ensemencement, hémoculture); 2° dans les matières fécales (méthodes d'Elsner, de Von Drigalski et Conradi). — Le séro-diagnostic microscopique et macroscopique. Diazo-réaction. Réaction de fixation. Fibrine-diagnostic. Examen leucocytaire. — Les paratyphoïdes. Le micrococcus melitensis.

Neuvième leçon. — Mardi 4 juillet, à quatre heures du soir. M. Deval : Examen des urines. Dosage des éléments anormaux. — Matières protéiques [albumines (sérine, globuline), albumoses, peptones, etc.]. Matières sucrées. Pigments divers. — Examen du sédiment. — Applications à l'étude des néphrites et du diabète.

Dixième leçon. — Mercredi 5 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Paul Descomps : Diagnostic du paludisme et de la maladie du sommeil. — Les hématozoaires du paludisme : procédés de coloration. Plasmodium malariæ. Plasmodium vivax. Laveriana malariæ. Schizogonie. Sporogonie. Les anophèles. — Les trypanosomes de la maladie du sommeil. Trypanosoma gambiense et son principal agent de transmission, la glossina palpalis.

Onzième leçon. — Mercredi 5 juillet, à quatre heures du soir. M. Deval : Examen chimique du sang et du lait. Sang : Dosage des éléments normaux (alcalinité, fibrine, matières protéiques, azote total, éléments minéraux et organiques, pigments, cryoscopie, hémoglobine). Applications cliniques : cholémie, azotémie, urémie, glycémie. — Lait : Examen chimique (beurre, caséine, lactose, éléments minéraux, oxydases et catalases). Eléments figurés. Applications cliniques.

Douzième leçon. — Jeudi 6 juillet, à dix heures et demie du matin. — M. Maurice Villaret : Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules rouges). — Notions générales sur le sang et l'hématopoïèse. — Prélèvement ; coloration vitale; numération (hématimétrie). — Colorations diverses. Caractères normaux des globules rouges. — Modifications pathologiques des globules rouges. Polyglobulies. Anémies.

— Les notions récentes sur les hématies granuleuses et les globulins.

Treizième leçon. — Jeudi 6 juillet, à quatre heures du soir. M. Maurice Villaret : Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules blancs). — Evolution et fonctions des leucocytes. Les organes hématopoïétiques. — Numération, coloration et caractères normaux des leucocytes. — Modifications pathologiques des leucocytes. Leucocytoses. Leucémies myélogène et lymphogène aiguës ou chroniques. Anémie pseudo-leucémique.

Quatorzième leçon. — Vendredi 7 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Maurice Villaret : Examen du sang par les procédés de laboratoire (caillot, sérum). — Coagulation. Mesure de la coagubilité. Rétractilité du caillot. Modifications pathologiques de la coagulation, en particulier dans le purpura et l'hémophylie. — Dosage de l'hémoglobine (méthodes de Henocque, de Tallquist, de Malassez). Valeur globulaire. Ses variations physiologiques et pathologiques (chlorose. Chloro-anémies).

Quinzième leçon. — Vendredi 7 juillet, à quatre heures du soir. M. Henri Bénard : Recherche de la résistance globulaire. Application à l'étude des ictères. — Les hémolysines dans le sérum et les liquides pathologiques. Epreuve de Donath et Landsteiner. — Les opsonines de Wright. L'activité et la résistance leucocytaires.

Seizième leçon. — Samedi 8 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Chabrol : Les réactions de fixation. — Recherche de la déviation du complément par la méthode de Bordet et Gengou. Principes de la méthode. Les anticorps. Choix et titrage de l'antigène. Préparation d'un sérum hémolytique.— Première application de la méthode : La réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis.

Dix-septième leçon. — Samedi 8 juillet, à quatre heures du soir. M. Chabrol : Les réactions de fixation (suite). — La réaction de Weinberg dans le kyste hydatique. Diagnostic de l'echinococcose. — La déviation du complément dans la tuberculose, la fièvre typhoïde. — Son application à l'étude de l'actinomycose et de la sporotrichose.

Dix-huitième leçon. — Lundi 10 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Paul Descomps : Examen du liquide céphalo-rachidien par les procédés de laboratoire. — Etude chimique (recherche du sucre et de l'albumine). Etude cytologique (Technique. La cellule de Nageotte. Cytologie des méningites. Cytologie des affections nerveuses). Etude bactériologique. Applications diagnostiques.

Dix-neuvième leçon. — Lundi 10 juillet, à quatre heures du soir. M. Brin : Diagnostic bactériologique de la syphilis et du chancre mou. — Recherche du tréponème pâle à l'ultramicroscope. Sa coloration (procédés de Giemsa, de Levaditi). Réaction de Wassermann. — Caractères morphologiques et coloration du bacille de Ducrey.

Vingtième leçon. — Mardi 11 juillet, à dix heures et demie du matin. M. Maurice Villaret : Examen des épanchements par les procédés de laboratoire. — Epanchements pleuraux. Recherches chimiques (fibrine, densité, résidu sec, réaction de Rivalta). Recherches cytologiques. (Technique et résultats. Eosinophilie locale.) Recherches bactériologiques. — Epanchements péritonéaux. Recherches chimiques. Recherches cytologiques. (Ascites cancéreuse, tuberculeuse, inflammatoire. Ascite mécanique. Notions sur le syndrome d'hypertension portale). Recherches bactériologiques.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — M. le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie, médecin en chef du dispensaire pédagogique, fera le jeudi 15 juin, à cinq heures, une conférence sur le *problème social de l'épilepsie. L'éducation des épileptiques.*

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Un train spécial, à prix réduits, sera mis en marche, chaque dimanche, du 11 juin au 17 septembre inclus, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50 ; 3e classe, 3 francs ; Moret, 2e classe, 5 fr. 50 ; 3e classe, 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 25 du matin. Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 40 du matin. Arrivée à Moret à 8 h. 57 du matin.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité.

Franchise de 30 kilos de bagages par place.

Les billets sont délivrés à la gare de Paris P.-L.-M. dans les bureaux de ville de la Compagnie et agences de voyages.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 JUIN 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 juin, à une heure. — 1er (sages-femmes). — 1er (oral, 1re et 2e séries). — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Mardi 20 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries). — 3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

Mercredi 21 juin, à une heure. — 1er (sages-femmes). — 1er. — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re 2e et 3e séries).

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Jeudi 22 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries). — 3e (oral, 1re et 2e parties). — 4e.

Vendredi 23 juin, à une heure. — 1er (sages-femmes). — 1er (oral, 1re et 2e séries). — 3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Samedi 24 juin, à une heure. — 1er (oral). — 3e (oral, 1re et 2e parties).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

2e (sages-femmes), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 21 juin, à une heure. — M. Villette. Les hernies juxta-funiculaires. Hernies directe et oblique interne. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Zimmern.) — M. Ferran. Traitement des cavités d'ostéomyélite chronique par les greffes graisseuses. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Zimmern.)

Jeudi 22 juin, à une heure. — M. Périneau. Le cathétérisme urétéral et le lavage du bassinet dans les pyélonéphrites suppurées. Valeur et indications. (MM. Quénu, président; Gilbert Ballet, Claude et Chevassu.) — M. Le Quéré. Les fugues chez les paralytiques généraux. (MM. Gilbert Ballet, président; Quénu, Claude et Chevassu.) — M. Rouby. De la presbyophrénie. (MM. Gilbert Ballet, président; Quénu, Claude et Chevassu.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 67. — JEUDI 15 JUIN 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 15 JUIN 1911. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

TENTATIVE D'ASSASSINAT SUR M. GUINARD. — Nous avons appris avec une douloureuse émotion le criminel attentat dont a été victime, de la part d'un ancien malade; notre excellent confrère M. Guinard, au moment où il quittait lundi son service de l'Hôtel-Dieu.

Si quelqu'un semblait devoir échapper aux marques de *reconnaissance* (!) que prodiguent maintenant trop souvent d'anciens malades à leurs médecins, c'était bien le docteur Guinard dont la bonté, la douceur, les égards pour les malades étaient connus de tous.

Nous faisons des vœux bien sincères pour le rétablissement du blessé dont l'état est malheureusement très grave.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve de clinique dentaire.* — Séance du 13 juin 1911. — MM. Vaysse, 19; Lemerle, 17; Guilly, 13.

Prochaine séance, vendredi 16 juin, à huit heures et demie, à la Charité.

— MM. les élèves internes en pharmacie, actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé, à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères, à la répartition dans les services hospitaliers, pour l'année 1911-1912, le lundi 26 juin, à deux heures. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AMIENS. — Le concours des chirurgiens des hôpitaux, qui vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu, s'est terminé par la nomination du docteur Sourdat, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— BORDEAUX. — *Concours pour 9 places d'internes titulaires et pour 55 places d'externes titulaires.* — Le concours pour les places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 2 octobre, dans un local à désigner, à huit heures du matin. Les candidats doivent se faire inscrire dans les bureaux du contrôleur général de l'hôpital Saint-André, cinq jours au moins avant l'ouverture du concours.

Le concours de l'externat pour l'année scolaire 1911-1912 s'ouvrira le mardi 3 octobre, à quatre heures du soir. Sont admis à ce concours tous les élèves en médecine ayant au moins quatre inscriptions validées, prises dans une Faculté ou Ecole française.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, du 16 mars au 31 octobre 1911 (durée du congé accordé à M. Heckel), d'un cours d'histoire naturelle.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Le ministre de la Guerre vient d'apporter les modifications suivantes au concours pour l'emploi de professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

Le nombre des membres du jury est porté de quatre à six. Ne pourront siéger dans un même concours deux parents ou alliés jusqu'au degré de cousin germain inclusivement. Devra se récuser tout parent ou allié au même degré d'un des candidats.

Le jury ne délibérera plus sur les questions à poser aux candidats, non plus que sur les mérites de ceux-ci, chaque juge se contentant de donner sa note, qui sera immédiatement communiquée aux assistants.

Les malades pouvant être proposés pour les examens cliniques seront examinés avant l'épreuve par tous les membres du jury. Le ou les diagnostics des membres du jury seront

RENSEIGNEMENTS

consignés sous pli cacheté et enregistrés ultérieurement dans le procès-verbal des séances.

La leçon de médecine sera faite après six heures de préparation au lieu de vingt-quatre et le candidat ne pourra plus, avant d'avoir terminé l'épreuve, quitter les locaux qui lui auront été assignés.

ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — M. Terrien, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé médecin oculiste à l'école normale supérieure, à dater du 1er juillet 1911, en remplacement de M. le docteur Terson, démissionnaire.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 juin 1911 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Cahier est nommé directeur du service de santé du 16e corps d'armée; Wissemans, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; Jarry, médecin chef de l'hôpit. milit. du Dey, à Alger.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Simon passe à l'hôpit. milit. Bégin à Saint-Mandé.

Médecin-major de première classe. — M. Oberlé passe au 39e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Cassan passe au 38e d'inf.; Neumann, au 12e bat. de chass. à pied; Ménard, au 152e d'inf.; Bablon, au 8e cuirass.; Joly, au 8e huss.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Lutrot passe à l'orphelinat Hériot à la Boissière; Legrand, au 22e bat. de chass. à pied; Moy, au 128e d'inf.; Prat, au 4e bat. d'inf. légère d'Afrique.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Bureau passe au 9e bat. de chass. à pied; Rougeux, au 14e bat. de chass. à pied; Bret, au 3e bat. de chass. à pied.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (2-7 octobre 1911). — Le XXIVe congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 2 octobre 1911, sous la présidence de M. Paul Segond, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique ;* rapporteurs : MM. Silhol (de Marseille) et Walther (de Paris).

2° *Traitement des péritonites aiguës;* rapporteurs : MM. Hartmann (de Paris) et Témoin (de Bourges).

3° *Traitement sanglant des fractures fermées ;* rapporteurs : MM. Alglave (de Paris) et Bérard (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansement, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE. — Le IIe Congrès français de stomatologie, français de nom, mais de fait international, aura lieu à Paris, du 31 juillet au 4 août 1911.

Le bureau du comité d'organisation est ainsi composé :

Présidents d'honneur : MM. Cruet, G. Gaillard et Cl. Martin (déc.); président : M. Jules Ferrier; vice-présidents : MM. Chompret et Julien Tellier; secrétaire général : M. Gires; secrétaires : MM. Nespoulous et Vaysse; trésorier : M. Bozo.

Les rapports suivants seront présentés à ce Congrès :

1° Étude critique des classifications en orthodontie, par le docteur A. Bozo (de Paris);

2° La pyorrhée alvéolaire étudiée dans ses origines, dans ses effets locaux, dans ses effets sur l'organisme, par le docteur J. Tellier (de Lyon).

De plus, les questions ci-après ont été proposées par le comité d'organisation comme devant être mises en discussion :

1° A quel âge doit-on faire les redressements?

2° De l'unité des accidents de dentition.

Adresser les adhésions et les titres de communications au secrétaire général : docteur Paul-E. Gires, 4, rue de Rome, Paris, ou au trésorier : docteur Bozo, 77, rue Saint-Lazare, Paris.

LE CINQUIÈME CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE se réunira à Nantes, du 3 au 8 juillet prochain, pour faire suite aux Congrès déjà tenus à Reims en 1908, à Bordeaux en 1903, à Rouen en 1897 et à Lyon en 1894.

La cotisation est fixée à 20 francs par adhérent et à 10 francs pour les sociétés ouvrières et de secours mutuels. Elle donne droit de recevoir toutes les publications du Congrès avec le volume déjà paru sur « l'Assistance Française », notamment les rapports généraux qui seront imprimés et distribués avant la fin du mois de juin.

Voici les questions inscrites à l'ordre du jour des assemblées générales :

Première question : « L'assistance et la loi sur les retraites ouvrières et paysannes. » — Rapporteur général : M. Hébrard de Villeneuve, conseiller d'état, président de la Commission centrale d'assistance, membre des conseils supérieurs de l'assistance publique et de la mutualité.

Deuxième question : « Application des lois sur les enfants en danger moral et préservation de l'adolescence. » — Rapporteurs généraux : MM. de Casabianca, substitut du procureur général à Paris et Alcindor, inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'intérieur, secrétaire général adjoint de la société internationale pour l'étude des questions d'assistance.

Troisième question : « L'infirmière dans l'assistance à domicile. Rapporteur général : M. le docteur G. Drouineau, de la Rochelle, inspecteur général honoraire des services administratfs du ministère de l'Intérieur.

Quatrième question : « L'organisation des secours en cas de calamités publiques. » — Rapporteur général : M. Bastit, juge au tribunal civil, président de l'union départementale des sociétés de secours mutuels de la Loire-Inférieure, ordonnateur du bureau de bienfaisance, secrétaire général de la commission d'organisation du Ve Congrès.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — BOURSE DE VOYAGE POUR LE V. E. M. DE 1911. — La Société de l'internat dispose d'une bourse de voyage de 350 francs pour le V. E. M. Cette bourse est offerte par le grand établissement thermal de Vernet-les-Bains, dirigé par le docteur Pagès. Elle est réservée à un interne des hôpitaux de Paris.

MM. les internes qui désirent s'inscrire pour l'obtention de cette bourse sont priés d'adresser leur demande au docteur Jayle, 238, boulevard Saint-Germain, avant le 28 juin. L'attribution de la bourse sera faite par le tirage au sort.

PETITS SALÉS. — La *Clinique infantile* rapporte, d'après une revue américaine, une étrange coutume qui est encore en vigueur dans certaines contrées d'Asie et aussi d'Europe, et qui consiste à saler les enfants nouveau-nés.

Les mères s'imaginent que, par ce procédé, elles donneront à l'enfant la santé et la force pour toute la durée de son existence, et que, en même temps, elles éloigneront de lui les esprits malfaisants.

C'est ainsi que chez les Arméniens russes on couvre entièrement d'un sel très fin la peau tout entière du bébé, pendant au moins trois heures; puis on soumet le petit corps à un lavage énergique avec de l'eau chaude.

Chez une tribu montagnarde de l'Asie Mineure, les femmes laissent reposer pendant vingt-quatre heures leurs nouveau-nés dans la saumure.

Les Grecs ont également l'habitude de saupoudrer leurs enfants de sel. Cet usage se retrouve dans certaines parties de l'Allemagne.

SUR LE DIAGNOSTIC
DES
TUMEURS DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE

Par L. ALQUIER et B. KLARFELD (1).

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les tumeurs uniques de l'angle ponto-cérébelleux, se traduisant cliniquement par des signes d'hypertension intra-cranienne et par des signes de localisation, paralysie unilatérale et progressive de plusieurs nerfs craniens, spécialement des cinquième, septième et huitième. Il nous faut maintenant passer brièvement en revue les cas, heureusement plus rares, où la symptomatologie est incomplète, et ceux de tumeurs multiples de l'angle ponto-cérébelleux.

1° Cas où la symptomatologie est incomplète. — *A.* Dans un premier groupe de faits tout à fait exceptionnels viennent se ranger les observations où *la tumeur ne se révèle que par la paralysie isolée d'un seul nerf cranien,*

L'un de nous en a publié un bel exemple avec MM. Raymond et Huet (2).

LIV. — A l'autopsie d'une femme de soixante-quatorze ans, atteinte depuis sa soixantième année d'une paralysie faciale gauche, du type périphérique, complète, avec réaction de dégénérescence, nous avons trouvé un fibro-sarcome, gros comme une petite noix (fig. 4), embroché par le nerf facial gauche, et semblant né aux dépens de la gaine conjonctive. Fait intéressant pour le diagnostic, cette femme présentait une kératite neuro-paralytique de l'œil gauche dont la cause était, non l'atteinte du trijumeau qui était sans aucun rapport avec la tumeur, mais bien des altérations cellulaires très nettes du ganglion de Gasser. La tumeur n'était responsable que de la paralysie du facial. Il n'y avait aucun autre trouble nerveux.

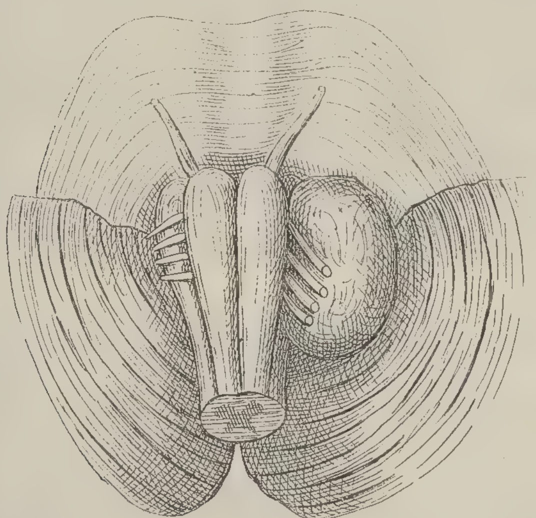


Fig. 4. — *Neurofibro-sarcome du facial gauche.*

LV. — Salerni (3) a publié, l'année suivante, un cas analogue. Femme de trente ans, atteinte de psychose pellagreuse et d'hystéro-épilepsie. On trouve une paralysie périphérique du facial droit, existant depuis de longues années, d'intensité variable, avec diminution des réflexes. Pas d'autre trouble nerveux que de l'hypoalgésie et une légère diminution de la sensibilité dans le côté droit de la face. Mort par troubles gastro-intestinaux dus à la pellagre avec broncho-pneumonie terminale : la paralysie faciale étant à son maximum. Neuro-fibrome gros comme un œuf de poule dans l'angle ponto-cérébelleux droit, refoulant la protubérance et le cervelet (qui ne présentent pas de dégénérescence), n'atteignant pas le trijumeau, adhérant aux huitième et septième nerfs, d'où il tire son origine.

Mentionnons aussi un cas de Weissenburg. A l'autopsie d'un homme qui avait été considéré, pendant six ans, comme atteint d'un tic douloureux de la face et traité par la gasserectomie, on trouva une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

B. D'autres fois, *à la paralysie unilatérale d'un seul nerf s'ajoutent des signes d'hypertension intra-cranienne.*

LVI [Oppenheim (1)]. — Garçon de neuf ans, souffre depuis un an de céphalée et de vomissements, on trouve : stase papillaire, percussion du crâne sensible à gauche, en avant et en arrière, légère parésie de la jambe droite avec réflexes exagérés, surtout à droite, et Babinski bilatéral, mouvements associés des membres à droite. Aréflexie de la cornée gauche, la droite normale, pas d'autre signe du côté du trijumeau. A l'autopsie, tumeur à la base de l'hémisphère gauche du cervelet.

LVII [Nonne (Loc. cit.)] (*Cas 2*). — Femme, vingt-quatre ans. Hypoacousie gauche, puis droite, stase papillaire double, progressive, hémiparésie droite avec exagération des réflexes, titubation très prononcée. Morte au bout de six mois. Fibrome du volume d'un œuf de poule, aplatissant l'auditif gauche. La tumeur avait un pédicule fibreux se continuant avec l'enveloppe dure-mérienne du nerf.

LVIII [Diller (Loc. cit.)] (*Cas 2*). — Femme, quarante-deux ans. Depuis trois ans, vomissements, céphalée surtout frontale, crises de perte de connaissance, les unes durant jusqu'à vingt heures; d'autres, plus courtes, parfois accompagnées de convulsions d'une moitié du corps, surtout à gauche, qui revenaient parfois sans perte de connaissance. Quelques mois avant la mort, la vue baisse jusqu'à la cécité presque complète. Double névrite optique. Surdité à gauche. Quelques vertiges n'ayant pas persisté. Pas de troubles moteurs ou sensitifs. Tumeur dure, du volume d'une noisette, dans l'angle ponto-cérébelleux gauche, légèrement attachée à la pie-mère, libre et non logée dans la substance nerveuse.

LIX [Saenger (Loc. cit.)] (*Cas 3*). — Titubation cérébelleuse, dysarthrie, tremblement des mains, stase double, bourdonnements, hypoacousie gauche. Mort subite. Fibrome de l'acoustique gauche.

LX [Putnam et Watermann (Loc. cit.)] (*Cas 4*). — Homme, de cinquante-cinq ans, se plaint depuis deux mois et demi de céphalée progressive, continuelle, surtout frontale. Marche devient incertaine, avec tendance à chute à gauche. Baisse intellectuelle. Deux crises de picotements dans le côté gauche, y compris la joue, avec difficulté des mouvements du même côté; le tout dure une demi-heure. On trouve : double stase papillaire avec hémorragies, surdité droite (air et os, tympan normal) qui existerait depuis deux ans. Marche titubante sans tendance à tomber plutôt d'un côté que de l'autre, pas de troubles sensitifs. Opération dans la région rolandique droite : pas de tumeur. Deux mois plus tard, astéréognosie marquée à gauche, notion de position de la main et de la jambe droites diminuée. Réflexes patellaires affaiblis, diminution de la stase. Deux autres mois après, reprise des céphalées et vomissements, trépanation décompressive dans la région cérébelleuse. Mort huit mois plus tard. Gliome de l'angle ponto-cérébelleux droit d'origine cérébelleuse.

LXI [Grinker (Loc. cit.)] (*Cas 2*). — Femme de vingt-six ans. Depuis un an, bourdonnements puis surdité complète gauche. Depuis quelques semaines, rares crises d'obnubilation de l'œil (nuages devant l'œil), sensation de pesanteur avec quelques douleurs de la joue gauche, irradiées jusqu'à l'œil. Parfois, engourdissement des doigts, céphalées sourdes. Un rhinologiste exclue la sinusite, un ophtalmologiste trouve un vice de réfraction et rien au fond de l'œil. Surdité complète gauche sans signes organiques. Six semaines plus tard, marche titubante, vertiges, violentes céphalées, vomissements, double stase papillaire. Opération, mort. Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche comprimant les huitième et cinquième gauches.

C. Dans une troisième catégorie de faits, *ce sont les signes d'hypertension intracranienne qui font défaut.*

LXII. — M. Babinski (2) a rapporté, sous le nom d'hémi-asynergie et hémi-tremblement d'origine cérébello-protubérantielle,

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 57, p. 873. — Une erreur s'est glissée dans le premier article : au lieu de « localisation mésencéphalique », p. 880, lire « métencéphalique ».
(2) Raymond, Alquier et Huet. *Arch. de neurol.*, 1904.
(3) Salerni. *Riforma med.*, t. XXI, 1905, p. 1020.

(1) Oppenheim. *Neurol. Centralbl.*, 1905, p. 137.
(1) Babinski. *Revue neurol.*, 1901, p. 260 et 422.

l'histoire d'un homme de cinquante-quatre ans qui, deux ans auparavant, sans ictus, avait remarqué une certaine difficulté du fonctionnement du membre inférieur droit avec tremblement intentionnel du membre supérieur droit et asymétrie faciale. Augmentation de ces troubles. A l'examen : paralysie périphérique du facial droit avec diminution des réflexes. Membres : à gauche, rien; à droite, force très peu diminuée, sans contracture ni hypotonicité. Au membre supérieur : tremblement surtout intentionnel, les mouvements élémentaires des divers segments sont corrects, mais non les mouvements complexes. Asynergie du membre inférieur droit, avec difficulté de la marche, écarte les jambes, surtout la droite. Réflexes tendineux forts aux membres inférieurs, sans exagération nette, réflexes cutanés normaux. Pas d'autre trouble de la sensibilité que l'hypoesthésie cornéo-conjonctivale droite avec aréflexie de la cornée. Kératite neuro-paralytique droite, léger nystagmus, parésie de la sixième droite, hyposmie droite, surdité droite. Etude du vertige voltaïque : il faut un courant de 8-10 milliampères pour le produire ; la tête se porte en arrière ou à droite, pas à gauche, quel que soit le sens du courant. Intelligence intacte. L'auteur écrit textuellement : « On a bien des raisons de penser qu'on n'a pas affaire à un néoplasme, car il n'y a jamais eu de céphalée, de vomissements, de crises épileptiformes, et les papilles ont normales ; il est vraisemblable qu'il s'agit d'une lésion soit d'origine inflammatoire, soit d'origine vasculaire. » A l'autopsie, pas d'hypertension intracranienne ni d'œdème cérébral ; cholestéatome de la partie antérieure de l'hémisphère cérébelleux droit, refoulant un peu le bulbe à gauche ; on ne retrouve ni le facial, ni l'auditif droits ; adhérence limitée à la dure-mère du rocher.

LXIII. — Dans un cas de Bruns (1), tous les nerfs craniens, du sixième au douzième, étaient pris, sans signes d'hypertension ni troubles dans les membres. A l'autopsie : épithélioma issu de l'oreille moyenne, perforant les os, et atteignant les nerfs dans leur traversée osseuse.

Enfin, dans le fait suivant, l'attention était surtout attirée par la paralysie labio-glosso-laryngée, comme dans les affections du bulbe.

LXIV [Morély (2)]. — Femme, quarante-quatre ans. Depuis un an, engourdissement et parésie des membres inférieurs ; la paralysie labio-glosso-laryngée est apparue depuis quatre mois. Elle est complète, avec parole inintelligible, reflux des aliments, sans trouble auditif ni oculaire (seulement regard fixe et hébété). Ne peut marcher, exagération des réflexes, surtout gauches, clonus. Dans l'angle ponto-cérébelleux gauche, tumeur de 3 centimètres, adhérente aux méninges cérébrales, indépendante du cerveau, comprime surtout la protubérance.

Voici maintenant quelques exemples de tumeurs plus ou moins latentes, dont la localisation était impossible ou particulièrement difficile :

LXV [Trénel (3)]. — Femme, vingt-huit ans, épileptique, idiote. Le diagnostic de tumeur cérébrale s'imposait, dit l'auteur, par la constatation d'amaurose, faiblesse musculaire généralisée, attaques épileptiformes, affaiblissement intellectuel, signes ressortissant surtout de la compression cérébrale. En outre, raideur de la jambe gauche, hallucinations de l'ouïe. Hydrocéphalie, gliome télangiectasique de la partie antérieure droite du cervelet, comprimant fortement la protubérance.

LXVI [Vigouroux et Naudascher (4)]. — Il s'agit d'un alcoolique, interné depuis trente-neuf années. Un an après l'entrée il fut pris de vertiges ; huit à neuf ans avant la mort, le réflexe rotulien gauche était exagéré sans rien d'autre, deux ans plus tard, ictus apoplectiforme (par ramollissement cérébral) ayant laissé une hémiplégie droite persistante. A l'autopsie, en outre du ramollissement cérébral, on trouve un sarcome angiolithique gros comme une petite noix, sous la tente cérébelleuse, du côté droit, aplatissant la protubérance et le pédoncule cérébelleux moyen, au niveau de l'émergence du trijumeau.

LXVII [Kennedy (5)]. — Homme, se plaignant de céphalée atroce, avec fréquents vomissements, et névrite optique complète, sans signes de localisation. Trépanation à la partie inférieure du pariétal. La céphalée et les vomissements s'améliorent pendant plusieurs mois, puis survient une hernie cérébrale. Mort par méningite. Fibrogliome comprimant la protubérance et le lobe droit du cervelet.

(1) Bruns. *Neurol. Centralbl.*, 1906, p. 542.
(2) Morély. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 354.
(3) Trénel. *Bull. soc. anat.*, 1898, p. 388.
(4) Vigouroux et Naudascher. *Bull. soc. anat.*, 1909, p. 399.
(5) Kennedy. *British med. Journ.*, 1910, p. 1320.

LXVIII [Bullard (1)]. — Un homme se fait traiter pour une otite moyenne datant de l'enfance, et guérit. Cinq ans après, il vient demander des verres, se plaignant de « congestions du cerveau » et de vertiges. On trouve une neuro-rétinite typique, avec hémorragies. Supposant une tumeur, peut-être syphilitique, on le met au traitement mixte, qui donne un succès passager, mais bientôt la vue continue à baisser ; en un an et demi, l'amaurose est complète, avec reprise des vertiges et congestions de tête, et impossibilité de marcher. A la fin, s'ajoutent des convulsions (pas d'autres détails cliniques). Fibrosarcome gros comme un œuf, dans la fosse cérébrale postérieure gauche comprimant surtout l'hémisphère cérébelleux, lié par un étroit pédicule à la dure-mère.

LXIX [Souques (2)]. — Femme de soixante et onze ans, considérée comme atteinte d'un tabes fruste, syphilis, signe d'Argyll, inégalité pupillaire, douleurs lancinantes surtout des membres inférieurs, puis rétention d'urine, abolition des réflexes achilléens, amaurose à quarante-sept ans. On aurait pu, dit l'auteur, supposer le néoplasme grâce aux signes suivants que notait l'observation : céphalée, vertige, vomissements, œil gauche en strabisme externe par parésie du droit interne, surdité gauche, avec bourdonnements et sifflements bilatéraux, troubles de la déglutition. A l'autopsie : fibrosarcome gros comme une amande, sur la partie latérale gauche du trou occipital, comprime le bulbe et le cervelet bien plus que la protubérance, comprime surtout les huitième, neuvième, dixième, douzième nerfs à gauche, moins le septième, le onzième contourne en arrière la tumeur et s'applique contre elle.

2° Tumeurs multiples de l'angle ponto-cérébelleux. — Elles peuvent se rencontrer en dehors de la maladie de Recklinghausen, ou bien coexister avec les tumeurs sous-cutanées et la pigmentation qui caractérisent, cliniquement, cette affection.

LXX [Raymond (3)]. — Fille, vingt ans. Il y a deux ans et demi, titube, se fatigue vite, anorexie, malaise général. Un an après, défaillance, tombe sans connaissance pendant quelques minutes, puis, titube davantage, faiblesse augmente, fièvre, céphalée, un accès de délire maniaque. Cet état dure une dizaine de jours, et se termine par un accès convulsif. Reste alitée trois semaines, avec céphalée et divagations. La céphalée se calme les semaines suivantes, puis reprend avec perte rapide de la vue et de l'ouïe (peut encore lire, entend la voix forte). On trouve : ptose, pupilles réagissent bien, pas de stase, ni paralysies oculaires. Réflexes tendineux augmentés aux quatre membres, marche titubante, chute des deux côtés. L'année suivante, surdité et cécité complètes, apathie intellectuelle, titubation accrue. Une tumeur du volume d'une mandarine occupe chaque angle ponto-cérébelleux, des nodosités plus petites sont appendues aux filets des troisième et quatrième paires. Hydrocéphalie ventriculaire.

LXXI [Fraenkel et Ramsay, Hunt (*Loc. cit.*)] (*Cas 3*). — Femme. A trente-cinq ans, céphalée frontale, vomissements. A trente-sept ans, la vue baisse. Impossibilité de marcher, douleurs dans le côté gauche, surtout membre supérieur. Examen à quarante ans. Parole lente, monotone. Ne peut se tenir debout, tombe à droite. Tête inclinée à droite. Percussion cranienne : son sourd à gauche. Hyposmie double, stase, amaurose. Réflexes conjonctivaux diminués surtout à droite. Hypoacousie surtout droite. Hypoesthésie du cinquième nerf droit, paralysie complète du septième droit, périphérique, avec spasme, et réaction de dégénérescence partielle. Agueusie surtout droite, langue déviée à droite. Gliosarcome, paraît né de cinquième droit, une petite tumeur sur cinquième gauche). Dégénérescence de la racine descendante du cinquième droit.

LXXII (*Cas 4*). — Femme, quarante-deux ans. Sourde depuis l'âge de quinze ans. Céphalée, vertiges auriculaires, chutes, un seul vomissement, vue baisse, stase bilatérale, strabisme convergent. Parésie de sixième nerf droit. Paralysie de septième droit avec réaction de dégénérescence partielle. Langue déviée à droite, tremblements fibrillaires. Ataxie cinétique et statique, hémiplégie des membres gauches, spastique avec Babinski. Endothéliomes multiples de la dure-mère, neurofibromes gros comme une prune sur les deux nerfs acoustiques.

LXXIII [Stewart, Grainger et Gordon-Holmes (*Loc. cit.*)] (*Cas 22*). — Homme, seize ans. Depuis deux ans, surdité double, complète au bout d'un an. Titubation, démarche ébrieuse, sans prédominance d'un côté ou de l'autre. Depuis trois mois, vue baisse à gauche (à droite, cataracte à l'âge de cinq ans) crises d'amblyopie. Depuis deux mois, céphalée fréquente, sans vertiges, ni vomissements. Examen : surdité double (air et os). Voit à peine, névrite optique

(1) Bullard. *The ophtalmic record*, 1903, p. 163.
(2) Souques. *Revue neurol.*, 1909, p. 775.
(3) Raymond. *Cliniques*, t. III, p. 78 et 229.

intense. Parésie des moteurs oculaires externes, surtout gauche. Nystagmus dans le regard latéral, surtout gauche. Parole embrouillée. Voile faible à gauche. Tête et corps penchés en avant, écarte les jambes, légère ataxie des membres supérieurs. Marche ébrieuse, tombe plutôt à gauche. En deux mois, faiblesse et ataxie augmentent : ablation dans la fosse postérieure gauche d'une tumeur de 4 centimètres de diamètre. Mort onze mois après. Destruction (opératoire) de presque tout le lobe gauche du cervelet, existence d'un gros fibrome de l'angle ponto-cérébelleux droit.

LXXIV [Funkenstein (*Loc. cit.*)] (*Cas 14*). — Femme, dix-sept ans. Cinq ans auparavant, crises de céphalée et vertiges, six mois plus tard, surdité progressive, avec bourdonnements, puis, marche incertaine, titubante, ataxie des extrémités supérieures. Examen : double stase papillaire, nystagmus, surdité bilatérale, parole sans sonorité, mais sans dysarthrie. Goût diminué à gauche, aréflexie pharyngée. Parésie du bras droit, légère ataxie des quatre extrémités, surtout à droite, marche incertaine, réflexes patellaires faible à droite, aboli à gauche, deux mois après, diplopie, parésie du sixième nerf gauche disparue un mois plus tard. On trouve alors le signe de Babinski, à gauche, réflexes abdominaux disparus. Trois mois plus tard, opération, mort. Tumeur grosse comme une noix dans chaque angle ponto-cérébelleux, neurofibromes des nerfs de la base, de trois à onze inclus, des ganglions de Gasser et sur les racines spinales et ganglions spinaux. Petite tumeur grosse comme un pois dans le bulbe, sur la ligne médiane, à 2 millimètres en arrière du bord antérieur. Exostoses de la base du crâne.

LXXV [Henneberg et Koch (1)] (*Cas 2*). — Homme de vingt-trois ans. Huit ans avant l'examen, crises de céphalée, vomissements, bourdonnements d'oreilles. L'année suivante, la vue baisse, puis, l'état s'améliore. A vingt et un ans, l'ouïe baisse rapidement des deux côtés; depuis un mois, baisse visuelle rapide, agitation, dépression. On trouve : amaurose complète à gauche, perception lumineuse à droite, pas de réactions pupillaires. Atrophie bilatérale des nerfs optiques. Surdité complète, tympans ternes, rétractés. Faiblesse du facial inférieur gauche, langue déviée à gauche, et atrophiée du même côté. Parole bonne, réflexes patellaires vifs. Achilléen plus fort à gauche. Hyposmie bilatérale, hypoexcitabilité électrique du facial inférieur et de la langue à gauche. L'observation note quelques vomissements, et crises épileptiformes généralisées, durant dix minutes. Mort treize mois après l'entrée, avec les derniers jours, état comateux entrecoupé de crises convulsives. Dans chacun des deux angles ponto-cérébelleux neurofibrome de l'acoustique, gros comme une châtaigne, adhérent au facial. Fibrome comme un œuf de pigeon, sur la faux du cerveau, au niveau du lobe frontal droit. Fibrosarcome de volume double, dans la corne antérieure du ventricule latéral droit, trois tumeurs comme petits pois, dans le bulbe à hauteur de l'entrecroisement des voies sensitivo motrices. Multiples fibromes et psammomes des méninges.

LXXVI [*Ibid.*] (*Cas 1*). — Homme, dix-sept ans. Printemps de 1898, faiblesse et incertitude des jambes, puis, embarras de la parole, difficulté d'avaler, reflux, maladresse des bras, chutes fréquentes. Examen 29 novembre : Imbécilité légère. Plusieurs tumeurs grosses comme une fève, sous la peau du crâne et du dos, sensibles à la pression. Pupilles : la gauche plus grande, réactions bonnes. Pas de stase, nystagmus dans toutes les positions extrêmes. Mouvements de la face et de la langue maladroits, langue dévie à gauche, troubles de déglutition, reflux par le nez, rien au voile, parole explosive nasillée, peu distincte. Atrophie du deltoïde droit avec inexcitabilité faradique. Marche en écartant les jambes, titube à gauche, peut joindre les pieds quelques instants. Légère ataxie des membres inférieurs, quelques spasmes, réflexes et sensibilité normaux, orteils en hyperextension. — 7 décembre : Crise de vertige, apathie, nuits agitées. Janvier 1899, regarde mal en dehors, nystagmus horizontal l'ataxie gagne les membres supérieurs et prédomine à gauche, réflexe patellaire plus fort à droite, plusieurs vomissements, diplopie, somnolence. Février-Mars, on compte sur le corps 18 petites tumeurs, dont 3, enlevées par biopsie, sont reconnues être des neurofibromes; les limites des papilles deviennent floues, surtout à gauche. Avril : vertiges, même couché, bourdonnements d'oreille droite, sans hypoacousie. Mai-Juin : stase papillaire, euphorie, mouvements choréiformes. Août : agitation, faiblesse légère du septième gauche. Montre est entendue à 20 centimètres des deux côtés, le chuchotement à 1 mètre. Rinne positif des deux côtés. Janvier 1900 : sclérose bilatérale des tympans, surdité gauche, hypoacousie droite. Projette les jambes, surtout en marchant. Mars : surdité complète, parole incompréhensible. Mai : ptosis droit, ne peut ni marcher, ni rester debout seul. Puis : légère exophtalmie surtout droite, ptose légère droite, parésie des sixième paires, vision reste bonne malgré la stase. Babinski bilatéral. Avril 1901 : nutrition baisse, apathie. Mort, en octobre, d'infection bronchique. Neurofibromes multiples de la peau et des nerfs périphériques, deux gros comme une prune sur la septième racine cervicale et quatrième lombaire gauche, extra-duraux, d'autres, intra-duraux, sur les racines antérieures et postérieures (volume de fèves). Dans chaque angle, tumeur de l'acoustique, adhérant au facial, dont le trajet peut être suivi en entier, volume d'un œuf de poule. Petites tumeurs sur les troisième, neuvième et dixième gauches, fibrome racémeux du récurrent, entre la trachée et l'œsophage, tumeur comme une tête d'épingle dans la moelle cervicale (cordon de Goll droit). Légère sclérose des cordons postérieurs et latéraux, gliose corticale.

LXXVII [Sieskind (1)]. — Homme de quarante-quatre ans, se plaignant depuis longtemps de céphalées fronto-nasales (a subi plusieurs opérations rhinologiques). Un an avant l'examen, hypoacousie droite. Depuis six mois, céphalée frontale constante ; un vertige, diplopie, bruits des deux oreilles, troubles de la miction. Depuis trois mois, marche difficile, raideur des extrémités gauches, paresthésies du côté droit de la face. Aggravation. Examen (par Oppenheim). Percussion cranienne, son plus clair à droite. Regard à droite difficile, nystagmus dans toutes les positions extrêmes, double stase papillaire très prononcée surtout à droite. Aréflexie de la cornée des deux côtés, avec troubles de la sensibilité cutanée des deux cinquièmes. Surdité droite. Weber latéralisé à gauche, conduction osseuse abolie à droite. Rinne négatif à gauche. Parole bulbaire, inégale, dysarthrie. Réflexe pharyngé aboli. Parésie du septième inférieur gauche. Se tient debout en écartant les jambes, tombe à gauche, marche (soutenu des deux côtés) ataxique et cérébelleuse, troubles non augmentés par l'occlusion des yeux. Assis, manque d'aplomb, couché, détache les talons très au-dessus du lit en s'asseyant. Se couche de préférence à droite. Raideur et ataxie cinétique des membres, cette dernière prédominant au supérieur gauche et à l'inférieur droit. Exagération des réflexes tendineux, des quatre membres, abolition des abdominaux, clonus bilatéral (pied et rotule). Babinski bilatéral, Oppenheim, Mendel-Bechterew bilatéral, Strumpell à gauche. Faiblesse des deux jambes. Opération. Mort le lendemain du premier temps, par broncho-pneumonie d'inhalation. On avait constaté l'existence de plusieurs petits fibromes sous-cutanés. Gliosarcome kystique d'origine indéterminée, gros comme un œuf de pigeon, dans l'angle ponto-cérébelleux droit, comprimant les nerfs de 5 à 11.

LXXVIII [Raymond (2)] (*Cas 1*). — Femme, vingt-ans. Trois ans auparavant, névralgie faciale gauche, paralysie du facial inférieur gauche, surdité gauche qui devient complète, et atteint le côté droit. On trouve : surdité complète bilatérale, cécité absolue stase papillaire double. Yeux en position médiane, double paralysie faciale périphérique avec réaction de dégénérescence, marche légèrement titubante, sans atrophie musculaire, ni paralysie motrice, réflexes osseux et tendineux normaux, pas de gros troubles de la sensibilité, quelques élancements douloureux dans les bras et les jambes. Rien à la peau. Mort quelques jours plus tard avec troubles de déglutition, tachycardie, vomissements. Neurofibromes multiples sur les troisième, dixième paires, les deux plus gros sur la huitième, des deux côtés, d'autres dans la moelle et ses racines, un dans le lobe orbitaire, en pleine substance grise.

LXXIX [*Ibid.*] (*Cas 2*). — Femme, dix-neuf ans. Sourde, à trois ans, convulsions, est restée paralysée du côté gauche. A six ans, la paralysie faciale s'est constituée. A l'examen : Paralysie faciale droite totale périphérique avec diminution des réflexes. Œil droit, kérato-conjonctivite, aréflexie sans anesthésie de la cornée, paralysie du droit externe. Pas de troubles du cinquième sensitif ; surdité bilatérale ; au centrifugeur, reconnaît le sens des mouvements imprimés. Aux membres : à gauche, paralysie spastique, avec raccourcissement; à droite, rien d'autre que l'abolition du réflexe achilléen. Pas d'autre trouble de la sensibilité que la diminution de la sensibilité osseuse au crâne, ni ataxie, ni asynergie. Ponction lombaire : liquide clair, sans albumine ni éléments figurés. A l'autopsie : neurofibromes multiples des deux angles ponto-cérébelleux, d'autres sur les racines et dans la moelle.

LXXX [*Ibid.*] (*Cas 3*). — Femme, dix-neuf ans. Depuis deux ans, la vue et l'ouïe baissent, otorrhée, crises épileptiformes et cris nocturnes. Depuis un mois, torpeur, bizarreries psychiques, lascivité, maladresse. Examen : exophtalmie récente, nystagmus dans les positions latérales des yeux, double stase papillaire en régression atrophique. Surdité complète avec conservation de la perception osseuse au diapason. Marche titubante, élargit la base, festonne, latéropulsion gauche. Romberg, ne peut se tenir à clochepied. Ni paralysie, ni tremblement, pas de troubles sensitifs. Exagération des réflexes rotuliens, de l'achilléen, olécranien

(1) Henneberg et Koch. *Arch. f. Psychiatrie*, 1903, t. XXXVI, p. 251.

(1) Sieskind. Th. de Heidelberg, 1908.

(2) Raymond. *Pathologie nerveuse*. (V. les figures jointes aux observations), p. 440 et suivantes. 1 vol. 1910, Paris, Delarue.

gauche, radial droit. Rotation au centrifugeur : pas de nystagmus pendant que le centrifugeur tourne, ni à l'arrêt. Maladie de Recklinghausen caractérisée par des tumeurs multiples de la peau sans pigmentation. Large trépanation décompressive, les crises épileptiformes diminuent. Mort sept mois plus tard. Neurofibromes multiples des angles ponto-cérébelleux, d'autres médullo-radiculaires.

Les tumeurs bilatérales de l'angle ponto-cérébelleux ajoutent une nouvelle difficulté au diagnostic : Comment les distinguer d'avec les tumeurs solitaires? L'existence de troubles *bilatéraux* des nerfs bulbo-protubérantiels n'est pas suffisante : nous avons cité plusieurs faits où une tumeur unilatérale, avait donné des signes bilatéraux. Mais, en cas de tumeurs doubles ou multiples, les paralysies des nerfs craniens ne seraient-elles pas bilatérales de façon plus précoce? Est-on également en droit de dire que, dans ce dernier cas, la répartition des troubles entre les deux côtés serait moins inégale qu'en cas de tumeur unique, où les nerfs craniens du côté opposé ne présentent d'ordinaire que peu de troubles, la prédominance restant en général marquée pour le côté de la tumeur?

Dans le fait de Stewart, Grainger et Gordon, la prédominance des signes localisateurs à gauche, avait décidé l'intervention à gauche, et permis d'enlever l'une des deux tumeurs, l'autre fut reconnue seulement à l'autopsie.

D'autre part, en cas de tumeurs multiples des angles ponto-cérébelleux, le tableau symptomatique apparaît parfois bien incomplet, si on le met en parallèle avec le nombre et le volume des tumeurs.

La céphalée, les vertiges, les vomissements ne figurent pas au tableau clinique des trois cas de M. Raymond, bien qu'il s'agisse de tumeurs multiples et volumineuses — dans ces trois faits, ainsi que dans ceux de Henneberg et Koch, et de Funkenstein, il n'existe que peu de symptômes localisateurs, alors que de nombreux nerfs craniens sont pris. Il faut, semble-t-il, attacher une grande importance à la constatation précoce d'une surdité bilatérale — si l'on peut toutefois, reconnaître qu'elle est d'origine nerveuse, et non due à des lésions de l'oreille moyenne — puisque les observations que nous venons de citer montrent que dans la neurofibromatose des nerfs craniens, la tumeur majeure siège, d'ordinaire, sur l'acoustique des deux côtés, ce qui, hâtons-nous de le dire, ne constitue peut-être pas une règle absolue.

Lorsqu'on constate à la peau, les multiples petits fibromes de la maladie de Recklinghausen, en même temps que des signes de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, il y a de grandes probabilités pour que les signes métencéphaliques soient dus à la neurofibromatose, mais il faut se rappeler deux points : la tumeur de l'angle ponto-cérébelleux peut être unique, le cas de Sieskind en fait foi. En second lieu, la constatation de molluscums multiples sous la peau et même dans les nerfs périphériques, ne doit pas faire rapporter à la neurofibromatose du névraxe tous les signes de lésion centrale que pourra présenter le malade : les tumeurs de la peau et des nerfs périphériques peuvent fort bien exister sans neurofibromes du névraxe — nous renvoyons pour ce point, à l'étude nosologique de la maladie de Recklinghausen faite par l'un de nous avec M. Raymond (1).

(1) RAYMOND et ALQUIER. *Encéphale*, juillet 1908.

3° TUMEURS PRÉPROTUBÉRANTIELLES. — Il ne s'agit ici que des néoplasmes indépendants de la protubérance, et qui viennent comprimer sa face antérieure. Dans les faits qui vont suivre, le néoplasme vient de la fosse cérébrale moyenne (base du crâne, ou hypophyse) :

1. Tumeurs de la base du crâne.

LXXXI [Goldschmitt (1)]. — Homme de quarante ans, atteint de chorée depuis l'âge de trois ans, opéré d'appendicite. Céphalée frontale, bilatérale, jusqu'à six crises par jour. Vertiges pendant lesquels il marche de travers et tombe parfois mais se relève aussitôt, dysphagie, parle mal, titube, jambe droite plus faible. A l'examen : nystagmus, légère ptose, acuité visuelle diminuée surtout à gauche, où existe un scotome central. Stase papillaire bilatérale. Parole embrouillée, achoppements, réflexe pharyngé faible, légère ataxie des membres supérieurs, force diminuée au droit. Réflexes tendineux vifs avec clonus du pied et de la rotule, et Babinski des deux côtés. Marche titubante, Romberg, hypoalgésie générale. Ponction lombaire : 35 centimètres de pression, albumine, lymphocytose moyenne. Pouls 72. Huit jours après : abolition du réflexe cornéen, langue légèrement déviée à gauche, tremblement, difficulté d'avaler. Le lendemain, anosmie; les jours suivants, vomissements, fièvre, bronchite, l'acuité visuelle baisse, ptosis léger, légère exophtalmie bilatérale. Ponction lombaire, mort. Fibrome de 8 centimètres de long, 5 de large, 4 de haut, situé entre le lobe temporal droit et le tronc cérébral refoulant à gauche la protubérance; en arrière, l'hémisphère cérébelleux dans lequel elle se creuse une loge. Elle entre en rapport avec le trijumeau droit, le pédoncule droit paraît comprimé et aplati. Enfin, elle se propage aux os, grande aile du sphénoïde droit et côté droit de la selle turcique.

2. Tumeurs hypophysaires.

LXXXII [Zollner (2)]. — Début : surdité variable, puis paralysie de l'accommodation et des muscles extrinsèques de l'œil, exophtalmie, légère papillite. On constate une tumeur des fosses nasales. Adiposité avec infantilisme, caractères de féminisme (développement des seins), arrêt du développement, diplopie, céphalée, vertiges, incertitude de la marche, vomissements, pas de ralentissement du pouls, nystagmus, diminution bilatérale du réflexe cornéen, disparition du réflexe de la sclérotique, troubles de sensibilité du trijumeau sans troubles trophiques, pas de troubles de la motilité, mort subite. Carcinome du lobe antérieur de l'hypophyse se prolongeant dans les cavités de la face, élongeant les nerfs de l'œil et le cinquième droit, comprimant la protubérance. D'après l'auteur, l'abolition des réflexes cornéen et scléral indiquent l'atteinte du trijumeau, rien n'indiquait la compression de la protubérance.

LXXXIII [Bregman et Steinhaus (3)] (obs. I). — Femme de quarante-huit ans, obèse; d'abord torpeur intellectuelle avec douleur violente de l'œil gauche; bientôt hémiparésie droite avec participation de la face et ataxie du membre supérieur droit. Trois semaines après le début, l'apathie a encore augmenté, faiblesse telle qu'elle ne peut marcher sans être soutenue, marche ataxique, pupille droite immobile en mydriase, mouvements de l'œil gauche limités, ptosis, paralysie du septième gauche (donc paralysie alterne). Tumeur hypophysaire de 2 centimètres de diamètre, comprimant la bandelette optique gauche, le pédoncule cérébral gauche et la partie gauche de la protubérance (épithélioma calcifié épidermoïde).

Ces deux derniers exemples suffisent pour montrer que, dans les tumeurs de la fosse cérébrale moyenne, la compression de la protubérance, d'ailleurs rarement observée, est peu marquée et passe au second plan : s'il s'agit d'un néoplasme infiltré intéressant un certain nombre des trous de la base du crâne, on aura des paralysies multiples des nerfs craniens, mais pas de symptômes indiquant la compression du métencéphale. La tumeur occupe-t-elle, au contraire, la fosse cérébrale postérieure? dans la très grande majorité des cas, apparaîtront des troubles de l'équilibre, l'asynergie, l'adiadococinésie.

(1) GOLDSCHMITT. Th. de Kiel, 1905.
(2) ZOLLNER. *Arch. f. Psych.*, 1908, t. XLIV, p. 815-835.
(3) BREGMANN et STEINHAUS. *Journ. de neurol.*, Bruxelles 1907, nos 16 et 17.

D'ailleurs, le tableau symptomatique habituel aux néoplasmes de la fosse cérébrale moyenne, est bien différent de celui qu'engendrent les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux : voici le résumé qu'en donne M. Duret dans son ouvrage sur les tumeurs cérébrales (1).

Les tumeurs de l'hypophyse se distinguent par trois caractères principaux :

1° Des troubles de la vision, précoces, lents ou rapides, depuis les hémianopsies bitemporales (signe précoce, dû à la compression rapide du chiasma optique) jusqu'à l'amaurose, quelquefois avec paralysies motrices. 2° Absence, ordinairement de troubles moteurs ou sensitifs dans la face, le tronc ou les membres. 3° Existence de dystrophies variées qui, dès qu'elles apparaissent, doivent faire penser que la glande pituitaire est en cause : acrimégalie, gigantisme, infantilisme, myxœdème, arrêt de développement de l'appareil génital; adiposité généralisée et progressive, diabète, albuminurie, altérations des poils et des ongles, etc. Il insiste enfin sur l'utilité de la radiographie. Chemin faisant, il mentionne les hallucinations visuelles, l'affaiblissement intellectuel et de la force musculaire, le sommeil.

Quant aux tumeurs de la base du crâne, situées dans la fosse cérébrale moyenne, elles se manifestent surtout par des crises violentes de névralgie et des anesthésies dans le domaine de la cinquième paire; par l'atrophie optique (amblyopie et cécité rapides); des paralysies des oculo-moteurs (troisième, quatrième et sixième paires); quelquefois par des douleurs et des troubles auditifs, et la paralysie faciale. Enfin, l'envahissement du pharynx au voisinage de la trompe d'Eustache et de l'orbite (exophtalmie). En somme, tous les nerfs craniens, de deux à huit, sont pris, alors qu'il n'y a pas de signes de compression protubérantielle, ou du moins très peu (2).

(1) Duret. *Les Tumeurs de l'encéphale*. Un volume, Paris 1905, Alcan.

(2) Notons, à titre de document comparatif, quelques cas de tumeur de la fosse cérébrale moyenne infiltrant le sphénoïde et l'occipital, avec atteinte des nerfs craniens :

Cantonnet et Coutela (*Bull. de la Soc. anat*, 1906, p. 505). — Femme, de vingt-deux ans, se présente pour troubles visuels (chorio-rétinite pigmentaire, Argyll, pas de stase) avec exophtalmie légère et mouvements des globes oculaires très limités dans toutes les directions; le tout depuis cinq à six semaines; céphalée occipitale, puis dysphagie douloureuse, saillie dans le pharynx et élimination d'une masse blanchâtre; mort un mois et demi après l'entrée (absence complète du syndrome hypophysaire, acromégalie, glycosurie, troubles mentaux, ni hémianopsie). Sarcome parahypophysaire.

Cicaterri (*Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1907, p 321). — Homme, de cinquante-huit ans, souffre depuis deux ans de céphalée progressive, sans autre trouble nerveux; liquide céphalo-rachidien clair sans éléments; deux mois après l'entrée, apparaissent successivement : diplopie, parésie des septième et huitième gauches, tremblement vibratoire des mains, exagération transitoire des réflexes rotuliens avec clonus de la rotule, sans Babinski, déviation de la luette à gauche, ophtalmoplégie partielle de l'œil gauche. Mort quatre mois après l'entrée. Sarcome parahypophysaire.

Giannelli (*Riv. sperim. di freniatria*, 1903, t. XXIX, p. 171-178). — Femme de quarante ans, deux mois après un érysipèle de la face, fut prise d'une paralysie labio-glosso-laryngée à marche symétrique, progressive. Quelques mois après, troubles graves du vague : le pouls passe de 112 à 140 avec accès de suffocation; un peu plus tard, douleurs vives au visage et à la nuque, hypoesthésie du trijumeau droit, paralysie bilatérale du facial supérieur, vomissements le matin, vertiges, stase, mort par broncho-pneumonie. La dure-mère qui recouvre la lame basilaire de l'occipital est soulevée par une infiltration élastique, néoplasique, envahissant les trous de sortie des septième, huitième, neuvième et douzième paires et s'avançant en avant, vers la portion pétreuse du temporal et la cavité de Meckel.

Flesch (*Wien. klin. Woch.*, 1909, p. 131), à propos d'une tumeur extracranienne, rappelle brièvement l'observation suivante : ophtalmoplégie totale à gauche, aréflexie de la cornée gauche, violentes douleurs dans l'œil gauche, puis paralysie du cinquième moteur gauche, amaurose totale, surdité, lésion des neuvième, dixième et douzième gauches. Sarcome de la base du crâne issu du sphénoïde gauche et s'étendant à gauche, jusque dans la fosse cérébrale postérieure.

Rappelons enfin un fait de Touche (1) montrant que la protubérance peut être comprimée de haut en bas par un néoplasme de la région des pédoncules cérébraux :

LXXXIV [Touche (1)]. — Femme, quarante-deux ans. Il y a six ans, diplopie. Trois mois après, perte de connaissance, hémiplégie gauche, vomissements, ptosis, strabisme externe de l'œil droit, pendant un an, marche impossible, puis, les membres gauches recouvrent leurs fonctions. Examen : œil droit, ptosis, strabisme externe, disparition des mouvements autres que l'abduction, à gauche, nystagmus vertical permanent, et dans les mouvements du globe, pupilles réagissent, acuité visuelle réduite sans stase. Mouvements du voile incomplets, avec reflux, voix nasonnée, bourdonnements d'oreille, tête penchée à gauche, animée d'un tremblement constant, vertiges, chutes sur le dos en marchant, tendance à rouler dans le lit, crises de vomissements tabétiformes, impossibilité de se tenir debout, les yeux clos, incertitude des mouvements du membre supérieur gauche, aux inférieurs, amaigrissement diffus, hypoalgésie, douleurs lancinantes, réflexes tendineux abolis, pas de Babinski. Colonne cervicale douloureuse à la pression. Suffocation, mort. Tumeur paraissant née de l'hippocampe et du crochet, occupe l'étage supérieur des pédoncules qu'elle embrasse en fer à cheval, atteignant à droite le pied qui est diminué de volume et semble ramolli. La protubérance est ainsi que le cervelet, aplatie par la tumeur, et présente en avant une échancrure formée par le tronc basilaire athéromateux, qui s'y creuse un lit.

En résumé nous venons de voir que :

1° Le tableau symptomatique des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux peut être incomplet de plusieurs façons : exceptionnellement, il se trouve réduit à la paralysie isolée d'un nerf cranien (facial dans un cas personnel et un autre de Salerni), ou bien, aux signes d'hypertension intracranienne s'ajoute seulement la paralysie d'un nerf cranien ; il s'agit alors de l'un des trois qui sont le plus souvent intéressés dans les cas plus complets : les cinquième, septième et huitième paires.

D'autres fois, les signes d'hypertension intracranienne font défaut, mais on peut diagnostiquer une lésion métencéphalique, grâce aux paralysies des nerfs craniens, aux troubles de l'équilibre avec asynergie et adiadococinésie. Enfin, les signes de localisation peuvent manquer; le néoplasme n'est parfois reconnu qu'à l'autopsie.

2° Les tumeurs multiples peuvent, ou non, coexister avec la maladie de Recklinghausen. Le tableau symptomatique qu'elles déterminent est, parfois, bien incomplet, si on le met en parallèle avec le nombre et le volume des néoplasmes; on peut même voir des signes unilatéraux, *avec, à l'autopsie, une tumeur dans chaque angle ponto-cérébelleux (obs. LXXII). Inversement, une tumeur unique, peut, nous l'avons vu, déterminer des paralysies bilatérales des nerfs bulbo-protubérantiels ; les signes du côté opposé au néoplasme sont peu nombreux ; la bilatéralisation est peut-être plus précoce et plus égale, s'il s'agit de tumeurs bilatérales.*

3° Exceptionnellement, la protubérance peut être comprimée par une tumeur venant de la fosse cérébrale moyenne, cette compression est d'ordinaire, bien minime, cliniquement et anatomiquement.

(1) Touche. *Revue neurol.*, 1901, p 417.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MAI 1911)

Influence de l'anémie des organes sur l'installation des lésions tuberculeuses. — MM. S. ARLOING, Fernand ARLOING et J. CHATTOT, à la suite d'expériences sur le *bistournage* ou émasculation aseptique chez les béliers, démontrent que des bacilles tuberculeux peu ou très virulents ne produisent pas de lésions dans un organe privé de circulations par un moyen aseptique, que la nécrobiose date de quelques minutes ou de quelques mois.

Que ces bacilles peuvent en déterminer dans un organe dégénéré par suppression de la circulation lorsque la circulation s'y rétablit secondairement, et dans la zone seulement où le tissu conjonctif accompagnant les vaisseaux se substitue au tissu primitif.

La capacité manostatique chez les aviateurs. — M. Pierre BONNIER. On peut démontrer expérimentalement l'existence, dans le segment inférieur du bulbe, de centres manostatiques dont le rôle est d'assurer le maintien actif et vigilant de l'équilibre entre notre pression intérieure et les variations de la pression extérieure.

Il semble certain que les morts liées à des manques subits de tenue des aéroplanes ont pu être le résultat de la torpeur qui s'empare de l'aviateur quand il ne peut équilibrer assez vite sa pression intérieure à la variation trop rapide de la pression extérieure, soit dans la montée, soit dans la descente.

La recherche de la tension artérielle, de la capacité manostatique, et, au besoin le réveil des centres nerveux qui en ont la direction, s'imposent donc chez les aviateurs autant que la vérification du moteur, comme le réglage du chronomètre et du compas chez les navigateurs. Un jeune aviateur qui souffrait d'oppression circulatoire, de vertige et d'obnubulation à chaque descente d'aéroplane, n'éprouve plus qu'une gêne insignifiante depuis que M. Bonnier lui a abaissé sa tension de 22 à 16, tension qui s'est maintenue normale depuis.

Influence du milieu social sur le développement de la taille chez la femme. — MM. A. MARIE et Léon MAC AULIFFE démontrent que plus le milieu est riche, plus la taille augmente.

Le milieu ouvrier parisien fournit déjà une taille plus élevée que la population misérable. Enfin dans la bourgeoisie et l'aristocratie riches, la taille atteint son plus grand développement.

Sur l'adjonction d'un appareil microphonique au cornet acoustique pour soulager la surdité. — M. LE NOUÈNE.

Quelques expériences sur le trachôme (conjonctivite granuleuse). — MM. Ch. NICOLLE, A. CUÉNOD et L. BLAISOT.

Développement d'une substance neutralisante dans le cerveau des mammifères. — M. A. MARIE.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1911)

L'assainissement de la Corse. — M. LAVERAN. L'assainissement de la côte orientale de la Corse, si souvent réclamé et si nécessaire à la prospérité de l'île, paraît décidé : il ne reste qu'à établir un programme définitif des voies et moyens. Plusieurs des projets qui ont été publiés jusqu'ici s'occupent d'une façon trop exclusive des grands travaux à exécuter. Assécher les marais, régulariser les rives des étangs et des cours d'eau, drainer le sol et le mettre en culture, procurer aux habitants des localités insalubres de l'eau de bonne qualité : ce sont là des mesures excellentes conseillées depuis longtemps pour assainir les régions palustres ; mais un programme ainsi conçu serait très incomplet. De nombreux exemples démontrent qu'en appliquant les règles de la prophylaxie rationnelle, basée sur les découvertes modernes concernant l'agent du paludisme et sa propagation par les moustiques du genre *anophèles*, on peut assainir beaucoup plus sûrement et rapidement des localités palustres que par les procédés anciens. Les exemples d'Ismaïlia et de la Havane sont des plus probants. En Corse même, les ingénieurs des ponts et chaussées ont réussi à assainir le domaine de Casabianca en se conformant aux règles de la prophylaxie rationnelle.

Il est d'autant plus nécessaire de faire la part des mesures en question dans le projet d'assainissement que les grands travaux ne seront achevés que dans une vingtaine d'années et que leur exécution pourrait produire une recrudescence temporaire de l'endémie.

Une commission d'assainissement composée d'ingénieurs, de médecins et d'agriculteurs rendrait de grands services si elle adoptait le programme suivant : rechercher les gîtes des *anophèles*, détruire les moustiques par suppression ou pétrolage des mares, protéger les habitations contre l'accès des moustiques, organiser le traitement préventif du paludisme par la quinine, rechercher les mesures à prendre pour mettre les terres en valeur.

Une loi spéciale à la Corse, calquée sur les lois italiennes relatives à la quinine d'État, à sa vente et à sa distribution gratuite aux indigents et aux travailleurs est indispensable.

Les rayons ultra-violets et la saccharose. — MM. BIERRY, Victor HENRI et A. RANC ont étudié les actions des rayons ultra-violets sur la saccharose. Ces auteurs ont montré que sous l'influence de ces radiations, le sucre de betterave subit une véritable fermentation. Comme sous l'influence de la levure, il se dédouble en glucose et en lévulose. Mais la transformation se poursuit plus loin en donnant de l'aldéhyde formique et de l'oxyde de carbone.

La transmission du typhus exanthématique. — MM. NICOLLE, CONSEIL et CONOR ont étudié d'abord l'effet de l'inoculation du virus de cette maladie sur le cobaye. L'animal résiste à une dose modérée, mais il est malade et le bacille se multiplie dans son sang. Si l'on injecte ensuite le sang de ce cobaye au singe, celui-ci contracte d'une façon certaine le typhus exanthématique. On possède donc un moyen de culture du microbe de cette maladie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1911)

Accès de mélancolies prémonitoires de la paralysie générale. — M. Gilbert BALLET montre que les signes caractéristiques de cette dernière affection sont parfois précédés d'accès curables de mélancolie, rappelant par exemple ceux de la psychose périodique, et pouvant de ce chef donner lieu à des erreurs de diagnostic, dont il faut être prévenu.

Les faits dont il s'agit peuvent être schématisés de la façon suivante. Un individu — naturellement ancien syphilitique — devient, sans motif appréciable, sombre et triste ; il renonce à ses occupations qui ne l'intéressent plus, il devient paresseux et inerte ou présente, au contraire, de l'agitation anxieuse ; il s'accuse de méfaits qu'il n'a pas commis, appréhende la ruine ou croit sa santé compromise ; il manifeste des idées de suicide, fait quelquefois des tentatives. Le médecin, instruit des antécédents spécifiques du malade, cherche en vain les symptômes de la paralysie générale ; l'affection poursuit sa marche et après quelques mois guérit. La quiétude reparaît dans l'esprit du médecin et de la famille.

Quiétude non fondée, car six mois, un an, deux ans après apparaissent de nouveaux troubles qui; ceux-là, sont caractéristiques de la paralysie générale et évoluent avec continuité jusqu'à la mort.

M. Gilbert Ballet conclut que lorsque, chez un ancien syphilitique, survient un accès de mélancolie, si l'on n'a pas de bonnes raisons pour admettre qu'il s'agisse d'un accès de mélancolie périodique ou de mélancolie d'involution, même si l'accès guérit, il faut redouter l'apparition plus ou moins prochaine des symptômes décisifs de la paralysie générale.

La gymnastique abdomino-rectale dans le traitement de la constipation habituelle. — M. Fernet pense que la rééducation de l'intestin, le fait de se présenter tous les jours à la même heure à la garde-robe, la volonté, peuvent arriver à corriger les constipations les plus rebelles; le massage abdominal, une sorte d'éducation rectale par ce que M. Fernet appelle la gymnastique rectale peuvent aider à cette correction. Enfin le lavement, pour lequel Lasègue professait une si grande admiration, vient très heureusement en aide à cette défaillance fonctionnelle.

M. Monod rappelle qu'on peut obtenir le même résultat en conseillant aux constipés de prendre, de préférence, la position accroupie.

Traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. Netter analyse un travail de MM. Triboulet, Rolland et Fenestre sur le traitement de certains cas de méningite cérébro-spinale par la ponction du ventricule cérébral et l'injection dans ce ventricule, du sérum antiméningococcique avec ou sans trépanation. Les auteurs communiquent un cas de guérison chez un enfant, par ce traitement.

Pelade d'origine dentaire et relation topographique dento-pilaire. — M. Lucien Jacquet rapporte l'observation suivante :

Une malade se présente à l'hôpital avec une vaste pelade de la nuque, à droite.

Voici, dit d'emblée M. Jacquet, une pelade très probablement d'origine dentaire.

Et en ce cas, c'est la dent de sagesse inférieure droite qui est lésée.

Et il fit constater aussitôt une lésion grave de cette dent, atteinte de carie pénétrante et d'arthrite chronique à paroxysme aigu récent.

Il y a nécessairement, ajoute-t-il, hyperesthésie objective des points d'émergence nerveuse à droite.

Et il démontra cette hyperesthésie par la pression comparative des points classiques.

Il y a eu sans doute, du côté droit, quelque orage sensitif.

Et la malade déclara que, dix-huit mois auparavant, elle avait subi une violente crise douloureuse du côté droit, avec impossibilité de manger de ce côté, que, plus récemment, il y a huit mois, elle eut un violent mal de gorge, avec déglutition très douloureuse à droite; quelques mois après, son mari lui fit remarquer sa plaque glabre à peu près grande alors comme une pièce de 5 francs.

La pelade d'origine dentaire est fréquente : un quart environ du nombre total. Le siège de la lésion dentaire gouverne dans une certaine mesure celui de la dépilation, et MM. Jacquet et Rousseau-Decelle sont arrivés à une précision topographique intéressante.

On a objecté qu'un grand nombre de lésions dentaires ne provoquent nulle pelade, et cela sans paraître se douter que, *mutadis mutandis*, cette même objection s'adresse à toute cause pathogène.

De mieux en mieux nous dégageons et saisissons pourquoi et comment une irritation donnée est, ou n'est pas dynamogène, et plus spécialement, peladogène.

Il faut envisager à cet égard, dans le cas particulier, le point de départ irritatif : la dent malade, et la zone d'aboutissement : le cuir chevelu.

La dent lésée réalise une irritation ancienne, multiple, (pulpite et arthrite) et répétée.

Le cuir chevelu est héréditairement impressionnable : le père de la malade est chauve, et chez elle il a été anciennement et diversement impressionné, il a été pourrait-on dire, entraîné à la dépilation; elle a subi deux érysipèles du cuir chevelu avec dépilation consécutive, elle présente tous les ans, en mai, une crise de dépilation diffuse, sorte de mue printanière.

Elle souffre de troubles digestifs et de troubles ovariens, ceux-ci plus marqués à droite ; et l'irritation d'origine digestive comme celle d'origine ovarienne, impressionnent elles aussi le cuir chevelu.

On va supprimer ici l'agent d'irritation principal, la dent malade, sans autre traitement local, et on obtiendra comme déjà tant d'autres fois, la guérison de cette vaste aire peladique en pleine et rapide extension actuelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 9 juin 1911)

Rôle antitoxique des catalases. — M. Billard. Dans notre organisme, les catalases jouent un rôle antitoxique général d'une très grande puissance, et il est vraisemblable que le foie et le placenta lui doivent leurs fonctions de défense.

Examen de deux pancréas de lapins trois à quatre ans après la résection du canal. — M. Laguesse. Dans ces pancréas, la glande exocrine avait disparu; au contraire, les îlots de Langerhans étaient conservés et même souvent hypertrophiés. Comme les animaux n'ont pas présenté de glycosurie diabétique, il faut admettre que ces îlots seuls ont pu les préserver du diabète en assurant la persistance de la sécrétion interne.

Les pores alvéolaires du poumon chez les animaux. — M. Marchand. Ces pores doivent être considérés comme des formations normales chez les petits mammifères où ils paraissent particulièrement développés. On conçoit donc qu'ils puissent exister chez l'homme.

Intradermo-réaction à la tuberculine chez des cobayes sains tuberculinés. — MM. Ch. Mantoux et Perroy ont obtenu la production d'intradermo-réactions à la tuberculine chez des cobayes sains, soumis au préalable à des injections sous-cutanées de doses fortes de tuberculine.

On peut obtenir cette réaction dès le dixième jour et pendant une période plus ou moins longue. Lorsqu'elle ne se produit plus et qu'on fait subir aux cobayes une seconde injection sous-cutanée de tuberculine, les intradermo-réactions qu'on obtient ensuite chez eux sont beaucoup plus fortes que lors de la première épreuve, il existait donc chez eux un état d'allergie tout à fait spécial.

Le cyanacétylène et le sous-azoture de carbone. — Pour M. Desgrez, ces deux nouveaux nitriles récemment découverts par MM. Moureu et Bongrand, présentent une toxicité relativement élevée que justifie leur analogie de constitution avec l'acide cyanhydrique et le cyanogène.

Fait intéressant, l'hyposulfite de soude, injecté avant le sous-azoture de carbone, exerce, sur les animaux, une action protectrice marquée vis-à-vis de l'intoxication par ce dinitrile. La même action antitoxique ne se produit pas pour le cyanacéthylène qui ne présente qu'une fontction nitrile.

Passage de l'hémoglobine à travers le rein. — MM. Achard et Feuillié. Bien qu'il n'y ait pas de différence appréciable

entre l'hémoglobine globulaire et l'hémoglobine musculaire, on sait qu'il est beaucoup plus facile de provoquer l'hémoglobinurie en injectant dans les veines du sang laqué que du suc des muscles. Aussi a-t-on attribué à l'hémoglobine musculaire une diffusibilité spéciale.

Les recherches de MM. Achard et Feuillié les ayant conduits à rapporter cette hémoglobinurie à de petites hémorragies glomérulaires, suivies de l'hémolyse des globules extravasés dans les tubes contournés, ils ont étudié l'élimination rénale de l'hémoglobine. Or, tandis que, d'une façon générale, l'élimination des différents corps, dans un temps donné, offre un certain rapport avec leur poids moléculaire et leur diffusibilité à travers les membranes, ils ont trouvé pour l'hémoglobine de grandes différences.

Après injection de sang laqué, l'hémoglobine de l'urine était en quantité équivalente à 5 ou 6 centimètres cubes de sang, mais en proportion faible par rapport à la dose injectée. Elle se plaçait, à cet égard, entre un pigment dialysable (bilirubine) et une albumine (caséine). Peut-être le passage de matière colorante à travers le rein s'ajoutait-il à l'hémolyse des globules extravasés pour fournir l'hémoglobine urinaire. Par contre, après injection de macération aqueuse de muscle, bien plus toxique que le sang laqué quoique bien moins riche en pigment, l'hémoglobine se trouvait dans l'urine en quantité faible, équivalente à 4 centimètres cubes de sang au plus, et seulement parfois à 1/3, mais en proportion considérable par rapport à la dose injectée, voire même de beaucoup supérieure dans certains cas. Ce n'est donc pas la matière colorante injectée dans le sang qui fournit ici l'hémoglobine urinaire, et c'est l'hématurie toxique qui en est la source principale.

Pour expliquer la petite quantité absolue d'hémoglobine urinaire dans ces expériences, il suffit, on le conçoit, de minimes hémorragies glomérulaires, ce qui est tout à fait d'accord avec les constatations histologiques.

M. Jean Camus est loin de nier l'existence de l'hémoglobinurie urinaire, qu'il a décrite avec M. Pagniez, mais il persiste à affirmer l'existence d'une hémoglobinurie d'origine musculaire. L'hémoglobine musculaire, chauffée à 56 degrés pour atténuer sa toxicité, puis injectée dans l'organisme, provoque en effet le passage dans les urines d'une quantité d'hémoglobine strictement proportionnelle à la quantité injectée, et qui ne s'accompagne d'élimination ni de globules rouges, ni de stromas globulaires.

Agglutinines tuberculeuses contenues dans le liquide des pleurésies. — M. Karwacki. Les anticorps de la pleurésie tuberculeuse agglutinent toutes les variétés de virus tuberculeux humain et conglutinent les bacilles tuberculeux aviaires, pisciaires et quelquefois bovins. Exceptionnellement, l'agglutination avec le type bovin revêt le caractère spécifique, se produisant à un taux plus élevé qu'avec le type humain. La conglutination des saprophytes acido-résistants par le liquide pleural n'est ni régulière, ni constante.

Influence du soufre colloïdal sur les échanges sulfurés de l'organisme. Contribution au mécanisme de la sulfo-conjuguaison. — M. L.-C. Maillard a constaté que le soufre colloïdal, administré au lapin par voie digestive, est absorbé rapidement et intégralement, contrairement au soufre précipité et à la fleur de soufre, dont une faible partie seulement est absorbée avec lenteur. Le soufre ainsi introduit s'élimine rapidement par l'urine, mais pour une moitié seulement sous forme de sulfates. L'autre moitié passe à l'état de *combinaisons organiques moins oxygénées* que les dérivés sulfuriques (soufre neutre). Enfin on observe une légère augmentation des éthers sulfuriques, puis une baisse plus considérable, indiquant qu'une partie des corps aromatiques est passée sous une autre forme, probablement sulfurée.

De ces faits résulte qu'il n'est guère plausible de considérer les *conjugués sulfuriques* comme provenant d'une éthérification vraie des phénols par H^2SO^4. Il est plus probable qu'ils se forment par fixation du soufre sous une forme peu ou pas oxygénée, puis oxydation consécutive jusqu'au stade sulfurique.

M. L.-C. Maillard pense qu'en raison de sa facilité d'absorption et d'action, le soufre colloïdal pourrait avoir des applications intéressantes, non seulement en dermatologie, mais aussi en thérapeutique générale.

Sur quelques réactions fournies par la teinture de gaïac. — M. Sartory.

Le réseau syncytial et la gaine de Schwann dans les fibres de Remak. — M. Nageotte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 juin 1911)

Lithotritie d'un calcul géant. — M. Cathelin relate l'observation d'un vieux calculeux prostatique infecté, de soixante-quatorze ans, chez qui il fit la lithotritie d'un calcul de 160 grammes, sans aucun incident. L'auteur insiste sur plusieurs détails de technique et d'instrumentation qui lui ont permis de mener à bien l'opération.

Ozène. Etiologie et pathogénie. — M. Marcel Natier rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, de santé délicate, et présentant des troubles anciens et graves de l'état général. A la suite d'atteintes marquées des appareils digestif et respiratoire, apparurent des croûtes nasales et de l'ozène indiscutable. L'ozène disparut en même temps que l'état général s'améliorait grâce à des précautions hygiéniques convenables et à des exercices respiratoires appropriés, à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Il ne faut pas regarder l'ozène comme une entité morbide idiopathique, mais comme l'expression symptomatique d'une atrophie avancée de la muqueuse respiratoire, variable dans ses causes et relevant d'un trouble ancien et profond de l'économie générale.

Appendicite aiguë chez une femme atteinte de fibrome utérin et de kyste intraligamentaire droit. Hystérectomie abdominale et cystectomie. Guérison. — MM. Dartigues et Mircouche rapportent ce cas chez une femme de quarante-sept ans qui avait eu cinq crises d'appendicite aiguë. L'intérêt de l'observation, en dehors du succès opératoire, réside dans ce fait que si l'on avait fait la chirurgie parcellaire, que tout d'abord imposait l'entourage de la malade, on eût été à un insuccès thérapeutique certain, sans compter que la patiente aurait été obligée de subir les aléas d'une autre opération grave. Au sujet de ce cas, les auteurs entrent dans des considérations générales sur le pronostic en chirurgie, et particulièrement sur le pronostic des fibromes qu'ils envisagent comme graves par leurs conséquences.

M. Guelpa ne croit pas à la gravité générale des fibromes et dans sa pratique ne fait presque jamais opérer ses malades pour cette affection.

M. Ducor croit qu'il y a un juste milieu. Tous les fibromes ne sont pas justiciables d'une opération, mais il en est pour lesquels une opération est indispensable.

M. Dartigues est du même avis ; l'électricité peut donner de bons résultats, mais tous les fibromes ne peuvent être traités par l'électricité qui a à son actif des insuccès.

M. Cayla est du même avis ; de nombreux fibromes malins sont très dangereux malgré leurs apparences simples.

Rut et pudeur. — M. Klotz, après avoir passé en revue

les unités biologiques successives, arrive à la conclusion que le premier protoplasma qui a donné ce qui vit actuellement est comparable à l'ovule fécondé qui va se développer.

PRATIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA BARTHOLINITE CHRONIQUE

Par M. Em. Goutin.

Il est fréquent d'observer dans la pratique gynécologique, la bartholinite aiguë. C'est un abcès de la glande de bartholin consécutif ou contemporain de la vulvite blennorragique et que l'on traite surtout par l'incision large.

Mais on rencontre aussi la bartholinite chronique. Celle-ci, en raison de ses changements fréquents de caractères physiques, est mal diagnostiquée. Elle représente cependant une affection blennorragique *latente* contagieuse et rebelle sur laquelle il est bon d'insister un moment.

La bartholinite chronique succède à une poussée inflammatoire aiguë qui n'a pas suppuré. Elle peut aussi être chronique d'emblée pendant le cours d'une blennorragie.

Ce qui fait passer inaperçue cette affection, c'est que, *souvent*, la glande n'est ni tuméfiée, ni indurée. Il existe seulement sur la muqueuse vulvaire une rougeur localisée au pourtour du canal excréteur, et, en pressant sur la glande, on fait sourdre par cet orifice externe du canal excréteur un liquide mucopurulent qui renferme des gonocoques.

Or, il faut bien savoir que ce signe important de bartholinite chronique ne peut pas toujours être perçu. Il faut pour cela que la glande soit pleine de liquide et par conséquent plus ou moins dilatée. Cette alternative de réplétion et de vacuité explique les difficultés du diagnostic en même temps qu'elle explique pourquoi la contagion blennorragique n'est pas constante et ne se fait qu'à intervalles irréguliers, coïncidant avec l'excrétion purulente.

On a préconisé contre cette maladie rebelle des injections antiseptiques dans la glande, en utilisant la voie du canal excréteur. Ce traitement donne parfois des résultats, mais il doit être accompagné de la médication résolutive directe. Il est à remarquer en effet que si l'on place directement sur la lésion, tous les jours, ou tous les deux jours, un Tampol Roche au thigénol, ou s'il existe une certaine douleur, un Tampol Roche à la belladone, la phlegmasie vulvaire s'éteint et la sécrétion tout d'abord purulente devient séreuse. On peut alors faire des injections intraglandulaires d'un liquide antiseptique (permanganate, eau oxygénée ou mieux eau thigénolée) et leur effet modificateur est sensiblement plus développé puisque la région devient complètement insensible et qu'il ne s'écoule plus de liquide à la pression.

Le traitement résolutif par le Tampol Roche doit être longtemps continué, trois semaines environ, si l'on veut obtenir un résultat durable et diffuser l'inflammation.

Parfois malgré ce traitement, on constate que la glande se dilate à nouveau et secrète du liquide mucopurulent. C'est qu'alors il existe une septicité particulièrement virulente et que les injections pratiquées à travers le canal excréteur sont insuffisantes. On peut alors essayer le Tampol Roche au protargol ou bien introduire une sonde cannelée dans le canal, et inciser, puis cautériser toute la région ainsi ouverte.

Les Tampol Roche au thigénol, appliqués les jours suivants sur la glande, finissent par la décongestionner complètement et procurent un résultat curatif suffisant pour éviter l'ablation totale du trajet glandulaire. On arrive ainsi progressivement à faire disparaître la *bartholinite chronique*.

LIVRES NOUVEAUX

La Syphilis obscure (1), par J. Audrain, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.

L'auteur consacre une importante étude aux « cas de syphilis ignorée, négligée ou diminuée qui ont évolué sans avoir été jamais soumis au traitement spécifique ». Même silencieuse, la syphilis non traitée n'est pas inactive, et elle se manifeste par des troubles mal caractérisés et atypiques. Certains de ces troubles sont d'origine toxinique, les autres sont provoqués par le tréponème agissant en foyer circonscrit et créant des lésions soumises aux lois suivantes : loi de périodicité, loi de localisation, sauf aux deux périodes extrêmes, loi de la suractivité fonctionnelle des appareils intacts, loi de l'indolence.

L'auteur passe ensuite en revue les symptômes atypiques atténués de la syphilis obscure, en étudiant successivement les manifestations nerveuses, pulmonaires, ostéo-articulaires, etc.

Des pages intéressantes sont consacrées au traitement de ces formes et à la lutte contre la syphilis.

P. GASTINEL.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS : GRIPPE, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RHUMATISME ET AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

(Où elle peut être indiquée, pour relever la circulation languissante, tonifier le myocarde, éliminer les poisons de l'organisme par la diurèse.) — Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000e, pendant 4 jours. Ou un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou V gttes de solution à 1/1000e, pendant dix jours.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE DU TESTICULE (2)

ÉVOLUTION. — La marche est *chronique*, entrecoupée de *poussées aiguës* et subaiguës, aboutissant au ramollissement des foyers caséeux. C'est *surtout l'épididyme* qui donne lieu aux phénomènes de suppuration, aussi les orifices fistuleux siègent-ils de préférence en bas et en arrière du scrotum (sauf en cas d'inversion testiculaire). Les cavernes qui résultent de l'abcédation à travers le scrotum des nodules caséeux, ont peu de tendance à s'oblitérer : elles s'infectent secondairement ; parfois cependant elles peuvent se combler, l'orifice fistuleux se cicatriser complètement. Bien plus souvent les lésions évoluent, le testicule, détruit par la suppuration,

(1) Paris, O. Doin et fils.

(2) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 62, p. 962, et no 64, p. 994.

disparaît laissant à sa place une *masse fibreuse*, rétractée. L'épididyme s'oblitère sous la forme d'un cordon dur ; quelquefois ces organes peuvent subir la transformation calcaire.

Enfin dans d'autres cas, la tuberculose peut suivre une *marche extensive*, se propager aux organes voisins (appareil urinaire spécialement) et le malade peut mourir au milieu de phénomènes d'hecticité, par tuberculose rénale, pulmonaire, péritonéale parfois.

Il nous reste à signaler une *complication locale* très spéciale de cette affection, le **fongus du testicule**. Il en existe deux variétés : l'une, le *fongus superficiel*, consistant en une tuberculose cutanée scrotale, mettant à nu le testicule qui fait hernie au dehors, l'autre, le *fongus profond*, résultant de l'élimination spontanée du parenchyme testiculaire par l'orifice d'un abcès.

FORMES CLINIQUES. — Nous avons déjà signalé les multiples formes, suivant le *mode de début* (début par phénomènes vésicaux, par urétrites, par hématurie, par hydrocèle, par tuberculose greffée sur un nodule blennorragique, etc.), suivant l'*évolution* (aiguë, chronique, à poussées successives); il nous faut encore signaler les formes variables suivant l'*âge*. Chez le *vieillard*, la tuberculose testiculaire est rare, mais peut néanmoins se rencontrer; elle est caractérisée par son insidiosité et sa latence.

Chez l'enfant, le tableau clinique peut être analogue à celui de la forme chronique typique de l'adulte, mais l'on observe bien plus souvent la forme aiguë; souvent aussi, c'est par une *hydrocèle congénitale* à répétition que la tuberculose testiculaire se révèle; signalons à nouveau la fréquence de la forme granulique (Hutinel et Deschamps) et la prédominance, dans toutes ces formes infantiles, des lésions presque exclusivement *testiculaires*.

DIAGNOSTIC. — 1° POSITIF. — Ce diagnostic s'appuie sur les renseignements fournis par le palper méthodique du testicule et de l'épididyme, la constatation de fistules intarissables au niveau du scrotum, et les résultats du toucher rectal.

2° DIFFÉRENTIEL. — Ce diagnostic est très souvent hésitant, surtout au début; on pourra croire à des phénomènes de *cystite* banale, d'*urétrite* blennorragique, subaiguë ou chronique, etc.; l'hématurie fera discuter l'hypothèse d'une *tuberculose rénale*, d'autant plus que l'on sait également la fréquence des *signes vésicaux* au début de la tuberculose rénale; mais le toucher rectal ne révélera pas, dans la tuberculose testiculaire, une *douleur uretérale*, l'examen fonctionnel des *reins* leur montrera leur intégrité; d'ailleurs l'hématurie dans la tuberculose du testicule, est plutôt une hématurie *initiale*, qu'une hématurie *totale*.

Enfin, sous une *hydrocèle congénitale*, il faudra parfois savoir dépister la tuberculose testiculaire sous-jacente, sans exagérer toutefois la fréquence de cette corrélation.

En raison de l'existence d'une orchite aiguë tuberculeuse, le diagnostic de la nature tuberculeuse d'une orchite aiguë, sera à discuter, non seulement en présence de l'orchite blennorragique, mais aussi en présence des orchites des maladies infectieuses (oreillons, variole, etc.), et dans certains cas également, avec les *orchites dites traumatiques* dont la réalisation n'est possible que s'il existait antérieurement une infection plus ou moins atténuée de l'urètre postérieur, du col de la vessie, de la prostate, etc.

A la *période d'état*, alors que le scrotum n'est pas ulcéré, on éliminera facilement les *abcès* des enveloppes du testicule, la hernie inguinale, l'*hydrocèle*; l'*hématocèle* vaginale, dans certains cas, prêterait plus à confusion; un peu plus compliqués à différencier seront les *kystes du cordon* (tumeurs allongées en boudin, de l'anneau à l'épididyme), les *kystes de l'épididyme* (tumeurs fluctuantes, transparentes), les *kystes du testicule* (tumeurs régulières, ovoïdes, situées à la partie moyenne et antérieure du scrotum), le varicocèle de l'épididyme, la *maladie kystique* du testicule de Reclus, un kyste dermoïde congénital.

Mais c'est surtout avec les LÉSIONS NÉOPLASIQUES ou SYPHILITIQUES, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, que le diagnostic est délicat.

La *syphilis du testicule* apparaît au cours de la syphilis secondaire, et surtout de la syphilis tertiaire; elle s'observe également au cours de la *syphilis héréditaire*.

L'*épididymite* s'observe à la période secondaire; elle se caractérise par l'augmentation de volume de la *tête* de l'épididyme qui montre une nodosité dure, du volume d'un pois ou d'une noisette, très souvent bilatérale.

Dans l'*orchite syphilitique scléreuse* (*sarcocèle syphilitique*), le testicule est doublé de volume ; sa consistance est dure, ligneuse, un peu élastique; il se présente en forme de galet, il est le plus souvent indolent; la marche peut être aiguë avec hydrocèle, ce qui est assez rare; la terminaison se fait ordinairement par atrophie scléreuse (*haricocèle de Ricord*).

La *gomme du testicule* présente le plus souvent une évolution latente, sauf au moment du ramollissement. La gomme s'évacue par une excavation assez large, à bords très décollés, se caractérisant par son *siège antérieur*.

Dans l'*hérédo-syphilis*, il est assez fréquent de trouver des testicules gros, durs, non douloureux à la pression, qui pourront atteindre le volume d'un œuf de pigeon.

Les TUMEURS du testicule devront également être différenciées avec le plus grand soin : elles sont loin d'être une rareté chez l'enfant.

Le testicule est alors *lourd*, *gros*, *pesant*; on peut rechercher, dans ce cas, l'existence des *ganglions* lombaires et prévertébraux; chez l'enfant, il s'agit surtout de sarcome et de lymphadénome; chez l'adulte, comme chez le vieillard, il peut s'agir d'encéphaloïde ou de squirrhe, à marche rapide, évoluant avec de vives douleurs et s'accompagnant rapidement d'un état général mauvais.

Lorsque le *scrotum est ulcéré*, le diagnostic doit être fait avec l'abcès pariétal du scrotum, et surtout le *fongus syphilitique* par gomme syphilitique abcédée, le *cancer des ramoneurs* et le *fongus malin* néoplasique. (Il faudra, dans certains cas douteux, recourir à un *examen biopsique*.)

PRONOSTIC. — *Chez l'enfant*, le pronostic est moins sévère que chez l'adulte par suite de la fréquence moins grande d'une tuberculisation secondaire de l'appareil génito-urinaire. La glande opposée subit une hypertrophie compensatrice qui suffit amplement, plus tard, si l'affection aboutit à la monorchidie.

Chez l'enfant, la tuberculose testiculaire reste volontiers locale : Hutinel et Deschamps la classent dans la catégorie des *tuberculoses des ganglions périphériques*.

Chez l'adulte, le pronostic est plus sévère, en raison de la tuberculisation concomitante de l'appareil génito-urinaire, de l'atrophie des deux testicules, de la fréquence de la suppuration; enfin, de la *généralisation* de la tuberculose.

Néanmoins, il faut savoir que cette tuberculose est susceptible de *guérison*.

TRAITEMENT. — *a*. LOCAL. — Curage des trajets fistuleux, cautérisation à la teinture d'iode, pansements antiseptiques pour éviter les infections secondaires.

b. CHIRURGICAL. — S'il y a hydrocèle, évacuation puis traitement de la lésion tuberculeuse sous-jacente; ablation des fistules, curettage, ligature du cordon spermatique (méthode atrophiante de Mauclaire); résection partielle ou castration : une discussion s'est élevée à ce sujet; la castration, indispensable pour les uns, est au contraire inutile pour d'autres, à cause surtout des récidives au niveau du moignon; elle serait nuisible lors que les deux testicules sont pris ou lorsqu'existent des lésions pulmonaires; cette opération, comme la résection partielle, donnerait de bons résultats en cas d'unilatéralité des lésions.

c. TRAITEMENT MÉDICAL. — Dans tous les cas, il importe d'insister sur l'heureux effet du traitement médical, celui de toute tuberculose, grand air, suralimentation, avec, en plus, le port d'un suspensoir bien ouaté, la modération de la marche, et s'il existe des phénomènes aigus, le repos au lit.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. III. — MAUCLAIRE. *Soc. de péd.*, 1901 ; — *Traités classiques.* — LEGUEU. *Maladies des voies génito-urinaires*, 1910.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre. ***Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.***

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 juin. — MM. Ribadeau-Dumas, 19 1/2; Ramond, 18 1/2; Nattan-Larrier et Merklen, 18.

Séance du 15 juin. — MM. Fiessinger, 18; Rivet, 18 1/2; Laubry, 19 1/2.

Prochaine séance, samedi 17 juin, à huit heures et demie du matin, à Necker.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur Lemeignen est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

Le docteur Menu, médecin aide-major de première classe à Laon;

Le docteur Sarda, médecin aide-major de deuxième classe à Annonay.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Lovy (de Tunis) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — M. le docteur M. Langeron, chef des travaux de parasitologie, a été nommé officier de l'ordre de Danilo Ier et officier de l'ordre du Buste du Libérateur, du Vénézuéla.

M. G. Blanc, préparateur de parasitologie, a été nommé chevalier de l'ordre du Buste du Libérateur, du Vénézuéla.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-troisième semaine, 820 décès, au lieu de 897 pendant la semaine précédente et au lieu de 845, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 32 décès, au lieu de 31 pendant la semaine précédente (la moyenne est 16); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 533 (au lieu de 745 précédemment et au lieu de la moyenne 397).

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La vingtième séance annuelle aura lieu le mardi 20 juin 1911, à quatre heures précises, au palais des sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. Petit, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort.

Ordre du jour. — 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société; 2° Allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société; 3° Eloge du docteur Huchard, membre honoraire; 4° Eloge du professeur Raymond, membre titulaire de la Société; 5° Communications et lectures; présentation de malades.

Question générale mise à l'ordre du jour. — 1° La fonction du sommeil chez l'homme et chez les animaux; 2° Le rôle du sommeil et de l'hypnotisme dans la psychothérapie.

Après la séance, le banquet annuel aura lieu à sept heures et demie, au restaurant du palais des sociétés savantes, 8, rue Danton. Prix : 8 francs. Tenue de ville.

Les titres des communications et les adhésions au banquet doivent être adressés au docteur Bérillon, secrétaire général, 4, rue Castellane.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Train spécial, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide, « Paris-Turin », le 21 juin 1911.

Rréduction : 60 p. 100.

Prix, aller et retour : 1re classe : 72 francs; 2e classe : 49 fr. 25; 3e classe : 32 fr. 50.

Départ de Paris à 2 h. 40 soir. Arrivée à Turin à 8 h. 55 matin.

Le retour pourra s'effectuer, au gré des voyageurs, dans un délai de vingt jours.

Les billets sont délivrés jusqu'au 20 juin, à midi.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1054.)*

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ANURIE CALCULEUSE

(EN PARTICULIER DE SON TRAITEMENT PAR LE CATHÉTÉRISME DES URETÈRES)

Par Henri ELIOT,
Ancien interne de la clinique de Necker.

L'anurie, complication relativement fréquente de la lithiase, s'observe tout naturellement comme la lithiase elle-même, surtout chez l'adulte et chez l'homme. Elle est exceptionnelle chez l'enfant. Merklen (1) dans sa thèse en rapportait, d'après Rayer, trois observations : l'une due à Harder survenue chez un enfant de deux ans; deux autres moins nettes relatées par Baumes et observées par lui chez des enfants, l'un de deux, l'autre de huit jours. Depuis, deux autres exemples ont été seulement publiés; le premier appartenant à Drew (2) et ayant trait à un enfant de quatre ans; le second, dû à Parker (3), survenu chez un garçon de treize ans.

I

Physiologie pathologique. Pathogénie. — L'anurie, au cours de la lithiase, peut s'observer dans des conditions très diverses :

A. Il est d'abord des cas, rares il est vrai, d'anurie lithiasique qui sont *manifestement et exclusivement organiques et sécrétoires*, liés à une destruction ou à une désorganisation complète des deux parenchymes rénaux. Faute de substance sécrétante, les reins résilient leurs fonctions. En 1895, M. Legueu (4) avec une observation à l'appui a attiré l'attention sur ces anuries *par déficience bilatérale du parenchyme rénal*, qui s'observent parfois *comme accident ultime au cours de la lithiase*. L'on conçoit sans peine que ces désorganisations totales du rein soient au-dessus de toute ressource thérapeutique.

B. Beaucoup plus souvent, heureusement, les calculs sont la cause prochaine, la cause occasionnelle de l'anurie. Pour la réalisation de ces *anuries calculeuses proprement dites* plusieurs éventualités sont possibles :

I. Ou bien il s'agit d'un bloquage bilatéral des voies d'excrétion. — L'anurie résultant d'un bloquage bilatéral des uretères ou des bassinets ne doit point être considérée comme une rareté. Bien au contraire, d'après les observations que nous avons pu colliger (5), ce serait même là le mécanisme dont le plus fréquemment relèverait l'anurie calculeuse. Donnadieu dans sa thèse (6), sur 46 cas utilisables l'invoquait 12 fois déjà comme étant l'auteur des accidents survenus. Hück (7), sur 40 autres observations, en mettait 12 lui aussi sur le compte de l'oblitération bilatérale des voies d'excrétion. Kümmel, Natson, dans leurs rapports au premier Congrès international d'urologie, ont insisté également sur la fréquence de ce mode pathogénique.

L'an passé, nous avons pu réunir nous-même 54 cas d'anurie relevant de ce mécanisme : 47 fois, les deux uretères étaient simultanément oblitérés; 8 fois, à l'oblitération de l'uretère d'un côté correspondait l'obstruction du bassinet de l'autre rein; 9 fois enfin, les deux bassinets étaient bloqués par des calculs.

C'est là d'ailleurs une conséquence toute naturelle de la grande fréquence de la bilatéralité de la lithiase, fait sur lequel M. le professeur Albarran d'une part, et M. Legueu d'autre part, ont depuis longtemps insisté.

II. Ou bien un rein est déjà supprimé anatomiquement ou physiologiquement lorsque se réalise l'obstruction calculeuse du côté opposé. — Occupons-nous d'abord de l'unicité anatomique d'un rein. Elle peut être le fait d'une anomalie congénitale; ou bien encore un rein est devenu secondairement unique par le fait de la néphrectomie de son adelphe.

a. *Anurie calculeuse dans un rein congénitalement unique*. — L'absence congénitale d'un rein est loin d'être une exception. Bollovitz, dans les *Archives de Virchow*, en 1895, pouvait en réunir déjà 213 cas. Mankienwich, quelques années plus tard, ajoutait à cette statistique 21 cas nouveaux. Cathelin en 1909 (1), en portait le nombre à 300. Il en existe encore bien d'autres cas publiés. Pour ce qui est de l'anurie calculeuse, nous avons pu en relever 18 cas ainsi engendrés par l'oblitération de l'uretère ou du bassinet d'un rein congénitalement unique. Dans 14 de ces cas, cette anomalie a été purement l'objet d'une constatation nécropsique. Dans une observation de Kümmel (2), dans un autre cas également observé avec Heitz-Boyer à la clinique de Necker, le diagnostic de rein congénitalement unique avait pu être porté du vivant du malade, de par l'absence, à l'examen cystoscopique, d'un orifice urétéral; et dans ces deux cas, l'autopsie est venue confirmer ce diagnostic. Les malades de Kreps (3) et de Gorach (4) ayant heureusement guéri, le diagnostic de rein unique dans ces deux dernières observations ne repose que sur des examens cystoscopiques répétés.

b. *Anurie calculeuse et rein devenu secondairement unique du fait de la néphrectomie de son congénère*. — L'anurie calculeuse frappant un rein devenu unique parce que son adelphe a été antérieurement enlevé chirurgicalement s'observe plus souvent qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Merklen, Legueu, Donnadieu relataient tour à tour dans leur thèse, comme une curiosité pathologique, une observation de ce genre due à Clément-Lucas. Hück, dans sa thèse, en apportait quatre nouveaux exemples.

(1) Merklen. Th. de Paris, 1881, p. 19.
(2) Drew. *Lancet*, fév. 1905, p. 249.
(3) Parker. *Soc. royale de méd. et de chir.*, Londres, mars 1887.
(4) Legueu. *Ann. des org. gén.-urin.*, oct. 1895, p. 865.
(5) Eliot. Th. de Paris, 1910.
(6) Donnadieu. Th. de Bordeaux, 1895.
(7) Hück. Th. de Nancy, 1904.

(1) Cathelin. Le rein unique au point de vue chirurgical, *Bull. méd.*, 1909, p. 87.
(2) Kümmel. *Ier Congrès intern. d'urol.*
(3) Kreps. *Centralbl. f. Chir.*, n° 37, 1903.
(4) Gorach. *Ier Congrès intern. d'urol.*, p. 716.

En dehors de ces cinq observations, nous avons pu en rassembler 24 autres. Et sur ces 29 observations, l'un des reins a dû être préalablement néphrectomisé :

Pour tuberculose rénale, 4 fois ;
Pour cancer, 2 fois ;
Pour dégénérescence kystique (?), 1 fois ;
Pour pyonéphrose calculeuse, 22 fois.

Et c'est là une preuve de plus de la grande fréquence de la bilatéralité de la lithiase. C'est là un fait qui montre aussi, qu'en matière de lithiase l'on doit être aussi sobre que possible d'opération radicale.

c. L'*anurie peut, d'autre part, être la conséquence de l'oblitération des voies d'excrétion d'un rein dont l'adelphe est désorganisé au point de pouvoir être considéré comme fonctionnellement perdu*. Il importe toutefois de remarquer que, pour annihiler totalement la sécrétion d'un rein, il faut une destruction bien complète de son parenchyme. Nous avons pu réunir seulement 19 observations semblant répondre à ce mode pathogénique.

III. Ou bien, un seul uretère est encore obstrué et l'anurie s'installe cependant, bien que le rein du côté opposé existe lésé le plus souvent, il est vrai, mais capable encore de fonctionner. — Pour expliquer l'anurie dans ces cas, force est bien d'admettre l'intervention d'un *réflexe inhibitoire* annihilant les fonctions de ce dernier. Les professeurs Guyon et Albarran se sont en France, pour certains cas d'anurie calculeuse, faits les défenseurs de ce mode pathogénique. M. Legueu, dans un mémoire paru en 1895 dans les *Annales génito-urinaires* (1), s'en était fait au contraire l'adversaire convaincu et l'on connaît les phrases depuis partout répétées. « L'anurie est toujours d'origine mécanique. L'anurique est un individu qui la veille vivait avec un seul rein. » Depuis, M. Legueu semble plus éclectique. Dans sa communication au premier Congrès international d'urologie, il admet que le rein opposé au côté bloqué peut fonctionner parfois encore, « mais son fonctionnement, dit-il, ne permet pas de conclure à son intégrité. Il est possible que sur ce rein altéré, une influence réflexe, partie du rein malade, agisse pour troubler son fonctionnement et produise l'anurie. Cependant ce réflexe ne s'exerce que sur un terrain taré et son influence ne serait ni aussi prolongée, ni aussi manifeste si le rein ne présentait pas de lésions importantes. » Lésions importantes, c'est pour certains cas peut-être beaucoup dire, rein toujours au moins lésé, personne ne l'a jamais contesté, même lorsqu'il s'agit de lithiase primitive. Il y a longtemps que M. le professeur Albarran insiste sur ce fait qu'en matière de lithiase primitive les reins ne sont jamais ni l'un ni l'autre absolument sains, qu'ils présentent toujours, tous les deux, dans tous les cas, des lésions variables de *néphrite diathésique*. Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement, l'élimination saline pathogène se faisant simultanément par les deux reins? Or, les reins lésionnés sont plus que tous autres portés à se laisser influencer par voie réflexe; M. Guyon, il y a bien longtemps, a insisté sur ce point. Les reins lithiasiques sont donc dans des conditions excellentes pour subir dans leur fonctionnement, si l'occasion s'en présente, une inhibition réflexe.

(1) Legueu. *Ann. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 865-910.

Physiologiquement d'ailleurs, quelques expérimentateurs ont essayé et dans certains cas sont parvenus à reproduire par l'obstruction d'un seul uretère l'inhibition réflexe du rein du côté opposé.

Spalitta (1) en 1891, pratiquant sur sept chiens, la ligature de l'un des deux uretères à une courte distance du bassinet, vit chez trois d'entre eux la sécrétion ne se rétablir qu'après trente-six heures chez l'un, quarante-sept heures chez l'autre, trois jours chez le dernier.

Donnadieu, en 1895, rappelant ces mêmes expériences sur des lapins, n'observa pas un arrêt aussi prolongé de la sécrétion rénale, mais seulement une anurie de quelques heures.

En 1901, Gölzl [de Prague (2)] se livrant sur 12 chiens, à l'Institut animal physiologique de Berlin, à des recherches sur l'anurie réflexe, réussit également à la réaliser chez trois d'entre eux.

Cette occlusion d'un seul uretère a été du reste accidentellement une fois réalisée chez une femme, au cours d'une hystérectomie congénitale, avec, comme conséquence, une anurie mortelle. — Il s'agissait d'un néoplasme utérin propagé au vagin du côté droit surtout. Stouffs mit, à gauche, sur le pédicule utérin, deux ligatures. A droite, il dut laisser deux pinces à demeure à une certaine distance du col. Survient une anurie complète les deux premiers jours qui suivent l'intervention : anurie et non rétention, la sonde introduite dans la vessie ne ramène pas une seule goutte de liquide. Le troisième jour, la malade urine 500 grammes. Puis l'anurie reparaît de plus belle. Et la malade succombe le sixième jour, au milieu d'accidents urémiques. A l'autopsie l'on trouve : l'uretère droit enserré par les mors d'une pince à 3 centimètres de la vessie ; cet uretère et le bassinet absolument vides d'urine en amont du point de compression ; le rein, d'aspect normal, seulement un peu congestionné ; du côté gauche, au contraire, l'uretère était parfaitement perméable. Le rein, auquel il se rendait était, il est vrai, atrophique, « ne représentant que le quart d'un rein normal », dit Stouffs (3) dans son observation. Ce rein atrophique cependant n'en prenait pas moins part à la sécrétion et il l'a prouvé en fournissant, le troisième jour après l'intervention, 500 grammes d'urine qui bien certainement ne pouvaient venir que de lui seul, l'uretère de son adelphe étant complètement oblitéré par la pince (comme l'autopsie l'a démontré). C'est là, une belle observation d'anurie réflexe par obstruction d'un seul uretère, réflexe qui bien entendu ne s'est produit et surtout ne s'est maintenu aussi longtemps qu'à la faveur de l'état anormal, atrophique de l'autre rein.

(1) Spalitta. Anuria reflessa, *Sicilia med.*, 1891, n° 1.
(2) Götzl. *Deut. med. Woch.*, 1901, p. 234, et *Congrès de Vienne*, 1907, p. 248.
(3) Stouffs. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. X, n° 9, 1899-1900.

Il existe enfin, publiés, un certain nombre de cas d'anurie calculeuse, qui répondent manifestement à cette pathogénie réflexe.

Pousson (1), Franco Bonmarito (2), Nicolich (3), leurs malades une fois néphrostomisés, peuvent dès les premières heures recueillir, par le drain plongeant dans le bassinet du rein sur lequel ils sont intervenus, de l'urine de qualité macroscopiquement bien différente (urine sanglante) de celle qui parvenait dans le même laps de temps dans le réservoir vésical (urine claire et limpide).

Israël (4), Pappa (5), Clairmont (6), analysant chimiquement l'urine s'écoulant par la plaie lombaire et celle émise d'une façon contemporaine par les voies naturelles, constatent des différences profondes entre ces deux liquides. Frontera Esterich (7), cathétérisant, lui, l'uretère bloqué, voit l'urine s'écoulant alors par la sonde urétérale, être également chimiquement toute différente de celle ramenée bientôt après par une vulgaire sonde, introduite dans la vessie.

Casper (8), Israël (9), et Clairmont (10) encore, cherchant, la crise d'anurie une fois écartée, à se rendre compte par une cystoscopie de l'existence et du bon fonctionnement des deux méats urétéraux, peuvent voir que tous deux laissent manifestement évacuer maintenant de l'urine. Nous avons pu recueillir nous-même, une observation de ce genre, à la clinique de Necker (11).

Kreps (12), Dupont (13), la crise une fois passée, non seulement par la cystoscopie, mais par le cathétérisme urétéral, recherchent si et comment les deux reins prenaient part à la dépuration urinaire. Si chez le malade de Dupont, le rein momentanément inhibé de par l'obstruction de son adelphe se montrait manifestement lésionné, le rein opposé au côté bloqué fournissait encore, chez le malade de Kreps, une urine d'excellente qualité.

Enfin, voici de Hugh Cabot, une observation tout à fait démonstrative d'anurie calculeuse réflexe. Cabot, chez un malade, pratique une néphrolithotomie suivie de drainage du bassinet. Par le drain, le rein néphrostomisé donne de l'urine en abondance. La miction s'effectue également bien par les voies naturelles, lorsque, dix-huit jours après l'intervention, les deux reins cessent brusquement de sécréter. L'anurie est complète. Cabot, immédiatement alors se porte au secours du second rein qu'il néphrostomise et du bassinet duquel il extrait un calcul. *Les reins reprennent aussitôt leurs fonctions.* Les plaies se cicatrisent normalement et le malade guérit rapidement (1). Ransohoff a publié d'ailleurs une observation à peu près similaire (2).

Mais quelle est la voie suivie par le réflexe inhibitoire et comment agit-il? C'est là un point impossible encore à l'heure actuelle à résoudre. Si l'innervation motrice du rein est en effet démontrée de la façon la plus certaine, si les expériences déjà anciennes de Vulpian prouvent que les filets vaso-moteurs de cet organe sont contenus dans les troncs des splanchniques, en particulier du grand splanchnique, si celles d'Arthaud et de Butte tendent à faire admettre l'existence de fibres semblables dans le tronc du pneumogastrique, l'existence de nerfs excito-glandulaires pour la sécrétion rénale, pour être vraisemblable, n'est pas encore nettement démontrée (3).

Un fait évident, c'est que le rein anurique est toujours congestionné, violacé, prêt à saigner en abondance lorsqu'on l'incise. Ce n'est donc point vraisemblablement à la faveur d'un spasme des vaso-constricteurs que se produit l'arrêt de la sécrétion urinaire. L'électrisation du grand splanchnique, comme l'ont vu Cl. Bernard et Vulpian, donne bien en effet de l'anurie, mais avec pâleur et anémie du rein; sa section, par contre, de la polyurie, avec forte vaso-congestion paralytique de l'organe.

IV. Enfin, il semble même que l'anurie puisse se produire sans que les calculs ne réalisent le moindrement l'obstruction des voies d'excrétion. — Dans une observation de Lastzko, des calculs, *par simple irritation réflexe de présence*, semblent en effet, avoir tari à plusieurs reprises la sécrétion rénale. Il s'agissait d'un malade antérieurement néphrectomisé du rein gauche. Quelques mois après survient une crise douloureuse droite avec anurie. Lastzko, au quatrième jour de la crise, par le cathétérisme urétéral, rétablit le cours des urines. Quelques jours après, nouvelle suspension de la sécrétion urinaire qui nécessite un nouveau cathétérisme, lequel se montre d'ailleurs aussi efficace. Cependant, les crises d'anurie se répètent ainsi un certain nombre de fois, pour céder toujours à la pénétration de la sonde dans le bassinet. Lastzko, en désespoir de cause, se décide alors à intervenir chirurgicalement par une néphrostomie. Pas de pierre dans le bassinet. Il ne trouve, pour expliquer les accidents, que la présence de *deux calculs incrustés au niveau du calice inférieur*. Il les enlève, le malade guérit, dès lors les crises d'anurie ne se reproduisent plus (4).

Il nous faut rechercher maintenant, d'une part, les *causes qui s'opposent à la libre descente du calcul, du rein vers la vessie, et comment, d'autre part, le calcul, ainsi arrêté en un point des voies d'excrétion, en réalise l'obstruction*, nécessaire, d'un côté au

(1) Pousson. *Bull. méd.*, 1900, p. 1157.
(2) Franco Bonmarito. *Gaz. Sicilia di med. e chir.*, 15 janv. 1903.
(3) Nicolich. *Ier Congrès intern. d'urol.*, 1908, p. 215.
(4) Israël. *Deut. med. Woch.*, 1888.
(5) Pappa. Th. de Paris, 1908, obs. XII.
(6) Clairmont. *Arch. de Lang.*, 1906, p. 751.
(7) Fr. Esterich. *Riv. Balear de Ciencias med.*, julio 1908, nos 685-686.
(8) Casper. *Monographie*, 1896, obs. IX, Berlin, Coblentz. édit.
(9) Israël. *Chir. klin. der Nierenk.*
(10) Clairmont. *Arch. de Lang.*, 1906, p. 753.
(11) Eliot. In Thèse, p. 60.
(12) Kreps. *Vratch. Gaz.*, 8 fév. 1909.
(13) Dupont. *Arch. gén. de méd.*, mai 1909.

(1) Natson. *Ier Congrès intern. d'urol.*, p. 111, et *Trans. of the amer. Assoc. of gen.-urin. surg.*, vol. IV, 1909, p. 158.
(2) Ransohoff. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1895, t. XXV, p. 1.
(3) Delaunay. *Presse méd.*, 12 août 1908.
(4) Lastzko. *Soc. imp. roy. de Vienne*, 26 mars 1909.

moins à quelques exceptions infiniment rares, à l'établissement de l'anurie.

Les causes qui déterminent l'arrêt du calcul tiennent les unes à la pierre elle-même, les autres au conduit urétéral.

La pierre peut être trop volumineuse pour franchir l'un des trois points normalement rétrécis de l'uretère : 1° son collet ; 2° le rétrécissement qui correspond au coude que décrit le canal, en franchissant les vaisseaux iliaques, pour pénétrer dans le bassin, dit rétrécissement marginal; 3° son segment intra-vésical. [En matière d'anurie, en tenant compte des pierres du bassinet, qui en raison de leur aspect fréquemment côniforme, viennent souvent par leur pointe s'engager dans l'orifice supérieur de l'uretère, c'est au niveau du tiers supérieur de ce canal que l'on trouve le plus souvent arrêtées les concrétions. L'on sait au contraire qu'en dehors de l'anurie, le siège de prédilection des calculs propres de l'uretère est le segment pelvien de ce conduit 105 fois sur 204 cas d'après le rapport de Jeanbrau (1).]

Le calcul peut être encore gêné dans sa descente, en raison de sa forme rugueuse, irrégulière, qui fait qu'il a tendance alors à s'agraffer à la muqueuse urétérale. S'il est d'aspect ovoïde « en noyau de datte », il se peut aussi qu'en cours de route il vienne à basculer et qu'au lieu de garder, circonstance favorable, son grand axe dirigé suivant le trajet de l'uretère, il s'y place maintenant transversalement ou obliquement, se coiffant, par ses pointes, de la muqueuse, à laquelle il se trouve encore fixé.

Souvent encore, le conduit urétéral présente, par surcroît, en un ou plusieurs points de son trajet, parfois aussi au niveau de son méat vésical, des *rétrécissements acquis* et plus ou moins serrés relevant de *la cicatrisation des érosions de la muqueuse produites lors des précédentes coliques par le passage des calculs*. De petits graviers, du sable même, accumulés en amont de ces points, parfois notablement rétrécis, peuvent parfaitement réaliser alors le bloquage de l'uretère.

Il est enfin un autre élément important qui intervient dans l'arrêt des calculs, c'est *le spasme des parois de l'uretère*, irrité par le passage des concrétions. C'est ce spasme d'ailleurs qui, dans la plupart des cas, intervient pour compléter l'obstruction.

Pourquoi en amont du point récemment obstrué ne s'accumule-t-il pas d'urine ? Cette absence d'hydronéphrose est un fait qui a frappé tous les auteurs qui se sont occupés de l'anurie calculeuse. Au-dessus de l'obstacle, il est de règle en effet de ne trouver qu'une très faible quantité d'urine. Bien plus, dans certains cas il n'y en a même pas du tout.

L'on peut interpréter cette présence en minime quantité de l'urine retenue dans le bassinet de la façon suivante. L'oblitération de l'uretère par le calcul, complétée le plus ordinairement par le spasme des parois du canal, s'établit le plus souvent d'une façon brusque. Comme conséquence de ce brusque bloquage le cours de l'urine se trouve subitement interrompu. Et comme les parois du bassinet et de l'uretère ne sont pas susceptibles d'une brusque distension, comme pour lutter contre cette distension, ils vont à ce moment de plus contracter leurs fibres musculaires (ce qui va, d'autant encore, réduire leur capacité), la pression du liquide, ainsi arrêté en amont du point bloqué, subit de ce fait une augmentation rapide et marquée, augmentation de pression qui, se communiquant aussitôt aux canalicules urinaires, a bientôt pour conséquence de contrebalancer, de surpasser même la pression des vaisseaux rénaux. La sécrétion urinaire se trouve alors suspendue. Cet état se maintient un nombre de jours variable. C'est pendant ce laps de temps que l'on a habituellement l'occasion d'examiner le rein soit au cours d'une intervention, soit au cours d'une nécropsie. C'est pour cela qu'on ne le trouve que peu ou pas dilaté. Mais il est probable que, si les choses avaient le loisir d'évoluer plus avant (la pression dans le bassinet tendant à baisser par la suite, lorsque ses parois forcées ne peuvent plus résister à l'augmentation de tension), il est probable que l'on verrait alors un certain degré d'hydronéphrose commencer à se constituer pour, peu à peu, aboutir à la destruction complète du parenchyme. L'axiome jadis énoncé par Merkley, « l'occlusion brusque des uretères détermine la suppression rapide de la sécrétion urinaire sans hydronéphrose, l'occlusion lente produit l'hydronéphrose », n'est plus en effet accepté aujourd'hui. Les ligatures de Strauss et Germont, de Guyon et Albarran ont montré, en effet, de la façon la plus nette que l'hydronéphrose était possible à la suite de l'oblitération brusque et serrée de l'uretère.

Cette théorie mécanique ne peut cependant pas s'appliquer à toutes les observations; *dans certains cas*, en effet, il arrive qu'*en amont du point bloqué l'on ne trouve pas la moindre goutte d'urine.* M. le professeur Albarran a particulièrement attiré l'attention sur ce point. Dans ces cas il faut bien admettre encore que c'est un réflexe inhibitoire, provoqué par l'irritation des voies d'excrétion au contact du calcul obturateur, qui intervient pour suspendre instantanément l'activité sécrétoire du rein mis en cause.

II

Etude clinique. — Modes de début. — L'anurie n'est pas en général une manifestation initiale de la lithiase : le plus souvent, en effet, on la voit s'installer chez des malades déjà entachés d'un passé lithiasique plus ou moins chargé. C'est par une crise de colique néphrétique que débutent généralement les accidents. Toute cause occasionnelle de colique est susceptible de devenir, par là même également, la cause occasionnelle de l'anurie. Parfois cependant, l'anurie apparaît sans être précédée de colique prémonitoire. Exceptionnellement même, elle peut à l'improviste s'installer chez des sujets vierges jusqu'alors de tout passé calculeux : c'est par une crise d'anurie qu'inopinément se révèle brusquement à eux leur lithiase. Rovsing, par exemple, la vit ainsi s'installer un beau jour, sans s'être même annoncée

(1) Jeanbrau. Rapport au *Congrès d'urol.*, 1909.

par une colique, chez une femme enceinte, arrivée près du terme absolument indemne jusqu'alors de tout antécédent lithiasique. Mandé au dixième jour seulement de cette anurie, par le cathétérisme urétéral, Rovsing parvint à rétablir une libre voie aux urines. L'accouchement se passa dès lors sans encombre de la façon la plus normale. Mais, trois ans après, toujours sans colique prémonitoire, l'anurie se renouvelait. Une radiographie faite à ce moment décelait, bloquant la partie supérieure de chaque uretère, un calcul que Rovsing dans une même séance enlevait alors avec succès par une double pyélotomie.

L'anurie une fois installée, les accidents vont, si l'on n'intervient pas, évoluer le plus souvent en trois phases.

1° *Période de tolérance* — Le malade, un peu surpris seulement de ne pas uriner, mais ne souffrant pas, ne s'inquiète généralement pas par là même tout d'abord de sa suppression d'urine. Il continue souvent à vaquer à ses occupations. Cette période pendant laquelle le patient, suivant l'expression d'Egger, est dans un état « d'euphorie parfaite », peut durer un temps variable. Elle dure cinq ou six jours en moyenne. Mais il arrive parfois que l'échéance des accidents urémiques se trouve plus longtemps retardée par ce fait que le malade élimine encore de temps en temps quelques centaines de grammes d'urine ou même présente, par intervalles, de véritables débâcles polyuriques, venant interrompre momentanément l'anurie, réalisant alors ainsi une sorte de *forme intermittente* de la maladie.

2° *Période intermédiaire de Donnadieu.* — Progressivement cependant le patient va s'acheminer vers l'urémie. Sans que l'état général soit encore profondément troublé, l'on va voir apparaître maintenant l'un ou plusieurs de ces symptômes avant-coureurs de l'intoxication confirmée, sur lesquels Donnadieu a particulièrement attiré l'attention : un peu de lassitude générale, ou bien un certain degré d'agitation morbide; une céphalée légère; souvent de légers troubles digestifs; de l'inappétence, quelques nausées.

3° *Période d'anurie confirmée.* — Dès lors l'intoxication ne va pas tarder à se confirmer. Le facies anxieux, *les pupilles rétrécies à l'extrême*, le malade est dans un état de demi-sommeil. Des soubresauts tendineux, des *tressaillements musculaires* sur lesquels insistait aussi Roberts, traduisent également l'atteinte grave portée au système nerveux. La soif est vive, mais l'intolérance gastrique est absolue et les vomissements continuels. La constipation est opiniâtre ou bien, au contraire, mais plus rarement, il existe de la diarrhée jaunâtre fétide. Le pouls devient faible et irrégulier. La température tombe à 36° ou audessous. La respiration devient irrégulière et supérieure. Et les malades, s'acheminant peu à peu vers le coma, meurent sans avoir en général présenté les grands accidents de l'urémie aiguë. Cette période urémique dure de deux à trois jours en moyenne.

La mort peut survenir parfois d'une façon plus précoce, se produisant d'une façon subite, sans cause apparente, ou à l'occasion d'un mouvement, à la période intermédiaire ou même en pleine période de tolérance. Donnadieu a pu relever ainsi six cas de *mort subite* au cours de l'anurie.

La guérison spontanée est cependant possible, surtout dans les premiers jours ; elle est exceptionnelle après la période intermédiaire, surtout lorsque les phénomènes nerveux de l'urémie ont fait leur apparition. Elle est annoncée par une abondante polyurie, quelquefois des sueurs, de la diarrhée, et les douleurs du début, qui s'étaient en général calmées pendant toute la durée de l'anurie, reparaissent parfois à ce moment, traduisant la migration du calcul vers la vessie. Mais c'est là une terminaison si rare, qu'il n'y faut nullement compter.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1911)

En ouvrant la séance, M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la criminelle tentative dont M. Guinard a été victime et, interprète de sentiments unanimes, exprime les vœux les plus ardents pour le prompt et complet rétablissement de ce collègue si sympathique.

Résultats éloignés de transplantations osseuses. — M. PONCET, en mars 1886, est intervenu chez un enfant de treize ans qui était atteint d'ostéomyélite aiguë, diffuse, infectieuse du tibia droit. Il y avait aussi une arthrite tibio-tarsienne suppurée. M. Poncet fit une longue incision, enleva un énorme séquestre comprenant presque toute la diaphyse du tibia et s'attaqua même aux épiphyses. Après trois semaines, la diaphyse périostique, qui avait été conservée, devint proliférante, bourgeonnante. Se préoccupant alors de l'état fonctionnel ultérieur de ce membre, M. Poncet fit des greffes. Il prit des fragments de tibia et de péroné sur un nouveau-né qui venait de mourir asphyxié. En prenant toutes les précautions aseptiques de rigueur, il plaça ces fragments d'os dans la cavité osseuse et appliqua un pansement immobilisateur. Sur huit greffes, trois échouèrent. M. Poncet fit de nouvelles greffes osseuses empruntées cette fois à un jeune veau.

En octobre 1886, c'est-à-dire huit mois après, M. Poncet présenta cette observation au Congrès de chirurgie. Le malade avait un tibia dans de bonnes conditions. Trois ans et demi après, nouvelle communication au Congrès sur le même sujet. Enfin, cette observation est relatée dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

En 1889, ce malade présentait un tibia utile, avec une différence de longueur de 8 centimètres, tenant à l'inégalité de développement des deux jambes.

Cet enfant est devenu aujourd'hui un ingénieur électricien menant une vie très active, marchant, allant et venant comme tout le monde. Il a aujourd'hui trente-huit ans et son état actuel, vingt-cinq ans après l'opération, est des plus satisfaisants. Le résultat fonctionnel est parfait. Il y a une ankylose tibio-tarsienne résultant de l'arthrite suppurée. Il y a un peu de genu valgum. Le péroné, qui a servi d'attelle, est un peu incurvé.

D'une façon générale, le résultat obtenu dans ce cas est des plus satisfaisants.

Quant au transplant osseux, cela n'a pas, aux yeux de M. Poncet, une grande importance. Qu'il s'agisse de greffes humaines ou animales, ou même de simples fragments d'ivoire, toutes ces substances rendent les mêmes services.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation de M. Poncet, c'est la constatation des résultats observés à une époque très éloignée du jour de l'intervention.

Anévrismes de l'aorte. — M. Faure joint à l'observation de M. Cunéo, au sujet de laquelle M. Guinard a fait, dans la dernière séance, un excellent rapport, la relation d'un cas identique. En 1903, il fut appelé, à Laënnec, auprès d'une femme de cinquante ans qui était atteinte d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Elle en présentait tous les caractères les plus nets. M. Faure fit la ligature du tronc brachio-céphalique. L'opération fut très simple. Il n'y eut aucun phénomène consécutif, et la malade est sortie de l'hôpital le 19 janvier 1904. Elle est morte en juillet 1904.

Voici donc deux observations dans lesquelles la ligature du tronc brachio-céphalique a donné de très bons résultats dans le traitement d'anévrismes de la crosse de l'aorte.

M. Tuffier fait observer que ces deux faits, celui de M. Cunéo et celui de M. Faure, changent singulièrement le pronostic des anévrismes de la crosse de l'aorte. Il rappelle avoir fait une tentative d'attaque directe de la poche anévrismale. Mais dans la discussion qui suivit, cette tentative fut l'objet d'un ostracisme à peu près général. M. Tuffier apporte aujourd'hui deux nouveaux cas.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de quarante-six ans qui était atteint d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, qui faisait saillie dans la région sterno-costale droite, et qui déterminait de très vives douleurs. Le 30 juillet 1904, M. Tuffier fit une large résection de la cage thoracique qui permit de mettre la tumeur à nu. La base en était large et faisait corps avec la crosse. La tumeur était inenlevable. M. Tuffier ne crut pas devoir pousser plus loin sa tentative et referma la plaie. Les suites furent simples, mais quelques jours après le malade mourut subitement. Les douleurs avaient été calmées.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de quarante-neuf ans, syphilitique, atteint d'un anévrisme de l'aorte, avec dyspnée et phénomènes de congestion pulmonaire. Un traitement mercuriel fut sans résultat. Il s'agissait d'un anévrisme de la partie ascendante de la crosse de l'aorte. Les troubles s'aggravant, M. Tuffier décida d'intervenir. Il se trouva en présence d'une tumeur réductible. Il pouvait passer entre la tumeur et la paroi, mais il y avait des adhérences avec la seconde côte. Il agrandit son incision. Au cours des manœuvres, la poche anévrismale se rompit. M. Tuffier mit immédiatement le doigt sur l'orifice. Il était impossible de le suturer. Pendant qu'il le bouchait avec son doigt, M. Tuffier se fit ganter l'autre main d'un gant de caoutchouc souple stérilisé et introduisit l'index de cette main gantée dans l'orifice, puis il retira le doigt en y laissant le gant : l'hémostase était obtenue. On appliqua un pansement compressif. Le malade resta un peu pâle, mais il n'y eut aucun trouble du côté de la circulation. Le quatrième jour, il commença à s'alimenter. Au sixième jour, il y eut un léger suintement sanguin dans le pansement. Seize jours après l'opération, mort subite sans hémorragie.

M. Tuffier a fait une série d'expériences sur des chiens. Il a greffé des lames de caoutchouc sur les parois de l'aorte. Ces essais ont paru donner des résultats intéressants.

M. Delorme retient de la première observation de M. Tuffier ce fait que la simple ouverture de la cage thoracique a calmé les douleurs du malade. Il y a dix-huit ans que M. Delorme ayant à soigner un officier de marine, syphilitique, atteint d'anévrisme de l'aorte, proposa d'agrandir la cavité thoracique en faisant la résection de quelques côtes en arrière. Malheureusement il y eut une consultation et la proposition du professeur Delorme fut repoussée. Plus tard, M. Delorme vit que Huchard avait eu la même idée. L'intervention telle qu'il l'a conçue est donc indiquée. Dans les anévrismes très volumineux de l'aorte, cette section inoffensive atténuera certainement les douleurs atroces de ces malades.

M. Tuffier a eu une très bonne idée en cherchant à boucher l'orifice de l'anévrisme avec du caoutchouc. On connaît depuis longtemps la tolérance des vaisseaux pour le caoutchouc, surtout depuis les travaux de Roussel (de Genève) relatifs aux meilleurs appareils pour la transfusion du sang.

M. Lejars a pratiqué cette opération libératrice, proposée par M. Delorme, dans un cas d'anévrisme de l'aorte. Il a fait la section de plusieurs cartilages costaux en arrière. L'anévrisme continua à se développer et le malade succomba, mais il ne souffrait plus après l'opération.

M. Quénu fait remarquer que les douleurs de ces malades sont dues, non seulement à des phénomènes de compression, mais aussi à des phénomènes inflammatoires, à des ostéites du voisinage, par exemple.

Avant donc de faire des opérations libératrices, il faut bien s'assurer de la cause des douleurs.

Plaies de poitrine. — M. Schwartz apporte le résultat de son expérience sur cette question en discussion. En dix ans il a rencontré douze plaies graves de poitrine. Dans aucun de ces cas, il n'est intervenu chirurgicalement et tous ont guéri. Il rapporte plusieurs de ces observations et conclut en disant, avec MM. Quénu et Lejars, que la pneumotomie ne doit être, dans ces cas, qu'une opération d'exception, qu'il faut seulement pratiquer lorsqu'on a la certitude que l'hémorragie continue.

M. Savariaud est intervenu trois fois. Les deux premiers opérés sont morts, le troisième a survécu, à cause de l'opération ou malgré elle, car l'hémorragie était arrêtée au moment de l'opération. On peut dire que dans l'immense majorité des cas les plaies de poitrine guérissent toutes seules.

L'intervention ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels, et il faut compter avec les infections pleurales secondaires.

Tumeurs inflammatoires des membres simulant des sarcomes. — M. Lejars analyse deux observations de M. Sénéchal relatives à des tumeurs de ce genre.

Premier cas. Homme de cinquante-cinq ans présentant une tuméfaction douloureuse à la face dorsale du poignet gauche. Cette tumeur grossit, et tous les médecins qui la voient diagnostiquent un sarcome. On propose l'amputation.

M. Lejars voit ce malade avec M. Sénéchal; il pense aussi à un sarcome des gaines tendineuses et propose d'attaquer directement la tumeur. C'est ce que fit M. Sénéchal. Il réséqua puis sutura les tendons atteints. Il n'y avait aucune connexion avec le squelette, ainsi que l'avait montré la radiographie. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire. En effet, cet homme est resté guéri depuis mai 1909.

Une jeune fille de dix-huit ans, à la suite d'une angine pultacée, eut une douleur avec gonflement et élévation thermique au niveau de la face externe de la cuisse gauche. Cette tuméfaction grossit, durcit, et présenta tous les caractères d'un ostéosarcome. En raison de la fièvre qui s'était montrée au début, M. Lejars diagnostiqua une ostéite. L'opération qu'il pratiqua le 30 janvier 1910 confirma ce diagnostic.

Ce diagnostic est parfois difficile et est bien important en raison des mutilations inutiles auxquelles on peut être conduit. M. Lejars s'applique à bien déterminer les symptômes différentiels qui peuvent conduire au diagnostic exact.

Laryngectomie. — M. Sébileau présente un malade chez lequel il a pratiqué l'ablation du larynx en deux temps suivant la méthode qu'il a préconisée.

Réfection de la lèvre. — M. Morestin présente un malade dont la lèvre inférieure était complètement détruite par des accidents tertiaires; à l'aide de lambeaux pris dans le voisi-

nage et des deux extrémités de la lèvre qui restaient, M. Morestin est arrivé à reconstituer chez ce malade un menton et une lèvre qui ne laissent rien à désirer.

LIVRES NOUVEAUX

L'Orthopédie indispensable aux praticiens [5e édition] (1), (tuberculoses externes, difformités, déviations, maladies des os et des articulations, etc.), par CALOT (de Berck).

« La cure des tuberculoses externes, des difformités congénitales ou acquises, est depuis longtemps le sujet des préoccupations de M. Calot. Nous avons déjà signalé les succès extraordinaires que ce médecin obtient à Berck.

C'est en cette localité qu'a pris son essor l'école nouvelle dont il est le chef et dont les principes éminemment conservateurs sont observés tous les jours par un nombre sans cesse grandissant de praticiens et cela pour le plus grand bien des malades.

Comment pourrait-il en être autrement quand M. Calot montre qu'il guérit par des traitements les plus anodins, mais poursuivis avec persévérance, des malades qui étaient jusqu'à ce jour soumis aux opérations les plus terribles aboutissant peut-être à un soulagement passager mais les laissant souvent infirmes ?

L'ouvrage de M. Calot, reflétant son enseignement qui est avant tout une leçon de choses, a toutes ses pages illustrées de nombreux dessins parlant aux yeux comme parlent aux yeux de ses auditeurs de toutes nationalités les nombreux sujets guéris qu'il fait défiler devant eux à ses conférences et dont les observations servent toujours de base à son enseignement.

De sorte qu'avec un auxiliaire aussi précieux, un guide aussi sûr, le praticien consulté pour coxalgie, un mal de Pott, une luxation congénitale de la hanche, une scoliose, une manifestation rachitique, etc., n'aura plus de raison pour rester inactif. Il lui suffira de lire, de feuilleter même le livre de M. Calot pour être aussitôt documenté sur la conduite à tenir.

En faisant connaître sa pratique, en entrant dans le détail de tout ce qu'il faut faire pour la cure de telle ou telle affection, l'éminent chirurgien de Berck a rendu un grand service aux malades et aux médecins. » (Professeur Robin.)

« Pourquoi un livre de ce genre n'avait-il pas encore été écrit ?

C'est que, pour le faire, il faut non seulement avoir la connaissance approfondie de ces questions délicates, il faut l'expérience prolongée de cette chirurgie infantile si particulière et la compétence chirurgicale qui en résulte, mais il faut avoir aussi le sens de l'enseignement avec cette tournure pratique de l'esprit qui permet de discerner dans les questions ce qu'elles ont d'indispensable à connaître et ce qu'elles présentent de difficultés dans leur application, de manière à les simplifier pour le lecteur tout étonné de les comprendre si facilement.

Ces qualités nécessaires, M. Calot, qui a tant fait pour le développement de cette thérapeutique devenue en ses mains souvent plutôt médicale que chirurgicale, les possède au plus haut degré.

Dans ce livre, où d'ailleurs le texte s'appuie sur un nombre considérable de figures admirablement exécutées, tout est simple et concis, peu de discussions, beaucoup d'aphorismes qui fixent dans l'esprit, mieux que de longues phrases, les règles à suivre dans la thérapeutique à employer. » (Lucas-Championnière.)

(1) Un magnifique volume de 1033 pages avec 1071 figures et des photographies en couleurs. — Prix : cartonné toile, 28 francs. — Paris, A. Maloine.

En moins de trois ans, ce beau livre désormais classique est arrivé à la cinquième édition et a été traduit en trois langues.

Et la cinquième édition qui paraît aujourd'hui témoigne d'un effort énorme, puisqu'on y trouve plus de 400 pages et de 500 figures nouvelles. De son côté l'exécution matérielle de l'ouvrage représente un progrès considérable : à signaler, en particulier, de très belles et très démonstratives photographies en couleurs. Il n'y a peut-être pas à l'heure actuelle dans toute la littérature médicale de livre mieux présenté et plus clairement illustré que celui-là. L. GAYARD.

Puériculture et hygiène infantile (1), conférences faites pour l'enseignement des jeunes filles par MM. BUÉ, CARRIÈRE, CHARMEIL, SURMONT.

Dans ce petit volume ont été réunies diverses conférences faites à Lille, par un groupe de médecins, aux jeunes filles, sous la présidence de MM. G. Lyon et Th. Barrois.

Chaque conférence traite un sujet différent, intéressant spécialement, soit l'hygiène, soit la puériculture, et que l'auteur s'efforce de présenter d'une manière agréable, simple, sans documentation scientifique exagérée ; dans une première conférence, le docteur Lambling étudie l'*alimentation des enfants, du sein maternel à la table des parents* ; puis le docteur Debasde : *Comment grandit l'enfant*, etc. Nous ne pouvons citer ici toutes ces conférences ; signalons spécialement celle de M. Calmette sur la *lutte contre la tuberculose* ; celle de M. Surmont, sur la *manière de préparer les aliments* ; celle de M. Charmeil, sur l'*hygiène de la chevelure*.

Bien que destinées uniquement en apparence à des jeunes filles, à la lecture de ces conférences le médecin pourra néanmoins acquérir de nombreuses et fort utiles connaissances : ajoutons d'ailleurs que la lecture de ce petit livre, est très agréable, tout en étant très instructive. L. BABONNEIX.

La Médecine préventive du premier âge (2), par M. le docteur LONDE.

Ce livre, qui est le fruit de quinze ans de pratique spéciale, constitue une suite de leçons élémentaires sur les maladies les plus fréquentes du premier âge, leur prophylaxie, leur traitement.

L'auteur décrit surtout les affections spécifiques et les réactions nerveuses, tout en indiquant les sources d'une documentation clinique plus complète. M. le docteur Londe s'est proposé un double but : 1° de synthétiser la pathologie du nourrisson, grâce à la notion de l'*imminence morbide* et de l'infection *broncho-intestinale* considérée dans son ensemble ; 2° de montrer combien il est facile, par la simple diététique, d'écarter de l'enfance les plus grands dangers quand on sait *les prévoir*; aussi la protection du premier âge doit-elle surtout s'inspirer de la *méthode préventive*.

Ce livre, très intéressant, est une suite aux *Essais de médecine préventive*, déjà publiés par cet auteur ; dans le dernier chapitre, le lecteur trouvera des réflexions fort judicieuses relatives à l'application de la *loi Roussel*. L. BABONNEIX.

Bibliographie des sciences médicales. — La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une « Bibliographie des sciences médicales », classant par ordre de matières tous les volumes et mémoires importants sur un sujet donné. Ce volume de 192 pages in-8°, publié au prix de 1 franc, sera envoyé gratis aux lecteurs de ce journal qui en feront la demande aux éditeurs, en citant le nom du journal, contre simple envoi de 25 centimes, montant de frais de port, en timbres-poste français ou étrangers.

(1) Paris, F. Alcan.
(2) In-16 de la Collection médicale. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Lequeux, professeur agrégé; Devraigne, chef de clinique; Chirié, chef de clinique adjoint; Lemeland, chef de clinique adjoint; assistés de MM. Roullier, Marioton, Brothier, Laffont et Pénard, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 19 juin 1911. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 19 juin. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 20 juin, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. M. Lemeland, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 21 juin, à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 22 juin, à trois heures. Exercices de toucher. M. Lemeland, à cinq heures. Forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 23 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Samedi 24 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Lundi 26 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 27 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. M. Lequeux, à cinq heures. Le forceps sur les positions élevées.

Mercredi 28 juin, à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 29 juin, à trois heures. Exercices pratiques de version. M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (extraction).

Vendredi 30 juin, à trois heures. Exercices pratiques de version. M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (difficultés de l'extraction).

Samedi 1er juillet, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). M. Devraigne, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Lundi 3 juillet, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. M. Devraigne, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Mardi 4 juillet, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. M. Devraigne, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 JUIN AU 1er JUILLET 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Mardi 27 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Jeudi 29 juin, à une heure. — 4e.

Vendredi 30 juin, à une heure. — 3e (oral, 2e partie).

Samedi 1er juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

THÈSES

Mercredi 28 juin, à une heure. — Mme von Bergmann-Rosoff. Les réactions cutanées diathésiques chez le nourrisson. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. Le Golvan. Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires. Statistique de la Clinique Baudelocque de 1898 à 1910. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. Deschamps. Dépopulation de la France. Mortalité infantine, ignorance et misère. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. Lévêque. Kystes sanguins mésentériques et rédio-péritonéaux. (MM. Segond, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. Mélamet. Des survies prolongées apres la gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse du pylore. (MM. Delbet, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. de Guemper de Lanascol. Contribution à l'étude des modifications du lait dans l'engorgement lacté chez la nourrice. (MM. Pouchet, président; Marfan, Richaud et Marcel Labbé.) — M. Ledermann. Contribution à l'étude de la néphrite rhumatismale. (MM. Marfan, président; Pouchet, Richaud et Marcel Labbé.)

Jeudi 29 juin, à une heure. — M. Birotheau. Étude clinique et graphique du pouls lent par dissociation auriculo-ventriculaire. (MM. Debove, président; Chauffard, Widal et Rathery.) — M. Laroche. Fixation des poisons avec le système nerveux. (MM. Chauffard, président; Debove, Widal et Rathery.) — M. Ronceray. Néphrites et viscosité urinaire. (MM. Widal, président; Debove, Chauffard et Rathery.) — M. Hanras. La rupture des pyo-salpinx. (MM. Pozzi, président; Bar, Demelin et Okinczyc.) — M. Desnoues. Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci ? (MM. Bar, président; Pozzi, Demelin et Okinczyc.) — M. Metzger. Les métastases ovariques des cancers digestifs. (MM. Bar, président; Pozzi, Demelin et Okinczyc.) — M. Chenet. De l'ophtalmie métastatique. (MM. de Lapersonne, président; Prenant, Retterer et Terrien.) — M. Champy. Recherches sur l'absorption intestinale. (MM. Prenant, président; de Lapersonne, Retterer et Terrien.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Névralgie faciale « essentielle » et son traitement par les injections locales neurolytiques (*Consultations médicales françaises*, fascicule XXVI), par le docteur J.-A. Sicard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Indications et contre-indications du climat méditerranéen dans la tuberculose pulmonaire (rapport présenté à la Société médicale du littoral méditerranéen). — Une brochure in-8°. — Nice, Imprimerie Victor Barès, 3, rue de la Terrasse.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 69. — MARDI 20 JUIN 1911. 84e ANNÉE. MARDI 20 JUIN 1911. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juin. — MM. Boidin, 19; Comte, 19 1/2; Léri, 18.

Prochaine séance (épreuve clinique), mercredi 21 juin, à huit heures et demie du matin, à Beaujon.

Sont admis à subir l'épreuve clinique :

MM. Comte, Laubry, Pagniez, Ribadeau-Dumas, Grenet, Boidin, Armand-Delille, Weill, Louste, Trémolières, Chiray, Géraudel, Camus, Lortat-Jacob, Babonneix, Crouzon, Lemierre, Ramond.

— Concours de chirurgien dentiste des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 16 juin. — Question donnée : « Modes d'anesthésie locale pour l'extraction des dents. »

MM. Coustaing, 14; Schaefer, 16; Lemerle, 19; Réal, 18; Vaysse, 17; Guilly, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours de l'internat.* — Questions données :

Anatomie et physiologie : « Le rectum. Rapports et fonctions. »

Pathologie interne : « Gangrène pulmonaire. »

HOPITAL CIVIL D'ORAN. — Un concours sera ouvert à Alger, le 4 décembre 1911, en vue de la nomination du chef du service de radiologie et d'étectrologie de l'hôpital d'Oran.

Pour tous renseignements, s'adresser à la préfecture du département ou au gouvernement général (direction de l'intérieur).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale infantile s'est terminé par la nomination de M. le docteur R. Dupérié.

— Bordeaux. — La chaire de physiologie est déclarée vacante (à partir du 1er juin).

— Montpellier. — La chaire de thérapeutique et matière médicale est déclarée vacante (à partir du 1er juin).

FACULTÉ DES SCIENCES. — M. Marage, docteur en médecine et docteur ès sciences, est nommé, à la Sorbonne, chargé du cours de physiologie de la parole. Cette nouvelle chaire est rattachée à l'Institut de phonétique qui sera installé dans les locaux occupés actuellement par la chimie.

M. Marage faisait depuis huit ans, à la Faculté des sciences, un cours libre de physique biologique sur la phonation et l'audition.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est constitué, auprès du ministre de l'intérieur, un comité technique de l'éclairage naturel et artificiel chargé notamment :

1° D'étudier, en se plaçant au point de vue de l'hygiène oculaire et de l'hygiène générale, les divers modes d'éclairage artificiel actuellement en usage;

2° De déterminer la composition et la qualité hygiénique des différentes lumières artificielles et, pour les lumières par combustion, les gaz nuisibles et la chaleur développée;

3° De fixer la quantité minima de lumière artificielle compatible avec le fonctionnement normal de l'organe de la vision;

4° De rechercher les moyens les plus pratiques de mesurer l'intensité lumineuse;

5° D'établir les règles d'application les meilleures, pour chaque catégorie des principaux milieux de travail, des modes d'éclairage artificiel actuellement usités;

6° De présenter au ministre un rapport sur les rapports de la myopie et de la cécité et sur les moyens les plus propres à prévenir les causes de la myopie.

Ce comité est composé de MM. les docteurs Gariel, vice-président du conseil supérieur d'hygiène publique de France, ingénieur en chef des ponts et chaussées, membre de l'Aca-

démie de médecine, professeur de physique à la Faculté de médecine, président; Broca, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine; Chevallereau, médecin en chef des Quinze-Vingts; Cosse, oculiste en chef des hôpitaux de Tours, secrétaire général du syndicat des oculistes français; MM. Delage, chef de laboratoire de la Société française d'incandescence par le gaz; Lamiraud, inspecteur de l'Académie de Paris; les docteurs Morax, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris; Motais, professeur de clinique ophtalmologique, membre correspondant de l'Académie de médecine, président du syndicat général des oculistes français; MM. Seguin, ingénieur des arts et manufactures, inspecteur départemental du travail; de Tavernier, ingénieur en chef des ponts et chaussées, directeur de la compagnie électrique du secteur de la rive gauche.

Le comité doit présenter au ministre de l'intérieur, tous les trois mois, un exposé succint de ses travaux, et à la fin de l'année son rapport définitif et ses conclusions.

— Le docteur Monod (Emile-Jean-Théodore) est nommé inspecteur général adjoint des services administratifs au ministère de l'intérieur.

UN CONGRÈS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL A MARSEILLE. — Un comité d'initiative vient de se créer, à Marseille, pour l'organisation d'un congrès des accidents du travail. Ce congrès fonctionnera d'après un plan entièrement nouveau : il s'efforcera de réunir, en des assises purement nationales, les représentants des ouvriers et ceux des compagnies d'assurances ou patrons s'assurant eux-mêmes. Des magistrats et des médecins les assisteront. Ainsi, les diverses questions concernant les intérêts corporatifs des patrons et des ouvriers pourront être examinées et discutées devant un public qui réunira toutes les compétences. Le comité d'initiative, qui a déjà tenu des réunions intéressantes, a fait appel aux organisations patronales et ouvrières. Il se compose actuellement de MM. Giraud, premier président à Aix; Chanson, président du tribunal civil de Marseille; Brousse, procureur de la République à Marseille; Camatte et Rabaud, vice-présidents au tribunal; Marcy, juge; Brunet, juge de paix; les docteurs Léon Dubert, Oddo, Dufour, Chavernac, Vial; de MM. Buoc, avocat; Vidal-Naquet, avoué; Berry et Degage, assureurs, et de MM. Pons, Gay et Rouzoul, délégués de l'union des syndicats ouvriers (bourse du travail).

ASSOCIATION FRANÇAISE D'HYGIÈNE DENTAIRE. — L'association française d'hygiène dentaire, récemment fondée, a élu son bureau de la façon suivante :

Président : M. Jean (Francis), président de la Fédération dentaire nationale, professeur de l'école dentaire de Paris;

Vice-présidents : M. le docteur Siffre, directeur de l'école odontotechnique de Paris; M. Grimaud, professeur à l'école odontotechnique; Mme Perseil, directrice de l'école normale de Melun; M. Richard;

Secrétaire général technique : M. Pailliottin, professeur suppléant à l'école dentaire de Paris;

Secrétaire général administratif : M. A. Harrent;

Trésorier : M. Richaume, chef des travaux pratiques à l'école odontotechnique;

Secrétaire des séances : M. R. Kern, chef de clinique à l'école ondototechnique.

Membres du conseil d'administration :

Professionnels : MM. André (Georges), le docteur Bonin (de Dijon), le docteur Coeylas, Fabret (de Nice), Jordanis, Robine; non professionnels : M. Antoine, Mme Claudon, MM. Dufour, Gonin, Leclabant, Le Page, Lévy (Lucien), Périlhon, Quillet.

Les adhésions doivent être adressées à M. A. Harrent, secrétaire général administratif, 3, rue Cavalotti, Paris.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, chargé du cours de clinique annexe, fera à partir du mardi 4 juillet, à neuf heures et demie, une série de dix leçons sur des sujets d'actualité chirurgicale, les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Consultations pour les maladies des os et des articulations, le lundi et le vendredi. Consultation de gynécologie, le mercredi et le samedi. Opération tous les jours à dix heures et demie.

HOPITAL DE LA PITIÉ (NOUVELLE PITIÉ). — M. le docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, fera, avec l'assistance de son interne et de ses anciens internes, deux séries de leçons :

1° Une série de douze leçons, du 15 au 30 janvier 1912, sur la séméiologie et la thérapeutique pratiques des affections du cœur et des vaisseaux avec exercices et démonstrations. Le nombre des auditeurs sera limité. Le programme détaillé sera publié ultérieurement. S'inscrire auprès de l'interne du service ou par correspondance. (Le prix de la série de leçons sera de 30 francs.)

2° Des leçons hebdomadaires, à partir de la deuxième quinzaine de novembre 1911, sur les affections cardio-vasculaires, en insistant sur les acquisitions récentes. Le programme sera publié au commencement de chaque mois.

HOPITAL BEAUJON. — M. le docteur Dominici fera, dans le service du docteur Tuffier à l'hôpital Beaujon, le jeudi 22 juin, à neuf heures et demie, une conférence sur « le processus histologique de développement du cancer du sein ».

UN JUGEMENT INTÉRESSANT CONCERNANT LES TAXIMÈTRES AUTOMOBILES. — Un jugement rendu le 8 février 1911 par M. Le Noir de Tourteauville, juge de paix du XVIIe arrondissement de Paris, en matière de taxi-auto, mérite d'être signalé.

Lorsque vous prenez un taxi-auto, le chauffeur baisse au départ son drapeau. Immédiatement apparaît au compteur la somme de 0 fr. 75. Mais tout d'un coup, à peine à 200 mètres du départ, la voiture s'arrête : une panne de moteur, qui est un événement fortuit, l'oblige à ne pas repartir. Dans ce cas, le voyageur doit-il les 0 fr. 75? Non, a répondu le magistrat : « L'arrêté préfectoral du 9 août 1904, applicable aux voitures automobiles circulant dans le département de la Seine, d'après lequel toute fraction commencée est due, ne s'applique qu'au cas où le locateur de transports exécute intégralement son engagement. Lorsque le chauffeur est mis par un événement fortuit ou de force majeure dans l'impossibilité de remplir, dans les délais normaux, les obligations du contrat de transport intervenu entre les parties, il ne peut équitablement exiger du voyageur que le prix des fractions de parcours entièrement accomplies, c'est-à-dire le chiffre indiqué par le taximètre, déduction faite du prix de la fraction de parcours non encore achevée. » Or dans l'espèce actuelle aucune fraction de parcours n'ayant été franchie au moment de la panne du moteur, le chauffeur ne peut réclamer les 75 centimes marqués au compteur par l'effet même de sa mise en marche.

R.-M. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ferrier, à Saint-Médard-en-Jalles; Cottu, interne à l'asile de Ville-Evrard, et Joseph Odin (de Lyon).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 18e édition (1911). — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Annuaire et guide pratique d'hygiène, par un Comité d'hygiénistes, sous la direction du docteur P. Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté de médecine (1909) et de l'Académie de médecine (1910). — 1 vol. in-8°, cartonné de 488 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Jouve et Cie.

De la névralgie intercostale. Etude des symptômes accusés par les malades, par le docteur W. Janowski, professeur agrégé de l'Académie militaire médicale de Saint-Pétersbourg, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie. Monographie n° 62 de l'œuvre médico-chirurgical. — 1 brochure grand in-8°, de 28 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

PROCÉDÉS DE RECHERCHE

DE LA

RÉSISTANCE A LA FATIGUE CHEZ L'ENFANT

RAPPORTS DE CE PHÉNOMÈNE AVEC L'ÉVOLUTION DE L'ÊTRE ESSAI DE VALEUR PRONOSTIQUE

Par André COLLIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Si on examine des enfants de un an et demi à six ans et qu'on obtienne d'eux qu'ils placent les bras dans la position dite du bras tendu, ou en avant du tronc dans la position de l'extase, on remarquera, suivant l'âge, deux façons différentes de se comporter (1) [fig. 1 et 2].



Fig. 1.

Les uns restent dans la position donnée sans mouvement, sans tremblement même, les bras, les avant-bras gardent une immobilité de statue. La figure est tantôt indifférente, tantôt gaie, enjouée; ils suivent avec intérêt ce qu'on fait pour les amuser,



Fig. 2.

ils rient en voyant agiter un hochet, souvent même ils restent encore dans cette position quand on s'éloigne d'eux. Comme nous l'avons dit à la Société de psychiatrie (2), les enfants de ce groupe peuvent rester dans cette immobilité sans aucune fatigue apparente pendant vingt, vingt-cinq, trente-cinq, quarante-cinq minutes même et il est toujours loisible à l'expérimentateur, en donnant à cet exercice un caractère aussi attrayant que possible, d'interrompre, de reprendre ou de prolonger l'expérience sans faire naître de mauvaise humeur et sans rencontrer d'opposition chez l'enfant qui semble ne garder aucun souvenir du travail déjà fourni.

Les autres, au contraire, gardent difficilement la position donnée : au bout de une, deux minutes au plus, des mouvements, de l'agitation, du tremblement des doigts, de l'ennui, de la fatigue évidente marquée sur le visage, montrent qu'il y a un effort et que celui-ci est péniblement supporté. Semble-t-on ne pas faire attention à eux un instant, ils en profitent vite pour prendre une position plus commode. Met-on fin à l'expérience, ils poussent un soupir de soulagement qui exprime éloquemment leur satisfaction d'en avoir terminé.

La résistance à la fatigue peut être constatée plus brièvement et aussi utilement par un autre procédé que par celui de la longueur de l'expérience : nous avons remarqué que ceux des enfants qui résistent à la fatigue en statue semblent si peu désireux de voir changer un état de choses qui ne leur pèse point que, lorsqu'on abaisse l'un des bras avec la main sans rien dire, l'autre reste dans la position primitive; *il semble que l'enfant ait oublié que son bras est en l'air*. Inversement, les enfants du second groupe au même signal se hâtent de laisser tomber l'autre bras, si courte qu'ait été la durée de l'expérience.

Aussi bien, en tenant compte des différences de caractères, des difficultés créées par l'entourage, de l'instabilité normale des enfants, avons-nous généralement prolongé peu de temps l'expérience et, après avoir mis l'enfant les bras tendus, nous sommes-nous contenté d'en abaisser un : le signe qui nous était alors fourni par la position de l'autre traduisait à nos yeux fort exactement la possibilité ou non de résister à la fatigue.

Les deux procédés que nous venons d'exposer : longueur de l'expérience et signe du bras, nous ont permis, comme nous l'avons dit au début, de classer les enfants en deux groupes : l'âge seul fait la différence. De dix-huit mois à deux ans et demi environ, tous les enfants appartiennent au premier groupe : ils résistent bien, ils laissent un bras en l'air lorsqu'on abaisse l'autre; de trois à six ans ils résistent mal, ils abaissent les deux bras. Pourquoi disons-nous de un an et demi à six ans? Au-dessus de six ans, dans les expériences que nous avons pu faire en série à l'Ecole alsacienne grâce à l'amabilité des directeurs, nous avons constaté que trop de facteurs différents entrent en ligne de compte et que le désir de bien faire, l'entraînement sportif ou la loi du moindre effort sont des conditions qui modifient trop la spontanéité de la réaction enfantine. Les résultats ont été différents à la récréation et à la classe de gymnastique, où les enfants croyaient avoir à faire un exercice bien réglé, et sur les 75 enfants des trois classes de dixième, neuvième et huitième que nous avons examinés, nous avons

(1) Il importe de gagner la confiance de l'enfant, de placer doucement les bras dans la position qu'on désire leur donner et d'éviter toute parole explicative. On pourra faire fermer les yeux pour voir si de ce chef il n'y a pas de modification dans l'attitude. Il ne faudra pas répéter inutilement l'expérience afin de se mettre en garde contre la possibilité d'éducation de l'enfant.

(2) Présentation de trois enfants résistant à la fatigue, *Encéphale*, mars 1911.

tout juste pu constater que, seule, la personnalité de chacun s'affirmait.

Au-dessous de dix-huit mois, chacun sait qu'il est impossible d'obtenir une obéissance ou une attention suffisantes pour que les enfants se prêtent à l'expérience; mais tout nous porte à croire, étant donné l'habitus général des nourrissons que, seule, l'instabilité physiologique nous a empêché de constater le fait chez eux, et que les enfants de dix mois, étant donnée la position dans laquelle ils gardent leurs jouets, l'immobilité de leurs mains quand ils désignent un objet qui les intéresse, seraient capables de conserver longtemps telle attitude s'il était possible de vaincre cette instabilité.

Nous avons donc borné nos études aux enfants de dix-huit mois à six ans, et nous avons recherché chez eux le signe de Babinski, l'état des réflexes tendineux et les modifications électriques après le travail musculaire. Grâce à l'obligeance de M. Delherm qui a bien voulu faire l'examen électrique de 3 enfants que nous lui avons conduits, il résulte que les modifications faradiques et galvaniques après dix minutes de maintien du bras en l'air sont pratiquement nulles. Nous n'avons pas recherché les modifications des urines à cause de la difficulté de se procurer des urines d'enfants avant et après l'expérience et, parce que, si nous avions attendu une miction quelconque, les causes d'erreur, inévitables chez des enfants non alités qui se dépensent et qui jouent, auraient ôté toute précision à ces constatations.

Nous allons donner le résultat de nos recherches sous forme de tableaux et l'on pourra se rendre compte que, plus tôt ou plus tard, mais en moyenne vers deux ans huit mois, les enfants s'écartent du « type nourrisson ». Le syndrome de la réflectivité enfantine (1) se démembre progressivement : tantôt le réflexe plantaire se fait en flexion alors que les réflexes rotuliens restent forts, tantôt les réflexes sont atténués tandis que le Babinski est encore positif. Tantôt enfin un membre peut donner le syndrome de la réflectivité enfantine alors que l'autre membre réagit comme celui d'un adulte.

Parallèlement à ces faits connus, la résistance à la fatigue diminue. Cette résistance moindre est mise en évidence par le fait qu'ils baissent progressivement le bras resté en l'air ou qu'ils affirment le développement plus précoce d'un côté en abaissant les deux bras si l'impulsion par hasard est donnée à droite, alors qu'ils n'en abaissent qu'un si l'impulsion est donnée à gauche, les résultats obtenus ne nous permettant pas, jusqu'à présent, de pouvoir affirmer qu'il y ait une précocité normale du développement d'un côté sur l'autre.

De plus, il semble résulter de ces tableaux, que la résistance à la fatigue soit le signe qui persiste le plus longtemps : les 4 enfants chez lesquels nous avons trouvé cette résistance en voie de disparition (baissant tantôt un bras, tantôt les deux, suivant que l'impulsion était donnée d'un côté ou de l'autre) avaient déjà le Babinski en flexion et des réflexes d'adultes ; d'autre part, sur les 31 enfants qui vis-à-vis de la fatigue se sont comportés en adultes, un seul avait encore le Babinski en extension, tous avaient des réflexes faibles.

(1) Dupré et Merklen. La débilité motrice. *XIXe Congrès des aliénistes et neurologistes*, Nantes, 8 août 1909.

I. Enfants du premier groupe (de 17 mois a 2 ans 1/2 ayant la résistance physiologique a la fatigue).

Première classe. — La résistance à la fatigue et les signes de la débilité motrice (exagération des réflexes et signe de Babinski) coexistent.

N... (Paul)	2 ans 6 mois	(présenté à la Société de psychiatrie).
B... (Gabriel)	2 ans 6 mois	(présenté à la Société de psychiatrie).
B... (Pauline)	2 ans 9 mois	(présenté à la Société de psychiatrie).
K... (Alphonse)	2 ans 8 mois	(syndactylie).
G... (Fernande)	2 ans.	
A... (Raymonde)	2 ans 6 mois.	
H... (Louise)	1 an 8 mois.	
B... (René)	2 ans 6 mois.	
G... (Marcel)	1 an 6 mois.	
G... (Raymond)	1 an 9 mois.	
M... (Henri)	2 ans.	
B... (Pierre)	2 ans 5 mois.	
C... (Raymonde)	1 an 11 mois.	
P... (Jeanne)	7 ans	(intelligente, somnambulisme).

Deuxième classe. — Le réflexe de Babinski passe par une phase de transition (il se modifie, soit des deux côtés à la fois, soit d'un côté seulement d'abord).

P... (Lucien)	2 ans 9 mois	(double flexion, tic, roule sa tête sur l'oreiller).
L... (Emilie)	3 ans 4 mois	(flexion gauche).
K... (Léontine)	4 ans 5 mois	(flexion droite).
B... (Marcelle)	4 ans 1 mois	(flexion droite).
L... (Marie)	2 ans 8 mois	(flexion droite, indifférent à gauche).
C... (Ernest)	2 ans	(flexion gauche).
H... (Gabriel)	2 ans 5 mois	(flexion droite).
L... (André)	2 ans 6 mois	(flexion droite).

Troisième classe. — Les réflexes rotuliens perdent leur vivacité.

L... (Marguerite)	3 ans	(rachitisme).
D... (Georges)	1 an 10 mois.	
B... (Albert)	3 ans 7 mois.	
G... (Marcel)	2 ans 5 mois.	
M... (André)	3 ans.	
B... (Jeanne)	2 ans 6 mois.	
O... (Henri)	2 ans 8 mois.	
C... (René)	2 ans 4 mois.	
P... (Louis)	2 ans 1 mois.	

Quatrième classe. — Le signe de Babinski a disparu, les réflexes sont atténués, il ne reste, du syndrome qui caractérise le premier groupe, que la résistance à la fatigue.

D... (Georges)	2 ans.	
L... (Andrée)	2 ans 4 mois.	
P... (Marcel)	4 ans 1 mois	(rachitisme).
B... (Flora)	3 ans 9 mois	(rachitisme).
R... (Germaine)	3 ans 8 mois.	
G... (Ernest)	2 ans 6 mois.	
B... (Paul)	2 ans 10 mois.	
V... (Mathilde)	3 ans.	
B... (Eugénie)	2 ans 7 mois.	

II. Enfants du deuxième groupe (de 2 ans 8 mois a 6 ans n'ayant plus la résistance a la fatigue).

Première classe. — Le syndrome de la débilité motrice et la résistance à la fatigue ont disparu (l'enfant réagit comme un adulte).

C... (Maurice)...	3 a. 5 m.	B... (Amélie)....	3 a. 5 m.
A... (Germaine).	2 a. 9 m.	T... (Maurice)...	3 a. 3 m.
L... (Marie).....	6 ans.	F... (Hélène)....	2 a. 9 m.
S... (Suzanne)...	4 a. 3 m.	R... (Clara).....	2 a. 10 m.
D... (Lucien)....	4 a. 10 m.	A... (Emile).....	3 a. 8 m.
S... (Robert)....	3 a. 10 m.	B... (Louis).....	4 a. 2 m.
B... (Marcelle)..	3 a. 11 m.	M... (Charlotte).	3 a. 7 m.
M... (Jeanne)....	3 a. 6 m.	O... (Marie).....	3 a. 2 m.
S... (Marie).....	3 a. 4 m.	C... (Alfred)....	5 a. 1 m.
C... (Jérome)...	2 ans.	L... (Marthe)....	3 ans.
G... (Edouard)..	4 a. 6 m.	P... (Gaston)...	2 a. 11 m.
H... (Pierre)....	3 a. 6 m.	S... (Christine)..	3 a. 3 m.
T... (Henri).....	3 a. 5 m.	B... (Maurice)...	3 a. 7 m.
P... (Gabriel)...	4 a. 6 m.	M... (Jeanne)....	4 a. 2 m.
L... (Charlotte)..	3 a. 1 m.	C... (Marie).....	3 ans.

Deuxième classe. — Le signe de Babinski reste seul du type infantile.

P... (Roger)...... 3 ans 3 mois (double extension).

Troisième classe. — L'exagération des réflexes reste seule du type infantile.

Pas d'exemple.

Quatrième classe. — Le signe de Babinski est encore positif, les réflexes restent forts, la résistance à la fatigue a seule disparu.

Pas d'exemple.

Nous n'avons trouvé aucun cas répondant à ces deux dernières classes, et sur 31 enfants, ne résistant plus à la fatigue, nous n'en avons trouvé qu'un répondant à la deuxième classe, c'est-à-dire ayant encore le signe de Babinski. Il semble donc bien que la résistance à la fatigue soit le symptôme qui disparaisse le dernier de tous les signes qui caractérisent le type infantile.

III. Après avoir vu se modifier progressivement les réflexes et le signe de Babinski, nous avons assisté à la phase de transition de la résistance à la fatigue dans 4 cas. Chez ces 4 enfants, ce signe en voie de disparition était le seul qui subsistât encore.

B... (Emile)...... 2 ans 6 mois (abaisse le bras gauche quand l'impulsion est donnée à droite, pas l'inverse).
B... (Henri)...... 3 ans 2 mois (abaisse le bras gauche quand l'impulsion est donnée à droite, pas l'inverse).
L... (Henri)...... 2 ans 9 mois (abaisse le bras droit quand l'impulsion est donnée à gauche, pas l'inverse).
M... (André)...... 2 ans 5 mois (abaisse lentement le bras resté en l'air, quel que soit le côté, résiste quelques minutes seulement).

Etant données ces tables de présence et d'absence, étant donnée la constance des signes qui les accompagnent et que les auteurs ont justement interprétés comme signes de débilité physiologique motrice du premier âge, nous sommes en droit de conclure que cette résistance à la fatigue, cet oubli d'un membre dans une position fatigante, sont dans les cas ordinaires fonctions de l'âge. Cette manière d'être appartient bien aux enfants qui donnent d'autres signes d'insuffisance physiologique du développement du système nerveux ; elle cesse normalement un peu avant la troisième année, elle est impossible à reproduire jusqu'à la sixième année, au delà elle dépend de la résistance sportive du sujet, de sa volonté; mais il faut avoir affaire à des athlètes professionnels pour que la position donnée soit gardée avec la belle résistance enfantine, encore restent-ils moins longtemps.

Après avoir fait cet examen chez les enfants normaux, nous avons étendu les recherches aux enfants épileptiques, imbéciles, idiots et aux simples arriérés; la bienveillance de notre maître le docteur Chaslin nous a permis de faire ces examens dans son beau service de la Salpêtrière.

Vingt idiots, quel que soit leur âge, quelle que soit la gravité de leur état, n'ont pu laisser de doute sur la façon dont ils se comportent. Après nous être assurés qu'ils avaient bien compris ce qu'on leur demandait, nous avons pu voir qu'ils étaient absolument incapables de résister à la fatigue; ils sont restés quelques secondes les bras en l'air, baissait-on un bras, ils laissaient lourdement tomber l'autre.

Les imbéciles ont réagi de la même façon. Les épileptiques suivant leur intelligence se sont comportés en adultes, tantôt désireux de faire montre de leur force, tantôt obéissant à la loi du moindre effort.

Les enfants arriérés se sont comportés d'une façon différente : il nous a semblé que, chez eux, la résistance à la fatigue était parallèle à leur faculté de faire quelques progrès scolaires. Tout se passe comme si le développement incomplet de leur système nerveux pouvait permettre dans certains cas de conserver un léger espoir d'amélioration à mesure que leur axe cérébro-spinal pouvait encore acquérir quelque développement (1). C'est ainsi que nous avons vu des enfants arriérés commençant à lire, écrire ou compter à dix ou douze ans, en progrès manifeste sur les années précédentes au dire de leurs professeurs, se comporter vis-à-vis de la fatigue comme des enfants de deux ans.

Le professeur Bernheim et M. Arnaud ont rappelé, lors de notre présentation à la Société de psychiatrie, que les états de résistance à la fatigue, analogues à ceux des enfants de deux ans, pouvaient se rencontrer chez certains déments, notamment chez les déments précoces et les paralytiques généraux dénotant un profond état de déchéance. Meige a mis en évidence chez des sujets moins gravement atteints l'inaptitude au relâchement musculaire par le « phénomène de la chute des bras » (2).

Il est intéressant de constater une fois de plus combien les symptômes d'insuffisance et de déchéance sont semblables et de mettre ce signe de résistance à la fatigue parmi les signes communs à l'involution et à l'évolution. C'est, jusqu'à présent, dans notre étude de tous ces cas, l'interprétation qui paraît le mieux donner l'explication du fait constaté, et nous dirons qu'étant données, d'une part, sa constance chez les enfants au-dessous de deux ans et demi, d'autre part, la possibilité de le retrouver chez des adultes profondément et définitivement atteints de démence, le fait qu'il n'existe pas chez les insuffisants cérébraux dont le système nerveux, encore que mal formé, est complètement formé et ne subit pas de processus démentiel, nous croyons pouvoir le considérer comme un signe d'évolution et d'involution.

(1) Le professeur Châtin dans son cours (Sorbonne, 17 décembre 1909) insiste justement sur le fait que la division de la cellule nerveuse n'a jamais été observée et que l'on naît et l'on meurt avec la même cellule susceptible seulement de se développer.

(2) MEIGE. Phénomène de la chute des bras. *Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, Bruxelles 1903, vol. II, p. 59.

Si le développement incomplet d'une part, la destruction de certains points du système nerveux central d'autre part, offrent des symptômes communs, l'anesthésie générale, en portant sur le cerveau seul d'abord dont elle réalise l'isolement physiologique, doit reproduire ces mêmes phénomènes. Nous savons en effet que, d'après son degré, l'anesthésie modifie l'état des réflexes selon des lois définies par van Gehuchten, et pendant la période que Richet appelle « anesthésie avec réflexes, alors que le psychisme, la motricité volontaire et les réflexes cutanés sont seuls abolis, le cortex paraissant ainsi seul anesthésié, les réflexes tendineux deviennent pareils à ceux des enfants, ils s'exagèrent au point que Mary Mercier (1), dans sa thèse, a pu trouver 88 fois sur 90 la trépidation épileptoïde dans l'anesthésie à l'éther. Lenoble avait le premier signalé l'intérêt de cette recherche (2). Ces considérations nous avaient amené à penser que la trépidation épileptoïde pouvait exister chez l'enfant, mais cette hypothèse n'a pas été confirmée par nos recherches. La pathogénie du phénomène doit être différente, car nos conclusions sont absolument d'accord avec celles d'Eulenbourg (3) qui, sur 200 enfants, n'a eu aucun résultat positif. Il n'en reste pas moins que l'anesthésie, en portant son effet successivement sur tel ou tel point du système nerveux, réalise nettement ces dissociations que nous avons vues reproduites par l'insuffisance et par la déchéance et montre une fois de plus combien est complexe le jeu harmonique de toutes les fonctions de l'individu adulte et sain.

Ces états spéciaux aux enfants et aux déments ont été reproduits dans le groupe si mal défini des hystériques. Babinski a donné à ce terme des limites plus précises qui facilitent l'étude et l'éclairent d'un jour nouveau. Ces individus, qui pour tant de choses se rapprochent du type infantile, n'affirment-ils point ici encore leur parenté étroite avec les enfants insuffisamment développés et ne serait-il point possible de pousser un peu plus loin la comparaison de ces deux états ; nous essaierons prochainement de le faire. Qu'il nous suffise seulement de dire ici que nous avons rencontré jusqu'à présent dans les services hospitaliers 4 enfants de quatre à neuf ans, 3 filles et 1 garçon représentant le type infantile parfait au point de vue de la résistance à la fatigue : parmi les 3 filles, l'une était déjà grande mythomane, l'autre affligée d'une lourde hérédité nerveuse, la troisième était atteinte de tics multiples. Quant au jeune garçon, il urinait encore au lit à quatre ans, il était sujet à de grandes colères et les infirmières dans leur langage expressif l'appelaient « le maboul ».

Les deux façons différentes de se comporter marquent des limites dans l'évolution de l'enfant normal. Les étapes de la vie du nourrisson et de l'enfant ont déjà été signalées par les auteurs : Dupré et Merklen (1) constatent (page 4) l'insuffisance normale du développement du cerveau moteur avec ses dépendances pendant la première enfance où le nourrisson représente un débile mental et moteur physiologique. La débilité motrice se traduit précisément par l'hypertonie, les troubles des réflexes, la syncinésie, l'énurésie, qu'il nous soit permis d'ajouter : la résistance à la fatigue. Pierre Marie (2) insiste bien sur l'habitus musculaire spécial du nourrisson au point que l'on pourrait dire que tout enfant « est, par suite du défaut de développement de son faisceau pyramidal, *en puissance de maladie de Little* ».

Ces symptômes devant bientôt cesser affirment donc l'individualité de l'âge. Kourschmann (3), dans une étude physiologique et clinique des mouvements associés et controlatéraux des hémiplégiques, distingue deux types de mouvements associés dans l'enfance : type infantile où le mouvement associé apparaît avec le premier mouvement volontaire, diminue par l'exercice, revient par la fatigue, témoin de bilatéralité primitive de l'impulsion par manque d'inhibition comme chez le nourrisson; type juvénile où le mouvement associé n'apparaît pas au premier mouvement volontaire, mais selon le degré de fatigue.

Citons encore les travaux de Hochsinger (4) sur la myotonie des nourrissons et sur le phénomène du poing que Dupré et Merklen (5) ont recherché et pour lequel ils trouvent de grandes variations individuelles.

Crocq dans son rapport au Congrès de Limoges montre bien que l'hypertonie congénitale ou acquise est en relation avec l'insuffisance ou la lésion des voies longues et la prédominance et la réintervention des voies courtes.

Ces étapes, marquées d'une façon si précise par l'histologie nerveuse, que la pathologie générale accuse encore (maladies spéciales à la première et à la deuxième année), semblent correspondre à des développements inégaux des différents appareils, voire même à des retards dans le développement de telle partie constituante de chacun de ces appareils.

Dans certains groupes de la série animale, l'évolution du système nerveux central et périphérique est parfaite à la naissance. Betcherew a montré que la marche immédiate des cobayes dès la naissance est due à une myélinisation complète du faisceau pyramidal. Chez l'homme, au huitième mois de la grossesse, le faisceau pyramidal n'est pas myélinisé au niveau de la huitième cervicale (6). Van Gehuchten admet que la myélinisation complète ne se fait que cinq mois après la naissance (7).

Si le rôle joué par le faisceau pyramidal physiolo-

(1) M. Mercier. *De la trépidation épileptoïde dans l'anesthésie.* Th. de Lyon, 1906.

(2) Lenoble. Le nystagmus et la trépidation épileptoïde considérés comme syndrome clinique traduisant la marche des anesthésies à travers l'axe encéphalo-médullaire. *Archives générales de médecine*, septembre 1896.

(3) Eulenbourg. *Kindern Deutsche Zeitschrifft.*

(1) Dupré et Merklen. Loc. cit.

(2) Pierre Marie. Tabes dorsal spasmodique, maladie de Little. *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, t. IX.

(3) Kourschmann. *Nervenheilkunde Zeitschrifft*, 1907.

(4) Hochsinger. *Die myotonie der Saülglinge und deren Beziehmgen zur Tetanie*, Wien 1900.

(5) Loc. cit.

(6) Coupes de Mme Déjerine. *In* Dupré et Merklen. Loc. cit.

(7) Van Gehuchten. Faisceau pyramidal et maladie de Little. *Journ. de neurol. de Bruxelles*, 1896, no 13, p. 266.

giquement insuffisant paraît démontré, comme pour la débilité motrice en général (Dupré et Merklen, *Loc. cit.*, p. 20), il faut se demander quelle est la part de l'insuffisance cérébelleuse dans le phénomène qui nous occupe. Nous ne connaissons pas de document précis sur l'âge auquel le cervelet de l'enfant peut être considéré comme définitivement développé, aussi bien ne pouvons-nous que comparer les états d'insuffisance physiologique du nourrisson avec les symptômes qui ont été justement considérés comme traduisant un état de lésion du cervelet. Depuis les travaux de Flourens d'abord, puis, plus tard, de Bouillaud (1), qui pensèrent les premiers que le cervelet avait pour fonction de présider à l'association des divers actes de la locomotion et de la station, les auteurs accumulèrent les recherches et Babinski (2), d'une façon magistrale, relève 4 phénomènes nouveaux dus, incontestablement, à une lésion de l'appareil cérébelleux : les mouvements démesurés, l'asynergie, l'adiadococynésie, la catalepsie cérébelleuse. A quelques variantes près les enfants présentent ces troubles : il leur est impossible de faire des mouvements successifs volitionnels et dans 3 cas nous avons pu obtenir d'eux qu'ils restent quelques instants dans une position des membres inférieurs voisine de celle de la catalepsie cérébelleuse (fig. 3).



Fig. 3.

En troisième lieu, enfin, il est bien admis que, tout au moins les fonctions nerveuses ne sont pas complètement établies, mais sont-elles uniquement en cause dans le cas qui nous occupe?

Richet, dans l'article « fatigue » du *Dictionnaire de physiologie*, dit que le siège de la fatigue périphérique est situé dans les terminaisons nerveuses intramusculaires. Il cite Mosso qui dit que l'on doit transporter, à la périphérie et dans les muscles, certains phénomènes que l'on croyait d'origine centrale.

Etant donné que, suivant l'état actuel des connaissances, un très grand nombre de facteurs semblent entrer en jeu pour la production du phénomène qui nous intéresse, nous avons voulu, en restant esclave du fait, conserver ce terme imprécis « résistance à la fatigue ». Il nous semble que l'on est bien en droit d'éliminer l'obéissance, la crainte, la suggestibilité,

(1) Bouillaud. *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XV.

(2) Babinski. Quelques documents relatifs à l'histoire des fonctions de l'appareil cérébelleux et de leurs perturbations, *Rev. mens. de méd. int. et de thérap.*, 15 mai 1909.

car, quelque malléables que puissent être les enfants, on sait que rien ne peut les empêcher de réagir contre une sensation pénible. Il y a donc lieu de supposer que la fatigue n'est pas ressentie. Or, nous connaissons dans la science deux états dans lesquels la fatigue n'est pas ressentie : la catatonie et la catalepsie.

La catatonie exige un habitus spécial de tout l'être : figure sans expression, jeux de physionomie incohérents et contradictoires (1), elle ne se trouve enfin qu'au milieu d'un important cortège de phénomènes.

La catalepsie, qui peut se retrouver dans différents états d'après les qualités que lui attribue Richet (2), a de nombreux points communs avec le phénomène en question. Cependant, bien que les auteurs reconnaissent qu'il puisse y avoir des catalepsies partielles et localisées sans participation de tout l'individu, il est de règle de n'observer la catalepsie que dans des états déterminés, chez certains prédisposés ; elle est enfin singulièrement facilitée par l'hypnose et il faut dans ce cas une intervention étrangère pour venir en aide à la volonté insuffisante du sujet : or, si l'on trouve indéniablement de nombreux points communs entre ces deux états, nous avons bien insisté sur le fait que la volonté du jeune enfant n'est point absente, qu'il est toujours facile de leur faire baisser le bras sur un ordre parlé et qu'ils sont tout prêts à se servir de la main restée en l'air pour atteindre leur poupée ou leur gobelet. Si donc, au point de vue de la physiologie du muscle, cet état observé chez l'enfant peut être exactement superposé aux états cataleptiques, les phénomènes à côté qui l'accompagnent ne nous permettent pas de les identifier et nous conserverons le terme de « résistance à la fatigue », qui possède à nos yeux le mérite d'étiqueter seulement un fait et de ne pas invoquer d'hypothèse. Quelles que soient les interprétations que chacun veuille donner, nous nous contenterons, d'après les expériences cliniques, de n'attribuer à ce fait qu'une valeur clinique, particulièrement une valeur pronostique.

Lorsque, chez un enfant de trois à six ans, le médecin est consulté pour de l'énurésie tardive, des gestes étranges (balancement du tronc, agitation de la tête sur l'oreiller), des habitudes particulières, des terreurs, des cris, et qu'il doit porter un pronostic soumis entièrement à la cause de ces phénomènes, il est important pour lui de constater si le système nerveux est complètement développé ou non.

Semble-t-il complètement développé? On est en droit de penser aux grandes maladies nerveuses de la première enfance, souvent masquées par une apparence de santé florissante et qui ne s'affirment que vers deux ou trois ans.

Semble-t-il incomplètement développé? On est en droit d'annoncer aux parents qu'il s'agit d'un retard de développement et que la croissance, encore que tardive, viendra faire évanouir ces symptômes dus à la prolongation inhabituelle du type infantile.

(1) Brissaud, Pinard et Reclus. *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*, t. II, p. 195.

(2) Richet. *Dictionnaire de physiologie*, art. Catalepsie.

Nous croyons donc pouvoir dire que la constatation de tous les signes de débilité motrice, en dehors des âges où ils doivent être normalement constatés, a dans ce cas une grande importance ; le signe dont nous venons de parler doit, à notre avis, toujours être recherché, car, d'après nos expériences, on peut le trouver encore alors que le Babinski est déjà en flexion et que les réflexes ont perdu de leur vivacité. Il n'en reste pas moins que, si les graves diagnostics d'idiotie et d'imbécillité doivent être écartés, ces enfants ont des raisons particulières d'hérédité pour être atteints d'un semblable retard et il y a toujours lieu de faire des réserves sur l'avenir de névropathes qui leur est réservé.

Nous avons vu, entre autres à l'hôpital Hérold, un enfant de quatre ans et demi que ses parents considéraient comme très en retard et que le personnel considérait comme idiot. Nous avons cherché chez lui la résistance à la fatigue : il se comportait comme un enfant de deux ans et demi. Nous avons demandé que l'on s'occupât de ce petit enfant délaissé, car, à notre avis, il y avait quelque espoir de lui voir faire de rapides progrès. Notre espoir n'a pas été déçu et six mois d'observation nous ont montré que cet enfant, encore que peu intelligent et arriéré, ne devait en aucune façon être traité comme un idiot.

Conclusions. — 1° Tous les enfants jusqu'à deux ans huit mois environ résistent d'une façon spéciale à la fatigue. Ceci peut être mis en évidence par la longueur de l'expérience du bras levé ou par le fait qu'ils ne baissent qu'un bras quand une impulsion unilatérale leur est donnée.

2° Ce fait doit être rattaché à tous les autres signes dits de débilité motrice physiologique. Il persiste plus longtemps.

3° Etant donné qu'il n'existe point chez l'idiot et chez l'imbécile, sa constatation peut rendre des services chez les enfants pour lesquels on pourrait craindre l'idiotie ou l'imbécillité, en montrant que leur système nerveux, retardé dans son évolution, n'est pas terminé et que beaucoup des symptômes constatés s'évanouiront tôt ou tard.

4° Mais inversement, il s'agit toujours de sujets à côté de la normale. La prolongation de ce signe permet de dépister précocement de futurs psychonévropathes.

ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE & TUBERCULOSE

Par M. André CHALIER (1).

Il y a deux ans, dans une discussion à la Société médicale, j'ai soutenu cette opinion que l'albuminurie orthostatique était souvent d'origine tuberculeuse et que beaucoup de sujets qui étaient atteints de cette maladie bizarre n'étaient pas des *prétuberculeux*, mais des *tuberculeux* en route.

Je m'appuyais alors, pour soutenir cette thèse, sur quelques observations personnelles, et sur les recherches qu'avait faites à ce propos, il y a quatre ans, un de mes anciens internes les plus distingués, le docteur A. Chalier.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

Je reçois aujourd'hui de lui la note que voici, et que je suis heureux de vous communiquer :

« J'ai essayé, il y a quatre ans (1), dit M. Chalier, d'établir, sur les conseils de M. Poncet, que, dans beaucoup de cas, l'albumine dite orthostatique présente des relations étroites avec la tuberculose et qu'elle peut être comme le signe avant-coureur de la tuberculinisation du sujet.

Tout récemment, deux auteurs allemands, H. Lüdke et J. Sturm (2), ignorant, semble-t-il, notre travail, ont publié un important mémoire qui vient à l'appui des arguments que nous avons fait valoir en 1907 et dont il nous paraît intéressant de résumer les grandes lignes.

Lüdke et Sturm ont fait porter leur étude sur 140 malades, dont la tuberculose, reconnue cliniquement, était contrôlée par l'examen des crachats et par la réaction à la tuberculine. Sur ce nombre, 60 étaient au premier degré de la phtisie, 50 au deuxième, 30 au troisième. Tous étaient apyrétiques et capables de se lever. Il est à noter, d'autre part, que, pendant toute la durée de leur séjour au lit, aucun n'avait présenté la moindre albuminurie. Tous ces malades furent soumis à une station debout, d'une heure exactement, de préférence entre onze heures et midi, et l'on examina plusieurs fois leurs urines émises après cette station debout. L'albumine y fut recherchée par plusieurs réactions.

Chez 102 malades (c'est-à-dire dans la proportion de 72,85 p. 100), l'orthostatisme provoqua l'apparition d'une albuminurie transitoire. Voici quel fut la proportion de réactions positives suivant le degré de la tuberculose pulmonaire :

1re période	2e période.	3e période.
63 malades.	50 malades.	30 malades.
53 cas positifs.	32 cas positifs.	17 cas positifs.

Il résulte très nettement de ces chiffres que l'albuminurie provoquée par la station debout a été d'autant plus fréquente que la tuberculose pulmonaire était moins avancée. Elle a été presque constante chez les tuberculeux au début, d'où sa valeur dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

Dans la plupart des cas, cette albuminurie persistait pendant tout l'après-midi du jour de l'expérience. L'examen des sédiments urinaires fut pratiqué dans 85 cas; on y trouva assez souvent des leucocytes, rarement des érythrocytes et des cellules épithéliales; neuf fois seulement il y eut des cylindres hyalins, et quatre fois des cylindres granuleux; jamais on ne put déceler par la méthode de Ziehl la présence de bacilles de Koch.

De ces recherches, Lüdke et Sturm concluent que, dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une albuminurie pure, sans lésions néphrétiques, et résultant de l'arrêt des toxines par le rein.

(1) A. Chalier. Pathogénie de l'albuminurie orthostatique; son origine fréquemment tuberculeuse. *Presse médicale*, 1907, 4 mai, n° 36.

(2) H. Lüdke et J. Sturm. Die orthotische Albuminurie bei Tuberkulose. *Münch. med. Woch.*, 1911, 9 mai, n° 19, p. 993.

Ces deux auteurs sont donc arrivés à des conclusions qui justifient pleinement notre opinion quand ils écrivent qu'un grand nombre d'albuminuriques orthostatiques sont des candidats à la tuberculose, et qu'il y a une relation directe, de cause à effet, entre l'albuminurie orthostatique et la tuberculose. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JUIN 1911)

Les injections intraveineuses de bicarbonate de soude chez les diabétiques. — MM. SICARD et SALIN insistent sur le traitement de certains symptômes du diabète (prurit, algies, etc.), par les injections intraveineuses de bicarbonate de soude associées au régime alimentaire, *en dehors du coma* ou de sa période directement prémonitoire (Lépine, M. Labbé). Ils montrent de plus que les injections intraveineuses de doses *concentrées* de bicarbonate de soude sont parfaitement tolérées. Ils se servent d'une solution de 9 à 10 p. 100 (au lieu de la dose classique de 1 à 3 p. 100) stérilisée en vase clos, et dont ils injectent de 100 à 250 centimètres cubes. Cette injection concentrée peut être répétée plusieurs fois de suite et avec un délai intermédiaire de quelques jours.

La possibilité et l'*innocuité* de telles injections massives présente un intérêt évident lorsqu'au cours du coma diabétique ou des symptômes précomateux il faut frapper fort et vite tout en ménageant la tension artérielle et en la soustrayant à l'injection intraveineuse de trop grandes quantités de liquide.

Albuminurie orthostatique et tuberculose. — M. PONCET lit, au nom de M. CHALIER, la communication que nous publions plus haut.

JURISPRUDENCE

DE LA PRESCRIPTION DES HONORAIRES MÉDICAUX

Un grand nombre de nos lecteurs nous écrivent journellement pour nous demander des conseils au sujet de notes d'honoraires en retard, et maintes fois ils ont laissé passer les délais légaux pour les réclamer, et la prescription leur fait perdre leur droit aux honoraires. Cette question de prescription semblant leur échapper bien souvent, nous croyons devoir l'examiner aujourd'hui dans nos notes de jurisprudence.

Jusqu'à quelle époque la demande en paiement d'honoraires peut-elle être formée devant les tribunaux ? L'article 2272 du Code civil, modifié par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, dit qu'elle se prescrit par deux ans. Que comprennent donc les sommes ainsi prescrites ? Ce sont d'abord, les honoraires proprements dits, puis ce sont les fournitures de médicaments faites par le médecin. Mais cette prescription ne s'applique pas à la fourniture faite par le médecin, non pas en vertu de sa profession, mais comme intermédiaire, ou comme marchand (bandages, appareils). S'il spécule sur ces fournitures, comme les dentistes pour les produits destinés à l'hygiène de la bouche, la prescription est d'un an (al. 2 de l'art. 2272, Code civil) [Tribunal Seine, 7 nov. 1895, *Sirey*, 1896, 2e partie, p. 179] ; s'il agit comme simple intermédiaire, sans réaliser de bénéfices, la prescription est de trente ans [art. 2262 du Code civil] (Cour de cassation, 14 juin 1882, *Sirey*, 1884, 1re partie, p. 21).

Des difficultés peuvent se produire pour savoir à partir de quel moment commencent à courir les délais de prescription. Et ces difficultés sont réelles lorsqu'il s'agit de la rétribution même des soins.

Lorsqu'il n'y a eu qu'une visite ou qu'une opération, il n'y a pas de discussion possible. Mais la question est plus délicate lorsqu'il y a eu plusieurs visites pour la même maladie, la même affection. Le délai court-il de chacune ou seulement de la dernière ? Le médecin a généralement l'habitude de réclamer ses honoraires à la fin du traitement, et il ne les considère que comme formant une unique créance dont l'échéance a lieu le jour de la dernière visite ou celui de l'opération, et dont la prescription commencera par suite à ce moment. Telle est l'opinion à laquelle se range la jurisprudence pour les maladies aiguës [Cour de cassation, 21 avril 1868, *Dalloz périodique*, 1871, 1re partie, p. 180 ; — Cour Chambéry, 28 fév. 1873, *D. p.*, 1873, 2e part., p. 153 ; — Cour de Lyon, 15 nov. 1898, D. *p.* 1899, 2e part., p. 371 ; — Trib. paix Paris XIVe arr., 12 avril 1906, *Pandectes françaises*, 1906, 2e part., p. 268]. En ce qui concerne les maladies chroniques, la majorité des décisions admet la même solution que dans le cas précédent [Tribunal Besançon, 14 août 1866, *D. p.*, 1871, 3e par., p. 301 ; — Trib. Seine, 15 janv. 1870, *Sirey*, 1872, 2e part., p. 24 ; — Trib. Seine, 21 mai 1895, *France judiciaire*, 1895, p. 319 ; — Trib. Etampes, *Concours médical*, 1904, p. 350], bien que certains jngements fassent partir la prescription de chaque visite [Trib. Seine, 11 mai 1904, *Gazette du palais*, 1904, 2e partie, p. 631.]

Un autre cas peut encore se présenter. Lorsqu'au cours d'une maladie les soins ont été interrompus pour n'être repris que plus tard, une prescription particulière part de la fin de chacune de ces périodes pour les honoraires y afférant (Cour de Lyon, 15 nov. 1898, précité). Si les soins donnés l'ont été à des époques tellement espacées les unes des autres en sorte qu'on ne puisse les considérer comme formant un traitement continu, la prescription a son point de départ, pour les honoraires qui les concernent, de chacune de ses visites isolées [Cour de Chambéry, 28 fév. 1873, précité].

Quel que soit le cas que l'on envisage, le jour de la dernière visite ou de la visite unique, point de départ de la prescription, n'entre pas en compte dans le calcul du délai (Trib. paix, Paris XIVe arr., 12 avril 1906, précité).

La loi a cependant donné au médecin des moyens d'échapper aux effets de la prescription de l'article 2272 du Code civil. Les articles 2274 et 2275 du même Code, ainsi que l'article 324 et suivant du Code de procédure civile, les lui indiquent.

(*A suivre.*)

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ASTHME BRONCHIQUE

Par M. ROCAL.

L'asthme est une névrose se manifestant par des crises brusques d'oppression. Cette maladie doit donc être considérée, au point de vue thérapeutique, de deux façons différentes : traitement de la crise proprement dite, traitement de l'affection en dehors des crises. Nous allons donner quelques indications essentielles pour ces deux cas morbides.

1° *Crise d'asthme.* — Dès l'apparition de l'accès dyspnéique, on appliquera des sinapismes aux membres inférieurs, et on fera respirer au malade de la *pyridine* ; un bon moyen d'utiliser ce remède, c'est de l'abandonner dans une soucoupe placée au milieu de la chambre et à la dose d'une cuillerée à café.

Si la crise se prolonge ou devient très pénible on aura recours aux opiacés, à la morphine. Certains médecins font

fumer au malade du papier nitré, des feuilles de datura. Leur effet est à notre avis inconstant.

2° *En dehors des crises* : la base du traitement est la médication iodée et l'arsenic. Les préparations iodées albuminiques sont aujourd'hui fort employées et paraissent avoir le maximum d'effets. Ainsi l'iodoglidine, combinaison stable et lentement dissociable d'iode métalloïde et de glidine, protéine végétale non coagulée, permet, sans inconvénients, une action iodée intensive. Deux tablettes dosées à 5 centigrammes d'iode ont pratiquement des effets curatifs plus élevés que 50 centigrammes de KI et sans pouvoir amener d'iodisme.

Ce fait est important à connaître lorsqu'il s'agit de traitements aussi prolongés que ceux de l'asthme ou de l'emphysème. Sous l'influence de ce remède, l'oppression s'atténue, les exsudats se liquéfient et les crises s'espacent.

L'arsan est également une bonne préparation organique d'arsenic sans dangers et fort active. Une tablette au milieu de chaque repas suffit généralement chez les asthmatiques et les phénomènes de saturation sont tout à fait exceptionnels.

Tous les huit jours, au coucher, on se trouvera bien d'ordonner une pilule de 10 à 15 centigrammes d'aloès et le lait comme boisson sera conseillé.

Il y a une potion classique fort utile à prendre en même temps que l'iodoglidine et qui combat admirablement l'oppression habituelle et retarde l'apparition des crises ; nous la rappelons pour mémoire :

Extrait d'opium.........	20 centigrammes
Teinture de lobélie.......	10 grammes
Eau distillée......q. s. p.	300 grammes

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

On aura bien soin d'éviter les excès de table et l'usage du tabac, de l'alcool. Tous les matins une friction sèche à la brosse de flanelle sera utile et enfin, en été, une saison au Mont-Dore est indiquée tout en continuant l'iodoglidine.

GUINARD

> Le blessé est, du fait de son mal, redevenu un grand enfant... il faut être avec lui d'une douceur et d'une patience de mère. (GUINARD. *Leçon d'ouverture du cours de clinique annexe*, 6 fév. 1906, in *Gaz. des hôpit.*)

Guinard (1) est mort, frappé par une balle que tira sur lui un de ses anciens opérés. Pourquoi faut-il que ce sinistre maniaque ait choisi cet homme, bon parmi les bons, pour en faire l'objet de sa haine imbécile ?

Heureux et fier de prendre le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, qu'avaient illustré tant de grands maîtres, Guinard ne se doutait pas que cet hôpital qu'il avait tant désiré deviendrait son tombeau !

Comme elle est émouvante cette leçon d'ouverture qu'il fit à l'occasion de la prise de son service et qu'il dédia à ses nouveaux élèves ! Comme elle emprunte une profonde tristesse aux circonstances actuelles !

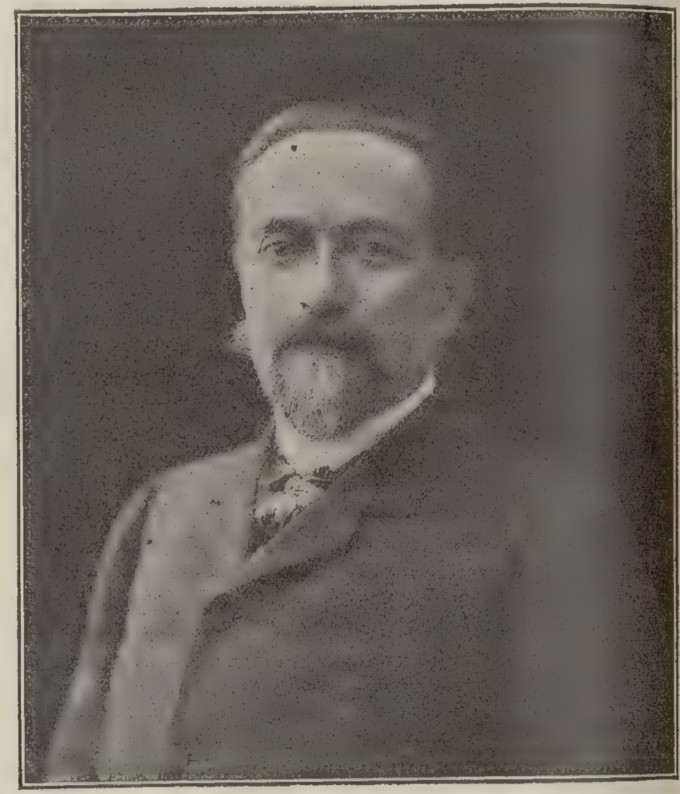
Il nous semble encore entendre Guinard nous racontant sa venue à Paris, sa séparation émue d'avec les siens, et cet adieu, d'une crânerie un peu naïve mais si touchante : « Voilà mon adresse dans trente ans : Docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. »

Guinard est tout entier dans cette leçon, où il a mis toute son âme. On l'y sent vivre à chaque instant. Sa grande bonté et sa science transparaissent à chaque mot.

(1) Guinard (Marie-Aimé-Désiré), né le 8 mai 1856 à Saint-Etienne. Interne des hôpitaux le 23 décembre 1898. Chirurgien des hôpitaux le 1er juin 1892. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu le 1er janvier 1906.

Elève de deux maîtres, Verneuil et Tillaux, qui furent chacun, dans leur genre, deux grands chirurgiens, Guinard fut profondément imprégné de leur enseignement. Il prit à l'un et à l'autre ce qu'il jugea le meilleur ; mais il eut avec eux ce trait commun : il était adoré de ses malades et de ses élèves.

La chirurgie était sa vie. Dès son arrivée dans le service de Tillaux, « il s'enthousiasma, dit-il, pour la chirurgie et les malades » et, jusqu'à sa triste mort, il ne cessa de leur donner le meilleur de lui-même.



Cliché Pirou.

Aimé de tous ceux qui l'approchaient, Guinard était le *vir bonus*, dans toute l'acception du terme. Simple et modeste, brave cœur et excellent chirurgien, c'est un tel homme qu'a jeté dans la tombe le geste inconscient d'un dégénéré !

Le Gouvernement se fût honoré, si dans un mouvement, tout de spontanéité, il avait accroché sur la poitrine du mourant cette étoile des braves que tous ses collègues sollicitaient pour lui. Nous espérons, qu'au seuil de l'Hôtel-Dieu, une plaque commémorative rappellera aux générations futures le nom de ce brave, mort au champ d'honneur.

LIVRES NOUVEAUX

La Poliomyélite épidémique [maladie de Heine-Medin] (1), par le docteur Georges SCHREIBER.

Tous ceux que la question de la paralysie infantile intéresse seront heureux de voir rassemblés dans cette étude d'ensemble extrêmement documentée, les points les plus saillants des recherches récentes.

La première partie de ce volume constitue la monographie la plus complète que nous ayons à l'heure actuelle sur la poliomyélite épidémique. L'auteur définit avec soin la mala-

(1) In-8°, 356 p., 21 fig., 2 pl. en couleurs. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

die de Heine-Medin et montre la place qu'il convient de donner actuellement à la paralysie infantile dans le cadre nosographique. Après un *historique détaillé*, il consacre de nombreuses pages à l'*étude expérimentale* de la maladie, déterminée par un microorganisme invisible et incultivable, mais transmissible au singe (*médullovirus de Landsteiner et Popper*). Au chapitre d'*anatomie pathologique*, on trouvera décrites toutes les lésions révélées par les autopsies multiples pratiquées au cours des dernières épidémies et dont l'auteur a pu vérifier l'exactitude sur un sujet qu'il a lui-même autopsié.

Toutes les *données étiologiques* actuelles sont reproduites dans ce volume auquel l'auteur a annexé la description de plusieurs foyers épidémiques suédois.

L'auteur consacre un chapitre à la *pathogénie* de la maladie de Heine-Medin, dont de nombreux points restent encore obscurs.

L'*étude clinique* est particulièrement développée. Dans ses formes typiques la maladie évolue en trois périodes : une d'incubation, une d'invasion, une de paralysie. Il importe de bien connaître tous les symptômes de début (fièvre, troubles gastro-intestinaux, céphalée, convulsions, douleurs de la nuque et rachialgie, hypersécrétion sudorale) et de noter que, contrairement à l'opinion classique, les douleurs et les troubles sphinctériens sont fréquents à la période initiale de la maladie. A la période suivante, les paralysies sont habituellement flasques, mais peuvent être spasmodiques. Plusieurs pages sont consacrées à l'étude des réflexes qui, abolis en règle générale, peuvent être augmentés au niveau d'un ou plusieurs segments de l'organisme.

La maladie de Heine-Medin peut donner lieu à toute une série de *formes cliniques* que l'auteur divise en plusieurs groupes : d'après le siège des lésions, d'après leur marche, d'après les symptômes : formes abortives, formes d'après l'âge. Pour les formes *bulboprotubérantielle*, *cérébrale*, *ascendante*, il réunit tous les arguments anatomo-pathologiques, expérimentaux, épidémiologiques et cliniques plaidant en faveur de leur existence. Il étudie ensuite *les relations de la maladie de Heine-Medin et de la maladie de Landry* souvent due au médullovirus chez l'enfant. La *forme douloureuse et les formes abortives* sont ensuite étudiées ; les dernières présentent un intérêt considérable au point de vue de la propagation du germe.

Dans le chapitre de l'*évolution*, l'auteur montre que les données classiques sur le pronostic de la maladie sont à modifier : la mort d'une part, la guérison complète, d'autre part, sont plus fréquentes qu'on ne l'admettait jusqu'ici.

Au *diagnostic*, l'auteur étudie les principales causes d'erreur et consacre quelques lignes aux méthodes de laboratoire. Le *traitement* a, malheureusement, très peu bénéficié des travaux récents, mais il est permis d'entrevoir dès maintenant une médication sérothérapique, qui empêchera la destruction des cellules motrices.

La *seconde partie* de l'ouvrage, plus courte, est consacrée à l'étude des formes méningées de la maladie de Heine-Medin dont l'auteur a eu l'occasion de suivre de nombreux cas et dont il publie les observations.

La *bibliographie* à elle seule occupe 39 pages. Tous les travaux français et étrangers traitant de la poliomyélite y sont mentionnés, en sorte que le lecteur y pourra puiser de nombreux renseignements.

Précis d'auscultation et de percussion du poumon et du cœur (1), par J. Vires et P. Pages (de Montpellier).

Le but poursuivi par les auteurs, dans ce petit traité, a surtout été de rendre service aux débutants, et le succès de la première édition est la meilleure preuve que le but poursuivi a bien été atteint.

(1) 2e édition. — Paris, Masson et Cie.

Sous une forme extrêmement simple, très claire, assez schématique, sont exposées les règles de la percussion d'abord, de la palpation ensuite, de l'auscultation enfin, les renseignements que, suivant les cas, chacun de ces deux procédés est en mesure de fournir, les écueils à éviter, etc.

L'étudiant trouvera, dans le cours de l'ouvrage, des graphiques qui fixent admirablement les idées, des tableaux synoptiques où d'un seul coup d'œil il pourra embrasser les variations des signes physiques au cours des diverses affections, enfin et surtout une définition claire, nette de tous les râles, souffles, bruits surajoutés, etc., au milieu desquels le débutant se perd si facilement.

C'est donc un excellent livre à bien posséder, avant que d'aborder l'hôpital : ajoutons même qu'il sera souvent utilement consulté, même par le médecin rompu à la recherche de ces signes, mais qui peut hésiter parfois dans l'interprétation de quelques-uns d'entre eux.

Plan et programme de la troisième partie du cours de pathologie générale (1), par le docteur Grasset.

Ce petit opuscule représente le squelette des leçons que M. le professeur Grasset développera pendant son cours du semestre d'été 1911.

Il étudiera successivement ainsi les fonctions de réception, de reproduction et les questions d'embryologie générale et d'hérédité : des tableaux synoptiques, des figures schématiques sont annexés à ce programme, et permettent d'en bien comprendre la logique et l'intérêt scientifique.

L. Babonneix.

(1) In-8° avec 37 tableaux et 38 figures. — Montpellier, Roumégous.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 5, mai 1911.) Coryllos : Les sanctuaires médicaux de la Grèce et le culte d'Æsculape (18 illust.). — Mayfair : Le tableau mystérieux de Londres (2 fig.). — M. Baudouin : Le mariage des monstres doubles (5 fig.). — Ch. Porcher : Le lait meurtrier (9 fig.). — Encausse (Papus) : Les homœopathes et l'homœopathie (3 fig.). — H. Hubert : Les mangeurs d'argile (5 fig.). — J. Rolet : Les amoureuses de prêtres (2 fig.). — Constadon : Charles IX est-il mort empoisonné ? (5 fig.).

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 5, mai 1911.) Linossier : La pathogénie de la goutte et les travaux récents sur le métabolisme des nucléo-protéides. — Holzknecht et Olbert : L'atonie de l'œsophage, pseudo-œsophagisme ou atonie dysphagique.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 310, 25 mai 1911.) Douarre : Sur un cas de fracture isolée des apophyses transverses. — Delherm : Note sur quelques traitements physiques de la sciatique. — E. Lanel : La kinésithérapie de l'entéro-colite mucomembraneuse. — Spéder : Revue des perfectionnements récents des tubes à rayons X.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 5, mai 1911.) CHATON : Un procédé de péritonisation du moignon salpingien dans les salpingectomies. — FROGET : Indications de Bourbon-l'Archambault. — H. HAMEL : Formes cliniques des principales réactions générales à point de départ colique. — MORICHEAU-BEAUCHANT : L'appendicite et la tuberculose.

Biologica. — (N° 5, 15 mai 1911.) E. DUPRÉ et Marcel NATHAN : Le langage musical émotionnel. — DENIKER : La momie d'un parent du diplodocus.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 mai 1911.) A. ROBIN : Traitement du diabète (*suite*). — H. BOUQUET : La peste et son traitement (*fin*). — (23 mai 1911.) A. ROBIN : Traitement de l'albuminurie des diabétiques.

Bulletin médical. — (N° 37, 10 mai 1911.) P. LE GENDRE : Indications prophylactiques et thérapeutiques déduits de la pathogénie des affections dites rhumatismales. — L. MARTIN : Les troubles cérébraux de la maladie du sommeil; leur traitement. — (N° 38, 13 mai.) THÉVENOT et BOUGET : Pancréatite hémorragique par infarctus hémorragique du pancréas. — (N° 39, 17 mai.) GORSE : De la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. — (N° 40, 20 mai.) L. BROCQ : Les acnés et les furoncles torpides. — (N° 41, 24 mai.) Auguste BROCA : Luxation congénitale de la hanche. — (N° 42, 27 mai.) POTOCKI : Les ruptures de l'utérus pendant le travail. — (N° 43, 31 mai.) MARFAN : Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma des nourrissons. — A. CHARPENTIER : Les psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie.

Clinique. — (N° 21, 26 mai 1911.) AUBOURG et LEBON : L'estomac de l'adulte dans la station verticale, ses contractions spontanées et électriquement provoquées. — MERKLEN : Adénopathies trachéo-bronchiques. — LYON : Les médicaments réellement utiles, leurs modes d'administration, leurs indications. Les notions de thérapeutique indispensables aux praticiens, résumées en quelques leçons (*suite*). — PAUCHET : Asepsie chirurgicale des mains. — MATHIEU : La dilatation aiguë de l'estomac. — ROBIN : Le traitement de la chlorose. — P. SOURDAT : Le traitement actuel des tubercules ostéo-articulaires.

Echo médical du Nord. — (N° 21, 21 mai 1911.) OUI : Rétroversion de l'utérus gravide. — SWYNGHEDAUW et DURAND : Etude clinique et thérapeutique de l'hyperplasie du thymus à propos de deux cas. — (N° 22, 28 mai.) WERTHEIMER et BOULET : Démonstration des propriétés rythmiques de la pointe du cœur au moyen du chlorure de baryum. — J. MINET et J. LECLERCQ : Sur un nouveau moyen de lever l'anaphylaxie. — VANVERTS : La désinsertion phalangettienne des tendons extenseurs des doigts.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 21, 21 mai 1911.) BRUNETIÈRE : Note sur la technique de l'anesthésie locale dans l'énucléation. — (N° 22, 28 mai.) ORAISON et PETGES : Lésion ulcéro-végétante du pénis chez un ramoneur. Cancer des ramoneurs (2 fig.). — R. DE RAQUINE : Le bain carbo-gazeux naturel appliqué à Barbotan au traitement des suites de phlébites.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 21, 21 mai 1911.) L. ROCHER : Pied bot varus équin traumatique consécutif à une luxation du pied par rotation. Fracture du scaphoïde carpien. — Y. ROBERT et DE TEYSSIEU : Sarcome angioplastique primitif de la capsule surrénale. — (N° 22, 28 mai.) CELLES : Des abcès paratyphiques.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (25 mai 1911.) GUÉPIN : L'antisepsie, le massage et le traitement usuel des rétrécissements urétraux.

Journal de médecine interne. — (N° 14, 20 mai 1911.) G. LEVEN : L'aérophagie. Etude clinique et thérapeutique. — LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD : Migraine thyroïdienne de l'enfant. — (N° 15, 30 mai.) CAILLAU et CARIONOPOL : Etude clinique et histologique de trois cas de dégénérescence amyloïde.

Journal des praticiens. — (N° 20, 20 mai 1911.) BERNHEIM : Des bruits anormaux intracardiaques. Leur signification. — CHADZYNSKI : Un cas de brûlure grave et d'intoxication aiguë par une injection vaginale de sublimé. — (N° 21, 27 mai.) BAR : L'inversion utérine. — VIRES : Traitement des polyuries. — A. DESCHAMPS : L'hérédité psychique et la constipation.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 19, 13 mai 1911.) A. BONNET-LABORDERIE : Un fait contre la césarienne pratiquée avant le début du travail. — J. POULAIN : Sigmoïdites et infection des organes génitaux internes de la femme. — H. FOURDINIER : Tache bleue mongolique d'origine indigène probable. — (N° 20, 20 mai.) Jean POULAIN : Sigmoïdite et infection des organes génitaux internes de la femme (*suite*). — Maurice LEDUC : Sarcome utérin. Curage.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 20, 18 mai 1911.) BUYS : Symptomatologie des lésions labyrinthiques par traumatisme indirect. — H. COPPEZ : Les complications oculaires et la fièvre récurrente d'Afrique. — JOUAUST : Traitement hydrominéral des affections gastro-intestinales.

Lyon médical. — (N° 21, 21 mai 1911.) P. BONNET et A. CHALIER : Mélanose généralisée à point de départ ano-rectal. — (N° 22, 28 mai.) GOULLIOUD : De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide.

Montpellier médical. — (N° 20, 14 mai 1911.) E.-H. PINEAU : Des expertises médicales devant les juridictions d'instruction. — (N° 21, 21 mai.) MASSABUAU : L'entorse du genou, son traitement. — Ch. FLEIG : Sur les injections intraveineuses acides solubles et intraveineuses neutres insolubles de dioxydiaminoarsenobenzol [606] (*suite*).

Paris médical. — (N° 25, 20 mai 1911.) MOUCHET et MANGIS : La hanche à ressort. — ETIENNE et PERRIN : Formule leucocytaire générale de la pneumonie franche. — ROUCAYROL : La détersion électrolytique dans le traitement des métrites chroniques. — (N° 26, 27 mai.) SIMOMIN : Les séquelles de la méningite cérébro-spinale épidémique. — CHAVIGNY : Achondroplasie et service militaire. — A. MOUCHET et L. LAMY : Ostéosynthèse par gaine d'aluminium. — AMBLARD : L'hypertension artérielle, valeur séméiologique et pronostique.

Pédiatrie pratique. — (N° 15, 25 mai 1911.) KIRMISSON : Le pied plat valgus douloureux. — Roger VOISIN : Maladie de Heine-Medin.

Presse médicale. — (N° 40, 20 mai 1911.) H. ROGER et LÉVY-VALENSI : L'albumino-réaction dans la tuberculose pulmonaire. — L. BORY : Quelques remarques sur les oosporoses. — NAAMÉ : La melitococcie ou fièvre de Malte. L'adrénaline et la cryogénine dans l'hypoépinéphrie melitense et dans la melitococcie. — A. MATHIEU : Les laxatifs mucilagineux. — (N° 41, 24 mai.) DÉJERINE : Le domaine de la psychiatrie (réponse à M. le professeur Gilbert Ballet). — A. MARTINET : Faut-il toujours chercher à combattre l'hypertension artérielle. — P. MAUREL : L'asthme des foins. — (N° 42, 27 mai.) R. GAULTIER : Les méthodes d'exploration clinique du duodénum. — H. CLAUDE et H. SCHAEFFER : Le zona paralytique des nerfs craniens et la théorie de la poliomyélite postérieure aiguë. — BENOIT-BAZILLE : Etiologie de l'ankylostomose. — (N° 43, 31 mai.) Robert DEBRÉ : Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOMMAGE A GUINARD. — Après avoir décidé de célébrer les obsèques du regretté Guinard aux frais de la ville, le Conseil municipal a voté, sur la proposition de M. Massard, la résolution suivante :

« Emu par le crime abominable qui prive l'Assistance publique d'un de ses meilleurs chirurgiens ;

Adresse ses félicitations et ses remerciements au personnel médical des hôpitaux en général (chef de service, médecins, chirurgiens, internes et anciens internes) pour le dévouement dont ils font preuve en risquant chaque jour leur vie auprès des malades contagieux ; et en particulier au personnel de l'Hôtel-Dieu pour les soins dévoués dont il a entouré le regretté docteur Guinard. »

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien dentiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique orale de prothèse.* — Séance du 19 juin. — MM. Lemerle, Réal et Vaysse, 18.

Consultation écrite. — Séance du 20 juin. — MM. Lemerle, Réal et Vaysse, 28.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Réal et Lemerle.

— MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé le lundi 26 juin, à deux heures, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1911-1912.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

— Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé à la fin du concours.

Pour l'année 1911, le concours sera ouvert le 7 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 9 au 16 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 16 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de

RENSEIGNEMENTS

ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

HOPITAUX DE PROVINCE. — HAVRE. — M. le docteur Lausiès atteint par la limite d'âge est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

Le docteur Edouard du Pasquier est nommé médecin titulaire des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours sera ouvert le 9 octobre 1911, pour un emploi de chef de clinique médicale.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école, un mois avant l'ouverture du concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Ehrlich vient d'être nommé par le gouvernement prussien conseiller intime avec le titre d'Excellence.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Le bureau de la Société de l'internat a décidé de consacrer sa prochaine séance, qui aura lieu dans la salle de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, le jeudi 22 juin 1911, à neuf heures du soir, à l'étude de différents projets qui lui ont été soumis, pour honorer la mémoire du regretté Guinard, mort le 17 juin, victime du devoir.

COMMISSION DU RELÈVEMENT DES HONORAIRES. — On nous communique la note suivante :

« Le 2 juin, à neuf heures du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes et dans le local de l'Union des syndicats médicaux de France, la Commission du relèvement des honoraires s'est réunie pour la première fois.

La Commission du relèvement des honoraires émane du IIIe Congrès des praticiens, lequel, à la suite des conclusions du rapporteur sur cette question, a décidé, entre autres points que « l'Association générale des médecins de France, l'Union des syndicats médicaux de France, le Concours médical et le Comité de vigilance, désigneraient chacun trois ou quatre délégués... afin de constituer une commission ».

Et plus loin : « Que cette commission s'occuperait, d'après les indications fournies par les secrétaires des syndicats et des fédérations, d'établir plusieurs cartes de France en couleurs, faisant ressortir d'une façon nette et frappante la situation relative des départements... en ce qui concerne les honoraires. »

La Commission a été constituée. Elle se compose des docteurs :

Délégués de l'Association générale des médecins de France : Smester-Ball, Butte, Dignat;

Délégués de l'Union des syndicats médicaux de France : Delpeut, Séailles, Tourtourat, P. Vallat;

Délégués du Concours médical : Boudin, Jeanne, Levassort, Noir;

Délégués du Comité de vigilance : Leredde, Le Fur, Chapon, Bresselle.

Résolue à accomplir le plus rapidement possible, la besogne qu'elle s'est tracée, la Commission a décidé de se réunir tous les mois.

Elle arrête qu'un résumé de la question et un exposé des efforts tentés jusqu'ici seront adressés à MM. les secrétaires généraux de tous les syndicats et de toutes les fédérations.

Cet exposé sera accompagné d'une enquête minutieuse que nous les prierons de porter à l'ordre du jour de leurs assemblées générales. Sans même attendre que ces dernières aient lieu, nous comptons demander à MM. les secrétaires de vouloir bien communiquer à plusieurs membres de leurs syndicats le questionnaire très détaillé et très précis qui leur sera envoyé, afin que les situations diverses des arrondissements, des cantons, voire même, en certains cas, des communes, puissent être connues dans leurs moindres détails.

Ainsi documentée, la Commission pourra réaliser les vœux du Congrès de 1910 en s'appuyant d'autre part, au point de vue pécuniaire, sur les cotisations des quatre grands groupements qui ont participé à la nomination des délégués qui la composent, et sur celles, très modestes, qu'elle compte demander aux fédérations et aux syndicats eux-mêmes.

Le docteur Bresselle, 17, rue Ernest-André, Le Vésinet (Seine-et-Oise) a été nommé secrétaire-trésorier de la Commission.

Prière de lui adresser d'ores et déjà, avant même toute enquête officielle, les communications qui, d'une façon quelconque, pourraient sembler intéressantes touchant le relèvement des honoraires.

Les confrères, qui n'ont pas cru devoir, jusqu'à présent, s'inscrire dans les syndicats ou groupements médicaux et que le questionnaire par conséquent atteindra peu ou point, sont particulièrement priés de tenir compte de cet appel et de faire connaître en toute sincérité leur manière de voir.

Le secrétaire-trésorier :

Dr L. BRESSELLE. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Claudot, médecin inspecteur général du cadre de réserve, et H. Stilling, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lausanne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RESPONSABILITÉ DES CHIRURGIENS ET MÉDECINS

Le tribunal civil de Marseille a rendu dernièrement un jugement des plus intéressants à ce sujet.

Une compagnie d'assurances suisse avait intenté un procès en responsabilité civile au docteur Lop de Marseille. La compagnie demanderesse prétendait que les soins que le docteur Lop avait été appelé à donner à un jeune ouvrier, victime d'un accident du travail, avaient eu comme conséquence une incapacité permanente, conséquence, disait-elle, due à l'imprévoyance de ce chirurgien.

Or le docteur Lop n'avait été appelé à intervenir que deux fois, une première fois dans une pharmacie où se mourait d'hémorragie le blessé, et le lendemain à sa clinique. Dans un jugement fortement motivé le président, l'honorable M. Rabaud, après avoir exposé dans quelles conditions la responsabilité des médecins peut être engagée conclut :

Dans les conditions où le docteur Lop a été appelé à intervenir, l'homme de l'art devait parer au plus pressé, c'est-à-dire à prévenir le retour de l'hémorragie qui peut compromettre irrémédiablement, la vie même du blessé; que telle a été la préoccupation du docteur Lop; qu'en tout cas le tribunal ne pourrait qu'être amené à examiner, ce qu'il n'a ni le pouvoir ni la compétence de faire, si un procédé, une méthode médicale ont été bien ou mal appliqués ou s'ils l'ont été au moment opportun; qu'il n'apparaît pas qu'on puisse imputer au docteur Lop l'oubli des principes rationnels, les soins sans méthode et sans discernement qui constitueraient la faute lourde; qu'il n'est pas même établi qu'on puisse retenir à son encontre une imprudence, une négligence quelconque; qu'il paraît, au contraire, s'être conformé à ce que commandaient les données de la science.

Déboute la Société demanderesse de toutes ses fins et conclusions, la condamne aux dépens et donne acte au docteur Lop des réserves par lui faites contre la Société suisse.

Annuaire civil et militaire des médecins et pharmaciens (onzième année 1911). — Prix : 4 francs. — Paris, Ambulances parisiennes et Société générale des infirmiers et infirmières de Paris.

Puériculture et hygiène infantile (deuxième série). Conférences faites sous la présidence de MM. Georges LYON, recteur de l'Académie de Lille, et Th. BARROIS, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Lille. — 1 fort vol. in-16. — Prix : 3 francs. — Paris, Félix Alcan.

DÉFORMATIONS DU TYPE ACROMÉGALIQUE

CHEZ UN JEUNE HOMME DE DIX-SEPT ANS

Par M. L. BABONNEIX.

Nous avons eu l'occasion d'étudier récemment, dans le service de notre maître M. le professeur Hutinel, un cas intéressant de déformations très analogues à celles de l'acromégalie. Ces déformations, survenues depuis quelques mois, chez un jeune garçon de dix-sept ans, se sont accompagnées de phénomènes d'ordre cérébral : céphalées, convulsions, et nous ont fait penser, dès l'abord, à un de ces faits d'acromégalie infantile tels que nous en avons rapportés, ici même, avec M. Georges Paisseau (1). Toutefois une analyse symptomatique plus minutieuse nous a montré que ce diagnostic soulevait quelques objections. Voici, en tous cas, l'histoire résumée de notre jeune malade.

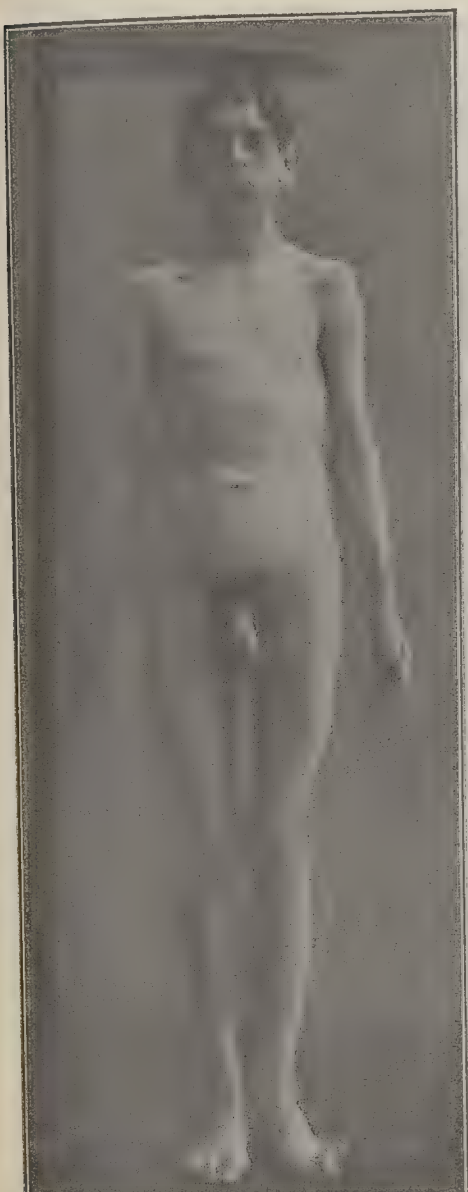


Fig. 1.

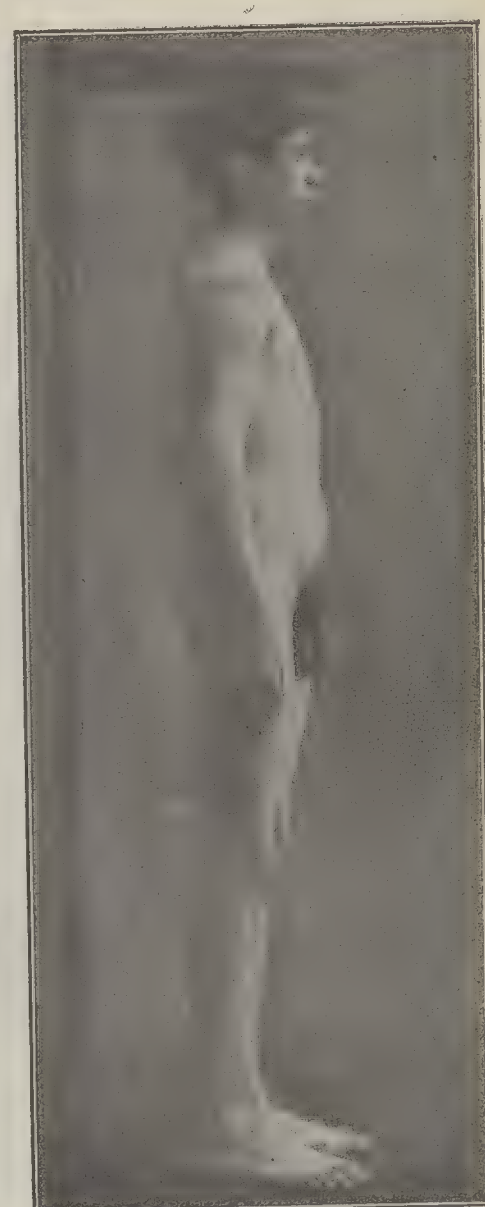


Fig. 2.

Observation. — B... Jules, dix-sept ans, ouvrier tapissier.

Antécédents héréditaires. — Le père est rhumatisant, la mère, un peu nerveuse. Ils ont eu cinq enfants : le malade, qui est l'aîné, et quatre filles, qui sont bien portantes.

La maman n'aurait jamais fait de fausse couche; elle ne présente aucun stigmate de spécificité.

Antécédents personnels. — Le jeune B... est né à terme. La grossesse avait été assez mouvementée. L'accouchement s'est passé normalement; on n'a pas eu besoin de recourir au forceps, mais, dès la naissance, on remarque que les pieds étaient fortement fléchis sur les jambes, et les mains sur les avant-bras. Cette déformation congénitale, correspondant à ce que l'on décrit habituellement sous le nom de *pieds bots* et de *mains botes*, persista pendant des années, mais, à l'heure actuelle, elle est complètement disparue. De bonne heure aussi, on constata que l'enfant avait la tête très lourde, si bien qu'il la laissait retomber à tout instant sur sa poitrine. Les fontanelles auraient été soudées d'une façon précoce (?).

L'enfant, qui n'avait présenté à la naissance aucun stigmate net de spécificité, fut élevé au sein par sa mère. Il aurait eu quelques troubles digestifs vers le troisième mois. Il a commencé à marcher vers quinze mois, mais n'a parlé qu'à vingt; à divers indices, ses parents avaient d'ailleurs supposé qu'il devait être en retard. Toutefois, il n'a jamais eu de convulsions. Son enfance s'est écoulée d'une façon à peu près normale, et, jusqu'en septembre dernier, en dehors des troubles intellectuels dont nous avons déjà parlé, il n'a eu, comme incidents pathologiques, que quelques infections, d'ailleurs légères : rougeole, oreillons, coqueluche.

En septembre 1910, est survenue brusquement une crise qui a beaucoup inquiété l'entourage. A la suite d'un repas un peu copieux, le jeune B... a cru entendre « comme des voix qui lui parlaient » ; son visage a pris une expression étrange; ses yeux sont devenus fixes, et finalement, il est tombé à terre. Il n'y a pas eu d'aura sensitive, pas de secousses convulsives, sauf dans les yeux, pas de morsure de la langue, pas d'urination involontaire, pas de perte complète de connaissance. *Cependant il paraît bien s'être agi d'une crise comitiale* plus ou moins typique. Ces crises se sont reproduites quatre à cinq fois, habituellement le jour, une fois la nuit; quelquefois, il y en a eu deux dans un même jour; elles se compliquent à titre exceptionnel de vomissements.

Le malade peut les prévoir, et, ce qui domine, pendant qu'elles se produisent, c'est l'expression de frayeur et d'égarement que revêt sa physionomie. Elles ne durent que quelques minutes. Elles laissent après elles un certain état d'hébétude.

Depuis deux ans, on avait remarqué des troubles de la

(1) Babonneix et Paisseau. Un cas d'acromégalie infantile. *Gaz. des hôpit.*, 1910, 40.

croissance. *La taille se serait accrue de 20 centimètres au moins*; elle est, actuellement, de 174 centimètres. Depuis quelques mois, les extrémités ont subi un développement extrêmement accentué. En septembre, *l'enfant chaussait du 40, en décembre, du 45*. Le caractère s'est peut-être un peu modifié. La polyphagie et la polydypsie, qui ont toujours été manifestes, se sont notablement accentuées depuis cette date.

Etat actuel. — Il s'agit d'un garçon de grande taille aux mains longues et cyanosées, aux pieds ridiculement volumineux (fig. 1 et 2). La tête est petite; les cheveux noirs, très abondants, recouvrent un front bas et fuyant. Le facies, peu intelligent, est celui des adénoïdiens. Le menton ne paraît pas augmenté de volume. Le malade se tient mal, marche avec quelque difficulté, et donne l'impression d'être « dégingandé ».

Les *mains* sont accrues dans tous leurs diamètres, mais surtout dans leur diamètre longitudinal; elles sont violettes, froides; les ongles, non striés, sont un peu recourbés, en spatule. L'hypertrophie porte surtout sur le squelette, mais les parties molles ne sont pas indemnes. Toutefois, rien ne rappelle la « main en battoir ».

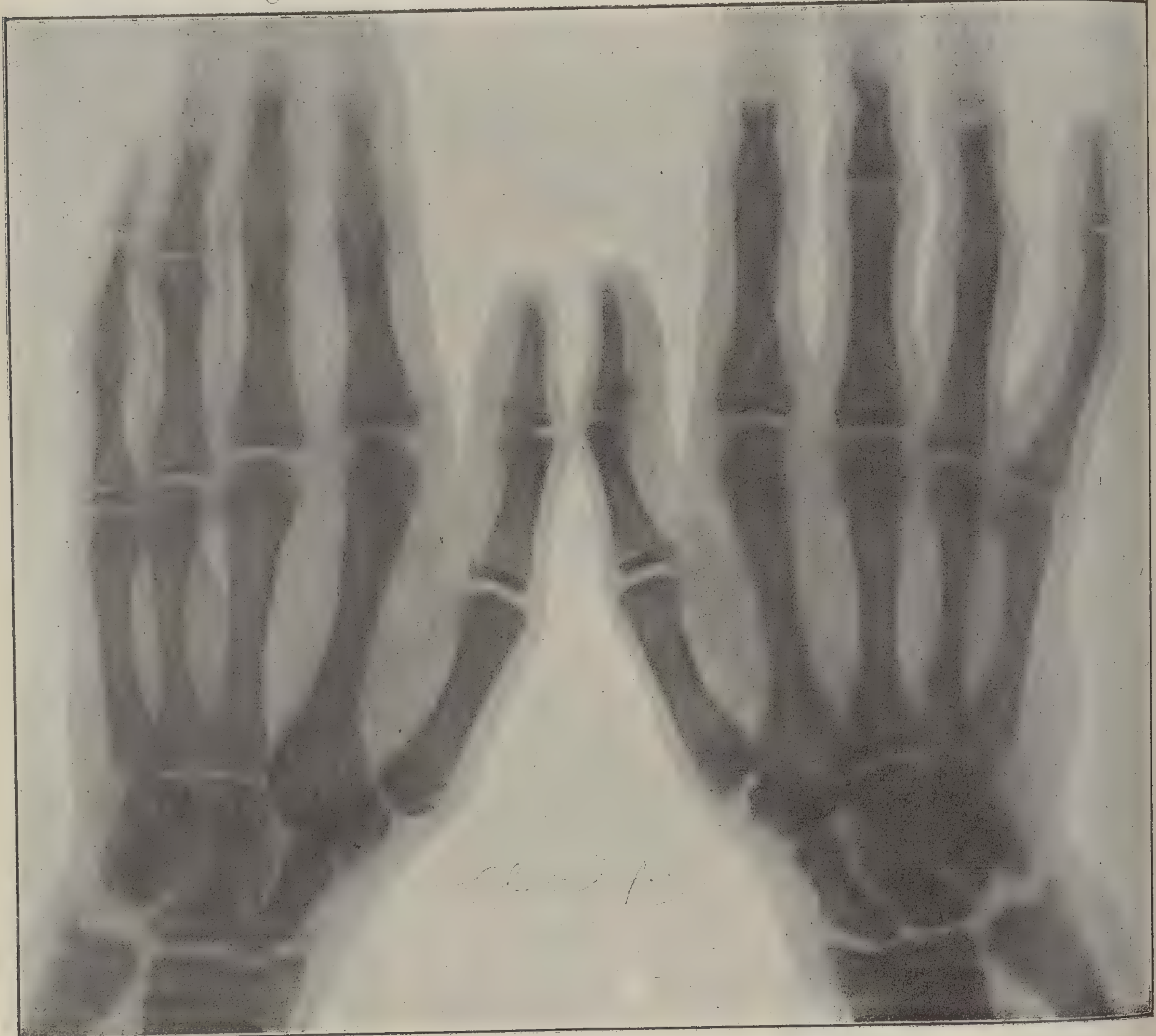


Fig. 3.

Aux *pieds*, énorme augmentation de volume, se faisant dans tous les sens. Les orteils sont en hyperextension, le quatrième même est nettement en marteau. La face dorsale des pieds, sur laquelle l'astragale fait une saillie volumineuse, forme elle-même avec la face antérieure de la jambe un angle presque droit. Les parties molles paraissent nettement hypertrophiées, surtout au niveau de la plante. Les malléoles sont très augmentées de volume. Par contre, les os des membres ne semblent avoir subi aucune modification importante, en dehors de leur accroissement en longueur.

L'examen radiographique ne décèle aucune lésion (fig. 3 et 4).

La *colonne vertébrale* est légèrement déviée.

La *langue* est un peu augmentée de volume.

La *voix*, depuis septembre, est devenue beaucoup plus grosse et beaucoup plus forte.

Il n'y a *pas de troubles moteurs nets; pas de troubles sensitifs*, en dehors de quelques crampes dans les mollets et de légères céphalées; *pas de troubles sensoriels*. M. le docteur Terrien, qui a bien voulu examiner le malade, n'a trouvé aucune altération oculaire en dehors d'une *certaine paresse des réflexes pupillaires à la lumière*. Mais il n'y a ni troubles de l'acuité visuelle, ni troubles de l'accommodation. Les fonds d'yeux sont normaux; il n'y a pas la moindre altération de la papille. Le

champ visuel est normal des deux côtés, et *on ne relève aucun signe d'hémianopsie.*

Les *réactions électriques*, examinées par M. le docteur Larat, indiquent une *hyperexcitabilité galvanique manifeste et très analogue à ce que l'on trouve dans la tétanie.* Il y a d'ailleurs un léger signe de Chvostek. En voici le détail.

C. faradique. — Hyperexcitabilité dans les membres supérieurs et inférieurs. On obtient une contraction nette à une intensité qui normalement ne provoque pas de contractions.

C. galvanique. — Hyperexcitabilité.

Le seuil de l'excitation apparaît

N F à 1/10 de milliampères,

P F à 2/10 de milliampères,

pour les membres supérieurs;

N F à 2/10,

P F à 5/10,

pour les membres inférieurs.

On constate les *troubles intellectuels* déjà mentionnés : lenteur des réponses, parole un peu embarrassée, physionomie peu ouverte. Il existe aussi *quelques stigmates de dégénérescence* : asymétrie faciale, oreilles grossièrement ourlées et décollées, voûte ogivale. Les dents sont irrégulièrement plantées, sans que l'on puisse à proprement parler, prononcer le nom de dents d'Hutchinson. D'ailleurs, la réaction de Wassermann, recherchée par M. Tixier, est restée négative.



Fig. 4.

Les *réflexes tendineux* (rotuliens, achilléens) sont un peu affaiblis, le signe de Babinski manque.

On ne trouve actuellement *aucun signe de tumeur cérébrale* : monoplégies, parésies oculaire ou faciale, vomissements, etc.

Les *urines ne contiennent pas de sucre*, on ne constate pas non plus, en dehors de la polyphagie et de la polydipsie, d'autres signes de diabète.

Les *organes génitaux* ne sont pas normaux : la verge est grosse, les testicules très développés. Le système pileux, suffisant aux aines, manque complètement aux aisselles.

Il n'y a *pas de signes de lésion thyroïdienne.*

En ce qui concerne l'*état général*, nous signalerons seulement un certain degré d'adénopathie trachéo-bronchique et quelques phénomènes d'embarras gastrique, peut-être en rapport avec les fatigues subies récemment par le malade.

* * *

Il est évident que, à première vue, on pouvait penser ici à l'acromégalie. L'augmentation de volume des extrémités constitue, en effet, chez notre malade, le symptôme prépondérant. De plus, on retrouve chez lui un certain nombre des symptômes propres à cette affection : crises comitiales, céphalées, troubles de l'intelligence, phénomènes de la série diabétique : polyphagie et polydipsie, entre autres.

Malheureusement, bien des objections peuvent être faites à ce diagnostic. L'augmentation du volume des extrémités s'est faite en long, et non en large, comme cela est la règle dans l'acromégalie. Il n'y a pas de glycosurie, pas d'hémianopsie bitemporale. L'examen radiographique, pratiqué avec beaucoup de soin par MM. Béclère et Infroit, n'a révélé qu'une légère augmentation de volume des sinus frontaux, mais la selle turcique n'est pas dilatée. Nous ne retrouvons pas non plus, chez le jeune B..., d'autres signes habituels à l'acromégalie : hypertrophie nette du nez, du menton, des lèvres, cyphose, douleurs, stase papillaire, etc.

Comment faut-il donc interpréter notre cas? Nous serions tentés de le rapprocher du fait récemment communiqué à la *Société de Neurologie* par M. Mossé (mai 1911). Ce fait concerne un jeune garçon de vingt ans, très grand, atteint de troubles mentaux, de céphalées, et dont les extrémités atteignirent des dimensions insolites en longueur. A la radiographie, développement anormal des sinus frontaux, mais aucune modification nette de la selle turcique. Il est évident, ainsi que divers auteurs l'ont fait remarquer à propos de cette présentation, qu'il ne s'agit pas d'acromégalie vraie, mais plutôt de syndrome acromégaliforme. Une pareille interprétation a le mérite de ne rien préjuger de l'avenir : elle peut être proposée pour notre cas qui, jusqu'à nouvel ordre, ne paraît rentrer dans aucun des cadres nosologiques actuellement connus.

ANÉMIE ET HÉMOLYSINE
CHEZ UN TUBERCULEUX

Par M. MACAIGNE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
et PASTEUR VALLERY-RADOT,
Interne des hôpitaux.

MM. Landouzy, Gougerot et Salin ont rapporté, dans la séance de l'Académie de médecine du 11 octobre 1910, l'observation d'un homme de trente-huit ans atteint de tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement avec subictère, anémie très prononcée (1.050.000 globules rouges), réaction myéloïde intense. La résistance globulaire était diminuée ($H^1 = 0,54$). Il n'y avait pas d'hémolysine dans le sérum.

Les auteurs admettent l'hypothèse de « la nature bacillaire de cette fragilité globulaire déterminant l'hémolyse et, partant, l'anémie, le subictère et l'urobilinurie ».

Nous avons eu, ces temps-ci, l'occasion d'observer un cas qui est à rapprocher du précédent. Il s'agit d'un tuberculeux, âgé de trente-cinq ans, avec ramollissement des sommets. Tuberculose à marche rapide. Le malade ne présente pas de subictère. Sa rate est percutable sur trois travers de doigt.

Pratiquant systématiquement la recherche d'une hémolysine dans le sérum de nos malades, nous avons décelé chez lui la présence constante d'une isolysine et d'une autolysine.

Le sérum, après formation du caillot, apparaissait laqué. En ajoutant à XX gouttes de ce sérum une goutte d'hématies déplasmatisées d'un sujet sain, l'hémolyse se produisait d'emblée, intense, à la température du laboratoire.

Après chauffage à 56 degrés, l'hémolyse ne se produisait pas. Mais le sérum réactivé après le chauffage hémolysait.

Ces diverses épreuves prouvaient l'existence d'une *isolysine* dans le sérum.

Le sérum de notre malade avait également une action hémolysante très nette sur ses propres hématies déplasmatisées (*autolysine*).

La résistance globulaire recherchée par le procédé des hématies déplasmatisées était normale. L'hémolyse débutait à 0,44 avec une solution de NaCl à 9 p. 1.000.

Les hématies étaient au nombre de 2.824.000. Une hématie nucléée pour 200 hématies. Pas d'hématies granuleuses.

On comptait 6.900 leucocytes avec un pourcentage de :

89 polynucléaires neutrophiles.
7 grands mononucléaires.
4 myélocytes neutrophiles.

Ces deux observations, sauf en ce qui concerne le subictère accompagnant l'anémie qui n'existait pas chez notre malade, méritent d'être mises en parallèle : dans l'un et l'autre cas existe une anémie accentuée avec état hémolytique. Dans le premier, l'hémolyse est due à la fragilité globulaire sans hémolysine dans le sérum. Dans le second, l'hémolyse est imputable à une hémolysine dans le sérum sans fragilité globulaire.

Ces états hémolytiques doivent être vraisemblablement mis sur le compte de la bacillose qui dans un cas agit en fragilisant les globules, dans l'autre en déterminant dans le sérum l'apparition d'une substance globulicide. On peut émettre l'hypothèse que ce sont là deux processus identiques; Widal et Philibert (1), puis Chauffard et Troisier (2) n'ont-ils pas montré, dans certains cas, que les hématies fragiles étaient des hématies sensibilisées? Tantôt l'hémolysine est libre dans le sérum, tantôt elle est fixée sur les hématies.

(1) WIDAL et PHILIBERT. La fragilité globulaire chez certains ictériques congénitaux, *Gaz. des hôpit.*, 19 sept. 1907.

(2) Jean TROISIER. *Rôle des hémolysines dans la genèse des pigments biliaires et de l'urobiline*, Th. de Paris, 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUIN 1911)

Recherche du virus dans les organes d'un enfant atteint de poliomyélite aiguë. — MM. R. LANDSTEINER, C. LEVADITI et C. PASTIA. La question des portes d'entrée du virus de la poliomyélite aiguë et du mode qui assure la transmission de la paralysie infantile est loin d'être élucidée. MM. Landsteiner, Levaditi et Pastia ont observé un cas où ils ont décelé la présence du virus de la maladie de Heine-Medin dans l'*amygdale et le pharynx* chez un enfant ayant succombé en pleine attaque de poliomyélite.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait que la poliomyélite a débuté par des symptômes manifestes d'angine lacunaire, et que le virus spécifique a été décelé précisément dans les amygdales et le pharynx. Il semble donc très probable que le microbe filtrant de la poliomyélite a eu comme portes d'entrée dans ce cas les amygdales et la muqueuse laryngée.

Si on rapproche de ce fait les constatations de Flexner et Lewis (1) qui ont décelé le virus dans la muqueuse nasale des singes infectés par la voie cérébrale, on appréciera le rôle capital des sécrétions de la gorge et du nez au point de vue de la contagion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1911)

De l'éducation de l'intestin. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Fernet, M. PINARD déclare partager complètement les mêmes idées et depuis longtemps. Il rappelle les recommandations qu'il a faites, dans son *Traité de la puériculture*, sur l'éducation de l'intestin de l'enfant et les conférences qu'il a faites sur le même sujet dans les écoles primaires. Malgré tout, cette éducation intestinale restera l'apanage de quelques privilégiés. Trop de mères manquent de temps et des moyens nécessaires pour s'occuper, comme il le voudrait, de l'éducation intestinale de leurs enfants.

Il y a lieu d'espérer que la communication de M. Fernet éveillera l'attention sur cette très importante question.

M. GARIEL rappelle que M. Monod a insisté sur les bons effets de la position accroupie. Il est regrettable que la plupart des cabinets d'aisance soient construits de façon à rendre difficile cette position accroupie si avantageuse. Il y aurait lieu de remédier à cet inconvénient ainsi qu'à celui que présentent les nouveaux appareils qui empêchent de se rendre compte des résultats obtenus.

M. FERNET partage complètement l'avis de MM. Monod et Gariel sur les avantages de la position accroupie, qui favorise l'effort et s'oppose à la production des hernies en fermant les canaux inguinaux. Mais pour les vieillards, cette position est bien difficile à prendre avec les dispositions actuelles des cabinets d'aisance. Il faudrait abaisser les sièges, et placer des points d'appui permettant aux personnes âgées de pouvoir se relever facilement. M. Fernet remercie MM. Pinard et Gariel de l'appui qu'ils ont apporté à sa communication.

Gastroscopie par vision indirecte. — MM. MOURE et COUBAUD présentent le résultat de leurs recherches faites par l'examen direct de l'estomac à l'aide du périscope, instrument basé sur le principe du cystoscope.

Cette méthode d'exploration, surtout employée en Allemagne depuis très peu de temps du reste, paraît devoir donner des résultats appréciables. C'est ainsi que les auteurs ont pu reconnaître l'existence de cancer de la région pylorique ou de la grande courbure de l'estomac dont ils ont parfaitement vu les contours et les saillies.

Dans d'autres cas, alors que le diagnostic paraissait hésitant ils ont pu, grâce à ce mode d'examen, reconnaître l'existence ou d'ulcères ou d'ulcéro-cancers. La plupart du temps l'opération ultérieure ou l'examen microscopique a permis de vérifier l'exactitude des données fournies par la gastroscopie. Aussi, les auteurs n'hésitent pas à tirer de leurs recherches des conclusions importantes.

Ils pensent en effet que si la gastroscopie est une méthode délicate mais non dangereuse en des mains exercées et prudentes, elle est beaucoup plus simple, beaucoup plus facile et infiniment moins grave que la laparotomie exploratrice. Elle renseigne beaucoup mieux sur le siège, la forme, le point de départ et l'aspect de la lésion. Tantôt elle permet d'asseoir un diagnostic. D'autres fois, au contraire, elle le rectifie et permet à la chirurgie d'agir activement à la période où certaines tumeurs même malignes de la paroi stomacale peuvent encore bénéficier d'un acte opératoire.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmoreck. — M. ROBIN analyse un travail de M. Ch. Mongour, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux sur ce sujet.

Les résultats que M. Mongour a obtenus sont très favorables. S'ils paraissent moins évidents dans les formes chroniques, ils sont nets dans les formes aiguës fébriles. Aucune méthode thérapeutique ne lui a donné des résultats comparables soit en clientèle, soit à l'hôpital où les conditions d'hygiène générale sont si peu favorables aux tuberculeux.

Mais le traitement doit être prolongé. Les traitements irréguliers ou insuffisants ne mettent pas à l'abri des récidives et peuvent jeter le discrédit sur une médication puissante.

Tumeurs vasculaires sous-cutanées et sous-muqueuses guéries par le radium. Histologie de la régression des angiomes. — MM. WICKHAM et DEGRAIS présentent une note sur le traitement des nævi vasculaires par le radium, qui complète leur première communication faite à l'Académie en octobre 1907.

Parmi les cas qu'ils ont traités depuis six ans, il y a eu des tumeurs vasculaires sous-cutanées et sous-muqueuses sans participation de la peau ou de la muqueuse à l'évolution nævique; ce sont les résultats obtenus sur ces formes d'angiomes dont ils étudient le traitement.

Les tumeurs, malgré leur volume, ont régressé entièrement sous l'influence d'un radium grâce à des doses spéciales, sans la moindre altération des tissus sus-jacents.

Les sièges de ces angiomes étaient la joue, la lèvre, la langue, la région cervico-scapulaire, le tragus, les paupières, etc.

Dans un cas d'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu inopérable, il y eut régression très manifeste.

Les auteurs présentent aussi les photographies d'angiomes monstrueux sous-cutanés, mais intéressant la peau, qui ont guéri eux aussi.

Ils conseillent quelquefois dans ces cas, après les irradiations radiques qui auront déjà en partie sclérosé les tissus, l'introduction de tubes radifères.

Chez un enfant de quelques mois qui dépérissait et allait succomber en raison des tumeurs multiples qui lui couvraient le visage et lui obstruaient les yeux, la bouche et le nez, véritable monstruosité incurable, le traitement par le radium méthodiquement employé parvint peu à peu, sans déterminer

(1) *Journ. of the Americ. med. assoc.*, 1910.

de douleurs, à améliorer cet état; trois ans après le début du traitement, le visage de l'enfant est devenu normal et son état général excellent. Les auteurs ont traité ainsi environ trente cas de ceux classés dans les monstruosités et considérés comme irrémédiables.

Il ne s'agit pas, en effet, dans les cas qui sont rapportés, de ces angiomes érectiles de dimensions petites ou moyennes que divers moyens thérapeutiques peuvent guérir tout aussi bien que le radium.

Grâce à la collaboration du docteur Gaud, les auteurs ont pu, d'autre part, apporter l'étude histologique sériée de la régression des nævi vasculaires sous l'influence du radium.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1911)

Lésions intestinales de la diarrhée chronique des bovidés (entérite paratuberculeuse). — MM. Moussu et Faroy étudient les lésions provoquées dans l'intestin par un bacille acido-résistant, paratuberculeux, au cours de la diarrhée chronique des bovidés.

Macroscopiquement, ces lésions, plus marquées sur le gros intestin, consistent surtout en congestion de la muqueuse, qui présente rarement de très petites exulcérations, et en hypertrophie de la sous-muqueuse.

Microscopiquement, réaction inflammatoire intense du type subaigu ou chronique, avec atrophie, ou transformation muqueuse ou kystique des glandes, suivant les points; par contre, prolifération énorme du tissu conjonctif muqueux et sous-muqueux, avec cellules géantes, cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes, jamais groupées cependant de façon à donner même l'apparence d'un follicule tuberculeux; enfin congestion généralisée de toutes les tuniques.

Les bacilles se rencontrent, parfois très abondants, dans le tissu conjonctif muqueux ou sous-muqueux, dans les cellules géantes et dans les lympathiques, jamais dans les cellules glandulaires. Les ganglions mésentériques en sont farcis.

Insuffisance thyroïdienne et appareil hépatique. — M. Léopold-Lévi étudie l'influence du corps thyroïde sur la *fonction biliaire* (matières colorantes acides et sels biliaires, prurit, chloasma, lithiase biliaire). Sur la *fonction glycogénique* (glycosurie alimentaire chez l'animal et chez l'homme). Sur la *fonction uréogénique* (passage d'ammoniaque dans l'urine par la thyroïdectomie, disparition de l'alcalinité d'urine par le traitement thyroïdien). Sur la *fonction coagulante* ralentie et affaiblie dans la maladie de Basedow, accélérée et renforcée dans la cachexie strumiprive. Sur la *fonction anti-infectieuse*. Au foie sera dévolue la sécrétion des cytolysines naturelles, le corps thyroïde déverserait dans le torrent circulatoire, des substances qui seraient les excitants, en quelque sorte spécifiques de cette sécrétion.

Mode de développement de la dégénérescence amyloïde dans le cerveau. — MM. R. Mignot et L. Marchand (de Charenton). La dégénérescence amyloïde envahit d'abord les vaisseaux; l'endothélium vasculaire résiste plus longtemps. L'infiltration entraîne le rétrécissement de la lumière des vaisseaux tout en augmentant l'épaisseur de leurs parois. Dans les zones où l'infiltration est peu avancée, les cellules nerveuses sont déjà très altérées; elles sont en voie d'atrophie. La névroglie ne présente aucune prolifération. Les zones corticales où la dégénérescence atteint son maximum ne sont plus constituées que par des blocs réfringents formés par les parois hypertrophiées des vaisseaux. Quelques vaisseaux sont encore perméables. Les cellules nerveuses ont disparu; il ne persiste que quelques rares fibres à myéline en voie d'atrophie. L'infiltration amyloïde n'a aucune tendance à envahir les cellules nerveuses qui disparaissent par atrophie dès que les vaisseaux sont atteints. Elle reste localisée à la substance grise corticale; la substance blanche sous-corticale reste indemne. La pie-mère est envahie en certains endroits. La dégénérescence est apparue ici sur un cerveau préalablement atteint de méningo-encéphalite diffuse subaiguë.

Influence de l'albumine du suc musculaire sur l'hémoglobinurie provoquée par son injection. — MM. Achard et Feuillié ont injecté comparativement, à deux chiens, une solution d'hémoglobine musculaire préparée par macération aqueuse du muscle et dans laquelle ils avaient produit, d'une part un précipité albumineux, de l'autre un précipité minéral. Le premier, obtenu par addition de sel marin, entraînait moins d'hémoglobine que le second, formé de phosphate de chaux. Or, c'est cependant le second liquide qui détermina la plus forte hémoglobinurie (59 p. 100 contre 14 p. 100). Comme dans leurs expériences précédentes, ils ont donc constaté ici l'absence du rapport entre l'hémoglobine de l'urine et celle injectée.

Par contre, puisque la disparition d'une certaine proportion des albumines diminue pour le liquide musculaire la propriété de provoquer l'hémoglobinurie, il semble qu'il y ait une relation entre la toxicité de ce liquide et l'hémoglobinurie. D'autant plus que l'injection d'une faible quantité de ce liquide produit seulement l'albuminurie sans hémoglobinurie.

ANALYSES

MÉDECINE

Lait au salvarsan. (Jesionek. *Münch. med. Woch.*, 30 mai 1911, n° 22.) — Taege, Duhot et ultérieurement Dobrobist et Raubischek ont rapporté l'histoire de nourrissons hérédo-syphilitiques considérablement améliorés après que leur mère eut reçu une injection de 606. Ces auteurs, n'ayant pas trouvé d'arsenic dans le lait, pensèrent que des anticorps spécifiques se forment dans l'organisme maternel, passent dans le lait et influencent d'une façon favorable la syphilis de l'enfant. Ehrlich accepte cette interprétation.

Jésionek, contrairement à ces auteurs, a pu déceler l'existence très nette d'arsenic dans le lait de femme et dans le lait de chèvre, après injection de 606. Il rapporte ensuite deux observations montrant que l'injection de salvarsan à la mère ne produit pas toujours chez le nourrisson des effets salutaires. Dans ces deux cas les nourrissons porteurs eux-mêmes de lésions syphilitiques localisées présentèrent, immédiatement après une injection intraveineuse de salvarsan faite à leur mère, une éruption syphilitique généralisée absolument caractéristique. Une deuxième injection intraveineuse faite aux mères entraîna, chez les deux nourrissons, une nouvelle poussée de syphilides généralisées. Chez le deuxième enfant l'état général fut même un moment inquiétant.

Jésionek admet qu'il peut passer dans le lait, consécutivement à l'injection de salvarsan, trois ordres de substances :

1° Un composé arsenical;

2° Des anticorps, comme le pense Ehrlich;

3° Des endotoxines nées dans l'organisme maternel de la destruction massive des spirochètes.

L'arsenic produit chez les nourrissons une destruction considérable de tréponèmes et met en liberté une grande quantité d'endotoxines. Or, Ehrlich a mis en garde contre le traitement par l'arsenobenzol des syphilis graves du nourrisson ; ce traitement entraîne dans ce cas une destruction si massive des tréponèmes dont la quantité est ici considérable, que les endotoxines mises en liberté peuvent déterminer une intoxication mortelle.

Jésionek pense qu'on peut peut-être invoquer une sem-

blable pathogénie pour expliquer la généralisation subite des accidents chez ses petits malades. Il se peut que les injections intraveineuses employées par lui chez les mères, en favorisant le passage dans le lait de plus grandes quantités d'arsenic, aient été l'origine des accidents. Taege et Duhot avaient en effet employé les injections intramusculaires permettant une résorption plus lente de l'arsenobenzol, et une mise en liberté plus lente des endotoxines.

Jésionek s'est demandé si dans les cas favorables on peut réellement invoquer l'influence d'antitoxines passant dans le lait. Ayant eu l'occasion de soigner une enfant de cinq ans atteinte de syphilis acquise se traduisant par un chancre de la lèvre et des plaques muqueuses au niveau des amygdales et des organes génitaux, l'auteur eut l'idée de lui faire prendre pour tout traitement du lait d'une chèvre, ayant reçu immédiatement avant 0g60 de salvarsan intraveineux. Ce lait ne laissait du reste déceler aucune trace d'arsenic. Sous l'influence de ce seul traitement les manifestations syphilitiques, qui persistaient en s'aggravant depuis trois mois, subirent en six jours une régression extraordinaire. La chèvre reçut encore 1 gramme de salvarsan dans les veines et l'enfant continua à en boire le lait : six jours plus tard les éruptions syphilitiques avaient presque complètement disparu.

Il ne peut, dans ce cas, être question d'une action des antitoxines syphilitiques ; c'est là un nouveau procédé de traitement qui mérite d'être expérimenté. A. LEMIERRE.

Le signe de Grocco dans les pleurésies. (J. C... *Arch. de méd. des enf.*, Rev. gén., oct. 1910.) — Mise au point très intéressante, des discussions et des théories, sur la pathogénie et la valeur de ce signe dans la pleurésie. Après un exposé très complet de tous les travaux parus sur la question l'auteur formule à peu près les conclusions suivantes :

Le triangle paravertébral opposé, signe de Grocco, est *constant* dans les épanchements pleuraux assez importants, et dans les pneumothorax s'accompagnant de liquide en assez grande abondance ; les dimensions de ce triangle sont en rapport avec l'abondance de l'épanchement.

Le *signe de Korangi* (submatité vertébrale) accompagne le triangle de Grocco, et a une importance diagnostique, quand il siège sur les vertèbres dorsales inférieures ; le *signe de Hamburger* (zone paravertébrale de sonorité relative, du côté de l'épanchement) est également très fréquent dans les épanchements pleuraux.

Le triangle de Grocco et la submatité vertébrale ne s'observent pas dans les affections pulmonaires inflammatoires aiguës ou chroniques, ni dans les pleurésies enkystées, interlobaires, sauf si elles sont très étendues et en relation immédiate avec la colonne vertébrale. L. BABONNEIX.

La poliomyélite épidémique. Maladie de Heine-Medin. (Mme le docteur TINEL-GIRY. Th. de Paris, 1911, A. Leclerc, édit.) — Cette remarquable thèse représente le plus considérable ouvrage d'ensemble qu'il y ait actuellement sur la maladie de Heine-Medin et elle réunit une grande richesse de documents personnels et originaux, cliniques ou anatomopathologiques.

C'est de l'analyse de 156 observations intégralement rapportées au début de l'ouvrage que l'auteur tire de précieux renseignements pour écrire ses chapitres d'épidémiologie, d'étiologie et de clinique.

S'occupant surtout de l'épidémie récente de 1909-1910, Mme Tinel-Giry montre que la maladie a procédé par poussées saisonnières (août, sept., oct.) et qu'elle tend à devenir endémique. Les cas isolés de paralysie infantile ne seraient que des manifestations sporadiques de la même affection.

Beaucoup moins contagieuse qu'épidémique, il faut attribuer aux « porteurs de germes » un rôle important dans l'extension de la maladie.

Cliniquement, la poliomyélite épidémique peut se présenter sous différents types et on peut reconnaître :

1° Des formes communes répondant au tableau classique ;

2° Des formes rares avec manifestations surajoutées pyramidales, sensitives, névritiques, cérébrales ;

3° Des formes frustes particulièrement intéressantes au point de vue prophylaxie et ne pouvant être confirmées que par le pouvoir neutralisant du sérum.

Le long chapitre consacré à l'étude anatomo-pathologique de la poliomyélite est d'une lecture particulièrement intéressante et facile, grâce à un grand nombre de belles planches. Deux types anatomiques de lésions peuvent s'observer :

1° Le *type inflammatoire* « où la prolifération des cellules conjonctives, interstitielles, périvasculaires et même méningées, s'associe à l'altération des cellules nerveuses et contribue à les faire disparaître par neuronophagie » ;

2° Le *type dégénératif* « où les cellules nerveuses altérées disparaissent par histolyse avec un minimum de réactions inflammatoires ».

Ces deux types s'associent et, suivant le segment médullaire où porte l'examen, on peut observer la prédominance de l'un ou de l'autre.

Pour l'auteur, la lésion initiale et essentielle est bien une altération de la cellule nerveuse qui est adultérée par un virus fixé électivement sur elle.

La pathologie comparée montre que d'autres affections comme la rage, la maladie des jeunes chiens, ont de même une comparable affinité.

Groupant toutes les recherches expérimentales qui ont été faites ces temps derniers, l'auteur schématise les points acquis :

1° La poliomyélite est transmissible aux différentes espèces de singes.

2° L'inoculation donne des résultats par les voies les plus diverses.

3° Le virus ayant une affinité pour la moelle et le bulbe peut cependant se rencontrer dans d'autres points de l'organisme : écorce cérébrale, pulpe splénique, muqueuse pituitaire.

4° Le virus appartient au groupe des virus filtrants.

Dans la poliomyélite expérimentale, les lésions sont superposables aux lésions humaines.

Lorsque le singe survit à la maladie il est immunisé et son sérum est neutralisant vis-à-vis du virus de la poliomyélite.

Ce sérum possède enfin des propriétés immunisantes et on a tenté son emploi sérothérapique. Il importe donc de dépister l'affection dès la période préparalytique pour instituer à temps la sérothérapie par voie intrarachidienne.

Cette thèse, si abondamment documentée et illustrée, fera date dans l'histoire clinique de la récente épidémie de poliomyélite et dans l'étude anatomo-expérimentale de la maladie de Heine-Medin (1). P. GASTINEL.

CHIRURGIE

Empoisonnement par l'oxyde de carbone terminé par la gangrène des deux jambes. (Angus Mc LEAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LVI, n° 20, 20 mai 1911, p. 1455-1457.) — L'empoisonnement par l'oxyde de carbone est loin d'être rare ; c'est l'oxyde de carbone qui joue un des principaux rôles dans l'empoisonnement par le gaz d'éclairage. Les symptômes du début guérissent assez vite, mais il ne faudrait pas croire que la guérison soit dès lors assurée. Une grande partie des globules du sang a été détruite ; il faut du temps pour qu'ils se régénèrent ; d'où une longue période de convalescence où la nutrition des tissus est défectueuse. C'est cette mauvaise nutrition qui explique le cas de gangrène rapporté

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 9, p. 127 ; n° 12, p. 166 ; n° 18, p. 267, et n° 21, p. 304.

par l'auteur; il s'agit là d'une complication très rare, mais intéressante.

Homme de vingt-deux ans, empoisonné accidentellement par du gaz d'éclairage contenant 7 p. 100 d'oxyde de carbone. Coma pendant quarante-huit heures; au bout de cinq jours, guérison apparente sauf que le malade se plaint de douleurs dans les jambes. Sept jours après l'accident, douleurs violentes, œdème et plaques brunâtres sur la peau au-dessous des genoux. Les plaques sont froides et insensibles. Deux semaines après, gangrène humide. Amputation des deux jambes. Convalescence très orageuse. Escarres nombreuses, gangrène des lambeaux, globules du sang dégénérés, peu de leucocytes, pas de coagulabilité du sang. Une seconde régularisation des moignons devint nécessaire. Guérison complète quatre mois après l'empoisonnement.

L'auteur rapporte également un cas de thrombose de la veine axillaire après empoisonnement par l'oxyde de carbone. Ces deux cas démontrent combien il faut peu se presser de déclarer les malades guéris. F. GARDNER.

Les rétrécissements congénitaux des voies biliaires et leur traitement chirurgical. (VEAU. *La Clinique infantile*, 15 sept. 1910, n° 18, p. 551.) — L'auteur rapporte tout d'abord une observation personnelle, puis il rappelle le mémoire consacré par Mathieu (*Rev. de chir.*, janv. 1908) à cette question. Depuis la publication de ce mémoire, il existe quatre nouvelles observations étrangères, soit un total de 24. Sur 11 opérations, on ne rapporte que 2 guérisons : la vérité paraît être que, bien souvent, l'affection est méconnue. Pour M. Veau, l'*ictère* et la *tumeur* constituent les deux *symptômes importants* qui doivent commander l'intervention ; l'ictère seul est une indication suffisante, quand il a les caractères de l'ictère par rétention, et que l'on est sûr de ne pas être en présence d'un ictère infectieux : la tumeur est également un symptôme presque constant. M. Veau insiste tout spécialement sur la stagnation de poids. L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies du cœur (1), par le docteur J. MACKENSIE, traduit par le docteur A. FRANÇON; préface du professeur VAQUEZ.

Suivant l'expression de M. Vaquez, ce livre est plus un traité de l'*insuffisance cardiaque* qu'un traité *didactique* des maladies du cœur. Pour M. Mackensie ce qu'il importe surtout de noter et d'évaluer c'est l'aptitude fonctionnelle du cœur, et par conséquent ce qu'il importe surtout d'étudier c'est la valeur de la contraction cardiaque, son effet sur le système circulatoire périphérique ou viscéral, à l'état physiologique ou pathologique.

L'ouvrage débute par l'étude des fonctions fondamentales des cellules du cœur et plus spécialement par une exposition très complète de la théorie myogène de la contraction du cœur, complétée par un schéma très clair du développement embryologique de cet organe, destiné à faire mieux comprendre encore le rôle des ganglions, du faisceau de His, etc.

Avec un grand sens clinique l'auteur expose ensuite comment l'on doit examiner un cardiaque, quels sont les signes subjectifs et objectifs que l'on doit rechercher, et parmi ceux-ci il insiste plus volontiers sur les phénomènes réflexes ou de défense, tels l'angine de poitrine, et surtout sur les méthodes graphiques; à ce propos l'auteur expose la technique du sphygmographe, du polygraphe clinique, du polygraphe à encre, etc., puis il étudie longuement la position et les mouvements du cœur, et plus spécialement encore le pouls artériel, la pression artérielle, le pouls veineux; ce dernier chapitre est particulièrement intéressant, en raison des nombreux tracés qui en facilitent la compréhension.

Ces considérations générales une fois terminées, c'est alors l'étude des modifications pathologiques qui commence, tout d'abord la tachycardie, puis la bradycardie, puis l'arythmie; enfin, le chapitre si important des extra-systoles fait l'objet d'un exposé très clair et très complet.

Un second groupe des affections cardiaques est constitué par celles qui relèvent d'une altération des fonctions conductrices du tissu cardiaque (maladie de Stokes Adam, rythme ventriculaire), ou d'un épuisement de la contractilité (pouls alternant), d'un manque de tonicité (dilatation du cœur).

La troisième partie de l'ouvrage comprend l'étude des affections fébriles du cœur, myocardite, péricardite, puis l'étude des lésions *valvulaires*, qui n'ont, pour cet auteur, pas d'autre particularité intéressante que celle de provoquer l'insuffisance cardiaque. L'ouvrage se termine par l'étude de la cardio-sclérose (cœur sénile), de la médiastino-péricardite adhésive, enfin par la discussion du traitement à opposer à tous ces multiples troubles.

Il faut ajouter, qu'en une suite d'appendices annexés à l'ouvrage l'auteur développe des considérations très instructives sur *le pouls dans l'angine de poitrine*, sur le *rythme nodal*, sur les *effets de la digitale*, sur l'*électro-cardiogramme* (ce dernier chapitre rédigé par le docteur Thomas Lewis).

Une bibliographie comportant plus de 450 indications termine cet important ouvrage.

Ce livre nous révèle, comme l'écrit dans sa préface M. Vaquez, « une foule de notions insoupçonnées et des plus fécondes en renseignements, sur le rythme normal et pathologique du cœur », et sa lecture sera surtout intéressante pour ceux qui s'intéressent spécialement à toutes les acquisitions récentes concernant la pathologie cardiaque. L. BABONNEIX.

(1) Paris, F. Alcan.

Manuel de culture physique (1), par le docteur PAGÈS, docteur ès sciences.

En France, depuis quelques années, se dessine un mouvement très net de la jeunesse vers les sports et les exercices physiques. Aussi quoi d'étonnant si on assiste à une véritable éclosion de Manuels, de Précis, de Traités de culture physique, de sports ou de gymnastique physiologique, qui prouvent par leur multiplicité l'importance attachée à cette question.

De toutes parts on a poussé un cri d'alarme, un cri de déchéance nationale, et on a indiqué le remède à suivre, qui consiste à rénover les organismes par le travail, les sports et les exercices physiques. A notre vieux monde latin enlisé dans l'inaction et le rêve, à notre bourgeoisie jadis si méprisante pour les exercices corporels, on a montré l'utilité d'une éducation respiratoire et l'importance d'une gymnastique oxydatrice, euphorétique.

Au milieu de ces nombreuses publications, nous citerons en particulier le *Manuel de culture physique* du docteur Pagès, auteur bien connu du monde médical pour ses bons livres d'hygiène (*l'Hygiène pour tous* et *l'Hygiène des sédentaires*) et du monde sportif pour ses articles de vulgarisation sur l'utilité et l'hygiène des sports.

« Ne cesse pas de modeler ta statue » sert d'exergue à ce petit livre si substantiel. L'auteur a voulu montrer ainsi la nécessité de *s'exercer chaque jour*, afin d'arriver à cet équilibre parfait du physique et du moral et de *doser l'exercice* pour ne jamais atteindre la fatigue, qui en détruirait tout le bénéfice. *Cette gymnastique journalière est une école de volonté à longue échéance*, par l'obligation que l'on s'impose de vaincre tous les jours des difficultés souvent sérieuses.

« Bien se porter, écrit Pagès, être beau et fort à un certain

(1) Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

degré sont les conditions premières de notre *bonheur* comme de nos *devoirs* : sans elles on ne saurait goûter les plaisirs de la vie, ni accomplir le devoir essentiel, qui est bien la réalisation de quelque chose d'incontestablement utile. »

En vrai sage, le docteur Pagès ne s'est inféodé à aucun des partis extrêmes (méthode amorosienne ou des agrès, méthode de Ling ou des attitudes), mais en éclectique, en homme qui a pratiqué les sports, *il a écrit un livre vécu*. « C'est pour combattre, nous dit-il, une maladie nerveuse *atterrante* contractée dans la jeunesse qu'il a demandé le calme de ces phénomènes nerveux à la culture physique. » D'ailleurs les nombreuses figures qui sont intercalées dans le texte sont la reproduction des mouvements exécutés et conseillés par notre distingué confrère.

Devant la biologie si complexe, Pagès répugne à croire qu'il n'y ait qu'une formule de culture physique et pense, comme nous, que *la gymnastique oxydatrice est fonction de la quantité de travail et de son exécution en plein air, mais non de sa qualité ni d'une méthode spéciale quelconque*.

Aussi il passe en revue les exercices de pure culture, c'est-à-dire sans but immédiat, tels que la marche, la course, le saut et les exercices en chambre avec appareils élastiques, altères, appareils à résistance continue et exercices à mains libres qui ont des effets salutaires sur tout l'organisme.

Puis il étudie les exercices de nutrition et de santé (les diverses respirations thoracique, abdominale, etc.). « Il ne suffit pas, dit-il, d'introduire l'air neuf, l'*air sylvestre* de Lavoisier, il faut encore expulser aussi complètement que possible l'air qui a déjà servi, l'*air alvéolaire*, portion la plus viciée de l'*air vital*, qui contient 4,6 de CO^2 à l'inspiration et 5,4 à l'expiration. *Chaque sport n'a-t-il pas son souffle?* Il montre l'action stimulante de l'exercice sur la circulation centrale et périphérique, sur l'urination (verre d'eau fraîche prise le matin), sur la défécation et le dépoisonnement général de l'organisme. Pour diminuer la toxicité urinaire, il ne connaît pas de moyen plus recommandable que la marche du matin et l'exercice en chambre du soir. Il étudie également les exercices de relation, d'activité et de beauté, enfin les exercices d'application qu'il divise en exercices d'agrément (tennis, football, pelote basque), la défense du corps sans armes (self-defense), le canotage, l'escrime et la bicyclette, nuisible instrument qui altère si souvent le cœur et prépare un lit aux grandes infections microbiennes : fièvre typhoïde et tuberculose. « Si le football est le plus meurtrier des jeux en Amérique (Conghlin); si le canotage force beaucoup de cœurs en Angleterre, c'est la bicyclette qui fait le plus de mal en France. »

Avec le docteur Sélig, Pagès affirme « que si la pratique modérée et rationnelle des sports constitue un moyen excellent de parfaire le développement physique, *l'excès des exercices sportifs constitue un véritable attentat contre la santé* ».

Enfin, dans les indications, il tient compte du sexe, de l'âge et donne le plan de chaque séance pour les enfants, les adolescents, les adultes, les hommes d'âge mur et les vieillards.

Dans le déclin, « il faut, suivant Vauvenargues, entretenir la vigueur du corps pour conserver celle de l'esprit ». C'est par l'exercice quotidien que les vertes vieillesses se prolongent. Nous souhaitons que les sédentaires entendent ces sages paroles, pour éviter la rouille précoce de la vie!

Ce manuel, écrit dans une langue captivante, mérite d'être lu et médité, car il donne le moyen pratique de vivre en beauté, en santé. L'exercice restera donc pour l'humanité l'éternelle fontaine de Jouvence. Dr BONNETTE.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE

DÉFINITION. — Il faut comprendre, sous ce nom, les *hépatites aiguës terminées par suppuration*, cette définition permettant d'éliminer certaines dégénérescences suppuratives qui s'observent au cours du cancer, ainsi que le *kyste hydatique suppuré*, dont l'histoire clinique a déjà été étudiée (voir *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 13, p. 186, « symptômes et diagnostic du kyste hydatique du foie »). Nous n'étudierons pas davantage dans cet article les ABCÈS TUBERCULEUX, *abcès caséeux*, *abcès froid* (Lannelongue), en raison de leur rareté, et de leur étiologie trop spéciale.

ETIOLOGIE. — Les abcès du foie peuvent s'observer à la suite de plaies pénétrantes, de traumatismes, de contusions de l'organe, comme à la suite de suppurations de voisinage, etc., mais en réalité l'étiologie des suppurations hépatiques se résume surtout dans les quatre causes suivantes : 1° les suppurations au cours des affections *biliaires* (*angiocholites*) ; 2° les abcès au cours des *maladies infectieuses*; 3° L'ABCÈS DYSENTÉRIQUE ; 4° enfin les abcès, au cours des *affections septiques du tube digestif* autres que la dysenterie.

Les recherches récentes sur l'origine septicémique de la plupart des infections des voies biliaires, ne permettent plus d'opposer absolument ces différentes variétés d'abcès. Loin de séparer les infections biliaires ascendantes et les infections d'origine sanguine, il faut au contraire insister sur la fréquence de l'origine septicémique de ces infections, origine amplement démontrée aujourd'hui par les hémo-cultures et les inoculations. Néanmoins pour la commodité de la description, il est possible de diviser l'étude des suppurations hépatiques en deux chapitres distincts : les suppurations d'origine biliaire (*angiocholites*), et les suppurations d'origine sanguine (artérielle et veineuse), l'ABCÈS DYSENTÉRIQUE étant de beaucoup, de toutes ses variétés, la forme la plus intéressante.

Nous allons successivement étudier ces deux variétés de suppurations hépatiques : nous serons bref en ce qui concerne la description des suppurations d'origine biliaire, comme de certaines suppurations d'origine sanguine, nous réservant d'insister davantage sur l'ABCÈS DYSENTÉRIQUE.

A. **Suppurations d'origine biliaire.** — BACTÉRIOLOGIE : l'agent le plus habituel de ces suppurations est le *coli-bacille* (Gilbert); c'est ensuite, le *bacille d'Eberth* qui, soit par voie ascendante, soit souvent par voie sanguine, envahit la vésicule, où il prolifère (Lemierre Audibert). Plus rarement on observe le *streptocoque*, le *staphylocoque*, le *tétragène*, l'*entérocoque*.

PATHOGÉNIE.— L'infection biliaire ascendante est favorisée, par l'obstruction des voies biliaires ; Charcot et Gombaut ont en effet réalisé ces abcès, chez le lapin, par simple ligature du cholédoque ; cliniquement, c'est l'obstruction calculeuse qui est la cause la plus fréquente de cette variété d'abcès ; ils peuvent s'observer également, toutefois, au cours de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, etc., mais alors, ils reconnaissent bien plus souvent une infection par voie sanguine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions sont variables suivant la durée de l'infection : elles s'étendent, de la congestion aiguë (*forme catarrhale*), aux petits abcès minuscules, *abcès miliaires* de Cruveilhier, *canaliculaires* de Joffroy, *périangiocholitiques* de Charcot et Gombault, *aréolaires* de Chauffard ; ces derniers abcès sont constitués par des cavités irrégulières, anfractueuses, communiquant entre elles. Ils contiennent un pus épais, coloré en vert par la bile (*abcès biliaires*). On y trouve souvent de petits calculs; il n'est pas rare d'y rencontrer *des gaz*.

La paroi de l'abcès est constituée, soit par le canal biliaire, soit par le parenchyme hépatique; ces abcès siègent surtout au niveau de l'*espace de Kiernan*. Si l'inflammation dure depuis longtemps, la paroi hépatique est envahie par du tissu conjonctif formant alors une véritable membrane pyogénique. L'on peut observer, parfois, de la périhépatite suppurée, ou adhésive, mais ces lésions sont surtout l'apanage des angiocholites extrahépatiques, de la cholécystite.

Symptomatologie. — Lorsque cette angiocholite survient, au cours d'une infection générale, elle est souvent méconnue; les symptômes sont surtout caractéristiques, dans l'angiocholite calculeuse; le symptôme capital en est la fièvre : c'est la fièvre *bilioseptique* de Chauffard, avec ses 3 stades bien connus de frisson, chaleur, sueur, assez différente de la fièvre hépatalgique de Charcot, coexistant souvent avec une colique hépatique; parfois, la fièvre revêt le type *intermittent*, *rémittent*, ou même continu. On note en même temps un retentissement assez marqué sur l'état général (amaigrissement, troubles digestifs), on constate rarement de l'ictère franc, bien plus souvent, il n'y a que du *subictère*; le foie est *douloureux*, quelquefois *hypertrophié*, en masse; la vésicule biliaire est très souvent douloureuse, enflammée, on note de la congestion pulmonaire des deux bases, surtout à droite. Les *urines sont rares*, foncées, ictériques; au moment des accès, la quantité d'urée excrétée baisserait considérablement; la glycosurie alimentaire est fréquente, l'élimination du bleu de méthylène est intermittente; la toxicité urinaire serait augmentée, l'évolution de cette variété d'abcès par angiocholites est le plus souvent fatale, soit, par déchéance complète de l'organisme (hecticité, marasme), soit par une complication (pyohémie, endocardite ulcéro-végétante, cholécystite avec péritonite secondaire).

Le diagnostic de cette variété d'abcès du foie comporte la différenciation de la *fièvre bilioseptique*, et de la *fièvre hépatalgique*, puis de la fièvre des accès d'impaludisme (examen du sang, recherche de l'hématozoaire dans le paludisme, recherche de l'hyperleucocytose dans l'abcès du foie); nous avons vu que les symptômes de la suppuration hépatique peuvent être noyés dans la symptomatologie de la maladie infectieuse, ce ne sera alors qu'un léger subictère, une douleur de la région hépatique qui pourrait éveiller l'attention.

B. Suppuration d'origine sanguine. — *a.* Origine artérielle. — Il faut rapprocher de ces abcès d'origine biliaire, certains abcès d'*origine sanguine* (petits abcès, *de Budd*) que l'on observe au cours des pyohémies chirurgicales ou obstétricales, des fractures compliquées, de la variole, des suppurations diffuses, de l'endocardite, des abcès du poumon, etc.; *anatomiquement* ces abcès pyémiques ressemblent énormément à ceux de la forme précédente; *cliniquement*, en dehors de l'*hypertrophie* légère du foie, qui est parfois *douloureux*, d'un peu de *subictère*, ils ne présentent aucun caractère permettant de les diagnostiquer; ils ne sont souvent découverts qu'à l'autopsie.

b. Origine veineuse. — Beaucoup plus intéressants sont les abcès résultant de l'inoculation du foie par la veine porte: à cette pathogénie se rattachent les abcès que l'on peut observer au cours de toutes les infections intestinales, entérites aiguës et ulcéreuses, tuberculose intestinale, ulcérations de tout le tube digestif, etc.; mais parmi ces formes, les deux variétés les plus intéressantes, à des titres très divers d'ailleurs, sont l'abcès du foie que l'on observe au cours de l'*appendicite*, et l'*abcès du foie dysentérique*.

L'abcès du foie observé au cours de l'appendicite (Dieulafoy, Achard) peut se présenter, soit sous la forme de *grands abcès uniques*, ce qui est rare, soit sous la forme d'*abcès multiples*; dans le pus de ces abcès on rencontre surtout le colibacille, mais aussi, le streptocoque, le staphylocoque. On y a trouvé aussi des anaérobies qui proviennent, sans doute, du foyer *purulent péri-appendiculaire*. La voie de l'infection est la *veine porte, sans qu'il y ait forcément pyléphlébite*; mais il faut bien retenir que ces abcès reconnaissent, dans certains cas, *une origine septicémique*, *biliaire* parfois, ou même qu'ils pourront se développer, par *contiguïté* : c'est en raison de ces origines variables, que s'explique la variété anatomique des formes que peuvent présenter les abcès hépatiques, d'origine appendiculaire.

Cliniquement, l'abcès du foie apparaît tardivement après le début de l'appendicite, souvent même *après l'opération*; il se révèle par une *fièvre élevée*, une *douleur* sourde dans l'hypocondre droit, et souvent de l'*ictère*, le foie est gros, et à l'auscultation on constate des frottements au niveau de la base pulmonaire droite. L'allure clinique rappelle parfois celle des abcès pyohémiques; ces abcès ne s'évacuent, en général, pas au dehors; ils entraînent le plus souvent la mort; leur *diagnostic* est facile, quand l'appendicite est diagnostiquée; ils sont néanmoins à différencier des *cholécystites* suppurées et des *abcès sous-hépatiques*, que peut produire l'appendicite : parfois d'ailleurs l'appendicite est *méconnue*, et le diagnostic étiologique en est alors très délicat.

Nous allons aborder maintenant l'étude d'abcès du foie, qui sont beaucoup plus intéressants à connaître, en raison de leur *fréquence*, de leur *étiologie spéciale*, de leur *allure clinique*, assez typique, de leur *diagnostic*, souvent délicat, enfin du *traitement* qu'ils comportent; nous voulons parler des *abcès du foie consécutifs* à la dysentérie.

(*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Progrès médical. — (N° 20, 20 mai 1911.) Carles : Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses. — Bourgeois : Syphilis et parasyphilis de l'oreille moyenne. — (N° 21, 27 mai.) Malherbe : L'étude du cancer. — Fenard : Adipose douloureuse segmentaire rhizomélique. — Mauclaire : Les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Province médicale. — (N° 20, 20 mai 1911.) E. Dufourt : La question des convulsions dans le coma diabétique. — Coindreau : L'ongle incarné dans l'armée et son traitement chirurgical. — Pierre Lombard : Plaie du foie par arme à feu de petit calibre chez un enfant de dix ans. — (N° 21, 27 mai.) Amblard : Le rythme urinaire au cours des cures diabétiques. — Rafin : Traitement préventif de la lithiase rénale infectée.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 20, 20 mai 1911.) Grossard et Kaufmann : Des complications de l'adénoïdectomie. — (N° 21, 27 mai.) Sieur et Rouvillois : Traitement chirurgical des antrites frontales; étude critique des accidents consécutifs.

Revue médicale de l'Est. — (N° 10, 15 mai 1911.) A. Spire : Psychose puerpérale. — L. Heully : Les traitements actuels du tétanos (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 9, 15 mai 1911.) R. Benon : Les dysthénies périodiques. La psychose périodique ou maniaque dépressive. — Karl Pétréa : Les voies de conduction de la sensibilité dans la moelle épinière.

Tunisie médicale. — (N° 5, 15 mai 1911.) Hesnard : Polynévrites paludéennes et troubles psychiques. — Broc : Polynévrite chez un indigène musulman. — Tribaudeau : Syndrome de Volkmann. — Provotelle : Malformations des mains. Eléphantiasis. Aérophagie. Remarques sur la pathologie indigène. — Adda : La thermothérapie dans les affections articulaires. — Scialom : Les œuvres d'assistance chez les israélites tunisiens.

Semaine gynécologique. — (N° 20, 16 mai 1911.) R. Pichevin : Les opérations plastiques sur le col utérin pour la métrite cervicale. — (N° 21, 23 mai.) Pichevin : Curage explorateur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 juin. — MM. Comte et Pagniez, 20.

OBSÈQUES DE M. GUINARD. — Les obsèques de Guinard ont été l'occasion d'une imposante manifestation de sympathie et de regrets.

Dans la cour de l'Hôtel-Dieu où se trouvaient réunis MM. le commandant Aldebert, représentant le président de la République; Antoine Monis, représentant le président du conseil; Augis, représentant le ministre de l'instruction publique; les présidents du conseil municipal et du conseil général; MM. de Selves, préfet de la Seine, et Armand Bernard, secrétaire général; Lépine, préfet de police; Lescouvé, procureur de la République; Paul Strauss, sénateur de la Seine; Mesureur, directeur de l'assistance publique; et un nombre considérable de confrères, plusieurs discours ont été prononcés.

M. Félix Roussel, président du conseil municipal, adresse tout d'abord l'hommage de la ville de Paris à la mémoire du docteur Guinard qui fut la plus haute personnification de la conscience médicale et du devoir professionnel.

Puis M. de Selves, préfet de la Seine, prend la parole.

M. Mesureur, directeur de l'assistance publique, traduit à son tour la douleur que chacun a ressentie à la nouvelle du crime dont le docteur Guinard a été victime. Ce qu'il loue surtout, lui aussi, c'est la bonté exquise du docteur Guinard. Et il ajoute :

« Il y a dans l'esprit populaire des préjugés que l'éducation n'a pas encore déracinés; il y a sur les hôpitaux des légendes lointaines et absurdes qui ne sont pas encore éteintes; l'ignorance ramène quelquefois l'homme au rang de cet animal qui mord la main qui le panse, et l'ignorance des humbles est génératrice d'injustice et de violence. Ces sentiments de défiance et de haine qui naissent chez les pauvres, et quel qu'en soit l'objet, trouvent toujours des excitateurs et des exploiteurs. Il s'en est trouvé qui ont voulu faire de la responsabilité médicale une entreprise malhonnête mais fructueuse; des brochures, des livres, des affiches ont servi cette propagande criminelle; des propositions bruyantes de contrôle médical ont été faites, des procès retentissants ont été engagés, et parfois des jugements inattendus sont venus fortifier la campagne de ceux qui disent au public : « Défends ta peau contre ton médecin! »

L'ignorance des uns. la malhonnêteté des autres ne mériteraient que votre mépris ; mais un jour, tout cela se synthétise inconsciemment dans le cerveau d'une brute, et nous assistons à un crime. Il ne nous reste plus, impuissants et désarmés devant le cadavre de l'homme le plus droit, le plus doux, le plus attaché à son devoir, qu'à pleurer. »

M. Paul Strauss apporte à son tour l'hommage attristé du conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris et du conseil supérieur de l'Assistance publique de France « à la famille éplorée du docteur Guinard, à tout le corps médical des hôpitaux, un témoignage ému de sympathie et de gratitude, et à celui qui disparaît avant l'heure, victime du devoir, martyr de l'altruisme, l'expression de regrets inaltérables ».

Puis M. le professeur Segond, au nom de la Société des

RENSEIGNEMENTS

chirurgiens des hôpitaux, prononce une émouvante improvisation qui produit une profonde impression.

Enfin M. Jalaguier, au nom de la Société de chirurgie, M. Bellencontre, au nom du Syndicat de la Seine, M. Pécharmant, au nom des élèves de Guinard, prennent à leur tour la parole.

Après les discours, le cortège se forma et se rendit à la cathédrale Notre-Dame où eut lieu la cérémonie religieuse.

MARINE. — Le jury du concours pour l'emploi de professeur de petite chirurgie, de séméiologie médicale, vacant à l'École annexe de médecine navale de Rochefort, qui doit s'ouvrir dans ce port le 3 juillet, sera composé comme suit : président, l'inspecteur général du service de santé Bertrand; membres, les médecins principaux Chastang et Barrat.

Le médecin de première classe Barthe, de Toulon, qui a demandé à prendre part au concours, ne rejoindra éventuellement le port de Brest, pour lequel il avait été désigné, qu'après la publication des résultats des épreuves.

SERVICES TECHNIQUES D'HYGIÈNE. — La Ville de Paris inaugure le samedi 24 juin 1911, à dix heures du matin, la nouvelle station de désinfection, 6, rue des Récollets.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 798 décès, au lieu de 820 pendant la semaine précédente et au lieu de 845, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. Toutefois la rougeole continue à être assez fréquente dans les arrondissements excentriques.

NÉCROLOGIE.— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delort (d'Argenton-sur-Creuse).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Trains spéciaux, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide.

Réduction : jusqu'à 60 p. 100, suivant la distance.

La compagnie P.-L.-M. mettra en marche, à l'occasion de l'exposition de Turin, six trains spéciaux pendant le mois de juillet :

1° Les 7 et 21 juillet au départ de Paris;

2° Les 10 et 25 juillet au départ de Saint-Etienne et de Lyon;

3° Les 11 et 26 juillet au départ de Marseille et de Cette.

Le retour des voyageurs aura lieu, à leur gré, par tous les trains du service régulier dans un délai de vingt jours.

Délivrance des billets à prix réduits pour ces trains, à partir des dates suivantes dans toutes les gares du réseau :

1° Les 22 juin et 8 juillet pour les trains au départ de Paris;

2° Les 24 juin et 11 juillet pour les trains au départ de Saint-Etienne et de Lyon;

3° Les 20 juin et 12 juillet au départ de Marseille et de Cette.

La délivrance des billets cesse la veille du jour du départ du train à midi.

Toutes les gares des réseaux de l'Est, de l'Etat, du Midi, du Nord et d'Orléans délivreront également des billets à prix réduits pour ces trains spéciaux.

Les voyageurs des lignes non desservies par les trains spéciaux pourront les rejoindre aux gares d'arrêt en utilisant les trains du service ordinaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique du diagnostic par la méthode de déviation du complément, par P.-F. ARMAND-DELILLE, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de VI-200 pages, avec 25 fig. dans le texte et 1 pl. hors texte, cart. toile. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Démence précoce, étude psychologique médicale et médico-légale, par le docteur C. PASCAL, médecin des asiles publics d'aliénés. In-16 de la « Collection médicale », cart. à l'angl. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Hygiène oculaire et inspection des écoles, par le professeur H. TRUC et le docteur P. CHAVERNAC. 3e édition. — Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

Maladies des veines et des lymphatiques, par F. WIDAL, professeur, F. BEZANÇON et M. LABBÉ, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8 de 169 p. avec 32 fig. — Prix : broché, 4 francs; cartonné, 5 fr. 50. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

Traitement du cancer inopérable, par le docteur Th. TUFFIER, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. Broch. gr. in-8° (de l' « Œuvre médico-chirurgical ») de 27 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. Nouvelle édition en 34 fascicules gr. in-8 de 48 pages avec figures. Chaque fascicule se vend séparément 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 JUILLET 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 4 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

Mercredi 5 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

Jeudi 6 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 7 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

Samedi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

2e (chirurgien-dentiste, 1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

THÈSES

Mercredi 5 juillet, à une heure. — M. KAMENZER. Essai sur la puériculture dans l'antiquité Gréco-Romaine. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. JAMIOT DE LA HAYE. Contribution à l'étude des ptoses viscérales. Etiologie et traitement chirurgical. (MM. Segond, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. BAILLIET. Contribution à l'étude des hématomes traumatiques de l'artère axillaire. (Pathogénie des troubles paralytiques. Traitement). (MM. Segond, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. NICOLLON DES ABBAYES. Exploration de la colonne vertébrale. Tuberculose chez l'enfant. (MM. Delbet, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. PIOT. L'oblitération cancéreuse du canal thoracique. (MM. Pierre Marie, président; Marfan, Léon Bernard et André Léri.) — M. GENDRON. Tuberculoses pulmonaires aiguës et curables chez l'enfant. (MM. Marfan, président; Pierre Marie, Léon Bernard et André Léri.)

Jeudi 6 juillet, à une heure. — M. ATTAL. L'occlusion à l'étude congénitale de Choanes. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Terrien et Okinczyc.) — M. DUFAU. Du rôle des différentes formes de traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Terrien et Okinczyc.). — M. AUDIBERT. Rétroflexion aiguë, primitive, de l'utérus gravide. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Terrien et Okinczyc.) — M. CAMBOULIVES. La roséole remontée. Consécutive aux chancres infectants de l'extrémité céphalique. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, Carnot et Balthazard.) — M. THOUART. La tuberculose chez les maçons de la Creuse à Paris. (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Carnot et Balthazard.)

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ANURIE CALCULEUSE

[EN PARTICULIER DE SON TRAITEMENT PAR LE CATHÉTÉRISME DES URETÈRES (1)]

Par HENRI ELIOT,
Ancien interne de la clinique de Necker.

III

Diagnostic. — *Reconnaître l'anurie* est chose facile. Il suffit d'ailleurs, avec une sonde, de constater la vacuité de la vessie.

S'agit-il d'une anurie calculeuse? Les malades atteints d'anurie calculeuse, n'en étant pas, en général, à leurs débuts d'accidents lithiasiques, il est par là même facile, en interrogeant avec soin le patient, d'attribuer à leur véritable cause les phénomènes observés.

Le diagnostic ne présente des difficultés que dans les cas où l'anurie s'installe chez des sujets indemnes jusqu'à ce moment de tout passé calculeux.

Il faudra éliminer alors, par un examen attentif du patient, l'anurie qui parfois vient compliquer l'évolution ultime d'une tumeur ou d'un néoplasme pelvien. Exceptionnellement en effet l'anurie peut être la première manifestation d'un cancer jusque-là méconnu. En 1879, à la Société médicale des hôpitaux, Debove et Dreyfous en ont rapporté un bel exemple survenu chez une femme atteinte d'un néoplasme utérin.

Il faudra éliminer l'anurie des néphrites, non celle des néphrites aiguës, faciles à rattacher à leur véritable cause, mais l'oligurie plus ou moins absolue que l'on voit apparaître parfois au cours, ou mieux, à la période terminale de certaines néphrites chroniques.

L'anurie goutteuse, due à l'encombrement des tubuli par des cristaux d'acide urique ou d'urate de soude, pourrait prêter plus à la confusion.

Il faudra éliminer enfin l'anurie hystérique dont l'existence pour certains auteurs est d'ailleurs actuellement controversée.

Hutchinson (2) a vu, une fois, une anurie calculeuse s'installer à la suite d'un traumatisme lombaire, traumatisme ayant provoqué la mobilisation du calcul. En pareille occurrence, le diagnostic doit être naturellement hésitant entre une anurie traumatique et une anurie lithiasique.

Dans tous ces cas où le doute existe, la mise en œuvre, si elle est possible, des moyens modernes d'exploration rénale, cystoscopie, cathétérisme des uretères, radiographie, aidera puissamment au diagnostic de la cause de l'anurie, comme à celui d'ailleurs du côté récemment obstrué, point qu'il nous faut maintenant étudier.

Quel est le côté bloqué? L'on interrogera avec soin le malade. La localisation droite ou gauche de la crise douloureuse, qui souvent mais non toujours, précède ou accompagne l'établissement de l'anurie, indiquera déjà le côté où devra vraisemblablement porter l'intervention.

L'examen du rein et de l'uretère complétera ordinairement ces indications premières. Il ne faut guère compter sur l'augmentation de volume du rein. L'uronéphrose est exceptionnelle. Et si le rein à l'opération apparaît cependant souvent gros, congestionné, s'il se montre parfois hypertrophié pour suppléer à la destruction de son adelphe, quand celui-ci est plus ou moins gravement lésionné, il ne l'est point suffisamment pourtant pour que cela le rende ordinairement cliniquement appréciable. Les lithiasiques, de plus, sont volontiers des obèses, à paroi abdominale épaisse, et partant, à ce point de vue, difficiles à examiner.

Par contre, le rein, à la palpation, se montrera fréquemment douloureux, de même l'uretère si l'on vient à l'examiner, en tout son trajet.

L'exploration interne de la vessie, au moyen du cathéter métallique, dénotant qu'une de ses moitiés se montre plus que l'autre sensible au contact, signe sur lequel ont insisté Guyon et Pasteau, pourra être également utile au diagnostic.

Mais il est des cas où l'anurie s'établit d'emblée, sans douleurs préparatoires, sans le cortège de la crise néphrétique. Il arrive aussi que le malade se présente seulement à nous, dans un état de torpeur telle qu'on n'arrive plus à réveiller de douleur, ni au niveau du rein, ni au niveau de l'uretère. Même dans ces cas, il est rare qu'on n'arrive pas à constater *une contracture au moins légère de défense des muscles de la paroi, localisée au côté bloqué*. Legueu, le premier, en 1894, et tous les auteurs après lui, ont attiré à juste titre l'attention sur la haute valeur de ce signe au point de vue de la localisation du côté correspondant à l'uretère qui vient de s'obstruer.

Les procédés modernes d'exploration, qui ont révolutionné la chirurgie urinaire, trouvent également leur application dans l'anurie.

La *cystoscopie* peut être d'une réelle importance. Elle montrera parfois du côté bloqué *un peu de sang*, *quelques petits caillots sortant de l'orifice de l'uretère mis en cause*. Mais c'est surtout lorsque le calcul siège dans les derniers centimètres du conduit que l'examen cystoscopique peut donner des renseignements utiles. Le méat urétéral peut alors présenter des modifications importantes et qui sont : des *suffusions sanguines à son pourtour*, de *l'œdème localisé à son niveau ou immédiatement autour de lui*. Plus rarement l'on peut voir le méat *dilaté*, et le *calcul « montrant son nez »* à son centre (1). La *protrusion de la muqueuse urétérale dans la vessie* est un phénomène plus rarement encore observé.

Cathétérisme urétéral. — Il semble, a priori, que le cathétérisme urétéral devrait à coup sûr renseigner sur le siège exact d'un calcul arrêté en un point du conduit urétéral, ou à l'entrée du bassi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 68, p. 1047.
(2) HUTCHINSON. *The Lancet*, 4 juillet 1874.

(1) BRUNI. Anurie calculeuse. Méatoscopie urétérale, *Zeit. f. Urol.*, 1907, p. 338.

net. Le fait s'observe assez souvent, mais non toujours, surtout lorsque le corps oblitérant occupe les parties supérieures du canal. La sonde peut parfois très bien alors, en effet, mobiliser le calcul, le refouler, passer à côté de lui, sans fournir à l'observateur aucune sensation nette de contact.

Pour n'être pas toujours fidèle, le cathétérisme n'en est cependant pas moins toujours à employer, puisqu'en matière d'anurie calculeuse il est susceptible, nous le verrons, non seulement d'aider au diagnostic, mais encore de faire à peu de frais cesser les accidents.

Radiographie. — Si la chose est possible, la radiographie seule ou mieux, s'il s'agit d'un calcul de l'uretère, combinée au cathétérisme de ce conduit, mais pratiqué alors avec des sondes munies d'un mandrin métallique à leur intérieur, mieux encore, la radiographie stéréoscopique combinée au cathétérisme, devront également être mis en œuvre. Rovsing (1), Kümmel (2), par la radiographie ont pu ainsi, chez des anuriques, localiser le siège précis des concrétions.

IV

Traitement. — Le traitement médical. — La première intervention pour anurie calculeuse remonte à 1882. Jusque-là, le traitement mis en œuvre était d'ordre purement médical. Pour lutter contre la douleur du début, pour tâcher aussi de vaincre le spasme de l'uretère qui souvent vient surajouter son action à la présence du calcul, à seule fin de compléter l'obstruction, l'on avait recours aux grands bains tièdes prolongés, aux applications chaudes sur la région des lombes, aux onctions belladonées, aux injections de morphine. Dans l'espoir de favoriser d'une façon plus directe la progression du calcul l'on s'adressait à tous les diurétiques connus, à l'ingestion d'huile ou de glycérine. Roberts préconisait les massages pratiqués suivant le trajet de l'uretère. L'on essaya les lavements froids dans le but d'augmenter la tension dans la veine porte et par contrecoup dans la circulation générale. Enfin pour lutter contre l'urémie progressive, l'on s'adressait au régime lacté, aux purgatifs, aux sudorifiques de tout ordre, mieux aux émissions sanguines.

En 1881, au moment où Merklen écrivait sa thèse, cette thérapeutique était la seule mise en œuvre. Les résultats étaient déplorables. Sur près de 50 cas d'anurie calculeuse réunis dans sa thèse, Merklen ne peut relever, en effet, que 9 guérisons suivies d'une survie un peu prolongée.

Le traitement chirurgical. — Cependant Merklen prévoyait la possibilité prochaine d'un traitement chirurgical. Il rappelait que Rayer s'était déjà posé la question, si dans l'anurie calculeuse rebelle, les moyens médicaux ayant échoué et la mort étant imminente, la chirurgie serait également impuissante. « Si, dit Rayer, le conseil donné par Hévin de ne point inciser le rein, lorsqu'il n'y a point de tumeur aux lombes, a été généralement adopté, il serait cependant permis de tenter la néphrostomie dans un cas de mort imminente par l'effet d'une pyélite calculeuse double, avec une anurie complète. »

(1) Rovsing. Communication au *Ier Congrès intern. d'urol.*, 1908.
(2) Kümmel, *Ibid.*

En 1856, Gigon [d'Angoulême (1)], d'autre part, dont le nom est injustement oublié par Merklen et par la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'anurie, Gigon, désolé d'assister impuissant à la lente agonie d'un de ses malades, qui se mourait d'anurie par oblitération d'un de ses uretères, proposa, au cours d'une consultation, à ses confrères d'aller à la recherche de l'uretère, de l'ouvrir, de l'aboucher au dehors, pour créer ainsi une voie d'échappement à l'urine. Cette idée géniale, mais d'une hardiesse extrême pour l'époque, fut aussitôt repoussée à l'unanimité par les autres médecins « comme n'ayant jamais été mise en pratique, ni même conçue par qui que ce soit ». L'on eut recours une fois de plus à la saignée, aux narcotiques, « au petit lait nitré ». Et le malade ne tarda guère à venir grossir le nombre des victimes de l'anurie calculeuse. Gigon saisit cette occasion pour se livrer sur le cadavre à des recherches anatomiques sur l'uretère et sur les voies d'accès qui permettraient d'arriver à cet organe. Et dans l'*Union médicale* de 1856, il résuma ses travaux en un remarquable mémoire intitulé : *Mémoire sur l'ischurie urétérique et sur l'urétérotemnie ou taille de l'uretère.*

Vingt-six ans devaient se passer avant que l'opération proposée par Gigon trouva, pour la tenter, un chirurgien. C'est à Bardenheuer (de Cologne) que revient ce mérite (1882). C'est lui qui, le premier, intervint chirurgicalement et avec succès pour une anurie calculeuse, en incisant l'uretère sur un calcul occupant la partie supérieure de ce conduit.

C'est ensuite Mollière (de Lyon) qui, le premier en France, tente d'intervenir en pareille occurrence, par une néphrostomie faite au thermocautère. Mais sa malade était au quatorzième jour de la crise, en pleine urémie. Elle succombait trois jours après.

Dès lors, les interventions se multiplient, pratiquées tantôt et le plus souvent sur le rein, tantôt sur le bassinet ou l'uretère. Legueu en 1891, dans sa thèse, pouvait en réunir déjà onze cas.

L'année 1894 voit se produire la très importante communication, à l'Académie de médecine, de Demons et Pousson venant préconiser la *néphrostomie pure et simple* comme étant le traitement de choix de l'anurie calculeuse. Leur élève, Donnadieu, défend l'année suivante cette manière de faire dans une thèse très importante.

Au XIIe Congrès de chirurgie, en 1898, chargés d'un rapport sur la néphrostomie, les professeurs Guyon et Albarran concluent également à cette intervention comme étant l'opération de choix dans la majorité des anuries calculeuses, comme en étant l'opération de nécessité dans les cas immédiatement graves.

Depuis lors, toute une série de communications et de thèses (Th. de Vailhen, de Hück, etc.) sont successivement venues prôner la néphrostomie systématiquement et *de plus en plus précocement* prati-

(1) Gigon. *Union méd.*, 1856, p. 80.

quée comme étant le traitement idéal à opposer à l'anurie calculeuse.

Le cathétérisme urétéral dans l'anurie calculeuse. — Cependant cette formule de la néphrostomie systématique semble aujourd'hui pouvoir être un peu revisée.

Il est à l'heure actuelle, en effet, un moyen thérapeutique non sanglant, auquel, mis en présence d'une anurie calculeuse, il importe toujours et d'abord d'avoir recours avant de s'adresser au bistouri. Ce moyen, c'est *le cathétérisme urétéral*, lequel, en pareille occcurence, a déjà fait si largement ses preuves qu'il est permis de proclamer bien haut ses bienfaits.

Dès 1899, dans la première édition du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, M. le professeur Albarran le préconisait déjà comme moyen thérapeutique à opposer à l'anurie lithiasique, sans avoir eu, à cette époque toutefois, l'occasion de le mettre en pratique en pareille circonstance.

La première tentative faite dans ce sens le fut en 1901 par Rafin et Verrière (1). Ce moyen, dans le cas présent, échoua pourtant entre leurs mains. Mais la cause en était, que le calcul ne pouvait être mobilisé en aucune façon, enserré qu'il était entre le le méat urétéro-vésical rétréci au-dessous de lui et au-dessus un autre rétrécissement très serré de l'uretère.

Plus heureux, Cimino (de Palerme) guérit, quelques mois après, par cette pratique, une femme anurique. Il publie son cas dans le *Policlino* (2). Bientôt, dès lors, des observations d'anurie, ayant cédé à ce moyen thérapeutique élégant et précieux, surgissent d'un peu partout.

Kreps, en 1903, en rapporte deux observations dans le *Rousski Vratch*, dont l'une suivie de l'expulsion du calcul.

Apolant, la même année, en rapporte un autre exemple dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift*. Le cathétérisme curateur fut, dans ce cas, pratiqué par le professeur Nitze.

Rovsing, en 1904, chez une femme enceinte, près du terme, fait cesser, au dixième jour de la crise, l'anurie, par le cathétérisme double des uretères (3).

Léon Imbert en apporte un bel exemple au Congrès français d'urologie de 1905.

Ce même auteur, au même congrès, l'année suivante, en relate un nouveau cas.

Cette même année 1906, encore, Frontera Esterich (de Palma de Mallorca) guérit par ce moyen, une anurie lithiasique (4).

En octobre 1907, au congrès de Vienne, Casper, avec une observation à l'appui, insiste sur la grande utilité du cathétérisme en pareille occurrence.

Jahr, au mois de juin de la même année (5), guérit ainsi une anurie calculeuse et arrive à provoquer l'expulsion du calcul, par l'introduction, dans l'uretère, d'une sonde munie d'un petit ballon insufflable, destiné à dilater ce conduit.

Au Ier Congrès international d'urologie, Kümmel préconise le cathétérisme urétéral « comme le premier moyen à employer en présence d'une anurie lithiasique ». Dans la discussion qui suivit son rapport, tous les chirurgiens urinaires prônent également « ce modus faciendi ». Albarran en rapporte deux observations; Pavone, Kreps (1), Lowenhardt, Rovsing en citent aussi des cas. Gorach en relate encore un, dû au professeur Fédorof.

Peu après, M. le professeur Albarran, appelé par le professeur Dieulafoy, auprès d'une jeune femme en anurie, rétablit par l'introduction d'une sonde dans l'uretère le cours des urines. Dieulafoy en profite pour faire dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, l'éloge de la méthode (2).

Au Congrès français d'urologie de 1909, Jeanbrau, dans son rapport sur les calculs de l'uretère, déclare aussi qu'en période d'anurie l'on doit commencer par tenter le cathétérisme urétéral. Desnos apporte deux nouvelles observations guéries par cette pratique. Bromgersa en relate encore une autre.

En décembre 1909, durant notre internat à la clinique de Necker, nous avons pu, avec Heitz-Boyer, faire cesser chez un malade, porteur d'un rein unique, une crise d'anurie due à la présence dans la partie supérieure de l'uretère d'un petit calcul phosphatique (3).

En août 1910, M. Marion néphrectomisait du rein droit un malade pour pyonéphrose calculeuse. Le patient, un mois et demi après, s'apprêtait à quitter, guéri et sans fistule, la maison de santé, quand survint une crise d'anurie. Par le cathétérisme, M. Marion fit céder au bout de quelques heures les accidents. Le malade ne voulant point entendre parler, pour le moment présent du moins, d'intervention possible du côté de son rein gauche, retourne en province. A quelques jours de là, à la suite d'une promenade en automobile, s'installe une nouvelle crise d'anurie. Le malade regagne Paris en hâte. Une deuxième fois, un cathétérisme urétéral rétablit le cours des urines. Une semaine après, par une pyélotomie, M. Marion extirpe alors, avec succès, du bassinet gauche, deux petits calculs et une certaine quantité de sable concrété, cause des accidents.

L'an passé, Cuturi, encore, a pu dans deux cas mettre en œuvre ce moyen thérapeutique et dans ces deux cas le cathétérisme fut suivi de l'expulsion des calculs (4).

André (de Nancy) enfin, en a publié une *vingt-neuvième* observation dans les *Annales génito-urinaires* de janvier 1911.

De la conduite a tenir en présence d'une anurie calculeuse. — Le traitement de l'anurie calculeuse

(1) Rafin et Verrière. Communication à la *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 23 mai 1901.

(2) T. Cimino (article écrit le 12 septembre 1902 et publié dans le *Policlinico, sezione pratica*, 22 avril 1903, p. 691).

(3) Rovsing. *Ier Congrès int. d'urol.*, 1908, p. 248.

(4) F. Esterich. *Riv. Balear de Ciencias med.*, 15-30 julio 1908, nos 685-686.

(5) Jahr. *Münch. med. Woch.*, 11 juin 1907, p. 1184.

(1) Pavone (trois observations), Kreps (deux observations).

(2) *Journ. des prat.*, 27 mars 1909, p. 197.

(3) *Soc. anat.*, 18 fév. 1910.

(4) Cuturi. *Gazz. degli osp. e delle clin.*, t. XXXI, 7 juin 1910, p. 721-722.

appartient exclusivement au chirurgien. Les médecins eux-mêmes le reconnaissent pleinement aujourd'hui. M. le professeur Achard, dans son rapport au Congrès international d'urologie, s'exprimait en ces termes : « La thérapeutique médicale est insuffisante ; elle peut avoir même l'inconvénient grave de retarder l'intervention salutaire et de compromettre, par cette perte de temps, l'état de l'appareil sécréteur, dont les fonctions importent tant au succès définitif. »

Quand faut-il intervenir? L'intervention doit être *immédiate*, aussitôt l'anurie bien établie, aussitôt le diagnostic posé. La plupart des échecs tiennent à une opération trop tardive. Plus précoce est l'intervention, meilleures deviennent les statistiques. « Avant le sixième jour, dit Hück dans sa thèse, la mortalité est de 42 p. 100; avant le cinquième jour, de 30,75 p. 100; avant le quatrième jour, de 25 p. 100. »

Cela se comprend aisément, parce que, d'une part, plus l'on tarde à rétablir la sécrétion, plus l'intoxication générale s'aggrave. Or, *cette intoxication*, il faut bien le savoir, *peut être latente* et *pourtant grave et profonde* avant de se manifester par des symptômes bruyants. Le nombre des malades opérés et pourtant morts au bout de quelques jours (bien que la sécrétion se soit rétablie d'une façon en apparence suffisante après la néphrostomie) avec retour des phénomènes urémiques prouve qu'il faut compter avec ces troubles profonds d'intoxication. — Les cas de syncope mortelle parfois observés en pleine période de tolérance sont une preuve encore de cette imprégnation toxique latente et pourtant grave de l'organisme, précédant les manifestations cliniques de l'empoisonnement urémique. — Kümmel, d'autre part (1), bien avant que le malade ne présente des signes d'urémie évidente, a pu, par l'examen cryoscopique du sang, déceler rapidement l'intoxication chaque jour grandissante de l'organisme. — L'arrêt fonctionnel du rein, enfin, semble pouvoir déterminer des lésions importantes du côté du parenchyme, lésions qui viennent aggraver encore celles d'ailleurs existant déjà du fait de la lithiase : « Dans un cas d'anurie calculeuse opéré le douzième jour, dit Albarran, j'ai vu nombre de canalicules rénaux obstrués par les cylindres alors que je n'ai pas observé cette lésion chez un anurique opéré le troisième jour (2). »

Comment faut-il intervenir? L'on conçoit facilement que l'idée d'une intervention sanglante soit difficilement acceptée dès le début de l'anurie par le médecin, plus encore naturellement par le malade, qui ne se sent point tout d'abord le moindrement incommodé de sa suppression d'urine et qui est le plus souvent dans l'ignorance la plus profonde des graves dangers que lui fait courir la funeste pratique de la temporisation. Or, les 29 observations que nous avons réunies le prouvent bien dûment, le rétablissement du cours des urines peut, dans certains

(1) Kümmel. Rapport au Ier *Congrès intern. d'urol.*

(2) Albarran. Communication au Ier *Congrès intern. d'urol.*, p. 208.

cas, être obtenu au prix d'un simple cathétérisme urétéral. Nul doute, qu'à mesure que se vulgarisera ce séduisant moyen thérapeutique, la cause de l'intervention immédiate précoce dans l'anurie calculeuse n'arrive à rallier les plus timorés des médecins (1).

Il n'est jamais indifférent pour un malade d'échapper aussi simplement à une intervention sanglante. Dans certaines circonstances, il importe plus encore de tenter, par le cathétérisme, de rétablir le cours des urines pour sauvegarder le patient à la fois d'une intervention et aussi d'une anesthésie, qui, en l'occurrence, pourraient risquer d'être particulièrement périlleuses. Rovsing, par exemple, voit une femme enceinte, près du terme, au dixième jour de son anurie. Par l'introduction d'une sonde dans les uretères, il fait cesser les accidents. L'accouchement se passe dès lors sans encombre, comme si rien n'était venu troubler les derniers jours de la grossesse. — Lowenhardt, par le cathétérisme plusieurs fois pratiqué, prolonge l'existence d'un vieillard de quatre-vingt-trois ans, atteint d'anurie calculeuse, et incapable, de par son état de santé très précaire, de pouvoir faire les frais d'une intervention opératoire. Bromgersna cathétérise un malade, porteur d'un seul rein (l'autre ayant été préalablement extirpé). Non seulement l'anurie cède, mais le calcul, cause des accidents, est à la suite expulsé. Le patient évite ainsi la néphrostomie de son seul rein restant.

Ce cathétérisme sera souvent au moins palliatif. En mobilisant le calcul, en s'insinuant entre lui et la paroi urétérale ou en le refoulant encore dans le bassinet, la sonde parviendra fréquemment à rétablir le cours des urines. Et le malade, une fois éloignés les accidents urémiques latents ou manifestes, sera dans des conditions évidemment tout autrement favorables, pour être chirurgicalement débarrassé de son ou de ses calculs, par une intervention alors en rapport avec le siège des concrétions.

Bien plus, ce cathétérisme semble pouvoir *fréquemment encore être curateur.* Sur les 29 observations d'anurie ayant cédé au cathétérisme urétéral que nous avons réunies, *16 fois*, en effet, le retour de la sécrétion s'est accompagné dans les heures ou les jours suivants de l'*expulsion du calcul* ou des *graviers*, cause des accidents.

Ce cathétérisme doit être conduit avec l'asepsie la plus parfaite. L'on commencera par cathétériser l'uretère supposé le dernier obstrué. L'on fera progresser la sonde avec une extrême lenteur, avec une grande douceur, à l'affût de toute sensation possible de frottement ou de contact. Diverses éventualités sont possibles. La sonde ayant passé à côté du calcul ou l'ayant refoulé dans la cavité pyélitique (en

(1) Il est même une manœuvre plus simple encore, partant, à la portée de tous, que l'on peut, sans s'y attarder, essayer d'opposer à l'anurie, *c'est la distension vésicale*. Préconisée, dès 1906, par Pasteau, comme traitement « des rétentions rénales au cours de la grossesse », elle agit en réveillant les contractions de l'uretère. Nous avons vu, à Necker, une anurie calculeuse céder à cette simple pratique (obs., in Th. Eliot, p. 151). Germain, à Lariboisière, a de même observé un fait analogue (*Id.*, p. 152).

nous accusant ou non sa rencontre avec lui) arrive, elle aussi, dans le bassinet. Ou bien l'écoulement de l'urine s'effectue aussitôt, ou bien elle se fait attendre quelques minutes, ceci quand le bassinet est vide et le rein inhibé ; il peut être nécessaire alors, si elle tarde trop à se rétablir, d'injecter un peu de liquide par la sonde : eau bouillie tiède, solution de nitrate d'argent pour réveiller, en distendant le bassinet, la sécrétion inhibée par voie réflexe.

La sonde arrivée de la sorte dans le bassinet, il est bon de l'y laisser ainsi à demeure pendant douze ou vingt-quatre heures, en pratiquant par mesure de prudence pendant ce laps de temps, dans la cavité pyélitique, une ou deux injections de nitrate d'argent.

Dans d'autres cas le cathéter bute manifestement contre le calcul arrêté dans l'uretère. L'on retire alors un peu la sonde, pour essayer par des manœuvres douces de va-et-vient de la faire progresser à nouveau. Si cela ne suffit pas, l'on peut par une injection encore de liquide quelconque tenter de mobiliser le calcul : eau bouillie, solution de nitrate, huile ou glycérine stérilisée, cocaïne, cocaïne-adrénaline, ont été ainsi utilisées tour à tour.

Jahr une fois, et avec succès, a employé la manœuvre suivante, qui consiste à dilater en aval du corps étranger, pour faciliter sa descente, l'uretère avec une sonde munie d'un petit ballon insufflable.

En pareille occurrence, il vaut mieux tout simplement laisser quelques heures à demeure la sonde arrêtée au contact du corps étranger. Dans ce cas, comme dans celui d'ailleurs où l'on a pu franchir ou refouler le calcul, la sonde ainsi laissée en permanence dans l'uretère aura pour heureux résultat, par simple action de présence, de dilater et de ramollir les parois de ce canal, partant, de faciliter souvent par la suite la descente du corps étranger.

Ce n'est qu'au cas où le calcul pointerait au niveau du méat vésical ou serait arrêté tout à fait à son voisinage que l'on pourrait être amené à le dégager par certaines manœuvres intra-vésicales. Fédorof s'est ainsi servi de l'appareil de Kelly pour dilater à l'aide de bougies métalliques, dans un cas d'anurie, la partie inférieure de l'uretère ; il a pu obtenir ainsi l'extraction d'un calcul gros comme un haricot.

Si par le cathétérisme du premier uretère l'on n'a pas pu franchir l'obstacle ou ramener l'écoulement de l'urine, il importe de tenter aussitôt le cathétérisme du côté opposé. Dans les cas heureux où le second rein sera purement et simplement inhibé par voie réflexe, la sonde remontant sans peine jusqu'au bassinet aura vite fait, aidée ou non d'une injection dans la cavité du bassinet, de réveiller la sécrétion. Dans le cas où il s'agirait d'un bloquage bilatéral des voies d'excrétion, la sonde cette fois plus heureuse pourra peut-être soit s'insinuer plus facilement aux côtés du calcul, soit le refouler dans le bassinet. Mais les tentatives de mobilisation du calcul de ce côté, supposé le plus anciennement obstrué, doivent, il faut bien le savoir, être extrêmement prudentes. Au contact du corps étranger depuis plus ou moins longtemps arrêté dans l'uretère, les parois altérées du canal peuvent s'être en effet notablement amincies; par des manœuvres brutales, l'on risquerait d'en provoquer la rupture. C'est pourquoi l'on ne doit, dans ces tentatives, faire usage que de sondes urétérales ordinaires, sans mandrin métallique à leur intérieur.

Mais si, à la suite de ces manœuvres intra-urétérales, la sécrétion ne se rétablit pas et d'une façon suffisante, au bout de quelques heures, d'une demi-journée au plus, il importe, sans tarder alors davantage, de recourir à une OPÉRATION SANGLANTE.

Cette intervention variera suivant les circonstances.

Si le malade est tout au début de son anurie (Jeanbrau dans son rapport « sur les calculs de l'uretère » fixe cette date au troisième jour), s'il est dans un état général excellent, si par le cathétérisme urétéral, par la radiographie, mieux par ces moyens d'exploration combinés, l'on a pu d'une façon exacte préciser le siège du ou des calculs, il sera à cette période indiqué d'aller à leur recherche soit par une urétérotomie, soit par une pyélotomie, ou, à son défaut, par une néphrostomie.

Mais pratiquement, il faut bien le reconnaître, ces conditions se trouveront exceptionnellement réalisées. Ce n'est le plus souvent que lors de l'apparition des accidents urémiques, au bout de quelques jours, que le malade commencera à s'inquiéter. Si le cathétérisme s'est montré impuissant c'est la *néphrostomie d'urgence* qui reprend ici ses droits. L'opération sera menée *aussi rapidement que possible*. Il importe grandement pour le succès de l'intervention de réduire au minimum la durée de l'anesthésie. L'on opérera en se souvenant que le but de l'opération n'est pas ici d'enlever la pierre mais bien de permettre au rein de reprendre ses fonctions. *Le bassinet doit toujours être drainé.* C'est une néphrostomie qu'il faut faire, non une néphrotomie.

Il est d'usage de ne pratiquer cette néphrostomie que d'un seul côté, le seul ou le dernier bloqué. Il y aurait lieu cependant, comme le recommande Watson, de pratiquer parfois une néphrostomie bilatérale dans les cas où le premier rein ouvert semblerait par trop lésionné pour pouvoir assurer d'une façon manifeste la dépuration urinaire. C'est là évidemment une dernière chance à tenter.

La sécrétion une fois rétablie, pour stimuler la sécrétion rénale et mieux lutter contre l'intoxication latente ou manifeste, souvent déjà plus ou moins marquée de l'organisme, l'on pourra, dans certains cas, avec utilité, avoir recours aux injections de sérum sucré (dont Jeanbrau au Congrès international d'urologie a proclamé les avantages), à l'opothérapie rénale.

Le rôle du médecin enfin ne doit point se borner à parer à la crise anurique. Il importe, la crise une fois écartée, d'essayer de se rendre compte de l'état de l'un et l'autre rein, de la perméabilité ou non de l'un et l'autre uretère et de se comporter alors selon les circonstances.

PÉRITONITE PAR PERFORATION TYPHIQUE?

Laparotomie. Heureux effets de la position de Fowler. Sphacèle de la paroi. Autoplastie par glissement. Guérison,

Par M. LOP (de Marseille).

I

Le 1er mai 1911, je rencontrai dans les escaliers de ma clinique, qu'il montait avec la plus grande peine, le sieur H..., âgé de vingt et un ans, soutier du vapeur le « Félix Touache », arrivant le matin même de Tunis où il était resté dix jours à l'hôpital.

Frappé par le facies de ce garçon, qui trahissait une souffrance extrême, je le fis aider par un infirmier et coucher aussitôt.

En l'examinant, je n'eus pas de peine à reconnaître qu'il était atteint d'une péritonite aiguë avec un état général des plus précaires.

Interrogé sur le début de cet état, voici ce que m'apprenait le malade, sur lequel ni le médecin du bord, ni le médecin de l'hôpital ne purent me donner le moindre détail.

Quatorze jours auparavant, un peu après le départ de Marseille, H..., obligé de monter changer les manches à air de la chaufferie, contracta une angine(?) il continua son service jusqu'à Tunis. En arrivant, le médecin du bord l'envoya à l'hôpital.

Qu'a-t-il présenté pendant son séjour à l'hôpital, je l'ignore; d'après ses dires on l'aurait soigné pour une fièvre typhoïde. Dix jours après, il fut évacué sur Marseille. Pendant la traversée il ne cessa d'être très souffrant, sans toutefois réclamer les soins du médecin du bord, pour arriver dans l'état que j'ai décrit plus haut et que je vais compléter.

Aux signes locaux d'une péritonite suraiguë s'ajoutaient les signes généraux suivants : facies grippé, voix cassée, soif ardente, pouls à 120, température rectale 39°5, oligurie, langue rouge vif dont les bords contrastaient avec l'état sabural du milieu, douleurs abdominales très vives avec selles diarrhéiques fétides.

Ces symptômes ajoutés aux commémoratifs du début semblaient autoriser le diagnostic de péritonite simple ou par perforation au cours d'une fièvre typhoïde.

Je me rangeai plutôt à la dernière hypothèse, le début des accidents péritonéaux semblant avoir été accompagné de symptômes rappelant ceux de la perforation.

II

A cet état si grave j'opposai le traitement suivant : glace, opium à petites doses, sérum et injections de nucléate de soude. La question de l'intervention chirurgicale se posait, mais l'état était si précaire que je préférai attendre une amélioration, craignant, à juste raison, que le traumatisme opératoire ne fût mal supporté.

Le soir, l'état général devient meilleur, pouls à 100, douleurs moins vives, pas de vomissements, la température toujours à 39°5.

Le 2 mai, au matin, l'amélioration a progressé, le ventre est plus souple, moins douloureux, la langue plus humide, pouls 100, température 38°7. On continue le traitement, mais le soir, vers quatre heures, on me fait appeler d'urgence, des vomissements piracés sont apparus depuis deux heures et le malade accuse une vive douleur dans l'hypocondre droit, le pouls s'est affolé et le thermomètre est à 40°5.

En présence de cet état, j'estime que toute temporisation pourrait être néfaste et que l'intervention s'impose.

A six heures, laparotomie sous-ombilicale, les signes locaux (percussion et palpation) indiquant l'existence d'une zone de matité au-dessous de l'ombilic.

Le péritoine une fois ouvert, il s'écoule plus d'un litre de sérosité déjà purulente, à odeur fécaloïde, qui semble venir de l'excavation.

Il existe une péritonite aiguë diffuse, limitée, quant à l'intensité, à tout le petit bassin.

Guidé par le siège de la douleur (hypocondre droit) assez bas près du cæcum, je commence par explorer l'intestin à ce niveau en recherchant l'appendice que je découvre avec facilité et qui est absolument sain. Le cæcum ne présente aucune trace de perforation.

Comme il existe des adhérences par fausses membranes, au-dessus du cæcum, le reliant à l'intestin grêle, c'est avec la plus grande difficulté que l'on peut procéder à la recherche de la perforation dont le siège est certainement en ce point, indiqué, non seulement par la présence des fausses membranes, mais par le maximum de l'odeur fécaloïde et par dégagement de petites bulles très fines, à ce niveau.

Il eût été dangereux de prolonger une recherche demandant de détacher l'intestin de ses adhérences et de l'extérioriser.

A l'aide du doigt recouvert d'une petite compresse, en dégageant une fausse membrane étalée à la surface, il me semble qu'en un point existe un orifice microscopique par lequel sort des bulles de gaz. A tout hasard j'applique à cet endroit une suture à la « Lambert » et, après une soigneuse toilette du péritoine avec du sérum chaud, je place deux drains, dont un dans l'excavation, et je referme le ventre.

L'opération très bien supportée a duré de trente-cinq à quarante minutes, le malade est recouché et reçoit une copieuse injection de sérum qui est continuée matin et soir pendant cinq jours, injection d'électrargol le matin et de nucléate de soude le soir; opium à faible dose, diète hydrique.

Le lendemain de l'opération, le malade est placé dans la position de Fowler, qu'il conserve pendant quatre jours, au bout desquels son indocilité oblige à le recoucher.

Grâce à cette position, puis au décubitus latéral droit, le drainage s'effectue dans de très bonnes conditions, l'état général se relève et le malade réclame « à cor et à cri » d'être alimenté.

Vers le sixième jour, les bords de la plaie, qui présentaient un aspect atone, se désunissent, devien-

nent grisâtres et l'on est obligé de faire sauter la presque totalité des sutures métalliques. Peu à peu il se fait une rétraction de toute la peau dont les bords se sphacèlent totalement. Fort heureusement la suture du plan musculaire et aponévrotique a bien tenu et, grâce à un large pansement compressif et à l'immobilité relative du malade, on évite une éventration.

Le 20 mai, les parties sphacélées étant complètement éliminées, je décide de combler cette vaste perte de substance qui ne mesure pas moins de 10 à 12 centimètres de largeur sur 15 de hauteur.

L'état général se faisant chaque jour meilleur, la température tombée, il eût été imprudent de laisser plus longtemps la paroi musculaire ainsi à nu. Le malade est endormi ; après abrasion des bourgeons charnus à la curette et avoir élagué les tissus de mauvaise qualité, je décolle par dissection tous les pourtours de la plaie, puis par deux incisions latérales de même longueur que la médiane je donne du jeu aux lambeaux ainsi disséqués que j'affronte avec la plus grande facilité. Un drain est placé à la partie inférieure plongeant en partie dans le péritoine.

Réunion par première intention des sutures latérales et des deux tiers de l'incision médiane primitive.

Suites apyrétiques. Guérison opératoire complète permettant au malade de se lever le 4 juin.

MÉDECINE PRATIQUE

LA MÉTHODE DE MILNE

Traitement et prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole sans isolement.

Au moment où la statistique municipale de Paris accuse une recrudescence marquée de la rougeole, il est particulièrement intéressant de signaler une méthode de traitement dont un de nos confrères anglais dit avoir retiré depuis de longues années les plus grands avantages.

Le docteur Milne est le médecin des « Dr Barnado's Homes », institution philanthropique située aux environs d'Aberdeen et qui, d'après ce que j'ai cru comprendre, est composée d'écoles et de cottages séparés où sont logés des garçons et des filles par petits groupes séparés.

C'est là que, depuis trente ans, il applique sa méthode personnelle de traitement et de prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole, méthode qui va à l'encontre des idées actuellement admises, et qui a naturellement suscité en Angleterre de violentes controverses. Comme son auteur vient de lui consacrer un important travail dans le *Lancet* du 22 avril dernier, nous allons en extraire les principales données. Pour plus de clarté nous décrirons d'abord la méthode elle-même, puis nous exposerons les résultats que le docteur Milne affirme en avoir tirés.

Dès que le diagnostic de scarlatine est posé ou soupçonné, car c'est à la scarlatine que le procédé a tout d'abord été appliqué, le malade est doucement frictionné, du sommet de la tête à la plante des pieds, avec de l'huile d'eucalyptus. Cette friction est répétée matin et soir pendant quatre jours, puis, à partir du cinquième jour jusqu'au dixième, la friction n'est plus pratiquée qu'une fois par jour.

En même temps on badigeonne les amygdales et le pharynx, en allant aussi haut et aussi bas que possible, avec un tampon d'ouate, monté sur pince de préférence, et imbibé complètement d'huile phéniquée au dixième. Ces badigeonnages sont répétés toutes les deux heures pendant le premier nycthémère, et beaucoup plus rarement par la suite. Le tampon doit avoir, pour chaque enfant, les dimensions de la dernière phalange de son pouce.

Quand il s'agit de rougeole, il est bon de prendre quelques mesures complémentaires. C'est ainsi que, dès l'apparition de l'exanthème, et si possible dès que se manifeste le coryza ou que sont visibles les taches de Köplik, on procède au traitement ci-dessus décrit ; mais en outre, l'enfant étant couché, on place au-dessus de sa tête et de sa poitrine une large armature recouverte d'une lame de gaze sur laquelle on pulvérise de temps en temps de l'essence d'eucalyptus. On arrête et on détruit ainsi les germes pathogènes que la toux pourrait projeter à une grande distance.

« Les avantages réalisés par cette méthode, et ici nous cédons la parole au docteur Milne, sont les suivants : quand ce traitement est institué de bonne heure, ce qui est capital, il ne survient jamais d'infections secondaires et par conséquent les complications sont inconnues. Si le traitement est appliqué avec soin, *d'autres enfants peuvent occuper la même chambre et même partager le même lit* (l'auteur ne parle ici que de la scarlatine) sans risques de contagion. Le traitement est économique... Il permet en outre à la mère de soigner l'enfant tout en vaquant à ses occupations, aux autres enfants d'aller à l'école. Aucune désinfection ultérieure n'est nécessaire... En ce qui concerne la désinfection des cuillères, fourchettes et de la vaisselle des malades on n'en pratique point et ces objets ne sont pas mis à part. Ils sont ramassés tous ensemble, lavés de la façon ordinaire et distribués indistinctement la fois suivante... Je n'ai pas établi que dans la rougeole les enfants peuvent coucher dans le même lit, mais j'ai cependant démontré ceci, qu'ils peuvent vivre et coucher dans une même pièce cubant 750 pieds avec des lits si rapprochés que les enfants peuvent se passer les jouets des uns aux autres. Pas plus dans la rougeole que dans la scarlatine il n'est besoin de détruire les jouets, livres, etc. Ceux-ci peuvent être interchangés sans péril dès que l'enfant est capable de jouer. »

Ajoutons encore que lorsqu'il s'agit de rougeole, les enfants sains qui fraient avec les malades, selon l'audacieuse méthode du docteur Milne, couchent dans des lits sur lesquels on a pulvérisé de l'essence d'eucalyptus, et qu'ils portent constamment sur la poitrine un linge imbibé de la même substance, de façon à en respirer continuellement les vapeurs.

Maintenant que nous avons exposé la méthode, il nous reste à examiner quelques-uns des faits que son auteur invoque pour en démontrer la valeur curative et prophylactique.

Notons d'abord celui-ci que, dans ces trente dernières années, plus de 12000 enfants sont passés par l'institution que surveille le docteur Milne, et qu'il n'y a eu que 245 cas de fièvre scarlatine. Cette proportion est extrêmement basse, surtout si l'on réfléchit que l'Angleterre est le pays de prédilection de la scarlatine. Entrons maintenant dans quelques détails. Le 1er février 1910 une infirmière de l'établissement eut à conduire à Londres quelques-uns des jeunes pensionnaires, et ceux-ci furent en contact avec de nombreux enfants. Le 4 février un des enfants qui étaient allés à Londres commençait une scarlatine typique. Il s'agissait d'une fillette de sept ans qui fut immédiatement traitée par la méthode du docteur Milne. Or dans le même dortoir vivaient 26 enfants audessous de six ans, qui ne quittaient cette pièce que pour aller jouer à l'extérieur. La petite malade fit une desquamation abondante, au milieu des autres, se leva le dixième jour, partagea les jeux de ses petits camarades, échangea dès le début de l'affection ses jouets avec les leurs, et néanmoins aucun cas de contagion ne se produisit dans le dortoir.

Sur l'invitation de l'auteur de la méthode, des membres de la British medical association, section d'Oxford, purent contrôler les faits suivants.

Un petit malade atteint de scarlatine fut soigné pendant toute la durée de sa maladie dans une salle de chirurgie, parmi 15 autres enfants, et son lit se trouvait placé entre ceux de deux jeunes opérés pour hernie inguinale. Pas de contagion !

Deux enfants atteints de scarlatine, et traités comme l'on sait, restèrent en contact avec cinq autres dont deux au-dessous de trois ans. Un de ces deux enfants fut remis en contact au bout de dix jours avec toute la population scolaire de l'institution, soit 1 300 enfants. Pas de contagion !

Un cas enfin se produisit à la « Receiving House » où les enfants sont gardés, au moment de leur admission, pendant deux à trois semaines et où ils sont lavés, nettoyés, etc. Dans la pièce où évolue ce cas de scarlatine il y avait 19 enfants, dont 6 de un à trois ans, 6 de trois à sept et 7 de sept à quinze. Au bout de dix jours le petit malade fut mis en contact avec 60 autres enfants dont les âges variaient depuis celui de nourrisson jusqu'à quinze ans. Pas de contagion !

Passons à la rougeole, qui a donné au début plus de mal à notre confrère, que la scarlatine. Les chiffres suivants sont pourtant remarquables. « Nous avions 600 fillettes il y a vingt-cinq ans ; 11 000 ont été admises depuis, et il y en a plus de 1300 en résidence. Au cours de toutes ces années nous avons eu 234 cas de rougeole. »

Parmi les faits les plus récents nous citerons les suivants.

Un jeune enfant très délicat fut pris de rougeole et placé à l'hôpital au milieu d'autres bébés ; les soins spéciaux furent pris et il n'y eut aucun cas de contagion bien que les autres enfants eussent de deux ans et demi à cinq ans.

Un cas éclate au milieu d'un groupe de 15 enfants ; l'exanthème est intense. La méthode du docteur Milne est appliquée et aucun cas de contagion ne se produit.

« Grâce au traitement, dit le docteur Milne, nous n'avons pas eu d'épidémie (de rougeole) durant ces derniers vingt-cinq ans, et nous n'avons pas constaté non plus de cas où l'infection dépassât les premiers stades. Bien plus, la virulence de la maladie est grandement modifiée et s'éteint rapidement. Je ne retrouve pas en effet d'infections secondaires à la rougeole dans mes notes de ces vingt-cinq années. »

Nous pourrions, à la suite de l'auteur, multiplier les exemples qu'il cite à l'appui de cette affirmation, mais comme ils sont tous calqués les uns sur les autres nous ne le ferons pas, laissant à ceux que la question intéresse le soin de se reporter au travail original.

On conçoit sans peine qu'une pareille méthode n'ait pas passé sans soulever des protestations véhémentes, et l'on n'est pas surpris qu'une « matron » de l'institution, convaincue depuis par les faits, ait écrit : « J'ai cru que le docteur Milne était insensé lorsqu'il m'ordonna de frictionner un enfant scarlatineux avec de l'huile d'eucalyptus, de panser sa gorge, et de le placer au milieu des autres enfants. »

Quant à nous, nous ne pouvons qu'enregistrer les faits si extraordinaires, mais si troublants par leur multiplicité, dont le médecin anglais se porte garant, et nous avons pensé qu'il était intéressant de les signaler à ceux de nos confrères qui n'ont point eu en mains le travail du docteur Milne.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1911)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Guinard et donne lecture du discours très touchant qu'il a prononcé à ses obsèques.

Il annonce, également, la mort de M. Claudot, et lève la séance en signe de deuil.

VARIÉTÉS

SOUVENIRS D'UN MÉDECIN DE PARIS (1)

Par le docteur POUMÈS DE LA SIBOUTIE (1789-1863).

Dans ses Souvenirs, le docteur Poumès de la Siboutie, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait défiler devant nous les portraits des grands maîtres dont il fut l'élève, l'ami ou le collègue.

Il connut beaucoup le médecin Chambon, maire de Paris pendant la détention et le jugement de Louis XVI. Chambon était un savant médecin et, ce qui vaut mieux, un parfait honnête homme. Partageant les opinions révolutionnaires de l'époque, il regardait ce roi comme la cause première et unique des calamités qui signalèrent les premières années de la Révolution. Mais Chambon fut conquis par la bonté du Roi. « Ah ! me disait-il, si vingt ans de ma vie avaient pu le sauver, je les aurais donnés. »

Il connut aussi le chirurgien Souberbielle qui était un des jurés de la reine et vota pour la mort, mais à cette époque, disait-il, « nous avions tous la fièvre de la liberté ».

Puis il peint le portrait d'*Alibert,* le régénérateur de l'étude des maladies de la peau. Son instruction littéraire était immense. Il savait beaucoup et parlait avec verve de ce qu'il savait.

De taille moyenne, sa figure était agréable, bonne, mais un peu narquoise. Souvent il s'extasiait sur ce qu'il appelait la *beauté* de telle ou telle maladie de la peau.

A la Salpêtrière, il vit *Pinel* étudier minutieusement les habitudes, le caractère, les penchants des aliénés qu'on traitait partout avec brutalité. Il mit fin à ces mauvais traitements et obtint que les fous fussent traités avec douceur comme les autres malades. « Pinel avait le tact médical au suprême degré, il se trompait rarement. Sa simplicité, sa bonté étaient extrêmes. Il avait en horreur tout ce qui sentait la pose, l'affectation, le charlatanisme. »

Cuvier, dit-il, « était la tête la mieux organisée de France ». A l'Hôtel-Dieu, il fut l'élève de *Dupuytren*, à la Charité, celui de *Boyer*. Le premier était grave, un peu guindé, se communiquait peu, plus admiré qu'aimé de ses confrères, mais sa parole était facile et élégante. Le second fut toujours ce qu'il était en Limousin : un homme lourd d'aspect mais simple, bon et surtout très spirituel. C'étaient les deux flambeaux de la chirurgie de l'époque.

Il fut aussi l'ami et l'élève de Parent-Duchatelet, de Lallemand, d'Asselin, etc.

Enfin le docteur Poumès fut très lié avec nos grands inspecteurs de l'armée, le baron *Larrey*, le baron *Desgenettes* et *Broussais* dont il a crayonné, en quelques lignes, de vigoureux portraits.

« *Larrey*, dit-il, était un homme d'une activité prodigieuse, dur au mal et à la fatigue. Il pouvait impunément passer plusieurs nuits sans se coucher. Assis à rebours sur une chaise dont le dos lui servait à appuyer sa tête, il dormait comme dans son lit. Il était d'une taille au-dessous de la moyenne, trapu, robuste, fortement membré, la tête volumineuse, couverte d'une chevelure plantureuse, le visage expressif où dominait la bonté. »

Desgenettes n'avait aucune des belles qualités de Larrey. Cependant sa conduite dans le grand hôpital de Jaffa, en Palestine, fut héroïque, quoiqu'en aient pu dire les envieux. Plonger une lancette dans le bubon d'un pestiféré agonisant, s'inoculer par de larges piqûres sur les bras cette matière délétère, c'était beau. L'armée reprit courage, la peur n'éloigna plus des pauvres malades ceux qui étaient chargés de leur donner des soins.

(1) Plon-Nourrit 1910.

Il y avait une grande différence entre ces deux hommes : *Larrey* était vif, emporté même, mais bon et excellent homme, voyant avec plaisir surgir des hommes de talent, les encourageant de ses conseils, les aidant de sa bourse et de son influence. Vingt ans passés sur les champs de bataille, dans les ambulances encombrées de blessés, l'avaient familiarisé avec la vue du sang, mais lui avaient laissé cette chaleur de cœur, cette charité compatissante pour ceux qui souffrent. Aussi toute l'armée le connaissait, l'aimait et avait foi en lui. « Larrey y sera », disaient les soldats la veille d'une bataille et les moins braves devenaient courageux.

Desgenettes était disgracieux, hargneux et, comme on dit vulgairement, mauvais coucheur. Il était bon et humain, mais dur en paroles. Napoléon en faisait grand cas et dans beaucoup d'occasions il en obtint de bons services. Il s'entendait, de même que Larrey, à organiser, à improviser des moyens de secours. Tout manquait dans un hôpital; deux jours après l'arrivée de Desgenettes, tout y abondait.

« Il était, écrit la duchesse d'Abrantès, l'homme le plus satirique et le plus spirituel que j'aie jamais connu ».

Broussais fut méconnu par l'Empire. Pendant son long séjour en Espagne, Gorcy et Brassier furent les médecins en chef de cette armée. C'est vers 1819 que ses cours attirèrent un si nombreux auditoire sur les bancs de l'école du Val-de-Grâce.

« Jamais, peut-être, on n'a entendu professer avec une verve, avec une véhémence semblables. On lui a reproché, avec juste raison, l'exagération inconvenante de ses attaques, notamment contre le vénérable Pinel. Cela tenait à son caractère fougueux, emporté et à une conviction fanatique. Il était d'une constitution athlétique, gai et bon compagnon. Dans les dîners chez le professeur Fée à Strasbourg, il nous amusait tous par ses saillies spirituelles, par les chansons quelque peu gaillardes qu'il chantait de la manière la plus piquante. Il aimait aussi à conter des anecdotes qu'il savait rendre très plaisantes. »

Voici le portrait que nous en donne Fée dans ses Souvenirs de la guerre d'Espagne : « Broussais était un homme excellent, fidèle à l'amitié, ayant toujours la main et le cœur ouverts. Dédaigneux au plus haut point de la fortune et du bien-être matériel, il se laissait aller à vau-l'eau, heureux de vivre au jour le jour. Il était d'une taille au-dessus de la moyenne. Sa tête avait une beauté peu commune. Quand il s'animait, ses yeux lançaient des éclairs. Sa bouche s'ouvrait dédaigneuse lorsqu'il parlait d'adversaires indignes de lui; mais elle était charmante s'il s'adressait à des amis. »

Sa dialectique était pressante et son jugement rapide. Il aimait les comparaisons et donnait à son style quelque chose de la vigueur de sa constitution physique.

Un jour, Fée lui dit que les bonnes causes devaient être soutenues avec calme. « Non, reprit-il, il faut se faire lire et se faire lire par des gens éveillés. Les malheureux dormaient. J'ai pris le fouet d'une main ferme et frappé sans crier gare! Aussi voyez la meute, comme elle est haletante et comme elle aboie. Si j'eusse frotté de miel les bords du vase, le miel eût agi comme l'opium : des verges, morbleu! des verges trempées dans le vinaigre et l'absinthe. Je les voulais furieux et les voilà qui mordent; c'est cela, courage! Allons, je ne désespère plus d'eux, à moins qu'ils ne meurent empoisonnés. » Et cet athlète lutta sans répit pendant quinze ans contre ses adversaires qui se succédaient.

Mais avec les progrès de l'âge et de la maladie (cancer du rectum), Broussais tempéra son ardeur de polémiste. Le grand agitateur de la médecine, après avoir connu et savouré l'ivresse du triomphe, vit son étoile pâlir et le vieux lion édenté cacha ses griffes.

Ce fanatique Breton mourut sur la brèche, après avoir tracé un lumineux sillon de gloire dont les reflets illumineront toujours les fastes de l'Ecole du Val-de-Grâce, qui est si fière de pouvoir compter parmi ses plus illustres professeurs les Larrey, les Desgenettes et les Broussais.

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

LIVRES NOUVEAUX

Les Interventions médicales d'urgence (1), par G. LEMOINE, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille.

Les interventions médicales, si j'ose ainsi dire, auxquelles le praticien est quotidiennement obligé, augmentent sans cesse de nombre et d'importance. A côté des manœuvres de l'ancienne « petite chirurgie », est-il nécessaire de rappeler que sont venues prendre rang toutes les injections sérothérapiques, les ponctions thérapeutiques ou diagnostiques des cavités séreuses, et tant d'autres. Le professeur Lemoine a pensé qu'il serait utile de réunir, en un même volume, les descriptions de la technique de ces diverses opérations, et il l'a fait, comme toujours, de façon simple et pratique sans perdre de vue les questions de diagnostic clinique et d'indications thérapeutiques que ces procédés soulèvent.

Ce nouvel ouvrage du clinicien de Lille, édité avec soin et clarté, trouvera auprès du public médical, tant étudiants que praticiens, le même succès que les autres œuvres du même auteur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Médications générales (2), par MM. BOUCHARD, ROGER, etc.

L'ouvrage débute par un exposé d'ensemble des *médications générales* et des médications locales, dû à M. le professeur Bouchard, exposé qui est en quelque sorte la préface naturelle de ce livre de thérapeutique conçu suivant un plan très original.

M. le professeur Roger étudie dans le chapitre suivant les médications générales des *infections* (thérapeutique antiseptique, sérothérapie, hygiène et prophylaxie, vaccination).

Avec sa compétence bien connue, M. le docteur Sabourand résume ensuite les moyens thérapeutiques dont nous disposons contre les maladies *parasitaires externes*, et M. le docteur Sabrazès, contre les maladies *parasitaires internes*; ces deux chapitres contiennent des renseignements du plus haut intérêt, en ce qui concerne la thérapeutique de ces affections un peu spéciales et qui sont loin d'être parfaitement connues de tous les médecins.

La deuxième partie de cet ouvrage est consacrée aux médications générales des *intoxications*. M. le professeur Pouchet a développé la thérapeutique à opposer aux empoisonnements, et M. Balthazard, aux auto-intoxications.

Signalons comme chapitre nouveau, dans un livre de thérapeutique, le traitement des brûlures occasionnées par l'électricité, les rayons X.

Dans une troisième partie, qui traite des *médications cellulaires générales*, M. Carnot expose les résultats de l'opothérapie, et MM. Marie et Clunet, ceux des radio-excitations; cette troisième partie se complète par l'étude des médications générales du développement, et ce nouveau chapitre est dû en entier au docteur Apert dont on connaît la compétence pour toutes ces questions touchant aux modifications et anomalies de la *croissance*.

Enfin, l'ouvrage se termine par une série de chapitres consacrés aux médications symptomatiques générales; M. Lépine étudie les *troubles nutritifs*; MM. Robin et

(1) In-8 écu de 369 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Coyon, les *médications à opposer à la fièvre*; M. le professeur Chauffard, les médications de l'*inflammation*; M. le professeur Widal, les médications à opposer *aux œdèmes*.

Nous nous garderons d'insister sur ce qu'a de particulièrement heureux pour le lecteur la réunion en un même volume d'une aussi brillante collaboration; aussi sommes-nous persuadés que cet ouvrage rencontrera, auprès des médecins, le plus vif comme le plus justifié d'ailleurs des succès.

L. BABONNEIX.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales (1), par MM. G. Lemoine et E. Gérard, professeurs à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille; avec le concours de MM. E. Doumer, professeur, et J. Vanverts, professeur agrégé à la même Faculté. Cinquième édition. Conforme au Codex de 1908.

Que cet excellent ouvrage ait atteint sa cinquième édition depuis 1905, cela ne surprendra personne.

Très complet en tant que formulaire, éminemment clinique et pratique en tant que consultations, ce livre ne pouvait que marcher au succès. C'est ce qu'il a fait, et il serait oiseux d'en prolonger ici l'éloge; disons donc seulement que M. le professeur Doumer a rédigé, avec sa haute compétence, un nouveau chapitre : *l'Electrothérapie du praticien*, et attendons-nous à voir paraître un jour ou l'autre une sixième édition.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 17, 27 avril 1911.) Robert M. Green : Les hommes, leurs mœurs et la médecine. — Guy Hinsdale : Le traitement climatérique de la tuberculose (avec 3 figures). Discussions : E.-O. Otis, Vincent y Bowditch. — James A. Honeij : Le rhume banal (avec 4 tableaux). — Lincoln Davis : Une analyse de 46 cas de prostatectomie (suite du n° 16, p. 571, à suivre). — Rockwell A. Coffin : Un cas de pemphigus chronique vulgaire de la bouche et du larynx. — Calvin B. Faunce : Un cas de toxémie aiguë par infection de la gorge due au colibacille. — (N° 18, 4 mai.) Arthur Tracy Cabot : L'inspection des écoles dans les petites villes. — Hugh Cabot : Les difficultés et limites du diagnostic dans les cas avancés de tuberculose rénale. — Lincoln Davis : Une analyse de 46 cas de prostatectomie (suite des nos 16, p. 571, et 17, p. 609, *fin*). — Charles M. Green : Cinq opérations césariennes successives sur la même femme, la cinquième avec des jumeaux ; une histoire obstétricale unique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 18 mai 1911.) Lange : Prophylaxie et traitement de la scarlatine. — Loeschke : Sur les rapports d'échanges entre le poumon et le thorax dans l'emphysème. — Schumburg : Savon et alcool dans la désinfection des mains. — Hecht : Titrage de l'extrait d'antigène. — Rosenthal : Sur la question de l'élimination d'un ferment diastasique par l'urine. — Loewij et Collmann : Sur le « primal », nouvelle préparation sans danger pour la teinture des cheveux. — Gottschalk : Sur l'eurapyl en pratique gynécologique. — Hoffmann : Le traitement de la fièvre des foins. — ScherESchewsky : Maladie générale syphilitique par injection intracardiaque de culture. — Muktedir Effendi : Sur le traitement de l'anémie pernicieuse. — Dieuw : Applications du massage par l'eau sous pression en gynécologie, odontologie, rhinologie, otologie, médecine interne et urologie. — Schern : Le dosage de l'acidité et l'épreuve d'empêchement du lab du lait. — (N° 21, 25 mai.) Riedel : Thrombose bilatérale des veines fémorales après un catarrhe intestinal grave. — Barth : Sur la tuberculose rénale. — Michulis : Agglutination des bactéries par les acides et surtout des bacilles typhiques. — Kern : Les transformations des glandes surrénales dans la vie extra-utérine. — Klug : La thérapeutique physique dans quelques maladies internes. — Telemann : Recherches sur la représentation röntgenologique des calculs des voies urinaires. — Strubell : Sur la vaccinothérapie. — Mayer : Salvarsan et hémolyse. — Cannata : Sur la pathogénie du purpura hémorragique. — Meltzer : Sur le bruit pylorique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 9 mai 1911.) Lüdke et Sturm : L'albuminurie orthostatique dans la tuberculose. — Klein : Cause et signification de l'hémorragie menstruelle. — Béring et Meyer : Recherches expérimentales sur la sensibilisation des rayons Röntgen. — Abelin : Nouvelle méthode pour déceler le salvarsan. — Mather : Influence de l'extrait thyroïdien sur la coagulation du sang. — Sick : Opération radicale de la hernie crurale par la plastique pectinéale. — Meirowski : Rapport entre la peau et les surrénales. — Grund : Action du chloromorphide chez l'homme. — Bruckner : Epidémie de typhoïde dans une école. — Sasse : Dispositif aseptique d'extension après trépanation osseuse. — Schreyer : La peste pulmonaire en Chine septentrionale. — Gruber : Pyémie après spermatocystite aiguë staphylococcique. — Ruge : Corps étranger articulaire. — Glaser : Bases générales du diagnostic et du traitement de la lithiase biliaire. — (N° 20, 16 mai.) Hofmeier : Sur la question de l'auto-infection en obstétrique. — Heller : Sur le volvulus de l'anse sigmoïde et la maladie de Hirschprung. — Dreyfus : Importance de l'étiologie dans l'appréciation des états dépressifs légers. — Martins : Sur les cas de mort après les injections de salvarsan dans les maladies du cœur et des vaisseaux. — Ploeger : Contribution à la technique des injections intraveineuses de salvarsan. — Brauer : Sur une cause d'erreur dans le sérodiagnostic du kyste hydatique. — Hackenbruch : Guérison durable du prolapsus rectal au moyen de la plastique du plancher périnéal. — Oppenheimer : Hypersécrétion fonctionnelle des glandes à mucus de la vessie. — Kolb : Contribution aux insuccès de la cancroïdine de Schmidt. — Rothschild : Traitement de la présentation par le siège non compliquée. — Hoffmann : Prophylaxie et traitement des piqûres de mouches. — Hoffmann : Méthode nouvelle de traitement du prolapsus rectal chez la femme.

Semaine médicale. — (N° 20, 17 mai 1911.) L. Cheinisse : La valeur diagnostique et thérapeutique de la position genu-pectorale dans les maladies internes. — (N° 21, 24 mai.) F. Lejars : La stase intestinale chronique. — (N° 22, 31 mai.) Moty : Les phlegmons diffus à marche lente et leur traitement.

(1) In-8 de 1012 pages. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 72. — MARDI 27 JUIN 1911. 84e ANNÉE. MARDI 27 JUIN 1911. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 juin. — MM. Ribadeau-Dumas, Crouzon et Lemierre, 20.

Séance du 24 juin. — MM. Grenet, 20; Armand-Delille, 19 1/2; Louste, 19.

Prochaine séance, mardi 27 juin, à huit heures et demie du matin, à Beaujon.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1912 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 18 septembre 1911, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du mardi 1er août au jeudi 31 août 1911 inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — *Concours de l'internat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Brette, Bouget, Perrenot, Bocca, Montibert, Gillet, Lacassagne, Sigaud, Maurizot, Michel, Eparvier, Durand, Verrier, Rigaud, Perret, Aigrot, internes titulaires.

Sont nommés internes suppléants : MM. Bovier, Cobrat, Conrozier, Gaillard, Albert Badolle, Girard, Champel, Juvin, Raymond Badolle, Montaz, Vernay, G. Couturier, Garnier, Fribourg, Salle, Chenu, Archimbaud, Forraz, Mugniéry, de Mourgues, Philippon.

La trousse d'honneur est décernée à M. Brette.

Le comité médico-chirurgical des hospices ayant demandé la nomination de deux internes éventuels pour assurer le service à l'hôpital René-Sabran, ont été désignés MM. Dupasquier et Laurent Fouilloux.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours s'ouvrira le 20 juillet pour la nomination d'un chef de laboratoire à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

S'inscrire au secrétariat, 28, rue de Charenton, avant le 6 juillet, midi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, du 1er juin au 30 juillet 1911, est accordé, sur sa demande, à M. Lenormant, agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 26 décembre 1911, devant l'École de médecine de Marseille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite école.

ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Les élèves de l'école du service de santé militaire reçus en 1910 et accomplissant actuellement leur année de service militaire, les élèves reçus en 1911 et ayant satisfait à la loi sur le recrutement, devront se présenter à l'école du service de santé à Lyon le jeudi 12 octobre 1911, à huit heures du matin.

SERVICE MÉDICAL DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — Sur la demande de M. Lemarchand, le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'examen de l'administration et de la commission du personnel la proposition suivante :

Les traitements du médecin en chef, du médecin adjoint, du médecin suppléant et des médecins visiteurs de la ville de Paris et du département de la Seine seront ainsi fixés : Médecins en chef : classe exceptionnelle, 12 000 francs ; 1re classe, 11 000 francs; 2e classe, 10 000 francs ; 3e classe, 9 000 francs.

Médecins en chef adjoints : 1re classe, 8 000 francs ; 2e classe, 7 200 francs ; 3e classe, 6 600 francs.

Médecins principaux : 1re classe, 6 000 francs ; 2e classe, 5 000 francs.

Médecins : 1re classe, 4 000 francs ; 2e classe, 3 500 francs; 3e classe, 3 100 francs ; 4e classe, 2 700 francs.

MONUMENT GUINARD. — Un monument sera élevé à l'Hôtel-Dieu, là même où fut frappé Guinard, sur l'initiative de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique.

D'autre part la Société de l'internat a décidé d'ouvrir une souscription parmi tous les anciens internes et externes des hôpitaux pour l'érection de ce monument.

Dans le cas où les fonds seraient suffisants il serait institué avec les souscriptions un *prix Guinard*.

Les souscriptions sont reçues chez M. Jayle, 238, boulevard Saint-Germain, à Paris.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Colnenne, directeur du service de santé du 16e corps d'armée, est placé dans la 2e section (réserve), du cadre des médecins inspecteurs.

— M. le médecin principal Hussenet est promu médecin inspecteur et maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 10e corps d'armée.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Pruvost est nommé médecin aide-major de 1re classe dans le corps des sapeurs-pompiers, à Valenciennes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Tuffier, chirurgien des hôpitaux de Paris, est promu au grade d'officier de la légion d'honneur.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Par suite de l'élection de son président, qui a eu lieu le 18 juin 1910, le bureau de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France se trouve ainsi composé : MM. le professeur Lande (de Bordeaux), président; Bellencontre (de Paris), Gayral (de Carignan), Grassot père (de Chevilly), vice-présidents ; M. Ch. Levassort (de Paris), secrétaire général; M. Hiard (de Neuilly-sur-Seine), Abel Watelet (de Paris), secrétaires; Ch. Darras (de Paris), trésorier général; Depasse (de Paris), archiviste.

Membres du Conseil. — Parisiens : MM. Amodru, B. Ball, Bilhaut, Boudin, Bouland, Butte, Clauzel-Vialard, Dignat, Fiquet, Jeanne, Noir, Smester, Vimont (Maurice).

Provinciaux : MM. Barbanneau (de Pouzanges), Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône), Dengler (de Sellières), Maurat (de Chantilly), Richard-Lesay (de Lille), Saquet (de Nantes), Zipfel (de Dijon).

ASSOCIATION SYNDICALE DES MÉDECINS DES STATIONS CLIMATIQUES, BALNÉAIRES ET THERMALES DU SUD-OUEST DE LA FRANCE. — Le dimanche 18 juin avait lieu à Eaux-Bonnes, sous la présidence du docteur Marcellin Cazaux, la réunion annuelle statutaire de la section occidentale de l'Association syndicale des médecins des stations climatiques, balnéaires et thermales du sud-ouest de la France.

La plupart des stations de la région étaient représentées à cette importante réunion, notamment celles d'Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Cambo, Cauterets, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Pau, Saint-Sauveur, Salies-de-Béarn.

La matinée a été consacrée à la visite des établissements thermaux et des griffons sous la conduite du corps médical de la station.

Après un déjeuner confraternel, plein de cordialité, a eu lieu la réunion de travail et d'étude, dans une des salles de la mairie spécialement mise à la disposition du bureau de l'Association par la municipalité d'Eaux-Bonnes.

Le docteur Gandy (de Bagnères-de-Bigorre) a lu un très intéressant travail sur le « passé et l'avenir de l'Association ». Après avoir fait un historique complet quoique rapide des dix-sept années d'existence de la Société, il a conclu en proposant diverses mesures destinées à augmenter sa vitalité et sa puissance d'action. Ces propositions ont obtenu l'assentiment unanime de l'Assemblée.

Le docteur Natton (de Salies-de-Béarn) a développé le projet de création d'un comité permanent des expositions pyrénéennes dans les diverses expositions de la France et de l'étranger. L'Assemblée a émis à l'unanimité un avis favorable.

Un rapport du docteur Gandy sur l'application de la cure-taxe dans les stations pyrénéennes a été renvoyé à une session ultérieure, le règlement d'administration publique destiné à fixer le mode d'application de la cure-taxe n'ayant pas encore paru.

Avant de se séparer, l'Assemblée a choisi comme date de sa prochaine réunion, le 10 juin 1912 et comme siège la station de Saint-Sauveur ; elle a désigné comme président, pour sa prochaine réunion, le docteur Sabail (de Saint-Sauveur) et a maintenu comme secrétaire le docteur Goudard (de Pau).

Au mois de septembre, l'Association syndicale des médecins des stations climatiques, balnéaires et thermales du sud-ouest de la France se réunira en assemblée générale, toutes sections réunies, à Toulouse, pour statuer sur les diverses questions mises à l'étude ainsi que sur les vœux émis par les sections.

Avant de quitter les Eaux-Bonnes, les membres de l'Association ont fait une charmante excursion aux belles cascades du Serpent et du Gros-Hêtre.

XXIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES (AMIENS, 1er-6 août 1911). — MM. les médecins qui désirent prendre part à ce Congrès sont instamment priés d'adresser *au plus tard pour le 5 juillet*, leur adhésion et le montant de leur cotisation, au secrétaire général, docteur Charon, à Amiens.

Passé ce délai, il ne sera plus possible d'obtenir le tarif réduit sur les chemins de fer, ni la participation aux excursions.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE. — On vient de distribuer au Sénat le rapport de M. Poulle, au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. de Lamarzelle, tendant à interdire la fabrication et la vente de l'absinthe.

Une statistique, jointe au travail du rapporteur, montre que la quantité d'alcool pur imposée à l'état d'absinthes ou similaires est passée de 6713 hectolitres en 1873, à 18 000 hectolitres en 1880, à 105 258 hectolitres en 1890, à 238 467 hectolitres en 1900.

Depuis cette époque, la consommation a baissé jusqu'à 172 116 hectolitres en 1910.

M. Poulle propose, au nom de la commission, qu'on prohibe, sous peine d'amende de 100 à 2 000 francs, la fabrication, la vente, le transport, la détention pour la vente et l'importation de tous apéritifs ou liqueurs alcoolisés contenant de l'essence d'absinthe. La loi serait exécutoire deux ans après la promulgation, sauf en ce qui concerne l'importation qui serait immédiatement interdite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Achille Bourgeois (de Jarnac), père de notre ami Henri Bourgeois, laryngologiste des hôpitaux de Paris, et du docteur Paul Bourgeois, auxquels nous adressons nos bien vives condoléances; Breul (de Nancy), Henri Stilling (de Lausanne), Rodolf Valentin (de Berne) et J. Weil-Mantou (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 6 juillet 1911, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Langage musical. Etude médico-psychologique, par les docteurs E. DUPRÉ, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et Marcel NATHAN, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface de M. Ch. MALHERBE, bibliothécaire de l'Opéra. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. — Prix : 3 fr. 75. — Paris, F. Alcan.

La Fièvre méditerranéenne, par le docteur LEMANSKI. 1 vol. in-16 de 188 pages avec graphiques. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE

Par L. ALQUIER et B. KLARFELD (1).

II

Tumeurs intraprotubérantielles. — La presque totalité des exemples que nous allons citer sont des tubercules ou bien des gliomes ou sarcomes. Il y aurait un intérêt particulier à pouvoir dépister le tubercule, dont l'évolution pourrait peut-être subir une modification favorable sous l'influence d'un traitement approprié. Nous étudierons donc séparément : 1° les tubercules ; 2° les gliomes et sarcomes.

1° TUBERCULES. — Cette étude est, bien entendu, limitée au tubercule-tumeur non accompagné d'autres manifestations tuberculeuses du névraxe, susceptibles de modifier le tableau symptomatique. Pour que le tubercule puisse agir comme tumeur, il faut qu'il ait acquis un volume suffisant, qui peut atteindre celui d'une noix. Deux faits sont dignes de remarque. 1° Le tuberculome est ordinairement bien limité, à l'œil nu et au microscope (voir fig. 5). On est frappé de voir les cellules et fibres nerveuses conserver leurs caractères tinctoriaux et leur aspect normaux jusqu'au voisinage immédiat des lésions tuberculeuses. 2° Le plus souvent, les lésions dégénératives sont peu considérables, même lorsque le néoplasme est volumineux et occupe la place de faisceaux importants ; c'est que le tubercule à évolution lente agit sur les tissus du névraxe, plus par compression et par refoulement, qu'il ne détruit réellement.

Le tubercule peut intéresser les deux moitiés de la protubérance ou présenter une prédominance marquée pour l'une ou l'autre.

A. Tubercules intéressant les deux moitiés de la protubérance :

LXXXV [Alquier (2)]. — *Maladie actuelle*. — Début en mars 1903. Le malade, alors âgé de trente-quatre ans, exerçant la profession de découpeur sur bois, remarque que sa main droite se ferme mal, et s'affaiblit. Il continue cependant à exercer son métier. Le 25 avril, à une heure de l'après-midi, il est pris d'étourdissement et ne peut plus émettre que des sons incompréhensibles ; il serait tombé si ses camarades ne l'avaient soutenu. Le docteur Dupuy-Dutemps, qui le vit alors, constata une paralysie faciale gauche ainsi que des muscles droit externe et interne de l'œil du même côté. Depuis, fréquents maux de tête : céphalée occipitale avec torticolis. La vue se mit à baisser progressivement, on aurait même constaté l'ébauche du signe d'Argyll. Essai de traitement mercuriel (seize à dix-huit injections de cyanure puis quelques frictions) ; cependant, la vue resta trouble ; vers la fin de septembre, apparut, en quelques jours, une parésie des membres supérieur et inférieur gauches, avec fourmillements dans la main qui, de temps à autre, était prise de petites secousses convulsives durant une ou deux minutes. En décembre 1904, il vint à la Salpêtrière demander son admission, se plaignant de troubles de la vue et de la parole, et de parésie avec quelques légères douleurs dans les membres du côté gauche.

Examen du malade (13 décembre). — On constate deux ordres de symptômes : 1° de gros troubles du côté des nerfs bulbo-protubérantiels ; 2° du côté des membres et du tronc, des troubles moteurs et sensitifs peu considérables.

1° *Troubles des nerfs bulbo-protubérantiels*. — Paralysie faciale droite totale (absence de tout mouvement) et complète (facial supérieur et inférieur) avec déviation très nette de la langue, hypoesthésie faciale gauche au tact, exagération du réflexe massétérin. Il existe un certain degré de dysarthrie, de l'hypoacousie gauche avec diminution de la perception cranienne du même côté : la trompe d'Eustache est libre ; le tympan épais, opaque, enfoncé ; il paraît y avoir une lésion de l'oreille interne. Enfin, l'examen des yeux, pratiqué le 23 novembre 1903 par le docteur Dupuy-Dutemps, montre : parésie de l'orbiculaire droit, paralysie associée des mouvements de latéralité vers la droite, complète pour l'œil droit, un peu moins complète pour le gauche qui a conservé en partie l'usage de son droit externe : celui-ci est seulement parésié, sa contraction s'accompagne de légers mouvements nystagmiformes. Au contraire, les mouvements d'élévation et d'abaissement sont normaux des deux côtés ; la convergence est partiellement conservée, pupilles en myosis, plus serré à droite, réflexes lumineux et accommodatif très affaiblis. Aucune lésion du fond de l'œil.

2° *Troubles moteurs et sensitifs*. — Du côté gauche, parésie des membres supérieur et inférieur, avec un certain degré d'asynergie cérébelleuse, adiadococynésie de la main gauche ; en marchant, il se sent entraîné vers la gauche et marche incliné vers la droite ; ne tourne que difficilement sur lui-même et présente un certain degré d'instabilité ; lorsqu'il veut joindre les pieds en fermant les yeux il est entraîné à gauche par une véritable latéropulsion se terminant par la chute, si on ne le retient pas. Réactions électriques normales pour tous les muscles des membres.

Céphalée frontale à peu près continue, augmentée par la station verticale, diminuée par le décubitus. Légères douleurs diffuses dans les membres du côté gauche, augmentées par les mouvements, la marche, la pression des masses musculaires.

Au contraire, la sensibilité est diminuée au tact dans les membres du côté droit (ébauche du syndrome de Brown-Séquard) ; sensibilité thermique, sensibilités profondes intactes sur tout le corps.

Réflexes tendineux forts aux membres supérieurs et au genou gauche ; rotulien droit et achilléens normaux ; Babinski, indifférent à gauche, tend à l'extension à droite.

Du côté des viscères on ne constate rien d'autre qu'une légère hydrocèle double avec augmentation de volume des bourses, l'épididyme paraît très volumineux.

Evolution. — Vers la fin de novembre, la céphalée augmente : il s'y ajoute des nausées et quelques vomissements.

Le 30 novembre, on constate un début de stase papillaire. Acuité visuelle = un demi à gauche, trois quarts à droite. La paralysie du droit externe gauche est maintenant complète ; il n'y a plus qu'une ébauche de convergence de ce côté.

Le 7 décembre, la stase est devenue très nette, caractérisée par l'œdème et la saillie des papilles. Les vaisseaux sont dilatés, variqueux, avec petites hémorragies.

Pendant les premiers mois de 1905, les signes oculaires s'améliorent, la stase disparaît presque complètement en avril ; elle reparaît en même temps que la céphalée.

Mort dans le coma le 11 mai 1905 après quelques jours de torpeur.

Autopsie. — Pas d'autre tuberculose viscérale qu'une double épididymite caséifiée.

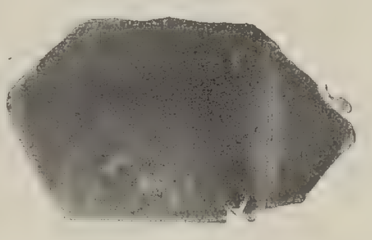


FIG. 5. — *Coupe horizontale* (colorée au Weigert-Pal) *de la partie moyenne de la protubérance*. — Le tubercule occupe presque toute la calotte.

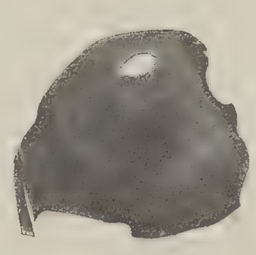


FIG. 6. — *Coupe horizontale* (même coloration) *affleurant le bord supérieur de la protubérance*. — Pâleur (surtout à gauche) des faisceaux longitudinaux postérieurs.

Dans la partie postérieure de la protubérance (fig. 5 et 6) est un tubercule caséifié, du volume d'une noix, occupant la région de la

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 57, p. 873 ; n° 67, p. 1033.

(2) ALQUIER. *Revue neurol.*, 1906, p. 406.

calotte, qui est détruite presque en totalité, surtout à droite. En bas le tubercule empiète sur la partie supérieure du bulbe; en haut, le quart supérieur de la protubérance est respecté; en arrière, le tubercule est fortement saillant dans le quatrième ventricule, qui est élargi transversalement, comprimant le lobe médian du cervelet; le bulbe et la protubérance sont aplatis contre la lame basilaire de l'occipital. A la coupe, le centre du tubercule est occupé par une masse caséeuse jaunâtre, semi-liquide; à la périphérie est une coque épaisse très dure, d'aspect fibreux. Enfin, du côté droit, les sixième et septième paires sont nettement atrophiées, la huitième du côté gauche semble légèrement diminuée de volume.

LXXXVI [Raymond (1)]. — Homme de quarante ans, tuberculeux. Hémiplégie gauche spastique avec participation du facial inférieur, mouvements athétosiques, ataxie, marche titubante, paralysie des mouvements latéraux des yeux avec conservation de la convergence, tubercule de la calotte protubérantielle, de 4 centimètres de hauteur sur 3 de largeur, prédominant à droite et respectant les noyaux oculo moteurs.

LXXXVII [Raymond et Cestan (2)]. — Femme, vingt-huit ans. Parésie spastique, plutôt motrice que sensitive, des membres du côté gauche avec participation du facial inférieur, démarche un peu ébrieuse, paralysie limitée aux mouvements associés de latéralité des yeux, sans rien au fond de l'œil. Huit mois après le début, stase, céphalée, surdité, paralysie du moteur oculaire externe droit avec intégrité du facial. Mort un mois plus tard. Gros tubercule médian de la calotte, respecte les noyaux oculo-moteurs, envoie en bas un prolongement effilé qui se termine en pointe entre les noyaux de Goll et Burdach droits.

Se basant sur ces deux faits et sur un autre analogue, mais dont ils ne donnent malheureusement pas l'observation, les auteurs ont décrit ici même (3), sous le nom de syndrome protubérantiel supérieur, un syndrome caractérisé par la paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux, avec conservation de la convergence, secousses nystagmiformes, non seulement dans les mouvements latéraux, mais aussi dans l'élévation et l'abaissement des globes. Du côté opposé à l'œil le plus atteint dans son mouvement associé d'abduction, les membres présentent une hémiplégie sensitivo-motrice, épargnant le facial inférieur ou l'intéressant très légèrement. Cette hémiplégie est surtout sensitive : fourmillements, picotements dans l'extrémité des doigts, hypoesthésie cutanée à tous les modes, plus prononcée à l'extrémité des membres, perte du sens stéréognostique, perte du sens articulaire pour les petites articulations de la main et du pied. La face est souvent indemne, parfois le trijumeau du côté opposé est pris. Au point de vue moteur, la parésie motrice volontaire et les modifications des réflexes tendineux sont minimes; on ne constate pas d'atrophie musculaire, le clonus et l'extension de l'orteil peuvent faire défaut. Mais les extrémités présentent un tremblement exagéré par les mouvements intentionnels, avec mouvements athétosiformes de la main; il existe de l'ataxie cinétique augmentée par l'occlusion des yeux, parfois de l'asynergie cérébelleuse, la parole est saccadée, lente, légèrement bredouillée, très analogue à celle de la sclérose en plaques. Ce syndrome « perd bientôt sa netteté primitive par l'adjonction de signes nouveaux, que le tubercule se soit étendu soit dans le sens transversal comme l'indiqueront l'accentuation de la paralysie motrice, l'apparition de troubles sensitifs dans le territoire du trijumeau, la diminution de l'acuité auditive, soit dans le sens vertical comme l'indiqueront un strabisme interne unilatéral ou bilatéral par lésions de la sixième paire, une paralysie faciale plus ou moins prononcée à caractère périphérique.

Il sera même possible d'observer une polyurie avec glycosurie, de la tachycardie, et le malade succombera aux progrès de l'affection après un temps variable ».

Dans ces trois cas, le tubercule occupait la calotte protubérantielle, en arrière des fibres sensitives, respectant, au moins pendant une partie de l'évolution, les noyaux des oculo-moteurs. Les auteurs concluent que ce qui distingue « la lésion de la partie supérieure de la protubérance, c'est la paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires ». Le syndrome protubérantiel supérieur prend donc place entre celui de Weber (pédonculaire) et celui de Millard-Gubler (protubérantiel inférieur).

A ces trois faits, Grüner et Bertolotti (1) opposent le suivant dans lequel le tubercule siégeant plus haut intéressait seulement le quart supérieur de la protubérance; la paralysie associée respectait les mouvements de latéralité et atteignait, au contraire, les mouvements d'élévation et d'abaissement des globes, ainsi que la convergence; l'impotence fonctionnelle ne variant pas lorsqu'on faisait fixer les deux yeux ensemble ou séparément.

LXXXVIII [Grüner et Bertolotti (*Cas 2*)]. — Homme, trente-six ans. A vingt-deux ans, abcès (tuberculeux?) de la nuque; depuis signes de tuberculose. A trente-quatre ans, diplopie transitoire suivie, un mois plus tard, de ptosis persistant, puis de crises de céphalée. Au bout de cinq autres mois, le côté droit du corps s'affaiblit. On trouve : hémiplégie droite, spastique avec clonus, signe de Babinski, abolition des réflexes crémastérien et abdominaux droits, bouche déviée à gauche, sans rien à la langue ni au voile du palais. Mouvements athétosiformes de la main, latéropulsion droite sans Romberg. Les troubles moteurs dépendent de l'asynergie cérébelleuse plutôt que d'une véritable paralysie. Parole nasonnée, bredouillée, scandée comme celle de la sclérose en plaques. Hypoesthésie pour tous les modes au côté droit : sensibilités superficielles et profondes, participation de la face. Sensation de chaleur du côté droit avec élévation de la température à droite, céphalée nucale. Hyposmie droite, pas de trouble du goût. Yeux en strabisme externe, pupilles ne réagissent pas; la droite est plus grande. Stase papillaire, rétrécissement concentrique du champ visuel. Hypoacousie droite, mais avec otite ancienne de ce côté. Plus tard, début de kératite neuro-paralytique gauche avec anesthésie de la conjonctive gauche. Le dernier mois, somnolence, ptose, troubles mentaux, accès convulsifs des membres gauches, sans perte de connaissance. Le tubercule occupait la partie médiane de la calotte, depuis le plancher du troisième ventricule jusqu'au quart supérieur du pont de Varole, de 8 à 9 millimètres de diamètre sur les coupes, il englobe presque toute la substance grise de l'aqueduc de Sylvius, obstrue ce dernier, détruit les noyaux des deux troisièmes nerfs complètement, intéresse ceux des quatrièmes. A gauche, une zone de ramollissement jaune détruit la moitié interne et supérieure du faisceau sensitif et envahit le tubercule quadrijumeau postérieur gauche qui est affaissé; le faisceau longitudinal postérieur gauche est intact, le droit est refoulé et raréfié.

LXXXIX [Bruce (2)]. — Femme, vingt-cinq ans. Parésie faciale gauche, paralysie complète des mouvements conjugués des yeux vers la gauche, légère parésie de ce mouvement vers la droite, paralysie incomplète du droit interne gauche, conservation des autres mouvements, y compris la convergence. Vertiges, violents maux de tête, nausées, vomissements, fourmillements dans le côté gauche de la face, bourdonnements d'oreilles. A l'autopsie, infiltration gélatineuse des méninges au niveau du bulbe, protubérance, tubercules quadrijumeaux. Tubercule d'un centimètre de diamètre environ dans la calotte protubérantielle, situé plus à gauche qu'à droite, occupe l'emplacement des sixième et septième des deux côtés, et des faisceaux longitudinaux postérieurs qui présentent la dégénérescence ascendante et descendante. Intégrité des faisceaux pyramidaux et des fibres transversales du pont.

(1) RAYMOND. *Revue neurol.*, 1900, p. 719.
(2) RAYMOND et CESTAN. *Revue neurol.*, 1901, p. 78.
(3) RAYMOND et CESTAN. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 82, p. 829.

(1) GRÜNER et BERTOLOTTI. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1905, p. 159.
(2) BRUCE. *Rev. of neurol. and psych.*, 1903, n° 5.

XC [Schœler (1)] (*Cas 1*). — Homme. A l'examen, névrite optique surtout à droite, sans stase nette. Parésie (presque paralysie) des mouvements associés de latéralité des deux côtés, élévation et abaissement conservés, convergence assez bonne, acuité visuelle bonne. Parésie périphérique de la septième paire, nette à gauche, très légère à droite. Troubles de déglutition. Parésie bilatérale très marquée aux membres supérieurs, très légère aux inférieurs. Dix jours plus tard, la névrite optique a presque complètement disparu. Paralysie des mouvements associés latéraux et d'élévation; l'abaissement est presque paralysé à gauche, parésié à droite et s'accompagne de quelques secousses nystagmiformes. Pupille droite plus petite que la gauche, réagit mal. Diparésie faciale toujours plus marquée à gauche. Mort trois jours plus tard. Tubercule situé au milieu de la protubérance, occupe la presque totalité de la coupe. Il descend jusqu'aux noyaux de la sixième paire qu'il détruit, monte, à droite seulement, dans les pyramides, jusqu'au-dessous de la cinquième paire.

B. Voici maintenant plusieurs cas dans lesquels le *tubercule présente une prédominance marquée pour un côté, ou bien est unilatéral.* Les symptômes indiquent, plus ou moins nettement, une localisation unilatérale.

XCI [Ewald (2)]. — Homme, trente-sept ans. Tuberculose pulmonaire. Paralysie des troisième et sixième gauches, perte des mouvements de latéralité, l'élévation et l'abaissement conservés. L'œil droit peut se déplacer à droite, pas à gauche, avec convergence conservée. En plus, paralysie à type central des deux faciaux, mais avec disparition de l'excitabilité électrique Tubercule dans le côté gauche de la protubérance (sans autres détails).

XCII [Kuh Sydney (3)]. — Garçon de deux ans. A marché à un an, ne parle pas, semble intelligent. Scarlatine puis rougeole il y a huit mois. Paralysie des sixième et septième droites (périphérique) et des mouvements associés des yeux vers la droite avec léger nystagmus vertical de l'œil droit, sans stase. Parésie progressive du bras gauche qui est légèrement spastique. Marche spastique, pas d'ataxie, traîne la jambe gauche, légère spasticité à droite, Babinski à gauche. Index opsonique pris cinq fois, tantôt inférieur, tantôt supérieur à l'unité. Mort deux mois après l'examen, stupeur terminale, pouls petit. Tubercule solitaire de la protubérance du côté droit.

XCIII [Wiersma (4)]. — Fille de dix ans, toujours souffreteuse; depuis deux ans, céphalée derrière l'œil gauche, d'abord par crises, puis continuelle et progressive avec dépression, apprend mal à l'école. Paralysie des sixième et septième gauches et du regard vers la gauche, convergence assez bonne pour l'œil droit. Pas d'autre symptôme. Mort quatre mois plus tard. Tubercule du volume d'un petit pois détruisant les noyaux des sixième et septième gauches, et localisé au côté gauche de la protubérance.

XCIV [Spitzer (5)]. — Homme, trente-quatre ans. A vingt-cinq ans, pneumonie et pleurésie récidivante. Depuis l'âge de trente et un ans, signes de tuberculose pulmonaire. Quelques mois avant l'examen il remarque ne pas voir du côté gauche; sa tête est tournée à droite, en voulant la tourner à gauche, il a ressenti un violent vertige. Pendant plusieurs jours, raideur de nuque. Est alité depuis plusieurs semaines pour faiblesse et troubles pulmonaires, obligé de tenir la tête à gauche, éprouvant, s'il la tourne à droite, un violent vertige avec vomissements. Diplopie, pas de céphalée, insomnie, amaigrissement. On trouve : très légère hyperhémie des veines de la papille. Infiltration des deux sommets. Quelques jours après, parésie du facial gauche. Quinze jours plus tard, la tête est tournée à gauche; diplopie dans toutes les positions autres que le regard; à droite, les images homolatérales, situées à égale hauteur, s'écartent rapidement lorsqu'on déplace les objets à gauche. Yeux tournés à droite, surtout le gauche, dans le regard à gauche, l'œil gauche reste sur la ligne médiane, le droit la dépasse légèrement. Dans la convergence, l'œil droit se déplace davantage en dedans; à gauche, convergence bonne. L'œil gauche fermé, le droit tourne en dedans, mais pas tout à fait bien. L'occlusion de l'œil droit n'influe pas sur la parésie de l'abduction de l'œil gauche. Regard en haut, en bas et à droite, bon; mais léger nystagmus dans toutes les positions extrêmes; léger vertige en regardant à gauche. Donc, paralysie du moteur oculaire externe gauche, parésie de l'adduction à droite, moins forte pour la convergence et le regard monoculaire. Pupilles, rien. Faiblesse du facial gauche, surtout supérieur. Pas de parésie des muscles de la tête, rigidité des masticateurs. Marche normale. Fièvre. Une crise de dyspnée avec vomissements, pouls à 58, sensorium pris, durée de cette crise une demi-heure. Mort avec escarre au trochanter gauche six semaines après l'entrée. Tubercule solitaire, gros comme une noisette, dans la calotte protubérantielle, presque limité au côté gauche et saillant dans le quatrième ventricule; sa limite supérieure est au niveau des stries acoustiques antérieures, l'inférieure confine au noyau supérieur de l'hypoglosse. En haut, il se loge dans l'anse du facial gauche, détruit le noyau du sixième gauche, respectant le droit. Sont encore détruits : le noyau dorso-médian du huitième et une partie du noyau de Deiters gauches, les deux faisceaux longitudinaux, la partie dorsale du raphé, la partie cérébrale du noyau dorsal du dixième gauche. Au Marchi, dégénérescence des sixième et septième gauches et d'une partie du dixième gauche, des deux trijumeaux (surtout gauche), la troisième paire étant tout à fait saine. Outre d'autres dégénérations systématisées, on trouve celle des deux faisceaux de la calotte, surtout le gauche, des deux faisceaux longitudinaux postérieurs, surtout descendant, depuis les noyaux de la troisième paire jusqu'à la moelle cervicale.

XCV [Ziehen (Loc. cit., *Cas 2*)]. — Homme, vingt et un ans. Fongus du testicule, puis ostéite des os de la face jusque dans la profondeur de l'orbite à gauche. Un an après, violentes céphalées, surtout nucales, avec vomissements, pouls rapide, paralysie du moteur oculaire externe gauche. Environ deux mois plus tard, double stase papillaire, puis hypoacousie légère et variable à gauche, hémiparésie droite, légère ataxie des membres supérieurs et inférieurs surtout droits, parfois ébauche de Babinski à droite, légère hémihypoesthésie droite, rien au trijumeau. Douleur à la pression de bas en haut de l'apophyse mastoïde gauche, pas la droite. Sensorium pris, ce qui gêne l'examen. A l'autopsie, tubercule localisé au côté gauche de la protubérance, au-dessous de l'origine du trijumeau.

XCVI [Strozewski (1)] (*Cas 1*). — Garçon, neuf ans. Huit jours après une chute dans un escalier, céphalée, vomissements après les repas. Au bout d'un mois, faiblesse progressive des extrémités gauches, tête et yeux tournés à gauche, agitation. Au bout de treize mois, vue baisse; six semaines après, marche impossible. Examen quinze mois après la chute : céphalée temporale gauche, nystagmus dans le regard en haut et à gauche, paralysie de la sixième paire droite, faiblesse des deux faciaux, surtout gauches, légère ataxie du membre supérieur gauche, démarche titubante. Six semaines après, parésie des extrémités, surtout droites. Près de cinq mois plus tard, paralysie de la sixième paire, surtout gauche, pupilles réagissent bien, la droite plus grande, parésie du facial inférieur droit et de toutes les extrémités, surtout les mains et surtout la droite, hypoesthésie tactile et douloureuse, et astéréognosie à droite, marche impossible seul, titubation, réflexe pharyngé faible, conjonctival aboli, vomissements, vertiges, pas de stase. Température plus élevée de 2 à 4 degrés à gauche qu'à droite. Pouls 100, cyanose du bras droit et des deux jambes. Près de deux mois plus tard, langue dévie à gauche, parole moins distincte, vomissements, parésie des extrémités droites, hypoesthésie du membre inférieur gauche, réflexes conjonctivo-cornéens faibles. Un autre mois plus tard, ptosis droit, rien à l'ophtalmoscope, strabisme convergent, pupilles égales, difficulté de déglutition, apathie, vomissements. Mort, deux ans et cinq mois après la chute initiale. Tubercule occupant la moitié droite de la protubérance dans toute sa hauteur, sauf quelques millimètres au-dessus du bulbe, débordant en son milieu la ligne médiane. A droite, tout est détruit, sauf la superficie, la pyramide et les masses grises du plancher du quatrième ventricule. A gauche, quelques fibres de la substance réticulée sont seules atteintes.

2° Gliomes et sarcomes. — Nos faits personnels comprennent un gliome infiltrant la protubérance et deux tumeurs (un gliome et un sarcome) dont nous avions, dans notre communication à la Société de neurologie, fait une catégorie à part, en les désignant sous le terme de préprotubérantiels. En effet, ces deux tumeurs localisées à la partie antérieure du pont de Varole (voir fig. 7, 8 et 9) se distinguent cependant des néoplasmes extraprotubérantiels par les caractères suivants : elles sont intimement unies à la protubérance, faisant corps avec elle et envoyant dans son intérieur quelques prolongements

(1) Schœler. *Klin. Monats. f. Augen.*, 1902, t. II, p. 313.
(2) Ewald. *Berl. klin. Woch.*, 1901, p. 839.
(3) Kuh Sydney. *Journ. nerv. and mental diseases*, 1908, t. XXXV, p. 462.
(4) Wiersma. *Psych. en neurol. bladen*, 1899, p. 603.
(5) Spitzer. *Arbeiten aus dem neurol. Institute*, Wien 1899, p. 6.

(1) Strozewski. *Gaz. lekarska*, 1899, p. 551.

irréguliers. Au point de vue pratique, que nous envisageons seul aujourd'hui, ces tumeurs ne doivent pas être distinguées des tumeurs intraprotubérantielles.

Ici comme pour les tubercules nous distinguerons :

A. Des gliomes intéressant les deux côtés de la protubérance; et *B*. des gliomes à prédominance unilatérale.

A. Gliomes intéressant les deux côtés de la protubérance :

XCVII [Personnelle]. — Gliome préprotubérantiel. L'observation et l'étude anatomique détaillées ont été publiées par Klarfeld et Lhermitte (*Revue neurol.*, 1911, p. 392). — Femme de trente-huit ans. Cinq mois avant l'entrée, quelques jours après une dispute ayant déterminé une violente crise convulsive suivie de courbature pendant plusieurs jours, apparaissent des crises de douleurs très violentes (broiement des os) d'abord dans le genou, puis dans tout le côté droit (face et membres) avec diminution progressive de la force du côté droit, l'obligeant à s'aliter définitivement au bout de deux mois.

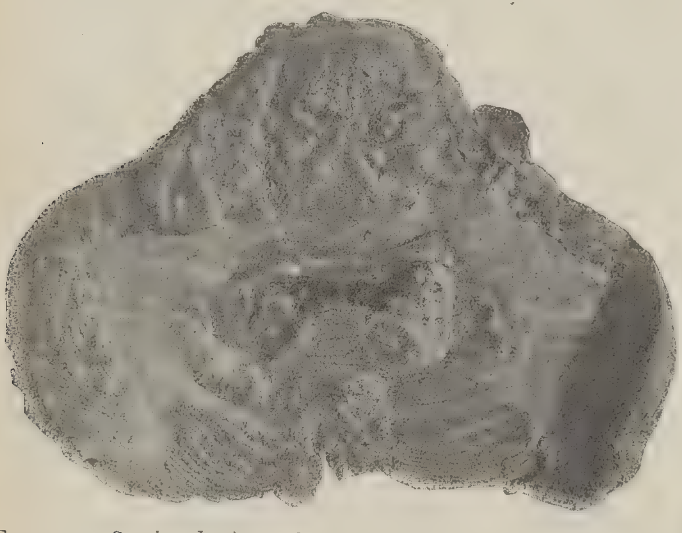


Fig. 7. — *Section horizontale montrant l'aspect macroscopique du gliome et sa situation préprotubérantielle.*

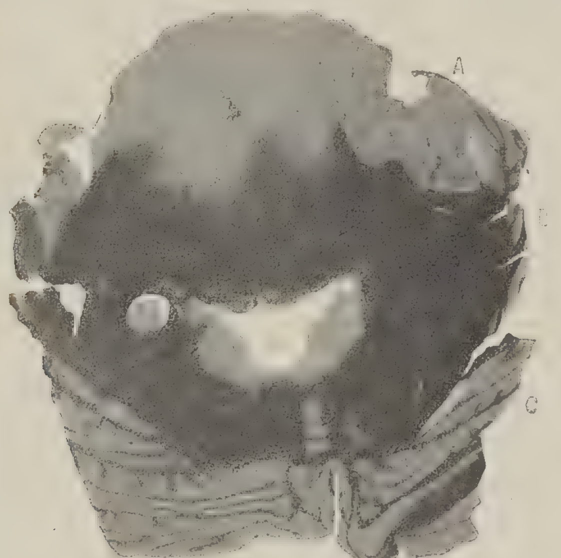


Fig. 8. — *Section horizontale* (coloration au Weigert-Pal). A, gliome; B, protubérance; C, cervelet.

La parole a été embarrassée au début. Diplopie intermittente, baisse de la vue. Examen : parésie des membres et du facial inférieur à droite, rien à gauche avec abolition de tous les réflexes tendineux, sauf l'achilléen droit, orteil en flexion. Douleurs provoquées par les mouvements brusques du genou, non par la pression des nerfs ou masses musculaires. Sur les membres du côté droit, la piqûre est parfois interprétée comme une brûlure; pas d'autre trouble des sensibilités superficielles ou profondes. Adiadococinésie à droite, légère ataxie des mains, les yeux fermés. Marche difficile; la malade est entraînée à droite avec sensation vertigineuse, la jambe droite se porte brusquement en avant, le corps en arrière, la malade tomberait si on ne la retenait. Couchée, elle peut maintenir ses jambes élevées sans oscillations. Examen des yeux : diplopie intermittente due probablement à la parésie du droit externe avec nystagmus paralytique. Pupilles réagissent normalement. Stase papillaire bilatérale au début, avec diminution notable de l'acuité visuelle depuis quelques jours, et crises d'obnubilation visuelle plusieurs fois par jour. Surdité à droite avec otorrhée purulente, hypoacousie gauche. Ni vomissements, ni constipation, pouls à 84, régulier. Ponction lombaire : liquide clair, sans éléments. Deux mois après l'entrée, crise de délire aigu avec hallucinations terrifiantes. La torpeur et l'amaurose progressent ainsi que la surdité. Mort quatre mois après l'admission. Gliome étalé au-devant du pont de Varole (fig. 7 et 8) qu'il comprime d'avant en arrière, surtout à droite, sans déterminer de dégénération des pyramides; son épaisseur maxima est de 2 centimètres et demi ; la tumeur se prolonge latéralement dans la direction des pédoncules cérébelleux moyens, englobant les nerfs acoustiques des deux côtés; elle se prolonge en haut vers les pédoncules cérébraux; en bas, affleure le bulbe. Enfin, elle pénètre dans le quatrième ventricule par les trous de Luschka; trois noyaux métastatiques sont trouvés : l'un sur la tente du cervelet, les autres dans la substance blanche du cervelet, en dedans du noyau dentelé.

XCVIII. — Sarcome préprotubérantiel. (L'observation a été publiée en détail par M. Raymond, in *Arch. gén. de méd.*, 1906, p. 1559) Femme. A vingt et un ans (juillet 1904), crise de sommeil qualifiée d'hystérique ayant duré trois jours. Les quatre membres étaient alors raides, la malade avait de fréquents vertiges et chancelait continuellement sur ses jambes. En août, légère amélioration, mais, en septembre, la titubation augmente, la malade se plaint d'étourdissements, elle parle tout haut et divague toute la nuit. En octobre, nouvelle amélioration; en novembre, elle essaie de reprendre sa profession de domestique, mais est étourdie et somnolente toute la journée; par moments, incontinence des sphincters. En décembre, au moment des règles, crise de demi-sommeil ayant duré vingt-quatre heures. Au réveil, prostration, céphalée, parle difficilement. C'est en cet état qu'elle fut admise à la Salpêtrière, en janvier 1905. A l'examen : torpeur, semble comprendre à moitié, se masturbe continuellement, incontinence des sphincters, mange, boit et dort bien. La tête est rejetée en arrière, la face grimaçante, d'aspect stupide, hébété; la parole est difficile, l'articulation des mots tellement défectueuse qu'on a peine à comprendre ce que veut dire la malade; elle-même attribue cette dysarthrie à ce qu'on lui a enlevé son dentier; toutes ses dents sont en effet tombées, à part quelques racines. En réalité, il y a une véritable dysarthrie, sans paralysie de la langue, des lèvres, du voile ou des masticateurs. Tous les mouvements de la tête sont possibles; céphalée occipitale augmentant lorsque la tête penche en avant. Marche un peu hésitante, vacille, mais non ataxique ni franchement cérébelleuse; légère raideur des quatre membres, surtout inférieurs, avec exagération des réflexes tendineux sans clonus. On ne peut la tirer que momentanément de sa torpeur ; il existe un certain degré de confusion mentale, permamente, sans variations. La torpeur augmente rapidement; le 26 janvier, coma avec déviation des yeux à droite; ils peuvent



Fig. 9. — *Schéma montrant la situation de la tumeur sur une section horizontale de la protubérance.*

cependant être ramenés à gauche. Réactions pupillaires normales, fond de l'œil un peu rouge. Température, 41 degrés. Mort le lendemain. La partie antérieure gauche de la protubérance présente un sarcome caractérisé extérieurement par une saillie bosselée surtout nette dans la moitié supérieure. Le tronc basilaire et ses branches sont criblés de petits noyaux sarcomateux. Sur la coupe (fig. 9), le néoplasme, large transversalement de 2-3 centimètres et un peu moins dans le sens antéro-postérieur,

refoule en arrière la pyramide gauche, à droite le raphé, sans déterminer de dégénérations nettes. Dans la région sous-thalamique gauche, on trouve deux noyaux sarcomateux aplatis dans le sens vertical, l'un d'un centimètre et demi de diamètre maximum intéresse légèrement la partie inférieure de la couche optique; l'autre, d'un centimètre de diamètre, est en pleine substance blanche.

XCIX (Personnelle). — Elle peut se résumer en quelques mots : enfant de sept ans et demi, présente à l'entrée : paralysie faciale périphérique gauche, paralysie des droits externes, démarche

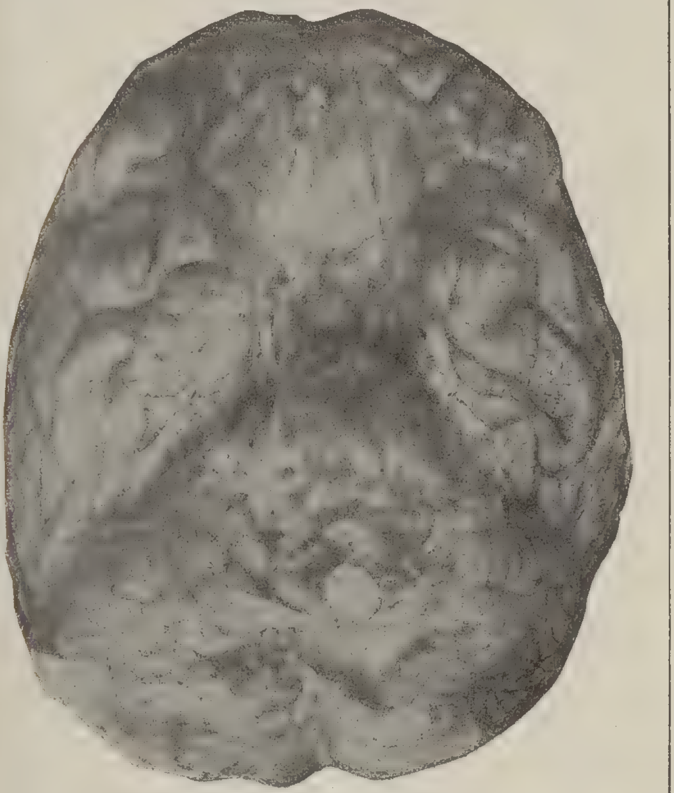


Fig. 10. — *Gliome diffus de la protubérance.* Aspect macroscopique.

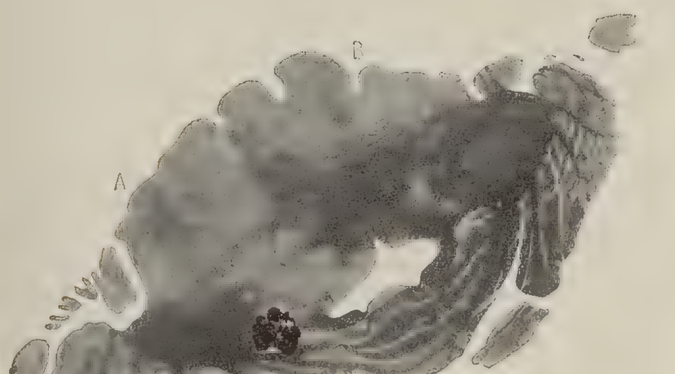


Fig. 11. — *Le même, sur une section horizontale* (Weigert-Pal). A, gliome; B, protubérance refoulée à droite; C, cervelet.

cérébelleuse, troubles de la voix, de la déglutition, des réflexes. Rapidement coma. Mort deux mois après les premiers troubles. Gliome diffus (fig. 10 et 11) présentant son maximum dans la région protubérantielle supérieure, prédomine à gauche, où il diffuse vers les pédoncules cérébelleux et le cervelet.

C [Collins (1)] (*Cas 1*). — Femme, quarante ans. En dansant, lourdeur de tête, vertige, puis perte de connaissance pendant deux heures. Rentre chez elle à pied avec lourdeur de tête et légère ébriété. Le lendemain, tient mal sur ses jambes, vertige et diplopie intermittente. Dans les trois semaines qui suivent, affaiblissement des extrémités gauches, deux attaques comme la première; elle s'alite avec céphalée, vertiges, nausées, difficulté d'avaler avec parfois reflux par le nez, ataxie des membres. Puis s'ajoutent de la dysarthrie et la sensation de masque sur la face. A l'examen, deux mois après la première crise : parésie de la sixième paire, bilatérale, avec strabisme convergent et diplopie, pupilles réagissent bien, la gauche plus grande que la droite, pas de stase. Côté droit de la face immobile (surtout facial inférieur), parésie du facial gauche. Anesthésie partielle au toucher dans le domaine du trijumeau gauche, voile du palais immobile, langue se meut difficilement, sans atrophie, percussion du crâne plus sourde à droite, sensible au niveau de l'occipital, surtout à droite, pas de trouble auditif. Force diminuée aux membres inférieurs surtout gauches, membre supérieur gauche faible, flasque, ataxique, atrophie douteuse. Réflexes : coude et poignet, vifs à droite, exagérés à gauche; abdominaux abolis; patellaires et achilléens exagérés, surtout à gauche; Babinski à gauche; clonus bilatéral, surtout gauche. Huit jours plus tard s'ajoutent l'hypoesthésie du côté gauche du corps et de la face à droite. Pas de stase. Chaque mouvement provoque le vertige. Puis stupeur. Mort deux mois et demi après le début avec troubles bulbaires. Angiosarcome prenant presque toute la protubérance, dont il occupe la partie centrale avec prédominance à droite. Il s'étend des pédoncules cérébraux au noyau de l'hypoglosse qui est libre. Les deux moteurs oculaires externes sont pris, le facial droit complètement dégénéré, le gauche simplement aminci, la huitième paire est libre, sauf peut-être la racine antérieure droite, les autres nerfs sont libres. La racine descendante des trijumeaux est remplacée par la tumeur, surtout la droite.

CI [Henneberg (1)] (*Cas 1*). — Homme, seize ans. Deux mois après une chute sur le côté droit d'une hauteur de 6 mètres, diminution de la vue, strabisme de l'œil gauche, hémiplégie droite progressive. Examen, trois mois après les premiers symptômes : fente palpébrale droite plus petite, aréflexie de la conjonctive droite, paralysie de l'abducens gauche, nystagmus dans les positions latérales du regard. Papilles sans stase. Parésie du facial droit, langue déviée à droite, parole nasillée indistincte, faiblesse des masticateurs et du voile à droite. Hémiparésie droite spastique avec exagération du réflexe patellaire, clonus, orteil en extension des deux côtés. Sensibilité normale. Plus tard, le malade s'étrangle en avalant : on dut faire la respiration artificielle. L'hémiparésie droite s'accentue, léger Romberg. Cinq semaines après le premier examen, parésie de l'abducens droit; l'aréflexie conjonctivale est bilatérale, les muscles de la face sont plus excitables mécaniquement à droite qu'à gauche. Le mois suivant, céphalée surtout droite, vomissements, léger ictus sans perte de connaissance, dans lequel il n'entend pas, et présente : paralysie du bras gauche, l'œil gauche dévié en dedans, paralysie des mouvements associés de latéralité des deux côtés, les mouvements monoculaires, la convergence, l'élévation et l'abaissement bons. Pupilles réagissent bien, la droite est plus petite que la gauche. Le facial gauche est faible, le droit paralysé. Sens des attitudes diminué à droite. Cheyne-Stokes passager. Abolition des réflexes patellaires et de l'achilléen gauche. Babinski n'est plus retrouvé qu'à droite. Mort six mois environ après les premiers signes. Protubérance et bulbe augmentés de volume, gliome occupant surtout la région des pyramides, surtout gauche, infiltration diffuse des noyaux des septième et huitième paires, racine spinale du trijumeau, corps restiforme, ruban de Reil gauche. L'infiltration se prolonge jusque dans les pédoncules : inférieurement, elle atteint les noyaux de la douzième paire. Fait assez rare : du bord postérieur de la protubérance se détache une tumeur grosse comme une noisette qui recouvre le côté droit du bulbe.

CII [Friedjung (1)] (*Cas 1*). — Fillette de neuf ans. Céphalée, quelques vomissements, sommeil agité avec cris; depuis le même temps, la vue et l'ouïe baisseraient. Onze mois plus tard, protrusion de l'œil gauche dont les mouvements sont gênés, face tirée à droite, troubles de déglutition, marche titubante incertaine, parole nasillée, l'intelligence baisse. Examen : protrusion de l'œil gauche avec conjonctivite légère et élargissement de la fente palpébrale. Paralysie de l'abducens gauche, l'œil gauche ne tourne que peu à droite, le droit que peu à gauche; rien aux pupilles ni au fond de l'œil, vision diminuée. Aréflexie de la conjonctive gauche avec hypoesthésie faciale à gauche. Parésie du facial gauche à type périphérique, rien à la langue, luette déviée à droite, hyporéflexie pharyngée, hypertonie du sterno-mastoïdien gauche, hypoacousie bilatérale surtout gauche. Affaiblissement des extrémités droites, surtout la main; exagération des réflexes tendineux surtout à droite, Babinski bilatéral, Romberg, titubation, ataxie des quatre membres. Le mois suivant : titubation augmente, vomissements, troubles de la déglutition, céphalée, somnolence, paralysie complète des extrémités droites puis du facial

(1) Collins. *Med. record*, 1902, t. LXI, p. 241.

(1) Henneberg. *Charite Ann.*, 1902, t. XXVII, p. 493.
(2) Friedjung. *Arch. f. Kind.*, 1903, t. XXXV, p. 374.

gauche. Mort dans le coma quatorze mois après les premiers signes. Gliome gros comme une petite pomme dans la protubérance et les tubercules quadrijumeaux. Compression des nerfs craniens gauches, du pathétique à l'hypoglosse; tuberculose chronique des poumons, hydrocéphalie chronique avec usure des os du crâne (1).

B. Gliomes à prédominance unilatérale :

CIII [Oppenheim (2)] (*Cas 1*). — Garçon de onze ans. Contusion de la tête avec perte de connaissance. Nuit suivante, vomissements ; quelques jours plus tard, diplopie, vertiges, nausées, dort mal; quelques semaines après, mouvements involontaires des extrémités. Examen deux mois après le début : pas de stase, parésie des sixième et septième (surtout supérieur) droits, hypoacousie surtout droite, clonus et Babinski gauches. Le mois suivant, céphalée et vomissements augmentent, deux épistaxis, hémiparésie gauche avec raideur du bras, ataxie de la jambe, réflexes forts des deux côtés, clonus bilatéral, réaction de dégénérescence partielle dans le facial droit, parole nasillée, troubles de la déglutition, parésie du voile, surtout gauche. Troisième examen deux autres mois après : dysarthrie grave, dysphagie, paralysie du regard à droite. Mort cinq mois après les premiers signes. Gliosarcome du côté droit de la protubérance, empiétant à peine sur le gauche, situé au niveau des noyaux des moteurs oculaires externe et facial. Atrophie partielle du faisceau longitudinal postérieur droit. Hydrocéphalie.

CIV [Besta (3)]. — Fille de neuf ans. Depuis un mois, titubation progressive avec inclinaison de la tête et du tronc à gauche, la tête ne peut être redressée que momentanément. Parésie (périphérique) du facial gauche, difficulté de tourner les yeux à gauche sans paralysie ni diplopie, langue déviée à gauche, mais mobile en tous sens. Surdité gauche mais avec écoulement de pus. Spasme permanent des membres gauches avec exaltation des réflexes, surtout gauches. Babinski bilatéral, pas de troubles sensitifs, pupilles réagissent bien. Autopsie : gliome ganglionnaire occupant la face antérieure du tiers moyen de la protubérance où il forme une excroissance réniforme située à droite et dépasse à peine la ligne médiane; la voie sensitive est absolument indemne.

CV [Rad et Butters (4)]. — Fille de neuf ans et demi. Violentes céphalées avec vertiges et vomissements, puis hypoacousie avec bourdonnements. Le mois suivant, tête tournée à droite par contracture du sterno-mastoïdien gauche, parésie du facial gauche. Examen : sensorium atteint, apathie, douleur à la percussion de l'occiput et de la mastoïde gauche. Stase papillaire au début, parésie du regard seulement vers la gauche avec nystagmus dans les positions extrêmes. A gauche : aréflexie cornéenne, parésie du facial périphérique avec diminution de l'excitabilité électrique sans réaction de dégénérescence, hypoacousie. Deux mois après le début : parésie du regard des deux côtés, légère parésie des membres droits, pas de déviation de la tête, apathie. Le mois suivant : excitation, légère atrophie optique, dysarthrie, réflexe patellaire vif à droite, aboli à gauche, céphalée violente. Opération en deux temps, mort. Gliome de la moitié gauche de la protubérance comprimant fortement les nerfs cinq, sept et huit.

CVI [Orgielbrand (5)]. — Garçon de six ans. Marche en zigzag avec céphalée, sans vomissements ni stase. Troubles de déglutition, parole nasillée, parésie du voile, des membres supérieurs, du facial droit, paralysie des muscles oculaires avec strabisme. Exagération des réflexes des membres inférieurs. Les derniers jours, rigidité. Mort au bout de sept mois. Gliome étendu du noyau rouge à l'olive bulbaire, occupe le côté droit, sauf au milieu, où il prend, sur la coupe, les deux tiers de la protubérance.

(1) Nous rapprochons des gliomes diffus le fait suivant, bien que les auteurs indiquent simplement qu'il s'agit d'une tumeur diffuse infiltrant la protubérance : STEINERT et BIELCHOWSKY (*Münch. med. Woch.*, 1906, t. II, p. 1613). Enfant de quatre ans et demi amené pour troubles des oculo-moteurs, titubation et faiblesse de la jambe gauche. Œil droit en adduction, ne peut tourner à droite, le gauche tourne à droite lors des mouvements passifs de la tête à gauche. Pour le regard à gauche, le mouvement, impossible sous l'influence de la volonté, s'exécute très bien lorsqu'on tourne passivement la tête à droite. La différence entre les mouvements volontaires et réflexes est très nette. Deux mois après, aggravation, somnolence, yeux immobiles en adduction, double parésie faciale.

(2) OPPENHEIM. *Monats. f. Psych. und Neurol.*, 1905, t. XVIII, p. 135.

(3) BESTA. *Riv. sperim. di freniatria,* 1903, t. XXIX, p. 602.

(4) RAD et BUTTERS. *Münch. med. Woch.*, 1908, t. I, p. 145.

(5) ORGIELBRAND. Th. de Heidelberg, 1905.

CVII [Schorstein et Walton (1)]. — Garçon de quatre ans. Depuis deux mois, strabisme interne de l'œil gauche, puis faiblesse des jambes. Depuis trois semaines, parole lente et embarrassée. Examen : paralysie des troisième et septième (périphérique) gauches, sans stase, faiblesse du bras droit, jambe droite paralysie spastique, à gauche le pied seul est pris, exagération des réflexes patellaires surtout droits, sans clonus ni Babinski. Onze jours plus tard (20 septembre) : déglutition difficile, langue déviée à droite, voile bon, membres gauches spastiques, moins cependant que les droits, plusieurs crises convulsives du côté gauche sans perte de connaissance. Le 25, convulsions bilatérales. Le 27, dysphagie augmente, impossibilité de s'asseoir. Le 29, ne peut remuer, alimenté par la sonde, crises convulsives, légère stase papillaire double. Le 3 octobre, paralysie droite avec réflexes très exagérés à gauche, jambe spastique, bras incoordonné, voile tiré à gauche, immobile du côté droit, langue déviée à gauche, crises convulsives. Le 5, nouvelle crise, surtout à gauche, avec perte de connaissance. Le 6, ne peut parler, mais comprend, névrite optique surtout gauche. Le 20, conjonctivite purulente gauche, aréflexie cornée gauche, douleur faciale gauche. Le 23, fièvre, semi-coma. Mort le 29. Gliome très vasculaire, comprime et détruit la moitié gauche de la protubérance et du bulbe. Les nerfs cinquième, sixième, septième gauches sont déplacés, leurs fibres séparées, leurs noyaux paraissent détruits. La moitié gauche de la protubérance paraît plus refoulée que détruite, le côté droit, augmenté de volume, conserve un grand nombre de fibres. Pas de dégénération spinale.

CVIII [Bischoff (2)] (*Cas 2*). — Femme de trente ans. Parésie subite du moteur oculaire externe droit; quelques mois après, parésie du facial droit, violents vertiges, hypoacousie nerveuse droite, légère exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, puis faiblesse progressive des extrémités gauches, vertiges, diplopie, impossibilité de marcher. Examen neuf mois après le début : crâne sensible à la percussion à l'occiput droit, hypoesthésie, tact et douleur du trijumeau gauche, parésie des droits externes et internes des yeux paralysie du facial droit périphérique, surdité complète à droite, hypoacousie nerveuse gauche. Parésie des membres gauches avec ataxie et léger tremblement intentionnel du supérieur, exagération du réflexe patellaire, hypoesthésie, tact et douleur de tout le côté gauche avec conservation du sens musculaire. Pouls : assise, 134; couchée, 120. En l'espace d'un mois environ, les troubles des membres gauches, la céphalée augmentent, avec vertiges et vomissements, l'hypoesthésie gagne le trijumeau droit; enfin, apparaissent la dyspnée et l'impossibilité de parler. Mort environ dix mois après les premiers signes. Gliome de la moitié droite de la protubérance, saillant sur le plancher du quatrième ventricule, s'étend des tubercules quadrijumeaux à l'olive bulbaire, où le côté gauche est également intéressé. Sont atteints : les rubans de Reil, les pyramides (surtout droites), les pédoncules cérébelleux droits, les faisceaux longitudinaux, les corps trapézoïdes, les noyaux des nerfs sixième, septième, huitième, neuvième, dixième droits, la racine du facial droit est interrompue, le noyau du trijumeau droit est entouré par la tumeur, sa racine spinale légèrement prise.

De même que les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, les tumeurs intraprotubérantielles déterminent parfois un tableau symptomatique incomplet, soit par défaut des signes d'hypertension intracranienne, soit par défaut ou manque de netteté des signes localisateurs. Enfin, elles peuvent demeurer latentes et constituer de véritables surprises d'autopsies. Voici des exemples de ces différentes éventualités (3).

Dans les deux observations qui suivent les signes d'hypertension intracranienne manquent; comment pourrait-on rapporter à un néoplasme les symptômes nerveux?

(1) SCHORSTEIN et WALTON. *Lancet*, 1906, t. I, p. 1035.

(2) BISCHOFF. *Jahr. f. Psych.*, 1897, t. XV, p. 137.

(3) LABBÉ et AUBERTIN (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902, p. 757-762) insistent sur le peu de netteté des signes localisateurs dans le fait suivant. Fille de douze ans. Céphalée, vomissements, pas de stase (examen du docteur Dupuy-Dutemps), grosse obnubilation intellectuelle, somnolence. Hémiplégie droite spastique, langue déviée à droite, gênée dans ses mouvements, paralysie du facial droit à type périphérique, dysarthrie, hypoacousie gauche, crises de rire, aggravation progressive, torpeur, mort quatre à cinq mois après le début. Deux tubercules protubérantiels, l'un gros comme une noisette dans la pyramide gauche; l'autre, un peu moins gros, dans la calotte. Un tissu de granulations les relie; pas de lésion des noyaux des sixième et septième paires.

CIX [Dustin et Van Lint (1)]. — Garçon de cinq ans. Deux ans auparavant se constitue une hémiplégie spastique droite, progressive et permanente (avec signe de Babinski). On trouve : strabisme convergent des yeux, surtout gauche, parésie du facial inférieur gauche, langue légèrement déviée à droite, sans céphalée, ni vomissements, ni stase. Plus tard, paralysie du voile et du larynx. Mort trois ans et demi environ après le début. Gliome diffus bulbo-protubérantiel (85 millimètres transversalement, 54 dans le sens antéro-postérieur) atteignant surtout le côté gauche.

CX [Wernicke (2)]. — Homme de trente ans, syphilitique et tuberculeux. Depuis quatre mois, vertiges gênant la marche, faiblesse et paresthésies des extrémités. Examen : marche ébrieuse tombe en fermant les yeux, ataxie avec exagération de tous les réflexes tendineux, hypoalgésie du côté droit. Acuité visuelle 1/2, mouvements en haut et en bas et convergence intacts, mais pas de mouvements de latéralité, sauf ébauche à droite. Si on ferme un œil, l'autre ne peut se mouvoir. Pas de diplopie. Fond d'œil normal. Entend la montre à 15 centimètres à droite, à 40 à gauche. Rinne positif. Apathie. Difficulté de fixer l'attention. Tubercule caséifié de la protubérance, occupe la ligne médiane depuis le noyau du trijumeau jusqu'à celui de la dixième paire (diamètre de 2cm5), ceux des sixième et septième paires ne sont pas retrouvés.

Comme exemple de tumeur intraprotubérantielle n'ayant donné que des signes nerveux peu nets, nous pouvons citer notre observation de sarcome prépro-tubérantiel (obs. XCVIII). Les troubles se réduisaient, en somme, à des crises de sommeil, raideur de nuque, avec extension permanente de la tête, dysarthrie; peut-être la chute précoce des dents doit-elle être considérée comme un trouble trophique du trijumeau (?). L'état mental n'a d'ailleurs permis qu'un examen grossier. Voici d'autres faits de même ordre :

CXI [Kopczynski (3)]. — Tuberculeuse de trente-quatre ans. Paresthésie de la main gauche, parésie du pied gauche qui présente des mouvements rythmiques continuels. Par moments, contractions cloniques très rapides dans différents muscles (pectoral droit, demi-membraneux gauche, etc.). Pas d'autre trouble nerveux. Pouls 120-140. Tubercule du volume d'une noix dans le pied de la protubérance à droite, comprimant la pyramide et expliquant les mouvements rythmiques du pied gauche.

CXII [Laslett (4)]. — Nègre de trente-six ans. Se plaint de céphalée et vomissements. Aucun symptôme nerveux, sauf douleur et raideur de nuque. Meurt dans le mois qui suit l'admission avec bronchite, fièvre, délire. Gliome de la calotte protubérantielle large d'un demi-centimètre, s'étendant à toute la hauteur du pont. Liquide céphalo-rachidien plus abondant, légère distension des ventricules.

CXIII [Forster (5)]. — Fille de dix-huit ans, chlorotique. Admise pour douleurs occipito-nucales avec agitation depuis quatre mois. On diagnostique : démence précoce. Raideur de nuque, réflexes patellaires faibles, marche de canard. Revient quatre mois plus tard avec idées de persécution, raideur de nuque, douleur à la pression de la colonne cervicale, tête inclinée en arrière et à gauche, yeux sans mouvement d'élévation, mouvements latéraux peu marqués, double stase papillaire, faiblesse du facial gauche, dysarthrie, dysphagie, marche titubante; membres affaiblis, exagération des réflexes patellaires, Babinski bilatéral; ataxie des membres supérieurs. Puis parésie de la troisième paire droite; légère amélioration après ponction lombaire. Mort huit mois après le début. Tubercule occupant presque toute la protubérance.

CXIV [Enders (6)]. — Femme de soixante ans amenée sans connaissance. Flaccidité généralisée et abolition des réflexes, crises convulsives du côté droit (d'abord face, puis membres). Angiosarcome peu volumineux dans la partie supérieure de la calotte protubérantielle.

Si nous exceptons les faits dans lesquels le diagnostic est réellement impossible (ceux de Laslett, Forster, Enders), nous retrouvons dans la plupart des observations que nous venons de passer en revue, un fonds de symptômes communs : paralysie des mouvements associés des globes oculaires, avec, du côté des membres : parésie, asynergie, adiadococinésie, troubles de l'équilibre, titubation, pulsion, marche cérébelleuse, enfin des troubles des sensibilités superficielles et profondes. Ce syndrome s'observe aussi bien pour les gliomes et pour les tubercules.

A. Tubercules. — MM. Raymond et Cestan ont dégagé de leurs trois observations leur « syndrome protubérantiel supérieur » caractérisé essentiellement par la paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux, et, du côté opposé à l'œil le plus atteint, hémiplégie sensitivo-motrice, avec participation du facial inférieur, ataxie des membres, tremblement surtout intentionnel et mouvements athétosiformes de la main. Les auteurs insistent en outre sur les troubles de la parole, analogues à ceux de la sclérose en plaques. Chez leur malade, Grüner et Bertolotti observent le syndrome Raymond-Cestan, mais, avec cette différence que la paralysie associée frappe les mouvements d'élévation et d'abaissement respectant ceux de latéralité. Dans le cas publié par Alquier, la paralysie associée frappe les mouvements de latéralité, surtout vers la droite, avec, du côté gauche, parésie, asynergie, adiadococinésie, pulsion ; enfin des troubles sensitifs, localisés à droite, ébauchent le syndrome de Brown-Séquard. L'orteil est en extension à droite, le facial droit est pris. Dans l'observation de Schœler, il y a paralysie associée des mouvements de latéralité, la septième paire est prise, surtout à gauche, la parésie atteint les quatre membres, surtout les supérieurs. Dans le fait de Kuh Sydney, tubercule localisé au côté droit, la paralysie associée des mouvements de latéralité vers la droite s'accompagne de paralysie des sixième et septième paires droites, et de spasticité des membres surtout gauches. Enfin, Wernicke note : faiblesse des mouvements latéraux des yeux, diminution de la sensibilité, à droite, marche ébrieuse, ataxie, exagération de tous les réflexes tendineux.

La paralysie des mouvements associés latéraux se trouve dans les cas suivants, où les membres sont indemnes : Bruce (avec participation de la septième paire gauche), Ewald (avec prise des troisième et sixième gauches et de la septième paire des deux côtés), Wiersma (paralysie du regard à gauche et des sixième et septième gauches), Spitzer (avec prise des sixième et septième gauches, paralysie des mouvements associés vers la gauche). Dans trois cas seulement (soit 1/5) la paralysie associée n'est pas mentionnée, mais les membres étaient atteints. Ces cas sont ceux de Ziehen (hémiparésie sensitivo-motrice droite, ataxie surtout droite, paralysie de la sixième paire gauche), Strózewski (tubercule du côté droit, avec paralysie des sixième et septième paires, nystagmus dans le regard en haut et à gauche, surtout à droite, troubles sensitivo-moteurs des membres surtout à droite), Labbé et Aubertin (hémiplégie spastique des membres et de la face à droite).

B. Gliomes et sarcomes. — La paralysie des mouvements associés de latéralité semble probable dans le cas de Friedjung (paralysie de l'abducens gauche, l'œil gauche ne tourne que peu à droite, le droit

(1) Dustin et Van Lint. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1902, p. 620.
(2) Wernicke. *Arch. f. Augen.*, 1901, t. XLII, p. 183.
(3) Kopczynski. *Neurol. Centralbl.*, 1905, p. 735.
(4) Laslett. *Brit. med. Journ.*, 1902, t. I, p. 706.
(5) Forster. *Allg. Zeit. f. Psych.*, 1905, t. LXII, p. 871.
(6) Enders. *Münch. med. Woch.*, 1908, t. II, p. 1646.

que peu à gauche). On note en outre : paralysie du septième gauche, troubles moteurs des quatre membres surtout droits, avec ataxie, titubation. L'enfant observé par Steinert et Bielschowsky présentait une paralysie des mouvements volontaires latéraux des yeux contrastant avec la conservation des mêmes mouvements réflexes lors des déplacements passifs de la tête. La fillette vue par Oppenheim avait : paralysie du regard à droite et des sixième et septième nerfs droits, avec clonus et Babinski à gauche (gliome à droite). Dans le cas de Besta, le gliome, situé à droite, détermine la paralysie associée du regard à gauche, du facial gauche et le spasme des quatre membres surtout à gauche. Même parésie du regard à gauche et du facial à gauche dans le fait de Rad et Butters, puis la paralysie associée existe dans les deux sens, les membres droits se parésient. Henneberg note d'abord seulement le nystagmus dans les positions latérales du regard (avec paralysie du facial droit et troubles moteurs et sensitifs des membres du côté droit), puis une paralysie associée des mouvements latéraux. Comment interpréter la paralysie des droits internes et externes des yeux dans l'observation de Bischof (avec troubles moteurs et sensitifs des membres gauches et atteinte des sixième et septième droits)? Rappelons que les deux faisceaux longitudinaux postérieurs étaient pris dans ce cas. Orgielbrand parle seulement de paralysie des oculomoteurs, Schorstein et Walton notent la paralysie de la troisième paire gauche (dans ces deux faits, le facial et les membres sont pris). Collins n'observe que la paralysie bilatérale de la sixième paire (avec participation des faciaux et des membres). Dustin et van Lint signalent la paralysie double de la sixième paire, avec hémiplégie spastique gauche et prise du facial droit.

Enfin, il convient de mettre à part les cas où le gliome ou sarcome atteint surtout la partie antérieure de la protubérance, il n'y a pas alors de paralysie associée des yeux ; elle fait défaut dans nos sarcome et gliome préprotubérantiels. On peut même voir le tableau se réduire à des signes d'irritation de la voie pyramidale comme dans le cas de Kopczynski. Nous n'avons trouvé aucun exemple de tubercule localisé à la partie antérieure de la protubérance ; nous croyons qu'ils doivent presque toujours occuper la calotte; c'est dans les cas de tubercule que nous trouvons réalisé, avec le plus de constance et le plus de netteté, le syndrome dont nous parlions tout à l'heure : paralysie associée des yeux, troubles moteurs et sensitifs des membres.

Ici, comme pour les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, existent des signes d'hypertension intracranienne et des troubles dans le domaine des nerfs craniens, mais nous relevons les particularités suivantes.

Les signes d'hypertension intracranienne sont, dans beaucoup d'observations, peu nets, ou d'apparition tardive. En particulier, la stase manque, ou se fait attendre longtemps dans nombre de cas. Quant à la céphalée, lorsqu'elle existe, elle occupe souvent l'occiput et la nuque; plusieurs fois, l'apophyse mastoïde était douloureuse à la pression de bas en haut.

Parmi les nerfs craniens, les oculo-moteurs et la septième paire sont le plus souvent pris, mais la huitième paire paraît moins fréquemment atteinte que dans les néoplasmes de l'angle ponto-cérébelleux. Il ne faut pas oublier, cependant, que les troubles de l'auditif demandent à être cherchés, et que nombre des observations de tumeurs intraprotubérantielles concernent des enfants, chez lesquels des troubles légers peuvent plus aisément passer inaperçus.

Les troubles des nerfs craniens sont souvent bilatéraux, mais de façon fort variable ; on trouve atteints : les deux sixième et septième paires (Collins), la sixième paire des deux côtés et le facial gauche (obs. XCIX), les cinquième, sixième et septième des deux côtés et le douzième droit (Henneberg, obs. CI), etc. Dans nombre de cas où le néoplasme n'occupe qu'une moitié de la protubérance, les troubles des nerfs craniens sont unilatéraux, mais ceci n'est pas constant ; rappelons, d'autre part, le cas de Friedjung où les nerfs sont pris seulement du côté gauche alors qu'il s'agit d'une tumeur diffuse.

La durée se réduit souvent à quelques mois, mais cette marche rapide n'est pas une règle absolue : citons comme exemples d'évolution plus lente : parmi les tubercules, l'observation d'Alquier (deux ans, deux mois), et, parmi les gliomes, celles de Dustin et von Lint (trois ans) et Friedjung (quatorze mois).

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des tubercules, gliomes et sarcomes : la syphilis détermine plutôt une méningite de la base : voici cependant un exemple de gomme-tumeur de la protubérance :

CXV [Zahn (1)]. — Femme de vingt-huit ans, faible d'esprit. Marche titubante, réflexes patellaires vifs, clonus douteux intermittent. Au bout d'un mois, faiblesse du facial gauche ; le suivant, somnolence, stase papillaire, vertiges, rien aux oreilles. Puis titubation augmente, chutes et, finalement, impossibilité de se tenir debout avec flaccidité et immobilité des membres, sauf le bras droit, paralysie du facial gauche périphérique, coma, quelques vomissements, mort avec fièvre quatre mois environ après le premier examen. Méningite spinale syphilitique, gomme protubérantielle développée dans la moitié gauche de la protubérance; dégénération des pyramides surtout gauche, disparition du noyau du facial gauche. Aucun refoulement ni compression.

En résumé, les tumeurs intraprotubérantielles déterminent le plus souvent la paralysie des mouvements associés des yeux avec, du côté des membres, des troubles moteurs et sensitifs. La paralysie associée atteint d'ordinaire les mouvements de latéralité des globes, les troubles moteurs consistent en parésie et surtout en asynergie, adiadococinésie, troubles de l'équilibre, avec parfois le tremblement et des mouvements athétosiformes des mains. Ces troubles sont uni ou bilatéraux.

Les tubercules, qui occupent presque toujours la calotte, déterminent le syndrome d'une façon plus nette et plus constante que les gliomes, qui peuvent se localiser à la partie antérieure.

A ces symptômes s'ajoutent d'ordinaire des troubles de la parole, de la déglutition, des paralysies des oculomoteurs, de la septième paire, l'aréflexie de la cornée; la huitième paire semble atteinte moins fréquemment et de façon moins précoce que dans les néoplasmes de l'angle ponto-cérébelleux. Fréquemment, les nerfs craniens sont pris des deux côtés de façon irrégulière, non symétrique.

Les signes d'hypertension intracranienne et surtout la stase manquent souvent, ou sont d'apparition tar-

(1) ZAHN. *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1901, t. XX, p. 205.

dive : lorsqu'elle existe, la céphalée est d'ordinaire occipito-nucale.

L'évolution est habituellement progressive et souvent rapide, réduite à une durée de quelques mois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JUIN 1911 [*suite*])

Infantilisme tardif de l'adulte. — M. GANDY présente un nouveau cas d'infantilisme tardif de l'adulte comparable à ceux qu'il a déjà montrés il y a quelques années sous le nom d'infantilisme reversif. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, jusqu'à cette époque bien développé et normal dans ses fonctions sexuelles, ayant eu trois enfants, qui commença, il y a trois ans, son affection actuelle par une raréfaction des poils. Actuellement, il est entièrement glabre, le visage ridé, la verge et le scrotum atrophiés.

M. Gandy préfère le terme d'infantilisme tardif, qui rend compte de l'aspect clinique, à celui plus vaste et moins précis de syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, proposé par MM. Claude et Gougerot. Il admet pour tous ces cas la même explication pathogénique.

(SÉANCE DU 23 JUIN 1911)

Coloration rouge vif permanente de la paume des deux mains. — MM. APERT et LEBLANC présentent une femme de quarante-deux ans qui, depuis le 25 avril 1911, présente à la paume des deux mains une coloration rouge vif s'effaçant complètement à la pression et ne s'accompagnant pas de troubles trophiques, calorifiques, ni sécrétoires. Cette affection est survenue brusquement au cours d'une névrite à forme douloureuse prédominant aux membres inférieurs et actuellement en voie d'atténuation. Il y a dans les doigts des fourmillements qui empêchent les mouvements délicats, mais pas de douleurs vives. La malade est, en outre, atteinte de maladie de Basedow (exophtalmie, tremblement, tachycardie). Il est vraisemblable que les lésions nerveuses et l'intoxication basedowienne ont joint leurs effets pour provoquer ce singulier trouble vasomoteur.

M. JACQUET pense qu'on pourrait appliquer à ce cas le traitement très simple qu'il a indiqué depuis longtemps pour les engelures et qui consiste à faire exécuter plusieurs fois par jour au malade, pendant cinq à six minutes, des mouvements de flexion et d'extension des mains et des doigts.

Syndrome d'insuffisance diastémato-spermatique acquise. — MM. Noël FIESSINGER et SOURDEL rapportent l'histoire d'un malade âgé de cinquante-quatre ans, présentant au complet la symptomatologie de l'insuffisance de sécrétion interne et externe du testicule.

Ce malade était normal au point de vue pileux et génital, il y a dix ans. Sans cause, il commence par perdre toutes ses dents, puis tous ses poils, sauf les cheveux.

Quelques années plus tard, les organes génitaux complètent leur atrophie au point de vue fonctionnel et physique.

Actuellement, ce malade présente en outre une atrophie thyroïdienne sans myxœdème et une pigmentation surrénale au début.

L'asthénie est intense, la tension artérielle très basse.

Ce syndrome ne mérite guère d'être considéré ni comme de l'infantilisme, ni comme une évolution sénile.

Le terme qui lui convient le mieux est celui d'insuffisance diastémato-spermatique acquise avec atrophie thyroïdienne.

Syphilo-pyodermique du nez. Kératite interstitielle et ulcéreuse grave. Echec des traitements classiques, impossibilité du salvarsan. Guérison rapide par la méthode surintensive pluri-mercurielle. — M. LEBAR présente une femme de cinquante-quatre ans, fortement obèse, qui vint consulter l'an dernier M. L. Jacquet pour un syphilome tuberculo-gommeux de la région narinaire droite. Le traitement hydrargyrique ordinaire, pilules et iodure, fut inefficace pendant plusieurs mois. Bientôt survinrent des accidents oculaires sérieux, iritis double avec kératite interstitielle ulcéreuse que M. Dupuy-Dutemps traita par 54 piqûres de cyanure de mercure sans résultat appréciable.

Le traitement par l'arsenobenzol fut tenté sans succès, à cause de la petitesse des veines noyées dans une graisse très abondante. C'est alors qu'on institua le traitement pluri-mercuriel consistant en : deux pilules de protoiodure de mercure de 4 centigrammes, lavement de 20 grammes de liqueur de van Swieten, friction avec 2 grammes d'onguent napolitain, injection intramusculaire de un centigramme de benzoate de mercure, prises le même jour, et répétées pendant deux à cinq jours au maximum, repos, puis reprise de cinq jours au minimum.

Le résultat thérapeutique a été en tous points remarquable.

Au bout de quatre jours, les cornées, qui étaient fortement infiltrées, nébuleuses, s'éclaircirent avec une rapidité étonnante.

Le syphilome ulcéreux du nez se cicatrisa, lui aussi, mais plus lentement et seulement après ablation des croûtes et détersion des surfaces ulcérées. Il y avait là une infection complexe, c'est-à-dire, pour parler comme M. Jacquet, une syphilo-pyodermite ou pyo-syphilide, caractérisée par la stagnation et la rétention sous-crustacée du pus banal.

JURISPRUDENCE

DE LA PRESCRIPTION DES HONORAIRES MÉDICAUX (1)

Nous avons examiné dans notre dernière note de jurisprudence la prescription des honoraires médicaux, et nous avons fait connaître à nos lecteurs les différentes interprétations que la jurisprudence admettait, selon les cas, pour fixer le point de départ de cette prescription. Et ce sont les moyens que la loi met à la disposition du médecin pour lutter contre cette prescription, moyens de défense que nous avions énumérés dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 20 juin 1911, qui feront l'objet de notre étude d'aujourd'hui.

La prescription de deux ans de l'article 2272 du Code civil fait place à celle de l'article 2274 du même Code, c'est-à-dire à celle de trente ans, du jour où la dette a été reconnue, dans un écrit qui en précise le chiffre, et ce à compter de l'échéance du terme de la première prescription. Le motif de cette disposition est basé sur ce fait qu'une présomption de payement se tire de cette considération, que le débiteur dont la dette n'est pas constatée par écrit paye le plus souvent sans retirer de quittance. Or cette présomption n'est plus possible dès qu'un créancier a un titre écrit. Mais cette reconnaissance de dette doit préciser le chiffre des honoraires qui sont dus : il ne suffirait pas d'apporter devant la justice un écrit faisant une allusion quelconque à cette dette, par exemple, une lettre dans laquelle le client s'excuserait de tant faire attendre ses honoraires au médecin (Trib. Seine, 7 novembre 1895, *Sirey*, 1896, 2e partie, p. 179). Cependant cette allusion pourrait être seulement utilisée, le cas échéant, comme un aveu d'un défaut de paiement.

Le second moyen est tiré de l'article 2275 du Code civil. Bien que la prescription biennale engendre une présomption

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 69, p. 1067.

de paiement qui ne souffre pas en principe la preuve contraire, la loi réserve au médecin le droit de déférer le serment au débiteur ; la jurisprudence va jusqu'à admettre l'aveu du même débiteur. Le médecin auquel la prescription est opposée peut déférer le serment à ceux qui l'opposent, sur la question de savoir si les honoraires ont été réellement payés. Et le serment, s'il est déféré au débiteur des honoraires lui-même, porte sur la résistance ou l'absence de paiement ; déféré à l'héritier du débiteur, il porte seulement sur le point de savoir s'il a eu connaissance ou non d'un paiement (art. 2275, 2e al. Code civil). Mais l'aveu du débiteur est souvent le meilleur moyen pour combattre la prescription. L'aveu peut être judiciaire ou extrajudiciaire (art. 1354-1356 Code civil).

On provoque le premier par un interrogatoire sur faits et articles, d'après les dispositions des articles 324 et suivants du Code de procédure civile. Cet interrogatoire, habilement conduit, amène souvent le débiteur à se contredire, et peut faire faire des aveux à celui-ci. Ce mode d'instruction est ordonné par jugement du tribunal auquel la contestation est soumise. La partie est alors interrogée par le juge à l'audience ou en Chambre du Conseil, en dehors de la présence du médecin. L'aveu peut être aussi implicite, aussi bien qu'explicite ; c'est l'aveu extrajudiciaire et la jurisprudence l'a souvent induit de différentes circonstances. C'est ainsi qu'elle a trouvé un aveu implicite d'absence de paiement dans la déclaration faite par le client que les soins du médecin avaient été compensés par des cadeaux, par des services rendus, etc. (Trib. Annecy, 23 juillet 1887, *Sirey*, 1889, 2e part., p. 45), dans le fait que la résistance du client était provoquée par la demande exagérée faite par le médecin et qui a repoussé une rétribution d'abord offerte (Trib. paix Paris, XIe arrond., 19 septembre 1894, *Concours médical*, 1894, p. 538). Il y aurait encore aveu implicite, si, avant d'opposer la prescription, le client contestait l'existence de la dette, ou si le malade avait déclaré à des personnes qu'il devait bien des honoraires à son médecin (ceci dans le cas où la dette ne dépasse pas 150 francs). En revanche, on ne peut déduire un aveu de ce fait que le client a refusé de comparaître à l'audience pour être interrogé (Cour de Cassation, 26 janvier 1881, *Sirey*, 1881, 1re part., p. 112). Un aveu étant essentiellement personnel, celui d'un héritier n'est pas opposable aux autres héritiers d'un même client (Cour de Paris, 14 mai 1903, *Gazette des Tribunaux*, 21 août 1903).

R. MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie gastro-intestinale. Etude de séméiologie et de thérapeutique intestinales (1), par A. MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Cette étude des affections gastro-intestinales débute par une discussion sur la valeur séméiologique des divers procédés d'examen de la digestion intestinale, et successivement sont envisagés les renseignements fournis par l'étude de la traversée intestinale, le travail chimique des sécrétions intestinales, l'absorption intestinale, les fermentations intestinales, les produits inflammatoires sécrétés par l'intestin ; puis, suivant le même plan, sont étudiées les différentes méthodes d'examen de la digestion *pancréatique* et *biliaire*.

En possession de ces données indispensables, les auteurs abordent alors franchement le vif de leur sujet, et étudient, pour commencer, les divers syndromes cliniques qui constituent les *réactions coliques*. Signalons tout spécialement l'étude des *colites dysentériformes* et *hémorragiques*, à propos desquels les auteurs développent de judicieuses considérations thérapeutiques.

(1) 1 vol. — Paris, O. Doin.

Dans les chapitres suivants, successivement sont étudiées, les diarrhées et la constipation, les intoxications intestinales, ainsi que leur traitement. L'ouvrage se termine par un exposé des formes cliniques du cancer du gros intestin, par une étude de l'occlusion intestinale, et des adhérences péricæcales et péricoliques.

Ces différents chapitres, publiés en partie dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif*, ont été déjà analysés pour la plupart dans la *Gazette des hôpitaux*, aussi n'y insisterons-nous pas davantage, nous contentant de signaler l'intérêt que trouvera le lecteur à posséder, réunies en un seul volume, toutes ces leçons cliniques du plus haut intérêt.

L. BABONNEIX.

Consultations et formulaire de thérapeutique médicale. Cœur, vaisseaux, reins (1), par le docteur G.-E. PAPILLON, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'auteur de cet ouvrage s'honore d'avoir été l'élève de Potain, de Huchard et de Duroziez ; c'est dire que la compétence ne lui faisait point défaut pour composer son livre. Aussi celui-ci rendra-t-il d'autant plus de services aux praticiens, pour lesquels il a été écrit, que la disposition en est particulièrement heureuse ; chaque affection rentrant dans le plan de l'ouvrage est en effet étudiée au point de vue thérapeutique, puis les formules éparses dans le livre se retrouvent rassemblées à la fin, en un court formulaire réellement très commode.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Maladies du péritoine (2), par le docteur A. PISSAVY.

Ce livre fait partie de l'*Encyclopédie scientifique*, publiée sous la direction du docteur Toulouse, et dont la partie médicale est dirigée par le docteur Klippel.

Comme le docteur Pissavy l'annonce fort bien dans son introduction, l'idée directrice de ce volume a constamment été d'atténuer un peu la forme sévère des articles didactiques en relatant en détail certaines discussions, certaines expériences que d'ordinaire les livres classiques se contentent de signaler. L'ouvrage débute par une étude générale des péritonites et une description complète du *syndrome péritonéal*. A ce chapitre fait suite l'étude encore si complexe des *péritonites appendiculaires*, avec leur flore microbienne variée et les diverses formes anatomiques qu'elles peuvent revêtir : forme circonscrite, forme généralisée. Dans un troisième chapitre est développée l'histoire clinique des péritonites dans la *fièvre typhoïde* (péritonites par perforation, péritonites sans perforation), avec leurs modalités cliniques si déconcertantes, et leur traitement toujours si discuté.

L'auteur étudie ensuite les péritonites consécutives aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin, aux perforations de l'estomac et du duodénum, et les péritonites d'origine biliaire générale, traumatiques.

Suivant la nature du germe, l'auteur envisage ensuite dans ses descriptions, les péritonites à streptocoques, à pneumocoques, etc. Signalons un chapitre clinique assez nouveau sur les *péritonites toxiques* (alcooliques, brightiques).

L'ouvrage se termine par l'étude de la tuberculose du péritoine, de l'échinococcose, des tumeurs du péritoine, enfin par une étude séméiologique de l'ascite. L'ouvrage comporte un index bibliographique fort judicieusement composé et qui sera toujours utile à consulter.

L. BABONNEIX.

(1) 1 vol. de 408 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, A. Maloine.
(2) 1 vol. Paris, Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 73. — JEUDI 29 JUIN 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 29 JUIN 1911. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 27 juin. — MM. Lortat-Jacob, Géraudel et Weill, 20.

Prochaine séance, jeudi 29 juin, à huit heures et demie du matin, à Necker.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Toulouse s'est terminé par les nominations suivantes :

Mlle Fache; MM. Abadie (François), Carrosse, Riser, Viguier, Piquemal, Marty, Baudet, Mage, Chatellier, Belfort, Malespine, Parant, Reygasse, Villemur, Parahy, Delga, Bouniol, Cousinet, Vaquier, Gay, Almaric, Tisseyre, Stillmunkès, Abadie (Maurice), Ducung, Massié, Rachmann, Latour de Brie, Fittère.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Sieur.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Dommartin et Pouillaude.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bory, Monéger, Oui, Camichel, Coullaud, Lair, Lamoureux et d'Arlhac.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Enjalbert, Jouffreau, Goursolas, Morisson, Malard, Maisonnave, Martinet, Crémadells, Madranges, Valette, Demonet, Dupont, Carpanetti.

MARINE. — Composition du jury du concours pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine :

Ligne médicale : MM. le médecin général de deuxième classe Chevalier, président; les médecins principaux Auregan et Autric, membres.

Ligne pharmaceutique : MM. le médecin général de deuxième classe Chevalier, président; les pharmaciens principaux Henry et Le Naour, membres.

CONTRE LE CHOLÉRA. — La direction de l'hygiène publique vient de prendre les précautions nécessaires contre l'importation éventuelle du choléra, dont de nombreux cas sont signalés sur divers points des côtes méditerranéennes, et elle a donné aux préfets des instructions dans ce sens.

Au ministère de l'intérieur, on déclare que les régions considérées actuellement comme contaminées du choléra sont celles de Naples, de Palerme et de Constantinople. A Palerme les premiers cas furent constatés à l'asile d'aliénés il y a déjà plusieurs semaines. Actuellement, on en compte une quarantaine par jour dans cette ville. A Naples et dans quelques villages voisins déjà atteints l'année dernière le nombre des cas journaliers est de trente à quarante.

D'autre part, on annonce de Trieste qu'un cas de choléra s'est déclaré à bord d'un transatlantique autrichien qui avait fait escale à Naples avant son arrivée à Trieste.

— Le ministre de l'intérieur vient d'envoyer aux préfets la circulaire suivante :

« Quand des voyageurs provenant de pays contaminés de choléra passent à Vintimille ou à Modane, sans y être retenus comme suspects, le poste frontière doit envoyer au maire et au chef de gare de la ville française de destination un télégramme faisant connaître que dans le train portant tel numéro, sont passés, à destination de ladite ville, tant de voyageurs de diverses classes.

Pour faciliter le triage, les billets de ces voyageurs seront marqués désormais à la frontière d'un signe spécial à partir du samedi 24 courant.

Le maire, recevant l'avis dont il est question précédemment, devra prendre toutes mesures utiles pour que les voyageurs ainsi désignés soient interrogés à leur arrivée à la gare et fassent connaître exactement le lieu où ils se rendent. Il sera ainsi à même d'exercer sur ces voyageurs, durant leur séjour dans la ville, une surveillance sanitaire destinée à faire découvrir sans retard le premier cas suspect.

Vous veillerez à ce que ces mesures soient prises d'urgence dans les gares des villes recevant couramment un nombre notable de voyageurs venant d'Italie. »

Ces mesures sont une simple formalité précautionneuse, à la suite des bruits qui ont couru dans la presse européenne, et notamment dans la presse autrichienne, touchant des cas suspects dans la Méditerranée.

De pareilles précautions sont prises tous les étés, d'un commun accord entre les gouvernements, chaque fois que des cas suspects sont signalés.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 27 mai 1911.) F. Fraipont : Dystocie par atrésie du col utérin. — Lambinon ; La mortalité infantile en Belgique. Mesures à prendre. Une loi nécessaire pour protéger la première enfance. — Zwaenepoel : Démonstration expérimentale du mécanisme de l'impulsion chez le cheval. — Edg. Zunz : A propos de l'anaphylaxie. — Liénaux et Huynen : Gliose corticale et sclérose périvasculaire de la moelle cervicale avec hypertrophie musculaire généralisée chez un poulain.

Biologica. — (N° 5, 15 juin 1911.) Guyénot : Les nouveaux problèmes de l'hérédité, les lois de Mendel. — F. Regnault : Le mouvement dans la réalité et dans l'art.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 21, 25 mai 1911.) Robert W. Lovett et Philip A. E. Sheppard : La paralysie infantile dans le Massachusetts en 1910. Rapport du comité sanitaire de l'Etat de Massachusetts (1 carte, 15 tableaux). — M. J. Rosenau, Philip A. E. Sheppard et Harold L. Amoss : La poliomyélite antérieure. Essais de transmission de la maladie au singe par inoculation des sécrétions nasales, pharyngées et buccales de 18 cas humains (avec 1 tableau). — James Warren Sever : Etude expérimentale sur la régénération des tendons (avec 17 figures). — F. L. Richardson : La suture tendineuse (avec 3 figures). — Wm. Pearce Cones : Note sur un cas de paralysie agitante et d'artério-sclérose cérébrale.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 21, 27 mai 1911.) Schütz : Sur la valeur de la réaction de Fould pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Clinique. — (N° 22, 2 juin 1911.) Claisse : Traitement du zona. — Leven : L'appendicite. Les erreurs de diagnostic. — Ribierre : Les formes graves du rhumatisme cardiaque. — Guillain : L'hémophilie. — F. Terrien : Valeur du traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle. — P. Rudaux : Des infections obstétricales du nouveau-né.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 juin 1911.) G. Ballet : Sur deux cas d'alcoolisme subaigu. Goitre exophtalmique. Indications thérapeutiques. — Gaucher : Purpura chronique de l'angio-sclérose. Sur le chancre amygdalien. Roséole de retour. Eruption mercurielle.

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er juin 1911.) Bérard et Vignard : Appendicite et traumatisme. — Arcelin : Importance des données radiographiques dans les interventions pour lithiase rénale (26 fig.). — Cotte et Croizier : Torsion intravaginale du cordon spermatique [volvulus du testicule] (3 fig.). — Alamartine et Bonnet : Un cas de goitre bénin métastatique (4 fig.). — Ronot : Néphrite hématurique unilatérale. Néphrectomie (2 fig.).

Medizinische Blätter. — (N° 9, 6 mai 1911.) Albrecht : Pathogénie et prophylaxie de la peste. — (N° 10, 20 mai.) Albrecht : Pathogénie et prophylaxie de la peste.

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1911.) Ch. Sabourin : Les rhumes chez les tuberculeux. — Burnand : Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire d'après la classification de M. Bard. — Bayle : L'opothérapie splénique, traitement spécifique de la tuberculose. — J. Lépine : Intonation et mémoire. Note relative à la « chanson du langage ». — Pic et Bonnamour : Le goitre exophtalmique chez l'homme.

SUR UNE FORME
DE

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

PURULENTE ET ASEPTIQUE

Par M. P. REMLINGER,
Médecin-major,
Chef du Laboratoire de bactériologie du 6e corps d'armée.

La méningite cérébro-spinale a été, dans ces dernières années, complètement démembrée. A côté des méningites à méningocoques de Weichselbaum et à paraméningocoques, on connaît les méningites à pneumocoques, à pneumobacilles, à streptocoques, à staphylocoques, à entérocoques, à bacilles de Pfeiffer, etc.; les épanchements puriformes aseptiques des méninges, « états méningés » de M. Widal et de ses élèves; les méningites cérébro-spinales syphilitiques, alcooliques, etc. Nous avons déjà attiré l'attention (1) sur une autre forme encore de méningite cérébro-spinale que nous avons proposé de désigner provisoirement sous le nom de méningite cérébro-spinale purulente aseptique. Nous nous proposons de la décrire ici avec quelques détails supplémentaires.

*
* *

Au point de vue clinique, la méningite cérébro-spinale purulente aseptique paraît pouvoir se présenter sous deux formes : une forme grave à début brusque, une forme bénigne à début moins brutal et presque insidieux.

Sous sa forme grave, la méningite purulente aseptique rappelle de façon presque parfaite la méningite cérébro-spinale à méningocoques. En pleine santé, le malade est pris brusquement de céphalée et de douleurs le long de la colonne vertébrale, plus marquées au niveau de la nuque et des reins. Il y a en même temps de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation, des vomissements. A l'hôpital, on constate de la roideur du tronc, l'attitude en chien de fusil et l'existence du signe de Kernig. Il peut y avoir incontinence ou rétention de l'urine et des matières. La maladie dure sous cet aspect assez impressionnant de quinze à vingt jours, après quoi s'installe une convalescence qui peut être fort longue et semée d'épisodes pathologiques tels que vertiges, vomissements, céphalalgie, douleurs articulaires, etc.

Sous sa forme bénigne, la maladie a besoin d'être dépistée à l'aide d'un examen minutieux et il paraît évident que, dans un milieu où l'attention est moins attirée que dans le milieu militaire, du côté de la méningite cérébro spinale, elle peut facilement passer inaperçue. Au début, le malade ne se plaint que d'une courbature généralisée qui s'installe sournoisement et augmente progressivement d'intensité. Peu à peu, l'acuité de la céphalée et des douleurs de la nuque éveillent quelques soupçons qui peuvent se préciser lorsqu'apparaît une légère roideur de celle-ci. Le signe de Kernig est alors recherché avec succès, la ponction lombaire pratiquée et le diagnostic de grippe ou de courbature fébrile rectifié. Le malade a un peu de fièvre, d'agitation, d'insomnie pendant quelques jours, puis les douleurs se font moins vives, le Kernig, la roideur des lombes et de la nuque disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Il est bien évident que, dans la forme grave, le diagnostic entre la méningite cérébro-spinale à méningocoques et la méningite purulente aseptique est bien difficile et ne peut être assuré par la seule clinique. Voici toutefois quelques caractères différentiels qui, réunis, pourront acquérir une certaine importance. La méningite purulente aseptique ne débute jamais par du coryza et de l'angine; les malades ne sont nullement abattus et atones; ils se laissent examiner volontiers, ne témoignent aucun désir de tranquillité et répondent bien aux questions. Presque toujours abolis dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, les réflexes tendineux sont conservés, sinon exagérés; les téguments ne présentent aucune des éruptions si fréquentes dans la méningite cérébro-spinale ordinaire. Nous avons noté une seule fois l'apparition sur les lèvres de quelques vésicules d'herpès.

Dans la forme bénigne, le diagnostic peut se poser avec un de ces cas frustes de méningite cérébro-spinale à méningocoques qui ont été signalés par de nombreux auteurs; mais la confusion est surtout facile avec un rhumatisme abarticulaire, une grippe, une courbature fébrile. Elle était inévitable lorsque le signe de Kernig n'était pas encore connu. Concurremment avec la ponction lombaire, sa recherche paraît seule de nature à orienter le diagnostic vers une affection des méninges.

*
* *

C'est en somme exclusivement ou presque exclusivement l'examen du liquide céphalo-rachidien qui permet le diagnostic entre la méningite cérébro-spinale à méningocoques et la méningite purulente aseptique. Moins trouble en général que dans la méningite à méningocoques, le liquide de la méningite purulente aseptique présente cependant un louche qui peut être très intense.

Le culot abandonné par le liquide après centrifugation est franchement purulent. Au microscope, il est constitué exclusivement par des polynucléaires auxquels ne se mêlent que rarement quelques mononucléaires. Contrairement à ce qui s'observe dans les états méningés de M. Widal ou méningites puriformes aseptiques, les polynucléaires présentent des altérations très marquées et au moins aussi intenses que celles qu'on observe, avant toute injection de sérum, dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques la plus grave. C'est en vain qu'en présence d'une telle formule leucocytaire, on cherche des microrganismes soit à l'intérieur des polynucléaires, soit en dehors d'eux. On n'en trouve aucun, quels que soient la méthode de coloration adoptée et le nombre des préparations examinées. Lorsque, parallèlement à l'atténuation des symptômes cliniques, le liquide céphalo-rachidien se clarifie, on observe au microscope la diminution progressive des polynucléaires et l'apparition de quelques mononucléaires ou lymphocytes, sans que le remplacement de ceux-là par ceux-ci soit aussi complet que dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Les modifications leucocytaires sont quantitatives plutôt que qualitatives.

Le liquide ensemencé largement sur les milieux usuels (bouillon, gélatine, gélose) comme sur les milieux d'élection pour la culture du méningocoque (gélose-ascite, gélose au sang) ne donne jamais

(1) *Soc. de biologie*, 3 juin 1911.

lieu à un développement microbien. Injecté par diverses voies au cobaye ou au lapin, il ne détermine chez ces animaux aucune modification appréciable de l'économie. Enfin la précipitoréaction de Vincent demeure négative, quels que soient d'une part le taux auquel elle est pratiquée, de l'autre la température à laquelle elle est recherchée.

*
* *

Au point de vue étiologique, ces cas de méningite cérébro-spinale purulente aseptique se produisent toujours sans cause appréciable. Ils apparaissent spontanément en quelque sorte sans qu'il soit possible de les rattacher par un lien quelconque à un cas antérieur; ils demeurent isolés et ne deviennent le point de départ d'aucun autre cas. Il n'est pas impossible qu'à l'exemple des « états méningés », qui peuvent se présenter sous forme de petites épidémies, les méningites purulentes aseptiques affectent d'autre mode de distribution que le mode sporadique; mais rien ne permet de l'affirmer actuellement et l'étude d'un plus grand nombre de cas pourra seule fixer sur ce point. Il ne paraît exister aucune relation entre la méningite purulente aseptique et d'autres maladies infectieuses, les fièvres éruptives en particulier. Les malades sont indemnes de syphilis et d'alcoolisme. Ils attribuent parfois leur affection à un refroidissement, mais le plus souvent ils disent qu'ils ont été frappés en pleine santé sans cause aucune, indépendamment de toute fatigue, de tout surmenage, etc. Ajoutons qu'à aucun moment de la maladie ou de la convalescence on n'observe de paralysies.

Quoique la méningite cérébro-spinale purulente aseptique puisse revêtir un aspect assez alarmant, elle paraît être d'un pronostic bénin, puisque tous nos malades ont guéri. Il semble que cette heureuse issue soit moins l'effet de la thérapeutique que d'une tendance naturelle de la maladie vers la guérison. Le sérum antiméningococcique n'exerce sur l'évolution de l'affection aucune influence favorable. Tout en ne produisant pas l'aggravation parfois considérable et immédiate qu'on observe dans les méningites tuberculeuses, les méningites à pneumocoques, à streptocoques, etc., son emploi est plutôt défavorable. D'autre part, on ne constate pas, à la suite des injections de sérum, les modifications de la formule leucocytaire (diminution des polynucléaires, apparition des mononucléaires et des lymphocytes) qui s'observent dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Une injection de sérum pratiquée lorsque le liquide s'est éclairci est toujours suivie par contre de la réapparition du trouble et d'une recrudescence dans le nombre des polynucléaires. Il se produit une véritable « méningite sérique ». A l'encontre des injections de sérum, les ponctions lombaires ont une action manifestement bienfaisante, qu'elles agissent soit en diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien, soit en soustrayant à l'économie une certaine quantité de microbes invisibles à l'examen microscopique, ainsi que de toxines. Il va de soi que, de l'effet nuisible du sérum antiméningococcique sur l'évolution de la méningite purulente aseptique, on peut tirer un argument contre la règle de la première injection systématique au cours des méningites et en faveur au contraire de la pratique qui veut que le sérum antiméningococcique ne soit injecté qu'en parfaite connaissance de cause, une fois la nature méningococcique de la maladie bien établie par l'examen du liquide céphalo-rachidien ou la précipitoréaction. Cette dernière manière de faire gagnerait, semble-t-il, à être étendue à la prophylaxie. La méningite cérébro-spinale purulente aseptique paraissant être justiciable de modes de propagation très différents de ceux de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, il y aurait, dans l'armée en particulier, avantage à attendre, avant d'isoler toutes les personnes ayant été en contact avec un méningitique, que la preuve ait été fournie de la nature méningococcique de l'affection.

*
* *

La méningite cérébro-spinale purulente aseptique paraît mériter une place à part dans le cadre nosologique et il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur elle, mais nous ne prétendons nullement avoir fixé définitivement dans ce court article ni sa symptomatologie clinique, ni ses caractères microscopiques, ni aucun des points de son histoire. A la lueur d'observations nouvelles, celle-ci est sans doute appelée à se modifier de façon très sensible. Le liquide est-il réellement aseptique ? Il cesserait peut-être de le paraître si on disposait de microscopes plus puissants ou d'une méthode de coloration adéquate. De même les cultures seraient peut-être positives, pratiquées sur d'autres milieux, les inoculations également, faites sur d'autres espèces animales, le singe par exemple. « Méningite cérébro-spinale purulente aseptique » n'est sans doute qu'une appellation d'attente et qu'un terme commode pour masquer notre ignorance.

MÉDECINE PRATIQUE

L'HÉMOSTASE PAR LE PROCÉDÉ DE MOMBURG

C'est le 6 juin 1908 que Momburg, médecin militaire de Spandau, faisait connaître le procédé qu'il avait imaginé pour pratiquer l'hémostase préventive dans les opérations sur la moitié inférieure du corps. Appliquant au tronc le procédé d'hémostase d'Esmarch pour les membres, Momburg constate que, « en serrant fortement la taille d'un sujet entre le rebord costal et la crête iliaque au moyen d'un tube de caoutchouc, on peut obtenir l'hémostase de toute la moitié inférieure du corps que l'on soustrait ainsi à la circulation ». Le tube est enroulé lentement plusieurs fois, jusqu'à ce que l'aorte soit suffisamment comprimée sur la colonne vertébrale pour que les battements aient disparu dans la fémorale. Cette compression serait sans danger. Les intestins, les uretères la supportent sans inconvénient, et chez l'homme la moelle située au-dessus de la zone ischémiée ne subit pas de troubles. A l'appui de son assertion, Momburg rapportait deux expériences tentées chez l'homme et deux opérations pratiquées avec cette méthode. Cette idée de compression temporaire de l'aorte n'était pas nouvelle. Il y avait longtemps que les accoucheurs et les chirurgiens y ont recours dans des cas très graves. Mais on employait soit des compresseurs à pelote, que l'on n'a pas souvent à sa disposition, soit la compression digitale pénible à pratiquer. Ce qui était nouveau (1) dans la méthode de Momburg, c'est le procédé de striction, simple,

(1) Plusieurs revendications de priorité se sont naturellement produites. Franke (de Brunswick) dans 1 cas en 1890, Poucel (de Marseille) dans 2 cas il y a plus de quinze ans (voir thèse de de Lombardon, p. 30), avaient employé la compression du tronc par une bande élastique mais avec interposition d'une pelote.

Quant à la méthode de Ribera y Sans, nous verrons qu'elle est totalement différente. Platon (de Marseille) a rappelé que les accouchées napolitaines en cas d'hémorragie se servent du procédé suivant : une serviette roulée en corde est entourée autour de la taille, et le mari la serre aussi vigoureusement qu'il lui est possible.

sans matériel spécial, puisqu'à la rigueur un tube de caoutchouc quelconque suffit, efficace et sans danger.

De toutes parts des essais furent tentés et la méthode trouva bientôt, en Allemagne surtout, des apôtres fervents qui s'ingénièrent à lui trouver de nouvelles indications.

Mais bientôt, on ne tarda pas à formuler des réserves, signaler des accidents (Romme, *Presse méd.*, 19 juin 1909; — Gross et Binet, *Rev. de chir.*, 10 mars 1910), des discussions s'engagèrent devant les sociétés (*XXXVIe Congr. de la Soc. all. de chir.*, Berlin, 14-17 avril 1909; — *Soc. de chir. de Paris*, séances des 2, 9, 16 mars, 4 mai 1910).

Actuellement que la méthode a été appliquée dans plusieurs centaines de cas, qu'on a pratiqué à son sujet de nombreuses études expérimentales, on peut et on doit se faire une opinion sur un procédé qui peut rendre de grands services appliqué à propos et avec une bonne technique.

L'hémostase à la Momburg a été employée en chirurgie et en obstétrique.

En chirurgie, on l'a utilisée pour quelques interventions sur la cuisse : ostéomyélite du fémur (Buerk, Bier); amputation double de cuisse (Momburg); amputation simple de cuisse (Leclerc, Popoff, Loubet); trépanation d'ostéomyélite (Popoff). Beaucoup plus souvent on s'en est servi pour des résections ou des articulations de la hanche : résections de la hanche typiques ou atypiques (curettages) pour tuberculose [Willems, Verhoogen, Hardouin, Axhausen, Kohler, Peuckert (7 fois), Göbell (5 fois), Schmieden]; pour coxalgie double (Momburg); désarticulations de la hanche pour lésions traumatiques (Riemann, Willems, Rossi); suppuration de moignon d'amputation (Piéri); arthrite suppurée (Braun); coxalgie (Willems); sarcome [Aubert (2 cas), Burck, Bier, Lambret, Wiart, Abadie, Escribano, Stoukkey (2 cas)]; tumeur blanche du genou avec fusées purulentes (Morestin, Gross et Binet); ostéomyélite du fémur (Klapp, Auvray); arthrite suppurée du genou (Martens, Hallopeau). D'autres s'en sont servi pour des résections plus ou moins étendues du bassin pour ostéomyélite (Bier, Stoukkey, Rossi), pour sarcome (Bier), pour tuberculose (Willems). La résection du bassin a été accompagnée de désarticulation de la hanche dans quelques cas (Axhausen, Verhoogen, Popoff) et 3 fois on a pratiqué l'interilioabdominale (Pagenstecher, Bier, Verhoogen). Enfin Göbell a utilisé la méthode pour l'ablation d'un tératome du coccyx et Leclerc pour enlever des ganglions de l'aine et de la fosse iliaque.

Son emploi s'est étendu aux opérations sur le rectum, pour prolapsus (Verhoogen), cancer [Klapp, Trendelenburg (2 cas), Neuhaus, Stoukkey] et sur les voies urinaires pour émasculation totale (Reynès), rupture traumatique de l'urètre périnéal (Heitz-Boyer), prostatectomie périnéale (Leclerc).

On l'a utilisé dans des cas de plaies traumatiques ou par ulcération néoplasique ou dans un foyer purulent, de la fémorale (Kempf, Sprengel, Lambret), de l'iliaque externe (Amberger, Ochmann, Braun), de l'utérine (Hœlme, Sigwart).

En gynécologie on s'en est servi pour pratiquer des périnéorraphies (Weber, 12 cas à la clinique de Döderlein, à Munich), un curettage (Jourdan), l'hystérectomie vaginale pour myome (Dürhssen), pour cancer (Dührssen, Reynès), pour hémorragie utérine spontanée (Hofbauer) ou opératoire (Mackenrodt et Neuhaus).

De même on l'a utilisé dans quelques cas de laparotomies pour cancer utérin [Neuhaus et Mackenrodt (5 cas), Leclerc], pour grossesse extra-utérine rompue (Stolz), pour hémorragie post-opératoire (de Bovis).

En obstétrique c'est surtout pour les hémorragies du post partum par atonie utérine qu'on a utilisé le procédé de Momburg [de Cobos y Ordoñez, 2 fois; Höhne, 2 fois; Sigwart (de la clinique de Bunm, à Berlin), 25 fois; Weber (de la clinique de Döderlein, à Munich), 16 fois; Rielander (de la clinique de Marburg), 9 fois; Brouba, 6 fois; von Reding et de Wyder, 8 fois; Platon, Bossi et Goldi, Riss, Bénet].

Plus rarement on s'en est servi contre les hémorragies du placenta prævia (Flatau, Engelmann), pour l'hystérectomie vaginale (Seitz, 15 cas, Sigwart, 2 cas), pour un curettage de môle hydatiforme (Höhne), pour les déchirures du col (Weber, 8 fois, von Reding et de Wyder, 2 fois, Freund, Rielander), pour l'extraction manuelle du placenta (Weber, 7 fois, von Reding et de Wyder, 12 fois, Rychlik, Riss), pour l'incision d'un thrombus du vagin (Bar).

L'âge des malades était des plus variables, depuis des enfants de un an (Göbell) jusqu'à un vieillard de soixante-dix ans (Trendelenburg).

La durée de la striction a été parfois très courte : quatre minutes (Lambret); parfois très longue : deux heures (Benet, Platon, Sigwart), deux heures quinze (Dührssen), deux heures vingt (Sigwart), deux heures à striction complète et à moitié desserrée pendant six heures (Riss).

Quels ont été les résultats obtenus par l'emploi du procédé de Momburg?

L'immense majorité des chirurgiens qui l'ont employé en ont obtenu une hémostase parfaite. Ils ont pu opérer « à blanc », sans perdre une goutte de sang, « comme sur le cadavre ».

On ne trouve que quelques rares exceptions. Reynès a vu, bien que le pouls fémoral ait disparu, un saignement veineux en nappe se produire; Piéri a observé une réapparition momentanée des battements de l'artère qui avaient disparu; Willems n'a obtenu une hémostase parfaite qu'au début et à la fin de l'opération, il constate ordinairement un petit suintement en nappe et même en jet par de petites artérioles. Willems explique ces faits par la circulation collatérale entre les anastomoses des premières lombaires, iléo-lombaires et circonflexes iliaques d'une part, de la mammaire interne et de l'épigastrique d'autre part; ces artérioles, enfoncés dans la paroi musculaire, ne reposant pas sur un plan osseux, échapperaient à la compression.

Cette explication est peu vraisemblable, et si la compression « en taille de guêpe » a été assez forte, on ne conçoit, comme voie collatérale perméable, que la circulation intrarachidienne. Weber invoque, dans les cas où l'hémostase n'est pas complète, une anomalie anatomique de la position de l'aorte. Il semble plus simple de croire que le tube a été insuffisamment noué ou s'est desserré s'il a été simplement noué. On peut encore concevoir que, si le malade n'est pas endormi ou insuffisamment endormi, qu'une contraction violente des muscles de la paroi, un effort de vomissement par exemple, diminue momentanément la striction du tube. C'est ce que Hœhne et Popoff ont constaté sur des sujets non endormis.

Dans deux cas d'hémorragie intrapéritonéale, la striction « à la Momburg » s'est montrée inefficace (Stolz, de Bovis).

En obstétrique, les résultats ont été moins constants qu'en chirurgie, et cela de deux façons différentes. Dans certains cas d'hémorragie utérine (placenta prævia, déchirure du col, inertie utérine), Rielander (9 cas), Weber (3 cas), Mayer, Sigwart (1 cas), A. von Reding et de Wyder (2 cas), n'ont pas obtenu toujours l'arrêt de l'hémorragie après application du garrot. Dans ces quelques échecs, ils ont dû recourir à d'autres moyens hémostatiques. La plupart de ces échecs semblent relever de défectuosités de technique. Rielander, en l'absence de tube de caoutchouc, a employé une corde de tarlatane enroulée et graissée qui ne présentait aucune élasticité. Sigwart reconnaît avoir insuffisamment serré la bande.

De plus, il faut remarquer que le garrot s'applique mal chez la parturiente avant la sortie de l'enfant. Normalement le garrot est placé au niveau de l'ombilic, entre la deuxième et troisième vertèbre lombaire. L'utérus gravide force à l'appliquer plus haut sous les côtes; la tension excessive de la paroi abdominale, ses contractions pendant le travail doivent aussi rendre son application moins sûre.

Au contraire, après la sortie du fœtus, le globe utérin étant réduit, les parois abdominales flaccides, la striction s'opère de façon certaine. Aussi, dans les cas d'hémorragies par atonie utérine, dans les extractions manuelles du placenta, les succès de la méthode ne se comptent pas. De plus, ici, dans la grande majorité des cas, on a signalé le fait suivant : sous l'influence de l'ischémie, la paroi utérine se contracte, son atonie cesse, et si au bout de quelques minutes on enlève le lien, l'hémostase temporaire est remplacée par une hémostase définitive (Sigwart, Höhne, Weber, Krönig, Beckmann, etc.). Il n'est pas douteux que la méthode compte ainsi à son actif un certain nombre de guérisons d'hémorragies menaçant immédiatement la vie de la malade. Ceci est la règle, mais on a pu constater dans quelques cas que c'était le retour du sang à l'enlèvement du lien qui excitait les contractions utérines (Sigwart). Cette contraction serait due

d'après les recherches expérimentales de Franke, non à l'ischémie utérine, mais à la présence d'un excès d'acide carbonique dans le sang.

Enfin, la seconde circonstance, dans laquelle le garrot a échoué en obstétrique, est celle-ci : chez quelques femmes tout à fait exsangues (Benet, Riss, Engelmann), la striction arrêtait bien momentanément le suintement utérin, mais il réapparaissait dès que la bande était desserrée, la contraction du muscle utérin ne se produisant pas.

Au total, étant donné le nombre considérable de cas où elle a été employée par les accoucheurs, la méthode s'est montrée un excellent moyen d'hémostase.

La striction « à la Momburg » présenterait en outre d'autres avantages.

On a signalé l'insensibilité des parties ischémiées, c'est ainsi que Jourdan constata que la dilatation et le curettage utérin n'étaient pas douloureux.

La diminution de la masse du sang en circulation entraînerait une diminution du temps d'anesthésie et de la quantité d'anesthésique. De plus, au moment de l'enlèvement du tube, tout le sang contenu dans la partie inférieure du corps, non chargé d'anesthésique et saturé d'acide carbonique, viendrait diluer le sang total et produire une excitation des centres nerveux. En cas d'alerte ou d'arrêt de la respiration sous chloroforme, l'ablation du garrot produirait une reprise immédiate de la respiration. Ces phénomènes de narcose en circulation réduite sont bien connus et ont déjà été expérimentés par Klapp et Zur Verth, de la clinique de Bier (voir Romme, *Presse méd.*, 26 déc. 1908, n° 843) qui préconisaient la ligature des quatre membres au cours des interventions.

Momburg, Braun, Thöle, Neuhaus, Aubert ont signalé les mêmes faits dans l'emploi du procédé de Momburg. On trouvera, dans la thèse de de Lombardon, des expériences sur le cobaye, malheureusement trop peu nombreuses, qui arrivent aux mêmes conclusions.

Tels sont les avantages que l'on peut attendre de l'emploi du garrot de Momburg. Voyons maintenant les inconvénients qu'il peut présenter.

On en a signalé de nombreux et de sérieux.

Tout d'abord on doit se demander s'il ne va pas se produire, au niveau de la stricture, des lésions de la paroi ou des viscères abdominaux.

On n'a observé aucune lésion des téguments.

En laissant de côté l'observation de Franke où la technique était défectueuse, on trouve signalés cinq fois des troubles intestinaux. Rielander et Popoff ont observé des diarrhées profuses ayant suivi l'emploi du garrot, Piéri a signalé une hémorragie intestinale sérieuse qu'il explique par une extravasation sanguine dans une anse intestinale serrée au-dessous du tube.

Cette pathogénie est prouvée par les expériences de Melchior et une observation de Trendelenburg qui a la valeur d'une expérience : au cours de l'ablation d'un cancer du rectum par voie sacrée, une hémorragie grave s'étant produite, on applique le Momburg ; peu après, le péritoine étant ouvert, on vit dans la plaie faire hernie une anse grêle, violacée, congestionnée.

Beaucoup plus grave est le cas de Burck qui, après hémostase à la Momburg sur un sujet très maigre, le vit mourir de péritonite au troisième jour ; à l'autopsie, on trouva de la gangrène du cæcum et des suffusions sanguines sur plusieurs anses grêles. Son emploi semble donc contre-indiqué chez les sujets très maigres.

Torres Casanovas a observé expérimentalement des hémorragies intestinales correspondant à des lésions de la muqueuse et de la musculeuse dans les anses comprimées.

Momburg pense obvier à ce danger de compression de l'intestin en appliquant la bande toujours après avoir placé le malade en position de Trendelenburg, secoué même son bassin, de façon à faire refluer toutes les anses grêles dans la partie supérieure de l'abdomen. Remarquons que cette précaution n'est pas absolument sûre, car rien ne prouve que des anses intestinales ne puissent être retenues vers le petit bassin par des adhérences (appendicite, salpingite antérieure, etc.), ce qui devait se rencontrer dans les laparotomies pour cancer utérin où le Momburg a été appliqué, et que de plus les côlons restent en place.

Momburg pensait que les uretères échappent à la compression par la bande élastique. Hœhne a prouvé le contraire, car pendant tout le temps de l'application, les urines ne pénètrent pas dans la vessie ; de plus, les malades présentent par la suite une albuminurie passagère. Il propose même d'employer cette méthode pour comprimer momentanément un des deux uretères et récolter ainsi séparément l'urine des deux reins.

Dans deux cas de mort, on a accusé la striction d'avoir occasionné des lésions des gros vaisseaux. Le malade de Kupferberg présentait un hématome par déchirure des gros vaisseaux ; dans le cas de Dürhssen, il s'agissait d'une embolie consécutive à la lésion de la paroi interne d'un gros vaisseau. Dans ses expériences sur le lapin, Frankl a vu, après deux heures de striction, des lésions de l'endothélium et un large thrombus de la veine cave inférieure analogue aux lésions observées par Dürhssen.

A côté de ces lésions de compression viscérales, on s'est demandé si l'anémie de toute la partie inférieure du corps ne produisait pas des troubles.

Chez les animaux où la moelle descend au-dessous du point comprimé, Carere, Casanovas ont observé expérimentalement de la paralysie passagère du tronc postérieur. Chez l'homme, la moelle est au-dessus du lien constricteur, aussi les rares faits signalés de rétention d'urine, de constipation opiniâtre, d'incontinence, de douleurs dans les extrémités inférieures ne doivent pas être attribuées sans discussion au garrot de Momburg, mais bien plutôt à l'opération qui a nécessité son emploi ; Kempf a observé un cas de gangrène de la jambe ; mais il s'agissait d'un cas de ligature de la fémorale.

Signalons encore qu'Ehrlich a montré que la température des malades, pendant l'application du garrot, s'abaisse d'ordinaire de 1 ou 2 degrés (35°2, 35 degrés) pour remonter à la normale ensuite. Il explique ce fait par la suppression de l'action thermo-régulatrice d'un territoire musculaire étendu, et signale ce danger chez les sujets très anémiés et déjà en hypothermie.

La respiration est plus rapide, plus superficielle, pendant l'application du tube. Ce trouble paraît dû uniquement à la gêne du jeu du diaphragme. Willems a observé un écoulement de liquide sanguinolent par le nez dont la pathogénie est obscure.

Mais les troubles les plus fréquents, les plus graves aussi, sont ceux de l'appareil circulatoire. Depuis le premier accident signalé par Trendelenburg, la circulation des malades a été surveillée avec une grande attention par un aide chargé de compter le pouls, de prendre la tension au sphygmomanomètre ou des tracés sphygmographiques ; les autopsies des deux malades d'Amberger et de Gross et Binet qui ont succombé à des accidents cardiaques, les expérimentations très nombreuses (Rimann et Wolf, Hasenfeld et Romberg, Carere, Thöle, Tornai, Torres Casanovas, Matas, Zur Verth, Frankl) forment un ensemble de documents concordants qui expliquent les phénomènes observés.

Les troubles peuvent se produire soit pendant la constriction, soit au moment de son enlèvement.

L'arrêt de la circulation dans la moitié inférieure du corps agit comme la ligature expérimentale de l'aorte et de la veine cave inférieure chez les animaux, elle produit une augmentation de la tension sanguine. Cette tension se traduit par une ascension variable de 4 à 40 millimètres de mercure au sphygmomanomètre, par une accélération du pouls. Au bout d'un certain temps, on peut voir la tension s'abaisser un peu, le pouls lui-même diminuer de rapidité, tendre à reprendre son régime normal. Dans d'autres cas, au contraire, le pouls devient de plus en plus rapide, mal frappé, il tend à devenir dicrote, et le malade semble en imminence de collapsus. Les tracés sphygmographiques reproduisent ces variations de la forme de l'ondée sanguine et au bout d'un certain temps d'application, le tracé prend souvent la forme d'une ligne ondulée sans ascensions systoliques nettes.

On comprend que ce surcroît de travail imposé au cœur, s'il n'entraîne pas d'accidents sur un sujet jeune, tende à produire chez un sujet âgé, dont le système circulatoire est malade (artério-sclérose, dégénérescence graisseuse du myocarde, lésions orificielles), de la dilatation aiguë du cœur. Matas a bien montré que dans ces cas où le cœur ne suffit plus

à sa tâche, au lieu d'observer une augmentation de tension, on voit se produire une chute.

Ces phénomènes d'imminence de collapsus ont été observés par beaucoup d'auteurs qui ont été obligés de hâter la terminaison de l'opération (Morestin, Hardouin, etc.) ou d'enlever le lien constricteur (Trendelenburg, Rielander, Popoff, etc.). Un des malades de Rielander présenta des phénomènes persistants d'insuffisance cardiaque après l'opération, une malade de Trendelenburg conserva pendant plusieurs jours des signes d'insuffisance mitrale aiguë, un autre malade de Trendelenburg, âgé de soixante-dix ans, présenta des troubles circulatoires intenses et mourut peu après de pneumonie.

Dans un cas de Gross et Binet et dans un autre d'Amberger le malade mourut de syncope peu après l'ablation du tube, et à l'autopsie on trouva chez le premier de la distension d'un cœur gras et atteint d'endocardite ancienne, et chez le second de l'œdème des poumons, des hémorragies des plèvres, de l'épanchement dans le péricarde.

Momburg a admis que l'élévation de la tension sanguine, pendant l'application du garrot, était due, non à la compression de l'aorte et de la veine cave, mais à celle des artères mésentériques, comme le montrent les expériences classiques de Ludwig et Thiry. Aussi, il conseille d'appliquer le tube en position déclive, l'intestin étant refoulé au-dessus du tube, les artères mésentériques échappent à la striction et la pression sanguine ne s'élèverait pas de plus de 10 à 20 millimètres. Les expériences de Zur Verth et celles de Frankl ont montré qu'on observe juste le contraire, que la tension s'élève peu si le bandage est appliqué en position horizontale et qu'au contraire on observe une ascension élevée si la striction est faite en position de Trendelenburg.

Au moment de l'ablation du lien, on observe un abaissement de la tension sanguine et un véritable affolement passager du pouls qui devient souvent dicrote. Si le tube est relâché brusquement, le sang se précipite dans les vaisseaux vides, entraînant de l'anémie du cerveau et des centres circulatoires. C'est pourquoi c'est en général à ce moment que les phénomènes de collapsus, que nous avons cités plus haut, atteignent leur maximum.

Il convient donc de desserrer la bande très lentement. L'emploi de la position de Trendelenburg peut aussi être utile contre ces accidents, mais il semble surtout indiqué de placer à la racine de chaque cuisse, avant la pose du tube abdominal, un lien élastique. A l'ablation du garrot, le sang ne s'écoulerait que dans les vaisseaux du bassin, on enlèverait ensuite successivement les liens des cuisses. On a même conseillé de mettre deux autres liens au-dessous des genoux, on rendrait encore plus progressif le retour de la circulation normale.

Un point très discuté et très important est de savoir l'action du tube de Momburg sur les malades saignés à blanc par une hémorragie très grave (plaie des gros vaisseaux, inondation péritonéale, inertie utérine post partum).

Chez une malade qui n'a plus qu'une très petite quantité de sang en circulation, si on en supprime encore une partie, celle qui est contenue dans la moitié inférieure du corps, on risque de voir le cœur se contracter à vide et des phénomènes de shock, de collapsus se produire. C'est ce qui semble s'être produit chez une malade de Stolz et une de de Bovis, où la pose du tube semble avoir plutôt hâté la terminaison fatale.

Au contraire, dans certains cas de Riss, de Platon, on a noté que l'application était suivie d'un relèvement du pouls, d'apparition de couleur rosée du visage. Il est possible que le degré d'anémie ait été plus marqué dans les premiers cas que dans les autres, ou que la technique n'ait pas été la même. En tout cas, il nous semble ici indispensable de mettre le malade en Trendelenburg, et, ainsi que Momburg le recommande pour obtenir l'ischémie des membres inférieurs, de rouler autour d'eux, depuis les orteils jusqu'à la racine des cuisses, la bande caoutchoutée d'Esmarch ou un bandage serré. Après quoi on appliquera le garrot.

Dans ces conditions, on pratiquera une sorte de transfusion du sang de la moitié inférieure dans la moitié supérieure du corps.

Il ressort donc de ce que nous venons d'exposer que le procédé de Momburg, loin d'être anodin, peut exposer à de graves accidents et qu'actuellement on lui attribue 6 cas de mort. Pour se mettre le plus possible à l'abri de ces accidents, il convient de suivre une bonne technique et de connaître les indications et contre-indications de la méthode. C'est ce qui nous reste à exposer.

L'application du tube nécessite-t-elle l'anesthésie générale? On l'a appliqué assez souvent, surtout dans les cas obstétricaux, sans anesthésique. La malade accuse en général une douleur de compression peu intense, qui ne devient intolérable que si elle se prolonge très longtemps (au bout de deux heures, Riss). La malade ressent une sensation de froid dans les membres inférieurs, qui semblent morts et paralysés. Elles accusent aussi un peu de gène respiratoire, et souvent un état nauséeux; parfois il se produit un vomissement.

L'inconvénient de l'état de veille est de permettre les efforts, les contractions de la paroi abdominale qui peuvent relâcher momentanément le tube (Popoff-Hähne, Piéri). Cet inconvénient est singulièrement amoindri dans le post partum, où la paroi abdominale est flasque et relâchée.

Faut-il placer le malade en position de Trendelenburg? C'est une précaution utile pour refouler les intestins le plus haut possible; cette position est indispensable pour obtenir l'anémie complète des membres inférieurs dans les opérations, ainsi que l'application d'une bande depuis les orteils jusqu'à l'aine. Nous avons vu qu'on agira de même dans les grandes hémorragies; mais, étant donné que la tension sanguine est plus élevée quand le tube a été appliqué dans cette position, il faut placer des liens constricteurs à la racine des deux cuisses, qu'on retirera doucement l'un après l'autre après l'ablation du garrot.

On posera alors le tube.

A moins d'y être obligé par l'urgence, il ne faut pas se contenter d'une corde de gaze graissée, ou du tube d'un fourneau à gaz. Les expériences ont montré que les accidents de striction de l'intestin étaient à craindre si on employait un tube présentant un diamètre trop petit. Il convient d'employer un bout de tube de caoutchouc de $1^{m}20$ à $1^{m}50$ de longueur, de 2 1/2 à 3 centimètres de diamètre. Pour remplir l'office de bande d'Esmarch, M. Ricard a fait établir par la maison Collin un tube analogue avec un petit dispositif métallique (2 anneaux ouverts, accolés en canon de fusil), qui permet d'arrêter au point voulu la striction; il constituerait au besoin un tube de Momburg parfait (1).

Pour l'appliquer plus facilement, le tube doit être graissé légèrement. On le passe derrière le dos, un aide le tient par une des extrémités pendant que l'opérateur l'enroule autour de la taille du malade; ou bien le tube est engagé à moitié sous le malade et l'aide et l'opérateur, tenant chacun un bout, tirent dessus et à chaque tour échangent l'extrémité qu'ils tenaient. Le premier tour doit être modérément serré, les suivants sont serrés de plus en plus, en allant aux limites de l'élasticité du tube. Pendant ce temps un aide surveille le pouls fémoral. On s'arrête quand celui-ci a disparu, ou par mesure de prudence on fait encore un tour après cette disparition (Axhausen). Chez les sujets très maigres, deux tours suffisent souvent, chez les nouvelles accouchées trois tours, chez les sujets obèses ou très musclés ou non endormis, quatre, cinq, six tours peuvent être indispensables. Pour arrêter la striction, il ne faut pas nouer le tube, on risque de le voir se desserrer; il faut fixer les deux chefs par un clamp, ou à son défaut en les ligaturant avec une corde. La pose du tube doit être lente, demander environ deux minutes. C'est le temps minimum qui est aussi réclamé pour son enlèvement qui doit être progressif. On desserrera ensuite lentement les tubes posés à la racine des cuisses.

Momburg recommande de n'interposer entre le tube et l'aorte aucune pelote ou coussin; certains auteurs y ont eu recours : Willems, dans un cas de scoliose marquée, la compression ne se faisant pas sans cela, Neuhaus, Ochmann, Sprengel, Auvray, Bossi et Soldi, ont aussi interposé des coussins ou tampons d'ouate surtout, semble-t-il, dans le but d'amortir la compression. Ils ne semblent pas en avoir eu d'inconvénient.

Il nous reste à voir dans quelles occasions il est légitime de se servir du procédé de Momburg.

Il est certain qu'en Allemagne on a beaucoup exagéré son

(1) Blécher vient récemment de proposer l'emploi d'un ressort métallique pour remplacer le tube élastique.

emploi et qu'il convient de se montrer judicieux dans le choix de ses indications.

Il est indéniable qu'étant donné ses dangers, le procédé de Momburg ne doit être employé que lorsqu'il est indispensable.

Il a été employé tant en chirurgie qu'en obstétrique dans 2 classes de cas tout à fait différentes :

1° Comme mode d'hémostase préventive avant de pratiquer une opération, c'était là le but proposé par Momburg;

2° Comme moyen d'hémostase d'urgence au cours d'une hémorragie traumatique opératoire ou obstétricale.

Dans la première classe de cas, son emploi ne doit subsister que dans un petit nombre d'opérations, c'est ce qui ressort en particulier de la discussion de la Société de chirurgie de mars 1910 et du remarquable rapport de M. Auvray.

Son emploi semble inutile dans les opérations gynécologiques, les opérations sur le périnée, l'urètre, la prostate et le rectum. De même pour les amputations de jambe ou de cuisse. Quant à la désarticulation de la hanche, si on désire opérer particulièrement rapidement, sans perte aucune de sang chez un sujet très affaibli, nous croyons bien préférable de se servir du procédé d'hémostase préventive de Ribeira y Sans.

Depuis 1892 le professeur de Madrid emploie pour les résections et désarticulations de la hanche le procédé qu'il décrit ainsi : « Ischémie par élévation du membre; puis, avec un tube de caoutchouc long et fort, j'entoure la racine du membre de la manière suivante : je place le centre de ce tube dans la rainure interfessière; tirant fortement les deux bouts, je porte l'un devant, l'autre derrière, les croisant au-dessous de la crête iliaque, mais très au-dessus du grand trochanter; tirant fortement, pour que la compression élastique soit énergique, on dirige le bout postérieur vers la partie antérieure du tronc, et le bout antérieur, vers la partie postérieure, pour les croiser au-dessus de la crête iliaque du côté opposé. On peut faire alors, pour plus de sûreté, un circulaire à la taille, et chercher de nouveau la rainure interfessière; il en résulte une espèce de spica, mais dont le centre passe par la rainure interfessière, évitant de cette façon que le tube glisse. »

Ce procédé a l'avantage énorme sur celui de Momburg de ne supprimer la circulation que dans un membre inférieur et non dans les 2 membres inférieurs et le bassin.

La seule opération chirurgicale pour laquelle il semble que le procédé de Momburg soit indispensable c'est l'interiléo-abdominale qui est une opération d'exception. En obstétrique son application comme hémostase préventive semble s'appliquer surtout à deux opérations : la césarienne vaginale de Dürhssen, et les opérations en cas de placenta prævia. D'ailleurs, nous l'avons vu, son application chez la femme enceinte avant l'évacuation de l'utérus semble particulièrement difficile. On pourrait se demander, dans ce cas, si l'ischémie de l'utérus n'amènerait pas la mort de l'enfant. Il semble n'en être rien : dans un cas, Höhne a cherché sans succès à employer le procédé pour interrompre une grossesse.

Autant les applications de la méthode de Momburg nous semblent restreintes comme mode d'hémostase préventive, autant elle nous semble être appelée à un grand avenir comme mode d'hémostase d'urgence. Dans les plaies des gros vaisseaux, la fémorale — que les garçons bouchers se tranchent si souvent au pli de l'aine en dépeçant avec un couteau la pointe en bas des quartiers de viande appuyés sur leur cuisse fléchie — l'iliaque externe, les plaies de guerre, l'application du garrot de Momburg permettra d'avoir le temps matériel de préparer une intervention réglée, de pratiquer la ligature et même la suture artérielle.

Dans les hémorragies post-opératoires du petit bassin et la grossesse extra-utérine rompue, la méthode semble avoir été de peu de secours. Mais elle retrouve son application la plus fréquente dans les grandes hémorragies du post partum : hémorragies par inertie utérine, par rétention placentaire, par déchirure du col. Dans ces cas, son action s'est montrée doublement utile en arrêtant l'écoulement sanguin et en favorisant la contraction utérine. Dans les déchirures du col, elle permet de pratiquer une suture exacte et méthodique de la déchirure.

En face de ses indications, l'emploi du tube de Momburg présente des contre-indications : son emploi sera rejeté chez les sujets âgés, les artério-scléreux, les lésions orificielles du cœur (bien que Momburg, 2 fois, et Sigwart, 1 fois, l'aient employé dans ce cas); on devra se montrer réservé dans son emploi en cas de goitre exophtalmique, de néphrite avec hypertension, d'ulcérations ou lésions chroniques des intestins, et chez les sujets très maigres.

Enfin, chez les malades saignés à blanc, on prendra les précautions que nous avons indiquées avant de s'en servir.

Il ne nous semble pas douteux que, dans ces limites, un progrès sensible a été réalisé et que dans l'arsenal de tout praticien il sera utile de voir figurer le gros tube de caoutchouc qui, le moment venu, pourra lui rendre de grands services. M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'ensemble parus en français :

LECLERC. *Gaz. des hôpit.*, 22 juin 1909, n° 70, p. 891.

ROMME. *Presse méd.*, 19 juin 1909, n° 49, p. 44; — *Id.*, 25 sept. 1909, n° 77, p. 675.

DE BOVIS. *Semaine méd.*, 15 déc. 1909, n° 50, p. 589.

L. MAYER. *Journ. de chir.*, fév. 1910, p. 121.

AUVRAY. Rapport à la Société de chirurgie, 2 mars, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXXVI, n° 8, p. 262.

H. DE LOMBARDON-CACHET DE MONTEZAN. Th. de Montpellier, 4 juin 1910.

E. AUFFRET. Th. de Paris, nov. 1910. — Cette thèse contient une bibliographie de 79 numéros. Nous ne donnons ici que les travaux n'y figurant pas ou parus depuis.

BROUHA. *Le Scalpel*, Liége 1909, n° 37; — *Deut. Med.*, 1909, t. IV, n° 46.

FENCKERT. *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 41, p. 1813.

FREUND. *Berl. klin. Woch.*, 17 mai 1909, n° 20, et 25 oct. 1909, n° 43.

RIESE. *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 49.

VON KAMPTZ. Dissert., Leipzig 1909.

KUTTNER. *Allg. med. central Zeit.*, 28 août 1909, t. LVIII, n° 35, p. 486.

MANZERI-CARERE. XXVIe Congrès de la Soc. ital. de chir., Rome, 31 oct.-2 nov. 1909, *La Clinica chirurgica*, nov. 1909, t. XVII, n° 11, p. 2045.

POPOFF. *Therap. Rund.*, 1910, n° 12.

PLATON. *Revue de vulgarisation des sciences méd.*, avril 1910.

FRANKEL. *Gyn. Rund.*, 1910, t. IV, heft 2.

AMBERGER. *Beit. z. klin. Chir.*, avril 1910, t. LXVI, fasc. 3, p. 463.

G. GROSS et BINET. *Revue de chir.*, 10 mai 1910, t. XLI, n° 5, p. 807.

BURCK. *Beit. z. klin. Chir.*, juin 1910, t. LXVIII, fasc. 2, p. 379.

POPOFF. Congrès des chir. russes, Moscou, 19-25 déc. 1909, in *Chirurgia*, avril 1910, t. XXIII, n° 160.

CRESCENZI. *La Ginecologia*, 28 fév. 1910, t. VII, fasc. 4.

EHRLICH. *Wien. klin. Woch.*, 7 avril 1910, t. XXIII, n° 94.

HÖHNE. *Münch. med. Woch.*, 8 fév. 1910, t. LVII, n° 6.

FRANKL. Soc. d'obst. et de gyn. de Vienne, 24 déc. 1909, *Centralbl. f. Gyn.*, 4 juin 1910, t. XXXIV, n° 3, p. 781-792.

GERSTER. XXVIIIe Congrès de l'association américaine de chirurgie, Washington, 3-5 mai 1910, in *Surg. gyn. and obst.*, juin 1910, t. X, n° 6; — *Ann. of surg.*, juin 1910, t. LI, n° 6.

ABADIE. Rapport de M. Picqué, *Soc. de chir.*, 4 mai 1910; — *Arch. prov. de chir.*, avril 1910, t. XXIX, n° 4.

DE COBOS Y ORDONEZ. *Revista de med. y cir. prat.*, 7 sept. 1910, t. XXXIV, n° 1137.

RENON. *Arch. méd.-chir. de province*, 15 juin 1910, t. V, n° 6.

GELGI. *Med. Klin.*, 21 août 1910, t. VI, n° 34.

MAYER. Soc. d'obst. et de gyn. du Haut-Rhin, 24 avril 1910, *Beit. z. Geb. und Gyn.*, 1910, t. XVI, p. 51.

HARDOUIN. *Bull. méd.*, 2 juillet 1910.

BLECHER. *Münch. med. Woch.*, 5 juillet 1910, t. LVII, n° 27.

BAR. *Soc. d'obst. de Paris*, séance du 21 avril 1910.

CARERE. *Riforma med.* Extrait dans le *Journ. of the amer. med. Assoc.*, juin 1910, p. 2010.

DÜRHSSEN. *Gyn. Rund.*, 1910, h. 1.

ENGELHORN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 16.

FRANKL. *Gyn. Rund.*, 1910, h. 2.

HOFSTATTER. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, oct. 1910.

ILMER. *Gyn. Rund.*, 1910, n° 14.
KUPFERBERG. *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 24.
LIEPMANN. *Das geb. Seminar*, Berlin, Hirchfeld, 1910.
MATAS. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 juillet 1910, p. 163.
ORDONEZ. Extrait in *Münch. med. Woch.*, 1er nov. 1910.
SEITZ. *Arch. f. Gyn.*, 1910, vol. XC, h. 1.
SIGWART. *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 28.
STOZL. *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 41, 8 oct., p. 1324.
TORNAI. *Deut. med. Woch.*, 8 sept 1910.
WEBER. *Münch. med. Woch.*, 17 mai 1910.
HARDOUIN. *Bull. méd.*, 18 juillet 1910, p. 659.
ALOÏS VON REDING et DE WYDER. *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1910, n° 32.
PERDRIZET. *La Clinique*, 20 janv. 1911, n° 3, p. 37.
ESCRIBANO. *Med. del sur de Espana*, 5 janv. 1911, t. XXIX, n° 663.
GOGOBERIDGE. *Roussky Vratch.*, 26 mars 1911, t. X, n° 13.
MELCHIOR. Association silésienne pour l'avancement des sciences, 3 fév. 1911, in *Berl. klin. Woch.*, 13 mars 1911, t. XLVIII, n° 11, p. 499.
Hugo EHRENFEST. *Interstate med. Journ.*, avril 1911, p. 411.
FRIGYZSI. *Soc. royale de méd. de Budapest*, 11 mars 1911.
MOUSSATOFF. *Pract. Vratch.*, 16 janv. 1911, t. X, n° 3.
GUÉNIOT. *L'Obstétrique*, 4e année, nouv. série n° 1, janv. 1911, p. 56 à 71.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1911)

Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines. — M. A. PONCET, en son nom et au nom de M. R. LERICHE, fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Marie; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Babinski, Ballet, Marfan, Mathieu et Teissier.

Sur 74 votants, M. Marie ayant obtenu 68 suffrages, est proclamé élu.

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JUIN 1911)

Coefficient d'empoisonnement dans l'intoxication mortelle oxycarbonique chez l'homme. — MM. V. BALTHAZARD et Maurice NICLOUX. Le coefficient d'empoisonnement chez l'homme varie entre 0,60 et 0,70, soit une moyenne de 0,65. La mort survient dès que 65 p. 100, les deux tiers, par conséquent, de l'hémoglobine totale, fixés à l'état de combinaison oxycarbonée, sont devenus incapables de véhiculer l'oxygène. Le tiers restant est insuffisant pour assurer l'hématose et la vie.

Effets de la morsure d'un lézard venimeux d'Arizona, l'« Heloderma suspectum » Cope. — Mme Marie PHISALIX. La fonction venimeuse est une rareté chez les lézards et se trouve limitée jusqu'ici à une seule famille, celle des *Helodermatidæ* qui ne comprend que le genre *Heloderma* et deux espèces, *H. horridum* Wiegman et *H. suspectum* Cope, respectivement désignés sous le nom de *Escorpion* ou *Silatica* et *Gila monster*.

On connaissait bien l'action violente du venin de ces lézards sur les petits animaux de laboratoire, mais on était mal fixé jusqu'ici sur son action sur l'homme. Deux observations étaient seules connues, dont l'une suivie de mort.

Mme Phisalix ayant été mordue le 8 juin dernier au Muséum par un *Gila* rapporte sa propre observation.

Une seule des dents venimeuses pénétra dans la pulpe du doigt. La plaie saigna beaucoup et fut aussitôt lavée à grande eau. Néanmoins, une douleur violente irradie jusqu'à l'aisselle, un gonflement considérable se produit aussitôt, suivi de symptômes généraux (sueurs profuses, vertiges, diurèse et flux intestinal); ni vomissements, ni nausées.

Tout le traitement consista en compresses imbibées d'eau bouillie et en boissons fraîches.

En sept jours, la guérison fut complète.

Il résulte de cette observation que la sévérité du venin du Gila dépend tant de la quantité du venin inoculé que de la manière dont fonctionnent les moyens de défense de l'organisme.

Glycosurie et saccharosurie consécutives à l'absorption de 100 grammes de sucre. — Dans une précédente communication, M. J. LE GOFF avait émis l'hypothèse que la consommation exagérée du sucre pouvait être une des causes de l'augmentation des cas de diabète que l'on a signalée dans tous les pays (*Gaz. des hôpit.* du 30 mai 1911). Pour établir ce qu'il y a de fondé dans cette hypothèse, M. Le Goff a fait prendre, à 22 sujets sains et non diabétiques, 100 grammes de saccharose, il a constaté dans presque tous les cas de la glycosurie et de la saccharosurie très légères. Ce qui montre que les personnes qui ont de la tendance à devenir diabétiques doivent s'abstenir de sucre.

Une cause de radiodermite et préservation. — M. FOVEAU DE COURMELLES. Les victimes des rayons X sont très fréquentes : pertes de mains et bras, mort même. Si l'on enquête sérieusement auprès de tous les professionnels des rayons X, on constate que les accidentés sont, à l'origine, pour 99 p. 100, des radiologues ayant des lésions épidermiques, soit par le fait des développements photographiques qui irritent la peau, soit par des plaies ou éraflures.

La plaque filtrante d'aluminium qui n'empêche pas le noircissement ou la chute momentanée du système pileux, mais les brûlures cutanées, prouve que les rayons attaquant l'épiderme peuvent être facilement arrêtés. On a exagéré l'influence des rayons obliques. Ce sont les rayons mous qui agissent sur la peau, *et la peau lésée seulement.*

Conclusion : ne pas faire les développements des clichés et épreuves radiographiques, ou les faire les mains protégées, gants de caoutchouc.

PRATIQUE MÉDICALE

LA DIATHÈSE URIQUE ET LA « PIPÉRAZINE »

Opinions de la presse médicale étrangère.

Depuis longtemps en France l'action curative de la Pipérazine, dans la diathèse urique, a acquis la valeur d'un axiome thérapeutique, à telle enseigne que les savants étrangers se sont préoccupés d'en vérifier l'exactitude. Les conclusions de leurs nombreux travaux sont résumées à merveille dans les articles signés par le professeur P. Cmunt (de Prague) que la *Casopis Lekarski* a, dans ses numéros du 8 et du 15 avril 1911, consacrés à cette question.

Elles confirment toutes le pouvoir spécifique d'une médication qu'on ne saurait trop préconiser si l'on songe qu'elle peut dissoudre l'acide urique, provoquer son évacuation et celle des urates, qu'elle ne se décompose pas dans l'organisme, ne s'y fixe point et n'exerce sur lui aucune action toxique durant sa traversée.

On sait que la Pipérazine ou diéthylène-diamine appartient au groupe des pyridines. Elle revêt la forme d'une masse cristalline neigeuse, soluble dans l'eau.

Ladenburg, Schering, Ebstein et Biesenthal, Sprague ont constaté expérimentalement l'action dissolvante qu'exerce ce médicament sur l'acide urique, et vu combien il favorisait son élimination. En effet, Pipérazine et acide urique forment en se combinant un urate de Pipérazine soluble dans 47 fois son poids d'eau, alors que l'urate de lithine exige un poids 300 fois égal au sien et que l'urate de soude a besoin de 1200 fois son propre poids pour se dissoudre. Ajoutons que la Pipérazine solubilise également le biurate de soude, forme qu'emprunte l'acide urique dans le sang. Enfin, elle prolonge son action plus qu'aucun autre médicament similaire.

Heubach et Kuh l'ont employée avec succès dans des cas graves de lithiase rénale; Mossler et Hermann ont guéri, grâce à elle, des malades atteints de diathèses uriques invé-

térées; Schweninger enregistre 150 guérisons de goutte rebelle par ce seul remède.

A lire les statistiques publiées par les expérimentateurs, on pourrait s'étonner à bon droit que la Pipérazine n'occupe pas encore la première place dans l'arsenal thérapeutique de tout médecin. On a reproché à ce produit sa déliquescence, la difficulté de sa préparation, de sa conservation et de son maniement. De tels inconvénients devaient en restreindre l'emploi. La Pipérazine « Midy » préparée sous forme de granulé effervescent échappe aux critiques précédentes. Son goût agréable, son absorption facile et sans danger ont permis d'en faire bénéficier des malades qui n'auraient pu supporter d'autres modes d'administration du médicament. Par l'adjonction de citrate et de bicarbonate de soude, elle possède une action stimulante vis-à-vis de l'activité hépatique, diminuant par là même les concrétions uratiques.

Ces différentes raisons ont conduit les auteurs étrangers à traiter avec la Pipérazine de Midy les malades dont nous relatons ci-après quelques observations cliniques.

La difficulté de doser très exactement l'acide urique dans l'urine nous a incité à transcrire, à propos de chaque cas, la moyenne d'acide éliminée avant et pendant le traitement.

Observation I. — Jean S..., quarante-neuf ans. Diathèse urique. Douleurs de l'hypocondre droit. Insomnie tenace. Le 15 février, l'urine de réaction acide contient des sédiments nombreux. Diurèse en vingt-quatre heures : 1500 centimètres cubes. Acide urique : 0g91.

On administre 0g20 de Pipérazine trois fois par jour.

Le 21 février, acide urique : 1g14.

Le 23 février, acide urique : 2g27.

Le 25 février, l'urine est devenue limpide; elle contient 0g66 d'acide urique, sa réaction est neutre.

Cliniquement, les douleurs sont atténuées, le sommeil est bon.

Moyenne de l'acide urique avant le traitement : 0g79.

— pendant le traitement : 1g57.

Obs. II. — V. D..., quarante-quatre ans, médecin. Anciens accès de goutte. Tophus volumineux. Depuis le mois d'avril 1910, le malade éprouve des douleurs dans la région lombaire, le long du plexus brachial et dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche.

Le 15 décembre, diurèse en vingt-quatre heures : 2200; l'urine a une réaction acide. Acide urique : 0g72.

Le 19 décembre, on administre 0g60 de Pipérazine en trois fois.

Le 21 décembre, acide urique : 1g56.

Le 23 décembre, acide urique : 0g99.

Le 26 décembre, acide urique : 0g34.

Le tophus a disparu. La réaction acide n'existe plus. Le malade très amélioré, peut marcher ou s'asseoir sans douleur.

Moyenne de l'acide urique avant le traitement : 0g83.

— après le traitement : 0g89.

Obs. III. — Louis M..., vingt-huit ans, instituteur. Rhumatisme articulaire. Diathèse urique. Depuis cinq mois, le malade souffre dans l'articulation tarso-métatarsienne droite qui est enflammée. Accès de fièvre. On tente successivement d'administrer du salicylate de soude, de l'aspirine. On ordonne des bains de boue sans obtenir d'améliorations. Bientôt l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche devient indurée, très douloureuse.

Diurèse en vingt-quatre heures : 965 centimètres cubes. Acide urique : 0g115. Réaction nettement acide.

On donne 0g60 de Pipérazine.

Quelques jours après, diurèse : 1100 centimètres cubes. Acide urique : 0g473. Réaction alcaline. Les articulations sont beaucoup moins douloureuses. Les mouvements sont redevenus possibles.

Obs. IV. — Adèle P..., trente-neuf ans. Diathèse urique. A eu plusieurs crises de coliques néphrétiques suivies de l'expulsion de graviers rougeâtres. Douleurs articulaires vives, mouvements impossibles.

Diurèse en vingt-quatre heures : 700 centimètres cubes. Urine à réaction acide contenant un dépôt abondant de couleur brique. Acide urique : 0g18.

On donne, le 18 avril, 0g60 de Pipérazine.

Le 21 avril, diurèse : 850 centimètres cubes. Acide urique : 0g25. Réaction faiblement acide.

Le 25 avril on augmente la dose de Pipérazine (1 gramme par jour).

Le 26 avril, diurèse : 1000 centimètres cubes. Acide urique : 0g40. Réaction neutre. Les douleurs ont disparu.

Moyenne de l'acide urique avant le traitement : 0g22.

— pendant le traitement : 0g36.

Nous pourrions multiplier les observations. Elles imposent toutes les mêmes conclusions, d'autant plus rigoureuses que chez les malades traités l'analyse des urines a été minutieusement pratiquée chaque jour, avant, pendant l'absorption du médicament et longtemps encore après qu'on en eut cessé l'administration.

Si nous voulons à présent résumer l'opinion étrangère sur ce point important de thérapeutique, nous admettrons que la Pipérazine Midy provoque dans tous les cas une augmentation de l'élimination de l'acide urique. Cette augmentation est due et subordonnée au médicament seul, et dans les cas où elle est jugée insuffisante, une dose plus forte provoque une élimination plus considérable. L'innocuité du produit permet d'en continuer longtemps l'emploi. Il semble que les cas traités ainsi échappent davantage aux récidives. Fait intéressant, la Pipérazine prolonge à longue échéance sa bienfaisante action. Des mois après que l'on a cessé son usage on observe encore une élimination facile d'acide urique.

Les effets de la médication se manifestent rapidement : en quelques jours, l'urine devient limpide, les dépôts disparaissent, la réaction perd son acidité.

Parallèlement à ces modifications urinaires, le tableau clinique se transforme, les douleurs s'évanouissent, la gêne ou même l'impotence fonctionnelle cessent, les craquements articulaires ne sont plus perceptibles, la sensibilité redevient normale.

Nous avons vu comment la Pipérazine avait pu provoquer la disparition d'un tophus et guérir un cas rebelle de rhumatisme chronique.

Voulant avant tout faire œuvre utile et pratique nous avons volontairement passé sous silence l'étude des cas de diathèse urique traitée par des produits soi-disant lithonthriptiques. En constatant avec une foi scientifique parfaite leur peu d'action et les inconvénients que présente leur emploi, les auteurs étrangers ont apporté à la Pipérazine Midy une consécration nouvelle.

Ils en recommandent l'usage quotidien à la dose de trois cuillerées à café pendant la durée des accès aigus et conseillent d'en prendre en même quantité dix jours par mois longtemps après que les phénomènes douloureux ont disparu.

Dr MICHEL BRONCES.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie (1), par le docteur J. Laumonier.

Ce n'est pas une simple réédition, c'est un livre entièrement nouveau que nous donne l'auteur, connu déjà par de nombreux travaux de diététique, de physiologie et de vulgarisation médicale. Si, en effet, les anciennes divisions (physiologie de l'alimentation, préparation et conservation des aliments, rations alimentaires en état de santé, régimes dans les maladies) ont été conservées, tous les chapitres ont cependant subi un complet remaniement, dans le but de les mettre au courant des dernières acquisitions cliniques et expérimentales, et quelques-uns même sont nouveaux, notamment ceux relatifs aux procédés culinaires, et aux altérations et falsifications des aliments. Méthodique et clair, essentiellement pratique, recourant, par conséquent, plus aux faits qu'aux théories, cet ouvrage retrouvera, sous sa présente forme, toute la faveur que le corps médical lui avait précédemment accordée.

L. GAYARD.

(1) 4e éd., entièrement refondue. 1 vol. in-16. — Prix : cartonné, 4 francs. — Paris, F. Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE

ABCÈS DYSENTÉRIQUE (1)

Le rôle de la dysenterie, dans la pathogénie des *grands abcès du foie*, n'a été démontré qu'assez récemment, par les travaux de Kelsch et Kiener, Schaudin, Kartulis; pendant longtemps on les attribua aux miasmes, à l'impaludisme, etc. (certains auteurs soutiennent d'ailleurs encore l'origine palustre de ces abcès).

Mais aujourd'hui le rôle prépondérant de la dysenterie est parfaitement établi, surtout celui de la dysenterie *amibienne*, plus exceptionnellement, de la dysenterie *bacillaire* ; Marchoux a d'ailleurs pu réaliser expérimentalement ces abcès, en inoculant l'entamœba hystolytica dans l'intestin du chat.

Causes prédisposantes. — Ces abcès se rencontrent dans les pays tropicaux où règne la dysenterie (Algérie, Egypte, surtout Inde, Tonkin, Cochinchine, Sénégal) ; ils apparaissent de préférence chez les étrangers, et surtout chez ceux qui sont arrivés depuis peu dans la colonie; les indigènes, les acclimatés, en sont à peu près indemnes, de même les enfants; ils sont assez rares chez la femme : il faut invoquer également l'action *du froid* et surtout le surmenage, l'*alcoolisme*; ils peuvent n'éclater que longtemps après le retour dans la métropole ; on a signalé également quelques cas authentiques d'abcès du foie dysentériques, amibiens, chez des sujets n'ayant jamais été aux colonies (Caussade et Joltrain).

Causes déterminantes. — C'est l'AMIBE, agent de la dysenterie, qui, de l'intestin gagne le foie par la veine porte, se trouve arrêtée au niveau des capillaires lobulaires et colonise là, à nouveau, provoquant la dégénérescence du parenchyme hépatique.

BACTÉRIOLOGIE. — Le pus de l'hépatite suppurée est souvent *stérile*, il est assez exceptionnel qu'on y rencontre les amibes : celles-ci se retrouvent, presque toujours, par contre, dans les produits de raclage de la paroi de l'abcès, ainsi que l'a montré Roger. Parfois le pus contient des microbes banaux, ce qui n'a rien d'étrange, en raison des ulcérations intestinales qui ouvrent de nombreuses portes d'entrée aux infections associées. MM Chantemesse et Rathery ont trouvé, dans un cas, le bacille dysentérique à l'état de pureté ; MM. Caussade et Joltrain, des amibes chez un individu qui n'avait jamais été aux colonies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les abcès dysentériques déterminent autour du foie une *périhépatite* très marquée (fausses membranes très abondantes, adhérence aux organes voisins). Le foie est gros et pèse jusqu'à 3 kilogs. L'abcès est toujours un grand abcès, le plus souvent il est unique ; parfois, cependant, à côté du grand abcès, on en trouve deux ou trois autres, plus petits; l'abcès contient ordinairement quelques centaines de centimètres cubes de pus, quelquefois jusqu'à deux et trois litres ; le foie est alors réduit à une mince coque de substance hépatique.

L'abcès débute, au centre d'un lobule, par une dégénérescence du parenchyme hépatique (nécrose, dégénérescence graisseuse, infiltration leucocytaire); le parenchyme est ramolli, friable, rouge, il passe ensuite au gris sombre, se ramollit, puis la suppuration se produit : parfois le pus est blanc verdâtre, bien lié, quelquefois séreux, grumeleux, teinté par la bile ; le plus souvent, il est de couleur *chocolat*, *crémeux*, contenant des cellules hépatiques, de la cholestérine, on y trouve assez rarement des gaz.

Si le développement de l'abcès a été rapide, la paroi en est irrégulière, anfractueuse, formée de tissu hépatique hyperémié, avec des cellules en voie de dégénérescence et de nécrose ; si ce développement a été plus lent, la cavité de l'abcès est limitée par une véritable membrane pyogène, avec, à la périphérie, une zone plus ou moins infiltrée de leucocytes. Si l'évolution est très lente, cette membrane s'épaissit, s'infiltre de sels calcaires. Au fur et à mesure que l'abcès se rapproche de la périphérie le péritoine réagit.

A côté de ces abcès phlegmoneux, Kelsch et Kiener ont décrit des *abcès fibreux*, petits, irrégulièrement disséminés, présentant une coque fibreuse, dure, épaisse : il faut noter l'intégrité relative des cellules hépatiques, en dehors du voisinage de l'abcès, réserves faites, pour une association morbide (foie gras alcoolique ou tuberculeux). Enfin, suivant le siège de l'abcès, les adhérences, l'abcès peut s'ouvrir dans les organes voisins; nous n'insisterons pas ici, sur ces migrations que nous décrirons plus loin, ainsi que sur les complications qui en résultent (abcès sous-phrénique, pleurésies purulentes, vomiques, etc.). Il suffit également de signaler les autres lésions typiques de la dysenterie (ulcérations localisées au gros intestin, etc.).

SYMPTOMATOLOGIE. — L'hépatite suppurée des pays chauds peut se présenter sous trois aspects différents, suivant qu'elle est aiguë, subaiguë, ou chronique : elle peut débuter longtemps après l'attaque dysentérique (cinq à six ans, Quénu); ce sont d'ailleurs ces formes tardives que l'on observe plutôt en France ; mais plus souvent, elle se révèle au cours de la crise aiguë de dysenterie, ou très peu de temps après la crise.

Hépatite aiguë. — a. *Prodromes.* — Les prodromes sont constitués par des symptômes qui révèlent une congestion hépatique aiguë : *point de côté* dans l'hypocondre droit, avec *douleurs*, irradiant vers l'épaule ; *hypertrophie* du foie, qui devient douloureux ; *subictère*, avec hypoazoturie urobilinurie ; *troubles digestifs* (anorexie, diarrhée) ; *fièvre*, soit continue, soit intermittente. Cette phase qui évolue par poussées successives, avec rémissions plus ou moins longues, dure de huit à douze jours : il faut noter la fréquence de l'apparition de ces signes, brusquement à la suite d'un surmenage, d'un refroidissement, d'un excès, et la sédation parallèle, marquée, des phénomènes intestinaux.

b. *Période d'état.* — A la période d'état, l'abcès du foie se caractérise par la *fièvre*, la *douleur*, l'*hypertrophie du foie*. A ces signes cliniques s'ajoutent les renseignements fournis par l'*examen du sang*, les *examens radioscopiques* et radiographiques.

« *Toute fièvre* qui survient au milieu d'un état dysentérique, à peu près apyrétique, doit donner l'éveil et faire chercher une complication du côté du foie (Fontan). »

La fièvre prend souvent le type continu, avec parfois de grands accès ; dans les formes chroniques, elle prend le type rémittent.

La *douleur* revêt des types très différents : tantôt elle prend l'allure d'accidents pleurétiques ou pulmonaires avec toux et dyspnée, d'autant plus marquée d'ailleurs que la pleurite s'ajoute souvent à l'abcès de la face convexe ; lorsqu'elle est franchement hépatique, elle présente des irradiations vers l'*aisselle*, l'*épigastre* ; souvent lancinantes, ces irradiations se réduisent fréquemment à une sorte de tiraillement comparable à celui d'une bretelle trop serrée (c'est la *douleur en bretelle*, de Fontan).

La douleur peut être provoquée par la pression ; il ne faut jamais manquer de rechercher cette sensibilité, en explorant les espaces intercostaux, au-dessous des côtes, en arrière, jusque dans la région lombaire, en avant, sous le rebord costal. Herrick a signalé une défense du muscle droit, un peu en dehors de l'épigastre. Cette douleur à la pression peut renseigner sur le siège de l'abcès.

L'*hypertrophie du foie* constitue un autre symptôme d'importance capitale ; elle détermine une voussure de l'hypocondre ; la percussion permet d'apprécier cette hypertrophie qui est souvent considérable, et peut se dissimuler assez haut dans le sinus costo-diaphragmatique ; la palpation abdominale permet de sentir le foie au-dessous des fausses côtes ; les espaces intercostaux sont élargis ; il s'agit d'une hypertrophie lisse, et souvent le doigt percevra un peu de crépitation, qui se traduira à l'auscultation de la région, par quelques frottements pleuraux.

Il n'est pas rare d'observer un peu d'œdème de la paroi, quelques veines épigastriques développées. Hassler et Boisson ont signalé, dans certains cas, l'existence d'une sensation de résistance profonde, et M. Cassaët, en pleine matité hépatique, l'apparition d'une zone tympanique (gaz mélangés au pus).

L'*ictère* est rare, il n'est jamais franc ; les *urines* sont variables, fébriles, rares, fortement uratiques ; Packes, Lécorché et Talamon ont signalé l'hypoazoturie au moment des accès fébriles.

A ces signes cliniques il faut ajouter la recherche des renseignements fournis par l'examen du sang et la radiographie.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 79, p. 1085.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 74. — SAMEDI 1er JUILLET 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 1er JUILLET 1911. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 juin. — MM. Laubry et Babonneix, 20.

Sont nommés médecins des hôpitaux :

MM. Comte, Pagniez, Laubry, Ribadeau-Dumas, Grenet et Weill.

CONCOURS POUR LE POSTE DE DIRECTEUR DE L'INSTITUT MUNICIPAL D'ÉLECTROTHÉRAPIE. — 19 juin. *Epreuve écrite d'électrophysique.* — Sujet sorti : « Sources de courant continu. Appareils de mesure. Moyens de graduation. » — MM. Desmoulins, 20 ; Lehmann, 13 ; Durand, 24 ; Zimmern, 28.

23 juin. *Epreuve orale d'électrothérapie pratique.* — Sujet sorti : « Réactions électriques et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë. » — MM. Desmoulins, 16 ; Durand, 13 ; Zimmern, 18.

27 juin. *Epreuve de titres.* — MM. Desmoulins, 3 ; Durand, 8 ; Zimmern, 8.

27 juin. *Epreuve d'électrodiagnostic.* — MM. Zimmern, 18 ; Desmoulins, 16.

27 juin. *Epreuve clinique.* — MM. Zimmern, 19 ; Desmoulins, 16.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 26 juin 1911 :

Médecin principal de première classe. — M. Ferry est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Versailles.

Médecins-majors de première classe. — MM. Verdier est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. du Belvédère, à Tunis ; Bergasse passe à l'hôpit. de Versailles ; Gilles, aux salles milit. de l'hospice mixte de Nîmes ; Thooris, à l'état-major du gouvernement militaire de Paris ; Lehmann, au 104e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Ragnaud passe au 137e d'inf. ; Fohanno, au 19e d'inf. ; Lamande, au 24e drag. ; Dautheville, au 35e d'inf. ; Egmann, au 6e chass. à cheval.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Rolin passe aux hôpit. de la division de Constantine ; Meslin, à la compagnie saharienne du Touat, à Adrar ; de Brisson de Laroche, à la compagnie saharienne du Touat, à Timmimoum.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 26 juin 1911, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rigollet et Lasnet.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Reboul, Ascornet, Nouaille-Degorce et Lamort.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Vielle, Foll, Passa, Leynia de la Jarrige, Lailheugue, Duvard, Guégan et Perret.

LA TRANSFORMATION DE L'HOTEL-DIEU. — L'Assistance publique se propose de consacrer à des travaux de transformation de l'Hôtel-Dieu une partie des fonds qui lui ont été alloués sur le produit de l'emprunt municipal de 900 millions.

L'innovation essentielle du projet, dit le *Temps*, consiste dans l'installation d'une maternité dont l'Hôtel-Dieu se trouvait dépourvu depuis la démolition de l'annexe de la rue de la Bûcherie. La nouvelle maternité serait aménagée dans la partie des bâtiments donnant sur le quai aux Fleurs.

Le projet comporte en outre le groupement des services d'ophtalmologie actuellement disséminés dans les diverses parties de l'hôpital et la construction d'une lingerie nouvelle et de deux salles d'opérations munies de l'outillage moderne et aménagées suivant les desiderata exprimés par les chirurgiens des hôpitaux.

La plupart des autres services seront réinstallés dans des conditions meilleures et un service de radiographie sera créé qui permettra d'examiner les malades à l'Hôtel-Dieu même au lieu de les envoyer à cet effet au service central de radiographie de la Salpêtrière,

Enfin l'Hôtel-Dieu sera doté dans toutes ses parties de l'éclairage électrique et du chauffage à vapeur.

La dépense prévue serait de 1 810 000 francs.

Le projet préparé par l'administration de l'Assistance publique sera, selon toutes probabilités, examiné par le Conseil municipal au cours de la session actuelle.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 796 décès, au lieu de 798 pendant la semaine précédente et au lieu de 845, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. La rougeole a notamment diminué de fréquence depuis deux semaines. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

ET GLANDES VASCULAIRES SANGUINES

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

Si l'on envisage, d'ensemble et de façon un peu synthétique, la fréquence relative des localisations viscérales de la tuberculose, maladie d'imprégnation et de ses modalités évolutives, on est immédiatement frappé de ce fait qu'un organe est d'autant plus souvent touché par la tuberculose inflammatoire qu'il l'est plus rarement par la tuberculose spécifique. Il y a entre les divers viscères comme un balancement entre les types de virulence de l'infection tuberculeuse qui n'est au fond que le simple effet de la plus grande vulnérabilité de certains tissus, et de la meilleure défense de quelques autres.

Certains organes paraissent, en effet, ne jamais se laisser envahir par le bacille de Koch, ils semblent en neutraliser les toxines; leurs réactions de défense sont d'emblée de la sclérose toujours suffisante et l'on n'y voit pas les lésions folliculaires parasites.

Ainsi en est-il, plus spécialement, de tout le groupe *des glandes à sécrétion interne.*

La plupart de ces glandes, dont la vascularisation est si riche et l'activité sécrétoire si régulièrement intensive, donnent l'impression d'une sorte d'immunité vis-à-vis de la tuberculose. Et pour tous les classiques, *cliniquement*, les lésions tuberculeuses ne s'y rencontrent presque jamais; par contre, rien n'y serait si banal, à écouter les anatomo-pathologistes, que la sclérose associée, ou non, à la prolifération adénomateuse.

Or, chose singulière, à la *tuberculisation expérimentale*, ces glandes ne répondent généralement que par de l'infiltration leucocytaire et de la sclérose : la cirrhose est pour certaines d'entre elles, comme on l'a dit, le mode normal de réaction au bacille de Koch.

S'il en est bien ainsi, on doit penser, en harmonie avec les idées actuellement régnantes en phtisiologie, que la tuberculose de ces glandes est fréquente, mais que son impersonnalité anatomique l'a fait méconnaître jusqu'à présent.

Une autre chose tend à prouver que cette hypothèse est exacte : l'infiltration leucocytaire, la sclérose, la prolifération adénomateuse, sont très fréquentes chez les tuberculeux.

Logiquement, ceci conduit à penser qu'en présence de semblables lésions, en apparence spontanément apparues, il faut toujours chercher l'existence d'un foyer de tuberculose latent qui peut tout expliquer. On arrive ainsi à se demander si les syndromes connus, étiologiquement indéterminés, créés par l'insuffisance de l'une quelconque des glandes à sécrétion interne, ne sont pas, en réalité, la simple conséquence de l'atteinte tuberculeuse, isolée ou prédominante, d'une de ces glandes, chez un tuberculeux latent.

Par infiltration leucocytaire, sclérose ou adénomatose, sous l'effet d'une irritation bacillaire continue, bactérienne ou toxique, ces glandes, mises en infériorité sécrétoire, ne fournissent que des sécrétions adultérées; et de là résultent toutes sortes de maladies singulières, faussement primitives, dont la symptomatologie bruyante masque complètement la cause réelle discrètement cachée.

C'est ce que nous voudrions montrer ici pour quelques-unes des glandes vasculaires sanguines.

*
* *

C'est au *corps thyroïde* que la chose est la plus aisée. La tuberculose inflammatoire du corps thyroïde est en effet extrêmement fréquente : de nombreux auteurs, Roger et Garnier, Morin, Frugoni et Grixoni, Giraud, ont établi que la cirrhose de la glande était presque constante dans le cours des tuberculoses à marche lente. Nous-mêmes avons montré (1) combien souvent (7 fois sur 12) l'adénome thyroïdien coïncidait avec la tuberculose.

Ces constatations anatomiques doivent faire supposer que, contrairement aux apparences, la tuberculose lèse gravement le corps thyroïde, mais comme elle le fait, lentement, sourdement, les effets de la déchéance thyroïdienne paraissent une maladie primitive, sans relation possible avec une tuberculose qu'on ne voit pas encore.

C'est ainsi que s'expliquent, dans l'enfance, bien des *troubles de la croissance.* C'est ainsi, notamment, que se font les caractéristiques physiques de ceux que l'on appelle « les prédisposés à la tuberculose », sans voir que ces stigmates de prédisposition sont déjà la marque directe de l'infection que l'on craint.

L'insuffisance thyroïdienne d'origine tuberculeuse peut aller encore plus loin lorsqu'elle se manifeste à une époque où la croissance se fait encore : poussée à ses extrêmes limites elle aboutit à *l'infantilisme.* On sait quelle part considérable on fait jouer à l'intermédiaire thyroïdien dans presque tous les cas d'infantilisme. Pour Hertoghe tout infantilisme était d'origine dysthyroïdienne. Brissaud, un peu plus tard, poussant plus loin l'analyse, distinguait un infantilisme myxœdémateux et un infantilisme anangioplastique, et ce sont ses vues qui semblent avoir prévalu. Sans doute, il y a place encore dans l'infantilisme pour d'autres insuffisances endocriniennes, et notamment il existe certainement des infantilismes d'origine testiculaire ou ovarienne. Souvent aussi, se rencontrent très probablement des combinaisons multiples d'insuffisances glandulaires, mais il n'en reste pas moins établi que la plupart sont d'origine thyroïdienne et que beaucoup doivent être rattachées à des infections larvées dont la tuberculose est le type le plus fréquent.

Il en est de même, nous semble-t-il, dans bien des cas de *myxœdème spontané*; mais nous n'en avons pas observé personnellement d'exemple.

Il est plus banal d'observer des syndromes d'*hypothyroïdie* qu'Hertoghe, Léopold-Lévi et H. de Rothschild ont isolés et dont ils ont prouvé la nature par leurs succès thérapeutiques : céphalées persistantes, migraines, œdèmes transitoires, raideurs articulaires, atonies musculaires et ligamenteuses, état icthyorique de la peau, raréfaction des cheveux, apathie intellectuelle, etc. (2). Tout cela est bien

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 27 juin 1911.

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. *La Clinique*, 30 septembre 1910.

(2) Les auteurs plus haut cités ont insisté avec raison sur la paresse psychique, l'ignorance grave, « les fautes d'orthographe » des thyroïdiens. C'est là une notion fort intéressante au point de vue pédagogique, puisqu'elle permet d'isoler les mauvais élèves par insuffisance glandulaire. Dans le même ordre d'idées, il y

fonction de la méioprogie thyroïdienne, mais cette méioprogie elle-même a une cause : la souffrance thyroïdienne n'est que la conséquence d'une *cause première*, donc d'une atteinte toxi-infectieuse cachée qu'il faut toujours s'efforcer de préciser. Comme tous les syndromes étiologiquement indéterminés elle doit être habituellement rattachable aux grandes infections génératrices de tares viscérales : la syphilis et la tuberculose.

Nous ne voulons pas revenir sur la conception du *rhumatisme thyroïdien*; nous avons dit déjà (1) que, dans la théorie échafaudée, il manquait un échelon, car elle n'indiquait pas la cause de l'hypothyroïdie constatée; avec ce que nous venons de voir, il nous paraît inutile d'insister.

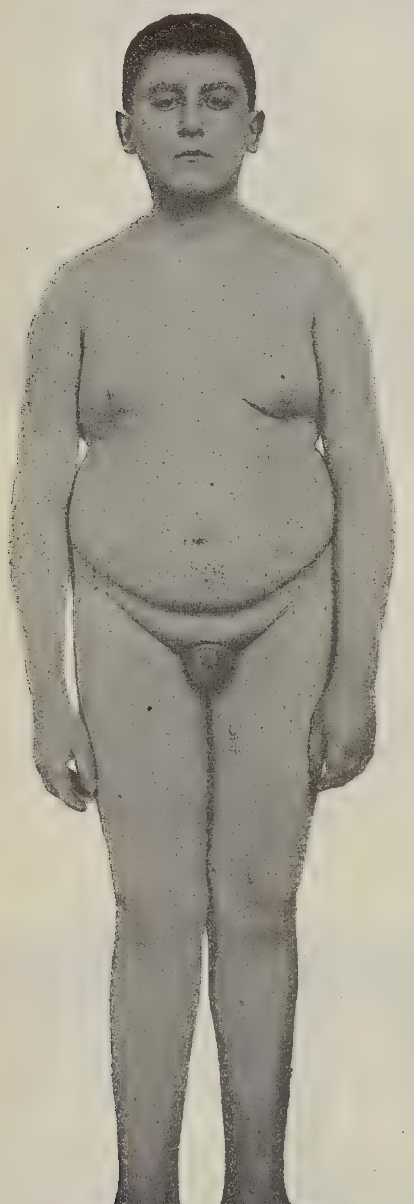


Fig. 1. — *Syndrome adiposo-génital chez un enfant de treize ans* (vu de face).

A l'inverse de ces syndromes de déficit, il y a des *hyperthyroïdisations* & des *dysthyroïdisations*; les unes et les autres peuvent résulter d'une tuberculose inflammatoire qui basidowifie une thyroïde saine ou déjà goitreuse. Nous l'avons bien des fois observé : dernièrement encore nous avons opéré une femme de 42 ans, qui, à la suite d'une pleurésie, avait fait un goitre et basedowifié d'emblée sa glande jusque-là saine. Aussi pour nous, la tuberculose inflammatoire est un des principaux facteurs de la thyroïdite basedowgène, qui fait les goitres exophtalmiques, et c'est aussi par une infection commune que s'expliquent les relations de la pleurésie et du goitre exophtalmique sur lesquels ont insisté récemment les auteurs italiens (2).

L'*hypophyse* serait fort intéressante à étudier dans ses réactions vis-à-vis de la tuberculose si sa physiologie était mieux connue. On sait d'elle fort peu de choses. Anatomiquement, les recherches de Launois, de Thaon, ont montré que les lésions spécifiques y sont rares, tandis que les « modifications provoquées à distance par les poisons diffusibles » s'y observent très fréquemment. Ces modifications portent surtout sur le stroma conjonctif qui, épaissi, sclérosé, étouffe les travées cellulaires, elles-mêmes très modifiées dans leur morphologie et dans les aspects cytologiques de leur fonctionnement glandulaire.

Il est malheureusement difficile de dire quels sont les petits signes cliniques du déficit de la glande : sont-ce des phénomènes vasculaires, des troubles nutritifs? Tout cela est possible de par la physiologie mais non établi. Plus souvent, peut-être, la sclérose et l'adéno-cirrhose d'origine tuberculeuse sont la cause de syndromes plus accusés et absorbant par eux-mêmes toute l'attention.

C'est ainsi que le *syndrome adiposo-génital* de Fröhlich peut être réalisé par la dégénérescence hypophysaire qu'engendre la tuberculose. En voici un exemple que nous avons récemment observé (1) :

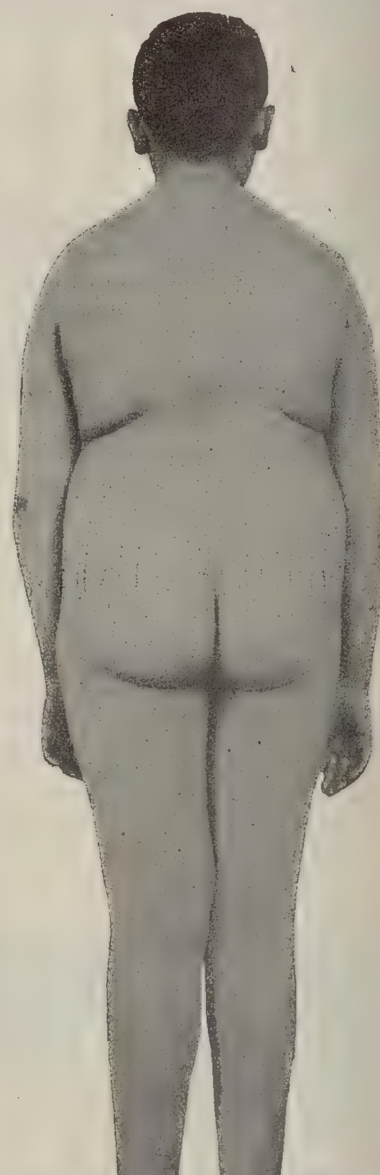


Fig. 2. — *Syndrome adiposo-génital chez un enfant de treize ans* (vu de dos).

Un enfant de treize ans est amené dans notre service pour une double tarsalgie qui, depuis un an, gêne la marche et rend impossible la station debout prolongée. Bien portant pendant l'enfance, il aurait eu, à l'âge de neuf ans, de volumineuses adénites sous-maxillaires et cervicales qui ont longtemps suppuré et dont les cicatrices blanchâtres, déprimées en cul de poule disent assez la nature. Par ailleurs, il présente depuis quelques mois un embonpoint exagéré. Cet enfant, qui n'a que 1m52 de taille, pèse 64 kilogrammes, et à treize ans, présente la corpulence d'un adulte obèse. La paroi abdominale flasque, très épaisse, présente des plis fort développés; les seins sont volumineux, donnant l'impression d'une gyné-

aurait lieu de chercher si les phtisiques, apathiques, résignés, que l'on trouve, sans défense morale, sans ressort dans la lutte ne sont pas des hypothyroïdiens auxquels une opothérapie bien conduite donnerait l'énergie morale nécessaire pour le vouloir.

(1) *Le Rhumatisme tuberculeux.* O. Doin, Paris, 1909.

(2) Voyez sur ce sujet : Gouget. Pleurésie et goitre exophtalmique. *La Presse médicale*, 18 février 1911, p. 125.

(1) A. Poncet. Toxi-infection tuberculeuse polymorphe. *Gazette des hôpitaux*, 6 avril 1911, p. 601.

comastie considérable, mais ce n'est là qu'une apparence due à la lipomatose de la région mammaire. Cette adiposité précoce attire l'attention du côté de l'appareil génital. Celui-ci est notablement moins développé qu'à l'état normal. On aperçoit quelques rares poils au pubis ; la verge est petite et le gland encapuchonné d'un long prépuce ; le scrotum peu développé renferme deux testicules bien descendus, mais de petit volume. Le corps thyroïde paraît aussi quelque peu atrophié. Néanmoins, il n'existe pas de troubles de l'intelligence, et l'enfant est même plutôt d'esprit éveillé (voir fig. 1 et 2).

N'est-ce pas là le syndrome caractéristique dont Launois et Claret ont récemment vulgarisé la connaissance, et qui a conduit, dans certains cas, Schloffer, von Eiselsberg et d'autres, à une hypophysectomie curatrice ? Certes, dans un certain nombre de ces cas, il y avait, en outre, une céphalée violente et des troubles de compression du chiasma. Mais ce sont là des signes de tumeur cérébrale, et non, à proprement parler, des symptômes de viciation hypophysaire. Cette viciation ne résulte pas forcément d'un néoplasme ; une simple sclérose peut, tout aussi bien, la produire, mais il ne s'y ajoute pas alors des signes parasites de compression des nerfs voisins ou d'hypertension localisée, et l'on ne constate pas d'agrandissement de la selle turcique.



Fig. 3. — *Acromégalie* (vue de face).



Fig. 4. — *Acromégalie* (vue de dos).

Au reste, la prolifération adénomateuse avec réaction d'inflammation chronique peut fort bien être le fait de la tuberculose. De plus en plus, on doit prendre l'habitude de relier ces mots tuberculose inflammatoire et tumeurs bénignes. Pour nous, les relations de l'adénomatose et de la tuberculose sont si réelles que nous n'avons pas hésité à expliquer par elles le cas suivant d'*acromégalie* bien caractérisée :

Au mois de janvier 1909, entrait, dans notre service, pour y demander la cure d'une hernie inguinale congénitale, un jeune homme de vingt-quatre ans qui présentait une acromégalie des plus nettes. Son gigantisme des extrémités, de la tête et de la face était apparu dans la première enfance, sans cause sensible. Dans sa famille, six enfants étaient vivants et normalement constitués ; rien n'expliquait une telle monstruosité du développement dont la radiographie certifiait bien l'origine hypophysaire. Or, chez ce jeune homme qui habitait la campagne et n'avait jamais séjourné en ville, la séro-réaction d'Arloing et P. Courmont permit de déceler une tuberculose latente, qui pouvait fort bien avoir actionné le trouble sécrétoire hypophysaire par la lésion d'adéno-cirrhose qu'elle est susceptible de créer dans la glande (voir fig. 3 et 4).

Dans un cas plus récent, que nous n'avons pu

malheureusement faire encore radiographier, nous avons observé un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire en évolution qui nous a surpris par les dimensions insolites de ses mains et de ses pieds (fig. 5, 6, 7). Ses mains avaient l'aspect en battoir, les doigts monstrueux qui caractérisent l'acromégalie. Le facies ne montrait rien de spécial, mais, par contre, les organes génitaux étaient très peu développés et le poil très rare. La taille était assez élevée, mais sans rien d'anormal. Le malade se plaignait de maux de tête fréquents.

S'agissait-il d'une acromégalie au début? C'est peu vraisemblable, car il y avait des années que les mains étaient telles. Ne serait-ce pas là plutôt une insuffisance hypophysaire fruste? Pourquoi n'y aurait-il pas des accidents acromégaliformes variés, de petites acromégalies, de même qu'à côté du myxœdème franc on voit toutes sortes de dysthyroïdies et de myxœdèmes incomplets, la tuberculose inflammatoire expliquant les unes comme elle le fait des autres?

C'est d'une façon semblable et par un mécanisme de même ordre que doivent s'interpréter certaines *obésités d'origine hypophysaire* que Hutinel, Babonneix et Paisseau (1) ont dernièrement individualisées.

On ne doit pas perdre de vue, en effet, qu'un foyer latent et caché de tuberculose peut suffire à léser gravement une glande, tout en restant, lui-même, inaperçu et insoupçonné. L'insuffisance glandulaire apparaît alors comme primitive, inexplicable dans sa cause à tous ceux qui n'ont point le fil conducteur. C'est, dans tous les cas, un mécanisme à part des obésités tuberculeuses qu'il était intéressant d'isoler.

***

Au *pancréas*, ces insuffisances glandulaires rattachées à une infection cachée sont plus aisément sensibles qu'à l'hypophyse.

Là aussi la tuberculose virulente est rare. Bien des auteurs ont systématiquement cherché des tubercules aux autopsies, sans en trouver. Par contre, presque tous ont fait ressortir la fréquence de la sclérose pancréatique chez les tuberculeux. Carnot, Klippel l'ont particulièrement décrit, et Carnot a essayé d'en élucider le mécanisme réel par des recherches expérimentales qui sont restées classiques. Il a vu que l'injection intracanaliculaire ou intraparenchymateuse de bacilles de Koch, chez le chien, ne provoquait, en règle, que de l'infiltration leucocytaire et de la sclérose; c'était trancher la question de la tuberculose pancréatique et montrer que, sous sa forme inflammatoire, elle était en réalité des plus fréquentes. Mais à l'époque, on ne pouvait aller jusque-là.

Aujourd'hui, par contre, et malgré les travaux récents de Salomon et Halbron qui tendent à faire croire un peu moins rares qu'on ne le disait les lésions folliculaires, on peut donner valeur de loi à la formule qui dit : au pancréas, la sclérose banale est le mode normal de réaction à la tuberculose, et elle y est fréquente.

Dès lors, il est logique de chercher à isoler les syndromes d'*insuffisance pancréatique* dans la tuberculose et surtout dans la tuberculose latente. On connaît ceux qui naissent du trouble ou de la pauvreté du pancréas digestif.

(1) Babonneix et Paisseau. Sur quelques cas d'obésité infantile. *Gaz. des hôpit.*, 13 sept. 1910, n° 104, p. 1481.

On commence à savoir les distinguer au travers des manifestations digestives si variées des tuberculeux. Il semble même qu'ils aient fait, en quelque sorte, méconnaître les atteintes possibles de la glande à sécrétion interne.

Ne serait-il pas curieux, cependant, qu'une sclérose diffuse de la glande respectât régulièrement et indéfiniment les *îlots de Langerhans*. Non seulement il n'en est pas ainsi, mais tout au contraire, expérimentalement, les îlots de Langerhans apparaissent comme très vulnérables et notamment par l'infection tuberculeuse. Cornil, au Congrès de Liége en 1905, insistait sur la fréquence des lésions insulaires internes que l'on trouvait à l'autopsie des tuberculeux. Peu après, Carnot et Amet, Gilbert et Weil démontraient la fragilité spéciale des îlots endocrines. Plus récemment, des recherches en séries amenaient Salomon et Halbron (1) à une conclusion du même ordre ainsi formulée : les îlots de Langerhans sont bien plus susceptibles que les acini, et presque constamment ils sont atteints dans la tuberculisation par voie sanguine.

On doit donc, a priori, chercher systématiquement l'étiologie tuberculeuse en face d'un *diabète pancréatique*, puisque la sclérose est le mode normal des réactions du pancréas à la tuberculisation. Ce devrait être une règle pour les cas, tout au moins, où une cause manifeste (syphilis, maladie infectieuse, intoxication habituelle) n'explique pas l'atteinte pancréatique.

Il y a d'autant plus de raison d'agir ainsi que, de l'avis unanime, un grand nombre, sinon la majorité des diabétiques, meurent de tuberculose pulmonaire.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre cette prédisposition effrayante des diabétiques à la tuberculose. Griesinger dit que, sur 100 diabétiques, 43 meurent phtisiques. Les statistiques de Frerichs, de Seegen, de Williamson, basées sur les autopsies faites dans les hôpitaux, donnent aussi une proportion de 43 tuberculeux sur 100 diabétiques. Les médecins connaissent cette mort du diabétique par fonte rapide et sourde du poumon, mais il n'y voit qu'une complication ultime favorisée par la déchéance nutritive du diabétique! Depuis longtemps nous protestons contre cette manière de voir : la phtisie pulmonaire seule est une maladie clôturale, la tuberculisation est, en réalité, de vieille date, et pendant des années c'est elle qui, insoupçonnée, a engendré des désordres viscéraux, et, par eux, les troubles nutritifs que l'on accuse de lui avoir préparé le terrain.

Et comment pourrait-il en être autrement? Les anatomo-pathologistes et les bactériologistes se mettent d'accord pour nous dire que 90 p. 100 des adolescents sont touchés par le bacille de Koch, que la majorité des hommes de trente ans ont les réactions biologiques qui caractérisent l'imprégnation bacillaire... Il faudrait bien, cependant, avoir quelque peu d'esprit synthétique et unir ces différents termes : fréquence des tuberculoses latentes, fréquence des scléroses pancréatiques, banalité des réactions du pancréas à la tuberculisation.

(1) Salomon et Halbron. Etude comparée des réactions des îlots de Langerhans pancréatiques dans la tuberculose expérimentale. *Revue de méd.*, 10 juin 1910, n° 6, p. 449.

Cela expliquerait peut-être bien des inconnues.

Il serait tout aussi logique d'attribuer à la tuberculose inflammatoire la plupart des *surrénalites scléreuses* étiologiquement indéterminées, et surtout d'isoler les signes des tares sécrétoires auxquelles la tuberculose contraint la glande surrénale.

En effet, dans la tuberculose, les lésions surrénales sont fréquentes. Boinet, L. Bernard et Bigart l'ont montré, il y a quelques années déjà, et, plus récemment, Sézary (1), dans une thèse fort intéressante, s'est attaché à en parfaire la description; elles sont si banales, dit cet auteur, qu'une « surrénalite scléreuse, évoluant indépendamment de toute maladie actuelle avérée, relève le plus souvent d'une tuberculose atténuée ou latente ». Et Sézary, d'après l'examen de quarante surrénales de tuberculeux, décrit les multiples variétés de lésions que l'on y trouve avec des localisations variables et des associations multiples d'hyper ou d'hypofonctionnement. Le type le plus caractéristique lui paraît être une sclérose diffuse avec des adénomes circonscrits ou non, ayant des signes manifestes d'hyperépinéphrie.



Fig. 5. — *Squelette acromégalique.*

Etant donné tout ceci, il y aurait lieu d'isoler, dans le cours symptomatique de la tuberculose, les symptômes d'origine surrénale, et surtout il faudrait toujours chercher une origine tuberculeuse dans les syndromes surrénaux étiologiquement indéterminés. Ceux-ci ont été très étudiés depuis les mémoires de Sergent et Bernard, de Boinet, de Laignel-Lavastine; la tuberculose inflammatoire a apporté à ces recherches un utile complément étiologique.

Parmi les petits signes de l'insuffisance surrénale qui nous paraissent le plus facilement rattachables à la tuberculose, parce qu'on les observe souvent chez les tuberculeux, on peut noter les *troubles circulatoires*, l'*hypotension*, la *tachycardie*, la *tendance au collapsus*. Certes, nous ne prétendons pas que tous ces troubles soient, uniquement et exclusivement, d'origine surrénale, et nous n'oublions pas la complexité des facteurs qui peuvent intervenir pour troubler la circulation du tuberculeux, mais, parmi eux, une petite place

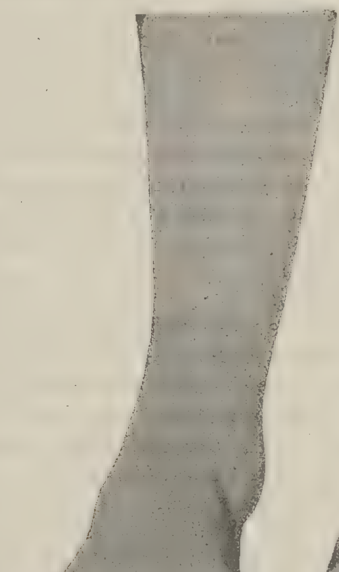


Fig. 6. — *Pied normal.*



Fig. 7. — *Pieds acromégaliques.*

(1) Sézary. *Recherches anatomo-pathologiques, cliniques et expérim. sur les surrénalites scléreuses*, Th. de Paris, 1909, n° 411.

doit être faite, à coup sûr, à l'insuffisance surrénale.

C'est cette même insuffisance qui doit, de même, rendre compte de la *pigmentation des tuberculeux*. Laffite et Moncany (1) en avaient relevé la fréquence, et, de fait, elle a paru, depuis eux, d'observation très banale. A côté de cette pigmentation spontanée, il y aurait lieu d'étudier les réactions pigmentaires si sensibles qu'ont certains tuberculeux au soleil. On sait que certains d'entre eux virent très vite au brun dans toutes leurs parties exposées, et que, dans la cure d'héliothérapie, le brunissement est un élément de pronostic favorable. S'agit-il là d'une réaction surrénale fixée en quelque sorte par l'irritation locale du sympathique ?

Est-ce un simple phénomène cutané ? Nous pencherions plutôt vers la première hypothèse.

De même il est probable qu'il faille avec Apert, Launois, voir, dans l'hyperthricose des tuberculeux, le résultat d'une excitation sécrétoire de ces glandes.

C'est encore par l'atteinte surrénale que l'on peut vraisemblablement expliquer l'extrême sensibilité au froid de certains tuberculeux, leur abattement, leur asthénie. Mais ce sont là aussi des phénomènes complexes, et il nous est difficile de faire la preuve de ce que nous supposons.

Au reste, cela est de minime intérêt, mais cela conduit à soulever une question plus importante, celle des relations de la *tuberculose et de l'athérome, de la tuberculose et de l'artério-sclérose* (2).

On sait, en effet, depuis les recherches de Josué, qu'il suffit d'injecter quelques gouttes d'adrénaline dans la veine auriculaire d'un lapin et de répéter l'opération, tous les deux jours, pendant deux semaines environ, pour amener sur toute la longueur de l'aorte des plaques d'athérome dont la nature ne laisse aucun doute.

Les pathologistes n'ont cessé d'étudier le problème et d'en discuter les différentes données. Il ne nous appartient pas d'entrer plus avant dans le détail du problème, mais il nous semble qu'un fait reste hors de conteste, c'est le rôle considérable joué par l'adrénaline dans la production de l'athérome, et comme facteur dominant de l'hypertension. Dès lors, il semble que la tuberculose, qui met fréquemment les surrénales en hyperfonctionnement, puisse réaliser, à chaque instant, une sorte d'adrénalisation goutte à goutte, et produire ainsi très facilement la dégénérescence artérielle, comme l'explique la si séduisante théorie de Vaquez.

Et, de fait, nombre d'auteurs ont noté les relations cliniques de la tuberculose, de l'artério-sclérose et de l'athérome. Déjà en 1893, Josserand (3), dans un mémoire trop souvent oublié, ayant remarqué, chez les vieillards de l'hôpital de la Croix-Rousse, la fréquente coexistence des néphrites et des cicatrices fibreuses des sommets, s'était demandé si « le domaine du bacille de Koch n'irait pas jusqu'à envahir un chapitre de l'artério-sclérose ». Pic et Bonamour (4), plus récemment, ont fait un pas très net dans ce sens : en se basant sur le dépouillement de statistiques imposantes, et après un exposé critique détaillé de leurs observations, ils concluent que la tuberculose doit occuper, dans l'étiologie des lésions artérielles, un rôle au moins aussi important que celui de la syphilis.

Il paraît donc, au premier abord, qu'il soit aisé de conclure. Il n'en est rien en réalité, du moins quant au mécanisme ; les lésions de la surrénale sont surtout des lésions de la corticale, et la substance médullaire sécrétrice de l'adrénaline « semble assister comme impassible aux atteintes de l'organisme » ; d'autre part, chez le tuberculeux, ce sont des signes d'hypofonctionnement (Sézary) que l'on trouve, et non point les indices d'un hyperfonctionnement prolongé.

Evidemment on pourrait supposer qu'il y a initialement hyperactivité et qu'à l'autopsie la sclérose terminale est seule constatable ; mais nous n'en savons rien et, en fin de compte, dans l'état actuel des choses, on est obligé de conclure cliniquement que l'hyperépinéphrie est un phénomène accessoire dans l'apparition de l'athérome et de l'artério-sclérose.

Le rôle incontestable que la tuberculose joue dans la production de ces deux maladies, différentes l'une de l'autre (Lœper, Teissier) ou de même essence (Josué, Gouget), elle doit le jouer surtout par l'effet des lésions scléreuses qu'elle crée directement dans le rein, dans les viscères, et non par la nature des troubles sécrétoires qu'elle apporte dans les glandes surrénales.

* * *

Avec l'*ovaire*, nous revenons de façon plus certaine à l'étude de troubles engendrés par les localisations de la tuberculose inflammatoire sur une glande à sécrétion interne (1).

On sait ce qu'il en est de la glande endocrine de l'ovaire ; elle est, chez la femme, intermittente et périodique, et se forme aux dépens du follicule de de Graff rompu, ainsi que l'avait pensé initialement Prenant. Arrivé à la période d'état, une dizaine de jours après la rupture du follicule, le corps jaune sécrète en plein rendement, pendant cinq à six jours, puis il régresse lentement. La grossesse rompt l'harmonie de ce rythme ; s'il y a fécondation, le corps jaune persiste au delà de la période conceptionnelle et n'entre en régression qu'au bout de trois à quatre mois.

La sécrétion, versée dans le sang par le corps jaune, a des effets multiples dont les mieux isolés sont, en quelque sorte, des effets locaux : c'est elle qui régit le développement normal de l'appareil génital de la femme, elle qui règle l'apparition des caractères sexuels secondaires et de l'instinct sexuel ; elle est, d'autre part, la cause déterminante de la menstruation dont elle maintient la périodicité ; enfin, elle prépare l'utérus à la greffe de l'œuf fécondé et rend facile sa fixation. En effet, comme l'ont montré Bouin et Ancel, l'apparition du corps jaune périodique semble déterminer la puberté ; sa suppression définitive par castration est suivie d'une atrophie complète du tractus génital ; sa destruction par cautérisation amène la suppression de la menstruation suivante, et en cas de fécondation, empêche

(1) Laffite et Moncany. Pigmentation simple des tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 nov. 1903.

(2) J. Teissier. Artério-sclérose et athéromasie, *Monographie clinique de l'œuvre médico-chirurgical*, Critzmann, 30 juin 1908.

(3) Josserand. L'artério-sclérose à l'hôpital de la Croix-Rousse, *Lyon méd.*, 26 mars 1893.

(4) Pic et Bonamour. Du rôle des modifications de la pression sanguine dans la production de l'athérome expérimental, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai 1906, p. 460 ; — Etiologie et pathogénie de l'artério-sclérose, *eodem loco*, p. 493.

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel, communication à l'*Académie de médecine*, 7 juin 1910.

la fixation de l'œuf ou le fait régresser, comme l'a vu Frenkel.

Etant donné ce rôle capital du corps jaune dans la physiologie féminine, il est aisé de supposer quels désordres produira tout ce qui pathologiquement viendra troubler son évolution normale.

Pour la troubler d'une façon durable, il faut une atteinte bilatérale, dévitalisant, pour ainsi dire, les follicules de de Graff. Cette action stérilisatrice pourra s'exercer sur un plus ou moins grand nombre de follicules et, suivant les cas, l'ovogenèse, donc la formation du corps jaune, sera définitivement ou passagèrement arrêtée. Nulle infection, pas même la syphilis, ne réalise ce programme mieux que la tuberculose.

Très fréquemment, en effet, au cours d'une poussée de tuberculose, la sclérose vient étouffer quelques follicules, entraver ou simplement retarder la maturation de l'ovule. La déchirure du sac folliculaire ne se fera pas, ou si elle se fait, les débris cellulaires restant dans la paroi seront improductifs, le corps jaune sera en quelque sorte mort-né; sa sécrétion insuffisante ou totalement déficiente ne pourra avoir les actions nécessaires.

S'il s'agit d'une jeune fille à la veille de sa puberté, la menstruation ne s'établira pas ou s'arrêtera vite : les caractères sexuels n'apparaîtront pas et ne feront que s'ébaucher; l'enfant restera physiquement ou psychiquement une impubère, l'utérus sera voué à l'infantilisme et tout espoir de maternité future définitivement perdu.

C'est ainsi que s'expliquent en réalité, au rebours de ce que l'on pense en général, les relations indiscutables de la tuberculose et de l'*infantilisme total ou partiel des organes génitaux*.

Pour la majorité des auteurs contemporains, en effet, cet infantilisme est une dystrophie congénitale d'essence inconnue, qui conformément à une remarque déjà ancienne de Voit et d'Hegar, prédispose à la tuberculisation locale. Il n'est pas rare, en effet, de relever une certaine hypoplasie utéro-annexielle chez les malades atteintes de tuberculose génitale. Le fait existe, mais on conclut à tort que ceci a favorisé l'éclosion de cela. Il faut poser le problème autrement et rechercher si la tuberculose ne favorise pas, ou plutôt ne produit pas l'arrêt de développement constaté. La physiologie de la glande endocrine de l'ovaire nous a montré comment cela pouvait être, la sclérose étouffant cette glande, sans lui laisser le temps de faire son œuvre. Toute la question se résume donc à chercher si on retrouve en coïncidence l'infantilisme génital et la tuberculose.

Or, à ce point de vue, nombre de statistiques sont concordantes. Sur 19 malades atteintes d'arrêt de développement utéro-annexiel, Hegar en compte 9 ayant des antécédents tuberculeux et 2 avec des lésions de tuberculose acquise. Meayer, sur 60 hypoplasiques, en trouve 23 dont l'hérédité tuberculeuse est patente, et 19 qui se sont tuberculisées. Merletti, sur 500 tuberculeuses, relève à l'autopsie 80 cas d'arrêt de développement utérin. Plus récemment, à la *Société toscane d'obstétrique*, Resinelli citait de nombreux cas de tuberculose pulmonaire ou autre, développés chez des femmes dont l'utérus était hypoplasié, et Pinzani, à cette occasion, insistait, lui aussi, sur la fréquence, chez les femmes ayant de l'hypoplasie génitale, d'une tare bacillaire de l'enfance.

Nous avons personnellement trouvé plusieurs fois l'infantilisme utérin chez de jeunes tuberculeuses, notamment chez une jeune fille atteinte de tumeur blanche du genou et qui n'était plus réglée depuis dix-huit mois.

En somme, on constate très souvent l'association tuberculose-hypoplasie génitale, et dès lors, pensons-nous, on ne doit pas hésiter à invoquer la suppression fonctionnelle de la sécrétion interne de l'ovaire, et à considérer l'hypoplasie comme fonction directe de l'imprégnation bacillaire.

Quand l'action sclérosante de la tuberculose s'exerce plus tard dans la vie, quand elle survient chez une femme, on n'observe plus de troubles de développement, mais il y a souvent des *troubles menstruels* et bien des fois une longue période d'aménorrhée : ces faits sont connus et d'observations courantes, mais on n'a considéré jusqu'ici tous ces désordres de la vie féminine que comme la conséquence de l'anémie, de la faiblesse. Nous savons aujourd'hui qu'il en est une explication plus physiologique et plus vraisemblable, et que seule l'insuffisance ovarienne d'origine tuberculeuse en est la cause.

En semblables conditions, si une fécondation survient, le corps jaune est impuissant à remplir sa fonction fixatrice indispensable, et la grossesse s'arrêtera avant l'heure marquée. Effectivement, la tuberculose est un des plus importants facteurs qui soit de l'*avortement*. Elle est, avec la syphilis, la cause principale des avortements spontanés.

Ce qui caractérise, envisagée dans le temps, les avortements d'origine tuberculeuse, c'est leur allure capricieuse; ils s'intercalent entre des grossesses normales ou les suivent de près, et, c'est, en effet, le degré d'imprégnation bacillaire qui en règle seul l'apparition et le rythme.

On comprend maintenant comment et pourquoi chez les jeunes filles, dont le développement est insuffisant, chez les femmes dont l'instinct maternel est perpétuellement déçu, il faut, en l'absence de syphilis, songer à une tuberculose latente et la chercher par tous les moyens possibles.

Il est, enfin, peut-être, une dernière conséquence de la lente castration que réalise la tuberculose inflammatoire : de récentes expériences d'Ancel et Bouin (1) ont montré que la sécrétion interne de l'ovaire présidait au développement de la glande mammaire; et l'on peut se demander si l'insuffisance lactée de certaines nourrices ne relève pas d'une sclérose ovarienne capable de bien d'autres méfaits?

* * *

On voit, par ce que nous venons d'exposer, de quelle importance sont les localisations ovariennes de la tuberculose inflammatoire.

L'étude des réactions non folliculaires du *testicule* devant l'infection tuberculeuse va nous montrer qu'il y a encore d'autres conséquences de l'imprégnation bacillaire de la partie endocrine des glandes génitales.

Les altérations banales du testicule sont fréquentes dans le cours d'une tuberculose distante; elles sont aussi fréquentes que les lésions viru-

(1) Bouin et Ancel. Sur le déterminisme du développement de la glande mammaire au cours de la gestation, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 janv. 1911, p. 31.

lentes. Elles consistent surtout en atrophie scléreuse. Vincenzo Marcozzi (1) les a récemment étudiées par l'expérimentation. Il les a presque couramment obtenues chez le chien par l'injection intrapéritonéale de cultures diluées : à l'examen il trouvait, ultérieurement, des altérations cellulaires marquées, sans trace de bacille, frappant à la fois les cellules de la lignée séminale, le tissu conjonctif intercanaliculaire et la tête des spermatozoïdes.

L'état de la glande interstitielle n'a pas été cherché, mais il ne semble pas qu'elle puisse échapper à un processus aussi diffus.

Au reste, sur ce point, les intéressantes recherches d'Esmonet nous donnent des renseignements précis. Esmonet (2), étudiant la tuberculisation expérimentale du testicule, a eu l'idée d'injecter de la tuberculine de Koch dans l'artère spermatique. D'une façon pour ainsi dire constante il a obtenu ainsi une réaction inflammatoire très marquée, suivie d'une sclérose intense. En diluant sa tuberculine ou en l'exposant au soleil, il n'a plus eu que des réactions légères et qui, au degré le plus minime, se bornaient à de faibles lésions du tissu interstitiel.



Fig. 8. — *Hyperaccroissement avec infantilisme par insuffisance, d'origine tuberculeuse, de la glande interstitielle.* (Enfant tuberculeux âgé de onze ans.)

C'est ce qui doit bien souvent se réaliser *in vivo*; c'est ce qui nous explique pourquoi on retrouve si souvent, de par une analyse physiologique minutieuse, basée sur ce que nous ont appris Ancel et Bouin, chez les tuberculeux avérés ou latents, la marque d'une atteinte de la glande interstitielle du testicule (fig. 8).

On sait que cette glande règle le développement du squelette, l'apparition des caractères sexuels secondaires, le développement des organes génitaux et l'instinct sexuel. Sa suppression dans l'enfance fait du castrat un géant, un infantile sexuellement et psychiquement parlant, un être amorphe sans désir et sans appétit génital, un fantôme d'homme.

L'infection tuberculeuse peut l'exciter, ou, au contraire, la mettre en hypofonctionnement, jouant ainsi un rôle capital dans le déterminisme physique et intellectuel de l'individu.

Le syndrome d'excitation glandulaire, habituellement passager, échappe un peu à l'analyse.

(1) Vincenzo Marcozzi. Action des poisons de la tuberculose sur le parenchyme du testicule, *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1907, p. 974, t. XXV.

(2) Esmonet. Etudes sur la tuberculisation expérimentale du testicule, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique de Hartmann*, 2e série, p. 300.

Au point de vue squelettique, peut-être amène-t-il une diminution de la taille? Certaines expériences de L. Dor tendent à le démontrer (1). On sait, d'autre part, que les enfants, dont les organes génitaux arrivent à maturité, restent petits, et que les taureaux précoces ont les jambes courtes. De plus, comme le faisait remarquer Tandlet récemment, il semble que, si les races du Sud sont plus petites que les races du Nord, c'est que chez elles la puberté est plus précoce. Il y a quelques années, étudiant l'achondroplasie (2) et faisant état de ces diverses considérations, nous basant sur tout cela, nous avons émis cette idée que certaines achondroplasies sont peut-être la conséquence d'une hypersécrétion testiculaire ; depuis lors, Parrhon, Shunda et Zalplatcha, ont repris et développé cette idée. Tout cela est encore trop hypothétique pour que nous puissions y insister davantage.

Au point de vue du psychisme sexuel, il est permis d'être plus précis.

Il est de notion courante que les tuberculeux présentent souvent aux débuts de leur phtisie, et même parfois dans toute son évolution, une vive excitation génésique.

Longtemps, on l'a considérée comme une cause de la maladie, et non point comme un effet, et l'ignorance populaire, non sans quelque ironie, persiste à penser ainsi. La littérature s'est emparée de cette observation, elle a créé le terme *d'embrasés*, pour désigner ceux mêmes qui en sont les victimes.

Pour beaucoup (3), l'embrasement est quelque chose de factice ; c'est un état de civilisé, le résultat des conditions de vie et de milieu où se trouve le phtisique, brusquement oisif et soudain plongé dans un milieu d'inoccupés ; ce serait surtout un mal de sanatorium.

Ce psychisme des tuberculeux existait, pourtant, bien avant les sanatoriums, de tout temps on l'avait observé. Or, la physiologie oblige à penser que l'excitation génitale des tuberculeux est la conséquence directe de leur maladie et qu'elle traduit simplement l'atteinte de l'interstitielle testiculaire. Normalement, celle-ci règle le taux sexuel de chacun, suivant des conditions particulières à la race, à l'âge, à l'individu. Une irritation toxinienne vient-elle mettre les cellules en état d'hypercrinie, un homme nouveau est né par le seul effet d'une sécrétion en excès.

Bien différents sont les effets de l'hyposécrétion testiculaire. Ce sont surtout des *troubles de la croissance*. Nous ne voulons pas parler ici de ces dystrophies squelettiques qui tarent les hérédo-tuberculeux voués à une mort précoce, comme celles qu'a parfaitement étudiées Landouzy, mais de vices du développement par tuberculisation précoce.

Normalement, l'évolution harmonique de l'individu au point de vue de l'ossature et de ses annexes (muscles, aponévroses, etc.) est réglée par différentes sécrétions internes ; elle est surtout régie par celles plus ou moins antagonistes de la thyroïde et du testicule. Lorsque cette dernière est insuffisante, le squelette, échappant à son action frénatrice, se

(1) L. Dor. In Th. de Maisonnave.

(2) A. Poncet et R. Leriche. Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois. Nanisme ancestral par achondroplasie ethnique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 oct. 1903, et *Revue de chir.*, 10 déc. 1903, *Gaz. des hôpit.*, 20 et 27 fév. 1904.

(3) Landret. *De l'excitation génitale chez les tuberculeux*, Th. de Lyon, 1903, n° 145.

développe en longueur, devient trop grand et trop grêle.

C'est là justement le fait de ceux que l'on appelle les prédisposés aux maladies ostéo-articulaires de l'adolescence; ces enfants ont l'air d'avoir trop grandi, ils ont de longs membres fuselés, de grêles jambes de coq, aux muscles mous et insuffisants.

Or, très souvent, 80 fois sur 100, une enquête clinique, serrée d'un peu près, et le séro-diagnostic révèlent chez eux une tuberculose que rien ne peut faire soupçonner de prime abord; on doit considérer qu'elle est, au fond, la cause de ce vice squelettique, dont une méioprogie testiculaire d'origine tuberculeuse fut l'agent.

L'atteinte de la glande est-elle plus profonde, le déséquilibre de la croissance est plus grand encore, et on peut voir apparaître le gigantisme vrai : dans ce cas, la sclérose a réalisé une véritable castration sous-albuginée ; l'hypoplasie génitale contrastant avec la haute stature dit assez que tout l'élément interstitie est irrémédiablement perdu. Du moins, il semble que ce soit là l'étiologie vraie de ces gigantismes, fréquents relativement, que termine une tuberculose à marche rapide, en apparence d'acquisition récente, antérieure, en réalité, aux premiers troubles de la croissance.

De ces faits, on peut rapprocher un certain nombre de cas qui rentrent dans ce que, avec Gandy, on appelle *infantilisme réversif* ou *infantilisme tardif de l'adulte* (1). Il faut entendre par là, on le sait, une régression tardive vers le type infantile dans « la sphère sexuelle ». La taille et la proportion du corps restant celles de l'adulte, la glande génitale est ramenée à un volume extrêmement réduit, les organes génitaux sont atrophiés, la fonction sexuelle est annihilée d'une façon absolue, les caractères sexuels secondaires disparaissent et s'atténuent considérablement. Tels sont, du moins, les éléments essentiels du syndrome décrit par Gandy; et malgré l'association ultérieure possible de quelques signes d'autres insuffisances glandulaires, il s'agit là avant tout, croyons-nous, de l'insuffisance diastématique d'Ancel et Bouin (2).

Or, ce syndrome que l'on a observé à la suite de maladies infectieuses diverses, chez des syphilitiques, a parfois suivi de près une germination tuberculeuse péritonéale ou pleurale ou autre. On est dès lors en droit de le considérer comme une conséquence toujours possible de l'imprégnation bacillaire de la glande interstitielle du testicule.

C'est ainsi également que s'expliquaient, très vraisemblablement, un certain nombre de cas d'infantilisme ou de féminisme chez l'homme. Ces faits ne sont peut-être pas très rares à l'état d'ébauche et il nous semble bien rétrospectivement en avoir antérieurement observés. Les types en sont variés. Ce n'est pas le lieu d'en discuter ici la classification. A notre point de vue, il suffit de rappeler que de vieille date on a été frappé de leurs relations avec la tuberculose. Lorain les avait particulièrement relevées, et c'est d'elles que traite le travail souvent cité de son élève, Faneau de la Cour (1), dont il écrivit la préface, pour exposer sa conception personnelle de l'infantilisme.

Mais Lorain n'en pouvait pas percevoir le mécanisme exact. Infantilisme et féminisme ne relèvent pas d'une influence dystrophique générale comme on le croit encore souvent, quand on parle de l'infantilisme pottique; ils ressortissent toujours d'une insuffisance glandulaire endocrinienne. C'est quelquefois le testicule ou l'ovaire frappé isolément, c'est d'autres fois le corps thyroïde tout seul en jeu. Plus souvent peut-être, il s'agit d'insuffisances pluriglandulaires, comme l'ont bien vu Claude et Gougerot (2), et une analyse minutieuse peut arriver à isoler les éléments divers du syndrome complexe. L'atteinte simultanée de plusieurs glandes est très compréhensible, puisqu'il s'agit d'habitude d'une infection générale, susceptible de les atteindre toutes; cela paraît plus simple et plus logique que de supposer une répercussion successive des glandes les unes sur les autres. L'histoire du malade de Claude et Gougerot montre bien, au reste, cette possibilité en acte.

Un homme de soixante-huit ans, alcoolique, présente des manifestations de tuberculose en 1898 (bronchite, fistule anale). Cette tuberculose continue d'évoluer, d'une façon torpide, sans créer d'accidents aigus graves, mais en donnant des manifestations multiples : tuberculose pulmonaire double, à type ulcéro-caséeux, adénopathies cervicales suivies de fistules, gomme de la peau, néphrite; bref, il semble que l'infection n'est pas très virulente. Pendant l'année 1898, en rapport probablement avec cette toxi-infection bacillaire, apparaissent les signes suivants : le facies se ride, devient vieillot, les poils tombent, les testicules s'atrophient, l'impuissance génitale apparaît, la voix, le caractère changent; pâteux, obèse, le malade est dans un notable état de cachexie. Puis la dystrophie paraît s'amender, les poils du visage reparaissent. Le malade meurt en 1907, des progrès de sa tuberculose, et l'autopsie montre qu'il y a, macroscopiquement et microscopiquement, atrophie et insuffisance relative de toutes les glandes vasculaires sanguines : thyroïde, parathyroïde, testicules, surrénales, pituitaires, pancréas, foie. Cliniquement le syndrome ressortissant à l'insuffisance de chacune de ces glandes n'était qu'ébauché; tous ces syndromes ayant des caractères communs, l'ensemble était susceptible de recevoir des interprétations cliniques variées, chacune restant encore au-dessous de la vérité.

On voit par cette observation la complexité de certains cas, et les désordres imprévus que peut déterminer l'infection tuberculeuse. Celle-ci réalise si souvent une imprégnation totale de l'organisme sous des dehors indifférents, qu'il est naturel de toujours la rechercher derrière les symptômes les plus

(1) GANDY. Infantilisme réversif de l'adulte, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 déc. 1906, p. 1226 ; — Infantilisme tardif de l'adulte, *Ibid.*, 16 mai 1907. — Voyez aussi ; DELÉGLISE. *L'Infantilisme tardif de l'adulte*, Th. de Paris, 1907, n° 288.

(2) On a une tendance aujourd'hui, et Gandy lui même l'a marquée dans la thèse de son élève Deléglise, à incriminer, dans ces cas, la glande thyroïde; on attache une importance exagérée à la bouffissure des téguments, à leur état ridé, à la chute des poils et des cheveux, à l'apathie de ces malades. On y voit des signes non douteux d'insuffisance thyroïdienne. On ne devrait pas oublier, cependant, que l'insuffisance testiculaire donne, elle aussi, ces petits signes. Nous avons pu le contrôler récemment dans des conditions particulièrement nettes, en les trouvant chez un homme d'une quarantaine d'années, qui avait subi à l'âge de vingt-huit ans une castration bilatérale pour orchite tuberculeuse double. C'était un très bel exemple de féminisation tardive, avec obésité, perte des poils, apathie, etc. Ces signes ne suffisent donc pas à faire incriminer la thyroïde.

(1) FANEAU DE LA COUR. *Du Féminisme et de l'infantilisme chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1871, n° 1.

(2) CLAUDE et GOUGEROT. Insuffisance pluriglandulaire endocrinienne, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1908, p. 469 et 505.

étranges. Masquée par eux, elle assiste souvent inaperçue aux effets lointains des déchéances viscérales qu'elle cause.

C'est en y songeant toujours, en la cherchant systématiquement, que l'on arrivera, dans l'avenir, à trouver la cause réelle de déséquilibres glandulaires dont la physiologie contemporaine a permis, seule, d'analyser avec précision le mécanisme compliqué.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1911)

Traitement des plaies de poitrine. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne trouve pas que la discussion actuelle ait rien changé à la question du traitement des plaies de poitrine. Sans doute, on pourra toujours publier des succès consécutifs à l'intervention. Mais si, d'une façon générale, on compare la statistique des opérés avec celle des non opérés, on arrive à cette conclusion que, sauf pour des cas exceptionnels, il vaut mieux s'abstenir.

M. MAUCLAIRE communique un cas de plaie de poitrine par balle de revolver. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait au niveau du mamelon gauche, l'orifice de sortie au point diamétralement opposé. Le blessé était très dyspnéique, présentait les signes d'une hémorragie interne et avait un pneumothorax total. Le diagnostic porté était plaie du poumon et peut-être plaie du cœur. M. Mauclaire crut devoir intervenir. Il trouva sur une languette antérieure du poumon une plaie qui ne saignait plus, puis une perforation totale du lobe inférieur. Il sutura la première plaie et ferma la seconde à l'aide d'une suture en V. Aucune de ces plaies ne saignait, M. Mauclaire nettoya la plèvre et referma sans drainage. Huit jours après, ce blessé était en bonne voie de guérison. Il semble bien que dans des cas de ce genre il faille opérer vite mais dans un milieu approprié.

M. ROCHARD, dans ces quinze derniers jours, a eu l'occasion de voir cinq plaies de poitrine. Un de ces cinq blessés est mort le cinquième jour, un autre a guéri, un autre a eu une hémorragie secondaire au sixième jour. Le dernier avait reçu un coup de couteau dans le thorax et se trouvait dans un état grave, le pouls à 120, la respiration à 22; on fit une injection de sérum qui remonta le malade, mais il succomba le lendemain matin. A l'autopsie on trouva 1 200 grammes de sang dans la plèvre et une plaie perforant le poumon de part en part.

M. PICQUÉ résume la discussion, rappelle les diverses opinions qui ont été émises au cours de ce débat, les divergences qui séparent les chirurgiens. Il discute particulièrement l'opinion de M. Tuffier qui semble partisan de l'abstention dans tous les cas. Il cite une statistique qui, cependant, donne 40 p. 100 de mortalité chez les blessés traités par l'abstention. On admettra bien que l'intervention eût pu sauver quelques-uns de ces 40 blessés.

A l'appui de cette opinion, M. Picqué cite le fait suivant dont il a été témoin. Dans une campagne où il séjournait, un homme reçoit un coup de couteau dans la poitrine. Le médedecin appelle M. Picqué qui constate un épanchement considérable, le pouls petit. Il fait transporter le malade à l'hôpital de l'endroit et conseille une prompte intervention. On n'en fait rien et le malade meurt le lendemain matin d'une hémorragie progressive que seule l'opération eût pu arrêter.

M. Picqué revient sur la distinction à établir entre les plaies par armes tranchantes et les plaies par armes à feu. Reprenant les arguments de M. Delorme, M. Picqué estime que, dans un certain nombre de cas, il n'y a pas à hésiter pour le choix de l'intervention. C'est surtout l'évolution de l'hémothorax qui doit guider la main du chirurgien.

L'augmentation de l'hémothorax constitue, selon M. Picqué, une indication formelle pour l'intervention.

En terminant et en forme de conclusion, M. Picqué fait observer qu'il s'est fait, dans ces derniers temps, une évolution particulière, dans l'esprit des chirurgiens, sur cette question du traitement des plaies de poitrine. Ce n'est plus seulement sur les signes physiques que l'on doit se baser aujourd'hui pour décider de l'opportunité d'une intervention, c'est principalement à l'étude des troubles fonctionnels qu'il faut demander l'indication ou la contre-indication de l'opération. M. Picqué insiste tout spécialement sur ce côté de la question et sur la nécessité d'interroger, pour ainsi dire, heure par heure, l'évolution des troubles fonctionnels dans les cas de plaies de poitrine.

Les kystes du pancréas. — M. POTHERAT apporte trois nouvelles observations de kystes du pancréas. Il étudie, d'une façon très serrée, le diagnostic, souvent difficile, de cette affection. Il rappelle combien Guinard avait raison d'insister sur l'importance, au point de vue de ce diagnostic, de l'insufflation de l'estomac et M. Potherat y ajoute l'emploi méthodique de la radioscopie. Il estime que c'est avec raison que Guinard a pu dire, dans son important rapport, qu'on pouvait aujourd'hui faire le diagnostic de kyste pancréatique.

Dans deux des cas de M. Potherat, l'insufflation de l'estomac a été tout à fait démonstrative. Quant à la radioscopie, elle peut aussi donner de précieux renseignements. La formule de Guinard reste donc l'expression de la réalité. Chemin faisant, M. Potherat discute la théorie pathogénique proposée par M. Quénu.

Arrivant au traitement, M. Potherat dit que c'est par la laparotomie antérieure qu'il convient d'attaquer les kystes du pancréas. Ils sont généralement recouverts par l'estomac, le pylore, le duodénum. Il y a cependant au-dessus de la petite courbure de l'estomac un interstice par lequel on peut arriver directement sur les grands kystes du pancréas.

Dans un cas M. Potherat a pu facilement mettre à nu la surface antérieure du kyste. Après avoir protégé la cavité abdominale, il a ponctionné le kyste et l'a totalement vidé de son liquide. S'il avait pu trouver un plan de clivage, il aurait tenté de faire l'énucléation complète de sa poche. Il l'a fait dans un cas, mais il a dû lier l'artère splénique et le malade a succombé. Dans la grande majorité des cas, cette énucléation est irréalisable. Il vaut mieux se contenter de fixer la poche à la peau, et la guérison est obtenue après trois ou quatre mois, sans aucun accident imputable à cette suppuration. C'est ainsi qu'a agi M. Potherat dans trois cas, et avec succès.

M. ROUTIER rapporte l'observation suivante. Une femme de quarante ans présentait des troubles digestifs et portait une tumeur abdominale sur la nature de laquelle il était impossible de se prononcer. Cette tumeur qui occupait l'hypocondre gauche grossit et devint douloureuse. M. Routier pensa à une tumeur du lobe gauche du foie. M. Delbet qui vit la malade pensa à un kyste hydatique, malgré la réaction négative.

M. Routier fit la laparotomie et se trouva en présence du côlon qui recouvrait la tumeur. Grâce à un espace qui existait entre le côlon et l'estomac, il arriva sur la tumeur dont il tenta l'énucléation. La poche creva et il sortit un litre de liquide avec quelques grumeaux. La poche, ainsi vidée, était énorme. M. Routier la fixa à la peau et la bourra d'une grosse mèche. Les suites de l'opération furent très simples. La malade se porte bien et n'a rien présenté du côté du pancréas.

M. Routier rapproche de ce fait deux autres cas analogues dont il a été témoin. Sa conclusion est que ces kystes du pancréas ne sont pas énucléables et doivent être marsupialisés.

Double anévrisme. — M. SOULIGOUX présente une pièce rare; il s'agit d'un double anévrisme de la fémorale superficielle et de la poplitée qu'il a excisé avec succès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1911)

L'étiologie du pemphigus aigu infectieux. — MM. LEVADITI et LANDSTEINER ont montré antérieurement que le pemphigus infectieux aigu est transmissible aux singes, en particulier au chimpanzé. L'infection des animaux, par scarification de la peau, avec du virus pris sur des lésions humaines, est suivie de l'apparition de bulles contenant un liquide plus

ou moins trouble, la maladie se généralisant quelque temps après. Les auteurs ont étudié l'étiologie du pemphigus et ont isolé un coccus appartenant au groupe des staphylocoques. Le microbe, inoculé au chimpanzé, provoque des lésions locales ressemblant aux bulles de pemphigus, lésions qui, dans un cas, se sont généralisées. En expérimentant sur eux-mêmes, ils ont constaté que le microorganisme en question engendre des vésicules contenant un liquide trouble, vésicules qui ne sont réinoculables ni au porteur ni à un autre individu sain. Les auteurs considèrent le coccus isolé par eux comme jouant un rôle important dans l'étiologie du pemphigus infectieux aigu.

Dégénérescence des hématies. — M. Emile Feuillié montre qu'il est possible, *in vitro*, soit en chambre close, soit par l'action d'une solution hypertonique, de produire la poïkylocytose, l'anisocytose et la polychromatophilie.

La forme crénelée des hématies est due à la production, dans leur intérieur, de cristaux d'hémoglobine qui soulèvent la périphérie de l'élément.

Les hématies crénelées, portées dans un liquide hypotonique, présentent après l'addition de formol les caractères typhiques des hématies granuleuses.

M. Jolly. La moindre préparation nous convaincrait davantage que les assertions quelque peu étonnantes de M. Feuillié.

M. Dastre. Avec la lumière polarisée, M. Feuillié aurait su immédiatement si, vraiment, la forme crénelée des hématies est due à la cristallisation de l'hémoglobine.

M. Feuillié. J'apporterai, samedi prochain, des préparations qui seront, j'espère, de nature à convaincre les plus incrédules.

Influence de la voie d'entrée sur les effets des médicaments. — M. Lépine. La supériorité, chez les diabétiques en imminence de coma des injections intraveineuses de bicarbonate de soude sur l'ingestion de la même substance, tient sans doute à une plus parfaite pénétration du sel sodique dans les cellules. Il est possible que, chez les diabétiques, les fonctions absorbantes du tube digestif soient notablement diminuées. Il est des malades chez lesquels le fer, en injections sous-cutanées, réussit, alors qu'administré *per os* il a échoué.

Essais de reproduction de la lèpre chez le chimpanzé et les singes inférieurs. — MM. Nicolle et Blaizot. On peut, par l'inoculation de produits virulents, déterminer chez les singes de véritables lépromes riches en bacilles jeunes et bien colorables, mais ces lésions restent localisées au point d'inoculation et guérissent bientôt. La répétition des inoculations diminue le temps de l'incubation des lépromes, mais ne crée aucune sensibilisation.

Quelques réactions données par le réactif à la benzidine acétique avec ou sans addition d'eau oxygénée. — M. Sartory. Le réactif d'Adler, employé dans les laboratoires pour la recherche du sang ou des oxydases, donne souvent des résultats pouvant faire affirmer à tort la présence de sang dans le liquide examiné.

Sur la présence de traces de cholestérine dans les urines normales. — M. Gérard. L'urine normale contient de très faibles proportions de cholestérine existant, soit à l'état colloïdal, soit dissoute à la faveur de certains sels, tels que les phosphates alcalins.

Effets des inhalations de poussière de silice sur des animaux à lésion pulmonaire aiguë. — MM. Bulliard et Gaudon. Ces effets consistent essentiellement en lésions suppuratives avec destruction du parenchyme pulmonaire.

Sur le virus de la fièvre récurrente observée à Alger en 1910. — M. Lemaire. Ce virus est le même que celui trouvé par MM. Sergent et Foley dans le Sud-Oranais. Il est loin d'être prouvé qu'il puisse être transmis des individus malades aux individus sains par le pou du vêtement.

Phases avancées du développement du poumon chez le poulet. — M. Juillet.

Dosage de petites quantités d'iode applicables aux liquides de l'organisme. — MM. Bernier et Péron.

ACTUALITÉS

LA FACULTÉ DE MÉDECINE FRANÇAISE DE BEYROUTH

[Nous avons annoncé, il y a quelques jours, la souscription ouverte en faveur de la Faculté de médecine et de l'hôpital français de Beyrouth. Nos lecteurs nous sauront certainement gré de reproduire le généreux appel que notre éminent confrère M .J.-L. Faure vient de publier dans la *Presse médicale* en faveur de cette souscription (1)].

« La Faculté de médecine française de Beyrouth ne suffit plus à donner l'enseignement à tous ceux qui viennent le lui demander, et une souscription est ouverte pour lui permettre de s'agrandir et d'élever les moyens d'études qu'elle doit pouvoir mettre à la disposition de ses élèves, à la hauteur de son autorité morale.

Celle-ci est considérable, et elle tient vraiment une grande place cette école française de Beyrouth, qui, née pauvre, a su, avec des ressources restreintes et presque dérisoires, grâce à l'intelligence et à l'énergie de ceux qui la dirigent et de ceux qui y enseignent, conquérir peu à peu la première place parmi les établissements scientifiques de l'Orient. C'est que les 350 médecins qui en sont sortis, et se sont fixés un peu partout en Orient, quelques-uns à Constantinople, beaucoup en Turquie d'Asie, en Syrie, en Palestine, à Damas et jusqu'à Bagdad, en Egypte surtout, sur cette terre si longtemps française et qui devrait l'être encore, ont porté avec eux et répandu autour d'eux, avec l'amour de la France lointaine qui leur a été inspiré par leurs maîtres, l'esprit de l'enseignement français, et, plus simplement encore, l'esprit français.

Un homme éminent par son esprit d'entreprise et d'organisation, par sa patiente et inlassable énergie, par sa ténacité dans l'action et par la continuité de son effort, le Père Cattin, est l'âme de cette école qu'il dirige depuis 1895 et qu'il a développée peu à peu au point d'en avoir fait ce qu'elle est aujourd'hui.

Mais comme tous les hommes d'action et de dévouement, il estime que ce qui a été fait n'est rien auprès de ce qui reste à faire, et il a fait en sens inverse le chemin des Croisés du moyen âge, pour venir rappeler aux Français, qui s'intéressent encore à autre chose qu'aux stériles débats de la politique, qu'il y a toujours, dans cet Orient lumineux, des peuples qui pensent par nous, qui croient en nous, et auxquels nous nous devons de prouver que la France existe toujours.

Mais les « Francs » ne sont plus seuls dans cet Orient légendaire où s'accomplirent autrefois, par la force de leurs bras et par les flots de leur sang, les « gestes de Dieu ». L'Allemagne, tenace, persévérante et forte, s'y est glissée sur les pas de son empereur et y gagne de jour en jour du terrain avec un esprit de suite et une intelligence qui devraient nous servir de modèle.

L'Amérique lointaine, et que semble n'attirer sur ce sol historique aucun intérêt direct, a fondé à Beyrouth même une école de médecine qui, si elle n'a ni la valeur ni la renommée de la nôtre, a certainement plus d'argent et de moyens d'action.

Et, malgré tout, le nombre des élèves qui viennent à l'école française ne fait que s'accroître. Ils étaient onze lors de sa fondation; elle n'était guère organisée que pour une cinquantaine, et maintenant ils sont plus de deux cents. Les murs sont devenus trop étroits, les locaux sont insuffisants, les laboratoires manquent de place et de moyens d'enseignement pour des élèves de plus en plus nombreux. Le petit hôpital français de Beyrouth n'a ni assez de lits ni assez de malades, et il lui faut de l'argent, beaucoup d'argent, pour s'agrandir et faire face au surcroît de dépenses annuelles qu'entraîne nécessairement l'augmentation du nombre des malades.

(1) Les souscriptions sont reçues au syndicat de la presse parisienne, 37, rue de Châteaudun; au comité de l'Asie française, 19, rue Cassette, et au Crédit industriel et commercial, 66, rue de la Victoire.

Un Etat, vraiment conscient de son devoir et tout simplement soucieux de ses intérêts, devrait donner à pleines mains l'argent nécessaire à la transformation de cette école, à la prospérité de laquelle est lié, d'une façon immédiate et directe, le développement de l'action et de l'influence françaises, dans ces pays au sein desquels elle menace de décroître, en attendant qu'elle s'éteigne. Et cependant cent ans à peine se sont écoulés depuis cette expédition d'Egypte, qui frappa si profondément l'imagination des peuples de l'Orient et réveilla dans leur esprit si prompt à l'enthousiasme l'idée de la grandeur de la France, qui y demeurait fixée de génération en génération depuis l'époque des croisades.

Mais tous ces Orientaux ne sont pas électeurs, et nos maîtres du moment ont d'autres préoccupations à satisfaire et d'autres appétits à nourrir!

Tous les ans trois examinateurs des facultés françaises se rendent à Beyrouth, et là, avec trois professeurs de la Faculté de Constantinople, font passer aux élèves de l'école leurs examens de fin d'année. Et ce pèlerinage annuel est une fête véritable, et pour ceux qui viennent de France vers ces pays d'histoire et de légende, et pour ceux qui attendent là-bas, pendant toute l'année, les amis lointains qui apportent avec eux quelque chose de la patrie.

Ils sont vraiment dignes de toute notre estime et de tout notre respect, ces Pères français pour lesquels l'idéal religieux se confond avec l'idéal patriotique. Car, dans cet Orient mystique, dans ce coin de terre surtout qui fut le berceau des religions monothéistes, c'est avant tout la forme de la tradition religieuse qui fait la nationalité. La tolérance, cette vertu si rare autour de nous, est là-bas large et généreuse, et chrétiens des diverses églises, israélites ou musulmans, trouvent le même accueil près de ces hommes auxquels les difficultés d'une vie presque toujours accidentée ont fait l'esprit large comme le cœur.

Aussi les Pères de l'école vivent-ils entourés de l'affection et du respect de tous leurs élèves. Ils dirigent, ils administrent, ils enseignent, et le directeur de l'école, le chancelier, car tel est son titre, doit, en outre, faire preuve d'admirables qualités de diplomate. La vie n'était pas toujours facile sous le règne d'Abdul-Hamid, et peut-être sous le régime de la Jeune Turquie, que sa libération morale a rendue jalouse de son indépendance, les difficultés ne sont-elles pas moins ardues.

Mais les Pères ne sont pas seuls. Des professeurs français, d'anciens internes de Paris, des hommes de courage et d'initiative, comme de Brun, comme Hache, comme Rouvier, comme Nègre, pour ne citer que ceux qui y ont passé le plus grand nombre d'années, se sont expatriés et se sont consacrés à cette œuvre pleine de grandeur; et sous ce ciel assez beau pour atténuer quelque peu leurs regrets de ne voir que de temps en temps celui de la « douce France », ils ont cette satisfaction de travailler à la fois pour le bien de l'humanité et pour la grandeur de leur Patrie.

Car ils travaillent bien et leur œuvre est belle. L'admirable discipline imposée par les Pères, le zèle et la science des professeurs portent leurs fruits. Tous ceux qui ont été là-bas, et auxquels il a été donné, au cours d'examens multiples, d'interroger les élèves, ont été frappés de la solidité de leurs connaissances. Le niveau moyen des examens est certainement supérieur à ce qu'il est à Paris. Les bons élèves sont la règle, et les mauvais sont l'exception.

Et cependant, ils n'ont pas les moyens d'apprendre qu'ont les étudiants parisiens, plus disposés à se plaindre qu'à profiter des facilités de travail qui leur sont offertes de toutes parts. L'étude de l'anatomie est surtout beaucoup plus difficile. Les cadavres sont rares et les dissections suivies sont presque impossibles. Ils y suppléent par l'étude attentive des cours du professeur, par l'examen répété de pièces anatomiques conservées dans un musée assez riche et où je n'ai pas retrouvé sans quelque émotion des pièces que j'avais exécutées moi-même il y a longtemps dans un concours pour le prosectorat.

* * *

En résumé, l'école de Beyrouth fait d'excellents élèves, et les médecins qui en sortent et qui se fixent dans tous les pays que baigne la Méditerranée orientale, et, en particulier, en Egypte, y rendent les plus grands services et répandent dans les populations, au milieu desquelles leur destinée les appelle à vivre, un peu des idées de la France et beaucoup de l'affection qu'ont pour elle tous ceux que les maîtres de l'école française de Beyrouth ont imprégnés de leur esprit.

Et maintenant l'heure est grave, cette maison française devient trop étroite. Elle a besoin de s'agrandir. Il faut qu'elle puisse recevoir plus d'élèves, puisque ceux qui viennent lui demander asile sont de plus en plus nombreux.

Les pouvoirs publics, qui ne sont pas libres, font peut-être ce qu'ils peuvent, mais ils ne font pas ce qu'ils devraient faire. C'est à nous tous, à tous ceux qui ont le sentiment de ce que peut un foyer vivant comme l'école de Beyrouth pour le rayonnement de la science française, c'est à nous tous de l'appuyer de notre influence et de notre bourse, et d'aider de toutes nos forces les bons Français, religieux ou laïques, qui travaillent là-bas pour la France. J.-L. FAURE.

PRATIQUE MÉDICALE

ALIMENTATION DES OPÉRÉS

Si le lait est mal toléré, y suppléer par le bouillon suivant (Walther) à faire bouillir à petit feu pendant quatre heures :

Eau	4 litres
Carottes	200 grammes
Poireau	n° 1
Pois secs et haricots secs décortiqués	} âã 1 cuill. à soupe

On peut encore, trois fois par jour, donner au malade une ou deux cuillerées à soupe de poudre de viande diastasée de Trouette-Perret (mélange de poudre de viande et de féculents) dans un peu d'eau sucrée aromatisée (rhum, kirsch, etc.).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 JUILLET 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 11 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Mercredi 12 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re, 2e et 3e séries).

Jeudi 13 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Samedi 15 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste. 1re, 2e, 3e, 4e et 5e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

THÈSES

Mercredi 12 juillet, à une heure. — M. DUMONT. Contribution à l'étude du plombage des os par le mélange de von Mosatig-Moorbof. (MM. Lannelongue, président; Pinard, Kirmisson et Aug. Broca.) — M. GOLDENBERG. Etude clinique sur l'involution utérine. (MM. Pinard, président; Lannelongue, Kirmisson et Aug. Broca.) — M. DEBÈGUE. Des dents à la naissance. (MM. Pinard, président; Lannelongue, Kirmisson et Aug. Broca.) — M. TRÈVES. Etude sur les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. (MM. Kirmisson, président; Lannelongue, Pinard et Aug. Broca.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

ÉTUDE de Me J. PYTHON, avoué à Clermont-Ferrand, rue Blatin, 26. — VENTE par autorité de justice, aux enchères publiques, à la barre du Tribunal civil de Clermont-Ferrand :

1° DE TOUT **LE DOMAINE THERMAL** minéral immobilier et mobilier de la COMPAGNIE GÉNÉRALE DES **EAUX MINÉRALES DE ROYAT** Société anonyme dont le siège social était précédemment à Paris, et en dernier lieu à Royat, près Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), actuellement en état de liquidation judiciaire; 2° *du droit à la jouissance à titre de locataire* du Domaine Thermal minéral de la commune de Royat et Parc; 3° du droit à la jouissance à titre de locataire du Casino municipal de Royat et dépendances, ledit actif immobilier et mobilier sis partie sur la commune de Royat, partie sur la commune de Chamalières. Formant le premier lot sur la mise à prix de sept cent cinquante mille francs, ci......... 750000 fr
Et de *terrains* formant le deuxième lot sur la mise à prix de mille francs, ci...... 1000 fr.

L'ADJUDICATION aura lieu à l'audience des criées du Tribunal civil de Clermont-Ferrand, le VENDREDI 7 JUILLET 1911, à 1 heure du soir (local de la seconde Chambre).

N° 75. — MARDI 4 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. MARDI 4 JUILLET 1911. — N° 75.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat en pharmacie. — Liste des internes en pharmacie nommés au dernier concours pour entrer en fonctions le 1er juillet :

1. MM. Nepveux, Bouillot, Benoist, Deroux, Martel, Thomas, Couffin, Verpy, Bourneuf, Hazard,

11. Bourillot, Bauxis-Lagrave, Garret, Cuisine, Charles, Leboisme, Voillequin, Villuis, Varnet, Violette,

21. Guilbaud, Pomaret, Vaslin, Bertrand (Léon), Barjon, Bertrand (Raoul), Minoux, Binet, Lesage, Gayet,

31. Capitrel, Monnet, Moutier, Colombet, Girard, Lamy, Le Blond, Lescille, Petit (Jean), Delepine,

41. Duhardel, Malbec, Boulay, Peltier, Rocheraux, Compin, Belgule, Bouin, Abgrall, Gautier,

51. Neuville, Bouillat, Filleul, Vallet, Drouet, Pica, Clogne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière séance le conseil de la Faculté a procédé à la désignation de deux candidats à présenter au choix du ministre pour chacune des chaires actuellement vacante :

Chaire de Pathologie interne. — M. P. Teissier est présenté en première ligne par 20 voix contre 17 à M. Ménétrier.

M. Vaquez est présenté en deuxième ligne par 22 voix contre 12 à M. Ménétrier et un bulletin blanc.

Chaire d'Histoire de la médecine. — M. Letulle est présenté en première ligne par 32 voix.

M. L. Dupré est présenté en deuxième ligne par 26 voix.

Chaire de Physique médicale. — M. Weiss est présenté en première ligne à l'unanimité des 34 votants.

M. Guilleminot est présenté en deuxième ligne par 29 voix.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — *Concours du clinicat.* — M. Brau-Tapie est nommé chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants.

M. Plaziat est nommé chef adjoint de la même clinique.

M. A. Peyre est nommé chef de clinique gynécologique.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 27 juin 1911, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de première classe retraité Mirabel.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe retraités Métin, Daliot et Coppin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe démissionnaires Petit, Dhoste et Morin.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe démissionnaire Le Strat.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe démissionnaire Neveu.

MARINE. — A été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal de la marine en retraite Berriat.

Cet officier supérieur du corps de santé est affecté au port de Toulon.

LE NOUVEL HOPITAL DE LA PITIÉ. — L'hôpital nouveau construit boulevard de l'Hôpital pour remplacer la vieille maison de la Pitié vient de recevoir ses premiers malades. Dans deux mois, ses 988 lits seront en service.

La nouvelle Pitié a coûté 11 millions et elle comporte 32 bâtiments de médecine et de chirurgie. Les travaux, commencés en 1905, interrompus par les intempéries, les inondations, les grèves, ont été conduits malgré tout avec rapidité par l'architecte, M. Rochet, et par l'ingénieur, M. Desbrochers des Loges. L'ouverture de cet établissement, qui est une sorte d'hôpital modèle en raison des perfectionnements réalisés, marque une étape dans l'œuvre intéressante qu'ont entreprise, sur les fonds de l'emprunt d'assistance de 45 millions, M. Mesureur et le Conseil municipal.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Sur la proposition du préfet de la Seine, une assemblée générale extraordinaire est convoquée à l'effet d'élire les délégués chargés de nommer les représentants des syndicats médicaux au Conseil supérieur

RENSEIGNEMENTS

de la mutualité. Cette assemblée aura lieu le mercredi 5 juillet 1911 à la Faculté de médecine à neuf heures du soir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CRACOVIE (TOWARZYSTWO LEKARSKIE, KRAKOWSKIE). — La Société célébrera le 17 juillet 1911 le cinquantième anniversaire de son organe Przeglad Lekarski (*Revue de médecine*).

A LA MÉMOIRE DES MÉDECINS MILITAIRES VICTIMES DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — Le docteur Moinet, médecin major de première classe au 66e d'infanterie a eu l'heureuse idée de placer dans la salle d'attente de son infirmerie le tableau suivant que nous trouvons dans le *Caducée*.

Médecins militaires morts victimes du devoir depuis 1908.

1908.	Mariotte......	Tué, Guinée.
	Christiany....	Typhus, Maroc.
1909.	Bargeton.....	Septicémie, Lyon.
	Loison.......	Septicémie, Paris.
	Gauthier.....	Typhus, Algérie.
1910.	Rouffiandis...	Tué, Indo-Chine.
	Rudler.......	Tué, Algérie.
	Lambroschini.	Septicémie, Versailles.
	Danis........	Diphtérie, Paris.
	Lhomer......	Typhus, Sfax.
	Mesny.......	Peste, Mandchourie.
	Talpain......	Typhus, Laghouat.
1911.	Pasquet......	Septicémie, Lyon.
	Rollin.......	Typhus, Maroc.
	Auvert......	Tué, Maroc.

LES TAXES SPÉCIALES DES STATIONS CLIMATIQUES. — La loi du 13 avril 1911 a autorisé l'établissement de taxes spéciales dans les stations climatiques et hydrominérales, pour favoriser le développement de ces stations. Un décret portant règlement d'administration publique vient de déterminer les mesures propres à assurer l'exécution de la loi. En voici les dispositions essentielles.

Toute demande de création d'une station hydro-minérale ou climatique est adressée au préfet, qui en donne récépissé. Cette création est ensuite l'objet d'une enquête.

La délibération du Conseil municipal demandant l'établissement, dans la commune, de la « taxe spéciale », doit mentionner le mode d'assiette de la taxe, le tarif et la durée de celle-ci, ainsi que les dépenses au payement desquelles elle sera affectée.

Pour la perception de la taxe, il n'est pas fait état du jour d'arrivée ni du jour de départ des assujettis.

Lorsque la taxe est basée sur le prix de location, ce prix de location, dégagé de tous autres frais, doit être affiché dans les locaux occupés.

La taxe spéciale est établie pour une période de cinq ans au plus. Exceptionnellement, lorsqu'elle a été instituée pour servir de gage à un emprunt, elle peut être autorisée pour une durée égale à celle qui a été fixée pour l'amortissement de l'emprunt.

Le tarif de la taxe spéciale est en permanence affiché à la porte de la mairie; il est tenu, au secrétariat de la mairie, à la disposition de toute personne désirant en prendre connaissance; il est affiché dans tous les hôtels et dans toutes les maisons meublées où sont reçues en logement les personnes étrangères à la commune.

Dans les stations hydrominérales ou climatiques où a été instituée la taxe spéciale, les hôteliers, logeurs ou propriétaires doivent posséder, en vue de la perception de la taxe, un registre spécial qui leur est fourni gratuitement par la mairie. Sur ce registre, coté et paraphé par le maire, ils inscrivent les nom, domicile, dates d'arrivée et de départ de toutes personnes logeant chez eux.

Les propriétaires et toutes personnes qui auraient l'intention de louer, pendant la saison thermale ou climatique, tout ou partie de leur habitation personnelle à des étrangers à la station, doivent en faire la déclaration à la mairie et sont tenus, en vue de la perception de la taxe spéciale, de posséder le même registre que les hôteliers et logeurs.

Lorsque ces personnes reçoivent le montant des loyers qui leur sont dus, elles perçoivent la taxe sur les assujettis et leur en donnent quittance. Elles inscrivent le montant des taxes encaissées, à la date et dans l'ordre des perceptions effectuées, sur un registre spécial délivré gratuitement par le maire.

La taxe doit être perçue avant le départ des assujettis, alors même que du consentement du logeur, de l'hôtelier ou du propriétaire le payement du loyer serait différé.

Les infractions aux dispositions concernant les formalités établies pour le recouvrement de la taxe donnent lieu à des pénalités qui sont au minimum égales au montant des taxes dont la commune a été privée; elles peuvent s'élever au triple de ces taxes en cas de fraude, et au double dans tous les autres cas.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — CONFÉRENCES PRATIQUES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE TECHNIQUE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIQUE (COURS DE VACANCES). — Avec l'autorisation de M. Pierre Sébileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, M. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, assisté de MM. Halphen et Juin, assistants, et de MM. Rouget et Miégeville, internes du service, commencera le lundi 17 juillet 1911, une série de douze conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu chaque matin à huit heures et demie.

Le droit d'inscription est de 60 francs.

Se faire inscrire auprès des internes du service.

Programme des conférences. — Première leçon : Généralités (éclairage, anesthésies locales, rhinoscopie antérieure et postérieure), maladies de la cloison (épistaxis, abcès, hématomes et affections chroniques).

Deuxième leçon : Maladies des cornets (coryzas, rhinites, ozène, syphilis et tuberculose, polypes muqueux, corps étrangers du nez, prothèse à la paraffine).

Troisième leçon : Maladies des cavités annexes (sinusites maxillaires, frontale et ethmoïdale, kystes dentaires).

Quatrième leçon : Examen du conduit auditif et du tympan, maladies de l'oreille externe (eczéma, bouchon de cérumen, corps étrangers, furoncles).

Cinquième leçon : Maladies de l'oreille moyenne (otite catarrhale, otites purulentes, otite sèche, paracentèse, cathétérisme).

Sixième leçon : Complications des otites moyennes (mastoïdites aiguës et chroniques, leur traitement, pansements des trépanations et évidements).

Septième leçon : Maladies de l'oreille interne (épreuves auditives et épreuves vestibulaires, labyrinthites, surdité nerveuse, simulation).

Huitième leçon : Examen du larynx (laryngites aiguës, laryngites chroniques, paralysies laryngées).

Neuvième leçon : Tuberculose, syphilis (cancer, polypes du larynx, trachéotomies).

Dixième leçon : Examen du pharynx buccal (pharyngites aiguës et chroniques, abcès rétro et latéro-pharyngiens, cancer de la langue, hypertrophie des amygdales).

Onzième leçon : Examen du naso-pharynx (rhinoscopie postérieure, releveurs du voile, végétations adénoïdes, tumeurs du naso-pharynx, malformations).

Douzième leçon : Œsophagoscopie, trachéoscopie (corps étrangers et cancer de l'œsophage, corps étrangers des bronches).

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — COURS DE VACANCES. — Douze leçons sur la *tuberculose des os et des articulations*, du 7 au 19 août 1911, par le docteur Ménard, chirurgien en chef; Andrieu et Calvé, chirurgiens assistants.

Programme des cours. — 7 août. M. Ménard : Généralités sur la tuberculose osseuse et articulaire. Evolution et traitement.

8 août. M. Calvé : Traitement des abcès froids. Technique des appareils plâtrés.

9 août. M. Ménard : Mal de Pott. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

10 août. M. Andrieu : Mal de Pott. Diagnostic et traitement.

11 août. M. Ménard : Coxalgie. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

12 août. M. Calvé : Coxalgie. Diagnostic et traitement.

14 août. M. Ménard : Tuberculose du genou.

15 août. M. Andrieu : Adénites tuberculeuses.
16 août. M. Ménard : Tuberculose du tarse.
17 août. M. Calvé : Tuberculose du poignet et des os longs de la main et du poignet (spina ventosa).
18 août. M. Andrieu : Tuberculose du coude et de l'épaule.
19 août. M. Ménard : Ostéite tuberculeuse et ostéite syphilitique.

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques : appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentation de malades.

Le cours aura lieu le matin, à dix heures et demie, à l'Hôpital maritime. — Il sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers.

Droit d'inscription : 50 francs. — Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ce droit.

Se faire inscrire par lettre adressée au docteur Calvé ou au docteur Andrieu, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bompard (de Vitry-le-François) et Henri Vivier (de Paris).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1911.) Thoinot : La putréfaction des poumons des nouveau-nés et la docimasie pulmonaire. — Frois et Sartory : Les poussières organisées.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 mai 1911.) A. Robin : Traitement de l'albuminurie des diabétiques (*fin*). — Ed. Laval : Les abcès chauds en général. — (8 juin.) X. Gouraud : Evolution actuelle du traitement antituberculeux. — Ed. Caval : Abcès chauds en particulier (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 44, 3 juin 1911.) Thoinot : De la mort suspecte ou subite par la pénétration accidentelle de corps étrangers venus du dehors dans les voies respiratoires.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 24, 17 juin 1911.) Bosse : Traitement de la tuberculose du larynx par le spray au cycloforme-anesthesine-coryfine.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 1er juin 1911.) Ribbert : Sur l'hérédité. — Treupel : Le traitement par le salvarsan de la syphilis nerveuse, du tabes et de la paralysie générale. — Sorgo : Sensibilité à la toxine de la peau du tuberculeux. — Rabnov et Reicher : Sur la question de la tuberculose et de la gravidité. — Mosbacher : Etudes expérimentales sur la syncytiotoxine de même espèce et sur le diagnostic de la grossesse au moyen de la réaction de l'épiphanine. — Dennemark : Un milieu de culture simple pour le bacille typhique avec du bleu pur fait sans couleur. — Curschmann : Le chloroforme est-il un antidote approprié après l'inhalation de vapeurs nitreuses. — Haberern : Gravidité avec néphrectomie. — V. Benezur : Sur un cas de sclérodermie améliorée par une cure d'émanations de radium. — Giorgiewsky : Acide phénylcinchonique dans la goutte. — Schnitter : La réaction de Wassermann chez les saturnins. — Berger : Les opérations de hernie.

Echo médical du Nord. — (N° 23, 4 juin 1911.) Bruyant : Etudes sur le 606 ou salvarsan, d'après les travaux du professeur Ehrlich et de ses collaborateurs. — (N° 24, 11 juin.) Pierret et Dartevelle : Les bradycardies typhiques. — Bertin et Breton : Un cas de rage humaine.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 23, 4 juin 1911.) Arnozan : Régime des diabétiques. — (N° 24, 11 juin.) Mongour : Sur la doctrine de l'autogenèse en épidémiologie. — Carles : Toxicité de l'essence de térébenthine. — (N° 25, 18 juin.) R. Saint-Philippe : Les dangers méconnus de la coqueluche. Coqueluche et tuberculose.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Mai 1911.) Delaunais : Les méfaits de la viande incomplètement cuite. — Faivre : Action tréponémicide de l'hectine et de l'hectargyre.

Lyon médical. — (N° 23, 4 juin 1911.) Jourdanet : A propos des dermites professionnelles. — (N° 24, 11 juin.) Lesieur, Froment et Crémieu : Coexistence d'une communication interauriculaire et d'une anomalie de la valvule de Thébésius.

Paris médical. — (N° 27, 3 juin 1911.) P. Carnot : La pathologie digestive en 1911. — Lion : Syphilis de l'estomac. — Aubourg : L'exploration radiographique de l'estomac. — Delbet : L'avenir des gastro-entérostomisés. — Mathieu : L'ulcus du duodénum. — Duval : Quelques mots sur le cæcum mobile. — Bensaude : Technique de l'examen du rectum et du côlon terminal.

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1911.) J. et A. Bœckel : Des fractus du rachis cervical sans symptômes médullaires (*à suivre*) [10 fig.]. — E. Quénu : Brûlures du crâne et nécrose des os du crâne par électrocution. — Devé : L'intoxication hydatique post-opératoire (*suite*). — L. Heully : La hanche à ressort (*suite*) [2 fig.]. — R. Leriche : Sur la pathogénie du pied plat valgus douloureux.

Medizinische Blätter. — (N° 11, 3 juin 1911.) Wagner : Les crachats dans les villes d'eaux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 23 mai 1911.) Gildemeister : Etudes théoriques et pratiques sur l'électrophysiologie moderne. — Klotz : Emploi thérapeutique de la pituitrine. — Holzbach : Bases physiologiques de la thérapeutique par l'adrénaline dans la péritonite. — Glaesgen : Méthode de recherche de très petites quantités d'albumine dans l'urine ; — Lésion des reins par les préparations salicylées ; leur prophylaxie par l'usage des alcalins. — Caan : Sur la propriété des organes humains de rendre l'air conducteur pour l'électricité. — Hünerfrauth : Contribution au traitement du cœur de Rumpf par les courants à haute fréquence oscillants. — Grosser et Dessauer : Importance diagnostique des ganglions cubitaux sensibles chez les enfants. — Dunger : Chambre plus étendue pour la numération des leucocytes et le cyto-diagnostic. — Schmincke : Fixation de la masse des globules rouges par centrifugation. — Schede : Les gants de caoutchouc doivent-ils être secs ou humides ? — Schœler : La pommade au blenolenicet.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 19, 11 mai 1911.) Hitchmann et Critofoletti : Pathogénie et clinique du chorio-épithéliome malin. — Grocco : Matité hépatique vertébrale et paravertébrale gauche. — Giorgievic : Coïncidence d'herpes zoster et de psoriasis. — Freund : Dommages causés par la lumière sur la peau et moyens de s'en garantir. — Bauer : Technique de la fonction veineuse et des injections intraveineuses. — (N° 20, 18 mai.) Salzer : Sur l'appendicite chez l'enfant. — Joannovicz : Contribution aux transplantations intravasculaires. — Kermanner : La pyélonéphrite latente de la femme et son diagnostic. — Luckseh : Sur le traitement des infections aiguës par le salvarsan. — Luithlen : Recherches expérimentales sur la réaction cutanée.

SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE

Par L. ALQUIER et B. KLARFELD (1).

L'étude des observations nous a montré quels sont les symptômes des tumeurs extra et intraprotubérantielles : il faut maintenant en tenter la synthèse, et rechercher dans une vue d'ensemble : 1° quels signes permettent de localiser le néoplasme à la région protubérantielle ; 2° quelles sont les principales causes d'erreur ; 3° comment savoir si la tumeur est extra ou intraprotubérantielle ; 4° enfin, s'il est possible d'en soupçonner la nature.

1° SIGNES PERMETTANT DE LOCALISER LE NÉOPLASME A LA RÉGION PROTUBÉRANTIELLE. — Pour que le diagnostic soit facile, il faut que l'on trouve réunis des signes d'hypertension intracranienne, indiquant qu'il s'agit d'une tumeur, et des signes de localisation à la protubérance.

A. *Les signes d'hypertension intracranienne* existent le plus souvent dans les tumeurs extraprotubérantielles, moins fréquemment dans les intraprotubérantielles ; ils peuvent, surtout dans ce dernier cas, n'apparaître que tardivement.

La *céphalée* est occipitale ou fronto-occipitale ; elle peut s'accompagner de raideur de nuque ; la percussion peut être douloureuse au niveau de l'occipital, des apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales, enfin, au niveau de l'apophyse mastoïde, percutée de bas en haut ; ce dernier signe aurait, pour certains, une assez grande valeur. Mais tous ces caractères peuvent manquer ou être remplacés par d'autres localisations de la douleur.

Les *vertiges* sont fréquemment notés, mais peuvent n'exister que pendant certaines périodes de l'évolution. Il en est de même des *vomissements*. M. Duret écrit à leur sujet (*Loc. cit.*, p. 6) : « S'ils se manifestent surtout dans les tumeurs des régions postérieures, c'est que celles-ci exercent plus immédiatement une action compressive sur les centres du vomissement situés dans la moelle allongée ; ils constituent alors un signe de localisation que Bruns considère comme presque pathognomonique. » Lorsqu'il s'agit de la protubérance, la lecture des observations montre qu'on ne peut accorder aux vomissements une semblable importance.

La *stase* (désignée dans les observations anglaises ou américaines uniquement sous le nom de névrite optique) est certes, la ponction lombaire mise à part, le signe le plus important de l'hypertension intracranienne : nous avons vu qu'elle n'apparaît parfois que tard, surtout dans les tumeurs intraprotubérantielles, où elle n'est parfois constatée qu'à la période terminale : Schoeler (obs. XC) ayant, à un premier examen, constaté la « névrite optique », dit que, dix jours après, elle était presque complètement disparue. Dans le tubercule publié par Alquier, la stase a présenté à la période terminale une amélioration remarquable. Etant donné cette variabilité de la stase, on devra ne pas se contenter d'un examen négatif, mais rechercher ce signe de temps à autre.

La *ponction lombaire* est réputée comme particulièrement dangereuse dans les tumeurs de la région qui nous occupe ; d'autre part, elle permet souvent de constater directement l'hypertension intracranienne (liquide coulant à plein jet, hypertension au manomètre), et — si le liquide est clair, sans albumine ni éléments figurés — permet d'écarter les méningites. Le fait de Mac Caskey (1) témoigne, d'après cet auteur, de l'utilité que pourrait avoir, dans certains cas, la ponction lombaire comme agent thérapeutique. On ne saurait trop s'entourer de précautions (décubitus latéral, extraction d'une petite quantité seulement, tenir le malade à plat pendant quarante-huit heures après la ponction) et se rappeler que les accidents peuvent se produire inopinément même après une série de ponctions bien tolérées.

Signalons enfin la *ponction du cerveau*. Ascoli (2), dans 2 cas, perfora le crâne avec une fraise de dentiste, et introduisit une aiguille exploratrice, à la recherche de la tumeur. Par l'étude au microscope des débris ramenés par l'aiguille, il put diagnostiquer dans un cas, gliome (liquide albumineux, cellules) et dans l'autre, tubercule (pus stérile), diagnostic qui fut ultérieurement confirmé par l'autopsie.

Haasler, l'année suivante (3), rapporte le résultat de 16 ponctions cérébrales : elles lui ont donné des renseignements précis sur la situation exacte, l'étendue de la tumeur, sa profondeur, sa constitution histologique. La trépanation est ensuite faite à l'endroit le meilleur, et, d'emblée, avec l'étendue convenable : parfois l'aspiration du contenu de kystes peut produire une amélioration, mais il ne faut pas tarder à opérer.

Des 16 ponctionnés, 9 ont été améliorés par l'opération, 6 sont encore en vie, 4 peuvent être considérés comme guéris. Les 7 autres étaient inopérables. Il s'agit de néoplasmes de toutes les régions de l'encéphale.

B. *Signes de localisation protubérantielle.* — Les tumeurs intraprotubérantielles, avons-nous dit plus haut, déterminent, le plus souvent, la paralysie des mouvements associés des globes oculaires, avec parésie sensitivo-motrice des membres, et surtout, asynergie, adiadococinésie, troubles de l'équilibre

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1911, n° 57, p. 873 ; n° 67, p. 1033, et n° 72, p. 1109.

(1) MAC CASKEY (*The New-York med. record*, 31 mars 1900). — Femme de vingt-deux ans. Quatre ans auparavant, grippe suivie de céphalée intense et rebelle, puis tintements d'oreilles, anesthésie partielle et paresthésies dans le domaine du trijumeau, affaiblissement des masticateurs à gauche, parésie de la langue qui est déviée à gauche, reflux des liquides par le nez, paralysie partielle du côté gauche de la face avec tic douloureux facial gauche, puis douleurs localisées à la tempe gauche, diminution progressive du champ visuel gauche de bas en haut, névrite optique surtout gauche, aboutissant à l'amaurose complète. Six semaines avant l'examen, surdité d'abord gauche, devenue totale, presque pas de vomissements, ageusie à gauche, réflexes rotuliens vifs, sans Romberg. Deux mois avant la mort, écoulement par le nez de plusieurs onces par jour d'un liquide séreux. Une heure après le début de cet écoulement, l'oreille droite recouvre l'audition et la conserve. Mort avec convulsions cloniques trois ans après le premier examen. Tumeur située sur le bord antérieur de l'hémisphère cérébelleux gauche, comprimant fortement la protubérance et le bulbe (angiome avec peut-être dégénérescence sarcomateuse au début).

(2) ASCOLI. *Policlinico*, 1907, p. 141.

(3) HAASLER. XXXVIIe Congrès de l'Association allemande de chirurgie, *Centralbl. f. Chir.*, 1908, n° 35, p. 52.

[pulsion, marche cérébelleuse (1)]. A ces symptômes s'ajoutent fréquemment des troubles de la déglutition et de la parole (ces derniers ressemblant à ceux de la sclérose en plaques), et parfois, le tremblement surtout intentionnel, et des mouvements athétosiformes des mains.

Les troubles moteurs et sensitifs peuvent exister aussi dans les tumeurs extraprotubérantielles, mais avec une grande variabilité. Cependant, ici encore, les troubles de l'équilibre, l'asynergie et l'adiadococinésie restent prédominants, et conservent leur signification de signes localisateurs au métencéphale.

Au contraire, la parésie des mouvements associés des yeux y est fréquente, et constitue, avec l'aréflexie de la cornée et l'hypoacousie nerveuse, la triade d'Oppenheim, des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. L'aréflexie cornéenne et l'hypoacousie sont, en effet, moins fréquentes dans les tumeurs intraprotubérantielles. A ces symptômes, il faut ajouter : la paralysie ou parésie faciale, uni ou bilatérale, ordinairement à type périphérique (atteignant le facial supérieur et l'inférieur) avec, fréquemment, troubles des réactions électriques, enfin, les paralysies des oculo-moteurs (troisième et sixième paires), ces dernières bien moins importantes pour le diagnostic, à cause de leur existence fréquente dans d'autres affections.

Il nous faut revenir sur deux points : les paralysies associées, et les troubles de la huitième paire.

Paralysies associées des yeux. — Une seule fois (cas de Gruner et Bertolotti) elle atteint les mouvements d'élévation et d'abaissement, dans les autres cas, elle intéresse seulement les mouvements de latéralité des globes. Ceux-ci peuvent alors exécuter tous les mouvements dans la vision monoculaire (s'il n'y a pas en même temps une paralysie des nerfs ou muscles oculo-moteurs), la convergence est plus ou moins bien conservée; mais, ce qui caractérise la paralysie associée de latéralité, c'est l'impossibilité, lors de la vision binoculaire, de déplacer, dans le sens horizontal, les deux globes à la fois. Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, nous avons vu que la paralysie associée peut être unilatérale (12 fois sur 53 observations). L'impossibilité de déplacer les deux yeux, à la fois dans le sens horizontal, n'existant que pour les mouvements à droite ou à gauche (le sens de la paralysie lorsqu'elle n'intéresse que les mouvements à droite ou à gauche, son maximum, lorsqu'elle intéresse les deux, correspondant à la localisation du néoplasme). L'examen peut être rendu plus malaisé par la coexistence d'une paralysie des troisième ou sixième paires, d'ailleurs, la paralysie associée, d'abord nette, se complète peu à peu pour aboutir en fin de compte, à l'ophtalmoplégie externe complète, dans bien des cas.

Ajoutons enfin, que, d'après M. Sauvineau, le nystagmus horizontal, lorsqu'il n'est pas expliqué par la paralysie des oculomoteurs, a la même signification que la paralysie associée. L'observation de Henneberg (obs. CI) vient à l'appui de cette manière de voir : l'auteur constata, d'abord, le nystagmus dans les mouvements de latéralité, plus tard seulement, la paralysie des mouvements de latéralité.

Nous ne voulons pas discuter ici la pathogénie des paralysies associées (1). Disons seulement qu'en pratique, on les rencontre seulement dans les affections qui déterminent une lésion (ou compression) de la calotte entre les tubercules quadrijumeaux et le bulbe. (Quelques faits tendraient à indiquer qu'elles peuvent aussi être causées par une lésion située au-dessus des tubercules quadrijumeaux : il s'agit là d'exceptions, dont l'interprétation pourrait, d'ailleurs, être discutée.)

Troubles de la huitième paire. — L'hypoacousie est un signe capital, surtout dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, où elle est précoce (fréquemment le premier signe), unilatérale au début, et progressive. Dans un certain nombre de faits, la constatation d'une otorrhée rend difficile l'interprétation : il faut, en effet, pouvoir établir que l'hypoacousie n'est pas due à une lésion de l'appareil de transmission. Nous résumerons brièvement, d'après la technique oto-rhino-laryngologique de M. Escat (Paris, 1911), les épreuves permettant de faire cette distinction. Elles sont basées : les unes sur l'emploi de diapasons, les autres sur l'électrisation à l'aide d'un courant continu.

Epreuves au diapason. — Celles de Weber et de Schwabach se font avec un diapason donnant 100 vibrations (Bonnier) ou l'ut², soit 128 vibrations.

Epreuve de Weber. — Placer le diapason vibrant sur le vertex, bien suivant la ligne médiane : un sujet normal entend également des deux côtés; si l'on vient à boucher une oreille, la perception est renforcée du côté obturé. Si le sujet perçoit mieux d'un côté, on dit alors : Weber latéralisé de ce côté; on en conclut que l'appareil auditif est lésé; *le Weber est-il latéralisé du côté sourd*, c'est l'appareil de transmission qui est atteint; *le Weber est-il latéralisé du côté sain*, c'est l'appareil de perception.

Epreuve de Schwabach. — On note chez un sujet sain, la durée de la perception, le diapason vibrant sur le vertex. Si cette durée est diminuée chez le sujet en expérience, l'appareil de perception est lésé ; si elle augmente, c'est l'appareil de transmis-

(1) Dans un certain nombre d'observations, on note de l'ataxie, le signe de Romberg, des douleurs dans les membres, l'abolition des réflexes, bref des symptômes tabétiformes qu'il ne faut pas confondre avec l'asynergie cérébelleuse et les troubles de l'équilibre d'origine métencéphalique. Dans certains cas tout au moins, ces troubles tabétiformes relèvent de l'action exercée par le liquide céphalo-rachidien hypertendu sur les racines des nerfs spinaux, ainsi que l'ont montré notamment les recherches de MM. Nageotte et Lejonne.

(1) Les paralysies associées seraient d'origine supra-nucléaire. Le centre des mouvements associés des yeux, localisé aux tubercules quadrijumeaux par V. Monakow, est situé, par Nothnagel, Weinland, etc., entre les noyaux de la troisième et de la sixième paire. POGGIO (*Riforma med.*, an. XXIII, 1907, p. 5), à propos d'une observation anatomo-clinique de tumeur des tubercules quadrijumeaux, place le centre supra-nucléaire *probablement* dans la substance grise environnant l'aqueduc de Sylvius, au voisinage immédiat des tubercules quadrijumeaux pour les mouvements d'élévation et d'abaissement, plus bas pour ceux de latéralité. Dans presque tous les cas avec paralysies associées où l'étude des faisceaux a été faite, on trouve l'altération du faisceau longitudinal postérieur, et les auteurs s'accordent de plus en plus à rechercher, dans l'altération de ce faisceau, la raison des paralysies associées. Dans le tubercule étudié par l'un de nous (obs. XI) les noyaux de la sixième paire étaient à peu près complètement détruits, ceux de la troisième présentaient seulement de légères lésions (au Nissl) limitées à quelques cellules ; les nerfs moteurs oculaires communs offraient, dans leur portion extraprotubérantielle, quelques lésions dégénératives paraissant dues à l'existence de traînées inflammatoires dans les méninges molles, au niveau de l'émergence du nerf ; les faisceaux longitudinaux postérieurs sont pâles et raréfiés, surtout le gauche.

sion qui est atteint. Cette épreuve a de la valeur surtout en cas de surdité bilatérale.

Epreuve de Bing. — Se fait avec un diapason donnant le la[3], soit 435 vibrations. On le fait vibrer sur le vertex ou la mastoïde de l'oreille examinée. Le sujet indique lorsqu'il cesse d'entendre (perception primaire). On obture alors avec le doigt le conduit auditif et, chez un sujet sain, la perception réapparaît (c'est ce qu'on appelle la perception secondaire). Le trouble ou l'absence de perception secondaire indique une lésion de l'appareil de transmission.

Epreuve de Rinne (diapason donnant l'ut[1], soit 64 vibrations). — Le pied du diapason est appliqué sur la mastoïde, jusqu'à ce que la perception (primaire) ait cessé : on approche alors les branches du conduit auditif. Chez un sujet normal, la perception réapparaît pendant quelques secondes. Le Rinne est alors dit positif. Si l'oreille sourde se comporte comme une oreille saine, c'est que l'appareil de transmission est intact, la lésion siège dans l'appareil de perception. Si le Rinne est négatif, c'est-à-dire si la perception secondaire manque, c'est l'appareil de transmission qui est lésé. Pour que l'épreuve ait sa valeur, il faut que la surdité ne soit pas complète (la voie chuchotée doit être entendue à un mètre); la surdité labyrinthique totale peut donner un faux Rinne négatif, la perception mastoïdienne étant alors en réalité due à l'oreille saine (il s'agit en réalité d'un Weber recherché sur la mastoïde et latéralisé du côté sain); contrôler par l'épreuve de Bing.

L'*électrisation du nerf cochléaire* se pratique avec un courant continu que l'on amène progressivement de 1 à 10 milliampères (en moyenne 3 à 4). L'électrode active est placée dans le conduit auditif ou sur le tragus (elle doit être petite), l'indifférente sur la nuque ou le bras du même côté. Normalement, un courant établi progressivement ne donne rien à l'intensité de 2 à 3 milliampères; si la fermeture est brusque et que l'électrode active soit le pôle négatif, le sujet perçoit un son ou bourdonnement, qui va en s'atténuant, l'interruption ne produit rien. Si l'électrode active est le pôle positif, il ne se produit rien à la fermeture et pendant que le courant passe, mais un faible claquement à l'ouverture. La tonalité du son monte si le courant atteint 5 à 6 milliampères. L'absence de réaction peut être due à un bouchon de cérumen, à la torpeur, à l'atrophie de l'auditif; une réaction plus vive (avec 1 milliampère) indiquerait soit une lésion du tympan favorisant la transmission ou l'hyperhémie du labyrinthe ou de l'auditif. Une réaction intervertie indiquerait une lésion grave de l'appareil de perception. Les résultats ne sont d'ailleurs pas toujours probants.

Ajoutons que, d'après von Bezold, la diminution progressive de l'audition pour les sons de tonalité moyenne (pour lesquels l'oreille est normalement hypersensible) est caractéristique d'une surdité de perception ainsi que l'abaissement de la limite supérieure de la zone hypersensible des sons (rechercher ces troubles avec la[3], ut[6] et sol[6]).

A ces épreuves renseignant sur l'appareil d'audition, il faut ajouter celles de l'appareil vestibulaire. Les troubles de l'appareil vestibulaire existent en même temps que la diminution de l'audition dans les tumeurs protubérantielles; on conçoit aisément de quelle importance pour le diagnostic est la constatation simultanée de troubles auditifs et de l'appareil vestibulaire. Pour rechercher ces derniers, on emploie actuellement les trois épreuves suivantes :

Epreuve du centrifugeur. — Le sujet est placé sur un plateau (ou fauteuil) pouvant être animé d'un mouvement de rotation à la vitesse d'un tour en deux secondes. Normalement, le sujet perçoit, les yeux fermés, le sens de la rotation, et, à l'arrêt brusque, il lui semble tourner en sens inverse. En cas de paralysie de l'appareil vestibulaire, gauche, par exemple, la rotation de gauche à droite est perçue, mais, il n'y a pas de sensation de rotation inverse à l'arrêt. La rotation de droite à gauche n'est pas perçue, mais l'arrêt détermine une sensation de rotation invertie. En cas d'excitation de l'appareil ampullaire (vertige hyperkinétique) les réactions sont inverses. En outre, après la rotation, apparaît un nystagmus qui dure en moyenne 25 à 30 secondes et dont l'étude vient compléter les renseignements précédents : après la rotation de gauche à droite (interrogation du labyrinthe droit), le nystagmus frappe à gauche ; il est surtout net (Barany), si l'on fait regarder à gauche. En cas de lésion du labyrinthe droit, le nystagmus gauche ne se produit pas. Pour le côté gauche, c'est l'inverse. Pour étudier la réaction du canal semi-circulaire vertical, il faut incliner la tête latéralement, de manière à ramener le canal dans la direction horizontale; pour le canal semi-circulaire postérieur, faire fléchir la tête en avant.

Epreuve de Barany (*nystagmus par excitation thermique de l'oreille*). — En irriguant l'oreille à l'aide d'un bock à injections, avec de l'eau soit à 42 degrés, soit de 15 à 20 degrés (ce qui est préférable), on obtient, au bout de trente à quarante secondes, le nystagmus. On dit que l'épreuve est négative (Barany négatif), lorsque le nystagmus ne se produit pas après une irrigation prolongée deux minutes. Le nystagmus est rendu plus net si l'on fait regarder du côté de l'oreille non injectée. Avec de l'eau froide, le nystagmus est dirigé dans le sens opposé à l'oreille injectée (direction droite pour l'oreille gauche). Plus exactement il s'agit d'un nystagmus rotatoire avec une composante horizontale.

Réaction électrique du nerf vestibulaire : vertige voltaïque (Babinski, Brenner, Hitzig, Erb). — Même installation que pour l'électrisation du nerf cochléaire. Les deux électrodes sont placées sur les deux mastoïdes (méthode bipolaire) ou, l'une sur le tragus ou la mastoïde, l'autre sur le bras ou dans la main du même côté. Normalement, avec un courant de 3 à 4 milliampères, le vertige se produit dix à quinze secondes après la fermeture du courant. La tête et le corps s'inclinent du côté de l'électrode positive : le vertige augmente tant que le circuit reste fermé : à la rupture, sifflements, parfois phosphènes, pas de nausées, ni de vomissements. Une lésion de l'oreille externe ne trouble pas la réaction normale : en cas de lésion de l'oreille interne, l'inclinaison se fait toujours du côté de l'oreille malade, quel que soit le sens du courant, ou, de l'oreille la plus atteinte si les deux sont malades (ceci dans deux tiers des cas).

« Dans les cas de lésion labyrinthique bilatérale, avec surdité complète, un courant, même intense, de 15 à 20 milliampères, ne provoque ni sensation de vertige, ni inclinaison à droite ou à gauche de la tête, qui reste immobile ou bien se porte en arrière (1). »

(1) BABINSKI. *Revue neurol.*, 1902, p. 475.

Toutes ces épreuves n'ont plus la même valeur : c'est ainsi qu'à une séance récente de la Société de neurologie, M. Babinski montrait sur deux malades que l'épreuve de Barany et celle du vertige voltaïque peuvent donner des résultats discordants : la réaction au vertige voltaïque était pathologique dans un cas où l'épreuve de Barany déterminait le nystagmus comme normalement. Il faut donc compléter ces épreuves l'une par l'autre, et recourir en outre aux autres procédés d'examen de l'appareil auditif, employés en otologie.

2° Principales causes d'erreur. — Notre intention n'est pas de faire un diagnostic différentiel complet, car aucune discussion théorique ne saurait englober tous les cas, ni remplacer l'analyse des symptômes dans chacun d'eux. Nous voudrions seulement examiner rapidement comment se présentent quelques-unes des principales causes d'erreur.

Comment distinguer les tumeurs protubérantielles de celles des parties voisines? Nous avons suffisamment parlé des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne qui ont leurs signes propres et qui atteignent surtout les nerfs craniens, les signes de compression protubérantielle étant rares et peu marqués. Mais le diagnostic devient bien autrement difficile lorsqu'il s'agit des autres néoplasmes de la fosse cérébrale postérieure, ceux du bulbe, du cervelet et du quatrième ventricule. Ils agissent souvent sur la protubérance ou sur les nerfs qui en partent (notamment certaines tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux sont d'origine cérébelleuse comme notre cas 1). D'autre part, les tumeurs protubérantielles intéressent fréquemment les parties voisines; dans les observations que nous avons résumées, on trouve maints exemples de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux comprimant le bulbe autant que la protubérance; d'autre part, presque toutes se creusent une loge dans l'hémisphère correspondant du cervelet, dont l'écorce est fréquemment entamée et détruite sur une certaine étendue, alors que la protubérance est simplement refoulée, sans lésions histologiques notables. Quant aux tumeurs intra-protubérantielles, elles empiètent fréquemment sur le bulbe ou le quatrième ventricule; dans notre cas de gliome diffus (obs. XCIX), les pédoncules cérébelleux du côté gauche sont aussi infiltrés que la protubérance elle-même. Aussi nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce point.

Rappelons cependant que les néoplasmes limités au cervelet ne déterminent pas de perturbations dans le domaine des nerfs craniens, ni de troubles de la sensibilité, mais des vertiges, troubles moteurs de la marche, de l'équilibre, l'asynergie cérébelleuse, l'adiadococinésie, l'hypotonie, des modifications des réflexes tendineux. Ces troubles sont unilatéraux ou, tout au moins, prédominants d'un côté, qui est celui de la lésion, dans les tumeurs de l'un des hémisphères; ils sont bilatéraux et symétriques dans les tumeurs du vermis. Récemment, Hildebrand (1), se basant sur une statistique de 101 cas, attribuait aux tumeurs du cervelet les symptômes suivants : céphalée unilatérale, souvent frontale, stase, vomissements, troubles du pouls et de la respiration, vertiges fréquents, précoces, intenses, paroxystiques, démarche titubante, la direction du mouvement tendant du côté malade, les jambes avançant, alors que le tronc reste en arrière. On trouve de l'adiadococinésie; plus tard apparaît l'asthénie avec paralysie flasque du côté malade, puis les accidents vestibulaires qui consistent en vertige, nystagmus spontané et céphalée intense; les tumeurs extracérébelleuses s'accompagnent de troubles du côté des nerfs craniens (troisième, sixième, septième, huitième). Mais, ajoute-t-il, les erreurs sont fréquentes. Dana (1) insiste sur l'attaque cérébelleuse caractéristique des tumeurs du cervelet; elle consiste en tintements et bourdonnements d'oreilles bruyants et de tonalité élevée, vertige objectif avec ou sans mouvements forcés, tendance aux chutes brusques sur le sol dans une direction donnée, souvent l'aveuglement soudain avec perte de conscience, et dans les cas graves des convulsions à type d'extension pouvant durer de cinq à dix minutes. En somme, accès à forme de vertige labyrinthique, mais infiniment plus sérieux.

(1) Hildebrand. *XVIe Congrès intern. de méd.*, Budapest 1909.

Les tumeurs bulbaires se reconnaissent par la constatation de l'un des syndromes bulbaires : paralysie labio-glosso-laryngée ou l'un des syndromes alternes, d'Avellis (corde vocale et voile du palais d'un côté), syndrome sympathique (myosis, énophtalmie, ptose), syndrome Goukowski (2) [paralysie et atrophie d'une moitié de la langue avec hémiplégie alterne, motrice ou sensitive]; on a signalé des troubles du pouls et de la respiration, le diabète nerveux, la mort subite. Mais, en pratique, le diagnostic peut présenter les plus grandes difficultés (3).

(1) Dana. *New-York med. Journ.*, 1905, p. 270.

(2) Mme Goukowski a observé ce syndrome dans un cas de ramollissement par artérite oblitérante, bien limité à l'olive gauche du bulbe et à la pyramide gauche, avec destruction de la plus grande partie des racines de l'hypoglosse, *Iconographie de la Salpêtrière*. 1895, p. 178.

(3) Voici, à titre de document, trois exemples de tumeur intéressant le bulbe :

Giannelli (*Riv. sperim. di freniatria*, 1903, t. XXIX, p. 171). — Deux mois après un érysipèle, une femme de quarante ans est prise d'une paralysie labio-glosso-laryngée symétrique progressive. Quelques mois plus tard, troubles graves du vague; le pouls passe de 112 à 140, accès de suffocation, puis douleurs vives du visage et de la nuque, hypoesthésie du trijumeau droit, paralysie bilatérale du facial supérieur, vomissements le matin, vertiges, stase, mort par broncho-pneumonie. La dure-mère qui recouvre la lame basilaire est soulevée par une infiltration élastique, envahissant les trous de sortie des septième, huitième, neuvième et douzième paires, s'avançant en avant vers la portion pétreuse du temporal et la cavité de Meckel. L'auteur donne ce cas comme exemple de paralysie labio-glosso-laryngée par compression du bulbe, et cite un cas de Balz où existait également la paralysie labio-glosso-laryngée : la tumeur ne fut reconnue que tardivement, grâce à l'apparition de signes nouveaux.

Oppenheim [*Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.*, 1905, Loc. cit., (*Cas 2*)]. — Fille de six ans. Adénites cervicales, puis prostration, somnolence, vomissements le matin, parole nasillée, difficulté d'avaler. Au bout de deux mois, paralysie complète du voile, abolition du réflexe pharyngé, dysarthrie, dysphagie, parole nasillée. Réflexes des membres supérieurs abolis, faiblesse du bras gauche et de la jambe gauche, légère ataxie des mains, rien dans les jambes. Marche titubante, écarte les jambes, réflexes achilléens absents, patellaire gauche plus vif que le droit. Pas de stase. Quatre mois après, état presque le même, avec dysarthrie grave, apathie, déviation de la langue à gauche, légère ataxie des jambes, ataxie cérébelleuse, réflexes patellaires et achilléens plus forts à droite qu'à gauche. Mort quelques jours plus tard. Deux tubercules du bulbe situés à peu près symétriquement de chaque côté.

Wiswe (*Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, 1908, t. XXXIV, p. 87). — Homme de dix-neuf ans. Est pris brusquement de céphalée temporo-occipitale droite avec vertiges et vomissements; ces symptômes ne disparaissent plus. Six mois plus tard, diplopie, baisse de la vue, bourdonnements d'oreilles débutant par la droite. Examen, neuf-dix mois après le début : douleur à la percussion tem-

Parmi les tumeurs du quatrième ventricule, certaines empiètent sur la calotte protubérantielle : tel le tubercule de Spitzer (1). Du volume d'une noisette, il occupait à gauche le plancher du quatrième ventricule, atteignant les noyaux des sixième, septième, huitième nerfs, le faisceau longitudinal et le raphé; c'est, en réalité, une tumeur de la calotte avec, comme symptômes, déviation à droite de la tête et des yeux, diplopie, paralysie des mouvements de latéralité de l'œil gauche (monoculaires et à la convergence), du facial gauche surtout sa branche supérieure, raideur des masséters et temporaux, vertiges en tournant la tête à droite, aucun autre signe. Homme de trente-quatre ans, évolution en huit mois.

Les véritables tumeurs du quatrième ventricule sont indépendantes de la substance nerveuse; ce sont surtout des kystes parasitaires auxquels Bruns assigne, comme signes caractéristiques, des vertiges, l'état syncopal, des chutes provoquées par les mouvements brusques de la tête. D'autres fois, il s'agit de tumeurs épendymaires: gliome [Völsch (2)]; tumeur conjonctive aréolaire, dont les aréoles contenaient des amas épithéliaux calcifiés [Besta (3)].

poro-occipitale droite, stase surtout droite, nystagmus dans toutes les positions extrêmes du regard, surtout dans le regard à gauche qui est difficile, aréflexie de la cornée bilatérale presque complète, hypoesthésie et hypoalgésie dans le domaine du trijumeau gauche, hypoacousie bilatérale surtout gauche, Weber latéralisé à droite, Rinne positif à gauche. Parésie du membre supérieur droit avec abolition des réflexes. Membres inférieurs : hypotonie surtout des articulations des pieds, faiblesse légère de la jambe droite, pas d'ataxie, réflexes patellaires et achilléens plus faibles à gauche, pas de Babinski, réflexes abdominaux normaux. Marche cérébelleuse, asynergie, vertiges en penchant la tête en arrière. Pouls petit, un peu accéléré, hyposmie surtout gauche, très légère parésie du facial gauche inférieur. Craniotomie occipitale gauche; amélioration passagère, mais bientôt reprise des vertiges. Deuxième opération, un mois après la première : on explore vainement le cervelet, une partie de l'hémisphère gauche, faisant hernie, est réséquée. Quarante-huit heures après, troubles de la déglutition qui est complètement paralysée deux autres jours plus tard. Le huitième jour : parole nasillée, parésie du regard de côté surtout à gauche, avec nystagmus, aréflexie de la cornée gauche, paupière gauche ferme moins bien. Aucun mouvement de déglutition. Paralysie flasque des membres gauches, parésie de l'inférieur droit avec abolition des réflexes aux deux inférieurs. Ataxie et tremblement intentionnel du membre supérieur droit, pas de trouble de la sensibilité, pouls 124-128. Mort deux jours plus tard. Gliosarcome occupant, dans la moitié inférieure du bulbe seulement, le cordon de Goll droit, ne traversant la ligne médiane qu'à sa partie inférieure.

(1) Spitzer. *Jahrb. f. Psych.*, 1899, t. XXVIII.

(2) Völsch (*Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 123). — Homme de trente-sept ans. Accès de vertige, diplopie transitoire, puis vertiges et céphalée progressive. Deux ans plus tard : céphalée, vomissements, vertiges, chute en arrière, incertitude de la marche surtout pour la jambe droite, tendance à s'affaisser à droite, asynergie, tendance à tomber en arrière, percussion sensible dans les régions fronto-pariétales, stase double, paralysie du sixième nerf droit, nystagmus dans les mouvements de latéralité, crises de hoquet. Rien pour les autres nerfs craniens. Grosse ataxie des membres, hypotonie légère, pas de troubles des réflexes et de la sensibilité. Pouls à 52, normal ; pas de trouble de la respiration. Opération. Mort au bout de vingt-quatre heures. Le quatrième ventricule est comblé par un gliome se prolongeant jusque dans l'aqueduc de Sylvius, et complètement distinct du tissu nerveux.

(3) Besta [*Riforma med.*, 1905, an. XXII, p. 822] (*Cas 1*). — Femme de cinquante-quatre ans. Pas de signes d'hypertension, ni du côté des nerfs craniens. Depuis deux mois, pertes de connaissance durant dix à trente minutes, sans convulsions; troubles mentaux, fièvre transitoire. Réflexes cutanés et rotuliens faibles, pupilles réagissent bien, mais en myosis. Mort dans le coma un mois après. La tumeur (conjonctivo-aréolaire, etc.) occupe la partie supérieure du quatrième ventricule, large d'un demi-centimètre, épaisse de 4 millimètres, longue d'un centimètre.

Cas 2 (kyste échinococcique, gros comme un œuf de pigeon, de l'angle inférieur du ventricule). — Femme de soixante-quatre ans. Atteinte de déficit intellectuel progressif ayant le caractère de démence paralytique ; lorsqu'elle est soutenue, les membres inférieurs peuvent se mouvoir d'une façon désordonnée et ataxique. Pas d'autres troubles nerveux, sauf l'affaiblissement fonctionnel; on avait pensé à une association tabes-paralysie.

Ce dernier auteur dit que, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas de signes suffisants pour permettre le diagnostic ; les signes de tumeur existent à certains moments et disparaissent à d'autres périodes, les vertiges sont en rapport avec les mouvements, finalement mort subite. D'autres fois, on observe un mélange de signes cérébelleux, de signes tabétiformes par compression de la voie sensitive bulbaire, et de signes de lésion du plancher : diabète nerveux, troubles circulatoires et respiratoires.

Les *tumeurs des tubercules quadrijumeaux* donnent [Biancone (1)] très souvent des paralysies des muscles des yeux, bilatérales, non symétriques, lentes à s'établir : les troubles pupillaires sont fréquents, les troubles de l'ouïe apparaissent assez tardivement. Ils peuvent même manquer : dans l'observation de Cangitani (2) un petit gliome des tubercules quadrijumeaux avait déterminé : céphalée avec stase sans perte de la vision, pas de troubles de l'ouïe; des phénomènes de compression cérébelleuse, ataxie surtout aux membres inférieurs, marche ébrieuse avaient fait penser à une tumeur du cervelet.

Enfin, les *tumeurs des hémisphères cérébraux* peuvent déterminer des troubles du côté des nerfs craniens et des signes de compression protubérantielle. Cela s'observe surtout en cas de tumeurs de la base, mais parfois aussi avec des néoplasmes occupant même le lobe frontal. En voici des exemples :

CXVI [Boinet (3)] (obs. III). — Gliome intéressant le chiasma, les bandelettes optiques, les pédoncules cérébraux et comprimant la partie supérieure gauche de la protubérance jusqu'à l'émergence du trijumeau. Cliniquement : femme de trente-quatre ans. A dix-neuf, paralysie progressive de la jambe droite, quatre ictus apoplectiformes avec aphasie, parésie de la face et du bras. Examen : obèse, trois lipomes thoraciques, hémiplégie droite complète, spastique, sans Babinski, esquisse de clonus à gauche, parésie des masticateurs, de la déglutition, du voile à gauche et de la langue avec légère atrophie, face prise à droite puis à gauche. Paralysie de l'élévation et de l'abaissement des yeux, ptose double, œil droit : strabisme convergent, mouvements latéraux possibles ; à gauche, strabisme externe par paralysie de la troisième paire, hémiopie ; plus tard, nystagmus horizontal surtout gauche, douleurs et hypoesthésie de la moitié gauche de la face. Trois ans plus tard, petits mouvements convulsifs de la main gauche. Mort dans le coma deux mois après.

CXVII [Leszinsky (4)]. — Gros endothéliome du lobe temporal droit. Céphalée, vomissements, stase, anosmie, diminution de l'ouïe et signes d'irritation du trijumeau droit.

CXVIII [Finzi (5)] (*Cas 3*). — Tumeur du lobe temporal droit. Céphalée, vomissements, convulsions, dysgraphie et paraphasie avec intelligence conservée, affaiblissement de l'ouïe et parésie de la moitié droite de la face. Opération fait cesser céphalée, vomissements, convulsions, l'atrophie optique se développe. Mort dans le coma.

CXIX (*Cas 4*). — Tumeur du lobe sphénoïdal gauche près de l'uncus. Céphalée, vomissements, stase, hémiopie droite, paralysie des sixième gauche, septième droit, anesthésie douloureuse du trijumeau gauche, bourdonnements intenses de l'oreille droite, troubles de la mémoire, surdité verbale, abolition des réflexes rotuliens, hypoalgésie des membres inférieurs. Signe de Kernig.

CXX [Farrizi (6)]. — Fibro-endothéliome du volume d'une orange occupant tout le centre ovale du lobe pariétal gauche,

(1) Biancone. *Riv. sperim. di freniatria*, 1899, t. XXV, p. 730.

(2) Cangitani. *Riforma med.*, 1899, t. XXV.

(3) Boinet. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1909, p. 333.

(4) Leszinsky. *Amer. neurol. assoc. Boston*, juin 1906.

(5) Finzi. *Riforma med.*, 1907, an. XXIII, p. 488 et 517.

(6) Farrizi. *Ann. dell' istit. psichiatr. della Università di Roma*, 1902, t. II, p. 50.

migraine ophtalmique puis hémicranienne, hémiplégie droite transitoire avec accès de paralysie des septième et douzième nerfs droits, troubles psychiques, stase.

CXXI [Ballet (1)]. — Gliome du volume d'un œuf de dinde se creusant une loge dans la face externe du lobe frontal gauche. Garçon de seize ans. A douze ans, crises épileptiformes puis névralgie du trijumeau gauche avec alopécie temporale, paralysie du moteur oculaire externe gauche, très légère parésie transitoire des membres droits. Les derniers temps, torpeur, névrite optique, crises épileptiformes.

CXXII [Souques (2)]. — L'auteur a rapporté un fait particulièrement intéressant de tumeur du lobe préfrontal gauche; il avait pensé à une tumeur ponto-cérébelleuse. Il s'agissait d'un homme de quarante ans présentant un tic facial gauche avec hyperesthésie dans le domaine du trijumeau gauche et surtout une surdité complète sans lésion de l'oreille moyenne, survenue cinq mois auparavant, précédée de bourdonnements de l'oreille gauche, et accompagnée, semble-t-il, alors de vertige labyrinthique.

Dans ce dernier cas, M. Souques pense que les troubles auditifs sont dus à l'hypertension intracranienne et relèvent d'un mécanisme analogue à celui qui produit la stase papillaire; ce mécanisme, dit-il, a été indiqué par Collet et vérifié à l'autopsie dans un cas de Steinbrugge. De semblables troubles auditifs sont certes plus rares que ceux de la vision provoqués par la stase; mais, dit M. Souques, ils frappent moins le sujet et seraient peut-être plus fréquents si on les recherchait. Dans la discussion soulevée, à la Société de neurologie, par cette intéressante communication, M. Bonnier estime qu'il doit y avoir en même temps des troubles vestibulaires : étourdissements, vertiges; les dérobements des jambes que présentait le malade de M. Souques ont la signification de vertiges sans sensation vertigineuse. M. Babinski a vu, dans plusieurs cas de tumeurs cérébrales avec augmentation de la résistance au vertige voltaïque, celle-ci diminuer après l'extraction, par ponction lombaire de 15 à 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien; ces faits semblent bien montrer que la pression du liquide labyrinthique est liée à celle du liquide céphalo-rachidien et viennent étayer l'hypothèse de M. Souques. M. Sicard a vu, dans quatre cas de tumeurs cérébrales, l'anosmie disparaître quelques jours après la ponction lombaire; ce fait est, semble-t-il, de même ordre que ceux qui viennent d'être signalés.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter le diagnostic avec la syphilis, les méningites séreuses, celle de l'urémie particulièrement. Lorsque les signes d'hypertension intracranienne manquent, le diagnostic peut être malaisé (témoin le fait, cité plus haut, de M. Babinski). Dans tous les cas douteux, il faut se rappeler que, de l'avis de tous ceux qui se sont occupés de la question, l'évolution des tumeurs protubérantielles a pour caractères spéciaux sa progressivité : un ou plusieurs symptômes marquent le début auxquels s'ajoutent progressivement d'autres; à mesure que la tumeur grandit, on voit, par exemple, les nerfs craniens être pris les uns après les autres, lorsque leurs noyaux ou leur tronc viennent à être intéressés par le néoplasme. Rappelons cependant que l'évolution se fait par à-coup irréguliers avec, parfois, des rémissions spontanées ou provoquées par le traitement mercuriel, et cela dans des cas de gliome, sarcome ou tubercules, où la syphilis n'a rien à voir.

(1) Ballet. *Revue neurol.*, 1901, p. 154.
(2) Souques. *Revue neurol.*, 1904, p. 699.

3° La tumeur est-elle extra ou intraprotubérantielle ? — Ainsi que nous le disions au début, cette distinction est d'importance capitale, à notre époque d'interventionnisme chirurgical.

Dans son *Lehrbuch f. Nervenkrankheiten* (Berlin, 1908, t. II, p. 104), le professeur Oppenheim assigne aux tumeurs de l'angle pontocérébelleux la symptomatologie suivante : début par des troubles unilatéraux du nerf cochléaire ou vestibulaire : bourdonnements d'oreilles, hypoacousie nerveuse, vertiges, troubles d'équilibre, crises vestibulaires. Puis apparaissent les symptômes du trijumeau, dont le plus précoce est l'aréflexie de la cornée du même côté que la tumeur. Le facial et le vagus sont souvent pris. De bonne heure s'ajoutent des signes de compression du cervelet, de la protubérance, du bulbe : ataxie cérébelleuse, nystagmus, paralysie du regard, symptômes bulbaires. Les signes généraux peuvent précéder, accompagner les signes de localisation, ou leur succéder ; ils peuvent être légers ou très intenses, en particulier la céphalée et la stase papillaire. Les vomissements sont fréquents, mais pas constants : la céphalée, surtout nucale ou frontale, s'accompagne souvent de douleur à la percussion de l'occipital, quelquefois de matité. La participation du cervelet et du pédoncule cérébelleux inférieur peut se traduire par de l'ataxie cinétique homolatérale, surtout du bras, l'adiadococinésie, le tremblement intentionnel, etc. Les tumeurs intraprotubérantielles se distinguent par les caractères suivants : la stase manque presque toujours, les paralysies des nerfs craniens sont plus souvent bilatérales, mais les tumeurs extraprotubérantielles peuvent déterminer aussi, au cours de leur évolution, des paralysies bilatérales.

Ziehen (*loc. cit.*) donne comme signes différentiels: fréquence de la stase dans les tumeurs de l'angle, alors qu'elle manque ou est tardive dans les intraprotubérantielles, unilatéralité des lésions du cochléaire et du vestibulaire, ces troubles sont d'apparition précoce et restent pendant longtemps le seul signe, contrairement à ce qu'on observe dans les lésions du cervelet, du bulbe et de la région du trijumeau. L'évolution aide d'ailleurs à la localisation du néoplasme.

Hartmann Fritz (*loc. cit.*) écrit qu'une hémiplégie alterne avec paralysie des sixième, septième, ou huitième nerfs, paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux, comme signes de début, indique une lésion protubérantielle. Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux donnent, au contraire, des troubles précoces de l'auditif; donc, début par l'hypoacousie unilatérale progressive et aboutissant à la surdité complète, alors que les autres symptômes sont encore peu accusés. La surdité par lésion protubérantielle est tardive, vite bilatérale, et toujours accompagnée d'autres symptômes : stase papillaire, ophtalmoplégies, grave dysarthrie, ataxie et paralysies. Au contraire, Henneberg et Koch (*loc. cit.*) estiment que les signes d'hypertension sont les symptômes initiaux des tumeurs de l'angle, la parésie du facial serait constante, les troubles de l'auditif sont souvent tardifs. Une hémiplégie précoce, alterne, avec paralysie de la troisième paire, des mouvements associés des yeux et de l'acoustique, indiquent une tumeur intraprotubérantielle.

Grainger, Stewart et Holmes Gordon (*loc. cit.*) donnent le tableau suivant :

	Tumeurs extraprotubérantielles	*Tumeurs intraprotubérantielles.*
Névrite optique	Variable.	Tardive, souvent absente.
Vertige	Le sujet se sent tourner vers le côté sain.	Indéfini.
Nerfs V	Souvent pris.	Ces nerfs sont pris fréquemment des deux côtés. Leurs paralysies sont : nucléaires (groupées d'après la constitution des noyaux).
VI	Faiblesse des mouvements ou nystagmus lent dans le regard du côté lésé.	
VII	Parésie.	Ou supranucléaires.
VIII	Surdité du côté atteint, puis complète. Bruits rapportés à l'oreille du côté atteint.	
IX, X, XI	Parfois pris du côté lésé.	La paralysie d'un nerf d'un côté peut coïncider avec celle d'un nerf proche ou distant de l'autre côté.
XII	Parésie supranucléaire controlatérale.	Paralysie constante des mouvements de latéralité des yeux.
Troubles moteurs	Parésie et ataxie homolatérales ; souvent parésie spastique controlatérale. Parfois bilatéraux.	Parésie souvent bilatérale avec spasticité, ataxie générale.
Sensibilité	Rien.	Parfois hémianesthésie.
Réflexes tendineux	Ordinairement plus forts surtout controlatéralement.	Exagérés souvent de manière inégale.
superficiels.	Souvent moins forts contrôlatéralement.	Diminués souvent de manière inégale.
plantaires	Extension ou flexion.	Extension, uni ou bilatérale.
Sphincters	Rarement pris.	D'habitude pris.

L'étude de nos cas personnels et la lecture des observations que nous avons résumées, nous amène à des conclusions analogues, dans leur ensemble, à celles des auteurs précédents.

Il n'y a pas de symptôme pathognomonique, appartenant en propre aux néoplasmes extra ou intraprotubérantiels et dont la constatation suffise à reconnaître les unes ou les autres. Ce qui diffère, c'est non les symptômes, pris en eux-mêmes, mais leur ordre d'apparition, leur groupement, leur fréquence relative, et c'est sur ces différences que repose surtout le diagnostic.

Pour les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, avons-nous dit plus haut, le diagnostic repose sur la constatation de signes d'hypertension intracranienne, associés à l'existence de paralysies unilatérales (du même côté que la tumeur) des nerfs craniens, surtout cinquième, septième et huitième, avec une évolution progressive.

L'hypoacousie et les vertiges et bourdonnements d'oreille sont souvent les premiers signes de localisation, ou même des signes initiaux, et acquièrent, de ce fait, une grande importance ; plus tard, l'hypoacousie peut devenir bilatérale. L'examen est gêné, dans certains cas, par une otorrhée ; quand on le peut, il faut le compléter par les procédés d'exploration des nerfs cochléaire et vestibulaire que nous avons résumés (Weber, Rinne, Barany, centrifugation, vertige voltaïque), l'étude minutieuse des troubles de la huitième paire offre, en effet, une importance capitale pour le diagnostic du néoplasme et sa localisation à l'un des deux angles ponto-cérébelleux. A ces symptômes s'ajoutent, fréquemment, des parésies de la langue, du voile (dysarthrie, dysphagie) et la parésie des mouvements associés des globes oculaires lorsque le malade regarde sa tumeur ou, tout au moins, prédominante de ce côté. Enfin, le diagnostic est complété par la constatation de troubles cérébelleux (asynergie, adiadococinésie, etc.) prédominant, tout au moins, du côté de la tumeur.

L'évolution est progressive, de nouveaux symptômes apparaissent au fur et à mesure que l'extension de la tumeur intéresse des régions nouvelles.

Parfois on constate des paralysies des nerfs craniens de l'autre côté, ou des troubles moteurs ou sensitifs semblant indiquer une localisation à l'autre côté ; s'il s'agit de tumeurs des deux angles, la bilatéralisation doit être plus franche et plus précoce : une tumeur unique peut, en écrasant la protubérance contre l'os, ou par distension ou refoulement, déterminer des symptômes du côté opposé ; ils sont alors tardifs, et peu nombreux, moins intenses également que ceux correspondant à la véritable localisation de la tumeur.

L'existence des tumeurs cutanées et des taches pigmentaires, qui caractérisent la maladie de Recklinghausen, ne permet pas de rapporter à cette affection tous les signes nerveux que peut présenter le malade ; alors qu'elle s'accompagne de tumeurs de l'angle, celles-ci, ordinairement multiples, peuvent demeurer uniques.

Quant aux tumeurs intraprotubérantielles, elles débutent le plus souvent, par la paralysie associée progressive des mouvements latéraux des yeux, prédominante du côté où prédomine la tumeur, et accompagnée, du côté des membres, de troubles moteurs et sensitifs, et, surtout de troubles cérébelleux (asynergie, dysmétrie, adiadococinésie, etc.), troubles de l'équilibre, marche ébrieuse, déviée surtout du côté de la tumeur. A ces symptômes s'ajoutent progressivement des paralysies des nerfs craniens, souvent bilatérales ; l'auditif est pris moins souvent que dans les tumeurs de l'angle, et de façon plus tardive. Les signes d'hypertension et notamment la stase sont moins fréquents et plus tardifs que dans les néoplasmes extraprotubérantiels.

4° Peut-on soupçonner la nature du néoplasme ? — Il faut, avant tout, s'attacher à dépister la syphilis (ponction lombaire, réaction de Wassermann, signe d'Argyll), en se rappelant que le traitement mercuriel a donné des améliorations en cas d'autres néoplasmes que les gommes. Si l'on ne veut pas recourir à la ponction exploratrice avec étude histobactériologique des débris ramenés par l'aiguille, le diagnostic des sarcomes, gliomes et tubercules est bien précaire ; rappelons seulement que les tubercules occupent presque toujours la calotte, certains gliomes ou sarcomes pouvant au contraire se localiser à la région préprotubérantielle, et donner lieu surtout à des troubles par compression pyramidale, avec ou sans participation des nerfs craniens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JUIN 1911)

Hémorragie sous-dure-mérienne au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. CAUSSADE et PHIPPS rapportent un cas de fièvre typhoïde survenue au cours d'une pachyméningite. Au début, le diagnostic est resté hésitant entre la méningite et la dothiénentérie. Il y avait, en effet, de l'apathie, de la torpeur, de la somnolence, une attitude en chien de fusil et une température élevée. Une ponction lombaire pratiquée montra un liquide normal. La température continua à se maintenir à 40 degrés. Les symptômes précédents de nature méningée s'accentuaient en même temps qu'on constatait tous les signes classiques de la fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic était positif au 1/100. Vers le seizième jour de l'affection apparut un état de raideur musculaire qui, au vingtième jour, se transforma en contracture intense généralisée de tout le corps, avec trismus. Le diagnostic de méningo-typhus fut posé; on refit une ponction lombaire, qui montra un liquide céphalo-rachidien sanglant.

Le malade mourut et, à l'autopsie, on constata une hémorragie sous-dure-mérienne récente et pachyméningite ancienne. Au microscope : lésions de méningite aiguë caractérisées par une infiltration de polynucléaires dans la dure-mère et l'arachnoïde.

Les auteurs concluent que l'infection éberthienne s'est fixée sur les méninges à la faveur d'une altération ancienne et pensent qu'il peut en être de même dans les cas de pneumotyphus. En outre, il ne faut pas rejeter le diagnostic de méningite d'après la constatation de liquide céphalo-rachidien normal, s'il existe un syndrome méningé, si fruste soit-il.

Considérations sur la cécité corticale. Présentation de trois cerveaux. — MM. Pierre MARIE et André LÉRI montrent trois cerveaux présentant une lésion bilatérale des lobes occipitaux qui avait déterminé de la cécité corticale. L'un de ces cerveaux est particulièrement intéressant en ce que la lésion d'un côté est exclusivement corticale et limitée aux deux lèvres et au fond de la scissure calcarine. Un autre ne présentait que deux très petites lésions du cunéus empiétant sur la calcarine. Ces cas sont tout à fait en faveur de la participation prépondérante du cunéus à la sphère visuelle.

Ces cas ont pu être diagnostiqués cliniquement : — par l'existence d'une hémianopsie pas tout à fait complète d'un côté ; — par la constatation de troubles visuels en apparence paradoxaux permettant la vision de certains objets et ne permettant pas celle du jour, par exemple, ce qui fait penser que les malades ont conservé la vision, mais ne savent plus s'en servir, qu'ils ont des sensations visuelles plus que des perceptions ; — par un état mental très spécial où dominent d'une part les troubles de l'orientation aussi bien dans le temps que dans l'espace, d'autre part le défaut de reconnaissance des objets aussi bien par le toucher que par la vue ; — enfin par la persistance des réactions pupillaires qui dépendent peut-être de la persistance des sensations lumineuses.

Épanchement pleural paradoxal. — M. MILLARDET (de Rennes) lit une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 JUIN 1911)

M. CAYLA, président, rappelle en termes émus le drame dont a été victime le docteur Guinard ; après M. Mesureur et le professeur Segond, il fait ressortir que des actes de cette nature sont la conséquence inévitable de la campagne injuste menée contre le corps médical par un public intéressé ou malveillant; aujourd'hui, comme de tout temps, la conscience et les traditions d'honneur sont les seuls mobiles qui inspirent les actes du médecin ou du chirurgien.

Bourse du V. E. M. — Il est procédé par tirage au sort à l'attribution d'une bourse gracieusement offerte à la Société pour le prochain voyage d'études médicales aux eaux minérales du Sud-Est de la France.

Corps thyroïde et intestin. — M. LÉOPOLD-LÉVI démontre qu'il existe une constipation thyroïdienne, extrêmement fréquente, ne différant en rien de la constipation commune, et que le traitement thyroïdien est le traitement physiologique de la constipation essentielle. Il étudie ensuite la diarrhée thyroïdienne, l'instabilité intestinale, l'entérite muco-membraneuse et insiste sur le bon effet, dans ces affections, du traitement thyroïdien.

Pathogénie générale des tumeurs bénignes de la mamelle. — Pour M. Maurice LETULLE, il existe, dans un grand nombre de tumeurs bénignes (solides ou kystiques) de la mamelle, de véritables « malfaçons mammaires » qui sont le point de départ de la tumeur même. L'auteur présente de nombreux clichés qui impriment cette notion pathologique, et invoque à l'appui de sa thèse maints arguments favorables fournis par la clinique : la jeunesse, la bilatéralité fréquente des lésions, les antécédents familiaux héréditaires, la coïncidence d'une tumeur bénigne avec d'autres tumeurs (kyste ovarique, myome utérin, molluscum, etc.).

M. VERCHÈRE envisage les déductions pratiques de cette étude ; tout en admettant que l'ablation d'un sein ou même des deux seins peut être légitimée, alors que la tumeur est bénigne et sera telle indéfiniment, il ne resterait à son avis comme indication précise de l'intervention dans ces tumeurs que l'excès de volume de la glande ou l'ulcération de la peau.

Un cas de fracture de rotule. Cerclage, suture, guérison. — M. DARTIGUES, dans une fracture de rotule en trois fragments, avec déchirure des ailerons et volumineuse hémarthrose, fit d'urgence le nettoyage de l'articulation, le cerclage de la rotule et la suture des ailerons. Le malade se levait le vingt-deuxième jour, et, au troisième mois, faisait sans arrêt une marche de 15 kilomètres. L'auteur insiste sur le précieux auxiliaire qu'il trouve dans la cure « myothérapique » postopératoire.

M. DEPASSE relate le cas d'un malade, tombé du deuxième étage, et chez lequel la rotule fracturée en cinq morceaux fut cerclée au fil d'argent. Six mois après, nouvelle chute et nouvelle fracture : en ouvrant l'articulation, on constata que le fil d'argent avait cédé. Depuis, nouveau cerclage et guérison définitive.

Présentation d'un ex-voto pathologique. — M. PERAIRE présente un ex-voto de provenance bolivienne, chez lequel le sujet, à l'aide de ses mains, localise nettement ses douleurs au niveau de l'estomac.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DE JUIN 1911)

La tuberculose de la rate. — M. P. Emile WEIL passe en revue les lésions que le bacille de Koch peut susciter dans la rate et décrit les divers aspects de la tuberculose splénique. Les lésions peuvent être folliculaires ou non folliculaires. Les lésions folliculaires (les tubercules) sont les plus fréquentes; elles s'associent toujours à des altérations vulgaires de congestion, d'hémorragie, de prolifération cellulaire, et de sclé-

rose. Ces lésions banales peuvent parfois prendre une telle importance, qu'elles cachent et font méconnaître les lésions folliculaires.

Dans d'autres cas, on ne trouve plus de lésions folliculaires mais seulement des altérations atypiques de deux ordres : la rate peut présenter une cirrhose hypertrophique, ou bien des lésions d'aspect néoplasique et de structure lymphadénique que seules, l'étiologie et l'inoculation démontrent de nature tuberculeuse.

Ces tuberculoses atypiques sont surtout intéressantes à connaître parce que, méconnues jusqu'alors, elles constituent une grosse partie des splénomégalies dites primitives ou essentielles.

Enfants de tuberculeux contagieux. — M. GIRARD-MANGIN. Les enfants de tuberculeux contagieux résistent mieux à la contagion familiale s'ils ne quittent pas trop longtemps leur milieu. Après un séjour à la campagne de plusieurs années, ils sont robustes, mais capables de se contaminer en quelques mois en milieu contagieux. Tandis que les enfants envoyés un, deux ou trois mois annuellement au grand air résistent presque parfaitement à l'infection tuberculeuse.

Pour avoir une influence durable sur la santé des enfants les séjours à la campagne doivent être répétés; il est plus avantageux d'envoyer un colon 6 fois deux mois à la campagne qu'un an tout entier.

Sur 100 enfants dont 88 avaient profité des colonies de vacances il n'y a eu que 1 décès par méningite tuberculeuse; et 4 cas de tuberculose, dont 1 de tuberculose osseuse.

Accidents de la sérothérapie antituberculeuse. — MM. RÉNON, RIST, KÜSS, Léon BERNARD, continuent la discussion sur ce sujet.

Présentation de malades. — M. GUINARD présente des malades atteints, l'un de rétraction des deux aponévroses palmaires, les autres d'accidents locaux consécutifs à certaines injections médicamenteuses.

Tuberculose expérimentale des centres nerveux. — MM. LODERICH et TINEL.

VARIÉTÉS

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE ET CANNIBALISME EN CHINE

Par le docteur J.-J. MATIGNON,

Chef de laboratoire de pathologie exotique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les Chinois ont été des devanciers : non seulement ils avaient avant nous trouvé la poudre et la boussole, utilisé la brouette et l'omnibus; mais en médecine ils connaissaient les vertus du mercure dans la syphilis et des rayons rouges dans la variole, ils pratiquaient même l'opothérapie.

L'opothérapie hépatique avait et a encore une application tout à fait insoupçonnée chez nous. Non contente de suppléer à un organe à sécrétion insuffisante, elle crée de toute pièce le courage.

L'opothérapie hépatique se propose, ou se proposait, un but psychique. C'est à cette idée thérapeutique, très spéciale, que nous devons attribuer les vestiges du cannibalisme en Chine.

Le foie humain, surtout celui d'un ennemi, est en effet considéré comme un spécifique du courage. Son ingestion « met du cœur au ventre » des plus pusillanimes. Notre expression « se manger les foies », qui n'est qu'une image, devient de temps à autre, en Chine, une terrible réalité.

Fait assez singulier. C'est le même *caractère* « Tan » qui, en langue écrite, « sert à exprimer les mots fiel et courage ».

Durant mes premières séjours en Chine, j'avais entendu parler de cette habitude de manger du foie humain dans un but d'*opothérapie morale*, si je puis dire. Mais je n'avais pu en recueillir de faits positifs. J'avais seulement signalé, dans mon livre, *Superstitions, Crime et Misère en Chine*, un fait de même ordre. En 1895, un criminel célèbre avait été exécuté à Pékin. Le bourreau lui avait enlevé la vésicule biliaire qu'il avait vendue à poids d'or, à un pharmacien. Celui-ci fit savoir par la ville qu'il était détenteur de la précieuse vésicule et les clients s'écrasèrent dans son officine pour se procurer, à des prix invraisemblables, quelques parcelles du bienheureux spécifique.

La pharmacopée chinoise vante les vertus de la bile humaine, de même que celle du tigre et celle de l'ours.

Voici maintenant des exemples récents et positifs de ce cannibalisme opothérapique, que j'ai pu recueillir lors de mon récent voyage au Tonkin et au Yunnan (janvier et février 1911).

En 1908, des réformistes révoltés furent exécutés à Hokeou, ville frontière du Tonkin. Le bourreau enleva le foie de ses victimes et le vendit au détail. Les morceaux de foie étaient mangés tout crus ou simplement mâchés, puis crachés, par ceux qui les achetaient.

Il y a deux ans, les réguliers chinois envahirent notre territoire du côté de Lao Kai. Un de nos officiers de la Légion étrangère qui avait été envoyé pour arrêter cette bande fut tué. Son corps fut retrouvé le ventre ouvert et le foie arraché. On sut plus tard qu'un officier chinois d'un poste frontière s'était vanté, chez le sous-préfet de l'endroit, d'avoir, avec ses hommes, mangé le foie de notre compatriote.

A peu près à la même époque, un de nos nationaux, entrepreneur au chemin de fer du Yunnan, fut assassiné, dans la vallée du Nam-Ty par ses domestiques. Ses soldats d'escorte se saisirent des meurtriers, les fusillèrent et se partagèrent les foies pour les dévorer.

Cette coutume de manger cru ou simplement de mordre dans le foie d'un ennemi ou d'un criminel est très fréquente, paraît-il encore, surtout dans les provinces du sud de l'Empire, au Yunnan, au Kouang-Si et au Kouang-Toung.

Il serait intéressant de faire une enquête détaillée sur place de ces faits.

On a vu à la suite d'exécutions, la foule se précipiter sur les cadavres et les mutiler pour prendre leur foie. Soyons indulgent pour ces passions populaires, chez les individus que nous considérons comme moins civilisés que nous, puisque dans nos contrées, si la police ne faisait bonne garde, on verrait des détraquées se précipiter pour tremper leur mouchoir dans les flaques de sang autour de la guillotine.

Cette persistance du cannibalisme en Chine ne peut guère s'expliquer que par une idée superstitieuse, primitivement en rapport avec une conception thérapeutique, mais qui aujourd'hui doit être mise sur le même pied que notre croyance à la vertu spéciale de la corde de pendu (1).

JURISPRUDENCE

LA LOI DES RETRAITES OUVRIÈRES ET LES INTERNES ET EXTERNES DES HOPITAUX

On discute en ce moment dans le monde des internes et externes des hôpitaux la question de savoir si cette catégorie de personnes est soumise à la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières.

Les internes et externes des hôpitaux publics ou privés ne peuvent être considérés comme des salariés, mais simplement

(1) Communication à la Société des sciences médicales de Poitiers (séance du 2 juin 1911), in *Journ. scient. et méd. de Poitiers*, juin 1911.

comme des étudiants. Si l'on consulte en effet le règlement général sur le service de santé, on voit qu'ils sont désignés sous l'appellation d' « élèves internes et externes »; de plus, quand ils acquièrent le titre de docteur en médecine, ils doivent démissionner.

En outre si l'on considère l'indemnité annuelle que reçoivent les internes ou les externes, on peut affirmer qu'ils ne peuvent être assujettis à la loi sur les retraites. En effet les sommes qui sont allouées aux internes, et exceptionnellement aux élèves externes, sont de simples indemnités reçues pendant un laps de temps qui ne peut dépasser quatre ans. Du reste, c'est sous ce nom « d'indemnité » qu'elles figurent au budget de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, au sous-chapitre IV, article n° 4 « indemnités fixes du personnel médical des services de santé » et article 24 « indemnités de déplacement ». Les indemnités fixes variant de 600 à 1 000 francs par an, pour les élèves internes, ne peuvent être considérées comme la rémunération, le salaire d'un travail effectué par eux, ces sommes n'étant pas en proportion des services rendus. La disproportion est trop flagrante en effet entre le service rendu, le travail fourni et la rémunération, qui ne représente même pas le minimum nécessaire à l'existence de l'interne. L'indemnité ne peut pas être non plus un traitement; il serait dérisoire, et le traitement doit être suffisant pour faire vivre celui qui le reçoit. D'après la distinction établie par l'administration entre le traitement et l'indemnité, on considère comme traitement la rétribution des fonctionnaires de l'Etat ou des grandes administrations, qui, étant sujette à retenue, se traduit à la fin de la carrière du fonctionnaire par une retraite. Le terme d'indemnité est réservé aux sommes reçues par des personnes quelconques, mensuellement ou annuellement, et qui ne constituent pas le point de départ d'un droit à la retraite. Ces indemnités sont précaires ; elles ne sont données qu'en raison de services temporaires, qui se terminent, après un laps de temps plus ou moins longs sans aucune espèce de compensation.

Pour ces raisons, les élèves internes et externes des hôpitaux publics ou privés ne sont pas des assurés obligatoires. Cette interprétation est du reste celle du ministre du travail et de la prévoyance sociale (v. *Journal officiel*, 20 juin 1911 : questions écrites).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 JUILLET 1911

THÈSES

Mercredi 12 juillet, à une heure (fin). — M. VOSGIEN. Le cystecercus cellulosæ chez l'homme et chez les animaux. (MM. Blanchard, président; Roger, Marfan et Branca.) — M. MAUBLANT. Immunité naturelle de certains animaux contre les morsures des serpents venimeux, vipère, cobra et essai d'immunisation préventive. (MM. Roger, président; Blanchard, Marfan et Branca.) — Mlle LÉVY. Exploration de la fonction digestive chez les enfants à l'état normal, à l'état pathologique; nouvelles méthodes de coprologie pratique. (MM. Marfan, président; Blanchard, Roger et Branca.) — M. SEIFFERT. De la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus. (MM. Reclus, président; Mauclaire, Ombrédanne et Zimmern.) — M. REHM. La fracture indirecte juxta-épiphysaire de la base du cinquième métatarsien et son traitement par un appareil de marche. (MM. Reclus, président; Mauclaire, Ombrédanne et Zimmern.) — M. LOUBIER. Action de quelques agents physiques (électricité et lumière) sur l'obstruction intestinale. (MM. Reclus, président; Mauclaire, Ombrédanne et Zimmern.) — M. DASCALOFF. De l'actinomycose cutanée. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et André Léri.) — M. SCHWAB. De l'herpès récidivant de la langue. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et André Léri.) — M. CLOGNE. Des localisations périostiques et osseuses de la syphilis secondaire. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Lœper et André Léri.) — M. CLÉRET. Etude sur la pathogénie du goitre exophtalmique. (MM. Pierre Marie, président; Gaucher, Lœper et André Léri.) — M. DUVAL. Etude critique des appareils acoustiques. (MM. Segond, président; Lejars, Legueu et Jean Camus.) — M. ALBERT. Du traitement chirurgical des ulcères variqueux rebelles des membres inférieurs. (MM. Segond, président; Lejars, Legueu et Jean Camus.) — M. EYBAR. Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie de la prostate. Fonctions sexuelles après l'opération de Freyer. (MM. Segond, président; Lejars, Legueu et Jean Camus.

Jeudi 13 juillet, à une heure. — M. ROTHUREAU. La syphilis déclassée. Syphilis secondaire tardive. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Rathery.) — M. MORAT. Etude sur les idées et les faits relatifs au virus variolique au XVIIIe siècle. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. VINCHON. Délires des enfants. Contribution à l'étude clinique et pronostique. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. LE BLAYE. Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle. (MM. Achard, président; Débove, Gilbert Ballet et Rathery.) — M. PERRIN. L'influence des vapeurs de mercure sur la sécrétion lactée. (MM. Pouchet, président; Albert Robin, Widal et Balthazard.) — Mlle LENORMAND. L'épreuve du collargol dans le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. (MM. Albert Robin, président; Pouchet, Widal et Balthazard.) — M. BANQUE. Réaction du liquide céphalo-rachidien au cours de la pachyméningite pottique. (MM. Widal, président; L.-M. Pouchet, Albert Robin et Balthazard.) — Mlle SCHMARINE. Néphrite pneumococcique chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Bar et Jeannin.) — M. BLANCHET. Contribution à l'étude de l'urémie gastro-intestinale, l'urémie occlusive. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Bar et Jeannin.) — M. CHARRIER. Contribution à l'étude de l'emploi de l'iode et de l'essence de térébenthine en obstétrique. (MM. Bar, président; Hutinel, Chantemesse et Jeannin.) — Mlle LEVIGNE. Herpès gestationis. (MM. Bar, président; Hutinel, Chantemesse et Jeannin.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Tuberculose par arthritisme, par le docteur Paul CARTON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de Brévannes, Gr. in-8 de 628 pages avec 26 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

Vicious Circles in Disease, by Jamieson B. HURRY, M. A., M. D. (Cantab.), ex-president, Reading Pathological Society. Demi 8vo, pp. XIV-186. Cloth Bevelled Boards, with Gilt Lettering and Edges. With Illustrations. — Price : 6 shillings. — London, J. and A. Churchill, 7, Great Marlborough Street.

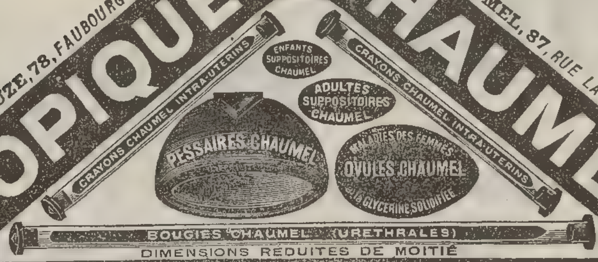
Affections chirurgicales de la poitrine, par le docteur Ch. SOULIGOUX, chirurgien des hôpitaux de Paris. Gr. in-8 de 280 pages avec 48 figures. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

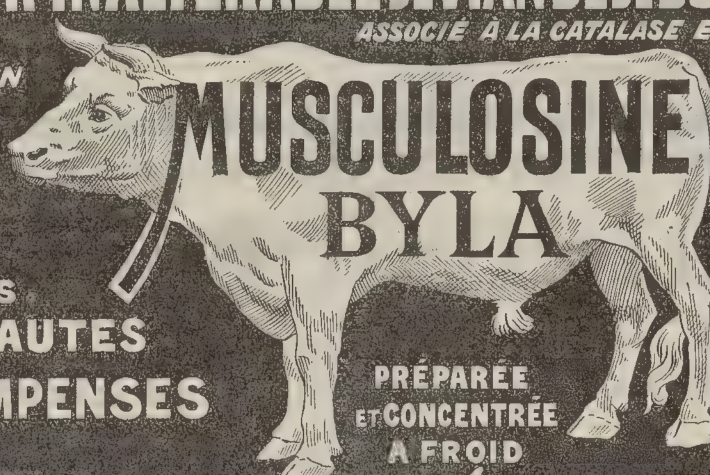
Physiothérapie infantile. Menus et recettes de cuisine diététique, par le docteur H. LEGRAND. Préface du professeur LANDOUZY. In-8 de 374 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de culture physique, par le docteur C.-C. PAGÈS. In-18 jésus, cartonné, avec 86 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES OVULES CHAUMEL A LA GLYCERINE SOLIDIFIEE
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)



N° 76. — JEUDI 6 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 6 JUILLET 1911. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination (par ordre de mérite) de MM. Archimbaud, Imbert et Gérard.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille de bronze pour services rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Perrion (de Nantes).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 27 juin 1911, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité de Santi.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Darré.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Treillet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Henriot.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Broquin-Lacombe, Clair, Parturier, Vaquier, Moity, Bodros, Duvoir, Constant, de Brunel de Serbonnes, Swarte, Thiault, Capot de Quissac, Zaëpffel, Phalempin, Pépin, Harpey, Rimaud, Lecat, Allée, Altenbach, Vernière, Branlard, Bousquet, André, Miroudot, Bouvaist, Chamard, Magnanon, Chambat, Lautard, Rio, Thomas, Blâcher, Touret, Perron, Dhombres, Ferandou, Vuillermoz, Desmaroux, Rabourdin, Fège, Pappas, Branche, Guyonnaud, Herman, Nollen, Giraud, Perchepied, Magnien, Chabert, Terrenq, Penel, Béal, Langlet, Malavialle, Schreiber, Deparpe, Mandouil, Barachon, Vilfroy, Hoël, Rey, Boulan, Devouges, Marquet, Faurous, Vittoz, Feuillet, Passet, Lefèvre, Verlac, Vendiesse, Roger, Gony, Guichard, Daubas, Déchambre, Erroux, Privey, Bernard, Aweng, Augagneur, Durand, Masselot, Roussin, Brelet, Allart, Gazeau, Bruniquel, Andt, Gisclard, Fallot et Duprat.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Delattre, Seyroux, Kendirdjy et Dauchez.

— Par décret en date du 27 juin 1911, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de réserve et de l'armée territoriale Jalaguier, Noël, Boinet, Moriez, Cornille, Guérin, Forgue, Chatin, Knoll et Guéguan.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Casteret.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Coppens, Dignat, Delanef, Hanriot, Couraud, Prévost, Baratier, Stecewiez, Pégurier, Boulland, Gandar, Malbot-Pasturcau, Fistié, Chusquet et Mercier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Marette, Poirier, Delord, Boutet, Tollemer, Friteau, Paquy, Bouchard, Maurin et Baigue.

HOPITAL NECKER. — M. le docteur Hirtz fera, le lundi 10 juillet, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre Laënnec, une conférence sur *le syndrome angiospasmodique.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adrian, le fondateur de la grande maison de produits chimiques qui porte son nom, et l'un de ceux qui ont le plus contribué au grand développement pris par la pharmacie française.

RENSEIGNEMENTS

DE LA PRÉDISPOSITION MORBIDE

ENVISAGÉE A PROPOS DE

L'ICTÈRE ÉMOTIF INFANTILE

Par M. Prosper MERKLEN.

Ces derniers mois ont paru à la Société de pédiatrie (1) quelques observations d'ictère émotif infantile. Elles entraînent une première conclusion : la maladie n'affecte pas la rareté que les classiques ont coutume de lui reconnaître. Toutefois elle reste moins fréquente que chez l'adulte, constatation qui s'explique pour nous par la fugacité de l'émotion dans le jeune âge et la légèreté du choc qui frappe par suite l'organisme.

Il nous paraît d'ailleurs qu'en face d'un ictère à apparition soudaine — et cela à toutes les périodes de la vie — l'enquête étiologique, qui négligerait d'élucider le rôle possible de l'émotion, serait incomplète et risquerait d'être faussée dans ses conclusions.

Autrement ardu est le problème qui essaie de déterminer par quelle modalité l'émotion se relie à l'ictère. En réalité, il n'est guère que la notion de *prédisposition* sur laquelle on soit autorisé à faire fonds.

Celle-ci n'a pas échappé à Nobécourt et à Mouriquand, qui la mettent judicieusement en relief au cours de leurs travaux respectifs.

Dans l'observation de Nobécourt, l'ictère éclate après une grande frayeur chez un garçon de onze ans et demi dont le passé était chargé de troubles gastro-intestinaux. Le cas de Mouriquand a trait à un ictère, consécutif de même à une peur violente, chez une jeune fille de dix-huit ans, atteinte depuis longtemps de dyspepsie à prédominance stomacale.

Dans cet ordre d'idées, mentionnons une observation personnelle (2) relative à une fillette de huit ans : le choc émotif réveille des accidents digestifs et généraux, analogues en tous points à des troubles auxquels l'enfant avait été jadis sujette.

A ces faits, d'une précision presque schématique, s'opposent deux observations. Dans l'une, qui nous est personnelle (fillette de onze ans) et dans l'autre, due à R. Voisin (garçon de dix ans), l'émotion provoque l'ictère, sans que rien, dans le passé des malades, ait paru les prédisposer à une semblable localisation.

Faut-il en déduire que ces enfants n'aient pas été des prédisposés ? Nous ne le croyons pas ; et il nous est impossible d'admettre qu'à l'ébranlement de l'économie le foie ait seul répondu, sans admettre du même coup une prédisposition locale individuelle à qui revient dans la détermination du processus le rôle essentiel.

Mais en semblables circonstances la prédisposition est maintes fois malaisée à mettre en évidence, et plus souvent encore échappe aux tentatives entreprises pour la dépister.

Il convient alors de garder ouverts les dossiers de l'observation individuelle et de l'enquête familiale. De nouveaux faits pourront s'y inscrire dans l'avenir, qui seront pour ainsi dire la justification du passé. Malheureusement cette méthode nécessite une ténacité qu'épuisent trop aisément le cours des années ou l'intervention de conditions matérielles empêchantes ; elle exige de plus, en ce qui concerne l'enquête familiale, une documentation assez précise pour n'être pas entachée de suspicion.

L'observation individuelle ultérieure nous a permis de recueillir une notion intéressante chez la fillette de onze ans dont nous avions étudié l'ictère émotif. Trois mois environ après sa guérison, cette enfant eut une atteinte d'appendicite : douleur et empâtement au niveau de la fosse iliaque droite, hyperesthésie de la paroi, vomissements et fièvre modérée. Ce fut une première attaque, d'intensité moyenne, qui se termina en quelques jours. Pendant la crise, les conjonctives étaient jaunâtres et la peau avait un aspect subictérique, sans qu'aient été décelées ni réaction de Gmelin ni décoloration des fèces ; avec la guérison de l'appendicite, muqueuse et téguments reprirent leur teinte normale.

Si l'ictère accompagne parfois les formes graves de l'appendicite, il constitue au cours de l'appendicite bénigne un épisode bien insolite. Dans le cas actuel, venant après un ictère émotif, l'ictère appendiculaire affirme une fragilité hépatique annoncée déjà par la première atteinte de la glande.

La prédisposition s'est exercée en l'espèce de façon encore plus complète. L'ictère émotif avait été associé dans son évolution à des troubles digestifs également d'origine émotive. Le tableau clinique ainsi réalisé semble au recul avoir représenté l'expression première d'un état digestif et hépatique latent, qui, après une nouvelle phase d'accalmie, devait se révéler plus tard sous forme d'appendicite avec ictère. Sans l'émotion intercurrente, cet état morbide ne serait pas sorti de sa latence. Corrélativement, sans l'état morbide latent, l'émotion ne serait pas devenue pathogène.

L'enquête familiale ultérieure nous a été fort utile dans le cas de notre ami le docteur X..., âgé de trente-trois ans, qui a eu l'obligeance de nous confier son auto-observation et dont le témoignage réunit toutes les garanties de fidélité désirables.

Interne dans un lycée à l'âge de douze ans, il jouissait d'une bonne santé et n'avait eu en particulier aucun accident hépatique. Un jour son professeur le priva d'une sortie qui lui tenait fort à cœur. Quelques heures plus tard, apparut un ictère qui débuta par les conjonctives pour s'étendre à tout le revêtement cutané, accompagné de décoloration des matières et d'assez vives démangeaisons ; il dura cinq à six jours. Depuis lors, le foie n'a jamais manifesté la moindre souffrance.

(1) Pr. Merklen. L'ictère émotif chez l'enfant. Observation d'un cas suivi d'une petite épidémie familiale d'ictère infectieux. *Soc. de pédiat.*, fév. 1911 et *Journ. de méd. de Paris*, 13 mai 1911. — R. Voisin. *Soc. de pédiat.*, ibid., p. 106. — Nobécourt. Un cas d'ictère émotif prolongé chez un garçon de onze ans. *Soc. de pédiat.*, mars 1911. — Mouriquand. Ictère émotif. Rôle de l'état antérieur du tube digestif. *Soc. de pédiat.*, avril 1911.

(2) Pr. Merklen. Réaction de forme digestive à une émotion prolongée chez une fillette de huit ans. *Soc. de pédiat.*, mars 1911 et *Journ. de méd. de Paris*, 13 mai 1911.

Voilà un ictère émotif aussi pur que possible, dégagé de toute participation gastro-intestinale et comparable en tous points au cas de R. Voisin. Durant l'évolution, aucune notion d'ordre familial n'en eût éclairé la genèse et toute enquête fût restée sans solution. L'avenir devait combler cette lacune. Au bout de quinze ans, la mère du docteur X... dut être soumise à une intervention chirurgicale motivée par un étranglement herniaire : elle succombait en trois jours à un ictère chloroformique. L'ictère toxique et mortel de la mère rend compte, après plusieurs années, de l'ictère émotif et bénin du fils; le rapprochement des deux épisodes apporte la preuve de la transmission héréditaire d'une fragilité de la cellule hépatique.

Cette observation démontre que l'absence de prédisposition familiale ne peut pas se déduire uniquement des renseignements du passé et du présent. Si dans la clinique courante font défaut les moyens qui permettent de pousser plus loin l'enquête, du moins convient-il de ne pas étendre outre mesure ses conclusions et de les limiter aux conditions de temps auxquelles ont été soumises les investigations.

Des deux exemples précédents découle la notion d'une prédisposition latente pour l'ictère émotif infantile; incapable par sa nature même de s'imposer à l'observateur durant la maladie, cette prédisposition peut devenir ultérieurement perceptible, grâce aux manifestations morbides nouvelles qu'elle suscite, soit chez l'ancien malade, soit chez un membre de sa famille.

*
* *

Au surplus, la question a le droit dans une certaine mesure d'être généralisée. Dans le langage médical courant, en parlant de prédisposition, on entend que, parmi les antécédents personnels ou familiaux d'un sujet, se relèvent un état constitutionnel, des manifestations objectives ou des troubles fonctionnels de constatation évidente; il s'agit toujours d'une *prédisposition apparente*. Elle ne résume cependant pas l'état antérieur tout entier, et se complète par la *prédisposition latente*. Celle-ci, présente mais invisible, échappe aux efforts de l'analyse actuelle; elle pourra s'extérioriser plus tard, de manière parfois inattendue, jetant une lumière posthume sur un acte morbide clos depuis longtemps.

Aussi bien la meilleure preuve de la prédisposition d'un organe à une maladie, c'est la constatation même de cette maladie.

Il semble notamment que les discussions, maintes fois rééditées, sur la nécessité d'introduire ou non l'élément prédisposition entre l'émotion causale et l'affection consécutive posent le problème de façon spécieuse. Pour réaliser la maladie, l'émotion est obligée de frapper un organe apte à subir son influence, c'est-à-dire prédisposé; la clinique a fort anciennement mis à jour la variabilité des effets suscités simultanément chez divers individus par une même émotion, tant dans la forme que dans l'intensité, la gamme oscillant des syndromes morbides les plus différenciés à l'absence de toute réaction.

Seule a le pouvoir d'allumer l'incendie l'étincelle qui tombe sur une matière inflammable, et c'est uniquement en flambant que la paille révèle sa prédisposition latente à flamber.

Le problème de la prédisposition doit s'orienter, croyons-nous, quand la chose est possible, plutôt vers la recherche de la nature de cette prédisposition que vers celle de son existence, qui ne demande même pas à être discutée. Est-elle apparente ou latente? Apparente, elle donne satisfaction aux esprits les plus exigeants; latente, elle sollicite une enquête qui, parfois rapidement féconde en résultats, découragera souvent les médecins ignorants de l'étendue du champ où leurs efforts auront chance d'aboutir.

Dirigées dans ce sens, les recherches étiologiques gagnent en précision et par cela même tendent à être plus fructueuses. L'observateur, grâce à un esprit de suite sans cesse en éveil et au concours favorable du temps, grand maître en la circonstance, est en état de fixer plus directement le cycle des manifestations morbides chez son malade; il acquiert en outre la preuve que, dans un très grand nombre de cas, la pathologie individuelle prend ses racines dans la pathologie familiale. La maladie ne s'installe guère sans prédisposition; locale ou générale, elle représente la mise en éveil par des facteurs divers d'une prédisposition, apparente ou latente, de l'organe frappé ou de l'organisme dans son ensemble.

MÉDECINE PRATIQUE

INDICATION ET TECHNIQUE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'OXYGÈNE

Les injections sous-cutanées d'oxygène, longtemps tenues en suspicion, paraissent devoir entrer depuis quelque temps dans la thérapeutique courante. Dans un article documenté M. Ramond (*Progrès médical*, 3 sept. 1910) montrait il y a quelques mois les services qu'elles peuvent rendre dans un certain nombre de circonstances. Plus récemment à la Société de médecine militaire, M. Maisonnet (v. *Gaz. des hôp.*, 1911, p. 84), puis M. Sacquépée, enfin M. Pouy (v. *Gaz. des hôp.*, 1911, p. 864), sont revenus sur la question.

Les *indications* ont été bien déterminées par M. Ramond. On doit recourir aux injections d'oxygène dans les cas d'asphyxie par obstacle mécanique ou d'asphyxies consécutives à des infections graves (urémie, coma, diabétique), ou provenant d'intoxications gazeuses (acide carbonique, oxyde de carbone, vapeurs d'éther, de chloroforme, etc.). M. Ramond les recommande surtout dans les variétés d'asphyxie procédant des deux précédentes « où l'élément toxique additionne l'élément mécanique, dans ces asphyxies graves, qui surviennent au cours des infections par bronchite simple, chez un emphysémateux ou chez un cardiaque, par bronchite capillaire, par broncho-pneumonie lobulaire ou lobaire, par pneumonie massive ».

La *technique* a été bien précisée par M. Pouy dans sa communication à la Société de médecine militaire.

Nous citons textuellement cet auteur (1).

(1) *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, cinquième année, n° 9. H. Charles-Lavauzelle, Paris.

« Le *procédé opératoire*, dit-il, ne comporte en lui-même aucun danger. Il consiste, après nettoyage de la peau, à enfoncer franchement l'aiguille de Pravaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour se convaincre que la pointe ne se trouve pas engagée dans le calibre d'un vaisseau, il suffit d'aspirer légèrement et de se rendre compte que le piston ne ramène pas de sang dans le corps de la seringue. L'aiguille restant en place, on l'adapte au tube en caoutchouc du ballon d'oxygène, en consolidant le tout au moyen de tours de fils serrés. Cet ajutage présente néanmoins certaines difficultés, en raison de la différence du calibre du pavillon de l'aiguille et du tube de caoutchouc. M. le docteur Kieffer a trouvé un dispositif ingénieux et d'exécution plus facile. Il se sert d'une ampoule à sérum en verre auto-injectable, modèle très répandu dans le commerce, dont l'extrémité effilée pénètre, à frottement dur, dans le pavillon de l'aiguille et dont l'autre extrémité, munie au préalable d'une légère épaisseur d'ouate, pour filtrer l'oxygène à son passage, est introduite dans le tube de caoutchouc. Il ne reste plus qu'à appuyer légèrement d'abord, puis par pression progressive, sur les parois du ballon, pour voir se former une tumeur gazeuse dont le volume atteint bientôt la grosseur d'une orange et qu'on peut pousser jusqu'aux dimensions d'une tête de fœtus. L'aiguille est alors retirée et l'orifice d'entrée fermé au collodion.

Il ne semble pas qu'il y ait un grand intérêt à chercher à déterminer d'une façon précise la quantité d'oxygène injectée. Ce gaz ne produit aucun accident local et n'est nullement toxique, quel que soit le volume employé. La tumeur reste ordinairement circonscrite, sans tendance à la diffusion et diminue sensiblement pour s'affaisser dans quarante-huit heures environ. Il persiste cependant pendant quelques jours dans l'emplacement qu'elle a occupé et quelquefois dans son voisinage, un peu de crépitation neigeuse. Aussi est-il préférable de choisir, comme lieu d'injection, la face latérale externe de la cuisse ou la paroi abdominale, en s'éloignant autant que possible de la région thoracique, pour ne pas être gêné dans les auscultations ultérieures par l'emphysème sous-cutané. »

On peut conclure avec M. Pouy, que les injections sous-cutanées d'oxygène, moyen de traitement efficace, d'application facile, semblent mériter une place dans la thérapeutique courante.

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JUIN 1911)

De l'identification par les empreintes digitales. — M. BALTHAZARD. Les particularités que l'on peut relever dans une empreinte digitale et qui sont utilisables pour l'identification sont constituées par les arrêts et les bifurcations des crêtes papillaires. En réalité, quand l'empreinte est orientée, les arrêts et les bifurcations sont dirigés autour du point central ou du Δ, soit dans le sens des aiguilles d'une montre, soit en sens inverse, si bien qu'on doit envisager quatre signes distincts.

L'examen de nombreuses empreintes montre qu'il existe en moyenne cent particularités sur chacune d'elles. Si on divise la surface de l'empreinte en cent carrés, on constate que chaque carré contient une particularité, rarement trois, exceptionnellement trois ou zéro.

Dix-sept coïncidences sont suffisantes en pratique pour identifier deux empreintes digitales. Si donc on a relevé dix-sept coïncidences entre une empreinte examinée et celle d'un individu quelconque, il n'y a aucune chance de retrouver un autre individu dont une empreinte digitale présenterait les mêmes coïncidences.

M. Bertillon a pu cependant observer dans un cas plus de trente coïncidences sur deux empreintes provenant de deux individus différents; mais une cause était venue contrecarrer les lois du hasard, car les deux individus étaient frères jumeaux.

Rôle du mercure et de quelques-uns de ses sels dans certains cancers. — M. ODIER.

Fonds Bonaparte. — Il est attribué sur ce fonds : 3000 francs au docteur Barbieri (de Paris) pour lui permettre de mener à bonne fin les recherches chimiques qu'il poursuit, depuis onze ans, sur la matière nerveuse et particulièrement sur la substance blanche du cerveau et des nerfs;

3000 francs à M. André Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour la construction d'un appareil;

2000 francs à M. Moureu, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie à Paris, pour lui permettre de poursuivre ses études sur les gaz rares et leur diffusion dans la nature.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1911)

De l'emploi des sels arsenicaux en agriculture. — M. CAZENEUVE revient sur cette question. Il rappelle ses précédentes communications, la discussion qui les a suivies. L'Académie a demandé un supplément d'enquête et une commission a été nommée, avec M. Gautier comme président. M. Cazeneuve rappelle que ses conclusions avaient été de proposer l'interdiction de l'arséniate de plomb et des sels arsenicaux solubles.

Depuis ce temps — il y a de cela trois ans — la commission a reçu d'assez nombreux documents; on a eu connaissance d'accidents graves d'intoxication arsenicale.

M. Brault, professeur des maladies cutanées à Alger, a recueilli d'assez nombreux cas qu'il a envoyés à M. Cazeneuve. On sait, en effet, que les sels arsenicaux sont très employés en Algérie.

Tout en demandant une nouvelle enquête médicale, l'Académie avait indiqué certaines précautions qui avaient été formulées par M. Gautier. Non seulement le gouvernement n'a tenu aucun compte de ces mesures, mais il a même facilité l'emploi des arsenicaux, en les accordant aux viticulteurs sous forme de dons.

Les faits d'intoxication relevés par M. Cazeneuve sont assez graves pour mériter toute l'attention de l'Académie. On en a constaté aussi bien chez l'homme que chez les animaux. Dans l'Hérault, un propriétaire intoxiqué est mort en trois jours.

De l'enquête à laquelle s'est livré M. Cazeneuve il résulte que c'est aujourd'hui par milliers de kilos que les épiciers et les droguistes vendent des sels arsenicaux aux agriculteurs. Les précautions édictées ne sont pas prises ou mal prises. MM. Moreau et Gillet (d'Angers) ont signalé à la commission de nouveaux accidents. Il est temps qu'au nom de l'hygiène sociale l'Académie intervienne.

M. Cazeneuve maintient donc ses premières conclusions tendant à la prohibition de l'emploi des sels arsenicaux en agriculture.

M. GAUTIER a eu connaissance aussi d'accidents graves. Les mesures préconisées par l'Académie sont restées lettre morte. Il y a lieu d'inviter l'Académie à rappeler ces faits aux pouvoirs publics.

M. WEISS fait observer que les sels arsenicaux sont employés en Allemagne. Mais les précautions édictées par les conseils d'hygiène y sont scrupuleusement observées.

M. BOUCHARDAT appuie d'autant plus les conclusions de MM. Cazeneuve et Gautier qu'il a appris, récemment, que certains viticulteurs se proposent de recourir de nouveau aux sels arsenicaux, non plus seulement pour en saupoudrer les feuilles de la vigne, mais bien le raisin lui même. Il y aurait là un nouveau danger qu'il faut éviter à tout prix.

M. POUCHET appelle l'attention sur des faits d'intoxications lentes et chroniques qui sont d'autant plus graves qu'ils passent souvent inaperçus.

M. VIDAL (d'Hyères) a constaté des accidents dans le Var, et le président de la commission d'hygiène a dû appeler l'attention des pouvoirs publics sur ces faits.

Les eaux d'alimentation à Toulon. — M. VIDAL (d'Hyères) communique un important travail sur ce sujet. La fièvre typhoïde règne toujours à Toulon. Les eaux d'alimentation, provenant d'une source pure, sont infectées par suite de dispositions malencontreuses qui ont été prises. Il insiste sur la nécessité absolue de remédier dans le plus bref délai possible à cet état de choses. Il est temps de défendre nos marins et nos soldats contre ce danger public.

Rachi-anesthésie par la novocaïne. — M. FORGUE (de Montpellier) est revenu à ce mode d'anesthésie, qui lui donne de très bons résultats. Sa statistique porte sur 320 cas. Il a étendu la méthode aux opérations d'appendicites, aux opérations gynécologiques et même à la chirurgie gastrique et hépatique. C'est une question de dose. Il n'a pas eu d'accidents et il a toujours obtenu une parfaite anesthésie, même dans des cas si graves qu'il n'aurait pas osé recourir à l'anesthésie générale.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux.

MM. de Brun (de Beyrouth) et Hergott (de Nancy) sont élus.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 29 JUIN 1911, CONSACRÉE A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

Etude anatomique des pachyméningites hémorragiques. — MM. ROUSSY et LAROCHE. Présentation d'une dizaine de cerveaux de vieillards morts à l'hospice de Bicêtre depuis deux ans, sans symptômes spéciaux, et sur lesquels on trouva à l'autopsie des hémorragies méningées, d'âge, d'intensité et de types différents.

Sur certaines angiectasies capillaires des centres nerveux. — M. CLAUDE et Mlle LOYEZ. Un malade atteint d'hémiplégie par lésions cérébrales meurt après deux mois de séjour à l'hôpital. La protubérance présente des taches d'aspect hémorragique constituées, ainsi qu'on en peut juger sur les préparations histologiques projetées, par des angiectasies capillaires contenant du sang à divers degrés d'hémolyse, quelques-unes même ne renferment que des leucocytes. Plusieurs membres de la Société signalent des faits analogues.

Deux cas de cheiromégalie avec autopsie. — MM. MARIE, ROUSSY et LHERMITTE. L'hypertrophie est due à la sclérose avec adiposité des parties molles : le squelette est intact sur les radiographies et sur les préparations qui sont projetées. Les malades avaient fait des troubles paréto-spasmodiques à type hémiplégique, puis la cheiromégalie était apparue. Or, les cavités médullaires siégeaient, dans un cas, du côté de la cheiromégalie, et du côté opposé dans le deuxième cas. Les lésions centrales ne viennent donc pas expliquer l'hypertrophie : les nerfs et les vaisseaux des mains sont sains.

Lésions des cellules nerveuses produites par l'arrêt de la circulation pendant une heure chez l'homme. — M. SAND (de Bruxelles). Au cours d'une opération, le sujet, âgé de dix-neuf ans, fut en état de mort apparente pendant une heure, puis revint à lui et survécut neuf jours. Intégrité macroscopique des centres nerveux dont les cellules présentent des lésions débutant par le nucléole, puis atteignant le protoplasma et allant jusqu'à la destruction complète. Les cellules sensitives sont plus fragiles que les motrices, les plus petites sont atteintes plus que les grosses, les cellules de Purkinje du cervelet sont les plus fragiles, celles du bulbe sont les plus résistantes. — M. DUPRÉ fait remarquer que ce sont là, précisément, les lois de résistance à l'intoxication chloroformique, et demande si celle-ci n'aurait pas joué un certain rôle dans la pathogénie de ces lésions. L'auteur réplique que le foie était intact, alors que l'on connaît la fragilité de cet organe vis-à-vis du chloroforme.

Destruction de la troisième frontale gauche sans aphasie chez un droitier. — M. SAND. D'après les renseignements, il n'y aurait eu ni troubles du langage, ni maladie antérieurement. Le malade eut un ictus et ne perdit l'usage de la parole que pendant un jour. Il fut examiné le dixième jour. On constata une hémiplégie droite sans aphasie. L'autopsie montra une lésion destructive du lobe frontal gauche intéressant, comme le montrent les coupes sériées qui sont projetées, la troisième frontale gauche qui est détruite. — MM. DÉJERINE et MARIE discutent à propos de ce cas, en particulier sur ce qu'il faut entendre par « zone lenticulaire ». M. Marie dit qu'il a simplement voulu dire que la cause de l'aphasie doit être cherchée, non dans la circonvolution de Broca, mais en arrière, et qu'il ne peut indiquer exactement ce qu'est cette lésion.

Cas d'atrophie croisée du cervelet. — MM. LHERMITTE et KLARFELD. A l'autopsie d'une femme de trente-neuf ans, atteinte d'hémiplégie spastique droite, les auteurs ont trouvé l'atrophie de l'hémisphère cérébelleux gauche avec ageusie pyramidale, et l'atrophie de l'hémisphère cérébelleux droit, et concluent que le développement de chaque hémisphère cérébelleux est commandé par celui de l'hémisphère cérébral opposé.

Atrophies séniles du cortex cérébral. — MM. LHERMITTE et KLARFELD. L'état vermoulu correspond à une désintégration périvasculaire du tissu nerveux : nécrose lente sans corps granuleux. Dans l'état grenu avec circonvolutions ratatinées, les aréoles sont plus grandes avec sclérose névroglique. Dans la nécrose miliaire, la fonte est plus rapide, avec mailles plus petites, prolifération névroglique et épaississement des méninges molles. Les auteurs étudient ensuite les lésions cellulaires en détail. Ces divers états s'observent chez des déments mais ne correspondent pas à des types cliniques. — M. LÉRI vient dire que parfois l'état vermoulu est dû à des lésions de ramollissement vulgaire.

Un cas de paralysie pseudo-bulbaire chez l'enfant. — MM. LHERMITTE et LEJONNE. Paralysie typique chez une enfant de onze ans, avec démyélinisation (sans dégénération) du centre ovale des hémisphères, atrophie des noyaux gris centraux, lacunes, agénésie du corps calleux.

Atrophie musculaire non progressive avec main d'Aran-Duchenne. — M. FOIX a vu plusieurs cas d'atrophie musculaire localisée à l'une des mains ou aux deux, et due à des ramollissements localisés de la corne antérieure de la moelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1911)

Mécanismes d'action du traitement thyroïdien sur les troubles intestinaux. — M. LÉOPOLD-LÉVI insiste sur le mécanisme sécrétoire démontré par M. Marbé et qu'expliquent la diarrhée basedowienne, la diarrhée par thyroïdisme alimentaire, certaines formes de diarrhée hyperthyroïdienne que combat le traitement thyroïdien. Le mécanisme neuromusculaire s'appuie sur les résultats de la thyroïdothérapie contre certaines coliques intestinales, sur son action contre la constipation spasmodique, sur l'augmentation ou la réapparition de la constipation thyroïdienne, par des doses mal supportées du médicament.

Nouvelle note sur les effets de la thyroparathyroïdectomie après ovariectomie. — MM. CLÉRET et GLEY. L'ovariectomie préalable ne préserve nullement les chiennes des conséquences mortelles de la thyroparathyroïdectomie. Il n'en va pas autrement pour les lapines. Ces résultats sont opposés à ceux qu'a obtenus M. Silvestri.

Sur l'innervation de la zone auriculaire droite qui répond à l'origine de la systole cardiaque. — M. ARGAUD. La valvule de Thébésius se trouve innervée par des filets émanant d'un seul nerf, dont l'origine apparente est située sur la face externe de la paroi aortique. Ce nerf traverse d'avant en arrière et de gauche à droite la cloison interauriculaire, chemine sous l'endocarde de l'oreillette droite pour venir se résoudre, dans la valvule de Thébésius et autour du point de l'abouchement de la veine cave inférieure, en un grand nombre de filets, dont certains vont se terminer dans la partie inférieure de la paroi auriculaire postérieure. Ces fibres nerveuses sont toutes des fibres de Remak.

Typhus récurrent algérien. — MM. SERGENT, GILLOT et FOLEY, au cours d'une épidémie de typhus récurrent qu'ils ont eu l'occasion d'étudier dans le Sud-Oranais, ont reconnu que la transmission du virus ne pouvait être imputée ni aux punaises, ni aux puces, ni aux moustiques, ni aux mouches. Un certain nombre de faits plaident en faveur du rôle des poux et contre celui des Argas. L'arsenobenzol leur a donné de très bons résultats.

Quelques réactions colorées obtenues avec le réactif gayac-pyridine-térébenthine. — M. SARTORY. Contrairement à ce qu'admet le professeur Florence, le mélange gayac-pyridine-térébenthine ne réagit pas seulement avec le sang, mais encore avec beaucoup d'autres substances, et, particulièrement, avec les sels de fer. D'autres substances (acides forts, etc.) empêchent la réaction.

Action de la digitaline sur la vitesse d'excitabilité du cœur. — Mmes GRUZEWSKA et M. LAPICQUE. L'action de la digitaline sur les processus d'excitation dans le cœur consiste dans un ralentissement; ici comme toujours, la vitesse de l'excitabilité marche de pair avec la vitesse de contraction.

Deux cas de typhus récurrent guéris par l'arsenobenzol. — MM. ARDIN-DELTEIL, NÈGRE et RAYNAUD. Chez deux malades atteints de typhus récurrent, l'un à son premier, l'autre à son troisième accès, une injection d'arsenobenzol, faite dès l'apparition de la fièvre et des spiriles dans le sang, a provoqué l'arrêt immédiat de l'infection, se traduisant par une chute brusque et définitive de la température et la disparition totale des spirilles de la circulation.

Toxicité comparée du plasma, du plasma défibriné et du sang défibriné. — MM. BRIOT, JOMAN et STAUB. La toxicité passagère du sang et du plasma défibriné est sous la dépendance de phénomènes de coagulation. Le dédoublement du fibrinogène par la fibrine-ferment met en liberté un produit toxique dont les effets physiologiques sont comparables à ceux du poison anaphylactique.

Autre communication :

Disposition générale des artères de la peau. — Mlle IRAGUE.

Élection. — M. GUÉGUEN est élu membre titulaire.

ANALYSES

MÉDECINE

La radioscopie des ulcères de l'estomac. (CERNÉ ET DELAFORGE. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrit.*, n° 8, août 1910.) — Les auteurs insistent tout d'abord sur la nécessité d'une bonne technique : ils conseillent au lieu de la solution gommeuse bismuthée, l'ingestion de crème, comme véhicule du bismuth. Les modifications les plus importantes de l'image radioscopique viendront de *certaines complications* de l'ulcère, soit cicatrice, soit adhérences résultant de la périgastrite concomitante.

Les auteurs, avec figures très intéressantes à l'appui, exposent tout au long les différentes déformations que subit l'estomac, suivant tel ou tel cas ; ils en arrivent aux conclusions suivantes :

1° *Ulcère simple* sans complications : l'hypothèse clinique d'ulcère pourra être renforcée par la coexistence d'un point douloureux sur le trajet du tube stomacal : le diagnostic s'imposera si, avec ou sans douleur, on constate un spasme annulaire ou segmentaire.

2° *Ulcère avec rétrécissement* : la radioscopie montrera la réplétion de l'estomac au-dessus du point rétréci, avec dilatation au-dessus de l'obstacle et retard à l'évacuation dans cette poche prépylorique ou médio-gastrique.

3° *Ulcères avec adhérences* : on établira le diagnostic, sur les modifications de la hauteur de l'estomac, de sa direction, en dehors de toute cause siégeant dans l'estomac même ou dans les viscères voisins. L. BABONNEIX.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Sur l'état actuel de la peste dans l'Inde. (E. WIENER. *Wien. klin. Wochen.*, 25 mai 1911, n° 21, p. 749.) — L'auteur embrasse dans cet article l'historique général de la peste. Il en étudie les conditions étiologiques. Nous citerons surtout la partie clinique où sont exposées les différentes formes de la peste. Cette classification, fondée sur 14000 cas étudiés par le docteur Chocksy, à Bombay, nous a paru intéressante à reproduire. Ces formes cliniques sont les suivantes :

1° *La peste bubonique.* (Mortalité, 74 p. 100.) — Lorsque les bacilles pesteux franchissent la barrière ganglionnaire et envahissent la circulation sanguine, la mort survient par collapsus cardiaque ou œdème pulmonaire. L'hémoculture fournit ici un élément de pronostic important : la guérison est possible quand il y a moins de 10 bacilles pesteux par quart de centimètre cube de sang. S'il y a plus de 10 bacilles, la mort est fatale.

2° *La peste du tissu cellulaire sous-cutané.* (Mortalité, 63 p. 100.) — Ici se produit des localisations du bacille dans le tissu cellulaire sous-cutané se traduisant par de la rougeur, des bulles, puis des pertes de substance. Ces ulcérations peuvent être multiples; elles sont parfois très étendues et très profondes et sont pourtant encore susceptibles de guérison.

3° *La septicémie pesteuse.* (Mortalité, 98 p. 100.) — Ici, le bacille brûle l'étape ganglionnaire et envahit d'emblée la circulation. Cette forme occasionne fréquemment de l'ictère, des manifestations pulmonaires, du purpura.

4° *La pneumonie pesteuse.* (Mortalité, 99 p. 100.) — Est la forme la plus fugace et tue en trois à cinq jours.

Les deux seuls cas que Chocksy ait vu guérir étaient des cas d'infection pulmonaire associée à bacilles pesteux, d'une part, et à bacille pyocyanique dans un cas, à pneumobacille dans l'autre.

Point à noter : le pronostic des pneumonies survenant secondairement à la peste bubonique est beaucoup moins grave que celui des pneumonies pesteuses primitives.

5° *La peste ambulatoire* se traduit par une fièvre légère avec tuméfaction ganglionnaire modérée. Guérison habituelle.

6° *L'intoxication pesteuse* tue en quelques heures au milieu de phénomènes de collapsus cardiaque, sans que l'hémoculture décèle de bacilles dans le sang. Il se peut que, dans ces cas, une multiplication rapide accompagnée d'une destruction non moins rapide des bacilles pesteux mette en liberté une grande quantité d'endotoxine qui provoque l'intoxication.

Les Européens présentent une résistance beaucoup plus considérable à l'infection pesteuse que les indigènes. L'alimentation carnée joue sans doute un rôle dans cette résistance.

A. LEMIERRE.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PANTOPON EN CLINIQUE

Par M. TROTAIN (de Paris).

Les importantes communications parues depuis quelque temps sur le pantopon, préparé par F. Hoffmann-La Roche et Cie, sont une preuve manifeste de l'insuffisance et des inconvénients de la médication opiacée telle qu'on la maniait jusqu'à ce jour.

Beaucoup de nos maîtres ont pris parti dans cette importante question thérapeutique et le moment semble venu de l'exposer au praticien d'une façon succincte.

« Le pantopon « Roche », écrit dans sa thèse (1) le docteur Souty, est la totalité des alcaloïdes de l'opium. Ce n'est ni un dérivé ni un alcaloïde de l'opium, ni un succédané de la morphine, c'est l'opium total lui-même, sous une forme soluble et *injectable*. Il est constitué par une poudre stable, jaune grisâtre, formée de la précipitation de tous les alcaloïdes de l'opium sous forme de chlorhydrates. »

Ce médicament est toujours identique à lui-même et Bardet (2) a pu dire : « C'est un opium complet, épuré, invariable. »

Des recherches physiologiques ont tout d'abord été faites sur ce médicament : on a étudié sa toxicité, la façon dont il est toléré par l'organisme et l'estomac. Produit-il comme la morphine, l'accoutumance, l'euphorie, un état voisin de la morphinomanie ?

Nous-même, nous avons prouvé dans notre thèse (3) que le pantopon est moins toxique que l'opium et surtout que la morphine. Il est mieux toléré, n'occasionnant, quelle que soit la voie par laquelle on l'administre, ni nausées, ni vomissements. Il ne provoque pas d'accoutumance, très peu d'euphorie, et, se substituant aux injections de morphine, il fait perdre le besoin et l'habitude de cet alcaloïde.

Les effets sédatifs, soporifiques, analgésiques, antisécrétoires (diarrhée, crachats, sueurs) sont affirmés par la physiologie (expériences sur des chiens) et par la clinique. Le professeur Pouchet, à l'Académie de médecine (4), rapporte aussi ses résultats : « Produit soluble, injectable, le pantopon a des propriétés pharmacodynamiques très nettes, plus proches de l'opium que de la morphine. On n'observe, en effet, avec son usage, ni l'excitation ni l'état nauséeux de la morphine et l'action médicamenteuse est celle de cette dernière, plus énergique que celle de l'extrait thébaïque. » Le professeur agrégé Sicard trouve aussi que le pantopon est moins dangereux que la morphine, « c'est un bon sédatif nervin ». A la Société de thérapeutique, le docteur Bardet communiquant des résultats personnels et ceux des docteurs Claret et Gy, chefs de clinique du professeur Robin, constate que l'injection hypodermique de ce produit fournit des résultats analogues à ceux de la morphine sans état nauséeux et surtout avec « moins d'abrutissement pour les malades ».

Enfin, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le docteur Morel-Lavallée (1) pense, avec le docteur Pottier, que cet opiacé est un meilleur hypnotique, constipe moins et provoque moins d'euphorie que la morphine, « tout aussi sédatif, il agit avec une égale rapidité et sans accoutumance ».

Ainsi, au point de vue chimique et physiologique, la nouvelle préparation s'annonce comme pratiquement supérieure. De constitution fixe et invariable, elle permet d'injecter sous l'épiderme l'*opium total soluble*, et, avec des propriétés sédatives hypnotiques, antisécrétoires au moins égales à celle de n'importe quel opiacé, elle n'en a pas les inconvénients.

Dans les cas où l'on veut agir vite et sans danger pour l'organisme, l'injection de pantopon remplace celle de morphine et, quand on veut calmer la toux, amener le sommeil, arrêter la diarrhée, les comprimés de pantopon remplacent avantageusement le laudanum, l'extrait thébaïque et la codéine.

« Les comprimés, dit le professeur Sahli (2), donnent des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient avec les préparations habituelles d'opium. En injections sous-cutanées, ce remède est un puissant analgésique et hypnotique. Les injections sont indolores, non irritantes. Il n'y a pour ainsi dire pas d'effets secondaires et le pantopon est un bon modérateur de la toux, moins dépresseur que la morphine. »

Vouloir passer en revue les indications cliniques de ce médicament, serait ouvrir un chapitre trop long. Il suffit de savoir que, dans tous les cas où l'opium et ses dérivés sont utilisés, le pantopon peut leur être substitué avec avantages. Chez les névropathes et chez les malades atteints d'affections douloureuses chroniques, il offre la supériorité d'une action sédative immédiate par la voie hypodermique, sans que l'on ait à redouter la morphinomanie. De même, contre la dyspnée, quelle que soit son origine, il paraît plus actif que les divers opiacés. A ce sujet, je dois signaler les effets antidyspnéiques puissants de ce médicament, et le docteur Brintet (de Lyon), dans la pleurésie avec épanchement, l'a utilisé avec le plus grand succès.

Les affections pulmonaires sont essentiellement tributaires de cette médication et ce n'est pas seulement la toux qui est calmée rapidement dans la tuberculose, les bronchites, les pneumopathies, mais on constate aussi, que l'expectoration diminue et que le sommeil reparaît. Dans le service du professeur Albert Robin, on a utilisé dans ces cas, soit l'injection hypodermique, soit les comprimés. Dans le service du professeur Landouzy, plusieurs cas de toux spasmodique ont été rapidement arrêtés et les observations insistent sur ce fait « que le remède a toujours été bien toléré ». Cette tolérance facile chez les tuberculeux est encore remarquée par le docteur Laffite, médecin de l'hôpital Tenon, et de même la diminution de la toux, de l'insomnie, de la diarrhée. Le docteur Morel-Lavallée, dans son service de Lariboisière, a remarqué que « le pantopon » est un sédatif de la toux et un narcotique égal à la morphine et calme sans euphorie, sans accoutumance appréciable.

A Lyon, le professeur Courmont montre que « les inconvénients bien connus de l'opium chez les tuberculeux ne se

(1) SOUTY. Th. de Lyon, 1910.
(2) *Bull. de la Soc. de thérap.*, 3 avril 1910.
(3) TROTAIN. Th. de Paris, 1911.
(4) Séance du 18 octobre 1910.

(1) 8 juillet 1910.
(2) *Therapeut. Monatshefte*, 1909, n° 1.

manifestent pas avec le pantopon », et le docteur Petitjean, médecin de l'hôpital de Dijon, a noté la cessation de vomissements alimentaires causés par les quintes de toux.

Dans la thérapeutique psychiatrique, chez les agités maniaques, les anxieux, les obsédés, les alcooliques, l'usage de ce produit tend à prendre la première place. C'est du moins l'opinion du professeur Sicard et de plusieurs autres observateurs. Le professeur Rémond, de Toulouse et le docteur Voivenel, chef de clinique à cette Faculté, ont obtenu « dans les états mélancoliques et dépressifs des résultats véritablement marquants » et, dans une communication à la Société médico-psychologique de Paris (1), le docteur Salin s'exprime ainsi : « Dans les états dépressifs, délirants, les psychasthénies avec obsessions pénibles, nous avons constaté que ce médicament donne des résultats aussi satisfaisants que le laudanum avec des doses bien moindres et sans constipation opiniâtre, de même contre les crises tabétiques, nous substituons à la morphine les injections de pantopon et les doses calmantes sont moindres. Les injections sont indolores et sans effets irritants. » A la Salpêtrière, des névralgies tabétiques ont facilement cédé à ce remède, et à Lyon, dans le service du professeur Lyonnet, Lacassagne signale les bons résultats obtenus dans les douleurs fulgurantes et les névralgies.

Les douleurs si pénibles du cancer utérin cèdent avec le pantopon aussi bien qu'avec la morphine, et fort heureusement, il ne se produit pas d'accoutumance. Le docteur Chapon (de Rouen) en signale plusieurs cas, ainsi que le docteur Bouchard (hôpital Saint-Joseph, Paris) et le docteur Leriche, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, dans le service du professeur Poncet, où des effets analogues ont été obtenus sur d'autres épithéliomas (estomac, langue, prostate).

Les douleurs de la colique hépatique sont jugulées par l'injection de cet opium soluble ; les vomissements s'arrêtent et un sommeil réparateur succède à l'injection sans céphalalgie au réveil. Plusieurs cas de ce genre ont été observés dans le service du professeur Albert Robin.

Dans l'entérite aiguë, les diarrhées estivales, les effets analgésiques et antisécrétoires du pantopon s'exercent constamment. Il en est de même pour la diarrhée des tuberculeux et leurs sueurs nocturnes. Le docteur Laffite, médecin de l'hôpital Tenon, cite des cas de ce genre ainsi que les docteurs Sancey (de Lyon) et Detouillon (de Dijon). Le docteur Fiessinger (de Paris) signale les bons effets qu'il a obtenus avec ce produit dans un cas de hoquet dyspeptique rebelle à toute médication « même à la belladone et à la morphine ». Des séries d'injections hypodermiques furent faites à ce malade, sans amener d'accoutumance.

En gynécologie, les douleurs salpingiennes, utérines, ovariennes, péritonitiques ainsi que les douleurs postopératoires sont arrêtées comme par la morphine. A l'hôpital Necker, l'utilisation du remède à ces points de vue a été très active et, à l'hôpital Saint-Joseph, Laisney injecte désormais à ses opérés le pantopon. Le docteur Huguier fait de même dans son service chirurgical.

Enfin, nous devons signaler que la cure de démorphinisation par le pantopon est à l'étude et semble devoir donner des résultats.

Les indications cliniques du pantopon sont donc les mêmes que celles de la morphine et de l'extrait thébaïque, mais il faut remarquer que ses effets sédatifs, hypnotiques et antisécrétoires sont constants, énergiques. « Il faut remarquer aussi que la période d'excitation est ici bien diminuée, que la constipation est peu sensible, que l'accoutumance ne se produit pas et qu'en un mot l'opium total injecté, et pris en comprimés, a les mêmes pouvoirs thérapeutiques que les plus actifs alcaloïdes de l'opium, mais cette fois sans leurs inconvénients. »

Quelle est maintenant l'exacte posologie du pantopon ?

(1) Séance du 26 décembre 1910.

Tout d'abord, il faut savoir qu'un centigramme de pantopon correspond à :

0g50 de teinture d'opium,
0g025 d'extrait thébaïque,
0g005 de morphine.

La dose, pour les adultes, est de 2 à 6 centigrammes, c'est-à-dire 2 à 6 comprimés (Pantopon « Roche ») par jour.

Pour les enfants (ils supportent bien le remède) la dose est de 5 milligrammes à 1 centigramme par année d'âge.

Pour les injections hypodermiques, on emploie des ampoules (Pantopon « Roche ») contenant un centimètre cube d'une solution dosée à 2 centigrammes par centimètre cube, ce qui égale un centigramme de morphine.

Les injections sont indolores et très bien supportées. Elles n'ont jamais causé d'accidents locaux ou généraux. C'est la préparation de choix dans les cas d'urgence.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT

Nous avons attiré à diverses reprises l'attention de nos confrères sur l'œuvre si utile du secours immédiat. Nous croyons intéressant de signaler aujourd'hui quelques-uns de ses actes :

Le loyer d'une famille médicale éprouvée par la maladie a été payé, et la garde-robe du confrère renouvelée.

Une veuve qui était réduite à la dernière misère est maintenant sortie de ce mauvais pas. On lui a donné un petit mobilier; son loyer a été payé d'avance, et par suite de démarches on est arrivé à lui procurer une série de secours pécuniaires suffisants.

Une famille médicale a été reconstituée en donnant à la mère les moyens de rejoindre sa fille à Paris, où, grâce à la réunion de leurs salaires, leur existence est assurée.

Un confrère, tombé malade à Paris, a été secouru et mis en état de continuer l'exercice de notre profession.

L'œuvre s'est occupée en outre de trois veuves : l'une est bien placée pour le moment; la seconde et la troisième luttent pour se faire une situation. L'œuvre les aide, tant par des secours pécuniaires que par des démarches, et espère les mener à bon port.

Cette fois encore on peut dire que tous les ayants-droit qui se sont adressés à l'œuvre de secours immédiat ont été efficacement secourus.

CONGRÈS

ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — PROGRAMME DU CONGRÈS DE DIJON (31 juillet au 5 août 1911). — Président : M. le docteur Delherm (de Paris). Vice-président : M. le professeur agrégé Nogier (de Lyon).

Ordre du jour de la section (sauf modifications ultérieures). — Lundi, 31 juillet, à deux heures : « La diathermie médicale ». — MM. le professeur Bergonié et Rechau, rapporteurs. Discussion. Communications sur « les applications diverses de la haute fréquence ».

Mardi 1er août, à huit heures : « Le vertige voltaïque ; son importance au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies de l'audition. » — MM. Weill, Vincent et Barré, assistants du docteur Babinski, rapporteurs. Discussion. Communications sur « les applications des courants galvanique et faradique ».

Le soir, visite à l'Exposition ; présentation d'appareils.

Mercredi, 2 août, à huit heures du matin : « Les idiosyncrasies en radiothérapie. » — M. le docteur Arcelin, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Joseph à Lyon, rapporteur. Discussion. Communications sur « la radiothérapie ».

Vendredi 4 août, à huit heures du matin : « La radiogra-

phie de l'intestin ». — M. Aubourg, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Boucicaut à Paris, rapporteur. Discussion. Communications sur « le radio-diagnostic ».

Après-midi, visite à l'Exposition, présentation d'appareils.

Samedi 5 août, à huit heures du matin : « Traitement des tumeurs malignes par le radium ». — M. le docteur Dominici, de Paris, rapporteur. Discussion. Communications sur « la radiumthérapie » et « la thermoluminothérapie ». Communications diverses.

Samedi, à deux heures : « Etudes sur l'action de quelques modalités électriques sur la circulation générale ». — MM. Laquerrière, vice-président de la Société française d'électrothérapie, et Nuytten, assistant de la clinique Apostoli, rapporteurs. Discussion. Suite des communications.

Un appareil à projection sera mis à la disposition de MM. les congressistes (s'inscrire à l'avance).

Une exposition d'appareils intéressant les médecins électriciens et radiologistes, sera annexée au Congrès.

Les confrères, désireux de faire des communications, sont priés d'en envoyer les titres, avec, autant que possible, un résumé de 15 lignes d'impression, le plus tôt possible, à M. Delherm, 2, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

Le comité local organise de superbes excursions à Alésia, à Semur, au Creusot, à Chalon-sur-Saône, à Beaune, à Nuits et à la Route de la Faucille ; au Jura, à Bellegarde, à Nantua, à Bourg, etc.

Pour tous les renseignements concernant ces excursions, ou d'autres pouvant être faites par les moyens ordinaires de locomotion, ou en automobile, s'adresser à M. le docteur Michaut, secrétaire du Comité local, 63, rue des Godrans, Dijon.

Les confrères qui désireraient exposer des clichés radiographiques, photographiques, etc., sont priés de s'entendre avec le docteur Michaut.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE

ABCÈS DYSENTÉRIQUE (1)

EXAMEN HÉMATOLOGIQUE. — L'étude hématologique des abcès dysentériques, d'après Fontan et Herrick, montre l'importance de l'hyperleucocytose dans l'abcès du foie; il s'agit d'une hyperleucocytose à polynucléaires ; la gravité du pronostic serait liée au pourcentage plus ou moins élevé des polynucléaires et d'après Mathis, Léger, surtout à l'hypo-éosinophilie.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — L'ombre hépato-phrénique, modifiée par une collection du côté droit, se présente *déformée*, *dénivelée*, *immobilisée* ; ces caractères communs aux abcès et aux kystes, différencient ces collections des *hypertrophies massives* du foie, avec coupole hépato-diaphragmatique régulière, comme ils les différencient aussi de l'abcès sous-phrénique, dans lequel les deux ombres (foie et diaphragme) sont dissociées et apparaissent, sur l'écran, séparées par une zone claire : enfin dans l'épanchement pleural l'on constate, en outre, l'oblitération du sinus costo-diaphragmatique ; l'importance diagnostique de cet examen radioscopique est donc capitale.

PONCTION EXPLORATRICE. — Voronoff insiste sur la nécessité de cette ponction en vue d'affirmer un diagnostic positif ; Fontan, Carvalho, également ; il est entendu, d'ailleurs, que cette ponction est le premier temps de l'opération, qui doit être pratiquée séance tenante. Néanmoins, certains auteurs reprochent à la ponction, d'être insuffisante, aveugle et même dangereuse, aussi Quénu lui préfère-t-il la laparotomie exploratrice, qui permet de rechercher d'une manière beaucoup moins aveugle, et plus sûre, la présence d'un abcès du foie.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 70, p. 1085 et n° 73, p. 1134.

A cette période d'état, la fièvre est rémittente, continue avec de grands accès; la cachexie est précoce, progressive ; le teint est terreux, l'AMAIGRISSEMENT très accentué ; il existe de la diarrhée, des sueurs profuses ; parfois les symptômes généraux dominent la scène et revêtent l'allure d'une fièvre typhoïde.

L'évolution est en général rapide ; la douleur devient plus lancinante, pulsatile, elle s'atténue quelquefois quand l'abcès se collecte, les signes de périhépatite s'accusent, l'hypertrophie hépatique s'accentue et l'ouverture de l'abcès se produit soit à la peau, soit dans un organe voisin, à moins que la mort ne survienne avant cette ouverture, par cachexie, consomption, etc. (M. Labbé a signalé la mort dans le coma avec acidose.)

2° **Hépatite suppurée subaiguë.** — Le début en est généralement aigu, puis, au bout de cinq à six jours, il se produit une amélioration de l'état général et de l'état local. Cependant l'examen physique du foie montre que les lésions progressent ; cette hépatite se prolonge six à huit semaines, puis les symptômes généraux réapparaissent, le plus souvent sous la forme de crises paroxystiques aiguës.

3° **Hépatite suppurée chronique.** — Cette forme survient spécialement chez les surmenés ; elle donne lieu à des abcès volumineux, d'autant plus dangereux qu'ils sont fréquemment méconnus ; l'affection est chronique d'emblée, et ne se révèle souvent que par quelques troubles digestifs vagues, une hypertrophie douloureuse du foie, avec exacerbations paroxystiques ; la fièvre revêt une allure rémittente, le malade a une toux quinteuse (par périhépatite), il est très amaigri, l'on pense à la phtisie, c'est alors la *phtisie hépatique*, qui peut durer plusieurs mois.

4° Il existe une **forme latente** absolument méconnue, et qui peut ne se révéler qu'à l'autopsie, ou à l'occasion d'une complication.

ÉVOLUTION. — Quelle que soit la variété clinique de ces hépatites, l'évolution normale de l'abcès, une fois collecté, est soit l'évacuation spontanée, soit l'évacuation provoquée du pus. Suivant le siège de l'abcès, l'évolution est un peu variable.

a. *Abcès de la face inférieure.* — S'il existe des adhérences, le pus peut se diriger vers la *peau* qui rougit, s'œdématie, puis s'ulcère ; l'évacuation se fait par un trajet fistuleux qui aboutit à l'ombilic, à l'épigastre, au pli de l'aine dans certains cas ; il est rare que la guérison s'observe après cette ouverture spontanée dont le trajet se fistulise et qui devient l'origine d'infections secondaires. S'il n'y a pas d'adhérences, l'abcès peut s'ouvrir dans le *péritoine* : suivant la virulence du pus, il en résultera une péritonite suraiguë ou atténuée; plus souvent les abcès se vident dans un *organe creux* (intestin, côlon, estomac, voies biliaires, etc.), l'ouverture dans le côlon serait la plus favorable.

b. *Abcès de la face supérieure.* — Ils peuvent s'ouvrir à la peau, mais ils se portent plus volontiers vers la *cavité thoracique*, leur rupture détermine une *pleurésie purulente*, souvent mortelle ; grâce à des adhérences, les abcès pourront s'ouvrir directement dans le poumon (vomique) ; pendant quelques jours, le malade présente les signes d'une bronchopneumonie de la base droite ; son haleine et son expectoration prennent l'odeur de la confiture d'abricots (Eichorst) ; la *vomique* donne issue à un pus rougeâtre, couleur chocolat ; exceptionnellement, c'est là un mode de guérison, bien plus souvent il se produit à la suite une infection secondaire du poumon, avec fièvre hectique, et cachexie progressive ; le malade présente alors les signes d'une excavation pulmonaire plus ou moins étendue de la base droite.

Exceptionnellement l'abcès peut s'ouvrir dans le péricarde.

En résumé, l'abcès dysentérique se présente donc en clinique soit avec une allure franchement aiguë, évoluant en quinze à vingt jours, au milieu de phénomènes à allure typhoïde, soit avec une allure subaiguë, ou chronique, mais dans tous les cas, l'abcès, une fois collecté, n'a aucune tendance à se résorber, il tend à s'évacuer, aussi en vue de diriger cette évacuation importe-t-il de porter un diagnostic assez précoce, qui permettra un traitement approprié.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 77. — SAMEDI 8 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 8 JUILLET 1911. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa séance du 29 juin 1911, le conseil de la Faculté a décidé que, désormais, les travaux pratiques de chimie pathologique seront reportés au semestre d'hiver, concurremment avec les travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Cette disposition entrera en vigueur à dater du 1er novembre 1911.

En conséquence, MM. les élèves de troisième année, en cours irrégulier d'études, qui, à la date de ce jour, n'auraient pas accompli les travaux pratiques de chimie pathologique, devront demander leur mise en série pour lesdits travaux du 1er au 15 septembre 1911.

Écoles de médecine. — Amiens. — M. le docteur Hautefeuille, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 10 novembre 1911.

Guerre. — — Par décret en date du 27 juin 1911, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Quermonne, Perrin, Lesigne, Ygouf, Lachaud, Abrial, Meugy, Caix, Dubois, Duret, Giron, Fleury, Vignerot, Péchadre, de Bourgan, Barillet, François, Comte, Tourneux, Puig, Albespy, Rossignol, Artières, Launay, Desforges, Paviot, Waton, Corny, Daunic, Daguillon, Roussel, Regaud, Vitrac, Malpas, Camescasse, Durand, Cadilhac, Huber, Dufour, Puech, Lambert, Folie-Desjardins, Chabrié, Thénoz, Chapon, Donnet, Poirier, Robilliard, Lagoutte, Bérard, Decourt, Wintrebert, Brumaud-Deshoulières, Loridant, Ricaud, Lalitte, Garat, Merlin, Poulaine et Redureau.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bonamy, Lucien, Lamy, Raulin, Nates, Balestre, Euzière, Combes, Foucaud, Bordes, Haëu, Pirault, Dupont, Laplace, George, Merlot, James, Roca, Dodeuil, Vautier, Devernoix, Ferrer, Grimaud, Le Bihan, Marque, Brunel, Neuvialle, Alicot, Fayard, Ricard, Moris, Huré, Girault, Petit, Olivier, Herrenschmidt, Pilleboue, Degaud, Robert, Audonnet, Couétoux, Gérard, Cazemajour, Foubert, Lagarde, Fabre, Carrière, Morisse, Jacquot, Clément, Parisot, Michelet, Girard, Burgaud, Mazen, Huck, Cochy de Moncan, Houdard, Sourice, Suquet, Loyer, Houy, Lambert, Gazet, Brissot, Sarazanas, Bomby, Louyriac, Conter, Liouville, Parazols, Christine, Théron, Granier, Bailly et Adamistre.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Kahn, Mariette, Dubos, Emery, Boussion, Masmonteil, Gassion, Ducos, Cadéot, Landon, Vaney, Darcanne, Mallet, Girardot, Levesque, Pommeret, Beutter, Lecat, Rembauville, Garin, Bergouignan, Guérin, Bernadac, Laisney, Grisel, Calmels, Peyssonneau, Cauderay, Boëlle, Farcy, Feillard, Gireaux, Combes, Guyon et Velut.

Manifestation internationale en l'honneur de sir Patrick Manson, F. R. S. — Les magnifiques progrès réalisés, depuis moins de vingt ans, dans la connaissance des maladies des pays chauds, sont dus, pour une très grande part, à sir Patrick Manson ou à son initiative. La création des écoles ou instituts de médecine tropicale, ces foyers si actifs et si utiles d'enseignement et de recherches, est due encore à son action bienfaisante. En ces questions, il a été un initiateur de génie.

Un certain nombre de savants, persuadés que sir Patrick Manson a rendu à la science et à l'humanité les plus éminents services, ont pensé que l'heure était venue de témoigner à l'illustre savant anglais leur vive admiration pour son œuvre, en même temps que leur respectueuse affection pour sa personne.

Dans ce but, il est ouvert une souscription internationale, à l'effet d'offrir à sir Patrick une médaille d'or à son effigie. Elle sera l'œuvre du grand artiste qu'est le docteur Paul Richer.

Les souscriptions sont reçues à Paris chez MM. Asselin et Houzeau, éditeurs des *Archives de Parasitologie*, place de l'Ecole-de-Médecine. On peut adresser les souscriptions par bon de poste, mandat postal ou chèque. Aucune limite n'est fixée. Tout souscripteur de vingt-cinq francs (1 livre) recevra un exemplaire en bronze de la plaquette. Tout souscripteur de cinquante francs (2 livres) recevra un exemplaire en argent patiné. Les souscripteurs sont instamment priés d'écrire très lisiblement leur nom, leur adresse, ainsi que toutes les indications postales nécessaires.

Hopital Beaujon. — Service de M. le docteur Tuffier. — Le docteur Alexis Carrel, du Rockfeller Institute, fera samedi matin, à neuf heures et demie, une conférence sur « La vie des tissus en dehors de l'organisme et ses applications. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L.-E. Allix, au Petit-Puy, près Saumur, et Imbert (A.-J.-X), médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, mort des suites d'une piqûre anatomique faite au cours d'une démonstration à l'amphithéâtre de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales.

VENTE au Palais de justice à Paris, le 22 juillet 1911, à 2 heures.
GRANDE PROPRIÉTÉ de 3506m env. à Paris (16e arrt)
RUE DE LA POMPE, 53 dont 2200 mètres environ couverts de bâtiments et une **Chapelle**.
L'immeuble actuellement est à usage spécial d'Hospice pour **opérations chirurgicales**.
Mise à prix : 1 200 000 francs.
S'adresser à Me Thomas, avoué; Me Cortot, avoué, et M. Lemarquis, administrateur.

REVUE GÉNÉRALE

LITHIASE DU CANAL CHOLÉDOQUE

Par M. Ch. LÉVÊQUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition et historique. — La plupart des calculs biliaires ont pour lieu d'origine la vésicule ; de là sous l'influence de certaines causes, ils peuvent s'engager dans le cholédoque et s'y arrêter ; quelques-uns naissent sur place dans le canal.

Quoi qu'il en soit, le calcul cholédocien donne lieu à un ensemble symptomatique bien individualisé dans le tableau général de la lithiase biliaire ; le traitement chirurgical que l'on peut lui opposer a été bien déterminé au cours de ces dernières années ; ainsi le calcul du cholédoque mérite bien une place à part dans l'étude de la lithiase biliaire.

Nous n'essaierons pas de retracer un historique complet de la question ; quelques noms cependant dominent l'histoire de la maladie ; depuis Vésale, Fallope, Fernel qui les premiers décrivirent les cholélithes, Morgagni, Haller, J. L. Petit étudièrent au XVIIIe siècle les troubles auxquels ils peuvent donner lieu. Depuis le début du XIXe siècle, Chevreul découvre la cholestérine ; Cruveilhier, Frerrichs, etc., fournissent des matériaux considérables.

Dans ces dernières années on a surtout essayé d'éclairer la pathogénie de la lithiase, les uns à la suite de Bouchard voyant dans le terrain l'élément pathogénique essentiel, les autres à la suite de Naunyn attribuant la première place à l'infection ; dans cet ordre d'idées on peut citer les travaux de Gilbert et Dominici, Gilbert et Fournier, Chauffard, Mignot. Enfin les chirurgiens font faire de grands progrès à la technique opératoire des voies biliaires et à côté des étrangers Kehr, Mayo-Robson, Kocher, on peut citer en France Terrier, Quénu, Hartmann, Gosset, Delagenière.

II

Etiologie. Pathogénie. — *A*. **De la formation du calcul.** — 1° Causes prédisposantes. — De tout temps l'on a remarqué que le *sexe* féminin prédispose à la lithiase biliaire ; suivant les statistiques, on l'observerait de 3 à 5 fois plus souvent chez la femme, et c'est pendant la période génitale que l'on observe fréquemment la première manifestation de la maladie.

De plus l'influence de l'*âge* est manifeste ; très rare chez le nouveau-né et chez l'enfant la lithiase se montre en général après vingt-cinq ans, et sa fréquence dans la vieillesse est très grande.

L'influence des *climats* froids et humides, des *professions* sédentaires, d'une *alimentation* riche et abondante est peut-être moins importante.

2° Cause déterminante. — Deux théories ont été proposées pour expliquer la fréquence de la lithiase biliaire.

a. Pour les uns il s'agirait d'une prédisposition individuelle et diathésique ; cette notion du terrain a pris surtout de l'importance avec la doctrine du *ralentissement de la nutrition* de Bouchard, chez l'individu prédisposé par la lenteur et la difficulté des combustions, le retard des échanges nutritifs, les conditions pathogéniques se trouvent réalisées et ces conditions sont au nombre de 5 : excès de cholestérine, excès d'acides dans l'organisme, défaut d'acides biliaires, d'acides gras, de bases alcalines ; on conçoit dans cette théorie l'influence des facteurs prédisposants que nous avons exposés plus haut ; ils favorisent en même temps la bradytrophie et la lithiase.

b. Cependant tout en reconnaissant l'influence de ce facteur diathésique, l'on tend de plus en plus aujourd'hui, sous l'influence des travaux de Naunyn, à faire une place prépondérante à l'*infection* dans la genèse des calculs biliaires. De fait, on a trouvé des microbes dans l'intérieur des calculs biliaires ; le plus souvent il s'agit du colibacille. Gilbert et Dominici, Fournier ont fait cette constatation ; d'autre part Mignot a obtenu expérimentalement des calculs par infection de la vésicule biliaire chez le cobaye au moyen de ce microorganisme. D'après Naunyn, sous l'influence de l'agent pathogène, il se produirait une angiocholite desquamative, suivie de troubles dans la sécrétion de la muqueuse, d'altération de la bile et de précipitation de cholestérine.

A l'état normal les voies biliaires sont aseptiques tout au moins en ce qui concerne les aérobies, ainsi que l'ont montré les recherches de Duclaux, de Dupré, et s'il en est ainsi c'est que les microbes hôtes habituels de l'intestin ne peuvent remonter par voie canaliculaire ascendante, chassés qu'ils sont par le flux biliaire. L'écoulement normal et régulier de la bile a donc une grande importance, et c'est en le modifiant qu'agissent les causes prédisposantes. Cette progression a pour agent principal les contractions des fibres lisses de l'appareil biliaire ; or ces fibres s'atrophient dans la *vieillesse* ainsi que l'a montré Charcot. Le *corset* agit en déplaçant le foie par compression coudure des voies d'excrétion. Les ptoses viscérales qui peuvent accompagner ou suivre la *grossesse* agissent de la même manière.

B. **De la localisation cholédocienne.** — Des calculs autochtones peuvent se former sur place dans le canal cholédoque (Riedel, Chauffard) ; d'autres proviennent quelquefois du foie ; le plus souvent c'est la vésicule qui est leur vrai laboratoire ; la bile y stagne en effet dans l'intervalle des digestions, et sa direction oblique d'avant en arrière et de bas en haut ne favorise pas l'excrétion ; ces causes s'opposent donc à la migration du calcul. Il faut pour que le calcul se fixe dans le cholédoque, d'une part une cause de migration, d'autre part un arrêt dans ce déplacement. La cause essentielle de la mise en mouvement du calcul est la contraction de la vésicule ; celle-ci peut être réveillée par les chocs, les traumatismes, les efforts, les émotions, etc., mais surtout les excitations portant sur la deuxième portion du duodénum au niveau de l'ampoule de Vater ; une sécrétion gastrique exagérée et très acide exagère cette excitation provoquée normalement par le bol alimentaire.

Le calcul s'arrête dans le cholédoque, car ce canal présente des points normalement rétrécis qui s'opposent à son passage ; le principal siège dans la portion terminale ; ainsi que l'a montré Quénu, le canal mesure en effet 6 millimètres à sa terminaison au lieu de 13 dans sa portion initiale ; d'autre part, la

contracture spasmodique du canal au-dessus d'un calcul peut s'opposer au passage d'un deuxième.

C. **Des infections biliaires secondaires.** — L'infection préside à la genèse des calculs; mais ceux-ci une fois formés deviennent une cause d'appel de l'infection biliaire. La chasse biliaire se fait mal ou pas du tout; les parois de l'arbre biliaire sont lésées; ainsi est réalisée la cause la plus fréquente des angiocholites.

III

Anatomie pathologique. — *A.* **Le calcul.** — *a.* Structure. — Le calcul est formé d'une portion centrale ou noyau, d'une partie moyenne et d'une enveloppe corticale.

Le noyau est formé généralement de précipités de bilirubinate de chaux mêlé de mucus et de débris épithéliaux; au centre on peut rencontrer une véritable caverne contenant de la bile épaissie; parfois on y trouve un corps étranger (douve, ascaris); le noyau peut être excentrique. La couche moyenne est formée de stries radiées dues à des lamelles de cholestérine, qui peuvent être diversement colorées.

La couche corticale est formée de précipités de pigments biliaires souvent mêlés à des sels calcaires; elle peut manquer.

b. Volume. — Les calculs du cholédoque sont généralement volumineux; ils sont sphériques ou allongés dans le sens du canal; formant parfois une sorte de colonne sur une hauteur plus ou moins étendue; lorsqu'ils sont très gros, ils se sont accrus sur place par dépôt de couches stratifiées de cholestérine et de sels biliaires (thrombose biliaire cholédocienne de Chauffard).

c. Nombre. — Généralement unique, le calcul présente alors une surface rugueuse et chagrinée (calculs muriformes); ils peuvent être multiples et le seraient même dans 80 p. 100 des cas d'après Mayo Robson; ils sont alors taillés à facettes par pression et usure réciproque, juxtaposés en piles, ou agglomérés par du sable biliaire.

B. **Lésions du cholédoque.** — *a.* Au niveau du calcul. — On observe des altérations de la paroi analogues à celles de la vésicule et qui aboutissent à une angiocholite chronique : transformation scléreuse et épaississement des tissus; tous les éléments qui constituent la paroi participent à ce processus; la couche musculaire d'abord hypertrophiée, dégénère bientôt et finit par disparaître complètement.

Les lésions de la muqueuse consistent également au début en une multiplication et une hypertrophie des villosités, puis l'épithélium de cylindrique devient cubique et disparaît à son tour; il n'y a plus alors de muqueuse à proprement parler, mais un tissu fibreux épais et résistant avec tendance à la rétraction. Des lésions suppuratives, ulcéreuses, gangréneuses, peuvent se greffer sur cette paroi déjà si affaiblie, et il en résultera une perforation; celle-ci pourra donner lieu à une péritonite généralisée ou localisée, ou à des fistules faisant communiquer le cholédoque avec un organe voisin : vésicule, duodénum, côlon.

b. Au-dessus du calcul, il existe une dilatation qui peut devenir énorme si le calcul est volumineux et l'obstruction prolongée; le cholédoque peut alors atteindre les dimensions d'une anse intestinale; la paroi est encore ici sclérosée et épaissie; le contenu est constitué par de la bile normale ou épaisse, de la boue biliaire et quelquefois du pus.

c. Lésions des autres portions de l'appareil biliaire. — La vésicule présente des lésions de sclérose sur lesquelles nous ne reviendrons pas; elles aboutissent généralement à la rétraction de l'organe; nous n'insisterons pas sur l'hydropisie ou l'empyème de la vésicule qui peuvent accompagner le calcul du cholédoque mais qui n'en découlent pas.

Les voies biliaires en amont participent à la dilatation; le canal hépatique peut être aussi volumineux que le cholédoque; les canaux intrahépatiques dilatés donnent à la coupe du foie un aspect caverneux; le parenchyme verdâtre laisse écouler une grande quantité de bile à la moindre incision. L'angiocholite peut aboutir à la formation d'une prolifération conjonctive qui s'organise peu à peu constituant la cirrhose hypertrophique biliaire de Gilbert et Lereboullet.

Dans d'autres cas, par suite de la virulence des microbes et de la faible résistance de l'organisme, on voit apparaître des phénomènes de suppurations péricanaliculaires; des abcès miliaires presque microscopiques se forment; très nombreux, ils peuvent arriver à se toucher par leur périphérie, à se fusionner pouvant donner lieu à des collections assez considérables (abcès aréolaires de Chauffard).

Avant d'avoir atteint cette intensité les lésions peuvent regresser, et le processus de cicatrisation, entraîne un rétrécissement des voies biliaires qui peut être l'origine d'accidents redoutables.

Enfin l'angiocholite retentit à l'autre extrémité de l'arbre biliaire; au niveau du *pancréas*, l'on constate souvent des lésions inflammatoires sous forme de pancréatite hémorragique, suppurée ou chronique. 39 fois sur 48, il s'agissait de pancréatite chronique (Quénu et Duval).

IV

Symptomatologie. — Les différences que l'on observe dans le volume des calculs, l'existence ou l'absence de complications au niveau du cholédoque lui-même ou des organes voisins, entraînent certaines variations dans le tableau clinique. Néanmoins, dans le plus grand nombre de cas, la lithiase du cholédoque est caractérisée par deux symptômes essentiels, que l'on retrouve plus ou moins modifiés dans la plupart des cas; ce sont l'ictère chronique et les crises douloureuses.

a. Le plus souvent, en effet, on est appelé auprès d'une malade d'un certain âge qui, depuis plusieurs mois, présente des poussées de jaunisse. Si nous supposons la présence d'un calcul assez volumineux pour obstruer complètement le canal, nous nous trouvons devant tous les signes d'un ictère par rétention.

Il présente au clinicien un ensemble de symptômes typiques que l'on peut classer en signes extérieurs (cutanéo-muqueux, urinaires, hématiques), en signes résultant du trouble apporté au flux biliaire, enfin en signes généraux consécutifs à cette viciation de la fonction biliaire, et à la rétention des pigments dans l'organisme.

Les signes extérieurs révèlent à première vue la présence des pigments au niveau des téguments; on constate une teinte jaune d'intensité variable qui se montre au début au niveau de la conjonctive, de

la région sublinguale et du plancher de la bouche; elle atteint ensuite les parties fines de la peau, ailes du nez, tempes, front, pour se généraliser enfin au niveau de tous les téguments.

Le sang renferme dans le sérum les mêmes pigments; c'est même la localisation essentielle qui précède toutes les autres; le diagnostic en est basé sur la réaction de Gmelin que nous retrouverons pour les urines, et aussi sur la spectroscopie (disparition de la partie droite du spectre).

Les urines ont un aspect spécial; leur couleur varie du rouge au noir; elles moussent facilement, et prennent alors un aspect irisé; acides et de densité élevée, elles présentent un certain nombre de réactions spéciales qui caractérisent la présence des pigments et que nous nous contenterons de signaler; celle de Gmelin est fondamentale; on peut lui adjoindre celles de Maréchal, de Salkowski, de Heycraft; parfois la réaction de Pettenkoffer permettra de déceler les acides biliaires.

A côté de ces symptômes fondamentaux, on peut en noter de moins importants, tels le passage des pigments dans la sueur, les larmes, la salive, le lait, le liquide céphalo-rachidien, les exsudations enfin (pleurésie, ascite, mucosités bronchiques).

La décoloration des matières fécales vient traduire le trouble apporté au flux biliaire; il en résulte la stéarrhée avec les cristaux de Nothnagel décelables au microscope.

Enfin la stagnation de la bile retentit sur l'état général, et l'on peut observer des troubles qui atteignent en particulier l'appareil circulatoire. C'est ainsi que le cœur présenterait d'après Potain une dilatation par réflexe bilio-pulmonaire d'où hypertension de l'artère pulmonaire et accentuation du deuxième bruit à cet orifice, parfois même asystolie véritable et souffle d'insuffisance tricuspidienne.

Le pouls présente à la fois du ralentissement et de l'hypotension malgré la force apparente de la pulsation; le tracé sphygmographique montre une ligne d'ascension lente, un sommet peu élevé, une ligne de descente longue avec dicrotisme exagéré.

On peut observer des hémorragies nasales, surtout par la narine droite parfois du purpura.

Dans certains cas, existent des manifestations nerveuses qui expliquent l'asthénie, la faiblesse générale, la xanthopsie, parfois même l'héméralopie, enfin la toux nerveuse dite hépatique et sine materia.

Le prurit peut être intense surtout marqué la nuit, il entraîne quelques lésions du côté de la peau, lichen, xanthélasma plan ou tubéreux, urticaire.

Telle est la symptomatologie de l'ictère dans les cas où le canal est complètement oblitéré. Remarquons que le syndrome peut être beaucoup moins accentué, et même manquer totalement dans certains cas. Vautrin a noté son absence 4 fois sur 66. Mais ce qui caractérise avant tout l'ictère lithiasique, ce sont les variations qu'il présente, supposons la lumière du canal complètement obturée: l'ictère est intense; la bile s'accumule au-dessus de l'obstacle; les parois se distendent, la bile peut filtrer entre elles et le calcul; d'ou atténuation du symptôme, jusqu'à ce que cette bile soit complètement évacuée; à ce moment la lumière est de nouveau oblitérée; nouvelle poussée.

b. Ces poussées s'accompagnent le plus souvent de *crises douloureuses* qui peuvent revêtir deux types principaux. Dans l'un, le plus rare, on assiste à une véritable colique hépatique avec son début brusque, quelques heures après le repas, son siège dans l'hypocondre droit avec irradiations vers l'épaule du même côté, son intensité allant dans certains cas jusqu'à la production de troubles nerveux, convulsions, troubles vaso-moteurs pulmonaires, et même asystolie aiguë; la colique s'accompagne souvent de vomissements; elle dure un temps variable, de deux à dix et douze heures. Mais ici la cessation brusque de la crise est rare; elle nécessite en effet le passage du calcul dans l'intestin, qui a peu de tendance à se produire.

Aussi la seconde forme est-elle plus fréquente; il ne s'agit pas de coliques hépatiques vraies; la douleur est moins vive; c'est plutôt un endolorissement profond de la région; elle est d'autre part plus persistante et subit des recrudescences sous l'influence d'un effort, ou simplement pendant la digestion; la diminution de l'ictère par le mécanisme que nous avons indiqué amène en même temps une sédation de la douleur.

Cette douleur spontanée est réveillée par la palpation et l'on devra s'attacher à préciser son siège exact; Vautrin conseille, pour cette exploration, de se placer à gauche de la malade, et d'explorer la paroi abdominale « comme si l'on voulait explorer la gouttière vertébrale droite ». Ceci n'est possible évidemment que dans le cas de sujets très amaigris et en particulier de femmes à parois abdominales flasques; chez un sujet musclé ou une femme grasse, on devra s'attacher surtout par une palpation méthodique à déterminer le point maximum de la douleur. Dans cette région de l'hypocondre droit, on a distingué trois points répondant à la vésicule, au pancréas, au cholédoque. Le premier siège à l'intersection du bord externe du droit et de la dixième côte; le point pancréatique de Desjardins est situé sur la ligne ombilico-axillaire à 6 centimètres de l'ombilic; le point cholédocien est sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne médiane et celle qui réunit l'ombilic au point vésiculaire, à quatre travers de doigt de l'ombilic; ces deux derniers points sont, comme on le voit, très voisins l'un de l'autre; on s'attachera donc à limiter la douleur au niveau de l'un d'eux, ce qui est quelquefois possible.

L'examen objectif doit être complété par l'exploration de la vésicule et du foie.

Généralement, il est impossible de sentir la vésicule, qui est rétractée, même dans les cas de rétention complète. Ce fait a été mis pour la première fois en lumière par Courvoisier; or, dans le cas d'une compression de l'embouchure du canal par un cancer du pancréas, par exemple, il en est tout autrement, la vésicule est dilatée. Ce symptôme étudié à nouveau par Terrier est désigné habituellement sous le nom de loi de Courvoisier-Terrier qui peut s'énoncer ainsi : dans l'oblitération du cholédoque, due à un néoplasme, la vésicule biliaire est dilatée; elle est rétractée, au contraire, lorsque l'oblitération est due à un calcul. On a essayé de rechercher la pathogénie de ce fait; nous retiendrons l'explication de Mocquot : la vésicule se rétracterait dans le cas de calcul parce qu'elle est le siège d'altérations inflammatoires, étant au contraire saine, non sclérosée, dans le cas de néoplasme, « elle se dilate sous l'influence de la stase biliaire ».

En tout cas, on devra rechercher attentivement ce symptôme, et les conclusions que l'on en tirera

seront exactes dans la plupart des cas; néanmoins, il y a des exceptions, et parfois la loi s'est trouvée en défaut; nous citerons les cas de Jalaguier, Reclus, Phulpin, Griffon, Léon Bernard; de l'ensemble des statistiques, il résulte que dans 84 p. 100 des cas la loi a été confirmée.

Si l'on pratique l'examen *du foie*, on trouve rarement que son volume est normal; il est parfois atrophié, plus souvent hypertrophié, et cette modification est en rapport avec un certain degré de cirrhose calculeuse que nous retrouverons à propos des complications.

De même la fièvre est fonction d'une angiocholite, mais certains auteurs admettent que dans tous les cas il existe un certain degré d'infection et que la lithiase biliaire n'est jamais complètement aseptique; ils considèrent donc la fièvre comme un des symptômes cardinaux de l'affection, et la placent à côté des douleurs et de l'ictère; pour Riedel, ce dernier symptôme lui-même résulterait de l'infection; il s'agirait plutôt d'un ictère infectieux que d'un ictère par rétention. De fait, la fièvre existe souvent au cours de la lithiase du cholédoque; souvent légère, elle peut présenter les types que nous décrirons à propos des angiocholites lithiasiques.

Tel est l'ensemble du tableau clinique dans l'oblitération du cholédoque par un calcul; il est à peine utile de faire remarquer que le syndrome est rarement au complet; chacun des éléments que nous avons étudiés peut faire défaut; enfin la marche de la maladie peut être profondément modifiée par l'apparition d'une complication.

V

Complications. — *a.* La plus fréquente est l'*angiocholite.* Son apparition se manifeste par un certain nombre de phénomènes généraux, lassitude, abattement, céphalalgie, inappétence, troubles digestifs, que l'on retrouve dans toute infection, et qui n'ont rien, par conséquent, de très caractéristique; mais la douleur se fait plus vive du côté du foie; l'ictère subit une nouvelle poussée, et la *fièvre* surtout revêt un type spécial.

Son tableau clinique est calqué, en effet, sur celui de la fièvre intermittente; il s'agit d'un accès à début ordinairement vespéral ou nocturne, marqué par un violent frisson qui peut durer deux à trois heures; la température s'élève d'emblée à 40 à 41 degrés, le stade de chaleur succède au frisson; la peau devient brûlante, la respiration rapide; puis apparaît le troisième stade de sueur; et l'accès se termine ainsi, sa disparition amenant une grande sensation de bien-être; c'est la fièvre intermittente symptomatique de Charcot, la fièvre intermittente bilio-septique de Chauffard. Cet accès se différencie cependant de celui qui est dû à l'hématozoaire en ce que sa réapparition n'est pas régulière; la fièvre bilio-septique ne revêt pas le type tierce ou quarte, si ce n'est par hasard; d'autre part, la quinine n'a sur elle aucune influence, la confusion n'est du reste pas possible lorsqu'elle vient compliquer une lithiase du cholédoque déjà caractérisée.

A côté du type ordinaire, on peut voir des cas où un stade manque, le plus souvent alors le stade de sueur; si l'intoxication s'accentue, on peut voir apparaître le type rémittent qui se transforme même en un type de fièvre continue, indice d'une infection profonde des voies biliaires intrahépatiques, permettant une absorption constante de produits toxiques.

Rarement on reconnaîtra les symptômes d'un volumineux abcès du foie avec augmentation de la douleur, dyspnée et même voussure de la paroi.

La *pyléphlébite* est aussi une complication rare qui s'accompagnera du cortège habituel des infections pyohémiques.

b. La sclérose hépatique existe presque toujours, à un degré peu marqué, dans la lithiase; elle peut prendre une intensité suffisante pour constituer une véritable *cirrhose* biliaire par obstruction qui simule la maladie de Hanot; le foie et la rate sont hypertrophiés, l'appétit est exagéré; des poussées fébriles viennent couper la marche chronique de l'affection; l'ascite est rare, et les antécédents du malade ne permettent pas de confondre avec la maladie de Hanot, cette cirrhose qui se termine plus rapidement par le tableau de l'ictère grave.

c. Il existe des complications qui viennent mettre en danger, d'une façon plus immédiate encore, les jours du malade. Le travail ulcératif qui se produit au voisinage du calcul sur les parois du cholédoque peut entraîner la perforation de celui-ci; il en résulte une invasion dans le péritoine de bile septique; et l'on assiste au tableau d'une *péritonite* qui sera généralisée ou localisée suivant que des adhérences auront ou non limité l'épanchement. Il se peut que ces adhérences aient uni le cholédoque à l'intestin, et le calcul pénétrant dans cet organe produira des accidents d'occlusion intestinale si son volume est suffisant; on a trouvé ainsi des calculs pesant 62 grammes (Bourdon), 60 grammes (Bull); rarement il s'arrête dans le duodénum et se fixe plus volontiers en un point voisin de la terminaison de l'intestin grêle dont la lumière est dans son ensemble infundibuliforme; les symptômes de cet iléus biliaire n'ont rien de très particulier; souvent il s'agit d'accidents intermittents accompagnés d'hémorragies intestinales; parfois la palpation permettrait de sentir une tumeur dure en un point de la paroi abdominale répondant à la région iléo-cæcale.

Plus rarement, le calcul remontant vers l'estomac s'est fixé au niveau du pylore produisant des accidents de sténose (Montprofit, Gaillard).

Sans parler des cas de *migrations exceptionnelles* vers l'utérus gravide, le rein, la veine cave, etc., il est fréquent, au contraire, que le calcul détermine autour de lui, par le processus de la péritonite circonscrite dont nous parlions tout à l'heure, un abcès localisé, un *phlegmon biliaire*; celui-ci peut s'ouvrir dans un organe voisin; mais de préférence il fuse vers la peau, et une ouverture se produit souvent spontanément; le pus et les calculs s'écoulent, et on peut se trouver ainsi en présence d'un processus naturel de guérison.

Plus souvent, cependant, il persiste une *fistule biliaire* au trajet plus ou moins tortueux, dont les parois infectées suppurent; des diverticules, des clapiers peuvent se former, entretenant une suppuration fort longue; par l'orifice, mélangée au pus, on peut voir sortir une certaine quantité de bile généralement minime, grâce à la direction irrégulière de la fistule.

Celle-ci peut guérir spontanément, ou à la suite d'une intervention; dans certains cas, cependant, on voit la fistule résister aux autoplasties les plus soignées; un obstacle s'oppose alors, malgré l'issue du calcul, au libre écoulement de la bile vers l'intestin;

il s'agit souvent d'un *rétrécissement* inflammatoire des voies biliaires; celui-ci, ainsi que l'a montré Mathieu, peut être partiel, localisé au point où siégeait le calcul qui avait produit là une ulcération, et la cicatrisation de cette ulcération a engendré la sténose; plus rarement, il s'agit d'un processus généralisé à l'ensemble des voies biliaires extra-hépatiques et dû à une angiocholite sténosante.

Quoi qu'il en soit, les symptômes du rétrécissement passent inaperçus au milieu du tableau clinique de la lithiase, et seule la persistance de la fistule permet d'y penser.

A côté de ces complications infectieuses ou mécaniques qui dérivent directement de l'évolution de la maladie, on ne peut passer sous silence des affections qui, sans lui être liées aussi directement, paraissent coexister fréquemment avec elle, comme les *pancréatites*, ou n'apparaître guère que chez des lithiasiques, comme le *cancer primitif* des voies biliaires. Kehr, en explorant le pancréas dans toutes ses opérations sur les voies biliaires, le trouve malade dans 24 p. 100 des cas. William Mayo trouve 81 p. 100 des pancréatites en coïncidence avec la lithiase. Pour Quénu et Duval, les germes pathogènes du duodénum envahissant à la fois le cholédoque et le canal de Wirsung créeraient en même temps les deux affections.

Pour ce qui est du cancer des voies biliaires, les ulcérations produites par le calcul seraient, d'après Terrier et Auvray, le point de départ de la prolifération néoplasique.

VI

Diagnostic. — Toutes les causes susceptibles d'apporter un obstacle au flux biliaire peuvent créer un ictère par rétention susceptible d'être confondu avec l'ictère lithiasique; ces facteurs peuvent agir par compression extérieure, ainsi un cancer du pancréas, par obturation (calcul, corps étrangers), par altération des parois des canaux biliaires (cancer des voies biliaires); d'autre part, l'inflammation primitive de ces canaux, l'ictère catarrhal prolongé aboutit au même résultat; ainsi faire le diagnostic d'un calcul du cholédoque revient à différencier les unes des autres les diverses causes d'ictère chronique; mais toutes celles-ci ne doivent pas être mises sur le même plan; aussi, glissant rapidement sur les maladies rares en elles-mêmes, qui ne peuvent être qu'un diagnostic d'élimination, et sur celles qui, bien que fréquentes, produisent accessoirement l'ictère au milieu d'un ensemble symptomatique d'autre part bien individualisé, nous insisterons sur celles dans lesquelles le symptôme ictère est un élément essentiel de diagnostic.

Dans les cas rares de calcul du cholédoque où ce symptôme n'existe pas, l'élément douleur permettra beaucoup plus difficilement le diagnostic, et en l'absence de renseignements radiographiques sur lesquels nous reviendrons, on devra se contenter du diagnostic de lithiase sans affirmer la localisation cholédocienne.

a. Le *symptôme ictère vient se greffer sur une affection bien déterminée*. Il en est ainsi lorsqu'un *kyste hydatique du foie*, un *néoplasme de l'estomac* limité à la petite courbure et envahissant le petit épiploon, ou un cancer *secondaire du foie* viennent comprimer les voies biliaires; on reconnaîtra le kyste à la tumeur qu'il forme, le plus souvent accessible à l'examen et présentant des signes physiques particuliers, aux autres signes de compression qui peuvent accompagner l'ictère si la tumeur est volumineuse, aux petits signes de début qui auront rarement passé inaperçus.

Le cancer de l'estomac, surtout limité, est plus difficilement perceptible; mais étant donné son siège il aura presque toujours provoqué des signes de sténose pylorique, souvent des hématémèses; l'état général sera attaqué, et un ictère survenant dans ces conditions pourra être rapporté à sa cause.

Le cancer secondaire du foie sera précédé des symptômes dus à la localisation primitive; le foie, bosselé, marronné, pourra être accessible à la palpation.

D'autres fois, une *péritonite tuberculeuse* évoluant sous la forme fibro-caséeuse ou fibro-adhésive pourra créer un ulcère par compression; on la reconnaîtra aux placards de matité disséminés dans l'abdomen et alternant avec des zones de sonorité.

b. Le *symptôme ictère est le phénomène essentiel*. Ce sont les cas les plus intéressants et les plus difficiles. Plusieurs affections sont à différencier ici de la lithiase du cholédoque. On se rappellera les caractères de variabilité de l'ictère sur lesquels nous avons insisté, et la loi de Courvoisier-Terrier acquiert ici toute son importance.

Ce sont, en effet, ces deux éléments qui permettront de reconnaître le *cancer du pancréas* localisé à la tête. L'ictère assez précoce est le type des ictères continus et progressifs; on ne voit pas ici de variations dans la coloration de la peau et des muqueuses, dans la décoloration des matières fécales. Les signes concomitants (prurit, symptômes cardiaques) sont très marqués; la coloration s'accentuant tous les jours aboutit au vert foncé; il existe souvent en même temps une coloration bronzée distincte de l'ictère.

Les douleurs ont aussi ce caractère continu; elles ne procèdent pas par crises et par poussées; leur siège épigastrique est dû à l'envahissement ou à la compression du plexus cœliaque par la tumeur; elles peuvent s'atténuer un peu par l'inclinaison du corps en avant, d'où l'attitude spéciale des malades.

Les troubles digestifs fréquents sont variables; tantôt le dégoût de la viande et des graisses est très accentué; tantôt l'appétit est exagéré, mais les digestions sont difficiles; les vomissements peuvent simuler ceux de la sténose pylorique.

L'ascite, par compression de la veine porte, est assez fréquente; plus rarement on note de l'œdème des membres inférieurs et un engorgement ganglionnaire à distance.

En même temps les signes généraux sont beaucoup plus accentués que dans la lithiase du cholédoque, l'amaigrissement pouvant atteindre jusqu'à 30 kilogrammes en moins d'un mois.

Si en présence de ces symptômes on pratique l'examen de l'abdomen, on peut obtenir dans un quart des cas environ une sensation de résistance ou percevoir une tumeur toujours difficile à délimiter un peu à droite de la ligne médiane. La dilatation de la vésicule sous forme d'une tumeur arrondie mobile quelquefois fluctuante sera recherchée avec soin, car elle peut être difficile à percevoir; nous avons déjà exposé la valeur de ce symptôme.

Enfin dans les cas difficiles, on complétera le diagnostic par l'examen des fèces et des urines.

L'inutilisation des graisses est très accentuée, la bile et le suc pancréatique étant supprimés, à peine 10 p. 1.000 des graisses sont utilisées au lieu de 96 p. 1.000 à l'état normal, de 60 p. 1.000 dans le cas de suppression de la bile seule.

L'examen des urines peut montrer l'existence de glycosurie, celle-ci est cependant assez rare; on peut utiliser l'épreuve du salol et la réaction de Cammidge.

A côté du cancer, nous ne ferons que signaler les *kystes du pancréas* qui compriment rarement le cholédoque et qui constituent alors une tumeur volumineuse.

La *pancréatite chronique* qui vient souvent compliquer la lithiase est de diagnostic très difficile et souvent ce n'est qu'au cours d'une intervention, que l'on pourra constater l'atteinte du pancréas. Parfois elle succède à une pancréatite aiguë qui en aura imposé pour des phénomènes péritonéaux. A la période d'état, l'ictère est encore ici un des phénomènes les plus constants ; moins fatalement progressif que celui du cancer, il ne présente pas cependant les variations brusques de l'ictère lithiasique. Les douleurs sont analogues à celle du cancer ; l'amaigrissement est aussi très rapide ; on a signalé parfois l'existence d'une tumeur, et la vésicule est dilatée. La pancréatite ressemble donc beaucoup plus au cancer du pancréas qu'à la lithiase du cholédoque, et comme l'intervention sera analogue dans les cas de calcul ou de pancréatite l'intérêt du diagnostic consiste surtout à éliminer le néoplasme.

L'ictère est encore le symptôme primordial du *cancer des voies biliaires* puisque son absence n'est signalée que dans le cas de Durand-Fardel ; c'est ici encore un ictère progressif. Il existe souvent des douleurs violentes dans la région épigastrique ; l'état général est très altéré : la cachexie ne tarde pas à s'installer. Il existe en général de l'ascite, mais souvent difficile à percevoir ; le foie et la rate sont hypertrophiés ; la vésicule est dilatée si le néoplasme siège au-dessous du confluent.

L'*ictère catarrhal prolongé* est plus facilement diagnostiqué grâce à son apparition à la suite d'un écart de régime et sous forme d'un embarras gastrique fébrile ; l'ictère s'installe alors et peut persister plusieurs semaines ; mais les autres signes sont négatifs.

c. *Affections rares qui ont pu exceptionnellement* être prises pour une lithiase du cholédoque.

Il existe un petit nombre d'affections qui produisent parfois un ictère chronique et qui ne peuvent être que rarement diagnostiquées. Un *anévrisme* de l'artère hépatique comprimant le cholédoque donnera rarement lieu à un souffle perceptible. Des *ganglions du hile* peuvent jouer le même rôle ; on ne pourra que les soupçonner si l'on arrive au diagnostic de l'affection causale. Des *corps étrangers* peuvent provenir du foie ; ce sont alors des hydatides échappées d'un kyste rompu et engagées dans le cholédoque ; plus souvent, ils proviennent de l'intestin ; ce sont alors des ascarides ou des distomes qui viennent obstruer la lumière du canal.

Diagnostic du siège. — Peut-on pousser plus loin le diagnostic, et déterminer la portion du cholédoque dans laquelle s'est arrêté le calcul ; cette précision paraît impossible à obtenir par les moyens cliniques ; on ne peut se baser sur le siège de la douleur : le canal déjà très court (6 centimètres environ) a une surface de projection moins étendue encore en raison de sa direction fortement oblique en bas et en arrière ; il est impossible d'obtenir une douleur assez localisée pour en faire un renseignement utile.

Pour Kehr, un ictère léger répondrait à la présence du calcul dans la portion initiale du canal, un ictère foncé à sa présence dans la portion rétropancréatique. Cependant l'oblitération du canal de Wirsung déterminant des signes d'insuffisance pancréatique peut avoir plus de valeur.

La *radiographie* a été déjà employée plusieurs fois pour ce diagnostic ; rarement l'examen a été positif ; c'est que, en raison de leur nature chimique, les calculs formés de cholestérine ne s'opposent pas au passage des rayons X. Arcelin a cependant décrit récemment des modifications de technique, qui lui ont permis d'obtenir deux résultats positifs.

VII

Pronostic. — Il découle des accidents nombreux et redoutables auxquels est exposé le malade qui présente un calcul du cholédoque. Le traitement médical, dont l'on peut discuter l'opportunité lorsqu'il s'agit des autres accidents de la lithiase, n'est plus de mise ici ; de même la cure hydrominérale à Vichy ou à Carlsbad peut apporter au malade un soulagement temporaire : mais elle fait perdre un temps précieux, car plus l'attente est prolongée, plus les complications sont à redouter ; le pronostic est donc entièrement subordonné au diagnostic précoce de l'opportunité d'une intervention chirurgicale et au pronostic de l'opération que l'on aura choisie.

VII

Traitement. — Le traitement d'un calcul du cholédoque est le drainage de l'hépatique après incision et exploration du cholédoque. Dans les cas où le diagnostic clinique est nettement posé, on devra s'engager d'emblée dans cette opération ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on devra recourir à un certain nombre de manœuvres exploratrices qui éclairciront le diagnostic, et qui dans tous les cas serviront à le confirmer.

La *position* du malade a son importance ; on doit s'efforcer de dégager la face inférieure du foie et l'on y arrive par l'emploi du coussin de sable imaginé par Elliot, vulgarisé par Mayo-Robson, placé de telle sorte que son sommet réponde à la douzième vertèbre dorsale et à la première lombaire : la masse intestinale est refoulée en bas, et la région du hile et du petit épiploon apparaît au niveau de la plaie.

Dans ces conditions une *incision* verticale, médiane ou latérale, ne permet pas aux lèvres de la plaie de s'écarter, et l'on peut employer l'incision oblique de Kocher parallèle au rebord costal, l'incision de Czerny qui branche sur la partie inférieure d'une incision verticale médiane une incision perpendiculaire, sectionnant le muscle droit, et surtout l'*incision de Kehr* en baïonnette. « Partant de l'appendice xiphoïde, elle descend verticalement jusqu'à mi-distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic, se porte obliquement en bas et en dehors, et arrivée au tiers externe du muscle droit, devient de nouveau verticale pour se terminer au voisinage de l'ombilic. »

On passe alors à l'*exploration* méthodique des voies biliaires ; même dans les cas où existe une

forte présomption en faveur d'un calcul du cholédoque, il faut d'abord rechercher la vésicule; à plus forte raison est-ce de ce côté que l'on doit se porter si l'on est dans l'incertitude. L'organe rétracté dans le cas d'obstacle cholédocien est difficile à trouver surtout s'il existe des adhérences inflammatoires; l'index recherche le bord tranchant du foie vers la ligne médiane pour être en dedans de la vésicule; on le ramène alors vers la droite, appuyant la pulpe sur la face inférieure du foie jusqu'à ce que l'on rencontre la vésicule.

Celle-ci trouvée sera un guide précieux pour l'exploration des canaux. Le doigt, suivant la face inférieure de la vésicule, reconnaît le col et pénètre dans l'hiatus de Vinslow, en suivant le canal cystique, on atteint ainsi le carrefour et, l'index gauche étant enfoncé dans l'hiatus, il devient facile d'explorer entre ce doigt et le pouce toute l'épaisseur du pédicule hépatique dont le bord libre est occupé par le cholédoque. On pourra dès lors reconnaître un calcul engagé dans le canal, tout au moins dans sa portion *sus-pancréatique*.

Il n'en est plus de même de la portion *rétro-pancréatique*. Si l'exploration de la portion supérieure a été négative, l'on doit pratiquer le *décollement du duodéno-pancréas*; pour cela refoulant en dedans le duodénum pour tendre le méso duodéno-colique, on incise le péritoine postérieur à 1 à 2 centimètres de son insertion mésentérique et parallèlement à elle; puis introduisant le doigt par cet orifice, on décolle le péritoine pour soulever à la fois le duodénum et le pancréas; on expose ainsi la face postérieure de cet organe et par le fait même la deuxième portion du cholédoque.

Cette manœuvre pourra permettre du même coup l'exploration de la troisième portion contenue dans l'épaisseur de la paroi duodénale; mais parfois aussi l'on sera conduit à pratiquer la *duodénotomie* par incision transversale (Kocher) ou longitudinale (Mac Burney).

Ces manœuvres ne sont possibles que dans les cas où il n'existe pas d'adhérences venant modifier l'aspect de la région et parfois même obstruer complètement l'hiatus de Vinslow; une dernière ressource subsiste alors : le *cathétérisme* après cholédocotomie; on peut employer des sondes en caoutchouc, des sondes cannelées, des cathétères spéciaux (explorateurs de Desjardins); le doigt est encore préférable, si la dilatation des canaux permet d'y recourir.

On a donc acquis la certitude de l'arrêt d'un calcul en un point quelconque du cholédoque; il s'agit maintenant de l'extraire, d'établir un drainage des voies biliaires.

a. Extraction. — Le procédé de choix est l'incision du conduit; autrefois on avait recours au refoulement dans le duodénum par une sorte de massage; ce procédé a rarement réussi; le refoulement vers la vésicule est plus facile; on l'a fait précéder parfois d'une sorte de broiement du calcul à travers les parois du canal, manœuvre dangereuse.

La *cholédocotomie*, imaginée par Langenbuch, pourra porter en des points divers suivant le siège du calcul; le lieu d'élection est la portion sus-pancréatique; celle-ci est parfois difficile à aborder; on devra rompre prudemment les adhérences; et si le canal est très dilaté, on peut le confondre avec la veine porte; une ponction exploratrice lève les doutes. Le cholédoque est alors incisé, et le calcul extrait, soit par énucléation, soit avec une pince spéciale; on complétera son exploration pour s'assurer qu'il n'y a pas un second calcul.

Si le calcul est arrêté dans la région rétro-pancréatique l'on peut l'aborder par la voie postérieure après décollement du pancréas; il faut alors traverser une certaine épaisseur de glande, et le danger est l'hémorragie; ce danger serait plus grand encore si l'on faisait une cholédocotomie antérieure transpancréatique.

Enfin, un certain nombre d'opérations ont été proposées pour extraire un calcul de la portion duodénale, et toutes précédées d'une duodénotomie; le gros danger ici est l'infection; aussi Gosset conseille-t-il d'essayer d'abord le refoulement vers la portion sus-pancréatique préalablement incisée.

b. Drainage. — Le cholédoque a donc été ouvert sur une étendue d'un centimètre et demi à 2 centimètres (Gosset) et le calcul enlevé; si l'hépatique n'a pas un diamètre suffisant pour admettre un drain n° 15 ou 20 on peut se contenter de mettre un drain au voisinage de la plaie cholédocienne; dans le cas contraire on introduit ce drain dans l'hépatique; si celui-ci avait une trop faible longueur, il serait bon de prolonger en bas l'incision du cholédoque et de reconstituer la paroi au-dessus du drain; malgré ces précautions celui-ci tombe souvent spontanément vers le dixième jour, et si l'on veut assurer un drainage prolongé on peut employer un drain en T dont la branche transversale pénètre à la fois dans l'hépatique et le cholédoque. On termine l'opération par un tamponnement à la gaze que l'on laisse en place douze à quatorze jours.

c. Traitement de la vésicule. — La vésicule devenue tout à fait inutile, constituant même un danger de récidive, la plupart des chirurgiens pratiquent la *cholécystectomie* complémentaire : on sectionne le cystique que l'on décolle de bas en haut; l'artère cystique tendue est liée, et l'on termine l'ablation de la vésicule. L'ensemble de cholédocotomie, drainage de l'hépatique, cholécystectomie porte le nom d'opération de Kehr.

Résultats. — *a*. Immédiats. — Gosset — réunissant à sa statistique personnelle celles de Kehr, W. J. Mayo, Mayo Robson, Czerny, Poppert, Körte, Bramann, Garré, Kümmel, Kocher, Terrier, Quénu, Lejars, Hartmann, Pauchet — arrive à un total de 1124 interventions pour lithiase cholédocienne avec une mortalité de 12,55 p. 100. Dans les cas sans infection ce chiffre tombe à 2,9 p. 100 pour atteindre 16 p. 100 dans les cas d'infection nette et 34 p. 100 dans les cas d'angiocholite avec complications graves.

b. Eloignés. — La récidive, assez fréquente après les opérations qui laissent en place la vésicule ou qui négligent le drainage systématique de l'hépatique, n'a été observée par Kehr que dans 2 p. 100 des cas depuis qu'il pratique son opération.

Traitement des complications. — 1° En présence d'un *rétrécissement du cholédoque*, il s'agit de rétablir le cours de la bile vers l'intestin. La résection du cholédoque avec suture bout à bout est rarement appliquée; il faut pour qu'elle soit possible un rétrécissement peu étendu; de même pour la cholédocoplastie : incision longitudinale du conduit sui-

vie d'une suture transversale; si la perte de substance créée par l'ablation du rétrécissement est étendue, on peut utiliser pour la combler un lambeau épiploïque (Endersen et Justi), stomacal ou duodénal (Stubenrauch), vésiculaire (Kehr), pariétal; plus souvent on fait une cholédoco-entérostomie par anastomose latérale (Riedel) ou par implantation.

2° Ces mêmes opérations s'adressent aux *fistules* biliaires qui guérissent parfois spontanément ou par autoplastie après avivement des bords.

3° Le *phlegmon biliaire* sera traité comme un abcès par incision et drainage.

4° Les indications dans l'*iléus biliaire* sont celles de l'occlusion intestinale : laparotomie, recherche et levée de l'obstacle par entérotomie, suivie ou non de l'établissement d'un anus contre nature suivant l'état de l'intestin.

BIBLIOGRAPHIE

Berger. Die hepaticus drainage, *Lang. Arch.*, 1903.
Brüning. Th. de Giersen, 1905.
L. Bernard. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1896.
Calot. Th. de Paris.
Chauffard. Abcès aréolaires du foie, *Arch. de physiol.*, fév. 1883.
Cotte. Cholécystectomie sous-séreuse, *Lyon chir.*, 1908, n° 1 ; — Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire, *Lyon chir.*, sept. 1910.
Courvoisier. Leipzig 1890.
Dagron. *Occlusion intestinale par calcul*, Th. de Paris, 1891.
Delagenière. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 748; — *Congrès franç. de chir.*, Paris 1908.
Desjardins. Th. de Paris, 1905.
Ehrhardt. *Deut. med. Woch.*, 1907, n° 14.
J. W. Elliot. *Ann. of surg.*, 1896, p. 86.
J.-L. Faure et Labey. *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, 1910.
J.-L. Faure. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.
Fournier. Th. de Paris, 1896.
Français. Th. de Paris, 1906.
Gilbert et Dominici. *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1894.
Gilbert et Fournier. *Bull. de la Soc. de biol.*, oct. 1897; — *Presse méd.*, 1898, p. 276.
Gosset. *Précis de pathologie chirurgicale*; — *Journ. de chir.*, déc. 1908; — *XXIe Congrès de chir.*, Paris 1908.
Griffon. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896.
Guénot. Th. de Paris, 1905.
Hartmann. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1903, p. 703, et 1905, p. 1104.
Hautefort. Th. de Paris, 1909.
Jalaguier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892.
Kehr. *Tecknik der Gallen.*, Münich 1905; — *Münch. med. Woch.*, 1897, t. XLI, p. 1127 ; — *IIe Congrès international de chirurgie*, Bruxelles 1908.
Kocher. *Correspond. Blatt f. Schweizer Ærzte*, 1895, p. 193; — *Centralbl. f. Chir.*, 1902, n° 2.
Körse. *Beit. z. Chir. der Gallen. und der Leber*, Berlin 1905.
Langenbuch. *Berl. klin. Woch.*, 1892.
Lejars. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 486.
Linossier. *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1906.
Leriche et Cotte. De l'iléus biliaire, *Gaz. des hôpit.*, 1908.
Létienne. *De la Bile à l'état pathologique*, Th. de Paris, 1891.
Maingot. *Radiodiagnostic de la lithiase*, Th. de Paris, 1909.
Mathieu. Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires, *Revue de chir.*, 1908.
W. J. Mayo. *Ann. of surg.*, 1906, p. 209.
Mayo Robson. *Diseases of the Gall. bladder and Bile ducts*, Londres 1904.
Mignot. *Soc. de chir.*, 1897.
Mocquot. Th. de Paris, 1909.
Phulpin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.
Quénu. Chirurgie des voies biliaires, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, 1896-1897.
Reclus. *Cliniques de la Pitié*, 1894.
Quénu et Duval. Pancréatites et lithiase, *Revue de chir.*, 1905.
Riedel. Pathogenese, diagnose, *Behandl. der Gallen.*, Iéna 1903.
Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892-1905.
Terrier et Dally. Cathétérisme des voies biliaires, *Revue de chir.*, 1891.
Vautrin. *Revue de chir.*, 1896.
Wiart. Th. de Paris, 1899.

FORMULAIRE

ENTÉRITE CATARRHALE AIGUE TOXIQUE (CHOLÉRA INFANTILE)

Diète hydrique deux à trois jours. Contre la fièvre, bains frais. Sérum artificiel.

Dès que l'on revient au lait, le donner très prudemment, coupé au cinquième, par petites doses que l'on n'augmentera que si elles sont bien tolérées. A chaque repas, faire prendre à l'enfant une cuillerée à café de :

Sous-nitrate de bismuth lavé....	2	grammes
Bétol........................	1	—
Julep gommeux...............	90	—

(Marfan.)

On facilitera beaucoup la digestion du lait et le retour rapide à la santé par l'administration de sirop de Trouette-Perret à la papaïne.

CONGRÈS

LE VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE (Rome, 24-30 septembre) comprendra trois sections : I. *Défense sociale*; — II. *Pathologie et thérapeutique*, avec deux sous-sections, médicale et chirurgicale; — III. *Etiologie et épidémiologie*.

Voici les sujets des rapports et les noms des rapporteurs de la première section :

1. Les alliances entre les institutions sanitaires de bienfaisance et sociales dans la lutte contre la tuberculose au point de vue surtout du développement des enfants et des adolescents, — MM. Tamburini (de Rome), de Fleury (de Paris)

2. La dénonciation de la tuberculose, son objet et ses limitations. — MM. Gualdi (de Rome), v. Glasenapp (d'Arsolen), Hope (de Liverpool), Küss (d'Angicourt).

3. La politique sanitaire des habitations dans la prophylaxie de la tuberculose. — MM. Bordoni-Uffreduzzi (de Milan), Juillerat (de Paris), Rossi Doria (de Rome).

4. Le travail à domicile dans les villes manufacturières et la tuberculose. — MM. Carozzi (de Milan), Dewez (de Mons), Robertson (de Birmingham).

5. La tuberculose et l'école. — MM. Méry (de Paris), Buhre (de Stockholm), d'Espine (de Genève), Maggiora (de Modène).

6. Les institutions prophylactiques et curatives de la tuberculose comme éléments de défense sociale. — MM. Gatti (de Milan), Soley y Gely (de Barcelone), Jacob (de Berlin), Putzey (de Liége).

7. Le rôle de la femme dans la prophylaxie antituberculeuse de la famille. — Mlle Chaptal (de Paris), Mme Rabinowitsch (de Berlin), M. Friedheim (de Berlin).

8. Alcoolisme et tuberculose. — MM. Tiberti (de Ferrare), Triboulet (de Paris), Wodhead (de Cambridge).

9. Tuberculose et émigration. — MM. Rosati (de Rome).

10. Tuberculose et Croix rouge. — M. Pannwitz (de Berlin).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 16 octobre 1911, à midi précis.

Les élèves sont admis à se foire inscrire à l'Administration centrale. 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours; dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Pélissier, Wertheimer, Delaye, Michon, Gérandie, Porte, Bertoin, Rochet, Vialleton, Cuillieron, Haour, Branche, Paliard, Fourteau, Platet, Malègue, Capman, Morel Marius, Mlle Champy, Boyer, Lamounette, Barbier Léon, Authelain, Rosnoblet, Saugues, Belmont, Berliat, Grimaud, Perrier, Viret, Roliet, Mlle Bernard, Borrey, Emery, Haond, Blazer, Guillot, Longy, Philip, Bougras, Madinier, Bassargette, Julien, Carré, Barre, Guérin, Mlle Henken, Jean, Poujol, Daloz.

Suppléants : Charvériat, Vergnory, Schwebel, Maledrine, Gelas, Deluermoz, Proby, Barret, Romain, Pitre, Ferrand, Coront-Ducluzeau, Lavabre, Sassier, Barbier Gaston, Anrès, Roshem, Contessouze, Picot, Moyne, Bois, Doz, Fraissard, Pouchin, Faure, Lauguin, Vallandru, Bonnaud, Desbos.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'est terminé par la nomination de M. le docteur Georges Gérard.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 7 juillet publie un arrêté ministériel déterminant les règles à suivre pour l'embarquement, l'affectation et les déplacements pour le service à terre des officiers du corps de santé de la marine.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil vient de s'occuper sur le rapport de M. le professeur Roger d'un projet déterminant les règles applicables au recrutement, à l'avancement et à la discipline du personnel auxiliaire des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Le personnel dont s'occupe le projet comprend les chefs de travaux pratiques et les chefs de laboratoire de recherches, les chefs de laboratoire de clinique, les chefs de travaux anatomiques, les préparateurs, les chefs de clinique, les prosecteurs, les aides d'anatomie.

La réforme divise les chefs de travaux et les chefs de laboratoire en deux classes distinctes. Les uns, qui porteront le titre de chefs de travaux, auront pour fonction soit de diriger les travaux pratiques destinés aux élèves, soit de diriger les travaux poursuivis dans les laboratoires de recherches. Les autres seront chargés de diriger les laboratoires annexés aux services de clinique.

Cette division a été étendue aux préparateurs, qui seront également classés en deux catégories : les préparateurs de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches), les préparateurs de laboratoire de clinique. A ces derniers seront assimilés les préparateurs des cours.

Le projet ne touche pas à l'organisation actuelle des chefs de clinique et de l'enseignement de l'anatomie.

Toujours en ce qui concerne l'enseignement supérieur, le conseil supérieur va se prononcer sur la limite extrême de délivrance du diplôme de pharmacien de deuxième classe, supprimé par la loi du 19 avril 1908 et par le décret du 26 juillet 1909. Un projet propose la date du 1er novembre 1917.

LA CAISSE DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — Le conseil d'administration de la caisse des recherches scientifiques a dans sa dernière séance arrêté la répartition des subventions attribuées à un certain nombre de médecins.

Voici les noms des bénéficiaires :

Première section. — MM. les docteurs Fernand Arloing et Cluzet (de Lyon), Dupaigne (de Cannes), E. Gaucher, Guégen, Hutinel, Jousset, Lemierre, Abrami, Lemoine et Renon (de Paris), Weill (de Lyon.)

Deuxième section. — MM. les docteurs André Broca, Capitan et Mme Curie (de Paris).

Troisième section. — M. le docteur Jules Courmont (de Lyon) et M. Müntz (de Paris.)

INSTITUT MUNICIPAL D'ÉLECTROTHÉRAPIE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Par arrêté préfectoral, M. le docteur Zimmern, candidat admis au concours, est nommé directeur de l'Institut municipal d'électrothérapie de la Salpêtrière.

RENSEIGNEMENTS

FORMES CLINIQUES
DES
ŒDÈMES PULMONAIRES PNEUMOCOCCIQUES

Par MM. CAUSSADE,
Médecin des hôpitaux de Paris,
et MILHIT,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

L'origine pneumococcique de certaines formes d'œdème du poumon n'est certes pas un fait clinique d'acquisition toute récente : dès 1887 M. Ménétrier, dans sa thèse, en rapportait des observations indiscutables ; depuis lors, tous les traités classiques consacrent quelques lignes à cette variété d'œdème; mais dans ces descriptions, il ne s'agit le plus souvent que de formes torpides, rarement aiguës, et bien caractérisées.

Des recherches récentes ont considérablement élargi le cadre de cette variété d'œdème pulmonaire; successivement MM. Merklen et Pouliot (1), Rendu et Teissier, Babès (2), Fouineau (3), Guillain et Laroche (4), Joltrain (5), Cade (6), ont reconnu la nature pneumococcique des formes les plus disparates de l'œdème du poumon. Nous-mêmes (7), avec M. I. de Jong, nous avons étudié et décrit l'une de ces variétés.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant de grouper, en un article d'ensemble, les diverses formes cliniques de l'œdème pulmonaire pneumococcique déjà bien identifiées, puis d'en discuter la pathogénie et la valeur nosologique.

L'œdème à pneumocoques peut se présenter en clinique, à peu de choses près, suivant toutes les variétés bien connues (aiguës, suraiguës, subaiguës, chroniques) de l'œdème du poumon en général. Nous allons envisager successivement chacune de ces formes.

I

ŒDÈME AIGU A PNEUMOCOQUES

A. L'ŒDÈME PULMONAIRE AIGU PEUT ÊTRE L'UNIQUE MANIFESTATION D'UNE PNEUMOPATHIE PNEUMOCOCCIQUE. — Les observations de cette forme sont encore exceptionnelles, peut-être d'ailleurs parce qu'on n'a pas su les dépister jusqu'ici, et sans doute leur nombre ira en se multipliant, si l'on pratique plus souvent et plus systématiquement l'hémoculture, au cours de ces accidents aigus.

La plus typique de ces observations est celle qui, tout récemment, a fait l'objet de la communication de MM. Guillain et Laroche, à la Société médicale des hôpitaux (mars 1910). Il s'agissait d'un œdème suraigu du poumon, à forme bronchoplégique, qui constitua l'unique manifestation d'une infection pulmonaire à pneumocoques. Nous ne pouvons mieux faire que résumer cette observation, extrêmement intéressante.

(1) MERKLEN et POULIOT. *Soc. méd. des hôp.*, 1903, p. 804.
(2) BABÈS. *C. R. soc. biol.*, 1909, p. 725.
(3) FOUINEAU. Th. de Paris, 1898.
(4) GUILLAIN et LAROCHE. *Soc. méd. des hôp.*, février 1910, p. 185.
(5) JOLTRAIN. *Origine sanguine des pneumonies et des broncho-pneumonies.* Th. de Paris, 1911 (bibliographie très complète).
(6) CADE. *Lyon médical*, juin 1905.
(7) CAUSSADE, MILHIT, I. DE JONG. *Soc. méd. des hôp.*, février 1906, p. 160.

Un homme de quarante-cinq ans, bien portant les jours précédents, est pris brusquement vers neuf heures du soir d'une dyspnée tellement angoissante qu'il dut être transporté aussitôt à l'hôpital. Le malade est d'une pâleur de cire, il a les lèvres cyanosées, les extrémités froides; à l'auscultation on entend des râles sous-crépitants fins, de haut en bas, dans les deux poumons; il n'existe aucune expectoration; une saignée abondante soulage immédiatement le malade. A retenir toutefois la présence d'une hypertension artérielle très accentuée, d'un bruit de galop et d'un peu d'albumine dans les urines.

Le lendemain le malade rejeta quelques crachats rouillés où pullulaient des pneumocoques virulents.

MM. Guillain et Laroche formulèrent dans ce cas leur diagnostic de la manière suivante : œdème aigu du poumon à forme bronchoplégique, unique manifestation clinique d'une infection pulmonaire à pneumocoques. Nous verrons plus loin les objections que l'on peut adresser à l'hypothèse d'une pathogénie, exclusivement infectieuse, de cet œdème aigu, objections que les auteurs eux-mêmes n'ont pas manqué d'ailleurs de s'adresser.

B. L'ŒDÈME AIGU DU POUMON OU DU LARYNX PEUT ÊTRE LE PREMIER SIGNE RÉVÉLATEUR D'UNE SEPTICÉMIE PNEUMOCOCCIQUE, QUI, PLUS TARD, POURRA DÉTERMINER UNE LOCALISATION QUELCONQUE (PNEUMONIE, ARTHRITE, ETC.) DU PNEUMOCOQUE. — Signalons, dans cet ordre d'idées, l'observation de MM. Chauffard et Laroche, concernant un œdème aigu du larynx au cours d'une septicémie à pneumocoque, ayant précédé l'éclosion d'une pneumonie et rappelons les consciencieuses recherches de M. Joltrain sur l'origine sanguine des pneumonies et des broncho-pneumonies, au cours desquelles, à plusieurs reprises, cet auteur signale comme phénomène prémonitoire des œdèmes pulmonaires aigus, dont la nature pneumococcique fut démontrée par la culture du sang (pneumocoque à l'état de pureté).

C. L'ŒDÈME AIGU DU POUMON PEUT ENFIN S'OBSERVER AU COURS D'UNE PNEUMONIE, OU D'UNE BRONCHO-PNEUMONIE. — Nous venons d'étudier les œdèmes aigus qui peuvent s'observer en dehors de toute pneumopathie s'extériorisant par des signes cliniques incontestables : nous allons maintenant signaler des œdèmes beaucoup plus fréquemment rencontrés, qui apparaissent au cours d'une pneumonie typique, classique, soit sans cause déterminante bien appréciable, soit au contraire en raison d'une cardiopathie concomitante.

1° *Œdème aigu à pneumocoques survenant au cours d'une pneumonie, sans raison déterminante appréciable.* — Il n'est pas extrêmement rare d'observer, en effet, une crise d'œdème aigu du poumon, au cours de l'évolution d'une pneumonie. Cette variété d'œdème aigu est parfaitement admise par tous les auteurs, et MM. Rendu et Teissier, Carnot, Bezançon, en ont rapporté de nombreux exemples. L'intérêt de cette forme réside en sa brutalité d'apparition, en sa gravité toute spéciale, en l'absence de cause déterminante au moins en apparence. L'œdème s'annonce par un point de côté violent, une dyspnée vive, puis apparaît une toux quinteuse, pénible, avec une expectoration mousseuse, sanglante, riche en pneumocoques, en chlorures; récemment, M. Joltrain nous en signalait un exemple typique mortel, survenu au deuxième jour d'une pneumonie sans que

l'on puisse invoquer, pour en expliquer la production, une tare quelconque, cardiaque ou rénale. M. Ménétrier a insisté sur la fréquence de ces œdèmes au cours des pneumonies *associées à la grippe*; M. Teissier en a signalé au cours de pleurésies purulentes. Cet œdème survient de préférence dans les premiers jours de la pneumonie, il s'accompagne d'une expectoration mousseuse, sanglante, abondante, où fourmillent des pneumocoques virulents. La guérison en est possible, mais elle est rarement observée.

2° *Œdème aigu à pneumocoques survenant, au cours d'une pneumonie, et coexistant avec une cardiopathie.* — Cette variété d'œdème aigu a été bien décrite par MM. Merklen et Pouliot : anatomiquement, il s'agit de la *pneumonie œdémateuse* de Cruveilhier, de la *pneumonie séreuse* de Leube; cliniquement voici la description, telle que l'ont donnée MM. Merklen et Pouliot.

« C'est une pneumonie suffocante d'emblée qui débute par une dyspnée intense avec ou sans point de côté, avec ou sans frisson, toujours avec de la fièvre. Les signes de congestion et d'œdème sont au premier plan, la fièvre et les crachats rouillés sont parfois la seule signature de l'infection pneumococcique, la maladie suit son cours avec des rémissions ou des paroxysmes de dyspnée, ceux-ci en rapport avec des recrudescences de fluxion œdémateuse. La mort en est la terminaison la plus habituelle. »

En résumé le pneumocoque est capable de réaliser l'*œdème aigu du poumon*, soit comme seule et unique manifestation d'une septicémie pneumococcique, soit à titre de complications au cours d'une pneumonie, d'une broncho pneumonie, ou d'autres affections pleuro-pulmonaires.

Expérimentalement d'ailleurs, par l'inoculation à la souris de cultures virulentes et abondantes, on peut provoquer assez facilement une septicémie rapidement mortelle, déterminant fréquemment des lésions d'œdème aigu du poumon (Ménétrier).

II

ŒDÈME SUBAIGU DU POUMON A PNEUMOCOQUES

Nous avons décrit cette forme spéciale de l'œdème pneumococcique dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, en 1906, nous allons la rappeler brièvement dans ses grandes lignes.

Il s'agit, le plus souvent, d'œdème pulmonaire, à allure subaiguë, accompagnant les infections pulmonaires les plus diverses, bronchites simples, congestions, tuberculose même; tantôt, ce qui est rare, cet œdème subaigu est l'unique manifestation d'une infection pneumococcique; parfois, enfin, cet œdème ne se révèle pas cliniquement, et ne se retrouve qu'à l'autopsie; il apparaît presque toujours sans fracas, persiste longtemps de même, et disparaît insensiblement.

Exceptionnellement nous l'avons vu se révéler par un point de côté analogue à celui d'une pneumonie; les signes physiques se réduisent à quelques râles muqueux à grosses bulles, à quelques râles souscrépitants fins.

L'expectoration qui le révèle est fragmentée, ne dépassant jamais la valeur de 2 crachoirs au maximum; elle est presque uniquement constituée par de la mousse; fait important, montrant bien l'indépendance de l'œdème et de l'affection préexistante, les crachats de bronchite, de congestion, etc., conservent leur homogénéité propre, au milieu de l'expectoration albumineuse. Le pneumocoque prédomine dans cette expectoration, il y persiste virulent pendant fort longtemps.

Enfin, il faut insister sur le fait que cette variété d'œdème a été observé chez des malades ne présentant bien souvent aucune affection aortique ou rénale, susceptible d'expliquer la production de ces phénomènes œdémateux; la nature infectieuse, pneumococcique, nous a semblé parfaitement démontrée par l'examen cytologique et bactériologique de l'expectoration, par la culture de cette sérosité, et son inoculation, toujours positive, à la souris, enfin par les constatations nécropsiques et la notion d'épidémicité et de contagion, qui nous parurent indiscutables au moment où nous avons recueilli ces observations.

III

ŒDÈME PULMONAIRE SOUS-AIGU DE BABÈS

Cet auteur, étudiant récemment le rôle du pneumocoque dans la pathogénie de certains œdèmes, signale qu'« en examinant les poumons dans un grand nombre de cas d'œdème, tel que celui qui se produit dans l'urémie, les maladies du cœur, l'hypostase, autour des foyers inflammatoires, etc., on trouve presque toujours, dans les parties œdémateuses, une grande quantité de pneumocoques ».

IV

ŒDÈME PULMONAIRE AGONIQUE; ŒDÈME PULMONAIRE DES VIEILLARDS

Il est fréquent, au cours des *autopsies* de sujets ayant succombé à une pneumopathie quelconque, de constater un œdème pulmonaire concomitant assez intense, souvent agonique, surtout chez les vieillards; dans la sérosité de ces œdèmes, il est facile de mettre en évidence une multitude de pneumocoques *virulents*, qu'il est encore aisé également de colorer sur les coupes et dans les alvéoles pulmonaires. Ces œdèmes agoniques s'observent au cours des affections les plus variées, en dehors même de toute affection pulmonaire bien caractéristique; le plus souvent, ils accompagnent cependant des lésions pulmonaires chroniques (pneumonie œdémateuse des vieillards, scléroses pulmonaires, etc.).

Tels sont les divers types cliniques d'œdème pulmonaire, qui peuvent revendiquer une origine infectieuse, à pneumocoques.

Essayons maintenant de préciser la pathogénie de ces divers types d'œdème.

Pathogénie des œdèmes du poumon a pneumocoques. — a. *Œdème aigu.* — Est-il possible, à côté des théories successivement admises pour expliquer l'œdème aigu du poumon, théorie mécanique, nerveuse, théorie de la rétention chlorurée et de l'hypertension d'origine surrénale, de supposer dans certains cas une théorie *uniquement infectieuse de cet œdème aigu?*

MM. Guillain et Laroche considèrent la variété d'œdème aigu du poumon qu'ils ont décrit, comme une pneumopathie pneumococcique, comme un équivalent pneumococcique; ils font de cet œdème un mode de défense de l'organisme devant l'infection pneumococcique.

Signalons cependant, avec ces auteurs, la présence chez leur malade d'*un tabes fruste*, affection qui a pu favoriser l'apparition de la crise d'œdème, par l'association de troubles mécaniques, d'excitation nerveuse, au facteur infection. De même, avec M. Bezançon, retenons la fréquence plus grande de ces œdèmes infectieux, chez des aortiques et des rénaux, bien que l'on puisse décrire des cas typiques en dehors de toute tare cardiaque ou rénale. Il faut alors, dans ces cas, invoquer uniquement le rôle déterminant de la septicémie pneumococcique, dont M. Joltrain a bien démontré la fréquence, soit sans déterminations pulmonaires, soit au cours des pneumonies, des bronchopneumonies et des affections pulmonaires les plus diverses. Peut-être la septicémie réalise-t-elle, à un moment quelconque de son évolution, une invasion massive du poumon qui provoque, à elle seule, l'œdème aigu; peut-être encore, faut-il faire jouer, dans la pathogénie de cet œdème aigu, infectieux, un rôle important aux toxines secrétées par le pneumocoque qui agiraient alors directement sur le système nerveux spécial du poumon. Rappelons à ce sujet, l'opinion de M. Fernet qui voit dans la pneumonie, un *zona du pneumogastrique* (*Semaine médicale*, 1911) et les belles expériences de M. Hallion, sur l'œdème du poumon d'origine adrénalinique, qui démontrent le rôle important joué précisément par l'adrénaline, grâce aux altérations qu'elle détermine au niveau de l'épithélium respiratoire.

En résumé, il est incontestable que, dans un certain nombre de cas, assez rares d'ailleurs, l'œdème aigu du poumon est provoqué, uniquement, par le pneumocoque comme il peut l'être d'ailleurs, par d'autres germes infectieux (bacille d'Eberth, bacille pesteux, etc.), en dehors de toute affection concomitante, cardiaque ou rénale.

Mais il est fort probable, que cet œdème aigu est bien plus souvent le résultat de l'*association de plusieurs facteurs;* au processus infectieux, septicémique ou non, s'ajoute un *processus toxique*, peut-être même intervient l'action d'une *rétention brusque, chlorurée*, ou d'une *poussée d'hypertension artérielle déterminée précisément par l'hyperfonctionnement des capsules surrénales luttant activement contre l'intoxication du sujet.*

La pathogénie de l'œdème aigu, au cours des pneumonies compliquées ou non de cardiopathie, semble s'expliquer suivant les cas, soit par du collapsus cardiaque, soit par un processus mixte, infectieux et toxique. Signalons l'opinion de M. Ménétrier qui voit, dans cet œdème pneumococcique, une *réaction de défense avortée*, en même temps que l'indice d'une infection particulièrement intense.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, ce qui est à retenir, c'est que, contrairement à l'opinion classique, assez souvent dans la production de l'œdème aigu du poumon, l'infection joue un rôle important, le plus important même dans certains cas.

b *Œdèmes subaigus et chroniques.* — La nature infectieuse des œdèmes que nous avons décrits sous ce nom, d'œdèmes subaigus, est indiscutable; elle s'affirme par le caractère épidémique des cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, par l'inoculation toujours positive à la souris de l'expectoration œdémateuse, par l'examen cytologique des crachats contenant en abondance des polynucléaires; mais nous pensons néanmoins que l'infection seule ne suffit pas toujours dans ces cas à provoquer l'œdème observé; il faut également incriminer la rétention chlorurée (présence en excès de chlorure de sodium dans l'expectoration mousseuse) et sans doute il faut également faire intervenir l'action de phénomènes toxiques et hypertensifs, causés peut-être par l'hyperfonctionnement des capsules surrénales, luttant contre l'infection.

Si donc, de ces faits, résulte bien la réalité clinique d'œdèmes pulmonaires imputables aux pneumocoques, il s'en faut que, pour en expliquer la production, une théorie univoque puisse être invoquée. Il faut retenir l'origine infectieuse de certains de ces œdèmes, mais l'on doit se rappeler, qu'aux effets de cette infection viennent se surajouter, le plus souvent, d'autres éléments, sans lesquels, à de rares exceptions près, l'œdème ne se réaliserait pas, à savoir spécialement, des troubles nerveux, des troubles mécaniques, surtout cardiaques, de la rétention chlorurée, enfin sans doute des phénomènes toxiques dus à la toxine pneumococcique dont les effets se feraient sentir, soit par action directe sur le poumon, soit d'une manière indirecte en provoquant un *hyperfonctionnement* des glandes à sécrétion interne, spécialement des *surrénales.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1911)

Variations quantitatives de la lymphocytose rachidienne chez les tabetiques non traités. Influence de la statique. Déductions pathogéniques. — MM. J.-A. SICARD et Marcel BLOCH démontrent, par la numération cytologique du liquide céphalo-rachidien de sujets tabétiques ponctionnés en diverses attitudes, que la lymphocytose rachidienne obéit *in vivo*, comme *in vitro*, aux lois de la pesanteur, et que les lymphocytes viennent s'accumuler dans les espaces inférieurs du sac arachnoïdien.

Cette action a son intérêt tant au point de vue du contrôle lymphocytaire en lui-même destiné à apprécier les résultats du traitement, que de certaines déductions concernant la pathogénie du tabes. L'accumulation mécanique lymphocytaire, au niveau des culs-de-sac postérieurs et péri-radiculo-ganglionnaires de la région inférieure de la moelle, pourrait expliquer la fréquence de la localisation lombo-sacrée du processus tabétique.

Neurotropie du salvarsan. — MM. SICARD, BIZARD et GUTMANN présentent un sujet syphilitique secondaire qui, au cours d'une cure par le traitement d'Ehrlich, fut atteint d'accidents paralytiques graves des nerfs craniens. Les auteurs rejettent l'hypothèse d'une intoxication directe arsenicale, mais admettent la possibilité de l'action indirecte du salvarsan, facteur de mobilisation dans ce cas du virus syphilitique. Ils concluent pratiquement, de leur observation, et de la publication d'autres faits analogues, que toute injection d'Ehrlich qui s'accompagne les jours suivants d'accidents persistants de céphalée, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, indépendamment de troubles directs d'intoxication arsenicale (diarrhée, hypertension, etc.), implique la cessation du seul traitement arsenical. Il faut alors s'adresser, soit au traitement mercuriel, soit à la méthode mixte, de mercure et de salvarsan, celui-ci donné à de petites doses. Cette thérapeutique mixte, poursuivie pendant six semaines, a suffi, ajoutent les auteurs, à provoquer la rétrocession des accidents de leur malade et à assurer sa quasi-guérison.

Pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire — MM. Jules RENAUT, Camille LIAN et MARTINGAY présentent un malade atteint d'un pouls lent permanent.

Ils rapportent cette observation à cause des nombreux moyens d'investigation employés pour étayer le diagnostic de dissociation auriculo-ventriculaire complète : tracés du choc de la pointe du cœur, du pouls artériel, du pouls jugulaire, de la pulsation cardio-œsophagienne et enfin électrocardiogramme. L'épreuve de l'atropine a accéléré seulement les oreillettes.

Bradycardies dans les infections. — MM. Achard et Touraine présentent trois observations de bradycardies étudiées par la méthode graphique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme atteint d'urétrite blennorragique subaiguë et tenace; dans le second, d'un homme atteint de néphrite aiguë avec état typhoïde qui guérit rapidement, et dans la défervescence de laquelle le pouls se ralentit. Dans ces deux cas, l'atropine fit remonter le pouls de 44 à 90 en cinquante minutes chez le premier malade, de 48 à 100 en quarante minutes chez le second. Il s'agit donc d'un trouble d'origine nerveuse chez deux sujets déprimés.

Dans le troisième cas, l'interprétation est plus délicate. Le malade, âgé de vingt ans, était entré pour un rhumatisme aigu compliqué d'endocardite; le pouls était à 86. Or, deux jours plus tard, il descendit à 44. Bien que l'épreuve de l'atropine n'ait pu être faite, on ne peut rapporter la bradycardie à une simple cause nerveuse, car le tracé jugulaire montrait, contrairement aux cas précédents, un soulèvement intercalaire entre les soulèvements normaux, et l'auscultation qui faisait entendre un double battement confirmait l'idée d'une extra systole. Il n'y avait aucun indice de bloquage du cœur, et les accidents du tracé jugulaire étaient en concordance régulière avec ceux du tracé radial. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'extra-systoles ventriculaires, trop faibles pour se manifester sur le tracé radial, bien qu'on puisse, sur ce tracé, noter en certains points un très léger soulèvement qui coïncide le soulèvement veineux intercalaire.

On en peut conclure qu'il existe, dans les affections aiguës, à côté des bradycardies nerveuses et des bradycardies par troubles de la conductibilité, des bradycardies par trouble de l'excitabilité.

On peut aussi se demander si le salicylate de soude que le malade prenait est la cause du pouls lent. Le médicament n'était donné que depuis deux jours à la dose de 3 grammes, mais on sait que la sensibilité au salicylate est très variable suivant les sujets.

Achondroplasie partielle et dyschondroplasie localisée héréditaires. — MM. Albert Robin et Mathieu-Pierre Weil présentent un malade atteint d'achondroplasie partielle (taille de 1m51 ; thorax de dimensions physiologiques ; membres inférieurs courts ; bras et avant-bras normaux ; mains petites ; crâne très légèrement élargi). Les quatrièmes métacarpiens droit et gauche ont subi un arrêt de développement tel que leur longueur est de 1cm5 inférieure à la normale. Du fait de ce trouble symétrique et très localisé de l'ossification, l'annulaire, dont les phalanges sont de longueur normale, ne paraît guère supérieur, comme dimensions, à l'auriculaire. Ce sujet est porteur d'autre part d'un mal de Pott à symptomatologie nerveuse (douleurs ; paraplégie spasmodique). Or, dans ses antécédents existent à la fois et la tuberculose (antécédents maternels), et les troubles de développement osseux (antécédents paternels) ; le malade les a accumulés sur lui. Sa grand'mère maternelle et les filles de celle-ci sont mortes de tuberculose pulmonaire ; son père, les frères, les sœurs, la mère de son père sont achondroplasiques. C'est sans doute grâce à la débilité congénitale de son système osseux que ce malade a localisé sur ses vertèbres les manifestations tuberculeuses qu'il présente Il n'est pas jusqu'à la dyschondroplasie si spéciale que le malade porte au niveau de ses quatrièmes métacarpiens qui ne se retrouve dans la famille paternelle ; son père et sa grand'mère paternelle la présentaient en tous points semblable: Un des enfants de ce malade est mort de tuberculose méningée ; un autre est achondroplasique lui aussi : cette remarquable lignée morbide ne semble donc pas éteinte.

L'alimentation duodénale. — M. Wood Hutchinson (de New-York) lit une communication sur ce sujet.

De la pratique des injections intratrachéales et intrabronchiques dans les suppurations intratrachéales bronchiques et pulmonaires. — Dans une communication antérieure (mai 1910), M. Guisez a exposé une technique toute nouvelle d'injections massives intratrachéales et intrabronchiques permettant d'introduire directement dans la trachée et dans l'une des deux bronches à l'exclusion de l'autre des principes médicamenteux actifs (huile goménolée à 1/10) à la dose de 15 à 20 centimètres cubes.

Après deux années de pratique de ces injections, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Toutes les suppurations intratrachéales ou intrabronchiques récentes guérissent rapidement et complètement par cette méthode.

Les dilatations bronchiques anciennes sont très améliorées pour ce qui est de l'abondance des sécrétions, leur fétidité, la température qui revient à la normale et l'état général qui suit une amélioration parallèle.

2° Mais ces injections ont paru avoir une action efficace et particulièrement utile dans le cas de suppuration et en particulier de gangrène du parenchyme pulmonaire.

L'auteur a pu guérir cinq cas sur six de gangrène pulmonaire à forme particulièrement grave.

Les injections sont remarquablement tolérées et conservées grâce à l'anesthésie locale de la trachée.

Il s'agit donc là d'une méthode de pansement local direct qui mérite d'entrer dans la thérapeutique broncho-pulmonaire.

Syndrome méningé subaigu au cours d'une hémorragie cérébrale fruste. — MM. H. Claude et M. Verdun.

Du pouls lent ictérique et de la bradycardie totale. — MM. Camille Lian et Louis Lyon-Caen. Depuis les travaux de MM. Bard et Corbel on admet actuellement que le pouls lent ictérique est en général dû à un rythme couplé. Les auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint de pouls lent ictérique à 40, chez lequel ils prirent les tracés du cœur, du pouls radial, du pouls jugulaire dans le décubitus latéral gauche et dans la station debout, avant et après l'épreuve de l'atropine. Ils concluent que, chez leur malade, le pouls lent ne relevait pas d'un rythme couplé ; il ne s'agissait pas non plus de dissociation auriculo-ventriculaire mais de bradycardie totale.

D'autre part, ces auteurs considèrent que, dans les observations de MM. Bard et Corbel, les tracés indiquent que le pouls lent n'était pas causé par un rythme couplé.

Ils concluent que, jusqu'à plus ample informé, le pouls lent ictérique relève d'une bradycardie totale.

L'injection d'atropine a fait doubler le chiffre des pulsations au bout d'une demi-heure. La même expérience a donné des résultats différents chez d'autres auteurs, le mécanisme intime de la bradycardie ictérique reste donc à discuter.

Pleurésie putride et gangrène pulmonaire guéries à la suite d'injections intrapleurales et intratrachéales d'électrargol. — MM. Mosny et Fr. Saint-Girons ont récemment observé chez une jeune femme de vingt-six ans une pleurésie putride accompagnée de foyers de gangrène pulmonaire survenue brusquement, et sans cause apparente, à la suite d'une assez longue période de fléchissement de la santé générale et de bronchites répétées.

L'affection débuta soudain par un point de côté droit, des frissons, des vomissements et de la toux; dans les deux poumons existaient des signes de bronchite, et à la base du poumon droit, un épanchement sérofibrineux qui, en quelques jours, devint purulent et putride, en même temps qu'apparaissait un foyer d'hépatisation basilaire gauche, et que les crachats devenaient horriblement fétides. Deux injections intrapleurales d'électrargol, pratiquées coup sur coup, firent tarir l'épanchement pleural, et l'expectoration fétide, en même temps que les phénomènes généraux s'amendaient.

La guérison paraissait obtenue, quand survint une rechute avec recrudescence fétide, réapparition de l'épanchement putride, et de l'expectoration fétide : de nouvelles injections intrapleurales et en outre cinq injections successives intratrachéales d'électrargol firent définitivement disparaître les signes stéthoscopiques de pleurésie putride, et de pneumonie

gangréneuse ainsi que les troubles fonctionnels, et les phénomènes généraux : la guérison fut complète en deux mois.

Ce traitement médical paraît préférable au traitement chirurgical qui donne tant de mécomptes. Les auteurs estiment qu'on doit, en pareil cas, recourir aux injections simultanées d'électrargol dans la plèvre et dans les poumons. Mais encore faut-il que cette dernière soit faite directement dans la trachée sous le contrôle du miroir laryngoscopique, lorsqu'il s'agit des lésions pulmonaires droites. Si les lésions siégeaient à gauche, il serait préférable, de porter l'injection directement dans la bronche gauche.

Méningite avec polioencéphalite. — M. Caussade présente à la Société un travail de M. le docteur F. Baudouin (de Tours) concernant un cas de méningite avec polioencéphalite chez un garçon de dix-sept ans exempt de tout foyer tuberculeux, exempt de syphilis et autre maladie infectieuse. Ce jeune homme présentait un sarcome bilatéral des reins, à forme fébrile.

Après l'autopsie, en l'absence de lésions macroscopiques au niveau de l'encéphale, susceptibles d'expliquer la pathogénie des accidents, l'auteur pratiqua avec M. Sabrazès une série de coupes histologiques aux différents étages du bulbe et de la protubérance annulaire. A ce niveau il put constater la présence de lésions très marquées de chromatolyse des corps cellulaires avec prolifération des cellules de la névroglie.

L'auteur explique ces lésions par l'action des produits toxiques solubles mis en circulation par la tumeur sarcomateuse des reins, retrouvant là un processus analogue à celui qu'a signalé M. Gougerot pour la fixation des toxines tuberculeuses sur les neurones de Levaditi à propos de la maladie de Heine-Medin.

Cette observation apporte une contribution intéressante aux recherches entreprises sur l'action à distance des tumeurs malignes sur le système nerveux.

Elle fournit des preuves histologiques et cliniques en faveur de la possibilité d'une fixation des produits toxiques cancéreux sur le neuraxe.

Elle pourrait permettre, dans certains cas, d'expliquer autrement que par la tuberculose l'étiologie de certaines méningites mortelles de l'enfance.

L'auteur insiste, enfin, sur la réaction méningée qu'il a constatée au cours de cette polioencéphalite méningée, que M. Netter signalait encore dernièrement au cours de la maladie de Heine-Medin. Elle s'est manifestée dans son cas par une abondante lymphocytose avec hémorragie méningée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 28 juin 1911 [*fin*])

Tuberculose inflammatoire et sarcomes. — MM. Poncet et Leriche ont recherché quelles peuvent être les relations de la tuberculose et des tumeurs malignes. Des recherches qu'ils ont entreprises, ils arrivent à cette conception que l'inflammation seule peut réaliser toutes sortes de réactions identiques à celles des tumeurs vraies et nulle part cela n'est plus sensible que pour les sarcomes.

Les tumeurs à myéloplaxes, pour MM. Poncet et Leriche, n'auraient pas le caractère absolu de bénignité qu'on a voulu leur attribuer. Simple élément de réaction, le myéloplaxe ne peut servir par lui seul d'élément de classification, et le terme de tumeurs à myéloplaxes n'est plus qu'une expression classique, sans aucune valeur histologique, pour caractériser un sarcome bénin.

Dès lors, en envisageant l'ensemble des cas, on peut arriver à mettre en évidence trois ordres de faits qu'ils énoncent ainsi :

1° Il y a des fausses tumeurs, ayant l'allure clinique du sarcome, et par places l'aspect histologique de ces tumeurs, qui sont nettement des produits d'inflammation ;

2° Il y a des tumeurs que cliniquement et histologiquement on considère comme des sarcomes et qui font, à un moment donné, la preuve de leur nature inflammatoire ;

3° Il y a des sarcomes qui évoluent parallèlement et conjointement à des infections chroniques, capables de les produire telles que la tuberculose.

Le premier groupe vise tous les pseudo-sarcomes développés autour des corps étrangers. Les parasites peuvent donner naissance aux mêmes erreurs ; l'actinomyces est coutumier de semblables productions, et le terme de sarcome actinomycosique, créé par M. Poncet, indique bien ce qu'il en est de ces cas.

Les infections chroniques peuvent également donner naissance à des productions de cette sorte. Mais ce sont surtout la syphilis et la tuberculose qui se comportent ainsi. En effet, des nombreux faits relevés par M. Poncet et son collaborateur, il résulte et il semble bien établi que la tuberculose et la syphilis peuvent produire des tumeurs d'apparence sarcomateuse et cependant manifestement inflammatoires.

Le second groupe de faits est beaucoup plus intéressant ; il comprend des observations singulièrement troublantes au point de vue de la pathogénie des sarcomes : schématiquement chacune d'elles se réduit à ceci : une tumeur osseuse, musculaire ou synoviale est considérée comme un sarcome typique par ces chirurgiens ; l'intervention met en mains une pièce qui a l'aspect caractéristique du sarcome ; l'histologie confirme ce diagnostic, et l'évolution montre qu'il s'agit cependant d'une syphilis ou d'une tuberculose.

Ces faits sont particulièrement connus pour la syphilis, car le traitement d'épreuve permet plus aisément de juger la question en dernier ressort.

En 1875, au XXIVe Congrès de la Société allemande de chirurgie, Esmarck avait déjà déclaré que « nombre de syphilomes, même sous le microscope, sont impossibles à distinguer des vrais sarcomes à petites cellules ou à éléments puriformes ».

Depuis, tous ces faits se sont vulgarisés et se trouvent bien résumés dans la thèse récente de Chenelot.

Elles se résument à ceci : la syphilis est capable d'édifier des tumeurs simulant des sarcomes ; elle le fait surtout dans les muscles striés, sur les os courts, sur le crâne, la clavicule, l'omoplate. Pour les différencier des sarcomes vrais, l'examen histologique n'est pas d'un grand secours. Il ne permet pas toujours de distinguer nettement des infiltrations tertiaires syphilitiques d'avec les sarcomes ou la tuberculose, et la présence des cellules géantes ou de myéloplaxes n'est pas un criterium absolu en faveur d'aucune de ces maladies en particulier. En cas de doute, c'est le traitement d'épreuve intensif qui tranchera la question.

MM. Poncet et Leriche ont observé des faits identiques à ceux auxquels Esmarck, Nicolo et Favre ont fait allusion ; ils citent deux observations personnelles qui semblent bien démonstratives, celle, par exemple, d'un malade niant toute syphilis et n'en présentant aucune trace, dont les tumeurs ont l'aspect clinique et l'évolution d'un sarcome ; opératoirement, l'aspect est celui d'un sarcome ; histologiquement, il en va de même ; une récidive a tous les caractères morphologiques d'une repullulation sarcomateuse, et cependant il s'agit d'une syphilis fortuitement soupçonnée, mais très rebelle au traitement.

Ils pensent donc que, dans l'étiologie de certains sarcomes, la syphilis doit être tenue pour une cause agissante qui met en mouvement une prolifération à type néoplasique, sans qu'aucun élément permette de dire qu'il s'agit là de fausses tumeurs et de diagnostic erroné.

La tuberculose, ont-ils dit, doit probablement être mise sur le même pied que la syphilis.

La preuve en est malheureusement moins aisée à fournir : on ne saurait recourir à la démonstration par l'efficacité d'une thérapeutique connue ; l'histologie est également sans valeur et, seule, l'inoculation, dit-on, a réellement force probante.

Pourtant il est des faits qui, par eux-mêmes, méritent d'être retenus. Ce sont ceux où on voit coïncider un sarcome, histologiquement étiqueté tel, avec une adénopathie tuberculeuse dans le même département lymphatique, comme il en fut, par exemple, dans une récente observation de G. Pieri.

La coïncidence de deux lésions mérite d'être relevée, surtout maintenant où l'on sait que certains sarcomes ont des bacilles de Koch ou tuberculisent le cobaye. Ils n'ont personnellement pas pu recueillir d'observations de cette sorte, mais on en pourrait citer d'autres :

Un enfant est atteint de tumeurs ganglionnaires multiples, auxquelles s'associait une double tumeur du testicule. On croit à la tuberculose. L'ablation d'un ganglion volumineux et d'apparence lymphosarcomateuse, tant à l œil nu qu'au microscope, fit rapidement douter de ce diagnostic et conclure à l'existence d'un lymphosarcome ganglionnaire et testiculaire, diagnostic que l'évolution clinique et l'autopsie permirent de vérifier.

Une étude histologique complète fit revenir sur le diagnostic et on se demanda si la tuberculose n'était pas en réalité la cause de tout et si on n'avait pas eu affaire à une néoplasie lymphosarcomateuse d'origine bacillaire.

Dans quelques cas, on est allé plus loin encore. Delbet et Gougerot ont cité des faits plus probants encore.

Mais qu'importe, toutes les recherches sont basées dans cet ordre d'idées, puisqu'elles tendent à éclairer un coin de l'étiologie des tumeurs. C'est par elles qu'il leur est possible de dire aujourd'hui que la tuberculose, comme la syphilis, paraît donner naissance à des sarcomes valablement reconnus tels par l'histologie, et que, par sa poussée irritative, elle crée peut-être bien des réactions sarcomateuses comme elle fait naître des adénomes ou des lipomes bénins.

Au reste, il est telles conditions cliniques qui imposent cette idée. C'est le troisième point que MM. Poncet et Leriche veulent envisager ici. On voit parfois évoluer parallèlement l'infection tuberculeuse et une tumeur sarcomateuse avec une succession et une simultanéité saisissantes. Delbet a cité le fait suivant très caractéristique. Une fillette fut laparotomisée pour péritonite tuberculeuse. Elle guérit. A dix-neuf ans, grande, florissante, avec les apparences de la santé la plus parfaite, elle entre à l'hôpital Laënnec pour une tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia droit. Malgré l intégrité de l'articulation et étant donné les antécédents, Delbet fait le diagnostic de tuberculose. L'opération conduit sur une tumeur solide extrêmement vasculaire que l'examen histologique a montré être un sarcome à myéloplaxes. L'évidement amène la guérison. Mais deux ans après, la malade revient amaigrie, décharnée, méconnaissable, avec une récidive de sa péritonite tuberculeuse à laquelle elle succombe. Le rapprochement clinique est saisissant; le développement d'un sarcome à myéloplaxes entre les deux phases de l'évolution d'une péritonite tuberculeuse n'est pas à lui seul une preuve de son origine bacillaire, mais il en est une présomption.

M. Poncet en dirait autant, sinon plus, d'une observation qu'il a récemment recueillie dans son service et qui a trait à une jeune fille de dix-sept ans, manifestement tuberculeuse, qui a présenté une tumeur du bassin offrant tous les caractères cliniques et histologiques du sarcome.

En somme, évolution simultanée et parallèle chez une tuberculeuse d'un sarcome osseux et d'une phtisie pulmonaire. Le parallélisme fut tel que l'idée d'une communauté d'origine s'imposait d'emblée à tous ceux qui voyaient cette malade.

C'est donc là encore un fait singulièrement éducateur constituant, lui aussi, une présomption forte en faveur de l'étiologie tuberculeuse de quelques sarcomes, et, sans oser formuler encore des conclusions à propos de ce cas et d'autres de ce genre, MM. Poncet et Leriche voudraient dire simplement leur conviction que de telles observations ne sont pas rares; il serait à désirer que dorénavant elles soient soigneusement recueillies, car peut-être serait-il possible, grâce à elles, de percer le mystère pathogénique que ni l'histologie, ni la bactériologie, ni l'expérimentation n'ont pu trancher jusqu'à présent?

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1911)

Anévrismes de la crosse de l'aorte. — M. MONOD, à propos de la discussion qui vient d'avoir lieu, signale un fait, à l'étranger, de ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière chez une femme de quarante ans, atteinte d'un anévrisme de la crosse de l'aorte et qui a été pratiquée en 1898 par Carlet. Dans ce cas la ligature a été faite à gauche. La malade a bien supporté l'opération et elle est morte subitement trois ans après.

Kystes du pancréas. — M. BAZY a observé deux cas de kystes du pancréas. Le premier cas a trait à une femme qu'il a opérée il y a quatre ans. Il s'agissait d un kyste du pancréas qui avait été pris pour une tumeur maligne ou une hydronéphrose. M. Bazy avait fait le diagnostic de tumeur liquide rétro-mésentérique. Il fit une laparotomie médiane, releva le côlon et le grand épiploon et arriva sur une tumeur pédiculée sur la tête du pancréas, tumeur qui contenait un kyste. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un kyste dans un cancer du pancréas. La malade devint cachectique et succomba, deux mois après, à la généralisation.

Dans le second cas, le diagnostic porté par Lancereaux avait été : hydronéphrite infectée. On fit plusieurs ponctions qui donnèrent du pus. La malade se cachectisait. Elle vint à Baujeon où M. Bazy l'opéra en attaquant la tumeur par la voie lombaire. Il trouva le rein normal et sain. Séance tenante il fit la laparotomie et tomba sur la face antérieure de la tumeur d'où il évacua par ponction un liquide suppuré, sanguinolent avec des débris sphacelés ; il vida la poche et la sutura à la peau. Il s'établit une fistule par laquelle il sortait chaque jour 60 à 70 grammes de liquide pancréatique, M. Bazy ne croit pas devoir fermer cette fistule. La malade va bien.

M. MICHON communique une intéressante observation; il s'agit d'une malade qui avait été opérée dans le service de M. Reynier, en 1907, d'un kyste pancréatique par marsupialisation. Cette malade conserva, trois ans, une fistule pancréatique.

Après bien des essais infructueux de régime antidiabétique, d injections de beurre fondu à 40 degrés dans le trajet fistuleux, etc., M. Michon isola le trajet fistuleux, le disséqua sur une longueur de 7 centimètres, et aboucha la fistule dans l'estomac. Les suites furent simples et la guérison complète. Elle se maintenait trois mois après.

L'anastomose stomacale est donc à recommander dans le traitement des fistules pancréatiques rebelles.

M. Michon rapproche de ce fait les faits analogues de Doyen et de Villard.

M. ROCHARD a opéré un kyste du pancréas chez une femme de cinquante-quatre ans. Le diagnostic avait été celui de kyste hydatique du foie. La tumeur était médiane, sus-ombilicale, fluctuante, douloureuse. L'état général était satisfaisant, malgré 40 grammes de sucre. M. Rochard fit la laparotomie, attira l'estomac en bas, arriva vers le kyste qu'il ponctionna et d'où il tira 60 grammes de liquide pancréatique. Il ne songea pas à l'ablation, qui était d'ailleurs impossible. Il marsupialisa. La malade a encore sa fistule, mais elle va bien. M. Rochard serait disposé, plus tard, à recourir au procédé dont vient de parler M. Michon.

M. SCHWARTZ a eu l'occasion d'observer cinq cas de tumeurs kystiques du pancréas. Le dernier cas se rapporte à une femme, cachectique, qui avait accouché trois mois auparavant. On avait fait la radiographie, l'insufflation de l'estomac. On sentait une tumeur nettement fluctuante, au niveau de l'estomac à gauche. M. Schwartz, pensant à un cancer, n'intervint pas. La malade succomba deux jours après. A l'autopsie, on vit qu il s'agissait d'un cancer kystique de la tête du pancréas.

M. Schwartz rapporte deux autres cas dans lesquels il s'agissait de kystes pancréatiques d'origine traumatique.

Réactions méningitiques au cours d'affections chirurgicales. — M. SIEUR fait un rapport sur trois observations adressées par MM. Raymond, Labaussois et Vennin (de Lyon). Il s'agit, dans ces trois cas, de réactions méningées au cours d'affections chirurgicales diverses

Le premier cas concerne un jeune soldat de vingt-deux ans qui, au cours d'une suppuration du creux poplité, présenta des phénomènes de réaction méningée. Après plusieurs ponctions lombaires, les phénomènes méningitiques disparurent.

Chez le second malade, il s'agissait d'un phlegmon diffus du membre inférieur, au cours duquel survinrent des douleurs vagues, de la céphalée, du délire, des soubresauts des tendons, de l'albuminurie.

Il y avait eu chez ce malade des symptômes d'appendicite aiguë. Tous les troubles ont disparu après les ponctions lombaires et l'ablation de l'appendice.

Enfin, chez le troisième malade, atteint de mastoïdite, après une période prodromique de cinq jours, et caractérisée par de la dépression, des vomissements, de l'exagération des réflexes, du myosis, une paralysie faciale gauche, il y eut une

période d'état de même durée avec céphalée tenace, obnubilation, hyperesthésie cutanée, rachialgie lombaire, raideur de la nuque, Kernig, exagération des réflexes. Température entre 36°6 et 40°8; pouls entre 60 et 108. Ces symptômes ont mis vingt jours à disparaître.

Dans les trois cas, le liquide céphalo rachidien était clair, en hypertension, sans réaction cellulaire appréciable, avec légères modifications chimiques.

L'existence de réactions méningées aseptiques, survenant au cours d'une infection générale est, chose admise aujourd'hui. Toutefois si on excepte les affections de voisinage telles que otites, sinusites, traumatismes craniens, on ne trouve aucune observation à ajouter aux deux premiers faits cités par nos confrères de Lyon.

M. Tuffier a observé dans plusieurs cas la raideur de la nuque et le Kernig au cours d'affections chirurgicales. Il croit que, si on voulait les rechercher, on retrouverait fréquemment ces symptômes.

M. Tuffier croit qu'il ne faut pas attribuer à l'état du liquide céphalo-rachidien une importance absolue.

Deux observations d'invagination intestinale chez le nouveau-né. — M. Kirmisson fait un rapport sur ces deux observations communiquées par M. Guibé.

La première observation a trait à une petite fille de quatre mois qui put être opérée deux heures après le début des accidents : il s'agissait d'une invagination iléo-colique, guérison.

Dans le second cas, l'intervention ne put être pratiquée que vingt-quatre heures après le début des accidents. Il s'agissait encore d'une invagination iléo-colique. M. Guibé put également faire la désinvagination, mais son opéré, un petit garçon de sept mois, succomba au bout de quarante-huit heures sans qu'on ait pu connaître la cause de la mort, faute d'autopsie.

S'appuyant sur ces deux observations, M. Kirmisson attire de nouveau l'attention des praticiens sur l'importance d'un diagnostic précoce de l'invagination intestinale, car c'est de cette précocité du diagnostic que dépend avant tout le pronostic de l'intervention.

Depuis des années, M. Kirmisson s'efforce de vulgariser les notions relatives à cette question, et il ne peut que répéter, une fois de plus, que, pour tout médecin averti, le diagnostic de l'invagination intestinale chez les jeunes enfants peut et doit être fait.

JURISPRUDENCE

A QUI PEUT INCOMBER LA RESPONSABILITÉ RÉSULTANT D'UNE ERREUR D'IMPRESSION DANS UN OUVRAGE ET UNE PUBLICATION SCIENTIFIQUE OU MÉDICALE ?

Le monde médical a été fortement ému par un jugement rendu par la dixième Chambre du tribunal correctionnel de la Seine, le 13 avril 1911, et qui a condamné pour une erreur typographique, pour une coquille, sous l'inculpation d'homicide par imprudence, à des peines d'emprisonnements, un médecin auteur d'un livre, *le Médecin du peuple*, et le pharmacien qui avait exécuté la potion dont la composition figurait dans ledit livre.

L'Association de la Presse médicale française a consulté sur ce point Me Rocher, avocat à la Cour de Paris, son distingué conseil. Cette consultation a donné lieu à une note que nous sommes heureux de reproduire :

« Cette question paraît intéressante à examiner. Les faits, tels qu'on les y relève, auront une importance capitale dans l'appréciation de la décision visée.

Le 16 décembre 1910, un sieur T... rentrait ivre chez lui. Il aurait lui-même dit à sa femme d'envoyer chez un pharmacien chercher un médicament pour le dégriser. Celle-ci consulta un traité qu'elle avait depuis un certain temps « Le Médecin du Peuple », et y trouva la formule suivante : *Eau, 100 grammes; eau de menthe, 15 grammes; ammoniaque,* **15 grammes** *à prendre en deux ou trois fois.*

La formule fut copiée et envoyée à un pharmacien qui prépara la potion. Le sieur T... l'absorba et mourut dans la nuit.

Un médecin parisien était, paraît-il, l'auteur du traité « Le Médecin du Peuple », qui avait été édité primitivement à Gand, sous un pseudonyme, puis réédité à Paris. C'est dans cette réédition que se serait glissée une erreur grave, puisque la formule recopiée par la dame T... portait **15 grammes** *d'ammoniaque* au lieu de **XV gouttes**.

Sur la plainte de la dame T... le parquet poursuivit le docteur et le pharmacien pour homicide par imprudence, et négligence de la part du docteur *de n'avoir pas surveillé l'impression de son livre*, « qui ne serait d'ailleurs qu'une réclame pour ses produits ». Il ajoute qu'on relève, *dans l'édition cause de l'affaire actuelle, quatre erreurs d'impression* en comparaison de la première (ÉDITION ?) :

Portion au lieu de *potion*.
100 grammes au lieu de *120* grammes.
15 grammes *d'ammoniaque* au lieu de **XV gouttes**.
A *reprendre* en 2 ou 3 fois au lieu de *prendre*.

« Ce qui, dit le Tribunal, laisse supposer, comme d'ailleurs ce qui a été fait, que la potion ainsi indiquée peut être prise en une fois et entièrement plusieurs fois ? »

Il en conclut qu'il y a eu une inexcusable légèreté, d'où application de l'article 319 du Code pénal, d'autant qu'il n'y avait pas d'ordonnance signée, et admettant que la responsabilité du docteur et du pharmacien est donc établie, il les condamne, en conséquence, le docteur à trois mois de prison avec sursis et 100 francs d'amende, le pharmacien à un mois de prison avec sursis et 100 francs d'amende, et solidairement à payer à Mme T..., partie civile, 1 000 francs à titre de dommages-intérêts, plus une rente annuelle de 300 francs, et pour chacun de ses enfants une autre rente de 200 francs jusqu'à dix-huit ans.

L'appel interjeté de cette décision n'est pas encore venu devant la Cour.

La question qui intéresse l'Association de la Presse médicale française est celle de la responsabilité de l'auteur d'un ouvrage scientifique résultant d'une erreur d'impression soit dans la première publication, soit dans une édition subséquente.

A s'en tenir aux termes du jugement sus-visé, plusieurs points paraissent n'avoir été nullement examinés par le tribunal, malgré leur importance capitale.

Tout d'abord, l'absorption de 15 grammes d'ammoniaque présente-t-elle pour un adulte un caractère toxique capable d'entraîner la mort ?

Si non, l'erreur typographique serait sans portée.

En second lieu, l'autopsie du sieur T..., qui a absorbé la potion incriminée, a-t-elle été faite ?

Si non, comment a-t-on pu décider que c'était la toxicité de la potion qui avait été cause du décès ? Le sieur T... qui, on le reconnaît, était en état d'ivresse lors de l'absorption de la potion, pouvait être un alcoolique, et, par suite, il était indispensable de déterminer d'une façon précise ce qui avait occasionné la mort avant d'appliquer l'article 319 du Code pénal.

Enfin, en admettant même que les 15 grammes d'ammoniaque aient eu une conséquence aussi terrible, reste la question de savoir comment l'auteur du traité originaire peut être responsable en tant que docteur en médecine, d'une erreur typographique dans une édition subséquente.

Lorsqu'un savant publie un ouvrage quelconque, littéraire, scientifique, médical ou autre, la manière de procéder, on peut le dire, est invariable.

Le manuscrit est remis à l'éditeur qui fait faire la composition, après quoi les épreuves sont tirées et envoyées à l'auteur à correction.

Ici déjà, deux hypothèses peuvent se présenter : l'auteur laisse passer une *erreur dangereuse* qui, après la publication, amènera un ou plusieurs accidents. La responsabilité de l'auteur sera incontestablement engagée, si cette erreur constitue une faute lourde.

Mais si, après l'envoi des épreuves revues et corrigées, l'erreur se produit en dehors de l'auteur, par suite d'une faute typographique ; alors, indiscutablement, les conséquences seront opposables à l'éditeur et non à l'auteur auquel on ne saurait reprocher de ne pas s'être astreint à relire à nouveau un exemplaire de son œuvre.

Dans le cas d'une réédition ou d'une nouvelle édition, la

situation serait à peu près analogue. Il s'agit de savoir tout d'abord dans quelles conditions a été faite la nouvelle édition de l'ouvrage qui primitivement ne contenait pas d'erreurs.

Est-ce l'auteur qui a été le promoteur de l'édition ? Alors il pourra y avoir lieu de procéder comme pour le tirage primitif, et logiquement les solutions resteront les mêmes. Il devra revoir les épreuves, et encore cela pourrait être discutable.

Ou bien, c'est l'éditeur qui, par suite de ses accords avec l'auteur, la première édition étant épuisée, en fera une deuxième, une troisième ou plus. Mais alors, en quoi la responsabilité de l'auteur pourrait-elle être engagée d'une façon quelconque ? La faute commise, qui est purement matérielle, lui est totalement étrangère et ne peut donc lui compéter.

Dans le jugement de la dixième Chambre, du 13 avril 1911, aucun de ces différents points de vue ne semble avoir été examiné, et étant donnée la gravité de cette décision, il y avait grand intérêt à relever l'insuffisance des motifs y énoncés pour démontrer la nécessité primordiale d'établir et de déterminer les caractères et les conditions de responsabilité des auteurs et des éditeurs, avant d'imputer aux uns ou aux autres les responsabilités pouvant résulter, soit de l'œuvre en elle-même, soit de la publication. »

Cette note est absolument conforme aux règles les plus élémentaires de défense professionnelle qui ont été négligées par le tribunal. Du reste, ce jugement a paru tellement extraordinaire dans le monde du palais et dans le monde médical, qu'un grave journal, *La Gazette du Palais*, a publié dans ses colonnes, au lendemain du jugement, un article humoristique et raillant un tantinet la sentence rendue, sous le titre de « Médecine impossible ».

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUILLET 1911

THÈSES

Lundi 17 juillet, à une heure. — M. SADOUN. Influence du traitement mercuriel et arsenical sur les modifications du séro-diagnostic dans la syphilis. (MM. Gaucher, président; Marfan, André Jousset et Lœper.) — M. BEIX. La neige carbonique. Son emploi dans le traitement des dermatoses. (MM. Gaucher, président; Marfan, André Jousset et Lœper.) — M. LEMÉE. Contribution à l'étude du problème étiologique de la pelade. (MM. Gaucher, président; Marfan, André Jousset et Lœper.) — M. ALLARD. Etude sur les fractures du col du radius. (MM. Reclus, président; Delbet, Lejars, et Marcel Labbé.) — M. GENDRON. Du sort des toxines et des antitoxines introduites dans le tube digestif. (MM. Reclus, président; Delbet, Lejars et Marcel Labbé.) — M. BUTEL. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des phlébites variqueuses du membre inférieur. (MM. Delbet, président; Reclus, Lejars et Marcel Labbé.) — M. LELONGT. Contribution à l'étude des suppurations de la région palpébro-lacrymale d'origine dentaire. (MM. Delbet, président; Reclus, Lejars et Marcel Labbé.) — M. COTTIN. Etude sur les hémokonies ou granulations libres du sang observées à l'ultra-microscope. (MM. Roger, président; Desgrez, Léon Bernard et André Léri.) — M. ROCHER. De l'urobilinurie au cours des ictères par rétention. (MM. Roger, président; Desgrez, Léon Bernard et André Léri.) — M. RIDET. Les Oosporas. Les Oosporoses. (MM. Roger, président; Desgrez, Léon Bernard et André Léri.) — M. TIZON. Greffe cutanée totale. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Macaigne et Zimmern.) — M. ALLO. Contribution à l'étude historique des paralysies radiculaires du plexus brachial. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Macaigne et Zimmern.) — M. BRISSET. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose rénale bilatérale. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Macaigne et Zimmern.)

Mardi 18 juillet, à une heure. — M. RELLIER. Etudes sur les troubles de la sensibilité objective dans le zona. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Balthazard.) — M. BASTHARD-BOGAIN. Essai historique sur la peste en France au XIVe siècle. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Balthazard.) — M. COUCHOUD. L'Asthénie primitive. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Balthazard.) — M. FILLE. Etude sur le rôle de l'ozone en hygiène et en thérapeutique. (MM. Achard, président; Debove, Gilbert Ballet et Balthazard.) — M. HAGUET. Les hémorragies sous-dure-mériennes spontanées chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Chauffard et Langlois.) — M. ROBERT. Contribution à la séméiologie et au diagnostic différentiel des cavernes pulmonaires tuberculeuses. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Chauffard et Langlois.) — M. PEIGNE. Les petits thorax. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Chauffard et Langlois.) — M. GHEORGHIU. Recherches critiques sur la mort apparente. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Albert Robin et Langlois.) — M. FISHER. L'anesthésie rachidienne. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, André Broca et Chevassu.) — M. GOVY. Des injections intra-utérines dans le post partum. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, André Broca et Chevassu.) — M. DEGUILLAUME. Symptômes d'obstruction biliaire dans les affections chirurgicales du rein droit. (Reins mobile et hydronéphrose). (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, André Broca et Chevassu.) — M. BOURDIER. Méninges optiques et méningites optiques primitives. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, André Broca et Chevassu.) — M. STÉPANOFF. Faut-il saturer les incisions du ballonnet et de l'uretère. (MM. Quénu, président; Rémi, Auvray et Grégoire.) — M. TOUPET. Chirurgie de l'hypophyse. (MM. Quénu, président; Rémy, Auvray et Grégoire.) — M. TÉZÉ. De la duodénotomie. (MM. Quénu, président; Rémy, Auvray et Grégoire.)

Mercredi 19 juillet, à une heure. — M. LABBÉ. Le métabolisme d'un chien partiellement dépancréasé. (MM. Landouzy, président; Pierre Marie, Widal et Descrez.) — M. SOLOVIEFF. Contribution à l'étude de l'élimination azotée urinaire chez les phtisiques. (MM. Landouzy, président; Pierre Marie, Widal et Desgrez.) — M. YUZBACHIAN. Des voies de conduction de la sensibilité dans la moelle épinière. (MM. Pierre Marie, président; Landouzy, Widal et Desgrez.) — M. BRAUN. Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux. (MM. Widal, président; Landouzy, Pierre Marie et Desgrez.) — M. JACQUEMIN. Avortement et secret médical. (MM. Pinard, président; Segond, Lejars et Couvelaire.) — M. GOURDIER. Contribution à l'étude des luxations radio-cubitales inférieures, plus spécialement de la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en avant. (MM. Segond, président; Pinard, Lejars et Couvelaire.) — M. PELLETIER. Traitement sanglant précoce des fractures sus-condyliennes du coude chez l'enfant. (MM. Segond, président; Pinard, Lejars et Couvelaire.) — M. CASTANG. La grossesse extra-utérine dans la pratique journalière. (Etude clinique et thérapeutique). (MM. Segond, président; Pinard, Lejars et Couvelaire.) — M. BLANC. Les spirochètes. Contribution à l'étude de leur évolution chez les ixodidæ. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.) — M. EHRMANN. La filtration en radiologie. Etude physique et clinique. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Zimmern et Gougerot.) — M. HADENGUE. Traitement radiothérapique des sycosis simples et parasitaires. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Zimmern et Gougerot.) — M. MIREUR. Plaques muqueuses buccales tardives. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Zimmern et Gougerot.) — M. HAMAOUA. Des mucocèles du sinus frontal. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Hartmann et Ombrédanne.) — M. GIRARD. De l'ectopie simple congénitale du rein. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Hartmann et Ombrédanne.) — M. MAUGIS. La hanche à ressort. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Hartmann et Ombrédanne.) — M. LUTIKOFF. De la cellulite abdomino-pelvienne et son traitement kinésique par la méthode Thure Brandt-Stapfer. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Reclus et Ombrédanne.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Pierre Mauriac.

— Lille. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Delaunoy, Bertin, Mlle Cautrainne, MM. Leclercq, Averlant, Mouy, Demars, Vielle, Crampon, Procureur, Ringard, Picquet, Bresdin et Lozenguez.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de physiologie : en première ligne, M. Sellier, par 14 voix contre 13 accordées à M. Pachon. M. Gautrelet a été présenté en seconde ligne.

— Alger. — Le lundi 16 octobre 1911 s'ouvrira un concours pour une place de chef de clinique médicale.

HOPITAL CIVIL D'ALGER. — Mustapha. — *Concours* : 1° Un concours pour cinq places d'élève interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le lundi, 16 octobre 1911, à neuf heures du matin.

2° Un concours pour vingt places d'élève interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le lundi, 23 octobre 1911, à neuf heures du matin.

3° Un concours pour cinq places d'interne en pharmacie s'ouvrira le lundi, 23 octobre, à une heure et demie de relevée.

Pour tous renseignements, consulter les affiches ou s'adresser à la direction de l'hôpital civil de Mustapha.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Des concours seront ouverts, le 1er décembre 1911, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'admission à treize emplois de médecin aide-major de deuxième classe et deux emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1911 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteurs ou pharmaciens de première classe avant le 15 janvier 1912. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) avant le 15 novembre 1911.

Les programmes, arrêtés le 31 mai 1911, donnant les conditions de ces concours, sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (P. S.).

VOYAGE D'ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE L'A. P. M. — Le prochain voyage doit avoir lieu du 12 au 30 août 1911 en Scandinavie. Le dernier délai d'inscription est le 15 juillet pour les confrères non sociétaires de l'A. P. M. et le 22 juillet pour les sociétaires. Rappelons que l'itinéraire comprend Copenhague, Christiania, Stockholm, Hambourg, Berlin et Dresde. Pour les renseignements et les inscriptions s'adresser 12, rue François-Millet, Paris, XVIe, au siège de l'A. P. M.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène-Désiré-Antoine Charpentier, médecin honoraire du service des aliénés à la Salpêtrière, décédé à l'âge de soixante-huit ans ; — Marfaing (de Saint-Mandé), le docteur Marfaing a institué pour sa légataire universelle l'Association générale des médecins de France ; — et du professeur commandeur Carlo Reymond (de l'Académie de Turin).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie met en marche, à l'occasion des vacances, des trains à prix extrêmement réduits pour les directions suivantes :

Franche-Comté : 1er et 13 août au départ de Paris ; *Dauphiné :* 24 juillet et 8 août ; *Ardèche :* 2 août ; *Forez :* 26 juillet ; *Auvergne :* 19 et 25 juillet.

Le retour s'effectuera au gré des voyageurs jusqu'au 1er novembre 1911 par tous les trains ordinaires.

Pour les conditions et les horaires s'adresser aux bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. à Paris.

RENSEIGNEMENTS

LA PHYSIOTHÉRAPIE

DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC

Par M. Léon RABINOVICI (de Bucarest).

La physiothérapie a pris, depuis quelque temps, une grande importance dans le traitement des maladies de l'estomac. Dans le présent travail, nous avons cherché à exposer brièvement l'action et les indications thérapeutiques des agents physiques (électrothérapie, massage, gymnastique et hydrothérapie) dans les diverses gastropathies.

Répétons tout de suite ce que nous avons dit dans un travail antérieur : « Le médecin qui emploie, pour traiter les malades, les agents physiques sans employer la médication chimique, est comparable à celui qui emploierait la médication chimique sans prescrire la diète. Dans le traitement des affections, il faut faire usage de la médication chimique, diététique et physiothérapique, chacune ayant son indication. Il faut que le médecin fasse appel à tous les moyens thérapeutiques pour atteindre son but suprême : la guérison ou le soulagement du malade. »

Les auteurs ont attribué les dyspepsies tantôt à un trouble de la sécrétion gastrique, tantôt à un trouble de la motricité ou de la sensibilité; c'est pourquoi nous avons étudié l'action des divers agents physiques sur ces trois fonctions.

Dans la description des diverses indications thérapeutiques des agents physiques, nous utilisons notre division des dyspepsies gastriques, publiée dans un numéro antérieur de la *Gazette des hôpitaux* (1909, n° 145, p. 1827).

I

Électrothérapie. — α. Son action sur les fonctions gastriques. — *A.* Sécrétion. — 1° *Electrisation percutanée.* a. *Galvanisation.* — Hoffmann, Ravé, etc. ont fait des expériences et démontrèrent que la galvanisation percutanée augmente la sécrétion gastrique. Or, leurs expériences ne prouvent pas beaucoup, car ils font intervenir l'action excitante de la sonde. Les expériences de Goldbaum, Neumann et Freund ont donné des résultats négatifs. Cette méthode doit donc être mise de côté lorsqu'on veut agir sur la sécrétion gastrique.

b. *Faradisation.* — Elle agit comme le massage par la contraction des muscles abdominaux et nous savons que le massage abdominal produit une hypersécrétion des glandes digestives. Ainsi que nous l'avons démontré dans un travail antérieur, il faudra appliquer la faradisation pendant au moins quinze minutes.

2° *Gastro-électrisation interne.* — Einhorn a démontré que ce moyen d'application électrique augmente la sécrétion; or il emploie, dans ces expériences, l'eau et la sonde, agents excitants de la sécrétion, ce qui prouve que l'excitation produite ne peut pas être attribuée à l'électricité.

Tous les autres auteurs (Goldsmidt, Rosenheim, Goldbaum, Borri et Freund) ont eu des résultats négatifs. Avec notre maître M. le professeur A. Robin, nous pensons donc que l'électrisation directe doit être abandonnée.

3° *Galvanisation des pneumogastriques.* — Les expériences de Pawlow et de MM. A. Robin et Regnier ont donné des résultats affirmatifs. Cette application électrique a une action excitante sur la sécrétion gastrique. Elle donne toujours d'excellents résultats.

B. Motricité. — 1° *Electrisation intragastrique.* — La plupart des auteurs — et nous sommes d'accord avec eux — soutiennent l'inefficacité de cette méthode ; elle doit donc être mise de côté.

2° *Electrisation avec un pôle dans l'estomac et l'autre sur un point de l'organisme.* — Si nous examinons de près, nous voyons que l'effet thérapeutique est identique avec celui produit par l'électrisation percutanée. Dès lors, étant donné les inconvénients de l'introduction d'une électrode dans l'estomac, on pourra abandonner cette méthode au profit de l'électrisation percutanée, qui produit les mêmes effets, sans en présenter les inconvénients.

3° *Electrisation par voie percutanée.* — Tous les auteurs ont obtenu des effets favorables. Il est plus probable que dans ce cas l'électricité n'a pas une action directe sur la musculature gastrique, mais une action indirecte par l'intermédiaire des muscles abdominaux qui, en se contractant, provoquent une contraction des muscles de l'estomac. On variera l'intensité du courant et la grandeur de l'électrode de la région épigastrique, suivant que l'on veut exciter les fibres longitudinales ou circulaires.

4° *L'électrisation du pneumogastrique* donne des résultats inconstants.

C. Sensibilité. — 1° *Electrisation directe.* — Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Elle donne des bons résultats, mais les inconvénients, exposés plus haut, nous incitent à renoncer à cette méthode, d'autant plus que, par les autres méthodes, on arrive aux mêmes résultats.

2° *Electrisation percutanée.* — Ici encore tous les auteurs sont d'accord. Elle a toujours donné d'excellents résultats. Il est probable que l'électricité agit ici sur la névralgie du plexus solaire, comme elle agit sur une autre névralgie, ainsi que Delherm l'a démontré.

3° *Electrisation du pneumogastrique.* — Cette méthode est devenue classique dans le traitement des vomissements incoercibles. Tous les auteurs, en l'employant, n'ont eu que des succès à enregistrer.

β. Les indications thérapeutiques de l'électrothérapie dans les diverses gastropathies. — *A.* Dyspepsies. — 1° *Hyperpeptosthénies aiguës* (hypersthénies, hyperpepsies, hyperchlorhydries, etc.). — On appliquera la *galvanisation percutanée ;* on produit peut-être une sédation de la sécrétion ou de la motricité, en tout cas une sédation du pyrosis. Chez les hypertendus on emploiera la *haute fréquence*.

2° *Hyperpeptosthénies permanentes et sténoses pyloriques.* — On emploiera les mêmes méthodes contre le pyrosis ; de même l'action antispasmodique de la *galvanisation* sur le spasme pylorique. Contre la distension stomacale consécutive à la fermeture du pylore, on ne pourra pas employer l'électrisation, comme dans les myasthénies gastriques.

3° *Hypopeptosthénies* (hyposthénies, hypopepsies, hypochlorhydries, etc.). — On emploiera la *galvano-faradisation percutanée.* Le courant faradique agit sur la musculature abdominale et, indirectement, elle amène des modifications dans le volume stomacal. La sécrétion est aussi activée. Le courant galvanique agit sur la sensibilité et fait disparaître les

douleurs. On appliquera la faradisation pendant, au moins, un quart d'heure. Il faudra alterner cette méthode avec la *galvanisation du pneumogastrique* et, en cas d'insuccès, on emploiera la *statique* ou la *haute fréquence*. Il faut électriser avant le repas, pour stimuler l'appétit. Si l'appétit est conservé, on électrisera après le repas.

Si les dyspepsies sont accompagnées de *fermentations gastriques* ou d' *aérophagie*, on traitera l'insuffisance motrice par la *faradisation percutanée*.

4° *Dyspepsies nerveuses*. — On traitera l'état général par les *bains statiques* ou bien par l'*électrisation générale* de Beard et Rockwell. Localement on utilisera la *révulsion statique ou faradique*. Si le malade a des douleurs on appliquera la *galvano-faradisation* (méthode de Glatz).

5° *Dyspepsies par ptoses viscérales*. — Pour agir sur l'état nerveux général, on emploiera les bains statiques. Localement, pour stimuler la sécrétion, on appliquera la *faradisation*. On stimule ainsi non seulement la sécrétion, mais aussi la circulation et donc la nutrition.

B. Gastrite chronique. — A la première période on emploiera la *galvanisation*. A la seconde période on se servira des mêmes applications que dans l'hyposthénie.

C. Dilatation de l'estomac. — Nous laissons de côté la distension stomacale consécutive à un obstacle pylorique sur laquelle l'électricité ne peut avoir d'effet et nous nous occupons de l'*atonie* ou de la *myasthénie* gastrique et de la *gastroplégie* qui ne dépendent pas d'un obstacle pylorique. On emploiera la *galvano-faradisation* et si l'état nerveux domine on emploiera la *statique*.

D. Les névroses gastriques sont passibles de la *faradisation percutanée*. Dans la *gastralgie* on appliquera la *galvanisation percutanée* et la *galvanisation du pneumogastrique* au moment des crises.

E. Dans les vomissements nerveux et les vomissements incoercibles de la grossesse on fera usage de la *galvanisation des pneumogastriques*.

Ajoutons ici que les *rayons X* ont été utilisés par Doumer et Lemoine dans le traitement de vingt cas de *cancer de l'estomac* avec trois guérisons, un en voie de guérison, une guérison avec rechutes. Les autres ont subi une amélioration des symptômes. Enfin en même temps que l'électrisation locale, on emploiera l'électrisation générale : *bains statiques*, pendant quinze à trente minutes, séances quotidiennes, associés à la douche statique, chez les hypertendus; *bains hydro-électriques sinusoïdaux* ou *haute fréquence* chez les hypotendus.

II

Massage. — α. **Son action sur les fonctions gastriques.** — *A*. Sécrétion. — Cautru, dans sa thèse, soutient que le massage est indiqué dans tous les types chimiques de la dyspepsie, et conclut que les effets du massage sont : 1° un rapprochement du chimisme stomacal vers l'état normal ; 2° rétablissement de l'équilibre dans l'ensemble du chimisme par l'abaissement des valeurs trop élevées et par l'élévation des valeurs insuffisantes; 3° action sur les troubles évolutifs par l'augmentation et la régularisation de l'évolution digestive. Ch. Colombo a constaté qu'un massage stomacal de cinq minutes ne faisait varier que très peu la sécrétion gastrique; au contraire un massage de quinze minutes entraîne un maximum d'activité sécrétoire. Enfin quand le massage est prolongé au delà de cette limite, la proportion de l'acide chlorhydrique et de la pepsine n'augmente plus, mais le mucus devient plus abondant et le suc gastrique proprement dit est plus dilué.

M. le professeur Albert Robin, Norström et B. Reed ont constaté que le massage augmente la chlorhydrie, mais pour Mathieu la démonstration de l'excitation sécrétoire de l'estomac par le massage ne paraît pas encore nettement faite. L'amélioration obtenue s'expliquerait, d'après lui, par l'amendement de la motricité et de la sensibilité. Mais il soutient que le massage de l'estomac « est utile et cela est certain ». Monavi et Bertoni ont fait des expériences en se servant du massage isolé ou associé à l'électricité. Ils concluent que, dans l'hyperchlorhydrie simple ou continue, l'acidité totale augmente par le massage, diminue par l'électricité et plus par les deux combinés. La sécrétion de l'acide chlorhydrique augmente avec le massage, diminue par l'électricité et plus par les deux. Les acides organiques se modifient peu ou irrégulièrement.

En somme : le massage profond relève la chlorhydrie et peut même faire reparaître l'acide chlorhydrique s'il manque à un moment donné.

B. Motricité. — Les expériences comparatives de Chpoliansky montrent que si les aliments sont évacués de l'estomac au bout de trois heures quand on a fait un massage de dix minutes, ils ne le sont qu'au bout de quatre heures, sans massage. Rubens Hirschberg donne un gramme de salol et l'on sait qu'il faut deux heures à deux heures et demie jusqu'à ce que les premières traces d'acide salicylique apparaissent dans l'urine. Après le massage elles se montrent une heure plus tôt et l'élimination totale est beaucoup plus rapide. Eccles confirme ces résultats. Cautru, par le procédé de l'huile de Mathieu arrive aux mêmes résultats. Monavi et Bertoni ont constaté que la fonction motrice de l'estomac ectasié est modérément influencée par le massage seul et par l'électricité seule, mais plus par la dernière et par les deux combinés.

En somme : sous l'influence du massage, on observe une augmentation des contractions gastriques, d'où une diminution de la durée de séjour des aliments dans l'estomac ; en même temps, sous son influence, il y a un contact plus intime des aliments avec le suc gastrique, un meilleur brassage. Pour arriver à ce but, par le massage, on excite les fibres longitudinales de l'estomac qui se contractent d'où un relâchement du pylore. Le spasme du pylore est calmé par un *massage superficiel*, calmant (effleurage très doux).

C. Sensibilité. — Le *massage superficiel*, calmant, produit une sédation de la douleur, de la pesanteur, et des crises épigastriques. Un *massage profond*, excitant, augmente, au contraire, la douleur gastrique. Le massage calme surtout les douleurs qui ne sont pas provoquées par une inflammation aiguë ou par sténose, il a des bons effets dans les algies des névropathes.

N'oublions pas que le massage abdominal est un régulateur de la *circulation* ; il y a accélération de la circulation sanguine, d'où une accélération de l'*absorption*.

Le massage abdominal active la *nutrition* et stimule l'*assimilation* des substances azotées. Enfin, comme Pouloubinsky l'a montré, il y a une élévation du chiffre de l'urée, d'où une action *diurétique*.

3. **Les indications thérapeutiques du massage dans les diverses gastropathies.** — *A.* DYSPEPSIES. — 1° *Hyperpeptosthénies.* — Ici nous cherchons une action sédative, on emploiera donc des *frictions superficielles* et très douces, des effleurages, des vibrations sur le creux épigastrique et pendant la digestion. Donc il faut renoncer, dans ce cas, au massage habituel violent.

2° *Hypopeptosthénies et apeptosthénies.* — On emploiera, de préférence, le *massage profond* pendant quinze minutes et loin des repas ou bien un *massage superficiel* excitant, après le repas, pour stimuler la digestion. Dans tous les cas, où il y aura sensation de pesanteur ou douleur, il faudra faire précéder ce massage excitant par un autre superficiel et calmant. Le massage superficiel sédatif ou excitant peut être fait avant le repas et alors il augmente l'appétit.

Si les dyspepsies sont accompagnées de *fermentations gastriques* ou d'*aérophagie*, alors, en cas d'insuffisance motrice, Massy recommande le massage associé à l'électrisation. Ewald, M. le professeur A. Robin, de même, recommandent le massage. En cas de flatulence, on emploiera des frictions superficielles. Il est des cas, où le symptôme dominant est le tympanisme stomaco-intestinal et qui ne tient pas à un développement exagéré des gaz ou à une atonie des muscles gastriques, mais à la contracture du pylore ou du duodénum. Geoffroy obtient d'excellents résultats, par le *massage* pratiqué uniquement *au niveau du point contracturé*, lent, sédatif, sans presser trop fort.

3° *Dyspepsies nerveuses.* — On emploiera le *massage calmant*, superficiel (effleurage, massage vibratoire manuel ou avec les vibrateurs électriques) qui favorise l'évacuation et calme les sensations douloureuses.

4° *Dyspepsies par ptoses viscérales.* — Le massage donne de bons résultats dans les cas récents et dans ceux où la dislocation verticale de l'estomac est seule en cause. Dans les cas anciens et compliqués, il produit une amélioration et surtout un soulagement. A côté de son action sur la sensibilité, le massage exerce une action sur la motricité, en favorisant l'évacuation de l'estomac et une action trophique, réveillant la tonicité gastrique.

B. GASTRITE CHRONIQUE. — A la phase de catarrhe muqueux, le massage, qui était contre-indiqué à la phase de catarrhe acide, devient un bon adjuvant comme dans l'hypopeptosthénie.

C. DILATATION DE L'ESTOMAC. — Dans l'atonie ou la myasthénie gastrique et dans la gastroplégie, le massage sera pratiqué, soit en dehors des périodes digestives pour tonifier le muscle gastrique, soit au cours des périodes digestives pour accélérer le brassage des aliments et hâter l'évacuation de l'estomac ; ce massage pourra être fait aussi une heure après le repas.

D. Enfin, dans les GASTRO-NÉVROSES et les VOMISSEMENTS NERVEUX, on emploiera le *massage superficiel*, calmant, pour vaincre les sensations douloureuses.

Contre-indications du massage. — Le massage est contre-indiqué toutes les fois qu'il existe une lésion anatomique irritable : gastrite aiguë, sténose, ulcère rond, cancer. Même, en cas de doute entre cancer et ulcère, il faudra s'en abstenir. De même lorsqu'il y a une évacuation trop rapide ou une sécrétion glandulaire exagérée.

III

La gymnastique et les exercices. — α. **Son action sur les fonctions gastriques.** — Hypocrate disait : « L'homme qui mange beaucoup ne peut jouir de la santé qu'en usant par le travail de ses muscles ce qu'il a absorbé de nourriture. » Et Chomel : « On digère autant avec ses jambes qu'avec son estomac. »

Les *exercices* sont très utiles à la digestion, à la condition qu'ils soient modérés ; au contraire, les exercices violents sont nuisibles. La *gymnastique* a une action excitante sur la sécrétion gastrique, la motricité et la circulation ; elle excite l'appétit et augmente les échanges nutritifs. Certaines pratiques de gymnastique agissent par la contraction des muscles abdominaux, d'où un véritable massage abdominal.

Il y a des exercices actifs, parmi lesquels il faut compter les promenades, la bicyclette, la rame, etc. et des exercices passifs, parmi lesquels : promenade en voiture, automobile, chemin de fer, équitation, etc. Dans la gymnastique suédoise, il y a aussi des mouvements actifs et passifs.

β. **Leurs indications dans les diverses gastropathies.** — La gymnastique et les exercices sont surtout recommandables aux dyspeptiques arthritiques, sédentaires, intellectuels, neurasthéniques et déprimés qui ne prennent pas un exercice suffisant. On pourra faire de la *gymnastique suédoise* simple ou avec des appareils spéciaux et qui mettent en mouvement un groupe déterminé de muscles.

A. DYSPEPSIES. — 1° *Hyperpeptosthénies.* — Ce qui est à recommander c'est d'abord le repos ; il faut éviter toute excitation de l'estomac. Plus tard on pourra faire des petits exercices lents et sans fatigue.

2° *Hypopeptosthénies et apeptosthénies.* — Les exercices et la gymnastique sont particulièrement indiqués ; ils influenceront sur la chlorhydrie et la motricité gastrique.

S'il y a des *fermentations gastriques*, on fera de la gymnastique suédoise, tous les matins, pendant dix minutes.

3° *Dyspepsies nerveuses.* — La gymnastique suédoise est à conseiller.

B. GASTRITE CHRONIQUE. — La gymnastique est recommandable à la phase de catarrhe muqueux ; elle est contre-indiquée à la phase de catarrhe acide.

C. DILATATION DE L'ESTOMAC. — Dans l'atonie ou la myasthénie gastrique, les exercices et la gymnastique sont recommandables.

D. Dans les GASTRO-NÉVROSES la gymnastique suédoise est utile.

IV

L'hydrothérapie. — α. **Son action sur les fonctions gastriques.** — D'une manière générale, en hydrothérapie, soit générale, soit locale, l'eau froide a une action excitante et tonique, tandis que l'eau chaude a une action sédative et calmante. Nous

nous occuperons surtout de l'hydrothérapie locale épigastrique.

A. Sécrétion. — D'après Micheli, le froid et le chaud, sur l'épigastre, augmenteraient notablement la sécrétion gastrique au moment des repas.

Simon attribue aux bains de vapeur le pouvoir de diminuer la sécrétion gastrique ; Edel déclare, au contraire, qu'après leur emploi l'acidité gastrique reste augmentée, dans quelques cas, pendant soixante-huit heures. L'action des bains de vapeur sur la sécrétion gastrique est donc incertaine.

En somme l'application d'eau froide, à l'épigastre, excite légèrement la sécrétion, tandis que l'eau chaude la ralentit.

B. Motricité. — L'eau froide a un effet stimulant et tonique sur la motricité gastrique, dans l'atonie par exemple. L'eau chaude ou l'eau tiède, au contraire, ont un effet calmant, sédatif, en cas de spasme, par exemple.

C. Sensibilité. — L'eau froide ou chaude, appliquée à l'épigastre, a un effet calmant, sédatif de la douleur gastrique, de la pesanteur, etc. La douleur vive est calmée par l'eau chaude ; l'eau froide calme les douleurs beaucoup moins pénibles.

D. La circulation est aussi influencée par l'eau froide ou chaude. Il se produit, d'abord une vaso-constriction, ensuite une vaso-dilatation locale.

Il faut encore tenir compte de la percussion qui augmente l'effet excitant de la température, puis de la durée d'application. Si la durée est courte, l'effet est excitant ; si elle est longue, elle a un effet calmant.

Ces effets de l'hydrothérapie varient pour un même procédé, suivant que la sensibilité des malades est plus ou moins aiguisée.

β. Les indications thérapeutiques de l'hydrothérapie dans les diverses gastropathies. — *A*. Dyspepsies. — 1° *Hyperpeptosthénies aiguës*. — Ici nous cherchons d'abord une action sédative, ensuite une action tonique. On emploiera des *douches tièdes* à 28-30 degrés, non percutantes, sur tout le corps, suivies d'une *douche froide* sur les pieds. Ou bien les *affusions tièdes* à l'éponge, suivies d'une *friction à l'eau froide*. On pourra encore faire des *bains tièdes* à 32-35 degrés. Pendant la sieste, après le repas, on appliquera des *compresses chaudes* à l'épigastre ou bien le *thermoplasme de Larat* ou un thermophore.

2° *Hyperpeptosthénies permanentes*. — Chez les surmenés, les nerveux, on emploiera les *bains tempérés*, d'une demi-heure de durée. Ces bains sont contre-indiqués chez les affaiblis. Parfois on pourra utiliser les *bains froids*.

Les *affusions* ou *grands lavages* à l'eau tiède, la *douche écossaise*, non percutante ; le *drap mouillé* à 25 degrés, la *compresse échauffante* seront aussi utilisés. Chez les impressionnables et les neurasthéniques on emploiera la *douche tempérée*, non percutante, plus tard la *douche écossaise*. Chez les arthritiques et goutteux on commence par une *douche chaude*, en arrosoir et plus tard on applique la *douche écossaise*.

Les divers symptômes, le pyrosis, la douleur, les vomissements, sont améliorés par la *douche* locale *chaude*, *froide* ou *écossaise*, la *ceinture* ou *maillot humide*, le *drap mouillé*, les *lotions*, les *frictions*. Les crises gastriques sont calmées par la *compresse échauffante*, le *thermoplasme de Larat*, le *thermophore de Verriest* avec l'eau à 32 degrés, le *sac à eau chaude*.

On obviera à la constipation par un procédé que nous avons décrit dans le *Journal des Praticiens*. Le matin, pendant qu'on se trouve encore au lit et étant en sueurs, on découvre brusquement le lit, en enlevant la couverture. Si la température de la chambre est trop élevée, en se découvrant, on frictionne rapidement l'abdomen avec une *compresse* mouillée dans l'eau *fraîche*. L'effet est le même, se traduisant par un besoin d'aller à la selle.

En cas de *sténose pylorique*, pour modérer le spasme pylorique, pendant la période de repos au lit, on applique des *compresses humides chaudes* ou *froides* ou bien un sac caoutchouté rempli d'eau chaude.

3° *Hypopeptosthénies et apeptosthénies*. — Les *bains* et les *affusions tièdes* ou *chaudes* seront utiles chez les malades nerveux et qui ont de l'insomnie. Il faut réveiller les fonctions gastriques, qui se trouvent en défaut, par des applications excitantes : la *douche froide percutante* et courte, les *affusions*, les *immersions*, le *bain de cercle*, le *drap mouillé*, le *maillot* et la *ceinture humide*, la *compresse échauffante*, les appareils de Verriest ou Winterintz avec l'eau à 14 degrés ou 45 degrés.

On pourra employer encore la *douche gastrique* ou irrigation de l'estomac avec de l'eau sous une grande pression, à l'aide d'appareils divers inventés par Malbranc, Ewald, Boas, Rosenheim et Einhorn.

En cas de *fermentations* ou d'*aérophagie*, Malbranc et Gross recommandent la *douche gastrique*. On emploiera des *compresses chaudes* ou des *sacs d'eau chaude* à l'épigastre, mais ce qui est surtout recommandable, c'est la *compresse échauffante*, le *maillot humide*, au moment de se coucher et gardé toute la nuit.

4° *Dyspepsies nerveuses*. — On donne : des *grands bains chauds* prolongés, *lotion à l'éponge*, *maillot humide*, *drap mouillé*, des *douches* d'abord *chaudes*, puis *écossaises* et plus tard *froides*, *compresses humides chaudes* ou *froides*.

5° *Dyspepsies par ptoses viscérales*. — Les enveloppements dans le drap mouillé sont très utiles.

B. Gastrite chronique. — A la phase de catarrhe muqueux, la *douche stomacale* et la *compresse échauffante* sont à recommander.

C. Ulcère de l'estomac. — Dans la convalescence de l'ulcère, l'hydrothérapie, suivant la méthode de Winternitz, sera un utile adjuvant.

D. Dilatation de l'estomac. — La *douche froide* en jet le long de la colonne vertébrale pendant quinze secondes, les *enveloppements* ou *lotions froides*, la *compresse échauffante* sont de bons moyens. Dans les cas, où prédomine l'agitation, l'insomnie et les phénomènes douloureux, on utilisera les applications chaudes.

E. Névroses gastriques. — La *compresse échauffante* est indiquée.

G. Vomissements nerveux. — Ferrand et Dauchez recommandent les *bains prolongés*, à 20-28 degrés, pendant trois à huit heures. On utilisera encore la *compresse échauffante*.

Nous voyons donc que de même que chaque affection gastrique a sa médication chimique et dié-

tétique spéciale, de même elle a ses indications physiothérapiques.

BIBLIOGRAPHIE

Beni-Barde et Materne. *L'Hydrothérapie dans les maladies chroniques et nerveuses*, Paris 1894.
Bickel. *Deut. med. Woch.*, 1905, p. 45.
Boas. *Diagn. u. Therapie der Magenkrankheiten*, Leipzig 1890.
Borri. Ueber die Einwirkung der Endofaradisation u. Endogalvanisation des Magens, *Berl. klin. Woch.*, 1904, p. 695.
Cautru (F.). *De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies*, Th. de Paris, 1894, et *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Congrès de Caen, 1894.
Chpolianski. Th. de Saint-Pétersbourg, 1886.
Colombo (Ch.). Action du massage sur la sécrétion des glandes, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1895, t. XLVII, p. 46.
Cséri. *Wiener med. Woch.*, 1893, nos 46-48.
Dauchez. *Bull. gén. de thérap.*, 1884, t. CVII.
Delherm. Comment mesurer, à l'aide de l'esthésiomètre, l'action analgésiante du courant galvanique, *Bull. offic. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, 1901.
Doumer et Lemoine. Traitement d'un cas de cancer de l'estomac par les rayons X, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1903, p. 719.
Dujardin-Beaumetz. *Traitement des maladies de l'estomac*, 1893.
Eccles. *The Practitioner*, 1889.
Edel. *Zeit. f. klin. Med.*, 1900, fasc. 1 et 2, t. XLII.
Einhorn (Max). A new method for direct electrization of the stomach, *New-York Med. record*, mai 1891; — *Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 559; — *Arch. f. Verdauungs.*, 1896; — A new gastric douche, *Med. record*, 2 déc. 1899; — *Maladies de l'estomac*, tr. fr., Paris 1901.
Ewald. *Berl. klin. Woch.*, 1892, nos 26-27, et *Klin. der Magenk.*, 1893, p. 96.
Freund. Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Electricität auf die secretorische Tätigkeit der Magens, *Virch. Arch.*, 1905, p. 238.
Gaultier (R.). *Les Dilatations de l'estomac*, Paris 1909.
Geoffroy (J.). Spasme et contracture du tube digestif. Leur diagnostic et traitement manuel, *La Clinique française*, 1896.
Glatz. *Dyspepsies nerveuses et neurasthénie*, Genève 1898.
Goldbaum. Electrotherapie bei Magenaffectionen, *Arch. f. Verdauungs.*, 1897, p. 712.
Goldsmidt. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, t. XLVI.
Grasset. *Les Gastropathies nerveuses*, Paris 1909.
Hayem. *Leçons de thérapeutique*, 1893.
Hirschberg. Th. de Paris. 1889, et *Bull. gén. de thérap.*, 1887 et 1889.
Hoffmann. Einfluss des galvanischen Stromes auf die Magensaftabscheidung, *Berl. klin. Woch.*, 1889.
Huchard. *Consultations médicales*, 1903.
Lagrange (F.). *La Médication par l'exercice*, Paris 1894.
Laquerrière et Delherm. *Traité d'électricité médicale*, Paris.
Laquerrière, Delherm et Beauchant. Note préliminaire sur l'électrophysiologie, *Soc. d'électrothérapie*, fév. 1902.
Lyon (Gaston). *Maladies de l'estomac*, 1909, et *Traité clinique thérapeutique*.
Malbranc. *Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 4.
Mathieu. *Maladies de l'estomac*, 1901, et *Thérapeutique des maladies de l'estomac*, 1898.
Mauban. *L'aérophagie*, Paris 1910.
Monavi et Bertoni. Influenza del Massagio e della corrente indota sulla funzione motoria dello stomaco, *Clin. med. Ital.*, 1900, p. 638.
Neumann. Die Wirkung der Gebraeuchlichsten physikalischen Heilmethoden auf die Magenaffectionen, *Zeit. f. diät. u. Physikaltherapie*, 1904, p. 654.
Pawlow. *Tr. gl. digestives*, tr. fr., Paris 1901.
Pouloubinsky. *Vratch.*, 1889, et *Journ. des prat.*, 1889.
Rabinovici (Léon). *Etude sur la gastro-électrothérapie au point de vue physiologique, expérimental et thérapeutique*, Th. de Paris, 1907; — Action et indications thérapeutiques des applications électriques dans les diverses gastropathies, *Bull. gén. de thérap.*, t. CLVIII, p. 13; — Nouvelle division des dyspepsies gastriques, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 145; — Purgation par application du froid sur l'abdomen, *Journ. des prat.*, 1909, n° 33, p. 520.
Ravé. Th. de Paris, 1892.
Reed (B.). *International med. magazine*, 1898.
Rockwell et Beard. *Philadelphie med. surg.*, repports 1868 et 1871.
Robin (Albert). *Maladies de l'estomac*, 1904; — *Traité de thérapeutique appliquée* et *Thérapeutique usuelle du praticien*, 1910.
Rosenheim (Th.). Ueber die Magendusche, *Therap. Monats.*, 1892, p. 382; — Ueber einige Neure Behandlungsmethoden chronischer Krankeiten des Magens, *Berl. Klin.*, 1894, p. 9.
Rosenthal. *Magenneurose u. Magenk.*, Wien 1886.
Simon. *Zeit. f. klin. Med.*, t. XXXVII.
Soupault. *Maladies de l'estomac*, 1906.
Strasser. *Blätter f. klin. Hydrotherapie*, 1895, t. V, n° 5.
Vires. *Les Maladies de l'estomac*, Montpellier 1911.
Wegele. *Die atonische Magenerweiterung*, Münich 1894.
Winternitz. *Deut. Med.*, 1891; — *Blätter f. klin. Hydrotherapie*, 1894; — *Wien. med. Woch.*, 1898.
Zabludowski. Zur massagetherapie, *Berl. klin. Woch.*, 1886, nos 26-28.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1911)

Formation de substances hémolytiques et de substances toxiques aux dépens du vitellus de l'œuf soumis à l'action du cobra. — M. C. Delezenne et Mlle Ledebt.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1911)

Déclaration obligatoire de la poliomyélite. — M. Netter lit un rapport sur ce sujet.

La commission nommée par l'Académie conclut en faveur de l'inscription de la poliomyélite (paralysie infantile) parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire.

La déclaration devra porter sur les cas même suspects et sera faite même en dehors de la période épidémique. Elle aura pour conséquence l'exclusion des écoles non seulement des convalescents mais aussi des frères et sœurs pendant trois semaines. On désinfectera, au cours de la maladie, les objets susceptibles d'être souillés par les sécrétions nasales et les expectorations. La désinfection des locaux sera faite après guérison. On prescrira utilement au malade et à son entourage les gargarismes, pulvérisations ou lavages du nez au moyen de l'eau oxygénée ou permanganate de potasse et de menthol dont l'action sur le virus de la poliomyélite est démontrée.

La déclaration, qui est d'ailleurs déjà obligatoire en Suède, en Norvège depuis 1905, et plus récemment aux Etats-Unis, en Autriche et dans plusieurs provinces allemandes, est justifiée par les notions épidémiologiques aussi bien que pour les données expérimentales.

L'hectine et le salvarsan dans le traitement de la syphilis. — M. Hallopeau estime que l'emploi du salvarsan doit être réservé aux périodes de généralisation de la syphilis. L'hectine, employée localement en injections, mérite de lui être préférée en ce qui concerne les accidents primaires; elle fait avorter à coup sûr la maladie, si l'on a soin de prolonger suffisamment le nombre des injections et de diriger autant que possible la pointe de l'aiguille vers l'induration initiale.

On amènera de la sorte une très grande diminution de la fréquence de cette infection.

De l'anesthésie générale avec circulation réduite. D'après 1179 cas. — M. Delagénière (du Mans) fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

L'anesthésie générale avec circulation réduite a été pratiquée, dans le service de M. Delagénière, 1144 fois avec le chloroforme et 35 fois avec l'éther. Voici les résultats obtenus.

L'anesthésie est plus rapide ; le sommeil est meilleur et il faut une dose d'anesthésique beaucoup moindre pour obtenir le sommeil (50 p. 100). Le réveil est plus rapide.

Les troubles organiques postopératoires sont diminués.

L'emploi de la méthode permet de combattre efficacement la syncope respiratoire en enlevant une ou plusieurs bandes au moment de l'accident.

Les inconvénients sont de peu d'importance. L'auteur peut citer des fourmillements, des engourdissements, une légère parésie, des petites ecchymoses de la peau qui disparaissent rapidement.

On a accusé la méthode de provoquer des phlébites. M. Delagénière en a observé 4 cas dans ses 1179 opérations, et il n'oserait pas les attribuer à l'emploi des bandes.

Comme contre-indications, il n'admet que certains cas de myocardites ou de lésions valvulaires. Peut-être encore certaines infections générales?

En revanche, il considère comme des indications absolues toutes les maladies des reins et du foie et avant tout l'alcoolisme.

L'emploi des arsenicaux en agriculture. — M. Duguet, au nom de la commission nommée pour cette étude, rappelle son premier rapport et ses conclusions qui avaient été adoptées par l'Académie. Aucune des précautions et des mesures conseillées dans ce premier rapport n'ayant été observées, l'Académie ne saurait encourir aucune responsabilité des accidents qui ont pu se produire La commission ne peut donc que soumettre à son vote ses premières conclusions qui ont été présentées dans la séance du 4 juillet 1910.

M. Vidal (d'Hyères) consiste surtout sur la nécessité d'interdire l'emploi de l'arseniate de plomb, en viticulture, au moment de la seconde évolution.

M. Lucas-Championnière tout en estimant qu'on ne saurait s'opposer à l'emploi des sels arsenicaux, pense comme M. Vidal, qu'on ne doit pas les employer au moment de la fructification.

M. Marty serait d'avis qu'on défendît absolument l'emploi de l'arséniate de plomb.

Les conclusions du rapport de M. Duguet (v. *Gaz. des hôp.*, 1910, n° 74, p. 1073) sont de nouveau mises aux voix et adoptées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 8 juillet 1911)

Etude comparative des réactions intradermiques, sous-cutanées et focales à la tuberculine. — M. A. Sézary a recherché s'il existe, chez les tuberculeux non cachectiques, un rapport entre l'intensité de l'intradermo-réaction, pratiquée avec une dose minime de tuberculine et les réactions de foyer au cours d'un traitement ultérieur par la tuberculine, c'est-à-dire si les résultats de l'intradermo-tuberculinisation permettent de prévoir la susceptibilité du sujet, vis-à-vis de la tuberculino-thérapie. De l'étude de 23 cas, il conclut par la négative. Certains sujets, tout en étant très sensibles aux intradermo-réactions, supportent facilement la cure tuberculinique. D'autres ne réagissent pas à l'épreuve dermique, mais présentent des réactions de foyer. L'auteur, à l'encontre de Spengler, constate que les réactions sous-cutanées ne sont pas plus instructives à ce point de vue. Il est donc impossible de prévoir la susceptibilité des tuberculeux à la tuberculinothérapie : malgré cela, par une méthode prudente, on peut mener la cure à bon terme sans accidents.

Contribution à l'étude clinique de la poliomyélite expérimentale. — MM. Babonneix et Pastia. Les principales particularités cliniques de la poliomyélite expérimentale sont : 1° le caractère flaccide des paralysies, que viennent souvent compliquer, d'ailleurs, des rétractions fibro-tendineuses ; 2° l'existence de réactions électriques identiques à celles de la paralysie infantile.

Nouvelle application de la méthode de Bordet-Gengou au diagnostic de la tuberculose. La réaction de l'antigène (première note : technique). — MM. R. Debré et J. Paraf. La présence et l'abondance des anticorps tuberculeux dans le sang sont variables, aussi la réaction de Bordet-Gengou, appliquée à la façon habituelle, ne fournit-elle, d'après la plupart des auteurs, guère d'indication utile pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose.

Les auteurs ont pensé que cette réaction, appliquée à la recherche de l'antigène dans les tumeurs ou les tissus susceptibles de contenir le germe pathogène, devait fournir de meilleurs résultats. Les auteurs ont pu constater que leur supposition était exacte en pratiquant la réaction de Bordet-Gengou ainsi conçue (qu'ils nomment réaction de l'antigène) sur 81 liquides ou extraits d'organes : 38 liquides pleuraux et aseptiques, 23 urines claires ou purulentes, 2 liquides céphalo-rachidiens, 12 extraits d'organes divers recueillis à l'autopsie, un fragment de peau prélevé sur le vivant par biopsie, 5 liquides purulents de provenances diverses. Cette première note est consacrée à l'exposé de la technique de la réaction et de l'antigène. Il est utile d'employer des doses assez considérables du liquide examiné. Comme anticorps, on se servira de sérum, vérifié au préalable, d'un sujet tuberculeux, ou avec des précautions particulières du sérum antituberculeux de M. Vallée.

La seule difficulté réelle que présente l'interprétation des résultats de la réaction est la suivante : comme les liquides examinés contiennent bien souvent des anticorps tuberculeux libres, il est difficile de s'assurer dans les tubes témoins que l'absence d'hémolyse est bien due à une véritable déviation du complément. Les auteurs indiquent comment on peut éviter cet obstacle. Une note ultérieure indiquera les résultats pratiques intéressants de la réaction de l'antigène.

Différences de structure des tendons de l'aile et de la patte postérieure de la chauve-souris. — MM. Ed. Retterer et Lelièvre. Par une expérience séculaire, les ailes de la chauve-souris sont devenues des organes de vol, et les pattes postérieures des organes de suspension. Les tendons de l'aile offrent la structure de cordes fibreuses, tandis que ceux des fléchisseurs des pattes postérieures, ainsi que leurs gaines se transforment, partiellement du moins, en tissu vésiculo-fibreux analogue à celui des tendons des autres animaux dans leurs points de réflexion. La traction amène la production de fibres résistantes, et la pression ou le frottement, celle de coussinets élastiques.

La persistance des anticorps hydatiques en rapport avec la récidive des kystes. — MM. Ch. Laubry et M. Parvu rapportent une série de neuf observations dans lesquelles la présence d'anticorps observée pendant plusieurs années (d'un an à sept ans et plus), après l'intervention chirurgicale, était justifiée par la présence de nouveaux kystes.

Par contre, dans de nombreuses réactions qu'ils ont eu l'occasion de pratiquer avant et après l'extirpation de kystes hydatiques, ils ont vu la réaction devenir négative, disparaître de façon progressive mais complète, tantôt assez rapidement, tantôt plus lentement. Et ils formulent les conclusions suivantes :

Après extirpation d'un kyste, les anticorps disparaissent dans un délai de trois semaines à six mois environ. Passé ce délai, leur persistance doit faire penser, soit à un kyste inaperçu, soit à une récidive.

Toxicité cérébrale dans l'anaphylaxie. Action préservatrice de la lécithine. — MM. Achard et Flandin, confirmant leurs précédentes recherches sur la toxicité des centres nerveux dans l'anaphylaxie, ont constaté que le cerveau d'un animal en plein choc manifeste ses propriétés toxiques, non seulement lorsqu'on l'introduit sous forme d'extrait dans le crâne, mais encore par voie intraveineuse chez un animal neuf. Il n'en est pas de même par voie sous-cutanée ou péritonéale.

Le poison anaphylactique (apotoxine de Richet) paraît se diffuser assez vite dans les centres nerveux, car on peut provoquer le choc après deux passages successifs dans le cerveau d'animaux neufs, en augmentant les doses injectées.

La toxicité des centres nerveux paraît plus forte chez les

animaux qui ont succombé lentement au choc, comme si les centres nerveux avaient eu le temps de se charger davantage de poison.

Hors de l'organisme, l'extrait cérébral perd de sa toxicité au bout de quelques heures et devient inoffensif au bout de deux jours. Mais on peut lui restituer sa toxicité par addition d'antigène, ce qui laisse à penser que, dans cet extrait, l'apotoxine se détruit plus vite que la toxogénine restée en excès.

Le chauffage à 60 degrés atténue la toxicité de l'extrait.

La dessiccation dans le vide conserve au cerveau sa toxicité, même après plusieurs mois.

L'injection préalable de lécithine, faite deux heures en vingt-quatre heures avant l'injection déchaînante chez des animaux sensibilisés et prêts à recevoir le choc, les préserve de tout accident. Mais si elle est faite seulement une demi-heure avant, elle ne fait qu'atténuer le choc.

L'échauffement des animaux dans l'étuve à 37 degrés aggrave chez eux les effets du choc. La réfrigération paraît sans influence.

Action des rayons ultraviolets sur l'hémoglobine. — MM. Achard et Feuillié ont constaté que les rayons ultraviolets transforment l'hémoglobine en méthémoglobine et font disparaître la catalase des liquides renfermant cette matière colorante. Comme ces rayons déterminent dans l'eau la formation de peroxyde d'hydrogène, il se peut que la transformation de l'hémoglobine soit le résultat de cette décomposition.

Les auteurs ont injecté à des chiens du suc musculaire dont la matière colorante avait été ainsi transformée en méthémoglobine. Comme dans leurs précédentes expériences, faites avec la méthémoglobine produite par l'action du ferrocyanure de potassium, c'est de l'hémoglobine qu'ils ont trouvée dans l'urine.

De plus, comme les rayons ultraviolets déterminent dans le suc musculaire une abondante précipitation d'albumine sans beaucoup diminuer sa teneur en matière colorante, ils ont comparé les effets de ce suc après une heure et trois heures d'exposition aux rayons. Or ils ont constaté qu'après trois heures, alors qu'il était dépouillé d'une plus grande quantité d'albumine, le suc musculaire produisait une hémoglobinurie bien moindre et plus tardive qu'après une heure seulement.

Il n'y a donc pas de relation entre la teneur du suc musculaire en matière colorante et l'hémoglobinurie provoquée. Mais il y a sans doute une relation entre la toxicité du liquide injecté et cette hémoglobinurie, ce qui confirme les conclusions précédemment formulées par les auteurs.

Anastomoses de la vésicule biliaire avec l'estomac et avec le duodénum. — M. P. Mocquot présente deux chiens sur lesquels il a pratiqué, après avoir lié et coupé le cholédoque, une anastomose entre la vésicule et l'estomac chez l'un, la vésicule et le duodénum chez l'autre. Le premier de ces chiens est opéré depuis plus de quatre mois, l'autre depuis près d'un an. Tous deux sont en parfait état et ne présentent pas de signes d'infection biliaire. Il est probable que l'infection biliaire ascendante ne dépend pas seulement du siège de l'anastomose, mais aussi des dimensions de la bouche et de l'absence d'ulcérations à son niveau grâce à une bonne suture.

Un cas d'acromégalie avec autopsie. — MM. H. Claude et A. Baudouin ont pratiqué l'autopsie d'une malade atteinte d'acromégalie typique, qui présentait cliniquement, à côté des symptômes classiques (aménorrhée, hypertrophie des extrémités, signes de compression intracranienne), une forte élévation de la pression artérielle (26 à 28 centimètres de mercure) et un syndrome basedowien très net (tachycardie, légère exophtalmie, tremblement, goitre pulsatile). A l'autopsie, on a trouvé une tumeur de l'hypophyse du volume d'une petite mandarine, du poids de 48 grammes. Le corps thyroïde pesait 190 grammes et portait d'énormes parathyroïdes. Les surrénales étaient hypertrophiées au contraire des ovaires qui étaient fonctionnellement détruits et transformés en kyste. Microscopiquement le corps thyroïde, l'hypophyse, la surrénale présentaient des signes manifestes d'hyperfonctionnement et l'examen des coupes confirme entièrement ce que la clinique avait fait, depuis longtemps, prévoir chez ces malades.

La tuberculose, maladie nerveuse. — M. P. Bonnier. Comme toute maladie infectieuse, la tuberculose, réduite à sa plus simple expression biologique, est le conflit de deux virulences, de deux capacités digestives, celles du bacille et celles de l'homme. Le tuberculeux est un homme qui ne sait plus digérer le bacille. Cette dyspepsie dans la défense est une dyspepsie nerveuse comme les dyspepsies alimentaires ; c'est la défaillance des centres diaphylactiques bulbaires qui permet la tuberculisation. Par deux observations, l'auteur montre que le réveil directement provoqué de ces centres bulbaires peut guérir le tuberculeux.

Influence du poids moléculaire sur la toxicité des composés organiques azotés. — M. Desgrez. Dans cette désintégration des composés organiques qui constitue la désassimilation, on admet que les molécules deviennent moins toxiques, au fur et à mesure qu'elles se simplifient par détachement progressif de leurs atomes de carbone. A cette notion, ainsi présentée de manière trop générale, on pourrait opposer de nombreuses exceptions.

L'auteur a cru devoir en rechercher la vérification, avec M. G. Dorléans, dans la classe des substances basiques dont la présence normale, chez les animaux, a été établie par M. A. Gautier. Des faits qu'ils rapportent, il résulte que la toxicité des composés de cette nature décroît, en effet, avec leur poids moléculaire, au moins dans la série des composés méthylés et éthylés sur l'azote.

L'intoxication oxalique. — MM. Sarvonat et Roubier ont constaté que l'intoxication oxalique produit chez le cobaye une décalcification intense ; la chaux ne forme plus que 0,378 des cendres du squelette au lieu de 0,496, et que 0,101 des cendres des parties molles au lieu de 0,179.

Erysipèles à répétition et traitement thyroïdien. — M. Léopold-Lévi conclut d'un cas observé pendant près de trois ans que le traitement thyroïdien peut mettre à l'abri des érysipèles à répétition, comme des auto-infections et de certains accidents périodiques. Dans le cas d'érysipèles menstruels, il agit par la régulation de la fonction génitale.

L'influence de la rachinovocaïnisation sur la composition des urines. — MM. Riche et Chauvin (de Montpellier) ont recherché sur 23 malades l'influence de la rachinovocaïnisation sur la composition des urines. Chez deux malades seulement ils ont noté une urobilinurie légère et transitoire, qui disparut après trois jours. Chez cinq malades, à urine normale avant l'opération, ils ont noté de l'albuminurie, mais légère et passagère. Alors que la stovaïne rachidienne donnait des albuminuries constantes, pouvant atteindre 6 et 7 grammes, et durant jusqu'à vingt jours, la novocaïne rachidienne ne donne que dans un quart des cas des albuminuries très légères, toujours au-dessous de 2 grammes, et aussi très fugaces, ne dépassant pas trois jours.

La novocaïne se montre donc, à ce point de vue, très supérieure aux autres rachianesthésiques.

— Communication faite à la séance du 1er juillet :

Signification de l'électrocardiogramme. — M. Vaquez. D'après certains auteurs, Nicolaï entre autres, les tracés électrocardiographiques seraient capables de nous renseigner sur la valeur de l'énergie ventriculaire. Pour d'autres, ils n'auraient aucun rapport avec elle et ils seraient plutôt l'expression des actes électrochimiques qui préparent la contraction. M. Vaquez présente des tracés qui ne confirment pas l'opinion de Nicolaï. Des électrocardiogrammes recueillis chez des sujets atteints de dissociation auriculoventriculaire complète, ou offrant la forme typique de pouls alternant, montrent que des variations considérables de l'énergie ventriculaire, prouvées par les cardiogrammes, sont cependant incapables d'influencer les tracés électrocardiographiques.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUILLET 1911

THÈSES

Jeudi 20 juillet, à une heure. — M. ROUSSEL. La néphrite mercurielle. (MM. Debove, président; Chauffard, Achard et Rathery.) — M. PASQUET. Contribution à l'étude du traitement des affections des voies urinaires par les balsamiques et les antiseptiques internes. (MM. Debove, président; Chauffard, Achard et Rathery.) — M. MORAT. Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication. (MM. Chauffard, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. DUMAS. Contribution à l'étude de l'anévrisme taniforme de l'aorte abdominale. (MM. Achard, président; Debove, Chauffard et Rathery.) — M. STÉVENIN. Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Albert Robin et Carnot.) — M. GARDEY. Sur le phénoxyparapanédiol (Anbodyne). (MM. Gilbert, président; Hutinel, Albert Robin et Carnot.) — Mme GOURALSKA. Les éruptions sériques et le chlorure de calcium. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Gilbert et Carnot.) — M. ROUTHIER. Sur la névrite lombaire puerpérale légère. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Gilbert et Carnot.)

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE

ABCÈS DYSENTÉRIQUE (1)

DIAGNOSTIC. — A la période de début on peut hésiter entre l'hépatite dysentérique et l'hépatite paludéenne (le diagnostic est basé en grande partie sur l'épreuve de la quinine, la recherche de l'hématozoaire dans le sang). Il faut songer également aux maladies infectieuses des pays chauds compliquées de fièvre et d'ictère (fièvre hématurique, bilieuse, hémoglobinurique, continue, palustre, etc.).

Lorsque l'abcès est constitué, le diagnostic est différent suivant la localisation de l'abcès.

Si celui-ci se développe vers la face supérieure, il peut simuler une *pleurésie purulente*, une *splénopneumonie*; le diagnostic souvent difficile se fait alors par la recherche des antécédents hépatiques ou pulmonaires, par une étude attentive des signes physiques, par la radioscopie.

L'abcès de la face inférieure est à diagnostiquer d'avec les *tumeurs* de la face antérieure du *rein*, de la *vésicule*, du *mésentère*.

Il faut toujours penser à un *kyste hydatique* possible, mais aussi souvent aux abcès *sous-phréniques* (qui peuvent d'ailleurs coexister avec l'abcès hépatique), au *pyo-pneumothorax* sous-phrénique.

Si l'abcès reste central avec simplement de l'hypertrophie du foie, il peut simuler, si l'évolution en est aiguë, toutes les formes du *foie infectieux*; il faudra toujours penser aux *kystes hydatiques suppurés*, et se rappeler que certains abcès hépatiques au cours de la dysenterie pourront reconnaître une origine appendiculaire.

Les abcès à forme subaiguë et chronique prêtent à confusion avec certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, fièvre palustre, embarras gastrique fébrile). Si l'évolution est encore plus torpide, on pensera en raison de la cachexie, au cancer massif, aux cirrhoses hypertrophiques biliaires, etc.

D'une manière générale, le diagnostic est habituellement porté aux colonies parce que l'hépatite suppurée est une affection à laquelle on songe toujours, le diagnostic en est moins souvent fait dans nos pays, parce qu'elle est, en somme, assez rare chez les anciens coloniaux, et que l'on n'y songe pas, chez les individus qui n'ont pas été aux colonies; cependant MM. Caussade et Joltrain ont signalé un cas de dysenterie amibienne sporadique, et l'abcès du foie peut se rencontrer au cours de dysenterie bacillaire (Chantemesse).

De toutes manières en faveur de l'abcès du foie, on peut retenir les symptômes suivants, sur lesquels Brun a encore récemment insisté : langue sèche, rouge, desquamée, pleurésie sèche à droite, constance du pouls malgré les variations de la température; insistons à nouveau sur les renseignements que la radioscopie, l'examen du sang, la ponction exploratrice peuvent fournir pour parvenir au diagnostic positif, permettre d'éliminer le kyste hydatique, les abcès sous-phréniques, etc., et préciser le siège de l'abcès.

Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic des autres variétés d'abcès du foie; le diagnostic des abcès d'origine biliaire soulève toute la discussion du diagnostic des angiocholites, celui des abcès pyémiques, celui de la fièvre typhoïde, de la tuberculose aiguë, du typhus, etc.

TRAITEMENT DES GRANDS ABCÈS. — C'est surtout un *traitement chirurgical*; le traitement médical se résume en l'absorption de désinfectant des voies biliaires [urotropine, (Chauffard), calomel, etc.] en émissions sanguines locales abondantes; l'abcès une fois collecté, il faut de toute nécessité et au plus tôt l'évacuer.

M. Quénu conseille de procéder d'abord à une *laparotomie exploratrice*, guidée elle-même par l'examen radioscopique; elle sera *transpleurale* si l'abcès paraît se diriger en haut, et elle comporte la suture préalable des deux feuillets pariétal et diaphragmatique de la plèvre; elle sera *abdominale*, si l'abcès paraît se diriger en bas. Discutant la voie d'accès préférable pour intervenir, M. Quénu s'élève contre une systématisation absolue, quelle que soit la variété d'abcès; il préconise suivant les cas, soit le procédé transpleural, le sous-costal avec résection du rebord costal de Lannelongue, enfin la laparotomie proprement dite, cette dernière permettant par une incision verticale (*voie thoracique*), d'agrandir à volonté le champ d'observation hépatique.

Pétridès conseille la voie transpleurale, avec l'incision de tous les plans au thermocautère; Giordano trace un lambeau courbe, partant du prolongement de la ligne hémiclaviculaire, suivant le rebord costal, et remontant le long de la ligne axillaire; on aborde le foie par-dessous les côtes; ce procédé est analogue à celui décrit par Pacheco Mendès, sous le nom de *parapleural*.

Quel que soit le procédé employé, lorsque la surface du foie est mise à nu, on l'explore, on cherche la sensation de *rénittence*, de *fluctuation*, on note une *surélévation*, une *voussure*, et à l'endroit suspect on plonge le trocart, et on évacue le pus; il faut se rappeler qu'il existe parfois plusieurs abcès; le pus évacué, on lave et on draine; Fontan conseille le curettage des parois de l'abcès; quelques auteurs pratiquent des lavages antiseptiques de la poche.

Signalons le procédé, souvent employé, de Stromeyer Little (recherche au trocart de la collection purulente, puis évacuation de la poche, en suivant le trocart comme guide), enfin la simple ponction aspiratrice, absolument insuffisante. En cas de complications (ouverture d'un abcès dans la plèvre, les bronches, l'abdomen) le traitement sera celui de chacune de ces affections.

A la suite de ce traitement, on observe assez souvent de sérieuses *complications postopératoires* (cholérragie, hémorragie, complications pleurales, pulmonaires).

Les *résultats opératoires* diffèrent beaucoup suivant qu'il s'agit des formes aiguës ou chroniques; ils seraient plus favorables dans ces dernières (28 p. 100 de mortalité).

Sans vouloir aborder ici le traitement des abcès du foie, d'origine biliaire, il faut néanmoins signaler les heureux effets du drainage des voies biliaires.

BIBLIOGRAPHIE. — E. MICHELEAU. Les suppurations hépatiques, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1906. — QUÉNU. Diagnostic et traitement des abcès du foie, *Bull. méd.*, janvier 1911. — Maladies du foie (*Traité Debove, Achard, Castaigne*), 1910.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 70, p. 1085; no 73, p. 1134, et no 76, p. 1178.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 80. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUIL. 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUIL. 1911. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — L'hôpital Debrousse, fondé à Sainte-Foy par Mme Debrousse qui a donné à cet effet une somme de 8 millions, vient d'être inauguré. Des discours furent prononcés par MM. Mesureur, Félix Roussel, président du Conseil municipal de Paris ; le préfet du Rhône, le président des hospices de Lyon; Herriot, maire de Lyon. On sait que cet hôpital, propriété de l'Assistance publique de Paris, sera administré par l'administration des hospices civils de Lyon. Il est consacré uniquement aux vieillards qui sont répartis ainsi : 15 lits à la ville de Lyon, 35 lits à l'Assistance publique de Paris, 50 lits aux bénéfices civils de Lyon, 100 lits à la Société civile des facultés catholiques de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'avis suivant a été affiché à la Faculté :

« MM. les étudiants qui désirent se faire vacciner préventivement contre la fièvre typhoïde peuvent s'adresser à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Chantemesse).

Les internes, externes, stagiaires, bénévoles et infirmières du service ont déjà demandé et subi cette vaccination. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Roubier. M. le docteur Rebattu a été nommé chef de clinique adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 16 janvier 1912 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Maréchal et Colnenne; M. le médecin inspecteur Clavel (des troupes coloniales).

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Bischoff et Grivet.

MM. les médecins-majors Chevalier et Jette.

M. le médecin principal Simond (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Bonnette, Chavigny, Dellac, Malaval, Marchet, Merlat, Morigny, Parant, Roqueplo, Schneider et Verse.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dumas, Grall, Jenny, Lafforgue (J.-B.-E.), Lemarchand, Remlinger et Séguinaud.

(Troupes coloniales) :

MM. les médecins-majors de première classe Bussière, Rousseau (A.-C.-O.), Tédeschi et Pélofi.

M. le médecin-major de deuxième classe Cartron.

(Au titre de la réserve et de l'armée territoriale) :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Barois, Emmerique, Destrem et Martin.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Amiet, Bataille, Cusset, Delfosse, Ducloux, Hiard, Morisson, Saintin, Trouillet, Guende, Meyer et Rey.

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Burot.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef Foucaud.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Ballet, Moulinier et Bessière.

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Touchard (de Paris).

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Grenier (de Paris), Reverchon (de la Haute-Marne).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Poussin (de Louviers).

COURS DE VACANCES DE M. CALOT, du 31 juillet au 6 août 1911, à l'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK (5e année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes : coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, etc.

Neuf conférences avec leçons, présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques individuels.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser, dès maintenant, au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES. — La distribution des récompenses aux élèves des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre et des hôpitaux de la Pitié et de Lariboisière, aura lieu le mardi 18 juillet 1911, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à quatre heures de l'après-midi.

FORME INTERMÉDIAIRE

ENTRE

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES ACQUIS

ET

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES CONGÉNITAUX

Par MM. MACAIGNE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
et PASTEUR VALLERY-RADOT,
Interne des hôpitaux.

Depuis les travaux de MM. Chauffard et Widal et de leurs élèves on admet actuellement deux types bien définis d'ictères hémolytiques : les ictères congénitaux et les ictères acquis. Ces deux types ont des caractères cliniques et hématologiques qui les distinguent nettement.

D'après les auteurs, on ne trouve ni dans les antécédents héréditaires ni dans les antécédents collatéraux des malades atteints d'ictère hémolytique acquis d'autres cas d'ictère (1). En effet, si l'on consulte les observations publiées jusqu'à ce jour, on ne trouve jamais la mention d'ictériques parmi les ascendants ou les collatéraux de ces malades. Le début de ces ictères et leur étiologie, reconnue ou obscure, en font une forme acquise durant la vie.

Chalier, dans sa thèse (2), parle, il est vrai, de formes de transition entre les ictères hémolytiques acquis et les ictères hémolytiques congénitaux. Nous discuterons tout à l'heure les trois cas qu'il relate; aucun d'eux ne nous semble être une forme mixte entre les ictères acquis et les congénitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Tenon un cas qui nous a paru être ce type intermédiaire.

Le malade dont il s'agit est âgé de quarante-huit ans, actuellement garçon de laboratoire. Il est atteint d'un ictère très variable d'intensité; sous l'influence d'une fatigue, d'une veille ou d'un abus de boisson, on voit l'ictère foncer d'un jour à l'autre, de telle sorte qu'à certains moments il est très accentué, à d'autres très léger, et c'est alors qu'on se rend compte qu'à la jaunisse s'ajoute une décoloration très manifeste des téguments et des muqueuses.

Ni son père ni sa mère n'avaient trace de jaunisse; mais il a connaissance de plusieurs cas d'ictère permanent du côté maternel; d'autre part, il eut un frère chez lequel on remarqua, dès les premières années, un teint franchement jaune; cet ictère persista toute la vie sans que le malade présentât aucun signe d'affection hépatique; il mourut d'accident.

Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, la santé de notre malade fut bonne et il ne présenta, dit-il, pas la moindre teinte subictérique. C'est en 1888 qu'il ressentit pour la première fois de violentes douleurs dans la région hépatique, douleurs survenues brusquement et à la suite desquelles apparut la jaunisse. Hanot, dans le service duquel il entra, posa le diagnostic de colique hépatique (1). Le malade se souvient très nettement qu'on lui trouva dès cette époque la rate hypertrophiée.

Signalons que, lorsque survint cette crise douloureuse, il était employé depuis quelques années dans une usine de teintures d'aniline.

Depuis cette crise, l'ictère a persisté d'une façon presque constante avec des fluctuations dans l'intensité. De nouvelles douleurs dans la région hépatique sont survenues à différentes reprises, mais moins violentes.

Consultant quelques années plus tard, le diagnostic de cirrhose de Hanot fut posé.

A un moment où l'ictère passait presque inaperçu, on pensa à une maladie de Banti, impressionné que l'on était par la dimension de la rate.

En 1902, notre malade fut atteint d'une congestion pulmonaire, puis d'une pleurésie sèche. Depuis, les poussées de bronchite sont fréquentes. A l'auscultation du sommet droit existent des signes de sclérose pulmonaire. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

A l'examen actuel, on constate que le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt; il n'est pas douloureux à la pression. La rate est percutable sur une longueur de 15 centimètres environ et une largeur de 8 à 10 centimètres. Pas de prurit, pas de bradycardie. Malgré la teinte anémique, l'auscultation du cœur ne révèle aucun souffle anorganique de la base et le malade ne se plaint ni de palpitations ni d'essoufflements. Il mène une vie assez active.

Des examens répétés des urines, couleur acajou, des matières fécales, qui présentent souvent une teinte rouge foncé et du sang, examens pratiqués grâce à l'obligeance de M. Leseille, interne en pharmacie du service, ont montré dans les urines des pigments biliaires d'une façon variable, par contre l'urobilinurie était constante et en quantité considérable. Les matières fécales présentaient à certains jours une véritable décharge de stercobiline; lorsqu'elles avaient un aspect normal, la stercobiline était absente; les pigments biliaires y ont été quelquefois trouvés.

Dans le sang on a reconnu constamment les pigments.

L'examen de la *résistance globulaire* recherchée par le procédé des hématies déplasmatisées de MM. Widal, Abrami et Brulé, en employant une solution de NaCl à 9 p. 1000, a montré que l'hémolyse débutait à 0,66, était intense à 0,52, totale à 0,44.

Les hématies du malade, mises en contact de cinq sérums non hémolysants, se sont montrées fragiles vis-à-vis de quatre sérums.

La recherche d'une *hémolysine* dans le sérum du malade a été négative. En mélangeant à xx gouttes du sérum du malade une goutte d'hématies déplasmatisées d'un sujet normal, l'hémolyse n'est apparue ni à la température du laboratoire ni après séjour pendant deux heures à l'étuve à 37 degrés.

(1) M. Brulé. *Les Ictères hémolytiques acquis,* Th. de Paris, 1909, p. 20. — Widal, Abrami et Brulé. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 9 juillet 1909. — J. Chalier. *Les Ictères hémolytiques*, Th. de Lyon, 1909, p. 111.

(2) J. Chalier. *Id.*, p. 159.

(1) Il est à remarquer combien fréquemment ce diagnostic clinique de lithiase est posé alors qu'il s'agit d'ictère hémolytique : Widal et Abrami. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 nov. 1907. — Widal, Abrami et Brulé. *Arch. des mal. du cœur et du sang*, avril 1908.

Refaisant la même expérience, en portant cette fois-ci le mélange pendant une demi-heure à 0 degré (épreuve de Donath et Landsteiner) l'hémolyse ne s'est pas produite.

Le sérum ne contenait donc pas d'isolysine. Nous avons cherché ensuite si, en ajoutant à xx gouttes du sérum du malade une goutte de ses propres hématies déplasmatisées, l'hémolyse se produisait. L'hémolyse n'est pas apparue. Le sérum ne contenait donc pas d'autolysine.

De ces différentes recherches on était en droit de conclure que la fragilité globulaire était en cause et non une hémolysine.

L'*auto-agglutination des hématies*, signe caractéristique des ictères hémolytiques acquis, s'est montrée nettement positive au bout de dix minutes.

Le taux de l'hémoglobine au Talquist était de 60 p. 100. Le nombre des hématies était abaissé à 1 870 000. On constatait de la poïkilocytose et de l'anisocytose; la polychromatophilie était manifeste; enfin la plupart des globules étaient augmentés de diamètre.

On comptait une hématie nucléée sur 400 globules environ. Les hématies granuleuses — recherchées après action du bleu polychrome de Unna additionné de la solution d'oxalate de potasse puis centrifugation (technique de MM. Widal, Abrami et Brulé) — étaient au nombre de 10 p. 100.

7700 leucocytes avec un pourcentage de :

75 polynucléaires neutrophiles,
1 éosinophile,
15 grands mononucléaires,
7 lymphocytes,
2 myélocytes neutrophiles.

En mettant notre malade au traitement par le protoxalate de fer, nous avons vu, au bout de quinze jours, le nombre de ses hématies s'élever de 1 870 000 à 4 100 000 (1). C'est la seule modification qui s'est produite dans son état.

D'une part, l'âge auquel est apparu l'ictère, le début, l'évolution par poussées, les crises douloureuses abdominales, enfin l'anémie; d'autre part, l'auto-agglutination des hématies, l'hypoglobulie intense, l'augmentation du diamètre des hématies, les signes de rénovation sanguine (anisocytose, polychromatophilie, myélocytes, hématies nucléées) — tout prouve, tant au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique, que nous sommes en présence d'un *ictère hémolytique acquis*. Mais il est un fait tout à fait remarquable : la *notion d'antécédents ictériques héréditaires et collatéraux*. C'est là un caractère qui nous a paru unique dans l'histoire des ictères hémolytiques acquis.

Si l'on se reporte aux trois observations signalées par Chalier comme « formes de transition entre les ictères acquis et les ictères congénitaux » (2), on ne trouve rien dans ces observations qui puisse justifier une telle interprétation. L'hémolysine constatée dans le cas de Massaglia et Tarabini (3) prouve qu'on est en présence d'un ictère acquis. Quant au cas incomplètement observé de Campani et Ferrari (1), il peut être considéré soit comme un ictère hémolytique acquis dans le jeune âge, soit comme un ictère congénital (l'absence d'anémie tendrait à le prouver), mais d'aucune façon comme une forme intermédiaire. Il en est de même en ce qui concerne le cas de Bénech et Sabrazès (2) : il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-sept ans; pas d'ictériques dans sa famille; l'ictère survint alors que l'enfant était en nourrice, allaité par une femme qui avait un teint cholémique de même que ses deux enfants; l'auto-agglutination des hématies fut positive. Chalier reconnaît lui-même qu'on se trouve là en face d'un ictère hémolytique acquis (p. 101); pourquoi dès lors citer ce cas comme une forme de transition (p. 159)? C'est un ictère survenant dès les premiers mois de la vie, mais ce n'en est pas moins un ictère acquis, comme le prouve l'auto-agglutination des hématies.

En somme, aucun de ces trois cas ne nous paraît être une forme mixte. Revenons à notre cas. Comment interpréter le fait constaté ? Ne peut-on concevoir que notre malade ait eu, de par ses antécédents, une prédisposition congénitale à la fragilité globulaire — fragilité qui est restée pour ainsi dire latente jusqu'au jour où elle s'est manifestée sous l'influence d'une cause qui nous échappe (peut-être la toxicité des teintures employées dans l'usine où il travaillait)?

Il y aurait donc lieu, entre les deux types d'ictères hémolytiques, l'un congénital et l'autre acquis, de faire place pour un type intermédiaire : *ictère acquis mais avec prédisposition congénitale à la fragilité globulaire*.

(1) Des faits semblables ont été signalés par MM. Widal, Abrami et Brulé, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 9 juillet 1909.
(2) J. Chalier. *Id.*, p. 159.
(3) J. Chalier. *Id.*, p. 101.

(1) J. Chalier. *Id.*, p. 103.
(2) J. Chalier. *Id.*, p. 100.

ALBUMINURIES PROVOQUÉES

Par M. Émile FEUILLIÉ (3),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de laboratoire à la Faculté.

Dans des études antérieures, j'ai montré que les albuminuries sont indépendantes de l'état des tubuli contorti et qu'il est facile de produire des lésions énormes de ces tubuli sans que la moindre trace d'albumine apparaisse dans l'urine. Au contraire, des albuminuries considérables peuvent exister avec conservation de l'état physiologique du rein. L'albumine du plasma ne peut passer dans l'urine que par le glomérule.

Malgré les faits que j'ai apportés, M. Castaigne conserve son opinion attribuant les albuminuries à des lésions épithéliales ; l'albuminurie provoquée par l'injection sous-cutanée de blanc d'œuf indiquerait la fragilité de l'épithélium rénal. « La cellule rénale altérée serait incapable de retenir l'albumine hétérogène. »

Pour l'étude des albuminuries provoquées, il est facile d'employer chez l'homme une simple injec-

(3) Communication à la Société de biologie, 8 juillet 1911.

tion indolore de 0g01 d'un sel de mercure. Certains sujets ont de l'albuminurie ; d'autres n'en ont pas.

Mais au point de vue du rein, j'ai montré que chez le chien de 20 kilogrammes environ, cette injection répétée tous les jours augmente tout d'abord la quantité de l'albumine urinaire puis la fait disparaître à partir du sixième jour environ, malgré la continuation des injections quotidiennes ; il existe cependant une énorme néphrite épithéliale compatible avec un excellent état de santé. *L'aggravation de la lésion épithéliale aboutit à la disparition de l'albuminurie.* Il en est de même avec le blanc d'œuf. J'ai montré dans ma thèse (1) que, chez le lapin, des injections sous-cutanées répétées tous les six jours pendant plusieurs semaines produisent de moins en moins d'albumine urinaire, à la condition bien entendu de ne pas être arrivé à la période cachectique terminale. M. Chiray indique bien dans sa thèse un cas unique dans lequel la cinquième injection intrapéritonéale fut suivie d'une albuminurie intense avec diarrhée ; mais il y avait un intervalle de quatorze jours entre la quatrième et la cinquième injection. Cette observation mise à part, on peut dire que la thèse entière de M. Chiray se retourne formellement contre des conclusions visant l'exploration rénale. Avec les voies stomacale et rénale, ce qui varie, c'est le tube digestif, et non le rein. Par voie sous-cutanée l'albuminurie diminue ou n'apparaît plus après des injections non seulement répétées, mais encore faites à doses croissantes.

J'ai renouvelé ces expériences chez le chien, d'une façon plus frappante. J'ai réparti sous la peau de chiens de 12 à 21 kilogrammes des doses de 60 à 200 centimètres cubes d'ovalbumine. Les injections étaient renouvelées tous les six jours. Certains animaux de 16 à 17 kilogrammes ont reçu jusqu'à 500 centimètres cubes d'ovalbumine en vingt-quatre jours.

J'ai fait les remarques suivantes :

1° Après une injection de 100 à 150 centimètres cubes, la quantité *totale* d'albumine urinaire des jours suivants a été de 3 grammes en moyenne. Or, par comparaison avec un dosage après injection de caséine, l'albumine hétérogène ne représente que le dixième, au maximum, de l'albumine urinaire totale.

2° Il se fait souvent des hématuries plus ou moins hémolysées dans l'urine, donnant l'apparence d'une albuminurie plus forte.

3° Après chaque injection le maximum de l'albuminurie se produit le deuxième jour.

4° Le cinquième jour l'urine ne renferme plus d'albumine ou seulement de très faibles quantités.

5° Après plusieurs injections l'albumine n'augmente pas ; elle tend en général à diminuer.

On pourrait invoquer seulement la formation progressive d'anticorps spécifiques neutralisant l'action toxique des injections ultérieures. Le processus est encore plus complexe. Je le démontre en changeant de toxique : en remplaçant l'ovalbumine par du mercure, ou inversement.

(1) *Leucopathies. Métastases*, Paris 1909.

a. Après plusieurs injections quotidiennes de 0g01 de bi-iodure de mercure à des animaux de 15 à 20 kilogrammes, le rein est très fortement lésé. Une injection de 120 centimètres cubes d'ovalbumine faite à ce moment produit une albuminurie en général moins abondante que chez un chien non préparé.

Chez deux animaux, une des injections de bi-iodure produisit un gros abcès aseptique. L'albuminurie totale de tous les jours suivant l'injection d'ovalbumine fut de 0,15 chez l'un et de 0 chez l'autre.

b. Chez des chiens ayant reçu deux jours auparavant (pour la seconde fois après intervalle de six jours) 120 centimètres cubes d'ovalbumine, une injection de 0g02 de bi-iodure peut augmenter de quelques centigrammes la dose d'albumine, mais en général l'évolution n'est pas troublée.

Au contraire : des chiens ayant subi d'une façon semblable deux injections sous-cutanées de 120 centimètres cubes, présentent une abondante albuminurie, si on leur injecte *par voie intraveineuse* quelques centimètres cubes seulement de blanc d'œuf.

Les injections à fortes doses montrent une fois de plus l'indépendance de l'état des tubuli contorti et des albuminuries : les lésions tubulaires sont énormes et l'albuminurie légère, parfois nulle.

Il s'est fait en même temps, par flux leucocytaires, de la néphrexose avec cylindres urinaires et de la néphrose aboutissant rapidement à de la fibrose interstitielle.

Les injections intraveineuses à faible dose produisent au contraire une forte albuminurie par la facilité avec laquelle elles parviennent *au glomérule.* Il y a moins d'*arrêt prérénal.* La voie sous-cutanée met en évidence les phases tissulaire et leucocytaire de la *défense prérénale.*

La voie digestive met de plus à contribution les phases *digestive* et *hépatique.*

Pour l'interprétation des albuminuries provoquées, il faut poser comme principe l'**Egalité des reins** devant les doses employées.

Pour évaluer la fragilité d'un rein, il faudrait l'étalon de mesure correspondant. Ce n'est assurément pas l'albuminurie provoquée qui dépend non du rein, mais de la défense prérénale dans toutes ses phases et surtout de l'état des leucocytes. Les albuminuries provoquées rentrent parmi les quatre variétés d'*albuminuries leucopathiques* que j'ai indiquées (1).

1° La présence d'un poison dans la circulation produit une néphrexose, par fuite, par poursuite, ou par appétence éliminatrice : il se fait de l'albumine aux dépens de la masse lymphatique tombée dans l'urine : *variété leucocytaire.*

2° Dans l'orifice momentané créé par un leucocyte en diapédèse il peut passer de l'albumine du plasma : *variété postdiapédétique.*

3° Les leucocytes malades répandent dans la circulation des sucs toxiques qui viennent léser le glomérule : *variété par glomérulite leucopathique.*

(1) Soc. de biol., 16 juillet 1910.

4° Les leucocytes malades sont incapables de fixer avec suffisance le toxique, dans les phases prérénales tissulaire et circulatoire : *variété par insuffisance d'arrêt prérénal.*

MÉDECINE PRATIQUE

LA VULVITE DES JEUNES MARIÉES ET SON TRAITEMENT

Le professeur Ch. Audry (de Toulouse) vient d'attirer l'attention sur « une petite maladie qui n'a pas encore sa place dans les livres et qui cependant mériterait d'être signalée ». (*Province méd.*, 1er juillet 1911, n° 26, p. 273.)

Cette vulvite, qui suit habituellement la défloration, s'accompagne pendant quelques jours de phénomènes douloureux d'une intensité variable qui disparaissent assez vite spontanément.

Parmi ces phénomènes, il en est qui ne sont pas sans donner quelques inquiétudes aux maris qui ont eu la blennorragie. Ce sont des *troubles urinaires* constituant quelquefois un syndrome de pseudo-cystite : besoins impérieux et fréquents d'uriner, incontinence partielle, douleurs, etc. Ces troubles ne sont point en rapport avec les phénomènes douloureux des premiers coïts; des jeunes femmes souffrent en urinant à un moment où l'appétit sexuel est déjà éveillé et satisfait. Il est nécessaire de les bien connaître pour pouvoir rassurer les malades inquiets et les soigner avant l apparition du vaginisme.

Souvent ces troubles urinaires s'accompagnent de leucorrhée. A l'examen, on constaterait des signes de vulvite, rougeur parfois très vive, aspect dépoli de la muqueuse qui est très sensible au toucher.

Mais M. Audry conseille de dispenser la malade de l'examen direct, sauf bien entendu dans les cas où la maladie persisterait après quelques semaines. « Il y a, en effet, dit-il, grand intérêt à ce qu'elle n'attache pas d'importance à cet incident presque physiologique, mais qui, chez certains sujets nerveux, peut devenir le point de départ d'accidents douloureux, parfois névralgiques, de nature à demi-psychopathiques. »

Le traitement est simple. Injections vaginales boriquées tièdes, une par jour. Petites toilettes trois fois par jour avec du coton hydrophile humecté de vin aromatique. Laisser *loco dolenti* un petit tampon d'ouate ou de gaze stérilisée, imbibé du même vin.

« Dans les cas un peu résistants, ajoute M. Audry, on fait appliquer, deux fois par jour, un flocon de coton hydrophile chargé de sulfate de zinc à 1 pour 125 grammes d'eau.

Exceptionnellement, on peut conseiller, une seule fois par jour, un tamponnement avec de la gaze imbibée de protargol à 1 p. 150, en faisant tenir le reste du jour au vin aromatique. »

L. GAYARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1911)

Radiothérapie de la maladie de Basedow. — MM. Lhermitte et Beaujard ont obtenu de bons résultats dans les formes ordinaires et frustes; dans les goitres secondairement basedowifiés, les résultats ont été moins bons; une fois même, il y eut exagération des phénomènes morbides après quelques séances faites avec des rayons non filtrés, c'est-à-dire, à doses trop faibles, qui ont pu avoir une action excitante sur la sécrétion thyroïdienne. Les auteurs insistent sur la nécessité d'employer un filtre de 2 millimètres au moins d'épaisseur.

Section complète de la moelle cervicale par fracture du rachis. Topographie radiculaire. Conservation des réflexes cutanés. — MM. Déjerine et J. Lévy-Valensi présentent un malade qui fit il y a huit mois une chute sur la nuque. La radiographie permit de localiser le trait de fracture à la sixième vertèbre cervicale.

Le malade a une quadriplégie avec abolition des réflexes tendineux et anesthésie à tous les modes; au niveau du membre supérieur, les troubles moteurs, les réactions électriques, les troubles de la sensibilité sont nettement radiculaires, intéressent les septième et huitième racines cervicales, la première dorsale.

Chez ce malade, les réflexes cutanés abdominaux et crémastériens persistent, le réflexe plantaire se fait en flexion.

Cette dissociation dans les réflexes tendineux et cutanés peut avoir de l'importance au point de vue de la physiologie du système nerveux si le diagnostic de section complète se trouve confirmé.

Inversion du réflexe du radius, fractures spontanées et, parfois, signe de Babinski, dans un cas de paralysie spinale infantile avec reprise tardive. — MM. Souques et Chauvet. Homme de soixante-trois ans. A deux ans une première attaque de poliomyélite antérieure aiguë paralysa les deux membres inférieurs et le bras droit qui, par la suite, redevint presque normal. A trente-six ans, reprise torpide, ayant évolué en deux ans, et atteignant les muscles des épaules, des bras et les masses épicondyliennes. Actuellement, on constate ces diverses paralysies avec modifications graves des réactions électriques. Le signe de Babinski existe d'une façon intermittente à droite, et, du même côté, on trouve l'inversion du réflexe du radius : ce fait vient corroborer l'opinion de M. Babinski, à savoir que cette inversion appartient aux lésions de C^5 avec intégrité de C^8. Pour des traumatismes insignifiants, le malade eut trois fractures de la région moyenne de l'humérus droit : la radiographie montre l'os raréfié, avec absence de cal osseux.

Inversion du réflexe du radius par lésion de la cinquième racine cervicale. — MM. Klippel et Monier-Vinard montrent un malade qui reçut une balle de revolver localisée par la radiographie au niveau de la cinquième racine cervicale. On constate l'atrophie des muscles sus et sous-épineux et du deltoïde et l'inversion du réflexe du radius.

Tabes fruste (abolition des réflexes tendineux, osseux et de quelques réflexes cutanés, lymphocytose rachidienne chez un syphilitique). — MM. Souques et Chauvet. A vingt-trois ans, syphilis non soignée, pas d'autre infection, pas d'intoxication. Jamais de douleurs viscérales ou fulgurantes. On constate seulement l'abolition de tous les réflexes tendineux et osseux et des réflexes plantaires et crémastériens. Pas d'autre signe de la série tabétique, lymphocytose de cinq à six éléments à la cellule de Nageotte, liquide clair, sans hypertension, avec Wassermann positif. Les auteurs n'hésitent pas à considérer ce fait comme un exemple de tabes fruste.

Tabes tardif, fruste. — M. Kindberg présente un homme de soixante-cinq ans, qui eut la syphilis trente-neuf à quarante ans avant le tabes. Entre temps, il eut six enfants bien portants. Le tabes débuta il y a trois ans, par l'effondrement brusque des jambes, accident qui se répéta il y a quinze mois. Quelques douleurs dans les jambes. On constate l'abolition de tous les réflexes, les signes de Romberg et d'Argyll, la réaction de Wassermann est positive dans le sang et le

liquide céphalo-rachidien, qui présente de l'albumine et une lymphocytose nette.

Syndrome cérébelleux. — MM. Déjerine et Baudouin. Au cours d'un phlegmon de la fosse iliaque opéré, le malade fit, le 18 mai 1909, un ictus avec perte de connaissance durant trois heures, on remarqua ensuite de la dysarthrie et l'impossibilité de tenir les objets, puis l'impossibilité de marcher qui s'est actuellement bien atténuée. Actuellement le malade présente au complet tous les signes de la série cérébelleuse : sauf qu'il fléchit les genoux lorsqu'on lui fait renverser la tête et le tronc en arrière. La parole est un peu lente, et explosive. On ne trouve pas d'autre signe, en particulier du côté des nerfs craniens. Aucun signe de syphilis, Wassermann et ponction lombaire négatifs. Les auteurs pensent à une lésion du vermis, probablement foyer de ramollissement par artérite infectieuse. M. Marie ajoute que l'amélioration spontanée que présente cet homme plaide en faveur d'une lésion atteignant le cervelet lui-même plutôt que les voies cérébelleuses.

Hémianesthésie alterne dissociée à type syringomyéliforme par hémorragie bulbo-protubérantielle. — MM. Claude et Lejonne montrent un malade de trente-cinq ans, chez lequel le syndrome s'est constitué, il y a six semaines, en quelques heures, l'hémianesthésie atteint le côté droit de la face, y compris la cornée, le cou, le tronc et les membres à gauche. Le tact est conservé, la piqûre et la chaleur sont perçus comme de simples contacts.

L'albumine rachidienne au cours des compressions pottiques. — MM. J. A. Sicard et Foix à propos d'un malade qu'ils présentent et dont les signes de compression médullaire sont réduits au minimum montrent l'intérêt dans ces cas de la recherche de l'albumine rachidienne et la valeur de la dissociation albumino-cytologique, c'est-à-dire de l'augmentation notable du taux de l'albumine comparativement à la pénurie leucocytaire.

Extension continue du gros orteil symptomatique de lésion pyramidale. — M. Sicard. Ce signe qui accompagne, le plus souvent, celui de Babinski, peut s'en montrer indépendant, l'extension est uni ou bilatérale, suivant la localisation de la lésion pyramidale.

Radiculite lombo-sacrée sensitivo-motrice. — M. G. Clarac relate un cas de radiculite lombo-sacrée sensitivo-motrice, observée dans le service du professeur Déjerine, chez un homme de quarante-huit ans.

Deux crises antérieures de radiculalgie sciatique. A la suite d'un effort crise douloureuse plus vive suivie de paralysie, d'atrophie et de réaction de dégénérescence du long et court péroniers latéraux et des extenseurs des orteils, avec intégrité du jambier antérieur; zones d'anesthésie dans le domaine de L^4, L^5 et S^1. Ponction lombaire et réaction de Wassermann négatives.

Trois cas de poliomyélite épidémique. — MM. Clarac et Henyer présentent trois cas familiaux de poliomyélite antérieure subaiguë et progressive, ayant débuté il y a quatre ans par un syndrome infectieux gastro-intestinal. Les accidents paralytiques ont débuté par les membres inférieurs et au bout d'un an ont atteint les membres supérieurs, progressivement et avec une grande intensité chez l'un des malades, avec des rémissions et plus légèrement chez les deux autres. A signaler la topographie radiculaire des accidents paralytiques et de l'atrophie, et la dissociation musculaire des troubles électriques. Il semble qu'on soit en présence de trois cas familiaux de maladie de Heine-Medin.

Inversion du réflexe cubital. — MM. Souques et Barré. Chez un syphilitique avec légère hémiplégie droite, la percussion du cubitus ne donne pas de pronation, mais la flexion des doigts, le réflexe radical étant aboli.

L'extension du gros orteil dans le rhumatisme chronique. — M. Léri. Elle se trouve à peu près aussi souvent que la flexion, quand le réflexe de l'orteil peut être étudié. Reste à savoir si elle est primitive ou secondaire au rhumatisme ?

Section des parties molles du poignet : suture des vaisseaux, nerfs et tendons. — MM. de Martel, Bourguignon et Logre. La section produite par un carreau cassé, au cours d'un accident d'automobile, était complète jusqu'au carré pronateur. Cinq jours après, on sutura les muscles, vaisseaux et nerfs, sous anesthésie générale, ce qui demanda trois heures. Pas d'autre antisepsie que le savonnage. La restauration, au bout de deux ans, est presque complète, un peu moins bonne pour le cubital qui, incomplètement sectionné, avait été laissé tel que.

Deux cas d'atrophie progressant très lentement à type Aran Duchenne. — M. Foix présente deux cas d'atrophie musculaire non progressive avec mains d'Aran-Duchenne. Le premier cas est bilatéral et typique, dans le deuxième, les altérations sont limitées à l'éminence thénar. L'auteur émet l'hypothèse d'une tephromalacie limitée à la corne antérieure par artérite syphilitique.

Note sur l'examen dynamométrique des myopathiques. — MM. Français et Baudouin, dans deux cas de myopathie scapulo-humérale, ont constaté à l'aide de leur dynamomètre, un déficit, cliniquement non constatable, pour les muscles de la ceinture pelvienne. Cette constatation vient appuyer la théorie uniciste des myopathies : les divers types cliniques ne seraient-ils que des prédominances.

Paraplégie spastique en flexion. — MM. Etienne et Gelma (de Nancy) ont observé, chez une femme de cinquante-huit ans, une paraplégie spastique avec flexion des membres inférieurs, abolition des réflexes tendineux et exagération des réflexes cutanés de défense. Survenue trente-deux ans auparavant, cette paraplégie s'est lentement aggravée : elle s'accompagne de tremblement atypique.

JURISPRUDENCE

LES INFIRMIERS DES HOPITAUX PRIVÉS ET DES MAISONS DE SANTÉ ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous avons, dans une note de jurisprudence parue ici même (1), examiné la responsabilité des agences d'infirmiers lorsqu'un garde-malade placé chez un malade est victime d'un accident du travail. Voici quel était le cas : un garde-malade était occupé à flamber à l'alcool des instruments de chirurgie, lorsqu'il fut blessé par l'explosion du fourneau à alcool : il réclamait une rente à l'agence, comme étant victime d'un accident du travail. Il fut débouté. En effet, le tenancier d'une agence de gardes-malades qui traite directement avec les personnes qui lui demandent des infirmiers, agit en qualité de commissionnaire, aux termes mêmes de l'article 94 du Code de commerce, pour le compte de ces derniers. L'infirmier restant libre de refuser les places offertes et n'étant pas soumis, pour les soins qu'il donne, aux ordres de l'agence, ne saurait réclamer le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 (trib. Seine, 9 novembre 1909, *Recueil spécial des accidents du travail*, t. X, p. 334. — Comp. Cour de Nancy, 29 novembre 1906, t. VII, p. 314; Cour de Paris, 27 juin 1902, t. III, p. 143).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 39, p. 592.

Mais il n'en est pas de même en ce qui concerne les infirmiers d'un hôpital privé ou d'une maison de santé.

La première Chambre du tribunal civil de la Seine a rendu, en effet, le 27 juin 1911, un jugement des plus intéressants sur l'application de la loi du 12 avril 1906 assujettissant les établissements commerciaux à la loi des accidents du travail, aux infirmiers d'un hôpital privé ou des maisons de santé.

D'après cette décision un hôpital qui appartient à une société anonyme par actions et où quelques malades reçoivent très occasionnellement des soins gratuits, mais où le plus grand nombre paient une rétribution, ne constitue pas une institution charitable et de bienfaisance. On se trouve en présence d'une maison de santé installée et organisée dans le but d'assurer des bénéfices, c'est-à-dire un établissement commercial. Et cet établissement commercial est assujetti aux dispositions de la loi du 12 avril 1906. Par suite constitue un accident de travail, la blessure occasionnée à la main d'un infirmier de cet hôpital par des éclats de verre provenant d'un bocal qui s'est brisé sur le sol.

Cette solution est conforme à l'esprit de la loi sur les accidents. En effet les maisons particulières de santé figurent sur le tableau des professions passibles de la taxe de 1 centime et demi prévue à l'article 4 paragraphe 2 de la loi du 12 avril 1906 et servant à constituer le fonds de garantie, fonds, comme on le sait, alimenté par des taxes additionnelles spéciales à la charge de la généralité des patrons assujettis à la loi de 1898, et destiné à garantir les victimes d'accidents contre le défaut de paiement des rentes prévues par ladite loi.

Deux arrêts rendus par la Cour d'appel de Paris, le 29 mai 1902, se rapprochent de la décision que nous rapportons. D'après ces arrêts, des établissements de bienfaisance (en l'espèce un orphelinat et un atelier d'aveugle) qui, tirant leurs ressources de la charité publique, entreprennent, pour subvenir aux charges de leur but de bienfaisance, une exploitation industrielle, faisant appel à une clientèle à laquelle ils livrent, aux prix du commerce, les produits fabriqués à l'aide d'un outillage mécanique, sont assujettis à la loi de 1898, lorsqu'un contre-maître est victime d'un accident de travail (v. *Rec. de doc. sur les accid. du trav.*, t. II, p. 233). La même solution a été adoptée par le tribunal de la Seine, dans un jugement du 12 janvier 1904 (v. même recueil, t. IV, p. 60).

Ainsi donc une société reconnue d'utilité publique, comme ces établissements, tirant ses ressources de la charité privée et ne poursuivant pas la réalisation d'un gain, doit être assujettie à la loi du 9 avril 1898, si elle a organisé une véritable exploitation industrielle, le caractère industriel du travail étant indépendant du but dans lequel le travail est organisé.

De ces diverses décisions il résulte qu'un hôpital privé, n'étant point constitué en vue de réaliser des bénéfices, n'est pas assujetti à la loi sur les accidents du travail (trib. Seine, 10 février 1908, *Recueil spécial des accidents du travail*, t. VIII, p. 409). A plus forte raison en est-il pour des hôpitaux administratifs. En effet les hospices civils d'une ville, qui poursuivent un but de bienfaisance, et où les malades sont soignés gratuitement, ne tombent pas sous le coup de la loi de 1898. Il importe peu, dit un arrêt de la Cour de Lyon du 11 novembre 1910 (*Recueil spécial des accidents du travail*, t. XI, p. 441), que l'hospice permette aux malades d'acheter des boissons à l'intérieur de l'établissement et qu'il emploie, pour couper le pain et pour faire cuire la viande, des machines mues par l'électricité. Le fait, que l'hospice a ouvert en outre au public une pharmacie pouvant constituer une entreprise commerciale, prouverait, ajoute le même arrêt, seulement la coexistence, dans le même immeuble, de deux établissements dont un seul, la pharmacie, serait assujetti.

Cette jurisprudence, à laquelle fait cependant échec un jugement du tribunal civil de Lyon du 5 février 1903 (*Recueil spécial des accidents du travail*, t. III, p. 413), décidant que les établissements d'assistance par le travail, constituant des œuvres de charité, ne sont pas assujettis à la loi de 1898, méritait d'être signalée.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LES PRÉPARATIONS A BASE DE PEPTONE, D'IODE, ETC. SONT-ELLES DES COMBINAISONS DÉFINIES?

Par M. Y. J. CONTE.

Sous l'action des ferments digestifs, les substances albuminoïdes se transforment d'abord en *albumoses*, ensuite en *peptones*.

Mais cette dislocation de la matière protéique peut être obtenue par des procédés exclusivement chimiques; c'est ainsi que la presque totalité des peptones du commerce sont préparées par ébullition de l'albumine avec les acides, avec l'eau surchauffée, etc.

La plupart de ces préparations ne contiennent que très peu de peptone proprement dite; elles sont composées presque uniquement d'*albumoses*, produits intermédiaires entre la peptone finale et les substances albuminoïdes primitives.

La peptone qui donne les meilleurs résultats provient exclusivement d'une digestion tryptique de la viande. Elle doit être choisie, malgré son mode de préparation coûteux, de préférence à la digestion pepsique, parce que la trypsine provoque une désintégration plus profonde des protéiques.

Alors que le terme ultime des transformations produites par la pepsine est la peptone, la trypsine va plus loin, elle donne des acides amidés : *tyrosine* et leucine, dont la présence à l'état libre est capitale pour la fixation de l'iode.

Contrairement à ce qui a été dit, la *peptone iodée* est un composé bien défini, ainsi que nous l'avions toujours soutenu, et nous nous expliquions ce désaccord, persuadés que nous étions que les recherches avaient été effectuées sur des combinaisons résultant de l'action de l'iode sur les *peptones impures* dont nous parlons ci-dessus.

Aujourd'hui la démonstration de cette composition définie est faite. En effet, M. Albert Berthelot, dans une communication présentée à l'Académie des sciences par M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, écrit que « la plus grande partie, et peut-être, dans certains cas, la totalité de l'iode existant dans les iodalbumines naturelles ou artificielles est fixée sur la *tyrosine* et que ce métalloïde se retrouve à l'état de *diiodotyrosine* dans les produits de l'hydrolyse des diverses albumines iodées.

Il est donc logique de penser que la diiodotyrosine constitue en quelque sorte le principe actif des nombreux protéiques iodés qu'emploie actuellement la thérapeutique, et qu'elle est l'iodique le mieux approprié à entrer dans la constitution des iodalbumines qui existent normalement dans l'organisme... Toutes mes expériences ont été faites avec la 3-5. diiodo-l. tyrosine préparée en partant de la tyrosine provenant de la digestion tryptique de la viande (1). »

Comme on le voit, c'est avec la tyrosine obtenue par le procédé de préparation des *peptones tryptiques* que ces intéressants résultats ont été obtenus.

Seule la peptone iodée Robin ou *Iodone Robin* est riche en *diiodotyrosine*, parce que *seule la peptone employée est une peptone tryptique riche en tyrosine*.

On peut facilement mettre en évidence cette dernière au moyen d'une diastase, la *tyrosinase*, qui existe dans divers champignons, notamment dans les *russules*.

Sous l'influence de cette diastase, la tyrosine noircit et les

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1911, n° 20.

chimistes se basent sur le noircissement des solutions de peptone traitées par une macération aqueuse de russules, pour affirmer la présence de la tyrosine, qui n'existe, nous le répétons, que dans les digestions tryptiques.

La constance et la supériorité dans les résultats thérapeutiques de l'*iodone Robin* s'explique donc aujourd'hui d'une façon scientifique.

Les combinaisons *d'iode* ou *de brome* à base d'albumose ou d'albumine n'ont rien de commun avec les combinaisons iodées ou *bromées à base de peptone tryptique*.

Pour terminer, nous rappellerons que la peptone sortant des laboratoires Robin est débarrassée des alcaloïdes toxiques par précipitations et lavages successifs à l'alcool et à l'éther. Ainsi purifiée et exempte de tout danger, elle sert à préparer l'*Iodone injectable*, le *Bromone injectable*, etc., dont l'innocuité et la valeur thérapeutiques sont trop connues pour que nous insistions.

De cette communication de M. Berthelot à l'Académie des sciences, il résulte que, dans l'état actuel de la science et pour le traitement des artério-scléroses, affections cardiaques, goutte, rhumatisme, asthme, emphysème, obésité, faiblesse générale et lymphatisme, *l'iodone Robin* répond seul (il en est de même pour le *bromone Robin*) aux conditions scientifiques d'être, sous la *forme la plus parfaite et la mieux définie*, *des composés iodés* ou *bromés organiques obtenus jusqu'à ce jour*.

LIVRES NOUVEAUX

Les Applications pratiques du laboratoire à la clinique. *Principes. Techniques. Interprétations des résultats* (1), par E. AGASSE-LAFONT, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine; avec préface de M. le professeur G. HAYEM.

Les procédés de laboratoire entrent chaque jour de plus en plus dans la pratique courante, et le temps est venu où le praticien, surtout celui qui vit éloigné des grands centres, est tenu de mettre en œuvre à l'improviste des méthodes récentes d'investigation.

Mais pour ce faire il est indispensable d'avoir un guide à la fois simple, complet et sûr, et on n'en saurait trouver de meilleur que l'excellent ouvrage de M. Agasse-Lafont.

L'auteur s'est efforcé de décrire, dans un texte aussi clair que possible, accompagné de très nombreuses figures dont la plupart en couleurs, soit les techniques délicates (ponction lombaire, étalement du sang, ensemencement d'un produit suspect, etc.), soit l'aspect macroscopique et surtout microscopique des éléments qui sont décrits (parasites, microbes, cellules, etc.).

L'ouvrage se divise en neuf parties comprenant :

1° L'organisation d'un laboratoire; — 2° Les notions de bactériologie et de parasitologie applicables à la clinique; — 3° L'examen du sang; — 4° Les épanchements pathologiques des séreuses, les liquides kystiques, la ponction lombaire et le liquide céphalo-rachidien; — 5° Le pus; les crachats; les sécrétions nasales, urétrales, vaginales; les lésions buccales; — 6° Le contenu gastrique et le suc gastrique; — 7° Les matières fécales; — 8° Les urines; — 9° Le diagnostic histologique des tissus pathologiques et des tumeurs (biopsie et premières manipulations).

Nul doute que les services quotidiens que ce livre est appelé à rendre ne lui vaille un grand succès, et ce sera justice, car M. Agasse-Lafont a très habilement mené à bien une tâche fort ardue.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 écu, cartonné, avec 254 figures, dont 109 en couleur et 4 planches en lithographie. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

La Puériculture sociale (1), par le docteur Henri BOUQUET.

Le docteur Henry Bouquet n'est pas seulement un aimable chroniqueur et l'un des meilleurs vulgarisateurs dont s'honore le journalisme médical, il ne craint pas d'aborder les plus graves problèmes de morale et de sociologie, et il les élucide de la façon la plus complète.

M. Bouquet étudie aujourd'hui l'un des plus redoutables problèmes qui s'offrent à l'heure actuelle aux méditations des Français, nous voulons parler de la dépopulation. Laissant de côté les causes primordiales de cette diminution de la natalité, il envisage la question au point de vue médical et montre comment la *puériculture* peut, dans une mesure importante, pallier à la diminution des naissances en abaissant le chiffre de la mortalité infantile.

Voilà un bon livre que l'on devra souvent lire et relire.

L. GAYARD.

Étude radiographique de la luxation congénitale de la hanche (2), par le docteur J. SAIGET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La luxation congénitale de la hanche a été l'objet de nombreux travaux dans ces dernières années, et le traitement de cette affection en a grandement bénéficié. La radiographie est forcément la base de toute cure méthodique et des progrès n'ont été réalisés, dans cette branche de la chirurgie infantile, qu'à partir du jour où l'utilisation des rayons de Röntgen est entrée dans la pratique. Cependant, malgré les nombreux documents et les quelques travaux publiés, la radiographie appliquée à l'étude et au traitement de la luxation congénitale n'avait fait jusqu'à présent l'objet d'aucun travail d'ensemble.

L'excellente thèse de M. Saiget vient combler cette lacune : elle montre la nécessité de la radiographie comme guide du traitement, les difficultés qui peuvent exister dans l'interprétation du radiogramme; elle explique les erreurs que l'on peut commettre si l'on emploie une technique défectueuse ou si l'on n'est pas familiarisé avec l'image radiographique de la hanche de l'enfant très jeune.

L'auteur passe ensuite en revue les déformations ostéo-articulaires que la radiographie met en évidence sur les hanches luxées; il montre la précision apportée au diagnostic par l'étude radiographique associée à l'étude clinique.

Les renseignements fournis par la radiographie dans la conduite du traitement sont l'objet d'un chapitre spécial, où M. Saiget montre en particulier les fausses réductions que la radiographie peut seule déceler, et la valeur des rayons X comme contrôle de la guérison définitive, à condition — l'auteur insiste sur ce point — que ce contrôle ne soit pas prématuré, mais effectué seulement plusieurs mois après la fin du traitement.

Enfin, un appendice met en garde contre les fraudes que la radiographie peut masquer. Le radiogramme n'est pas un document irrécusable; il ne vaut que par la bonne foi de celui qui le produit.

J. ANDRIEU.

Les Villes d'eaux. Les stations climatiques françaises (3), par le docteur L. PORCHERON (de Marseille).

Le but de ce livre, M. Porcheron le définit lui-même dans sa préface. Il est très simple :

« Ce *compendium* ne prétend pas remplacer les conseils des médecins consultants des villes de saison qui, seuls, doivent diriger le traitement des baigneurs et des hivernants. A ce propos, il serait sage de rappeler et d'appliquer stricte-

(1) In-8°. — Paris, Bloud et Cie.
(2) Paris, Steinheil.
(3) In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Maloine.

ment (dans les stations hydrominérales) l'ordonnance du 18 juin 1823, qui confère aux préfets le droit d'interdire l'accès des établissements thermaux, à tout malade dépourvu d'une autorisation délivrée par le médecin inspecteur, ou non muni d'une ordonnance médicale.

Ainsi donc le but de ce livre est tout autre. Il consiste à indiquer brièvement le choix d'une station spéciale convenant à un cas pathologique spécial.

Le plan de l'ouvrage fait entrevoir ce dessein. La première partie, descriptive, renseigne sur la distance horaire, la situation, la nature des sources (ou la valeur du climat), les indications, contre-indications, les noms des médecins et les prix des hôtels, de chaque station. La deuxième partie comprend un vocabulaire ou nomenclature (par lettre alphabétique) des maladies, symptômes et syndromes avec les stations qui leur conviennent. »

M. Porcheron a pleinement atteint son but et il a fait un guide pratique qui sera souvent consulté par le praticien à cette époque de l'année, et qui lui évitera certainement beaucoup de déboires.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA MAIGREUR

Arséniate de soude	0g01 cgr.
Teinture de noix vomique	1 gramme
Vin de gentiane (ou de colombo) ..	300 —

Un verre à liqueur, deux fois par jour. (D'Heilly.)

Ou bien : séries d'injections de 1 à 2 cgr. de cacodylate.

Deux heures avant chaque repas une à deux cuillerées à soupe de poudre de viande de Trouette-Perret, dans un liquide au goût du malade.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUILLET 1911

THÈSES

Jeudi 20 juillet (fin). — M. BRIAULT. Recherches expérimentales sur les conditions psychologiques du travail chez les ouvriers sableurs. (MM. Chantemesse, président; Widal, Langlois et Balthazard.) — M. DE GRISSAC. Contribution à l'étude de l'organisation sanitaire en France. (MM. Chantemesse, président; Widal, Langlois et Balthazard.) — M. BÉNÉZECH. Une page d'histoire sanitaire locale au commencement du vingtième siècle. (Le bureau d'hygiène de Bagnères-de-Bigorre). (MM. Widal, président; Chantemesse, Langlois et Balthazard.) — M. BRISSET. Les procédés opératoires dans l'appendicite à froid. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Quénu et Terrien.) — M. BROTHIER. De l'exploration interne des voies urinaires chez la femme enceinte et récemment accouchée. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Terrien.) — M. WOIMANT. Les péritonites sans perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Terrien.) — M. LAFON. Traitement de la péritonite aiguë généralisée par la méthode de Murphy. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Terrien.)

Vendredi 21 juillet, à une heure. — M. LE GIEMBLE. Assainissement général de la ville du Havre. (Travaux exécutés. Travaux en cours). (MM. Gariel, président; Blanchard, Thoinot et Macaigne.) — M. CRIÉ. Les altérations mycéotiques des planchers et des boiseries dans leurs rapports avec l'hygiène et la sécurité de l'habitation. (MM. Blanchard, président; Gariel, Thoinot et Macaigne.) — M. NOAILLES. Contribution à l'étude médico-légale des plaies par armes à feu (fusil de chasse et armes à feu courtes). (MM. Thoinot, président; Gautier, Blanchard et Macaigne.) — M. LORREYTE. Contribution à l'étude du traitement de l'hérédo-syphilis par l'injection d'arsenobenzol au cours de la grossesse. (MM. Pinard, président; Segond, Aug. Broca et Couvelaire.) — M. LECOUTOUR. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'urétrite chronique. (MM. Segond, président; Pinard, Aug. Broca et Couvelaire.) — M. BOULARD. Les plaies traumatiques du canal thoracique. (MM. Segond, président; Pinard, Aug. Broca et Couvelaire.) — M. COUSSON. L'ignipuncture profonde dans le traitement des phlegmons diffus et des lymphangites septiques graves. (MM. Segond, président; Pinard, Aug. Broca et Couvelaire.) — M. GALLET. Contribution à l'étude de l'acide carbonique solide en thérapeutique dermatologique. (MM. Gaucher, président; Roger, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. ZEILIGER. Les fractures spontanées dans la sporotrichose. (MM. Gaucher, président; Roger, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. HOLLANDE. De la pelade généralisée. (MM. Gaucher, président; Roger, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. BIDAULT. Trichophytie cutanée déterminée par le vaccin de génisse. (MM. Roger, président; Gaucher, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. GOURAZ. Contribution à l'étude des néphrectomies secondaires. (MM. Reclus, président; Hartmann, Pierre Duval et Zimmern.) — Mme Anna EISENBERG. Contribution à l'étude des ovaires surnuméraires. (MM. Reclus, président; Hartmann, Pierre Duval et Zimmern.) — M. HENRY. Résultats cliniques de la prostatectomie périnéale avec incision latérale. (MM. Hartmann, président; Reclus, Pierre Duval et Zimmern.) — M. COMBIER. Contribution à l'étude des collections purulentes de la fosse cérébelleuse d'origine ostétique. (MM. Hartmann, président; Reclus, Pierre Duval et Zimmern.)

Samedi 22 juillet, à une heure. — M. ROL. Contribution à l'étude des syndromes pluriglandulaires. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Rathery.) — M. KUENEMANN. E. T. W. Hofmann. Etude médico-psychologique. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. TASTEVIN. L'asthénomanie post-épileptique. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. BÉNASSON. De quelques traitements récents du rhumatisme blennorragique. (MM. Achard, président; Debove, Gilbert Ballet et Rathery.) — M. LAMBOUR. Etude sur la médiastinite chronique chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Widal, Carnot et Roussy.) — M. LEFRANC. Les phases aiguës de la dilatation bronchique chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Widal, Carnot et Roussy.) — M. SAADA. Section de la branche externe du spinal. (MM. Widal, président; Hutinel, Carnot et Roussy.) — M. MORIZE. Les ictères du nouveau-né. (MM. Widal, président; Hutinel, Carnot et Roussy.) — M. PRIEUR. La stase papillaire, des indications de son traitement par les opérations décompressives. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Terrien et Anselme Schwartz.) — M. LEROY. Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la tuberculose rénale. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Terrien et Anselme Schwartz.) — M. DUVAL. Le traitement chirurgical des perforations intestinales typhiques par l'entérostomie systématique. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Terrien et Anselme Schwartz.) — M. COUTISSON. Contribution à l'étude des abcès de la cloison recto-vaginale. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Terrien et Anselme Schwartz.)

Les Maladies du cœur, par le docteur James MACKENSIE, membre du collège royal des médecins de Londres. Traduit sur la deuxième édition anglaise par le docteur A. Françon, médecin consultant à Aix-les-Bains, avec une préface de M. le docteur H. Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 avec 280 figures dans le texte et hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE MANS. — M. H. Hamel est nommé médecin suppléant des hôpitaux du Mans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Après concours, le docteur J. Bouvier est nommé chef des travaux de physiologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bar, médecin-major de deuxième classe.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Archambaud (de Saint-Denis), d'Astros (de Marseille), Astruc (de Montpellier), Bayle (de Toulouse), Bergis (de Montauban), Brumpt (de Paris), Buy (de Clermont-Ferrand), Cousin (de Marseille), Desoil (de Lille), Dor (de Lyon), Fournial (de Clermont-Ferrand), Frenkel (de Toulouse), Gautrelet (de Bordeaux), Jeaugey (de Dieppe), Limperôpoul (de Paris), Michel (de Nancy), Millardet (de Rennes), Moinet, médecin-major à Tours; Mongour (de Bordeaux), Moutier et Mulon (de Paris), Papin (d'Angers), Patoir (de Lille), Piton (de Brest), Proust (R.) et Quentin (de Paris), Sellier (de Bordeaux), Tarbouriech (de Montpellier), Tixier (de Lyon), Verger (de Bordeaux), Villière (de Saint-Denis).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Audignon (de Monségur), Balthazard (de Paris), Bernardin (de Toulouse), Boitel, médecin aide-major à Marmande; Bouchot (du Perreux), Bourguet (de Toulouse), Bousquet (de Carcassonne), Branca et Brindeau (de Paris), Buès (de Sisteron), Chevassu (de Paris), Descazals (de Limoges), Espinouze (de Perpignan), Fournier (de Clermont-Ferrand), Gallet (d'Annecy), Grégoire (de Paris), Herbier (de Nancy), Hyenne (de Besançon), Jocet (de Quimper), Lafolie (de Brest), Leclerc (de Dijon), Lienhard (de Wasquehal), Loquin (de Vassy), Marquis (de Rennes), Merger (de Chaumont), Millet et Mont-Refet (de Paris), Natalelli, médecin aide-major à Lille; Parisot (de Tours), Perrin (de Nancy), Pluvinage (de Marcoing), Rolle (de Villenauxe-la-Grande), Schwartz (de Paris), Sébilleau (de Nantes), Silhol (de Marseille), Solmon, médecin-major à Cambrai; Taconnet (de Lille), Thévenot (de Lyon), Vialle (de Tours), Vouzelle (de Limoges).

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS. — PRIX ZAMBACO PACHA. — Le docteur Zambaco pacha, dont on connaît la générosité et la délicate sollicitude pour ses jeunes collègues de l'internat, vient de fonder, en faveur des internes en exercice, un nouveau prix annuel. Suivant le programme tracé par lui, ce prix sera décerné « à l'interne en médecine ou en chirurgie des hôpitaux de Paris qui, pendant l'année, aura donné des preuves de courage — le cas échéant — ou de compassion et de douceur envers les pauvres malades qu'il aura à soigner ».

Le prix, consistant en une médaille d'or, sera attribué par le vote de tous les internes en exercice, sur le rapport d'une commission de dix membres tirés au sort parmi les internes de quatrième année.

Il sera remis au cours de l'assemblée générale de l'association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux.

Le prix Zambaco pacha sera décerné pour la première fois en 1912.

ASSOCIATION AMICALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — Une nouvelle association vient de se fonder ayant pour présidents d'honneur, MM. les professeurs F. Guyon et A. Pinard et MM. les docteurs Bucquoy, Charles Monod et Moutard-Martin. Son but est défini par l'article 1er de ses statuts :

« L'Association amicale de médecine et de chirurgie se propose de grouper des médecins ayant les mêmes idées déontologiques, et de resserrer entre eux les liens d'une bonne confraternité, en leur fournissant des occasions de se réunir, et les moyens de s'entr'aider professionnellement.

Elle entend rester étrangère aux questions politiques et religieuses, elle s'efforcera d'éviter toute polémique, de quelque nature qu'elle soit. »

Le comité directeur est composé de MM. le professeur Chauffard, président ; Pissavy, secrétaire ; S. Banzet, trésorier; Moutard-Martin, Queyrat, Morax, Le Masson, Marcel Pinard, H. Rendu, membres du comité.

LE CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE, qui devait avoir lieu cette année à Rome, est remis au mois d'avril de l'année prochaine.

RENSEIGNEMENTS

LA SYPHILIS GASTRIQUE

Par M. Albert MATHIEU (1).

Messieurs,

La syphilis gastrique est une des questions les plus intéressantes de la pathologie digestive, en raison de la sanction thérapeutique qui suit le diagnostic, lorsque celui-ci est établi. Il est en effet extrêmement satisfaisant, en présence d'une gastropathie grave, susceptible non seulement de faire souffrir le malade, non seulement de l'arrêter dans ses occupations et sa vie normale, mais même de mettre sa vie en danger, de pouvoir, grâce à un traitement méthodique, obtenir la guérison complète.

Quelle est la fréquence réelle des lésions syphilitiques de l'estomac? Il est à peu près impossible de le dire d'une façon précise. Si vous consultiez les nombreuses observations et les nombreuses fiches qui sont rassemblées dans mon service, vous ne trouveriez que de rares exemples de gastropathie que l'on puisse leur rapporter. Est-ce que parmi les nombreux malades observés par mes collaborateurs et par moi il n'y a pas eu, en réalité, une proportion plus considérable de cas de syphilis de l'estomac que le nombre extrêmement restreint de ceux que nous avons soupçonnés et traités? Le contraire est très probable; mais la syphilis gastrique est d'un diagnostic difficile parce qu'elle n'a pas de traits cliniques propres, parce qu'elle emprunte sa séméiologie à d'autres affections de l'estomac. Il est donc très facile de passer à côté sans la reconnaître. Il faut pour la dépister y penser toujours et la chercher systématiquement. Il faudrait pour la reconnaître avoir mieux que les antécédents du malade, mieux que l'existence de manifestations syphilitiques concomitantes sur la peau et d'autres viscères, mieux que l'épreuve thérapeutique; il faudrait avoir un criterium spécifique. Ce criterium nous l'avons peut-être actuellement dans la réaction de Wassermann, et il est probable que, ultérieurement, ayant l'esprit plus éveillé sur sa possibilité, la recherchant davantage, ayant un signe certain de diagnostic, nous trouverons un nombre de cas de syphilis gastrique beaucoup plus considérable que celui qu'on a relevé à l'heure actuelle.

Messieurs, si vous ouvrez la thèse de M. Pater (1907) dans laquelle se trouve un bon relevé critique des faits les plus probants de syphilis stomacale, vous verrez que cet auteur estime environ à 122 le nombre des observations de cette maladie que l'on pouvait trouver dans la science il y a quatre ans. Eh bien! il est vraisemblable qu'il y a, en réalité, une proportion de faits de syphilis de l'estomac très supérieure à ce que semblerait donner cette statistique.

Messieurs, c'est par le côté clinique que j'envisagerai cette étude, et nous allons avoir à passer en revue successivement les formes cliniques suivantes :

1° Tout d'abord les gastropathies chroniques sans tumeur et sans sténose pylorique qui prennent l'aspect de *gastrites chroniques graves*;

2° En second lieu, les *gastropathies graves avec empâtement ou tumeur simulant le cancer de l'estomac* sans sténose pylorique;

3° Les gastropathies syphilitiques *avec sténose pylorique* simulant la sténose néoplasique primitive du pylore;

4° La *syphilis gastrique à forme d'ulcus*;

5° Enfin, la syphilis gastrique caractérisée surtout par des *déformations de l'estomac* et particulièrement par la *biloculation*.

Reprenons ces différentes formes les unes après les autres. La meilleure façon de vous en donner une idée nette est de choisir des observations typiques et d'en citer, sinon le texte, tout au moins le résumé.

I. Les *gastropathies syphilitiques rebelles à forme de gastrite chronique* : j'en trouve deux exemples tout à fait caractéristiques dans le premier auteur qui semble avoir d'une façon précise fait le diagnostic de la syphilis gastrique et en avoir obtenu la guérison par le traitement spécifique, je veux parler d'Andral qui en a rapporté deux belles observations dès 1838 dans sa Clinique médicale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans qui ne présentait aucun signe de syphilis bien évidente. Elle avait eu quelquefois cependant quelques boutons aux lèvres; mais ils avaient disparu sous l'influence de traitements très anodins, des lavages avec de l'eau de guimauve par exemple, et ils avaient été considérés simplement comme dartreux. Pendant deux ans, elle avait eu des émotions morales vives, elle avait perdu son embonpoint, elle avait présenté de l'inappétence, des douleurs au niveau de l'appendice xyphoïde, des vomissements. Il n'y a pas de sensibilité de l'épigastre à la pression. Selles naturelles, règles moins abondantes qu'auparavant. Tout paraissait annoncer une gastrite chronique et on avait fait naturellement le traitement en honneur à cette époque, on avait appliqué des sangsues, des fomentations émollientes, on avait mis des vésicatoires, on avait même appliqué des cautères, mais rien n'y avait fait; « malgré tous les efforts de l'art, la maladie faisait d'effrayants progrès ».

Quatre mois après le début, vomissements journaliers de toute espèce d'aliments liquides ou solides peu de temps après leur ingestion. Le lait d'ânesse était seul digéré; on désespérait quand la malade se plaignit de la gorge. A l'examen, on trouva une ulcération d'aspect spécifique. On fut ainsi amené à se demander si la syphilis n'était pas la cause de la lésion de l'estomac, et Andral conseilla des pilules de bichlorure de mercure à dose progressive.

Dans les premiers temps, aucune amélioration sensible, mais le mercure n'aggrava pas les symptômes. Vers le quinzième jour, l'amélioration commença à se dessiner, les vomissements furent moins fréquents, les digestions meilleures, les forces se relevèrent. Vers le trentième jour, l'amélioration était très nette, les vomissements étaient devenus extrêmement rares, et, encouragé par ce succès, Andral associa les frictions mercurielles à l'emploi du bichlorure de mercure. A la douzième friction, l'état de la malade n'était plus reconnaissable, les vomissements avaient cessé, les aliments pouvaient être introduits sans douleur, la région épigastrique était souple et indolente, et bientôt la malade recouvrait la plénitude de sa santé.

(1) Conférence faite le 27 mai 1911 à l'hôpital Saint-Antoine.

Andral cite une autre observation non moins probante.

II. Il y a des cas de gastropathies graves où les phénomènes cliniques font d'autant plus penser au *cancer de l'estomac* qu'il existe soit un empâtement marqué de la région épigastrique, soit une véritable tumeur, et ce sont les faits de ce genre que nous allons examiner maintenant.

Tout d'abord, un cas de pseudo-cancer de l'estomac avec tumeur. Je l'emprunte à la très belle étude sur la syphilis de l'estomac faite par M. le professeur Fournier dans le n° 1 du *Journal de la syphilis* en juillet 1903.

M. Fournier a, dans ce travail, publié deux cas de faux cancer de l'estomac d'origine syphilitique suivis de guérison. Le second est vraiment très impressionnant, surtout dans la forme pittoresque que sait donner M. Fournier à ses exposés cliniques.

« En septembre dernier, un vieil ami de soixante et onze ans vint me trouver tout chagrin. Il paraît, me dit-il, que j'ai une tumeur à l'estomac, sans doute un cancer, quoiqu'on ne me l'ait pas dit, et qu'il faut m'ouvrir le ventre pour m'enlever cette tumeur; du moins on me l'a conseillé. Vois donc cela ! J'interroge le malade qui présentait des troubles gastriques très accentués, et notamment des troubles accusant un certain degré de sténose pylorique. J'examine et trouve en effet une tumeur facilement accessible en raison de l'amaigrissement, siégeant d'une façon très exacte à la région pylorique, dure, de la forme et du volume d'une belle mandarine, etc... Bref, je l'avoue, je suis conduit malgré moi au diagnostic de cancer, et je n'aurais pas été loin d'accepter l'intervention chirurgicale proposée, sans un souvenir qui me traverse l'esprit : mon ami est un ancien syphilitique; il a eu la syphilis il y a vingt ans et ne s'est qu'incomplètement traité, à la façon des gens du monde, c'est-à-dire très bien au début, mal ensuite. Pourquoi cette tumeur ne serait-elle pas le produit de la syphilis? Conséquemment, je demande un sursis d'un mois avant de discuter l'opportunité d'une opération et je propose de consacrer ce mois à un essai de traitement spécifique. On accepte. Le traitement est composé de frictions mercurielles, iodure de potassium. Résultat : deux mois après, atténuation notable des troubles gastriques et diminution appréciable de la tumeur. En janvier, les fonctions de l'estomac sont presque rétablies et la tumeur a subi un retrait nouveau; bref, en avril, retour à la santé et disparition absolue de la tumeur. »

Messieurs, dans certains cas, il n'y a point de tumeur saillante, mais un empâtement, une induration diffuse semblable du reste à celle que l'on trouve souvent en cas de néoplasie épithéliomateuse de l'estomac, et je vous en citerai un cas inédit qui appartient à M. le docteur Laboulais.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : on y voit une gastropathie grave d'évolution lente et prolongée, d'allure assez particulière; on y voit aussi, particularité qui n'est pas notée dans les observations de syphilis gastrique que j'ai eu l'occasion de parcourir, une élévation de la température, un état fébrile continu qui a cédé complètement sous l'influence du traitement spécifique. Il y a là, et dans d'autres traits de cette intéressante histoire, des points sur lesquels l'attention des médecins n'a pas été jusqu'à présent suffisamment attirée.

Le malade est un officier de quarante-sept ans, d'une constitution un peu frêle, chez lequel on relève comme possibilité de syphilis antérieure, à vingt-huit ans, une plaie du fourreau de la verge mal déterminée et pour laquelle M. Fournier lui-même avait cru pouvoir éliminer le diagnostic de chancre infectant. Trois ans après, du reste, il y aurait eu une lésion semblable à la première, ce qui était de nature à égarer le diagnostic, à moins qu'il ne se soit agi de la lésion tertiaire chancriforme dont une des propriétés est précisément de se reproduire à plusieurs reprises.

Le malade n'avait suivi aucun traitement spécifique, et, en 1906, commencèrent à apparaître quelques troubles gastriques, du reste assez vagues. Le malade accusait seulement de la pesanteur, du gonflement après les repas, et M. Laboulais note expressément qu'à ce moment, en palpant la région épigastrique, il n'avait rien trouvé qu'une légère rénitence; du reste, sous l'influence d'un traitement antidyspeptique assez banal, le malade avait repris assez rapidement les 4 kilogrammes qu'il avait d'abord perdus.

M. Laboulais voit le malade pour la seconde fois en 1908; les troubles dyspeptiques, qui ont conservé le même caractère, se sont accentués. Le malade accuse de la sensibilité épigastrique qui retentit jusque vers les fausses côtes gauches surtout après les repas; pas de vomissement, jamais de douleurs vives, pas d'anorexie. Le poids s'est maintenu à 68 kilogrammes, alors que le poids moyen ordinaire était de 70. Le foie est légèrement augmenté de volume, il déborde en bas d'un travers de doigt. Au niveau de la région épigastrique, M. Laboulais perçoit, à la palpation, une sensation de résistance profonde peu nette, très difficile à délimiter, peu douloureuse, donnant l'impression du lobe gauche du foie hypertrophié et étalé au-devant de la région épigastrique. Il existe deux ganglions sus-claviculaires indolores; pas de troubles intestinaux et pas d'autre phénomène sur lequel il y ait lieu de s'arrêter; en particulier ni hématémèse ni melæna.

En 1910, les troubles dyspeptiques se sont accentués en conservant du reste à peu près le même caractère, mais la masse épigastrique s'est notablement accrue. Le malade éprouve une sensation de pesanteur, de sensibilité au niveau de la face antérieure de l'estomac, immédiatement après les repas; jamais de douleur vive, jamais d'hématémèse, jamais de vomissement, jamais de melæna. Etat général moins bon, amaigrissement lent mais progressif. Le malade disait avoir de temps en temps des accès de fièvre. On prend la température régulièrement et l'on constate, vers le soir, une élévation du thermomètre à 38 degrés, 38°5, en augmentation d'environ un degré sur la température du matin. De temps à autre, les élévations thermiques plus fortes atteignent 39 degrés. Il est plus difficile au patient de remplir ses fonctions, il supporte mal la marche et le cheval. A l'examen épigastrique, masse caractérisée alors par un plastron saillant, perceptible même à la vue, régulier, non bosselé, à surface lisse, très peu douloureux à la pression, avec une mobilité respiratoire très peu accentuée. De nombreux et gros ganglions existent à la région sus-claviculaire des deux côtés.

A ce moment, un examen radioscopique ne montre

aucune trace de bacillose des sommets; des ombres indiquent l'existence de ganglions intrathoraciques. L'estomac ne renferme pas de liquide à jeun. Après ingestion de 40 grammes de carbonate de bismuth, on trouve un estomac de forme régulière, mais l'ombre bismuthée présente une diminution très nette d'intensité vers sa partie moyenne, au niveau de la masse épigastrique. Elle est plus marquée au-dessus et au-dessous de cette tache claire. Il semble donc qu'il s'agisse d'une production faisant réellement partie de la paroi antérieure de l'estomac, et cette tumeur ne paraît pas plus influencée par les mouvements respiratoires à l'examen sous l'écran qu'elle ne l'était à l'examen extérieur. Dans les fèces, pas de trace de melæna. Le sang est examiné et on ne trouve pas de réaction pouvant faire penser à l'existence d'un kyste hydatique, mais par contre la *réaction de Wassermann est nettement positive*.

A ce moment, M. Laboulais veut bien nous montrer le malade, et on institue un traitement spécifique consistant dans une série de vingt injections de benzoate de mercure. Le malade est mis au repos et envoyé à la campagne. La première injection fut faite le 28 décembre 1910. Après la quatrième ou cinquième piqûre, la fièvre et la douleur épigastrique disparaissent complètement. Le poids, qui était de 65 kilogrammes au 28 décembre, est de 66 en janvier. A ce moment, on donne 2 grammes d'iodure de potassium pendant quinze jours, en mars on fait sept injections d'hermophényl, en mai douze injections d'énésol. Le poids est alors de 71 kilogrammes, et un mois après nous voyons un homme transformé; les ganglions du cou ont complètement disparu et il ne reste pas trace du plastron épigastrique, auparavant si marqué, saillant et facilement perceptible à la vue.

III. Dans une troisième forme de syphilis gastrique, il existe une *sténose pylorique qui ressemble, traits pour traits, à la sténose pylorique primitive d'origine cancéreuse*.

M. Hayem en a publié une observation très curieuse dans la *Presse médicale* en février 1905.

Un malade de province, âgé de soixante ans, était venu le trouver parce qu'il présentait des signes de grande dilatation de l'estomac avec stase le matin à jeun, et assez souvent des vomissements de stase. Il accusait de plus une diminution marquée de l'appétit et un amaigrissement, une tendance à la cachexie qui faisaient naturellement penser à une lésion néoplasique. Cela d'autant plus que l'examen du suc gastrique montrait un degré marqué d'hypochlorhydrie avec absence totale d'acide chlorhydrique libre. Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale fut décidée et on pratiqua la pylorectomie. Lorsque la pièce fut apportée à M. Hayem, il fut frappé déjà par ses caractères macroscopiques et il en fit un examen histologique qui lui permit de reconnaître qu'il s'agissait, non pas d'une lésion cancéreuse épithéliomateuse comme on le pensait a priori, mais d'une lésion syphilitique, d'une infiltration gommeuse de l'anneau pylorique ayant amené la sténose de cet orifice et les phénomènes de stase et de rétention accusés par le malade. Comme il existait, le long de la petite courbure, des ganglions que le chirurgien n'avait pas pu enlever, on avait naturellement l'impression que, s'il s'était agi d'une lésion carcinomateuse, la pylorectomie n'aurait amené qu'une amélioration momentanée, et que ce malade n'aurait eu qu'une survie plus ou moins prolongée, mais pas de guérison définitive.

Ainsi éclairé par l'examen histologique, M. Hayem fit entreprendre un traitement spécifique énergique et l'amélioration se fit d'une façon progressive et soutenue. En février 1907, quatre ans après l'apparition des accidents, le malade était dans un état de santé parfait; il ne restait aucune trace de sa grave affection pylorique.

Voilà donc un cas dans lequel la pylorectomie a été pratiquée, et ce n'est qu'après l'examen histologique de la tumeur réséquée que le diagnostic a été établi.

Que se serait-il passé si le traitement spécifique avait été institué d'emblée, sans que la pylorectomie ait été faite. Le malade aurait-il guéri? Je n'en sais rien. En effet, la sténose syphilitique du pylore peut résister au traitement spécifique et même s'accentuer pendant et malgré le traitement. Je puis vous en citer un cas observé il y a deux ans chez un malade de M. E. Terrien qu'a opéré M. Tuffier.

Un homme de trente-cinq ans avait éprouvé, environ un an auparavant, une douleur marquée dans la région hépatique. A l'examen on avait constaté une hypertrophie marquée du foie, avec saillie en dôme vers la base du thorax de telle façon que le diagnostic posé après examen radioscopique avait été « kyste hydatique du foie ». C'est ainsi que M. Tuffier avait été amené à entreprendre une intervention chirurgicale. Lorsqu'il fut arrivé sur le foie, ce n'est pas un kyste hydatique qu'il trouva, mais un énorme amas gommeux d'aspect tout à fait caractéristique ne renfermant aucune espèce de liquide, comme on put s'en rendre compte par les ponctions faites à l'aide de fins trocarts.

A la suite de ce diagnostic par inspection directe, on ne manqua pas, vous le pensez bien, d'instituer un traitement spécifique qui fut mené méthodiquement et énergiquement. Eh bien! cela n'empêcha pas que ce malade, amélioré au point de vue du foie, n'ayant plus les phénomènes douloureux de la base du thorax qu'il accusait autrefois, n'éprouvât quelques mois après des accidents gastriques à propos desquels mon avis fut demandé. Il s'agissait de phénomènes de sténose du pylore qui avaient dans leur allure quelque chose d'assez particulier. C'était une forme clinique de sténose du pylore que l'on rencontre assez rarement et qu'il importe de connaître. Je ne suis pas fâché de vous en signaler l'existence chemin faisant.

Le malade présentait des indigestions successives périodiques; tous les dix ou douze jours, il était pris l'après-midi de malaise, de mal au cœur, de sensations de vertige, de nausées de plus en plus accentuées; cette « indigestion » aboutissait à un vomissement copieux. Le lendemain, et quelquefois le surlendemain, il se produisait des phénomènes analogues, puis tout rentrait momentanément dans l'ordre, peut-être parce que le malade s'était trouvé forcé de diminuer momentanément son alimentation.

Chose caractéristique, on retrouvait dans les substances vomies des détritus alimentaires ingérés la veille, sinon même l'avant-veille. Il s'agissait donc de phénomènes de stase se révélant par des crises d'indigestion tardive. L'examen de l'estomac pratiqué à jeun confirma complètement l'existence d'un

degré assez marqué de sténose pylorique. On fut ainsi obligé d'intervenir et de pratiquer la gastro-entérostomie. M. Tuffier trouva un épaississement cylindrique du pylore qu'il considéra avec certitude comme syphilitique, non seulement en raison de ce qu'il savait des antécédents du malade, mais par comparaison avec deux autres faits analogues observés par lui depuis quelques années.

Voici donc un cas dans lequel la sténose du pylore s'est constituée malgré un traitement énergique. Non seulement le traitement spécifique ne l'a pas guérie, mais il ne l'a même pas empêchée de se produire. Par conséquent, il est parfaitement possible qu'on n'obtienne pas dans tous les cas de sténose pylorique d'origine syphilitique la guérison que l'on obtient dans les autres gastropathies syphilitiques graves, et que, malgré le traitement, les phénomènes de resserrement pylorique tendent à s'accentuer de plus en plus. Cela du reste n'a rien d'étonnant, car la gomme seule peut disparaître sous l'influence du traitement syphilitique, le resserrement scléreux n'est plus influencé par lui. Evidemment, il peut se faire que des amas gommeux, siégeant au niveau du pylore, le comprimant latéralement, en amènent le resserrement et que ce resserrement puisse disparaître si l'amas gommeux se résout; mais s'il existe déjà un anneau scléreux ayant perdu les caractères de la gomme, dans lequel l'élément susceptible de résorption a disparu à peu près complètement, on ne peut plus en espérer la disparition sous l'influence du traitement spécifique même le plus intense, et il n'y a là rien qui doive nous étonner.

IV. Passons maintenant à l'étude de la *forme ulcéreuse de la syphilis gastrique*. On en trouve dans la science des exemples très caractéristiques. Parmi les plus nets et les plus beaux sont ceux qui ont été signalés par MM. Dieulafoy et Fournier à l'Académie de médecine en 1898. Parmi les plus démonstratifs et les plus pittoresques, il faut ranger celui de l'actrice dont M. Fournier a rapporté l'histoire. Je vous demande la permission de vous rappeler cette très curieuse observation.

« Une jeune artiste que j'avais traitée et guérie en 1860 d'une large syphilide tuberculo-crustacée de la région dorsale me fit demander en 1867. Quand j'arrivai près d'elle, je la trouvai dans le plus triste état, affaissée dans son lit, anémiée, et plus qu'anémiée, exsangue, littéralement blanche, aussi blanche que ses draps, prostrée, exténuée, ayant à peine la force d'émettre quelques mots. » Elle disait à M. Fournier en lui montrant ses cuvettes : « Monsieur, c'est tous les jours comme cela depuis près de deux mois. » M. Fournier apprit que les médecins appelés avaient fait le diagnostic d'ulcère de l'estomac, et institué un traitement en conséquence. Tous les moyens employés avaient été sans aucune espèce de résultat.

« Je me demandais, dit M. Fournier, ce que j'allais prescrire à mon tour, la liste des médications rationnelles me semblant épuisée par mes prédécesseurs, lorsque, en souvenir des accidents qu'elle avait eus, l'inspiration me vint de faire appel de nouveau au traitement qui lui avait si bien réussi jadis. Bref, je prescrivis l'iodure de potassium, et cela non sans quelque appréhension, je l'avoue, car c'était la première fois que j'administrais ce remède en pareille circonstance. Qu'allait-il advenir ? Or, ce qu'il advint tient littéralement du prodige ; sans exagération, ce fut un coup de théâtre, un changement à vue, une quasi-résurrection, car cette moribonde fut immédiatement soulagée et revint bientôt à la vie. Quelques jours ne s'étaient pas écoulés qu'elle cessait de souffrir, puis de vomir, elle n'eut plus le moindre hématémèse, puis très rapidement elle arriva à tolérer le lait, les œufs, les potages. Bref, trois à quatre semaines plus tard, elle se trouvait guérie. »

La suite de cette histoire est non moins intéressante. M. Fournier avait perdu cette actrice de vue lorsqu'un jour, quelques années plus tard, il la voit rentrer dans son cabinet dans un état d'anémie et d'épuisement semblable à celui que nous lui avons vu tout à l'heure décrire, et la malade conte qu'étant en cours de tournée dramatique en Italie elle avait été prise de nouveau de vomissements de sang extrêmement abondants. Elle avait eu beau dire : j'ai été guérie par M. Fournier, grâce au traitement spécifique, personne ne consentit à lui donner ni mercure ni iodure de potassium, et elle dut user du peu de forces qui lui restait pour venir trouver M. Fournier, qui de nouveau lui donna de l'iodure et fit ainsi disparaître les phénomènes gastriques comme la première fois.

Voilà un fait aussi démonstratif qu'on peut le souhaiter!

V. Il ne nous reste plus à examiner qu'une forme de syphilis gastrique sur laquelle l'attention a été attirée dans ces derniers temps par MM. Leven et Baret dans une communication à la Société de thérapeutique et à la Société de radiologie, et il y a quelques jours par M. Beclère et Bensaude à la Société médicale des hôpitaux. Dans ces deux cas, il s'agit non seulement d'une *biloculation gastrique*, mais d'une biloculation d'une forme un peu particulière. Frerichs avait déjà cité un cas dans lequel il existait une biloculation par une sorte de cloisonnement descendant de la petite courbure dans la lumière de l'estomac, déformation due à des adhérences ou à des rétractions scléreuses.

En effet, il existe souvent, en même temps que les infiltrations gommeuses, des adhérences; il se produit encore des rétractions cicatricielles qui peuvent amener non seulement la fixation périphérique de l'estomac, mais des déformations plus considérables, et il n'y a rien d'étonnant à ce que, en cas semblable, on puisse trouver une biloculation analogue à celle qui se produit à la suite de l'ulcus simple de l'estomac. Mais, dans les faits cités par MM. Leven et Baret d'une part, et par MM. Beclère et Bensaude de l'autre, il y avait une forme vraiment assez particulière de biloculation, et la constatation de ces deux cas à peu d'intervalle l'un de l'autre doit amener à se demander s'il n'y a pas là pour la syphilis gastrique un aspect clinique particulier susceptible de la faire soupçonner par l'examen radioscopique.

J'ai eu l'occasion de voir, en consultation avec MM. Beclère et Bensaude, le malade dont ils ont rapporté l'histoire à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un homme qui avait eu autrefois des crises de gastropathie considérées par M. Le Gendre comme dus probablement à une poussée d'ulcus. Ultérieurement, il avait accusé, à la suite d'une période de surmenage assez prolongée, des accidents gastropathiques graves : douleurs tardives, vomissements et amaigrissement brusque. L'examen radioscopique avait alors montré une

image très particulière : quand on donnait du lait de bismuth, sous l'écran on voyait d'abord se remplir une poche située un peu à gauche de la ligne médiane, puis, au bout de quelques instants, on voyait se dessiner du côté opposé de la ligne médiane, sous le bord du foie, une seconde poche dans laquelle on commençait à apercevoir un tout petit godet de bismuth vers sa partie inférieure ; puis cette seconde poche se remplissant de plus en plus on finissait par apercevoir un cylindre obliquement situé à droite, immédiatement sous le foie. Cette seconde poche toujours égale à elle-même dans les différents examens donnait l'impression d'une cavité rigide, inextensible. On pouvait voir le bismuth passer de la poche supérieure dans la poche inférieure au niveau de leur union à angle obtus. Les deux poches ainsi réunies présentaient assez exactement l'aspect d'une cornue à col coudé et renflé.

Ce malade était sur le point d'être opéré, lorsque M. Bensaude proposa de le soumettre au traitement antisyphilitique en se basant sur l'existence de la syphilis dans les antécédents. L'amélioration fut rapide et marquée ; les douleurs disparurent, l'état général du malade se releva, la différence entre les deux poches eut tendance à diminuer, et, dans le dernier examen, c'est à peine si l'on trouvait encore trace de la biloculation en cornue, l'angle qui réunissait la partie arrondie à la partie coudée ayant disparu.

Je tends à penser qu'il existait chez ce malade un épaississement scléro-gommeux de l'antre prépylorique qui avait dû prendre une disposition régulièrement cylindrique semblable à celle que M. Tuffier, comme je vous l'ait dit, et M. Hepp, dans une observation citée à la Société de l'internat, ont constatée sur le vivant. Les anatomo-pathologistes l'ont du reste plusieurs fois décrite sur le cadavre.

Il doit se produire dans des cas de ce genre une induration des parois qui donne à la région prépylorique la forme d'un cylindre rigide. L'estomac est ainsi divisé en deux parties : la supérieure élastique, extensible, et l'inférieure rigide, cylindrique et inextensible. Lorsque le liquide bismuthé est versé dans l'estomac, il tombe d'abord dans la première poche qui s'infléchit en bas et à gauche, et la communication se trouve momentanément interrompue entre la poche supérieure et la poche inférieure. Puis, ultérieurement, la première poche se vide dans la seconde, en vertu d'une sorte de regorgement ; il se fait ainsi une coudure à l'union de la première avec la seconde poche et l'image de la cornue coudée apparaît sur l'écran.

Voici un dessin qui appartient à M. Hemmeter (de Baltimore) sur lequel on voit bien cet épaississement des parois stomacales dans la région de l'antre prépylorique. Il faut ajouter du reste que, dans certains cas, le spasme musculaire pourrait jouer un rôle dans la production des deux poches.

Messieurs, nous venons de passer en revue les formes cliniques de la syphilis gastrique ; il me reste très peu de temps pour vous parler de l'*anatomie pathologique* ; je me contenterai simplement de vous dire que, ce qui caractérise les lésions, c'est l'infiltration gommeuse, c'est la tendance à l'organisation scléreuse, ce sont les amas fibreux à la périphérie des gommes. Lorsque les gommes ont disparu, le tissu fibreux reste complètement rebelle à toute espèce d'entreprise thérapeutique ; ce sont des lésions désormais incurables.

D'une façon générale, dans l'anatomie pathologique de la syphilis gastrique, on peut établir une division qui se superpose naturellement à la division clinique que je viens d'exposer : on y trouve la gastrite diffuse, des néo-formations gommeuses, des ulcérations d'origine gommeuse, des déformations dues aux masses gommeuses elles-mêmes, à une rétraction plus ou moins étendue des parois, à des adhérences périphériques, et encore quelquefois la sténose du pylore ou la biloculation.

Les gommes de l'estomac, d'une façon générale, se développent dans la sous-muqueuse et elles tendent à envahir la muqueuse de la profondeur vers la surface. Elles tendent de même à envahir les tuniques musculaires et celles-ci présentent souvent une hypertrophie considérable, qui tend à augmenter le volume total de la masse. Les gommes de l'estomac subissent leur évolution habituelle. Les lésions d'artérite oblitérante expliquent en grande partie leur nécrose. Lorsqu'elles n'évoluent pas vers la sclérose, les productions gommeuses ont tendance à se détruire et à donner lieu à des ulcérations. Celles-ci sont quelquefois uniques, quelquefois multiples. Elles peuvent être arrondies, ovalaires ou plus ou moins irrégulières, en carte de géographie ; mais elles diffèrent toujours en tout cas de l'ulcus vrai par ce fait qu'elles sont creusées non pas directement dans la substance de l'estomac, mais formées aux dépens de l'infiltration gommeuse préalable. Aussi, n'y trouve-t-on pas la disposition en gradins qui dessine dans l'ulcère simple les différentes couches successivement atteintes par le processus de destruction.

Au point de vue du *diagnostic différentiel*, il faut naturellement tenir grand compte de l'existence antérieure d'antécédents syphilitiques. Il ne faut jamais manquer de penser à la syphilis dans les cas de gastropathie grave. Il faut chercher avec soin si les malades ne présentent pas en même temps que des lésions de l'estomac des lésions de la peau, des viscères, du système nerveux d'origine syphilitique. La coïncidence de la gastropathie avec des manifestations spécifiques, surtout avec des accidents tertiaires, a bien des fois amené à instituer une thérapeutique curative.

Certaines particularités de l'évolution de la gastropathie peuvent aussi attirer l'attention. Dans la forme qui simule le cancer de l'estomac, on peut voir très souvent, que les phénomènes de cachexie sont moins nets, moins rapides, que l'évolution est plus lente ; mais, cependant, vous le savez, il existe des formes squirrheuses du cancer de l'estomac qui, elles aussi, évoluent très lentement lorsque la sténose du pylore ne se produit pas.

Il semble bien que, à l'heure actuelle, nous ayons dans la réaction de Wassermann un moyen important de diagnostic dont il ne faut pas négliger l'emploi. Toutefois le véritable criterium reste encore l'influence curatrice du traitement. Il est à remarquer qu'elle se manifeste en général avec une rapidité vraiment surprenante. Lorsqu'on parcourt les observations publiées, on est souvent étonné de voir qu'au bout de très peu de temps d'un traitement suffisant les malades sont déjà en voie d'amélioration. On peut être obligé d'attendre ce résultat plus longtemps, mais dans un grand nombre de cas les résultats se produisent avec une rapidité vraiment

étonnante, en deux ou trois semaines parfois, et il y a là une circonstance d'autant plus heureuse que, dans des cas d'ulcus ou de cancer, la médication spécifique produit assez rapidement une exacerbation.

Comment instituer le traitement? A l'aide de quel agent? A l'aide tout d'abord des injections sous-cutanées, intramusculaires, et, pour ma part, je préfère les injections solubles, en particulier celles de biiodure de mercure; mais il semble bien que l'on ait obtenu des résultats égaux avec des préparations différentes, et qu'en particulier, autrefois, alors qu'on n'employait encore ni injection d'huile grise ou de calomel, ni injection de sels solubles, on ait constaté des résultats très satisfaisants sous la simple influence d'onctions mercurielles bien faites.

L'iodure de potassium? Vous avez vu tout à l'heure Fournier dire que, dans un cas d'ulcus, il avait hésité à en donner beaucoup. En effet l'iodure de potassium ne réussirait pas du tout à un malade atteint d'ulcus simple; son ingestion augmenterait immédiatement les phénomènes douloureux. Cette intolérance est à opposer à la tolérance remarquable des gastropathes syphilitiques. Les cancéreux de l'estomac eux aussi supportent mal l'iodure; ils souffrent davantage sous son influence, et leur état général et local, loin de s'améliorer, ne va qu'en s'aggravant. Au contraire, en cas de syphilis, la médication iodurée est admirablement supportée par l'estomac, elle amène rapidement l'amélioration des phénomènes gastriques et généraux, de sorte que le traitement classique de la syphilis, lorsqu'il s'agit d'une localisation gastrique, est d'une mise en œuvre facile. Lorsqu'il n'y a pas de lésion scléreuse irréparable, les malades réagissent sans grand retard et le traitement de la syphilis gastrique est certainement, en fait de lésions viscérales spécifiques, un de ceux qui donne les meilleurs résultats.

Il ne m'est pas possible de vous dire encore ce qu'on peut attendre de l'emploi des formules nouvelles de traitement arsenical dans la cure de la syphilis gastrique; les observations sont encore en trop petit nombre, et il est difficile d'apprécier la valeur de celles qui ont été publiées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1911)

De la vaccination contre l'infection pyocyanique par la voie intestinale. — MM. Jules Courmont et A. Rochaix. On peut démontrer la réalité de la vaccination par introduction de toxines dans le gros intestin, en expérimentant sur le lapin avec la toxine pyocyanique (culture complète tuée par la chaleur).

Sur la valeur du réactif de Meyer dans la recherche du sang. — M. A. Sartory.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1911)

La rachianesthésie. — A propos de la communication de M. Forgue (de Montpellier), M. Reclus fait d'abord observer que dans la moitié des cas, au moins, rapportés par M. Forgue, l'anesthésie locale, aussi efficace et moins dangereuse, aurait pu être employée à la place de la rachianesthésie. Il ajoute que le chiffre de 320 observations constitue une statistique bien insuffisante, comparée à sa statistique personnelle d'anesthésie localisée qui comporte 12000 opérations pratiquées avec cette anesthésie locale sans un seul accident.

M. Reclus rappelle les tentatives, bien vite abandonnées, de rachianesthésie avec la cocaïne, la stovaïne et autres substances. Il rappelle aussi l'histoire de ce chirurgien roumain qui a voulu s'opérer lui-même d'une cure radicale de hernie avec la rachianesthésie et qui a dû recourir à l'anesthésie locale, cet auto-opérateur ayant trop souffert de l'incision de la peau.

Enfin, sans vouloir philosopher, M. Reclus estime que ce n'est pas sans raison que le créateur, l'évolution ou la doctrine, comme on voudra, ont caché la moelle dans un quadruple sanctuaire et qu'il n'est pas logique d'y aller porter des toxiques aussi puissants.

M. Schwartz, à l'appui de l'opinion soutenue par M. Reclus, rapporte le fait malheureux d'une jeune femme à laquelle il a pratiqué une périnéorraphie difficile par la rachianesthésie à l'aide de 6 centigrammes de stovaïne et de 2 milligrammes de strychnine et qui a conservé une paralysie des membres inférieurs et des sphincters. Dans ce cas, M. Schwartz, bien qu'ayant abandonné en principe la rachianesthésie, avait cru devoir y recourir exceptionnellement, cette malade ne pouvant supporter l'anesthésie générale. Aussi, devant ce fait brutal, M. Schwartz est-il bien décidé à ne plus jamais recourir à ce mode d'anesthésie.

M. Reclus estime que les faits de ce genre devraient être recherchés, et insiste de nouveau sur les applications toujours plus étendues de l'anesthésie locale avec la novocaïne.

M. Delorme va plus loin et trouve que d'une façon générale on pénètre trop facilement dans le canal rachidien. Il pense qu'une enquête s'impose sur les suites plus ou moins éloignées de cette pratique.

Les affections des yeux dues aux dents malades. — M. Terson communique un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

Certainement il existe, quoique moins fréquemment qu'on ne l'a cru, des maladies des yeux produites ou aggravées par des dents malades et parfois par une opération sur les dents. Contrairement à l'opinion populaire, ce n'est nullement la canine, la « dent de l'œil », qui cause le plus grand nombre d'accidents oculaires, mais bien les premières molaires supérieures, à cause du voisinage du sinus maxillaire. Toutes les dents, même celles de la mâchoire inférieure, peuvent être d'ailleurs la cause d'une affection oculaire, quelquefois très grave et nécessitant un traitement d'urgence.

Le choléra à Odessa en 1910. — M. Buizard lit une note sur ce sujet.

De la keutomanie chez les morphinomanes. — M. Morel-Lavallée lit un travail sur cette question.

La syphilis aux temps préhistoriques. — M. Paul Raymond. La syphilis existait-elle sur l'ancien continent avant le XVe siècle, ou bien sont-ce les compagnons de Colomb qui l'ont apportée d'Amérique? La question n'est pas encore élucidée pour certains, bien que des sépultures fort anciennes aient livré des ossements sur lesquels on a pu reconnaître les lésions de la syphilis. En étudiant, au musée de Saint-Germain, les ossements recueillis par le baron de Baye dans des sépultures de la Marne qui remontent à l'époque dite de la pierre polie, M. Raymond a trouvé un humérus et un cubitus n'appartenant pas au même sujet et qui présentent des lésions évidentes de syphilis. M. le professeur Lannelongue et M. le professeur agrégé Gangolphe, parmi ceux qui ont examiné les ossements, ont été d'avis qu'il s'agissait bien d'ostéomyélite gommeuse diffuse dont chacun pourra constater les lésions sur les deux pièces que l'auteur présente. Il ne doute pas qu'on ne trouve à nouveau de telles lésions lorsque les archéologues se convaincront qu'ils doivent mettre de côté, avec le plus grand soin, tous les ossements qu'ils découvrent.

Des faits que M. Raymond présente il résulte donc que la

syphilis, comme la tuberculose d'ailleurs, est aussi vieille que l'humanité et que l'Amérique n'est pour rien dans sa propagation en Europe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1911)

Kystes du pancréas. — M. OMBRÉDANNE communique l'observation d'une malade qui avait présenté, à plusieurs reprises les signes d'une obstruction des voies biliaires, avec ictère et urticaire. Le diagnostic porté avait été celui de kyste hydatique du foie. A l'opération, M. Ombrédanne trouve une poche kystique en communication avec une tumeur de la tête du pancréas. Au fond de la poche se trouvait un orifice de communication avec la tumeur pancréatique. L'extirpation de cette poche était impossible. M. Ombrédanne fit une incision duodénale et aboucha la poche dans le duodénum, puis il rabattit le duodénum sur le kyste. Le dernier point du surjet fut fixé à la paroi abdominale. Les suites immédiates de cette intervention furent très simples. Mais au septième jour la malade fut prise de vomissements abondants. M. Ombrédanne rouvre le ventre et ne trouve rien d'anormal. La malade succombe dans la nuit du huitième au neuvième jour à des symptômes de dilatation aiguë de l'estomac.

En effet, à l'autopsie, on trouve une augmentation de volume de l'estomac. Il n'y a pas traces de péritonite. Il n'y a pas de cancer du pancréas. On trouve une ulcération longitudinale du duodénum. L'orifice qui a été créé entre la poche et le duodénum est largement perméable. Le kyste est formé de deux poches; on trouve quelques végétations cancéreuses sur l'une des poches. Le diagnostic anatomique porté par M. Letulle, après l'autopsie, fut celui de cancer primitif de l'ampoule de Water, ayant oblitéré le cholédoque, d'où l'ictère qui datait de trois mois, ou de cysto-épithéliome de la tête du pancréas ayant envahi l'ampoule de Water.

M. Ombrédanne, dans ce cas, a abouché la poche kystique dans le duodénum ; dans un cas semblable, il aurait recours à ce même procédé.

De l'entérostomie systématique dans le traitement des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. — M. LEJARS fait un très intéressant rapport sur un travail de MM. Lapointe et Emile Duval.

Il s'agit d'un travail dans lequel M. Émile Duval propose l'entérostomie systématique dans le traitement des perforations de la fièvre typhoïde.

M. Lejars a, dans ce cas, pratiqué toujours la suture et sans succès. On a proposé d'autres procédés, l'accolement de la partie suturée à la paroi, des greffes mésentériques, etc. Mais l'entérostomie, c'est-à-dire l'abouchement pur et simple de l'ulcération à la paroi semble à M. Lejars être l'opération de choix. Ce n'est pas d'aujourd'hui, d'ailleurs, que M. Lejars considère ce procédé comme le procédé de choix. En 1904, M. Lejars ayant été appelé, à l'hôpital Tenon, auprès d'un malade de M. Chantemesse atteint de perforation intestinale, M. Chantemesse lui dit : « Mettez la perforation à la paroi. » C'est ce que fit M. Lejars, mais malheureusement trop tard, car le malade succomba dans la nuit.

Voici la belle observation de MM. Duval et Lapointe. Il s'agissait d'un cas de fièvre typhoïde ambulatoire qui entra dans le service de M. Jacquet avec des accidents abdominaux graves. Une fois le diagnostic de perforation intestinale posé, on intervint séance tenante. M. Duval fit une incision dans la fosse iliaque droite, trouva du liquide dans le ventre, constata une double perforation sur la fin de l'iléon et aboucha à la paroi les deux perforations. Comme il y avait trois ou quatre taches ecchymotiques sur le cæcum, il y amena également le cæcum. Le malade était dans un état lamentable. L'opération fut de très courte durée; on injecta du sérum, de l'huile camphrée; on fit des pansements fréquents de l'anus contre nature. Après trois jours, l'état général du malade était très remonté. La séro-réaction avait été positive. Dix jours après, la température tomba à 37 et le malade entra franchement en convalescence. La guérison fut complète.

Ce malade fut incontestablement sauvé par cette première intervention de M. Duval.

L'impression que donne cette intervention est plutôt favorable. Par ce procédé on réalise un drainage intestinal évidemment très utile. Herscher a publié trois cas d'entérostomie pour perforations typhiques avec deux guérisons.

Pour en revenir au malade si heureusement opéré par M. Duval, deux mois après, M. Lapointe le débarrassa de son anus contre nature. Dans un premier temps, il fit une laparotomie paramédiane gauche, détacha un bloc d'adhérences et fit une iléo-sigmoïdostomie, quand il se fut bien assuré qu'il ne passait plus rien par l'anus contre nature, il fit la résection de l'un des bouts afférents, sutura et ferma l'autre. La guérison a été parfaite.

M. Lejars estime que, sans vouloir abandonner complètement la suture, il y a lieu de concevoir les plus grandes espérances de l'application de l'entérostomie au traitement des perforations typhiques.

M. QUÉNU partage l'opinion de M. Lejars et, depuis longtemps déjà, pensait que théoriquement l'entérostomie serait préférable à la suture. Aussi M. Quénu accepte-t-il les conclusions de son collègue et est-il disposé à recourir à l'avenir à ce nouveau procédé.

M. ROUTIER a été appelé par M. Chantemesse auprès d'un interne qui se mourait d'une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde. Il fit la laparotomie, trouva une péritonite généralisée et trois perforations. Il avait dit à M. Chantemesse que, devant la gravité de ce cas, il ne ferait pas la suture et se contenterait de mettre l'anse dehors. C'est ce qu'il fit, malheureusement trop tard, car le malade succomba.

M. PICQUÉ rappelle avoir fait un rapport sur un cas de guérison obtenue, au camp de Châlons, par la suture simple.

Fulguration du crâne. — M. QUÉNU fait un rapport sur une observation de M. Urbain Guinard (de Saint-Etienne) dans laquelle il s'agit d'un homme dont le crâne fut en contact avec un courant de 10000 volts, alors qu'en Amérique on emploie seulement 1500 volts pour tuer les criminels. Ce malade, après douze jours, eut de la fièvre, des douleurs diverses, des plaies du crâne; il dut être amputé du bras gauche, puis il dut subir ensuite la désarticulation de l'épaule droite et succomba au shock.

Névrotomie pour artérite oblitérante. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation de M. Morgan (de Rennes) relative à un cas de névrotomie du cubital et du médian, sous anesthésie locale, pour une artérite oblitérante qui déterminait des douleurs atroces. Il y eut une amélioration, mais les douleurs ont en partie persisté.

M. QUÉNU rappelle à ce sujet les travaux de Lancereaux et de Verneuil. La névrotomie semble exercer une influence dans les cas de gangrène.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LES ÉTUDES CLASSIQUES

Les manifestations en faveur de la culture gréco-latine se multiplient. L'une des plus significatives est certainement celle qui vient d'avoir lieu au Sénat au cours de la discussion du budget de l'Instruction publique. M. Léon Labbé a prononcé à cette occasion un de ses meilleurs discours montrant avec une grande force et dans une forme toujours académique que « les humanités sont indispensables pour aborder utilement l'étude des sciences ».

Comme l'a montré notre éminent confrère, si la tradition républicaine elle-même conseille le maintien d'une forte éducation classique, cette nécessité d'une culture supérieure s'impose plus particulièrement pour les études médicales. Les gouvernements étrangers l'ont fort bien compris, l'empire allemand notamment, dont les médecins transformés en commis voyageurs d'un ordre supérieur sont les meilleurs agents de l'infiltration allemande à travers le monde.

Et c'est précisément au moment « où le médecin moderne est mêlé de plus en plus intimement à tous les incidents de la

vie sociale, que l'on semble vouloir diminuer et abaisser à plaisir le niveau de sa valeur intellectuelle ».

Sous le couvert des équivalences, grâce aux fuites de toutes sortes il va se créer « un ordre de médecins qui, quoiqu'on en puisse dire, seront sensiblement inférieurs à leurs aînés; le niveau de la profession médicale sera singulièrement abaissé au regard de celui des nations étrangères ».

Se faisant l'écho des manifestations des étudiants et des praticiens en faveur des études classiques, M. Léon Labbé demande au ministre de compléter le décret de 1910 par le paragraphe suivant :

« Ne seront admis, dans les Ecoles et dans les Facultés de médecine, que les étudiants qui, possédant le certificat du P. C. N., auront préalablement obtenu l'un des diplômes du baccalauréat comprenant les études classiques. »

En terminant, M. Léon Labbé fait une constatation qui se passe de commentaires : les décrets de janvier 1909 sur les études médicales sont restés lettre morte et, au budget de 1911, on ne trouve pas un mot, pas une ligne ayant trait à cette réforme. Aucun crédit n'a été prévu!!!

Médications générales, par les professeurs Ch. Bouchard, H. Roger, Sabouraud, Sabrazès, Pouchet, Balthazard, Langlois, Bergonié, Carnot, Marie, Clunet, Pinard, Apert, Maurel, Rauzier, Lépine, Albert Robin, Coyon, Chauffard, Widal, Lemierre. 1 vol. in-8 de 700 pages avec figures. (Bibliothèque Gilbert-Carnot). — Prix, cartonné : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES SPLÉNOMÉGALIES

Définition. — A l'état normal, d'après Guttmann, la rate présente, à la percussion, les limites suivantes : le bord supérieur de la matité splénique est parallèle au bord supérieur de la neuvième côte; le bord inférieur suit le bord inférieur de la onzième côte, l'extrémité antérieure dépasse la ligne axillaire médiane et l'extrémité postérieure est sur la ligne scapulaire moyenne; mais, le plus souvent, en raison du tympanisme stomacal et intestinal, la délimitation de la rate normale est impossible, aussi est-on en droit de définir cliniquement la splénomégalie, l'état de toute rate, non ptosée, perceptible par la percussion. Nous allons tout d'abord décrire les principaux symptômes qui dénoncent en clinique la splénomégalie, et dont la constatation permet de ne pas confondre avec une splénomégalie, une tumeur de voisinage (*diagnostic positif et différentiel*); il nous restera à rechercher ensuite quelles sont les diverses affections capables de provoquer ce syndrome (*diagnostic étiologique*).

Diagnostic positif. — Il importe tout d'abord de distinguer, d'après le volume, plusieurs variétés d'hypertrophie splénique : dans certains cas, c'est à peine si la rate est appréciable, soit à la percussion, soit à la palpation; dans d'autres, elle est déjà très apparente; dans d'autres cas enfin, elle est énorme, emplissant l'hypocondre, provoquant même des troubles par compression de voisinage. Si le terme de splénomégalie englobe toutes ces variétés, il s'en faut que le diagnostic de toutes ces formes présente les mêmes difficultés et le même intérêt; aussi, insisterons-nous, surtout sur les hypertrophies très marquées de la rate, splénomégalies le plus souvent *chroniques*, s'opposant en quelque sorte aux splénomégalies *aiguës*, quelquefois certes très considérables, mais en général d'un diagnostic étiologique facile et d'un intérêt beaucoup plus restreint.

Les hypertrophies très atténuées, ou même moyennes, de la rate ne donnent lieu, en général, qu'à fort peu de symptômes physiques; elles ne sont le plus souvent constatées que par la recherche systématique qui en est faite à l'occasion de l'examen clinique complet du malade; tout au plus ce dernier accuse-t-il parfois quelques phénomènes douloureux dans l'hypocondre gauche; c'est alors surtout par la palpation, la percussion, la phonendoscopie que l'hypertrophie est caractérisée.

Lorsque l'hypertrophie est plus marquée, elle se présente à l'examen clinique avec les signes physiques que nous allons passer en revue.

Symptomes physiques. — *Inspection.* — On peut constater de la *distension* de l'hypocondre gauche, surtout accusée dans la station verticale; il n'est pas rare d'observer un réseau veineux sous-cutané au niveau de la région tuméfiée; la *palpation*, dans le décubitus dorsal, puis latéral droit, permet d'apprécier la forme générale de l'organe, spécialement le bord antérieur, avec ses incisures caractéristiques, sa consistance, son aspect lisse ou bosselé; cette palpation renseigne encore sur l'importance de l'hypertrophie, sur la direction prise par cette hypertrophie (surtout verticale dans la leucémie, horizontale chez les paludéens, hypertrophie en galette); elle permet encore de constater la *mobilité splénique*, suivant les oscillations inspiratoires du diaphragme (mobilité qui fait défaut s'il existe des adhérences); la *percussion*, forte au niveau des côtes, faible au niveau de l'abdomen, permettra de déterminer une zone de matité qui contrôlera les renseignements fournis par la palpation et les complétera en ce qui concerne le pôle supérieur de l'organe souvent très remonté, refoulant le diaphragme.

On percute d'abord de haut en bas, sur une ligne abaissée, de l'aisselle gauche à l'épine iliaque antéro-supérieure, puis sur une ligne transversale coupant perpendiculairement la ligne précédente. Schuster et Mossler placent le malade en diagonale et percutent dans une position intermédiaire entre le décubitus dorsal et latéral droit; Quinquaud et Nicolle percutent le malade debout; Colombini fait coucher le malade sur le flanc droit, le bras gauche relevé, et percute pendant une inspiration.

L'*auscultation* de la région fait quelquefois entendre un souffle doux, systolique (souffle splénique à pathogénie discutée) et des frottements importants à différencier des frottements pleuraux; ces frottements, qui relèvent de périsplénite, sont souvent la cause de douleurs d'autant plus vives et pénibles que l'hypertrophie s'est développée plus rapidement.

On peut encore compléter cet examen physique par la *phonendoscopie*, seul procédé permettant à peu près de déterminer le bord postérieur de la rate. Il ne faudra pas manquer de tracer sur la peau du malade les limites de la rate hypertrophiée, de mesurer les deux dimensions maxima, verticales et horizontales, de prendre un décalque, afin de pouvoir apprécier, dans la suite, les modifications de la rate, soit spontanément, soit à l'occasion d'un traitement (irradiation par exemple).

L'*examen radioscopique* ne fournit en général pas de renseignements très utiles; quant à la *ponction exploratrice*, elle constitue une méthode dangereuse (péritonite, hémorragie), elle est à rejeter.

La constatation d'une hypertrophie splénique doit inciter le clinicien, à compléter son examen, spécialement en ce qui concerne l'état du foie et des ganglions; il devra explorer méthodiquement la base pulmonaire gauche, interroger le malade relativement au syndrome douleur : il peut exister une *douleur spontanée*, véritable point de côté splénique, surtout lorsque la rate s'est rapidement hypertrophiée, ou lorsque coexiste avec l'hypertrophie, de la périsplénite, un infarctus, un foyer de suppuration; il est fréquent de constater de la douleur provoquée, comme d'observer, à l'occasion de palpation ou de percussion de la rate, une toux réflexe, dite toux splénique.

Grâce à la constatation de tous ces signes, le diagnostic d'hypertrophie splénique est en général facile, mais il faut bien se garder de l'affirmer d'une manière absolue, avant d'avoir discuté, même dans les cas les plus évidents, les principales causes d'erreur, qu'il faut savoir éviter.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 82. — SAMEDI 22 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 22 JUILLET 1911. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pierre Teissier est nommé professeur de pathologie interne.

M. Weiss est nommé professeur de physique médicale.

M. Letulle est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Pierret, professeur de clinique des maladies mentales, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1911.

M. Pierret est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1911.

— Montpellier. — M. Vires est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale.

CONTRE LE CHOLÉRA. — Le préfet de police a adressé aux médecins de Paris et de la banlieue une longue circulaire dans laquelle il leur rappelle l'urgence qu'il y a à déclarer les cas de gastro-entérites et de diarrhées suspects qui pourraient, en réalité, être des cas de choléra.

« Le médecin, dit la circulaire, ne pense pas au choléra; les mesures de diagnostic bactériologique et de prophylaxie ne sont pas immédiatement prises; puis le nombre des cas augmente, quelques décès se produisent; l'inquiétude naît; on réfléchit, on examine, on compare : la preuve est faite; ces cas étaient bien cholériques; on s'empresse alors; mais il est trop tard, on a perdu huit jours; le mal s'est étendu; l'étincelle est devenue foyer; il faut, pour triompher de l'épidémie, cent fois plus d'efforts qu'il n'en eût fallu tout au début pour l'arrêter.

De l'aveu de l'unanimité des personnes qui ont suivi avec attention la marche du choléra en Europe, l'essentiel est en effet de connaître, sans une heure de retard, le premier cas suspect.

Si un cas de maladie suspecte m'est déclaré par un médecin dans une maison où je suis avisé que loge actuellement ou qu'a logé quelques jours auparavant un voyageur venant d'un pays contaminé, la suspicion s'aggrave, l'alerte est donnée, toutes mesures de prophylaxie et spécialement d'isolement sont prises sans retard. L'analyse bactériologique des selles du malade sera faite d'extrême urgence.

On peut dire que, dans une très large mesure, la préservation de la ville de Paris, en ce qui concerne les risques de choléra, sera l'œuvre des médecins traitants et dépendra de la rapidité avec laquelle ceux-ci voudront bien me déclarer tout cas non pas seulement de choléra avéré, mais tout cas suspect, et du soin qu'ils prendront à donner autour du malade les premières instructions prophylactiques en attendant l'intervention éventuelle de mes services. La déclaration peut être faite à toute heure du jour et de la nuit à ma préfecture : numéro de téléphone de dix heures du matin à cinq heures du soir : 822-36; de cinq heures du soir à dix heures du matin : 822-23. »

Le préfet de police ajoute que la loi impose l'obligation de déclarer immédiatement « tout cas de maladie soupçonnée d'être le choléra » au médecin ou, à défaut, au chef de famille ou au logeur.

Ajoutons que, jusqu'à présent, aucun cas suspect n'a été constaté à Paris, et que cette circulaire n'est, en quelque sorte qu'un moyen de défense locale complétant la surveillance extérieure.

— On signale de nouveaux cas à Constantinople et en Italie. Quatre cas ont été constatés à Marseille.

LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES. — La distribution des prix aux élèves des écoles d'infirmières a eu lieu mardi à la Salpêtrière. M. Félix Roussel, qui présidait la cérémonie, a félicité les élèves du dévouement dont elles font preuve dans leurs modestes mais utiles fonctions. M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a joint ses félicitations à celles du président du Conseil municipal, il s'est engagé à tout faire pour encourager et récompenser ces jeunes filles, qui sacrifient aux malades une part de leur existence.

La médaille d'honneur en argent de l'Assistance publique a été décernée au docteur Brault; Mmes Boisson, Caillé, Cochard, Dumont, Pelet, Lafon, Nyd, Taillandier ont reçu la médaille d'honneur en bronze.

ERRATUM. — N° 80, p. 1219, col. 2, 7e alinéa, rétablir la phrase de la façon suivante :

« Des examens répétés des urines, couleur acajou, et des matières fécales, qui présentent souvent une teinte rouge foncé, ainsi que des examens du sang, pratiqués grâce à... etc... »

RENSEIGNEMENTS

418. — **EXTERNE CONSULTATION CHIRURGIE** demande remplaçant du 1er août au 1er septembre. — Indemnité, 50 francs. — Ecrire au journal C. L.

419. — **JEUNE MÉDECIN** ferait remplacement à Paris pendant le mois d'août. — S'adresser au journal.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS AMYGDALIENS ET PÉRI-AMYGDALIENS

Par MM. SOUBEYRAN (de Montpellier),
Professeur agrégé à la Faculté,
Chargé du cours de médecine opératoire,

et SASSY (de Montpellier),
Spécialiste des maladies de la gorge, des oreilles et du nez.

I

Historique. — Les suppurations amygdaliennes et péri-amygdaliennes, dont l'étude est si importante pour le praticien, étaient jadis désignées sous les noms d'angine ou d'amygdalite phlegmoneuse par les anciens auteurs qui pensaient que l'amygdale était surtout atteinte. Cependant Trousseau (1) disait déjà : « Je préfère ces deux dénominations : angine et esquinancie phlegmoneuse, à celle d'amygdalite, car elles ne précisent pas le siège du mal qui, ordinairement, occupe non pas la glande elle-même, mais le tissu cellulaire qui l'environne. »

Actuellement, on sait, en effet, que c'est surtout dans le tissu cellulaire péri-amygdalien que se trouve le foyer purulent, et qu'il s'agit presque toujours d'une péri-amygdalite ; Verneuil est un des premiers à l'avoir montré ; la porte d'entrée de l'infection est l'amygdale par ses cryptes, la localisation se fait en dehors et à côté d'elle ; c'est ce qu'ont bien indiqué les travaux de Kilian, d'Escat, de Brunel.

Chassaignac avait fort bien vu et décrit les caractères cliniques de ces suppurations, mais l'étude approfondie de leurs variétés a été précisée et bien définie par les travaux de Lemaistre, d'Escat, de Ruault, de Moure, et de leurs élèves, Certain, Brunel, Renevey.

Tandis que Lasègue et Verneuil attendaient l'ouverture spontanée de l'abcès péri-amygdalien, Chassaignac préconisait l'incision et recommandait l'ablation des amygdales aussitôt après. « Nous n'hésitons pas, dit-il, dans les cas de suppuration tonsillaire comme d'ailleurs dans tous les cas d'amygdalite aiguë, à enlever la glande malade avec l'instrument de Fanestock modifié par nous. » On sait que ce grand chirurgien coupait les amygdales avec un véritable plaisir. La technique moderne a depuis lors beaucoup gagné en précision et en simplicité, et les auteurs précédemment cités ont fait connaître des procédés opératoires bien étudiés et adaptés à chaque variété d'abcès.

II

Données anatomiques utiles. — Les amygdales palatines sont deux glandes vasculaires situées sur les côtés du pharynx et contenues dans une loge, la fossette amygdalienne (fig. 1). Cette fossette réalise un triangle dont la base répond en bas à la langue et à la paroi latérale du pharynx. Sa face antérieure est formée par le *pilier antérieur* (muscle glosso-staphylin) ; sa face postérieure ou *pilier postérieur* comprend le muscle pharyngo-staphylin ; la face interne est ouverte pour laisser passer l'amygdale. Un petit repli, le *pli triangulaire de His*, relie le pôle inférieur de l'amygdale au pilier antérieur ; au niveau de ce pôle inférieur il existe un amas de follicules clos, c'est l'*amygdale linguale*.

(1) Pour chacun des noms que nous citons nous renvoyons à l'index bibliographique final.

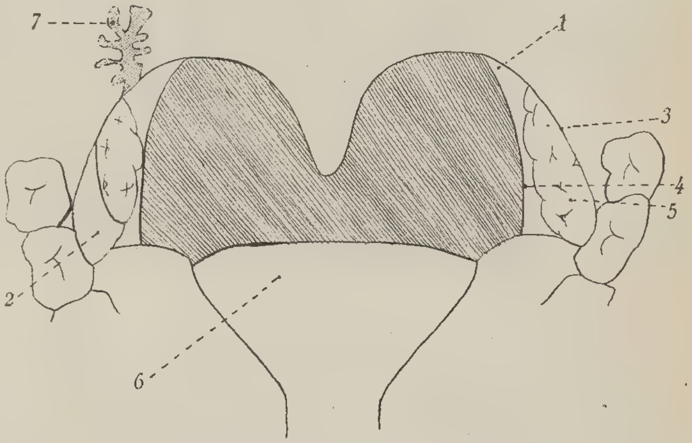


Fig. 1. — *Isthme du gosier.* — 1. Fossette supra-tonsillaire ; — 2. Pli triangulaire de His ; — 3. Pilier antérieur ; — 4. Pilier postérieur ; — 5. Amygdale ; — 6. Langue et abaisse-langue ; — 7. Amygdale utriculée.

Les amygdales se présentent sous quatre types (Escat) :

1° L'amygdale pédiculée ; 2° l'amygdale procidente ; 3° l'amygdale enchâtonnée ; 4° l'amygdale utriculée ou intravélique (fig. 1).

A la surface de l'amygdale on voit de nombreux orifices conduisant dans des cryptes où s'ouvrent des glandes ; ces cryptes constituent donc des réservoirs où se font aisément des foyers d'infection, d'où des abcès cryptiques ou interstitiels.



Fig. 2. — *Coupe horizontale de la tête passant par la commissure des lèvres et les amygdales palatines.* — 1. Apophyse styloïde et muscles styliens ; — 2. Muscle ptérygoïdien interne ; — 3. Muscle constricteur du pharynx ; — 4. Maxillaire inférieur ; — 5. Masséter ; — 6. Jugulaire interne ; — 7. Carotide interne ; — 8. Parotide ; — 9. Carotide externe ; — 10. Glotte ; — 11. Epiglotte ; — 12. Amygdale palatine.

Au-dessus de l'amygdale on trouve une fossette triangulaire (fossette supra-tonsillaire) à sommet supérieur, limitée en avant et en arrière par les piliers ; cette fossette, sorte de recessus palatin, peut devenir une véritable cavité (sinus de Tourtual) dont l'orifice est plus ou moins rétréci ; ce sinus s'insinue dans le voile et se dirige en haut, en

arrière et en dehors; dans sa cavité s'ouvrent de nombreuses cryptes, et il peut devenir un véritable foyer de rétention soulevant le voile, c'est à son niveau que débutent la plupart des péri-amygdalites.

La *face externe* de l'amygdale répond à l'aponévrose du pharynx et au constricteur supérieur; au delà se trouve l'espace maxillo-pharyngien (fig. 2) avec l'artère carotide interne, la veine jugulaire interne et le pneumogastrique. La carotide interne est située en *arrière et en dehors* de l'amygdale à 20 ou 25 millimètres de la glande.

Tout autour de la glande se trouve le tissu cellulaire péri-amygdalien, dans lequel elle baigne et où se développent les abcès. Les lymphatiques de l'amygdale se rendent dans les ganglions de l'angle de la mâchoire.

III

Pathogénie des suppurations amygdaliennes et péri-amygdaliennes. — Elle se confond avec celle des amygdalites simples catarrhales : un affaiblissement de la résistance locale et générale de l'organisme à l'égard des parasites de la bouche. C'est la localisation profonde qui crée l'aspect clinique.

Il ne saurait être contesté qu'il s'agit ici d'une infection de la région amygdalienne, née sur place ou venue d'un point plus ou moins éloigné.

1° *L'infection est purement locale.* — C'est l'infection directe de l'amygdale par voie pharyngée. Le microbe a pénétré directement par une plaie traumatique, après l'introduction d'un corps étranger (une arête de poisson par exemple) ou bien il y a un état d'inflammation chronique : angines à répétition, calculs de l'amygdale, cryptes avec rétention de produits.

Dans tous ces cas les microbes si nombreux qui habitent les amas lymphatiques du pharynx à l'état normal pénètrent autour de la glande et créent l'abcès.

2° *L'infection est locale et générale.* — Tantôt sous l'influence d'une défense insuffisante de l'organisme (refroidissement, surmenage, humidité, changement de saison), l'infection se généralise; tantôt cette infection générale est primitive, et l'amygdale s'infecterait par la voie sanguine.

Cette théorie, admise par Bouchard et Moure, est possible, mais Escat et beaucoup d'auteurs n'admettent que l'infection directe de l'amygdale.

IV

Abcès intra-amygdaliens. — Etiologie. — La rareté de ces abcès a fait douter de leur existence à l'époque où on a connu et précisé les suppurations péri-amygdaliennes, mais il n'en est pas moins vrai qu'on en a décrit et qu'on en rencontre des cas très nets dans la proportion de 1 pour 15 environ.

Rice prétend qu'on les observerait plutôt chez l'enfant, Broca ne partage pas cette opinion et pense que le pilier antérieur est ordinairement le siège de l'abcès, comme chez les adultes.

L'abcès intra-amygdalien (amygdalite phlegmoneuse) s'observe chez les sujets porteurs d'amygdales crypteuses à l'occasion d'une amygdalite aiguë provoquée par le froid : une crypte infectée se transforme en vase clos et devient le siège primitif de l'abcès. Un corps étranger inclus dans le parenchyme de la glande (arête de poisson, soie de brosse à dents, etc.), sans produire de gêne suffisante pour en provoquer l'ablation, fait de l'infection de la même manière qu'une écharde ou une épine implantées dans un doigt sont le point de départ d'une suppuration profonde.

La prédisposition individuelle joue un rôle assez net, et certains sujets sont voués aux angines suppurées à répétition.

Symptômes. — Les symptômes généraux, manifestés dès le deuxième ou le troisième jour, sont ceux d'une forte angine : température élevée, mal de tête violent, délire et agitation nocturnes, douleur très vive à la déglutition, salivation abondante, haleine fétide, constipation. Les ganglions sous-angulo-maxillaires sont augmentés de volume, la tête est figée dans une posture inclinée à droite ou à gauche, la soif est ardente.

Un léger trismus gêne l'examen de la gorge qui peut cependant être pratiqué et laisse voir en même temps qu'une langue saburrale une amygdale uniformément tuméfiée, rouge, luisante, bombant entre les piliers en avant et en dedans et présentant, en un point, une saillie violacée, siège de l'abcès. Le pilier antérieur, le voile du palais, la luette sont rouges, mais sans infiltration ni œdème.

Si on fait prononcer au malade la voyelle A on s'aperçoit que ce côté du voile est immobile et atteint d'une sorte de paralysie unilatérale.

Le malade, dont la voix prend le timbre amygdalien, accuse, sinon des troubles de l'audition, du moins des douleurs irradiées vers l'oreille correspondante à l'amygdale atteinte.

Si, malgré la douleur qu'on va provoquer, on touche cette amygdale, on peut y percevoir une fluctuation assez nette dès le quatrième jour : le pus est déjà collecté.

Lasègue a décrit une forme furonculeuse et une forme anthracoïde se terminant par l'élimination de bourbillons sphacéliques.

L'ouverture spontanée est la règle, et la guérison survient rapidement avec régression presque immédiate de tous les symptômes.

Mais dans les cas malheureux, et si l'abcès est très profond, son ouverture spontanée n'aura lieu qu'au bout de dix et même douze jours, avec un cortège de symptômes généraux graves et de douleurs intolérables, ou bien le pus envahira le tissu péri-amygdalien et créera un phlegmon diffus de la loge.

La récidive de ces abcès est assez fréquente, et l'inflammation chronique produit de l'induration et de l'hypertrophie des amygdales.

Le pronostic est, en général, bénin; cependant on a signalé des cas de mort par œdème de la glotte, irruption du pus dans les voies aériennes (Gann) et par extension latéro-pharyngée.

Il est bon d'ajouter que ces complications sont

rares et sont plutôt observées dans les abcès péri-amygdaliens.

V

Abcès péri-amygdaliens. — ETIOLOGIE. — Ce sont ceux que l'on observe le plus fréquemment avec maximum de fréquence de dix-huit à trente ans.

Si l'hypertrophie amygdalienne, les calculs et les inflammations chroniques de la glande et des fosses nasales sont des causes prédisposantes de premier ordre, il ne faut pas négliger de signaler, dans le même ordre d'idées, la très grande importance de la fossette sus-amygdalienne (Botey, Congrès de 1900) et du recessus palatin, surtout quand ce recessus est développé au point de constituer le sinus de Tourtual (Killian, Escat).

« La plupart des péri-amygdalites phlegmoneuses semblent n'être, au moins au début, qu'un empyème du recessus palatin. » (Escat.)

Les refroidissements jouent leur rôle habituel, et la diphtérie a été mise en cause par Griffon.

Rice a signalé le rôle des adhérences de l'amygdale aux piliers et surtout au pilier antérieur : ces adhérences obturent quelques cryptes et les empêchent d'écouler leur contenu septique dans la bouche.

On a vu aussi des abcès péri-amygdaliens chez des sujets auxquels on avait enlevé les amygdales; dans un cas cité par Sallard l'ablation avait été faite depuis trois ans : il est bien probable que quelques morceaux de parenchyme contenant des cryptes n'avaient pas été détruits par l'intervention.

SIÈGE ET CLASSIFICATION. — On sait que l'amygdale baigne dans une nappe de tissu cellulaire sous-muqueux. Ce tissu se rencontre plus spécialement au pôle supérieur de l'amygdale et entre ce pôle et les piliers ; il en existe aussi entre le pôle inférieur et le côté de la base de la langue. C'est en un point de cette nappe celluleuse que siège l'abcès, d'où plusieurs variétés bien décrites par Moure et ses élèves :

Abcès péri-amygdaliens antérieurs;
Abcès péri-amygdaliens postérieurs;
Abcès péri-amygdaliens externes;
Abcès péri-amygdaliens inférieurs;

auxquels Escat ajoute avec raison les abcès périostiques juxta-amygdaliens.

SYMPTÔMES. — L'inflammation péri-amygdalienne se manifeste sous des formes cliniques différentes et on observe (th. de Certain) :

1° Une *forme primitive*, la plus fréquente, avec symptômes généraux intenses : douleur, malaise, température élevée;

2° Une *forme secondaire* à une angine (Lasègue), à une amygdalite aiguë, à une maladie infectieuse, grippe, fièvre typhoïde (Fauvel), pseudo-rhumatisme infectieux (Veillon), diphtérie;

3° Une *forme suraiguë* avec phénomènes généraux très graves (fièvre vive, délire, céphalalgie violente) accompagnés parfois d'un brusque frisson aussi important que celui de la pneumonie (Lasègue);

4° Une *forme subaiguë* avec manque presque complet de phénomènes réactionnels;

5° Une *forme indolente* décrite par Chauveau et comparable à un abcès chronique.

Dans toutes ces formes, et notamment dans les trois premières, le malade éprouve une gêne très vive à la déglutition, avec des douleurs de gorge très violentes, s'irradiant dans l'oreille.

Il ne peut prendre aucun aliment solide : les liquides, même chauds, passent très difficilement, la salive, abondante, est continuellement rejetée.

Un trismus d'intensité variable gêne l'examen de sa gorge, en même temps que la vue et le palper constatent de l'adénopathie cervicale.

La langue est recouverte d'un enduit blanc, épais, l'haleine est fétide, repoussante, la voix devient sourde (timbre amygdalien) et nasonnée.

L'amygdale et la luette sont plus ou moins modifiées dans leur position, le voile du palais, les piliers sont rouges, infiltrés, tuméfiés. La température peut s'élever jusqu'à 39 et 40 degrés et même plus, avec des rémissions matinales, et s'accompagner, chez la plupart, d'insomnies, de cauchemars et de délire, surtout chez les alcooliques.

Ces divers signes physiques et symptômes fonctionnels se rencontrent à des sièges et à des degrés différents suivant la variété d'abcès à laquelle on a affaire, et nous allons les étudier avec plus de précision dans le paragraphe suivant.

EXAMEN ET ASPECT SPÉCIAL A CHAQUE FORME. — Pour établir le diagnostic précis de la forme d'abcès, il faut se mettre dans les conditions d'éclairage les meilleures possible. La lumière du jour, quand elle est directe et intense, peut suffire, mais le miroir frontal ou le miroir de Clar rendent les plus grands services.

Les manœuvres d'examen seront effectuées avec beaucoup de douceur; en plus de l'abaisse-langue indispensable on pourra s'aider, dans quelques cas de trismus, d'un ouvre-bouche (celui de Doyen ou d'O'dwyer).

L'exploration digitale devra être faite rapidement et donner, en une seule fois, les renseignements qu'on attend d'elle, car elle exaspère la douleur chez le malade qui, malgré toute sa bonne volonté, ne la laissera pas se répéter.

1° *Abcès péri-amygdalien antéro-supérieur.* — C'est l'abcès classique (26 fois sur 46 cas cités par Moure) qui, dans un grand nombre de cas, paraît se réduire à un empyème du recessus palatin, dans d'autres à un phlegmon de l'espace cellulaire intra-staphylin.

Il débute par une douleur vive, unilatérale de la gorge avec dysphagie et rougeur d'un côté du voile et de la partie supérieure du pilier antérieur.

Le deuxième jour, la fièvre apparaît avec la céphalée.

Les jours suivants, on constate une voussure du voile déjà immobilisé, voussure qui rend le pharynx

asymétrique et refoule l'amygdale et la luette en arrière, en bas et en dedans (fig. 3).

L'amygdale est rouge : le voile, le pilier antérieur et la luette le sont aussi, et en même temps ils deviennent infiltrés, œdématiés. Le trismus est intense.

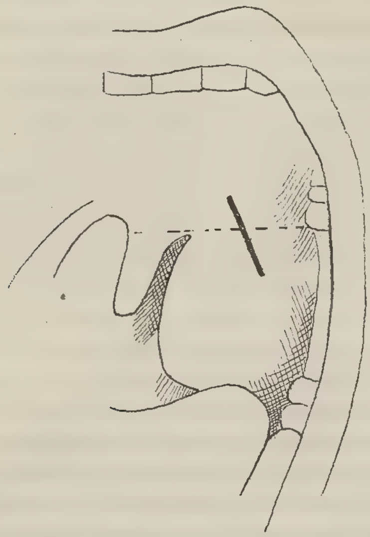


Fig. 3. — *Abcès du pilier antérieur.* — Tracé de l'incision.

La collection purulente, qui est formée dès le troisième ou quatrième jour, se révèle aussi par le signe de Lemaistre : ce signe consiste dans une sensation de fluctuation reconnue avec l'index au niveau d'une sorte de boutonnière à grand axe parallèle au bord du pilier antérieur, à un demi-centimètre ou un centimètre en dedans de ce bord, et formée dans le voile par l'écartement des fibres musculaires.

Une pression légère, exercée à ce niveau, permet de sentir une légère fluctuation, et même, dans quelques cas, le choc en retour en retirant brusquement le doigt.

Cet abcès a tendance à s'ouvrir spontanément vers le huitième, dixième et même douzième jour; dès qu'il est vidé la douleur et les symptômes disparaissent rapidement.

2° *Abcès péri-amygdalien postérieur.* — Plus rare que les précédents [12 fois sur 46 cas (Moure)].

Les symptômes généraux et fonctionnels sont beaucoup plus intenses et se traduisent, en dehors d'une fièvre élevée, par une dyspnée précoce provenant d'une infiltration des replis aryténo-épiglottiques et une dysphagie très vive. En revanche, le trismus fait défaut.

Le pus se collecte rapidement entre l'amygdale et le pilier postérieur ou dans l'épaisseur de ce dernier qui se présente volumineux, boudiné, rouge d'abord puis œdématié, d'aspect gélatiniforme, analogue, dit Laurens, à une vessie natatoire de poisson, refoulant en avant de lui l'amygdale et l'arrière-gorge.

Le voile et la luette sont rouges, mais sans tuméfaction ni œdème.

Le pilier antérieur est intact.

Cet abcès, abandonné à lui-même, se diffuse dans la fossette sus-amygdalienne, vient bomber en arrière du voile et se continue par un abcès antéro-supérieur. C'est alors un véritable phlegmon diffus de la loge amygdalienne (Moure).

Dans les cas malheureux le pus peut fuser vers le larynx et amener de l'œdème laryngé avec suffocation ou bien se propager par les lymphatiques aux ganglions de Gillette et produire un abcès rétro-pharyngien.

Mac Grégor a même cité, en 1842, le cas d'un abcès qui avait traversé l'aponévrose pharyngée et amené la mort par perforation de la carotide.

Cette dernière complication est ici exceptionnelle et se rencontre de préférence dans la variété suivante : l'abcès externe.

3° *Abcès péri-amygdalien externe.* — C'est la forme la plus grave, mais heureusement la plus rare. On l'observe chez les gens sujets à des amygdalites à répétition et elle n'évolue guère que dans un organisme infecté par une maladie grave; le microbe pyogène (streptocoque) est apporté par le sang.

Cet abcès n'est pas toujours une complication des autres, comme on l'a prétendu, c'est une lésion primitive (Moure) et on peut très bien admettre là, comme ailleurs, un point de suppuration, car il y a du tissu conjonctif formant, par suite de son relâchement, une bourse limitée en dedans par l'amygdalo-glosse, en dehors par l'aponévrose, en avant et en arrière par les trousseaux fibreux qui unissent l'amygdale aux piliers (Verneuil, *Gazette des hôpitaux*, 1892; th. de Brunel, Bordeaux, 1899).

La gravité de cet abcès vient de sa profondeur et cette gravité se manifeste dès le début par des phénomènes généraux très intenses : douleur terrible sur les côtés du cou et dans la gorge, température élevée, céphalée atroce, insomnie, délire, abattement général.

La dysphagie est peu vive au début, car l'inflammation est profonde, mais de bonne heure le cou est empâté, incliné, immobilisé, les ganglions sous-maxillaires, parotidiens et occipitaux sont pris; le trismus est considérable.

Localement les piliers antérieurs et postérieurs sont à peine tuméfiés et infiltrés.

L'amygdale, sans être enflammée, est tendue et projetée en dedans comme dans l'abcès intra-amygdalien, mais par tuméfaction sous-amygdalienne.

Le palper par voie buccale ne révèle pas de fluctuation superficielle; cependant si, avec l'autre index, on comprime le côté correspondant du cou, on sent un empâtement général, donnant l'impression d'une fluctuation profonde.

Ce palper externe et celui du fond de la gorge sont extrêmement douloureux et exigent de la part de celui qui l'exécute une grande légèreté de main.

Le voile et la luette sont intacts au début, mais vers le dixième ou douzième jour ils peuvent s'œdématier.

L'évolution de ces abcès participe à la gravité qui les caractérise, car le pus est profond et éprouve de la difficulté à se faire jour vers le pharynx, souvent, cependant, il y arrive en perforant l'amygdale.

Mais en revanche il peut devenir latéro-pharyngien par rupture de l'aponévrose du pharynx, et c'est alors qu'il a été confondu avec les abcès de ce genre.

Il faut alors redouter une série de complications que nous préciserons bientôt.

4° *Abcès péri-amygdaliens inférieurs.* — Théoriquement ces abcès siègent au-dessous de l'angle inférieur de l'amygdale, mais pratiquement l'infection peut être localisée isolément à l'amygdale linguale ou à la région péri-amygdalienne proprement dite, constituant ainsi le véritable abcès inférieur.

En réalité, les deux formes peuvent coexister et toute délimitation précise est impossible à cause du voisinage trop immédiat (Lannois).

D'ailleurs peu d'auteurs les différencient. Crouzilhac et Vaquier ont donné des observations d'amygdalites linguales phlegmoneuses, mais Moure décrit avec précision cette forme inférieure et Certain en parle dans sa thèse (Bordeaux 1909).

Malgré ce, il est difficile d'en faire un type à part, bien isolé. Dans ses formes les plus nettes, le malade accuse de la douleur à la base de la langue avec irradiations du côté de l'oreille et dysphagie considérable; la voix est difficile, la respiration gênée, les ganglions parotidiens indurés.

Peu ou pas de trismus, de sorte que l'examen de la gorge se fait commodément.

La collection purulente s'étant faite à la partie antéro-inférieure, l'amygdale est refoulée en arrière et en haut.

La base de la langue du côté malade et le pilier antérieur sont rouges, tuméfiés, luisants et en contact permanent, de sorte que le sillon qui existe à ce niveau a complètement disparu.

Si on a recours au miroir laryngien on constate que les replis glosso-épiglottiques latéraux sont effacés par suite de l'infiltration qui a aussi tendance à se faire vers l'épiglotte, et c'est ce qui explique les troubles phonatoires et respiratoires avec sensation d'étouffement.

Le palper est difficile et douloureux, de même que la propulsion de la langue et sa pression avec l'abaisse-langue.

C'est un abcès qu'il importe d'ouvrir très hâtivement à cause des complications laryngées possibles (Certain). (*A suivre.*)

MÉDECINE MILITAIRE

RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE L'ARMÉE (1) CHARGÉE D'EXAMINER LE PROJET DE LOI, ADOPTÉ PAR LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS, PORTANT AUGMENTATION DU NOMBRE DES MÉDECINS MILITAIRES, ARRÊTÉ PAR LA LOI DU 15 AVRIL 1904

Par M. Léon Labbé, sénateur.

Messieurs,

Ayant été désigné par la Commission de l'armée comme rapporteur du *projet de loi portant augmentation du nombre des médecins militaires*, j'ai cru de mon devoir de saisir cette occasion pour mettre en lumière les mérites éminents, les services rendus à la science, les témoignages incessants de dévouement des membres passés et présents du corps de santé de notre armée.

Valeur scientifique du corps de santé. — Le corps de santé de l'armée s'honore, à juste titre, d'avoir pour ancêtre le père de la chirurgie française, l'illustre Ambroise Paré qui, au siège de Boulogne, procéda à l'extraction d'un tronçon de fer de lance qui s'était implanté dans le maxillaire du duc de Guise, connu, depuis, sous le nom du Balafré.

Depuis cette époque, les grands noms du corps de santé jalonnent la voie des progrès continus de la science médico-chirurgicale.

Jean-Louis Petit (1674-1750), le plus grand chirurgien du XVIIIe siècle, donne une vive impulsion à la chirurgie.

En 1744, le roi de Prusse le charge de lui constituer un corps de chirurgiens français destinés à occuper les premières places à la suite de ses armées et dans les hôpitaux militaires.

Au XVIIIe siècle, le corps de santé brille d'un vif éclat et fait l'admiration de l'Europe entière. En 1780, 1.200 médecins et chirurgiens majors sont répartis entre 182 régiments de toutes armes ; 70 hôpitaux militaires, 66 hospices de charité, sont à la charge du roi.

Une direction centrale asssistée d'un comité consultatif de santé et présidée par un médecin inspecteur général et composée de 7 médecins ou chirurgiens, inspecteurs, veille d'une façon toute spéciale à l'instruction de ce personnel.

Après le nom de Jean-L. Petit, il faut rappeler les noms de Lapeyronie, chirurgien de Louis XV pendant la guerre de Flandre, de La Faye, de Puzos, père et fils, de Quesnay, de Houstel, plus tard chirurgien du roi Stanislas de Pologne, de Desport, de Ledran, de Morand, de Tenon, de Garengeot, de Ravaton qui, tous, contribuèrent largement aux progrès des sciences médico-chirurgicales.

Avec les guerres de la Révolution et de l'Empire apparaît une pléiade de chirurgiens illustres au premier rang desquels brillent Percy, de Larrey.

Pendant les vingt-deux années de ces luttes gigantesques qui étonnèrent le monde, un immense champ d'expérience s'offrit à leur activité, et la chirurgie profite largement de leurs travaux.

Enfin, à cette époque, chose bien digne d'être signalée, Percy et Larrey organisèrent le service de santé en campagne et firent prévaloir cette idée qui est la base du fonctionnement actuel du service sanitaire : *que le secours doit aller au blessé et non le blessé vers le secours.*

Les campagnes d'Algérie, l'expédition d'Espagne, les campagnes de Crimée, d'Italie, celles de 1870-71 fournissent, encore, aux médecins et chirurgiens militaires, l'occasion d'affirmer leur valeur professionnelle.

Au premier rang d'entre eux se placent Baudens, Gama, Bégin, Scrive, Chenu, Michel Lévy, Hippolyte Larrey, Sédillot, Legouest, Maurice Perrin, etc.

Mais, avec les expéditions coloniales, un champ nouveau est ouvert à l'activité des médecins d'armée. Ce sont eux qui fixent les limites indécises des fièvres palustres, et parler de la *malaria* n'est-ce pas invoquer les noms de Maillot, cet homme admirable qui, en démontrant l'efficacité de la quinine, a sauvé et contribue à sauver, encore, aujourd'hui des milliers et des milliers d'existences, et ceux de Vallin, de Laveran, de Kelsch, de Kiener.

Les observations recueillies dans les différentes situations de la vie militaire ont contribué à établir, dans une large mesure, l'étiologie la plus fréquente et la plus compréhensive de la *fièvre typhoïde* et à confirmer la doctrine, si souvent justifiée de l'*origine hydrique* de cette maladie meurtrière, doctrine qui a eu pour conséquence de faire doter, depuis quelques années, toutes les casernes, d'eaux salubres et de

(1) Cette commission est composée de MM. de Freycinet, président; Alfred Mézières et Boudenoot, vice-présidents; Pierre Baudin et Charles Humbert, secrétaires; Lannelongue, Léon Labbé, Maujan, Richard Waddington, Gervais, le général Langlois, Gouzy, Cauvin, Victor Lourties, Vieu, le comte d'Alsace prince d'Hénin, le comte de Trévencuc, Édouard Millaud.

diminuer, dans des proportions notables, les épidémies et la mortalité.

Je tiens à rappeler, ici, que c'est le président de notre Commission de l'armée, notre éminent collègue M. de Freycinet qui le premier, étant ministre de la Guerre, a bien compris toute l'importance des mesures hygiéniques que l'on devait prendre dans cette direction et le premier les a appliquées.

Depuis lors, un mouvement de défense ininterrompu s'est produit, et M. Chéron, lors de son passage au sous-secrétariat de la Guerre, en faisant créer le *Conseil supérieur des eaux destinées à l'alimentation de l'armée*, a rendu un très grand service dont bénéficie, déjà, et bénéficiera plus largement, encore, dans l'avenir, la situation hygiénique de nos jeunes soldats.

C'est à un médecin militaire, dont le nom restera à tout jamais illustre dans les fastes de la médecine, Jean-Antoine Villemin, qu'est due la grande découverte de la *nature infectieuse* de la tuberculose. Ce fut le 5 décembre 1865 que Villemin vint proclamer, à l'Académie de médecine, l'*inoculabilité* et la *contagiosité* de la tuberculose. Ce jour-là, une des plus grandes révolutions de la médecine moderne se produisit.

Il ne serait pas permis d'oublier le grand nom de Broussais, celui qu'on a appelé le Mirabeau de la médecine et l'Hercule du Val-de-Grâce, ce grand esprit systématique dont la doctrine, malgré l'immense talent déployé, n'eut qu'un succès éphémère, mais n'en donna pas moins naissance à un mouvement d'idées considérable, et, par suite, à l'apparition de travaux de premier ordre.

Les membres actuels du corps de santé militaire sont à la hauteur de leurs aînés. Nombreux sont les travaux importants publiés, chaque jour, par beaucoup d'entre eux, et l'Académie de médecine s'honore d'avoir dans son sein des hommes tels que Vallin, Laveran, Delorme, Vaillard, Vincent.

La moyenne d'instruction de nos jeunes médecins sortis de la belle école préparatoire du service de santé de Lyon et du Val-de-Grâce, il faut le dire bien haut, est des plus satisfaisantes, et ces jeunes confrères entrent dans le service actif, admirablement préparés pour remplir le rôle important qui va, dès les premiers jours, leur être confié.

Esprit d'abnégation et de sacrifice du corps de santé. — Il serait trop long d'énumérer toutes les preuves d'abnégation et de sacrifice que l'histoire a enregistrées au compte des médecins militaires, de ces praticiens dont, comme l'a dit Ambroise Paré, « le gain étant éloigné, le seul honneur leur est proposé, et l'amitié de tant de soldats auxquels ils sauvent la vie ».

Toutefois personne n'ignore le bel exemple donné par mon illustre compatriote Desgenettes, en Egypte, en s'inoculant, publiquement, la peste, et en voulant démontrer aux soldats affolés par tant de morts, que la maladie n'était pas contagieuse.

Quelques années auparavant, le 7 frimaire an III, Fourcroy pouvait écrire : « La Convention apprendra, avec sensibilité, que plus de 600 officiers de santé ont péri, depuis dix-huit mois, au milieu et à la suite des fonctions mêmes qu'ils exerçaient. C'est une gloire pour eux, puisqu'ils sont morts en servant la patrie. »

Leurs successeurs des guerres du Consulat et du premier Empire ne se montrèrent pas moins dignes de tels éloges : « Allez ! disait Percy, chirurgien de la grande armée en 1811, aux chirurgiens, ses aides, allez où la patrie et l'humanité vous appellent ! Soyez toujours prêts à servir l'une et l'autre et, s'il le faut, sachez imiter ceux de vos généreux compagnons qui, au même poste, sont morts victimes de ce dévouement intrépide et magnanime qui est le véritable acte de foi des hommes de notre état. »

Et depuis lors, que d'actes de dévouement ! Les noms de ceux que l'histoire a retenus figurent sur les tables de marbre du Val-de-Grâce.

On compte, en moins de quatre-vingts ans, 548 médecins tués au feu, 399 morts de la peste, de la fièvre jaune, du typhus ou du choléra.

En Crimée, l'armée française a perdu 14,17 p. 100 de ses officiers et 18,22 p. 100 de ses médecins. Au Mexique, le corps expéditionnaire a perdu de la fièvre jaune 4 p. 100 de ses officiers et 20 p. 100 de ses médecins.

Hier, encore, succombaient l'aide-major Bargeton et le professeur Loison, tous deux des suites d'une piqûre anatomique, le docteur Gauthier en soignant des typhiques, Lambroschini d'un érysipèle infectieux contracté en opérant un blessé, Danis d'une diphtérie gagnée au lit d'un malade, Lhomer, Tulpin et Rollin dans l'Afrique du Nord, de typhus endémique, Mesny, ce jeune médecin-major qui meurt, tout récemment, en Chine, de la peste pneumonique, en fournissant le plus bel exemple de sacrifice qu'il puisse être donné de voir.

La nouvelle de la mort du médecin-major Auvert, tué le 2 juin, lors de l'attaque par les Marocains de la colonne Gouraud, nous arrive.

Auvert est tombé au moment où il s'était porté sur la ligne de feu pour ramasser un blessé, grièvement atteint.

Voici ce que les dépêches rapportent à ce sujet :

On voulait enlever le blessé, pour le panser à l'abri du feu. *Non*, dit Auvert, *le transport pourrait lui être fatal. J'ai le temps, en quelques minutes, de lui faire un premier pansement qui pourra le sauver*, et, pendant qu'il remplissait héroïquement son devoir, il tombait frappé d'une balle en pleine poitrine.

Et, voilà, le corps d'élite, grand par la science, grand par le dévouement et une abnégation incomparable, auquel pendant tant d'années on *refusa toute espèce d'autonomie* et qui fut placé sous les ordres de l'intendance, au même titre que les services de campement, d'habillement et des subsistances !

Il est vrai que la Convention nationale, à peine réunie, avait voté l'autonomie du corps de santé militaire et assuré par d'heureuses dispositions un recrutement permettant de remplir, vis-à-vis des blessés, la dette de reconnaissance que la patrie leur doit.

Mais, avec l'an IV, dit Bégin, témoin oculaire, commence une série, continuée pendant dix-huit années, de dispositions réglementaires, de décrets se contredisant qui, en fait, annulent les dispositions prises par la Convention.

Et cet état de choses se perpétue, sous des formes diverses, jusqu'en 1882.

C'est le général Billot, dont le corps de santé doit conserver le souvenir avec reconnaissance, qui a pris l'initiative de la loi du 16 mars 1882, accordant l'autonomie au service de santé.

Alors est créée, au ministère de la guerre, la 7e direction, direction du service de santé.

A partir de cette époque, *cette loi libératrice* établit que le directeur du service de santé, que les chefs des établissements hospitaliers seront pris parmi les membres du corps de santé militaire. (Art. 16 de la loi du 16 mars 1882.)

Jusqu'alors, chaque hôpital militaire relevait directement de l'intendance.

Assurément, la date du 16 mars 1882 doit être marquée d'une pierre blanche. Ce fut le commencement de la réparation ; mais cette réparation, à mon avis, n'est pas encore complète, et tous ceux, et ils sont nombreux, qui s'intéressent au bien-être de l'armée, doivent poursuivre sans relâche la tâche qu'ils se sont imposée, celle de faire rendre justice, sous toutes les formes, à l'admirable corps de santé militaire que nous possédons, à ce corps dont le rôle grandit tous les jours, et qui, depuis l'institution du service militaire obliga-

toire, et en particulier depuis l'application du service de deux ans, est devenu un des rouages essentiels de l'armée.

* * *

Depuis quelques années, de nombreux parlementaires ont fait entendre leur voix en faveur du corps de santé.

Je dois citer tout particulièrement notre collègue M. Charles Humbert qui a commencé par mener dans la presse une ardente campagne en faveur des médecins militaires, campagne qui, il faut le reconnaître, impressionna vivement les milieux officiels.

En juillet 1910, le ministre de la guerre, général Brun, déposait un projet de loi portant augmentation des cadres du service de santé, projet qui est l'origine de celui qui a été définitivement adopté par la Chambre des députés.

De son côté, M. Charles Humbert qui eût été parfaitement qualifié pour remplir, ici, le rôle du rapporteur du projet adopté par la Chambre, soumettait à l'examen de ses collègues du Sénat, à la date du 29 novembre 1910, une proposition de loi différant, sensiblement, de celle due à l'initiative du ministre de la Guerre.

Ce projet de loi était accompagné d'un exposé des motifs vraiment remarquable, exposé des motifs dans lequel furent présentés de la façon la plus convaincante, toutes les raisons qui militaient en faveur de sa proposition, et dans lequel il faisait ressortir, avec raison, combien la réforme serait incomplète et inutile à certains égards, si l'on se bornait à augmenter le nombre des unités des médecins militaires, sans se préoccuper d'établir, dans une large mesure, entre les divers grades de leur hiérarchie, une proportion convenable qui tende à les retenir dans l'armée, en leur donnant des chances d'avenir équivalentes à celles dont bénéficient les autres officiers des différentes armes.

Là était la véritable solution, et nous devons reconnaître que notre collègue a mis la question au point, de telle façon que le projet voté par la Chambre des députés et que votre commission vous propose, à son tour, d'adopter n'est, sauf quelques modifications, d'ailleurs très dignes d'intérêt, que la reproduction presque intégrale de celui déposé sur le bureau du Sénat, le 29 novembre 1910.

D'autres parlementaires ont également montré tout l'intérêt qu'ils portaient au corps de santé.

M. le député Lachaud, à plusieurs reprises, et, avec insistance, MM. Dudouyt, Dutreil, Allemane, Bouffandeau, Roblin, de Chappedelaine sont montés à la tribune à ce sujet.

Notre collègue M. Peyrot prononça, dans la deuxième séance du 1er avril 1910, un éloquent plaidoyer destiné à bien mettre en lumière les mérites de ses confrères militaires. M. Jenouvrier vint aussi les défendre, et M. Waddington, rapporteur du budget de la guerre en 1910, avec sa haute autorité, appela l'attention du Sénat sur l'exode fréquent des médecins militaires qui, toujours à la peine, ne sont pas toujours à l'honneur, et sur la nécessité de prendre des mesures pour remédier à ce fâcheux et dangereux état de choses.

Le président actuel du Conseil des ministres, M. Monis, avait, lui aussi, signalé cette situation inquiétante.

Enfin, notre nouveau collègue, M. Chapuis, pendant longtemps député de Meurthe-et-Moselle, a eu le grand mérite de formuler un projet transactionnel qui a réuni tous les suffrages.

Déjà rapporteur à la Chambre de la loi du 15 avril 1904, le docteur Chapuis a droit à toute la reconnaissance du corps de santé.

Les noms du général Brun et de Berteaux, dont nous regrettons, si vivement, la mort tragique, qui ont pris l'un l'*initiative* et l'autre *fait voter la loi* telle qu'elle vous est présentée aujourd'hui, devront rester dans la mémoire reconnaissante des médecins militaires.

Pour convaincre, s'il en était besoin, nos collègues de la nécessité de voter le projet de loi qui leur est soumis, je vais brièvement rappeler, après MM. Charles Humbert et le docteur Chapuis, la lourde tâche qui incombe aujourd'hui aux médecins militaires.

Depuis l'institution du service militaire obligatoire pour tous, le rôle de l'officier médecin a singulièrement grandi. Il ne se borne plus à donner des soins aux malades, comme c'est le propre du médecin civil, il doit aussi défendre la collectivité contre la maladie et la mort.

Les progrès incessants de l'hygiène imposent au service de santé le devoir de se tenir à la hauteur de cette tâche et l'obligation d'exercer un contrôle permanent sur toutes les parties de l'hygiène du soldat.

Le médecin militaire examine toutes les denrées destinées à l'alimentation de la troupe, surveille la nourriture, l'eau de boisson, l'hygiène individuelle, l'entraînement, la propreté du soldat, la salubrité de la caserne.

Il procède aux enquêtes sanitaires, provoque et fait exécuter toutes les mesures de prophylaxie destinées à éviter la propagation des maladies épidémiques.

Intimement mêlé à la vie du soldat, il l'accompagne partout : au tir, aux écoles à feu, aux manœuvres, à la baignade, dans les cantonnements et les bivouacs, dans tous les différents exercices qui mettent sur pied un bataillon, un escadron, un groupe de batteries, etc.

En dehors des soins à donner aux malades, à l'infirmerie et à l'hôpital, le médecin militaire est tenu d'exercer une surveillance continuelle sur le soldat, depuis l'entrée de celui-ci au régiment jusqu'à sa libération.

Il porte une attention toute spéciale sur les sujets de constitution douteuse, en vue des cas de la réforme temporaire ou définitive, et il est astreint, de ce chef, en dehors de la visite quotidienne, à des visites mensuelles, à des pesées périodiques, à des examens répétés.

Il a l'administration de l'infirmerie. Il est responsable de l'entretien du matériel de mobilisation, de l'instruction des infirmiers et est chargé de faire des conférences sur l'hygiène et la prophylaxie, etc.

En temps de guerre la tâche du médecin est plus lourde encore ; il n'a pas seulement à panser et à opérer les blessés, à soigner les malades, ce que peut faire tout médecin instruit civil ou militaire, il doit, encore, leur apporter les secours en temps utile, les abriter, les nourrir, les évacuer. Ce rôle écrasant exige une grande activité physique et une connaissance approfondie, acquise dès le temps de paix, des conditions de la guerre moderne.

En regard de fonctions aussi lourdes, quels sont les avantages faits, actuellement, à nos médecins militaires ?

Dans l'ensemble de l'armée, la proportion des officiers généraux aux colonels ou lieutenants-colonels est de *un* pour *trois*, elle n'est que de *un* pour *six* dans le corps de santé.

La proportion des colonels et lieutenants-colonels aux commandants est de *un* pour *deux*, tandis qu'il n'y a qu'*un* médecin principal pour un peu plus de *trois* médecins-majors de première classe.

Dans ces conditions, les médecins militaires ne peuvent guère espérer dépasser ce dernier grade et c'est ainsi que le service de santé voit partir, chaque année, des médecins dans toute la force de l'âge et en pleine vigueur professionnelle.

Le projet de loi qui vous est soumis a pour but de remédier, en partie, à cette inégalité choquante.

Le tableau ci-après, qui met en regard les chiffres fixés par la loi du 15 avril 1904, par le projet du Gouvernement et par le projet adopté par la Chambre des députés, permettra de saisir rapidement l'importance de la réforme proposée qui aboutit à une augmentation de 235 unités.

DÉSIGNATION	LOI du 15 avril 1904.	PROJET du Gouvernement.	PROJET adopté par la Chambre des députés.
Médecins inspecteurs généraux...	3	3	5
Médecins inspecteurs............	14	20	20
Médecins principaux de 1re classe.	42	44	50
Médecins principaux de 2e classe..	60	66	95
Médecins majors de 1re classe....	340	366	370
Médecins majors de 2e classe.....	510	575	580
Médecins aides-majors de 1re et de 2e classe (y compris les élèves de l'école d'application du Val-de-Grâce)...................	506	618	590
Totaux......	1.475	1.692	1.710

Je dois faire remarquer qu'avec ce nouveau progrès accompli la situation qui sera faite, dans notre pays, au service de santé restera encore inférieure à celle qui existe en Allemagne et en Italie.

Cependant l'augmentation numérique des médecins militaires et la nouvelle répartition des grades répondent, d'une façon asez satisfaisante, à la fois aux besoins de notre organisation sanitaire et aux aspirations légitimes du corps de santé.

Quant à la répartition qui serait faite des médecins des différents grades aux différents emplois, voici les indications fournies par le Gouvernement à la commission de la Chambre :

Des cinq médecins inspecteurs généraux, un serait affecté à la direction du service de santé de l'armée au ministère de la Guerre, un au comité technique, un à la direction du Val-de-Grâce, un au 19e corps et un au 20e corps d'armée.

Il y aurait à la tête de chacun des autres corps d'armée, un médecin du grade d'inspecteur.

La majoration du nombre des *médecins principaux* permettra de placer des *colonels médecins* dans les hôpitaux dirigés à l'heure actuelle par des médecins-majors de première classe et, notamment, dans ceux dont le médecin chef remplit en même temps le rôle de chef du service de santé dans les places.

On est en droit d'attendre les meilleurs résultats de la présence à côté du commandement, d'un médecin élevé en grade, ayant l'autorité voulue pour coordonner le service sanitaire des villes de garnison.

En temps de guerre, les médecins principaux seront médecins divisionnaires, médecins chefs des étapes, du champ de bataille et des formations sanitaires importantes telles que les hôpitaux d'évacuation.

La dépense totale qui résultera de l'augmentation des cadres prévue par le projet actuel atteindra environ 1 250 000 francs.

Sans vouloir empiéter sur le rôle qui appartient à la Commission des finances du Sénat d'apprécier le projet au point de vue financier, il nous sera permis de rappeler ces paroles profondément vraies de notre collègue Gervais : « Plus il y a de médecins dans une armée et plus rapidement et complètement sont prises les mesures d'hygiène et de prophylaxie, plus rapidement sont examinés et traités les malades, d'où, comme conséquence, une morbidité moins élevée, une gravité moindre dans les maladies et partout une mortalité plus réduite. »

Peut-on citer des chiffres plus éloquents que ceux-ci. En 1880 la mortalité de l'armée atteignait 9,46 p. 1000; elle n'était plus que de 3,14 p. 1000 en 1905.

Dans l'état actuel, les médecins majors et aides-majors de troupes, ayant un trop grand nombre d'hommes à observer et surchargés par les besognes les plus diverses, pour mettre leur responsabilité à couvert, envoient à l'hôpital des hommes atteints d'affections légères qui pourraient, si le médecin avait plus de temps à sa disposition, être soignés, sans frais, à l'infirmerie ou même à la chambre.

En réalité, le déficit des médecins militaires se traduit en fin de compte, non point par une économie, comme on pourrait le croire, mais par un surcroît de dépenses. Il entraîne chaque année des relèvements de crédits qui ont atteint en 1910 la somme de 864 531 francs.

Votre commission de l'armée a été d'avis, à l'unanimité, qu'il convenait d'adopter intégralement le projet voté par la Chambre des députés qui constituera *la nouvelle loi des cadres pour nos médecins militaires.*

Elle exprime, seulement, un regret, renouvelant celui qu'elle a déjà exprimé lors du vote de la loi sur l'artillerie, c'est que le Parlement soit appelé à statuer, par morceaux, sur l'organisation nouvelle des cadres de notre armée, sans qu'il lui soit possible d'avoir une vue d'ensemble et de fixer des principes généraux qui établissent une corrélation intime entre les armes et services.

PROJET DE LOI

Article unique. — Le tableau arrêté par la loi du 15 avril 1904, et portant fixation du cadre des médecins militaires, est remplacé par le suivant :

Médecins inspecteurs généraux........	5
Médecins inspecteurs................	20
Médecins principaux de 1re classe......	50
— de 2e classe......	95
Médecins-majors de 1re classe........	370
— de 2e classe........	580
Médecins aides-majors de 1re et de 2e classe (y compris les élèves de l'école du service de santé militaire)............	590
Total.................	1710

V.-E.-M. 1911. — Le onzième voyage d'études médicales aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du Sud-Est de la France, visitées dans l'ordre suivant : Vals, Montmirail, Balaruc-les-Bains, Lamalou, Alet, La Fou-Saint-Paul-de-Fenouillet, Prats-de-Mollo, La Presle, Amélie-les-Bains, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, Molitg, Le Vernet, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Ussat, Aulus, Salies-du-Salat.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation, Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Toulouse, prix à forfait : 350 francs pour tous les frais : chemins de fer (première classe), voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 83. — MARDI 25 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. MARDI 25 JUILLET 1911. — N° 83.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 2 octobre 1911, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour sept places d'élèves internes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Nul ne pourra concourir pour l'internat en médecine s'il n'est externe titulaire des hôpitaux de Marseille.

Les internes et les externes des hôpitaux annexés à une faculté de médecine continueront à pouvoir se présenter directement à l'internat sans passer par l'externat des hôpitaux de Marseille.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu. Ils auront à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime).

La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

— Le lundi 9 octobre 1911, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination à quinze places d'élèves externes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu. Ils auront à produire un certificat constatant qu'ils ont au moins une inscription de médecine.

La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinicat. — Sont nommés :

Clinicat gynécologique : M. Deverre, chef de clinique titulaire ; M. Rouhier, chef de clinique adjoint.

Clinicat ophtalmologique : M. Cerise, chef de clinique titulaire; M. Chenet, chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical : MM. Mathieu et Sauvé, chefs de clinique titulaires; Poupardin, chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical infantile : M. Perrin, chef de clinique titulaire.

Clinicat des maladies des voies urinaires : M. Picot, chef de clinique titulaire.

Clinicat thérapeutique : M. Gy, chef de clinique titulaire; M. Cavadias, chef de clinique adjoint.

Clinicat médical : MM. Lippmann, Chiray et Pinard, chefs de clinique titulaires ; Villaret, Lian, Sezary, chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies mentales : MM. Boudon, chef de clinique titulaire; Lévy-Valensi, chef de clinique adjoint.

Clinicat médical infantile : MM. Lemoine, chef de clinique titulaire; Harvier et Ferrand, chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Lévy-Frenkel, chef de clinique titulaire; Bory, chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies nerveuses : MM. Tinel, chef de clinique titulaire; Jumentié, Mme Long, chefs de clinique adjoints.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Pachon, professeur agrégé, est nommé professeur de physiologie.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Massol, professeur de physique, est nommé directeur, pour trois ans, à dater du 12 juillet 1911.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Broudic, Gilbert, Guillaumet et Socquet (de Paris), Patay (de Rennes).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Chouquet, Levère, Guérin-Valmale et Livon (de Marseille), Marty (de Lisle).

MARINE. — M. le médecin général de deuxième classe Chevalier, directeur de l'école de Bordeaux; MM. les médecins principaux Auregan, du port de Lorient, et Autric, du port de Toulon, ont été nommés membres du jury du concours pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine en 1911.

— Par décision ministérielle du 13 juillet 1911, M. le médecin de première classe Barthe, du port de Toulon, a été nommé à l'emploi de professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort, pour une période de cinq années, à compter du 1er août 1911.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Est nommé dans le corps des sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le docteur Seron (de Verberie).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Mouilleron, ancien médecin sanitaire maritime, et Charles Nélaton, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

HOPITAUX DE MARSEILLE

Service du professeur Léon Imbert.

SUR LES ATTITUDES DU MEMBRE INFÉRIEUR

DANS LES

LUXATIONS DE LA HANCHE

Leçon clinique

recueillie par MM. Jean SEDAN et Henri FAUCHEUX,
externes du service.

Il existe des luxations de la hanche qui sont antérieures et d'autres qui sont postérieures, chacune de ces deux variétés comportant une variété supérieure et une autre inférieure.

D'où quatre luxations différentes : antérieure et supérieure ou pubienne, antérieure et inférieure ou ovalaire, postérieure et supérieure ou iliaque, postérieure et inférieure ou ischiatique. C'est ce que représente le *schéma* 1, où la tête fémorale

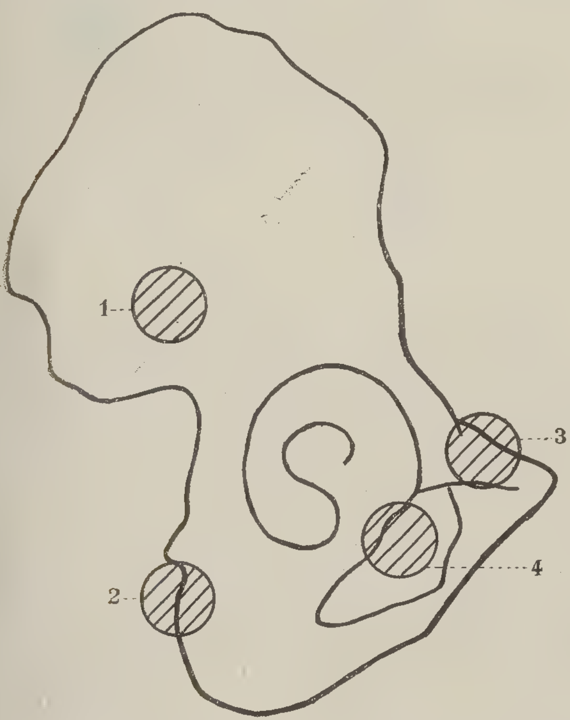


Fig. 1 (schématique). — *Les diverses positions de la tête fémorale dans les quatre grandes variétés de luxations.* — 1. Iliaque; — 2. Ischiatique; — 3. Pubienne; — 4. Ovalaire.

est représentée par une circonférence à la place qu'elle occupe dans les quatre luxations.

On sait que, dans la luxation de la hanche le rôle capital est dévolu au ligament ilio-fémoral (ligament en Y de Bertin ou de Bigelow).

Ce ligament s'insère en haut sur l'épine iliaque antéro-inférieure et de là s'étend en éventail, sur la face antérieure du col pour s'insérer à la ligne intertrochantérienne antérieure.

Il s'y fixe par deux faisceaux, un faisceau iliopré-trochantérien et un faisceau ilioprétrochantinien.

Ce ligament est inextensible et à ce titre maintient la tête fémorale à une distance maxima de l'épine iliaque. C'est d'ailleurs grâce à cette immobilisation relative de l'extrémité supérieure du fémur, que l'on a pu décrire les quatre types de luxation de la hanche desquels nous avons déjà parlé.

La rupture de ce ligament amène la confusion des variétés ; la luxation devient atypique et, par voie de conséquence, la réduction ne pourrait plus être le résultat de manœuvres méthodiques et rationnelles. Cette notation d'anatomie donnée, observons quelles sont les déformations dans la luxation de la hanche.

On peut les ramener à deux classes :

α. Rotation externe ou interne du membre inférieur ;

β. Flexion complète ou incomplète du membre inférieur.

1° *Rotation externe ou interne du membre inférieur.* — Le ligament de Bertin immobilise le grand trochanter ; la tête une fois sortie du cotyle peut se mouvoir en avant ou en arrière suivant que la luxation est antérieure ou postérieure, mais le grand trochanter est maintenu à une distance toujours égale de l'épine iliaque.

Si nous nous reportons au *schéma* 2, nous voyons

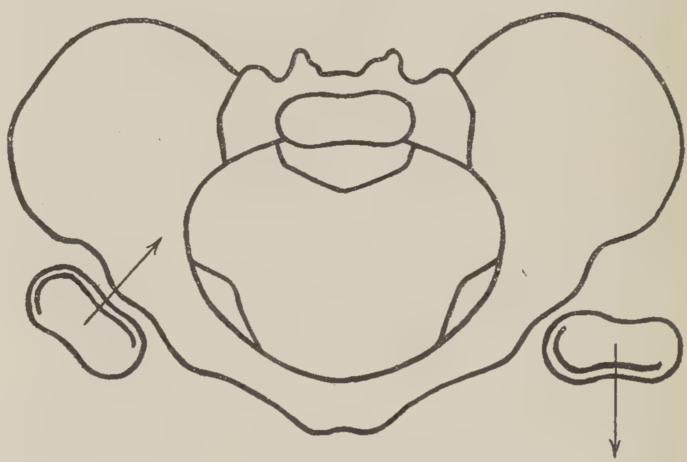


Fig. 2 (schématique). — *La flèche indique la direction du pied.* — A droite, articulation normale, pointe du pied dirigée en avant; à gauche, luxation postérieure, pointe du pied dirigée en dedans.

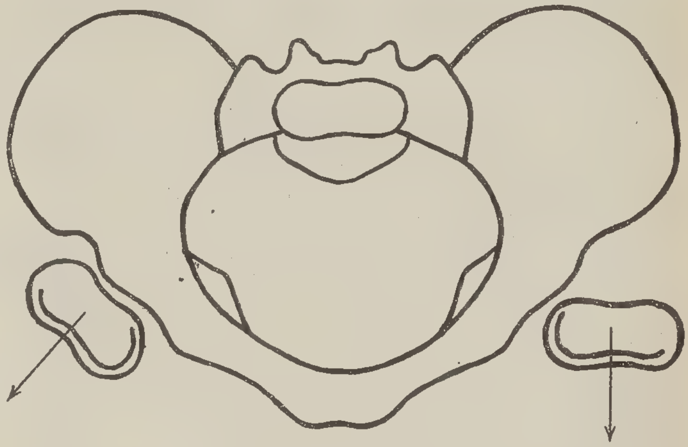


Fig. 3 (schématique). — *Même remarque que pour la figure précédente.* — A gauche, luxation antérieure, pointe du pied dirigée en dehors.

que la luxation postérieure amène une rotation, en dedans, de l'axe du fémur et par suite de tout le membre.

Le mécanisme est le même, mais en sens inverse

pour la luxation antérieure, l'axe du fémur tournant alors en dehors.

Nos figures 2 et 3 représentent une coupe schématique du bassin avec les cotyles, les têtes fémorales et les grands trochanters, vus également en coupe. L'axe du pied est représenté par une flèche perpendiculaire à l'axe du col fémoral.

Pour faciliter la compréhension, les bords antérieurs du col et de la tête ont été marqués d'un double trait. On voit bien sur la figure 2 que la tête ne peut se luxer en arrière qu'à la condition que le col prenne la position indiquée à gauche de la figure et que, en conséquence, le pied, représenté par la flèche, doit se mettre en rotation interne.

La figure 3 montre inversement que la luxation antérieure s'accompagne forcément de rotation externe du pied.

2° *Flexion complète ou incomplète du membre inférieur.* — C'est surtout ici qu'il importe de se rappeler le mécanisme de la déformation pour retenir la déformation elle-même.

On sait que la luxation iliaque comme la pubienne présentent une légère flexion, tandis que les luxations ischiatique et ovalaire présentent une flexion prononcée.

Ces attitudes deviennent aisément compréhensibles, si on se rappelle que le ligament de Bertin s'insérant, d'une part sur l'épine iliaque antéro-inférieure, d'autre part sur le fémur, constitue un bras de levier par rapport à celui-ci et, si l'on décrit un cercle ayant comme centre l'épine iliaque antéro-inférieure et comme rayon le ligament de Bertin lui-même, le fémur rencontrera toujours ce cercle sur un point : le point d'insertion du ligament de Bertin sur lui ; en d'autres termes, *le grand trochanter suivra toujours le lieu géométrique des points situés à égale distance de l'épine iliaque ; cette distance étant représentée par la longueur du ligament de Bertin.*

On connaît d'autre part la position de la tête dans les quatre luxations (se reporter au schéma 1) ; d'ailleurs le nom seul de la variété de luxation précise cette position.

Si l'on mène de ce point une ligne droite tangente au cercle précité, on aura la direction de la diaphyse fémorale soit par la ligne elle-même, soit par le prolongement de la ligne. C'est ce qui a été fait dans le schéma 4.

On se rend bien compte ainsi, que la luxation pubienne (antéro-supérieure) et la luxation iliaque (postéro-supérieure) se présentent en flexion légère, précisément parce qu'elles sont hautes, la ligne C représentant la direction du membre inférieur. Par contre, la luxation ovalaire (antéro-inférieure) et la luxation ischiatique (postéro-inférieure) se présentent en grande flexion, indiquée par les lignes A et B. On voit donc, en somme, que les luxations supérieures s'accompagnent de flexion légère, les luxations inférieures de grande flexion.

Si l'on combine les attitudes de rotation et celles de flexion, on aura le tableau suivant des positions du membre inférieur dans les luxations de la hanche.

Luxation ILIAQUE : rotation interne (parce qu'elle est postérieure) ; — légère flexion (parce qu'elle est supérieure).

Luxation ISCHIATIQUE : rotation interne (elle est postérieure) ; — grande flexion (elle est inférieure).

Luxation OBTURATRICE : rotation externe (elle est antérieure) ; — grande flexion (elle est inférieure).

Luxation PUBIENNE : rotation externe (elle est antérieure) ; — légère flexion (elle est supérieure).

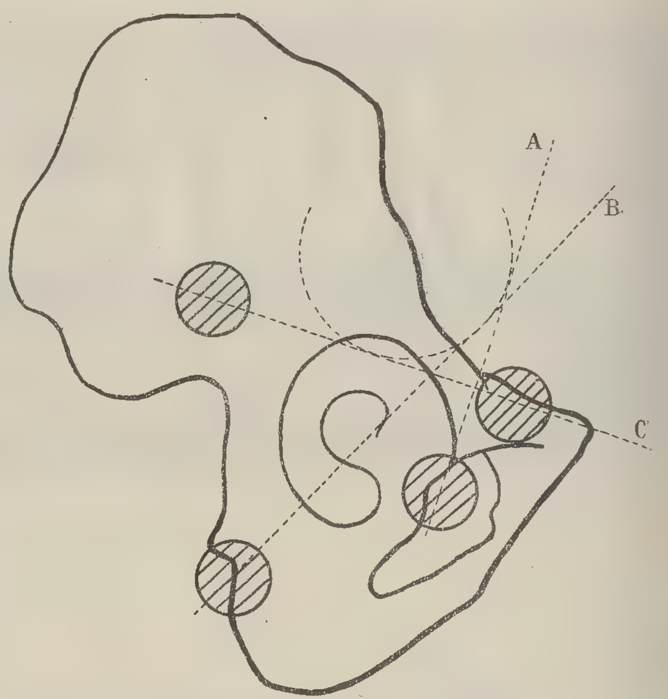


FIG. 4 (schématique). — *La circonférence pointillée représente le trajet suivi dans les diverses luxations par l'insertion inférieure du ligament de Bertin.* — Les deux lignes A et B, figurant la direction du membre inférieur, montrent que, dans les luxations basses, le membre est fortement fléchi ; la ligne C représente au contraire le membre en demi-extension dans les deux positions hautes.

Les indications qui précèdent nous ont paru susceptibles de rendre quelques services ; elles permettent de s'expliquer les différentes attitudes du membre inférieur dans les luxations de la hanche ; il n'y faut voir bien entendu que des schémas qui n'ont que la prétention de rendre plus aisément compréhensibles des notions que les élèves s'assimilent parfois avec quelques difficultés.

MÉDECINE PRATIQUE

LA SCOPOLAMINE EN OBSTÉTRIQUE

C'est en 1880 que Ladenburg, pour la première fois, isola des eaux mères de la préparation de l'atropine et de l'hyoscinamine (extraites de la jusquiame) une substance nouvelle, l'hyoscine, douée de propriétés hypnotiques. En 1890, Schmidt isola à son tour de la scopolia japonica une substance de composition identique ($C^{11}H^{21}AzO^{4}$) mais de propriétés hypnotiques plus puissantes qui prit le nom de scopolamine.

Employée d'abord à différentes reprises en oculistique comme mydriatique, succédané de l'atropine, on l'utilisa aussi comme sédatif énergique en psychiatrie.

En 1900, Schneiderlin eut l'idée de l'essayer en chirurgie pour faciliter l'administration du chloroforme et de l'éther,

et permettre de diminuer les doses de ces derniers pour obtenir l'anesthésie générale. La méthode eut un grand succès en Allemagne sous l'impulsion surtout de Korff. En France, Terrier et Desjardins la firent connaître en 1905 (Desjardins, *Soc. de chir.*, 10 déc. 1904; — Terrier, rapport, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 21 fév. 1905, t. XXXI, n° 6, p. 176; — Terrier et Desjardins, *Presse méd.*, 4 mars 1905, n° 18, p. 137), 1500 cas étaient déjà publiés à cette époque. Mais la scopolamine, employée seule et à doses beaucoup trop fortes, donna lieu parfois à des résultats déplorables, l'action toxique du médicament sur le cœur, la respiration, l'excitation qu'il produit, allaient le faire abandonner lorsque Korff eut l'idée de l'associer à la morphine, ce qui permit à Blos d'abaisser considérablement les doses de scopolamine.

Aux doses très faibles où elle est employée aujourd'hui, son usage semble peu dangereux; cependant bien peu de chirurgiens ont continué à l'employer systématiquement, car elle produit une vaso-dilatation des vaisseaux périphériques et surtout une contracture de la paroi abdominale qui peuvent être gênantes. Mais chez les malades très pusillamines, très effrayés par la perspective d'une opération ou du chloroforme, elle peut rendre des services très appréciables.

En obstétrique, c'est seulement dans ces dernières années qu'on s'est inquiété de diminuer des douleurs considérées jusque-là comme un phénomène physiologique et nécessaire.

Le chloroforme est souvent peu pratique, étant donnée la longueur du travail, et risque de diminuer les contractions, la rachianesthésie n'a pas tenu ce qu'elle promettait au début; on a eu l'idée de s'adresser à la scopolamine. C'est Steinbuchel, en 1902, qui fit les premiers essais.

Mais employée seule et à doses trop considérables, comme en chirurgie, elle donna au début de graves mécomptes; de plus on n'obtenait pas toujours, ce que l'on croyait utile d'obtenir, un sommeil complet (Zweifel). Puis, sous l'influence de Krönig et de son assistant Gauss, depuis 1905, la méthode se modifia complètement, on ne chercha plus à obtenir qu'un demi-sommeil (dämmerschlaf) juste suffisant pour diminuer les douleurs, ce qui permit d'atténuer considérablement les doses de scopolamine associée à la morphine.

Sous cette forme, la méthode s'est répandue rapidement en Allemagne, plusieurs milliers de cas ont été publiés (Gauss à lui seul a publié 1500 observations), mais non sans susciter de vives objections. A la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, en juillet et novembre 1906, Bardeben et Hocheisen ont critiqué la méthode défendue par Gauss et Krönig. Au Congrès international de Pesth en 1909 (août-septembre), une discussion a eu lieu entre Gauss, van Hoosen, Frigyesi, Krönig.

D'Allemagne, la méthode s'est répandue surtout aux Etats-Unis où le « Painless Labour » a rencontré des défenseurs nombreux et convaincus et quelques détracteurs (Hassler, Hendel, Coleman, Newel, Skinner, Kirby, Holt, Butler, Birchmore, Rittenhow, Smith, Halpenny, Vrooman, Nicholson, Hatcher). Elle compte quelques adeptes au Canada (Laurendeau, Old, Fenton).

En Angleterre, elle pénétra un peu plus tard, et son emploi fut tenté dans les maternités de Londres (Sinclair, Buist, Lamphear, Leedham Green, Corbett, Giuseppi), d'Edimbourg (Croom, R. Lawrence), de Dublin (Sheill, Freeland et Salomons).

En Italie (Bertino), en Espagne (Recasens), la scopolamine a été aussi essayée dans les accouchements. En France, à notre connaissance, aucune publication n'a montré que l'exemple de Krönig et de Gauss ait été suivi. Par contre, une importante et très consciencieuse Revue générale du professeur Lequeux vient d'exposer les résultats qu'on est en droit jusqu'ici d'en attendre. Ils sont à la vérité peu encourageants. C'est en suivant surtout ce travail, ainsi que quelques autres publications indiquées à la fin de l'article, que nous allons tenter de montrer où en est actuellement la question.

Il y a un premier point qui frappe à la lecture des travaux sur la scopolamine, c'est qu'on n'est pas du tout d'accord sur la nature du produit employé, et qu'il est certain qu'on trouve dans le commerce des produits très différents. En tout cas, si nous avons bien compris ce que disent les chimistes, on trouve sous le nom de scopolamine ou hyoscine deux produits de provenance différente :

1° Du datura alba est extraite, en même temps que l'hyoscynamine et l'atropine, une substance appelée hyoscine.

2° Des racines de la scopola carniolica est extrait un autre alcaloïde appelé scopolamine ou hyoscine. Lorsque ce produit est impur, il consiste en un mélange d'hyoscine et d'atroscine qui est son isomère, comme l'atropine est l'isomère de l'hyoscynamine. L'atroscine est un produit toxique très dangereux. Comme il se trouve le plus souvent dans la scopolamine commerciale, on comprend la nécessité de vérifier avec soin la pureté du médicament.

Un autre point sur lequel tous les chimistes sont d'accord (Martindale, John Uri Lloyd, Binz) et qui est formellement admis par la pharmacopée des Etats-Unis et celle de Grande-Bretagne, c'est l'identité absolue de l'hyoscine et de la scopolamine ainsi que de leurs sels, le bromhydrate de l'un est le bromhydrate de l'autre. Cependant on voit, dans la plupart des publications médicales, que l'hyoscine a un pouvoir hypnotique beaucoup moindre que la scopolamine. Voici comment on peut expliquer cette contradiction apparente. L'hyoscine-scopolamine, corps unique, peut se présenter sous trois variétés isomériques qui ne se distinguent physiquement que par leurs propriétés polarimétriques : l'une est dextrogyre, l'autre lævogyre, la troisième racémique.

Or, il semble que les propriétés hypnotiques appartiennent surtout à la variété lævogyre, tandis que la variété dextrogyre en est presque dénuée. On donnerait commercialement le nom de scopolamine aux préparations où l'hyoscine lævogyre serait pure ou prédominante, et d'hyoscine aux préparations qui contiendraient surtout la variété dextrogyre.

Quoi qu'il en soit de cette explication, tout le monde est d'accord pour affirmer la nécessité d'employer une préparation très pure, privée d'alcaloïdes autres que l'hyoscine-scopolamine. A ce point de vue, les protagonistes de la méthode recommandent la scopolamine préparée par la maison Merck (d'Iéna) et vérifiée par le docteur Kionka. Les accoucheurs américains ou anglais utilisent l'hyoscine de la maison Burroughs Wellcome et Cie.

Les solutions de ces produits s'altérant très vite, il est nécessaire de ne se servir que d'une solution très fraîche (trois jours au plus) ne présentant aucun trouble, ne contenant pas d'atroscine ou apoatropine. (Gauss vérifie lui-même la solution avant de s'en servir au moyen de l'épreuve du permanganate de potasse.) Il est vraisemblable que la scopolamine très pure ne contient que de l'hyoscine lævogyre.

La scopolamine ou hyoscine de Burroughs Wellcome and Co est présentée sous forme de comprimés de la série Tabloïd, et il y en a 2 forces. Voici traduite des grains en grammes la composition approximative des deux comprimés A et B.

Comprimé A.		*Comprimé B.*	
Scopolamine....	0g0006	Scopolamine....	0g0006
Morphine......	0g0100	Morphine.......	0g0150
Atropine.......	0g0003	Atropine.......	0g0004

Ces comprimés ont l'avantage de permettre d'obtenir extemporanément une solution fraîche. Cependant les auteurs en obtiendraient des résultats moins constants qu'avec la scopolamine de Merck. Laurendeau se demande si le produit n'est pas altéré par les manipulations nécessaires pour faire le comprimé ou par la présence de l'excipient. Il se peut aussi que, comme la solution est faite en ville, le plus souvent dans

de l'eau bouillie, forcément riche en sels, il se produise une précipitation d'une partie du principe actif.

Il faut enfin savoir que, malgré la pureté du produit employé, malgré toutes les précautions dont on peut s'entourer, le médicament présente des différences d'activité qu'on ne s'explique pas encore.

La scopolamine employée seule présente un certain nombre de propriétés bien définies. C'est avant tout un paralysant des fibres musculaires lisses. De là son action mydriatique puissante; avec 0g000 000 2 (Feddersen) on obtient une mydriase apparente; Holzbach avec la même dose obtient chez l'enfant une forte mydriase, avec 0g000 000 055 l'action certaine mais faible disparaît en quelques heures, enfin la limite d'action sur la pupille semble être atteinte avec 0g000 000 048 1. C'est un vaso-dilatateur, et cette action s'exerce surtout sur les vaisseaux périphériques, ce que la chirurgie a bien montré : elle se traduit par de la rougeur de la face. L'action paralysante sur le cœur est certaine, avec des doses faibles on a de l'accélération du pouls avec augmentation de la tension.

L'action de la scopolamine sur la respiration se traduit par un ralentissement, et si la dose est notable on peut avoir un arrêt complet.

Toutes les sécrétions sont diminuées (salive, sueur, larmes, lait), d'où la soif vive, la sécheresse de la langue et de la peau.

La scopolamine agit sur les centres nerveux en diminuant l'excitabilité motrice du cerveau, qui se traduit par une diminution du tonus musculaire, et de la force musculaire, une diminution des réflexes. Le malade présente, par exemple, la démarche incertaine et titubante de l'ébriété. Enfin elle diminue les perceptions douloureuses surtout en provoquant de la somnolence, du sommeil, souvent précédé par une période d'excitation mentale avec hallucinations. A doses toxiques, ou chez certains sujets présentant une véritable idiosyncrasie, il se produit du délire avec excitation, hallucinations, la respiration devient stertoreuse, embarrassée, le cœur présente des intermittences; le malade peut tomber dans un état comateux et mourir avec des phénomènes toxiques cardiaques et pulmonaires. La scopolamine employée seule a occasionné de la sorte un certain nombre de morts (voir Morel et Viron, *Progrès médical*, 1906; Roith, *Münch. med. Woch.*, n° 6, 1905).

La morphine, heureusement est un antidote de la scopolamine, comme de l'atropine. C'est un vaso-constricteur des petits vaisseaux en même temps qu'un analgésique. Les deux poisons mélangés neutralisent leur action en partie, et lorsque la proportion est bonne il y a sinon une neutralisation absolue, en tout cas une diminution considérable de l'action toxique sur le cœur et la respiration. Mais il faut que les doses de morphine soient très petites chez la femme enceinte car, à en juger par l'effet obtenu par l'usage de la morphine isolée, elle diminue considérablement les contractions utérines et d'autre part est néfaste pour l'enfant. Nous allons voir à quelles doses on s'est arrêté en accouchements. Ces doses de scopolamine-morphine nécessaires pour obtenir le demi-sommeil pendant l'accouchement sont bien inférieures aux doses chirurgicales.

Au début Steinbuchel employait la solution suivante :

Bromhydrate de scopolamine de Merck........0g0003 à	0g0006
Chlorhydrate de morphine..	0g01
Eau....................	1 cent. cube.

pour une dose.

Kleinertz employait de plus grandes quantités de morphine (0,015 à 0,025), mais peu à peu on réduisit les doses de morphine et la plupart des auteurs s'arrêtèrent à la formule suivante pour une dose :

Bromhydrate de scopolamine........	0g0003 au maximum.
Chlorhydrate de morphine...........	0g0015 à 0g005 (0g01 étant le maxim.).
Eau...............	1 cent. cube.

Seul Recasens emploie des doses énormes, dix fois plus fortes, de scopolamine (0g003).

Si l'accouchement est de courte durée, une seule injection peut suffire, mais on peut être obligé de pratiquer une deuxième et une troisième injection. Dans ce cas la plupart des auteurs suppriment la morphine, surtout si la première dose en contenait 0g01. Si la dose de morphine de la première injection n'était que de 0g0015, la deuxième injection peut encore en contenir, la troisième n'aura plus que de la scopolamine.

Au total, pendant la durée de l'accouchement, pour la scopolamine on ne dépassera pas 0g000 45 à 0g000 6 et pour la morphine, 0g015 à 0g020, ces doses étant considérées par beaucoup comme exagérées et le maximum étant 0g01.

On peut se demander quel peut être le temps de demi-sommeil obtenu avec de si faibles doses. Kleinertz (*Centralbl. für Gynäk.*, n° 42, p. 187, 1909) a constaté que sur 280 femmes il a injecté au total 0g445 435 de scopolamine pour mille cinq cent quarante-trois heures vingt-cinq de sommeil, ce qui fait cinq heures cinquante et une minutes de sommeil pour 0g001 590 8 de scopolamine.

Presque tous les auteurs ont administré le médicament par voie hypodermique, en injection dans la fesse ou la cuisse. J. B. Freeland et Salomons (de Dublin) l'ont donné la plupart du temps par la bouche; ce serait pour eux une voie plus facile et plus sûre. Mais il arrive de temps en temps que la malade vomit peu après l'ingurgitation du médicament et que celui-ci n'agisse pas. Il ne faut donc pas utiliser cette voie si la parturiente a des tendances à vomir.

Dans quels cas doit-on employer la scopolamine dans les accouchements? Ici l'opinion des auteurs diffère.

Les uns ne s'en servent que dans certains cas déterminés, c'est ainsi que Laurendeau l'emploie toutes les fois qu'il juge que l'accouchemeut sera long, que la parturiente réclame un anesthésique (primipares), ou qu'une intervention obstétricale sera nécessaire. D'autres la réservent aux neurasthéniques, aux femmes agitées ou nerveuses, ou encore pour pratiquer des interventions obstétricales, dilatations du col, versions, applications de forceps, suture de périnée, curettages, etc.

On l'a utilisée encore dans quelques cas particuliers : la chorée gravidique (Sheil), l'éclampsie (7 cas avec succès, Laurendeau), les vomissements incoercibles (Gasca), les crampes douloureuses (Steinbuchel).

Mais pour les protagonistes de la méthode, Krönig, Gauss, Steinbuchel, Ziffer, la méthode ne s'adresse pas seulement à des cas exceptionnels, sa principale indication serait l'accouchement normal avec des douleurs physiologiques. A part les cas où la malade arrive à la période d'expulsion et où celle-ci semble devoir être terminée avant que le médicament puisse agir, toutes les accouchées pourraient profiter du soulagement du demi-sommeil. La production d'excitation ou la nécessité d'une intervention entraîneraient en plus l'administration d'un anesthésique général, chloroforme ou éther. C'est donc à la période de dilatation que la première injection sera faite. Mais sous peine de les voir s'affaiblir ou même s'arrêter, il faut attendre que les contractions soient fortes, régulières, très douloureuses, c'est-à-dire revenant toutes les cinq minutes et durant 30 secondes (Gauss, Sheil), la dilatation doit déjà atteindre l'étendue d'une pièce de 50 pfennigs (B. Bosse). Freeland et Salomons ajoutent qu'il faut que les bruits du cœur fœtal soient normaux et les membranes intactes.

On pratique alors la première injection, puis on laisse la malade dans le plus grand calme, dans l'obscurité, avec du coton dans les oreilles, des verres fumés sur les yeux.

Au bout de vingt à vingt-cinq minutes en général l'effet commence à se produire : la face est congestionnée, le pouls plus rapide, la respiration plus lente, la malade s'agite, se retourne dans son lit, pousse des plaintes et des gémissements vagues, des paroles incohérentes au moment des douleurs ; puis peu à peu, entre les douleurs, ses paupières se ferment et elle s'endort d'un sommeil profond et régulier. Quelquefois cette période préhypnotique n'est pas aussi tranquille, et l'on voit un véritable délire avec agitation, hallucinations, se produire, souvent d'ailleurs de courte durée. C'est habituellement au bout d'une demi-heure, trois quarts d'heure que la malade s'endort. Si au bout d'une heure le sommeil n'est pas obtenu il convient d'injecter une nouvelle dose. Mais c'est ici que se pose une objection capitale. Quel est le criterium qui permet d'assurer que la malade est dans le demi-sommeil (dämmerschlaf) suffisant pour ne pas souffrir? Si celui-ci n'est pas obtenu, la femme souffre; s'il est dépassé, on a employé une dose toxique, très forte, inutile, dangereuse. Krönig et Gauss ont proposé comme criterium ce qu'ils appellent le « merkfaehigkeit » ou épreuve du souvenir. Pour bien le comprendre il faut préciser certaines particularités du sommeil scopolamique. Les malades endormis à la scopolamine sont tirés très facilement de leur sommeil par un phénomène extérieur : les allées et venues de la chambre, le bruit, la lumière ; ils ouvrent alors les yeux d'un air hébété, regardent autour d'eux et se rendorment brusquement. C'est cette grande sensibilité aux excitations extérieures qui nécessite l'isolement et le calme absolu si on veut obtenir un soulagement véritable.

Au moment de la production des douleurs la malade s'éveille légèrement, pousse quelques gémissements; dès que la douleur cesse, elle se rendort. La douleur n'a pas été perçue ou seulement atténuée, mais si la dose a été bien calculée, la malade perd complètement le souvenir de la douleur passée. Cette amnésie complète est la preuve que le « dammerschlaf » a été obtenu, et c'est dans cet état que la malade doit être maintenue. Pour cela on aura recours à l'épreuve du souvenir. Toutes les trente ou quarante minutes on présentera à la malade un objet, toujours le même, dit Gauss, la seringue à injection par exemple, et on lui demandera si on le lui a déjà montré. Si la malade ne se souvient pas qu'on le lui ait présenté, c'est que l'amnésie persiste ; si elle s'en souvient, c'est qu'il faut renouveler la dose d'hypnotique. En un mot il faut que la malade soit maintenue dans l'impossibilité de se rappeler ce qui s'est passé un quart d'heure auparavant.

On a beaucoup critiqué ce criterium, on a proposé de le remplacer par d'autres (intensité de la douleur, degré de dilatation de la pupille, apparition de l'ataxie); en pratique, il semble que l'épreuve du souvenir, base de la méthode du demi-sommeil, a donné des résultats suffisants dans la grande majorité des cas.

En pratique, il est le plus souvent nécessaire de faire une deuxième injection cinquante minutes à une heure après la première, mais quelquefois on peut attendre deux, trois et même cinq heures. En général, avec deux injections, le demi-sommeil est obtenu pour quatre ou cinq heures, parfois beaucoup plus (douze heures). Une troisième injection n'est nécessaire que si le travail est beaucoup plus long. Il est à remarquer que de l'aveu même des partisans les plus chauds de la méthode, on obtiendra des résultats d'autant plus durables et plus constants qu'on sera plus habitué à l'appliquer (R. Lawrence). Aussi pour obtenir un résultat parfait est-il nécessaire que le médecin surveille lui-même de très près la malade et ne la quitte pas (Krönig).

Mais il faut bien savoir qu'on observe malgré tout des variations individuelles énormes et que dans quelques cas on n'obtient aucun effet, la malade accusant même des douleurs plus vives que dans des accouchements précédents. Ce sont des cas exceptionnels.

Mais ce qui est la règle, c'est que les douleurs provoquées par le passage de la tête au périnée sont en général perçues, et beaucoup d'auteurs (Lawrence, Sheil, etc.) conseillent à ce moment de donner quelques bouffées de chloroforme ou de chlorure d'éthyle. L'anesthésie générale sera de même employée si une petite opération devient nécessaire.

Après sa naissance, l'enfant sera enlevé de la chambre, car ses cris réveilleraient l'accouchée, et il faut la laisser dormir le plus longtemps possible, car si elle se réveille trop près de l'accouchement le souvenir des douleurs peut revenir (Old). En plus, ce sommeil de quelques heures lui procurera un repos considérable.

Voilà pour les indications et la technique de la méthode ; il reste à en connaître les résultats. C'est ici qu'on relève de grandes divergences entre les auteurs, divergences s'expliquant par des différences de technique, de choix des malades et peut-être aussi d'interprétation des résultats. Examinons d'abord les avantages observés.

Le premier, celui que visait la méthode, est la suppression de la douleur, résultat qui a non seulement une importance humanitaire, mais qui peut avoir une importance sociale (W. Holt), la crainte naturelle de la douleur pouvant jouer un rôle dans la limitation du nombre des naissances dont souffrent la plupart des nations civilisées. Cette suppression de la douleur doit aussi diminuer notablement le nombre des troubles mentaux, des maladies nerveuses qui, chez les sujets prédisposés, peuvent être provoquées par les douleurs et le shock de l'accouchement.

Ce but est-il réellement atteint par l'emploi de la scopolamine ? Quelques auteurs ont élevé des doutes sur l'action de la scopolamine sur la douleur. Sheil, en observant les malades anesthésiés au protoxyde d'azote, a la conviction qu'ils doivent souffrir, mais l'oublier rapidement ; il se demande si la scopolamine n'agit pas de même. C'est ce qu'affirme Hocheisen, le grand adversaire de la méthode. Mais des défenseurs convaincus de la scopolamine, comme R. Lawrence, affirment aussi que les douleurs sont perçues, en partie seulement, mais que la malade n'a aucun souvenir en s'éveillant de la peine perçue pendant le sommeil. Mais cet oubli lui-même peut être incomplet ou s'effacer, et la mémoire revenir ; si la malade est réveillée aussitôt après l'accouchement, elle se rappellera les douleurs souffertes (Old).

Sheil, dans un cas, a vu, chez une malade qui ne se souvenait d'abord de rien, le souvenir des douleurs du début de l'accouchement revenir après quarante-huit heures.

Il s'agit donc, le plus souvent, d'une analgésie incomplète avec amnésie plus ou moins complète, mais pouvant disparaître dans certains cas.

Quant au pourcentage des cas dans lequel l'amnésie a été ou non obtenue, il varie énormément selon les statistiques, et nous ne pouvons que résumer en tableau quelques-uns des résultats indiqués par les auteurs :

Auteurs.	Analgésie très bonne.	Demi-sommeil.	Résultat nul.
Gauss (1re)	78 %	16,3 %	4,5 %
Krönig	80	10	5
Gauss (2e)	76	18,2	5,6
Preller	70	18	12
Hocheisen	61	21	18
Steffen	45,8	35	19,2
Bertino	45	—	36
Beruti	65	21,8	13
Lawrence	90	—	10
Avarffy	13,7	41,2	37,5
Bosse	30	59,8	10,3
Freeland et Salomons	67	20	13

On voit que les chiffres extrêmes sont de 90 p. 100 de succès (Lawrence) et de 36 p. 100 (Bertino), 37,5 p. 100 (Avarffy) d'insuccès.

Dans quelques cas, les femmes ont trouvé qu'elles souffraient plus que dans un accouchement antérieur [Lawrence (2 p. 100)].

On ne peut s'étonner de voir des écarts aussi grands avec un médicament si instable, si délicat à manier que la scopolamine, et surtout un symptôme aussi difficile à apprécier que peut être l'intensité de la douleur.

Le second avantage considérable que procure la méthode du demi-sommeil est le repos que procure aux accouchées les périodes de sommeil entre les douleurs, et aussi, si on peut l'obtenir après la terminaison de l'accouchement (Gauss). Certaines multipares, interrogées sur les avantages qu'elles ont trouvés à la méthode, font passer cette absence d'épuisement, de fatigue, avant la diminution des douleurs (Lawrence). En fait, la plupart des auteurs constatent que, surtout si la femme a pu dormir tranquillement plusieurs heures après l'accouchement, ses traits demeurent reposés et elle ne présente pas cet état de shock qui suit un accouchement pénible; le temps de séjour au lit, par cela même, peut être diminué (Old).

Un autre avantage de l'emploi de la scopolamine, bien connu en chirurgie, est la diminution notable (un quart environ) de la quantité d'anesthésique (chloroforme, éther) nécessaire pour obtenir le sommeil complet si on a une intervention à pratiquer.

Certains admirateurs enthousiastes de la méthode ont été jusqu'à avancer qu'elle donnait une grande sécurité au médecin (R. Lawrence) et à la famille de l'accouchée rassurée par son sommeil calme et ses traits reposés. Nous verrons que ces affirmations sont en contradiction avec ce que pensent la grande majorité des auteurs.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1911)

Kystes du pancréas. — M. QUÉNU résume la discussion. Il rappelle que les kystes néoplasiques ont été observés en minorité par rapport aux kystes par auto-digestion du pancréas. La radiographie et l'insufflation de l'estomac peuvent être utiles pour le diagnostic.

M. Quénu distingue les kystes de la tête du pancréas de ceux du corps. Ceux de la queue du pancréas sont pédiculés, les autres sont adhérents. Les plus fréquents sont ceux de la tête. Il est bon de recourir à la réaction de Weinberg, bien qu'elle soit souvent infidèle.

Le traitement se réduit à l'abouchement à la paroi, l'extirpation étant le plus souvent impossible. La fistule qui en résulte est parfois intarissable, ce qui légitime l'abouchement dans l'estomac ou le duodénum, comme l'a fait M. Ombrédanne.

En résumé, diagnostic difficile, traitement variable suivant les cas.

Colites graves. — M. SIEUR, dès 1886, a vu des malades porteurs de lésions graves; le cæcum était épaissi, dur; la muqueuse pouvait être plus ou moins altérée, de teinte ardoisée, et sur le gros intestin on voyait des ulcérations alterner avec des cicatrices; dans les cas récents, le gros intestin était dilaté, la paroi était friable; autour on notait des collections purulentes, c'est une forme nécrosante, échappant à la thérapeutique chirurgicale. Il faut commencer par le traitement médical durant trois ou quatre mois. En somme la lésion commence au cæcum et va jusqu'à l'anus.

On doit éliminer l'iléo-sigmoïdostomie. La cæcostomie doit être réservée aux cas chroniques; l'appendicostomie s'appliquera aux cas aigus.

Perforation de l'œsophage abdominal. — M. MAUCLAIRE analyse une observation de M. Sencert (de Nancy). Il s'agit d'une malade qui était soignée pour ulcère de l'estomac; brusquement surviennent des accidents graves. La laparotomie est pratiquée six heures après; l'estomac est indemne; ce n'est que sur l'œsophage qu'on trouve une perforation large comme une pièce de 50 centimes; la suture n'était pas possible. On draine; la malade est placée en position semi-assise; on injecte de l'oxygène pur dans les drains. Après dix jours la malade était guérie.

M. TUFFIER a recouru à l'injection d'oxygène dans les plèvres infectées; il a obtenu de très bons résultats.

De l'emploi des greffes dans la réparation des ostéomyélites chroniques. — M. POTHERAT fait un rapport sur un cas de M. Kantas (d'Athènes). Ce chirurgien prit une greffe sur un autre sujet. Un homme de trente-quatre ans avait une ostéomyélite tibiale. On évida le tibia sur une longueur de 5 centimètres; la cicatrisation ne fut pas obtenue, il persista une fistule. M. Kantas, dans un second temps, créa une cavité de 11 centimètres de long sur 2 de large et autant de profondeur; il nettoie la cavité à la teinture d'iode. Six jours après, on met une greffe épiploïque prise à un malade opéré de hernie. Guérison.

M. TUFFIER est partisan des greffes organiques.

M. MORESTIN trouve que la greffe graisseuse préconisée par M. Chaput donne de bons résultats, mais dans l'ostéomyélite, il s'agit d'une cavité septique. La greffe pourrait s'éliminer.

M. MAUCLAIRE avait déjà essayé la greffe épiploïque, mais le greffon s'élimina sous forme de liquide huileux; il a aussi tenté de combler avec des cartilages costaux.

M. NÉLATON a recouru à la greffe graisseuse de Chaput, mais au bout de deux mois la suppuration apparut; il vaut mieux recourir au transplant par la méthode italienne.

JURISPRUDENCE

DU REMPLACEMENT MÉDICAL

Voici venir l'époque des remplacements qui, à l'approche des vacances, se font toujours nombreux. Il nous a paru intéressant de résumer en cette note de jurisprudence la nature, les conditions et les effets du remplacement, qui est un véritable contrat passé entre deux médecins.

Le contrat de remplacement se définit ainsi : la convention par laquelle un médecin s'engage envers un de ses confrères à donner temporairement ses soins à la clientèle de celui qu'il remplace, afin de la lui conserver. Les règles qui président à ces conventions relèvent exclusivement de la déontologie, et les rares décisions rendues par les tribunaux en la matière s'en sont toujours inspiré.

Quelles sont tout d'abord les conditions de validité de ce contrat ? Ayant pour objet des services médicaux, ce contrat n'intervient valablement qu'entre personnes ayant le droit de pratiquer l'art de guérir sous ses différentes manifestations licites, dans lesquelles le remplacement doit s'effectuer. Ainsi le médecin judiciairement interdit ou suspendu ne peut pas valablement traiter non seulement pour en remplacer un autre, mais aussi pour se faire lui-même remplacer, sans quoi il conserverait les avantages de sa profession que la loi lui a retirés. Serait également nul le remplacement stipulé ou promis par un empirique (Perreau, *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 122). Toutefois par exception la loi permet aux étudiants en médecine de remplacer le médecin, sous la double condition de l'article 6 de la loi du 30 no-

vembre 1892 : avoir douze inscriptions et le titre d'interne ou d'avoir terminé sa scolarité, seize inscriptions, et d'y être autorisé par un arrêté préfectoral. Si le remplaçant ne réunit pas ces conditions, le contrat est nul, et l'étudiant ne peut pas réclamer au remplacé les honoraires promis et convenus ; il pourrait également se voir poursuivre en restitution des honoraires déjà touchés. En outre, il tomberait sous le coup des peines portées contre l'exercice illégal de la médecine (trib. Dieppe, 2 janvier 1899, *Sem. méd.* 17 janvier 1900, p. 11). Le remplacé pourrait, en cas de poursuites correctionnelles, être considéré comme complice et traduit devant les tribunaux (art. 60 du Code pénal), soit s'il s'était fait sciemment remplacer par une personne ne remplissant pas les conditions désirées, soit s'il s'était fait remplacer sans vérifier l'aptitude contractuelle de son remplaçant.

Le remplacement ne peut intervenir que pour une durée temporaire ; mais le mode de fixation de cette durée est laissé à la libre volonté des contractants. L'engagement peut être pris soit pour un nombre de jours déterminés, pour une saison thermale, balnéaire ou hivernale. Cette durée pourrait être divisée en plusieurs périodes, comme dans le cas d'un médecin qui, s'absentant fréquemment, charge une fois pour toutes un de ses confrères de le remplacer à chaque absence.

Nous avons vu que le remplacement avait pour but de conserver sa clientèle au remplacé : cette condition suppose nécessaire que celui-ci demeure, pendant toute la durée du remplacement, capable de reprendre sa clientèle. En cas contraire, le contrat perd toute valeur et le remplacé doit en cesser l'exécution ; il en est ainsi dans le cas de décès du remplacé, ou dans le cas où celui-ci serait frappé d'une interdiction d'exercer la médecine. Si le remplaçant est étudiant, il cesse même d'avoir le droit d'exercer la médecine, quoique le temps de son autorisation ne soit pas écoulé. Cependant si les héritiers désirent céder la clientèle du médecin décédé, le remplaçant a le devoir de continuer l'exécution du contrat jusqu'à ce qu'ils aient traité ou renoncé à la cession. La raison en est tirée de l'art. 1134 du Code civil qui veut que la bonne foi, qui est de règle dans tous les contrats, s'oppose à la cessation immédiate du remplacement, alors qu'elle pourrait causer préjudice aux héritiers.

Nous étudierons dans notre prochaine note de jurisprudence les effets du contrat de remplacement.

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

RECHERCHES SUR LA DIIODOTYROSINE ET SON UTILISATION POSSIBLE EN THÉRAPEUTIQUE

Note de M. Albert Berthelot, présentée par M. E. Roux.

[*M. Albert Berthelot ayant été l'objet d'une citation qu'il estime dénaturer sa pensée dans la* Gazette des hôpitaux *du 18 juillet 1911, n° 80, p. 1224, col. 2, nous demande d'insérer, à titre de rectification, la communication suivante. Nous le faisons bien volontiers.*]

En hydrolysant par la baryte la gorgonine, substance albuminoïde iodée provenant du squelette axial d'un Coralliaire (*Gorgonia Cavolinii*), Drechsel a obtenu un composé très riche en iode qu'il a décrit sous le nom d'*acide iodogorgoïque* (1). En 1905, Weehler et Jamieson, en iodant directement la *l*-tyrosine, ont préparé une 3.5-diiodo-*l*-tyrosine dont ils ont affirmé l'identité avec l'acide iodogorgoïque obtenu par Drechsel (2). En 1907, Henze, qui depuis longtemps déjà étudiait la gorgonine, se refusa à adopter les conclusions de Weehler et Jamieson ; d'après lui, c'est à la 3.5-diiodo-*dl*-tyrosine, qu'il a préparée en partant de tyrosine inactive, qu'on doit identifier l'acide iodogorgoïque (3).

Tout récemment, par l'hydrolyse barytique d'une albumine iodée artificielle employée en thérapeutique (iodalbacide), Adolf Oswald a obtenu de la diiodotyrosine, mais il n'a pas indiqué quelle en était l'action sur la lumière polarisée (1).

Des travaux de ces divers auteurs se dégage donc ce fait important que la plus grande partie, et peut-être dans certains cas la totalité, de l'iode existant dans les iodalbumines naturelles ou artificielles est fixée sur la tyrosine et que ce métalloïde se retrouve à l'état de diiodotyrosine dans les produits d'hydrolyse des diverses albumines iodées.

Il est donc logique de penser que la diiodotyrosine constitue en quelque sorte le principe actif des nombreux protéiques iodés qu'emploie actuellement la thérapeutique et qu'elle est l'iodique le mieux approprié à entrer dans la constitution des iodalbumines qui existent normalement dans l'organisme. Ce raisonnement a certainement donné à Abderhalden et Slavu l'idée d'utiliser en médecine la tyrosine diiodée, car ils en ont commencé l'étude pharmacodynamique : ils ont en effet étudié comment se fait chez les animaux l'élimination de l'iode administré sous forme de diiodo-*l*-tyrosine et de glycyldiiodotyrosine (2). L'étude des modifications subies dans l'organisme par ce dipeptide a été reprise par Slavu qui a établi qu'en injection intraveineuse il détermine toujours un abaissement de la pression artérielle (3). Enfin, à l'occasion d'un travail de Pépin sur les peptones iodées, Chevalier a entrepris des recherches en vue de déterminer la part qui revient à la diiodotyrosine dans l'action de ces médicaments (4).

M. Macquaire ayant eu l'amabilité de mettre à ma disposition une quantité assez importante de tyrosine, j'ai cherché à établir comment l'organisme animal tolère la tyrosine diiodée. Toutes mes expériences ont été faites avec de la 3.5-diiodo-*l*-tyrosine préparée en partant de *l*-tyrosine provenant de la digestion tryptique de la viande.

J'ai systématiquement écarté la variété inactive parce que j'ai remarqué que la racémisation de la diiodotyrosine lévogyre s'effectue facilement sous des influences minimes ; il me paraît vraisemblable que seule la forme gauche existe dans les iodalbumines naturelles. Si l'on a isolé la diiodo-*dl*-tyrosine, en partant de cette source, cela tient sans doute à la violence des agents hydrolytiques utilisés ou à la nature même des procédés de purification ; c'est d'ailleurs un point sur lequel je me propose de revenir lorsque je publierai les résultats de recherches en cours sur les dérivés iodés de la tyrosine autres que la diiodo.

J'ai constaté que le lapin et le cobaye supportent très bien la diiodotyrosine quel qu'en soit le mode d'administration. Un certain nombre d'expériences dont je publierai prochainement les détails, m'ont permis d'établir qu'on peut faire ingérer impunément au lapin une dose de dérivé iodé correspondant à environ 0g40 d'iode par kilogramme d'animal. Un lapin de 3 200 grammes tolère parfaitement une injection intraveineuse de 0g50 de diiodotyrosine (solution aqueuse de la combinaison disodique).

J'ai pu également injecter sans inconvénient dans les veines d'un singe de 1 670 grammes une dose de tyrosine diiodée qui correspondait à 30 centigrammes d'iode.

La constatation de l'innocuité de la tyrosine pour les animaux m'a autorisé à tenter quelques essais sur l'homme.

Ces essais ont eu pour sujet un syphilitique de dix-neuf ans ; je lui ai administré, soit par ingestion, soit par injection intramusculaire, des doses croissantes de diiodotyrosine. J'ai pu atteindre la dose de 2 grammes en vingt-quatre heures, soit environ 1g15

---

(1) Drechsel. *Zeits. f. Biologie*, t. XXXIII, 1896, p. 90.
(2) Weehler and Jamieson. *American chemical Journ.*, t. XXXIII, 1905, p. 365.
(3) Henze. *Zeits f. physiol. Chemie*, t. XXXVIII, 1903, p. 60 ; t. LI, 1907, p. 64.

(1) Adolf Oswald. *Zeits f. physiol. Chemie*, 1911, p. 310.
(2) Abderhalden und Slavu. *Zeits f. physiol. Chemie*, t. LXI, fasc. 4 et 5, 1909.
(3) Slavu. *Comptes rendus Soc. Biologie*, n° 36, 1909, p. 734.
(4) Chevalier. *Bull. gén. de thérap.*, t. CLXI, 1911, p. 230.

d'iode, sans qu'il ait manifesté le moindre signe d'iodisme, même après une injection dans les muscles (1).

En résumé au cours de ces premières recherches, j'ai pu constater que la 3.5-diiodo-*l*-tyrosine est très bien tolérée par l'homme et les animaux; rien ne s'oppose donc à ce qu'on aborde l'étude de ses propriétés thérapeutiques. En raison de ses affinités avec les iodalbumines naturelles, cette substance permettra peut-être d'obtenir des effets utiles avec des doses d'iodes inférieures à celles que l'on croit généralement nécessaires ; il est possible également qu'elle nous donne le moyen d'introduire dans l'organisme, sans que celui-ci en souffre, des quantités d'iode supérieures à celles qu'utilise actuellement la médecine. Ce n'est là bien entendu qu'une hypothèse, aussi pour établir dans quelle mesure elle est réalisable je me propose d'essayer la diiodotyrosine dans tous les cas où l'iode est indiqué, notamment dans la syphilis, les mycoses et les affections cardio-vasculaires.

L'objection la plus sérieuse qu'on puisse faire à l'introduction de la tyrosine diiodée en thérapeutique est fondée sur le prix assez élevé de la matière première. Il n'y a cependant pas lieu de s'y arrêter; en effet, la tyrosine est un sous-produit jusqu'ici sans emploi, de l'industrie des peptones pancréatiques. Si cette source devenait insuffisante, il suffirait d'avoir recours à l'hydrolyse des déchets de soie ou mieux encore à la synthèse. (*Extrait des comptes rendus de l'Académie des Sciences, séance du 15 mai 1911.*)

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

VOMISSEMENTS CHEZ LE NOURRISSON

Quand un enfant, au sein ou au biberon, est atteint de vomissements, on devra, d'une part, instituer un traitement correspondant à la cause diagnostiquée; d'autre part, prescrire une demi à une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne avant chaque repas; le lait étant mieux digéré, le traitement aura une bien plus grande efficacité et le retour à l'état normal sera plus rapide.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique usuelle du praticien (2), par le professeur Albert Robin.

Il ne s'agit pas d'un traité complet de thérapeutique. L'auteur a réuni dans ce volume une série de leçons sur la thérapeutique d'un certain nombre d'affections, les plus courantes, comme aussi les plus intéressantes au point de vue traitement.

L'ouvrage débute par la thérapeutique usuelle des maladies *infectieuses*, et tout d'abord de la *fièvre typhoïde*. Le lecteur trouvera dans la lecture des chapitres consacrés à la fièvre typhoïde de fort utiles renseignements sur la balnéation, l'alimentation, l'adaptation du traitement type aux cas particuliers et les indications spéciales en cas de complications.

Les chapitres suivants traitent de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme blennorragique : ce dernier chapitre est particulièrement intéressant en raison des thérapeutiques nouvelles proposées. L'auteur envisage ensuite la thérapeutique des maladies de la *nutrition* (polyarthrite déformante, goutte articulaire, diabète, albuminurie).

Pour chacune de ces affections, avec sa compétence bien connue, M. le professeur Robin établit des régimes typiques, des ordonnances complètes, des formules extrêmement variées, permettant ainsi de faire supporter plus facilement au malade les médicaments. L'ouvrage se termine par des considérations sur le traitement de quelques affections *pulmonaires* (pneumonie, bronchite), *nerveuses* (hémiplégie, ramollissement), *cutanées* (prurigo); la lecture de cet exposé thérapeutique est agrémentée par le résumé d'observations fort intéressantes, et nul doute que cet ouvrage ne trouve auprès du public la même vogue que les ouvrages de thérapeutique antérieurs du même auteur. L. GAYARD.

(1) Chez ce malade, l'élimination urinaire de l'iode s'est toujours effectuée sans altérer en rien les fonctions rénales; l'ingestion de fortes doses n'a jamais été suivie de signes d'intolérance gastrique.

(2) Paris, Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Montpellier médical. — (N° 22, 28 mai 1911.) Tuffier et de Rouville : Cancer de l'utérus ; résultats éloignés des opérations et traitement du cancer inopérable. — Grynfelt : Le professeur Armand Sabatier. — (N° 23, 4 juin.) Tuffier et de Rouville : Cancer de l'utérus ; résultats éloignés des opérations et traitement du cancer inopérable. — Ch. Fleig : Sur les injections intraveineuses acides solubles et intraveineuses neutres insolubles de dioxydiaminoarsenobenzol. — (N° 24, 11 juin.) Anglada et Roger : Insuccès de l'auto-sérothérapie dans quatre cas de pleurésie bacillaire. — Ch. Fleig : Sur les injections intraveineuses neutres insolubles de dioxydiaminoarsenobenzol (606).

Nord médical. Gazette des praticiens. — (N° 400, 1er juin 1911.) Lemoine : Fonction de la plèvre et ses modalités. — (N° 401, 15 juin.) Lemoine : Technique et indications des injections gazeuses dans le traitement des épanchements pleuraux. — M. Artus : A propos de l'anaphylaxie. — Ch. Viannay : De l'appendicectomie à chaud systématiquement précoce dans les trente-six heures qui suivent le début de la crise.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 22, 3 juin 1911.) E.-J. Moure : Goitre plongeant à type Basedow fruste avec compression du paquet vasculo-nerveux du cou. Opération et guérison. — (N° 23, 10 juin.) J. Mouret : Sur quelques cas d'œsophagoscopie et de bronchoscopie. — (N° 24, 17 juin.) Ary dos Santos : Extraction d'un projectile enclavé dans la lame criblée de l'ethmoïde. — Ricardo Botey : Un sou enclavé dans l'œsophage ; extraction par le crochet de Kirmisson modifié. — Guidice : Sur un cas de trachéothyrotomie pour corps étranger.

Revue médicale de l'Est. — (N° 11, 1er juin 1911.) H. Aimé : Un cas de cirrhose pigmentaire diabétique avec atrophie du foie. — Hanns et Fairise : Cholécystite chronique compliquée d'abcès sous-phrénique et de péricardite. — Constant : Uricémie, ménopause et artério-sclérose.

Revue neurologique. — (N° 10.) Collin et Barbé : Gliome de l'angle ponto-cérébelleux. — Hartenberg : Crampe des écrivains par hypotonie musculaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 84. — JEUDI 27 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 27 JUILLET 1911. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert le 12 décembre 1911, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans (salle de la bibliothèque).

Pour s'inscrire au concours et pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

— Amiens. — M. le docteur Sourdat vient d'être, après concours, nommé chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 23 juillet 1911, M. le médecin principal de première classe Vaysse, directeur du service de santé du groupe de l'Afrique orientale, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé des troupes coloniales (emploi créé).

Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin inspecteur Vaysse a été maintenu dans ses fonctions actuelles.

LA VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — M. Messimy, ministre de la guerre, a confié au professeur Chantemesse et au médecin principal Vincent, professeur au Val-de-Grâce, la mission d'aller installer parmi les troupes de la frontière algéro-marocaine la méthode de la vaccination antityphoïdique.

Cette décision du ministre a été prise pour répondre à un vœu du service de santé de la province d'Oran, vœu soumis par le médecin inspecteur Février, directeur du service de santé de l'armée, à la commission consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires qui a donné un vote très approbatif.

Comme dans les armées étrangères, cette vaccination sera entièrement facultative.

La mission ministérielle va partir incessamment.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille de bronze a été décernée à M. le docteur Ernest Lemmet (de Boghari).

Une mention honorable a été décernée à M. le docteur Savin-Vaillant, médecin de colonisation à la Meskania.

— Une médaille d'argent a été décernée à M. le docteur Brault, médecin de l'hôpital Lariboisière, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Des mentions honorables ont été décernées à MM. les docteurs Saliège et Vidal (d'Alger).

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE (Paris, 31 juillet-4 août 1911.) — Programme provisoire du Congrès. — *Dimanche 30 juillet*, huit heures et demie du soir : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Réception amicale de tous les congressistes et de leur famille par le comité d'organisation (tenue de ville).

Lundi 31 juillet, dix heures matin : Faculté de médecine, grand amphithéâtre. Séance d'ouverture. Nomination du bureau. Nomination des présidents d'honneur. Discours de M. Ferrier, président du comité d'organisation. Lecture et discussion du premier rapport : Docteur J. Tellier. « La pyorrhée alvéolaire étudiée dans ses origines, dans ses effets locaux, dans ses effets sur l'organisme. » A l'issue de la séance, photographie dans la cour de la Faculté de médecine. — Deux heures après-midi : Faculté de médecine. Mise en discussion de la première question proposée par le Comité : « A quel âge doit-on faire les redressements ? » Communications diverses. — Neuf heures du soir : Réception offerte par les présidents d'honneur et le vice-président.

Mardi 1er août, neuf heures matin : Démonstrations pratiques et présentations de malades dans les amphithéâtres de la Faculté de médecine, à l'Ecole française de stomatologie et à l'hôpital Saint-Louis. — Deux heures après-midi : Faculté de médecine, grand amphithéâtre. Lecture et discussion du deuxième rapport : Docteur A. Bozo. « Etude critique des classifications en orthodontie. » Communications diverses. — Quatre heures et demie : Garden-party.

Mercredi 2 août. — Matinée libre pour les réunions de l'A. S. I. et du Syndicat des médecins-dentistes français. — Deux heures après-midi : Mise en discussion de la deuxième question proposée par le comité : « De l'unité des accidents de

RENSEIGNEMENTS

dentition. » Communications dans les deux sections. — Neuf heures et demie soir : Réception chez le président.

Jeudi 3 août, neuf heures matin : Présentations et démonstrations. Faculté de médecine, et à l'Ecole française de stomatologie. — Deux heures après-midi : Communications. — Sept heures et demie soir : Banquet.

Vendredi 4 août, neuf heures matin : Séance de clôture. Conférence avec projections. Autres communications. Vœux. Discours de clôture par le président du Congrès.

A. P. M. — VISITE A L'EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE DE DRESDE, du 31 août au 5 septembre, à l'issue de la session d'études de 1911 en Scandinavie.

Jeudi 31 août. — Le matin, programme même de la session d'études : séance de clôture de la huitième session d'études de l'A. P. M. et visite de la Kaiserin Friedrich Hauss (institution d'Etat pour le perfectionnement de la médecine et de l'hygiène), à Berlin. Déjeuner de clôture.

L'après-midi, visite du bureau et du musée d'hygiène. Promenade. Départ à sept heures. Dîner W.-R. Arrivée à dix heures et demie à Dresde.

Vendredi 1er septembre. — Le matin, visite au point de vue hygiéno-administratif du grand hôpital Iohannstadt Krankenhaus (professeur Crédé). Puis réception et visite à l'exposition internationale d'hygiène sous la conduite du commissaire général français (M. Fuster).

L'après-midi, visite de la ville et de ses célèbres musées de peinture et de porcelaines.

Samedi 2 septembre. — Le matin, visite de la Goutte de lait municipale (docteur Salge). Continuation de la visite à l'exposition d'hygiène.

L'après-midi, excursion à l'établissement sanitaire des Dresdois (bains d'air, héliothérapie, hydrothérapie en plein air), dans la forêt de Klotzsche-Königswald.

Dimanche 3 septembre. — Le matin, visite du dispensaire-clinique des femmes (professeur Léopold). Continuation de la visite à l'exposition d'hygiène.

L'après-midi, libre.

Lundi 4 septembre. — Le matin, visite du bureau d'hygiène municipal et de ses annexes. Continuation de la visite à l'exposition d'hygiène.

L'après-midi, excursion à la célèbre usine Heyden.

Mardi 5 septembre. — Le matin, visites des institutions sanitaires : eaux potables, égoûts, station de désinfection, etc. Fin de la visite à l'exposition d'hygiène, avec conférence.

L'après-midi, libre. Départ à cinq heures dix du soir. Dîner W.-R. Arrivée à huit heures à Berlin. (Un excellent rapide quitte Berlin à neuf heures vingt-cinq du soir et arrive à Paris le lendemain, à quatre heures de l'après-midi).

Pour tous renseignements, écrire avec timbre pour réponse au siège central de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Carnot (de Reims); Charpy, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres). — PROGRAMME DU COURS DE PERFECTIONNEMENT (22 août-9 septembre 1911). — *22 août*. — Dix heures : M. Tixier. Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx. — Quatre heures et demie : M. Nobécourt. Rhumatisme articulaire aigu. Endocardites aiguës.

23 août. — Dix heures : M. Tixier. Colites. — Quatre heures et demie : M. Voisin. Diagnostic clinique des méningites.

24 août. — Dix heures : M. Tixier. Tuberculose du nourrisson. — Quatre heures et demie : M. Nobécourt. Endocardites chroniques.

25 août. — Dix heures : M. Tixier. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. — Quatre heures et demie : M. Lemaire. Les laits utilisés chez les nourrissons.

26 août. — Dix heures : M. Lemaire. Technique de l'allaitement. — Quatre heures et demie : M. Merklen. Coqueluche.

28 août. — Dix heures : M. Darré. Diagnostic des angines aiguës. — Quatre heures et demie : M. Merklen. Coqueluche.

29 août. — Dix heures : M. Darré. Diagnostic des laryngites aiguës. Traitement de la diphtérie. — Quatre heures et demie : M. Nobécourt. Péricardites.

30 août. — Dix heures : M. Darré. Scarlatine. Varicelle. — Quatre heures et demie : M. Voisin. Ponction lombaire et traitement des méningites.

31 août. — Dix heures : M. Darré. Rougeole. Rubéole. — Quatre heures et demie : M. Nobécourt. Cardiopathies congénitales. Traitement des cardiopathies.

1er septembre. — Dix heures : M. Ferrand. Erythèmes, impétigo, eczéma des nourrissons. — Quatre heures et demie : M. Merklen. Diagnostic et traitement des pleurésies.

2 septembre. — Dix heures : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire. — Quatre heures et demie : M. Merklen. Diagnostic et traitement de la pneumonie et des broncho-pneumonies.

4 septembre. — Dix heures : M. Paisseau. Rachitisme. — Quatre heures et demie : M. Voisin. Paralysie infantile.

5 septembre. — Dix heures : M. Lemaire. Troubles digestifs des nourrissons. étude clinique. — Quatre heures et demie : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles.

6 septembre. — Dix heures : M. Paisseau. Purpuras. Maladie de Barlow. — Quatre heures et demie : M. Babonneix. Chorée. Tétanie.

7 septembre. — Dix heures : M. Paisseau. Hypertrophie du thymus. Myxœdème. — Quatre heures et demie : M. Babonneix. Epilepsie.

8 septembre. — Dix heures : M. Paisseau. Anémies et leucémies. — Quatre heures et demie : M. Voisin. Tumeurs cérébrales.

9 septembre. — Dix heures : M. Lemaire. Traitement des troubles digestifs des nourrissons. — Quatre heures et demie : M. Babonneix. Albuminuries.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret*. — Un train spécial, à prix réduits, sera mis en marche, chaque dimanche, jusqu'au 17 septembre inclus, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 francs; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 25 du matin. Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 40 du matin. Arrivée à Moret à 8 h. 57 du matin.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité.

Franchise de 30 kilos de bagages par place.

Les billets sont délivrés à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux de ville de la Compagnie et agences de voyages.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Applications pratiques du laboratoire à la clinique. Principes. Techniques. Interprétations des résultats, par E. AGASSE-LAFONT, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine; avec préface de M. le professeur G. Hayem. 1 vol. in-8 écu, cartonné, avec 254 figures dont 109 en couleur et 4 planches en lithographie. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

Pathologie gastro-intestinale. Troisième série. **Etudes de séméiologie et de thérapeutique intestinales**, par Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et J.-Charles ROUX, assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-8 carré de 450 pages avec figures. — Prix : 8 francs. - Paris, O. Doin et fils.

Technique de stérilisation, par le docteur E. GÉRARD, professeur de pharmacie et de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lille. Deuxième édition augmentée. Un vol. in-16 cartonné avec 72 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

Les Interventions médicales d'urgence, par G. LEMOINE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Un vol. in-8 écu, cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

UN CAS D'ŒDÈME INFECTIEUX
DU NOURRISSON

Par MM. MAILLET et GUEIT (de Montpellier).

Les œdèmes du nourrisson, bien distincts de l'œdème du nouveau-né, sont divisés par les classiques en œdème rénal, cardio-vasculaire, toxique, nerveux et infectieux. Ce dernier reconnaît, suivant les cas, une origine variable et, dans une revue générale récente, d'Astros leur attribue comme causes : une infection aiguë (suppuration), une infection broncho-pulmonaire, une infection gastro-intestinale, l'hérédo-syphilis.

Quant à la façon dont ces différentes causes sont en rapport avec l'œdème, on peut avec Hutinel, distinguer suivant qu'il s'agit : 1° d'un œdème purement local d'infection ; 2° d'un œdème relié à la néphrite qui peut accompagner toute infection ; 3° enfin d'un œdème plus ou moins généralisé, sans albuminurie et dénommé par les anciens auteurs, anasarque idiopathique.

Dans ce dernier groupe, c'est à une modification dans l'activité des tissus, modification qui entraîne la rétention, par ceux-ci, des chlorures et la fixation d'eau, que l'on doit attribuer la formation de l'œdème Sans rien enlever à la valeur de cette explication, il y a des cas où les diverses causes envisagées plus haut et les différentes façons dont elles déterminent l'œdème, sont combinées, enchevêtrées de telle sorte qu'on ne sait à quel facteur attribuer la première place dans une pathogénie aussi complexe.

Voici une observation recueillie récemment dans le service de notre maître, M. le professeur Baumel, qui présente à ce sujet quelques particularités assez intéressantes :

Elie B..., deux mois, venu de la Maternité, parce qu'il vomit et diminue de poids depuis quelques jours. Père et mère inconnus. Enfant nourri au biberon, pèse 3.020 grammes. Selles jaunes, liquides avec quelques grumeaux, deux à trois par jour. Température 35°7. Aux poumons, quelques râles de bronchite disséminés, plus nombreux à gauche. L'enfant est mis en couveuse. Les tétées sont réglementées ; les vomissements s'arrêtent rapidement. Mais les lésions pulmonaires persistent ; l'enfant diminue toujours de poids, malgré quelques accroissements momentanés. Son état est à peu près stationnaire jusqu'au 10 mars.

Ce jour-là a apparu un œdème du cuir chevelu et de la face localisé du côté gauche depuis la région pariéto-occipitale jusqu'à l'œil à peu près clos par l'œdème. Cet œdème est rouge ; il n'y a pas trace d'ictère. En même temps la température qui jusqu'alors n'avait pas été supérieure à 36°5 atteint brusquement 38°5. Rien du côté des divers appareils en dehors des lésions pulmonaires toujours persistantes. Dans les urines, il n'y a pas la moindre trace d'albumine.

Le 11 mars au matin, la température est à 37°4. On constate alors au niveau de la région pariéto-occipitale gauche un petit abcès gros comme une noisette que l'on ponctionne immédiatement, qui donne du pus crémeux, bien lié, où l'on ne trouve que de nombreux staphylocoques.

Le 12, l'état est à peu près le même. L'enfant ne vomit pas, prend bien le biberon. Le ventre est un peu ballonné. Aux poumons, quelques sous-crépitants.

Le 13, l'œdème descend dans le cou en arrière et entre les deux omoplates, et s'étend à l'autre hémicrane. Le petit abcès laisse couler spontanément du pus mêlé de sang et de sérosité. La ponction lombaire pratiquée ce jour-là, en prévision de troubles du côté des sinus, donne un liquide clair, eau de roche, sans hypertension marquée ; il ne renferme que quelques hématies sans aucune réaction lymphocytaire. Cliniquement il présente de l'hypo-albuminose (signe d'œdème séreux, Mestrezat). Pas de microbes.

Le 14 et les jours suivants, l'état général se maintient à peu près le même. La température oscille de façon très irrégulière. Mais depuis ce moment l'œdème disparaît progressivement ; la suppuration s'est étendue et a décollé une partie du cuir chevelu du côté gauche.

L'enfant meurt le 20 mars sans avoir rien présenté de particulier.

Autopsie le 21. Décollement du cuir chevelu du côté gauche du crâne par du pus épais ; rien au-dessous du périoste. Méninges légèrement congestionnées ; un peu d'œdème.

Thorax : poumons atélectasiés aux bases et en arrière. Cœur droit dilaté ; communication interauriculaire par persistance du trou de Botal par simple défaut de soudure de la valvule. Aucune répercussion sur la circulation pendant la vie.

Abdomen : foie volumineux et congestionné, crie un peu sous le scalpel. Rate et reins paraissent normaux.

L'examen microscopique de ces organes n'a rien révélé en dehors de la congestion du foie. Pas de traces de lésions hérédo-syphilitiques.

Cette observation est intéressante par quelques-uns de ses points. Il s'agit, comme on le voit, d'un nourrisson athrepsique, alimenté au biberon, dont le poids à deux mois est seulement de 3 kilogrammes. Il présente en outre des troubles gastro-intestinaux, des lésions broncho-pulmonaires et se trouve ainsi dans un état d'infériorité organique marquée. C'est sur ce terrain aussi mal défendu que va évoluer l'œdème infectieux.

Cet œdème occupe toute une moitié du crâne, envahit l'autre moitié, descend dans le cou et dans le dos sans atteindre cependant la partie antérieure du corps et les membres. Donc, sans qu'il s'agisse d'un œdème généralisé, nous avons affaire à une vaste infiltration des téguments ; la ponction lombaire et la nécropsie ont montré que l'œdème séreux s'était étendu aux méninges. Il ne s'agit donc pas d'un œdème purement local auquel peut donner lieu un abcès vulgaire.

D'autre part, il ne s'agit ni d'un œdème cardiovasculaire, ni d'un œdème rénal. Nous n'avons jamais trouvé d'albumine dans les urines.

Dans l'espèce la pathogénie de cet œdème, de nature sûrement infectieuse, nous paraît assez complexe. L'hypotrophie de l'organisme, les lésions gastro-intestinales et broncho-pulmonaires suffiraient, chacune à elle seule, pour le justifier. Mais nous avons ici en plus une infection aiguë localisée avec suppuration. Sans vouloir nier les rapports incontestables qui ont existé entre l'œdème et l'abcès du cuir chevelu, il y a lieu de remarquer que l'abcès a suivi l'œdème, que celui-ci s'est étendu malgré l'incision de l'abcès pour disparaître ensuite, tandis que la suppuration continuait. On peut donc dire qu'ils ont évolué en quelque sorte chacun pour eux.

Il semble que nous ayons eu affaire là à une variété d'œdème intermédiaire à l'œdème local proprement

dit et aux œdèmes généralisés dits idiopathiques. C'est dire que chez notre malade le mauvais état général, les lésions gastro-intestinales et broncho-pulmonaires ont pu préparer l'éclosion de l'œdème infectieux et favoriser son développement si marqué.

Mais cet œdème a eu aussi et principalement pour cause l'infection sous-cutanée qui a abouti d'autre part à la formation de l'abcès. La présence de staphylocoques dans le pus nous en a révélé la nature. La courbe de température a montré quelle était la virulence de cette infection, puisque chez cet enfant qui jusque-là avait présenté de l'hypothermie ayant nécessité la mise en couveuse, la température monte brusquement jusqu'à 39 degrés pour subir ensuite de grandes oscillations comme dans un état septicémique.

En résumé, il y a eu là une grave infection, d'origine cutanée, qui s'est manifestée d'abord et surtout par de l'œdème en raison de l'état de prédisposition dans lequel se trouvait l'enfant. Si celui-ci était mort le 10 mars avant l'apparition du petit abcès, on aurait rapporté l'œdème à une tout autre cause.

Il y a donc lieu de se demander si, dans certains œdèmes du nourrisson, il ne faut pas faire une place dans l'étiologie à cette infection d'origine cutanée si fréquente chez l'enfant.

En un mot, en dehors des œdèmes purement locaux, l'infection cutanée ne pourrait-elle pas chez lui aboutir, en raison de la prédisposition des tissus réalisés par les causes citées plus haut, à des œdèmes étendus comme celui que nous avons pu constater?

La courbe de la température montre qu'en pareil cas on pourrait se trouver en présence, suivant qu'il y a ou non suppuration, de formes septicémiques, septico-pyohémiques comme dans l'observation ci-dessus ou simplement pyohémiques.

LA PRÉDÉTERMINATION DU SEXE

Par M. J. Laumonier.

On a cru pendant longtemps que les jeunes embryons ne sont pas sexuellement déterminés et que, par suite, les circonstances extérieures, comme l'alimentation, la température, peuvent influer sur la production soit de mâles, soit de femelles. Cette opinion est aujourd'hui encore fort répandue dans le public. Bien souvent le praticien et surtout le spécialiste sont interrogés par de jeunes ménages en quête de filles ou de garçons. Mais certains posent la question avant la conception, d'autres après. Quelle réponse faire ?

Sur l'œuf fécondé et greffé, nous n'avons absolument aucune action ; ceci est définitivement acquis ; tout au plus parvenons-nous, tardivement, à diagnostiquer le sexe probable à l'aide de divers procédés que je n'ai pas à indiquer ici. Par conséquent, à la maman, encore peu ventripotente, qui vient demander si elle aura un garçon, rien à recommander qu'un peu de patience.

Mais beaucoup pensent que, avant le coït fécond, il est possible, sinon de donner des indications absolument précises, au moins de formuler quelques conseils de probabilité. Cette manière de voir a été partagée par maints observateurs ; elle compte encore de nombreux partisans, et explique pourquoi on a fait tant d'essais sur la détermination expérimentale du sexe.

Les uns, avec Berner et Gauke, croient qu'il naît un garçon, quand la mère est la plus vigoureuse et la plus ardente, une fille quand c'est le père qui l'emporte par ces qualités. Richarz interprétait l'hérédité ainsi croisée en admettant que l'ovule seul conditionne le sexe, le mâle donnant seulement l'impulsion au développement; un homme fort produit donc une fille qui lui ressemble ; un homme faible, un garçon qui ressemble au contraire à la mère. Les autres, et les plus nombreux, avec Thury et Düsing, estiment que l'état de maturité des éléments sexuels joue le rôle principal. Un vieil œuf fécondé donnerait un mâle ; un jeune œuf, une femelle. D'où la prédominance des filles quand le rapprochement a eu lieu avant ou tout à fait au début des règles, et la prédominance des garçons, quand il a eu lieu à la fin des règles ou aussitôt après. La théorie de Düsing permet de comprendre que les sexes s'équilibrent à peu près numériquement dans l'espèce humaine. En effet, s'il y a peu de mâles, les œufs fécondés seront vieux et donneront des mâles, s'il y a peu de femelles, les œufs seront fécondés jeunes et donneront des femelles. Mais de nombreuses objections ont été élevées contre ces théories. Fürtz a conclu de ses observations que, jusqu'au quatrième jour après les règles, les chances sont pour un garçon et ensuite pour une fille, ce qui contredit l'hypothèse de Thury. D'autre part Haacke a montré que la fécondation d'un vieil ovule par un jeune spermatozoïde entraîne la ressemblance du père, et celle d'un jeune œuf par un vieux spermatozoïde la ressemblance de la mère, ce qui va à l'encontre de l'hérédité croisée et de la thèse de Richarz. Je mentionne seulement, à titre documentaire, l'opinion de Schenk, qui semble croire à l'influence d'une certaine alimentation (opinion que j'avais moi-même soutenue antérieurement dans ma *Physiologie générale*, mais que j'ai abandonnée depuis), et celle de Robinson, qui, récemment, a attiré l'attention sur les relations que l'on constate parfois entre la production du sexe féminin et l'insuffisance de certaines glandes closes.

En somme, la procréation volontaire des sexes et même leur simple prévision paraissent jusqu'à présent rester en dehors de nos moyens. La raison en est que très probablement le sexe de l'œuf est irrévocablement fixé dès la fécondation, ainsi que le prouvent certaines observations dont je vais dire quelques mots.

On sait que, au moment de la mitose, s'individualisent, dans les noyaux cellulaires, de petits rubans facilement colorables, désignés sous le nom de *chromosomes* et en nombre relativement fixe pour chaque espèce. Au cours de la métaphase, chacun de ces chromosomes se divise longitudinalement en deux, de telle sorte que, après l'anaphase, quand la

division est achevée, chaque cellule nouvelle se trouve avoir exactement le même nombre de chromosomes qu'au début de la prophase caryokinétique. Toutefois, dans les éléments sexuels, il existe, avant la fécondation, une période de réduction chromatique, au cours de laquelle les chromosomes diminuent de moitié. Les ovogonies et les spermatogonies ont encore $2n$ chromosomes, mais après la réduction ils n'en ont plus que n; la fécondation survenant, l'œuf se trouve donc avoir de nouveau $2n$ chromosomes, c'est-à-dire précisément le nombre propre à l'espèce.

Or, chez les insectes, les myriapodes et les arachnides, Morgan, Wilson et d'autres biologistes, ont constaté des modifications plus ou moins importantes de l'appareil chromosomien qui se trouvent en rapport avec la détermination du sexe. De ces modifications, voici les principaux types.

Chez la blatte, par exemple, les cellules des mâles ont un chromosome de moins que les cellules des femelles : $2n - 1$. Il résulte de là que, lors des préliminaires de la maturation, un des chromosomes reste isolé, et passe, sans se diviser, dans la moitié des spermatozoïdes, l'autre moitié s'en trouvant nécessairement dépourvue. Ce chromosome isolé est appelé *idiochromosome impair*. Tandis que tous les ovules mûrs sont pareils et renferment n chromosomes, il y a au contraire deux classes de spermatozoïdes : l'une contenant n chromosomes (y compris l'idiochromosome), l'autre contenant $n - 1$ chromosomes, puisqu'il lui manque l'idiochromosome. Les œufs fécondés par les premiers donnent toujours des femelles à $2n$ chromosomes, les œufs fécondés par les seconds donnent toujours des mâles à $2n - 1$ chromosomes.

Chez la mouche domestique, mâles et femelles ont le même nombre de chromosomes ; toutefois, chez les mâles, deux des chromosomes se distinguent par leur taille, l'un étant généralement plus grand, l'autre plus petit que la moyenne : ce sont des *hétérochromosomes*. Au moment de la maturation, ces deux hétérochromosomes se séparent, et il y a encore deux classes de spermatozoïdes à n chromosomes, la moitié contenant le grand, et l'autre moitié le petit. Tous les ovules mûrs renferment le grand hétérochromosome. Et alors la fécondation par le spermatozoïde à grand hétérochromosome donne des femelles, et la fécondation par le spermatozoïde à petit hétérochromosome des mâles.

Ce dernier cas est probablement de beaucoup le plus général; seulement les différences de dimensions des hétérochromoses, très marquées chez la mouche, s'atténuent jusqu'à cesser d'être nettement perceptibles aux meilleurs observateurs. Le fait que ces différences ne sont plus perçues directement par nous n'implique nullement qu'elles n'existent pas. Il n'y a pas de raison de supposer que les conditions qui règlent la détermination du sexe de l'œuf fécondé soient notablement changées pour les autres espèces, du moins chez celles où on observe un balancement assez régulier entre les mâles et les femelles.

Dans les cas que nous venons d'examiner, c'est la catégorie à laquelle appartient le spermatozoïde qui règle la production du sexe. Il y a cependant des exemples où cette production est surtout imputable à l'ovule. Ainsi chez certains accariens et annélides, les œufs, encore dans l'ovaire, sont dimorphes : les gros œufs fécondés donnent des femelles, les petits, des mâles ; peut-être ici faut-il en conséquence faire intervenir surtout l'abondance plus ou moins grande du cytoplasma, puisque le volume chromatique reste, dans tous les cas, le même. Chez des phylloxeras et des rotifères, on constate encore une autre influence : certaines femelles ne pondent en effet que des petits œufs, qui, fécondés, donnent des mâles, tandis que d'autres ne pondent que de gros œufs qui ne donnent que des femelles. Ce serait donc, comme le dit le professeur Cuénot, auquel j'emprunte ces détails, l'organisation intime de la mère pondeuse qui déterminerait le sexe des embryons. Enfin, chez la poule et le serin canari, il y aurait aussi deux sortes d'œufs, qui produiraient les uns toujours des femelles, les autres toujours des mâles.

Les observations démontrant la prédétermination du sexe deviennent de plus en plus nombreuses, et il semble bien probable qu'elles aboutiront à l'établissement d'une loi générale. En tout cas, M. Goyer en a fait récemment la constatation chez l'homme. Je résume brièvement ses recherches d'après la *Revue scientifique* (13 mai 1911).

L'auteur a examiné les organes génitaux d'un supplicié, aussitôt après la mort. Dans les spermatogonies, il a compté 22 chromosomes, dont 2 plus volumineux que les autres. Dans les spermatocytes de premier ordre, 20 chromosomes se sont réunis deux à deux pour former 10 chromosomes doubles, mais les deux hétérochromosomes sont demeurés intacts ; ils ne se coupent pas, au moment de la mitose, comme les autres chromosomes, mais passent indivis dans l'un des deux spermatocytes du second ordre, de sorte que les spermatides qui en dérivent et qui sont les cellules mères des spermatozoïdes, ont les unes 10 chromosomes seulement, les autres 10 chromosomes plus 2 hétérochromosomes. Il y aurait donc, chez l'homme, deux catégories de spermatozoïdes, les uns à 10 chromosomes donnant des mâles, les autres à 12 chromosomes donnant des femelles. Et comme toutes les cellules somatiques présentent le même nombre de chromosomes que l'œuf d'où elles proviennent, les hommes ne posséderaient que 22 chromosomes (les ovules mûrs ayant toujours 12 chromosomes) dans le noyau de leurs éléments anatomiques, tandis que les femmes en posséderaient 24. Malheureusement il est très difficile de compter bien exactement le nombre des chromosomes des cellules humaines en raison de l'extrême complication qu'ils offrent à l'examen microscopique.

Il résulte, de ce qui précède, que, chez bon nombre d'espèces animales et très probablement chez l'homme, si les découvertes de M. Goyer se vérifient, le sexe est déterminé dès le moment de la fécondation et indépendamment de l'état de jeu-

nesse ou de vieillesse des éléments sexuels mûrs. L'époque du coït fécond, par rapport au rut ou aux règles, n'aurait donc pas plus d'influence que la vigueur ou l'ardeur de l'un des géniteurs sur le sexe du produit. Dès lors, les anciennes théories, y compris celles de Richarz, de Düsing et de Schenk, deviennent insoutenables, conclusion à laquelle conduisait déjà, avant les travaux de Morgan, de Wilson et de Cuénot, le nombre croissant des faits contradictoires. Une question cependant reste pendante. Pourquoi un ovule mûr indifférent est-il fécondé plutôt par un spermatozoïde à détermination mâle que par un autre à détermination femelle, ou réciproquement ? Pour le moment, nous ne le savons pas et rien ne permet de prévoir de quelle manière elle sera résolue.

Concluons donc, avec le vieil adage allemand, qu' « on fait les enfants qu'on peut et non point les enfants qu'on veut », et que nul ne peut prédire d'avance sérieusement la possibilité qui se réalisera.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1911)

Suture de l'aorte abdominale. — M. ROUTIER communique l'observation d'un jeune homme qui portait une grosse tumeur abdominale. Laparotomie. Cette tumeur était adhérente à une certaine étendue de l'aorte abdominale. La séparation d'avec l'aorte fut difficile et nécessita l'application de plusieurs pinces remplacées ultérieurement par des fils. Au moment où M. Routier allait poser sa dernière ligature, un énorme jet de sang s'échappa par un orifice de la portion latérale gauche de l'aorte abdominale. Il plaça le doigt sur cet orifice et chercha à le suturer avec des fils de soie, sans succès. Il appliqua alors une pince sur chacun des bords de l'orifice et assura ainsi l'hémostase. Il laissa ces pinces et referma le ventre. Après avoir prévenu la famille de cet accident, aidé de M. Delbet, le lendemain, il rouvrit le ventre et à l'aide d'une aiguille de Reverdin il parvint à fixer un catgut et à fermer l'orifice. Il enleva les pinces et referma le ventre. Le lendemain, le malade avait 40 degrés et 120 pulsations. La température et le pouls tombèrent les jours suivants. Mais, dans la nuit du huitième au neuvième jour, le malade fut pris d'une violente douleur dans l'hypocondre droit et eut une syncope. On crut d'abord à une nouvelle hémorragie interne. Il n'en était rien; le ventre était souple. L'état s'améliora. Les fémorales battaient régulièrement. Le dixième jour on put retirer les fils de la suture abdominale sans incidents. Le quatorzième jour, la journée fut très mauvaise et ce jeune homme succomba dans la nuit du quatorzième au quinzième jour. Il n'est pas mort d'hémorragie et tout semble indiquer que la suture de l'aorte a bien tenu.

M. Routier rapproche de ce fait un cas de suture latérale de l'aorte abdominale suivie de guérison, pratiquée par un chirurgien étranger, et un autre cas où un autre chirurgien étranger dut pratiquer une résection d'une partie de cette aorte et joindre les deux bouts. La guérison a été également obtenue dans ce second cas.

L'examen histologique de la tumeur enlevée par M. Routier a montré qu'il s'agissait d'un hypernéphrome.

Traitement des vomissements graves de la grossesse par les injections sous-cutanées de sérum de femme enceinte normale. — M. LE LORIER expose les résultats que lui ont donnés les injections sous-cutanées de sérum de femme enceinte normale chez une gestante de deux mois et demi environ, atteinte de vomissements graves manifestement liés à l'état de grossesse. Cette malade était à son entrée à la maternité de Beaujon dans un état cachectique avancé, ayant perdu 23 kilos en deux mois, exactement le tiers de son poids normal. Son pouls battait constamment plus de cent fois par minute. Elle ne gardait aucun aliment liquide ou solide. M. Le Lorier lui injecta une première fois 12 centimètres cubes et deux jours après 15 centimètres cubes de sérum de femme enceinte normale. Ce sérum fut prélevé par ponction veineuse sur une grande multipare près du terme, indemne de tout accident gravido-toxique à toutes ses grossesses, et de très bonne santé. Le résultat obtenu fut extrêmement satisfaisant et rapide, les vomissements s'atténuèrent très vite, en six jours le pouls tombait au-dessous de 100 et la malade augmentait de 500 grammes, peu après elle quittait le service en très bon état, n'ayant pas grand appétit, mais ne vomissant plus.

L'auteur fait remarquer qu'avant lui Mayer et Linser ont employé cette méthode thérapeutique avec un brillant résultat dans deux cas très graves de dermatose gravidique autotoxique, et il estime que, en raison de son innocuité, elle mérite d'être essayée dans tous les cas où les femmes enceintes présentent des accidents imputables à une toxémie villeuse.

Seule l'expérimentation sur une large échelle permettra d'apprécier la valeur de cette méthode, car, en ce qui concerne les vomissements graves de la grossesse en particulier, on peut dire que toutes les médications ont été essayées et que toutes ont donné des succès.

Traitement des lésions tuberculeuses profondes extrapulmonaires par le radium. — MM. DOMINICI et H. CHÉRON ont obtenu une amélioration considérable ou la guérison de quelques lésions tuberculeuses profondes extrapulmonaires, telles qu'adénopathie chronique, carie costale (en collaboration avec le docteur Barbarin), fistule consécutive à l'extirpation incomplète des foyers bacillaires, par l'introduction dans les tissus tuberculeux de tubes en argent contenant du sulfate de radium.

Ces recherches leur ont démontré :

1° La supériorité de l'introduction des tubes radifères dans les foyers bacillaires sur le procédé qui consiste à placer à leur surface des appareils à sel collé;

2° L'efficacité de la radiumthérapie à l'égard de certaines lésions tuberculeuses qui se montraient jusque-là rebelles aux autres médications.

Ils concluent de ces résultats, non pas la précellence régulière de la radiumthérapie sur les autres modes de traitement des lésions tuberculeuses, mais un encouragement à en continuer l'étude et à en combiner l'action à celle de la chirurgie et des divers agents physiques tels que les rayons X, l'air chaud, la diathermie, sans oublier les cures hygiénique, médicamenteuse et orthopédique.

Découverte de la loi géométrique de la surface du corps humain. — M. ROUSSY. (Voir p. suivante, Soc. de biol.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1911)

Des crises épileptiformes et syncopales dans le pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire complète. — M. JOSUÉ. L'opinion classique que les crises nerveuses du pouls lent permanent cessent de se produire à la période où les contractions ventriculaires sont indépendantes des contractus auriculaires est inexacte. L'auteur a observé un malade atteint de pouls lent permanent (27 à 30 pulsations à la minute) qui présente de temps en temps des crises synco-

pales et chez lequel les tracés simultanés de la radiale et de la jugulaire ou de la radiale, de la jugulaire et de la pointe du cœur démontrent une dissociation auriculo-ventriculaire complète. Il existe d'autres observations analogues (Thomas Lewis, MM. Renault, Lian et Martingay à la dernière séance de la société, etc.). Expérimentalement, Erlanger et Blachman ont observé des accès épileptiformes chez le chien après avoir déterminé le blocage complet du cœur par destruction du faisceau de His. Les crises sont causées par l'arrêt temporaire des systoles ventriculaires. La cause des arrêts survenant quand les ventricules battent à leur rythme indépendant est encore obscure.

Remarque sur le rythme auriculaire dans le pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire. — M. Josué, en étudiant les tracés du cas précédent, a été frappé par la lenteur des contractions auriculaires. Il n'y a que 60 soulèvements auriculaires à la minute, pour 27 systoles ventriculaires. Il a retrouvé la même particularité dans un certain nombre de tracés de dissociation complète ou incomplète publiés par différents auteurs.

Staphylococcie pulmonaire et rénale. — MM. Apert et Porak présentent l'observation d'une femme dont la maladie débuta à la façon d'une pneumonie par un frisson, un point de côté droit, des crachats colorés, de la fièvre; mais au lieu de défervescence la malade se cachectisa, conserva une température élevée et mourut. Une hémoculture avait révélé du staphylocoque à l'état pur. A l'autopsie : petits abcès multiples à staphylocoques dans les deux poumons et dans les deux reins ; un certain nombre d'entre ces abcès sont ramollis et forment des cavernes, si bien que les lésions simulent celles de la tuberculose sauf que les sommets des poumons ne sont pas plus atteints que le reste. L'inoculation au cobaye a reproduit des abcès multiples des viscères, contenant uniquement des staphylocoques.

Bradypnée dans l'adénopathie trachéo-bronchique. — M. Aubertin a observé chez un enfant atteint d'adénopathie trachéo-bronchique du côté gauche et accompagnée de névralgie du phrénique gauche et de hoquet un ralentissement considérable de la respiration (6 à 8 respirations par minute), ralentissement non douloureux et permanent, l'enfant ayant été suivi pendant plusieurs semaines.

C'est là un fait non encore décrit dans l'adénopathie trachéo-bronchique. Il semble plausible d'admettre que la bradypnée est sous la dépendance de la compression du phrénique malgré l'absence de paralysie du diaphragme, mais le mécanisme de cette dyspnée spéciale et mal connue est, physiologiquement, difficile à élucider.

Albuminurie orthostatique. — M. Teissier, médecin-major, rapporte 5 observations concernant de jeunes soldats atteints d'albuminurie orthostatique. Or ces sujets présentaient tous des antécédents héréditaires tuberculeux et trois d'entre eux des antécédents personnels consistant en rhumes, bronchites répétées. Ces observations viennent à l'appui de la note lue à la Société par M. Poncet, dans laquelle M. Chalier attribue à l'albuminurie orthostatique une importance considérable en la regardant comme un signe de début de la tuberculose pulmonaire.

Sporotrichose gommeuse disséminée, avec lésions oculaires (iridocyclite et gommes de l'iris) et spina ventosa sporotrichosique. — MM. Legry, Sourdel et Velter présentent une malade atteinte de sporotrichose, qui est porteuse de nombreuses lésions cutanées aux différents stades de leur évolution. Ils insistent sur les deux particularités suivantes : 1° Plusieurs doigts des deux mains offrent un aspect en fuseau, dû à la tuméfaction de la première phalange et de son articulation avec la deuxième. La radiographie met en évidence l'état dentelé du tissu osseux et les épaississements périostiques, récemment décrits par MM. Jeanselme, Chevallier et Darbois. 2° L'œil gauche a présenté une irido-cyclite violente avec gommes de l'iris, lésions qui, après une amélioration passagère, ont abouti à la perforation de la coque oculaire. MM. Jeanselme et Poulard ont décrit l'an dernier un cas d'iritis plastique, d'origine sporotrichosique. Jusqu'ici les lésions gommeuses de l'iris, provoquées expérimentalement chez l'animal par M. Aurand et M. Fava, n'avaient été jamais observées chez l'homme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1911)

Sur l'origine splénique des ictères par hyperhémolyse. — D'après MM. A. Gilbert et E. Chabrol, la fragilité globulaire n'est point le phénomène initial et fondamental des ictères dits hémolytiques. S'appuyant sur les résultats que leur a donnés l'étude de la toluylène-diamine, ils admettent qu'elle est la conséquence d'une suractivité de la rate. On comprend ainsi qu'elle puisse faire défaut et qu'il y ait des ictères du type des ictères hémolytiques sans fragilité des hématies. Pour se manifester, la fragilité globulaire ne réclame pas seulement l'hyperactivité splénique, elle nécessite une hyperactivité très accusée. Du moins la clinique en témoigne lorsqu'elle montre que les ictères avec fragilité globulaire se rangent parmi les plus prononcés des ictères par hyperhémolyse. Non seulement la rate en hyperfonctionnement est susceptible de fragiliser les hématies, mais encore, ainsi que les auteurs ont pu le constater expérimentalement, elle peut déverser dans la circulation les hémolysines qu'elle sécrète. Dès lors, on est conduit à penser que les ictères hémolysiniques pourraient procéder eux aussi d'une origine splénique.

Découverte de la loi géométrique de la surface du corps humain. — M. Roussy présente un travail, accompagné de dessins, dans lequel il fait connaître une nouvelle méthode qui lui a permis de découvrir l'existence d'une loi géométrique de la surface du corps de l'homme.

Cette nouvelle méthode consiste à dégager, au moyen d'un certain nombre de mesures très faciles à prendre avec un ruban métrique de précision, le périmètre moyen (Pm) et la hauteur périphérique moyenne (Hm) du corps de l'homme et à les multiplier l'une par l'autre, ce qui donne la surface (S) de ce corps.

La formule de la nouvelle loi est donc très simple :

$$S = Pm \times Hm.$$

Cette méthode s'applique, avec le même succès, aussi bien aux plus petits corps humains qu'aux plus grands, même à des poupées de 22 à 55 centimètres de hauteur verticale.

Elle peut aussi être appliquée à des corps vivants ou non vivants dont la forme est fort différente de la forme humaine.

L'erreur commise est souvent bien inférieure à 1/100 et peut être presque nulle si les mesures, du reste faciles à prendre, sont exactement relevées.

Nouvelles observations sur la forme et la valeur cellulaire des hématies des mammifères. — MM. Retterer et Lelièvre. Fixées par le liquide de Bouin dans les vaisseaux des tissus frais, les hématies de divers mammifères sont sphériques, hémisphériques, campaniliformes ou lenticulaires. Celles qui sont sphériques et hémisphériques se composent d'une portion hémoglobique et d'un ménisque anhémoglobique. Les hématies campaniliformes ou lenticulaires ne possèdent plus que la portion hémoglobique. Ces observations ont été récemment confirmées par Schilling.

Recherches sur l'absorption péritonéale. — MM. A. LE PLAY et E. MAY rapportent les résultats de leurs recherches relatives à l'absorption péritonéale.

Ils constatent que la pression exercée à la surface du liquide ne joue qu'un rôle accessoire; ce qui importe, c'est la différence de pression osmotique entre des liquides de concentration différente, et surtout la nature de la membrane.

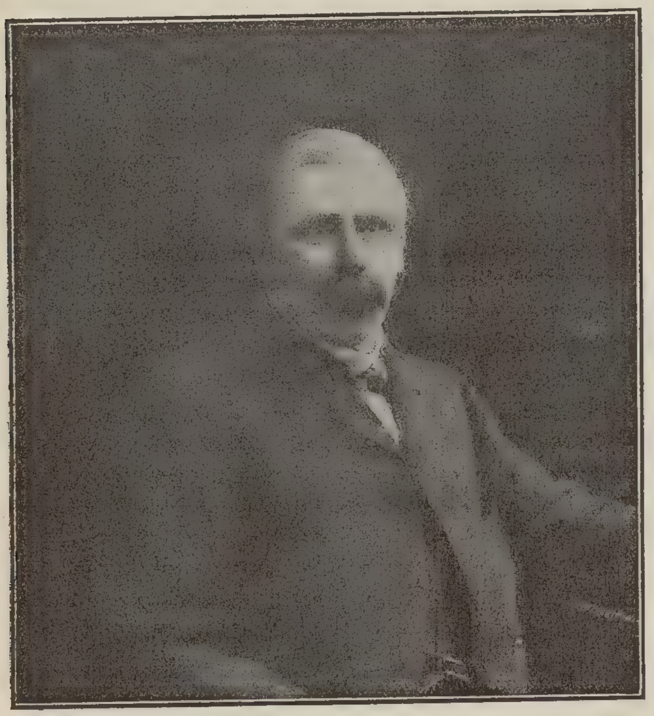
Les auteurs montrent avec quelle rapidité se produit l'absorption par la séreuse normale, puis ils étudient les variations de la résorption avec des solutions de concentration différente.

Ils envisagent le rôle de la température. Ils terminent enfin cette première étude par l'examen de l'absorption après la mort, avec des liquides diversement concentrés.

CHARLES NÉLATON

Après Guinard, Nélaton : c'est un double deuil qui frappe cruellement le corps chirurgical des hôpitaux de Paris. Nélaton vient de mourir, brusquement, dans sa propriété de Marcoussis, au moment où, après le dur labeur d'une année très remplie, il allait prendre un repos justement mérité. Il semble que la mort, en jetant la désolation dans nos rangs, se donne la sinistre ironie de choisir les meilleurs.

Nélaton occupait une place enviée parmi les chirurgiens. Il y jouissait d'une incontestable autorité.



Cliché Pirou.

Dans nos réunions, trop rarement, il prenait la parole, n'aimant pas parler pour ne rien dire; mais dès qu'il abordait la tribune, les conversations cessaient et le silence s'établissait aussitôt. Ce n'est pas qu'il en imposât à ses auditeurs par une recherche exquise dans le choix de ses mots ou par un verbe étincelant; non, Nélaton parlait, il ne professait pas. Il causait avec ses collègues, simplement, en homme convaincu de ce qu'il dit, mais avec une note d'un tel bon sens, une telle justesse d'expression, une telle netteté dans les idées que toujours il emportait la conviction.

Chirurgien habile, autant que prudent, il n'appartenait à aucune coterie; il admettait tout ce qui lui semblait juste, ne se renfermant dans aucune chapelle, pensant que la chirurgie, et la bonne chirurgie, était ouverte à tous. Esprit large et bon, d'une conscience à toute épreuve, d'une bonhomie proverbiale, d'une modestie excessive, Nélaton était le vivant exemple du bon chirurgien.

Fils de Nélaton, le célèbre chirurgien de Napoléon III, il fut nommé interne des hôpitaux à vingt-cinq ans, en 1876; en 1880, il fut reçu docteur, avec une thèse restée classique sur les *Epanchements traumatiques du sang dans les plèvres*. Tout jeune encore, en 1881, il acquérait le titre si envié de chirurgien des hôpitaux ; mais ce n'est que huit ans plus tard, avec Tuffier et Ricard, qu'il devint professeur agrégé à la Faculté.

Sa vie professionnelle se passa presque tout entière à l'hôpital Saint-Louis, qu'il abandonna, il y a quelques années, pour l'hôpital Boucicaut, où il suivait les religieuses de l'hôpital Saint-Louis, dont il avait pu apprécier le précieux dévouement.

Après trente-cinq ans de service hospitalier, Nélaton n'était pas décoré. Par une amère ironie, son nom figurait sur la liste de la prochaine promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur. On dit que Nélaton, averti, tenta de refuser cette tardive récompense et désigna un collègue « plus méritant que lui, auquel il serait heureux de voir donner le ruban rouge ».

Lorsque Nélaton quitta le fauteuil de la présidence, ses collègues de la Société de chirurgie voulurent faire officiellement une démarche près des pouvoirs publics, pour réclamer la distinction qui lui était si légitimement due, mais devant la volonté formelle de Nélaton, ses collègues durent s'incliner et se taire. Ils lui donnèrent un gage d'estime autrement précieux, en le chargeant de les représenter au Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Ce fut un témoignage de confiance auquel il fut très sensible.

Nélaton meurt en pleine vigueur physique et intellectuelle. Il laisse après lui d'unanimes regrets. A. R.

LIVRES NOUVEAUX

La Tuberculose des petits os longs de la main et du pied chez l'enfant (1), par L. C. BAILLEUL.

Dans cet excellent travail, le plus complet et le plus étudié que nous ayons actuellement sur ce sujet de pathologie journalière, l'auteur ne s'est pas contenté de nous donner une mise au point de la question, il nous fait part d'idées personnelles très séduisantes et que l'on peut tenir pour démontrées quand on en a lu l'exposition. A ce point de vue deux chapitres doivent retenir l'attention, celui de la *pathogénie* des ostéites tuberculeuses des petites pièces longues de la main et du pied et celui de leur *anatomie pathologique*. Le premier démontre qu'il faut accorder aux foyers de tuberculose chirurgicale de l'enfance, la valeur d'expressions locales d'un ensemencement large de l'organisme par le bacille de Koch. Le second nous apprend la signification véritable de ces lésions dont l'aspect particulier justifie le nom de spina ventosa. Ce sont des manifestations réactionnelles liées à un groupement spécial des éléments histologiques pendant une phase de l'existence des petits os longs.

Le spina ventosa, ostéite tuberculeuse diaphysaire totale, est déterminé par l'existence au niveau du corps des métacarpiens, des métatarsiens et des phalanges, de tissu spongieux jeune dont les propriétés offrent au bacille des conditions biologiques essentiellement favorables. Il faut de plus, qu'à la surface de l'étui compact engainant le tissu jeune, se trouve une membrane périostique douée des propriétés actives du périoste diaphysaire. Au contraire, lorsque les petits os longs, ayant acquis au cours de leur évolution physiologique

(1) Paris, Steinheil.

un canal médullaire, présenteront les caractères des grands os longs, ils feront, de préférence comme ceux-ci, des foyers circonscrits bulbaires ; chez les enfants au-dessus de cinq ans, on observe, à mesure qu'on se rapproche de l'adolescence, une forme dia-épiphysaire dont l'individualité anatomopathologique exprime des conditions anatomiques différentes et se traduit par un tableau qui s'oppose à celui du spina ventosa. L'anatomie pathologique de ce dernier montre qu'il répond à une forme de tuberculose détruisant le corps du petit os, pouvant aboutir à la production de séquestres parfois volumineux et provoquant parallèlement l'édification d'une gaine de périostose, au sein de laquelle pendant une première phase de son évolution reste circonscrit le foyer apparu au centre de la diaphyse. Cette variété intradiaphysaire contraste avec la forme périostique ou corticale, très rare, qui guérit comme un véritable abcès extra-osseux. Bailleul apporte deux observations de cette dernière forme avec radiographies.

Au cours d'une seconde phase, le foyer détruit la gaine ostéo-périostique elle-même. Si cette destruction de l'élément rigide qui s'est substitué au corps osseux détruit se réalise complètement, la solution de continuité du squelette du doigt compromet dès lors cet organe. Les envahissements articulaires se réalisent de préférence du côté où l'articulation n'est pas protégée par un cartilage de conjugaison et, en raison même de cette disposition, les envahissements du carpe et du tarse par les foyers développés sur un des quatre derniers os de la rangée aggravent considérablement le pronostic. Les difformités qui, même après l'extinction du foyer, survivent en expression de la gravité de ces deux accidents, solution de continuité d'une phalange, envahissement d'une articulation, échappent presque complètement à la chirurgie orthopédique, elles sont plus graves que les difformités par atteinte du cartilage actif. Chacune de ces déformations constitue un type clinique dont la raison est donnée par l'anatomie pathologique.

L'*aspect clinique* de ces ostéites traduit donc leur anatomie. Leur *diagnostic* devra surtout être fait avec les périostoses de la syphilis héréditaire tardive. Les ostéomyélites aiguës ou subaiguës ne seront parfois affirmées que par leur bactériologie.

Le *traitement* de ces foyers relève d'une façon absolue de ces deux propositions : *la tuberculose des petits os longs est l'ensemencement efficace en certains points d'un agent qui, par la voie artérielle, est distribué à tous les tissus*; le traitement général doit donc, au premier titre, s'adresser à ces individus qui restent, en dépit de la guérison fréquente de leurs foyers, des *ensemencés*. L'anatomie pathologique montre que, *durant la seconde phase de son évolution, le foyer diaphysaire peut créer des destructions irréparables*. Ce sont elles que le traitement chirurgical devra prévenir en réalisant l'arrêt d'activité du foyer. Il devra le faire en évitant au maximum les dégâts qui causent les difformités graves. Si l'on pratique dans ce but l'évidement, il faudra le faire à une heure où la solidité de la gaine pourra assurer la continuité du segment squelettique ; la radiographie sera, pour fixer ce moment, d'une aide précieuse, car elle permet de suivre dans son évolution la gaine de périostose. Il peut, dans ces conditions, donner de bons résultats. Lorsque se sont réalisées les lésions graves (destructions, envahissements articulaires) l'avenir du doigt peut être compromis.

Aussi l'intervention chirurgicale doit-elle, d'une façon essentielle, se placer entre ces deux états du foyer. C'est grâce à cette précaution que même, dans ces cas graves, le spina ventosa conservera un pronostic encore satisfaisant.

J. ANDRIEU.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1911.) SABOURAUD et VERNES : De la réaction de Wassermann appliquée aux péladiques. — ANDRY : Utilité de la théobromine contre l'intoxication mercurielle. — GAUDUCHEAU : Quelques notes de technique sur le traitement de l'ion zinc des folliculites non trychophytiques de la barbe. — BOISSEAU et CARRUS : Examen histologique d'une ulcération due au 606. — PELLIER : Sur la résorption du calomel injecté dans les muscles de l'homme.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 311, 10 juin 1911.) BABINSKI, CHARPENTIER et DELHERM : Radiothérapie de la sciatique. — François DARDER-RODÈS : Röntgen-diagnostic précoce de la grossesse par la voie intrapelvienne. — WULLYAMOZ : Procédé radioscopique pour l'extraction des aiguilles.

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1911.) D'ESPINE et MALLET : L'hépatisation lobaire dans la première enfance. — AVIRAGNET et Léon TIXIER : Les formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. — LESAGE et COLLIN : Résistance à la fatigue chez l'enfant au-dessous de deux ans et demi. — MEZBOURIAN : Cirrhose hypertrophique paludéenne avec ascite sans ictère chez un enfant de huit ans. — BALDINI : Quelques cas anormaux de rougeole (un cas de rougeole hémorragique). — COMBY : Pyélocystites infantiles.

Clinique. — (N° 23, 9 juin 1911.) CASTAIGNE : Tuberculose rénale. — MARION : Cancers du rein. — R. VOISIN : Tumeurs du cerveau. — VIGOUROUX : Confusion mentale grippale. Mort par méningo-encéphalite subaiguë. — MAUCLAIRE : Les adénites tuberculeuses du cou. — N° 24, 16 juin.) G. LAURENS : Des complications de l'adénoïdectomie. — P. DELBET : Cancer du sein atypique. Trépanation dans l'épilepsie. Méthode de traitement des fractures de jambe. — GAUCHER : La syphilis héréditaire tertiaire pharyngo-nasale et laryngée. Les gommes perforantes du voile et de la voûte palatine. Les déformations nasales hérédo-spécifiques. — PISSAVY : Classification générale et diagnostic clinique des cirrhoses. — PIC : Traitement des pleurésies séro-fibrineuses avec épanchement. — (N° 25, 23 juin.) SCHREIBER : Formes cliniques de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin). — CASTAIGNE : L'affection dite néphrétique chronique douloureuse hématurique. — V. PAUCHET : Traitement de l'empyème chronique.

Echo médical du Nord. — (N° 25, 18 juin 1911.) M. GÉRARD : Contribution à l'étude des vaisseaux artériels du rein.

Encéphale. — (N° 6, 10 juin 1911.) TRUELLE et R. BESSIÈRE : Recherches sur la presbyophrénie. — Paul CAMUS : Hallucinations visuelles et hémianopsie. — Ch. LADAME : Les cellules de Betz dans les maladies mentales. — Félix ROSE : Un cas d'apraxie idéo-motrice gauche chez un gaucher. — HORNOWSKI : Un cas d'étranglement du nerf de la troisième paire.

Lyon médical. — (N° 25, 18 juin 1911.) GRAND-CLÉMENT : Comment traiter la kératite parenchymateuse ? — BOUCHUT et MAGDINIER : Troubles digestifs et hémorragies gastro-intestinales chez un urinaire, simulant un cancer gastrique.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES SPLÉNOMÉGALIES (1)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — En effet, la constatation d'une tumeur du flanc gauche ne doit pas, même dans les cas en apparence les plus évidents, entraîner *nécessairement* le diagnostic d'hypertrophie de la rate; il est des affections qui peuvent simuler à s'y méprendre ce tableau clinique. Lorsque la tumeur s'est développée surtout au niveau de l'hypocondre, il faudra, avant de conclure à une hypertrophie splénique, discuter d'abord l'hypothèse d'une HYPERTROPHIE HÉPATIQUE LIMITÉE AU LOBE GAUCHE : le diagnostic se fera, par la constatation de la continuité de la matité avec celle du foie, la direction transversale de cette matité, la présence d'une encoche au niveau du bord inférieur; il faut retenir la difficulté de ce diagnostic qui reste souvent hésitant néanmoins, surtout lorsqu'il existe en même temps une vésicule biliaire distendue : il faut également penser à *une péritonite tuberculeuse enkystée*; à *un cancer* (du péritoine, de l'angle colique gauche), à *une tumeur de la queue du pancréas*, à *un abcès froid*, d'origine pottique, à un *ostéosarcome* de la colonne vertébrale, à une *tumeur des capsules surrénales*, mais surtout, à une TUMEUR DU REIN GAUCHE. C'est là encore un diagnostic très difficile, souvent même impossible, malgré la multiplicité des signes accumulés pour différencier l'une de l'autre ces deux tumeurs : la tumeur rénale est plutôt sphérique, surtout lombo-abdominale; elle ballotte, sa matité est coupée d'une ligne sonore (côlon); elle s'accompagne de troubles veineux, de phénomènes de compression (varicocèle, œdème des jambes, hématuries, etc.); la tumeur splénique est ovoïde, ne ballotte pas, elle présente un bord très net et vient au contact de la paroi abdominale; elle ne s'accompagne pas de symptômes fonctionnels pathognomoniques. Dans les cas hésitants, le diagnostic se complétera par la recherche des antécédents du malade, l'*examen du sang*, un *examen complet des urines*.

Lorsque l'hypertrophie splénique se dirige surtout vers le bassin, il suffira de penser à la possibilité d'*une rate ectopiée*; le diagnostic d'un *fibrome* utérin, d'un kyste de l'ovaire, est en général aisé, et s'affirmera facilement s'il y a quelque doute, par le toucher vaginal.

Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'il faut se garder d'affirmer sans discussion l'hypertrophie splénique, il faut toujours discuter l'hypothèse d'une hypertrophie du lobe gauche du foie, ou l'existence d'une tumeur rénale. Mais le problème intéressant, une fois ce diagnostic posé, est de connaître la raison de cette hypertrophie splénique, c'est-à-dire de discuter le diagnostic étiologique.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — **I. Splénomégalies au cours des maladies infectieuses aiguës.** — La plupart des maladies infectieuses aiguës s'accompagnent d'une augmentation de volume de la rate. Cette variété de splénomégalie atteint rarement des dimensions considérables, mais néanmoins la constatation de cette hypertrophie est souvent particulièrement intéressante.

La *fièvre typhoïde* s'accompagne, presque toujours, d'hypertrophie splénique, c'est même là un excellent signe de début que l'on observe dès le quatrième ou le cinquième jour; l'hypertrophie assez rapide de l'organe provoque souvent des douleurs localisées à l'hypocondre; Leudet a décrit une variété, à développement rapide, à la période terminale de l'affection, ou même pendant la convalescence. Il faut rejeter la ponction de la rate comme procédé de diagnostic. Il vaut mieux s'en tenir à l'hémoculture et au séro-diagnostic.

La *tuberculose miliaire aiguë généralisée*, sous la forme de granulie ou de typho-bacillose, s'accompagne aussi, souvent, d'hypertrophie splénique.

En faveur de la tuberculose aiguë, plaident les oscillations de la température, les troubles vaso-moteurs, les sueurs, la conservation de l'appétit, etc.

Dans la plupart des maladies infectieuses, enfin, l'examen clinique complet du malade révélera une hypertrophie splénique, le plus souvent modérée; c'est ce que l'on observe au cours des *septicémies* à pneumocoques, à streptocoques, etc., au cours de *pneumonie*, d'*infection puerpérale*, d'*érysipèle*, au cours de certaines formes sévères de *rougeole*, de *scarlatine*, quelquefois de variole confluente. Il importe de retenir l'absence presque constante, par contre, de cette hypertrophie, dans la variole hémorragique, la diphtérie, le tétanos, le choléra.

Il s'agit, dans d'autres cas, de maladies infectieuses aiguës dont le diagnostic est déjà plus difficile, surtout parce qu'en France, tout au moins, nous ne les observons qu'assez rarement; ce sont, parmi les plus fréquentes, la *fièvre de Malte*, la *fièvre récurrente*, le *typhus exanthématique* et surtout le *paludisme aigu*.

La *fièvre de Malte*, fièvre ondulante, se caractérise par la courbe spéciale de la température et l'agglutination du micrococcus melitensis par le sérum du malade.

Le *typhus exanthématique* ne s'accompagne pas toujours d'hypertrophie splénique, mais néanmoins il est des cas où celle-ci est très nette au cours de l'affection, surtout avant la crise.

Par contre, dans la *fièvre récurrente à spirilles* d'Obermeier, la splénomégalie est constante et toujours très accentuée; elle précède souvent le premier accès. Le diagnostic se fait par la constatation des spirilles dans le sang avant l'accès. Récemment, M. Nattan-Larrier a signalé l'*auto-agglutination des hématies* chez ces malades.

Dans le *paludisme* aigu, enfin, la splénomégalie est l'un des symptômes les plus constants et les plus importants; nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir et d'insister longuement sur cette variété de splénomégalie, dont le diagnostic se fait par l'allure spéciale de l'accès fébrile, la constatation de l'hématozoaire dans le sang, et les heureux effets de la quinine.

En résumé, au cours d'une affection *aiguë, fébrile*, c'est surtout à la fièvre typhoïde, à la tuberculose aiguë et au paludisme, que la constatation de l'hypertrophie splénique doit faire songer; le diagnostic de ces affections se fonde sur les résultats que fournissent l'hémoculture, le séro-diagnostic, les examens hématologiques qui permettent d'éliminer aussi certaines formes rares de *leucémie aiguë fébrile*, assez exceptionnelles d'ailleurs.

II. Splénomégalies chroniques. — Beaucoup plus intéressantes et d'un diagnostic beaucoup plus difficile sont les splénomégalies chroniques, tantôt perdues dans le complexus symptomatique, tantôt, au contraire, seul symptôme dont se plaint le malade, tantôt très discrètes, tantôt, au contraire, monstrueuses, tellement volumineuses même, que le nom d'*hypersplénomégalie* a été donné, par certains auteurs (Gilbert et Fournier), à cette variété d'hypertrophie.

Le diagnostic de ces splénomégalies est presque toujours délicat, et pour y parvenir le clinicien devra procéder surtout par élimination : c'est pourquoi, au lieu d'adopter la classification habituelle qui consiste à envisager successivement trois syndromes, *hépato-splénique*, *spléno-adénique* et *splénique pur*, allons-nous, très simplement, envisager tout d'abord les cas dans lesquels le diagnostic *est évident*, pour aborder ensuite ceux dans lesquels il l'est beaucoup moins et nécessite souvent, pour s'affirmer, le contrôle de certaines recherches spéciales de laboratoire.

Il va sans dire qu'avant toute discussion relative à ce diagnostic étiologique, le clinicien se sera parfaitement renseigné sur le volume de la rate, sa consistance, etc.; les modifications parallèles du *foie* et de l'*appareil ganglionnaire* en général; il devra faire un examen complet des *urines*, rechercher les petits signes d'*hypertension portale* (hémorroïdes, épistaxis, etc.) ou d'*insuffisance hépatique*, etc., procéder à des examens du *sang* portant sur la valeur globulaire, leucocytaire, sur le sérum, etc., et s'efforcer enfin, par un interrogatoire très serré du malade, d'apprendre s'il n'existe pas dans ses antécédents, des intoxications ou des infections chroniques, de premier plan, *alcoolisme*, *paludisme*, *syphilis*, *tuberculose*.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 81, p. 1238.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 85. — SAMEDI 29 JUILLET 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 29 JUILLET 1911. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1912, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Nancy. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nancy. — La chaire de matière médicale de l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante (à partir du 26 juillet).

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 25 juillet 1911 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Jarry est nommé directeur du service de santé de la division d'Alger; Godet, médecin chef de l'hôpit. milit. du Dey, à Alger.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Fribourg est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Lille; Salebert, médecin chef de l'hôpit. milit. de Rennes.

Médecin-major de première classe. — M. Lejeune passe à l'hôpit. milit. de Rennes.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Paloque passe au 18e d'art. de camp.; Donier, au 28e d'art. de camp.; Clerc, au 2e drag.; Tellier, au 1er bat. de chass. à pied; Forget, au 25e d'inf.; Etienne, au 4e escadron du train des équip. milit.; Macaire, à l'hôpit. milit. de Bordeaux; Flach, au 8e escadron du train des équip.; Baget, au 2e huss.; Assailly, au 88e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Cot passe au 61e d'inf.; Bonnet, au 6e bat. du 3e génie; Coulon, au 53e d'art. de camp.; Nicard, au 95e d'inf.; Fulcrand, au 18e d'inf.; Trèves, au 56e d'inf.; Mazot, au 126e d'inf.; Bovier-Lapierre, au 140e d'inf.; Levêque, au 103e d'inf.; Courboules, au 8e cuirass.; Legendre, au 7e drag.; Chabardes, au 10e huss.; Fonvieille, au 10e cuirass.; Lubet, au 16e bat. de chass. à pied; Laurens, au 2e huss.; Biau, au 9e d'art. de camp.; Dumas, au 16e drag.; Mouchard, au 5e drag.; Maisonnet, au 23e drag.; Jullian, au 7e bat. de chass. à pied; Malgat, au 27e bat. de chass. à pied; Larnaudie, au 49e d'art. de camp.

— Par décret en date du 25 juillet 1911, les mutations suivantes ont été effectuées dans le cadre auxiliaire du service de santé de réserve et armée territoriale :

Médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Boulland passe à la 5e région.

Médecins aides-majors de première classe de réserve. — MM. Lesage passe au gouvernement militaire de Paris; Raynaud, à la 14e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe de réserve. — MM. Anger passe à la 4e région; Castan, à la 13e région; Coittier, à la 7e région; Contal, à la 2e région; François, à la 15e région; Gibert, à la 20e région; Laparra, à la 18e région; Lelong, à la 5e région; Martz, à la 6e région; Minot, à la 8e région; Pastour, à la 19e région; Soulier, à la 19e région; Tacheron, à la 4e région; Thiriet, à la 14e région; Villejean, à la 3e région; Viteman, au gouvernement militaire de Paris.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en ré-

compense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Badin (Léon Vital) et Ermenge (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. Bonnet, externe des hôpitaux de Nancy; Bloch-Michel, chef du laboratoire de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades; Deffins, externe à l'hôpital des Enfants-Malades; Rollot, externe à l'hôpital Necker; Duroeux et Wallimann, internes à la prison de Saint-Lazare; Hardouin, élève en médecine, attaché à l'hôpital Laënnec; Petetin, élève en médecine, attaché à l'hôpital Hérold.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le docteur Motais, professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine d'Angers, a été élu membre correspondant.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 925 décès au lieu de 879 pendant la semaine précédente et au lieu de 800, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 48, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 29).

La rougeole a causé 36 décès, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (la moyenne est 11); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 349 (au lieu de 354 précédemment et au lieu de la moyenne 274).

Les quartiers les plus atteints sont : Salpêtrière, 16 cas; Necker, 17 cas; Plaisance, 16 cas; Amérique, 17 cas.

La diarrhée infantile a causé 74 décès de 0 à 1 an, au lieu de 56 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE ET COLONIALE DE BORDEAUX. — Un groupe important d'anciens élèves de l'Ecole, coloniaux et marins, en activité ou démissionnaires, s'est réuni à Bordeaux le 1er juillet 1911 et a jeté les bases d'une Association amicale des anciens élèves.

S'adresser, pour adhésion et renseignements, aux docteurs Petit de la Villéon, 13, place Bey-Berland, et Penaud, 14, rue Voltaire, à Bordeaux.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La VIIe session des cours de physiothérapie, organisé par MM. Albert Weil, Dausset, Degrais, Dominici, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 9 au 31 octobre 1911, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux et cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de vingt leçons :

La première série comprend : l'électro, la radio, la photo, la radiumthérapie et l'hydrothérapie;

La deuxième série comprend : le massage, la gymnastique, la rééducation et la méthode de Bier.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 fr. On peut s'inscrire pour une ou les deux séries ou avoir tous les renseignements complémentaires chez MM. Vigot frères, libraires, 23, place de l'École-de-Médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION INTERNATIONALE DE TURIN. — *Trains spéciaux, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide.* — Réduction : jusqu'à 60 p. 100 suivant la distance.

La Compagnie P. L. M. mettra en marche, à l'occasion de l'exposition de Turin, six trains spéciaux pendant le mois d'août :

1° Les 5 et 18 août au départ de Paris;

2° Les 10 et 23 août au départ de Saint-Etienne et de Lyon;

3° Les 8 et 22 août au départ de Marseille et de Cette.

Le retour des voyageurs aura lieu, à leur gré; par tous les trains du service régulier dans un délai de vingt jours.

On pourra se procurer les billets, à prix réduits, pour ces trains, à partir des dates suivantes, dans les gares du réseau :

1° Les 22 juillet et 6 août pour les trains au départ de Paris;

2° Les 26 juillet et 11 août pour les trains au départ de Saint-Etienne et Lyon;

3° Les 27 juillet et 9 août au départ de Marseille et de Cette.

La délivrance des billets cesse la veille du jour du départ du train, à midi.

Il sera également délivré des billets à prix réduits pour ces trains spéciaux par toutes les gares du réseau de l'Est, de l'Etat, du Midi, du Nord et d'Orléans.

Les voyageurs des lignes non desservies par les trains spéciaux pourront les rejoindre aux gares d'arrêt en utilisant les trains du service ordinaire.

— *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de la Fête de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 10 août 1911, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine interne. — (N° 16, 10 juin 1911.) MONCORGÉ : De la méthode dans le traitement de l'asthme. — ROLLET : La tuberculose des voies lacrymales. — (N° 17, 20 juin 1911.) GAUCHER, AUBERT et JOLTRAIN : Guérison d'un pemphigus aigu grave par des injections intraveineuses d'alcool. — MILHIT : L'alimentation dans la fièvre typhoïde.

Journal des praticiens. — (N° 22, 3 juin 1911.) Alex. RENAULT : Examen critique des divers moyens usités actuellement contre le traitement de la blennorragie tant aiguë que chronique chez l'homme. — RATHERY : Le tophus goutteux. — MONTENNIS : Les bains d'air, de lumière et de soleil dans les maladies aiguës. — G. LACROTTE : Mort subite au cours d'un accouchement normal par syncope. — (N° 23, 10 juin.) GOUGEROT : Traitement des mycoses et des sporotrichoses dans les cas difficiles. Malades partiellement intolérants à l'iodure, malades totalement intolérants, lésions locales rebelles. — TERSON : Traitement des kératites hérédo-syphilitiques malignes. — (N° 24, 17 juin.) BAUMEL : Péricardite aiguë chez l'enfant. — P. E. LÉVY : Contre l'isolement et pour la cure libre dans le traitement des névroses.

Marseille médical. — (N° 11, 1er juin 1911.) POLLOSSON : Traitement des métrorragies par compression du col utérin. — AUDIBERT et LAFONT : 606. A propos du dispositif de M. Ducatte. Avantages de notre appareil. — VIAL : Le pronostic éloigné des luxations de l'épaule. — CORSY : Sur un cas de dilatation de l'artère pulmonaire. Rétrécissement urétral avec asystolie irréductible chez un adolescent. — FAYET : Cuti-thermomètre. — (N° 12, 15 juin.) G. TREILLE : Un cas de bilharziose. — BOINET : Deux nouveaux cas de mélitococcie. — ESCAUDE : Quelques cas de malformations congénitales (cœur et rein).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 21, 25 mai 1911.) SCHATTENPROH : Procédé de désinfection inoffensif pour les cuirs et peaux contaminés par le charbon. — GHEDMI : Contribution expérimentale et clinique à la réaction de l'acitonétryle. — HRDLICZKA : Symptomatologie de l'action du salvarsan. — WIENER : État actuel de la peste aux Indes. — (N° 22, 1er juin.) DAUTMITZ : Sur les porteurs de radium de Saint-Joachimsthal. — JONAS : Influence de la motilité et de la sécrétion gastrique de l'estomac sur la motilité de l'intestin. — LATEINER : L'index de réduction dans le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. — HERZL : Un cas d'absence de l'ovaire droit avec développement rudimentaire de la trompe droite. — RUBESCH : Ouvre-bouche opératoire automatique.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ABCÈS AMYGDALIENS ET PÉRI-AMYGDALIENS

Par MM. SOUBEYRAN (de Montpellier),
Professeur agrégé à la Faculté,
Chargé du cours de médecine opératoire,

et SASSY (de Montpellier),
Spécialiste des maladies de la gorge, des oreilles et du nez.

VI

Evolution et complications. — La suppuration s'annonce par une douleur plus localisée, pulsatile, et vers le septième ou huitième jour l'ouverture spontanée a lieu en général, à moins qu'il ne se produise une complication. Le huitième jour est la date la plus rapprochée, mais il arrive, et non rarement, que cette date soit reportée au douzième et même au quinzième jour, comme nous avons eu l'occasion de l'observer dernièrement.

Cette ouverture amène un soulagement immédiat, la température tombe, le malade avale mieux ; si elle se fait la nuit, le pus tombant dans le larynx pendant le sommeil, la mort peut survenir immédiate par asphyxie (*The Lancet*, 20 et 27 sept. 1902) ou dans quelques jours par broncho-pneumonie. Dans le jour l'abcès s'évacue à l'occasion d'un effort pour cracher, vomir ou avaler : le malade crache un peu de pus très fétide : « Cette fétidité, dit Chassaignac, est parfois le seul signe qui indique la rupture de l'abcès, le pus qui se mêle aux crachats étant en si petite quantité qu'on pourrait facilement ne pas l'apercevoir. »

Si l'on cherche l'orifice on ne le voit pas en général, car il est étroit et caché derrière le pilier antérieur ou dans la fossette sus-amygdalienne.

L'abcès peut se fistuliser et devenir chronique, il se vide incomplètement d'où des rétentions, des récidives par fermeture de l'orifice, des clapiers fistuleux (Cartaz). Tout le monde connaît la grande fréquence de ces récidives, et il n'est pas de praticien qui ne puisse citer tel ou tel de ses malades ayant des abcès en série tous les six mois ou tous les ans.

L'inflammation peut se propager aussi aux organes voisins et provoquer des rhinites, des glossites, des otites, des broncho-pneumonies.

Comme complications particulières aux abcès externes on peut voir survenir des adénites suppurées de l'angle de la mâchoire et surtout des adéno-phlegmons latéro-pharyngiens par effraction ou propagation à travers l'aponévrose du pharynx. Le pus peut alors fuser le long du rachis dans le thorax (Londe), décoller les muscles du cou (Velpeau), faire des abcès de la région parotidienne (Lugeol) ou produire des accidents vasculaires de la plus haute gravité.

Parmi eux, on a signalé des hémorragies mortelles par ulcérations de la carotide (Ehrmann, Pepper, Bernard Pittes, Messiter, Vergely) et Monod, en 1882, communiqua à la Société de chirurgie 88 observations de perforation de vaisseaux par le pus dont 44 se rapportaient à la carotide.

Quand l'inflammation se propage aux conduits veineux (jugulaire interne ou plexus veineux péri-pharyngien) on observe des thromboses jugulaires et pharyngiennes (Breton), des phlébites orbitaires (Fauvel), des phlébites du sinus caverneux (Jacques), de la méningo-encéphalite, de la septico-pyohémie (Newcomb).

Enfin, dans des cas très rares on a signalé des complications à distance : arthrites, néphrites, suppuration du côté du foie (Letulle).

VII

Diagnostic. — Le diagnostic ne saurait hésiter longtemps entre l'abcès amygdalien, quelle qu'en soit la forme, et l'*amygdalite catarrhale aiguë* qui, la plupart du temps, accompagne le début de la maladie : l'abcès, étant une infection locale, se différencie dès le deuxième ou troisième jour par les signes de collection purulente (rougeur, infiltration, tuméfaction).

L'évolution froide d'une *gomme de l'amygdale* ou du pilier antérieur et l'ulcération caractéristique qui ne tarde pas à apparaître sont un contraste assez frappant avec l'allure clinique de l'amygdalite phlegmoneuse pour éviter toute erreur.

Nous ne citerons que pour mémoire les *tumeurs* malignes de l'amygdale, même celles dont la marche est rapide comme le sarcome.

De même la localisation de la tuméfaction permettra de préciser exactement la *variété* d'abcès à laquelle on a affaire.

Nous insisterons davantage sur la confusion possible avec certains abcès de voisinage et notamment avec l'*abcès périostique odontogène juxta-amygdalien* si bien décrit par Escat et par Gibert dans sa thèse (Toulouse 1908).

« Cet abcès, dit Escat, est trop souvent confondu avec la péri-amygdalite phlegmoneuse par les laryngologistes et avec l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac par les chirurgiens.

Il est dû à une infection d'origine dentaire (évolution ou carie de la dent de sagesse d'en bas) et résulte d'une périostite phlegmoneuse localisée à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur. La collection développée derrière le pied du pilier antérieur refoule en dedans l'amygdale et simule par suite la péri-amygdalite phlegmoneuse. »

Sa symptomatologie, assez analogue à l'abcès péri-amygdalien antérieur, se différencie par un trismus précoce, irréductible, des douleurs spontanées, irradiées dans le maxillaire et la langue, l'empâtement rétro et sous-angulo-maxillaire et l'absence d'œdème de la luette.

L'abcès postérieur peut être pris au début de son évolution pour un *abcès rétro-pharyngien*, et à la fin de celle-ci pour un abcès péri-amygdalien antérieur (Moure, Lannois). Dans le premier cas l'âge du sujet et la situation exactement observée de la collection purulente mettront sur la voie du diagnostic, dans le second nous savons que si l'abcès antérieur est

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 82, p. 1243.

un mode de terminaison possible de l'abcès postérieur, la différence, à la période d'état, de l'aspect des deux piliers, est un signe trop net pour permettre le doute. Du reste, comme dit Lannois, abcès postérieur et antérieur peuvent coexister et venir se fusionner dans la région de la fossette supra-tonsillaire en un phlegmon péri-amygdalien plus ou moins diffus.

Notons encore, à propos de l'abcès postérieur, que le refoulement vers le pharynx du faisceau vasculo-nerveux du cou par un *adéno-phlegmon latéro-pharyngien* peut simuler cet abcès.

Cette remarque a son importance surtout au point de vue du traitement chirurgical de l'abcès postérieur, car une incision du pilier dans ce cas-là serait évidemment des plus dangereuses.

Le diagnostic de la forme externe de Moure avec le *phlegmon latéro-pharyngien* est très délicat, et d'après certains auteurs il ne serait même pas à faire, car il s'agirait en définitive d'un mode de début de cette dernière affection (Lannois). Escat, d'ailleurs, ne croit pas à son individualité.

Toutefois, dans l'abcès péri-amygdalien externe, les phénomènes cervicaux sont moins marqués, l'amygdale qui participe à l'inflammation est refoulée en dedans et non portée en avant avec le pilier postérieur par une collection venant de l'espace maxillo-pharyngien; enfin, l'abcès a tendance à s'ouvrir du côté de la bouche où il rencontre moins de résistance que du côté externe; aussi est-il plus facile de l'évacuer par la loge amygdalienne que par la voie externe qui est la voie de choix pour les abcès latéro-pharyngiens.

Quant à l'abcès inférieur nous avons déjà signalé, au moment de sa description, combien il était malaisé à différencier du phlegmon de l'amygdale linguale.

VIII

Traitement. — Nombre de médecins suivent encore les conseils de Lasègue et Verneuil qui recommandaient d'attendre l'ouverture spontanée et c'est ainsi que nombre d'abcès de l'amygdale échappent à l'intervention du chirurgien ou du spécialiste ! Le pus est profond, la région vasculaire et périlleuse, l'évacuation va se faire du jour au lendemain, pourquoi provoquer une nouvelle douleur et risquer une ponction blanche ?

Les circonstances semblent parfois rendre ces raisons valables, mais à côté des cas heureux à combien de dangers graves expose l'abstention ? Il suffit pour s'en convaincre de relire le chapitre des complications, d'y ajouter encore les 3 cas mortels cités par Georges Laurens (suppuration médiastinale, septicémie généralisée, phlébite de la jugulaire avec trombose des sinus caverneux) et de parcourir le mémoire de Brindel (22 cas de mort analogues à ceux déjà signalés).

Donc en présence d'un abcès de l'amygdale, nettement diagnostiqué et localisé, il faut intervenir, ne serait-ce que pour obéir à la loi de chirurgie générale qui veut que toute collection purulente soit ouverte et puis parce que le malade en retirera tout bénéfice : une amélioration brusque succède même à une ponction blanche qui décongestionne la région et prépare la voie pour le pus, et toute complication locale et générale est évitée. Quand et comment intervenir?

Traitement médical. — Pendant les deux ou trois premiers jours, les éléments dominants étant la douleur et la congestion, l'indication sera de les combattre. Le malade a soif, il souffre, il ne dort pas; donnez de l'opium, des boissons gazeuses, prescrivez des siphonnages d'eau de seltz (G. Laurens) qui donnent une sensation de fraîcheur et d'acidité et dissolvent les sécrétions et les mucosités abondantes qui encombrent l'arrière-gorge.

Les gargarismes chauds et les collutoires plus ou moins anesthésiques ne donnent pas de bons résultats.

Gougenheim recommande le salol à l'intérieur; il le prescrit à la dose de 4 grammes par jour pendant deux jours chez les adultes : la douleur et la dysphagie seraient ainsi atténuées et la température abaissée.

Contre la congestion on peut employer la glace sucée par petits fragments mais à sa vaso-constriction passagère succède une vaso-dilatation qui exagère les phénomènes douloureux.

Mieux vaut avoir recours aux irrigations abondantes et chaudes préconisées par Ripault : irrigateur peu élevé, embout introduit entre les dents et porté au voisinage de la région malade en évitant d'être gêné par le dos de la langue; le liquide (eau bouillie simple) sera chaud et abondant et l'irrigation répétée le plus fréquemment possible.

Tous ces moyens permettent d'attendre mais n'ont aucun effet abortif et alors se pose la question du traitement chirurgical et de la date à laquelle il doit être pratiqué.

Traitement chirurgical. — Ce moment est difficile à préciser : Moure est un partisan convaincu de l'incision très hâtive, dès que le diagnostic est posé, au deuxième ou troisième jour. Laurens attend le quatrième et Escat le cinquième. Donc, en moyenne c'est au troisième ou quatrième jour que le pus est collecté et c'est à ce moment marqué par l'augmentation de l'œdème et de la voussure du voile qu'il faut intervenir.

Parmi les procédés les plus couramment employés nous citerons :

1° *La discision* (Ruault) ;
2° *La dilatation du recessus palatin* (Killian);
3° *L'incision* : *a*. au bistouri, *b*. au couteau galvanique (Moure).

Il est évident que, pour ces diverses interventions, on se placera dans les conditions d'éclairage les meilleures (miroir frontal, miroir de Clar, lumière solaire directe).

La discision. — Ruault, ayant remarqué que le pus tend à se faire jour entre le pilier et l'amygdale, introduit un crochet cannelé spécialement construit

par lui, au niveau de l'angle antérieur de la fossette sus-amygdalienne et le pousse entre le pilier et la tonsille, puis il tire à lui de haut en bas et en dedans de façon à détacher l'amygdale de la paroi postérieure du pilier. Ces adhérences une fois détruites, on dissocie presque en même temps le tissu cellulaire pour atteindre la collection purulente.

On arrive au même résultat avec une sonde cannelée dont on recourbe un peu l'extrémité (Chavasse) ou avec un stylet boutonné du nez dont on coude également l'extrémité à angle droit.

Actuellement Ruault a modifié sa technique et introduit le crochet de bas en haut vers le voile dans le recessus palatin.

Cette méthode réussit fréquemment à amener l'évacuation du pus par la fossette sus-amygdalienne : elle est applicable surtout aux abcès antéro-supérieurs; on peut également s'en servir pour les abcès externes en contournant la face antéro-externe de l'amygdale et pour les abcès postérieurs en passant le crochet en arrière de l'amygdale et en détruisant ses adhérences avec le pilier postérieur.

Enfin la discision pratiquée avec un crochet tranchant (crochet de Ruault, de Higguet, faux de Ruault, de Mahu, instruments de Ricardo Botey) sert à ouvrir les abcès intra-amygdaliens en introduisant la pointe du crochet dans le point le plus acuminé et en tirant à soi pendant qu'on relève le manche.

La dilatation du recessus palatin (Killian). — Cette dilatation peut s'effectuer avec divers instruments : pince hémostatique, dilatateur à trachéotomie à deux branches, écarteur rétro-molaire de Legroux, pince à fausses membranes (Escat), pince à pansement du nez de Lubet-Barbon : c'est ce dernier instrument que nous utilisons en choisissant le modèle à branches courtes plus rigides.

La technique est des plus simples; on déprime la base de la langue avec un abaisse-langue et on introduit la pince, mors fermés, dans la fossette sus-amygdalienne; il faut pour pénétrer dans les tissus enflammés et adhérents exercer une certaine pression; on pénètre de 1 ou 2 centimètres dans le tissu cellulaire, puis les mors sont brusquement écartés dans le sens vertical et on retire la pince, mors ouverts.

Presque toujours, du moins dans les abcès antéro-supérieurs et même les abcès externes, un flot de pus jaillit que le malade crache immédiatement. Ce procédé très employé aujourd'hui est, d'après Escat, *le plus simple, le plus sûr et le plus inoffensif, celui qui doit être toujours tenté avant l'incision.*

L'incision. — A. *Au bistouri.* — Il suffit d'avoir à sa disposition un abaisse-langue, un ouvre-bouche, une sonde cannelée et un bistouri ordinaire dont l'extrémité est libre sur une longueur de 1 centimètre et demi, le reste de la lame étant entouré par du diachylon, du coton ou de la gaze.

On peut, si l'on veut, anesthésier la région par un badigeonnage avec la solution de cocaïne à un dixième ou par l'application d'un tampon de ouate imbibé de liquide de Bonain (chlorhydrate de cocaïne, menthol, acide phénique ââ), et laissé en contact pendant cinq minutes. Mais ces agents n'ont pas leur action habituelle sur les tissus enflammés et le meilleur anesthésique est la rapidité opératoire (Laurens). Quant à l'incision elle se fait en des points d'élection suivant la variété d'abcès à laquelle on a affaire.

Abcès intra-amygdalien. — On choisira le point le plus acuminé et on pratiquera une incision longue descendant le plus bas possible de façon à ne pas laisser de cul-de-sac inférieur (fig. 4). Opérer en un seul temps, car le sang gênerait et le malade ne laisserait pas recommencer.

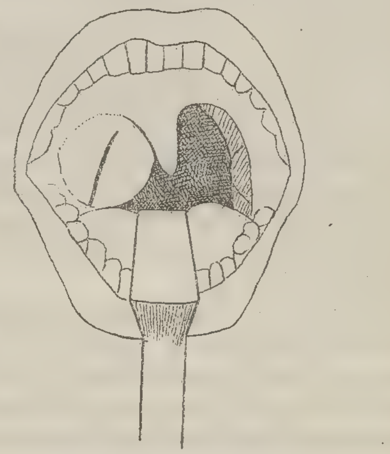


Fig. 4. — *Ouverture d'un abcès amygdalien.* — L'incision descend le plus bas possible.

On peut après cela écouvillonner la poche avec un tampon de coton imbibé d'une solution de chlorure de zinc à un vingtième. L'hémorragie, rare, sera vite arrêtée en faisant sucer de petits fragments de glace.

Abcès antéro-supérieur. — On incise (Lemaistre) à la partie antéro-supérieure de la loge à un demi-centimètre ou un centimètre du bord libre du pilier antérieur et au niveau de son tiers supérieur; bref sur la boutonnière de Lemaistre (fig. 3, 5).

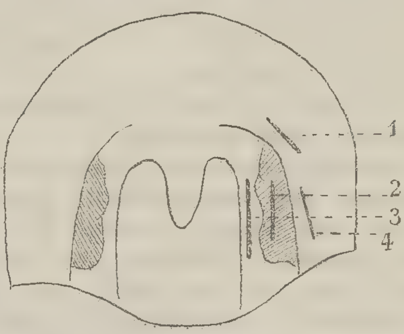


Fig. 5. — *Schéma des incisions des abcès péri-amygdaliens.* — 1. Abcès antéro-supérieur; — 2. Abcès intra-amygdalien; — 3. Abcès postérieur; — 4. Abcès périostique juxta-amygdalien d'après Escat.

Lermoyez donne un autre point de repère et conseille l'incision vers le milieu d'une ligne qui unit la base de la luette à la dent de sagesse supérieure.

Quel que soit le point choisi, l'incision doit être poussée en plein voile jusqu'à 1 centimètre et demi de profondeur en moyenne et s'étendre dans les mêmes proportions verticalement de haut en bas, parallèlement au bord interne du pilier antérieur.

Escat recommande de diriger la pointe vers le

raphé pharyngien postérieur, c'est-à-dire en obliquant un peu de dehors en dedans.

Moure au contraire conseille le sens inverse, de dedans en dehors.

La recommandation d'Escat a l'avantage de corriger une tendance involontaire à diriger la pointe en dehors et elle fait s'écarter ainsi des gros vaisseaux.

Enfin on peut introduire une pince hémostatique entre les lèvres de l'incision et la retirer après en avoir écarté les mors (Laurens).

Abcès postérieur. — Le bistouri pénétrera dans le pilier postérieur au niveau de sa partie médiane, d'avant en arrière sur une longueur de 1 centimètre, la pointe tournée encore plus en dedans que dans le cas précédent [anomalie possible de la pharyngienne ascendante (Laurens)]. Mais ici l'épaisseur du tissu est bien moins grande et il suffit d'enfoncer la lame d'un demi-centimètre ou 1 centimètre au maximum pour rencontrer le pus.

Abcès externe. — L'intervention qui doit être précoce devient délicate à cause du voisinage des vaisseaux qui sont normalement à deux centimètres en dehors et en arrière, mais en réalité beaucoup plus loin quand une nappe de pus est interposée.

Nous avons déjà vu que la discision ou la dilatation de Killian peut servir à évacuer ces abcès. Avec le bistouri, l'incision du pilier antérieur en dirigeant prudemment la lame un peu en dehors suffira dans la plupart des cas.

Mais quand le malade ne peut ouvrir la bouche ou si, après l'incision par voie buccale, les signes infectieux persistent et surtout si l'abcès a fusé vers l'angle de la mâchoire (fusée latéro-pharyngienne) il faut agir par la voie externe. Sous l'anesthésie générale on incise le cou lentement, couche par couche, à la hauteur de l'angle de la mâchoire sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et parallèlement à lui, plutôt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Prudemment, avec la sonde cannelée on se dirige en avant, en dedans et en haut, vers l'angle, à la rencontre de la tuméfaction fluctuante que l'index repère.

Abcès inférieur. — Il suffit de ponctionner à travers la base du pilier antérieur.

B. *Au couteau galvanique* (*procédé de Moure*). — Moure estime que, lorsqu'on fait l'ouverture précoce, le pus est encore profond et l'instrument tranchant expose à l'hémorragie, l'arrière-gorge enflammée étant très vasculaire ; on risque aussi de ne pas trouver la collection et la plaie a l'inconvénient de se refermer trop vite ; d'où rétention du pus.

Il a donc paru préférable à cet auteur d'employer le galvanocautère qui est indolore, permet d'inciser à blanc et de traverser le voile, ou le tissu péri-amygdalien, ou l'amygdale, à la recherche du pus, quitte à compléter les recherches avec la sonde cannelée, et enfin laisse une plaie longtemps ouverte qui permet un drainage parfait.

L'anesthésie locale est faite comme pour le bistouri et les lignes d'incision sont sensiblement les mêmes. Dans l'abcès intra-amygdalien, on dirigera la pointe d'avant en arrière en allant vers la paroi externe de l'amygdale, jusqu'à ce qu'on rencontre le pus.

Pour l'abcès antéro-supérieur on plonge la lame du galvano un peu en dehors de la boutonnière de Lemaistre et au-dessous de la fossette sus-amygdalienne, en la dirigeant de dedans en dehors, c'est-à-dire vers la paroi externe de la loge.

« On traverse ainsi le voile dans toute son épaisseur (2 centimètres), puis on pousse plus profondément dans le tissu péri-amygdalien, comme si l'on voulait traverser la loge. Il est rare que dans ces conditions, on ne donne pas issue à une collection purulente » (Moure).

Si on n'atteint pas la poche, on s'aide de la sonde cannelée.

Pour les abcès postérieurs et inférieurs, l'incision est la même qu'avec le bistouri.

En présence d'un abcès externe, on traverse avec le galvano-cautère toute l'épaisseur de l'amygdale vers son tiers supérieur, puis on se dirige en arrière et en dehors vers le fond de la loge, jusqu'à 3 centimètres de profondeur ; si l'on n'a pas trouvé le pus, il convient de s'arrêter et de le rechercher avec la sonde cannelée, un peu au-dessus et au-dessous de l'ouverture. Fréquemment l'abcès se vide au bout de quelques heures, quelquefois après une certaine hémorragie.

Ce procédé de Moure n'est réellement pratique que dans un cabinet ou une clinique de spécialiste, mais que de fois notre intervention a lieu à la ville ou à la campagne, chez des malades alités que nous sommes appelés à secourir d'urgence, et alors les procédés de Ruault, de Killian et le bistouri sont nos plus fidèles auxiliaires.

L'hémorragie, quelle que soit la façon d'intervenir, reste la seule complication opératoire. Rarement en jet, presque toujours en nappe, primitive ou secondaire, on en vient facilement à bout en faisant sucer des morceaux de glace et en bourrant la cavité avec de la gaze iodoformée, que l'on enlève le lendemain.

Soins consécutifs. — Immédiatement après l'intervention, on peut badigeonner la cavité opératoire avec une solution de chlorure de zinc au 1/20 ou avec de l'eau oxygénée pure ; cette manœuvre assez douloureuse, outre son avantage antiseptique, provoque des contractions qui facilitent la sortie du pus.

Dans la journée, on prescrira un gargarisme détersif. Moure recommande la solution suivante :

Acide phénique	4 grammes.
Borate de soude } *àà*	5 grammes.
Bromure de potassium }	
Alcool de menthe	30 grammes.
Glycérine	120 centim. cubes.

par cuillerées à café dans un verre d'eau bouillie tiède.

D'autres gargarismes antiseptiques peuvent être formulés : thymol à 1/1000, phénosalyl à 1/500, acide salicylique 1/1000, résorcine 1/200, sublimé 1/5000, etc.

Des lavages de la bouche, avec la seringue ou un bock, détergeront bien l'arrière-gorge ; les siphonnages à l'eau de Seltz, dont nous avons déjà parlé, ont des effets très heureux.

L'orifice opératoire sera dilaté s'il avait tendance à se refermer trop rapidement. Un purgatif (de préférence le calomel) sera administré pour balayer le pus qui aurait pu tomber dans le tube digestif.

Enfin, après guérison complète, pour mettre le malade à l'abri des récidives si fréquentes, on pratiquera l'exérèse complète de l'amygdale et on évidera complètement la loge par le procédé du morcellement de Ruault. Pas de pointes de feu qui entourent les cryptes de tissu fibreux et les empêchent de vider leur contenu septique.

BIBLIOGRAPHIE

ARSIMOLES. *La Fossette sus-amygdalienne et les abcès péri-amygdaliens* (recherches sur leur siège anatomique), Th. de Toulouse, 1902.

BABUEL-PEYRISSAC. *Abcès chroniques de l'amygdale*, Th. de Bordeaux, 1893.

BAGINSKI. Appendicite et amygdalite suppurée, *Soc. de méd. berlinoise*, 22 juin 1910.

BALME. *De l'Hypertrophie des amygdales*, Th. de Paris, 1888.

BARTH. *Deut. med. Woch.*, 1899.

BOSWORTH. *Med. record*, 1854, t. II, p. 365.

BOTEY. De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1900, n° 11.

BOURGEOIS. Lavage des cryptes amygdaliennes, *Arch. de laryngol.*, 1909.

BRIEG. Technique de l'opération de l'abcès péri-tonsillaire, *Deut. med. Woch.*, 1899.

BRETON. Th. de Paris, 1883.

BRINDEL. *Revue hebd. de laryngol.*, août 1903.

BROCA. Angine phlegmoneuse, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. V, p. 213.

BRUNAULD DES HOULIÈRES. Th. de Paris, 1895.

BRUNEL. *Des Abcès de l'amygdale palatine*, Th. de Bordeaux, 1899.

CAMPERT. Th. de Paris, 1891.

CARTAZ. Abcès chroniques des amygdales, *Bull. de la Soc. de laryngol.*, 1894.

CERTAIN. *Considérations cliniques et bactériologiques sur les abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens*, Th. de Bordeaux, 1908.

CHASSAIGNAC. *Traité de la suppuration*, Paris 1859.

CHAUVEAU. *Histoire des maladies du pharynx*; — Abcès amygdaliens indolents, *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, 1904, n° 6.

CHAVASSE. Abcès péri-amygdaliens, *Bull. méd.*, 1904, n° 5.

CHIARI. Localisation de l'angine phlegmoneuse, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*, 1889.

COLLINET. Th. de Bordeaux, 1894.

CONSTANTIN. Résultats du traitement de l'abcès péri-amygdalien par la dilatation de la fossette sus-amygdalienne suivant le procédé de Killian (de Worms), *Revue hebd. de laryngol.*, 1910, n° 31.

CORNET. Un cas de phlegmon péri-amygdalien survenu chez un enfant de neuf mois, *Bull. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris 1903.

CROUZILHAC. Amygdalite linguale phlegmoneuse, *Revue hebd. de laryngol.*, 26 mars 1898.

DAMASCHINO. *Leçons sur les maladies du tube digestif*, Paris 1880.

DAVEZAC. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, août 1886.

DEBEAUX. Th. de Montpellier, 1891.

DESCOINGS. *De l'Amygdalite considérée comme maladie contagieuse et infectieuse*, Th. de Paris, 1890.

DIDELOT. Th. de Paris, 1880.

DIEUDEFOY. Th. de Paris, 1893.

DOYEN. Phlegmon de l'amygdale, *Thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 421.

DUFILH. Th. de Bordeaux, 1899.

EHRMANN. Ligature de la carotide primitive nécessitée par hémorragie consécutive à l'ouverture spontanée d'un phlegmon de l'amygdale, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878.

ELLEGOOD. Les cryptes des amygdales comme porte d'entrée des microorganismes pathogènes, in *Revue hebd. d'oto-rhino-laryngol.*, 1897.

ESCAT. Abcès juxta-amygdalien d'origine dentaire, *Arch. de laryngol.*, mars 1908; — *Technique oto-rhino-laryngologique*, 2e édition, p. 84, 447 et 450; — *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx*.

FAUVEL. Th. de Paris, 1887.

FILLOUX. *Des Ulcérations de l'amygdale*, Th. de Paris, 1886.

FOX. Traitement abortif de l'esquinancie, *The Lancet*, fév. 1896, analysé in *Ann. des mal. de l'oreille*, 1896.

GANN. *The Lancet*, t. I, p. 1515, London, 24 juin 1893.

GENTIL (Maurice). *La Clinique*, 7 août 1908.

GIBERT. *Abcès périostique odontogène juxta-amygdalien*, Th. de Toulouse, 1908.

GOUGENHEIM. Emploi du salol dans les angines, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1889.

GOODALE. Suppuration aiguë des amygdales buccales, *Assoc. amér. de laryngol., XXIVe Congrès*, mai 1899, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 2.

GRIFFON. Abcès amygdalien et diphtérie : perforation du pilier antérieur et du voile, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1909.

GUILLOU. *Contribution à l'étude des abcès chroniques et enkystés amygdaliens et péri-amygdaliens*, Th. de Lyon, 1898.

HALL. *Boston med. Journ.*, 1887.

HUBBARD. Abcès péri-tonsillaire et diphtérie, *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 1.

JACQUES. Abcès péri-amygdaliens mortels par thrombo-phlébite des sinus latéraux, *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1908.

JACQUES et LUCIEN. Phlegmon péri-amygdalien mortel par thrombo-phlébite du sinus caverneux, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1908, n° 12.

JOAN. *Phlegmon de l'amygdale*, Th. de Paris, 1883.

KILLIAN. Zur Behandlung der angina phlegmonosa Peritonsillitis abscedens, *Münch. med. Woch.*, 1898; — Anatomie de l'angle supérieur de l'amygdale palatine, *IVe Réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud*, 1897, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*

KOEHLER. Etiologie des abcès de l'amygdale et du tissu environnant, *Deut. med. Woch.*, 1896, n° 7.

LANDOUZY. *Gaz. des hôpit.*, 1885 ; — De l'amygdalite infectieuse, *Progrès méd.*, 1883, p. 601 et 628.

LANNOIS. *Maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, t. II, coll. Testut.

LASÈGUE. *Traité des angines*, Paris 1868.

LAURENS (Georges). Traitement des phlegmons de l'amygdale, in *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, p. 704.

LEJARS. Abcès amygdalien, *Chirurgie d'urgence*, 5e édition, p. 124.

LELAND. L'abcès péri-amygdalien, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*, 1899.

LEMAISTRE. Phlegmon péri-amygdalien, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, 19e session, Limoges 1890.

LETULLE. *Soc. anat.*, 1888.

LOGUCKI. Contribution à l'étude des abcès péri-amygdaliens, *Gaz. Lukarska*, 1895, n° 42.

LUGEOL. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1885.
MAUREL. Th. de Paris, 1885.
MAZZARD. *Journ. de méd. prat.*, 1886.
MILSONNEAU. Th. de Paris, 1885.
MORESTIN. Amygdalite phlegmoneuse, *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 52.
MOURE. Abcès amygdalien et péri-amygdalien. Diagnostic et traitement, *Presse méd.*, 1901, n° 68, p. 96; — De l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1898, n° 7; — Considérations cliniques sur les abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, *Le Laryngoscope*, janv. 1908, n° 1; — *Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx*; — *Travaux de la clinique annexe des maladies de l'oreille, du larynx et du nez.*
MOURE et BRINDEL. *Guide pratique des maladies de la gorge, des oreilles et du nez.*
MOY. *Des Abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant*, Th. de Paris, 1898.
NEWCOMB. Amygdalite phlegmoneuse, hémorragie, ligature de la carotide primitive, *Journ. de chir.*, 1908, p. 468.
NORVAL (Pierre). Traitement des abcès péri-amygdaliens, *Revue hebd. de laryngol.*, 1900, n° 32.
PAGE. *Bull. méd. de Québec*, 1904-1905.
PATERSON. The fossa supratonsillaris and its affections, *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 1.
PÉPIN. Th. de Paris, 1894.
PÉRIGORD. Méningite suppurée consécutive à un abcès amygdalien, *Limousin méd.*, mars 1893.
RAOULT. Abcès chronique du voile du palais et de la logette sus-amygdalienne contenant des calculs, *Revue de laryngol.*, 1899, n° 1; — Phlegmon péri-amygdalien externe consécutif à une infection par corps étranger, *Arch. intern. de laryngol.*, Paris 1904, n° 4.
RENDU. *Soc. méd. des hôpit.*, 1891.
RENEVEY. *Traitement des abcès péri-amygdaliens*, Th. de Paris, 1910.
RICE. *Med. record*, 1891, t. XXIX, p. 125.
RICARD. *Arch. internat. de laryngol.*, Paris 1904.
RICHARDIÈRE. *Semaine méd.*, 1891.
RIPAULT. Traitement de l'angine phlegmoneuse, *Gaz. méd. de Paris*, fév. 1896.
ROMANE. *Etude physique et bactériologique de l'amygdale*, Th. de Paris, 1892.
ROUSSEAU. *Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë*, Th. de Paris, 1888.
RUAULT. Abcès péri-amygdalien, *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard; — Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, *Mercredi méd.*, janv. 1893, n° 3.
SALLARD. *Les Amygdalites aiguës*, Th. de Paris, 1892.
SAINT-PHILIPPE. Communication à la *Soc. de méd. de Bordeaux*, juin 1891.
SENDZIACK. Diphtérie du pharynx et du naso-pharynx compliquée de nombreux abcès des amygdales (palatine, pharyngée, linguale), *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 1.
SELTEN-HUGO. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, 1904, n° 4.
TANTURRI. Quelle est la nature de l'abcès péri-tonsillaire chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, *Arch. intern. de laryngol.*, 1910, n° 2.
TREITEL. Ueber das Wesen und die Bedentung chronischer Tonsillarabscisse, *Revue de laryngol.*, 1899, n° 1.
TROUSSEAU. Angine phlegmoneuse, *Cliniques*, 2e édit., p. 329.
VAQUIER. Amygdalite linguale phlegmoneuse; élimination tardive du corps étranger provocateur, *Arch. intern. de laryngol.*, 1907, n° 4.
VEAU. *Abcès amygdaliens. Technique opératoire des prosecteurs*, 3e édition, p. 44.
VEILLON. Th. de Paris, 1894; — *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris 1901.
VERGELY. Perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, juin 1886.
VERNEUIL. Nature de l'amygdalite phlegmoneuse, *Gaz. des hôpit.*, 1872, p. 162, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879.
WATSON (Williams). La fossette sus-amygdalienne et la péri-amygdalite, *The Brit. med. Journ.*, 1908, n° 2493.
WARD. Deux cas de phlébite septique avec thrombose à la suite d'un abcès péri-tonsillaire, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*, 1879.
WOOD et RUSSEL. Symptômes généraux graves accompagnant un abcès de l'amygdale, *Revue intern. d'oto-rhino-laryngol.*, 1897, p. 350.
ZARFDJIAN. *Les Complications des abcès amygdaliens*, Th. de Bordeaux, 1904, n° 19.

MÉDECINE PRATIQUE

L'EMPLOI DU SALICYLATE DE SOUDE A HAUTE DOSE

Le docteur Ed. Crouzet (de la Réole) préconise dans le *Répertoire de pharmacie* (n° 7, 10 juillet 1911) la solution concentrée lacto-gommeuse en injections ano-rectales, comme moyen de choix pour administrer le salicylate de soude à haute dose, ainsi qu'on est souvent obligé de le faire dans les formes aiguës du rhumatisme et lorsque l'intolérance de l'estomac empêche d'utiliser la voie gastrique.

« Voici la formule de cette solution concentrée :

Salicylate de soude cristallisé.	16 grammes.
Gomme arabique pulvérisée...	4 —
Lait bouilli....... Q. S. pour	120 c. c.

Chaque cuillerée à soupe de cette solution représente donc 2 grammes de salicylate de soude, à employer *ad libitum*, et, selon les cas, avec une seringue en verre ou une poire en caoutchouc. La muqueuse rectale supporte très bien d'habitude le contact de cette solution édulcorée par la gomme et par le lait.

Cette solution se conserve facilement pendant plusieurs jours par toutes les températures, grâce aux propriétés antiseptiques du salicylate de soude lui-même ». L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1911)

La mort de M. Ch. Nélaton. — En annonçant la perte regrettable que vient de faire la Société de chirurgie dans la personne de Nélaton, M. LE PRÉSIDENT rappelle, en termes émus, de quelle estime et quelle affection jouissait parmi ses collègues cet excellent chirurgien, cet homme de bien dont la bonté était proverbiale. La générosité de son cœur, la droiture de son esprit, l'élévation de son caractère lui avaient concilié l'estime de tous et sa perte sera vivement ressentie. M. Jalaguier, au nom de la Société de chirurgie, adresse à la famille désolée de Nélaton l'expression de sa sincère condoléance.

Fistule vésico-vaginale rebelle. — M. CHEVASSU présente une jeune femme qu'il a opérée d'une fistule vésico-vaginale rebelle, consécutive à une hystérectomie par la voie transvésicale. Il a mis un drain et une sonde de de Petzer. La guérison a été parfaite.

Subluxation du semi-lunaire et fracture du scaphoïde. — M. JACOB présente un jeune soldat qui était atteint d'une

subluxation du semi-lunaire et d'une fracture du scaphoïde anciennes, qu'il a guéries par l'extirpation du semi-lunaire et de la portion fracturée du scaphoïde. Guérison parfaite avec résultat fonctionnel très satisfaisant.

La séance est levée en signe de deuil.

— La première séance aura lieu le 11 octobre.

ANALYSES

MÉDECINE

Expériences avec le salvarsan dans les tumeurs malignes. (V. Czerny et A. Caan. *Münch. med. Woch.*, 25 avril 1911, n° 17, p. 881.) — Les auteurs ont étudié l'action des injections de salvarsan, dans un certain nombre de cas de tumeurs malignes. Ils ont toujours eu recours à des injections intramusculaires. Ils pensent que dans tous les cas de tumeurs malignes inopérables, avec réaction de Wassermann positive, il faut tenter le traitement par le salvarsan. Dans un certain nombre d'épithéliomas, ils ont obtenu tout au moins une atténuation des douleurs. Il en a été de même dans plusieurs cas de sarcome, où l'on a constaté de plus après l'injection un ramollissement de la masse néoplasique. Dans un cas de sarcome de la parotide, ayant récidivé deux fois après l'extirpation, l'injection de salvarsan dans la tumeur même, combinée à l'injection intrafessière du médicament, amena l'élimination de la tumeur sous forme de masses nécrosées et la guérison complète qui s'est déjà maintenue depuis plusieurs mois.

Il est vrai que l'examen histologique laisse planer quelques doutes sur la nature réellement sarcomateuse de cette tumeur.

Un cas de lympho-sarcomatose subit, après une injection de salvarsan, une amélioration légère se traduisant par une diminution passagère des masses ganglionnaires, puis la maladie reprit sa marche fatale. Deux autres cas de lymphosarcomatose ne furent en rien influencés.

Les auteurs pensent que même quand les tumeurs sont opérables, il faut, si la réaction de Wassermann est positive, tenter l'épreuve de l'injection de salvarsan avant de recourir à l'opération.

Il faut par contre renoncer à appliquer le traitement chez les malades cachectiques et trop affaiblis.

A. LEMIERRE.

L'épreuve de la fixation du complément dans le diagnostic des infections gonococciques. (Hans J. Schwartz et Archibald Mc Neil. *Amer. Journ. Med. Sc.*, mai 1911.) — Récemment, les auteurs ont appliqué l'épreuve à 324 cas, en se proposant de l'étudier au point de vue de ses applications pratiques possibles. L'existence de nombreuses familles de gonocoques, chacune prenant ses anticorps particuliers, et par conséquent nécessitant son antigène spécifique, eût enlevé toute valeur pratique si l'on n'avait pu tourner la difficulté en se servant d'un antigène polyvalent préparé avec un mélange de toutes les familles connues.

La technique est analogue à celle de la réaction de Wassermann. Schwartz et Mc Neill se sont servis des deux systèmes hémolytiques, antimouton et antihumain, et dans ce dernier cas ont toujours inactivé leur sérum.

Leurs conclusions sont que les différentes familles de gonocoques sont très loin les unes des autres : les anticorps engendrés dans le sang par la toxine de l'une souvent ne fixent pas le complément en présence d'un antigène préparé avec une autre famille. Donc, il faut se servir d'un antigène polyvalent. Il peut se faire toutefois que le gonocoque examiné n'appartienne à aucune des familles qui ont servi à préparer l'antigène, de telle sorte qu'un résultat négatif est obtenu dans ce cas quand il devrait y avoir résultat positif.

Il n'y a pas de déviation du complément dans l'urétrite antérieure simple aiguë.

Tous les cas traités par les vaccines donnent une forte réaction positive ; ce qui suggère une formation abondante d'anticorps spécifiques sous l'influence de ce traitement.

Une réaction positive signifie très vraisemblablement l'existence d'un foyer gonococcique récemment actif dans le corps. Bien que ce ne soit pas absolument démontré directement, il semble en effet que l'élimination des anticorps gonococciques soit très rapide. Si donc une réaction positive est donnée par un homme ou une femme cliniquement guéris, cela veut dire que, malgré tout, ils peuvent être contagieux dans les rapports sexuels. L'importance de ce fait, au point de vue du mariage, est évidente sans qu'il soit besoin d'insister.

Une réaction positive chez une femme doit faire retarder une opération gynécologique. Pendant la grossesse, elle commande la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. Elle permet de diagnostiquer le rhumatisme blennorragique des autres conditions similaires et d'appliquer le véritable traitement.

F. GARDNER.

Le dosage de l'amylase des fèces dans le diagnostic fonctionnel du pancréas. (G. Durand. *Arch. des malad. de l'App. digest. et de la nutrit.*, février 1911.) — Des trois principaux ferments du pancréas remarquables par leur activité (amylase, lipase, hypsine), c'est surtout l'amylase qui a été choisie pour mesurer l'activité sécrétive du pancréas.

L'auteur étudie tout d'abord le dosage de l'amylase dans le sang, puis dans les urines, enfin dans les fèces. Il importe dans le procédé de dosage de l'amylase dans les fèces, suivant la méthode d'Enriquez, Ambard et Binet, de n'opérer que sur des fèces émises par purgation, puis diluées, enfin correspondant à une acidification de 2 p. 100 par Hcl $\frac{n}{10}$ de la solution d'empois à 1 p. 100.

Suivant rigoureusement cette technique, l'auteur a pratiqué de multiples dosages dans les affections les plus variées : les résultats obtenus expriment parfaitement, d'après cet auteur, la capacité sécrétoire du pancréas : ils ne donnent certes pas l'activité mathématiquement exacte, mais une indication suffisante pour que l'on sache s'il y a *hyperactivité*, *hypoactivité*, *inactivité*, seules connaissances indispensables pour le clinicien.

L. BABONNEIX.

Radiothérapie de la sciatique. (MM. Babinski, Charpentier et Delherm. *Revue neurol.*, 30 avril 1911, p. 525.) — En 1908, M. Babinski publia, dans la *Revue neurologique* (p. 262), un cas de « spondylose et douleurs névralgiques très atténuées à la suite de pratiques radiothérapiques ». Il publie aujourd'hui avec ses collaborateurs la relation de quatre cas de sciatique névrite qui, d'abord traités avec succès par les méthodes habituelles, ont définitivement guéri à la suite de quelques séances de radiothérapie.

On peut conclure de ces observations qu'après avoir essayé quelque temps, dans des cas analogues, les médications habituelles : repos, analgésiques, courant galvanique, etc., il y aurait lieu de soumettre les malades à l'action d'un agent physique qui semble susceptible de procurer une amélioration appréciable et même une guérison définitive.

L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

De l'influence du traitement thyroïdien sur la croissance staturale et pondérale des rachitiques. (MM. Variot et Pironneau. *Soc. de pédiatrie*, 25 avril 1911.) — Les auteurs rapportent cinq observations de rachitiques chez lesquels le traitement par l'opothérapie thyroïdienne eut une influence heureuse sur la croissance staturale spécialement, et cela d'autant plus que le rachitisme était moins intense. On a reproché au traitement thyroïdien d'entraîner un amaigrissement considérable ; cette perte de poids s'observe surtout chez les myxœdémateux et les rachitiques florides, mais non

dans les rachitismes moyens. Un autre point mérite encore de retenir l'attention, c'est l'influence heureuse du traitement thyroïdien sur le système nerveux, qui a comme conséquence le réveil de l'activité cérébrale.

Il ne faut pas conclure de ces faits que nécessairement les troubles observés au cours du rachitisme, et qui sont améliorés par cette opothérapie, relèvent de l'insuffisance thyroïdienne : sans doute, l'action physiologique de ces extraits s'exerce sur le système vasomoteur, et provoque ainsi une stimulation de la nutrition générale. L. BABONNEIX.

Etudes sur certains types de nanisme. (HASTINGS-GILFORD [de Reading], d'après le *British medical Journal. La Clinique infantile*, 15 décembre 1910.) — L'auteur distingue deux types différents de nanisme ; l'*atéléiosis*, état de celui qui n'est pas encore arrivé à la perfection, et la *progeria*, état de celui qui est un prématurément vieux.

Il existe deux variétés d'atéléiosis, l'une avec défaut de développement des organes sexuels, c'est l'*atéléiosis asexuée*, l'autre avec développement normal des organes sexuels et, qui se différencie de la précédente par sa nature héréditaire.

Dans la progeria, il s'agit d'une maladie dont les traits les plus saillants peuvent être classés sous trois catégories, suivant qu'ils traduisent une sénilité prématurée, un développement retardé ou un état qui se rapproche d'un développement normal. L. BABONNEIX.

Un cas d'ictère émotif prolongé chez un garçon de onze ans. (NOBÉCOURT. *Soc. de pédiatrie*, 21 mars 1911.) — Dans l'observation rapportée, l'on trouve réunies les deux conditions nécessaires le plus souvent pour réaliser l'ictère émotif, une prédisposition gastro-intestinale et hépatique, et une émotion dépressive. Mais, dans le cas particulier, la durée de l'ictère a été particulièrement longue, puisqu'il a persisté pendant soixante-cinq jours. L. BABONNEIX.

OBSTÉTRIQUE

Le traitement de l'éclampsie puerpérale par la méthode sanglante! — En parcourant le *British medical Journal* du 17 juin 1911 (n° 2633, p. 1444), je suis tombé sur l'analyse suivante d'un travail allemand, et je m'en voudrais de ne pas livrer ce dernier aux méditations de nos confrères français.

« Sellheim annonçait, en octobre 1910, qu'il était parvenu à guérir deux cas désespérés d'éclampsie puerpérale où les crises avaient débuté ou persisté après la délivrance, une fois en injectant une solution d'iodure de potassium dans le tissu glandulaire des seins, une autre fois en amputant les deux glandes mammaires. La toxine éclamptique hypothétique était, selon lui, abondamment développée dans les seins, et en les enlevant le principal foyer d'infection était extirpé. Cette méthode active de traitement chirurgical semblait donc justifiée dans des cas extrêmement urgents d'éclampsie persistante.

Herrenschneider (de Colmar) a publié l'observation d'un cas où il recourut à l'amputation (*Centrabl. f. Gynäk.*, n° 18, 1911). La malade était une primipare de dix-huit ans, admise à l'hôpital pendant le dernier mois de sa grossesse; l'inconscience était absolue, la langue mordue et le facies absolument livide. Après plusieurs crises l'opération césarienne fut pratiquée et permit d'extraire un enfant vivant, du sexe féminin. Les convulsions continuèrent, très graves. Le jour suivant, les deux seins furent amputés et les convulsions cessèrent. Un coma postéclamptique suivit. Le surlendemain de la seconde opération la malade redevint consciente, mais une pneumonie et de la manie postopératoire apparurent. La plaie abdominale, faite pour la césarienne, guérit le neuvième jour; elle se ferma, mais il resta un trajet fistuleux. Au bout de la troisième semaine la malade expectora de grandes quantités de pus fétide. Après cinq semaines tout allait bien au point de vue obstétrical; les plaies des mamelles amputées étaient bien cicatrisées après un peu de suppuration. Il y eut alors paralysie du nerf de la sixième paire à droite et l'expectoration redevint un peu fétide, mais la malade semblait convalescente.

Herrenschneider insiste fortement sur l'abaissement marqué de la pression sanguine qui suivit immédiatement l'amputation des seins et s'associa à la cessation immédiate des convulsions. L'amputation amena la chute de la pression, et la chute de la pression provoqua selon lui la disparition des crises, lesquelles étaient devenues très violentes. »

Le journal anglais s'abstient de tout commentaire, et vraiment est-il besoin d'en faire ?

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

L'Artériosclérose. Évolution clinique et traitement (1), par le docteur Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine.

Sous le titre général de *Maladies de la cinquantaine*, le docteur A. Leclercq a réuni en quatre volumes les maladies qui résument la pathologie spéciale à cette période de la vie. Le tome Ier, que nous présentons aujourd'hui, est consacré à l'artériosclérose qui, dit l'auteur, « est le type des maladies de la cinquantaine. On n'a guère droit à l'artériosclérose avant cet âge, on n'est guère plus artérioscléreux après soixante ans ».

Dans une introduction très claire et très précise, l'auteur expose le schéma dont le corps de l'ouvrage sera le développement, et il commence par y poser en règle « qu'il n'existe qu'une cause d'artériosclérose, l'hépatisme; qu'un chemin de l'artériosclérose, le vice alimentaire; qu'un adjuvant, l'alcool ».

Au résumé, il s'agit là d'un excellent ouvrage, très clinique, plein de vues personnelles, et qu'on lit avec beaucoup d'intérêt. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Physiothérapie infantile. Menus et recettes de cuisine diététique (2), par le docteur H. LEGRAND (d'Amiens). Préface du professeur LANDOUZY.

Que l'enfant soit bien portant, malade ou prédisposé à certaines affections, son alimentation doit être un sujet de constante préoccupation, et son régime doit être judicieusement ordonnancé et exécuté.

C'est au médecin qu'appartient l'ordonnancement, et il doit être à même de le faire jusque dans les détails les plus minutieux, que les familles ne se font d'ailleurs pas faute de lui demander. Quant à l'exécution c'est à l'entourage de l'enfant qu'elle incombe, à condition d'être constamment en harmonie avec les prescriptions du médecin.

C'est pour faciliter cette tâche commune que le docteur H. Legrand a écrit l'ouvrage que nous présentons ici et où, s'inspirant à la fois de considérations générales et de ce que lui a enseigné sa pratique journalière, il a réuni les règles d'une bonne hygiène alimentaire chez les enfants.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8° de 335 pages. — Paris, O. Doin.
(2) Un vol. de 374 p. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de chirurgie infantile, par le docteur E. KIRMISSON, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition, revue. 1 vol. in-8° de XVIII-796 pages, de la Collection des Précis médicaux, avec 475 figures dans le texte. — Prix, cart. toile souple : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales, par les professeurs LEMOINE, GÉRARD, DOUMER, VANVERTS, de la Faculté de médecine de Lille. Cinquième édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume in-18 raisin de 1020 pages, reliure peau souple. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

Tuberkulose und syphilis-arbeitein, par Carl SPENGLER. — Erfurt, Davos.

N° 86. — MARDI 1er AOUT 1911. 84e ANNÉE. MARDI 1er AOUT 1911. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de la médaille d'or de l'internat s'est terminé par la nomination de M. Lacoste.

A la suite de ce concours, MM. Drouin, Bardon, Augistrou et Coiquaud sont autorisés à faire une quatrième année d'internat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Un congé, pour l'année scolaire 1911-1912, est accordé, sur sa demande, à M. le docteur Calmette, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Breton, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1911-1912 (durée du congé accordé à M. Calmette), d'un cours d'hygiène et de bactériologie.

M. le docteur Raviart, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de médecine menta'e (théorique et pratique).

M. le docteur Le Fort, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

M. le docteur Desoil est nommé, pour l'année scolaire 1911-1912, chef des travaux de micrographie et de parasitologie.

M. le docteur Paucot, ancien chef de clinique obstétricale, est chargé de l'interim du clinicat obstétrical pendant le quatrième trimestre de l'année 1911.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La commission permanente pendant les vacances est ainsi constituée : MM. Gariel, Jaccoud, Hanriot, Hallopeau, Lucas-Championnière, membres du conseil; Achard, Barrier, Bourquelot, Capitan, de Fleury, Kaufmann, Kermorgant, Marty, Meillère, H. Monod, Netter, Pouchet, Roger, Vaillard, Vincent et Yvon.

On sait que cette commission permanente est chargée de répondre aux consultations que pourraient lui demander les pouvoirs publics.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La quinzième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 5 au 7 octobre 1911, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Kystes non hydatiques du rein. » Rapporteurs : MM. Letulle (de Paris) et Brin (d'Angers).

Les membres de l'association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L. Lichtwiz, décédé à Gratz (Autriche); Léon Marchand, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et Descarpentries (de Pérenchies).

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — S'inscrire à la Faculté de médecine.

PROGRAMME DES COURS DE PERFECTIONNEMENT (22 août-9 septembre 1911). — Tous les jours de trois à quatre heures.

22 août. — M. Ombrédanne : Ectopie testiculaire.

23 août. — M. Ombrédanne : Traitement des becs de lièvre.

24 août. — M. Gasne : Les fractures en général chez l'enfant, et les décollements épiphysaires.

25 août. — M. Ombrédanne : Les pieds bots congénitaux.

26 août. — M. Gasne : Hernies ombilicales et inguinales congénitales.

28 août. — M. Ombrédanne : Les pieds bots paralytiques.

29 août. — M. Gasne : Formes cliniques et traitement de l'ostéomyélite des adolescents.

30 août. — M. Ombrédanne : Hypospadias.

31 août. — M. Gasne : Invagination intestinale.

1er septembre. — M. Ombrédanne : Les fractures du coude.

2 septembre. — M. Gasne : Les malformations anorectales.

4 septembre. — M. Gasne : Genu valgum.

5 septembre. — M. Perrin : Traitement de la coxalgie.

6 septembre. — M. Perrin : Traitement du mal de Pott dorso-lombaire.

7 septembre. — M. Perrin : Mal de Pott cervical et sous-occipital. Abcès froids.

8 septembre. — M. Perrin : Symptômes et traitement de la luxation congénitale de la hanche.

9 septembre. — M. Perrin : Les scolioses.

RENSEIGNEMENTS

L'ENFUMAGE IODÉ

OU L'EMPLOI DES VAPEURS D'IODE EN THÉRAPEUTIQUE LOCALE

Par P. LOUGE,

Chirurgien des hôpitaux de Marseille,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

I. Définition. — On embarrasserait fort un médecin, possédant même des connaissances chimiques spéciales, si on lui demandait comment il pourrait, simplement et rapidement, produire des vapeurs d'iode à l'*état naissant* et les utiliser ensuite, soit en application locale externe ou cavitaire, soit en injections simples ou même hypodermiques.

Permettre à tous les praticiens de produire, de recueillir et d'utiliser les vapeurs iodées; de les manier en un mot sans laboratoire et sans instrumentation spéciale et coûteuse; tel est le problème que je poursuis depuis quatre ans environ et dont je tiens aujourd'hui à donner la solution.

Un moyen bien simple de production existe : il consiste à enflammer un tampon de coton préalablement imprégné de poudre d'iodoforme. Les belles vapeurs violettes qui se dégagent aussitôt, fines, pénétrantes, actives et éminemment bactéricides peuvent être dirigées sur une partie du corps dans un but thérapeutique.

C'est à ce procédé que j'ai donné le nom d'*enfumage iodé*. Celui-ci comprend l'*enfumage externe* (surface du corps), l'*enfumage cavitaire* (vagin, trajets fistuleux, etc.) et l'*enfumage interne* (kystes, abcès, tissu cellulaire, articulations, ganglions, tumeurs, etc.).

L'enfumage, on le voit, diffère de la fumigation qui est « la production, sous l'influence de la chaleur et aux dépens d'une ou de plusieurs substances, de fumées, de gaz et de vapeurs qui se mélangent librement à l'air dans un espace clos, plus ou moins grand » (1). L'enfumage peut en effet se faire à l'air libre.

L'enfumage diffère encore plus de l'inhalation qui consiste dans l'introduction et par suite dans « l'absorption des fluides et des liquides par la voie pulmonaire » (2). On sait que l'iode en inhalation a été vanté, il y a déjà très longtemps, dans le traitement de la tuberculose; mais cette pratique, aujourd'hui abandonnée, n'a pas de rapport avec l'enfumage local.

Dans un article récent sur la désinfection du champ opératoire, Lance (3) signale une tentative de Fungengel (de Bemberg) employant, pour cette désinfection, l'iode en vapeurs produites par un appareil spécial.

On peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que l'emploi des vapeurs d'iode en application locale est, à l'heure actuelle, complètement inconnu des médecins.

Les résultats fournis par l'emploi de l'iode soit à l'état de cristaux, soit sous forme de teinture, de coton iodé ou de vapeurs peuvent être comparés entre eux; mais il serait absolument contraire à la vérité d'affirmer que l'action des vapeurs iodées pourrait être indifféremment obtenue par une des formes indiquées.

Si l'iode, suivant l'expression de Davaine, est le plus puissant des antiseptiques, on peut affirmer que les vapeurs d'iode, à l'état naissant, en constituent la forme la plus puissante.

II. Moyens de production. — Les moyens de production de vapeurs d'iode à l'état naissant sont nombreux et je ne puis les exposer ici; mais, pour l'usage courant, le praticien donnera sûrement la préférence à l iodoforme en combustion à cause de la facilité de son emploi et de sa richesse en teneur iodée.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, la teinture d'iode enflammée sur un tampon de coton ne fournit que très peu de vapeurs iodées. Le coton brûle comme une mèche de lampe à alcool, puis s'éteint, et avant de se carboniser jette quelques légères fumées bleuâtres.

Il en est de même du coton iodé qui paraît si riche en iode et qui ne dégage en brûlant que fort peu de vapeurs violettes.

Un tampon imprégné d'iode en poudre, que l'on enflamme ensuite, ne dégage presque pas de vapeurs.

L'iodoforme, au contraire, sous un faible volume, dégage par sa combustion des vapeurs abondantes d'iode à l'état naissant.

J'ai essayé le diiodoforme et le vioforme, mais les vapeurs émises m'ont paru moins abondantes, et de plus le tampon de coton s'éteint beaucoup plus vite qu'avec l'iodoforme; d'où la nécessité de le rallumer à chaque instant.

Je dois ajouter que les différents échantillons de poudre d'iodoforme, que l'on trouve dans le commerce. donnent, au point de vue de l'enfumage, des résultats très variables. J'ai même observé une variété de poudre jaune presque inodore, vendue sous le nom d'iodoforme qui n'a dégagé aucune vapeur iodée. Il suffit d'être mis en garde contre ces diverses falsifications.

III. Caractères des vapeurs émises. — Les vapeurs iodées ainsi émises présentent, près du tampon brûleur, une belle couleur violette qui passe au brun chocolat dans la partie supérieure. Les vapeurs ne tardent pas à descendre par suite du refroidissement et de leur poids spécifique. Elles viennent se déposer successivement à la partie inférieure en formant des couches de plus en plus denses.

La vapeur iodée, dit Buignet (1), est « excessivement lourde : sa densité est 8,716, ce qui donne 11g269 pour le poids du litre dans les conditions normales de température et de pression ».

Les vapeurs, dégagées par l'iodoforme, en brûlant, sont en presque totalité constituées par de l'iode. On sait, en effet, que ce corps entre dans la proportion de 97/100 dans la constitution de l'iodoforme (2), mais, suivant toute probabilité, il doit se former aussi quelques produits secondaires dont il faut ici tenir compte.

Ces vapeurs produites dans le voisinage de la conjonctive ou répandues en abondance dans l'air

(1) L. Hahn. Art. fumigations, *Dict. encycl. des sciences méd.*
(2) Beni-Barde. Art. inhalation, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 63.
(3) M. Lance. Les travaux récents sur la désinfection du champ opératoire, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 82.

(1) H. Buignet. Art. iode, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 333.
(2) H. Buignet. Loc. cit., p. 350.

de l'appartement déterminent un larmoiement accompagné de picotements; mais, il n'est pas nécessaire pour l'enfumage d'en produire à ce point. Elles ont aussi l'inconvénient de ternir les objets nickelés.

Il faut signaler aussi la facilité avec laquelle les vapeurs suivent les remous incessants de l'air contenu dans l'appartement, d'où la nécessité de disposer de véritables petits paravents et de ne commencer l'enfumage que lorsque l'air est au repos.

L'examen, dans un rayon de soleil de la vapeur violette ainsi produite, décèle, dans certaines inclinaisons, de véritables paillettes miroitantes et brillantes d'un bel éclat.

Examiné dans l'obscurité, le tampon présente seul des points en ignition, mais les vapeurs violettes ou brunes ne sont point visibles.

Si l'on place le tampon enfumeur, en le tenant à l'aide d'une pince, à l'intérieur d'un bocal ou d'un verre, mais un peu à la partie supérieure, on voit les vapeurs violettes gagner la partie inférieure où elles se déposent en passant à la couleur brunâtre, puis, au bout d'un moment, les vapeurs s'éclaircissent et des cristaux brillants se déposent sur les parois du verre. Il y a avantage, dans cette expérience, à placer un petit couvercle en carton au-dessus du bocal afin d'empêcher les vapeurs de se répandre au dehors.

Cette expérience est susceptible d'une application importante. Le passage des vapeurs violettes à l'état de cristaux n'est pas instantané. Le verre devient ainsi un véritable réservoir de vapeurs que l'on peut facilement aspirer à l'aide d'une seringue en verre et injecter ensuite dans un but thérapeutique.

La vapeur iodée n'est donc plus le fluide capricieux qui suffoque le malade et le médecin, mais l'agent thérapeutique maîtrisé que l'on peut discipliner et injecter, comme un liquide quelconque, même par la voie hypodermique.

La même expérience peut se faire dans un verre contenant un peu d'eau. Les cristaux se déposent de la même façon sur les parois internes du verre et à la surface de l'eau, mais celle-ci reste incolore.

Examen au microscope. — A l'examen microscopique la tache déposée par les vapeurs sur une lame présente les éléments suivants :

1° Une multitude de petits cristaux iodés brunâtres affectant généralement l'aspect d'une étoile à six branches ;

2° De nombreux cristaux identiques aux premiers, mais plus minces et incolores, présentant, soit la même forme étoilée, soit l'aspect d'un hexagone allongé, on dirait de véritables cristaux embryonnaires à l'état naissant;

3° De nombreuses gouttelettes rondes et jaunes, généralement plus petites que les cristaux;

4° Des granulations incolores très fines et nombreuses formant un véritable semis.

Si l'on dépose une goutte d'eau près de la lamelle on voit aussitôt disparaître les gouttelettes jaunes, mais tous les autres éléments persistent.

IV. Procédés d'enfumage. — 1° *Enfumage au tampon.* — C'est le procédé le plus simple. Il consiste à saisir un tampon de coton hydrophile à l'extrémité d'une pince, à l'imprégner d'un peu de poudre d'iodoforme et à l'enflammer par le côté non imprégné.

Le coton commence par brûler et se carboniser, puis les vapeurs violettes apparaissent. Il suffit alors de placer le tampon enfumeur à un centimètre environ au-dessous de la surface à enfumer, et l'on voit celle-ci progressivement jaunir puis noircir, suivant la durée de l'application.

Le tampon enfumeur ne dégage qu'une chaleur très légère. Il est du reste facile de s'en rendre compte.

Il ne faut pas tasser le coton ni en faire une boulette serrée; il faut, au contraire, en espacer les brindilles. Le tampon ainsi disposé brûle mieux et dégage des vapeurs plus abondantes.

Il n'est pas nécessaire d'employer beaucoup d'iodoforme; une simple pincée est suffisante.

Dans ce procédé d'enfumage, ainsi que dans ceux qui vont suivre, il est nécessaire de se conformer aux prescriptions suivantes :

La première est de tenir la bougie ou la lampe qui doit enflammer le tampon aussi rapprochée que possible du champ d'opération, de façon à éviter, dans le parcours, l'émission inutile et désavantageuse des vapeurs iodées.

La deuxième est d'éviter tout courant d'air, même le plus léger, qui fait dévier les vapeurs et les répand dans l'atmosphère de la chambre. On peut disposer à cet effet un petit paravent en taffetas ciré maintenu par un aide et l'on ne commence à enfumer qu'après un instant de repos, en n'employant que la quantité d'iodoforme nécessaire que l'usage indiquera. On emploie généralement trop d'iodoforme au début.

Si l'on opère près des yeux du malade il est bon de les lui couvrir pour éviter l'action irritante sur la conjonctive.

Enfin, il est préférable de ne pas opérer dans un appartement renfermant des objets nickelés et dans le voisinage immédiat des instruments.

L'iode et le nickel sont malheureusement deux ennemis irréconciliables. Les moindres vapeurs iodées ternissent le métal. Les constructeurs de mobilier opératoire et d'instruments devront dorénavant mieux en tenir compte. Les salles d'opération de l'avenir ne ressembleront peut-être point à nos étincelants salons de coiffure actuels aux reflets métalliques miroitants et resplendissants.

Au début de l'ère antiseptique, n'ai-je pas vu mes maîtres sur le point d'abandonner une méthode qui détériorait si gravement l'arsenal de chirurgie composé d'instruments à manches d'ivoire, de bois ou de corne ?

Il est du reste si facile de consacrer une chambre spéciale à l'enfumage comme je le fais dans mon service à l'hôpital. Je dois ajouter que les petits enfumages sont pratiqués dans la salle même des malades.

C'est par ce procédé que sont enfumées les petites plaies ainsi que les furoncles soit comme traitement abortif, soit au cours de leur évolution, incisés ou non, les chancrelles, les ulcères variqueux, etc.

2° *Enfumage à la houppe.* — Ce procédé permet d'agir rapidement sur une surface plus large et peut se faire dans toutes les positions où se trouve le malade. C'est le procédé employé généralement par les élèves qui ont la pratique de l'enfumage. On prépare tout comme dans le procédé au tampon mais celui-ci est disposé au bout de la pince en forme de petite houppe de la grosseur d'une pièce de deux francs environ. On n'imprègne, et c'est là

un point important, que le côté enfumeur seulement de poudre d'iodoforme, ce qui est facile à obtenir en le faisant tourner à la surface de la poudre. La poudre d'iodoforme qui serait placée du côté opposé à la houppe donnerait en brûlant des vapeurs inutilisées par le malade et désagréables pour l'opérateur.

Dès que les vapeurs violettes se dégagent on promène rapidement le tampon enfumeur à un centimètre environ de la surface à enfumer en faisant de petits mouvements légers en suite d'arcades, comme si on poudrait la région. Ces mouvements ont l'avantage d'activer la combustion du tampon et indiquent à l'opérateur comment le dépôt se produit. Dès que le résultat est obtenu on plonge rapidement le tampon enfumeur, qui continue souvent à dégager des vapeurs inutiles, dans une cuvette d'eau placée à portée, que l'on a eu soin de préparer à l'avance afin de les faire cesser.

Avec un peu d'habitude on obtient par ce procédé de bons résultats en n'employant que la quantité d'iodoforme suffisante et l'on peut dans un tour de main arriver à enfumer toute la région d'une façon égale. L'opération dure à peine quelques secondes.

3° *Enfumage à la ventouse.* — On peut enfumer une région déterminée en appliquant une ventouse sèche. Il suffit d'imprégner d'iodoforme au préalable le classique morceau de coton et l'on obtient ainsi d'une façon originale une *ventouse iodée* susceptible d'application. Ce procédé permet aussi d'appliquer des ventouses scarifiées, la peau ayant été ainsi stérilisée par les vapeurs d'iode.

Le procédé de la ventouse donne généralement peu de vapeurs iodées. Le tampon n'a guère le temps de dégager beaucoup de vapeurs et si on le laisse brûler un moment à l'intérieur de la ventouse il donne beaucoup trop de vapeurs et peu d'air chaud ; dans ce cas la ventouse ne prend pas.

On peut utiliser ces sortes de ventouses dans le traitement des furoncles et des anthrax. Il y a là un mélange de procédé de Bier et d'enfumage qu'il était intéressant de signaler. Quoi qu'il en soit, le procédé à la ventouse est inégal dans son application et il faut lui préférer le procédé suivant.

4° *Enfumage à la verrine.* — On trouve dans le commerce sous le nom de verrines de petits globes de lampe à essence, sans garniture, dont une des extrémités plus petite est cylindrique et dont l'autre supérieure est un peu plus grande et évasée. On renverse la verrine; on dispose à sa partie supérieure ou cylindrique une rondelle large ou un petit couvercle entre deux bouchons. Le tout est traversé par un fil de laiton qui passe à glissement. L'extrémité inférieure du fil qui s'arrête presque au milieu de la verrine sert à recevoir le tampon enfumeur. On place l'ouverture inférieure ou évasée en contact avec la peau ou à quelques millimètres de distance ; la peau est ainsi graduellement enfumée.

Il ne se répand, avec ce procédé que fort peu de vapeurs iodées à l'extérieur, surtout si la verrine est directement en contact avec la peau.

On peut ainsi appliquer des *mouches iodées* suivant la durée de l'enfumage.

Cette application présente un très grand intérêt au point de vue de l'action des vapeurs iodées.

On sait que, d'après leur poids spécifique, les vapeurs descendent à la partie inférieure de la verrine. Si la durée a été quelque peu prolongée, la mouche ainsi obtenue sera plus active bien que la coloration de la peau ne paraisse pas intense. Lorsque la coloration même intense a été obtenue sur la peau rapidement par le procédé au tampon, l'action des vapeurs ne détermine pas un contact irritant. Ce qu'il faut donc considérer dans l'action locale des vapeurs iodées, au point de vue de leur énergie, ce n'est pas l'*intensité* de la coloration qui disparaît quelquefois rapidement, mais *la durée* de l'application.

J'ai fait du reste sur moi-même des expériences qu'il sera facile à chacun de répéter.

Si l'application a été faite par le procédé lent, c'est-à-dire une minute environ, la peau saine présente une certaine rougeur sur les bords de la ventouse. Cette rougeur est accompagnée de chatouillements et de picotements; on note en même temps sur les parties environnantes de la chaleur locale. La partie enfumée est veloutée et soyeuse au toucher ; elle paraît surélevée. On a la sensation de contact que donne la peau du lobule de l'oreille.

Le processus réactionnel marche lentement jusqu'au troisième jour. En même temps la peau enfumée paraît perdre sa sensibilité ; elle prend un aspect chagriné, puis vers le dixième ou douzième jour l'épiderme desquame en plaque comme dans la scarlatine laissant apercevoir une surface lisse, brillante et très légèrement humide mais sans sérosité. Le retour très lent à l'état normal s'accompagne de démangeaisons intermittentes.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'évolution de ce processus c'est la lenteur dans l'évolution. Rien de semblable ne se produit dans les brûlures déterminées par la teinture d'iode. Il semble que les vapeurs continuent à agir alors que leur action a cessé depuis longtemps. C'est un phénomène analogue à celui qui se produit dans l'emploi des rayons X.

L'application prolongée et répétée de l'enfumage sur la peau peut déterminer parfois des enfumodermites dont il est bon d'être prévenu.

5° *Enfumage à l'entonnoir.* — On prend un petit entonnoir en verre dont l'ouverture étroite est dirigée en bas ; on maintient, à l'aide d'une pince, le tampon enfumeur dans sa cavité, en prenant la précaution, pour éviter l'issue des vapeurs, de recouvrir autant que possible avec une rondelle de papier la partie supérieure de l'entonnoir. En vertu de leur poids spécifique les vapeurs descendent, et il est facile, grâce à cette canalisation, de les déposer soit sur le champ d'action, soit dans des trajets fistuleux larges ou cavités.

On peut adapter un tuyau de caoutchouc à la partie inférieure de l'entonnoir; mais ce tuyau doit être court, sinon les vapeurs, en se refroidissant, se déposent à l'intérieur de ses parois.

Il est nécessaire de maintenir le tampon vers le milieu de l'entonnoir afin d'éviter, par sa descente dans le fond, la formation d'un véritable bouchon interceptant la sortie des vapeurs.

Ce procédé par l'entonnoir est intéressant à connaître, car rien n'est plus difficile à enfumer régulièrement qu'une cavité étroite. Les différents tampons enfumeurs agissent trop sur les orifices des puits et ne laissent presque rien déposer dans leur intérieur.

6° *Enfumage à l'enfumoir apicole.* — J'ai essayé dans mon service l'enfumoir à soufflet qui sert à enfumer les abeilles. Cet enfumoir fonctionne assez bien au point de vue iodé, à la condition de ne pas trop tasser le coton et de souffler lentement, mais il a l'inconvénient de produire des vapeurs trop abondantes et d'une façon inégale; de plus, les vapeurs iodées altèrent le métal et peuvent donner des vapeurs étrangères. Il s'éteint assez souvent, et les diverses manœuvres d'ouverture nécessitées par le réallumage finissent par laisser dégager dans la salle des vapeurs par trop abondantes.

7° *Enfumage à l'enfumoir Reynès.* — Frappé de ces inconvénients, le professeur Henry Reynès (de Marseille), qui a bien voulu s'intéresser à mes expériences, a imaginé un dispositif ingénieux constitué par un flacon à large goulot fermé par un bouchon qui est traversé par deux tubes coudés à angle droit à leur partie supérieure. L'un des tubes descend jusqu'à la partie inférieure du flacon, et l'autre ne descendant que fort peu est destiné à recevoir une soufflerie.

On place suivant l'usage le tampon enfumeur à l'intérieur du flacon; on l'enlève lorsque l'on aperçoit les vapeurs violettes emplissant le flacon; on bouche rapidement et en pressant lentement sur la soufflerie on voit sortir par l'autre bout les vapeurs iodées que l'on peut ainsi mieux localiser et porter dans différentes cavités.

Cet enfumoir que tout praticien peut construire a aussi l'avantage de pouvoir être plongé dans l'eau chaude de façon à retarder la condensation des vapeurs sur les parois internes du flacon.

8° *Enfumage direct au thermocautère.* — On peut enflammer l'iodoforme directement par le thermocautère soit en saupoudrant d'iodoforme, au préalable, la région que l'on thermocautérise ensuite (épithéliomas), soit en le plaçant dans une longue curette (enfumage cavitaire) ou à l'extrémité de la valve inférieure du spéculum (enfumage vaginal). Ce dernier procédé a l'inconvénient de détériorer fortement les instruments et de projeter peu de vapeurs sur le museau de tanche ainsi que dans les culs-de-sac.

Un tampon enfumeur porté directement et agité au bout d'une longue pince donne de meilleurs résultats. Les parois vaginales sont écartées par un spéculum grillagé ou mieux par deux valves en fil de fer formées par deux attelles coudées de dimensions appropriées et maintenues par un aide.

Il y a grand avantage à relever fortement le bassin car nous savons que les vapeurs tendant à gagner la partie inférieure se portent ainsi vers le col.

Pour les *pansements gynécologiques* aux vapeurs iodées, il faut commencer par assécher le col et les culs-de-sac; on dispose le tampon monté sur fil comme à l'ordinaire; on l'imprègne d'iodoforme que l'on enflamme et on le porte au fond du vagin où il ne tarde pas à s'éteindre après avoir dégagé les vapeurs iodées de l'enfumage.

9° *Enfumage au galvanocautère.* — Les spécialistes qui emploient le galvanocautère pourront facilement, pour la pratique des petits enfumages, porter le tampon iodoformé au fond des cavités et faire dégager les vapeurs en pressant sur le bouton de l'appareil.

10° *Enfumage à la seringue.* — Comme je l'ai déjà dit, rien n'est plus simple que de recueillir les vapeurs iodées. J'emploie à cet effet la vapeur iodée que je recueille dans un verre de champagne légèrement chauffé, vulgairement désigné sous le nom de flûte.

On dispose le tampon enfumeur maintenu au milieu du verre à l'aide d'une pince et l'on recouvre le tout à l'aide d'un petit couvercle de carton. Quand les vapeurs abondantes emplissent le verre, il n'y a qu'à les aspirer aussitôt avec une seringue en verre préalablement chauffée légèrement, et on les injecte sans tarder dans les cavités destinées à les recevoir (fistules, endomètre, etc.).

On peut, si c'est nécessaire, recommencer plusieurs fois la manœuvre.

11° *Enfumage à la seringue hypodermique.* — Le même procédé sert à recueillir les vapeurs, à les aspirer et à les injecter ensuite, grâce à l'aiguille de Prayaz.

On commence par piquer la peau de façon à s'assurer que l'aiguille n'est pas dans une veine et l'on injecte ensuite très facilement les vapeurs avec une seringue hypodermique de Lüer.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article de parler de l'emploi des injections hypodermiques de vapeurs iodées au point de vue du traitement général, j'y reviendrai plus tard, mais je tiens à les signaler en passant.

Chez les sujets maigres, il est facile de suivre l'effet de l'injection. Les vapeurs iodées se répandent lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané, la région devient sonore et les vapeurs injectées paraissent occuper un volume plus considérable que le volume injecté. Un léger massage fait disparaître les bulles. Les injections, au dire des malades, ne sont pas douloureuses mais déterminent un léger picotement local. Elles ne sont pas suivies de phénomènes inflammatoires.

Je n'ai injecté, jusqu'à présent, chaque fois, que des quantités variant entre 5 et 15 centimètres cubes, mais je suis persuadé qu'on peut injecter des doses plus considérables. Je n'ai pratiqué, jusqu'à présent, qu'une injection par semaine. Je n'ai observé, soit à la suite de ces injections, soit après les enfumages aucun phénomène d'iodisme. J'ai du reste toujours procédé avec progression et prudence.

On peut, avec la seringue hypodermique ainsi chargée de vapeurs, faire des injections dans les tumeurs liquides : kystes, hydrocèles, abcès; mais il faut tenir compte, avant de procéder à l'injection, de l'état de tension du liquide. Si la poche est fortement distendue, l'injection de vapeurs iodées amenant une augmentation de tension, le liquide reflue dans la seringue. Il est donc nécessaire d'évacuer au préalable, quand il y a forte tension, une partie du liquide avant d'injecter les vapeurs iodées.

L'injection dans les ganglions ramollis est facile. Il faut les faire en brisant chaque fois la ligne d'introduction de l'aiguille suivant les plans ; en chicane, comme le dit si justement Calot.

Les injections articulaires sont également faciles et ressemblent en tout point aux injections d'éther iodoformé.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'injection de vapeurs dans les néoplasmes durs qui repoussent le piston. Il y aurait avantage dans ces

cas à les injecter sous pression. J'ai l'habitude en pareille circonstance de commencer par faire d'abord pénétrer l'aiguille de platine aussi profondément que possible et de faire l'injection en la retirant graduellement. On peut du reste tout en laissant l'aiguille à la même place renouveler l'injection en rechargeant plusieurs fois la seringue.

Quel que soit le soin apporté à ces injections dans les néoplasmes durs ou élastiques, on constate de la sonorité cutanée aux environs du trou d'entrée de l'aiguille, ce qui laisse supposer que les vapeurs refluent de l'intérieur de la tumeur dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce fait n'a rien de spécial aux injections de vapeurs ; on observe aussi ce reflux inévitable dans les autres injections interstitielles. Il y a cependant un point digne d'être noté c'est qu'en enlevant l'aiguille, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, il ne sort pas de gaz de la piqûre mais de la sérosité. Ces injections intracancéreuses très actives doivent être faites avec la plus grande prudence.

Ces différents procédés d'enfumage, je dois l'avouer, ne sont pas parfaits, mais je tenais à les faire connaître de façon à permettre à mes confrères de choisir celui qui leur sera le plus avantageux. On peut du reste les modifier ou en imaginer d'autres plus ou moins ingénieux et appropriés.

V. Indications de l'enfumage. — On peut dire, d'une façon générale, que l'enfumage est indiqué dans tous les cas où l'iode trouve son application, comme *révulsif* seul ou combiné à l'application des pointes de feu ; comme *antiphlogistique*; comme *fondant* (engorgements scrofuleux, goitre, adénopathies); comme *modificateur des tissus* (plaies et ulcères divers, métrites, engorgements utérins ou périutérins) dans la tuberculose osseuse ou ganglionnaire, dans les abcès tuberculeux, les fistules; dans le pansement des plaies opératoires. J'ai même obtenu de bons résultats dans les brûlures; comme *désinfectant* du champ opératoire et des foyers des fractures ouvertes, etc.

L'enfumage est appelé à rendre des services dans certains cas à la dermatologie et à l'ophtalmologie, à d'autres branches de notre art et il est facile de prévoir l'extension de son emploi.

Le point le plus intéressant de l'enfumage iodé est assurément son action dans le traitement local du cancer, en un mot comme agent *anticancéreux local*.

VI. L'enfumage dans les cancers. — *A*. L'enfumage iodé donne dans le traitement des *cancers inopérables* des résultats absolument remarquables.

Je commence par cautériser et curetter tous les bourgeons cancéreux et j'enfume ensuite énergiquement à la houppe. Je termine par un simple pansement fait avec le tampon enfumeur carbonisé très riche en iode et recouvert ensuite de gaze aseptique sans taffetas imperméable.

Le traitement est renouvelé tous les deux ou trois jours. L'enfumage est généralement précédé, dans les séances de début, d'une thermocautérisation légère en surface et, s'il y a des points durs, je les pique en rangs serrés avec la pointe fine du thermo. J'évite autant que possible de faire saigner la plaie et je ne commence l'enfumage que lorsque celle-ci est asséchée. La surface du cancer présente après l'enfumage un aspect brun doré couleur chocolat, ardoisé et irisé sur certains points.

Un des premiers avantages de l'enfumage est de faire disparaître l'odeur infecte et repoussante dégagée par le malade. Les voisins de lit du malade sont les premiers à le constater. L'odeur disparaît au bout de un ou de deux enfumages. Si l'on éloigne les séances, l'odeur peut reparaître moins intense mais toujours caractéristique. Il faut alors rapprocher les séances et les faire plus légères. Un enfumage léger suffit pour faire disparaître une odeur parfois des plus nauséabondes. A ce point de vue les vapeurs iodées constituent un *désodorisant* remarquable.

Un second avantage non moins important c'est l'atténuation et la disparition de la douleur. Il agit comme *calmant*.

La plaie présente un aspect bourgeonnant et rose. En même temps l'état général se relève peu à peu. Tel malade que l'on portait sur un brancard à la salle d'enfumage y vient lui-même à pied après un mois de traitement.

Les séances ne sont pas douloureuses, sauf parfois la cautérisation qui précède l'enfumage ; mais dans la suite il n'est pas nécessaire de cautériser chaque fois.

Les vapeurs d'iode ne paraissent pas du tout agir à la manière d'un caustique.

Il semble, pour emprunter des comparaisons chères à Ambroise Paré, que la bête cancéreuse est asphyxiée dans sa tanière par les vapeurs d'iode. Sa respiration pestilentielle s'arrête. Morte la bête, mort le venin.

Il y a, il est vrai, chez les malades, d'autres éléments d'action dont il faut tenir compte, tels que l'absorption d'iode par la plaie enfumée, par la voie pulmonaire et par les injections hypodermiques de vapeurs que j'emploie parfois concurremment dans certains cas. Il faut tenir compte enfin de la médication interne arsenicale que je prescris toujours dans les cas de ce genre.

Faut-il prononcer le mot de guérison ? S'agit-il d'une amélioration temporaire? Il faut laisser au temps le soin de la réponse. En attendant les résultats sont, jusqu'à présent, encourageants.

Mon intention en publiant cet article a été surtout de faire connaître en détail la méthode et d'en donner sommairement les principaux résultats.

Quelle place occupera l'enfumage iodé seul ou combiné à d'autres moyens chirurgicaux (exéro, curo, thermo ou flambo-enfumage) dans la thérapeutique de l'avenir ? Il est difficile de le dire. Mais, en attendant, cette méthode, que j'ai voulu faire celle de tous, doit prendre rang à côté des méthodes nouvelles dont l'étude vient d'être faite d'une façon si complète et si consciencieuse dans le remarquable travail de Tuffier (1). On ne pourra assurément reprocher à cette méthode, comme cela se produit pour beaucoup d'autres, de rester dans son application le privilège de quelques spécialistes ou de nécessiter des frais coûteux. Elle ne demande qu'une allumette, un tampon de coton et une pincée d'iodoforme.

B. Dans les *cancers opérables* l'enfumage donne d'excellents résultats. L'enfumage vient compléter l'acte opératoire. Il peut le précéder, l'accompagner et le suivre.

Après l'amputation au thermo du col cancéreux, il est nécessaire d'enfumer.

L'amputation du sein pour cancer doit être pré-

(1) Tuffier. *Traitement du cancer inopérable*. Paris, 1911.

cédée d'un enfumage cutané. Quand l'amputation est terminée, avant de refermer la plaie, j'ai l'habitude de l'enfumer dans tous ses recoins et, après avoir suturé la peau aux crins de Florence, je procède encore à un léger enfumage cutané.

Avec un peu d'habitude, on peut arriver à procéder à ces divers enfumages sans dégager beaucoup de vapeurs dans la salle.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la plaie ne suppure pas.

L'enfumage ne détermine pas de suppuration comme cela se produit parfois par l'emploi de la teinture d'iode. C'est un *antisuppurant* et un *assécheur* remarquable, à tel point, que nous l'employons avec succès, avant de suturer la peau, dans toutes les plaies opératoires où la suppuration est à redouter.

Les vapeurs iodées sont-elles toxiques et par suite dangereuses à respirer pour les enfumeurs et pour les enfumés? Je n'ai rien observé de particulier à ce point de vue en ce qui concerne les malades. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'un opérateur a ressenti de légers vertiges qui ne sont probablement pas imputables à l'enfumage.

L'anesthésie au chloroforme ne paraît pas être influencée par les vapeurs d'iode légères contenues dans la salle.

VII. Enfumages divers. — Je n'ai expérimenté et je n'ai traité dans cette étude que l'enfumage iodé. Il serait intéressant, en présence des résultats encourageants obtenus par celui-ci, d'étudier aussi ceux fournis par d'autres tels que l'enfumage bromé, chloré, sulfureux, arsénié, antimonié, etc. C'est un vaste champ d'étude non encore défriché.

Nous savons combien ces corps à l'état de vapeurs constituent des bactéricides puissants : « Les vapeurs d'acide phénique cristallisé, dit Terrier (1), n'ont jamais pu détruire la virulence des bactéries, alors qu'agissent efficacement les vapeurs d'iode, de brome, de chlore, d'acide chlorhydrique et d'acide hypoazotique. »

Nous savons aussi qu'à l'état naissant, ces vapeurs acquièrent des propriétés nouvelles. Elles possèdent, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'ardeur du néophyte, mais sans en avoir la docilité. Leur application en est malheureusement des plus difficiles.

Faisons sortir ces vapeurs du laboratoire où elles se sont cantonnées jusqu'à présent et tâchons de surmonter, pour le bien de nos malades, la mobilité, l'indépendance et l'insubordination de leurs éléments.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 28 juillet 1911)

Réactions péritonéales et diarrhée; leur valeur dans l'étude clinique de la septicémie à pneumocoque. — M. H. Triboulet. L'hémoculture, preuve d'ordre scientifique dans l'étude de la septicémie à pneumocoque, est souvent impossible et presque toujours difficile à réaliser chez l'enfant. Elle peut d'ailleurs être positive et ne se rencontre pourtant qu'à titre d'épiphénomène. Elle ne traduit pas forcément le degré de virulence.

La septicémie à pneumocoque se révèle cliniquement, dans un certain nombre de cas, par l'apparition, au début ou à la période d'état de syndromes abdominaux : crises péritonéales à allures d'appendicite aiguë, crises diarrhéiques à diagnostic hésitant parfois avec la fièvre typhoïde.

Ces syndromes, bien connus en ce qui concerne leurs relations avec la péritonite à pneumocoque, sont importants à étudier dans l'histoire des autres localisations de ce germe infectieux (pneumopathies).

Ainsi que l'a signalé Joltrain, le début péritonéal est fréquent chez l'enfant, et, contrairement à l'opinion de Desguin (de Bruxelles), la diarrhée, en dehors des crises, est bien l'apanage des formes prolongées, graves et à complications (suppurations, pleurésie, otite, etc.), donc un bon signe révélateur de la virulence qui fait la septicémie.

L'auteur apporte à l'appui de cette manière de voir un certain nombre d'observations chez l'enfant. De plus, pour lui, le syndrome péritonéal doit conduire à surveiller de près les malades, au point de vue de l'intervention; et le symptôme diarrhée, indiquant une septicémie prolongée, justifie l'application d'une thérapeutique active et continue par le collargol jusqu'à défervescence.

Démonstration anatomique de l'action du rayonnement ultrapénétrant du radium sur les cancers inopérables du col de l'utérus. — MM. Rubens-Duval et H. Chéron apportent neuf examens histologiques de cancers inopérables du col de l'utérus traités par le radium. Dans aucun de ces cas le traitement par le radium ne fut achevé : deux fois il fut interrompu par des complications mortelles intercurrentes, sept fois il fut volontairement cessé parce que les malades, rendues opérables, purent être hystérectomisées dans de bonnes conditions.

Quatre des pièces opératoires montrent des zones cancéreuses encore assez étendues, mais deux autres ne renferment de cancer ni dans le vagin, ni dans l'utérus, ni dans les ligaments larges. Une pièce opératoire et les deux pièces d'autopsie ne montrent pas de cancer dans le col de l'utérus, le vagin ni les ligaments larges, mais il persiste un noyau néoplasique inclus dans le corps de l'utérus, au voisinage de l'isthme.

Ces faits démontrent : 1° que des cancers inopérables peuvent être rendus opérables par un traitement préalable par le radium; 2° que, dans certains cas, on peut obtenir la destruction locale complète des cellules épithéliomateuses.

Amaurose subite et état méningé au début d'une fièvre typhoïde. Hypertension et lymphocytose céphalo-rachidienne. Evolution bénigne après la ponction lombaire. — MM. F. Widal et André Weill. Les accidents nerveux, observés parfois au début de la fièvre typhoïde, peuvent être classés en deux groupes. Tantôt ce sont des phénomènes d'hypertension intracranienne avec céphalée et surtout avec amaurose à début brusque, et état congestif du fond de l'œil dont les auteurs ont rapporté, avec M. Joltrain, un exemple typique; dans ce cas la ponction lombaire donne issue à un liquide sous tension, mais sans éléments anormaux. Tantôt on voit des phénomènes d'irritation méningée : raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements, délire. Dans ce dernier cas, la ponction lombaire permet parfois de retirer un liquide peuplé de lymphocytes, avec augmentation de l'albumine. Ainsi se trouve constitué le syndrome anatomo-clinique pour lequel M. Widal a proposé le nom d'état méningé.

Les auteurs ont pu récemment observer un typhique qui entra dans la maladie par des phénomènes d'hypertension cranienne, céphalée atroce et amaurose subite et transitoire, et par des phénomènes méningés. La ponction lombaire ré-

(1) F. Terrier. *Eléments de pathologie chirurgicale générale*, 1885, p. 171.

véla, en même temps que l'hypertension rachidienne, une grosse réaction lymphocytaire; elle fut suivie de la disparition rapide des phénomènes nerveux, et la maladie, après une phase initiale où elle aurait pu en imposer pour une méningite tuberculeuse, évolua comme une fièvre typhoïde bénigne.

Chez leur malade l'infection typhique est la seule cause qu'ils aient pu incriminer à l'origine de cet état méningé.

L'hémoculture ne leur a fourni que du bacille typhique. Les cultures du liquide céphalo-rachidien sont restées négatives. Enfin l'albuminurie du début a été passagère. Une telle observation prouve que l'infection typhique suffit, à elle seule, à provoquer un état méningé. On sait d'ailleurs que les infections les plus diverses peuvent déterminer l'apparition de pareils états méningés.

JURISPRUDENCE

DU REMPLACEMENT MÉDICAL (1)

Nous avons, dans notre dernière note, défini ce qu'était le remplacement, examiné comment se formait le contrat de remplacement et quelles étaient les conditions de validité dudit contrat. Aujourd'hui nous étudierons, pour terminer le sujet, les effets du contrat de remplacement.

Le remplaçant est soumis vis-à-vis du remplacé à une double obligation. Il doit, tout d'abord, donner à la clientèle du remplacé tous les soins qu'elle a l'habitude d'exiger de lui, et chaque fois qu'elle les sollicite. Tout refus de se rendre à l'appel d'un malade, toute négligence dans l'exercice et qui aurait pour conséquence la perte du client obligerait le remplaçant à indemniser son confrère. Mais il n'est tenu de cette obligation qu'à l'égard des personnes faisant déjà partie de la clientèle du remplacé et non à l'égard des nouveaux venus : cependant cette exception ne pourrait pas entrer en ligne de compte s'il s'agissait d'un remplacement d'un médecin pour ville d'eau, et dont la clientèle est, on le sait, excessivement et essentiellement flottante.

En second lieu, le remplaçant doit s'abstenir de toute manœuvre susceptible de détourner la clientèle de son confrère, soit à son profit, soit au profit d'un tiers, soit dans le simple désir de nuire; nous avons vu, en effet, dans notre précédente note, que le but essentiel du contrat était de conserver intacte la clientèle du remplacé. Une faute élémentaire contre la déontologie naîtrait, et elle entraînerait son auteur à une réparation civile.

Le contrat de remplacement peut également procurer au remplaçant certains avantages. En effet, s'il est d'usage entre confrères d'une même ville, de ne stipuler aucun avantage particulier pour un service qui se rend réciproquement, il n'en est pas de même lorsque le remplaçant vient du dehors. Il a droit alors à une indemnité pécuniaire, fixée le plus souvent par jour, exceptionnellement par visite, indemnité à laquelle viendra s'ajouter le remboursement des frais de voyage, aller et retour. Parfois, on y ajoute le logement, la nourriture et les moyens de transport pour se rendre au domicile des malades. Tous ces avantages sont habituellement stipulés dans le contrat : sinon, on s'en réfère à l'usage du lieu où le remplacement est effectué (v. Code civil, art. 1160).

Celui qui effectue un remplacement se trouve dans une situation spéciale en ce qui concerne sa clientèle. En effet, comme il doit conserver intacte la clientèle de son confrère, il doit se plier aux exigences de celle-ci. Il peut être amené alors à perdre quelques-uns de ses clients personnels : c'est ici le point délicat du contrat. Mais avec une certaine activité, et une bonne entente avec les malades, cet inconvénient peut disparaître presque entièrement.

Si le remplaçant perd son droit aux honoraires, en négligeant par la force des choses sa clientèle, peut-il réparer ce dommage en réclamant des honoraires à la clientèle du remplacé. Oui certainement, à moins qu'il n'y ait renoncé, soit expressément, soit tacitement, comme dans le cas d'un service de bonne confraternité, ou comme dans le cas du remplacé exonérant son confrère, ainsi que nous l'avons vu tout à l'heure. A défaut de renonciation manifeste, il a le droit de réclamer aux clients le paiement de ses soins (tribunal Lyon, 21 février 1882, *Moniteur juridique Lyon*, 6 mai 1882). Bien plus il aurait encore ce droit, lorsqu'après s'être chargé de ses honoraires, le confrère remplacé ne les acquitterait pas, les clients qui ont profité de ses soins sont tenus de les lui payer, en vertu du principe : nul ne peut s'enrichir au profit d'autrui (Perreau, *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 125).

Il est bien entendu que le prix de la visite ne doit pas dépasser celui demandé par le remplacé (trib. Lyon, 21 fév. 1882, précité). Enfin si les honoraires ne sont pas directement soldés au remplaçant par les malades, ceux-ci doivent les faire parvenir à leur médecin habituel, qui doit les envoyer à son confrère. Il doit même s'occuper du soin de faire rentrer les honoraires en faveur de son remplaçant.

Un dernier mot, pour terminer, sur la responsabilité du remplaçant envers les clients du médecin remplacé. Sans aucun doute, il est responsable envers eux du préjudice causé par les fautes graves de son confrère, s'il a choisi, pour le suppléer, un médecin notoirement connu pour sa maladresse ou son ignorance, ou sa négligence, étant personnellement en faute par un semblable choix. Mais au contraire, si la réputation professionnelle du remplaçant est bonne, il ne répondrait pas des fautes commises par lui, étant donné que le remplaçant, n'étant pas le préposé de son confrère, il est libre de ses actes et des soins.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 83, p. 1260.

PRATIQUE MÉDICALE

ANOREXIE DES TUBERCULEUX

L'anorexie est particulièrement grave chez le tuberculeux dont les besoins nutritifs sont généralement supérieurs à ceux de l'homme sain; elle est fréquente cependant, causée parfois par l'abus de fortifiants divers. Il est facile d'y remédier par l'emploi, deux heures avant chaque repas, de poudre de viande de Trouette-Perret (une à deux cuillerées à soupe délayées dans un liquide au goût du malade).

LIVRES NOUVEAUX

L'Anesthésie locale en dentisterie opératoire (1), par M. Fleischmann.

L'anesthésie locale devient tous les jours davantage la méthode de choix des médecins pour rendre indolores les interventions de petite chirurgie.

Le docteur Piquand, chef de clinique du professeur Reclus, a indiqué dernièrement dans son excellent ouvrage *L'Anesthésie locale, méthode du professeur Reclus*, illustré de 30 figures des plus instructives, de quelle façon il convient d'opérer sous l'anesthésie novocaïnique dans chaque cas particulier qui peut se présenter.

M. Fleischmann vient de compléter ce manuel opératoire

(1) Un vol. in-8. Paris, O. Doin.

par son livre *L'Anesthésie locale en dentisterie opératoire*, consacré entièrement à l'anesthésie novocaïnique en dentisterie opératoire.

La préface de M. le docteur J. Tellier dit bien combien le livre de Fleischmann est une œuvre à la fois de vulgarisation et d'enseignement.

M. Fleischmann, après avoir parlé du facteur douleur intimement lié à tout ce qui touche les interventions dentaires, expose brièvement les méthodes utilisées autrefois pour atténuer la douleur; puis, il s'étend plus longuement sur l'anesthésie locale par la novocaïne, à laquelle il donne la préférence.

Dans son manuel opératoire, page 24, il donne tous les détails de la technique qu'il convient d'employer dans les diverses interventions sur les dents.

Nous voyons d'après ces études que d'une manière unanime la novocaïne-suprarénine est considérée par les chirurgiens et par les odontologistes en France et à l'étranger comme l'anesthésique local qui peut prétendre mériter toute notre confiance.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1911.) Lesterlin et Bertein : Contribution à l'étude de la latence et de la mort rapide dans l'évolution des néoplasmes encéphaliques. — Michel : Adénopathie trachéobronchique tuberculeuse latente. — Billon et Morisson : Fracture de la base du crâne par tamponnement de chemin de fer. — Guth : Sur un cas de fistule branchiale congénitale. — Vennin : Etude sur le pouvoir dynamique des ricochets produits par la balle D. — Courtot : Action de la diphénylamine sur la nutrition.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 5, mai 1911.) Chabanne : La péritonite typhique dans la marine française (de 1900 à 1910), ses variétés, son traitement (*suite*). — D'Auber de Peyrelongue : L'anémie du personnel attaché à la télégraphie sans fil à bord des bâtiments de guerre. — Saint-Sernin : Propriétés biochimiques naturelles et acquises du sang.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 6, juin 1911.) Œttinger et Marie : Du cancer secondaire de l'ombilic dans le cancer gastrique. — Goiffon : La surdigestion chez les constipés. — Boschi : Douleurs gastriques tardives hivernales par spasme pylorique observées dans certaines formes d'ulcère chronique de l'estomac.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, 25 mai 1911.) Léon Thévenot : Rupture spontanée des hydrocèles. — L. Delrez : Recherches expérimentales sur la ligature aseptique des artères. — Augier et Poulain : Les vrais et les faux chloro-épithéliomes. — Mauclaire : Déviations du col fémoral dans la paralysie infantile.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 6, juin 1911.) Calvé : Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début. — Guillaume Louis : L'heure chirurgicale dans l'invagination intestinale aiguë chez les enfants. — Eschbach : Thrombose de l'aorte abdominale. — Guillaume Louis : La pronation douloureuse des enfants. — Gaudeau : L'hypoalimentation chez le nourrisson.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 20, 18 mai 1911.) John Lovett Morse : La méningite dans l'enfance (avec 5 courbes). — E. A. Codman : Rupture complète du tendon du sus-épineux. Traitement opératoire. Description de deux cas avec guérison (avec 1 fig.). — James Herbert Young : L'invagination chez l'enfant. — W. E. Ladd : Traitement de l'invagination chez l'enfant. — Frederic J. Farnell : Un cas d'atrophie musculaire progressive du type Charcot-Marie-Tooth. — Orion V. Wells : La diathèse hémorragique des nouveau-nés. Description de deux cas dans une famille. — (N° 22, 1er juin.) Robert G. Le Conte : L'inflammation aiguë des os longs, avec spécialement l'étude de l'excision de la diaphyse (4 tableaux, 10 figures). — Havard Fox : L'action du salvarsan sur la réaction de Wassermann (2 tableaux). — James A. Honéij : Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, au moyen de l'examen physique et fluoroscopique (7 figures). — Georges V. N. Dearborn : La neurologie de l'apraxie. — Isaac Hartshorne : La précision en optique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 8 juin 1911.) Kroemer : Diagnostic et traitement de la tuberculose génitale de la femme. — Bernhardt : Recherches expérimentales sur l'étiologie de la scarlatine. — Hoefer : Sur les inclusions cellulaires dans la scarlatine. — Bofinger : Infection paratyphique spontanée chez le cobaye. — Seiffert : Etudes sur la biologie des bactéries intestinales. — Werner et Schreiber : Action de la source Arminius dans la tuberculose pulmonaire. — Frey : La part de la filtration dans la préparation de l'urine: — V. Magyary-Kossa : Contribution au mécanisme de la glycosurie. — Krabbel : Sur un cas d'angustie aortique. — Decker : Contribution expérimentale à la question de la désinfection à la teinture d'iode. — Lindstedt : Y a-t-il une prédisposition au cancer pendant la grossesse. — Wehner : Sur le traitement de l'ulcère variqueux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 30 mai 1911.) Jesionek : Lait au salvarsan. — Handmann : Modifications du corps thyroïde et teneur en hémoglobine du sang dans la chlorose. — Pürckhauer : Sur la question des paralysies poliomyélitiques. — Zur Verth : Connaissances actuelles sur la bilharziose. — Leede : Sur le traitement de l'anémie par le salvarsan. — Hintze : Syphilis du labyrinthe au stade précoce de la période secondaire. — Eckhard : Sur la thérapeutique ferro-arsenicale. — Boehncke : Contribution à la question des porteurs de bacilles dysentériques. — Hauptmann : Anomalie de formation congénitale de la carotide et de la sous-clavière gauches. — Jacquet : Technique de la myographie clinique. — Meyer : Le lavage de la vessie dans la main du malade. — Dessauer : Opsalité diagnostique de l'image roentgen. — Fuchs : Le traitement des furoncles : le collodion. — Friedberger : Rôle de l'hypersensibilité dans l'infection et l'immunité.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 23, 4 juin 1911.) Sabrazès, Laffargue et Muratet : Evolution et complications d'un cas de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Variations de l'éosinophilie. — (N° 24, 11 juin.) Sabrazès : Acétonurie dans l'abcès péri-amygdalien. — P. Lemaire : Posologie et toxicité du camphre. — (N° 25, 18 juin.) Paul Lemaire : Posologie et toxicité du camphre (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 9 octobre 1911, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination à quinze places d'élèves externes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu. Ils auront à produire un certificat constatant qu'ils ont au moins une inscription de médecine.

Ne pourront prendre part au concours que les étudiants en médecine qui auront suivi les exercices pratiques de pansements, bandages et petite chirurgie.

Ces exercices pratiques sont faits à l'Hôtel-Dieu en douze leçons par l'interne en médecine le plus ancien dans le mois qui précédera l'ouverture du concours.

La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

— Nantes. — A la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur G. Favreul a été nommé chirurgien suppléant des hôpitaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Béclère, médecin des hôpitaux de Paris; Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris; Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Pousson, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Dieude-Fauvel (de Sauveterre-la-Linance), Fabre (d'Astaffort), Boyer (de Lyon), Breteau (de Bouloire), Fleyssac (de Lavinadière), G.-R. Mougeot (de Saint-Dizier).

MM. Chabaneix, médecin-major de première classe; Dupuy, médecin-major de deuxième classe; Wibratte, médecin aide-major de première classe; Grinda, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

— Une médaille d'argent a été attribuée à M. le docteur Benoist (de Vannes), pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique.

— Ont été décernées : une médaille de bronze à M. le docteur Besson (de Sainte-Barbe-du-Tlélat) et une mention honorable à M. le médecin aide-major de première classe Armand Vincent, pour actes de dévouement accomplis en Algérie.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE. — (Deuxième réunion. Président : M. Comby). La deuxième réunion de l'Association aura lieu à Paris, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, les vendredi 6 et samedi 7 octobre 1911.

Ordre du jour. — *Vendredi 6 octobre.* — Matin, neuf heures : Séance administrative. — 1° Admission des candidats [MM. Deleardre (de Lille)]. — 2° Désignation du lieu et de la date de la prochaine réunion en 1913. — 3° Organisation et date du Congrès de l'Association internationale en 1912.

A neuf heures et demie : Lecture et discussion du premier rapport sur le syndrome de Little. — *A.* Etiologie et pathogénie (M. Hutinel).

Soir, à trois heures : Deuxième séance administrative. — 1° Désignation des rapports et des rapporteurs pour la troisième réunion de l'Association française en 1913. — 2° Election du bureau pour la troisième réunion en 1913.

A quatre heures : Suite de la discussion des rapports sur le syndrome de Little. — *B.* Symptômes et diagnostic (M. Haushalter). — *C.* Traitement (M. Broca).

Samedi 7 octobre. — Matin, neuf heures : Lecture et discussion du deuxième rapport sur les nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. — *A.* Réactions à la tuberculine (M. Péhu). — *B.* Recherche des bacilles dans les humeurs et sécrétions (M. Nobécourt).

Soir, trois heures : 1° Suite de la discussion des rapports. — *C.* Radioscopie et radiographie (MM. Ménard et Rist). — 2° Communications diverses.

Les membres de l'Association qui désirent faire des communications sont priés d'en faire parvenir avant le 1er septembre le titre et un résumé au secrétaire, 5, rue de Monceau.

MM. les membres de l'Association sont priés de se rendre au dîner qui aura lieu le samedi 7 octobre, à sept heures et demie, au restaurant Ledoyen, Champs-Elysées. — Prix du dîner, 20 francs. — Prière de se faire inscrire dès le début de la première séance de vendredi 6 octobre.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1308.)*

RENSEIGNEMENTS

PLEURÉSIE GAUCHE A GRAND ÉPANCHEMENT

AVEC PHÉNOMÈNES SYNCOPAUX (1)

Par M. L. BAUMEL,

Professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Montpellier,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Nous avons eu à nous occuper, ces jours derniers, dans le service, d'une fillette de quinze ans, entrée pour pleurésie du côté gauche et dont l'histoire clinique m'a paru intéressante à plusieurs points de vue. Il ne s'agissait pas en effet d'une forme banale, mais d'une de ces pleurésies graves par l'abondance du liquide et les troubles qui peuvent en résulter.

La malade est entrée dans le service, présentant tous les signes d'un vaste épanchement. Elle ne pouvait rester couchée sur le côté opposé, par suite de la dyspnée qui en résultait. La température depuis deux jours était à 38°3 sans rémissions. Le facies était pâle ; la situation grave.

A l'examen, les signes physiques, matité complète en avant et en arrière sur toute l'étendue du poumon gauche, la disparition de l'espace de Traube, le souffle limité au sommet et l'obscurité respiratoire complète, la pectoriloquie aphone et l'égophonie, révélaient le refoulement du poumon par un abondant épanchement. Le cœur lui-même était déplacé et refoulé vers la droite; ses bruits étaient perçus nettement en dehors du bord droit du sternum où l'on voyait aussi quelques battements.

Il y avait donc là tous les signes d'une forme grave de pleurésie dont les accidents mécaniques peuvent être mortels; et les syncopes cardiaques ne sont pas des moindres qui puissent survenir.

La mort subite peut s'observer ainsi à l'occasion d'un simple mouvement. Le seul fait de la déglutition même lente d'un liquide peut en être la cause.

En raison des menaces de cet ordre, la ponction fut décidée urgente et je la fis pratiquer aussitôt, sous mes yeux.

Mes craintes étaient-elles excessives ?

Au moment même où on commençait la ponction, à la simple piqûre du trocart, la malade s'évanouit, et l'opérateur impressionné retirait précipitamment l'aiguille.

Cependant, en peu d'instant, la malade revenait à elle et nous pûmes reprendre avec succès, cette fois, notre intervention.

Nous retirâmes ainsi de la plèvre gauche de notre malade un litre de liquide séro-sanguinolent.

Grandement soulagée, la malade reposait la journée et la nuit suivante ; la fièvre cédait. Elle ne reparaissait que deux ou trois jours après, montrant que l'organisme achevait de résorber le liquide demeuré dans la plèvre.

C'est en effet à cette résorption qu'il faut attribuer l'élévation de température que vous observerez maintes fois au surlendemain d'une ponction.

En même temps que s'amendaient les phénomènes généraux, nous avons vu changer ou s'effacer la plupart des signes physiques, constatés au début.

La matité disparaissait peu à peu et faisait place à la sonorité. L'espace de Traube redevenait sonore. On ne trouvait plus qu'un léger souffle à la base avec un peu d'obscurité respiratoire.

Seul le cœur paraissait, au premier abord, toujours un peu dévié et ne semblait revenir que lentement dans sa situation normale.

C'est qu'en effet il se passait là des phénomènes intéressants sur lesquels je voudrais attirer votre attention.

En réalité, le cœur était bien revenu à sa place après l'évacuation de la plèvre.

Et, en effet, au niveau de la pointe, on a mieux perçu, à partir de ce moment, les bruits qui étaient moins sourds, moins lointains et mieux frappés. Mais en auscultant, au niveau de l'appendice xyphoïde, ces bruits étaient plus forts qu'au cœur gauche, ce qui aurait pu faire penser à la persistance du déplacement.

Mais cet éclat et cette force au niveau du cœur droit n'étaient dus qu'à la dilatation, à l'excès de tension dans ce cœur droit, produits par la gêne dans la circulation pulmonaire.

Ces troubles de la circulation pulmonaire au cours des affections du poumon ou de la plèvre aboutissent en effet, comme je l'ai démontré depuis longtemps, à la dilatation du cœur droit.

C'est cette dilatation qui explique les syncopes qui se sont produites chez notre malade, grâce au surmenage du cœur. Ce qui le prouve, c'est qu'elle était déjà, depuis quelques jours, sujette à des faiblesses, à des malaises, qui montraient bien cette tendance syncopale.

Les syncopes ne sont pas les seuls accidents que l'on puisse observer en pareil cas. Les troubles de la circulation dus à la dilatation du cœur droit retentissent sur le fonctionnement des organes voisins où ils déterminent de la stase, de la congestion passive. De là le foie cardiaque et même le rein cardiaque que nous avons noté chez notre malade.

Le foie était gros, volumineux, douloureux à la palpation et surtout à la pression.

La quantité des urines était diminuée. Elles étaient chargées en couleur et renfermaient un chiffre notable d'albumine, qui s'est élevé jusqu'à 7 grammes par litre et contenaient de nombreux cylindres et éléments épithéliaux.

Cette albuminurie a beaucoup diminué depuis la ponction, et diminuera encore, je l'espère. Elle n'est plus qu'à 1g50 actuellement.

Il ne faudrait point croire cependant que cette énorme quantité d'albumine, que nous constations là, fut uniquement imputable à la brusque apparition de liquide dans la plèvre.

Un autre facteur doit être invoqué et c'est l'histoire même de notre malade qui nous en fournit l'explication.

Si la maladie actuelle s'est manifestée avec le

(1) Leçon prise et recueillie par MM. Maillet, chef de clinique, et Gueit, interne du service.

tableau bruyant que je vous ai décrit, ce n'était point la première manifestation de cet ordre que ressentait notre malade.

Elle nous dit qu'au courant de janvier dernier, elle avait déjà eu un commencement de pleurésie et du même côté. Remise, ou se croyant telle, elle aurait été chez elle durant février. Là, s'étant enrhumée, elle aurait dû garder le lit. Puis enfin, revenue depuis quelques jours à son pensionnat, elle y aurait été atteinte par la maladie que nous connaissons.

Ces alternatives de malaises et de guérison, d'améliorations et de rechutes, ne sont que des rémissions d'une même maladie qui dure depuis plus de trois mois.

Ce sont ces poussées pleurétiques longues et successives qui viennent nous donner l'explication de la néphrite observée.

En plus de la ponction évacuatrice qui a constitué le point de départ de notre traitement et dont j'ai assez démontré les indications dans le cas présent, nous avons donné comme alimentation du lait à notre malade.

Celui-ci comme diurétique, pour favoriser la résorption de l'épanchement, pour ne pas surmener le rein à cause de l'albuminurie, pour diminuer les risques d'intoxication alimentaire.

On le donne à la dose d'un bol de 200 centimètres cubes toutes les trois heures.

Nous avons donné en plus la teinture de digitale, prise comme tonicardiaque, mais aussi diurétique (XVIII gouttes par vingt-quatre heures), durant quatre jours, avec suspension deux jours, pour reprendre de même.

Plus tard et lorsque diminuait l'albuminurie, nous avons prescrit le sirop de quinquina (40 grammes pro die), l'arséniate de soude en solution (0g10 pour 200 centimètres cubes) à raison d'une cuillerée à café matin et soir. Ces deux médicaments comme toniques généraux pour maintenir l'état des forces. C'est pour la même raison que nous donnons aussi 40 grammes de solution de lactophosphate de chaux à 5 p. 100, c'est-à-dire une cuillerée à bouche matin et soir.

Grâce à ces moyens, l'épanchement n'a pas reparu et l'albuminurie est très diminuée.

Tout laisse à penser qu'en peu de temps nous obtiendrons une guérison aussi complète que possible.

MÉDECINE PRATIQUE

LA SCOPOLAMINE EN OBSTÉTRIQUE (1)

A côté de ces avantages indiscutables, la méthode de l'accouchement à la scopolamine-morphine présente malheureusement des inconvénients multiples et sérieux. Pour juger impartialement de sa valeur, tout se résume à savoir si les inconvénients sont plus importants que les bénéfices. C'est ce qu'affirment les adversaires de la méthode, mais ses défenseurs assurent qu'on a beaucoup exagéré l'importance et la fréquence des ennuis, et que souvent la technique avait été défectueuse, les doses trop fortes, le produit employé impur.

Résumons, aussi clairement que possible, ce qu'on a observé.

Le premier inconvénient de la scopolamine-morphine serait d'occasionner souvent des troubles généraux chez la mère.

Une sécheresse de la bouche avec soif intense est notée chez presque tous les observateurs, la céphalée beaucoup plus rarement, un état nauséeux ou des vomissements rarement aussi (8 p. 100 Preller, Beruti, Bass, 4 p. 100 Mayer), la congestion de la face est fréquente (60 p. 100, Hocheisen) et a pu amener de l'épistaxis (Hocheisen).

Les troubles mentaux d'excitation, de délire avant le sommeil sont fréquents (8 p. 100 Lawrence, 10 p. 100 Hocheisen, 13 p. 100 Stephen et Beissenger, 24 p. 100 Mayer), et dans certains cas ils peuvent prendre une gravité inquiétante (Bruck, 4 p. 100 Preller, 2 p. 100 Hocheisen, 16 p. 100 Mayer). On les calmerait rapidement (Lawrence) par l'administration de chloroforme ou de morphine.

On a signalé la production de crises de secousses cloniques (Lehmann, Hocheisen, Bass, 4 p. 100 Mayer).

Mais ce qui est beaucoup plus grave, c'est que dans certains cas on trouve des signes non douteux d'intoxication par la scopolamine; c'est le cœur qui est le plus souvent touché, le pouls devient rapide, irrégulier, inégal, avec de l'arythmie, des faux pas, des menaces de syncope (Laurendeau, Kleinertz, Puschnig). Le cœur serait touché dans 20 à 25 p. 100 des cas (Preller), dans 60 p. 100 pour Hocheisen et on aurait des syncopes chez 2 p. 100 des patientes (Gminder). Les poumons et la respiration seraient moins touchés; cependant la respiration est souvent ralentie (Laurendeau), et on peut observer des troubles circulatoires, de l'œdème pulmonaire (Bardeleben, Hocheisen). Le rein ne semble pas touché, Kleinertz a vu des urines albuminuriques avant leur accouchement, ne plus en contenir après la naissance. Laurendeau a eu de bons résultats dans l'éclampsie.

C'est donc l'action sur le cœur qui semble le plus à redouter ainsi que sur la circulation périphérique. Bardeleben accuse la scopolamine d'un décès par intoxication et d'avoir causé des hémorragies graves dans 3 cas sur 60 accouchements.

En face de ces accusations il faut noter que Hocheisen et Lawrence l'ont employée sans inconvénients chez des cardiaques.

Les divergences des opinions ne doivent d'ailleurs pas surprendre, la plupart des auteurs convenant que la toxicité de la scopolamine morphinée est très variable, que cette action soit due à la scopolamine (Hocheisen, Bardeleben, Avarffy), ou à la morphine (Preller). Il y a là une affaire de prédisposition individuelle, d'idiosyncrasie (Lehmann, Osterloh, etc.) que malheureusement rien ne peut faire prévoir.

A côté de ces accidents d'intoxication générale la scopolamine-morphine peut-elle entraîner des troubles dans l'accomplissement même de l'accouchement?

Beaucoup d'auteurs affirment qu'après l'injection on voit les contractions de la période de dilatation s'espacer (un tiers des cas Ziffer, Preller) et surtout diminuer d'intensité (Ziffer, Frigyesi, Kleinertz, O. Lehmann, Steffen et Wiesinger, Buswm-Mansfeld, Old). Cette diminution s'observerait dans 25 p. 100 des cas pour Preller, 27 pour Gminder, 26,2 pour Avarffy, 33 pour Hocheisen, 38,3 pour Stephen. En plus dans quelques cas il se produirait une inertie complète (Frigyesi, Preller 2 p. 100, Stephen 5 p. 100, Avarffy 7,5 p. 100, Gminder 8 p. 100, Bertino 9 p. 100). Schatz, Dietschy, attribuent cette action à la morphine et non à la scopolamine. Frigyesi note qu'elle se produit surtout si on injecte trop tôt, avant que les contractions soient assez fortes et que l'on débute par de trop fortes doses.

D'autres auteurs nient complètement cette action de la scopolamine-morphine sur la contraction utérine, l'injection ne

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 83, p. 1256.

l'a pas modifiée. Telle est l'opinion de Wartapetian, Vrooman, Reining, Lawrence, Krönig, Sheil. Parfois même le travail a paru en être accéléré (Weingarten, Mayer, Newel, Laurendeau). Cependant, même parmi les partisans de la méthode, on trouve toujours indiqué un léger chiffre de diminution des contractions utérines (4 p. 100 Mayer). Voici les résultats de Gauss :

Contractions utérines fortes	90	%
— affaiblies	1,6	—
— augmentées	7,2	—

et ceux de Bosse :

Contractions utérines non modifiées	77,2	%
— modifiées	22,8	—

Les contractions utérines modifiées (22,8) se divisent en :

Contractions utérines affaiblies	10,2	%
Atonie complète	1,1	—
Contractions utérines améliorées	4,5	—
— variables	7,0	—

Si l'action de la scopolamine sur la durée de la période de dilatation est très discutée, et semble au total peu intense, il n'en est pas de même de l'action sur la période d'expulsion. Ici la plupart des auteurs notent un allongement indiscutable qui tient à ce que la malade endormie ne contracte pas, ne pousse pas avec les muscles de la paroi abdominale. Cette absence de contraction est notée par Mansfield, Laurendeau, Frigyesi, Sheill, Bass, Bardeleben, Bumm, Dietschy, Freeland et Salomons. D'autres auteurs ne l'ont observée que dans un plus ou moins grand nombre de cas (Wartapetian, Berutti, Björkenheim 15 p. 100, Hocheisen 19 p. 100, Avarffy 20 p. 100, Stephen 22 p. 100).

Voici ce que Hocheisen a observé sur 100 accouchées :

Les contractions abdominales sont influencées dans 24 p. 100 des cas, 15 fois elles sont plus mauvaises, 4 fois nulles, 4 fois très fortes. D'autres auteurs comme Gauss, Wartapetian, Siewczinski, Lehmann, Kaiserlingk, reconnaissent bien que la femme ne présente aucune tendance à contracter spontanément sa paroi abdominale, mais que si on le lui ordonne avec insistance, elle pousse au commandement, et même, comme elle souffre moins, elle pousse avec plus d'énergie que si elle n'avait pas reçu d'injection. Mais ici s'élèvent des objections ; si la femme est assez réveillée pour pouvoir pousser, ne peut-on craindre qu'elle ne perçoive la douleur ? Si au contraire elle ne perçoit pas la douleur, ne peut-on craindre qu'elle ne pousse trop fort et ne déchire souvent le périnée ? Old, Mayer, Siewczynscki ont soutenu cette dernière opinion. Björkenheim constate que le chiffre des déchirures périnéales s'est élevé à 18 p. 100. Wartapetian a noté que le chiffre des déchirures périnéales était au contraire diminué, c'est aussi ce qu'ont noté Freeland et Salomons qui sur 100 primipares accouchées à la scopolamine ont noté 59 p. 100 de déchirures, alors que sur 100 autres sans scopolamine le chiffre s'élevait à 65 p. 100.

En résumé, entre l'opinion de Gauss qui trouve que la durée de l'accouchement n'est pas prolongée, et celle de son détracteur Hocheisen qui constate que dans 50 p. 100 des cas cet allongement existe, la grande majorité des auteurs même favorables à la méthode admet une légère augmentation de la durée, Lawrence l'évalue à une demi-heure en moyenne. Freeland et B. Salomons comparant les cas où la scopolamine a été employée et celle où elle ne l'a pas été trouvent, dans le premier cas, une moyenne de trente et une heures au lieu de dix-sept heures dans le second, avec un maximum et un minimum de soixante et onze heures et cinq heures trois quarts dans le premier, et cent sept heures et deux heures dans le second. Ils remarquent cependant que la scopolamine a été employée exclusivement chez des primipares et de mauvais cas, et qu'ainsi s'explique une partie de l'excédent de durée. L'allongement porterait surtout sur la période d'expulsion. Une autre preuve de cette action de la scopolamine-morphine sur les contractions est tirée de la nécessité plus grande des manœuvres d'accouchement, en particulier des applications de forceps (Hocheisen, Steffen, Wiesinger, Avarffy, Fehling, Björkenheim, Freelander, B. Salomons, etc.). Fehling estime que la fréquence opératoire est doublée, Björkenheim a été obligé d'intervenir dans 20 p. 100 des cas, Avarffy dans 17,5 p. 100, Freeland et Salomons sont intervenus pour atonie dans 19 p. 100 des cas au lieu de 6 p. 100, Hocheisen a fait seulement des applications de forceps dans 6 p. 100 des cas, mais il attendait que les bruits du cœur de l'enfant soient à 60, Avarffy a vu le nombre de ses forceps passer de 1,68 p. 100 à 8,7 p. 100 soit 5 fois plus, Lawrence en accuse 26,6 p. 100. Par contre Kleinertz n'a noté aucune différence sur ce point. Gauss n'a noté qu'une augmentation insignifiante 7,32 p. 100 contre 5 à 6 p. 100, Newell et Preller les ont plutôt vu diminuer (7,6 p. 100 contre 8 p. 100, Preller).

L'injection de scopolamine-morphine semble par contre avoir peu d'action sur la période de délivrance. Bass, Dietschy, Puschnig, Siewczynski, Vrooman, Newel, Bosse, Freeland et Salomons, Lawrence, n'ont noté aucune différence.

Puschnig a noté 16,12 p. 100 d'hémorragie par inertie au lieu de 15,2 p. 100. Gauss sur 363 cas a trouvé que la moyenne du sang perdu était de 277^{g}7, ce qui est fort peu.

Kleinertz a obtenu une moyenne plus forte, 502 grammes, Mayer sur 50 cas trouve que la quantité de sang perdue a été de 500 grammes et au-dessous dans 7 p. 100 des cas, 500 à 1000 grammes dans 24 p. 100, 1000 à 1500 dans 3 p. 100.

D'autres auteurs accusent des hémorragies plus fréquentes comme Mansfeld, Weingarten (petites hémorragies de 500 à 600 grammes), Fehling, Sheil, Preller (3,3 p. 100), Gminder (5 p. 100), Avarffy (6,2 p. 100).

Enfin, Hocheisen, sur 100 cas, a vu 5 fois de l'inertie complète, dans 13 p. 100 des cas la délivrance a demandé plus d'une heure, il a eu 4 hémorragies graves avec 1 mort.

Il semble qu'il faille admettre, avec la scopolamine-morphine, une tendance aux hémorragies, tendance légère cependant.

L'évolution du post partum ne serait troublée en rien et l'involution utérine se ferait normalement, seuls Hocheisen, Steffen et Wiesinger notent que l'utérus reste gros plus longtemps avec une tendance aux hémorragies. La lactation ne serait en rien troublée (O. Lehmann, Preller, Bass, Dietschy, Berutti, Friggesi).

Ces inconvénients pour la mère étant passés en revue, il nous faut voir ceux que la méthode peut présenter pour le médecin et l'entourage. Il faut avouer que, d'après Gauss, Krönig eux-mêmes, la méthode est difficilement applicable en ville. D'après eux elle nécessite la présence incessante du médecin. L'obligation du silence absolu, de l'obscurité, la surveillance de l'état d'amnésie de la malade, de son état de surexcitation mentale parfois, le danger que la malade peut courir si dans un sommeil profond elle avale sa langue, la crainte de l'inertie et la possibilité des applications de forceps, autant de points qui nécessitent la présence continuelle de l'accoucheur, et il nous semble difficile, malgré Lawrence, Freeland et Salomons, de laisser cette responsabilité à une nurse intelligente.

Mayer a remarqué la tendance des malades, dans leur délire scopolamique, de raconter les faits de leur vie intime.

Mansfeld et Hocheisen notent que loin d'être rassurant pour l'entourage l'aspect congestionné de la figure, l'agitation, le délire peuvent être une cause de crainte pour les parents.

Il nous reste à voir l'action de la scopolamine-morphine

sur l'enfant. C'est ici que les critiques les plus graves ont été formulées.

Pendant l'accouchement, Laurendeau a remarqué l'immobilité absolue du fœtus; d'ordinaire les bruits du cœur ne sont pas modifiés par l'injection (Weingarten), cependant deux fois Steinbuchel a noté du ralentissement et une fois un arrêt suivi d'une reprise à 166.

Au moment de la naissance les enfants se présentent plus souvent que normalement en état d'asphyxie légère ou d'apnée complète. Ceci semble indiscutable. Mais le pourcentage varie beaucoup selon les statistiques; voici les principaux chiffres :

NOMS.	BON ÉTAT.	OLIGOPNÉE.	APNÉE.	ASPHYXIE.	MORTS.
Steinbuchel	85 %			5 %	10 %
Weingarten				50	
Gauss (1re)	56,4	27,1 %		14,2	
Lehmann	76,16	10		13,3	
Gauss (2e)	70,5	18,1		9,6	0,6
Puschnig	69			9,6	15
Mayer	82	12		4	2
Avarffy		6,1		8,64	2,5
Hocheisen		18		15	4
Preller		25	5 %		
Bass		33		14	18
Steffen		16		2,3	
Gminder		11		23	
Bertino		23			
Bosse	78,55	15,85		4,16	
Lawrence	73,3	8,8		13	5,5

Souvent l'état de l'enfant est tout à fait particulier et répond à ce terme nouveau d'oligopnée créé par Krönig pour le désigner : après une période de cris et de respiration normale de quelques minutes, on voit la respiration devenir superficielle, rapide, en même temps que le cœur se ralentit. Parfois la respiration arrive à s'arrêter complètement, alors que les bruits du cœur sont conservés : à l'oligopnée a succédé l'apnée. Cet état peut durer plusieurs heures [quinze heures, vingt-quatre heures (Avarffy)], mais plus souvent se dissipe au bout d'une demi-heure environ. Contrairement à ce que dit Gauss, beaucoup d'auteurs n'ont pas vu l'enfant sortir spontanément de cet état. On est obligé de le ranimer d'ordinaire, et, comme le remarque Laurendeau, c'est surtout en le secouant, en le frictionnant, qu'on le tire de cet état de stupeur. On a à s'occuper de ranimer l'enfant dans une proportion de 25 à 35 p. 100 selon les statistiques. Dudley Corbett et Laurendeau insistent sur ce fait que l'enfant naît dans cet état de stupeur lorsque l'accouchement se termine en plein sommeil scopolamique de la mère. Corbett précise même que si l'enfant naît moins de cinquante minutes après l'injection, avant qu'elle ait pu produire son effet, ou quatre heures après elle, alors que cet effet est épuisé, cet état ne se produit pas. Il conseille donc de ne pas renouveler l'injection vers la fin de l'accouchement et de la remplacer par quelques bouffées de chloroforme.

A-t-on observé des accidents plus graves imputables à la scopolamine; son emploi augmente-t-il la mortalité des nouveau-nés?

Hocheisen (3 cas), Bass (1 cas), Gminder (1 cas), Bardeleben (2 cas), Freeland et Salomons (1 cas) l'accusent d'avoir été la cause de mort d'un certain nombre d'enfants que l'on n'a pu ranimer et qui pour la plupart présentaient des lésions pulmonaires ou des hémorragies multiples.

Dans d'autres cas [Lehmann (1), Puschnig (3), Avarffy (2), Beruti (2), Lawrence (1)], l'enfant criait au moment de la naissance puis tombait dans un sommeil profond avec respiration rapide, pouls irrégulier, puis au cours du deuxième ou du troisième jour, on le voyait mourir subitement dans une crise d'apnée.

L'autopsie montrait en général de la bronchopneumonie, des hémorragies, de l'atélectasie pulmonaire.

Ces accidents sont-ils bien dus à l'intoxication par la scopolamine-morphine?

Certains les attribuent à la longueur du travail et de la période d'expulsion (Weingarten, Hocheisen, Puschnig, Freeland et Salomons). L'atonie utérine consécutive à la scopolamine-morphine serait en cause et non l'intoxication. La grande majorité rejette la faute sur la morphine qu'il faut proscrire dans la deuxième et troisième injection (Lawrence, Wartapetian, Ziffer, Gauss, Lehmann, Dietschy, Kaiserling). Hocheisen les attribue à la scopolamine, car il a donné des doses infinitésimales de morphine et Bardeleben n'en a pas employé du tout. Les expériences d'Holzbach montrent d'ailleurs que l'urine du nouveau-né recueillie par cathétérisme aussitôt après la naissance, et instillée sur l'œil humain donne, bien que de façon inconstante, de la dilatation pupillaire; par contre si on plonge dans cet urine un œil de grenouille on a de façon constante de la dilatation pupillaire. Il est donc certain que la scopolamine passe à travers le placenta.

Il faut donc admettre que l'injection de scopolamine-morphine présente un danger pour l'enfant, surtout si la naissance se produit en plein sommeil scopolamique. Notons cependant que Vrooman et Newell n'ont pas observé ces inconvénients et que Gauss a constaté dans sa statistique un abaissement de la mortalité infantile depuis l'emploi de la scopolamine.

Dans les jours qui suivent la naissance, la scopolamine n'a plus d'action sensible sur l'enfant, les courbes de poids sont normales (Lehmann, Hatcher), Puschnig a signalé une fréquence un peu plus grande de l'ictère des nouveau-nés (37,03 au lieu de 30,67). Lehmann nie cette action. Holzbach dans ses expériences a montré qu'on pouvait révéler avec l'œil de grenouille la présence d'hyoscine dans le colostrum et dans le lait de l'accouchée pendant cinq jours à condition que la quantité de médicament employé ait été assez forte (0,0006 à 0,0025). Mais la quantité d'hyoscine doit être si minime que l'enfant n'en souffre pas.

La scopolamine a été souvent associée avec d'autres anesthésiques ou hypnotiques. Loin de gêner l'administration du chloroforme, de l'éther ou du chlorure d'éthyle elle permet d'en diminuer les doses. Il faut se rappeler dans ces cas de la facilité de la déglutition de la langue par la malade. On l'a employée aussi avec la stovaïne lombaire (Ziffer, Zweiffel), avec l'anesthol, le véronal, ou ces médicaments et le chloroforme.

Nous n'insistons pas sur ces associations variées, celle qui a le plus d'adhérents est l'association avec le chloroforme qui donne de bons résultats.

Par contre on a cherché à supprimer la morphine de la combinaison scopolamine-morphine. C'est ainsi que Corbett la remplace par la strychnine. Il se montre satisfait des comprimés suivants :

Tabloïd A.		*Tabloïd B.*	
Scopolamine	0,0006	Scopolamine	0,0006
Strychnine	0,003	Strychnine	0,0018
Atropine	0,0008	Atropine	0,0004

Il nous reste à voir, et ce n'est pas le moins discuté, le chapitre des contre-indications de la méthode.

Certains auteurs ne l'emploient pas chez les multipares, réservant l'emploi aux primipares, ou aux femmes extrêmement nerveuses et timorées.

Bass, Dietschy ne l'emploient pas si une hémorragie peut être à craindre comme dans le cas de placenta prævia. Preller, Hocheisen s'abstiennent de même en cas de rupture prématurée des membranes. Enfin beaucoup d'auteurs évitent de

l'employer si les contractions sont faibles et irrégulières, si l'on peut craindre de l'inertie utérine dès le début de l'accouchement. Freeland et Salomons l'ont employé dans ces cas sans inconvénient, et pour eux on attribue à la scopolamine beaucoup de cas d'inertie qui se préparaient déjà avant l'injection.

Enfin pour éviter que l'enfant ne naisse en état de stupeur, Sheil, Lawrence, Corbett déconseillent l'emploi de la scopolamine dans la période d'expulsion et la remplacent par le chloroforme.

Il va sans dire que si l'accouchement est si avancé qu'il sera terminé avant que la scopolamine ait pu agir (50 minutes) il est inutile de faire l'injection.

D'autres contre-indications sont tirées de l'état général de la parturiente.

Les principales sont un état de faiblesse général de l'organisme (Sheil, Lehmann, Preller, Dietschy), les affections cardiaques (Lehmann, Sciewczynsky, Sheil, Bosse, Preller, Dietschy), les affections pulmonaires (Sheil, Bosse, Preller, Dietschy), les pyrexies (Sheil, Gauss, Dietschy, Bosse), les pertes de sang répétées avant l'accouchement entraînant un état d'anémie grave (Sheil, Gauss, Bass, Bosse), les affections rénales (Lehmann) et l'éclampsie (Hocheisen, Preller).

Mais ces contre-indications ne sont pas admises par tous les auteurs; Lawrence n'hésite pas à l'employer en cas de tuberculose pulmonaire, Hocheisen et Lawrence l'ont employée chez des porteurs de lésions cardiaques, et Laurendeau l'a utilisée avec succès dans l'éclampsie.

Que conclure de tout ceci ?

C'est que nous sommes en présence d'une méthode intéressante et peut-être appelée à rendre de grands services, mais qui ne nous paraît pas encore au point. La nature exacte de la scopolamine, sa pureté, l'instabilité des solutions, ses propriétés toxiques, les associations qui peuvent diminuer cette toxicité, autant de points qui seront encore sans doute étudiés et perfectionnés. Ayant en main un produit stable bien défini, le médecin pourra en préciser les avantages et les inconvénients, en fixer les indications et contre-indications. Pour le moment la méthode nous semble encore à l'étude et impraticable pour le praticien dans la clientèle journalière.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

P. LEQUEUX. La scopolamine en obstétrique, Revue générale, *L'Obstétrique*, fév. 1911, 4e année, nouv. série, n° 2, p. 165 à 225. (Contient une bibliographie de 109 numéros. Nous ne citons ici que les travaux qui n'y figurent pas ou parus depuis.)

TOTH. *Centralbl. f. Gyn.*, 1905, n° 18.

KOCHMANN. *Arch. de pharmacodinamie*, Bd. XII.

KESSEL. *Ibid.*, Bd. XVI.

HASSLER. *Journ. surg. gyn. and obst.*, 1906, vol. XXVIII, p. 231-236.

HENDEE. *Amer. med.*, Philadelphie 1906, vol. XI, p. 216-219.

COLEMAN. *Virg. med. Semimonth*, Richemond 1906-1907, vol. XI, p. 402-404.

FOMJO. *Budapesth orv. Njsag*, 1907, vol. V, p. 855, 879, 896.

HIRSCH. *Wien. klin. Rund.*, 1907, vol. XXI, p. 811-830.

LANPHEAR. *Lancet*, 1907, vol. II, p. 976.

LÉOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1907, vol. XXXI, n° 2.

FENTON. *Canada Journ. of med. and surg.*, 1907, vol. XXII, p. 76-78.

KIRBY. *New-York med. Journ.*, nov. 1907.

HOLT. *Amer. Journ. clin. med.*, Chicago 1907, vol. XIV, p. 565-577.

SKINNER. *Clinique Chicago*, 1907, vol. XXVIII, p. 551-552.

BUIST. *Brit. med. Journ.*, 1908, vol. II, p. 808.

GROOM. *Trans. Edim. obst. Soc.*, 1908-1909, p. 213; — *Journ. obst. and gyn.*; — *Brit. Emp.*, 1909, vol. XXI, p. 16-20.

LAURENDEAU. *La Clinique*, Montréal, déc. 1910, p. 294.

FREELAND et Bethel SALOMONS. *Brit. med. Journ.*, janv. 1911, p. 127.

ILINE. *Roussky Vratch.*, 26 mars 1911, t. X, n° 12.

Dudley CORBETT. *Brit. med. Journ.*, 15 avril 1911, p. 868.

Bruno BOSSE. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, mars 1911, heft 3, Bd. XXXII, p. 316-331.

P. L. GIUSEPPI. *The Practitioner*, juillet 1911, vol. LXXXVI, n° 1, p. 84-96.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1911)

Méningite à diplococcus crassus. — M. P. HARVIER a observé, chez un nourrisson, une méningite cérébro-spinale rapidement mortelle due au diplococcus crassus.

Ce germe existait à l'état isolé et à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien.

L'inoculation intracérébrale, chez le lapin déjà sensibilisé par une injection intraveineuse antérieure, a déterminé une méningite très nette.

Le liquide céphalo-rachidien renfermait une grosse quantité d'éléments avec de nombreux diplocoques. L'examen histologique a montré une réaction méningée légère, mais généralisée.

Le germe pathogène n'a été trouvé qu'au niveau des méninges et des cellules des plexus choroïdes.

Sporotrichose lymphangitique et ostéoarticulaire guérie par la diiodotyrosine. — MM. Jean TROISIER et Albert BERTHELOT rapportent un cas de sporotrichose gommeuse lymphangitique du membre supérieur accompagné d'ostéoarthropathie du gros orteil droit. La maladie durait depuis quatre mois et n'avait aucune tendance à la guérison. MM. Troisier et Berthelot traitèrent leur malade exclusivement avec un nouveau produit iodé organique : la 3-5-diiodo-I-tyrosine.

Les auteurs font remarquer l'innocuité absolue du médicament dont les effets furent très nets à des doses correspondant à de minimes quantités d'iode.

Autolyse du foie de lapin soumis à l'intoxication diphtérique. — M. GARNIER. L'autolyse du foie diffère chez le lapin normal et chez le lapin soumis à l'intoxication diphtérique. Chez celui-ci, la liquéfaction des tissus est beaucoup moins rapide et la formation des toxines beaucoup moindre. Il semble d'ailleurs que tous les poisons n'agissent pas de la même façon sur les ferments autolytiques.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie des enfants (1), par les docteurs BROCA, FRŒLICH, MOUCHET, GUISEZ, TERRIEN.

Le nouveau volume de la *Pratique des maladies des enfants* qui vient de paraître est consacré à la *Chirurgie des enfants*.

Le volume débute par une « Introduction à la chirurgie infantile » du docteur Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, exposant les principes actuels de l'orthopédie et de la chirurgie infantiles.

M. Frœlich, professeur agrégé à l'Université de Nancy, expose ensuite les « Maladies chirurgicales de l'appareil diges-

(1) Un vol. gr. in-8 de 540 p. avec 216 fig. — Prix : broché, 14 fr.; cartonné, 15 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

tif » chez l'enfant, bec-de-lièvre, fissures palatines, malformations de la face, tumeurs de la langue, kystes congénitaux du cou, adénites cervicales, corps étrangers des voies digestives, malformations ombilicales, hernies, malformations congénitales de l'estomac et de l'intestin, maladies de l'anus et du rectum.

Vient ensuite la « Chirurgie du cœur et des vaisseaux », puis la « Chirurgie pulmonaire ».

MM. Broca et Mouchet exposent les « Maladies chirurgicales de la vessie, de l'urètre et des organes génitaux » chez l'enfant.

Les « Maladies chirurgicales des oreilles, du nez, et du larynx » sont traitées par le docteur Guisez, et les maladies de l'œil et de ses annexes par le docteur Terrien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cinq volumes de la *Pratique des maladies des enfants* sont déjà en vente : Introduction à la médecine des enfants (10 fr.). — Maladies du tube digestif (10 fr.). — Maladies de l'appendice et du péritoine (12 fr.). — Maladies du cœur et des poumons (14 fr.). — Chirurgie des enfants (14 fr.). — Les trois derniers volumes paraîtront très rapidement.

La *Pratique des maladies des enfants* s'occupe essentiellement des questions de « diagnostic et de thérapeutique », c'est-à-dire de ces notions de pratique infantile qui sont de plus en plus réclamées par les médecins.

Le travail a été confié aux spécialistes les plus éminents de toutes les Facultés de langue française. C'est une œuvre originale, écrite par ceux-là même qui, ayant déjà une longue expérience de la pratique, sont chargés d'enseigner la pédiatrie dans les principales Facultés. L. GAYARD.

Affections chirurgicales de la poitrine (1). *Nouveau traité de chirurgie publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet.* Fascicule XXII, par Charles SOULIGOUX.

Les affections chirurgicales de la poitrine sont parmi celles qui ont été le plus étudiées et qui ont le plus progressé dans ces dernières années. La grosse question des plaies pénétrantes de poitrine a soulevé des discussions multiples sur la conduite à tenir dans les hémothorax; le traitement des plaies du cœur est définitivement entré dans la chirurgie d'urgence; des opérations nouvelles ont été tentées pour la cure de la symphyse péricardique et l'amélioration des hypertrophies cardiaques. Les voies d'accès ont été mises à l'étude, le thymus est devenu un organe chirurgical, enfin la chirurgie du poumon, grâce à des méthodes qui permettent l'ouverture de la plèvre en diminuant la gravité du pneumothorax, est entrée dans une phase active.

C'est dire l'intérêt qui s'attache au nouveau fascicule du traité de chirurgie qui vient de paraître. M. Souligoux était particulièrement désigné par ses travaux antérieurs pour écrire ces chapitres. Aussi n'y trouvera-t-on pas seulement une mise au point complète de tous les chapitres de la chirurgie de la poitrine, mais encore en beaucoup d'endroits des opinions personnelles défendues avec l'autorité de l'expérience.

Nul doute que, dans ces conditions, l'ouvrage ne rencontre auprès du public le succès qu'il a le droit de remporter.

M. LANCE.

Le Chaos et l'Harmonie universelle (2), par Félix LE DANTEC, chargé de cours à la Sorbonne.

Voici encore un nouvel ouvrage dû à la plume si féconde de M. Félix Le Dantec. Ceux de nos confrères — et ils sont nombreux — qui aiment à philosopher se plairont à suivre l'auteur dans les développements qu'il consacre aux questions suivantes : échelles et harmonie; harmonie et adaptation; les prétendues lois du hasard et le stratagème de Bernouilli; chaos et harmonie. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8° de 282 pages, avec 48 figures. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-16 de 193 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LES MÉTHODES DE LABORATOIRE APPLICABLES AU DIAGNOSTIC CLINIQUE. — COURS DE VACANCES (clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. A. GILBERT). — Un cours de vacances, commençant le 18 septembre 1911, aura lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, le matin à dix heures, et l'après-midi à deux heures. Ce cours comprendra vingt-huit leçons et sera terminé en quatorze jours. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux. Un certificat leur sera donné à l'issue du cours.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Herscher, Lippmann, Jomier, chefs de clinique; M. le docteur Maurice Villaret, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et M. Deval, chef du laboratoire de chimie, avec l'aide du docteur P. Descomps; et, pour les spécialités, par MM. les docteurs Guilleminot, Durey, Dausset, assistant de la clinique.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 18 septembre, à neuf heures et demie du matin, ouverture du cours par M. le professeur A. Gilbert.

Première leçon. — Lundi 18 septembre, à dix heures du matin. M. Herscher : Diagnostic de la tuberculose. Procédés biologiques applicables à ce diagnostic (tuberculine, cuti-réaction, ophtalmo-réaction, intradermo-réaction).

Deuxième leçon. — Lundi 18 septembre, à deux heures du soir. M. Deval : Analyse des urines (éléments normaux). Acidité. Azote total (méthodes de Denigès, de Ronchèse). Urée (méthodes de Folin, de Saint-Martin). Purines (méthodes de Denigès, de Ronchèse). Chlorures (méthodes de Charpentier-Volhardt). Phosphates. Sulfates. Cryoscopie. — Applications à l'étude des rétentions chlorurées et azotées. Diabètes chlorurique, phosphatique.

Troisième leçon. — Mardi 19 septembre, à dix heures du matin. M. Lippmann : Examen clinique du cœur et des vaisseaux. Procédés d'exploration. Cardiographie. Phlébographie. Sphygmographie. Sphygmomanométrie (oscillomètre de Pachon). Orthodiagraphie. Electrocardiographie.

Quatrième leçon. — Mardi 19 septembre, à deux heures du soir. M. M. Villaret : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Recherche du bacille de Koch dans les crachats. Méthode de Ziehl, de Bezançon, de Spengler, de Jacobson. Albumino-diagnostic. Cyto-diagnostic. — Recherche du bacille de Koch dans les urines et les liquides pathologiques. Inoscopie. Diagnostic avec les bacilles acido-résistants. Cultures. Inoculations. Autopsie d'un cobaye tuberculeux.

Cinquième leçon. — Mercredi 20 septembre, à dix heures du matin. M. Herscher : Traitement de la tuberculose. (Tuberculines. Sérums antituberculeux. Corps immunisants de Spengler.)

Sixième leçon. — Mercredi 20 septembre, à deux heures du soir. M. P. Descomps : Notions générales de bactériologie pratique. Staphylocoques, streptocoques. Diagnostic de l'angine diphtérique et des autres angines à fausses membranes. — Paludisme. Maladie du sommeil.

Septième leçon. — Jeudi 21 septembre, à dix heures du matin. M. Lippmann : Les principales affections cardiaques. Insuffisance mitrale. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Symphyse cardiaque. Péricardite.

Huitième leçon. — Jeudi 21 septembre, à deux heures du soir. — M. M. Villaret : Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules rouges). — Notions générales sur le sang et l'hématopoïèse. — Prélèvement; coloration vitale; numération (hématimétrie). — Colorations diverses. Carac-

tères normaux des globules rouges. — Modifications pathologiques des globules rouges. Polyglobulies. Anémies. — Les notions récentes sur les hématies granuleuses et les globulins.

Neuvième leçon. — Vendredi 22 septembre, à dix heures du matin. M. Herscher : Diagnostic et traitement des pleurésies sérofibrineuses (ponctions exploratrice et évacuatrice. Autosérothérapie. Injections gazeuses).

Dixième leçon. — Vendredi 22 septembre, à deux heures du soir. M. Deval : Analyse des urines (éléments anormaux). — Matières protéiques [albumines (sérine, globuline), albumoses, peptones]. Matières sucrées (glucose, lévulose, lactose, pentoses). Acide glycuronique, acétone, acide oxybutyrique, acétylacétique. Pigments (bilirubine, biliverdine, urobiline et son chromogène, indoxyle). Acides biliaires. Sédiment. — Applications à l'étude des néphrites et du diabète.

Onzième leçon. — Samedi 23 septembre, à dix heures du matin. M. Lippmann : Les arythmies cardiaques (tachycardies, bradycardies). Angines de poitrine.

Douzième leçon. — Samedi 23 septembre, à deux heures du soir. M. M. Villaret : Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules blancs, caillot, sérum). Modifications pathologiques des leucocytes. Leucocytose. Leucémies myélogène et lymphogène aiguës ou chroniques. Anémie pseudoleucémique. Modifications pathologiques de la coagulation, en particulier dans le purpura et l'hémophylie. — Dosage de l'hémoglobine (méthodes de Henocque, de Tallqvist, de Malassez). Valeur globulaire. Ses variations physiologiques et pathologiques (chlorose, chloro-anémies). — Cholémimétrie.

Treizième leçon. — Lundi 25 septembre, à dix heures du matin. M. Herscher : Procédés d'exploration des reins. Exploration physique ; radiographie ; cryoscopie ; étude des éliminations provoquées (épreuve du bleu de méthylène ; épreuve de la phloridzine ; polyurie expérimentale ; épreuve de l'ovalbumine).

Quatorzième leçon. — Lundi 25 septembre, à deux heures du soir. — M. M. Villaret : Recherche de la résistance globulaire (méthodes de Vaquez, de Widal, etc.) — Application à l'étude des ictères. — Les hémolysines dans le sérum et les liquides pathologiques. Epreuve de Donath et Landsteiner. — Les opsonines de Wright. L'activité et la résistance leucocytaires.

Quinzième leçon. — Mardi 26 septembre, à dix heures du matin. M. Lippmann : L'asystolie. Les agents thérapeutiques dans les cardiopathies.

Seizième leçon. — Mardi 26 septembre, à deux heures du soir. M. P. Descomps : Diagnostic de la fièvre typhoïde, des paratyphoïdes, de la mélitococcie. — Le bacille d'Eberth ; sa recherche dans le sang et dans les matières fécales (méthodes d'Elsner, de Von Drigalski et Conradi). — Le sérodiagnostic. Diazo-réaction. Réaction de fixation. Fibrinediagnostic. Examen leucocytaire. — Les paratyphoïdes. Le micrococcus melitensis.

Dix-septième leçon. — Mercredi 27 septembre, à dix heures du matin. M. N... : Technique de l'examen de l'oreille, du larynx, des cavités faciales.

Dix-huitième leçon. — Mercredi 27 septembre, à deux heures du soir. M. M. Villaret : Les réactions de fixation. Méthode de Bordet et Gengou. Réaction de Wassermann. Réaction de Weinberg dans le kyste hydatique. Déviation du complément dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, l'actinomycose, la sporotrichose.

Dix-neuvième leçon. — Jeudi 28 septembre, à dix heures du matin. M. Dausset : Les procédés nouveaux de thermothérapie (air chaud ; diathermie, bains de lumière à incandescence, avec lampes de Cooper-Hatwey).

Vingtième leçon. — Jeudi 28 septembre, à deux heures du soir. M. M. Villaret : Diagnostic bactériologique de la syphilis et du chancre mou. — Recherche du tréponème pâle à l'ultramicroscope. Sa coloration (procédés de Giemsa, de Levaditi). — Caractères morphologiques et coloration du bacille de Ducrey.

Vingt et unième leçon. — Vendredi 29 septembre, à dix heures du matin : M. Jomier : Examen d'une paralysie (hémiplégie, paraplégie, paralysie partielle).

Vingt-deuxième leçon. — Vendredi 29 septembre, à deux heures. M. Guilleminot : Technique de l'électro-diagnostic. Son utilité en clinique.

Vingt-troisième leçon. — Samedi 30 septembre, à dix heures du matin. M. Jomier : Examen d'un tabétique, d'un paralytique général. Technique de la ponction lombaire.

Vingt-quatrième leçon. — Samedi 30 septembre, à deux heures du soir. M. Paul Descomps : Examen du liquide céphalo-rachidien et des épanchements par les procédés de laboratoire. Liquide céphalo-rachidien : étude chimique ; étude cytologique (la cellule de Nageotte, cytologie des méningites ; cytologie des affections nerveuses) ; étude bactériologique. — Epanchements pleuraux ; étude chimique (réaction de Rivalta) ; étude cytologique (éosinophilie locale) ; étude bactériologique. — Epanchements péritonéaux ; étude chimique, cytologique, bactériologique.

Vingt-cinquième leçon. — Lundi 2 octobre, à dix heures du matin. M. Jomier : Etude d'un malade atteint d'une affection du tube digestif.

Vingt-sixième leçon. — Lundi 2 octobre, à deux heures du soir. M. Guilleminot : Application des rayons X et du radium au diagnostic et au traitement.

Vingt-septième leçon. — Mardi 3 octobre, à dix heures du matin. M. Jomier : Examen d'un malade atteint d'une affection hépatique.

Vingt-huitième leçon. — Mardi 3 octobre, à deux heures du soir. M. Deval : Chimisme stomacal. Chimisme intestinal. — Chimisme stomacal : Repas d'Ewald. Analyse qualitative (acide chlorydrique et acides organiques ; matières protéiques ; hydrates de carbone ; pepsine ; ferment lab). Analyse quantitative (acidité, combinaisons chlorées ; pepsine ; maltose). Motricité. Examen microscopique. — Chimisme intestinal : Repas de Schmidt et de Rousselet. Analyse qualitative (matières protéiques et hydrates de carbone, sang, pigments). Analyse quantitative ; méthode de Rousselet (acides libres, graisses neutres, savons). Examen microscopique. — Application au diagnostic des insuffisances pancréatique et biliaire et à l'étude des entérites.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES SPLÉNOMÉGALIES (1)

Dans un premier ordre de faits l'on peut grouper les affections de diagnostic *facile*.

A. ASYSTOLIE. — Il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'un malade en état d'*asystolie* généralisée, ou même encore en état d'*asystolie hépatique*, comme enfin d'une *asystolie partielle* quelconque. Dans tous ces cas, le diagnostic de *rate cardiaque* s'impose; parfois cependant la splénomégalie est très accentuée et les symptômes cardiaques plus discrets; il s'agit alors de la forme d'*asystolie splénique* étudiée par Oulmont et Ramond, dont la nature asystolique se révèle, par la constatation des signes cardinaux habituels mais discrets de l'asystolie, les symptômes du foie cardiaque et la découverte, à l'auscultation du cœur, d'une lésion orificielle indiscutable.

B. CIRRHOSES ALCOOLIQUES. — D'un diagnostic presque aussi facile sont encore les cas dans lesquels l'examen clinique révèle la présence des *petits signes de Hanot* (signes d'hypertension portale et d'insuffisance hépatique) avec *atrophie* du foie, circulation veineuse collatérale, *ascite*, etc., ou *hypertrophie* modérée du foie (*antécédents alcooliques*) ; il s'agit alors d'*une variété de cirrhose alcoolique*, soit de la CIRRHOSE DE LAËNNEC, soit d'une cirrhose alcoolique hypertrophique, ou, plus exceptionnellement, s'il y a *pigmentation cutanée avec ou sans glycosurie*, de la cirrhose *alcoolique hypertrophique pigmentaire* ou du *diabète bronzé*.

C. LES ICTÈRES. — Le diagnostic devient déjà beaucoup plus délicat, lorsqu'il s'agit d'une splénomégalie constatée au cours d'un ICTÈRE. Il faut tout d'abord éliminer les splénomégalies modérées qui s'observent au cours d'un *ictère infectieux aigu*, et qui relèvent autant de l'infection généralisée, que de l'ictère; il faut également se rappeler qu'à la suite d'un ictère, quelque peu prolongé, une splénomégalie peut apparaître, due, d'après MM. Rist et Ribadeau-Dumas, à l'action directe de la bile sur la rate, ce sont les *splénomégalies méta-ictériques*.

Mais c'est surtout lorsque la splénomégalie s'observe au cours d'un *ictère chronique* que le diagnostic est difficile; il l'est d'autant plus d'ailleurs que le malade ne présente pas, en même temps, de modifications physiques, nettes, de son foie; dans ces cas, il faut discuter ou bien l'hypothèse de l'*ictère chronique simple splénomégalique* de MM. Hayem et Lévy, ou l'hypothèse de l'*ictère chronique simple* de MM. Gilbert et Lereboullet, variété clinique comprenant pour ces auteurs la cholémie simple familiale, la forme splénique pure, etc.

La recherche de certaines propriétés du sang de ces malades (anémie, résistance globulaire, globules rouges granuleux) a permis d'isoler parmi ces ictères chroniques avec splénomégalie une variété très intéressante, ce sont les ICTÈRES HÉMOLYTIQUES.

Il peut s'agir, soit de l'ictère *hémolytique congénital* (Minkowski, Chauffard), soit de l'ictère *hémolytique acquis* (Widal, Brulé, Abrami), soit de l'ictère *hémolysinique* (Chauffard et Troisier), types cliniques sur lesquels on a déjà insisté dans ces questions d'internat (voir *Gaz. des hôp.*, p. 101, 1911). Il existe des types de transition entre ces ictères et ceux que nous allons maintenant étudier, ce sont les variétés de *cholémie*, d'*angiocholite anictérique*, etc.

D. CIRRHOSES BILIAIRES. — Lorsque, en même temps que l'ictère et la splénomégalie, on constate une *hypertrophie hépatique* très accentuée, si le foie est gros, dur, douloureux, s'il existe dans les antécédents du malade, soit des *coliques hépatiques*, soit des poussées d'*angiocholites*, l'on se trouve alors incontestablement en présence d'une variété de CIRRHOSE BILIAIRE. Au cours de la *maladie de Hanot*, l'hypertrophie splénique est en effet constante, elle est même quelquefois monstrueuse, surtout chez l'enfant : c'est la variété *hyper-splénomégalique* (Gilbert et Fournier); dans certains cas l'hypertrophie splénique a pu précéder, d'assez longtemps, l'hypertrophie hépatique, c'est la variété de cirrhose *méta-splénomégalique* de Chauffard.

E. MALADIES CHRONIQUES. — Enfin, s'il n'y a pas ictère, ou, s'il existe seulement du subictère, une teinte spéciale, terreuse des téguments, si l'hypertrophie splénique et hépatique sont tous les deux assez accusées, il faudra passer en revue les infections chroniques qui si souvent sont à l'origine du syndrome hépato-splénomégalie, à savoir, le *paludisme*, la *syphilis*, la *tuberculose*, la *dégénérescence amyloïde*, enfin les affections sanguines, les *leucémies*.

Le *paludisme*, tant au cours de ses manifestations aiguës que chroniques, détermine une splénomégalie toujours très accentuée : la rate est énorme, lisse, aplatie en forme de galette, douloureuse; le diagnostic se fonde sur les anamnestiques, la présence d'accès fébriles au cours desquels on peut déceler dans le sang la présence de l'hématozoaire, les heureux effets de la quinine, la *cachexie* spéciale. Signalons aussi les relations qui unissent le paludisme et la leucémie myéloïde, et éliminons, sans y insister, certaines splénomégalies observées au cours d'affections tropicales, la *verruga*, le *kala-azar*.

La *syphilis*, surtout la *syphilis héréditaire*, détermine d'une manière si constante la splénomégalie chez l'enfant que, d'après M. Marfan, toute splénomégalie infantile doit faire penser à la spécificité, et faire tenter le traitement spécifique; il pourra s'agir, ou bien d'une splénomégalie isolée, ou bien de la *forme spléno-hépatique* (Chauffard) observée chez le nourrisson, avec ventre ballonné, hypertrophie rapide de la rate et du foie.

La *syphilis acquise* provoque souvent une légère hypertrophie splénique dès le début des accidents; elle réalise également l'hypertrophie spléno-hépatique, par *syphilis hépatique*, qu'il s'agisse du *foie ficelé*, typique, ou des variétés simulant, soit la maladie de Hanot, soit un ictère chronique splénomégalique; rappelons que MM. Ménétrier, Léon Bernard, ont décrit *un foie syphilitique hypersplénomégalique* et MM. Caussade et Milhit, une forme à la fois hypersplénomégalique et métasplénomégalique de la *syphilis hépatique*.

La *tuberculose* réalise l'hypertrophie splénique, soit par *tuberculose isolée de la rate* (diagnostic très difficile, hypertrophie énorme, verticale, irrégulière, douloureuse et fébrile, avec leucocytose et éosinophilie), soit par *cirrhose hépatique d'origine tuberculeuse*, s'accompagnant d'hypertrophie splénique.

Enfin la *dégénérescence amyloïde* peut être la cause de l'hypertrophie splénique et hépatique : on recherchera l'existence d'une suppuration antérieure, de tuberculose, de syphilis, ainsi que les stigmates de dégénérescence amyloïde d'autres organes (rein, intestin). *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 81, p. 1238, et n° 84, p. 1274.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique usuelle du médecin praticien, par le professeur Albert ROBIN, de l'Académie de médecine. Deuxième série. In-8° de 530 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

Consultations et Formulaire de thérapeutique médicale (cœur, vaisseaux, reins), par le docteur G.-E. PAPILLON, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant de l'hôpital Lariboisière. In-18 relié de 408 pages. Année 1911. — Prix : 5 francs; net, 4 fr. 50; broché, 4 francs. — Paris, Direction, 9, rue d'Assas, et Maloine.

La Neurasthénie rurale. Fréquence, causes sociales et individuelles. Etudes psychologiques et cliniques de la neurasthénie chez le paysan contemporain, par le docteur Raymond BELBÈZE. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1911, par le docteur V. GARDETTE; préface par le docteur A. MANQUAT. In-18 de 300 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Nous rappelons que l'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 16 octobre 1911, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externe; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième année.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Ponsot, hôpitaux de la division d'Oran (Maroc); Garret, hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (Casablanca); Renard, hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Dumoulin, compagnie saharienne du Tidikelt; Vielle, 24e d'art., maintenu; Horhus, hôpitaux de la division d'Oran.

— Sont inscrits d'office au tableau d'avancement pour services exceptionnels rendus au Maroc :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. Delmas, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran (Casablanca); le médecin aide-major de première classe Bailly, 1er étranger (Casablanca).

MARINE. — M. le médecin en chef de deuxième classe Arène, du port de Toulon, est désigné pour prendre immédiatement les fonctions de médecin-major de l'ambulance de l'arsenal de Toulon.

M. le médecin principal de Gouyon de Pontouraude, du port de Rochefort, est désigné pour aller servir à l'établissement de Guérigny.

M. le médecin principal Seguin, du port de Rochefort, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du premier dépôt des équipages de la flotte à Cherbourg (emploi vacant).

M. le médecin de première classe Pernet, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du quatrième dépôt des équipages de la flotte à Rochefort (emploi vacant).

MM. les médecins de première classe Castaing et Ruban, du port de Toulon, sont désignés pour aller servir en sous-ordre au troisième dépôt des équipages de la flotte à Lorient (emplois vacants).

M. le médecin de première classe Cassien, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de la flotte des sous-marins de Cherbourg (emploi vacant).

M. le médecin de première classe Lesson, du port de Lorient, est désigné pour prendre immédiatement les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Lorient (emploi vacant).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de deuxième classe Perrin, des hôpitaux de la division d'Oran (Casablanca); M. le médecin aide-major de première classe Bailly, du 1er étranger (Casablanca).

L'HOPITAL DE LA PITIÉ. — Depuis ce matin, le vieil hôpital est complètement abandonné. Sur la porte maintenant fermée on a collé une affiche manuscrite ainsi conçue : « L'hôpital est définitivement évacué à partir de ce jour. S'adresser désormais au n° 83 du boulevard de l'Hôpital. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trentième semaine, 1159 décès au lieu de 925 pendant la semaine précédente et au lieu de 800, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 35, au lieu de 48 pendant la semaine précédente (moyenne 29).

La rougeole a causé 33 décès, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (la moyenne est 11); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 256 (au lieu de 349 précédemment et au lieu de la moyenne 274).

La diarrhée infantile a causé 140 décès de 0 à 1 an, au lieu de 74 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 135 décès, au lieu de 85 pendant la semaine précédente, et au lieu de 91, moyenne ordinaire de la saison.

La méningite simple a causé 33 décès (moyenne 17).

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

L'AMNÉSIE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. R. BENON,
Médecin adjoint des quartiers d'hospice (Saint-Jacques, Nantes).

Cette étude de l'amnésie dans la paralysie générale, simplement clinique, comprend deux parties : l'une descriptive, l'autre diagnostique (1).

I

Description. — L'amnésie dans la paralysie générale présente d'abord des *caractères fondamentaux* (2). De plus, elle revêt des aspects plus ou moins différents suivant les *périodes*, les *formes* et l'*évolution* de la maladie.

L'amnésie est un signe précoce de la paralysie générale; c'est probablement un des premiers symptômes psychiques. Elle est maintes fois assez peu marquée, du moins au début de l'affection, et malgré ce léger déficit mental, qui se manifeste par intervalles dans les paroles ou les actes du sujet, celui-ci continue assez longtemps l'exercice quotidien de sa profession. Il vient à l'asile des paralytiques, travailleurs manuels il est vrai, qui, avec ces troubles de la mémoire, ont accompli leur métier durant des mois, sinon des années. Dans certaines familles peu observatrices, et toujours au début de la maladie, l'amnésie passe fréquemment inaperçue.

I. Caractères fondamentaux de l'amnésie paralytique. — Tout d'abord, l'amnésie paralytique offre une marche *antérograde*, c'est-à-dire que, *à partir du début de l'affection*, qui est lent ou bruyant, le sujet commet, dans la vie journalière, certains oublis, certaines erreurs qu'il ne faisait pas auparavant; ce sont des faits, sinon des idées, acquis récemment, qu'il est incapable de conserver ou d'évoquer comme représentations actuelles; ce sont des actions à accomplir qu'il omet d'exécuter ou qui ne lui reviennent que tardivement dans l'esprit. La répétition et la fréquence de ces troubles montrent rapidement leur origine pathologique.

L'amnésie paralytique devient bientôt *rétrograde* et s'étend sur les acquisitions antérieures au début de la maladie : faits plus ou moins éloignés, notions scolaires, etc. L'amnésie est alors rétro-antérograde.

Cette amnésie rétro-antérograde n'est généralement *pas* une amnésie *localisée* par rapport à la vie du sujet : c'est une amnésie *diffuse*. Nous connaissons cependant une observation d'amnésie rétro-antérograde localisée chez un paralytique général (3). Ce qui, pour nous personnellement, nous semble intéressant dans ce fait, c'est que cette amnésie localisée est liée à un ictus apoplectique; or on trouve dans les auteurs d'autres cas analogues (1), et, à notre avis, ces troubles de la mémoire doivent être rapprochés des amnésies post-traumatiques, si souvent localisées dans le temps et par rapport à la vie du sujet. Cette forme d'amnésie, qui paraît dépendre de l'ictus et non de la paralysie générale, est une rareté dans cette maladie, si on la compare à l'amnésie diffuse, sans limites précises, qui, elle, est d'observation courante.

Au point de vue quantitatif, l'amnésie paralytique est une *amnésie très étendue par rapport à la variété des éléments mnésiques altérés* : on pourrait dire que c'est une amnésie globale ou générale. Elle atteint en bloc, semble-t-il, tous les souvenirs, toutes les représentations, toutes les idées, sans, pour cela, être une amnésie profonde, complète ou totale. Les événements, les souvenirs qui ont trait à la personne même du malade, à sa famille, à sa profession, à ses biens, les faits et les choses enfin d'ordre social, ne sont plus remémorés par lui avec la même vivacité et n'ont plus la même précision dans son esprit; de même les notions acquises dans les milieux scolaires, notions scientifiques, notions littéraires, etc., ne sont plus reproduites avec facilité, ou sont entachées d'erreurs.

Cette altération générale des éléments mnésiques joue vraisemblablement un rôle dans l'oubli des convenances, dans l'oubli des conventions sociales, qui sont si fréquents chez les paralytiques généraux, même au début; leur manque de politesse, de délicatesse, de tenue, de décorum, de dignité, etc., paraît en effet tenir en partie à la difficulté d'évocation de certains souvenirs.

Ces troubles de la mémoire, avec la diminution du jugement et l'état d'indifférence émotionnelle qui les accompagnent, contribuent à expliquer les actes absurdes, bizarres, antisociaux, commis par les malades. Ainsi par exemple un jeune marié, qui rencontre un ami, abandonne sa femme sans se soucier de ce qu'elle va dire ou faire ; un commis épicier déclare aux clients que les produits de son patron sont avariés ; un individu prend des livres à un étalage et les distribue aux passants; un autre avise un tonneau de vin à la porte d'un marchand et, pour l'emmener, il se fait aider par deux agents ; un concierge dépense le terme de son propriétaire en achat de vieux tableaux et d'objets de quincaillerie (2), etc.

Si l'amnésie, dans la paralysie générale, apparaît comme globale, c'est-à-dire que, si dès le début, elle porte sur les différentes variétés de représentations, de souvenirs, d'idées, *cela ne signifie pas que, d'emblée, elle soit profonde, totale.* De nombreux paralytiques généraux sont capables de rappeler, assez exactement et longtemps, certains faits plus

(1) Ce travail est extrait pour la plus grande part de notre Mémoire sur « les amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau ». Ce mémoire, couronné par la Société médico-psychologique et l'Académie de médecine (1908), n'a pas été publié.

(2) V. R. Benon. Les amnésies, étude clinique. *Gaz. des hôp.*, 1908, p. 795.

(3) P. Roy et R. Dupouy. Amnésie localisée rétro-antérograde, ayant débuté par un ictus, chez un paralytique général. *Rev. neurol.*, 1905, no 11.

(1) Beattie, cité par Jules Falret. Art. Amnésie du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, p. 728; Brown-Séquard, cité par Ribot. *Maladies de la mémoire*, 18e édit., p. 73.

(2) Faits relatés par Raymond et Sérieux. *Traité de médecine et de thérapeutique* (Brouardel et Gilbert), 1re édit., t. IX. p. 100.

ou moins éloignés de leur existence et quelquefois même certains faits acquis depuis leur maladie (persistance partielle de la mémoire d'acquisition).

Au point de vue qualitatif général, l'amnésie paralytique est à la fois une amnésie de localisation, de reproduction et de fixation. Très souvent, les sensations, les faits, ne sont même pas conservés dans le cerveau (amnésie de fixation (1), troubles de la mémoire immédiate); d'autre part, s'ils sont conservés, ils ne peuvent être reproduits, ou alors ils le sont trop tard pour donner naissance à l'acte qu'ils devaient déterminer; enfin, s'ils sont évoqués, le sujet ne parvient pas à les situer dans le temps ni dans l'espace. Ces qualités générales de la fonction mémoire sont altérés pour les faits actuels, récents et lointains. Ajoutons que ces troubles mnésiques sont communs à de nombreux états morbides.

Existe-t-il des altérations des qualités spéciales de la mémoire (mémoire visuelle, auditive, etc.)? Nous n'en connaissons pas d'exemple.

De même on ne peut considérer comme relevant des amnésies systématisées les cas où l'amnésie est d'ordre professionnel (amnésie professionnelle), ainsi que les cas où elle porte plus particulièrement sur les acquisitions scolaires (tests divers : perte de la mémoire du calcul (2), de l'écriture, de la lecture, etc.). Ce sont là plutôt des troubles d'ordre général, et la spécialisation de ces symptômes ne vaut guère pour l'observateur que comme avertissement, encore qu'elle peut être cause d'erreur.

Mais ce qui frappe avant tout chez le dément paralytique, c'est qu'il *ne s'affecte en aucune manière de son amnésie*. Il peut reconnaître qu'il a des troubles de la mémoire, mais c'est moins souvent lui qui les constate que son entourage; du reste, il ne s'en inquiète pas et il ne cherche guère à éviter de commettre des oublis ou des erreurs. Si par moments, il *parait* s'affecter de ses absences, en fait, il n'y pense bientôt plus. *Cette indifférence vis-à-vis de l'amnésie* est un signe important de la paralysie générale.

Par rapport à l'évolution et à la durée de l'affection, l'*amnésie paralytique* est *définitive* et *progressive*. Au point de vue pathogénique, c'est une amnésie surtout *organique* ou destructive.

II. L'amnésie suivant les périodes de la maladie. — a. *Période de début.* — L'amnésie est au nombre des premiers troubles psychiques qui annoncent la méningo-encéphalite paralytique. Elle porte sur les faits récents et plus particulièrement sur les faits qui touchent à la profession du malade ; quotidiennement, il oublie des ordres, des commissions, des rendez-vous, etc. (amnésie antérograde de fixation ou d'évocation). D'autre part, il commet des erreurs, des fautes dans son travail; celles-ci sont d'autant plus manifestes que le sujet exerce une profession où le calcul, l'écriture, la lecture, etc., jouent un rôle plus important (amnésie rétrograde de fixation et surtout de reproduction). Il est probable que ces troubles de la mémoire sont liés en partie à la diminution de l'attention et à l'indifférence émotionnelle.

Il est à remarquer que, même à cette période initiale de la maladie, le sujet ne s'aperçoit pas en général spontanément de la diminution de sa mémoire; c'est son entourage qui la remarque; en tout cas, s'il constate lui-même ce trouble, il ne s'en émeut pas; si on le lui fait constater, il reconnaît qu'il perd la mémoire, répète « on dit que je perds la mémoire », mais jamais il ne s'en affecte, jamais il ne montre ni inquiétude, ni tristesse, il en rit plutôt. Et si parfois, lorsqu'on insiste, il *paraît* attacher quelque importance à ce fait, il n'y songe plus, dès qu'il est abandonné à lui-même.

Enfin, lorsqu'on demande à un paralytique au début, de renseigner sur un fait précis, un peu complexe, de son existence, fait qui a trait par exemple à sa famille ou à sa profession, on observe qu'il répond sans réfléchir, sans hésiter, tout de suite, n'importe quoi. Il n'est embarrassé par aucune question. Si l'on revient à nouveau sur le sujet, il arrive qu'il essaie de se corriger, mais il ne fait pas volontiers un effort d'évocation, et de plus, l'effort qu'il tente est peu prolongé. Souvent même, au bout d'un certain temps, il ne sait plus ce qu'on lui a demandé. Sa mémoire immédiate est très médiocre, et cela surtout en raison de son indifférence générale pour tout ce qui ne le touche pas immédiatement, c'est-à dire dans le moment même, car il vit avant tout dans le présent.

Ictus amnésiques et confusionnels (1). Quelquefois la première période de la paralysie générale est marquée par des ictus amnésiques et confusionnels. Ce sont des états morbides qui se développent rapidement, sinon brusquement, offrent une courte durée, quelques heures ou quelques jours, et sont caractérisés psychopathologiquement par la prédominance et l'intensité des troubles amnésiques et confusionnels. Ils éclatent sans prodromes ou à la suite d'un étourdissement ou d'un ictus léger. Ainsi, un malade se trouvait dans la rue avec sa femme; il venait de faire des achats dans un magasin. Tout à coup, après une peur, paraît-il (?), sa femme le trouve bizarre ; il est comme égaré, il ne sait plus où il est, il ne reconnaît plus le boulevard, etc. Il revint à lui dix minutes après. Il avait eu déjà deux attaques semblables. — Un autre présente des troubles analogues au cours de son travail ; il était sur une voiture, occupé à un chargement; peu à peu on le

(1) Fischer. Sur les troubles généraux très marqués de la mémoire d'acquisition au début de la paralysie générale. *Münch. med. Woch.*, 1904.

(2) Cornillot. *De la perte de la mémoire du calcul, comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux.* Th. de Paris, 1904.

W. Ireland soutient que la mémoire n'est pas la première des facultés mentales qui soit atteinte. Voir de cet auteur : « De la faculté arithmétique et des lésions qu'elle subit dans l'imbécillité et la folie ». *The journ. of ment. sc.*, juillet 1891 ; *Arch. de neurol.*, 1893, XXVI, p. 328.

(1) R. Benon. Les ictus amnésiques dans la paralysie générale. *Gaz. des hôp.*, 1908, p. 1335. Pour les deux faits cités, voir obs. I et III.

voit changer; pourtant, il continue son travail, mais machinalement; la voiture chargée, il reste dessus, ne descend pas, et cela encore, malgré la pluie qui s'était mise à tomber; on l'appelle plusieurs fois; il finit par descendre. C'était l'heure du déjeuner; au lieu de s'en aller chez lui, il retourne à l'atelier comme pour continuer à travailler. On lui explique qu'il doit sortir pour prendre son repas; il répond « oui, oui », machinalement; on le secoue un peu, même état. Enfin il s'éloigne pour se rendre chez lui; il était midi. Il n'y arriva que vers quatre heures. A ce moment, il ne divaguait pas, répondait aux questions qu'on lui posait, mais il ne put dire ce qu'il avait eu, ni où il était allé, ni ce qu'il avait fait jusqu'à quatre heures; sa femme apprit qu'il avait erré au hasard.

Ces accidents amnésiques et confusionnels, légers et bénins dans les cas que nous venons de citer, peuvent se prolonger, surtout à la suite d'attaque apoplectique avec ou sans convulsions, et constituer des *épisodes aigus ou subaigus* amnésiques et confusionnels qui durent plusieurs semaines sinon plusieurs mois.

b. *Période d'état*. — A la période d'état, l'amnésie paralytique, essentiellement progressive par elle-même, s'accroît considérablement: rétro-antérograde de conservation et de reproduction, diffuse, globale, elle a beaucoup augmenté en profondeur.

Si le malade n'ignore en général ni son nom, ni ses prénoms, ni sa profession, il complète souvent difficilement son état civil : il ne peut décliner son âge exact, ni le nom et les prénoms de sa femme et de ses enfants ; il se trompe sur son domicile, etc.

Son orientation dans le temps et dans l'espace est des plus défectueuses.

Pour le temps, il ignore l'année actuelle, la saison, le mois, la date, le jour, l'heure de ce jour. Il ne peut dire depuis quand il est malade, ni préciser, lorsqu'il est interné, le moment de son entrée dans la maison de santé. Interrogé sur les dates relatives à son mariage, à la naissance de ses enfants, à son arrivée en quelque grande ville, il ne peut rien dire exactement ni avec certitude. En général, il réussit encore à fournir l'année de sa naissance, avec la date et le mois; mais ce chiffre ne lui est d'aucun secours pour essayer de jalonner son existence.

Désorienté dans l'espace, il ne sait souvent pas où il est au moment où on l'examine; il ne se rappelle plus au juste où il habitait, ni où il travaillait. Maintes fois, il se perd dans la rue, ou même dans la maison. Il parvient rarement à bien préciser l'endroit où il s'est marié, ou bien le lieu où s'est déroulé tout autre événement important de sa vie. Généralement, il a conservé encore le souvenir de son lieu de naissance.

D'autre part, il ne peut fournir que des renseignements vagues sur sa famille, sur son père, sa mère, ses frères ou sœurs, sa femme, ses enfants. Il est possible qu'il exprime parfois à cette occasion un fait exact, mais il ne peut le détailler, le développer, et il passe à un autre sujet complètement distinct, sans se préoccuper des questions pressantes qu'on lui avait adressées : c'est ainsi que son manque de suite dans les idées et son indifférence émotionnelle s'accusent profondément.

On remarque encore, lorsqu'on le prie de rappeler un événement précis, qu'il n'est pas embarrassé et qu'il répond toujours très vite et n'importe quoi. Si on insiste, quelquefois il essaie de trouver, mais il ne s'attache pas à la question. Bientôt il ne sait même plus ce qu'on lui a demandé.

Il est aisé de faire des constatations semblables à l'aide de questions posées au malade sur sa profession, sur sa fortune, etc. Il a oublié les détails, les finesses de son métier; il ignore les biens qu'il possède; il n'évoque plus spontanément les choses qui le passionnaient autrefois dans la société, etc. Du reste, de tout cela, il parle sans animation, sans émotion. Si parfois il paraît s'affecter, ce sentiment est peu durable; quelques instants après, il rit niaisement.

A cette période, les acquisitions scolaires ont disparu en grande partie. Les erreurs dans les calculs simples sont constantes; les fautes dans l'écriture, oublis de mots, de syllabes, de lettres, sont multiples. La mémoire immédiate des nombres, des phrases, est presque complètement abolie. La lecture par exemple d'un fait divers dans un journal, en dehors des achoppements et des oublis de mots qu'elle révèle, ne laisse guère de souvenirs dans la mémoire, etc.

Cet état amnésique grave, qui porte en masse et profondément sur tous les souvenirs et représentations, entraîne, du côté de l'activité du malade, des attitudes, des réactions morbides multiples : négligence complète des convenances sociales, absence de toute retenue, laisser-aller de la toilette et du langage, etc.

L'amnésie de la période d'état de la paralysie générale est donc avant tout une amnésie rétro-antérograde de conservation et de reproduction, diffuse, globale, profonde. A ce moment le malade n'a plus que les souvenirs et représentations qui touchent au présent, à sa vie actuelle; s'il arrive à satisfaire, à peu près seul, mais non toujours, ses besoins les plus immédiats, il n'a plus de pensée pour le passé ni pour l'avenir, et cela explique son inaffectivité, puisqu'il n'a plus matière à tristesse ni à inquiétude.

c. *Période terminale*. — A la période finale, l'amnésie est devenue très profonde. Le paralytique n'a presque plus aucune notion du temps, des lieux, des choses, des objets, des individus. Il a oublié même l'année de sa naissance, le lieu où il est né. Il ne ne peut manger ni se coucher seul; il gâte. Les faits récents et passés ont disparu de sa mémoire. C'est à peine s'il reconnaît ses parents, sa femme, ses enfants. Il est réduit à la vie végétative, automatique, sans idées, sans émotions.

III. Amnésie et formes de la paralysie générale. — Dans la forme dite « dépressive » avec idées mélancoliques ou hypocondriaques — forme qui

serait à réétudier au point de vue asthénique (1) — la constatation du déficit intellectuel, et notamment de l'amnésie, a une grosse importance pour le diagnostic. Les idées délirantes cachent d'autant mieux l'amnésie qu'elles sont plus actives.

On remarquera cependant que le malade a de l'amnésie rétro-antérograde de fixation et de reproduction, c'est-à-dire qu'il a oublié les faits récents et passés, qu'il est désorienté dans le temps et dans l'espace. De plus, il commet des erreurs grossières dans le calcul, l'écriture, etc. Enfin, souvent, il ne songe plus à ses idées délirantes de la veille. Ces idées apparaissent nettement comme absurdes, mobiles et contradictoires.

Dans la forme dite « expansive », que l'excitation apparaisse dès le début ou au cours de la période d'état, l'amnésie rétro-antérograde, diffuse, globale, est encore appréciable. D'autre part, les nombreux actes accomplis par le malade, en raison de son agitation, permettent, par leur incohérence et leur extravagance, de reconnaître assez aisément la méningo-encéphalite paralytique.

Dans les formes avec attaques apoplectiques ou épileptiques, l'amnésie est difficile à analyser par suite de l'état de confusion, d'obnubilation, d'obtusion, ou enfin d'anidéation, qui suit toujours les crises. Mais ces phénomènes se dissipent assez vite d'ordinaire, et l'amnésie paralytique se fait jour, diffuse, globale, plus ou moins profonde, progressive, etc.

La forme dite « congestive » de la paralysie générale, en partie pour les mêmes raisons que les formes avec attaques, prête à des difficultés assez grandes d'appréciation de l'état amnésique. Chaque poussée congestive engendre de la confusion, de l'obtusion, etc., qui voile l'amnésie et qui souvent rend le diagnostic impossible pendant plusieurs semaines.

La forme dite paralytique s'accompagne, elle aussi, des troubles amnésiques habituels de la para lysie générale.

Dans la paralysie générale tabétiforme, c'est-à dire avec abolition des réflexes, douleurs fulgurantes, ataxie, signe de Romberg, etc., l'analyse de l'état mental et particulièrement des phénomènes amnésiques offre un gros intérêt; en effet, il existe dans certains cas de tabes des troubles psychiques différents de ceux qu'on observe habituellement dans la démence paralytique, et qui par suite ne comportent pas la même gravité au point de vue pronostic.

La forme aiguë ou galopante de la paralysie générale s'accompagne de phénomènes amnésiques; mais l'évolution rapide de l'affection, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, très marqué dès le début, ne permettent pas d'étudier aisément les caractères de l'amnésie.

Chez la femme, la paralysie générale revêt le plus souvent la forme démentielle simple; les troubles de la mémoire sont très accentués, ils présentent nettement les caractères généraux sur lesquels nous avons insisté.

Lorsque l'alcoolisme chronique, du fait de ses accidents cérébraux aigus ou subaigus, complique la démence paralytique, l'amnésie se trouve masquée par l'état confusionnel, délirant, hallucinatoire, etc., et maintes fois le diagnostic de l'affection organique n'est possible qu'après la cessation des accidents alcooliques.

L'aphasie qui, chez quelques sujets, domine le tableau clinique, empêche alors de se rendre compte de leur amnésie. Mais, ordinairement, leurs attitudes, leurs actes, etc., qui résultent de leur état intellectuel général, permettent à l'observateur de reconnaître la variété démentielle en présence de laquelle il se trouve.

IV. Amnésie et rémissions de la paralysie générale. — Dans les rémissions de la paralysie générale, il y a amélioration de l'état physique ou de l'état mental, ou des deux à la fois; l'amélioration de l'état somatique paraît plus fréquente et plus effective que l'amélioration de l'état intellectuel.

Au point de vue mental — le seul qui nous intéresse ici — les troubles de la mémoire, en cas de rémission, s'amendent considérablement.

Le malade est relativement très bien orienté dans le temps et dans l'espace; il évoque facilement tout ce qui a trait à sa famille, à sa profession; il commet peu d'erreurs sur les dates et les lieux; il peut même préciser les détails de certains événements personnels, etc. D'un autre côté, on observe communément que presque tous les faits qui ont trait à sa maladie, tous les incidents qui l'ont marquée sont oubliés ou reproduits difficilement et sans vivacité.

Mais si, dans la rémission, le malade a des souvenirs nets, s'il est capable de reproduire la plupart des faits de son existence, on constate que parfois encore il commet des oublis, des erreurs, et cela sans plus s'émouvoir qu'à sa période d'état; « ces oublis, dit-il, ça n'a pas d'importance »; s'il paraît être affecté, ce n'est que pour un instant. Enfin, si autrefois, avant ou pendant sa maladie, il a commis des actes indélicats, grossiers ou délictueux, on remarque qu'il les évoque avec indifférence, les explique niaisement, ou parfois les nie énergiquement.

En fait, l'état psychique paralytique fondamental persiste durant les rémissions, avec ses troubles du jugement et de l'émotivité, et il semble bien qu'il n'y ait pas de rémissions mentales complètes dans la paralysie générale.

II

Diagnostic. — Les troubles amnésiques chez les déments paralytiques doivent être distingués d'autres troubles psychiques qui peuvent exister chez ces mêmes malades, tels que la confusion mentale, l'anidéation, la débilité intellectuelle, etc. Quand ces phénomènes morbides se trouvent réunis, il en résulte des états psycho-pathologiques complexes qui rendent très difficile le diagnostic.

(1) V. J. Tastevin. L'asthénie postdouloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). *Ann. méd.-psych.*, 1911, t. I et II; et R. Benon. Les dysthénies périodiques (psychose périodique ou maniaque dépressive). *Rev. neurol.*, 1911, t. I.

Mais ici nous voulons surtout insister sur les caractères différentiels des troubles amnésiques dans la démence paralytique et dans la démence avec lésions circonscrites (démence « organique » des auteurs).

L'amnésie dans la paralysie générale et l'amnésie dans la démence avec lésions circonscrites (syphilitiques par exemple). Diagnostic.

Avant de voir quels sont les caractères qui séparent l'amnésie dans la paralysie générale de l'amnésie dans la démence avec lésions circonscrites, il importe de rappeler leurs caractères communs.

L'amnésie des paralytiques comme l'amnésie des circonscrits est une amnésie rétro-antérograde, diffuse, plus ou moins profonde, qui porte sur la localisation, la reproduction et la fixation des souvenirs; elle est progressive dans son évolution, ordinairement définitive dans sa durée.

Comment alors différencier l'amnésie de la démence paralytique de l'amnésie de la démence avec lésions circonscrites?

D'ordinaire le paralytique général ne s'aperçoit pas de ses troubles amnésiques; lorsque son entourage les lui fait constater, il reconnaît qu'il commet des erreurs, des fautes; il répète même au médecin: « Je perds la mémoire »; mais à aucun moment il ne s'en inquiète; il arrive même qu'il en rit. Si, exceptionnellement, il s'en affecte, ou mieux s'il paraît s'en affecter, il n'y attache que transitoirement et accessoirement quelque importance, et il a très vite oublié ce sujet de préoccupation.

L'amnésie du paralytique porte d'abord sur les événements actuels, et c'est surtout dans l'exercice du métier du malade que le trouble est apparent; sa capacité professionnelle s'en trouve bientôt fortement diminuée. Puis par suite de la marche de l'affection, l'amnésie s'étend au passé. Le malade ne s'émeut toujours pas de ces troubles; il les nie ou les accepte, souvent le sourire sur les lèvres.

Lorsqu'on lui demande de préciser un fait important de son existence, de sa profession (mariage, deuil, voyage, accident, gain, etc.), on remarque qu'il répond tout de suite, souvent, à tort et à travers, mais il n'est jamais embarrassé; il répond n'importe quoi, au hasard; quelquefois il dit, d'un air détaché: « Je ne sais pas ». Pourquoi donc s'intéresserait-il à un fait passé, éloigné, lui qui vit avant tout dans le présent, dans le moment même?

Assez fréquemment encore, il oublie ce qu'on lui demande. Si on lui répète la question et si on insiste pour avoir une réponse exacte, il essaie plus ou moins de trouver, mais en fait il ne s'attache pas volontiers et pas longtemps à la demande : son indifférence est beaucoup trop intense pour qu'il réfléchisse ou s'émeuve dans un tel but.

D'une manière générale, il est assez exceptionnel que, spontanément, il rappelle les faits passés avec précision et vivacité, et qu'il les localise bien exactement; ses évocations restent vagues, ternes, obscures.

L'amnésie dans la paralysie générale, qui atteint une variété considérable d'éléments mnésiques, pourrait par suite être qualifiée de globale par opposition à l'amnésie de la démence avec lésions circonscrites qui, elle, est plutôt lacunaire.

Le dément organique, de même que le paralytique, ne s'aperçoit pas *spontanément* de ses troubles de la mémoire. Le fait se produit cependant dans certains cas, et il a une grosse valeur clinique, car cela nous paraît bien être une rareté dans la paralysie générale. De plus, le circonscrit s'affecte de ses troubles amnésiques; il s'énerve ou s'inquiète de se tromper sans cesse ou de ne pouvoir évoquer ses souvenirs. Il écrit volontiers sur un carnet, pour ne pas oublier, soit que cette idée lui vienne spontanément à l'esprit, soit qu'il suive un conseil de son entourage; il est à noter que le paralytique ne consent guère à écrire pour éviter de commettre des oublis. Il arrive sans doute que l'un et l'autre omettent de consulter leur carnet de notes, mais, à ce sujet encore, l'absence de réactions émotionnelles chez le paralytique, la présence de ces réactions chez le circonscrit, sont des signes intéressants à relever.

Le dément organique évoque assez bien le passé qui l'émeut, surtout les souvenirs de famille; le paralytique est indifférent à ces souvenirs, en même temps qu'il est euphorique. Si « l'organique » ne peut rappeler le fait qu'on lui demande de préciser, il dit souvent: « Je n'ai plus de mémoire... je ne sais plus... »; et, d'après son regard, ses attitudes, ses gestes, on se rend compte que cette constatation que formule le sujet l'affecte réellement. Si on insiste près de lui pour obtenir le renseignement désiré, on voit qu'il cherche, répond avec lenteur, hésite, réfléchit, se corrige, compte sur ses doigts, redresse des erreurs, « jalonne » son existence, etc. En un mot, il s'attache à la question posée; il ne l'oublie pas comme le paralytique; et, fait particulier, il y répond quelquefois tardivement, malgré d'autres questions qu'on lui a adressées d'une manière hâtive. Avec « l'organique » il importe de ne pas se presser et de ne pas le presser lui-même. S'il est parfois nécessaire de réveiller en quelque sorte le patient en élevant la voix pour qu'il comprenne bien ce qu'on lui demande, il faut aussi *savoir attendre* sa réponse.

On constate encore que, lorsque « l'organique » exprime un souvenir précis, il manifeste un certain contentement, une certaine satisfaction. Ces souvenirs précis surviennent parfois brusquement dans la mémoire du sujet, quand il est bien reposé, plutôt le matin que le soir, semble-t-il. C'est pour ces raisons sans doute qu'on a dit que ces malades avaient des « lueurs », des « éclairs », qui font défaut chez les paralytiques.

Enfin l'amnésie des circonscrits est souvent appelée amnésie lacunaire ou partielle; elle s'oppose à l'amnésie paralytique, qui est dite globale.

Ainsi on voit que l'amnésie dans la paralysie générale, sinon par ses caractères propres, du moins par les troubles du jugement et de l'émotivité qui l'accompagnent, diffère de l'amnésie dans la démence avec lésions circonscrites.

III

En résumé l'amnésie de la démence paralytique est d'abord rétro-antérograde dans sa marche et diffuse ou non localisée par rapport à la vie du sujet.

Quantitativement, elle est plus ou moins profonde et elle peut être dite globale, si on envisage la grande variété des éléments mnésiques généralement altérés.

Au point de vue qualitatif, c'est une amnésie à la fois de localisation, de reproduction et de fixation. Dès le début de la maladie, l'amnésie de conservation et l'amnésie de localisation sont souvent très apparentes.

Enfin, cette amnésie est progressive dans son évolution, définitive dans sa durée, et surtout organique ou destructive au point de vue pathogénique.

En fait, l'amnésie, dans la paralysie générale, qui est un signe permanent et de constatation facile, n'offre pas à proprement parler de caractères pathognomoniques. Sans doute elle porte sur les souvenirs les plus variés (amnésie globale et non lacunaire), mais c'est là un signe qui n'est pas toujours aisé à apprécier, et il appellerait de nouvelles recherches.

Si l'amnésie par elle-même ne paraît pas avoir, dans la démence paralytique, de caractères qui lui soient réellement propres, elle s'accompagne de *troubles du jugement et de l'émotivité* qui constituent un état psychique pathognomonique de la paralysie générale. Et c'est cet état mental *seul* qui permet, *dans les cas difficiles*, de faire le diagnostic différentiel entre la démence paralytique et les autres démences organiques (démence avec lésions circonscrites, démence syphilitique, démence alcoolique, démence saturnine, démence traumatique, etc.). *Si en effet l'état mental paralytique vrai n'existe pas sans les signes physiques habituels de cette maladie, ceux-ci peuvent être observés en dehors de la paralysie générale et sans paralysie générale, par exemple dans la démence syphilitique et peut-être dans la démence alcoolique, etc. Ce qui a donc le plus d'importance pour le diagnostic dans la démence paralytique, c'est l'état mental et non les signes physiques : ceux-ci ont une grosse valeur sans doute, mais, pour le diagnostic différentiel des états démentiels, ils en ont moins que l'état mental.*

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. Diagnostic de la paralysie générale, *Cong. des alién. et neur. de lang. franç.*, Toulouse 1897.

BALL et CHAMBARD (E.). Art. DÉMENCE, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1882, p. 559.

BALLET (Gilbert) et ROGUES DE FURSAC. Art. PARALYSIE GÉNÉRALE, in *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 1905, 2e édition, t. X.

BAYLE. *Recherches sur l'arachintis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chroniques, considérées comme causes de l'aliénation mentale*, Th. de Paris, 1822 ; — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau et de ses membranes : maladies mentales*, 1826.

BENON (R.). Les amnésies (étude clinique), *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 795 ; — Les ictus amnésiques dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 1335.

BIANCONE. Un cas de méningo-encéphalite syphilitique, *Ier Congrès ital. de neurol.*, Naples 1908 ; — *Riv. sperim. di frenat.*, 1909, t. XXXV, p. 437 ; — *Revue neurol.*, 1909, p. 1159, et 1910, t. II, p. 77.

BIERVLIET (VON J. J.). *La Mémoire*, O. Doin, 1902.

BOUDON. *L'Amnésie dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1886.

CALMEIL. Art. PARALYSIE GÉNÉRALE, in *Dict. de méd.* en trente volumes, 1841, t. XXIII.

CHARPENTIER. Lésions syphilitiques simulant une paralysie générale, *Ann. méd.-psychol.*, 1884, t. I, p. 99.

CHRISTIAN (J.). Syphilis cérébrale grave ; attaques épileptiformes ; démence ; destruction du nez et du voile du palais ; guérison rapide des accidents syphilitiques par l'iodure de potassium à hautes doses, *France méd.*, 1898, p. 513 ; — *Revue neurol.*, 1898, p. 845.

CHRISTIAN (J.) et RITTI (A.). Art. PARALYSIE GÉNÉRALE, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1885.

CORNILLOT. *De la perte de la mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux*, Th. de Paris, 17 mars 1904.

DELASIAUVE. Classification et diagnostic différentiel de la paralysie générale, *Ann. méd.-psych.*, 1851, p. 611 ; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1852 ; — *Ann. méd.-psych.*, 1858, p. 459-460 ; — De la paralysie générale et de ses variétés, *Journ. de méd. ment.*, 1861, t. I.

DROMARD et LEVASSORT. *L'Amnésie*, F. Alcan, 1907.

DUPRÉ (E.). Article sur les ENCÉPHALOPATHIES ORGANIQUES, in *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, 1903 ; — Revue policlinique sur les démences, *Bull. méd.*, 1907, p. 11 et 119 ; — Diagnostic différentiel entre la démence paralytique et les autres formes de démence acquise, *Ier Congrès intern. de psychiat., neurol., psychol. et d'assist. des aliénés*, Amsterdam 1907.

FALRET (Jules). *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*, Th. de Paris, 1853 ; — Art. AMNÉSIE, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1866 ; — *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Baillière, 1890.

FERÉ (Ch.). Art. PARALYSIE GÉNÉRALE, in *Traité de pathologie générale* de Bouchard, 1903, t. VI, p. 107.

FISCHER. Sur les troubles généraux très marqués de la mémoire d'acquisition au début de la paralysie générale, *Münch. med. Woch.*, 1904.

FOURNIER (A.). *La Syphilis du cerveau*, p. 277, Masson, 1879.

FOVILLE (père). Art. ALIÉNATION MENTALE (paralysie générale), in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1829, t. I.

FOVILLE (A.) [fils]. Art. DÉMENCE et PARALYSIE GÉNÉRALE, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1872 et 1878 ; — Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. Difficulté de distinguer la paralysie générale de certaines altérations syphilitiques du cerveau, *Ann. méd.-psychol.*, 1879, t. I, p. 353.

GARNIER. Les amnésies (séméiologie et médecine légale), *Bull. méd.*, 7 janv. 1905.

GAUPP (d'Heidelberg). Le pronostic de la paralysie générale, XXVIIIe Congrès des neur. et des al. du Sud-Ouest, *Arch. f. Psych.*, 1903, t. XXXVII, p. 644 ; — *Revue neurol.*, 1904, p. 306.

HURD (A. W.). Diagnostic différentiel des états paralytiques et pseudo-paralytiques, *The Amer. Journ. of insan.*, 1902, p. 419-430 ; — *Arch. de neurol.*, 1902, t. I, p. 221.

IRELAND (W.). De la faculté arithmétique et des atteintes qu'elle subit dans l'imbécillité et la folie, *The Journ. of ment. sc.*, juillet 1891 ; — *Arch. de neurol.*, 1893, t. XXVI, p. 328.

JANET (P.). Art. AMNÉSIE, in *Dict. de physiol.* de Ch. Richet, 1895, p. 431.
JOFFROY. Troubles du calcul chez les paralytiques généraux, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1906, p. 17.
JOFFROY et MIGNOT. *La Paralysie générale*, Doin, 1910.
KOLK (J. VAN DER). Le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la pseudo-paralysie générale alcoolique, *Soc. néerl. de méd.*, Leiden, janv. 1906; — *Revue neurol.*, 1907, p. 674.
LEGRAND DU SAULLE. Les maladies de la mémoire (troubles morbides multiples; conditions pathogéniques et étiologiques; valeur diagnostique et pronostique), *Gaz. des hôpit.*, 1884.
LOUYER-VILLERMAY. Essai sur les maladies de la mémoire, in *Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1817; — Art. MÉMOIRE, in *Dict. des sc. méd.*, 1819, t. XXXII, p. 305.
LYVOFF (S.). *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, Th. de Paris, 1890.
MAGNAN. *De l'Alcoolisme*. 1874; — *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, 2e série : La paralysie générale, p. 427.
MAGNAN et SÉRIEUX. *La Paralysie générale*, collect. Léauté.
MASSELON (R.). L'affaiblissement intellectuel dans la démence précoce, la paralysie générale et la démence sénile, *Année psychol.*, 1907, t. XIII.
MAXWELL. La paralysie générale au début devant la justice, *Congrès des alién. et des neurol.*, Grenoble 1902.
NASSE. Du diagnostic de la paralysie générale et de la pseudo-paralysie générale, *Irrenfreund*, 1870.
RAYMOND et SÉRIEUX. Art. PARALYSIE GÉNÉRALE, in *Traité de méd. et de thérap.* de Brouardel et Gilbert, 1902, p. 135.
RÉGIS (E.). Existence de tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale chez un alcoolique chronique, sans aucune lésion de paralysie générale à l'autopsie, *Ann. méd.-psych.*, 1881, t. VI, p. 236; — Un cas remarquable de pseudo-paralysie générale alcoolique, *L'Encéphale*, 1883, p. 91; — *Manuel de psychiatrie*, Doin, 1910.
RIBOT. *Les Maladies de la mémoire*, 1881.
ROUILLARD. *Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique*, Th. de Paris, 1885; — Les amnésies; valeur séméiologique, étiologie, classification, *Encéphale*, 1888; — Les amnésies, *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 509.
ROY (P.) et DUPOUY. Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général, *Revue neurol.*, 1905, p. 578.
SALMON (A.). Sur le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale. Description d'un cas intéressant de paralysie générale, *La Clinica mod.*, 1906, p. 403; — *Revue neurol.*, 1907, p. 70.
SCHÜLE. Syphilis cérébrale et démence paralytique, *Allg. Zeit. f. Psychiat.*, 1871, analysé par Hildenbrand, in *Ann. méd.-psych.*, 1873, t. I, p. 321.
SÉGLAS (J.). Art. SÉMIOLOGIE, in *Traité de pathol. ment.* de G. Ballet, p. 178, 188; — Méningo-encéphalite syphilitique, accidents épileptiques, amnésie rétro-antérograde sans confabulation ni délire, démence progressive, mort en état de mal épileptique, *Encéphale*, 1909, t. II, p. 331.
SNESSAREFF. Sur le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et l'artério-sclérose cérébrale, *Assemblée scient. des méd. de l'hôp. de N.-D. des Affligés à Saint-Pétersbourg*, séance du 8 déc. 1908; — *Revue neurol.*, 1909, t. II, p. 923.
SOLLIER. *Les Troubles de la mémoire*, 1892.
SOUTHARD (E. E.). Etude des erreurs dans le diagnostic de la paralysie générale, *Amer. med. assoc.*, *35th annual meeting*, New-York City, mai 1909; — *The Journ. of nerv. and ment. disease*, 1909, p. 545; — *Revue neurol.*, 1910, t. I, p. 512.
TRUELLE. Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples, lymphocytose positive, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1909, p. 180.
VIGOUROUX et CHARPENTIER (J.). Syphilis cérébrale et démence, *Ann. méd.-psychol.*, 1904, p. 243 (voir discussion Klippel).
VOISIN (Aug.). Art. AMNÉSIE, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 52; — *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.
WINCKEL (C.). Contribution clinique au diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale diffuse et de la démence paralytique avec une autopsie, *Arch. f. Psych.*, 1898, t. II; — *Revue neurol.*, 1898, p. 451.
WINSLOW (F.). *On the obscure diseases of the brain and disorders of the mind*, London 1861.

LIVRES NOUVEAUX

Techniques du diagnostic par la méthode de déviation du complément (1), par P.-F. ARMAND-DELILLE.

La méthode de Bordet et Gengou est entrée dans la pratique journalière des laboratoires, surtout depuis l'adaptation qu'en a fait Wassermann au diagnostic de la syphilis.

Un manuel de technique est donc indispensable à la plupart des médecins; celui que vient d'écrire M. Armand-Delille nous semble l'un des meilleurs, sinon le meilleur, qui ait paru dans ces derniers temps. L'exposé des principes de la méthode, bien que concis, est parfaitement clair et complet; les dispositions générales de l'expérience, la préparation et la conservation des différents éléments de la réaction sont indiquées avec une précision qui permettra d'éviter bien des causes d'erreur. On trouvera dans cet excellent manuel des photographies et des tableaux nombreux permettant de disposer très rapidement une expérience, lorsque l'on sera appelé à faire l'examen de tel ou tel sérum pathologique, ou à déterminer la nature de tel ou tel antigène.

Avec ce petit traité pour guide, tous les médecins pourront se familiariser avec les données nouvelles que fournit cette intéressante méthode, et ceux qui savent déjà manipuler microbes et sérums pourront se mettre presque du jour au lendemain à pratiquer sans grandes craintes d'erreur, un diagnostic par la déviation du complément. L. LE SOURD.

La Syphilis expérimentale (2), par A. LÉVY-BING et Paul LAFFONT.

Cet ouvrage est une revue générale très documentée et très complète de tous les travaux qui, depuis la découverte de Schaudinn, ont créé le chapitre si intéressant de la syphilis expérimentale. Toute une partie de ce livre est uniquement consacrée à la syphilis du singe; les auteurs passent successivement en revue l'infectiosité des divers produits d'inoculation, les procédés et sièges d'inoculation et font l'étude symptomatique des lésions provoquées; ils y rappellent le résultat des belles expériences de Roux et Metchnikoff, Thibierge et Ravaut, etc.

La syphilis des autres animaux (lapin, chien, chat, etc.) est décrite dans une deuxième partie. Mais son histoire, encore incomplète, ne permet guère d'en tracer qu'une étude approximative. Enfin, la troisième partie de l'ouvrage est un aperçu fort précis sur le rôle prépondérant que la syphilis expérimentale est destinée de plus en plus à jouer dans l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic et le traitement de la syphilis humaine. P. GASTINEL.

(1) In-8° avec 24 fig. et 1 planche hors texte en couleurs, cartonné toile. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-18 jésus, cart. toile, de 350 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGERES

Archives internationales de neurologie. — (Juin 1911.) DÉJERINE : Leçon inaugurale de la clinique des maladies du système nerveux. — BELLETRUD et FROISSART : Pour servir à l'histoire des traumatismes craniens. — Mac AULIFFE et Mme ARONE : Les applications de la morphologie humaine à la sociologie et à la médecine.

Bulletin médical. — (N° 45, 7 juin 1911.) BERNHEIM : Signification du point dit appendiculaire. — BABINSKI : Du vertige voltaïque dans les affections de l'appareil vestibulaire. — (N° 46, 10 juin.) BAR : Technique actuelle de l'opération césarienne classique. — PAUTRIER : L'acné chéloïdienne de la nuque et son traitement. — (N° 47, 14 juin.) Pierre DELBET : Traitement chirurgical de l'emphysème pulmonaire. — Gilbert BALLET : Sur les accès de mélancolie prémonitoires de la paralysie générale. — (N° 48, 17 juin.) A. MALHERBE et R. JOUET : Traitement chirurgical des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie des amygdales. — JULLIEN : Sur le chancre blennorragique. — (N° 49, 21 juin.) MÉNIÈRE : Les inhalations mercurielles dans le traitement de la syphilis Leur technique. Leurs résultats thérapeutiques.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 10, 25 mai 1911.) CRESPIN : Le bureau d'hygiène de la ville d'Alger. — BRAULT : A propos de l'évolution de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie. — PRON : Le bord inférieur de l'estomac d'après la palpation. — (N° 11, 10 juin.) CURTILLET et G. PÉLISSIER : L'opération de Brauer dans un cas de médiastino-péricardite tuberculeuse. — CAUVY : Les eaux de Lamalou et leurs indications thérapeutiques.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 21, 27 mai 1911.) Jean POULAIN : Sigmoïdite et infection des organes génitaux internes de la femme (*suite*). — SABLÉ et Honoré FOURDINIER : Péritonite aiguë primitive. Généralisation des lésions. Signes cliniques de localisation dans la fosse iliaque droite. — (N° 22, 3 juin.) BONNET, LABORDERIE et LEPOUTRE : Pyélonéphrite au cours de la grossesse chez une lithiasique. — J. POULAIN : Sigmoïdite et infection des organes génitaux internes de la femme. — (N° 23, 10 juin.) Max POISSONNIER : La hernie est-elle un accident du travail. — Jean POULAIN et Antoine BAILLET : Hématome traumatique circonscrit de l'artère axillaire dû à un coup de couteau. Section partielle du nerf brachial cutané interne. Incision de l'hématome et suture latérale de l'artère quinze jours après l'accident. Guérison avec persistance des troubles nerveux. — (N° 24, 17 juin.) R. DESPLATS et Antoine BAILLET : La paralysie et la névrite d'origine ischémique. — LEPOUTRE : Lipome développé dans le muscle sous-épineux.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 21, 25 mai 1911.) VANDERVELDE et CANTINEAU : Dextrocardie congénitale. — PHOCAS : De la fièvre de Malte au point de vue chirurgical. — Mme FABRE et OSTROVSKY : Action du radium sur les toxines. — (N° 22, 1er juin.) DE RIDDER et MARZORATI : A propos de la séro-réaction de Wassermann simplifiée par von Dungern. — (N° 23, 8 juin.) H. COPPEZ : Sur une modification à l'opération de Lagrange. Emploi du couteau lancéolaire. — CONSTANT : L'uricémie et les troubles génito-urinaires. — (N° 24, 15 juin.) B. DUJARDIN : Recherches cliniques sur l'étiologie du psoriasis vulgaire. — Ernest RENAUX : Les filarioses.

Journal médical français. — (N° 6, 15 juin 1911.) Robert DEBRÉ : La paralysie infantile d'après les travaux récents; étude étiologique, pathogénique et clinique. — P. TEISSIER : Les troubles fonctionnels et les lésions cardiaques de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — J.-A. SICARD : La méningite sérique. — V. VEAU : Traitement chirurgical de la paralysie infantile. — CASTAIGNE et GOURAUD : Epidémiologie, prophylaxie et traitement de la méningite cérébro-spinale.

Paris médical. — (N° 28, 10 juin 1911.) M. LABBÉ : Les fruits dans l'alimentation. — JUVARA : Evidement du plancher buccal. — CAMUS : L'agitation et son traitement. — (N° 29, 17 juin.) CAUSSADE et MILHIT : L'œdème aigu du poumon. — LUCET : La fièvre aphteuse. — SANDOZ : La pratique hydrothérapique. Les enveloppements humides ou maillots.

Pédiatrie pratique. — (N° 16, 5 juin 1911.) TIXIER : Diagnostic de la tuberculose du nourrisson. — BROCA : Tumeur du cerveau. — MOURIQUAND : Ictère émotif. Rôle de l'état antérieur du digestif. — CHATELIN : Hypertrophie du thymus-spasme de la glotte. Tétanie et rachitisme chez un enfant de huit mois. — (N° 17, 15 juin.) OMBRÉDANNE : Les hernies ombilicales. — FROUSSARD : L'hydrothérapie et la thérapeutique hydrominérale dans l'entéro-colite muco-membraneuse. — P. MERKLEN : Néphrite albumineuse simple à évolution chronique et bénigne.

Presse médicale. — (N° 44, 3 juin 1911.) J. COURMONT et A. ROCHAIX : La vaccination antityphique par la voie intestinale. — FONTOYNONT : Le mangy. — (N° 45, 7 juin.) BAZY : De la néphralgie. — (N° 46, 10 juin.) DESFOSSES : Le traitement du pied bot varus équin congénital. — MEUNIER : La fièvre. Aperçu historique. — (N° 47, 14 juin.) P. RECLUS : Kystes cliniquement uniques et cancer de la mamelle. — A. MARTINET : Les conditions essentielles des observations sphygmomanométriques. — (N° 48, 17 juin.) GAUCHER et GUGGENHEIM : Accidents auriculaires au cours du traitement de la syphilis par les produits arsenicaux organiques. — DUCROQUET : Le pied creux paralytique (paralysie du triceps sural). — A. YVERT : La mobilisation après les luxations de l'épaule. — (N° 49, 21 juin.) DEBOVE : Pathogénie des œdèmes dyscrasiques. — G. LEVEN : Diagnostic d'appendicite et douleur-signal.

Progrès médical. — (N° 22, 3 juin 1911.) GAUCHER : Définition et éléments de diagnostic de l'hérédo-syphilis tertiaire. — LŒPER : La concentration moléculaire des aliments et le régime de la dilatation d'estomac. — (N° 23, 10 juin.) ACHARD et FLANDIN : Fièvre typhoïde chez un nourrisson. — MOURIQUAND : L'acidose.

Province médicale. — (N° 22, 3 juin 1911.) TOURNIER : L'opération de Halsted dans le traitement opératoire du cancer du sein. — (N° 23, 10 juin.) CANGE : L'épithélioma du grand angle de l'œil et les mutilations larges orbito-maxillaires. — BINET et VAIVRAND : Une observation de lipomatose symétrique. — SARVONAT et GENTY : Cycle journalier de l'élimination urinaire de l'acide phosphorique. — (N° 24, 17 juin.) E. TRAMBLIN et FONTAN : La veine prépylorique, son existence, son siège, ses rapports avec la valvule pylorique. — FUSTER et G. PÉLISSIER : A propos d'un cas de poly-adénite mésentérique aiguë suppurée ouverte dans l'intestin.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Viollet (concours de 1906) est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) [poste créé].

M. le docteur Pasturel, médecin-adjoint à Montdevergues, est nommé à Braqueville.

M. le docteur Froissard, médecin-adjoint à Pierrefeu (Var), est élevé à la deuxième classe.

M. le docteur Hamel, reçu au dernier concours, est nommé médecin-adjoint de l'asile de l'asile de Saint-Ylic.

M. le docteur Charpenel, médecin-adjoint à Saint-Ylic, est nommé à l'asile de Montdevergues.

IIe CONGRÈS DE L'ALIMENTATION. — Du 1er au 4 octobre prochain doit se tenir à Liége, sous le haut patronage du chef de l'Etat belge, le IIe Congrès de l'alimentation.

Les adhésions de membre effectif du Congrès doivent être adressées au secrétariat général du Congrès, 27, rue de Guillemins, à Liége, accompagnées du montant de la cotisation qui a été fixée à 10 francs.

Seront dites membres associés les personnes de la famille d'un membre effectif ayant versé une cotisation de 5 francs. Les membres associés seront invités aux fêtes et réceptions officielles, et pourront assister aux séances, mais sans prendre part aux discussions. Elles ne recevront pas les publications du Congrès.

MONUMENT AU PROFESSEUR ARLOING. — La première liste de souscription pour l'érection d'un monument au professeur Arloing s'élève à 8 757 fr. 25.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-L. Douvillé (de Paris).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — Cours de vacances (dixième année). — L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La prochaine série aura lieu du lundi 18 septembre au samedi 30 septembre 1911 avec le programme suivant :

A huit heures : M. Perruchet. Chirurgie générale, fractures, autoplasties, hernies, appendicites, etc.

A neuf heures et demie : M. d'Herbécourt. Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A neuf heures et demie : M. Audistère. Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

A dix heures et demie : M. Caboche. Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

A onze heures : M. Pasteau. Séméiologie des urines. Urétrites, cystites, affections du rein. Les différents cathétérismes.

A onze heures : M. Rousseau-Decelle. Stomatologie.

A deux heures et demie et neuf heures et demie du soir : M. Delhern. Electrothérapie, radiothérapie, thermothérapie.

A quatre heures : M. Judet. Clinique chirurgicale des maladies infantiles. Orthopédie pratique.

A cinq heures : M. Dubrisay. Présentations et positions. Hémorragies, infection, opérations et manœuvres obstétricales.

A cinq heures : M. de Font-Reaulx. Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.

A cinq heures : M. E. Agasse-Lafont. Maladies de l'appareil digestif.

A six heures : M. Menier. Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

S'inscrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes); 2° le lundi 18 septembre, de dix à onze heures, aux Sociétés savantes, où seront distribuées les cartes d'admission aux cours.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de huit à douze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 18 septembre, aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 30 septembre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente, envoi du programme détaillé sur demande.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1333.)*

RENSEIGNEMENTS

LA PARALYSIE PÉRIODIQUE

Par M. L. GATTI (de Gênes).

Il y a quelque temps, j'ai eu l'occasion d'étudier une des maladies des plus étranges et plus rares qu'on connaisse, la *paralysie périodique de Westphall*. M. Babinski, qui présenta ce malade au cours d'une de ses leçons du samedi, m'avoua qu'il la voyait pour la première fois (1).

Cette maladie, dont on ne connaît que quelques douzaines de cas, semble être plus fréquente parmi les Israélites slaves ; mon malade était justement un juif de Pologne, un ancien habitué des cliniques des maladies nerveuses de l'Europe centrale. Sa symptomatologie est typique, de façon qu'en la résumant je vais esquisser le tableau de la maladie.

Ce jeune homme eut le premier accès de paralysie à quinze ans, il en eut d'abord un par mois, ensuite plus fréquemment, un ou deux par semaine, sans règle fixe cependant. Ces accès se déclaraient quand le malade était en repos, pendant le sommeil, quand le malade restait couché ou assis longtemps : ils commençaient par une sensation pénible de battements de cœur, de faiblesse générale, à laquelle succédait la paralysie qui atteignait progressivement les membres et dans ceux-ci les muscles de la racine plus que ceux de l'extrémité.

Les jambes sont, en général, les premières atteintes, ensuite le tronc et les bras; quelquefois la paralysie lèse la fonction de certains groupes musculaires du cou qui sont presque toujours les mêmes ; le malade peut bouger la tête latéralement quand elle est appuyée sur l'oreiller, mais il ne peut pas la soulever. Les muscles dépendant des nerfs craniens sont indemnes.

Très rarement j'ai remarqué que le malade ne pouvait pas bien ouvrir la mâchoire qui cependant pouvait très bien se fermer.

Intégrité des sphincters ; la constipation pendant l'accès est plutôt due à la paralysie des muscles abdominaux qu'à celle de l'intestin. Il semble que le muscle cardiaque est co-intéressé dans la paralysie ; on remarque quelquefois un relâchement de ce muscle avec augmentation de l'aire cardiaque, des symptômes d'insuffisance mitrale fonctionnelle et de l'arythmie du pouls. Le retour de la motilité se fait dans une marche inverse à celle de la phase ascendante de l'accès ; ainsi ce sont les bras les premiers qui reprennent la motilité et les jambes les dernières. Parallèlement à la paralysie, qui est extrêmement flasque, et en rapport avec son intensité, nous assistons à deux autres phénomènes : diminution et disparition des réflexes tendineux et diminution de l'excitabilité faradique, galvanique et mécanique des nerfs et des muscles qui s'accentue au maximum de la paralysie, jusqu'à mériter le nom qu'on lui a donné de *réaction cadavérique*. Cela dans le maximum de la paralysie ; on peut cependant démontrer pendant la période ascendante et descendante de la paralysie que les muscles, bien qu'ils restent inertes à la stimulation électrique, se contractent encore bien si on en excite les nerfs et que la motilité volontaire est plus grande que l'on pourrait s'imaginer, étant donnée la grave altération de la réaction électrique. La sensibilité dans toutes ses formes ainsi que les réflexes pupillaires sont normaux. On doit encore remarquer, parmi les symptômes les plus constants, la sueur qui couvre le malade pendant les accès, qui commencent, se développent et disparaissent dans une période qui varie d'un quart d'heure à deux jours, le plus souvent une journée.

En plus de ces accès qui sont les grands accès, il y en a d'autres petits, qui ne sont que des grands accès incomplets, arrêtés dans leur cycle paralytique qui est toujours le même ; ainsi souvent le malade ne présente qu'une parésie accompagnée d'une faiblesse des réflexes et d'une diminution de l'excitabilité électrique. Dans l'intervalle des accès le malade peut être considéré comme tout à fait sain. La maladie avait comme d'habitude son caractère familial : le père de mon malade, le grand-père, l'arrière-grand-père, trois oncles et une tante souffraient de la même maladie.

Quant aux conditions qui semblent favoriser l'accès, dans mon cas je trouve comme cause occasionnelle le repos, puisque les accès se déclaraient presque toujours le matin de bonne heure, ou même pendant la journée, quand le malade restait assis ou couché quelque temps.

Telle est la description sommaire de cette étrange maladie qui nous présente à résoudre la double inconnue de son siège et de son origine. Quant à celle-ci on ne peut faire que des conjectures. Goldflam chez un de ses malades a trouvé une élévation du coefficient urotoxique dans l'urine recueillie pendant les accès ; mais les expériences du neurologiste de Varsovie furent contredites trop de fois pour que l'on puisse s'y fonder. Il s'agirait, selon cet auteur, d'une auto-intoxication du muscle ; peut-être ne s'agit-il pas de toxines, mais de produits d'échanges qui sont cependant capables d'agir sur un muscle prédisposé.

Comme il arrive en pareil cas, devant la difficulté de résoudre la question, on a essayé d'établir des comparaisons avec d'autres formes morbides ; ainsi certains auteurs l'ont comparée à la maladie de Thomsen, d'une façon on pourrait dire symétrique, étant donné l'opposition des symptômes, dans lesquels Oddo et Audibert ont voulu voir une cause fondamentale commune, une altération musculaire tendant dans l'une des maladies à exagérer l'élément contraction et dans l'autre l'élément repos. On peut cependant observer brièvement que cette définition de la paralysie périodique, exagération de la condition du repos, est peut-être quelque chose d'intuitif mais qui ne nous dit pas grand'chose sur l'essence du phénomène : cette conception de l'opposition, de la symétrie des symptômes paraît plutôt artificielle et d'ailleurs, s'il y a une maladie que nous pouvons opposer à la maladie de Thomsen, c'est la myasthénie.

(1) Je ne saurais trop remercier mon maître Babinski de m'avoir permis d'examiner ce malade qui était dans son service à la Pitié.

Dans le travail *Der myasthenische Symptomencomplex* de M. Kollarits, nous trouvons un essai plus audacieux de classification : la crise de paralysie périodique ne serait que le symptôme plus caractéristique de la myasthénie dont il a démembré le tableau clinique ; ce n'est pas l'endroit d'entrer ici dans une discussion détaillée, mais à l'observation que fait Kollarits que l'on doit considérer au même point de vue l'épuisement et la paralysie et que pour cela il n'y a pas de différence entre une forme myasthénique et une forme paralytique, je répondrai qu'un muscle est épuisé vis-à-vis de la durée et de la séquence du mouvement, tandis qu'il est paralysé vis-à-vis de l'acte du mouvement même ; la paralysie d'un muscle peut avoir sa cause dans l'épuisement de celui-ci ; il y a donc une relation de cause à effet entre les deux faits, ce qui précisément nous empêche d'établir une identité entre ces deux conditions. L'auteur, pour valider son assertion, cite l'autorité de Strümpell ; mais celui-ci ne fait que donner la raison de la parésie durable qu'on observe dans les muscles du visage des myasthéniques avec le fait même de l'épuisement, puisque ces muscles n'ont presque jamais de repos. Je crois cependant superflue une discussion détaillée sur cette question, car il me paraît évident qu'on ne peut considérer la paralysie périodique comme expression pure de la myasthénie grave qu'en changeant les noms depuis longtemps réservés aux deux formes, avec une confusion d'autant plus déplorable qu'il s'agit d'une matière où les confusions sont si dangereuses.

J'ai voulu m'occuper de cette affection non parce que j'en veux affronter le grave problème étiologique, mais parce que je crois que, si on ne peut pas affirmer la cause de la maladie, on peut au moins en préciser le siège.

J'exclus d'abord l'hypothèse d'une localisation médullaire soutenue par Stcherbak, malgré la vague ressemblance de la paralysie périodique avec la paralysie ascendante, et à cause du mode de la réaction électrique ; et cet argument même fournit la preuve la plus évidente que le trouble se passe dans le muscle et non dans le nerf, étant donnée la rapidité avec laquelle se produit la réaction cadavérique, ni dans les plaques terminales non plus, du moment que le muscle curarisé se contracte encore bien si on l'excite directement. D'ailleurs nous avons déjà une preuve en faveur du siège musculaire de la maladie dans son caractère familial qui autorise sa classification parmi les myopathies héréditaires (Oddo et Audibert, Babinski). Je vois cependant dans deux travaux assez récents de Jona et Corsini, Massalongo, des conclusions tout à fait différentes ; ils croient qu'il s'agit ici d'une maladie nerveuse : premièrement, parce que les conditions qui favorisent l'accès ne sont pas toujours des conditions musculaires comme le repos, puisqu'on connaît plusieurs cas dans lesquels l'accès arrivait après des erreurs de diététique, après des indigestions d'alcool, chez d'autres cas, sans raison apparente, chaque lundi ou chaque jour suivant une fête, comme les cas de Putnam et de Schlesinger ; en second lieu parce que, disent-ils, les mêmes raisons électrodiagnostiques, qu'on a portées en faveur du siège musculaire de cette maladie, ont été portées pour soutenir le même siège dans la paralysie myasthénique, dans laquelle pourtant le siège nerveux a été démontré par les recherches de Murri. Je vais répondre brièvement.

Quant à la première objection, les excès de nourriture (Kramer) et mieux encore l'abus d'alcool, sont fréquents partout, mais surtout chez les Slaves, et notamment les jours de fête ; il me semble que la paresseuse inactivité, qui est toujours le résultat, et dans ce cas le châtiment d'un repas trop abondant et trop abondamment arrosé, peut conduire de la conception causale diététique à celle plus générale du repos musculaire. Des considérations analogues serviront pour ces cas où l'accès se produisait après le travail excessif, après un abus sexuel, après de l'épuisement en un mot.

Pour mieux fixer l'importance de cette condition, je rappellerai que bien des fois le malade de Putnam, atteint par sa crise quand il se tenait immobile depuis quelques heures à la table écrivant une lettre, restait paralysé dans tout son corps, *excepté le bras droit*, et que s'il y a un moyen par lequel le malade puisse détourner l'accès déjà initié, c'est avec des mouvements actifs ou passifs énergiques imprimés aux membres qui commencent à ne plus obéir à la volonté.

Quant à la seconde objection je ferai remarquer que les conclusions de Murri, si elles ont de la valeur pour la paralysie d'Erb Goldflam, ne touchent pas à la question de la paralysie périodique. Murri, pour démontrer le siège nerveux dans la myasthénie, se basait sur les différences qualitatives que l'épuisement musculaire présente vis-à-vis des différentes stimulations ; ainsi, ayant pu démontrer, dans quelques cas de paralysie bulbaire sans repère anatomique, que les muscles rendus inexcitables à la suite d'excitations faradiques répétées demeuraient cependant normaux à la stimulation galvanique et volitive, que les muscles épuisés par le travail volontaire réagissaient normalement vis-à-vis des autres stimulations, que les muscles rendus inertes en les stimulant directement répondaient encore si on en excitait les nerfs et inversement, qu'après avoir épuisé le nerf on obtenait la contraction si on excitait un autre point, même plus central, du nerf même (Goldflam), Murri conclut que cet épuisement dissocié, qualitatif, s'accordait mieux avec l'hypothèse d'un siège nerveux que musculaire. Ceci est la pensée de Murri ; je ne vois pas comment on pourrait l'appliquer à des conditions où le muscle présente une réaction cadavérique de la façon la plus complète, à laquelle il arrive par une période de diminution « in toto », quantitative de son excitabilité.

Le phénomène essentiel de la paralysie de Westphall se passe donc dans le muscle. Quelle que soit l'importance de la lésion que nous supposions dans le système nerveux, sa destruction même, nous ne pouvons pas nous expliquer la réaction cadavérique. Après avoir coupé les nerfs, détruit la moelle, ils

s'écoulent des jours et des semaines avant qu'on commence à voir une réaction de dégénérescence; nous la comprenons au contraire si nous supposons le muscle lésé, comme il arrive dans les amyotrophies ou dans les lésions musculaires que nous pouvons reproduire dans les laboratoires avec des poisons qui sont des poisons musculaires.

On doit remarquer que si nous excitons le nerf dans le moment où le muscle ne répond plus, nous obtenons encore une contraction; il ne s'agit pas ici de dissociation mais simplement d'un fait qui prouve la lésion musculaire, car, en outre qu'il est un phénomène commun dans les amyotrophies protopathiques, il est vraisemblable qu'un muscle offensé et parésié réagisse plus aisément à une stimulation qui lui arrive par sa voie naturelle, qui est le nerf, et qui l'excite en l'envahissant simultanément à l'intérieur, dans chaque fibre, qu'à une stimulation appliquée à travers les téguments, qui arrive de l'extérieur et qui est toujours une stimulation artificielle. Pour terminer je rappellerai encore que quelques auteurs ont voulu voir un rapprochement entre la paralysie périodique et myasthénique, dans ce fait qu'on aurait décelé, dans la première, la réaction myasthénique. Il faut remarquer que, même si ce fait était sûr, il n'aurait pas grande valeur, car nous savons que la réaction myasthénique a été trouvée dans bien des maladies, même dans la convalescence de longues maladies infectieuses; mais je crois que dans les cas où on l'a observée (Goldflam, Bornstein) il s'agissait d'une fausse réaction myasthénique; j'avoue que pour ma part j'ai trouvé, dans mon malade, quelque chose d'analogue : j'avais examiné le malade quand celui-ci était au commencement d'un accès et comme un examen électrique dure toujours une demi-heure ou une heure, cet intervalle avait suffi pour que la paralysie qui augmentait rendît inexcitables les muscles qui, auparavant, se contractaient. En lisant un livre d'Oppenheim sur la paralysie bulbaire sans repère anatomique, j'ai remarqué que ce clinicien, lui aussi, dit que la réaction myasthénique trouvée par lui dans un cas de paralysie périodique était due à ce qu'il avait examiné le malade quand celui-ci allait avoir un de ses accès.

Voilà, à mon avis, ce qu'on peut affirmer avec certitude sur le compte de cette étrange maladie. Quant à sa cause, pour le moment il me semble que mieux vaut approfondir les faits avant de les vouloir interpréter.

BIBLIOGRAPHIE

BERNHARDT. Notiz ueber die familiaere Form der Distrophia muscularis progressiva und deren Combination mit periodischauftretender paroxysmaler Laehmung, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1896.

BOOTH. Outline of parental periodical paralysis, *Pacific med. Journ.*, S. Franc., 1905.

BOYET et BORDIER. Paralysie récurrentielle, guérison, *Arch. d'électr. méd.*, 1897.

BORNSTEIN. Asthenia paroxysmalis, *Neurol. Centralbl.*, 1905.

BROCA et RICHET. Sur la contraction musculaire anaérobie, *Arch. de physiol.*, 1896.

BURR. Periodic paralysis, *Univer. Mag.*, Philad., 1892.

BUZZARD. Three cases of family periodic paralysis with a consideration of the pathology of the disease, *Lancet*, London, 1901.

CHAKNOVITCH. *Roussky Wratch*, cité par Goldflam.

CHEINISSE. La paralysie périodique familiale, *Sem. méd.*, 1904.

CRAFTO. A fifth case of family periodic paralysis, *Amer. Journ. med. sc.*, Philad., 1900.

DAVIDSON. A case of intermittent hemiplegia, *Lancet*, London, 1897.

DÉJERINE et THOMAS. Un cas de paralysie bulbaire asthénique suivi d'autopsie, *Revue neurol.*, 1901.

DE MORAES. Notas sobra un case de paralysia transitoria de Kennedy, *Brasil. med.*, Rio-de-Janeiro, 1906.

DONATH. Ein Fall von traumatischer periodischer Laehmung, *Wien. klin. Woch.*, 1900.

DONALT et LUKAES. L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles curarisés, *Arch. d'électr. méd.*, 1901.

GOLDFLAM. Ueber eine eigentümliche Form von periodischer familiaerer wahrscheinlich autointoxicatorischer Paralyse, *Wien. med. Presse*, 1890; — O porazeniach redzinnych paradowych, *Med. Warszawa*, 1895; — Weitere Mitteilungen ueber die paroxysmale, familiaere Laehmung, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1895; — Dritte Mitteilung ueber die paroxysmale familiaere Laehmung, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1897.

HIRSCH. Ueber einen Fall von periodischer familiaerer Paralysie, *Deut. med. Woch.*, 1894.

HOLTZAPPLE. Family periodic paralysis, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago, 1905.

INFELD. Ein Fall von periodischer Laehmung, *Wien. klin. Woch.*, 1905.

JOLLY. Ueber Myasthenia gravis pseudo-paralytica, *Berl. klin. Woch.*, 1891.

JONA et BORSINI. Tre casi di paralisi periodica familiare, *Riv. veneta di scienze med.*, Venezia, 1905.

KNAPP. Temporary paralysis, *Journ. nerv. and ment. diseases*, New-York, 1904.

KRAMER. Zur Frage der periodischen Paralyse der Extremitaeten, *Russ. med. Runds.*, 1908.

KOLLARITS. Der myasthenische Symptomencomplex, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1902.

MASSALONGO. Paralisi periodica familiare, *Riforma med.*, 1907.

MEREDITH. Notes of a case of suspended volition and loconiotion, *West. med. Rev.*, Lincoln, 1896.

MITCHELL, FLEXNER et EDSALL. A brief report of the clinical, physiologic and chemical study of three cases of family periodic paralysis, *Trans. Assoc. amer. phis.*, Philad., 1905.

MITCHELL. A study of a case of family periodic paralysis, *Trans. Assoc. amer. phis.*, Philad., 1899.

MURRI. Stanchezza e miastenia, *Riv. crit. di clin. med.*, Firenze, 1902.

ODDO et AUDIBERT. La paralysie périodique familiale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1901; — *Arch. gén. de méd.*, 1902.

ODDO et D'ARCOURT. La paralysie périodique familiale, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1901.

OPPENHEIM. *Die Bulbaerparalyse ohne anatomischen Befund*, Berlin, 1900; — Neue Mitteilungen ueber den von Prof. Westphall beschriebenen Fall von periodischer Laehmung aller vier Exstremitaeten, *Charite Ann.*, Berlin, 1891.

POPOFF. Siemeini periodítchesky Paralitch, *Roussky Wratch*, 1907.

PULAWSKI. La paralysie totale des quatre extrémités et du tronc pendant quarante-huit heures, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.

PUTNAM. A case of family periodic paralysis, *Amer. Journ. med. sc.*, Philad., 1900.

RAYMOND. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. IV, 1900.

SCHLESINGER. Ueber die periodisch auftretende Laehmung, *Wien. klin. Woch.*, 1905.

SHTSCHEPINSKI. Periodischeskaja Paraplegja, *Roussky Wratch*, 1903.

SINGER. A case of family periodic paralysis with a critical digest of the literature; together with a report and digest of the literature on the pathological examination of the excreta by F. W. Goodbody, *Brain*, 1901.

SUGAR. Ueber einen Fall von nicht hysterischer periodischer Laehmung, *Wien. klin. Woch.*, 1910.

STRUMPELL. Ueber die asthenische Bulbaerparalyse. *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1895.

TAYLOR. Family periodic Paralysis, *Journ. nerv. and ment. diseases*, 1898.

UNE SONDE BIVALVE AUTOFIXATRICE

Par MM. JEAN FIOLLE,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille,
Chirurgien des hôpitaux,

et PAUL FIOLLE (de Marseille).

Les sondes autofixatrices actuelles présentent sur les autres sondes placées à demeure, grâce à un dispositif quelconque, certains avantages qui les font employer toutes les fois que cela est possible. Ces avantages sont :

1° La *suppression de tout moyen de fixation extérieur* souvent *insuffisant*, souvent *pénible* pour le malade (striction du gland par des fils de coton, des bandes de caoutchouc). Ces divers moyens ne permettent guère d'employer les sondes en caoutchouc, les seules qui soient bien supportées par le malade en certains cas : la sonde sous l'influence des contractions vésico-urétrales a tendance à sortir ; retenue extérieurement, elle se tord et souvent finit par être expulsée.

2° La *mise au point automatique de la sonde.* — Il est de notion vulgaire qu'une sonde à demeure, pour avoir un bon effet, doit être *au point*, c'est-à-dire au *goutte à goutte*. L'œil que présente son orifice doit affleurer au col, de façon à drainer parfaitement la cavité vésicale.

Plaçons à demeure une béquille retenue par un moyen extérieur de fixation quel qu'il soit. Nous la mettons rigoureusement au goutte à goutte. C'est bien. Mais que le malade vienne à remuer, la sonde sort ou pénètre. *Elle n'est plus au point.* Une sonde autofixatrice, au contraire, par sa nature même, *est toujours au point.* La surveiller est chose facile, on peut même, en certains cas, en laisser le soin au malade lui-même.

On comprend facilement pourquoi, toutes les fois que cela est possible, on met à demeure des sondes autofixatrices, que ce soit chez la femme, que ce soit après cystostomie, chez l'homme, par cathétérisme rétrograde, etc., etc. Mais le plus souvent cette pratique est à peu près impossible. On arrive évidemment à placer chez l'homme une sonde de Pezzer ou de Malécot. Mais la simple vue du passage d'une de ces sondes dans un urètre masculin suffit, d'après nous, à détourner de cette pratique tous ceux qu'effrayent, à juste titre, la grosseur et les aspérités que présente le pavillon. Voilà pourquoi on met si peu de sondes de Pezzer ou de Malécot chez l'homme, chez les prostatiques, chez les rétentionnistes médullaires, etc., c'est-à-dire chez ceux justement qui en retireraient les plus grands avantages.

C'est en partant de cette double idée (excellence des sondes autofixatrices lorsqu'elles sont en place, difficulté de leur introduction) que nous avons essayé de trouver un modèle réunissant les qualités des sondes actuelles et n'ayant pas leurs inconvénients.

DESCRIPTION DE LA SONDE BIVALVE AUTOFIXATRICE. — Le modèle que Delamotte vient de construire d'après nos indications est constitué par une sonde en caoutchouc dont le bec est bivalve (fig. 1).

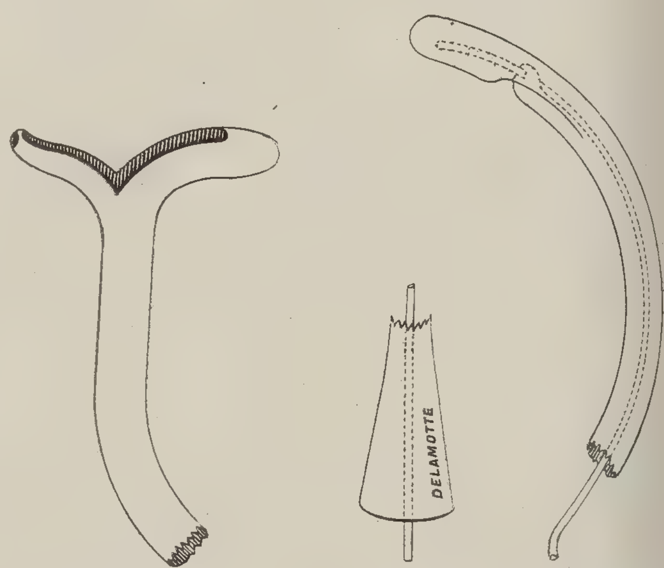


FIG. 1. — *Schéma de la sonde bivalve.*

FIG. 2. — *Schéma de l'introduction chez l'homme.* En pointillé le mandrin Béniqué.

Les deux valves s'écartent l'une de l'autre, formant chacune avec la sonde un angle droit. L'une plus petite, valve mâle, est disposée de façon à pouvoir s'emboîter dans la concavité que présente la valve femelle. Leur réunion donne à la sonde un aspect exactement cylindrique. Sur l'extrémité de la petite valve se trouve un petit orifice. L'extrémité de la valve femelle est creuse comme l'extrémité des sondes à béquille.

FONCTIONNEMENT. — A. *Introduction.* — 1° Chez l'*homme* (fig. 2). Prendre un mandrin Béniqué dont on a soin de vaseliner soigneusement l'extrémité. On introduit le mandrin dans le pavillon et on le fait glisser jusqu'à ce qu'il sorte entre les deux valves. Là, on récline vers lui la valve mâle et on fait pénétrer son extrémité dans le petit orifice qu'elle porte. Ceci fait, on accomplit une manœuvre semblable pour la valve femelle. La sonde prend alors un aspect cylindrique suivant la courbure Béniqué.

On introduit alors le tout jusque dans la vessie, on retire ensuite le mandrin en maintenant la sonde. Les deux valves s'écartent dans la cavité vésicale

empêchant la sortie de la sonde et la fixant en bonne position.

2° Chez la *femme*. Une sonde cannelée est introduite directement (fig. 3) dans le petit orifice de la branche mâle, puis dans la branche femelle, les redressant ainsi. Le tout est introduit dans la vessie, puis la sonde cannelée est seule retirée. La sonde bivalve se fixe ici comme chez l'homme de façon automatique, grâce à l'écartement des valves.

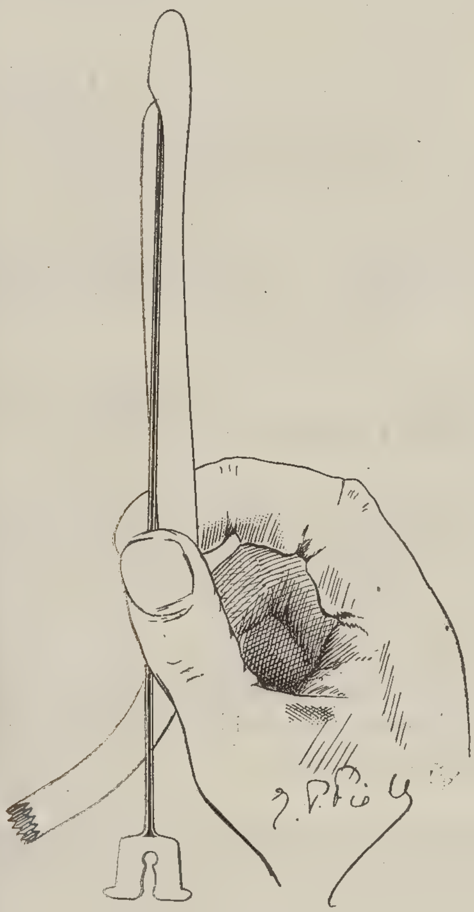


Fig. 3. — *Schéma de l'introduction chez la femme sur sonde cannelée.*

B. *Ablation de la sonde.* — Une simple traction suffit à la faire sortir sans aucune douleur pour le malade.

Résultats. — Nous employons depuis quelque temps notre sonde et n'avons eu qu'à nous en féliciter ; très facile à introduire et à enlever, elle est très bien tolérée par tous les malades. La fixation est excellente et ceux qui nous l'ont vu employer ont été unanimes à en constater le bon fonctionnement et à en reconnaître l'utilité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 24 juillet 1911)

Au sujet de l'oxazine (chlorure de triaminophénazoxonium) sur les trypanosomes. — MM. Laveran et Roudsky. L'affinité de l'oxazine pour la substance qui constitue les centrosomes des trypanosomes est très marquée *in vitro* et *in vivo*.

Comme Werbitzki l'a annoncé, l'oxazine fait disparaître les centrosomes des *Tr. Brucei* et cette curieuse modification morphologique peut être transmise par hérédité. L'oxazine exerce la même action à des degrés variables sur *Tr. Evansi, Tr. soudanense, Tr. gambiense, Tr. dimorphon, Tr. congolense, Tr. pecorum, Tr. Lewisi*. Le *Tr. Lewisi* est, parmi ces trypanosomes, celui qui se montre le moins sensible.

La virulence des trypanosomes qui ont été soumis à l'action de l'oxazine est en général diminuée.

Considérations sur les réactifs employés pour la détermination des taches de sang en médecine légale. — M. Bordas rappelle que, le 20 février 1910 dans une communication à l'Académie des sciences, il concluait que » l'expert doit, dans le cas d'une réaction positive avec la benzidine, rechercher la nature des taches suspectes par des procédés plus rigoureux avant de conclure et nous ajoutions que le principal avantage du réactif d'Adler était qu'il dispensait l'expert de poursuivre ses investigations lorsque la réaction était négative.

Ce sont là des conclusions dont la forme est en quelque sorte classique en médecine légale et on les retrouve d'ailleurs dans les ouvrages d'Ogier, Vilbert, Thoinot, Lacassagne, lorsque ces auteurs traitent de la détermination des taches de sang par les procédés de van Deen, Taylor, etc.

Ces recherches de M. A. Sartory sur la valeur de ces différents réactifs et les conclusions qui en découlent sont donc conformes aux nombreux travaux publiés sur ce sujet. »

Recherches sur la pathogénie des lésions artério-scléreuses. — M. Y. Manouélian conclut que les lésions nerveuses jouent un rôle important dans la production des lésions artério-scléreuses. Il se demande aussi si les agents considérés comme causes déterminantes de ce processus morbide ne provoquent pas des lésions nerveuses qui, à leur tour, produiraient des lésions artério-scléreuses. De là, nécessité urgente d'étudier l'état du système nerveux dans l'artério-sclérose.

Sur la thérapeutique mercurielle de la syphilis expérimentale du lapin et de la spirillose brésilienne. — MM. L. Launoy et C. Levaditi ont étudié un composé mercuriel qui exercerait une action curative manifeste dans la spirillose brésilienne et la syphilis expérimentale du lapin. D'autres dérivés de la même série sont à l'étude.

« Rappelons que, parmi les divers composés mercuriels, le sublimé, le salicylate de mercure, le mercure colloïdal et le diamidodiphénylmercuridicarbonate de soude ont été étudiés au point de vue de leur action curative dans les spirilloses et la syphilis (Neisser, Uhlenhut et ses collaborateurs Manteufel, Weidanz et Mulzer, Tomasczewski, Blumenthal). Les résultats n'ont pas été très satisfaisants (sauf pour le dernier de ces corps, qui, d'après Ferd. Blumenthal, paraît mieux agir que les autres). »

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911.

Messieurs,

Tous ceux qui sont pourvus des diplômes nécessaires pour exercer l'art de guérir ne sont pas, de ce fait, irresponsables des fautes par eux commises, et ils n'échappent point à la règle écrite dans les articles 1382 et 1383 du Code civil. Vous connaissez la substance de ces articles : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige

celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. » — « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » Ils n'échappent pas non plus, dans certaines circonstances graves, aux peines des articles 319 et 320 du Code pénal qui punissent l'homicide ou les blessures par imprudence.

Mais cependant la responsabilité du médecin est d'une nature toute spéciale, et vous l'avez de suite compris, on ne peut lui faire une application rigoureuse des articles des Codes civil ou pénal. Si savant en effet, si soigneux que soit un médecin, il est susceptible de se tromper; souvent même pourra-t-on dire qu'il s'est trompé? Et puis, n'arrive-t-il pas très fréquemment aussi que la violence du mal défie tout remède et toute prévision : la science ne peut lutter contre la nature. Et la jurisprudence a reconnu qu'elle devait tenir compte de ces restrictions, et lorsqu'on examine les innombrables décisions rendues en matière de responsabilité, on voit que les juges estiment la responsabilité des médecins engagée civilement ou pénalement, lorsqu'il y a eu de leur part faute lourde, imprudence ou négligence graves, ignorance des préceptes élémentaires de l'art de guérir. Mais dès qu'il est possible de discuter sur la valeur, sur l'efficacité du traitement employé, sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale accomplie; en un mot, dès qu'une discussion d'ordre purement technique, purement scientifique, se produit, les tribunaux ne peuvent se prononcer, car alors la faute lourde n'apparaît plus d'une façon manifeste et évidente.

Quelle est donc la responsabilité médicale telle qu'elle est comprise et admise par les tribunaux? Nous en trouvons une définition excellente dans les conclusions qu'avait prononcées en 1835 le procureur général Dupin, lors d'un procès d'ordre médical, procès qui admit le premier la responsabilité contractuelle du médecin envers son client (Cour de cassation, 18 juin 1835, *Sirey*, 1835, 1re partie, p. 407).

« Il ne s'agit pas, dit-il, de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, s'il y a eu imprudence ou non à le hasarder, adresse ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel instrument, d'après tel ou tel autre procédé, il n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile ni tomber sous l'examen des tribunaux. Mais du moment que les faits reprochés au médecin sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance de choses qu'on devait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte. »

La distinction établie par Dupin entre les données d'ordre scientifique, dont l'appréciation échappe aux tribunaux, et les actes ou abstentions qui peuvent constituer des fautes, était d'autant plus utile à vous citer qu'elle s'est imposée à la jurisprudence et sert de règle fondamentale en la matière. Il est évident que, sans aller jusqu'à dire que la médecine est un art conjectural, on est forcé de convenir qu'elle est soumise à des évolutions et des fluctuations. Dupin déclare « que les plus grandes renommées de la science diffèrent souvent, dans la même maladie, d'opinions, de vues, sur la nature, sur les causes, sur les préservatifs, sur les remèdes, et que nul n'osera plus entreprendre une cure, hasarder une opération, s'il lui faut répondre du résultat ». Ce dernier point de vue a son importance. Si des interventions hardies ont pu, surtout dans la période récente marquée par un développement prodigieux de la chirurgie, sauver des cas désespérés, encore faut-il ne pas décourager le corps médical, par une rigueur excessive, de ces tentatives, dont le succès dépend d'autre chose que de la science et de l'habileté des hommes.

Cette distinction a toujours été respectée et observée : et les juges, saisis d'une action en responsabilité, recherchent, suivant les règles générales de bon sens et de prudence auxquelles est assujetti l'exercice de la profession médicale, s'il y a eu de la part du praticien faute ou négligence coupable, inattention ou maladresse, ou ignorance. Ces différents principes ont été consacrés par de nombreuses décisions, comme nous le verrons au cours de cette conférence : tout se ramène à une question de fait.

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

Dans la gastro-entérite et la diarrhée infantiles, pour permettre la reprise rapide de l'alimentation lactée et pour triompher de l'atonie digestive, le suc gastrique de porc est le plus actif stimulant et régénérateur des fonctions stomacales. On prescrira 4 à 6 cuillerées à café de *dyspeptine* par jour : 1 cuillerée pure ou dans un peu d'eau sucrée, quelques instants avant chaque tétée ou prise d'aliments.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsenobenzol (salvarsan) (1), par le docteur E. EMERY.

Le docteur Emery vient de publier une revue générale toute d'actualité sur le salvarsan.

Après avoir décrit la technique des différents modes d'injection, il insiste longuement sur ses inconvénients et dangers, puis étudie la valeur de la méthode dans les divers accidents de la vérole et dans ses manifestations viscérales. Un chapitre est consacré au contrôle de l'action du salvarsan par les méthodes de laboratoire.

P. GASTINEL.

Guide pratique de l'infirmière-hospitalière et de l'infirmier-brancardier. Bandages usuels. Premiers soins d'urgence. Relèvement et transport des malades et des blessés (2), par le docteur Edmond MORIN (publié sous le patronage de la Société de la Croix-Rouge, Union des femmes de France).

Toujours soucieuse de remplir au mieux des intérêts du pays la tâche dont s'est chargée la Société de la Croix-Rouge, l'Union des femmes de France a désiré que la nouvelle édition de son « Guide pratique » fût à la fois très complète et très simple. Ce difficile desideratum a été habilement rempli par le docteur Edmond Morin, délégué de l'Enseignement et directeur des cours pratiques de l'Union des femmes de France.

L'auteur a divisé son livre en trois parties. Dans la première, il a traité par régions les bandages les plus usités dans les hôpitaux militaires et civils, ainsi que dans les dispensaires, soit à l'aide de bandes, soit par les pleins de Mayor. Chaque bandage décrit avec un soin minutieux est représenté par une figure qui le rend très compréhensible.

La seconde partie comprend les premiers soins d'urgence pour tous les accidents isolés ou collectifs : incendies, déraillements, désastres publics, etc.

Ce sont d'abord les généralités : manière d'aborder et de déshabiller les blessés, puis les soins particuliers dans la syncope, l'asphyxie, la pendaison, la submersion, les attaques de

(1) In-18 jésus, cart. toile, de 204 p., avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8° écu avec 200 fig. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

haut mal, etc., etc. ; dans les fractures, les luxations, les entorses, dans les plaies de toutes natures, dans les hémorragies, etc.

Enfin dans la troisième partie, l'auteur a traité du relèvement et transport des malades et des blessés par tous les moyens employés, depuis le brancard improvisé jusqu'à l'automobile. Dans ces deux dernières parties, le style est clair, concis et mis en lumière par de nombreuses figures.

Sous sa nouvelle forme ce petit livre est merveilleusement adapté au but qu'il se propose. C'est là un juste éloge à rendre à la Société qui l'a inspiré et à celui qui l'a rédigé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1911-1912. — SEMESTRE D'HIVER. — *Médecine générale.* — Docteurs BÉCLÈRE et DECLOUX (hôpital Saint-Antoine). Enseignement clinique élémentaire à l'usage des débutants en médecine. Les étudiants en médecine désireux d'être initiés et exercés individuellement à l'examen des malades, aux divers modes d'exploration des organes internes, spécialement des organes thoraciques, et à la notation journalière des faits d'observation clinique, sont invités à se faire inscrire dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine (le nombre des inscriptions est limité).

Docteur BERGÉ (hôpital Broussais, salle Lasègue). — Tous les jours, visite dans les salles, à neuf heures et demie.

Tous les samedis, à dix heures, leçon clinique d'une demi-heure environ sur un symptôme, un syndrome ou signe physique, choisi parmi les plus généraux et les plus importants de la pathologie.

Docteur Am. COYON (hôpital Bichat, consultation de médecine). — Tous les matins, à neuf heures et demie, examen des malades.

Les lundis et mercredis, étude de clinique thérapeutique sur un malade de la consultation.

Docteur Edgard HIRTZ (hôpital Necker). — Le lundi, à dix heures (salle Delpech), leçon clinique.

Le mercredi : Examen de deux malades par deux candidats aux hôpitaux. — Leçon : Discussion du diagnostic et du traitement par le chef de service.

Le vendredi, à dix heures (salle Chauffard), examen des malades nouveaux. — Thérapeutique clinique.

Enseignement élémentaire à l'usage des étudiants de première année. — Les élèves sont exercés tous les matins à l'examen méthodique des malades. — Leçons de séméiologie trois fois par semaine. — Les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à onze heures, critique par le chef de service des observations recueillies par les élèves.

Docteur JOSUÉ (hôpital de la Pitié, boulevard de l'Hôpital). — Maladies du cœur et des vaisseaux. — Le chef de service fera, avec l'assistance de son interne et de ses anciens internes, deux séries de leçons :

1° Des leçons hebdomadaires, à partir de la deuxième quinzaine de novembre 1911, sur les affections cardio-vasculaires, en insistant sur les acquisitions récentes. Le programme sera publié au commencement de chaque mois.

2° Une série de 12 leçons, du 15 au 30 janvier 1912, sur la séméiologie et la thérapeutique pratique des affections du cœur et des vaisseaux avec exercices et démonstrations. Le nombre des auditeurs sera limité. Le programme détaillé sera publié ultérieurement. S'inscrire auprès de l'interne de service ou par correspondance. (Le prix de la série de leçons sera de 30 francs.)

Le docteur Josué fera de plus, le vendredi, à neuf heures et demie, une consultation spéciale pour les affections du cœur et des vaisseaux, avec démonstrations pratiques.

Docteur LE NOIR (hôpital Saint-Antoine) — 1° Tous les vendredis, à dix heures, leçon clinique.

2° Enseignement élémentaire spécial pour les élèves de première année. (Le nombre des places étant limité, se faire inscrire dans le service.)

En novembre et décembre, il sera fait une série de conférences de technique élémentaire, à neuf heures, salle Axenfeld.

De plus, les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades.

Docteur DE MASSARY (hôpital Andral, boulevard Macdonald, métropolitain Opéra-Villette). — Tous les matins, à dix heures, visite des malades.

Les mardis et samedis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Docteur E. MOSNY (hôpital Saint-Antoine, médecine générale). — Tous les matins, visite des malades, de neuf heures et demie à midi (salles Louis et Nélaton).

Le jeudi, examen et présentation par les élèves des malades nouveaux.

Les élèves bénévoles sont exercés tout particulièrement à l'examen des malades et notamment à l'auscultation du cœur et des poumons. Un laboratoire est à leur disposition pour pratiquer, sous la direction de l'interne, les recherches cytologiques et bactériologiques courantes.

Docteur PISSAVY (hôpital Necker, consultation de médecine). — Un enseignement spécialement destiné aux étudiants de première année est organisé de la manière suivante :

1° Tous les matins, à dix heures, les élèves seront individuellement exercés à l'examen des malades.

2° Tous les mercredis, à onze heures, leçon de pathologie médicale élémentaire, avec présentation de malades.

3° Tous les samedis, à onze heures, étude des médicaments usuels.

Docteur Paul RIBIERRE (hôpital Cochin, consultation de médecine). — Tous les jours, à neuf heures trois quarts, examen et présentation de malades. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques. Rédaction d'ordonnances.

Les samedis, à onze heures, du 1er décembre 1911 au 15 mars 1912, conférence sur la séméiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cardio-vasculaires. (Le programme de ces conférences sera publié ultérieurement.)

Docteur E. RIST (hôpital Laënnec). — A partir du mois de décembre, M. le docteur Rist fera une série de leçons et de démonstrations sur les maladies des voies respiratoires en général et sur la tuberculose en particulier.

M. le docteur Rist et ses collaborateurs étudieront plus spécialement diverses questions se rapportant : à l'anatomie et à la physiologie pathologique des organes thoraciques ; à la tuberculose expérimentale ; aux méthodes modernes de diagnostic et de thérapeutique ; à l'interprétation des renseignements fournis par l'exploration radiologique, etc.

Le service et le laboratoire de M. le docteur Rist sont largement ouverts aux médecins et aux étudiants poursuivant des recherches sur la tuberculose.

Docteur SERGENT (hôpital de la Charité). — Tous les matins, à dix heures, exercices de médecine pratique au lit des malades.

Le vendredi matin, examen des malades nouveaux.

Le samedi matin, consultation spéciale sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires. (Interrogation, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance.)

Le mardi matin, à partir d'une date qui sera fixée ultérieurement, conférences cliniques, avec présentation de malades, portant particulièrement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.

Dermatologie. — Docteur THIBIERGE (hôpital Saint-Louis). — Visite tous les matins, à neuf heures.

Mardi, à neuf heures (salle Alibert), examen des malades de la policlinique et conférences cliniques.

Mercredi, à neuf heures et demie (salle Alibert), traitement chirurgical des dermatoses.

Vendredi, à neuf heures et demie (salle de consultations), conférences cliniques sur les malades de la consultation.

Docteur HUDELO [hôpital Cochin-Annexe (Ricord)]. — Conférences cliniques de syphiligraphie (1er novembre au 1er mars). Tous les lundis (salle du Musée) : à neuf heures du soir, examen de malades syphilitiques, discussion du diagnostic et du traitement; à dix heures du soir, conférences théoriques ou cliniques sur la syphiligraphie (avec présentation de malades ou de moulages).

Maladies du système nerveux. — Docteur BABINSKI (hôpital de la nouvelle Pitié). — Tous les lundis de l'année, sauf pendant les vacances de Pâques et pendant les mois d'août et de septembre, de dix heures à midi, examen de malades et conférence clinique sur les maladies du système nerveux, dans le cabinet de consultation,

De plus, pendant les mois de mai, juin et juillet, tous les samedis, à dix heures et demie, leçon clinique dans le grand amphithéâtre de l'hôpital.

M. Babinski insiste surtout, dans son enseignement, sur la séméiologie et la méthode qu'il faut suivre dans l'examen des malades.

Maladies mentales. — Docteur J. ROUBINOVITCH, médecin de l'hospice de Bicêtre, dirigera dans son service, tous les jeudis, à partir du jeudi 5 octobre 1911, de neuf heures et demie à onze heures et demie du matin, des exercices pratiques individuels de psychiatrie, à l'usage des étudiants et des docteurs désireux d'acquérir les notions élémentaires indispensables de pathologie mentale.

Programme des exercices : 1° Interrogatoire et examen des sujets (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses ;

2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, médico-pédagogiques et médico-légales ;

3° Rédaction de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Pour suivre ces exercices, prière de s'inscrire dès maintenant à Bicêtre, dans le cabinet de consultation du chef de service, visible tous les jours, de neuf à onze heures du matin.

Conférences cliniques de psychiatrie séméiologique :

Le docteur J. ROUBINOVITCH (hôpital Lariboisière), médecin de l'hospice de Bicêtre, commencera, dans le service de M. Le Gendre, le mardi 7 novembre 1911, à onze heures du matin, et continuera les mardis suivants, à la même heure, des conférences cliniques de psychiatrie séméiologique, à l'usage des étudiants et des praticiens.

Gynécologie médicale. — Docteur Paul DALCHÉ (hôpital de l'Hôtel-Dieu). — Lundi neuf heures, examen des malades de la salle Sainte-Marie.

Mercredi, neuf heures, consultation externe.

Jeudi, dix heures, leçon clinique (la date de la première leçon sera ultérieurement fixée).

Radiologie médicale. — Docteur A. BÉCLÈRE (hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie, de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un dans la seconde quinzaine d'octobre, l'autre immédiatement avant Pâques.

Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie, auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit :

Tous les matins, le dimanche excepté, examen clinique et traitement des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathies, splénomégalies, leucémies, etc.).

Lundi matin, à dix heures, examen radioscopique des malades du docteur Mathieu (affections de l'estomac).

Vendredi matin, à dix heures, examen radioscopique des malades du service.

Samedi matin, à dix heures, examen radioscopique des malades externes (exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, etc.).

Le laboratoire du docteur Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Médecine infantile. — Docteur VARIOT (hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — 1° Visite quotidienne de dix heures à midi. Examen clinique des nourrissons et des enfants du deuxième âge.

2° Le lundi à dix heures et demie, conférences hebdomadaires d'hygiène et de clinique infantiles.

Chirurgie infantile. — Docteur BROCA (hôpital des Enfants-Malades). — Mercredi, dix heures et demie, leçon clinique.

Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures, opérations.

Mardi, jeudi, samedi, consultations (interrogatoire des malades par les élèves).

Docteur SAVARIAUD (hôpital Trousseau). — Tous les jours, à neuf heures et demie, consultation.

Le jeudi, à dix heures, consultation d'orthopédie, visite des salles.

Opérations, les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à dix heures et demie.

Leçon clinique, le samedi, à dix heures et demie, à partir du samedi 21 octobre.

Chirurgie des voies urinaires. — Docteur MICHON (Hôpital Cochin-annexe). — Maladies des organes génitaux et des voies urinaires.

Mercredi, à dix heures et demie, examen des malades.

Samedi, à neuf heures et demie, opérations.

Chirurgie générale. — Docteur ARROU (hôpital de la Pitié). — Jeudi, opérations au pavillon Gerdy, de neuf heures à midi.

Lundi et vendredi, de dix heures à onze heures et demie, examen des malades des salles et du dehors.

Docteur BAZY (hôpital Beaujon). — Mercredi et samedi, examen des nouveaux par les stagiaires du service.

Lundi, jeudi, samedi, consultation des voies urinaires.

Lundi, mardi, jeudi, vendredi, opérations.

Docteur A. LAPOINTE (Hôpital Lariboisière, salle Nélaton, service de M. le docteur Chaput). — Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades, à l'application des pansements et des appareils.

Ophtalmologie. — Docteur DUPUY-DUTEMPS (hôpital Saint-Antoine). — Enseignement clinique d'ophtalmologie.

Le docteur Dupuy-Dutemps fera, tous les jeudis, à onze heures, une leçon clinique avec présentation des malades.

Les lundis, mercredis, samedis, à dix heures et demie, consultation et examen des malades.

Docteur MORAX (hôpital Lariboisière). — Lundi, consultation externe, affections des membranes externes.

Mardi, consultation externe, affections profondes.

Jeudi, consultation externe, réfraction.

Vendredi, consultation externe, affections des membranes externes. Visite dans les salles.

Mercredi et samedi, à neuf heures, indications opératoires et opérations oculaires.

Docteur POULARD (Hôpital Beaujon). — Tous les matins, à neuf heures, examen des malades. Enseignement de l'ophtalmologie pratique aux médecins et aux étudiants; les notions indispensables au médecin praticien peuvent être acquises en un mois.

Docteur TERRIEN (hôpital des Enfants-Malades). — Conférences d'ophtalmologie.

Lundi et jeudi, à onze heures (salle de consultation des maladies des yeux), conférences d'ophtalmologie. La leçon du lundi sera réservée aux présentations de malades et celle du jeudi à des leçons cliniques sur des sujets d'ophtalmologie en rapport avec la médecine générale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	» — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. Sauvan est nommé chef de clinique médicale; M. Poesy est nommé chef de clinique de médecine infantile; M. Bonnal est nommé aide d'anatomie et de physiologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Lepage-Viger (d'Orléans).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boix et Journiac (de Paris), Lebœuf (de Chasnay), Rivière (de Rennes).

MARINE. — Liste par ordre alphabétique et par centre d'examen des candidats à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits (année 1911) :

Brest. — *Médecine.* — MM. Bars, Bizien, Brugeas, Carpentier, Cherouvrier, Clavier, Cousyn, Cumin, Dréan, Fournier, Génevray, Gornouec, Guirriec, Hauvespre, Houzé, Keruzoré (E.), Kervella, Lacaze, Laurency, Le Chuiton, Le Coz, Le Goaer, Le Hur, Leissen, Monnier, Rabasté, Renaut, Tussau, Vallée, Vaucel.

Rochefort. — *Médecine.* — MM. Agard-Laroche, Antoine, Bourdila, Calandreau, Cassaigne, Cheyrou-Lagrèze, Gandie, Gauthier, Guédon, Guyonnet, La Burthe, Lapauze, Lhuerre, Mallein, Pandellé, Pascal, Petiteau, Pierre, Pommadère, Souchard, Tacheron, Triaud, Varnier.

Toulon. — *Médecine.* — MM. Agenet, Augé, Chabardès, Chabaud, Chatrieux, Colibœuf, Colin, Fabre, Guillemard, Loustau, Manon, Miguet, Moulinas, Niel, Olive (G.), Olive (M.), Paoletti, Romey, Roux, Silvestre, Tardy, Testot-Ferry, Thirion, Tramini.

LE CHOLÉRA. — On signale 27 cas de choléra, dont 12 mortels à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, à Marseille.

LE VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE. — L'ajournement du Congrès en avril 1912, d'après le vœu de plusieurs comités étrangers, a eu le consentement général.

La dernière livraison du journal *La Tubercolosi*, organe officiel du Congrès, prouve que l'œuvre de préparation et d'organisation scientifique et générale était déjà bien avancée dès le mois de juin.

Les rapports officiels étaient presque tous arrivés et l'on comptait déjà un très grand nombre de communications.

Toutefois, ce sursis aidera beaucoup le coordonnement définitif de l'œuvre des collaborateurs de chaque pays et assurera le concours de tout le monde civilisé au grand rendez-vous de savants et de philanthropes qui aura lieu à Rome en avril 1912.

APPEL AUX JEUNES CONFRÈRES. — « Le Devoir médical », œuvre de solidarité confraternelle et mutuelle, reçoit après examen médical, sans distinction de sexe ou de nationalité, tout médecin âgé de moins de soixante ans révolus et résidant en France, en Algérie ou en Tunisie, qu'il fasse ou non partie d'associations similaires.

Par son organisation quasi inédite, cette société exclusivement médicale offre des conditions que ne peuvent présenter les compagnies d'assurances.

L'égalité des avantages et la relativité des charges étant aussi absolues que possible entre tous les membres, il est évident qu'il n'y a aucun inconvénient et qu'il y a, au contraire, un gros intérêt à entrer jeune au « Devoir médical », car la mort frappe indistinctement jeunes et vieux.

Les femmes et veuves de médecins sont admises au même titre que les autres membres.

Les avantages concédés sont les suivants :

Capital de 10000 francs payable au sociétaire lui-même s'il atteint l'âge de soixante-dix ans après vingt-cinq années de cotisations; le même capital est payable à ses ayants-droit en cas de décès prématuré.

Ces avantages sont obtenus par le versement d'une cotisation moyenne annuelle de 125 francs si l'assuré entrant n'a pas plus de vingt-six ans au jour de son entrée, 215 francs s'il a quarante ans, 485 francs s'il a soixante ans révolus, le tout payable par versements morcelés à chaque décès, soit 5 francs, 10 francs et 22 francs pour les trois exemples types ci-dessus.

Nous ne saurions trop engager nos confrères, surtout les jeunes, et leurs femmes à entrer au « Devoir médical » qui, fondé en 1904, a fait depuis longtemps ses preuves et a payé jusqu'ici de nombreux décès.

Pour tous renseignements et demandes de statuts, s'adresser au docteur Peytoureau, secrétaire général, 14, cours de Tourny, à Bordeaux.

ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE

CHEZ UN ENFANT DE CINQ JOURS

MÈRE ATTEINTE D'IMBÉCILLITÉ ET D'ÉPILEPSIE

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Par L. MARCHAND, médecin en chef, et G. PETIT, interne, de la Maison nationale de Charenton.

Il n'est peut-être pas de question qui ait été l'objet de plus de discussions que celle de l'hérédité dans l'épilepsie. Pendant longtemps le mal comitial fut considéré comme une affection nerveuse dans laquelle le cerveau pouvait conserver toute son intégrité. Comme on ne constatait chez les épileptiques aucune lésion anatomique ou seulement des lésions considérées comme secondaires aux attaques, on attribua d'abord à l'hérédité un rôle exagéré, rôle qui fut bientôt restreint par d'autres auteurs.

Aujourd'hui, les constatations anatomo-pathologiques permettent d'interpréter les faits en se basant sur des données plus positives et l'hérédité est une cause constitutionnelle qui perd chaque jour de son importance. L'épilepsie dite idiopathique est en réalité une affection organique chronique caractérisée anatomiquement par des lésions scléreuses corticales et souvent méningo-corticales. Aussi le problème de l'hérédité se pose différemment et comporte plusieurs solutions : 1° Les altérations organiques se transmettent-elles directement par voie générative, sont-elles le résultat d'un développement vicieux du cerveau ? 2° Les lésions organiques sont-elles dues à une inflammation méningo-corticale qui survient chez le fœtus ou chez l'individu après la naissance, les parents ne transmettant qu'une prédisposition à la maladie ?

On tend de plus en plus à attacher une grande importance aux maladies infectieuses dans l'étiologie du mal comitial. On a d'abord remarqué que fréquemment les épileptiques étaient des sujets qui avaient présenté des convulsions dans le jeune âge à l'occasion d'une maladie fébrile. Dans d'autres cas, les accès épileptiques sont apparus pendant ou quelque temps après une maladie infectieuse bien déterminée ; ils sont parfois survenus au cours d'une intoxication. Chez de tels sujets on trouve à l'autopsie des lésions méningo-corticales qui semblent secondaires à l'action des produits toxi-infectieux sur le cerveau. Le sujet dans ces cas n'aurait hérité que d'une simple prédisposition.

Les faits qui démontrent que l'épilepsie peut être due à un développement défectueux du cerveau sont plus rares. Il existe bien des comitiaux dans les antécédents personnels desquels on ne relève rien de particulier ; par contre, leurs antécédents héréditaires sont souvent très chargés. Il en résulte que l'hérédité paraît alors jouer un rôle important. Chez un certain nombre de ces sujets, on trouve des adhérences diffuses de la pie-mère au cerveau et une sclérose également diffuse des couches les plus superficielles du cortex ; les méninges ne présentent ni épaississements notables, ni infiltration embryonnaire ; on peut admettre que ces lésions sont constitutionnelles. La couche la plus superficielle du cortex, couche qui est la dernière à se développer, a subi un arrêt de développement avec sclérose compensatrice. Mais à côté de ces cas, on en rencontre d'autres dans lesquels on observe des lésions méningo-corticales très accusées identiques à celles que l'on rencontre chez les sujets qui sont devenus épileptiques à la suite d'une infection ou d'une intoxication. On est amené à conclure que ces sujets ont été soumis à un moment donné de leur vie à une infection ou à une intoxication qui est passée inaperçue.

On peut objecter à cette manière de voir que les lésions méningo-corticales se sont formées après l'apparition de l'épilepsie, que le cerveau présentait antérieurement un vice de développement, seule cause de l'épilepsie. Il faudrait pour élucider cette question pouvoir examiner les cerveaux de sujets atteints d'épilepsie dès la naissance et n'ayant jamais présenté de maladies toxi-infectieuses. Le cas suivant répond à ces conditions : les tares héréditaires du sujet, le début précoce de l'épilepsie, la marche de l'affection, les constatations anatomo-pathologiques en font un cas très particulier.

***

Sylvine M..., âgée de trente-cinq ans, sans profession, entre à l'hospice Dessaignes de Blois, le 5 octobre 1908, pour idiotie et crises convulsives. Elle est enceinte de quatre mois environ.

Antécédents héréditaires. — La mère de la malade est morte à cinquante et un ans de pneumonie ; son père, âgé de soixante-treize ans, se livre depuis longtemps à des excès éthyliques. Une sœur est morte à vingt et un ans de méningite.

Antécédents personnels. — A l'âge de sept mois, S. M... a été atteinte de convulsions généralisées pendant une douzaine de jours. Depuis lors, la malade aurait toujours présenté un certain degré d'impotence fonctionnelle des membres du côté droit. Elle a fait ses premiers pas à l'âge de sept ans et a commencé à parler à peu près à la même époque. A l'école, elle n'a pu apprendre à lire et à écrire. On n'a jamais pu l'occuper chez elle qu'à des travaux faciles.

S. M... a été atteinte d'incontinence d'urine nocturne jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. Elle a été réglée à l'âge de vingt ans ; ses règles ont toujours été irrégulières.

Les crises épileptiques ont débuté il y a trois ans seulement, sans cause appréciable pour l'entourage. La famille n'a noté aucun phénomène particulier avant ou après les périodes convulsives, qui paraissent survenir surtout à l'époque des règles.

Pas de modifications du caractère de la malade, qui a toujours été docile, bienveillante et assez affectueuse pour les siens. Pas d'érotisme ni de masturbation. Pas d'impulsions violentes.

A son entrée à l'hospice, nous notons les particularités suivantes :

S. M... est calme et se prête de bonne grâce, en souriant béatement, à notre examen.

Elle sait son nom, son prénom, indique approximativement son âge et son domicile habituel. Elle ne sait pas où elle se trouve, ni pourquoi on l'a amenée à l'hospice. Elle ne paraît pas se préoccuper d'avoir été séparée des siens. Interrogée sur ses occupations, elle dit qu'elle mange, qu'elle boit et qu'elle dort. Aucune ébauche du sentiment de la pudeur.

Elle reconnaît quelques objets usuels. Elle ignore la valeur des pièces de monnaie et ne peut indiquer l'heure à une montre.

Elle ne sait ni lire, ni écrire. Elle peut compter automatiquement jusqu'à vingt, mais est incapable de faire l'addition la plus simple.

Elle s'exprime lentement, avec un vocabulaire très restreint. Souvent, elle ne paraît pas comprendre la question posée : elle se contente d'éclater de rire ou dit : « Comme ci, comme ça... En ce cas, ça va bien... » Avant de parler, elle projette un instant ses lèvres en avant « en groin ». Les gestes sont lents et maladroits; la malade se sert plus volontiers de la main gauche. Elle ne peut ni s'habiller seule, ni se peigner. Sa tenue est malpropre et négligée. La malade marche à petits pas, en traînant légèrement la jambe droite et en boitant.

Atrophie légère des membres supérieur et inférieur droits, dont les mouvements paraissent cependant assez bien conservés. Le front est bas, avec bosses sus-orbitaires saillantes. Pas de strabisme, ni d'inégalité pupillaire Traces de morsures de la langue. Voûte palatine ogivale; lobule des oreilles adhérent. Réflexes patellaires et achilléens exagérés à droite; le signe de Babinski est positif de ce côté.

Durant les mois qui suivent son entrée, on n'observe aucun changement dans l'état de S. M... La malade est calme, docile, bienveillante à l'égard des infirmières et des autres malades. Elle n'est pas gâteuse. Les crises convulsives affectent les caractères classiques : chute avec cri et perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques généralisées, urination et gâtisme le plus souvent, stertor consécutif. Les crises ont lieu aussi souvent le jour que la nuit; elles surviennent au nombre d'environ quinze chaque mois, malgré le traitement polybromuré. Pas de phénomènes particuliers pré ou postparoxystiques.

Le 9 mars 1909, S. M..., qui se tenait debout dans la salle de réunion, accouche en quelques minutes, sans pousser un cri et sans manifester la moindre douleur et la plus légère émotion, d'une fillette qui paraît extérieurement bien constituée. La délivrance et les suites des couches sont normales.

La malade ne peut donner aucun renseignement sur le père de son enfant, sur l'évolution de sa grossesse et sur les symptômes prémonitoires de l'accouchement; elle se contente de rire niaisement en disant : « Cela va bien », et ne manifeste, quand on lui présente sa progéniture, aucun sentiment affectueux.

La fillette paraît née à terme. Son poids est de 3300 grammes à la naissance. Elle paraît bien conformée extérieurement et ne présente aucune malformation physique et aucun stigmate apparent de dégénérescence. La peau est rosée, les chairs sont fermes, les traits du visage sont réguliers. On ne constate ni paralysies, ni autres troubles de la motilité.

Durant les premiers jours qui suivent la naissance, on ne note aucun phénomène pathologique. La fillette s'alimente bien (allaitement artificiel), est calme, dort suffisamment et ne présente aucun signe de sclérème ou d'athrepsie. Les fèces et les urines ne présentent rien de particulier. La température, prise matin et soir, est normale.

Le cinquième jour après la naissance, la fillette présente tout à coup une crise convulsive ayant les caractères suivants : cri initial, courte période tonique, puis convulsions cloniques généralisées à la face et aux membres, d'une durée de trois à quatre minutes; torpeur dans la suite sans stertor. Le sixième jour se produisent à nouveau quatre crises convulsives affectant les mêmes caractères. Pas de paralysie consécutive. La fillette s'alimente difficilement, dort mal, pousse fréquemment des cris. La température vespérale atteint 37°8. Le septième jour, les crises convulsives réapparaissent dans la soirée, se répètent et deviennent subintrantes. La température s'élève à 38°2 le matin, à 39°3 le soir. Un véritable état de mal est constitué au cours duquel la malade succombe, au matin du huitième jour après la naissance.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

Les organes thoraciques et abdominaux sont très congestionnés. On ne note aucune autre lésion.

Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte cranienne. Les méninges sont très congestionnées. Au niveau de la convexité des hémisphères elles présentent un aspect laiteux; le liquide céphalo-rachidien est limpide. La décortication du cerveau est impossible. Aucune lésion à noter sur les coupes vertico-transversales après durcissement au formol.

Examen histologique. Les lésions sont diffuses. La piemère est très vascularisée et infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires. Elle présente des épaississements irréguliers dus à la prolifération vasculaire et à l'infiltration embryonnaire du tissu conjonctif.

Les lésions sont plus accusées au niveau des sillons. La périvascularite est très nette ; les cellules embryonnaires sont disposées en amas irréguliers au niveau de l'adventice. On ne relève la présence d'aucun microbe. La pie-mère adhère complètement au cortex.

Les lésions du cortex sont moins intenses. Les vaisseaux sont très dilatés et gorgés de sang, mais on ne relève aucune lésion de leurs parois. La couche moléculaire, dans la région sous-méningée, est infiltrée de cellules embryonnaires. Pas de lésions des cellules nerveuses et de la névroglie. Cet examen a été pratiqué en comparant nos préparations à celles prélevées sur le cerveau d'un enfant normal du même âge.

Les méninges cérébelleuses présentent les mêmes lésions inflammatoires que celles que nous venons de décrire dans le cerveau. Pas de lésion du parenchyme.

On ne relève aucune lésion dans le bulbe.

* * *

En résumé, une femme atteinte d'imbécillité et d'épilepsie accouche d'un enfant qui paraît bien conformé. Cinq jours après sa naissance, sans cause apparente, l'enfant est atteint de crises d'épilepsie d'abord isolées, puis subintrantes. La mort survient à l'âge de huit jours. On constate à l'examen histologique des lésions diffuses de méningoencéphalite.

Cliniquement, cet enfant n'avait présenté, avant l'apparition des crises épileptiques, aucun symptôme de maladie cérébrale. Quand survinrent les premières crises on ne pouvait leur attribuer comme cause que l'hérédité. La constatation des lésions méningo-corticales de nature inflammatoire montre combien la notion de l'hérédité est insuffisante pour interpréter les cas d'épilepsie précoce. L'influence de l'hérédité se réduit à une simple prédisposition.

Il resterait encore à déterminer la pathogénie de ces lésions. On admet actuellement qu'elles peuvent apparaître non seulement à tous les âges de la vie, mais même chez le fœtus. Quand elles sont très prononcées et qu'elles surviennent aux premiers mois de la vie intra-utérine, elles peuvent être la cause première de certaines monstruosités. MM. Vaschide et Vurpas (1) rapportent l'observation d'un pseudo-anencéphale qui vécut trente-neuf heures et qui présenta deux crises épileptiques vingt heures après la naissance. L'examen histologique du système nerveux montra que les régions qui corres-

(1) Vaschide et Cl. Vurpas. *Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains*, p. 37, Paris.

pondaient à l'encéphale étaient le siège d'une vive inflammation.

L'étude de ces lésions méningo-encéphaliques, dont les conséquences sont si graves, est encore toute récente ; on ne peut faire que des hypothèses relatives à leurs causes. Il est probable qu'elles sont le résultat d'une réaction des enveloppes cérébrales et du cortex sous-jacent à des produits toxiques ou à un agent infectieux. L'évolution de cette méningo-corticalite, même si elle apparaît chez l'enfant après la naissance, est parfois insidieuse (1). Si, comme dans notre cas, elle peut se traduire par des crises d'épilepsie, parfois elle reste latente. Ce n'est que plus tard, souvent à l'âge de la puberté, que les lésions scléreuses corticales détermineront des accidents convulsifs ou même mentaux.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR PAR L'ABDUCTION ET LA ROTATION INTERNE

Le traitement des fractures du col du fémur a subi depuis une dizaine d'années une évolution (2).

Les données généralement admises étaient les suivantes : la fracture du col du fémur se produit surtout chez le vieillard, par suite de la raréfaction de son tissu osseux, aussi voit-on un traumatisme insignifiant, un simple faux pas la produire. Elle existe tantôt sans engrènement des fragments, avec une impotence absolue du membre et une déformation facile à corriger, tantôt avec engrènement et une déformation en adduction, rotation en dehors et raccourcissement. Dans ce dernier cas, il peut arriver que l'impotence fasse complètement défaut, et parfois le malade continue à marcher après l'accident. Kocher, Lucas-Championnière ont insisté sur ces cas qui peuvent être méconnus et pris pour une simple contusion de la hanche. Ce qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est que les vieillards peuvent mourir d'une fracture du col du fémur par congestion hypostatique, pneumonie, inappétence invincible, si l'on prolonge leur séjour au lit. Il faudra sacrifier à leur santé générale le traitement local et réduire au minimum le temps d'alitement. Dans les fractures avec engrènement, les malades seront levés dans un fauteuil dès les premiers jours et la marche reprise au plus tôt. Dans les fractures sans engrènement, c'est l'appareil à traction continue de Hennequin, permettant au malade de s'asseoir, qui sera appliqué pendant dix, quinze jours au plus, après quoi le malade sera progressivement mobilisé. Quelques auteurs préfèrent à la traction continue la pose d'une longue attelle externe.

Cette ligne de conduite générale tend sensiblement à se modifier.

Tout d'abord il faut reconnaître que l'on a peut-être exagéré le rôle de la raréfaction osseuse dans la genèse de la fracture du col du fémur, et que cette fracture existe à tous les âges. En premier lieu, c'est le décollement épiphysaire qui a été décrit chez l'enfant ; considéré au début comme une rareté, on a reconnu qu'il n'était pas exceptionnel depuis que la radiographie a montré le rôle qu'il jouait dans l'étiologie de la coxa vara. En second lieu, plus récemment, avec la radiographie on a pu constater que, en dehors du décollement épiphysaire, la fracture véritable du col existait chez l'enfant. Le plus souvent méconnue, elle aboutit à la formation d'une variété de coxa vara, la coxa vara traumatique trochantérienne décrite en particulier par M. Frœlich. Cette fracture vraie du col serait néanmoins, d'après beaucoup d'auteurs, exceptionnelle. Tel n'est pas l'avis de Royal Whitman qui l'a décrite le premier, et de M. Frœlich qui croit sa fréquence égale à celle des décollements épiphysaires, et qui, en une dizaine d'années, en a observé 5 cas.

Chez l'adulte, la fracture du col fémoral n'est pas une rareté, et entre cinquante et soixante ans on l'observe couramment. C'est ainsi que, au Massachusetts general hospital, en 1907, Scudder, sur 16 fractures du col du fémur, en observe 13 sur des sujets de moins de soixante ans.

Il ne faut pas croire que chez l'adulte, et à plus forte raison chez l'enfant, un gros traumatisme soit nécessaire pour produire la fracture du col. Il se produit des fractures par choc direct à la suite de traumatismes, chutes, écrasements dont la violence peut être très grande. Mais, comme chez le vieillard, il suffit souvent d'un traumatisme léger pour rompre le col : chute de quelques marches dans un escalier, un faux pas avec la chute de leur hauteur (elle n'est pas grande chez des enfants de trois à quatre ans, et il est possible, comme chez le vieillard, que le col soit quelquefois brisé avant la chute), chute sur un genou, ou encore le simple fait de danser en rond avec des camarades (Kirmisson), de sauter au cerceau (Joachimsthal) sans aucune chute, autant de traumatismes légers qui ont suffi à causer le décollement épiphysaire ou la fracture vraie du col chez l'enfant. Il ne s'agit pas ici de raréfaction du tissu osseux, et il faut reconnaître que le col fémoral est un point *mécaniquement* faible du squelette, une torsion du membre, un choc léger, surtout si la cuisse se trouve en abduction et en rotation en dehors, suffisent à produire sa fracture. Le dernier de ces mécanismes est bien mis en lumière par les fractures du col qui se produisent parfois dans les tentatives de réduction des luxations congénitales de la hanche.

D'autre part, de même que chez le vieillard, les fractures du col chez l'enfant et l'adulte peuvent exister sans grande douleur et sans impotence fonctionnelle. Des malades ont pu se relever après leur accident et regagner tant bien que mal leur domicile, parfois fort éloigné, ou encore monter un escalier (obs. III de Kirmisson, obs. de Sprengel, obs. I, IV et IX de Hoffa, obs. II de König, obs. VIII de Braman, dans la thèse d'A. Muller). Il peut s'agir ici de fractures incomplètes, mais le plus souvent, comme le montre la radiographie, d'un engrènement des fragments, de l'impaction du fragment le plus solide (le col) dans le fragment le moins solide (la tête ou plus souvent le grand trochanter).

Un premier point est donc bien établi, à savoir l'existence, avec une fréquence que des statistiques ultérieures préciseront, de la fracture du col fémoral dans l'enfance et l'âge adulte, pendant lesquels elle peut se présenter avec les mêmes caractères que la fracture classique du vieillard.

Un deuxième point a été étudié dans ces dernières années, particulièrement en Amérique : c'est le résultat éloigné obtenu par l'emploi des méthodes habituelles de traitement des fractures du col (traction continue, attelle externe, mobilisation). Ces résultats ne sont pas brillants.

L'examen de 500 malades traités au Bellevue hospital de New-York, dont nombre d'adultes vigoureux, montre que, plusieurs années après l'accident, chez beaucoup il n'y avait pas eu d'union, d'où une impotence considérable. Dans les cas les plus favorables, ceux avec engrènement primitif, il persiste de la boiterie et de la douleur, la cuisse est raccourcie, en adduction et rotation externe, avec perte presque complète de l'abduction et de la rotation interne. Il y a de la coxa vara à un plus ou moins grand degré.

Scudder, sur 16 fractures du col du fémur, dont 13 au-des-

(1) L. Marchand. Des méningites à évolution insidieuse considérées comme cause d'aliénation mentale, *Gaz. des hôpit.*, 6 avril 1905.

(2) Nous nous abstiendrons de parler ici des méthodes sanglantes dont les indications sont restreintes et très particulières.

sous de soixante ans, trouve que 13 malades sont obligés de se servir d'une béquille, d'une canne, ou ont de la difficulté à s'asseoir sur une chaise.

Chez 112 malades du Bellevue Hospital, J.-B. Walker trouve une mortalité de 16 p. 100 (et le chiffre doit être plus élevé à cause des transferts en médecine). Sur 52 malades retrouvés, 30 ont une incapacité complète (57,6 p. 100), 12 marchent avec une canne, et seulement 10 marchent bien (19 p. 100).

Ashhurst et Newell, sur 58 fractures du col soignées en trois ans à l'Episcopal hospital, trouvent les résultats suivants :

Morts : 16.

Malades qu'on a pu retrouver : 21.

Sur ceux-ci, 5 marchaient bien, 8 boitaient sans souffrir, 6 marchaient très péniblement et 2 présentaient une incapacité totale. Donc 38 p. 100 des sujets retrouvés présentaient une gêne considérable de la marche sur lesquels 10 p. 100 avaient une incapacité complète. Il est à remarquer que, dans ces cas, 2 seulement présentaient de la non-union des fragments, 74 p. 100 présentaient une union solide mais en mauvaise position. C'est donc là le facteur capital du mauvais résultat fonctionnel.

Dans les cas où l'on a été appelé à traiter les déformations consécutives à une fracture du col du fémur vicieusement consolidée, on a pratiqué, soit la résection articulaire, ou bien l'on s'est comporté comme dans la coxa vara essentielle, ostéotomie sous-trochantérienne, horizontale ou oblique (Frœlich, Kirmisson), en charnière (Codivilla), puis le membre est immobilisé dans une position inverse de la déviation, abduction, rotation interne.

Dans les cas relativement récents (deux mois au plus), on doit tenter sous anesthésie générale le désengrènement des fragments. On l'obtient d'ordinaire par des mouvements d'abduction, la cuisse étant fléchie à angle droit (comme dans la réduction de la luxation congénitale), ou encore par des mouvements de circumduction combinés avec des mouvements de bas en haut du fémur. Le désengrènement obtenu, la cuisse sera fixée en abduction forcée et rotation interne par un grand appareil plâtré allant des orteils aux fausses côtes. C'est la technique suivie dans la plupart des cas de coxa vara traumatique de l'enfant.

Les succès obtenus par cette manière de faire ont donné l'idée de traiter d'emblée les fractures récentes de la même manière.

Déjà pour les fractures avec engrènement, lorsque la déformation et le raccourcissement étaient considérables, ou si le sujet était jeune et vigoureux, on avait proposé de désenclaver partiellement (Tillaux) ou complètement les fragments sous anesthésie générale (Langenbeck, Southam), et de placer ensuite le membre en extension continue. M. Nélaton a présenté récemment à la Société de chirurgie (séance du 19 octobre 1910) une malade chez laquelle il avait suivi une technique analogue, et rapporte avoir pratiqué cette réduction 6 fois, même chez un sujet de quatre-vingt-un ans. Il est d'avis que chez un vieillard vigoureux, atteint de fracture extracapsulaire avec fort déplacement du membre, on peut souvent réduire le déplacement sous anesthésie et lui rendre un membre qui lui donnera une bonne marche.

Mais c'est Royal Whitmann (de New-York), puis Ewald et Lorenz (de Vienne) qui se sont faits les défenseurs du traitement des fractures du col du fémur, par la réduction, suivie du port d'un appareil plâtré maintenant le membre en abduction extrême et rotation interne.

Voyons d'abord la technique exposée par Whitman dans ses multiples publications, nous verrons ensuite les modifications apportées par les divers auteurs.

Pour avoir une restauration de la fonction, il importe, comme pour toute fracture, que le déplacement soit réduit, et que les surfaces fracturées soient ensuite maintenues juxtaposées. Dans les fractures du col sans engrènement, la déformation est due à la contracture musculaire qui élève le fémur, le fait basculer en adduction et en rotation externe, encore exagérée au lit par le poids du pied. Dans la fracture avec engrènement, le déplacement est dû et maintenu par l'engrènement lui-même, et la réduction ne peut être opérée que par la destruction de cet engrènement. Whitman remarque que cette correction de la difformité est ordinairement décrite comme une brisure, une manipulation violente. Or, l'engrènement est souvent très minime et se réduit par des manipulations douces. Il est rare qu'on ait à employer véritablement de la force.

Les fragments une fois mobilisés, il convient de les coapter rigoureusement. A la suite d'une série de recherches cadavériques, Whitman est arrivé à conclure que, dans les disjonctions épiphysaires aussi bien que dans la fracture du col à sa partie moyenne ou à son union avec les trochanters, on obtenait cette coaptation parfaite en plaçant la cuisse en abduction maxima, c'est-à-dire à 45 à 55 degrés, en même temps qu'en rotation interne.

Le mouvement d'abduction abaisse le fragment externe du col qui se trouvait plus élevé que le fragment interne et les met face à face.

Cette coaptation est favorisée par la tension de la partie inférieure de la capsule dans l'abduction. De plus, si l'on fixe le membre dans cette position par un appareil, la déviation n'a plus de tendance à se reproduire ; d'une part, les muscles pelvitrochantériens qui maintenaient l'ascension du fémur et sa rotation externe par leur contracture puis leur rétraction se trouvent relâchés ; d'autre part, lorsque l'abduction est poussée à sa limite extrême, le grand trochanter s'en vient au contact de la partie supérieure du sourcil cotyloïdien, et le moignon du col fracturé est accroché sous ce sourcil, son ascension devient impossible.

Voici comment, pratiquement, on procédera. Le malade, étendu sur une table, est endormi. Un aide maintient le bassin avec une main passée dans le pli cruro-génital du côté malade.

L'opérateur tire légèrement sur le membre inférieur, puis fléchit la cuisse à angle droit, en même temps que peu à peu, sans efforts violents, il l'amène en abduction et rotation externe. En même temps, l'aide, de sa main libre, appuiera sur le grand trochanter pour l'abaisser puis ensuite le repousser en dedans, manœuvre analogue à celle qui a été récemment décrite par Graveline.

Le plus souvent aucune force n'est nécessaire à produire la réduction. Si on n'y parvient pas, un lac de contre-extension placé dans le pli crural et fixé à la tête du lit ; les tractions et le mouvement d'abduction-rotation interne sont effectués plus énergiquement, alors que l'aide abaisse le trochanter de ses deux mains. En cas d'échec, exceptionnellement, on devrait avoir recours à une intervention sanglante pour effectuer la réduction.

La réduction obtenue, le membre sain étant placé dans l'attitude symétrique du membre malade, les deux épines iliaques étant sur le même plan, la mensuration montre que la distance des épines iliaques à la pointe de la rotule est la même des deux côtés.

Le malade est alors placé et maintenu avec soin sur le pelvi-support, et un appareil plâtré est appliqué avec la technique et les précautions habituelles.

Le malade est alors placé au lit pour un mois. Chaque jour il sera déplacé dans son lit, tourné sur un côté ou sur l'autre pour éviter les escarres. De plus, Whitman recommande, chez les sujets un peu âgés, de surélever, au moyen d'un petit tréteau, la tête du lit de façon à le placer dans une inclinaison de 20 à 25 degrés.

Cette position élevée du tronc prévient la congestion hypo-

statique, et en plus met la fracture dans une position où la congestion favorise la restauration. Après la quatrième semaine, le malade est levé; à la huitième, la partie jambière de l'appareil est enlevée et le genou mobilisé; enfin, huit jours après, le restant de l'appareil est supprimé.

Whitman insiste sur l'importance du traitement consécutif.

D'une part, le membre a tendance à se replacer peu à peu en adduction, position dans laquelle se met la hanche dès qu'elle est affaiblie ou douloureuse. Ce serait une des principales causes d'impotence après l'emploi des appareils à traction continue qui effectuent cette traction dans l'axe du corps. On fera faire des séances d'exercices au malade pour qu'il place le membre en abduction, sans quoi celle-ci perdrait vite de son étendue. De plus, il est nécessaire que le col n'ait pas à supporter en entier le poids du corps avant au moins six mois, avant que les mouvements de l'articulation soient redevenus libres et non douloureux.

Le malade portera pendant ce temps une longue attelle externe métallique à extension par crémaillère, analogue à celle de Schaffer.

La technique de Lorenz diffère, sur certains points, de celle de Whitman.

Dans les cas récents, la position vicieuse, résultant de l'engrènement, sera détruite. Dans les cas plus anciens, si on ne peut rompre le cal vicieux, Lorenz se contente de forcer ou de rompre les adducteurs pour placer le membre en abduction. Le résultat fonctionnel sera déjà bien supérieur.

Le membre sera placé en abduction et rotation interne dans un grand appareil plâtré allant des dernières côtes jusqu'au-dessous du mollet, avec une fenêtre pour la rotule. De plus, on aura soin de placer, en avant et en arrière de l'appareil, en contact avec la peau, un mouchoir de fil de coton; tous les jours des mouvements de scie de ce mouchoir permettront de nettoyer la région, d'y introduire de la poudre, et de pratiquer un massage des téguments qui entretiendra leur vitalité.

On laissera l'appareil en place huit semaines, puis on placera un étrier s'articulant au niveau du genou et permettant sa mobilisation et le massage.

Mais ce qui différencie surtout la technique de Lorenz, c'est qu'il fait marcher le malade dès le début en assujettissant dans le plâtre un étrier métallique prenant point d'appui sur le bassin.

Ces méthodes ont donné des résultats satisfaisants pour le traitement de la fracture du col fémoral chez l'enfant et l'adulte. Peut-on les appliquer au vieillard?

Whitman fait montre de réserves à cet égard et conseille de choisir avec soin ses cas. Il n'a pas appliqué sa méthode chez des sujets plus âgés que soixante-trois ans, et sur des malades vigoureux et en bonne santé. Il est certain que l'anesthésie, le traumatisme nécessité par la réduction, le poids et la gêne de l'appareil sont des inconvénients mal compensés par la possibilité de retourner le malade et de le mettre en position déclive. Aussi, chez les sujets très âgés et affaiblis, il conseille de s'abstenir.

Lorenz a appliqué sa méthode chez des sujets âgés, mais alors il n'a pas cherché à fracturer à nouveau le col fémoral, et s'est contenté d'appliquer un appareil plâtré maintenant le membre dans la position de correction maxima obtenue sans anesthésie générale.

J. Porter Fiske considère que le traitement ambulatoire peut devenir, chez le vieillard, un traitement d'urgence. Depuis 1896, il l'a employé dans tous les cas, même chez des vieillards déjà en état de congestion pulmonaire et de fièvre (38°8) avec un excellent résultat. L'important est de traumatiser le moins possible le malade et d'appliquer rapidement l'appareil.

Il place le malade en suspension verticale avec le trépied et la mentonnière de Sayre. Le malade, soutenu par des aides, est ainsi suspendu, le pied du côté sain reposant sur une caisse de 20 centimètres de hauteur. Le membre malade soutenu par un aide est tiré doucement et amené sans effort, sans chercher à désengréner de force, en abduction. Le plus souvent on atteint ainsi facilement 20 degrés d'abduction. Le plâtre est appliqué très rapidement en protégeant toutes les saillies osseuses par des feutres, et en appliquant le foulard de Lorenz. Au bout de quarante-huit heures le malade se lève avec une semelle de liège de 10 centimètres sous le pied sain. On le promène dans une chaise inclinée spéciale.

L'appareil est laissé de six à douze semaines. Le malade marche ensuite avec un petit appareil de soutien pendant deux à six mois.

En cas de faiblesse trop grande, l'appareil sera appliqué en position horizontale, sur le pelvi-support, avec extension et contre-extension. Avec cette méthode, chez les sujets âgés, la mortalité est très faible; quant aux résultats fonctionnels, ils sont naturellement fort inégaux selon les cas.

A côté des appareils plâtrés, une autre manière de traiter les fractures du col chez le vieillard peut être employée.

C'est l'application d'appareils à attelles métalliques permettant aussi une mobilisation très précoce et la marche avec des béquilles. Le plus répandu de ces appareils est la grande attelle métallique à courroies de Thomas, prolongée souvent jusque dans l'aisselle (appareil de Bradford). Beaucoup d'auteurs américains préconisent cette façon de faire. On peut encore, à l'exemple de R.-E. Soule, appliquer l'attelle à traction continue pour la hanche, de Taylor. Le membre, après réduction de l'engrènement, est placé en bonne position d'abduction à 20 degrés. Il est fixé ainsi par l'attelle à traction, la contre-extension est exercée par des sous-cuisses solides.

Hasslauer a décrit récemment un appareil analogue pour le traitement ambulatoire de la fracture du col du fémur chez le vieillard. Après réduction, le membre est retenu en abduction forcée par un système d'attelles de métal qui permet l'extension continue.

Enfin, l'application du traitement en position d'abduction n'est pas exclusif aux appareils plâtrés et métalliques, permettant ou non la marche.

D'après Whitman, une des principales causes de la médiocrité des résultats fonctionnels obtenus avec les appareils à traction continue provient de ce qu'on s'attache à ramener le membre dans l'axe du corps. Non seulement les fragments sont maintenus en mauvaise position, mais surtout la rétraction musculaire entraîne par la suite une perte presque complète de l'abduction; le membre se fixe en adduction et flexion, d'où une gêne fonctionnelle considérable.

Il semble avantageux, dans bien des cas, dans l'appareil d'Hennequin, de placer la cuisse en abduction, ce qui entraîne la suppression de la gouttière métallique. On peut, à l'exemple de G.-H. Pringles, maintenir la position d'abduction-rotation interne, en soutenant le membre par de volumineux sacs de sable.

On doit rapprocher de cette disposition l'appareil à traction continue selon deux axes, l'un longitudinal, l'autre selon la ligne des deux épines iliaques, qui constitue le principe de l'appareil très usité en Amérique sous le nom d'appareil de Maxwell-Ruth.

En résumé, nous devons retenir que la fracture du col fémoral n'est pas l'apanage exclusif du vieillard, et qu'on l'observe à tout âge. Chez les sujets jeunes ou robustes, la fracture du col du fémur a le droit d'être traitée rationnellement, comme toutes les fractures, c'est-à-dire par la réduction du déplacement et l'affrontement exact des parties. La position en abduction-rotation interne de Whitman semble réaliser ces desiderata. On maintiendra cette position selon les circonstances, le milieu, les possibilités de chaque cas

par un appareil plâtré, à attelles métalliques, ou même un appareil à traction continue.

Mais chez l'adulte et surtout l'enfant, l'appareil plâtré, bien appliqué, doit assurer la contension de beaucoup la meilleure.

Chez le vieillard, la conduite différera selon chaque cas. Tantôt chez les sujets robustes, la réduction sera indiquée; dans la majorité des cas, on devra se contenter, à l'exemple de Lorenz et de Fiske, de réduire la déviation au minimum sans traumatisme et sans anesthésie, et d'appliquer un appareil permettant le lever et la mobilisation précoce. Chez les sujets très âgés et très affaiblis, on négligera complètement le traitement orthopédique, ne s'occupant que de l'état général, et ne cherchant, par le lever aussi précoce que possible, qu'à éviter les complications menaçant à bref délai la vie du malade.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

A. MULLER. *Fractures et décollements épiphysaires du col du fémur chez les enfants et les adolescents*, Th. de Paris, 27 avril 1904.

A. VALENÇON. *Des Décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur*, Th. de Paris, 1904.

FRŒLICH. Coxa vara traumatique, *Revue méd. de l'Est*, mars 1905.

SCUDDER. *Traitement des fractures*, 6e édition, p. 336, Philadelphie, 1907.

W. E. GALLIE. La fracture du col du fémur. Un nouveau traitement, *The Canada Lancet*, sept. 1907, vol. XLI, n° 1, p. 9 à 16.

J. B. WALKER. *Ann. of surg.*, 1908, t. I, p. 84.

Astley Paston COOPER ASHHURST et William NEWELL. Traitement conservateur des fractures du fémur, *Ann. of surg.*, nov. 1908, t. XLVIII, p. 748.

HALDENWANG. Les fractures vraies du col du fémur dans l'enfance et l'adolescence, *Beit. z. klin. Chir.*, 1908, t. LIX, f. 1, p. 81 à 99.

R. WHITMAN. Fractures du col fémoral, *Soc. de chir. de New-York*, 8 avril 1908.

GRAVELINE. Symptôme et procédé de réduction inédit des fractures intracapsulaires du col du fémur, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 30 janv. 1909, n° 5, p. 113.

LORENZ. Fractures du col du fémur chez l'enfant, *Verhandl. der deut. Gesell. f. orthop. Chir.*, *VIIIe Congrès*, 1909.

Robert E. SOULE. Le traitement des fractures du col du fémur, *New-York med. Journ.*, 2 janv. 1909, p. 22-23.

SANGIORGI. Déformations consécutives à la fracture intracapsulaire du col du fémur chez le vieillard, *Arch. di ortop.*, déc. 1909, t. XXVI, f. 6.

R. WHITMAN. Nouvelle contribution au traitement par l'abduction des fractures du col du fémur, *Zeit. f. orthop. Chir.*, 1909, t. XXIV, f. 1 et 2; — Traitement opératoire de la fracture du col du fémur, *Ann. of surg.*, oct. 1909, t. L, n° 4, p. 797.

LORENZ. Traitement ambulatoire par l'extension, abduction extrême et rotation légère des fractures du col fémoral, *Prag. med. Woch.*, 21 oct. 1909, t. XXXIV, n° 42.

J. Hogarth PRINGLE. Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur et leur traitement, *The Practitioner*, oct. 1909, vol. LXXXIII, n° 4, p. 535 à 541.

R. WHITMAN. Fracture du col fémoral chez les enfants. Coxa vara traumatique et son traitement, *Centralbl. f. Chir.*, 5 mars 1910.

LORENZ. Sur le traitement ambulatoire des fractures du col fémoral par extension avec abduction, extension et légère rotation en dedans, *Zeit. f. orthop. Chir.*, 1910, t. XXV, p. 76.

HASSLAUER. Traitement ambulatoire des fractures du col du fémur, *Soc. des méd. de Leipzig*, séance du 14 déc. 1909; — *Münch. med. Woch.*, 25 janv. 1910, n° 4, p. 217.

James Porter FISKE. Traitement de la fracture du col du fémur chez le vieillard, *New-York med. Journ.*, 29 janv. 1910, p. 233-235.

Paul F. ELA. *Id.*, 5 fév. 1910, p. 286 à 288.

William Mac GREW. *Id.*, p. 288.

A. H. SILVERMANN. *Id.*, p. 288.

LOMBARD. *Contribution à l'étude des fractures du col du fémur chez les enfants*, Th. de Nancy, 22 mars 1910.

Robert JONES. Traitement des fractures du col du fémur, *Proc. of the royal Soc. of med.*, déc. 1910.

Royal WHITMAN. Traitement par l'abduction des fractures du col du fémur, *Ann. of surg.*, avril 1911, vol. LIII, n° 4, p. 489-499.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1911)

Action de l'eau de seltz sur le plomb, l'étain et l'antimoine. Causes d'intoxication par altération chimique. — M. A. BARILLÉ a étudié l'action exercée par l'eau de seltz sur le plomb, l'étain et l'antimoine, métaux qui entrent dans la composition des armatures dites têtes de siphon. En dépit des règlements de police qui limitent toujours à 10 p. 100 le taux légal du plomb, il circule à Paris des siphons dont l'armature contient 40 p. 100 de plomb. Quelle que soit d'ailleurs la teneur en plomb métallique des garnitures des siphons d'eau gazeuse, et même réduite au titre légal admis pour les étamages, il peut se dissoudre à la longue une quantité à peu près constante de plomb et même d'étain.

Ces deux métaux ne peuvent exercer sur l'organisme qu'une influence morbide spécifique. Pour se prémunir contre de tels dangers il ne faut consommer que des eaux gazeuses récemment fabriquées ou mieux contenues dans des récipients à l'abri de tout contact métallique.

Etude de l'action sur le cerveau de la déformation annulaire du crâne des Gallo-Romains à l'aide des moulages intracraniens. — M. Marcel BAUDOIN.

Venins et antivenins. — M. Maurice ARTHUS et Mlle BOLESLAWA-STAWSKA, d'une série d'expériences in vivo et in vitro, concluent que la neutralisation du venin par l'antivenin est instantanée; cette vitesse d'action de l'antivenin sur le venin rappelle donc bien plutôt les réactions chimiques telles que la neutralisation d'un acide par une base, que les réactions diastasiques.

Le diagnostic de la maladie du sommeil par l'examen des propriétés attachantes du sérum. — MM. C. LEVADITI et S. MUTTERMILCH ont cherché à utiliser pour le diagnostic de la maladie du sommeil la propriété qu'ont les trypanosomes, en présence d'un sérum spécifique, de s'attacher au corps des leucocytes vivants ou détruits. Les résultats obtenus par les auteurs sont assez encourageants, mais l'examen d'un grand nombre de cas, et à toutes les périodes de l'infection, permettra seul d'apprécier à sa juste valeur ce nouveau procédé de diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

Quelle que soit la gravité de l'affection, que l'on mette l'enfant au régime lacté mitigé, aqueux, ou aux bouillons de légumes, on prescrira, à chaque repas, une demie ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne, ce remède étant en général suffisant à lui seul pour rétablir les fonctions digestives et arrêter la diarrhée.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 24 juin 1911.) G. CORIN : Ruptures traumatiques du cœur. — BORDET : L'intervention des plaquettes sanguines dans la coagulation du sang.

Æsculape. — (N° 6, juin 1911.) GOUGEROT : Voyage médical en Italie. — MATIGNON : L'école de médecine de l'Indochine. — J.-A. SICARD : A propos de tableaux exécutés sous la suggestion hypnotique. — LEPAITRE : Quelques anomalies de la figure humaine. — GELEY : Spiritisme et métapsychisme. — F. REGNAULT : Terres cuites pathologiques de l'époque alexandrine. — HACHE : L'hôpital français du Caire.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1911.) G. BRISSY : Des injections d'huile grise. Etude histologique et histochimique des granulations intracellulaires qu'on trouve dans les foyers. — BOISSEAU et PRAT : Syphilis héréditaire dystrophique (osseuse et oculaire) de seconde génération. Réaction de Wassermann positive. — W. DUBREUILH : Sarcomatose cutanée infantile. — R. SABOURAUD : Fréquence de la pelade aux différents âges. — E. BITOT : Du prurit tabétique.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1911.) P. BELLON : Elimination des buées dans les teintureries et ateliers en général. — J. MINET et J. LECLERCQ : L'anaphylaxie en médecine légale. — G. DELAMARE : Epidémie de diphtérie.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1911.) SIEUR et ROUVILLOIS : Traitement chirurgical des antrites frontales. Etude critique des accidents consécutifs. — GROSSARD et KAUFMAN : Des complications de l'adénoïdectomie. — (N° 6, juin.) R. BOTEY : Un cas de myxome pur malin naso-maxillaire avec propagation fronto-orbitaire et méningée. Résection atypique du maxillaire inférieur et de l'ethmoïde. — SIEUR et ROUVILLOIS : Traitement chirurgical des artères frontales. Etude critique des accidents consécutifs (*suite*).

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, juillet-août 1911.) MAIRET : Le vagabondage constitutionnel des dégénérés. — J. TASTEVIN : L'asthénie postdouloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). — HANNARD et GAYET : De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord (1871-1899). — RÉGIS : Déséquilibration mentale et divorce. Affaire Par... Rapport médico-légal. Jugement. — Edmond CORNU : Documents d'outremer : des infirmières dans les quartiers d'hommes aliénés. Traitement des phases aiguës de l'aliénation mentale par l'alitement en plein air.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 6, juin 1911.) CHABANNE : La péritonite typhoïdique dans la marine française (de 1900 à 1910). Ses variétés. Son traitement (*fin*). — D'AUBER DE PEYRELONGUE : L'anémie du personnel attaché à la télégraphie sans fil à bord des bâtiments de guerre. — BAYLON : Notions de métallographie.

Biologica. — (N° 7, 15 juillet 1911.) Et. RABAUD : Les plantes à piquants. — RIVET : L'Amérique du Sud est-elle le berceau de la race humaine ? — L. LALOY : L'infibulation et la ligature du prépuce chez les Grecs et les Romains.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 juin 1911.) G. BARDET : Stations thermales et climatiques de France. Ce qu'elles sont. Ce qu'elles devraient être. — S. BERNHEIM et DIEUPART : Traitement de la tuberculose par l'iode menthol radio-actif.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 6 juin 1911.) WERNER et CAAN : Electro et radiochirurgie au service du traitement des tumeurs malignes. — STIERLIN : La radiographie dans le diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. — FICHLER : Sur l'atonie du cæcum et les affections voisines. — KAUFMANN et KIENBÖCK : Sur le rythme du péristaltisme gastrique. — BOVERI : Névrite familiale hypertrophique : type Gombault, Dejerine et Sottas et type Pierre Marie. — LÜDIN : Sur l'action analgésique de l'hexamekol, nouvelle préparation de gaïacol. — DESNEUX et DUJARDIN : La neurorécidive après le traitement de la syphilis par le salvarsan. — JORES : La septicémie typhique. — ZOEPPRITZ : La mélanurie sans tumeurs mélaniques. — HAUSMANN : Actions nocives de la paraffine liquide. — (N° 24, 13 juin 1911.) SEITZ : Hormones ovariennes comme cause de développement des fibromes. — ROLLY : Influences exercées sur les réactions cutanées provoquées par les toxines bactériennes. — FRANK et SCHITTENHELM : Sur la nutrition par les préparations d'albumine profondément modifiées. — REICHER et LENZ : Adrénalinémisation comme protection dans la radiothérapie. — HAMBURGER : Diagnostic pratique de la pleurite infantile. — KÜMMELL : Sur les tumeurs de la région hypophysaire. — HEIMANN : Sur les hémorragies du post-partum. — PASCHEN : Diagnostic de la variole. — BRÜNING : Remarques sur l'irrigation rectale durable. — STEIN : Traitement par la diathermie. — STOKAR : Le traitement par le salvarsan dans la main du praticien. — MAYER : Sur un cas de césarienne suprasymphysaire répétée. — HARTMANN : Nouveau cas de césarienne suprasymphysaire répétée. — BLECHER : Rupture traumatique de la rate dans la maladie de Banti. Splénectomie, Guérison. — WITTERMANN : Contribution à la connaissance de l'alcoolisme à Munich. — BEISELE : Nouvelle méthode d'emploi du salvarsan.

Semaine gynécologique. — (N° 22, 30 mai 1911.) R. PICHEVIN : Opérations pendant la menstruation. — (N° 23, 6 juin.) PICHEVIN : Les eaux minérales et le traitement des maladies des femmes. — (N° 24, 13 juin.) R. PICHEVIN : Des déchirures complètes du périnée. — (N° 25, 20 juin.) PICHEVIN : Appendicite et ovaro-salpingite ; — La méthode de Beck.

Semaine médicale. — (N° 23, 7 juin 1911.) CHARTIER : La désintoxication rapide de la morphine et de la diacétylmorphine considérée au point de vue hématologique. — (N° 24, 14 juin.) LEJARS : Les diverticulites chroniques d'emblée. — (N° 25, 21 juin.) R. LÉPINE : Etat actuel de la question de la glycolyse.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 10, 30 mai 1911.) COLANÉRI : Radiologie gastrique et intestinale. — (N° 11, 15 juin.) G. D'HOTEL : Hypo-calcification physiologique des os. Fractures.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 8 juin 1911.) KATZ et LICHTENSTEUN : Etude expérimentale sur les fonctions rénales. — EHRLICH : Sur le traitement des fractures et des blessures. — HERZ : Sur la gelina digitalis. — WAGNER : Sur un cas de dilatation aortique avec rétrécissement de son orifice et de l'orifice veineux gauche. — UNGAR : Les épidémies de typhoïde de Hermannstadt. — (N° 24, 15 juin.) HEITLER : La localisation des bruits du cœur. — HAMBURGER : Sur l'exacerbation tuberculeuse. — EPSTEIN et DEUTSCH : Examen de la méthode de la réaction de Wassermann modifiée par Müller et Landstenier avec un sérum non inactivé. — REICHENSTEIN : Glycosurie alimentaire et glycosurie adrénalique.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES SPLÉNOMÉGALIES (1)

F. MALADIES DU SANG. — Parvenu à ce point de la discussion du diagnostic étiologique, quelles que soient les conclusions auxquelles il semble aboutir, le clinicien, pour s'éviter souvent de graves erreurs, doit, de toute nécessité, penser toujours aux splénomégalies liées aux maladies du *système hématopoïétique*, pratiquer un examen du sang en vue d'affirmer ou d'éliminer le diagnostic toujours possible de LEUCÉMIE.

Cliniquement, il est vrai, bien des faits auront orienté déjà vers ce diagnostic, surtout vers celui de leucémie myéloïde; c'est en particulier l'hypertrophie splénique considérable, la faible réaction ganglionnaire, l'hypertrophie hépatique, l'anémie, les antécédents de paludisme, etc.

Mais le diagnostic de leucémie ne pourra être affirmé qu'après un examen du sang, précisant s'il s'agit de la variété *myéloïde* ou *lymphoïde*. Nous n'insisterons pas ici sur les particularités de cet examen, détaillé déjà dans une des questions d'internat (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 1).

Parfois, alors que cliniquement le tableau de la leucémie est à peu près au grand complet, l'examen du sang ne révèle aucune leucocytose : il s'agit alors, ou de *pseudo-leucémie* relevant d'infections chroniques, ou de *lymphadénie aleucémique*.

L'examen du sang permet également, en plus de ces variétés, de découvrir dans certains cas des syndromes très spéciaux, très exceptionnels, dont l'étude sort un peu de cette description, et qu'il suffira tout simplement de mentionner, précisément en raison de leur rareté.

C'est tout d'abord la *splénomégalie* avec POLYGLOBULIE (Vaquez, Clerc); ce sont ensuite les *splénomégalies* avec *anémie* (ANÉMIE SPLÉNIQUE), soit lymphogène (pseudo-leucémie des auteurs allemands), soit myélogène (Clerc et Weil) équivalant soit à une leucémie fruste, soit à une sarcomatose ganglionnaire irritant le tissu myéloïde; cette forme d'anémie splénique s'observe très souvent chez le nourrisson : c'est alors la maladie de *Von Jacks-Luzet*, simple syndrome, que la syphilis, le paludisme, la tuberculose, le rachitisme, etc., peuvent provoquer.

G. MALADIES PRIMITIVES DE LA RATE. — En dernière analyse enfin, si le clinicien n'est pas parvenu à préciser l'étiologie de la splénomégalie, il lui faudra alors discuter des diagnostics d'EXCEPTION : l'*épithélioma primitif de la rate*, ou maladie de Gaucher, affection toujours difficile à affirmer sans modifications sanguines, à marche rapide, avec une hypertrophie splénique très considérable, sans ictère vrai, ni ascite; le *sarcome*, le *cancer* primitif de la rate; mais avant d'adopter l'un quelconque de ces diagnostics, il faudra s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une *tumeur kystique*, spécialement d'un KYSTE HYDATIQUE, bien étudié par M. Dieulafoy qui en a décrit plusieurs variétés (kyste central, kyste extériorisé, kyste juxta-splénique). Le diagnostic s'affirmera par la réaction de Weinberg, la recherche de l'éosinophilie, etc.

En l'absence de tout diagnostic ferme, il restera, en dernier lieu, à adopter l'hypothèse, ou bien d'une *splénomégalie primitive de Debove et Brühl* (le plus souvent ressortissant d'ailleurs à une affection sanguine nécessitant l'interprétation délicate de formules hématologiques complexes, bien étudiées par MM. Clerc et Weil), ou de MALADIE DE BANTI.

Maladie de Banti. — Cette affection, très discutée d'ailleurs comme entité clinique, est constituée tout d'abord par une splénomégalie, puis par une anémie à marche lente mais progressive, avec coloration jaunâtre des muqueuses, enfin par l'apparition d'une ascite.

La majorité des auteurs tend, à l'heure actuelle, à considérer cette maladie comme un syndrome que réalise surtout la cirrhose de Laënnec.

RÉSUMÉ. — D'une manière un peu schématique, on peut dire que, *chez l'enfant*, la constatation d'une splénomégalie doit éveiller l'idée de la syphilis héréditaire, du rachitisme et de l'anémie splénique, ou maladie de Von Jacks-Luzet, véritable syndrome, qui est l'aboutissant de nombreuses affections.

Chez l'adulte, si la splénomégalie est moyenne, s'il y a de l'ascite, il faut penser aux affections cardiaques, à la cirrhose de Laënnec ; si la splénomégalie est plus considérable, aux cirrhoses biliaires, et surtout aux infections et intoxications chroniques, surtout alcoolisme, paludisme, syphilis, tuberculose quelquefois, ou à l'association de plusieurs de ces facteurs. Si la splénomégalie est très considérable enfin, il faut penser aux variétés de cirrhose hypersplénomégalique, aux ictères hémolytiques et surtout aux affections sanguines, spécialement à la leucémie myéloïde.

Diagnostic du pronostic. — Le diagnostic clinique doit se compléter d'une appréciation du pronostic ; ce pronostic est essentiellement différent, suivant l'affection causale, mais en général, il est toujours plutôt assez sévère.

Diagnostic du traitement. — Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic du traitement, essentiellement variable suivant l'affection causale.

On a proposé la *splénectomie*, au début de la *maladie de Banti*; les résultats opératoires diffèrent beaucoup suivant les auteurs ; il faut absolument s'opposer au traitement chirurgical, s'il s'agit d'un ictère *hémolytique acquis*, justiciable de la médication martiale. Par contre le traitement chirurgical est indiqué, en cas de kyste hydatique, d'épithélioma de la rate.

Signalons les heureux effets des rayons X, sur les rates leucémiques, du traitement spécifique en cas de syphilis, etc.

Diagnostic physio-pathologique et anatomique. — Le diagnostic complet du syndrome « splénomégalie » comporterait encore la discussion de ces deux chapitres, mais nous nous contenterons d'en indiquer les grandes lignes, car il ne nous semble pas que ce côté du problème demande à être très développé.

A. DIAGNOSTIC ANATOMIQUE. — a. *Macroscopique.* Aspect extérieur, consistance, périsplénite, adhérences, poids. b. *Microscopique.* Interprétation de la variété histologique de l'hypertrophie, bien étudiée par Gauckler dans les cirrhoses, par Vaquez et Giroux, dans l'ictère hémolytique; par Gaucher, dans l'épithélioma primitif de la rate, etc.

B. DIAGNOSTIC PHYSIO-PATHOGÉNIQUE. — Rôle de l'hypertension portale, rôle de la bile, de l'infection, de l'adultération sanguine, processus hémolytique, hémolysinique, etc.

BIBLIOGRAPHIE. — WEILL et CLERC. Diagnostic des splénomégalies chroniques, déc. 1905. — GAUCKLER. *De la rate dans les cirrhoses.* Th. de Paris, 1905. — LEVI-SIRUGUE. Des relations morbides de la rate et du foie, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1905. — QUESTIONS D'INTERNAT : Les ictères hémolytiques; — Les leucémies, *Gaz. des hôpit.*, 1911.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 81, p. 1238, n° 84, p. 1274 et n° 87, p. 1310.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la volonté. Maîtrise de soi-même. Influence sur autrui, par le docteur Géraud BONNET. Deuxième édition, revue et augmentée. In-18, 302 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Guide pratique de l'infirmière-hospitalière et de l'infirmier-brancardier. Bandages usuels. Premiers soins d'urgence. Relèvement et transport des malades et des blessés, par le docteur Edmond MORIN. (Publié sous le patronage de la Croix-Rouge, Union des femmes de France.) In-8° écu avec 200 figures. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

Les Localisations cérébrales. Esquisse médicale et psychologique, par le docteur Jean FERRAND, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES « GOUTTES DE LAIT ». — Le IIIe Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge « Gouttes de lait » se tiendra à Berlin, du 11 au 15 septembre prochain :

Peuvent faire partie du Congrès en qualité de membres toutes personnes, messieurs et dames, qui s'occupent de la protection de l'enfance du premier âge d'une manière scientifique ou pratique. Le Comité d'organisation se réserve toutefois le droit de refuser toute demande d'adhésion qui ne paraîtrait pas suffisamment justifiée.

La cotisation est fixée à 25 francs pour chaque membre.

Peuvent y participer à titre d'associées les personnes de la famille d'un membre du Congrès qui ne désireraient pas elles-mêmes faire partie du Congrès comme membres, ainsi que les élèves de toutes les facultés.

La cotisation pour les personnes associées est fixée à 12 fr. 50.

Les personnes associées sont invitées aux fêtes et aux réceptions officielles et peuvent, en outre, assister aux séances. Elles ne reçoivent pas les publications et ne prennent non plus part aux discussions.

Peuvent se faire représenter par un délégué au Congrès les corporations, les administrations et les autres organisations pour la protection de l'enfance du premier âge. La cotisation en sera payée sous le nom du délégué.

Tout membre du Congrès recevra un exemplaire des comptes rendus qui seront publiés après le Congrès.

Adresser les adhésions et toutes demandes de renseignements au docteur P. Grasset, 27, rue de Clocheville, à Tours.

ÉCOLE DES INFIRMIÈRES. — Le 5 octobre va s'ouvrir à la Salpêtrière un examen pour l'admission de cent élèves à l'école des infirmières de l'Assistance publique.

Cette école, destinée à former des infirmières pour les hôpitaux de Paris, reçoit les élèves gratuitement — exception faite du trousseau évalué à 60 francs — sous la condition d'un engagement de servir trois ans dans les hôpitaux, et — ce qui est plus intéressant — assure de droit après les deux années d'études un poste d'infirmière de deuxième classe à ses élèves brevetées; cette situation comporte, outre les avantages habituels des services administratifs, retraites, congés, etc., un traitement en argent de 700 francs par an en plus de la nourriture, du blanchissage, de l'habillement et du logement en chambre. Les brevetées choisissent leur affectation aux places vacantes dans les nombreux établissements de l'Assistance publique soit à Paris, soit aux environs de Paris, soit en province (Berck, Hendaye, etc.).

Aucun diplôme n'est exigé à l'entrée ; âge de dix-neuf à vingt-six ans. L'examen médical est très sévère ; une très bonne santé est indispensable. Pendant l'examen les candidates venues de province sont logées et nourries gratuitement à l'Ecole. Se faire inscrire, 3, avenue Victoria (administration générale de l'Assistance publique, service de la direction).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trentième et unième semaine, 1029 décès au lieu de 1159 pendant la semaine précédente et au lieu de 800, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 42, au lieu de 35 pendant la semaine précédente (moyenne 29).

La rougeole a causé 18 décès, au lieu de 33 pendant la semaine précédente (la moyenne est 11); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 168 (au lieu de 256 précédemment et au lieu de la moyenne 274).

La diarrhée infantile a causé 107 décès de 0 à 1 an, au lieu de 140 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 87 décès, au lieu de 135 pendant la semaine précédente, et au lieu de 91, moyenne ordinaire de la saison.

La méningite simple a causé 14 décès (moyenne 17).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Méthode d'Ehrlich. Traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsenobenzol (salvarsan). Etude clinique et thérapeutique, par le docteur E. EMERY, médecin de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. Avec une préface du professeur EHRLICH. Un vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 204 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La Tuberculose des petits os longs de la main et du pied chez l'enfant, par le docteur BAILLEUL. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU MAL DE POTT
CHEZ L'ENFANT

Par M. ANDRIEU,
Chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le mal de Pott a été défini : une tuberculose des vertèbres caractérisée ordinairement par une gibbosité et pouvant s'accompagner de paraplégie et d'abcès par congestion.

La tuberculose s'attaque en effet très fréquemment aux vertèbres et plus particulièrement à leur partie antérieure, au corps vertébral, tandis qu'il est exceptionnel que l'arc postérieur soit envahi.

La destruction du tissu spongieux des corps et celle des disques fibro-cartilagineux interposés forme une solution de continuité dans le rachis. C'est une véritable fracture pathologique dont le fragment supérieur doit, de toute nécessité, prendre appui sur l'inférieur afin de lui transmettre son poids. Ce rapprochement des deux fragments se ferait par simple tassement si les arcs postérieurs des vertèbres détruites ne s'y opposaient. Il se fait donc une *inflexion :* le fragment supérieur s'incline jusqu'à toucher l'inférieur sur lequel il vient s'appuyer, d'où formation d'un angle ouvert en avant tandis que les arcs postérieurs refoulés en arrière forment une saillie, une *gibbosité*.

Le processus ne s'arrête pas là. Toujours sollicités par la pesanteur et sous l'influence de la contracture musculaire, les deux fragments au contact s'usent par ulcération compressive, et de nouveaux corps vertébraux peuvent être ainsi détruits tandis que leurs arcs postérieurs vont concourir à l'augmentation de la gibbosité.

Cette fonte osseuse donne lieu à la production d'abcès ossifluents qui resteront sur place : *abcès sessiles*, ou fuseront le long des gaines musculaires voisines : *abcès par congestion*. L'ouverture intempestive spontanée ou chirurgicale de ces collections donne lieu à des complications (fistulisation et infection secondaire) qui aggravent singulièrement le pronostic.

La moelle peut avoir à souffrir dans ces délabrements. Elle peut être comprimée par coudure sur l'angle d'inflexion, mais c'est exceptionnel. Ordinairement la compression médullaire est due aux abcès et aux masses caséeuses voisines, et donne lieu à des troubles nerveux divers.

Même dans les formes de mal de Pott dépourvues de complications et paraissant bénignes, la durée de la maladie est toujours longue puisqu'elle varie entre trois et cinq ans.

Tel est, en grand, le tableau de l'évolution du mal de Pott; il peut présenter des variantes suivant les régions atteintes. C'est ainsi que la gibbosité appartient surtout au mal de Pott dorsal, la destruction d'un petit nombre de vertèbres cervicales ou lombaires ne donnant presque pas d'inflexion. C'est encore le mal de Pott dorsal qui donne la paraplégie rare au cou (sauf dans le mal sous-occipital dont nous ne nous occuperons pas), exceptionnelle aux lombes.

Par contre, l'abcès, rare au dos, est plus fréquent au cou et commun dans le mal de Pott lombaire.

Il sera nécessaire d'avoir présentes à l'esprit ces notions de nature, d'évolution et de siège du mal vertébral pour instituer un traitement de quelque efficacité. Pour procéder avec ordre, reprenons les termes par quoi nous avons défini la maladie qui nous occupe : *Tuberculose vertébrale caractérisée par une gibbosité pouvant s'accompagner de paraplégie et d'abcès par congestion.*

Tuberculose, donc maladie générale nécessitant un traitement général.

Gibbosité, *paraplégie*, *abcès*, autant d'éventualités qui réclameront un traitement préventif ou curatif.

I

Traitement général. — Le traitement général des tuberculoses chirurgicales et du mal de Pott en particulier a été longtemps considéré comme négligeable, et actuellement quelques chirurgiens tendent à reprendre cette idée pour leur compte. Nous pensons que c'est à tort et que, toutes choses égales d'ailleurs, les pottiques supportent beaucoup mieux leur longue maladie dans des conditions d'hygiène convenables que dans des conditions contraires.

On donnera de médicaments le moins qu'il sera possible. On peut faire exception pour l'huile de foie de morue pendant l'hiver à condition qu'elle soit bien supportée et qu'elle n'ait aucune tendance à diminuer l'appétit.

La nourriture doit être substantielle, mais il ne faut pas rechercher la suralimentation qui, dans les cures de repos, peut occasionner des inconvénients de gravité diverse variant de la simple paresse digestive à l'entérite chronique et à la lithiase biliaire ou rénale. L'alimentation désirable est celle qui maintient le malade en bon état sans tendance à l'obésité ou à l'amaigrissement et qui permet des digestions faciles et régulières en évitant des troubles gastro-intestinaux.

Souvent le défaut d'exercice ne permet pas la conservation de l'appétit; peu à peu il décroît et l'amaigrissement survient. Or, il est bien certain que l'état général influe sur la marche du mal de Pott parce qu'un organisme résistant supportera plus facilement la longue durée de cette affection et les suppurations fermées ou même ouvertes qui viennent parfois la compliquer. Il faut, pour cela, que l'activité des échanges ne soit pas ralentie, que l'oxydation sanguine ne soit pas moindre qu'à l'état normal, en un mot il faut trouver le moyen d'obtenir les résultats physiologiques de l'exercice en faisant observer le repos.

Ce problème, qui paraît insoluble au premier abord, est facilement résolu par l'aération continue. Aération de jour en maintenant le malade au dehors du matin au soir, quelle que soit la saison, en le préservant des intempéries; aération nocturne tout en

évitant les causes de refroidissement. Si l'enfant n'a pas de tare pulmonaire, et c'est la règle presque générale dans les tuberculoses chirurgicales, une pratique précieuse sera l'exposition au vent qui n'est qu'un degré de plus dans l'aération.

Le vent, en effet, agit sur la peau qu'il excite, stimule les échanges et active la circulation. MM. Robin et Binet ont dosé la quantité d'urée de plusieurs malades après exposition au vent et ont trouvé qu'elle était augmentée. Il est d'ailleurs de notion courante que le vent violent cause une véritable fatigue qui influe sur l'appétit qui est excité et sur le sommeil qui est plus calme et plus long. La qualité du vent n'est pas indifférente. Le vent salubre des campagnes, le vent violent des plages est évidemment préférable à celui des villes chargé de poussières et de microbes.

Cela seul serait une indication au séjour des pottiques au *bord de la mer*, mais il y a encore d'autres raisons. Les conditions atmosphériques des plages présentent un ensemble d'éléments : luminosité, pression, degré hygrométrique et thermique qui tous ont une action sur l'organisme, et dont la caractéristique principale est la stabilité et la lenteur de variation, ce qui a son importance pour des malades appelés à vivre en plein air.

Aussi nous considérons le séjour au bord de la mer comme très important pour nos malades. Ce séjour, par les conditions dans lesquelles il les place, agit comme un adjuvant très puissant du traitement local. Il ne guérit pas la tuberculose, mais il met le malade en état de la supporter et d'attendre, sans trop de dommages, une guérison toujours longue à survenir.

Mais personne n'a jamais prétendu que le séjour marin guérit *à lui seul* les tuberculoses, et qu'un malade, par le fait qu'il habite le littoral, doit forcément arriver à la guérison. Le traitement général est un adjuvant puissant, mais n'est qu'un adjuvant, et mieux vaudrait pour un malade ses lésions soignées par un bon traitement local à la campagne, ou même à la ville, qu'abandonnées à elles-mêmes au bord de la plage la mieux exposée.

Le climat marin a d'ailleurs des contre-indications très nettes. On évitera d'avoir recours à lui dans les tuberculoses pulmonaires ouvertes et dans celles à forme éréthique. Il excite considérablement les enfants nerveux : quelques-uns mettent un très long temps à s'acclimater, d'autres ne le peuvent supporter en aucune manière. Une période d'acclimatation est d'ailleurs nécessaire à presque tout le monde. Elle peut varier d'une à quatre semaines pendant lesquelles on devra d'abord maintenir le malade éloigné de la plage puis l'y conduire chaque jour davantage et l'amener peu à peu à y passer la journée tout entière.

Très exceptionnellement, certains enfants exempts de toute tare pulmonaire ou nerveuse ne peuvent pas supporter la mer ou ne peuvent la supporter indéfiniment. Malgré un appétit très considérablement augmenté, un jour vient où ils commencent à maigrir et où leur poids diminue rapidement. Il faut, dans ce cas, les soustraire à l'influence de la zone littorale pendant quelques semaines après lesquelles on pourra, avec un succès momentané ou définitif, essayer de leur faire supporter le climat marin.

Le résultat du traitement général peut être excellent. S'il ne peut, à lui seul, procurer la guérison du mal de Pott, du moins met-il le malade dans les meilleures conditions pour que le traitement local prenne toute l'efficacité qu'on attend de lui.

II

Traitement local. — Il s'adressera à chacun des trois symptômes principaux : gibbosité, abcès, paraplégie.

Traitement de la gibbosité. — Nous rappelons qu'elle est provoquée par l'effondrement osseux dû à une caverne tuberculeuse. Elle s'accroît ensuite par ulcération compressive des deux segments vertébraux fortement appuyés l'un sur l'autre par le poids du segment supérieur dans l'attitude verticale du corps, par la contracture musculaire quelle que soit l'attitude.

La part qui revient à chacun de ces processus dans la formation de la gibbosité est très inégale. Le foyer tuberculeux, le plus souvent limité à une ou deux vertèbres, ne cause pas habituellement de gibbosité appréciable, au contraire l'ulcération compressive crée des difformités énormes en faisant participer jusqu'à dix et douze vertèbres au processus de destruction. Contre la lésion tuberculeuse primitive, nous ne pouvons rien puisqu'elle est constituée avant même qu'on soupçonne son existence. Contre l'usure par compression nous sommes moins désarmés si nous pouvons, d'une part empêcher que le segment vertébral malade ne supporte le poids de la partie du corps sus-jacente, et d'autre part supprimer la contracture musculaire, si en un mot nous pouvons nous opposer aux deux circonstances qui provoquent la flexion du rachis.

Pour atteindre ce but, on a recours à deux méthodes, celle du repos horizontal et celle des corsets rigides. Il y a encore peu d'années on les opposait l'une à l'autre. On verra qu'elles ne sont nullement inconciliables et qu'aujourd'hui presque tout le monde emploie une méthode mixte qui réunit les avantages de chacune.

a. *Méthode du repos horizontal.* — Elle consiste à maintenir le malade couché à plat sur le dos; elle supprime par conséquent le poids du segment supérieur, elle relâche et abolit la contracture musculaire et empêche par suite toute flexion de se produire.

Pratiquement on arrive à maintenir le repos horizontal par un certain nombre de moyens.

Nous ne parlerons pas de la gouttière de Bonnet, appareil dispendieux, difficile à maintenir propre, où l'examen du malade est malaisé. Au contraire, le lit de Lannelongue ne présente aucun de ces inconvénients et nous en décrirons une variante qui est le lit ou gouttière en usage à l'hôpital maritime de Berck (fig. 1).

Cette gouttière se compose d'un plan en bois de dimensions convenables encadré de bords d'une hauteur de 10 centimètres environ pour maintenir un matelas d'épaisseur égale. Celui-ci en crin recouvert de moleskine peut être facilement lavé. Il doit être dur de façon à ne pas se laisser enfoncer par le poids du corps et par conséquent son capitonnage doit être rapproché.

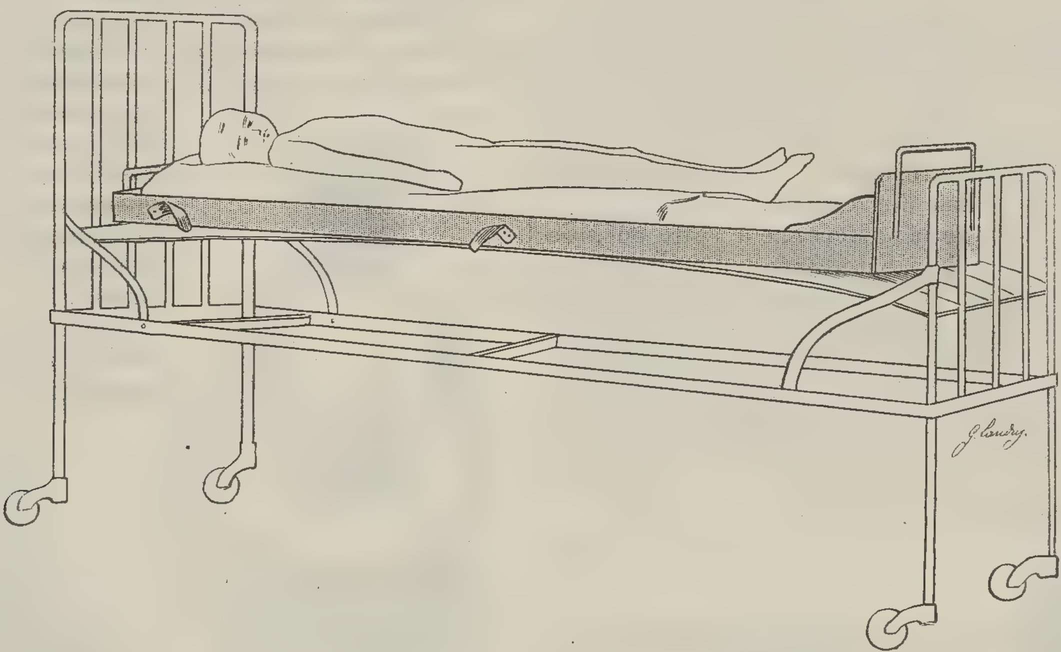


Fig. 1.

Sur ce cadre l'enfant est maintenu par une brassière spéciale en coutil baleiné (fig. 2). Celle-ci appropriée à la longueur du tronc s'oppose à tous les mouvements : flexion, extension, soulèvement. Pour

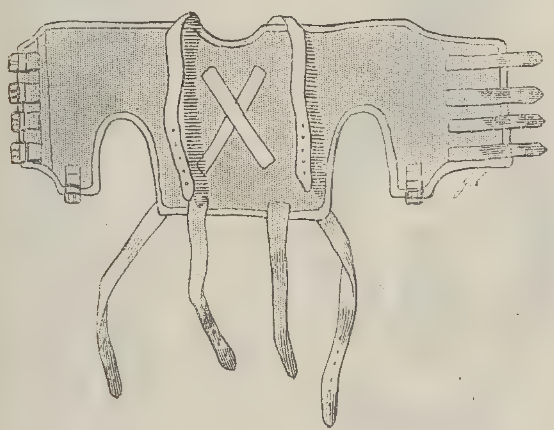


Fig. 2.

cela elle est fermée en avant par des boucles avec ardillons ou mieux par des boucles à pression. Deux boucles semblables emprisonnent les épaules et empêchent l'enfant de tourner sur lui-même et de monter ou descendre dans la brassière mais laissent libres les membres supérieurs. Enfin deux lanières de forte toile se croisent en diagonale sous la partie dorsale de la brassière et leurs extrémités sont fixées au cadre en bois par l'intermédiaire de boucles. Ces lanières empêchent l'enfant de tourner sur un côté et de se soulever. Quand on veut examiner le rachis ou prendre les soins de propreté nécessaires on déboucle la poitrine et les épaules et l'enfant est libre d'être tourné dans tous les sens.

Pour les maux de Pott bas situés, lombaires inférieurs ou lombo-sacrés, il faut compléter l'immobilisation par une large ceinture que l'on met au niveau des genoux et qui les empêche de se fléchir et par conséquent d'ébranler le bassin et le rachis inférieur par son intermédiaire.

Cette méthode réalise l'extension vertébrale. On peut après quelques semaines de repos qui ont fait disparaître la contracture des muscles réaliser l'hyperextension par le moyen de cales (fig. 3). Ce sont

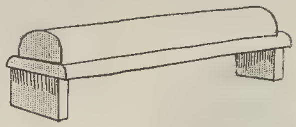


Fig. 3.

des pièces de bois de 1 à 3 centimètres d'épaisseur et de 8 à 10 de largeur que l'on place en travers sous le matelas en face de la gibbosité qui est ainsi soulevée tandis que les régions voisines au-dessus et au-dessous sont en porte à faux, ce qui favorise la lordose de compensation.

L'enfant vit sur sa gouttière, soit qu'il passe son temps en galerie de cure, soit qu'on le transporte au dehors au moyen d'une voiture spécialement construite à cet effet. Des poignées à la tête et aux pieds de la gouttière en permettent facilement le maniement et le transport par deux personnes.

b. *Méthode ambulatoire avec corsets rigides.* — Le corset vise à immobiliser le foyer pathologique et à supprimer la transmission du poids du segment supérieur en prenant son point d'appui au-dessous du foyer.

La confection du corset n'a pas sa place ici, on en trouvera un peu partout la technique, nous nous

contenterons d'indiquer les principes généraux qui doivent présider à sa fabrication.

Le choix de la matière a son importance. A la période de début et pendant toute la période active de la maladie le cuir et le celluloïd sont peu indiqués. Ils ont l'avantage d'être à la fois solides et légers, mais leur prix de revient est élevé surtout si l'on songe qu'un appareil n'est utilisable guère plus de six mois à cause de la croissance de l'enfant. De plus ces appareils sont amovibles et tant que le malade n'est pas convalescent il est indispensable que le corset ne puisse être enlevé.

Nous donnons donc la préférence à cette période au plâtre qui, à vrai dire, est plus lourd mais qui est bon marché et inamovible. Le corset doit être appliqué, le malade étant suspendu de façon à obtenir l'hyperextension du rachis au-dessus et au-dessous du foyer du mal de Pott. On a souvent avantage, quand il s'agit de mal de Pott lombaire, à faire le corset l'enfant étant couché sur un pelvi-support, le dos en haut et prenant point d'appui sur son sternum et sur ses cuisses (fig. 4).

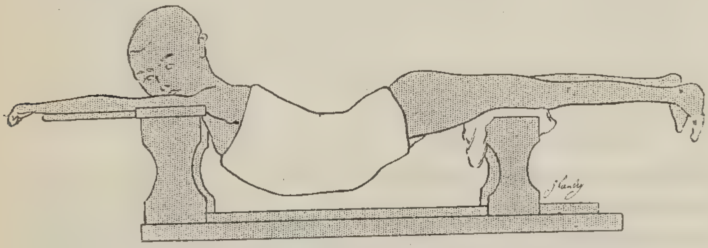


Fig. 4.

Cette position plus qu'aucune autre détermine une forte hyperextension.

L'appareil doit prendre des points d'appui en avant sur des saillies osseuses et en arrière sinon sur la gibbosité qui ne tarderait pas à s'ulcérer, tout au moins sur toute la région qui l'entoure. Le bassin est le véritable point d'appui inférieur du

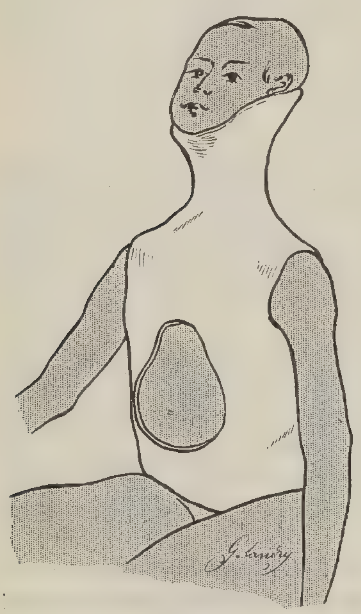


Fig. 5.

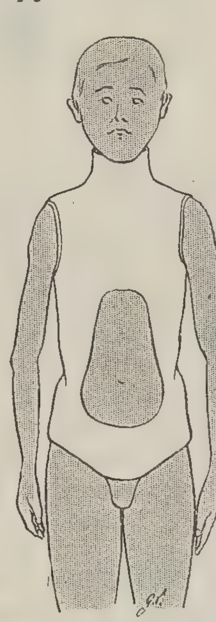


Fig. 6.

corset. Quelle que soit donc la région atteinte, le corset devra descendre bas et être modelé sur les crêtes et les épines iliaques.

Lorsque le mal de Pott est cervical ou siège sur les cinq premières vertèbres dorsales, le point d'appui supérieur se fera sur le massif cranio-facial (fig. 5). Le menton repoussé en arrière portera le cou en hyperextension (corset Minerve).

Le corset pour mal de Pott dorsal moyen et dorso-lombaire remontera jusqu'à la base du cou et recouvrira les épaules (fig. 6). Il prendra point d'appui sur les clavicules sur lesquelles il se modèlera. Le corset du mal de Pott lombaire maintiendra la région en hyperextension et remontera jusqu'aux aisselles (fig. 8).

Enfin, le mal de Pott lombo-sacré ne pourra être maintenu que par un appareil semblable au précédent, mais dont la partie inférieure entoure une des cuisses (fig. 9) comme le fait un appareil de coxalgie.

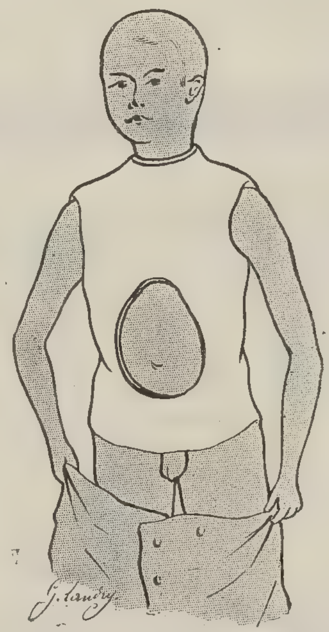


Fig. 7.

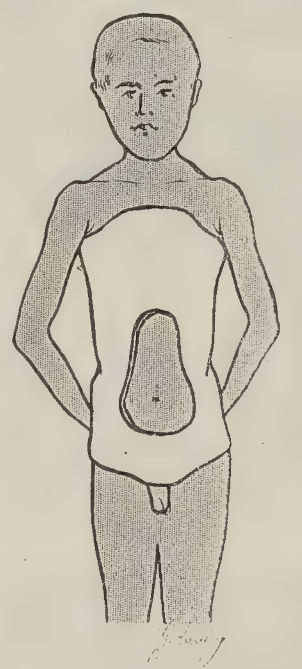


Fig. 8.

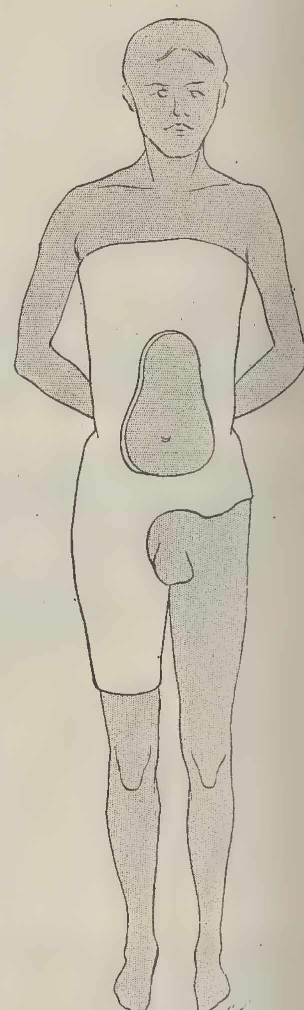


Fig. 9.

Quand le corset est solidifié on permet à l'enfant la position assise et la marche modérée dans l'appartement et même au dehors.

Chacune de ces deux méthodes, le repos et les appareils, a ses avantages et ses inconvénients. La méthode de repos permet la surveillance directe de la colonne vertébrale et d'ailleurs dans certains cas

son emploi est forcé, c'est quand on redoute un abcès ou quand l'abcès est constitué ou fistuleux, quand le malade est paraplégique, qu'il se souille et encore chez certains enfants gras et courts où les corsets trouvant malaisément un point d'appui osseux ne peuvent assurer l'immobilisation.

Les inconvénients sont ceux qu'on signale chez les malades ne faisant pas d'exercice, elle est une cause d'inappétence, elle prédispose à la constipation, elle donne une tendance à l'obésité et dans quelques cas elle produit de la congestion de la face et même des troubles cérébraux, vertiges, éblouissements. Toutefois l'exposition au grand air prévient dans une certaine mesure les troubles d'ordre digestif et l'on s'oppose à la congestion de la tête en la maintenant soulevée par la position oblique donnée à la gouttière.

Le seul inconvénient sérieux est que la contention n'est jamais parfaite et que par conséquent, à moins que les malades soient exceptionnellement dociles, le repos vertébral n'est jamais absolument réalisé.

La marche avec corset est nécessaire dans certains cas. Ce sont ceux où, le malade restant confiné sans pouvoir profiter du grand air, son état général s'en ressent. Dans ces conditions et en dehors de toute menace d'abcès ou de paraplégie, mieux vaut réaliser moins exactement le repos du foyer pathologique et permettre avec grande prudence des promenades en voiture ou même à pied pourvu qu'elles se fassent sans fatigue.

Le mal de Pott cervical rend la minerve indispensable, car les vertèbres de cette région sont très mobiles les unes sur les autres et il est impossible de les immobiliser autrement qu'avec un appareil.

La méthode ambulatoire avec corsets plâtrés a de graves inconvénients. D'abord elle ne tient pas ce qu'elle promet. Les corsets ne redressent pas la gibbosité, ils n'empêchent même pas le poids du segment supérieur de porter sur le foyer de destruction. Tout au plus empêchent-ils, s'ils sont bien appliqués, la flexion d'augmenter. La marche d'ailleurs, par les heurts inévitables qu'elle provoque, irrite le foyer tuberculeux et ne le prédispose nullement à se cicatriser.

De plus le corset a une action illusoire sur certains enfants gras et courts chez lesquels on ne peut, faute de pouvoir serrer suffisamment l'appareil, lui faire épouser strictement les formes du squelette.

Le corset est contre-indiqué dans les cas d'abcès à surveiller et de fistules à panser et sa mise en pratique est impossible quand le malade est paraplégique, surtout quand la paralysie s'étend aux réservoirs, car alors il se souille et ne peut porter d'appareil sous peine d'escarres.

Malgré ces inconvénients, cette méthode ne doit pas être rejetée non plus que la précédente. Loin de les opposer l'une à l'autre, il faut au contraire les associer de façon à faire profiter le malade de leurs avantages communs.

c. Cette *méthode mixte* est celle que nous employons à Berck. Le malade est appareillé et maintenu (au moyen de la brassière s'il est indocile) dans le repos horizontal sur sa gouttière pendant toute la période active de sa maladie, c'est-à-dire pendant une durée qui n'est jamais moindre que dix-huit mois et qui souvent s'étend à deux ans et demi et trois ans.

L'appareillage se fait de la même façon que dans la méthode ambulatoire, sauf pour le mal de Pott lombo-sacré où il n'est pas besoin de prendre une cuisse dans le plâtre. Un corset descendant bas immobilise la colonne lombaire et l'immobilité des cuisses est obtenue au moyen d'une large sangle passant sur les genoux et les immobilisant sur la gouttière.

C'est bien là la méthode de choix parce que l'immobilisation que l'on désire aussi stricte que possible est obtenue autant qu'elle peut l'être. Un de ses avantages est qu'on peut à volonté supprimer le plâtre selon les circonstances. Les appareils longtemps portés causent quelquefois une atrophie musculaire du thorax vraiment extraordinaire. Alors on se trouvera bien de maintenir le malade au repos sans appareil pendant des périodes de six semaines à deux mois, alternant avec des périodes de même durée pendant lesquelles il sera appareillé. De même, quand la peau est le siège de petites infections suppuratives se produisant par le port continu d'appareils. Dans ce cas, on peut encore découper l'appareil en deux valves que maintient solidaires une bande de tarlatane apprêtée et qu'on peut ouvrir selon les besoins (fig. 10). On peut agir de même pour traiter des abcès ou panser des fistules, à moins qu'une simple fenêtre dans l'appareil suffise à donner suffisamment de jour sur la région dont on a à s'occuper.

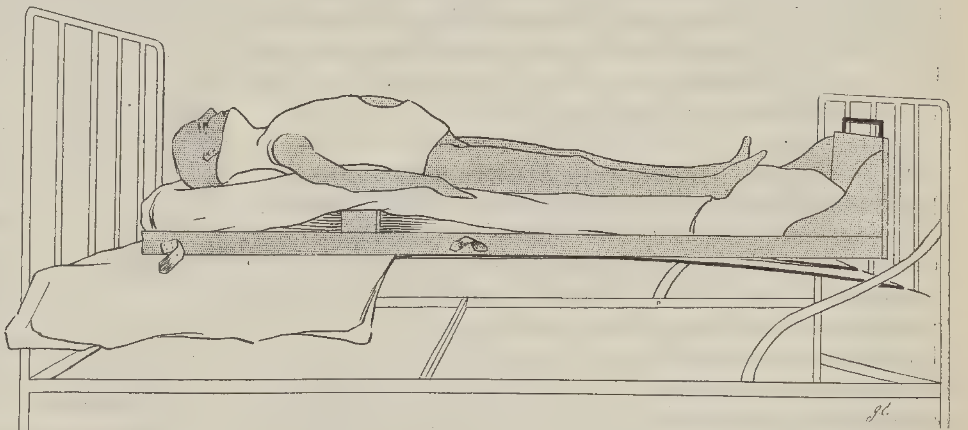


FIG. 10.

A la période de convalescence la méthode ambulatoire reprend ses droits et c'est à ce moment que nous préférons les corsets en cuir ou en celluloïd plus solides et plus légers. Ces appareils amovibles peuvent être retirés pendant la nuit et remis le

matin pour soutenir le rachis pendant la journée. Enfin au fur et à mesure que la guérison se confirme, on pourra conseiller au malade de les porter de moins en moins de temps chaque jour. Tout à la fin certains malades timorés aiment se sentir soutenus par un corset de coutil baleiné; la plupart du temps ce dernier tuteur est inutile.

Quelques chirurgiens ont tenté de traiter la gibbosité d'une façon plus active. Nous ne parlerons pas du redressement brusque de la bosse, abandonné depuis longtemps par son auteur lui-même. Mais M. Calot préconise sous le nom de redressement lent une méthode de compression de la gibbosité qui est la suivante. En face d'elle on pratique une fenêtre dans le plâtre et on insinue dans l'ouverture un certain nombre d'épaisseurs de ouate cardée jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible d'en ajouter. On les maintient au moyen d'une bande gommée qui fait le tour de l'appareil et lui adhère intimement après dessiccation.

Nous employons volontiers ce procédé. La présence de la fenêtre évite une escarre au sommet d'une gibbosité angulaire et permet de se rendre compte des modifications de la bosse s'il s'en produit. La compression la repousse en avant et développe au-dessus et au-dessous des lordoses de compensation qui sont le seul moyen de rétablir la direction générale du rachis. Mais cette méthode ne redresse pas. Jamais une compression n'arrive à redresser l'angle de flexion, car pour cela elle devrait arriver à faire perdre le contact aux deux segments supérieur et inférieur, à déplisser le segment malade en un mot, ce qui n'arrive jamais.

Jamais non plus elle n'atrophie les arcs postérieurs, ceci est un phénomène anatomo-pathologique normal et spontané mais tardif et qu'on observe dans tout mal de Pott un peu ancien. Enfin jamais nous n'avons pu vérifier qu'une paraplégie cédât instantanément ou rapidement par ce procédé.

Nous l'employons néanmoins dans certains cas, mais en ne demandant pas au corset plâtré avec ou sans compression plus qu'il ne peut faire, c'est-à-dire maintenir la colonne vertébrale dans une attitude telle que l'inflexion soit corrigée en haut et en bas par des lordoses compensatrices.

d. *Résultats.* — Pour juger les résultats obtenus par la méthode il faut se rappeler à quelles difformités conduit le mal de Pott livré à lui-même. Ces difformités varient d'importance suivant les régions. Au cou et aux lombes la destruction d'une ou deux vertèbres n'amène que le redressement de la courbure normalement concave en arrière de ces régions. Il faut une destruction plus étendue pour réaliser une vraie gibbosité. Au contraire, au dos, la disparition d'un seul corps vertébral produit un angle d'inflexion très notable que l'ulcération compressive ne tarde pas à augmenter dans de larges proportions.

Après un traitement suivi, il sera exceptionnel d'observer une gibbosité cervicale, lombaire ou lombo-sacrée, même si toutes les règles n'ont pas été respectées. Il n'en est pas de même pour la région du dos qu'un traitement sévère maintient fort bien en rectitude, mais si des fautes ont été commises, si l'appareil est mal fait ou le repos mal observé, on voit se développer des déformations qui peuvent devenir considérables. Au point de vue orthopédique le pronostic le plus sérieux sera donc celui du mal de Pott dorsal.

Traitement des abcès. — L'abcès pottique est une complication fréquente quand le malade n'a pas été immobilisé. Il faut le chercher dans la fesse (mal de Pott sacré), dans la gaine du psoas (mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire), ou sur les parois latérales du cou (mal de Pott cervico-dorsal). L'abcès du mal de Pott dorsal fait saillie dans un espace intercostal, mais il est rare, la région dorsale est bien davantage la région de la paraplégie. La première indication est de mettre le malade au repos s'il n'y est déjà, soit que le mal de Pott n'ait pas été soigné, soit qu'il s'agisse d'un de ces abcès tardifs de la quatrième ou cinquième année qui apparaissent quand le malade est considéré comme entré en convalescence.

L'abcès fermé est aseptique, c'est-à-dire que la culture tuberculeuse est pure et non associée aux agents habituels des suppurations chaudes (staphylocoque, streptocoque, coli-bacille). Tout l'effort du chirurgien tendra à maintenir cet état aseptique et pour cela il faudra :

Ne jamais ouvrir un abcès pottique;
Ne jamais le laisser s'ouvrir spontanément.

1° *Ne jamais l'ouvrir* parce qu'un abcès ouvert est toujours un abcès infecté secondairement à plus ou moins brève échéance et parce qu'il faut rechercher la résorption spontanée qui existe quoique exceptionnelle.

2° *Ne jamais le laisser s'ouvrir spontanément.* Si donc l'abcès a tendance à augmenter, il faudra l'évacuer avec le minimum d'effraction au moyen de ponctions aspiratrices qu'on pourra faire suivre ou non d'injections modificatrices. L'asepsie la plus rigoureuse est ici nécessaire. Après avoir exploré l'abcès et s'être rendu compte de sa situation, de son volume et de ses dimensions, la peau étant désinfectée à la teinture d'iode, on la ponctionne assez loin de la collection, obliquement, de façon à effectuer en tissu sain, un trajet d'une certaine longueur par lequel, lorsque les parois en sont accolées, le pus n'ait pas de tendance à continuer de couler (fig. 11).

Il faut donc éviter ici la pratique habituelle des évacuations purulentes : ne jamais ponctionner au point culminant qui est le plus rapproché de la peau.

L'instrument employé est un trocart de 1 à 2 millimètres de diamètre. Par la canule on aspire le liquide au moyen d'une seringue, jusqu'à ce qu'il n'en sorte plus. Si le pus est très fluide, sans grumeaux volumineux, une injection modificatrice est inutile. Au contraire celle-ci trouve son indication lorsqu'on a affaire avec un contenu pâteux ou mélangé de grumeaux épais. Dans ce cas, on évacue le plus possible de pus en débourrant souvent la canule

au moyen d'un mandrin mousse, puis, avant de la retirer, on pratique cette injection. Son but est d'irriter la paroi tuberculeuse qui réagit par une exsudation séreuse, laquelle liquéfie le pus qu'on enlèvera par une ponction ultérieure.

Néanmoins, il est prudent de ne pas faire d'injection modificatrice à la première ponction et de surveiller le temps que la collection met à se reproduire. Si elle met longtemps, l'injection modificatrice sera indiquée. Si, au contraire, elle se reproduit très rapidement, en quelques heures ou en deux ou trois jours, mieux vaut attendre que cette rapide production se soit ralentie. Le liquide injecté risquerait de provoquer une exsudation séreuse intense distendant la cavité et menaçant de rompre la peau.

Le liquide employé est de peu d'importance pourvu qu'il ne soit pas nocif. Nous nous servons presque indifféremment du thymol camphré ou de l'éther iodoformé (1). L'huile iodoformée, moins irritante, est réservée aux abcès se reproduisant rapidement.

Il faut prendre la précaution que le liquide injecté ne distende l'abcès soit par son volume soit par les gaz qu'il dégage. On n'enlèvera donc un trocart après injection d'éther iodoformé que quand l'éther vaporisé sera complètement évacué. C'est cette crainte de distension qui nous rend prudent dans l'emploi de l'eau oxygénée qui, à part cet inconvénient, est un excellent agent modificateur.

Le naphtol camphré sera sévèrement proscrit. Il a plusieurs morts à son passif et la discussion de la Société de chirurgie (1904) semble l'avoir définitivement condamné. Cependant quelques chirurgiens affirment qu'il n'est jamais nocif, lorsqu'il est dissous dans la glycérine. Pour notre compte, nous n'avons pas employé, ni vu employer autour de nous, depuis cette époque, ce médicament qui, d'ailleurs, ne paraît pas supérieur à ceux que nous avons énumérés.

La ponction terminée, le trocart est enlevé et la minuscule plaie, qu'il a déterminée, est recouverte d'un tampon au stérésol ou d'un pansement.

Au bout de quelques ponctions, le liquide peut devenir filant et couleur chocolat. C'est d'un bon pronostic. Cette couleur est due à du sang qui s'est

(1) Thymol camphré.	Camphre	50 grammes.
	Thymol	50 —
Huile iodoformée.	Iodoforme	5 —
	Gaïacol	2gr50
	Créosote	2 grammes.
	Ether	10 —
	Huile d'olives stérilisée	100 c. c.
Ether iodoformé.	Iodoforme	10 grammes.
	Ether	100 —

épanché dans l'abcès et le sang est le meilleur des liquides modificateurs. Aussi, une ou deux ponctions suffisent-elles ordinairement à tarir une telle collection.

Il ne faut pas ponctionner trop souvent; au contraire, il faut laisser un intervalle aussi long que possible entre chaque évacuation de pus. Le nombre

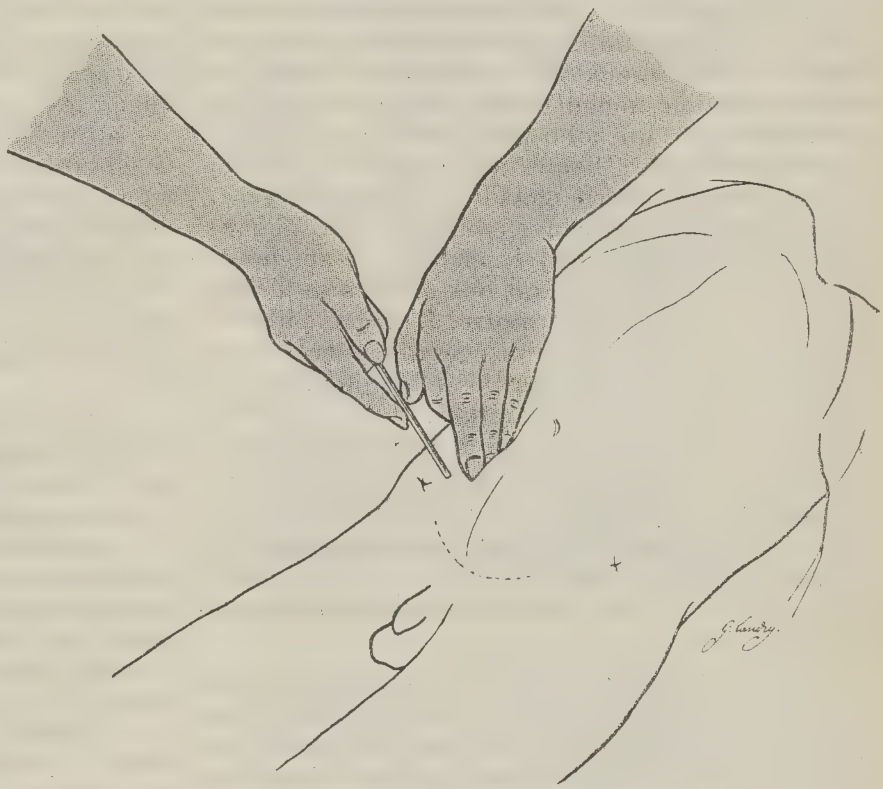


Fig. 11.

des ponctions nécessaires à la guérison d'un abcès est très variable. Cinq ou six suffisent ordinairement. Il en faut quelquefois bien davantage.

La ponction peut donner des *accidents* qui, d'ailleurs, sont rares et habituellement bénins. Ce sont des ouvertures de vaisseaux le plus souvent. On retire le trocart et on renvoie la ponction à plus tard.

On peut faire une ponction blanche soit qu'on soit passé à côté de la collection, soit qu'on se soit arrêté dans la paroi anormalement épaissie ou qu'au contraire on ait traversé l'abcès. Il est facile de remédier à ces petits incidents.

Plus importantes sont les *complications* qui peuvent changer l'évolution des abcès. Le pus dans un abcès de la fosse iliaque peut perforer la gaine du psoas et devenir sous-cutané. Cet abcès en bouton de chemise est menacé de fistuliser. Il faudra le surveiller de très près, le ponctionner assez souvent et tâcher de le vider complètement chaque fois.

Parfois une fistule se produit, un orifice de ponction laisse s'écouler du pus. Il faut vider l'abcès et l'exprimer tous les jours puis couvrir la fistule d'un pansement aseptique. Souvent on obtient ainsi la fermeture du trajet.

Parfois aussi un abcès fermé devient tendu, douloureux, la peau rougit sur la collection. L'abcès

froid à la suite d'une ponction septique ou exceptionnellement avant toute ponction a été infecté. C'est maintenant un abcès chaud qu'il est nécessaire d'ouvrir largement et de drainer.

La fistule peut rester définitivement ouverte et infectée. La seule chose qu'on puisse faire sera de la panser aseptiquement. Il est à remarquer qu'une fistule est d'autant plus bénigne et laisse par conséquent l'état général indemne et qu'elle est le siège de moins de résorptions, que son orifice est plus proche du foyer osseux qui la détermine. Partant de cette constatation on peut ouvrir largement un long trajet fistuleux en un point plus proche de ce foyer, par exemple la fosse iliaque dans une fistule de mal de Pott lombaire ouverte dans le triangle de Scarpa. Si le drainage se fait convenablement, les phénomènes fébriles tombent et le malade est amélioré. Il est à observer que si l'un des orifices se ferme, c'est toujours l'orifice opératoire. L'orifice pathologique persiste. Les injections modificatrices dans les fistules *infectées* sont inutiles et donnent parfois de fortes poussées de température.

Il existe des fistules qui se conservent indéfiniment aseptiques sous des pansements répétés. La santé générale est indemne et le malade en bon état. C'est l'exception. Ici il semble qu'on puisse employer avec succès la pâte bismuthée de Beck. Notre expérience est trop courte pour que nous puissions l'affirmer.

Résultat du traitement des abcès. — Dans le mal de Pott cervical les abcès sont rares et bien guéris par la méthode des ponctions. Dans quelques cas la fistule se produit malgré tout, mais elle reste bénigne parce que son trajet est court et elle se tarit habituellement au bout d'un temps variable.

Au dos on est maître assez facilement des abcès qui se montrent dans les espaces intercostaux.

Le mal de Pott lombaire fournit des abcès très volumineux et quelquefois très rapidement reproduits. Les ponctions répétées (plus de vingt dans certains cas) en viennent ordinairement à bout. Quelquefois la fistule ne peut être évitée.

La statistique de l'hôpital maritime montre que 90 p. 100 des abcès sont guéris par les ponctions. Dans le reste qui devient fistuleux, près de la moitié guérit après une fistule aseptique temporaire.

Parmi ceux qui restent ouverts définitivement quelques-uns se maintiennent indéfiniment aseptiques et la santé du malade n'en est pas affectée. Les autres conduisent leur porteur à plus ou moins longue échéance à la dégénérescence des viscères et à la cachexie.

Traitement de la paraplégie. — La paraplégie est due à la compression de la moelle par le foyer tuberculeux. Ce n'est pas la pachyméningite caséeuse externe qui est l'agent de cette compression, car elle n'existe pas la plupart du temps dans la paraplégie, et d'autre part elle peut exister sans elle. Hormis les cas infiniment rares de compression osseuse, c'est le foyer tuberculeux solide ou liquide, tuberculome ou abcès qui, sous pression dans des parois difficilement extensibles, vient presser sur la moelle par l'intermédiaire des méninges. La preuve en est que la paraplégie est exceptionnelle dans les régions où le pus vient facilement à l'extérieur, c'est-à-dire au cou et aux lombes (1). Une autre preuve est fournie par ce fait que la paraplégie cède quand un abcès se montre à l'extérieur.

Le traitement devra donc tendre à diminuer la compression médullaire. Le repos est l'agent le plus sûr de cette décompression pour la raison que le foyer reposé à moins de tendance à produire du pus. Ce repos doit être longuement prolongé, même quand les accidents ont rapidement cédé.

L'attitude sera le décubitus dorsal avec cale sous la gibbosité, mais dans quelques cas il y aura avantage à maintenir l'enfant couché sur le ventre pendant la plus grande partie de la journée. On préviendra ainsi les escarres et on aidera à la guérison de celles qui sont constituées, soit par troubles trophiques, soit par macérations de la peau à la suite de l'incontinence des urines due à la parésie vésicale.

La compression (redressement lent de certains auteurs) n'a pas donné entre nos mains de résultats supérieurs à ceux du décubitus dorsal prolongé.

On a voulu opposer des traitements opératoires à la paraplégie. La *lamnectomie* est abandonnée. Cette opération consistant à enlever les apophyses épineuses et les lames au niveau du foyer n'a pas donné de résultat. Elle partait d'ailleurs de cette donnée fausse que l'agent de compression est osseux.

M. Ménard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck, a fait une opération plus logique et d'ailleurs plus efficace, la *costo-transversectomie* qui consiste à évacuer le foyer vertébral par un trajet empruntant la côte et l'apophyse transverse conduisant à ce foyer. L'inconvénient majeur de ce procédé qui a guéri très rapidement des paraplégies rebelles est de transformer en foyer ouvert un foyer fermé. Aussi son auteur l'a-t-il abandonné.

On voit que nous sommes mal armés contre la paraplégie. Toutefois, traitée par le repos horizontal, elle guérit dans un laps de temps qui varie de quelques jours à trois ou quatre ans. Les cas incurables sont l'infime exception.

III

Conclusion. — En somme le *repos*, l'*immobilisation* strictement appliquée reste l'agent principal de traitement du mal de Pott. Il arrêtera l'inflexion commençante, aura une heureuse influence sur la paraplégie et préviendra la formation des abcès. Ceux-ci, constitués, seront évacués aseptiquement et ce n'est que par grande exception qu'on n'en pourra venir à bout par les méthodes que nous venons d'exposer.

Pendant tout ce temps de lente guérison, l'hygiène, le grand air, le traitement général en un mot, mettra le malade en état de supporter cette affection longue et grave qu'est le mal de Pott.

(1) Nous continuons à ne pas envisager le mal sous-occipital.

LIVRES NOUVEAUX

Technique de stérilisation (1), par le docteur E. Gérard, professeur à la faculté de Lille.

La première édition de cet ouvrage, qui remonte à quatre ans, a obtenu un très vif succès tant auprès des médecins que des pharmaciens. Comme elle est épuisée, l'auteur a voulu mettre cette nouvelle édition au courant de toutes les innovations faites dans le domaine de l'asepsie.

A la stérilisation minutieuse des substances médicamenteuses, des objets de pansement et du matériel chirurgical, le professeur Gérard a ajouté des indications précises sur l'aseptisation des gants de caoutchouc, et un chapitre nouveau relatif à la désinfection des locaux contaminés. Il a attiré également l'attention sur la désinfection si délicate mais absolument indispensable des livres, ces vecteurs insidieux de tant de germes pathogènes. Enfin il a mis au point la question si intéressante et tout à fait à l'ordre du jour de la stérilisation des eaux potables par les rayons ultra-violets.

Le nom du professeur Gérard est une garantie suffisante de la valeur du livre que MM. Vigot ont édité soigneusement dans un format commode.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1911 (2), par le docteur V. Gardette.

Ce petit répertoire si commode, d'une disposition si pratique et dont aucune bibliothèque de praticien ne saurait être dépourvue, paraît cette année pour la cinquième fois. Il est actuellement trop connu pour que nous en décrivions à nouveau le maniement, et nous ne pouvons que remercier l'auteur de nous éviter de quotidiennes et longues recherches à travers le maquis toujours plus touffu des spécialités pharmaceutiques.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 312, 25 juin 1911.) G.-A. Weill, Vincent et Barré : Le vertige voltaïque. Recherches cliniques et expérimentales. — Frimaudeau : Etude et diagnostic des sténoses de l'œsophage par la radioscopie. — Otto Hahn : Mésothor et radiothor. — Spéder : Revue des perfectionnements récents des tubes à rayons X.

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1911.) Mme Nageotte-Wilbonchewitch : Élévation congénitale de l'omoplate chez un enfant atteint de malformations multiples, hydrocéphalie avec vestiges d'hémiplégie. — H. Dauchez : Essai médico-psychologique sur les causes et les remèdes de la criminalité infantile. — Lesage et Collin : Un cas de délire infectieux sans confusion mentale et sans amnésie de fixation avec tétanie et polynévrite au cours d'une dothiénentérie peu pyrétique chez un enfant de treize ans. Guérison rapide. — J. Comby : Tænia chez un nourrisson; — Aérophagie chez un nourrisson. — A. Galliot: Péritonite tuberculeuse et syndrome appendiculaire. — J. Comby : Dextrocardie congénitale.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 23, 8 juin 1911.) A. E. Austin : La classification du diabète sucré. — Mark H. Rogers : Le pronostic et le traitement de la tuberculose tibio-tarsienne chez l'adulte (avec 1 tableau). — Wm. Pearce Cones : Quelques problèmes de l'inspection des écoles. — I. Chandler Walker : La méningite tuberculeuse avec leucocytose et exsudation purulente contenant de nombreux bacilles. Description d'un cas. — B. L. Arms : Le laboratoire d'hygiène publique. — Lloyd T. Brown : La grossesse comme une cause possible d'amélioration de la ptose viscérale (avec 4 figures). — (N° 24, 15 juin.) A. Worcester : L'obstétrique dans la pratique courante. — F. C. Shattuck : L'emploi de l'hexaméthylénamine comme médicament préventif de la pleurésie purulente à pneumocoque. — N. S. Yawger : L'artério-sclérose comme cause de spondylite hypertrophique chronique, un symptôme non encore décrit survenant dès l'auto-intoxication d'origine intestinale. — G. W. Hall : Le traitement de l'hyperacidité gastrique avec l'eau oxygénée (2 tableaux). — Edgar M. Holmes : Un cas de vertige guéri par le traitement de la trompe d'Eustache. — Wm. H. Merrill : Un cas de surdité due à la toxémie diabétique. — A. Coolidge : Les déviations latérales de la partie externe du nez. — Isabelle D. Kerr : Les moulages en plâtre sur nature pour montrer les déformations extérieures du nez avant et après leur correction.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 15 juin 1911.) E. Müller : Le séro-diagnostic de la paralysie infantile épidémique. — Mayer : Le traitement de la paralysie infantile récente par la mise au repos. — H. Strauss : Sur la thrombose des veines fémorales après un catarrhe grave du gros intestin. — C. Bruck et Kusunoki : Sur le traitement spécifique des trichophyties. — Kowarski : Méthode de recherche et de dosage de l'acide urique dans une quantité relativement faible de sang (10 centimètres cubes). — Bertelsmann : Sur la péritonite par perforation de la vésicule biliaire. — Hübotter : Sur l'uréthrotomie interne. — Von Wahl : Les agents de l'urétrite chronique. — Rosenbaum : Deux cas d'herpès zoster en rapport avec une affection rénale. — Berger : Opérations de hernies. — Keller : Encore un cas de vagissement utérin.

Therapie der Gegenwart. — (4e fasc., avril 1911.) Prof. Paul Krause : La paralysie infantile épidémique aiguë. — Félix Mendel : De la fibrolysine, son action, son action secondaire, son administration rectale. — Rhem : L'adaline, un nouveau sédatif. — (5e fasc.) Prof. L. Krehl : Ouverture du XXVIIIe Congrès pour la médecine interne. — Georg. Zuelzer : L'hormonthérapeutique, l'hormonpéristaltique « hermonal ». — J. Klinkowstein : La pratique de la nutrition rectale. — Kurt Friedmann : Purpura hémorragique à la suite d'injections de fibrolysine. — Prof. Paul Krause : La paralysie infantile épidémique (*fin*). — Prof. A. Bluschka : Du résultat du salvarsan dans le traitement de la syphilis récente. — (6e fasc.) H. Curschmann : De la valeur thérapeutique de la ponction lombaire. — Hans Günther : Un cas intéressant de foie syphilitique tertiaire. — Otto Hesse : Guérison maintenue d'un sarcome de l'estomac réséqué depuis sept ans et demi. — Buron Budberg : Il y a une disposition familiale d'âge ou de constitution dans l'infection pesteuse du poumon. — Prof. Adolf Baginsky : La thérapeutique de la rougeole et de la bronchopneumonie.

(1) Un vol. de 352 pages. (Deuxième édition augmentée, avec 72 figures dans le texte.) — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) Un vol. de 392 p. (5e édition). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 92. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1911. 84e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1911. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à cinq places d'internes en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 26 octobre 1911. Les épreuves commenceront à quatre heures et demie, à l'hospice général, salle des séances.

La commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 4 octobre 1911. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 11 octobre avant midi au plus tard.

GUERRE. — Sont nommés professeurs agrégés à l'école d'application du service de santé militaire pour les chaires ci-après :

Anatomie chirurgicale (opérations et appareils) : M. le médecin-major de deuxième classe Duguet, de l'école supérieure de guerre à Paris.

Diagnostic chirurgical spécial : M. le médecin-major de deuxième classe Reverchon, du 37e d'infanterie à Nancy.

Chirurgie d'armée (blessures de guerre) : M. le médecin-major de deuxième classe Vennin, répétiteur à l'école du service de santé militaire.

RÉUNION SANITAIRE PROVINCIALE DE 1911. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire a décidé d'organiser cette année, comme l'an dernier, une réunion sanitaire provinciale.

Cette réunion sanitaire provinciale se tiendra à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 novembre 19 1.

Les questions mises à l'ordre du jour des séances sont les suivantes :

1° Rapports du directeur du bureau d'hygiène avec le conseil départemental et avec les commissions sanitaires d'arrondissement. (Rapporteur : M. Zipfel, directeur du bureau d'hygiène de Dijon.)

2° Choix, captage, protection et surveillance des eaux destinées à l'alimentation. (Rapporteur : M. Dienert, chef du service de surveillance des eaux de la ville de Paris.)

3° La fièvre typhoïde. Conférence avec travaux pratiques, par M. Marchoux, de l'Institut Pasteur.

4° L'hygiène de la viande. (Rapporteur : M. Martel, chef du service vétérinaire du département de la Seine.)

5° L'hygiène du lait. (Rapporteur : M. Porcher, professeur à l'école vétérinaire de Lyon.)

6° Visite des abattoirs, du frigorifique, de la Bourse de commerce et des laboratoires du service sanitaire aux Halles centrales.

Outre ces questions plus spécialement étudiées et mises en discussion, la Société de médecine publique et de génie sanitaire accueillera les communications relatives à l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène, et en général de tous les services d'hygiène humaine et d'hygiène vétérinaire.

Les rapports, discussions et communications, seront, conformément au règlement de la Société, imprimés, s'il y a lieu, dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, son organe officiel.

I. Les adhésions à la réunion sanitaire provinciale, ainsi que les demandes de communication, seront reçues jusqu'au 1er août, dernier délai ; elles doivent être adressées à M. Le Couppey de La Forest, secrétaire général adjoint, 12, rue Pérignon, Paris (VIIe).

L'inscription est gratuite.

II. Le compte rendu des séances de la réunion sanitaire provinciale sera imprimé et publié dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Les auteurs des rapports et des communications en recevront, s'ils en expriment le désir, cinquante tirages à part, à titre gratuit, s'ils sont membres de la Société, et moyennant le prix établi d'après le tarif fixé par l'éditeur, s'ils n'en font pas partie. La demande de tirage à part doit être faite lors de la remise du manuscrit.

III. Les démarches nécessaires seront faites en temps utile pour faire accorder à tous les adhérents de la réunion sanitaire provinciale la réduction à demi-tarif du transport par chemin de fer, du lieu de leur résidence à Paris.

IV. Une circulaire ultérieure fera connaître l'ordre du jour des séances, ainsi que le programme des visites aux institutions sanitaires.

NOTE SUR LA DIGALÈNE

SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES A L'HOPITAL DE LA CONCEPTION

Par M. PAGLIANO,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

Les résultats remarquables obtenus à l'étranger par l'emploi de la digalène et les travaux intéressants, quoique moins nombreux, publiés déjà en France sur ce même médicament (1), m'ont engagé à l'employer dans mon service à l'hôpital de la Conception où se trouvent réunis un grand nombre de cardiaques. J'en étudie les effets depuis plusieurs mois déjà et bien que les circonstances aient fait que je n'ai guère pu l'utiliser chez des cardiaques jeunes — des cardiaques locaux, si je puis m'exprimer ainsi — les résultats que j'ai observés chez des malades, qui étaient pour la plupart des cardio-rénaux et même des pan-scléreux, ont été assez notables pour que je les rapporte ici avec confiance, me réservant d'ailleurs de continuer ces travaux qui me paraissent devoir établir la valeur thérapeutique de la digalène.

Tout d'abord il semble que l'on se trompe sur la signification de la digalène. La digalène est tout simplement le principe actif de la macération de feuilles fraîches de digitale; c'est la « digitale injectable » et c'est comme cela qu'il faut la considérer et non comme un produit plus ou moins purifié et cristallisé; je sais bien qu'on pense volontiers que la cristallisation est l'expression chimique de la pureté; mais des travaux récents ont fait justice de cette opinion et il semble qu'un produit cristallisé n'est pas toujours plus pur qu'un produit amorphe; ce qu'il y a de sûr, c'est que, d'après Cloetta lui-même, la digalène est toujours identique à elle-même, comme formule, comme poids moléculaire et comme action thérapeutique.

M'appuyant sur tous les travaux parus et m'entourant de toutes les précautions d'usage, j'ai expérimenté ce produit systématiquement dans tous les cas qui se sont présentés, où la digitale était indiquée.

Voici le résumé des observations prises dans mon service de l'hôpital de la Conception, telles qu'elles ont été faites et sans qu'il y ait eu de sélection parmi elles.

Observation I. — *Insuffisance aortique et mitrale d'origine rhumatismale* (salle Aubert, lit n° 12). — M. J..., vingt-cinq ans, mère cardiaque; lui-même, à sept ans, rhumatisme articulaire aigu; réformé, éthylique; depuis quelque temps, crises de suffocation.

A l'examen cœur énorme, pointe dans le septième espace intercostal, double souffle diastolique et systolique d'insuffisance aortique et mitrale, tachycardie, pouls rapide, bondissant, à 128; artères dansantes. Pendant quelque temps, repos, régime lacté, puis digalène à la dose de 1 centimètre cube par jour. Depuis le moment, où il prit de la digalène, le malade accusa moins de suffocations et le pouls devint d'une régularité remarquable; on ne nota aucun trouble gastrique; toutefois le malade sortit après le traitement très amélioré, mais avec quelques signes d'entérite.

Dès le premier jour de la médication, le malade avait excrété un litre d'urine, son pouls était à 92; le dixième jour, il avait excrété 2l750 d'urine, son pouls était à 78; la double progression avait été constante.

Cette observation est certainement la meilleure qui ait été notée dans le service des hommes, elle permet de constater, après la médication, la régularité du pouls tant au point de vue du nombre de pulsations que du rythme lui-même; elle permet d'apprécier en outre les qualités thérapeutiques très importantes de la digalène, notamment au point de vue diurétique.

Obs. II. — *Insuffisance aortique* (salle Aubert, lit n° 5). — S. J..., trente-neuf ans, journalier, alcoolique, fumeur invétéré; père et mère bien portants; marié, cinq enfants, dont un seul vivant.

A eu, il y a deux ans, une affection, après laquelle palpitations; depuis cette époque, S... était essoufflé, avec de temps en temps des crises de suffocation. Le 9 mai, entre à l'hôpital; à l'examen, pointe du cœur dans le sixième espace, légèrement déviée en dehors; pas de douleur précordiale. A l'auscultation, légère arythmie, tachycardie assez violente, souffle diastolique très net à la base, léger souffle systolique à la pointe, double souffle crural, pouls petit, mais artères dansantes.

Pendant les trois premiers jours, 1 centimètre cube de digalène; pendant trois autres jours, 2 centimètres cubes de digalène et enfin 3 centimètres cubes pendant quatre jours.

Avant le traitement, il avait 750 centimètres cubes d'urine, pouls à 114 très irrégulier, tension artérielle à 15.

Le premier jour du traitement, il eut 1l750 d'urine, pouls à 90, la tension à 16; après une triple progression constante, le dixième jour du traitement, il eut 1l900 d'urine, le pouls à 70, la tension à 18. On arrête le dixième jour la digalène et le malade reste bien pendant quelques jours.

Le 30 mai, il refait une nouvelle crise et le 31 mai on recommence la digalène à 3 centimètres cubes en injections hypodermiques, immédiatement le taux de l'urine remonte, le pouls se régularise en trois jours. Le malade part pour son pays, immédiatement après.

Obs. III. — *Asystolie, myocardite chronique d'origine rhumatismale* (salle Aubert, lit n° 28). — B. G..., rhumatisant depuis douze ans, fait une crise d'asystolie traitée par le strophantus en granules, puis par la digitaline, sans résultat. Entre à l'hôpital où, pendant quatre jours, il est traité également par la digitaline, puis par l'infusion de digitale, puis par le strophantus; aucun résultat. On essaie la digalène; v gouttes pendant cinq jours, un jour de repos, puis v gouttes pendant cinq jours encore, puis x gouttes pendant cinq jours; on arrive ainsi à faire passer son urine de 550 centimètres cubes à un litre, puis un litre et demi et à régulariser son pouls; cependant cette amélioration ne persiste pas, car l'état du malade est déjà très mauvais. Peu à peu apparaît une congestion pulmonaire irréductible, puis un hydrothorax. Le malade meurt cachectisé deux mois et demi après son entrée, ne prenant plus de digitale depuis plusieurs semaines.

Obs. IV. — *Insuffisance aortique d'origine rhumatismale* (salle Aubert, lit n° 19). — B. V..., trente-deux ans, journalier, nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu; père mort cardiaque, mère morte d'un cancer au sein; lui-même a un passé pulmonaire très chargé et des lésions bacillaires très nettes.

(1) Voir surtout : Aubry (de Nantes), *Gaz. méd. de Nantes*, 22 janvier 1910; — Vaquez. *Journ. méd. français*, 25 mars 1911; — Mayor (de Genève). *Soc. de thérap.*, 24 mars 1909; — Barié. *Revue intern. de méd. et de chir.*, 20 décembre 1907; — Brion. Th. de Paris, 1906; — Bech. Th. de Lyon, 1907; — Freid. Th. de Montpellier, 1907, etc., etc.

Entre à l'hôpital, en pleine crise d'asystolie, tension faible, œdème des jambes très marqué, forte dyspnée, artères dansantes, facies aortique. A l'auscultation, bruit de galop très net, léger souffle diastolique à la base, arythmie très marquée. On met le malade à la digalène, 1 centimètre cube tous les jours par voie intra-musculaire. Avant le traitement : urine, 1l250, pouls 91, très irrégulier ; dès les premiers jours du traitement, l'amélioration est manifeste, mais le neuvième jour apparaissent des phénomènes broncho-pulmonaires graves d'origine bacillaire. A cette date, l'urine ayant diminué, on double la dose de digalène, mais sans résultat appréciable. A la suite d'une crise d'asystolie très intense, l'affection broncho-pulmonaire fait des progrès rapides et le malade meurt quelques jours après de tuberculose généralisée.

Obs. V. — *Asystolie, myocardite* (salle Aubert, lit n° 10). — M. E..., journalier, cinquante-quatre ans, rhumatisant, cardiopathe depuis plus de trente ans. A l'entrée à l'hôpital, état général excessivement mauvais. A l'auscultation, bruit de galop très net, asystolie, cyanose, œdème envahissant, dyspnée intense, pouls irrégulier. Avant le traitement : urine, 1l300 ; pulsations, 95. Au bout de douze jours de traitement, l'urine est à 1l800, pulsations à 84, les battements du cœur sont plus réguliers, l'essoufflement est bien moins marqué, l'état général est meilleur.

Mais au bout de quelque temps, le malade est repris par ses crises d'asystolie qui deviennent subintrantes et qui l'emportent malgré une double saignée.

Obs. VI. — *Cardio-sclérose, aortite* (salle Aubert, lit n° 3). — C. P..., cinquante-six ans ; pneumonie il y a six ans ; depuis, crises de dyspnée traitées par la digitaline. Le 12 mai, entre à l'hôpital. A l'examen, pointe du cœur dans le sixième espace, arythmie très marquée, pouls petit, à 75, très irrégulier, tension artérielle à 15, volume de l'urine : 1l500. On met le malade à la digalène, 2 centimètres cubes par voie gastrique, et au bout de dix jours, le pouls varie de 70 à 72, l'urine est à 3 litres, la tension à 19 ; l'arythmie a pour ainsi dire disparu. Le 21 mai, la digalène est supprimée et l'état du malade se maintient parfait jusqu'au 27 mai, jour où il est pris d'une dernière crise d'asystolie excessivement violente avec dyspnée intense.

Obs. VII. — *Cardio-sclérose* (salle Dussaud, lit n° 20). — R. V..., soixante-quinze ans, toux, dyspnée, bronchite, expectoration abondante, cœur mou, mais régulier, pouls faible, urines rares sans albumine. On donne x gouttes de digalène par voie gastrique pour tonifier le cœur ; l'urine passe d'un litre à 1l700, le pouls est beaucoup plus régulier et beaucoup plus fort. On continue encore pendant une période de dix jours et la malade continue à aller bien. Elle sort peu après.

Obs. VIII. — *Asystolie, maladie mitrale* (salle Dussaud, lit n° 5). — M. M..., cinquante-huit ans, journalière, prend un refroidissement qui la fait entrer à l'hôpital ; expectoration abondante, adhérente et même striée de sang ; submatité aux deux bases, pluie de râles fins et sibilants, œdème très considérable, cyanose, dyspnée intense. Les signes de congestion pulmonaire masquent les troubles cardiaques ; on perçoit seulement au cœur un bruit de galop droit ; purgatif drastique : eau de vie allemande et sirop de Nerprun, et 1 centimètre cube de digalène tous les jours par voie buccale, à partir du 24 mars.

Dès le 28 mars, amélioration très notable, le cœur est calmé, le bruit de galop a disparu, la dyspnée a diminué ainsi que l'œdème des jambes. On peut établir alors qu'il s'agit d'une maladie mitrale avec prédominance d'insuffisance de l'orifice. On redonne pendant dix jours 1 centimètre cube et demi de digalène, et au bout de ce temps la malade est mieux, elle a uriné bien davantage, l'œdème des membres inférieurs a disparu, le foie a diminué de volume, la dyspnée est très améliorée. La digalène est alors supprimée, le pouls étant régulier et l'état général étant très bien ; c'est une excellente observation pour la digalène.

Obs. IX. — *Cardio-sclérose* (salle Dussaud, lit n° 27). — Cette malade, âgée de soixante et onze ans, entre à l'hôpital, le 1er avril, en état d'asystolie ; crise typique d'asystolie, dyspnée, œdème, cyanose, bruit de galop, pouls petit, urine en très petite quantité, etc.

On donne par jour 2 centimètres cubes de digalène en injections intramusculaires ; l'amélioration est sensible au bout de quatre jours ; toutefois, le 9 avril, nouvelle crise qui emporte la malade.

Obs. X. — *Cardio-sclérose* (salle Dussaud, lit n° 14). — P. N..., soixante et onze ans, journalière ; crises d'asystolie depuis quinze ans ; ces crises se rapprochent de plus en plus jusqu'à devenir subintrantes. Entre à l'hôpital en état d'asystolie le 20 mars. On lui donne, à partir du 21 mars, pendant dix jours, x gouttes de digalène dans du lait ; l'urine qui était très rare atteint facilement 2 litres et demi ; au bout de ce temps, nouvelle crise ; on redonne de la digalène à plus fortes doses, les urines atteignent jusqu'à 3 litres, même 3l250, finalement elles se tiennent aux environs de 2 litres jusqu'au commencement du mois de mai. Le 10 mai, nouvelle crise, urines descendues à 1 litre à peine. On reprend alors la digalène à 1 centimètre cube, puis 2 centimètres cubes, pendant trois jours. Les urines atteignent de nouveau 3 litres. Le 14, la digalène est de nouveau supprimée, la malade se trouvant très bien, les urines restent à 2 et 3 litres ; le 24 mai, la malade, en excellent état, quitte la salle pour aller se faire opérer d'une tumeur au sein.

Il est à remarquer que cette malade avait été traitée au mois de janvier dans cette même salle pour une pneumonie avec crises d'asystolie. A ce moment, la digitaline qui avait été employée à fortes doses n'avait donné aucun résultat ; seule la théobromine avait réussi en partie, mais n'avait jamais pu faire uriner 3 litres à la malade.

Cette femme a très bien supporté l'ablation du sein ; une crise asystolique, survenue quelques jours après l'opération, a cédé encore après l'emploi de la digalène.

Obs. XI. — *Insuffisance aortique, dilatation considérable du cœur* (salle Dussaud, lit n° 12). — Cette malade âgée de trente-quatre ans, domestique, mariée, mère d'un enfant mort à six mois d'entérite, entre dans le service, le 30 avril, avec léger œdème des pieds et des jambes, dyspnée violente, anurie presque absolue, matité du cœur augmentée, pointe du cœur dans le sixième espace, très en dehors de la ligne du mamelon, jugulaires turgescentes, double souffle aortique, le diastolique très râpeux. L'examen radioscopique montre un cœur énorme, couché en travers du thorax ; pouls petit ; double souffle dans les carotides ; souffle de Durosiez à la fémorale. Le 4 mai, une ampoule de digalène, le pouls est à 108, la tension à 18, l'urine à 1 litre ; au bout de quatre jours l'urine monte presque à 2 litres, le pouls est à 100. On redonne deux ampoules de digalène qui font monter encore un peu la tension et le taux des urines ; le 23 mai, on donne de la théobromine ; le 24 mai, on donne du lactose et ainsi on va en alternant théobromine, lactose et digalène, réservant ce dernier médicament pour les jours où l'urine est moins abondante et ainsi on arrive à améliorer quelque temps la situation de la malade. Puis celle-ci se cachectise, les urines s'arrêtent, l'asphyxie, les œdèmes augmentent, et la mort survient cinq à six semaines après l'entrée à l'hôpital. L'autopsie confirme le diagnostic : insuffisance aortique par dilatation de l'aorte ; valvules sigmoïdes saines ; la surface interne de la crosse aortique est recouverte de saillies verruqueuses.

Pas d'anévrisme. Cœur pèse 540 grammes, il est extrêmement dilaté. Il s'agit sans doute d'un cas d'aortite syphilitique analogue à ceux décrits par Hirtz et Braun. Le traitement spécifique avait d'ailleurs été institué en même temps que le traitement par la digalène.

Obs. XII [due à l'obligeance de M. le docteur B. Maurel (de Marseille)]. — Mme R..., quarante ans, un enfant; à vingt ans, rhumatisme articulaire aigu ayant laissé une myocardite. Actuellement, lésions orificielles, tuberculose pulmonaire, amaigrissement, et tout le cortège des symptômes : tachycardie, souffle d'insuffisance mitrale, mauvais état général, urines rares (pas un litre par jour malgré théobromine). Le 22 mai, Mme R... est en asystolie, urine 200 centimètres cubes par vingt-quatre heures, reins fermés, dyspnée, etc. Purgatif drastique, ventouses dans les régions rénales droite et gauche, puis, sur le conseil du docteur Pagliano, on donne 2 centimètres cubes de digalène. Le 23, urine, 3 litres et demi; le 24, 2 litres un quart; le 25, 2 litres un quart; le 26, 1 litre un quart; le 27, 2 litres; tous les jours, 2 centimètres cubes de digalène jusqu'au 29; le 30, on ne donne plus qu'un centimètre cube; un litre et demi d'urine. Le 1er juin, on revient à la théobromine.

Il se dégage nettement de cette observation que la digalène fait uriner considérablement la malade et que son cœur s'est remonté au bout de deux jours. En effet, au bout de ce temps, le cœur était tonifié, la tachycardie avait diminué et le rein fonctionnait.

Pour analyser d'une façon exacte, dans ces observations, l'action de la digalène, il ne faut pas attacher trop d'importance à ce fait que plusieurs de ces cardiaques ont succombé. En effet, il ne viendra à l'esprit de personne de croire que la digalène, pas plus d'ailleurs que les autres digitalines, a le pouvoir de reconstituer complètement le muscle cardiaque dégénéré.

Je répète que j'ai tenu à donner toutes mes observations sans aucune sélection, et les hasards de la clinique ont voulu que la plupart de mes cardiaques eussent des lésions très anciennes, surtout de myocardite, à un degré trop prononcé pour donner des succès thérapeutiques remarquables. Malgré ces conditions défavorables, j'ai enregistré un certain nombre de résultats intéressants.

La digalène m'a paru, avant toute chose, avoir un pouvoir diurétique considérable et très rapide; bien que le médicament soit vite éliminé, la diurèse continue souvent, même quand celui-ci est supprimé.

A ce point de vue, j'ai des cas très intéressants, comme l'observation qu'a bien voulu me communiquer mon excellent ami, le docteur Maurel.

J'ai remarqué également que la régularisation du pouls est obtenue avec la plus grande rapidité, et le ralentissement du pouls est parallèle au rétablissement du rythme normal; fait à noter, je n'ai jamais constaté de pouls bigéminé, pas plus d'ailleurs que de rythme couplé du cœur.

La tension artérielle a été prise régulièrement, et nous l'avons vue remonter généralement au bout de peu de jours, surtout dans les cas d'insuffisance aortique. Chez plusieurs de mes malades, j'ai été obligé de suspendre la médication, parce que le sphygmomanomètre de Potain indiquait une pression supérieure à 20.

L'amélioration du pouls n'est d'ailleurs que le témoin de l'amélioration des contractions cardiaques dont le rythme tend à la normale. Après deux ou trois jours de traitement par la digalène, les malades accusent une sensation de bien-être et de calme, et la dyspnée disparaît généralement dès les premières doses.

Il y a un point sur lequel je désire attirer l'attention, c'est que les injections intramusculaires de digalène sont dans la plupart des cas excessivement bien supportées, ne donnent lieu à aucune irritation ni à aucune douleur. Une ou deux fois seulement, nous avons pu constater une certaine sensibilité. D'autre part, certains de mes malades ont eu l'occasion de prendre la digalène par voie buccale et elle n'a jamais occasionné de troubles gastriques appréciables. Voilà un point sur lequel mon attention a été attirée par mes élèves et que je tenais à bien mettre en évidence.

Sans doute une douzaine d'observations ne constituent pas une série suffisante pour établir d'une façon très nette la valeur d'un médicament, aussi ai-je la ferme intention de continuer mes expériences et je considère le travail actuel comme un simple travail d'attente. Mais en rapprochant ce que j'ai vu, ce que mes collaborateurs ont remarqué, de ce que beaucoup d'autres ont constaté, je crois pouvoir affirmer que la digalène est un excellent médicament cardiaque, peut-être supérieur aux autres préparations de digitale; dans certains cas, il est évident que la digalène m'a donné des résultats quand la digitaline avait échoué. Toutefois je ne tiens pas à établir de hiérarchie entre les divers médicaments cardiaques, il est d'ailleurs si difficile de démontrer qu'un remède vaut mieux qu'un autre! Qu'il suffise de savoir que, parmi les préparations de digitale, il existe un produit soluble, injectable, dont la posologie est facile et dont l'action est constante et rapide; il importe surtout de remarquer que la digalène peut réussir là où ont échoué digitaline, strophantine, théobromine, etc. N'est-ce pas là une conclusion suffisante et un résultat heureux? D'ailleurs dans des affections aussi longues généralement que les cardiopathies, n'a-t-on pas le temps de passer en revue toute la série des médicaments destinés à soutenir l'action du cœur?

ANALYSES

MÉDECINE

Le sérodiagnostic de la paralysie infantile épidémique. (E. Müller. *Deut. med. Woch.*, 15 juin 1911, n° 24, p. 1105.) — Les recherches de Flexner et Lewis, Landsteiner, Levaditi, Leiner, Wiener, Römer, Netter ont établi qu'il existe un véritable sérodiagnostic de la poliomyélite infantile épidémique. Il existe dans le sérum des individus infectés des anticorps spécifiques, capables de neutraliser le virus et ces anticorps persistent pendant des années dans le sang des sujets guéris. Cette propriété a, comme on le sait, été utilisée, particulièrement en France par Netter et Levaditi pour le diagnostic de la paralysie infantile.

E Müller a utilisé ce procédé, en collaboration avec Römer, pour l'étude d'une épidémie récente de poliomyélite survenue

en Hesse-Nassau. Naturellement le sérodiagnostic s'est montré positif dans les cas typiques, mais encore les expérimentateurs ont pu dépister les formes frustes se traduisant par des paralysies bulbaires (paralysies faciales seules ou associées à des troubles de la déglutition et de la respiration) ou même par de simples phénomènes fébriles et des troubles gastro-intestinaux, sans troubles nerveux appréciables. Müller pense que non seulement un sérodiagnostic positif permet d'affirmer d'une façon absolue la poliomyélite spécifique, un sérodiagnostic négatif permet de l'écarter d'une façon non moins absolue.

Pour Müller, la différence d'origine que l'on a voulu établir entre la poliomyélite épidémique et la poliomyélite sporadique n'existe pas. Au point de vue clinique il n'y a aucune différence à établir entre les deux affections : de même que la poliomyélite épidémique peut réaliser les aspects cliniques les plus différents, on signale le plus souvent dans les cas sporadiques les symptômes signalés comme caractéristiques de la poliomyélite épidémique : le stade prémonitoire de fièvre, les sueurs profuses et l'hyperesthésie. Netter et Levaditi ont montré que le sérodiagnostic était positif dans des cas sporadiques et Müller a constaté de même l'existence d'anticorps spécifiques dans le sérum d'un sujet ayant eu une poliomyélite sporadique six ans auparavant. Comme dans beaucoup d'autres infections, il existe des cas sporadiques de poliomyélite spécifique qui persistent dans les intervalles des poussées épidémiques.

Il existe d'après certains auteurs une relation entre l'herpes zoster et la poliomyélite épidémique ; le zona se montrerait avec une fréquence particulière pendant les épidémies de poliomyélite et les lésions des ganglions spinaux dans le zona rappellent celles de la poliomyélite. Müller et Römer ont examiné le sérum de 3 cas d'herpes zoster et dans les 3 cas le sérodiagnostic a été positif ; mais les réactions chez les animaux témoins ont été douteuses, de sorte que la question reste en suspens.

Le sérodiagnostic de la poliomyélite épidémique n'est pas d'un emploi aussi pratique que le sérodiagnostic de Widal ou la réaction de Wassermann. Il a d'abord le désavantage d'être fort coûteux, exigeant une grande dépense de singes. En second lieu les animaux témoins peuvent succomber à une simple encéphalite, causée par l'inoculation intracérébrale et même présenter des paralysies qui n'ont rien de spécifique ; il est donc nécessaire de pratiquer chez eux l'examen histologique des lésions. Il est parfois aussi difficile de se procurer du virus en raison de la rareté relative de la poliomyélite.

Une seconde classe de difficultés peut venir du sujet examiné : s'il s'agit d'un adulte par exemple, on peut se demander en cas de réaction positive, si cette réaction est réellement en rapport avec la maladie actuelle, ou si le sujet ne conserve pas dans son sérum des anticorps provenant d'une atteinte survenue pendant les premières années de la vie. C'est pourquoi le sérodiagnostic de la poliomyélite spécifique possède surtout une grande valeur chez les jeunes enfants.

Malgré ces objections, le diagnostic de la paralysie infantile par les procédés biologiques est une acquisition précieuse grâce à la précocité d'apparition des anticorps et à leur longue persistance dans le sang. Grâce à ce procédé on range dans un cadre exact de nombreux cas de syndromes de Landry, d'encéphalites, de paralysies bulbaires aiguës de l'enfance, et même d'affections chroniques du système nerveux central.

A. LEMIERRE.

Le mécanisme physio-pathologique de l'ataxie du tabes. (Max Egger. *Rundschau für Medizin*, 10 septembre 1910, n° 30, p. 1099.) — L'auteur s'élève contre la théorie *sensitive de l'incoordination* : la théorie classique prétend que tout mouvement, pour s'effectuer correctement, a besoin de directives sensitives, ce concept est en effet incontestable, mais où la théorie paraît être en défaut c'est quand elle prend ces directives parmi les *sensibilités conscientes*. Depuis longtemps déjà Duchenne de Boulogne s'est élevé contre cette manière de voir.

Pour étayer sa théorie personnelle l'auteur rapporte quatre cas d'ataxie sans troubles sensitifs ; très fréquents sont d'ailleurs les cas d'ataxie avec troubles sensitifs restreints et chez lesquels la grande incoordination est en désaccord avec la sensitive minime.

Pour l'auteur, la *coordination* est une fonction de la SENSIBILITÉ RÉFLEXE, de cette sensibilité qui apporte les renseignements au centre coordinateur et qui n'atteint jamais notre sensorium : il faut distinguer la coordination du mouvement : 1° dans l'espace dite *coordination spatiale ;* 2° dans le temps ou *coordination chronologique* dont une des formes est la synergie ; 3° la coordination de la force ou *coordination dynamique*. L'auteur étudie très en détail chacune de ces diverses coordinations et en arrive aux conclusions suivantes : *l'incoordination spatiale* n'est pas la cause de l'*incapacité locomotrice* ; la coordination *dynamique* est le trouble *fondamental de l'ataxie : le tabétique est le plus souvent un incoordonné spatial plus un cérébelleux.*

Il existe trois types *d'ataxie tabétique* : *a*) incoordination spatiale avec conservation de l'équilibre ; *b*) trouble de l'équilibration avec conservation de la coordination spatiale : ataxie statique ; *c*) association de ces deux types.

Enfin pour Max Egger le *cordon pestineux* ne joue pas de rôle *coordinateur* dans la marche, sa fonction coordinatrice est réservée au mouvement volitionel.

L. BABONNEIX.

Physiologie digestive et coprologie. Criterium d'une selle normale. (M. Triboulet. *Soc. de pédiatrie*, janvier 1911.) — Quand on soumet un fragment de selle bien dilué dans l'eau, dans un tube à essai à l'action de X gouttes de la solution de sublimé acétique de laboratoire, on obtient un dépôt au fond du tube, dépôt surmonté d'un trouble très net du liquide ; dépôt et trouble sont, chez le sujet normal, colorés en rose fleur de pêcher, le dépôt un peu plus que le liquide ; le tout est réalisé en une heure au moins et vingt-quatre heures au plus.

Il ne doit jamais, à l'état normal, se produire dans le tube d'*amas supérieur persistant* ; l'existence d'une collerette de matières en haut du tube démontre soit un excès de *mucus*, soit un excès de *graisse* non utilisée.

Dans une selle absolument normale, on ne doit constater ni la présence d'une réaction mauve indiquant qu'il existe de la *caséine*, de l'*albumose*, ni une coloration rose (*peptones*).

En ce qui concerne l'étude des modifications de la *bile* dans la traversée intestinale, l'auteur rappelle le rôle, qu'il s'est efforcé de bien mettre en évidence, des *plaques de Peyer*, sur la réduction de la bile en stercobiline ; que ce soit donc par la réaction rosée au sublimé acétique, ou par la fluorescence à l'acétate de zinc, on pourra donc apprécier l'influence positive ou négative de la fonction lymphoïde iléo-cæcale, par l'importance de la transformation de la biliruline en stercobiline.

Dans une selle normale, il est encore facile de mettre en évidence la *présence de sels biliaires*, grâce à la réaction de Pettenkofer, qui donne immédiatement une belle couleur rouge.

Une selle normale doit enfin donner une réaction *acide* si l'enfant est nourri au *sein*, *alcaline* s'il est nourri au *biberon* ; traitée par la phénolphtaléine jamais une telle selle ne doit donner de coloration rouge ou rose, qui indique si elle reproduit soit du sang, soit des fermentations, soit des pigments anormaux.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Un cas d'anévrisme de la sous-clavière gauche traité par une nouvelle méthode de ligature. (J. G. Scherrill. *South. med. Journ.*, mars 1911). — Le malade de Sherrill avait une

tumeur pulsatile de la taille d'un petit melon appendue à la partie supérieure du thorax, s'étendant d'un point situé près de la ligne médiane et juste au dessous de la clavicule, en bas et en dehors presque jusqu'au bord du grand pectoral. Cette tumeur était animée de pulsations synchrones à celles du cœur. Il n'y avait pas de souffle à son niveau. Le pouls radial gauche était presque imperceptible et retardait un peu sur le pouls radial droit. Le pouls de la carotide gauche était synchrone avec celui de la radiale droite; pas d'impulsion trachéale, de dyspnée, de toux, ni de gêne de la respiration ou de la déglutition. Le diagnostic d'anévrisme sous-clavier gauche s'imposait. Il fut décidé de lier la première portion de l'artère par la voie postérieure. Une incision d'à peu près 10 centimètres fut faite le long du bord postérieur de l'omoplate à travers la peau et les muscles sous-jacents. Deux incisions furent tracées de chacune des extrémités de cette première incision jusqu'aux apophyses épineuses. Le lambeau de parties molles fut disséqué et toute hémorragie arrêtée. Les deuxième, troisième et quatrième côtes furent réséquées sur une longueur d'environ 8 centimètres, les muscles intercostaux séparés de la plèvre, celle-ci refoulée avec précaution en bas et en dehors; alors l'artère sous-clavière apparut très nettement à son point d'origine sur l'aorte. Une ligature fut passée temporairement; on constata que le serrage ne faisait point disparaître les pulsations de la poche extérieure; la ligature devenant inutile, on la retira, et on découvrit au-dessous de l'origine de la sous-clavière une masse pulsatile de la grosseur d'une petite orange. Fermeture de la plaie. Pas de shock. Le malade mourut subitement dix jours après de la rupture dans l'œsophage d'une poche aortique développée aux dépens de la partie initiale de la crosse de l'aorte. Bien que le cas n'ait pas été favorable pour la ligature, Sherril a été frappé par la facilité avec laquelle on peut aborder la portion initiale de la sous-clavière gauche par la voie thoracique postérieure.

F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade. Pelade héréditaire et familiale. (R. SABOURAUD. *Ann. dermat. et syph.*, fév. 1911, p. 65.) — Cherchant à évaluer l'importance de l'hérédité comme facteur étiologique de la pelade, l'auteur a fait une enquête sur 100 cas de pelades. Voici quelques conclusions :

1° Dans 22 p. 100 au moins de cas de pelades cette affection existe à plusieurs exemplaires dans la famille (lignes collatérales ou ascendantes, ou descendantes, ou réunies).

2° Dans 11 p. 100 des cas au hasard, la pelade est héréditaire directe; semble provenir plus souvent de la souche paternelle que de la souche maternelle.

3° Dans 11 p. 100 des cas on rencontre cette affection chez deux collatéraux sans que l'origine puisse être retrouvée chez les ascendants.

L'auteur signale l'importance étiologique que peut avoir la tuberculose et la syphilis, mais ne peut se prononcer sur la part qu'il faut donner à ces divers facteurs.

P. GASTINEL.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Des causes du vertige et du nystagmus ; étude sur les réactions d'équilibre. [P. FRIDENBERG (de New-York). *Med. Record*, 23 avril 1910. *C. r. Revue hebdom. d'oto-rhino-laryngologie*, n° 38, p. 364, 1910.) — L'équilibre, pour l'auteur, résulte du concours de plusieurs organes sensoriels : vision, sens du tact, sens musculaire, le labyrinthe de qui dépendent la statique et la dynamique ; leur union produit une impression complexe, mais uniforme. Un de ces organes modifié ou même supprimé ne troublera pas forcément l'équilibre et ne causera pas l'illusion du déséquilibrement ou le vertige.

La cécité, l'astéréognosie, le labyrinthe détruit peuvent seuls être compatibles avec un bon équilibre. Le vertige n'est pas une simple sensation ; celui des chemins de fer n'existe que si l'observateur se trouve en dedans de la fenêtre du wagon; il en est de même dans le patinage, le cyclisme, la valse. Si nous redevenons conscients de l'inclinaison de notre corps, le vertige disparaît. Le vertige labyrinthique semble à l'auteur dû à des troubles de jugement, à une confusion, à une compensation de déséquilibrement. De même pour celui du mal de mer ou celui que cause la vision d'objets réfléchis dans un miroir mobile (formation d'images doubles à l'aide de prismes). Le vertige est une incoordination des impressions sensorielles d'équilibre et de direction et le nystagmus est une réaction destinée à corriger ce trouble.

P. VIOLLET.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Nous allons maintenant, messieurs, examiner le plus rapidement possible les différents cas dans lesquels le principe de responsabilité, tel que le juge l'a posé, a trouvé son application. Il est admis, pour faciliter l'étude de la responsabilité, que les fautes commises par les médecins se groupent en deux catégories : les *fautes extramédicales* et les *fautes purement médicales*.

Les fautes extramédicales sont : le refus de soins, les imprudences et les négligences sous toutes leurs manifestations. Les fautes médicales sont : l'impéritie, les erreurs de pronostic et de diagnostic, enfin les fautes dans le traitement.

Passons donc en revue, messieurs, si vous le voulez bien, ces différentes fautes, tout d'abord le *refus de soins*. Le médecin est toujours libre de donner ses soins à qui bon lui semble et en raison de n'importe quelle considération (Cassation, 29 fructidor an X, *Sirey*, 1er vol., 1re partie, p. 693; 4 juin, 1830, *S.*, 1830, 1re partie, p. 341; Cour de Pau, 1er mai 1900, *S.*, 1900, 2e partie, p. 301). Mais il commettrait une faute de nature à engager sa responsabilité, s'il refusait ses soins, alors qu'il serait obligé de les fournir soit par contrat, soit par une décision administrative, soit par un ordre de l'autorité. Quelle que soit la forme du contrat, le médecin est lié, de sorte que tout refus par lui de donner les soins promis constitue une faute; c'est le cas du médecin attaché à une personne ou à une société : personnages princiers, sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurances (Cass., 18 juin 1835, précité; Cour d'Amiens, 16 nov. 1857, *Gazette des tribunaux*, 5 déc. 1857; Cour de Metz, 21 mai 1867, *Dalloz périodique*, 1867, 2e partie, p. 110; Cour de Pau, 1er mai 1900, précité). Le médecin ne peut pas davantage refuser ses soins dans l'exécution d'un service public auquel il est attaché : ayant accepté une fonction publique, il a pris l'engagement de la remplir fidèlement. Il en est ainsi, par exemple, des médecins des hôpitaux à l'égard des hospitalisés (Cour de Dijon, 18 mars 1903, *D. p.*, 1904, 2e partie, p. 134), des médecins des bureaux d'assistance à l'égard des indigents secourus (Trib. de Cambrai, 15 mars 1900, *La Loi*, 1900, p. 458), des médecins des enfants du premier âge ou des enfants assistés (Trib. de paix, Paris, XVe arrondissement, 28 janv, 1904, *D. p.*, 1904, 2e partie, p. 400).

Enfin, le médecin ne peut refuser ses soins lorsqu'il se trouve en présence d'une réquisition de l'autorité. Non seulement il s'exposerait aux peines prévues par la loi pour refus d'obtempérer aux réquisitions (Code pénal, art. 475, 12°; loi du 3 mars 1822, art. 13; décret du 27 fév. 1877, art. 14), mais

(1) Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911. — (Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 89, p. 1331.)

il s'exposerait en outre à se voir réclamer par la personne une indemnité, son abstention ayant pu lui procurer un préjudice, et même condamner pour homicide ou blessures par imprudence, s'il était résulté de son refus la mort du malade ou l'aggravation de son état (Cassation, 29 fructidor an X, précité). On a même été plus loin : un tribunal de paix, il est vrai, a été jusqu'à déclarer que le médecin était en faute s'il refusait ses soins en cas d'extrême urgence (Trib. de paix, Lamballe, 14 oct. 1898, Brouardel, *L'Exercice de la médecine*, annexe 7). Mais cette décision est très critiquable. En effet, dit le professeur Perreau, dans ses *Eléments de jurisprudence médicale*, le médecin est libre de donner ou de refuser ses soins aux malades qui le requièrent; il faudrait donc assimiler le cas d'extrême urgence à un refus de soins, alors surtout que ceux-ci seraient donnés si tardivement qu'ils perdraient toute utilité. Le médecin éviterait une responsabilité quelconque en disant qu'il a seulement tardé jusqu'au moment où le mal est devenu, à son insu, sans remède.

Voici donc exposé le refus de soins. Etudions maintenant *les imprudences et les négligences* sous leurs diverses formes et dans leurs manifestations (ordonnances, maladies transmissibles, opérations...).

Le principe général que chacun répond, au moins civilement, non seulement de sa faute volontaire, mais encore de ses simples imprudences ou négligences, s'applique au médecin. Il est tenu de prendre toutes les précautions en son pouvoir pour empêcher que ses actes nuisent à autrui (art. 1383 du Code civil). L'absence de telles précautions est une faute, qu'elle consiste à n'avoir pas prévu les conséquences de ses actes (imprudence), ou à n'avoir pas vérifié les conditions dans lesquelles il se trouvait. De nombreuses condamnations ont été prononcées de ce chef. Ainsi, par exemple, a été déclaré en faute le chirurgien qui opère en état d'ivresse (Cour de Douai, 16 mai 1882, *S.*, 1883, 2e partie, p. 153); qui omet de vérifier le contenu d'un flacon d'un anesthésique avant de l'employer (Trib. de la Seine, 27 juin 1901, *Gaz. des trib.*, 1901, 2e partie, p. 267); qui oublie un morceau de gaze ou un objet quelconque dans le corps de l'opéré (Cour d'Alger, 17 mars 1894, *S.*, 1895, 2e partie, p. 237, et jugement Bazy); ou enfin le médecin qui, dans un cas difficile mettant son savoir en défaut, n'appelle point un confrère en consultation (Cour de Metz, 22 mai 1867, *D. p.*, 1867, 2e partie, p. 110; Cour de Paris, 4 mars 1898, *S.*, 1899, 2e partie, p. 90).

(*A suivre.*) R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES ET DES OPÉRÉS

Il ne suffit pas de poser l'indication de la reprise de l'alimentation chez un convalescent ou un opéré; il faut faire un choix judicieux de ce qui lui sera prescrit. Une préparation des plus utiles à ce moment est la poudre de viande de Trouette-Perret : mélange d'albuminoïdes, de féculents et de sucres, diastasée, peptogène; elle sera prise sans fatigue et digérée parfaitement; elle est tout indiquée pour réparer les pertes des tissus et hâter le retour des forces.

LIVRES NOUVEAUX

La Fièvre méditerranéenne [Fièvre de Malte] (1), par le docteur LEMANSKI.

Presque inconnue de la plupart des médecins, il n'y a pas encore bien longtemps, la fièvre de Malte a subitement acquis une notoriété prodigieuse. Très étudiée au point de vue clinique et bactériologique, elle a même eu l'honneur insigne de soulever des discussions quasi-diplomatiques.

Il était donc urgent qu'une étude d'ensemble vînt résumer les nombreux travaux publiés sur la question, et en même temps que l'auteur chargé de cette monographie eût une compétence personnelle qui lui permît de faire œuvre originale. Une expérience médicale de dix-huit ans dans le Nord de l'Afrique désignait M. Lemanski comme le « rihgt man » en la circonstance. Aussi lira-t-on avec autant d'intérêt que de profit ce livre où il étudie minutieusement et scrupuleusement la symptomatologie, les complications, la marche, le diagnostic clinique et bactériologique de la fièvre méditerranéenne.

(1) Un vol. de 186 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

La Cure solaire de la tuberculose (1), par le docteur MALGAT (de Nice).

Depuis 1904, le docteur Malgat poursuit des recherches sur les effets de la lumière solaire dans la tuberculose pulmonaire, et à mesure qu'il faisait des découvertes nouvelles, sa conviction s'est de plus en plus raffermie dans le succès final de ses expériences. On en jugera par la phrase suivante que j'extrais de sa préface : « Aujourd'hui, après dix ans de travail, j'apporte la preuve certaine que la tuberculose guérit à tous les degrés par les bains de soleil méthodiquement appliqués. La seule condition de guérison est de pouvoir employer une lumière suffisamment intense. »

En admettant que cette affirmation de l'auteur soit elle-même un peu imprégnée de soleil méridional, l'ouvrage du docteur Malgat n'en demeure pas moins fort intéressant, consciencieusement et savamment observé.

L'avant-propos, qui constitue un chapitre sur les énergies solaires, est, en particulier, d'une érudition pleine de charme.

La Neurasthénie rurale (2), par le docteur Raymond BELBÈZE (de Nevers). Préface du professeur Rémond (de Metz).

Dans cet ouvrage très intéressant, et fortement documenté puisqu'il repose sur deux cents observations, l'auteur étudie la fréquence, les causes sociales et individuelles de la neurasthénie chez le paysan contemporain.

Dans le milieu tout au moins où notre confrère a observé la neurasthénie est d'une très grande fréquence, puisqu'il l'estime à 30 p. 100 des sujets. Pour lui, même chez les ruraux primitifs, l'affection est due à un trouble du psychisme supérieur qui fait en quelque sorte régresser le neurasthénique. La détresse économique locale, une dépopulation intense et l'état actuel de la famille, de l'école et de la littérature sont les causes efficientes de ce lamentable état de choses.

Contribution à l'étude de certaines facultés cérébrales méconnues (3), par le docteur W. C. DE SERMYN.

« Je ne sais pas si je vivrai assez longtemps pour terminer cet ouvrage, et je n'ai point l'intention, actuellement du moins, de le publier durant ma vie; je ne compte pas non plus prendre des dispositions testamentaires pour qu'il le soit après ma mort. Je me demande alors pourquoi je prends la peine de l'écrire. »

Après cet étrange préambule l'auteur déclare espérer qu'une science nouvelle naîtra des divagations spirites actuelles. On peut se rendre compte par là de la tendance générale du livre, où l'auteur rapporte et analyse tous les faits plus ou moins étranges qu'il a eu l'occasion d'observer durant sa vie.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 390 p. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-16, 222 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.
(3) Un vol. de 612 pages. — Chez Payot, à Lausanne, et F. Alcan, à Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES ALCOOLIQUES

Parmi les multiples accidents qui accompagnent l'intoxication alcoolique, surtout l'intoxication chronique, l'un des plus fréquents, comme l'un des plus caractéristiques, est constitué par les PARALYSIES.

Entrevues par Magnus Huss, les paralysies alcooliques ont été bien décrites cliniquement, dès 1864, par Lancereaux, puis par Œttinger et Brissaud; leur substratum anatomique a été bien étudié par Gombault; plus récemment, enfin, l'on s'est attaché à préciser la nature des liens qui réunissent les troubles psychiques et les troubles paralytiques, constituant ainsi une association encore fréquemment observée en clinique, et qu'il est classique d'appeler la *psychose polynévritique de Korsakoff*.

Nous allons étudier tout d'abord les lésions anatomiques que l'on observe au cours de ces paralysies, tout en essayant d'en pénétrer le mode de production; puis nous nous attacherons à préciser la description clinique aussi complète que possible des multiples formes que ces paralysies peuvent revêtir; il nous sera facile alors de discuter le diagnostic et d'indiquer la thérapeutique à instituer.

ÉTIOLOGIE. — Les paralysies alcooliques s'observent surtout dans l'intoxication chronique par des boissons renfermant des *alcools* plus ou moins *rectifiés* (kirsch, rhum, gin, eaux-de-vie), ainsi que par les boissons contenant des *essences* (absinthes, *amers*, vermouth, etc.); elles s'observent beaucoup plus rarement dans l'intoxication par le vin, la bière, etc.

Ces paralysies s'observent relativement plus souvent chez la femme que chez l'homme; elles ont été signalées même chez l'enfant.

Lancereaux insiste, avec raison d'ailleurs, sur le rôle de l'*hérédité* dans l'éclosion de ces accidents; l'hérédité exercerait son action d'une triple manière : elle agirait par un besoin inné, instinctif, d'user des liqueurs fortes, par des troubles nerveux purement dynamiques, par des désordres matériels des centres nerveux.

Citons pour mémoire la fréquence plus grande de ces paralysies dans les pays où l'alcoolisme sévit le plus (Bretagne, Normandie), ainsi que dans certaines professions qui favorisent ces excès alcooliques (charretiers, cabaretiers, etc.).

L'association avec d'autres causes de névrites (saturnisme, infections) est également un élément qu'il ne faut pas négliger dans l'énumération des causes prédisposantes de ces paralysies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La lésion capitale, bien étudiée par Gombault puis par Brissaud, est constituée par une *névrite* portant sur les nerfs *périphériques*, réalisant d'abord le type bien connu de la NÉVRITE SEGMENTAIRE PÉRIAXILE, puis, assez rapidement celui de la NÉVRITE PARENCHYMATEUSE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE WALLÉRIENNE.

L'altération se limite d'abord, sur une même fibre, à un ou deux segments interannulaires n'intéressant que la gaine de myéline et le protoplasma; les modifications de la myéline débutent vers les extrémités du segment, au voisinage de l'étranglement, pour gagner ensuite les parties les plus distantes; la myéline se résout en fines granulations émulsionnées dans un protoplasma que parsème souvent un nombre considérable de noyaux; le cylindraxe survit d'abord à cet effondrement, d'où le nom de *périaxile* donné à la lésion.

Mais si la lésion progresse, elle arrive à intéresser, à détruire le cylindraxe; à partir de ce moment, se produit alors la *dégénérescence* des parties sous-jacentes. Il n'est pas rare que la phase primitive de névrite segmentaire périaxile soit extrêmement courte, dans ces cas alors, de très bonne heure le cylindraxe étant atteint, la lésion se présente d'emblée, comme un processus de dégénération banale.

Dans les cas les plus typiques, le processus débute dans chaque segment par la végétation protoplasmique qui divise la myéline; ultérieurement surviennent la mitose et la prolifération nucléaire, le morcellement, la résorption de la myéline par l'activité du protoplasma, enfin la section du cylindraxe qui devient granuleux, se gonfle, s'hypertrophie, pâlit et devient invisible.

Les *terminaisons musculaires* sont tantôt saines, tantôt elles présentent des altérations de même ordre que celles décrites au niveau des troncs, caractérisées, elles aussi, par la dégénérescence, la disparition du cylindraxe et de la myéline, avec prolifération nucléaire. Déjerine, Thomsen ont décrit des lésions de même ordre au niveau des nerfs cutanés.

Flemming a signalé des *lésions interstitielles* consistant en la présence de leucocytes émigrés, de cellules fusiformes, traduisant sans doute l'association d'un processus infectieux au processus d'intoxication; il y a souvent de l'œdème, un épaississement du périnèvre. Leyden a signalé des hémorragies interstitielles, Minkowski de l'artérite oblitérante, Ushoff des altérations interstitielles au niveau du nerf optique.

Les lésions nerveuses, en général, sont essentiellement *diffuses* et *irrégulières*; le maximum siégerait surtout à la périphérie, et d'après M. Déjerine plus un tube nerveux serait long plus intenses seraient les lésions périphériques.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe surtout de retenir c'est la diversité dans le degré des lésions sur un même tube.

Parallèlement à ces lésions des nerfs périphériques, il faut signaler l'importance de l'atrophie musculaire, atrophie qui n'est pas toujours en rapport, d'ailleurs, avec l'intensité des désordres nerveux; cette atrophie est caractérisée par des altérations dégénératives, tellement accusées que l'on est en droit de supposer une action directe du toxique sur la fibre musculaire.

Mais les lésions des nerfs périphériques ne constituent pas les seules altérations du système nerveux que l'on puisse observer au cours de ces paralysies; il existe aussi des LÉSIONS CENTRALES; certains auteurs ont été jusqu'à supposer même que les lésions périphériques, que nous venons de décrire, dépendraient de modifications du système nerveux central (Schaffer, Erlitzky).

A l'heure actuelle, on ne subordonne plus les lésions périphériques aux lésions centrales, et l'on considère simplement ces dernières comme la réaction *individuelle* des centres nerveux vis-à-vis le processus toxique.

Flemming a signalé des *hémorragies* diffuses de la substance grise; Campbell, une véritable *poliomyélite* avec une augmentation notable de la névroglie.

Plus fréquentes sont les altérations des cellules des *cornes antérieures* consistant spécialement en chromolyse périphérique avec perte des prolongements, lésion décrite par Soukhanoff, ou chromolyse centrale avec noyau périphérique.

Par contre, extrêmement rares sont les lésions des cellules centrales.

Les *altérations médullaires* portent surtout sur les faisceaux blancs; elles revêtent parfois une systématisation qui atteint de préférence les cordons postérieurs; elles consistent en atrophie ou disparition de la myéline avec gonflement du cylindraxe suivi, à brève échéance, de dégénérescence.

Les *racines antérieures* sont quelquefois touchées (Achard et Soupault). On a noté des cas où, malgré des lésions des cellules des cornes antérieures et des nerfs périphériques, il n'existait aucune lésion des racines.

Il faut enfin se rappeler que, malgré cette grande variété de lésions centrales décrites par de nombreux auteurs, il est extrêmement fréquent de rencontrer des cas de paralysies alcooliques sans aucune lésion des centres nerveux.

Nous ne signalons que pour mémoire, en raison du rôle attribué à ces faits, dans la pathogénie de certains faits cliniques, l'importance des lésions des viscères réagissant également à l'intoxication alcoolique, en particulier du foie (cirrhose alcoolique, dégénérescence graisseuse, etc.).

Telles sont les différentes altérations anatomiques, qu'il est possible de retrouver à l'autopsie d'un sujet mort au cours de paralysie alcoolique; sans vouloir discuter ici l'origine centrale ou périphérique des lésions décrites, en forme de conclusion, nous attirons l'attention sur ce point que l'intensité des symptômes observés ne cadre pas toujours avec l'intensité des lésions; il peut même se faire que certains nerfs présentent, à l'examen, des altérations discrètes, alors que rien n'accusait, cliniquement, cette adultération nerveuse; c'est là ce que Brissaud a décrit sous le nom de

névrites latentes; pour Durante, l'explication de la constatation de cette variété de névrite résiderait dans ce fait que l'*importance physiologique des lésions toxiques* n'est nullement en rapport avec l'importance des altérations *myéliniques*, mais presque exclusivement avec celles des lésions protoplasmiques; il suffit donc qu'une mince bande de protoplasma soit conservée pour que l'influx nerveux continue à être transmis.

Ces discussions nous conduisent nécessairement à l'étude de la pathogénie de ces paralysies. (*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 7, juillet 1911.) Arnaud : De l'entraînement physique dans l'armée. — J. Boyé : Syphilis hépatique et mercure. — Romieu : Suicide par coup de feu à blanc sans fausse balle. — Prouzergue : Préparation des ampoules médicamenteuses.

Archives générales de chirurgie. — (N° 6, 25 juin 1911.) A. Lapointe : Os surnuméraire du tarse (tibiale externum) simulant une fracture du scaphoïde. — A. Rives : Sur les accidents herniaires dénommés étranglement rétrograde de l'intestin. — Augier : Du rôle du traumatisme dans l'étiologie des hydronéphroses.

Archives internationales de neurologie. — (Juillet 1911.) Déjerine : Clinique des maladies du système nerveux [leçon inaugurale] (*fin*). — Ermakow : Sur l'oligophasie postcomitiale. — Mac-Auliffe et Mme Arone : Les applications de la morphologie humaine à la sociologie et à la médecine.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (1er juillet 1911.) P. Jacques : Deux cas de goitre exophtalmique traités par thyroïdectomie. — H. Luc : Présentation d'un malade opéré d'évidement partiel, avec conservation de la membrane du tympan. — Guisez : Action spécifique du radium sur certaines formes de cancer de l'œsophage. — A. Castex : Courants de haute fréquence. Résultats thérapeutiques. — Mignon : Application nouvelle de la sérothérapie au traitement des rhinites spasmodiques. — Lavrand : Contracture de la mâchoire, consécutive à des injections d'alcool, guérie par la thiosinamine. — Claoué : La laryngoscopie directe, tête fléchie, dans le traitement de certaines formes de tuberculose laryngée. — Philip : Ostéome du sinus maxillaire. — Thoorix : Mensuration du champ respiratoire (cormométrie). — A. Castex : Rôle du médecin à l'égard des enfants sourds-muets.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (N° 4, avril 1911.) Georges et Maurice Gérard : Recherches sur la forme et la situation des capsules surrénales chez l'homme.

Bulletin médical. — (N° 50, 24 juin 1911.) Debove : Pathogénie des néphrites. — M. Ménard : Impossibilité du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire à l'aide des rayons de Röntgen. — (N° 51, 28 juin.) Gandy : Infantilisme tardif de l'adulte. — Desesquelle : La question du renouvellement des ordonnances. — (N° 52, 1er juillet.) Kirmisson : De l'invagination intestinale chez l'enfant. — (N° 53, 5 juillet.) Roger Voisin : Diagnostic clinique des méningites. — (N° 54, 8 juillet.) J. Roubinovitch : Comment pratique-t-on l'examen direct d'une personne présumée aliénée? — (N° 55, 12 juillet.) Roger Voisin : Ponction lombaire et traitement des méningites. — (N° 56, 19 juillet.) Quénu : Les hémorroïdes. — R. Brunon : Les femmes et l'alcoolisme.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 12, 25 juin 1911.) H. Aboulker : Méningite séreuse d'origine otique. — Constant : Uricémie, ménopause et artério-sclérose. — L. Pron : Le phosphate de trinaphtyle B en thérapeutique intestinale.

Clinique. — (N° 26, 30 juin 1911.) Kirmisson : Subluxation de la hanche paralytique. Hanche à ressort paralytique. — A. Guillon : L'érysipèle grage. — Pissavy : Diagnostic clinique des cirrhoses vasculaires. — Perdrizet : Percussion du foie. Signe de Grocco. — S. Bonnamour : Syphilis des vieillards. — Monteunis : Valeur pratique des bains d'air, de lumière et de soleil dans l'hygiène journalière et sociale. — (N° 27, 7 juillet.) G. Laurens : Traitement chirurgical des antrites frontales. Etude critique des accidents consécutifs. — A. Guillon : Opium ou alcool. — Delbet : A propos d'un rein mobile. — Ombrédanne : Les deux facteurs de la luxation congénitale de la hanche. — Roger Mignot : La lutte antialcoolique en France. — (N° 28, 14 juillet.) Guillain : Le phosphore en médecine légale. — Boulai : Cholestéatome. — Mauclaire : La tarsalgie des adolescents. — Gaucher : L'hérédo-syphilis tertiaire du cerveau et de la moelle épinière. — Albert Mathieu : Les pancréatiques et les crises douloureuses du plexus solaire. — (N° 29, 21 juillet.) G. Lyon : Les médicaments réellement utiles. Leurs modes d'administration, leurs indications. Les notions de thérapeutique indispensables aux praticiens résumées en quelques leçons. — Hutinel : Pleurésies consécutives aux cardiopathies aiguës. — A. Pissavy : Diagnostic clinique des cirrhoses biliaires. — Kirmisson : Des indications opératoires dans l'appendicite. — V. Pauchet : L'occlusion des vaisseaux mésentériques (infarctus de l'intestin). — A. Bach : Trinitrine et veratrum viride dans l'hypertension artérielle.

Echo médical du Nord. — (N° 26, 25 juin 1911.) Jean Minet : Sur un cas curieux d'albuminurie acéto-soluble. — Gorse : Kyste hydatique prépéritonéal de la paroi abdominale antérieure. Ablation, analyse chimique du kyste. — (N° 27, 2 juillet.) Lambret et Pélissier : Adénomes de la parotide. — Petit : L'alcool aliment en 1614. — (N° 28, 9 juillet.) Tramblin et Fontan : La veine prépylorique. Son existence, son siège, ses rapports avec la valvule pylorique. — Vanverts : L'inversion vaginale consécutive à l'hystérectomie. — Pierret et Benoit : A propos d'un cas de tumeur du médiastin. — (N° 29, 16 juillet.) Laguesse : Ergastoplasme et chondrome dans les cellules sécrétantes séreuses. — A. Calmette : Technique du traitement de la syphilis et de la fièvre récurrente par le salvarsan.

Encéphale. — (N° 7, 10 juillet 1911.) Charpentier et Jabouille : Nanisme myxœdémateux. Absence de corps thyroïde et d'hypophyse. Examen du squelette (avec 1 planche hors texte). — H. Le Savoureux : Une observation d'hérédité polymorphe (avec 1 planche hors texte). — André Pélissier : L'emploi du salvarsan dans les affections du système nerveux d'origine syphilitique.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (25 juin 1911.) Lucas-Championnière : L'appendicite est-elle une maladie nouvelle? Ses relations avec différentes causes. L'appendice n'est pas un organe inutile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.





N° 93. — SAMEDI 19 AOUT 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 19 AOUT 1911. — N° 93.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Cabanes, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours théorique d'accouchements.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — Un congé, du 1er novembre au 31 décembre 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Louïse, professeur de chimie et toxicologie.

M. Chrétien, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, du 1er novembre au 31 décembre 1911 (durée du congé accordé à M. Louïse), d'un cours de chimie et toxicologie.

— Clermont. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chefs de travaux :

Anatomie : M. Buy, professeur; — physiologie : M. Billard, professeur; — histoire naturelle : M. Bruyant, suppléant; — médecine opératoire : M. Dionis du Séjour, suppléant.

— Grenoble. — M. Vaillant, maître de conférences à la Faculté des sciences de l'Université de Grenoble, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de physique.

M. Corneloup, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— Marseille. — M. Olmer, docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé, à partir du 1er novembre 1911, professeur d'hygiène et médecine légale.

M. Reynès, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé pour trois ans, dans ses fonctions, à partir du 21 janvier 1912.

— Poitiers. — M. Berlan, chef des travaux d'anatomie et histologie, est prorogé pour un an, dans ses fonctions, à dater du 20 octobre 1911.

— Reims. — M. Bouvier, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1911, chef des travaux de physiologie.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été accordée aux officiers du corps de santé de la marine dont les noms suivent :

MM. Robin, médecin de deuxième classe, détaché en mission à Tien-Tsin, et Goett, du port de Brest, en service au Maroc.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Dieulafoy. Ses obsèques seront célébrées demain samedi, à neuf heures, en l'église Saint-Pierre de Chaillot; — de MM. les docteurs Buttler (de New-Jersey), décédé à Paris; Victor Guignard (de Bagneux), et de M. Chomanet, externe des hôpitaux de Paris.

INSTITUT PASTEUR (LABORATOIRE D'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE CHIMIE BIOLOGIQUE). — L'enseignement donné dans ce laboratoire a pour but de fournir aux travailleurs, déjà initiés aux méthodes générales de la chimie, un ensemble de connaissances pratiques leur permettant d'aborder les recherches de chimie biologique.

Les méthodes enseignées, après avoir été décrites dans tous leurs détails, seront exécutées au laboratoire; elles comprendront des applications aux cas les plus intéressants, le nombre et la difficulté des exercices étant gradués suivant la plus ou moins grande habileté des travailleurs.

Les manipulations auront principalement pour objet :

La recherche et le dosage des éléments les plus intéressants qui entrent dans la composition des êtres vivants, animaux et végétaux; la détermination qualitative et quantitative des principes immédiats les plus importants, sucres, acides organiques, matières grasses, essences, alcaloïdes, substances protéiques, etc.; l'étude des principales diastases; celle des fermentations les plus typiques, etc.

Le laboratoire sera ouvert pendant une période d'environ trois mois à partir du lundi 13 novembre 1911, avec interruption de quelques jours pour les vacances du 1er janvier.

Il sera ouvert tous les jours (sauf les dimanches et jours de fêtes), d'une heure et demie à six heures.

Les personnes désirant travailler au laboratoire devront en faire la demande par lettre avant le 6 novembre. Cette demande devra être accompagnée de renseignements sur les études antérieures, les titres ou diplômes obtenus, etc.

Le nombre des travailleurs admis est limité.

Le montant des frais, pour la durée totale de l'enseignement, s'élève à 250 francs. Les personnes qui auront été avisées par lettre de leur admission devront payer d'avance, à M. l'économe de l'Institut Pasteur, la moitié de ces frais, soit 125 francs. La seconde moitié devra être payée au début de janvier. Il sera fourni aux travailleurs tout le matériel de laboratoire nécessaire, à l'exception de la boîte de poids. Chacun sera personnellement responsable du matériel qui lui est confié et devra le restituer en bon état à la fin des cours.

L'Institut Pasteur ne délivre ni diplôme ni certificat de capacité relatifs à l'enseignement pratique du laboratoire. Des certificats de présence pourront seuls être accordés aux élèves qui en auront justifié la nécessité.

Adresser les demandes à M. le professeur Gabriel Bertrand, à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot, à Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LA DILATATION AIGUË POST-OPÉRATOIRE DE L'ESTOMAC

Par MM. André BLOCH et Jacques RAMADIER,
Internes des hôpitaux.

La dilatation aiguë de l'estomac constitue une complication post-opératoire fréquente. Mais elle se présente sous des formes multiples que l'on peut grouper en deux catégories distinctes :

Tantôt elle fait partie du tableau de la septicémie péritonéale post-opératoire, au même titre que l'occlusion paralytique de l'intestin ; elle n'est alors qu'un des éléments d'un syndrome complexe, élément qu'il serait difficile, et d'ailleurs assez peu intéressant de dégager des autres. Dans ces cas en effet un traitement dirigé contre cette dilatation gastrique ne saurait enrayer l'évolution à peu près fatale de la péritonite; tout au plus pourrait-il parfois la retarder.

Tantôt, au contraire, elle se manifeste comme un accident isolé. Quelle que soit alors la cause de cet accident il s'agit bien là d'une dilatation aiguë de l'estomac, comme le constate un examen minutieux du malade, et c'est bien cette dilatation qui est la cause des phénomènes alarmants que le chirurgien a pu mal s'expliquer tout d'abord, puisque grâce à une évacuation précoce du liquide accumulé dans cet estomac distendu on voit le plus souvent ces phénomènes s'amender rapidement et le malade reprendre une heureuse convalescence.

Ce sont ces derniers cas de dilatation gastrique que nous aurons donc surtout en vue; on voit qu'ils sont intéressants à plus d'un titre : les difficultés qui entourent leur diagnostic les font en effet facilement méconnaître à un examen superficiel et, d'autre part, ils relèvent d'une thérapeutique désormais bien déterminée. Quant à leur pathogénie, elle reste encore assez obscure et a donné lieu, comme nous le verrons, à de nombreuses discussions.

I

Historique. — La dilatation aiguë de l'estomac est restée longtemps confondue parmi les autres accidents post-opératoires, en particulier : septicémie péritonéale, occlusion intestinale, vomissements post-anesthésiques. Parmi les premières observations il faut signaler celles de Kundrat (1891), Schnitler (1895) en Allemagne ; de Robinson (1900) en Amérique.

En France, le premier travail important est celui de Reynier qui attire l'attention au Congrès de chirurgie 1903 sur les accidents qu'il décrit sous le nom de paralysies stomacales aiguës post-opératoires, qu'il distingue des péritonites et dont il indique déjà le traitement. Chavannaz en 1905 en rapporte deux cas personnels à la Société de chirurgie, et insiste à son tour sur la difficulté du diagnostic et sur son importance. A la suite de ces observations et de celles de Legueu la question est l'objet, en novembre 1905 à la Société de chirurgie, d'une discussion très intéressante à laquelle prennent part Reynier, Routier, Walther, Pierre Delbet, Ferrier, Quénu, Moty, Hartmann, Tuffier. Depuis, de nombreuses autres observations sont venues confirmer les données de ces auteurs et ont mis au point l'étude clinique et la thérapeutique de la dilatation aiguë de l'estomac.

II

Etude clinique. — Ce tableau clinique est assez mal déterminé, souvent fruste, dépourvu de signe vraiment pathognomonique.

Cependant dans les cas les mieux caractérisés, que nous allons d'abord décrire, trois signes, les vomissements, les modifications du pouls et celles du facies dominent la scène. Ces trois symptômes se présentent avec certaines particularités et d'une façon assez constante pour constituer, en dehors des signes physiques, les trois signes positifs essentiels de l'affection. Quelques autres troubles les accompagnent avec une grande inconstance et une grande variabilité.

Début. — Le début des accidents est généralement insidieux; en effet, le symptôme qui est ordinairement le premier en date, le vomissement, fait suite le plus souvent aux vomissements provoqués par l'anesthésie elle-même. Il faudra se méfier de ceux-ci quand ils persistent au delà des vingt-quatre premières heures, se méfier surtout de leur reprise après une phase d'arrêt. Ce retour des vomissements s'observera entre le deuxième et le septième jour; c'est aussi la date à laquelle ils pourront survenir dans les cas où le malade n'a pas présenté de vomissements post-anesthésiques ou même n'a pas été endormi, et cette apparition de vomissements tardifs est alors particulièrement caractéristique, car elle annonce nettement une complication nouvelle. Ce premier vomissement est souvent très abondant, plus abondant que ceux qui le suivront ; il s'accompagne de nausées ; en même temps le malade attire parfois lui-même l'attention sur son estomac ; il se plaint d'une sensation de gêne, de tension douloureuse au niveau du creux épigastrique. Dès ce moment, et très rapidement, son facies paraît altéré, et le pouls déjà mal frappé bat à 100 ou 120. La courbe de température ne donne pas d'indication précise; nous verrons en effet qu'elle peut rester normale.

Période d'état. — Les vomissements prennent rapidement, dans la journée même ou le lendemain, quelques caractères qui doivent fixer l'attention. Ils se renouvellent fréquemment, parfois d'une façon incessante. Ils se font sans effort, prenant souvent l'aspect de simples régurgitations, et ces deux particularités (leur fréquence et leur facilité) rappellent bien, comme le remarquent Lieutaud, Chavannaz et Reynier, les mictions par regorgement d'une vessie distendue. A ce moment ils se différencient autrement encore des vomissements post-anesthésiques avec lesquels ils pouvaient se confondre au début. On est bientôt frappé par leur mauvaise odeur, et

cette fétidité s'accentue, rappelant celle des vomissements fécaloïdes; d'abord jaune verdâtre, ils se teintent de plus en plus et la cuvette contient un liquide sale de couleur brunâtre où nagent des parcelles noires. L'examen chimique montre qu'il y a là de véritables hématémèses; les parois de l'estomac dilaté se congestionnent et saignent comme dans une vessie paralysée et ces gastrorragies répondent bien, comme le dit Reynier, aux hématuries des dilatés.

A mesure qu'ils augmentent de fréquence, les vomissements diminuent de quantité et bientôt le malade semble plutôt expectorer à chaque instant une cuillerée de matières noirâtres extrêmement fétides. Ces vomissements de la dilatation aiguë présentent donc bien des caractères spéciaux, régurgitations incessantes et sans effort de liquide noir, d'odeur repoussante, et l'on conçoit que Delbet entre autres auteurs les considère comme le signe le plus net. Ce n'est malheureusement pas le plus constant.

Parfois, en effet, ces vomissements sont espacés, survenant de préférence le matin. On peut même voir celui du début ne pas se reproduire, ou même ce phénomène manquer complètement du début à la fin; et nous verrons que ces cas sont souvent les plus redoutables, car ils traduisent la paralysie complète d'un estomac qui se laisse dilater d'emblée sans réagir.

Deux autres signes capitaux traduisent d'autre part une altération précoce et profonde de l'organisme : l'état du pouls et le facies.

Le pouls devient extrêmement rapide (140, 150); il est très hypotendu, filiforme, presque insensible au doigt; généralement il reste régulier, mais il peut aussi présenter des intermittences.

Les traits s'altèrent très vite ; le visage est d'abord pâle et abattu, puis les yeux se cernent, s'excavent, le nez se pince et cet ensemble rappelle tout à fait le facies péritonéal.

A côté de ces trois symptômes essentiels de l'affection, l'un expression directe de la dilatation gastrique, les deux autres traduisant son retentissement sur l'état général, d'autres à la fois moins constants et moins caractéristiques peuvent être relevés.

C'est ainsi que la douleur peut exister, mais elle n'est jamais très vive; c'est plutôt une sensation douloureuse de gêne dans la région épigastrique ou sous-costale.

Le hoquet, parfois très marqué, peut se montrer dès le début, comme nous avons pu l'observer. D'autres fois le malade accuse seulement des renvois acides qui lui « brûlent » la bouche; sa soif est ardente, insupportable, sa langue témoigne de l'état saburral des voies digestives, mais reste cependant en général humide. Sa respiration est courte, superficielle; il est anxieux, quelquefois franchement dyspnéique. Fait important : l'émission des gaz, sinon des matières, par l'anus n'est pas supprimée.

La courbe thermique est tout à fait variable; tantôt la température reste à peu près normale, dissociée par conséquent d'avec le pouls ; plus souvent il y a élévation, mais la fièvre présente des oscillations sans aucune régularité.

Les urines enfin sont généralement assez peu diminuées; elles peuvent contenir de l'indican.

L'examen physique de l'abdomen va être d'un précieux secours pour orienter le diagnostic parmi ces phénomènes fonctionnels et généraux dont aucun n'est en somme absolument concluant.

Il révèle le plus souvent une distension généralisée de l'abdomen, un léger ballonnement; mais à un examen plus attentif on remarque que la voussure est surtout très marquée dans la région supérieure au niveau de l'épigastre.

Dans cette région, la palpation peut même quelquefois découvrir les limites précises de l'estomac dilaté et tendu. La percussion révèle une sonorité plus marquée que dans le reste de l'abdomen, pouvant aller jusqu'au véritable tympanisme. Dans la partie déclive il peut y avoir de la matité et même du clapotage et des gargouillements. Cette distension gastrique peut être énorme, descendant plus ou moins bas au-dessous de l'ombilic et dans les observations de Legueu et de Tuffier le clapotage était perceptible jusqu'au pubis et le tube de Faucher n'atteignait pas le niveau du liquide stomacal.

Un examen journalier indique que l'estomac se remplit entre les sondages bien que le malade n'absorbe rien.

III

Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. — Dans sa forme typique, la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac comporte un pronostic des plus graves, si elle est méconnue et livrée à elle-même.

Rapidement le facies s'altère de plus en plus, les extrémités se refroidissent, le pouls devient imperceptible, les bruits du cœur s'assourdissent; le malade tombe dans le collapsus et succombe, parfois dans un dernier grand vomissement.

La durée de cette évolution a varié entre quarante-huit heures et quelques jours. La guérison peut cependant se produire, mais les troubles gastriques ne s'amendent en général que d'une façon assez lente; dans les jours qui suivent il existe souvent une diarrhée abondante (Moty). C'est surtout le degré de défaillance du pouls qui mesure la gravité du pronostic. Par contre nous insisterons sur ce fait que ni l'abondance ni la fréquence des vomissements ne caractérisent forcément les formes les plus graves.

IV

Formes cliniques. — Forme sans vomissements. — Comme nous l'avons déjà indiqué, on peut observer en effet, à côté de la forme habituelle, des cas où la mort est survenue sans vomissements. Le malade présentait seulement un facies rapidement alarmant et des modifications du pouls. L'examen physique montre les mêmes signes que précédemment, qui prennent alors une plus grande importance encore; ce sont précisément ces cas qui répondent aux plus grandes dilatations, où, comme nous l'avons vu, l'absence totale de réaction de la musculature gastrique paralysée explique l'absence de vomissements.

Formes frustes. — A côté de ces cas graves et caractérisés, il existe bien entendu des cas légers et

frustes où les symptômes sont mal groupés et peu intenses, et sans doute il faut rattacher à ce genre d'accidents ces faits nombreux où l'on a observé, après une opération, un peu de malaise avec ballonnement gastrique léger, agitation, élévation du pouls à 100, avec ou sans vomissements. Ces troubles disparaissent spontanément peu à peu ; parfois le malade rend brusquement une pleine cuvette de matières noires, il se sent aussitôt soulagé et se rétablit.

Formes associées. — Nous devons mentionner encore que la dilatation aiguë de l'estomac peut coexister avec une occlusion duodénale, que cette occlusion en soit la cause ou, plus vraisemblablement l'effet, comme nous le verrons en discutant la pathogénie.

Les symptômes observés seraient d'ailleurs un peu spéciaux, le choc plus intense, plus précoce, on noterait surtout l'existence d'ondes péristaltiques de l'estomac (Payer).

Rappelons enfin que la dilatation gastrique peut n'être qu'un épiphénomène au cours de la septicémie péritonéale, restant dans ce cas au second plan et présentant peu d'intérêt clinique.

En somme, il est difficile de dire où commence la dilatation aiguë de l'estomac dans ses formes atténuées où elle confine aux vomissements post-anesthésiques, difficile aussi de dire où elle se termine, puisque toute infection péritonéale entraîne un certain degré de paralysie des voies digestives ; et l'on voit tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes.

Il n'en est pas moins vrai que bien souvent elle répond au type clinique de dilatation gastrique pure, isolée, que nous avons décrit; elle constitue alors une entité morbide dont on peut faire le diagnostic et pour laquelle on doit établir un traitement approprié.

V

Diagnostic. — Ce diagnostic se fonde essentiellement sur les vomissements présentant les caractères indiqués plus haut, sur les modifications du facies et du pouls, enfin sur les signes physiques qui révèlent d'une façon incontestable la dilatation gastrique et même le degré qu'elle atteint.

Un symptôme non moins important pour le diagnostic c'est la persistance d'évacuation par l'anus de gaz et même de matières, et d'autre part l'abondance relative des urines émises par le malade.

Grâce à ces données on pourra éliminer les causes d'erreur.

Nous avons déjà signalé la difficulté qu'il y a à distinguer le début d'une dilatation aiguë de l'estomac d'avec les vomissements post-anesthésiques; il faut se rappeler que ces vomissements tendent à diminuer ou même ont disparu le deuxième jour, tandis que ceux de la dilatation aiguë ne commencent guère avant quarante-huit heures; dans tous les cas de vomissements persistants après ce délai il faudra prendre le pouls du malade et jeter un coup d'œil sur la région épigastrique.

Il faut savoir aussi qu'une alimentation trop hâtive peut donner lieu à des vomissements qui céderont à la reprise de la diète absolue; mais il faut se rappeler que cette imprudence dans les soins post-opératoires peut favoriser l'apparition d'une dilatation aiguë.

Mais c'est surtout à la péritonite post-opératoire, sous sa forme de septicémie péritonéale que pourra penser le chirurgien en présence de vomissements survenant vers le troisième ou quatrième jour, alors qu'on ne peut plus incriminer l'anesthésie. Les deux complications offrent en effet bien des symptômes communs : ni dans l'état du pouls, ni dans celle du facies on ne trouve d'élément différentiel ; la feuille de température ne donne pas davantage de renseignement net, car la septicémie péritonéale peut évoluer sans fièvre et même s'accompagner d'hypothermie. L'aspect des matières vomies et les caractères des vomissements peuvent être presque identiques; ils sont plutôt porracés au début, c'est vrai, mais le vomissement noir, le « vomito negro », teinté par la présence de sang n'est pas rare et peut se rencontrer dans la septicémie péritonéale au même titre que dans les formes toxiques de l'appendicite.

La persistance de l'émission de gaz sera, dans ces cas, un signe important de présomption en faveur de la dilatation de l'estomac; de même l'abondance relative des urines.

L'état du ventre et celui de la plaie contrastant avec les signes physiques observés dans la région de l'épigastre pourra alors, bien souvent, trancher ce diagnostic délicat et qui ne se fonde en somme que sur des nuances difficiles à saisir. Car, si l'on a pensé à la péritonite, on sera frappé de voir l'abdomen resté souple et peu douloureux, de n'y trouver que peu de ballonnement, de ne constater la présence de liquide ni dans les flancs, ni même dans le petit bassin où il pourrait être accessible dans le Douglas au toucher rectal. Enfin fréquemment, en pareil cas, la plaie opératoire a été drainée ; s'il ne s'agit pas de septicémie péritonéale, cette plaie sera restée en parfait état, le drain n'aura que peu ou pas suinté et en pressant sur le ventre on ne pourra faire sourdre de liquide.

Malgré tout, étant donné que l'estomac est en général plus ou moins touché au cours de toute réaction péritonéale, que toute péritonite provoque un peu de dilatation gastrique le doute peut subsister. Il faut alors quand même vider l'estomac ; c'est là une pratique recommandable même dans la péritonite, comme le conseillent Ferrier et Walther. Si tout rentre dans l'ordre à la suite de ce cathétérisme évacuateur, c'est qu'on était bien en présence de dilatation aiguë pure et non d'infection du péritoine.

L'occlusion intestinale fait encore partie des accidents post-opératoires au sujet desquels le chirurgien doit toujours avoir l'attention éveillée. Elle peut se manifester comme la dilatation vers le troisième ou quatrième jour après l'intervention ; il y existe de même des vomissements, le pouls est rapide, le facies altéré, mais les vomissements sont alors rapidement et franchement fécaloïdes, il y a absence complète des matières et des gaz ; le malade souffre et l'on observe des mouvements péristaltiques de

l'intestin; la forme du ventre est modifiée d'une façon variable suivant le siège de l'occlusion.

Toutefois, ici encore reste la même difficulté; car, nous l'avons vu, dilatation gastrique et occlusion intestinale peuvent coexister, entraînant un syndrome complexe, et sans qu'on puisse savoir d'une façon formelle lequel des deux phénomènes a provoqué l'autre; mais, comme plus haut, la constatation de la dilatation de l'estomac doit suffire là encore à imposer l'évacuation de son contenu et l'essentiel est qu'on ait pensé à la rechercher.

Chez les malades qui ont subi une gastro-entérostomie le diagnostic sera particulièrement difficile; on peut en effet observer chez eux toute une série de troubles qu'on a attribués à ce qu'on a appelé le « circulus vitiosus »; par suite du mauvais fonctionnement de la bouche, les aliments s'engagent dans le segment proximal et non distal du jéjunum et refluent dans l'estomac mélangés aux sucs pancréatico-biliaires. Ces accidents débutent tardivement, quelquefois au bout de plusieurs mois, après la reprise de l'alimentation; ils se caractérisent par des vomissements bilieux, très abondants, se reproduisant une ou deux fois par jour, jamais fécaloïdes, sans douleur, sans arrêt des matières et des gaz, sans altération rapide de l'état général (Rigollot-Simonnot).

Mais dans d'autres cas, ainsi d'ailleurs que le prouvent certaines constatations opératoires et l'examen de certaines pièces, le circulus vitiosus n'est pas en cause. Les accidents peuvent tenir alors à un simple reflux des sucs duodénaux dans l'estomac, que d'après Rigollot-Simonnot on doit absolument distinguer du circulus vitiosus vrai : c'est une complication précoce, des premiers jours, bénigne, et qui consiste seulement en quelques vomissements ou régurgitations de bile qui s'espacent progressivement à mesure qu'on s'éloigne de l'opération. Ils peuvent tenir encore soit à une péritonite post-opératoire, soit à une occlusion intestinale, soit enfin à la dilatation aiguë de l'estomac, qui se traduit par ses symptômes habituels. Delbet (*Soc. chir.*, 22 nov. 1905) pense que bien des cas attribués au circulus vitiosus, après gastro-entérostomie, relèvent en réalité de la complication que nous étudions.

Nous n'insisterons pas enfin sur le diagnostic différentiel entre la dilatation aiguë et plusieurs autres causes de mort post-opératoire telles que l'asystolie aiguë par myocardite, l'urémie, le choc, qui ont pu être à tort incriminées avant qu'on ait signalé la possibilité d'accidents gastriques et donner lieu à des erreurs malheureuses. L'examen minutieux des opérés suffira à les éliminer.

VI

Anatomie pathologique. — Telles sont les difficultés qui entourent le diagnostic de la dilatation aiguë; elles expliquent que cet accident post-opératoire ait pu être longtemps méconnu, et ait pu emporter nombre de malades qu'on pensait avoir succombé à l'occlusion ou à la septicémie. C'est précisément à l'occasion de semblables faits que des chirurgiens surpris de la rapidité des accidents et trouvant la cause de la mort assez obscure pratiquèrent l'autopsie et purent constater alors l'absence des lésions qu'ils s'attendaient à rencontrer, tandis qu'au contraire ils étaient frappés de l'état de l'estomac.

Celui-ci était énorme, distendu, pouvant atteindre le pubis (Legueu), refoulant en haut le diaphragme, aplatissant en bas les anses grêles. Son contenu, constitué par le liquide noirâtre qui pendant la vie avait été rejeté en partie par les vomissements, atteignait dans certains cas jusqu'à 6 et 8 litres.

Le petit nombre d'autopsies — puisque maintenant les malades convenablement traités guérissent la plupart du temps — explique que nous manquions de documents sur l'anatomie pathologique des lésions qui correspondent au syndrome clinique de la dilatation. On a signalé de petits infarctus hémorragiques, des foyers de nécrose superficielle, un amincissement des faisceaux musculaires, de la dégénérescence graisseuse de quelques fibres. Les auteurs ne donnent pas le résultat de recherches histologiques sur l'état des nerfs de l'estomac, ce qui est regrettable, car de cette étude ressortiraient des faits qui pourraient venir à l'appui de telle ou telle hypothèse pathogénique.

VII

Etiologie. — La dilatation aiguë ne reconnaît pas de causes bien déterminées. Ni dans la nature de l'opération, ni dans les circonstances qui l'entourent, ni dans les conditions de terrain de l'opéré, on ne peut rien dégager qui d'une façon absolue la fasse prévoir. Néanmoins quelques notions tirées de l'étude de ces trois éléments peuvent être d'une certaine utilité.

Longtemps on a cru que ces accidents ne se voyaient qu'après une opération péritonéale : interventions sur l'estomac, l'intestin, l'appendice, les voies biliaires, sur l'utérus et les annexes par voie abdominale, cures radicales de hernies. Mais Legueu, Chavannaz, en 1905, en rapportent des cas survenus après des interventions extrapéritonéales sur le rein. Borchardt, Reynier, Reverdin signalent des faits analogues. Morris aurait même observé un cas de paralysie stomacale mortelle à la suite de l'ouverture d'une tibio-tarsienne et en Allemagne un cas aurait été consécutif à la pose d'un simple corset de Sayre. D'autres cas encore concernent une intervention pour genu valgum (Schnitzler), pour cancer du sein (Albrecht). Si l'on tenait compte de tous ces faits qui cependant n'entrent peut-être pas tous, après analyse attentive, dans le cadre de la dilatation aiguë, on trouverait, dit Mercadé, dans près de la moitié des cas, une opération extrapéritonéale à l'origine de la complication qui nous occupe.

Le mode d'anesthésie employé ne semble pas non plus avoir une influence nettement établie. Dans plusieurs cas, comme nous l'avons déjà mentionné, aucun anesthésique n'avait été utilisé. Souvent on avait pratiqué l'anesthésie par voie rachidienne ou l'anesthésie à la cocaïne ou stovaïne locale, c'est-à-dire ne provoquant qu'une absorption minime de substance toxique. Enfin si l'on consulte les cas où

le malade avait été endormi, il ne semble pas qu'on doive incriminer d'une façon plus particulière soit l'éther, soit le chloroforme.

Les auteurs ne mentionnent pas l'emploi préalable d'injections de scopolamine-morphine.

D'autre part, les observations ne signalent pas que l'anesthésie ait été spécialement laborieuse, nécessitant de fortes doses d'anesthésique, ou marquée par des incidents tels que vomissements abondants, syncope, etc.

L'âge ni le sexe ne paraissent avoir de rôle important. Les femmes seraient un peu plus souvent atteintes. Reynier note la plus grande fréquence chez les sujets nerveux, et en outre chez les ptosiques à parois flasques.

Ce qui est peut-être plus intéressant, ce sont les troubles gastriques que l'on voit assez souvent relatés dans les antécédents de ces malades, indiquant une susceptibilité plus grande de l'estomac : ils étaient déjà des dyspeptiques, des hyperchlorhydriques, des aérophagiques.

Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'il existe certaines conditions de terrain favorables à son éclosion, car on signale des cas de récidives de dilatation aiguë survenant chez un même sujet à l'occasion de deux interventions d'ordre différent à plusieurs années d'intervalle (Payer).

On devra donc plus particulièrement surveiller les suites opératoires chez ces malades et surtout éviter une reprise trop précoce de l'alimentation qui a pu être le signal des accidents.

VIII

Pathogénie. — En présence d'une étiologie aussi incertaine, il ne faut pas s'étonner que plusieurs théories pathogéniques aient été invoquées par les différents auteurs. On peut les répartir en quatre groupes :

Théorie mécanique,
Théorie réflexe,
Théorie toxique,
Théorie infectieuse.

Théorie mécanique. — 1° D'après Albrecht, Braümler, Kundrat, Landau, la dilatation gastrique serait consécutive à une occlusion aiguë du duodénum relevant elle-même du processus suivant :

Le mésentère est attiré en bas, vers le pelvis, pour une raison quelconque (adhérences post-opératoires, tiraillements par le pansement, etc.); il aplatit le duodénum dans sa troisième portion, produisant une dilatation en amont d'abord du duodénum, puis de l'estomac.

Il semble bien en effet que certains cas de dilatation aiguë vérifiés anatomiquement puissent s'expliquer de cette manière.

Mais les conditions qui réalisent ce mécanisme sont, d'après Lecène, tout à fait exceptionnelles, et, suivant lui, la dilatation stomacale est en général antérieure à l'occlusion du duodénum qui en constitue une véritable complication ; c'est là une deuxième interprétation, proposée également par von Herf, Stieda, Borchardt : la dilatation gastrique est bien primitive, et c'est justement le volume et le poids de l'estomac rempli de liquide qui refoule l'intestin grêle et le mésentère à sa suite, produisant l'occlusion artério-mésentérique.

2° Nous mentionnerons simplement l'opinion de Kelling (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901). Pour cet auteur, la dilatation aiguë s'observerait chez des malades qui présentent une disposition anatomique spéciale de l'estomac et de ses deux orifices cardiaque et pylorique, disposition telle que lorsqu'il se remplit le cardia et le pylore tendent à être oblitérés par un pli de la muqueuse agissant à la façon d'une valvule.

L'oblitération pourrait se produire, dans certains cas, au-dessous de l'abouchement du cholédoque ; l'estomac contiendrait alors de la bile, sinon on n'y trouverait que de la sécrétion gastrique mélangée à du sang. Cliniquement les faits répondraient aux dilatations sans vomissements, le cardia étant fermé lui aussi.

Cette hypothèse ingénieuse doit être rarement réalisée.

3° Tissier fait jouer un très grand rôle à l'aérophagie, soit qu'il s'agisse de malades précédemment aérophagiques, soit que l'aérophagie survienne après l anesthésie. Il est très logique en effet de rapprocher de la dilatation post-opératoire les accidents parfois très graves, d'origine purement mécanique que l'on peut observer chez des aérophagiques, accidents qui donnent lieu à des symptômes très analogues et qui disparaissent rapidement par le même traitement. Dans plusieurs cas d'ailleurs (Tissier), il s'agissait d'aérophages habituels. Cet auteur admet donc qu'à la suite de l'intervention il se produit une hypersécrétion buccopharyngée avec sialorrhée et aérophagie provoquée par l'anesthésie et favorisée souvent par la blessure due à la pince à langue. A cette cause viendraient s'ajouter les effets de l'acte opératoire lui-même et des anesthésiques sur le système nerveux central et périphérique et les troubles de la motricité de l'estomac et de l'intestin qui sont de règle, même après les interventions les plus courtes et les mieux conduites.

Théorie du réflexe. — Plusieurs auteurs, Reynier et Legueu en particulier, attribuent au système nerveux un rôle primordial dans la pathogénie des accidents. Ils insistent sur ce fait que les malades chez qui ils ont observé la dilatation aiguë avaient un système nerveux spécialement prédisposé aux « actes inhibitoires », et Reynier rappelle à ce sujet les paralysies vésicales apparues à la suite d'une simple dilatation de l'anus.

Ils se basent aussi sur ce que la dilatation de l'estomac, comme nous l'avons signalé, est très souvent survenue après des opérations extrapéritonéales, particulièrement sur le rein, point de départ de si nombreux réflexes, après des interventions enfin où l'on n'a pu en rien incriminer l'infection.

Ces auteurs admettent donc l'existence d'un réflexe qui, par l'intermédiaire du plexus solaire, irait retentir sur l'innervation motrice de l'estomac et

aussi du reste du tube digestif, à la faveur peut-être de manipulations prolongées ou intempestives ayant tiraillé les nerfs au cours de l'opération.

A l'appui de cette théorie, on peut invoquer encore les expériences de Braun, Chauveau, Marey, Guyon, etc. Reynier a reproduit expérimentalement la dilatation aiguë chez le chien par électrisation du plexus solaire. De même on peut provoquer des paralysies stomacales par section des nerfs pneumogastriques ou splanchniques.

Mais on pourrait objecter pourtant qu'à l'origine même du réflexe en question devraient exister certaines lésions minimes dues soit à un très léger degré d'infection, soit à la toxicité des anesthésiques employés au cours des interventions. Ceci nous amène à examiner les théories de l'intoxication et de l'infection.

Théorie de l'intoxication. — On a en effet surtout incriminé à cet égard l'intoxication par les différents anesthésiques. Mais en se reportant à l'étiologie, on voit que bien souvent aucun anesthésique n'a été utilisé. Si donc ce facteur joue un rôle, ce rôle est absolument inconstant et vraisemblablement peu considérable, et il est impossible d'en conclure quelque chose de net.

Théorie de l'infection. — La plupart des adversaires de la théorie réflexe se rallient à la théorie par infection (*Soc. de chir.*, nov. 1905).

La dilatation aiguë de l'estomac serait pour eux, au point de vue pathogénique, un fait absolument banal, la paralysie de la musculeuse gastrique étant, suivant une loi générale, consécutive à l'infection plus ou moins manifeste de la séreuse qui la recouvre, et pouvant être comparée à la parésie de l'intestin, au cours de l'appendicite par exemple.

C'est ainsi que Walther, Terrier, Routier, Quénu admettent qu'il s'agit toujours d'infection; c'est le plus souvent une péritonite atténuée surtout dans sa forme de septicémie péritonéale qu'il faut incriminer, mais parfois une péritonite localisée de la région gastro-duodénale consécutive à une intervention sur les voies biliaires ou l'estomac, ou même (Walther) une simple infection intestinale.

De nombreux arguments viennent en faveur de cette hypothèse : il est en effet incontestable que la paralysie stomacale est très fréquente et même peut être constante au cours de toute réaction péritonéale infectieuse. Il peut y avoir, nous l'avons vu, au point de vue clinique, tous les intermédiaires entre la septicémie d'origine péritonéale s'accompagnant de dilatation gastrique et la dilatation cliniquement isolée ; certains auteurs considèrent même la dilatation de l'estomac comme un des premiers symptômes de la péritonite. D'autre part, le lavage de l'estomac après cathétérisme évacuateur, qui est, comme nous allons le voir, la pratique de choix dans la dilatation, produit encore d'excellents effets dans tous les cas d'infection péritonéale.

Aussi Legueu et Reynier eux-mêmes reconnaissent-ils la fréquence de ces paralysies d'origine infectieuse. Mais il leur semble impossible de croire qu'un traitement aussi simple puisse, dans certains cas, enrayer complètement et presque sur-le-champ la marche des accidents, qui, si l'infection était vraiment en cause, continueraient à évoluer. Avec Delbet, Tuffier, Moty, ils font des réserves et pensent que, dans ces cas tout au moins, alors que l'origine de l'infection ne peut être démontrée, comme par exemple à la suite d'opération extra-abdominale, la dilatation pure, isolée, sans autres signes d'infection, constitue un syndrome bien spécial, tout à fait distinct des péritonites, qui a son autonomie aussi bien au point de vue pathogénique qu'au point de vue clinique ; il faut, dans ces cas, rejeter la théorie de l'infection et adopter la théorie du réflexe.

En résumé, nous pouvons conclure que les deux principales hypothèses proposées sont la prépondérance de l'infection ou du système nerveux ; l'analyse scrupuleuse des observations prouve qu'il est impossible d'être exclusif et de rattacher tous les cas soit à l'une, soit à l'autre de ces deux théories.

Pathogénie des accidents. — Quoi qu'il en soit, il est intéressant de se demander comment la dilatation aiguë de l'estomac entraîne des phénomènes aussi rapidement graves, par quelle voie elle retentit si vite sur l'état général du malade et sur le pouls.

Il s'agit là, selon toute vraisemblance, d'un processus complexe : la distension gastrique refoule le diaphragme et par suite le cœur, dont le bon fonctionnement est ainsi gêné soit directement, soit par l'intermédiaire des nerfs pneumogastriques. En outre Reynier fait jouer un rôle à l'abaissement de la pression artérielle : en distendant chez le chien l'estomac ligaturé à ses deux orifices, on voit la tension s'abaisser considérablement et une syncope se produire, seule l'évacuation rapide de l'estomac fait revivre l'animal. De même la cessation rapide des troubles par l'évacuation du contenu gastrique des malades s'explique bien si l'on admet ce mécanisme; à ce point de vue encore il faudrait rapprocher les symptômes de la dilatation aiguë de ceux qu'on observe parfois chez certains aérophagiques.

De plus une partie plus ou moins notable du liquide stomacal est probablement absorbée par la muqueuse de l'organe, et ce liquide, mélange de sécrétions gastriques et de sang a une action toxique sur l'organisme et sur le myocarde en particulier. Il y aurait là quelque chose de comparable à ce qui se passe dans l'étranglement herniaire ou dans l'occlusion haute de l'intestin, où, comme l'on sait, l'état général du malade est très rapidement altéré.

Si l'on ajoute enfin à cela les troubles apportés par le mauvais fonctionnement de l'intestin toujours gêné lui aussi dans une certaine mesure, et surtout dans les cas où la dilatation de l'estomac amène une véritable occlusion, et les autres causes de toxémie (anesthésique) ou de septicémie plus ou moins accentuée quand elles existent, on comprend que les accidents soient rapides et puissent devenir mortels. Plus ces causes agissent et plus l'estomac se dilate, et plus il se dilate plus le malade est intoxiqué; c'est un véritable cercle vicieux.

IX

Traitement. — Nous en arrivons à la partie la plus importante de la question : quel doit être le traitement de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac? Il y a tout d'abord une notion sur laquelle il convient d'insister, car elle est à la fois la plus sûrement établie et la plus utile à retenir au point de vue pratique : c'est l'efficacité du cathétérisme évacuateur suivi de lavage, que presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître.

On a pu préconiser cependant un simple changement d'attitude donné au malade : celui-ci ne doit pas être laissé dans la position habituelle, couché sur le dos; il faut le faire coucher sur le ventre (Schnitzler), ou encore le mettre dans la position génu-pectorale. Payer, un des seuls auteurs qui rejettent formellement le lavage de l'estomac, recommande le simple décubitus latéral droit. Outre qu'il est presque impossible de maintenir les malades dans ces attitudes fatigantes et mal tolérées, il est difficile d'admettre que ce soient là des moyens suffisants; ils sont surtout invoqués en raison d'arguments théoriques, comme pouvant s'opposer à la compression et à la gêne des organes, par ceux qui croient à l'origine purement mécanique des troubles observés. On pourra pourtant les utiliser à titre d'adjuvants.

Nous mentionnerons seulement qu'on a aussi pratiqué (assez souvent d'ailleurs, dans ces cas le diagnostic exact n'avait pas été fait) l'intervention chirurgicale (Watsan, Brown) et plus particulièrement la gastrostomie qui permettrait en quelque sorte le drainage de l'estomac. On a même proposé en Amérique de la faire d'une façon préventive ! Ces procédés opératoires n'ont donné que des insuccès et surtout une mortalité énorme.

En réalité le cathétérisme s'impose de toute nécessité. Il ne faut pas voir de contre-indication dans la crainte qu'on peut éprouver de fatiguer, par une intervention toujours un peu pénible, un malade déjà très abattu ou très pusillanime ; on doit se convaincre qu'on lui est toujours utile et passer outre à ce léger inconvénient.

Nous n'avons pas à insister sur la technique, qui est la technique habituelle du cathétérisme de l'estomac ; on se servira d'un tube de Faucher ordinaire dont l'extrémité sera enduite d'un peu d'huile ou de glycérine, et après avoir évacué le contenu gastrique, on versera par l'entonnoir de l'eau bouillie tiède additionnée d'un peu de bicarbonate de soude. On complétera ainsi le cathétérisme évacuateur par un lavage de la cavité stomacale, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

L'abondance et l'aspect même du liquide ainsi rejeté, noirâtre, d'odeur fétide, semblable à celui qui constituait les vomissements, prouvera bien qu'on ne s'était pas trompé.

Les seules difficultés ou incidents pourront être les nausées et les mouvements de défense que provoque le passage de la sonde ; il faudra insister cependant, en procédant avec patience, le moins brutalement possible, en recommandant au patient de faire des mouvements de déglutition pour faciliter la descente du tube, et en le rassurant sur la durée et les résultats de l'opération. On se rappellera que, dans plusieurs cas (Legueu, Tuffier), l'estomac était si distendu que le niveau du liquide n'avait pu être atteint par l'extrémité d'une sonde de longueur usuelle.

Immédiatement après le cathétérisme le malade se sent manifestement soulagé ; il cesse en général de vomir, la sensation de pesanteur ressentie au creux épigastrique disparaît, le pouls se remonte très vite; de petit, rapide, hypotendu, arythmique qu'il était, il redevient calme, fort et régulier, et si le lavage a été pratiqué sans trop tarder les accidents peuvent tourner court en l'espace de quelques heures et les suites opératoires redevenir parfaitement normales. Si le malade au contraire continue ou recommence à vomir, si l'estomac reste dilaté, il ne faut pas hésiter à renouveler l'opération le lendemain, et plusieurs fois même au besoin.

La diète hydrique devra être observée tant que dureront les accidents et ultérieurement on surveillera d'une façon particulièrement attentive la reprise de l'alimentation, afin d'éviter que le moindre écart de régime ne devienne, comme cela a été signalé, l'occasion de nouveaux troubles du côté de l'estomac. Quelques auteurs conseillent d'introduire par la sonde une certaine quantité de lait pour réveiller sa tonicité musculaire.

Ces bons effets du cathétérisme ont été tout à fait caractéristiques dans deux cas de dilatation aiguë post-opératoire que nous avons pu observer récemment dans le service de notre maître M. le docteur Robineau, à l'hospice d'Ivry, l'un après laparotomie pour lésions utéro-annexielles, l'autre après cure radicale de hernie inguinale étranglée (cette dernière opérée avec anesthésie par voie rachidienne). Dans ces deux cas l'état général des opérés était devenu très rapidement inquiétant quarante-huit heures environ après l intervention ; le facies rappelait le facies péritonéal, le pouls était devenu presque incomptable, battant jusqu'à 140 pulsations par minute, il y avait de la dyspnée; les vomissements furent incessants chez l'un des malades qui présenta également du hoquet, tandis que l'autre n'eut qu'un seul vomissement très abondant.

La région épigastrique était ballonnée, douloureuse spontanément et à la pression et ceci contrastait surtout avec l'état de l'abdomen resté plat et souple, non douloureux, les plaies opératoires qui du reste cicatrisèrent parfaitement par première intention ne présentant aucune trace d'infection. Le lavage de l'estomac pratiqué à deux reprises amena la rétrocession presque instantanée à la fois des phénomènes généraux et des symptômes locaux et les deux malades guérirent.

En dehors de ce traitement principal qui constitue en même temps un véritable traitement d'épreuve, car ses bons résultats viennent confirmer d'une façon certaine le diagnostic, on ne devra pas négliger les moyens accessoires tels que l'application sur l'épigastre de larges vessies de glace. Il faudra veiller à ce que le pansement ne soit pas trop serré et, bien entendu, suivant les indications, faire des injections

de sérum, huile camphrée, éther, caféine, etc. Il sera bon de donner un purgatif au bout de deux ou trois jours quand les accidents se seront amendés.

Mais ce qui importe surtout, c'est de surveiller à ce point de vue les malades afin de pouvoir en temps utile faire le diagnostic et pratiquer sans retard le cathétérisme. Sans avoir la même action, en quelque sorte héroïque, il est encore indiqué et peut rendre des services même au cas d'autre complication post-opératoire (péritonite, occlusion). Pour Terrier, en effet, quelle que soit l'affection en cause, il est bon de vider et de laver l'estomac toutes les fois qu'on constate sa réplétion, et Walther conseille de le faire systématiquement dans la péritonite.

Nous pouvons donc conclure que, en pratique, si on a l'attention attirée sur les accidents que nous avons décrits, on aura, plus souvent qu'on n'aurait pu le penser, à utiliser le cathétérisme de l'estomac. Il faudra toujours avoir à portée de la main le tube de Faucher qui mérite, presque au même titre que la sonde urétrale ou la seringue à injection hypodermique, de faire partie de ces instruments de première nécessité qu'on peut avoir à employer de façon courante dans une salle d'opérés.

BIBLIOGRAPHIE

KUNDRAT. *Wien. med. Woch.*, 1891, p. 274.
SCHNITZLER. *Wien. klin. Rund.*, 1895, p. 579.
MÜLLER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1900, t. LVI, p. 486.
ROBINSON. *Cincinnati Lancet clin.*, 8 déc. 1900, p. 577.
KELLING. *Arch. f. clin. Chir.*, 1901, Bd. LXIV, 2, p. 393.
STIEDA. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1900, t. LVI, p. 201.
BRAUN-SEIDEL. *Mitt. aus den Grenzgebiet, der Med. und Chir.*, t. XVII, p. 5.
REYNIER. Paralysie stomacale post opératoire, *Revue de chir.*, 10 nov. 1903, p. 593.
CHAVANNAZ. Dilatation aiguë post opératoire de l'estomac, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 oct. 1905, p. 866; — Discussion sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire (Legueu, Reynier, Routier, Walther, Pierre Delbet, Quénu), *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 28 nov. 1905, p. 974; — Suite de la discussion (Moty, Hartmann, Tuffier, Reynier, Terrier), *Id.*, 12 déc. 1905, p. 1029.
BASTEDO. Paralysie gastrique post opératoire et dilatation aiguë de l'estomac, *Med. record*, 10 nov. 1906, vol. LXX, n° 19, p. 733.
COMMER. La dilatation aiguë de l'estomac, *Amer. Journ. of med. sciences*, mars 1907.
MORICHEAU-BEAUCHANT. *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 1131-1139; — *Arch. méd.-chir. du Poitou*, août-sept. 1907.
SEELING. La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, *Int. med. Journ.*, juin 1907, vol. XIV, n° 6, p. 517.
B. ROBINSON. Deux formes de dilatation aiguë gastro-duodénale, *New-York med. Journ.*, 24 août 1907, p. 338.
PSALTOFF. Paralysie stomacale post-opératoire, *Revue de chir.*, 24 août 1907, p. 602.
TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 18 déc. 1907.
THOMAS. Observations d'occlusion duodénale, *Deut. med. Woch.*, 19 mai 1908, n° 12, p. 501-504.
KAYSER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1908, t. XCVIV, fasc. 3-4, p. 298.
LANDAU. Sur l'occlusion duodénale post-opératoire, *Berl. klin. Woch.*, 15 juin 1908, p. 1125.
LOFFER. *Ann. of surg.*, mars-avril 1908, p. 590 et 532.
LEICHTENSTEIN. Etude sur la paralysie aiguë de l'estomac avec occlusion duodénale, *Centralbl. f. Gyn.*, mai 1908, n° 19, p. 614.
BORCHARDT. Contribution à l'étude de la dilatation, *Berl. klin. Woch.*, 31 août 1908, p. 1593.
ROSENTHAL. *Arch. f. Gyn.*, 9 mai 1908, p. 614.
DE ROUVILLE. Dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire, *Montpellier méd.*, 23 fév. 1908, n° 8.
GIANO. Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, *Revista di chir.*, août 1908, n° 8.
P.-L. TISSIER. *Revue de thérap.*, 22 déc. 1909.
LECÈNE. L'occlusion aiguë duodénale post-opératoire, *Journ. de chir.*, nov. 1908, n° 8, p. 78.
MERCADÉ. *Les Soins postopératoires*, Masson, Paris, 1910.
RIGOLLOT-SIMONNOT. Th. de Paris, 1908.
LARDENNOIS (de Reims). Dilatation aiguë d'estomac, *Congrès de chir.*
PAYER. *Mitt. aus den Grenzgebiet. der Med. und Chir.*, 1910, t. XXII, fasc. 3, p. 411-482.
POLOK. Acute dil. of the st. as a postop. complication, *Amer. Journ. obst.*, 1909, p. 1039.
GRANDIN. Note on acute dil. of the st. postoper., *Amer. Journ. obst*,, 1909, p. 1037-1039.
FAIRCHILD. Acute postop. dil. of the st., *New-York med. Journ.*, 1909, p. 801-803.
TORBERT. *Boston med. and surg. Journ.*, 1909, p. 217-219.
WILKINSON. *Journ. Kansas med. Soc. Kansas City*, 1908, p. 462-465.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 AOUT 1911)

De la spécificité des sérums antivenimeux. Sérum anticobraïque et venins d'hamadryas et de krait. — M. Maurice ARTHUS, d'une série d'expériences pratiquées sur le lapin, conclut qu'au point de vue théorique le sérum antivenimeux de l'Institut Pasteur n'est pas rigoureusement spécifique, puisque son pouvoir de neutralisation ne s'exerce pas seulement vis-à-vis du venin de cobra, mais encore vis-à-vis des venins d'hamadryas et de krait; mais son activité est incomparablement plus grande à l'égard du premier que des seconds. Au point de vue pratique, étant donné que le sérum antivenimeux ne neutralise que 0mg6 à 0mg7 par centimètre cube; étant donné que le cobra et l'hamadryas inoculent ou peuvent inoculer dans une morsure une grande quantité de venin, on doit conclure que, si le sérum antivenimeux employé à dose suffisante peut préserver l'homme des accidents de la cobraïsation, la quantité nécessaire pour neutraliser le venin inoculé par un hamadryas ou par un krait serait beaucoup trop considérable pour que le traitement sérothérapique soit pratiquement applicable aux sujets mordus par ces serpents.

Essais négatifs d'immunisation antituberculeuse par voie intestinale. — MM. J. COURMONT et A. ROCHAIX ont complètement échoué dans leurs tentatives de vaccination antituberculeuse par voie intestinale (gros intestin).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

Dans la gastro-entérite et la diarrhée infantiles, pour permettre la reprise rapide de l'alimentation lactée et pour triompher de l'atonie digestive, le suc gastrique de porc est le plus actif stimulant et régénérateur des fonctions stomacales. On prescrira 4 à 6 cuillerées à café de *dyspeptine* par jour : 1 cuillerée pure ou dans un peu d'eau sucrée, quelques instants avant chaque tétée ou prise d'aliments.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — MARDI 22 AOUT 1911. 84e ANNÉE. MARDI 22 AOUT 1911. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Debove, professeur de clinique médicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1911-1912.

M. Okinczyc, agrégé des facultés de médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de pathologie externe (chaire de M. Lannelongue, sénateur).

Sont chargés, pour l'année scolaire 1911-1912, des cours complémentaires ci-après désignés :

Pathologie externe : M. Lenormant, agrégé.

Accouchements : M. Couvelaire, agrégé.

Enseignement théorique des élèves sages-femmes : M. Brindeau, agrégé.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Crussard, Ligouzat, Ragnaud, Dopter, Genod, Delmas, Ray, Masure, Fournié, Léon, Dumas, Douzans, Auclert, Pignet, Labaste, Miramond de Laroquette, Sabatier.

— Corps de santé des troupes coloniales. — *Légion d'honneur.* — Tableau supplémentaire de concours pour 1911 :

Pour le grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe Haueur.

MM. les médecins-majors de première classe Sévère et Carrière.

Pour le grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Jourdran, Talbot, Pelletier, Gaide, Hotchkiss, Damiens, Brau, Dutigny, Mesny, Lairac, Sarrat, Thirion, Aunac.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Binard, Erdinger, Normet.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 1072 décès au lieu de 1029 pendant la semaine précédente, et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. La diarrhée infantile continue à être très fréquente en raison de la chaleur et de l'altération du lait qui en résulte.

La fièvre typhoïde a causé 13 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 71, au lieu de 42 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 23 décès, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (la moyenne est 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 204 (au lieu de 168 précédemment et au lieu de la moyenne 115).

La diarrhée infantile a causé 141 décès de 0 à 1 an, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (4 cas nouveaux ont été signalés par les médecins).

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — MM. Collinet, Rabé et Blanluet, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 19 septembre 1911, à l'amphithéâtre Cruveilhier (école pratique de la Faculté, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), une série de dix-huit leçons, avec présentation de malades.

Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche), à trois heures.

Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Programme du cours. — 1° Technique des examens en oto-rhino-laryngologie et trachéo-bronchoscopie; 2° affections et chirurgie des amygdales; 3° tuberculose du larynx; 4° tumeurs bénignes et malignes; 5° corps étrangers du larynx et de la trachée; 6° névroses du larynx; 7° rhinites hypertrophique et atrophique (ozène); 8° malformations de la cloison; 9° épistaxis; 10° syphilis du nez; 11° tumeurs bénignes et malignes des fosses nasales; 12° végétations adénoïdes; 13° sinusites et ethmoïdites; 14° affections de l'oreille externe, corps étrangers; 15° maladies de la trompe d'Eustache, cathétérisme; 16° infections de l'oreille moyenne, complications; 17° sclérose tympano-labyrinthique; 18° vertiges optiques, maladie de Ménière, infections du labyrinthe.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

ORTHOPÉDIE

DE LA CONFECTION DES APPAREILS PLATRÉS

dans le traitement
du pied bot varus équin congénital,

Par M. L. LAMY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Si l'on a pratiqué une intervention sanglante, si minime soit-elle, ne serait-ce qu'une ténotomie, on met tout d'abord quelques compresses sur le pied; *on les pose dessus ou dessous, mais on ne les enroule pas.* En effet, supposons une compresse circulaire : s'il s'écoule par la plaie un peu de sang ou de sérosité, ils seront absorbés par la compresse. Celle-ci sèche ensuite en se rétractant et gêne bientôt la circulation, ce qui peut entraîner de graves accidents : œdème, sphacèle, etc.

C'est la même raison qui nous fait préférer l'attelle plâtrée à l'appareil circulaire. Ce dernier est, en effet, plus facile à appliquer, mais il peut devenir très dangereux s'il n'est pas étroitement surveillé.

Puis on entoure le pied et la jambe, jusqu'au-dessous du genou, avec une feuille d'ouate ordinaire, pas trop épaisse, que l'on fixe avec une bande de tarlatane humide. On a soin de ne pas recouvrir les orteils d'ouate, car, pendant l'application du plâtre proprement dit, on soutiendra le pied par les orteils, et non pas par le pansement qui glisserait et risquerait ainsi de déplacer l'appareil.

On prépare l'attelle. — Suivant l'âge de l'enfant cette attelle aura huit, dix ou douze épaisseurs de tarlatane gommée n° 8. Sa forme est rectangulaire. La longueur sera supérieure de 5-6 centimètres à celles du pied et de la jambe réunies. La largeur sera un peu moindre que la circonférence de la jambe entourée du pansement.

On prépare la bouillie. — Pour un enfant de deux ans, par exemple, on mettra trois verres de plâtre dans deux verres d'eau.

On imbibe l'attelle de bouillie, très soigneusement, en la passant et repassant plusieurs fois. On l'exprime légèrement entre les deux mains, pendant qu'un aide la tient verticalement au-dessus de la cuvette; puis on la lisse sur une table recouverte d'un linge, et on la saupoudre d'un peu de plâtre pour activer la prise.

L'enfant doit être placé de telle façon que son pied soit presque au bout de la table. On soulève la jambe, et on pose l'attelle sur la table, à plat, son extrémité supérieure environ au milieu du creux poplité.

On s'assure, de suite, que les mesures ont été bien prises en repliant l'extrémité inférieure autour du talon pour l'appliquer sur la plante du pied : le bas de l'attelle doit dépasser les orteils de 3 à 4 centimètres environ. S'il n'en était pas ainsi, si l'attelle était trop courte, comme la partie principale est l'extrémité inférieure, il faudrait l'attirer un peu en bas. Si le haut n'atteint pas le creux poplité exactement, cela a moins d'importance.

La mise en place et la façon de faire sécher le plâtre jouent un grand rôle dans le succès de l'intervention.

Il n'y a pas de détail superflu, aussi insisterons-nous tout particulièrement sur ces deux points :

On commence par faire les *deux entailles* qui permettent de rabattre la partie inférieure sous la plante du pied. Chacune de ces fentes commence sur le bord latéral, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'angle inférieur, et se dirige obliquement vers la malléole. Elle s'arrête au niveau du talon.

Un premier aide saisit alors les deux angles supérieurs de l'attelle, les applique de chaque côté du genou *et les maintiendra énergiquement dans cette position*, en tirant vers la cuisse, jusqu'à ce que l'appareil soit terminé (fig. 2).

On relève la partie médiane inférieure, dont on entoure le pied; un aide tient le pied élevé, *en saisissant les orteils* qu'il aura préalablement dégagés de l'ouate qui les recouvre. Si, en effet, il prend à la fois les orteils et le coton, il gênera l'application du plâtre sous les orteils et, comme il arrivera à peu près fatalement que le coton glissera sur les orteils, le pied lui échappera. On applique d'abord l'oreille interne sous la plante du pied, en demandant à l'aide de corriger le plus possible l'équinisme; puis l'oreille externe, en relevant au maximum le bord externe et en attirant en dehors la pointe du pied pour corriger l'adduction et l'enroulement (fig. 1). Souvent la gouttière est un peu trop large, au tiers inférieur de la jambe, et les bords se recouvrent; on les rabat sur eux-mêmes, en dehors et en dedans, *puis on enroule une bande de toile pour maintenir l'appareil.* On choisira de préférence des bandes de toile usagées : elles sont souples, et par conséquent s'adaptent mieux; de plus, ayant perdu leur apprêt, elles absorbent plus facilement l'eau du plâtre. *On roule cette bande de dehors en dedans et d'avant en arrière* : ceci est important au niveau du pied car, en roulant ainsi, on tend à corriger la déformation, tandis qu'en roulant en sens inverse on tendrait à reproduire la lésion (fig. 2).

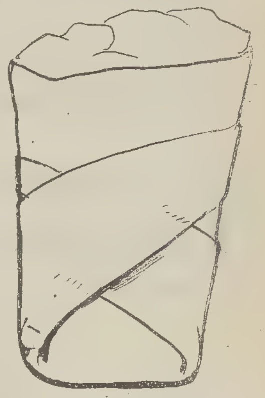


Fig. 1. — *La face plantaire de l'appareil.* — On a successivement rabattu la partie médiane, l'oreille interne, l'oreille externe, en corrigeant à la fois l'équinisme et le varus.

On commence par fixer le haut, c'est-à-dire la jambe, puis, lorsque l'attelle est maintenue fortement à ce niveau, on s'occupe du pied. Si la réduction ne s'obtient pas facilement, on peut l'augmenter progressivement de la manière suivante (fig. 3). Un jet de bande va directement du bord externe du pied, de la racine du petit orteil, à la face antéro-externe du genou; on le tend fortement, et on fixe son extrémité, à ce niveau, par quelques tours de bande un peu serrés; puis on enroule la bande au-

tour de la jambe, en descendant vers le pied, ce qui applique le jet de bande sur la jambe elle-même, et fait une traction énergique sur le talon antérieur

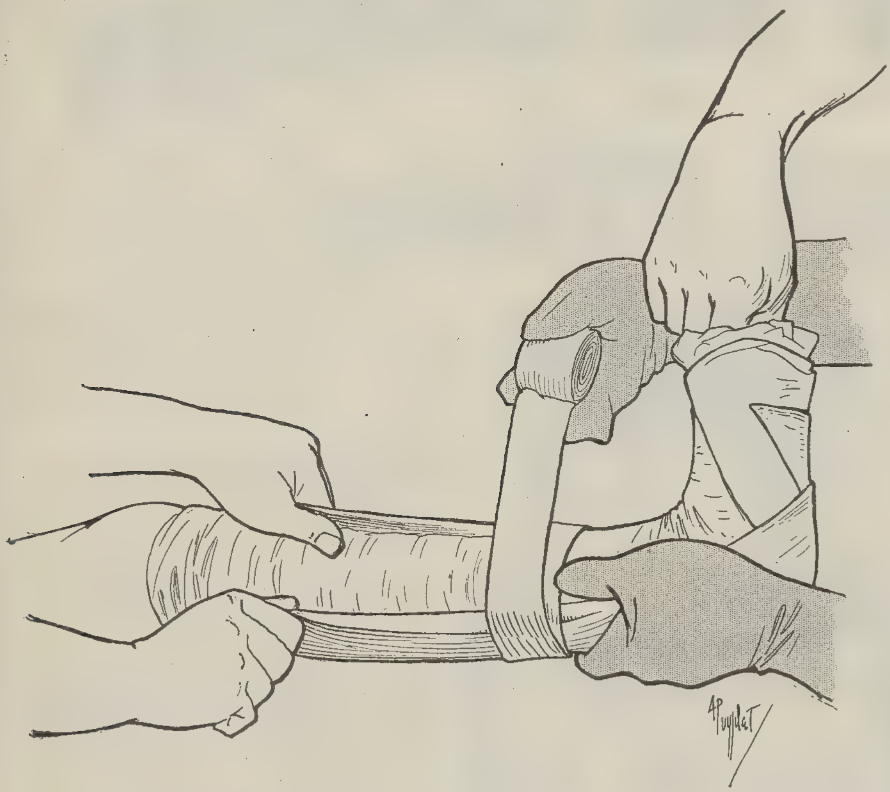


Fig. 2. — *On enroule la bande de dehors en dedans et d'avant en arrière, pour corriger l'adduction et le varus.* — Le premier aide tire énergiquement sur les angles supérieurs et le second soulève la jambe en tirant sur les orteils seuls.

(fig. 4). On obtient ainsi la réduction en hypercorrection.

Il faut faire sécher le plâtre dans cette position, et

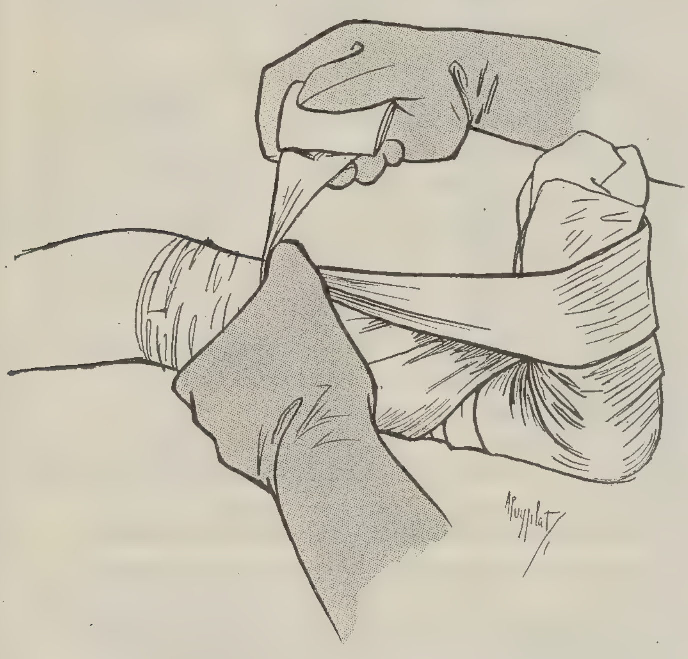


Fig. 3. — *La réduction progressive de l'équinisme.* — La bande va directement du talon antérieur (bord externe) à la face antéro-externe de la jambe. On la tend aussi fortement que possible.

même s'efforcer d'obtenir encore davantage. On a tendance, dans ce but, à poser la jambe sur la table, à la fixer d'une main et à forcer la flexion du pied en empaumant la plante, le pouce en dessous et les autres doigts passant au-dessus du cou-de-pied (fig. 5).

C'est ce qu'il ne faut pas faire, et pour plusieurs raisons. Il ne faut pas poser la jambe sur la table; si, en effet, on a pratiqué la ténotomie du tendon d'Achille, et c'est presque toujours le cas, on écrase le plâtre contre la partie postérieure de la jambe, on aplatit la gaine du tendon et on entrave sa régénération.

(Notre maître, M. Jalaguier, a même l'habitude, pour ménager plus sûrement la gouttière tendineuse, de faire mettre de chaque côté un petit bourdonnet de gaze, ainsi que le montre la figure 6.)

De plus, le talon, normalement saillant, vient en contact avec le plâtre et s'écrase, ce qui provoque des douleurs intolérables, parfois même des escarres qui mettent très longtemps à se cicatriser.

Enfin, il ne faut pas appuyer sur le cou-de-pied : c'est toujours à ce niveau que se font les compressions dangereuses, par suite du mouvement de flexion forcée que l'on imprime au pied. Il faut, au contraire, relever les bords du plâtre, comme nous le verrons ultérieurement.

Pour faire sécher correctement le plâtre, l'appareil ne doit pas reposer sur la table (fig. 7). — On met une serviette roulée sous l'extrémité inférieure de la cuisse, et la main d'un aide appuie sur la cuisse, pour fixer ainsi solidement tout le membre inférieur.

La main gauche de l'opérateur repose par sa face

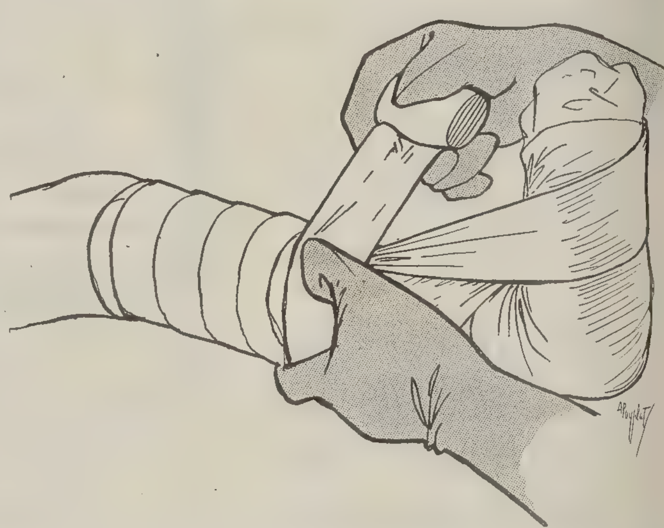


Fig. 4. — *Réduction progressive de l'équinisme.* — La bande est roulée de haut en bas, ce qui tend davantage le premier jet de bande et réduit l'équinisme.

dorsale sur la table, le pouce et les autres doigts sont relevés en gouttière et saisissent la jambe, en

dessous, au niveau de son tiers inférieur. L'éminence thénar et les extrémités des doigts sont les seuls points de contact de la main et de l'appareil ; ces contacts, et par suite les pressions, n'ont lieu que sur les faces latérales de la jambe; la gouttière postérieure est ainsi respectée et le talon n'appuie pas sur le plâtre.



Fig. 5. — *Le séchage de l'appareil.* — Ce qu'il ne faut pas faire : Il ne faut pas appuyer l'appareil sur la table. Il ne faut pas appuyer avec les doigts sur le cou-de-pied.

La main droite est fermée; elle appuie, par la face dorsale des premières phalanges et la tête des métacarpiens, sur le bord externe seul de la plante du pied, en accentuant la pression surtout au niveau de la racine des orteils. On étend ainsi la plante du pied et on augmente la flexion du pied sur la jambe.

Pendant que le plâtre sèche, un aide élargit un peu, du côté externe, la gouttière au niveau des orteils pour ne pas comprimer le cinquième. De plus, nous avons vu que celle-ci dépassait l'extrémité des orteils de quelques centimètres. On la replie sur elle-même pour former un *bourrelet résistant* qui aura pour but de préserver les orteils du contact et du poids des couvertures.

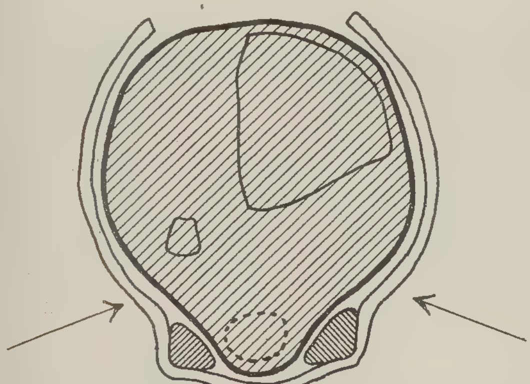


Fig. 6. — *Schéma d'un appareil plâtré respectant la gouttière du tendon* (en pointillé) *grâce à la présence de deux bourdonnets placés latéralement.* — Les flèches indiquent les seuls points de contact que doit avoir le plâtre avec les mains pendant qu'il sèche, pour ménager la gouttière postérieure.

On sait en effet que les malades supportent difficilement les pressions à ce niveau, après une intervention. Cette petite précaution évite l'emploi des cerceaux.

Quand le plâtre est sec, on enlève la bande de toile et *on s'assure que la circulation n'est pas gênée au niveau du pied*; on constate que les orteils sont roses, qu'ils ne sont ni rouge violacé (gêne de la circulation de retour), ni blancs (arrêt total de la circulation); que la pression sur la pulpe ou sur l'ongle les fait blanchir, et que le rose réapparaît

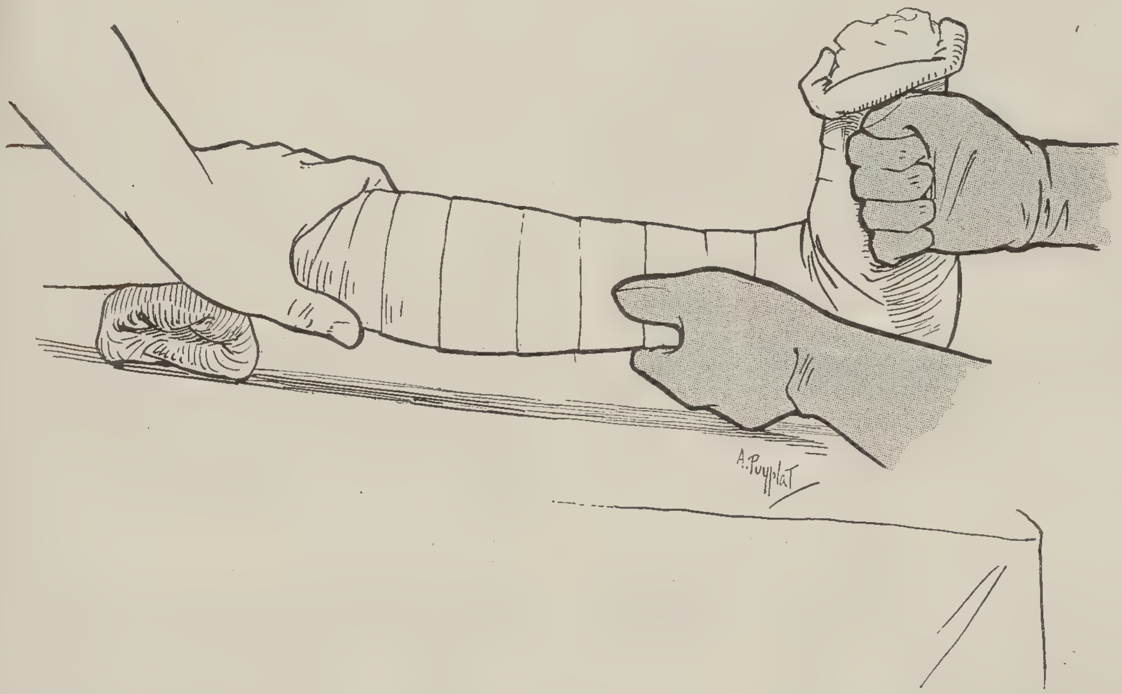


Fig. 7. — *Le séchage de l'appareil.* — Ce qu'il faut faire pour réduire l'équinisme, le varus et l'enroulement sans aplatir la gouttière postérieure et s'exposer à des accidents de compression. On voit le bourrelet qui dépasse les orteils et les protégera contre le poids des couvertures.

aussitôt que la pression cesse. *On comptera les cinq orteils*, c'est-à-dire que l'on s'assurera, d'une façon effective, que la circulation est normale dans tout le pied. Cette façon de procéder peut paraître un peu puérile à un esprit non averti. C'est une excellente méthode, tout à fait pratique, que nous tenons de nos maîtres, et qui rendra service à ceux qui s'en serviront.

Si la circulation ne se fait pas d'une façon absolument satisfaisante, on passe l'extrémité des ciseaux mousses entre le cou-de-pied et la lèvre externe du plâtre, et on soulève légèrement ; aussitôt la circulation se rétablit, car c'est presque toujours là que siège la compression.

On complète en incisant, sur la ligne médiane, tous les éléments de pansement au niveau du cou-de-pied.

On échancre le plâtre, s'il y a lieu, en arrière, pour découvrir le creux poplité en entier, c'est-à-dire 3-4 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire, ce qui permettra les mouvements du genou. On met une nouvelle bande de toile pour maintenir le plâtre en place.

On surveille ensuite les orteils deux ou trois jours et l'enfant peut être emmené dans sa famille.

ANALYSES

MÉDECINE

L'opothérapie splénique. Traitement spécifique de la tuberculose. (Bayle (de Cannes). *Revue de méd.*, 10 juin 1911, n° 6, p. 482.) — Depuis 1907, M. Bayle a traité un grand nombre de tuberculeux pulmonaires et de tuberculoses locales ; les résultats obtenus sont tels que sa méthode de traitement mérite d'être vulgarisée.

Le traitement consiste à faire absorber au malade de la rate crue ou, en cas d'intolérance, des extraits de rate, ou à lui injecter des extraits de cet organe. Le malade prendra, dans le premier cas, 100 grammes par jour de rate de porc pulpée crue : elle s'absorbe assez facilement en la mélangeant avec une quantité égale de confiture ou dans du bouillon tiède. Il en prendra ainsi pendant trois semaines consécutives, se reposera quinze jours, reprendra trois semaines, etc. Ce traitement est bien toléré par tous les malades qui n'ont pas de localisations intestinales de la tuberculose. On peut observer au début une diarrhée insignifiante qui s'arrête seule malgré la continuation du traitement.

Lorsque la rate crue est mal tolérée, on peut employer les extraits de rate dont l'efficacité n'est pas douteuse, à condition de les employer à doses suffisantes, dont le minimum, d'après M. Bayle, est de cinq fois environ les doses que l'on a l'habitude d'employer contre le paludisme par exemple (poudre sèche, $0^{g}25$ à $0^{g}75$).

Après huit jours de traitement, parfois même après trois ou quatre jours, on constate une modification de l'état général : la teinte de la peau est plus rose, les muqueuses sont plus colorées, et en revanche les rougeurs locales sont moins accentuées et le malade commence à perdre l'aspect d'un tuberculeux. Le malade se sent plus fort et le poids augmente rapidement; l'effet moral, enfin, est parallèle : le malade se sent amélioré et reprend courage.

Les effets locaux se manifestent plus tard, du huitième au quinzième jour; ce sont la toux, la dyspnée, et les douleurs diverses qui disparaissent d'abord. Les signes physiques s'améliorent ensuite : vers la troisième semaine, l'auteur a noté la disparition d'épanchements pleuraux moyens qui duraient depuis trois mois sans modifications appréciables. Il a vu, dans des cas de lésions très limitées d'un sommet, des craquements disparaître complètement en un mois. Dans les cas légers et moyens, ces améliorations se poursuivent jusqu'à la guérison; dans les cas graves et avancés, on observe des retours offensifs de la maladie pendant les périodes de repos, et de nouvelles améliorations quand le traitement est repris.

Dans les tuberculoses locales, on observe des améliorations rapides, surtout dans les formes ganglionnaires; s'il n'y a pas suppuration, des ganglions du volume d'un œuf de pigeon peuvent disparaître en trois semaines. Dans les tumeurs blanches, l'action est généralement manifeste au bout d'un mois, sauf dans la coxalgie qui paraît demander plus de temps.

M. Bayle insiste sur l'utilité d'employer, comme adjuvants, la triple cure classique d'alimentation, de repos et d'aération, en se gardant toutefois des exagérations auxquelles elle a donné naissance. La gymnastique respiratoire, la révulsion, l'insolation, les bains de mer, etc., seront mis en jeu suivant les besoins.

Sur 150 cas de tuberculose pulmonaire, 10 de tuberculoses ganglionnaires et 11 d'arthrites tuberculeuses, M. Bayle estime avoir observé dans 146 cas une action indéniable et rapide du traitement. De son côté, M. Joly (de Reims) a obtenu par l'opothérapie splénique de bons résultats dans 84 cas sur 90 de tuberculose pulmonaire.

L'opothérapie splénique semble agir « comme un véritable traitement spécifique » de la tuberculose. Par quel mécanisme, c'est ce qui n'est pas encore élucidé, mais cette méthode de traitement, d'application aussi facile, ne donnant lieu à aucune réaction fébrile et à aucun accident, mérite d'être mieux connue et plus souvent mise en œuvre. L. Gayard.

Urétrites et uretérites chroniques causées par des amygdalites. (Guy L. Hunner. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LVI, n° 13, 1er avril 1911, p. 937-941). — Hunner ne veut point revenir aux anciennes théories qui reconnaissaient une foule de causes variées aux urétrites; il reconnaît que la plupart des cas d'urétrite chronique granuleuse décrits autrefois sous le nom d'urétrite rhumatismale sont des reliquats de vieilles infections gonococciques; cependant, en ne considérant que la pratique gynécologique, on voit assez souvent chez des femmes vierges une urétrite persistante qui n'est certainement pas gonococcique, et où le tempérament rhumatisant joue certainement un rôle, car le traitement local devient beaucoup plus efficace si on y ajoute les salicylates.

En ce qui concerne l'amygdalite comme cause possible d'urétrite, le premier cas qui attira l'attention de l'auteur sur une relation causale est celui d'une femme de quarante-deux ans, rhumatisante, ayant une urétrite rebelle et chez qui toute application de nitrate d'argent était immédiatement suivie d'un mal de gorge avec raucité de la voix durant juste autant que l'irritation locale due au nitrate. Les amygdales furent trouvées très malades; leur ablation fut suivie d'une guérison persistante alors qu'auparavant les rechutes se produisaient toutes les trois semaines. L'auteur relate cinq autres cas où le parallélisme entre la lésion urétrale et l'état des amygdales est frappant; il a encore cinq autres cas moins nets.

Il rapporte ensuite un cas analogue de rétrécissement de l'uretère où chaque tentative de cathétérisme était suivie de mal de gorge et raucité de la voix. Enfin, un autre cas d'urétérite de même cause. Il y a bien des cas de rétrécissements de l'uretère que n'expliquent ni un calcul, ni la tuberculose, ni la blennorragie, ni une lésion du voisinage. Hunner pense que les infections et toxines d'origine amygdalienne doivent être prises en considération dans ces cas et l'examen dirigé

dans ce sens. L'amygdalectomie totale, et non pas partielle, est indiquée. F. GARDNER.

Sclérose et leucoplasie hérédo-syphilitiques de la langue chez deux frères. (P. MERKLEN. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, janvier 1911.) — L'auteur étudie, à propos de deux cas de leucoplasie linguale du nourrisson observés par lui, les formes anatomo-cliniques ordinaires de la syphilis linguale dans l'hérédo-syphilis ; il est assez exceptionnel qne l'on constate des plaques muqueuses, néanmoins le fait a été observé par Ribadeau-Dumas et I. de Jong, qui ont même décrit des tréponèmes, au niveau de cette plaque ; on peut également parfois rencontrer, soit une glossite dépapillante, soit une glossite scléreuse superficielle.

Les productions scléro-gommeuses, ulcérées ou non, ressemblent dans l'hérédo-syphilis aux lésions de la syphilis acquise. Carrière signale une forme rappelant la macroglossie, enfin l'hérédo-syphilis linguale peut se traduire par de la *leucoplasie* ; c'est à l'étude de cette manifestation que M. Merklen apporte une contribution intéressante, en résumant deux observations typiques, observées chez les deux frères ; l'évolution fut longue, récidivante, compliquée d'ulcérations banales, les lésions guérirent complètement sans laisser de traces. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Résection du plexus spermatique du grand sympathique dans le traitement de certaines formes de dysménorrhée. (M. L. HARRIS. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVI, nº 15, 15 avril 1911, pp. 1104-1106.) — Cette opération est recommandée chaleureusement par l'auteur, qui l'a pratiquée plus de vingt fois, mais seulement pour dysménorrhée d'origine tubaire ou ovarienne, sans grosses lésions appréciables qui seraient évidemment la cause de la douleur. Elle ne peut avoir d'influence sur la dysménorrhée d'origine utérine, les nerfs de l'utérus venant du plexus hypogastrique et non pas du tubo-ovarien.

Laparotomie. Le ligament infundibulo-pelvien est saisi dans un forceps et tendu. Une incision de 3 ou 4 centimètres, commençant près de l'extrémité proximale du ligament est faite sur le bord libre de ce dernier ; le paquet de nerfs, avec les vaisseaux utéro-ovariens que l'on ne peut séparer des nerfs, est libéré par dissection mousse, lié en deux endroits, et réséqué entre les deux ligatures, Suture du ligament et de l'abdomen.

Un bon diagnostic doit avoir été fait avant l'opération : dans ce cas, les résultats sont toujours satisfaisants. Les fonctions génitales ne sont en rien troublées.

F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Septicémie et altérations glandulaires dans la scarlatine. (HUTINEL. *Arch. de méd. des enfants*, 3 mars 1911.) — On connaît les belles recherches du professeur Hutinel sur les lésions des glandes surrénales au cours de la scarlatine, notion classique maintenant, et qui a entraîné comme conséquence heureuse l'opothérapie surrénale comme traitement de certains accidents des scarlatines graves jusque-là considérées comme irrémédiables (hypotension, collapsus). Dans ce nouveau mémoire, M. le professeur Hutinel élargit encore le cadre des manifestations cliniques qui sont sous la dépendance, plus ou moins directe, non seulement des lésions des glandes surrénales, mais aussi de toutes les glandes vasculaires sanguines.

Ayant constaté, à l'autopsie d'un sujet mort au dixième jour d'une scarlatine grave dès le début, une intégrité relative des organes, foie, reins, rate, etc., et au contraire, des lésions du corps thyroïde et des glandes surrénales, qui étaient incontestablement en état d'hypofonction très accentuée, M. le professeur Hutinel émet l'hypothèse que cet état d'hypofonctionnement des glandes vasculaires sanguines a pu provoquer des troubles de la circulation, dont la conséquence s'est fait sentir sur tous les tissus et a favorisé ainsi l'éclosion *de la septicémie*, contribuant ainsi, indirectement et par un autre mécanisme, à la réalisation du syndrome scarlatine maligne, dont la pathogénie était singulièrement obscure jusqu'à la connaissance des dernières acquisitions sur les lésions des glandes vasculaires, au cours de cette affection.

L'observation rapportée présente encore un autre point intéressant : cette scarlatine grave apparut au quatrième jour d'une *varicelle* extrêmement légère. Cette association fut-elle la cause de la gravité de la scarlatine ? M. le professeur Hutinel ne le pense pas, et il rappelle à ce sujet les vingt observations d'*associations de varicelle et de scarlatine*, réunies par MM. Nobécourt et Milhit, en 1909, dans le service de la scarlatine et au cours desquelles *jamais* le pronostic ne fut assombri par cette association. L. BABONNEIX.

Note sur 25 cas de tache bleue sacrée mongolique. (M. CHATELIN. *La Clinique infantile*, 15 févr. 1911.) — L'auteur, ayant pu facilement réunir 25 observations de cette tache bleue, se demande si elle ne peut pas être interprétée comme une simple malformation, comme un nævus. Elle serait un *nævus pigmentaire* pur, c'est-à-dire une difformité constituée exclusivement par une anomalie de distribution de pigment sans caractères néoplasiques : elle serait ainsi une *hyperchromie congénitale*, circonscrite et limitée, une dyschromie par excès de pigment : elle pourrait se rencontrer en des points différents des téguments, mais la localisation sacrée serait néanmoins la plus fréquente. L. BABONNEIX.

Trois particularités au cours de la varicelle. (P. MERKLEN. *Soc. de pédiat.*, janvier 1911.) — La première de ces particularités est l'éclosion d'une *poussée ganglionnaire diffuse* sous l'influence de l'infection varicelleuse ; il s'agit là non pas d'adénopathies généralisées spécifiques, mais d'adénopathies antérieures réchauffées par l'infection.

La deuxième est le début de la varicelle par un *torticolis* persistant quarante-huit heures : l'auteur rappelle à ce sujet l'origine rhumatismale fréquente de ce torticolis, et les quelques observations (Nobécourt et Paisseau), dans lesquelles il a été le premier symptôme d'une fièvre typhoïde.

Enfin, dans un troisième cas, l'éruption bulleuse de la varicelle s'accompagna d'*un prurit* assez intense.

L. BABONNEIX.

Le nanisme type sénile (progeria de Gilford), origine surrénale probable. (VARIOT et PIRONNEAU. *La Clinique infantile*, 1er décembre 1910.) — Etudiant de très près trois observations de ce type spécial de nanisme à l'occasion d'une observation personnelle, les auteurs, se basant sur l'importance du processus athéromateux généralisé joint à la sclérose des organes, dans leur cas, pensent qu'il s'agit d'une lésion initiale des surrénales, et très probablement d'une hyperplasie de ces glandes ; ce type spécial de nanisme reconnaîtrait donc une origine surrénale. L. BABONNEIX.

Deux cas d'ictère infectieux d'origine paratyphique, observés simultanément chez deux enfants, FRÈRE ET SŒUR. (M. GUINAN. *La Clinique infantile.*) — L'intérêt du fait observé réside dans cette contagion familiale et dans la localisation élective dans deux cas de l'infection au niveau des voies biliaires ; à retenir dans la symptomatologie la lenteur du pouls en rapport avec l'ictère. L. BABONNEIX.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Sur le mal de mer. (Erich RUTTIN. *Soc. autrich. d'otol.* 13 déc. 1910. C. R. *Revue de Moure*, nº 2, 1911, p. 53). — Quand on irrigue les deux tympans, dans les mêmes conditions, on ne provoque aucun symptôme vestibulaire. Ruttin se demande, s'il n'y a pas là un remède pour le mal de mer?

Pendant le mal de mer, il a constaté que si le nystagmus fait complètement défaut, par contre, le vertige vestibulaire

existe. Les injections bilatérales n'ont rien donné. D'accord avec Woiatschek, il pense que le mal de mer est dû au roulis et non au tangage. Cette constatation concorde avec l'hypothèse que le mal de mer a pour point de départ l'utricule ou le saccule.

Dans la discussion qui suit, Politzer dit admettre que le mal de mer est dû à une irritation de l'appareil vestibulaire, mais sans accompagnement de nystagmus. Le mal de mer ne se voit pas chez tous les passagers et les gens nerveux en sont moins facilement atteints que les gens robustes et sains.

M. Dintenfass, sujet au mal de mer, dit n'avoir eu de soulagement qu'en se couchant selon l'axe transversal du bateau.

Barany attire l'attention sur une sensation similaire éprouvée lorsqu'un ascenseur se met en mouvement ou s'arrête.

Pollak a observé, dans un voyage, que le seul passager n'ayant pas eu le mal de mer était sourd-muet. Les enfants au-dessous de deux ans n'ont jamais le mal de mer.

Ruffin conclut cette discussion en déclarant que l'origine labyrinthique du mal de mer recevait une confirmation du fait que les sourds-muets n'en sont pas malades.

P. VIOLLET.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Comme je vous le disais tout à l'heure, les fautes commises dans la *rédaction des ordonnances* ont été rangées dans cette catégorie de fautes extramédicales. Des erreurs de plume peuvent ne pas avoir de conséquences graves, surtout si le médecin se trouve en présence d'un pharmacien qui — et c'est son devoir — lui signale son erreur.

Mais souvent l'élève en pharmacie exécute l'ordonnance sans se douter des dangers qui vont naître. Ainsi a été recherché le médecin qui écrit chlorhydrate de morphine au lieu de chlorhydrate de quinine, ou suppositoire de 0g10 au lieu de 0g02 de quinine (Trib. de Lectoure, 5 avril 1895, *Gaz. du palais*, 1895, 2e partie, p. 143; Cour de Toulouse, 17 mai 1902, *La Loi*, 5 juillet 1902); qui omet d'indiquer le mode d'administration d'un médicament ou de mentionner la dose nécessaire d'un médicament très actif, ou qui commet une erreur dans la forme de la rédaction (Caen, 12 juillet 1898, précité; Trib. de la Seine, 21 avril 1904, *Concours médical*, 1904, p. 653). Bien plus, le 13 avril dernier, n'avez-vous pas vu condamner un de vos confrères par le tribunal correctionnel de la Seine pour homicide par imprudence, à la suite d'une erreur d'impression qui s'était glissée dans une édition d'un ouvrage populaire de médecine dont il était l'auteur ?

En ce qui concerne les *opérations*, on a surtout condamné le médecin pour avoir fait une intervention chirurgicale sans y avoir été autorisé par le patient ou par son entourage immédiat. Le médecin doit donc demander cette autorisation. A qui la demandera-t-il? Tout d'abord au malade. Si celui-ci est dans un état physique tel qu'il ne peut librement donner son consentement, le médecin doit s'adresser au chef de famille (Alger, 17 mars 1894, *D. p.*, 1895, 2e partie, p. 69; Trib. de Lyon, 15 déc. 1859, *D. p.*, 1859, 3e partie, p. 87). Lorsque l'opération concerne une personne mariée, le médecin doit, outre son consentement personnel, obtenir celui du conjoint. Si la vie du malade était soumise à l'opération, son autorisation suffirait, malgré le refus du conjoint.

Messieurs, il est un usage, tout nouveau d'ailleurs, qui tend à s'implanter dans les hôpitaux et qui a pour effet de mettre à couvert, et ce complètement, la responsabilité du chirurgien : c'est de faire signer au malade une déclaration par laquelle il s'engage à ne pas attaquer le chirurgien, s'il venait à commettre une faute au cours de l'opération. Or, cette déclaration ne peut pas mettre le médecin à l'abri de ses fautes. Elle ne peut lui servir tout au plus que de circonstances atténuantes, car elle a fait connaître au malade les dangers qu'il pouvait courir en autorisant le médecin à l'opérer (V. en ce sens Amiens, 14 fév. 1906, *D. p.*, 1907, 2e partie, p. 44).

Quelques mots au sujet des *maladies transmissibles* et nous aurons terminé la première partie de cette conférence. A quelles occasions les jugements sont-ils intervenus contre le médecin ? Ainsi commet une imprudence le médecin qui laisse des enfants en bas âge, qu'il surveille, au contact d'autres enfants atteints de la coqueluche (Trib. de paix, Paris XVe, 28 janv. 1904, *Pandectes franç.*, 1904, 2e partie, p. 302); qui n'examine pas si le nourrisson qu'il va confier n'est point atteint de syphilis (Trib. de la Seine, 9 nov. 1906, *Gaz. des trib.*, 20 nov. 1906); ou qui, atteint d'un chancre au doigt, continue à faire des accouchements.

Nous allons aborder maintenant, messieurs, la seconde partie de notre sujet, les fautes médicales proprement dites. On peut les grouper en fautes dans le diagnostic et dans le pronostic, et en fautes dans le traitement.

Comme vous le savez, les fautes proprement médicales soulèvent de graves et de profondes discussions; en effet, une imprudence, une négligence même, n'engagent pas nécessairement la responsabilité du médecin ; bien souvent la science seule, la médecine a été la cause de la faute; la médecine n'est-elle pas sujette à de perpétuels changements? Aussi, comme nous l'avons vu au début de cette conférence, les juges posent en principe que la faute du médecin commence uniquement avec l'inobservation des règles assez unanimement et anciennement admises et adoptées par le corps médical tout entier. Une conséquence immédiate doit être tirée de ce principe : c'est que le médecin garde pleinement la liberté de ses actes, sans engager sa responsabilité, et l'opinion même des sommités médicales ne peut, en aucune façon, entrer en ligne de compte pour ordonner un traitement qui, d'après ces sommités, ne serait pas suffisamment efficace (Douai, 15 avril 1897, *Sirey*, 1898, 2e partie, p. 78; Caen, 16 janv. 1901, *Sirey*, 1904, 2e partie, p. 172; Lyon, 17 nov. 1894, *Pand. fr.*, 1905, 2e partie, p. 8).

Ceci dit, quelles sont les fautes d'impéritie qui peuvent se rencontrer dans le diagnostic ou dans le pronostic?

(A suivre.) R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911. — (Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 89, p. 1331, et n° 92, p. 1367.)

Georges DIEULAFOY

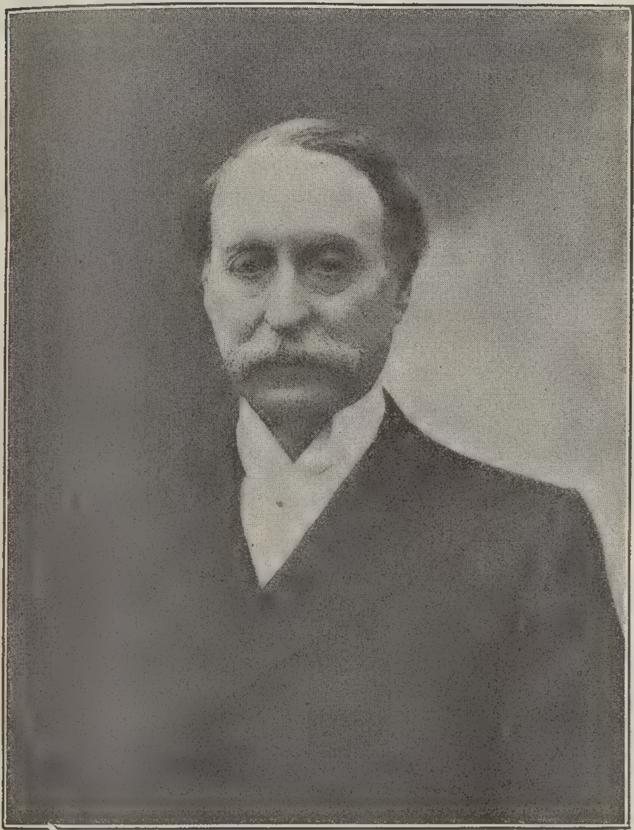
(1839-1911)

La médecine française vient de perdre l'un de ses maîtres les plus estimés : le professeur Dieulafoy a succombé, le 16 août 1911, à une brusque et courte maladie.

Né à Toulouse le 18 novembre 1839, Georges Dieulafoy commença ses études médicales sous la direction de son oncle le docteur Paul Dieulafoy, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Toulouse; interne des hôpitaux de Paris, le premier de sa promotion en 1865, médaille d'or en 1868, docteur en 1869 avec une thèse sur « La mort subite dans la fièvre typhoïde » qui est restée classique, médecin des hôpitaux, agrégé en 1873, professeur de pathologie interne en 1886, il gravissait dix ans plus tard l'échelon suprême, et succédait à G. Sée dans la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Pendant seize ans, dans cette chaire qu'avait illustré son maître Trousseau, G. Dieulafoy enseigna et forma véritable-

ment la génération médicale actuelle. Naturellement doué d'un véritable talent oratoire, ses cours, ses leçons de clinique surtout, furent des modèles d'exposition savante et lumineuse. Les mêmes qualités ont fait l'universel succès de son « Manuel de pathologie interne » qui a servi et sert de guide à tous les étudiants en médecine. On citerait peu d'ouvrages didactiques qui soient écrits dans une langue à la fois aussi précise et aussi imagée; on n'en saurait citer un seul qui soit plus attrayant.



Cliché Pirou.

Professeur de clinique, membre et président de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, M. Dieulafoy avait réuni les plus beaux titres officiels.

Toujours jeune, toujours soucieux d'élégance et de mondanité, il a travaillé jusqu'à son dernier jour et vécu toute sa vie à l'hôpital; atteint par la limite d'âge il y a deux ans, il ne put se résoudre à la retraite et prit à l'hôpital Laënnec la direction du dispensaire anti-tuberculeux.

Le professeur Dieulafoy s'est éteint après une courte agonie. Il a su regarder la mort en face, avec sa clairvoyance de médecin et sa fermeté d'homme; quand il l'a reconnue proche, il a fait appeler le curé de Saint-Pierre de Chaillot et reçu les derniers sacrements. La sérénité de sa fin couronne dignement une vie de travail et de dévouement à ses malades.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE DU PREMIER AGE (GOUTTES DE LAIT). — Ce Congrès se tiendra à Berlin du 11 au 15 septembre prochain.

En voici le programme détaillé :

Séance plénière d'ouverture, le 11 septembre 1911. — L'enseignement de la physiologie et de la pathologie des nourrissons à l'Université.

Section I. — Enseignement et instruction : 1° l'enseignement médical dans le domaine de l'hygiène et des maladies des nourrissons; 2° l'enseignement de l'hygiène et de la protection de l'enfance du premier âge aux sages-femmes; 3° l'enseignement de la puériculture pour l'éducation des assistantes maternelles devant se rendre dans les familles, attachées aux communes et aux divers établissements; 4° la vulgarisation de la puériculture et de l'alimentation des nourrissons dans le grand public.

Section II. — Œuvres et protection de l'enfance du premier âge : 1° la protection des femmes enceintes et accouchées; 2° rôle éducatif des consultations des nourrissons et propagande en faveur de l'allaitement au sein; 3° résultats obtenus par les Gouttes de lait; 4° crèches; 5° protection des nourrissons dans les hôpitaux, asiles, pouponnières; 6° protection des nourrissons à la campagne; 7° rapport annoncé : protection des nourrissons au village.

Section III. — Dispositions législatives et autres dispositions officielles concernant la protection du premier âge : 1° protection de l'enfance dans la législation; 2° mutualités maternelles; 3° de l'influence des consultations de nourrissons sur le développement des mutualités maternelles en France; 4° protection des enfants mis en nourrice et des enfants illégitimes; 5° les enfants trouvés; 6° le contrôle de la production et de la vente du lait destiné aux nourrissons; 7° l'élevage des enfants syphilitiques mis en nourrice.

Section IIIa. — Tutelle : 1° les relations internationales pour ce qui concerne la tutelle et la convention de La Haye; 2° la reconnaissance légale des droits des enfants illégitimes en pays étranger; 3° les droits des enfants illégitimes dans les principaux pays européens.

Section IV. — Statistique : 1° l'uniformisation internationale de la statistique de la mortalité infantile; 2° statistique de la morbidité, de la mortalité et de la natalité dans les différents pays; 3° les résultats constatés par les statistiques municipales à la suite de l'organisation des œuvres du premier âge.

Séance plénière de clôture, le 15 septembre 1911. — 1° Vœux et conclusions du Congrès; 2° rapport sur la situation de l'union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge depuis sa fondation par M. Eugène Lust, secrétaire de l'union; 3° désignation de la ville où se tiendra le IVe Congrès pour la protection de l'enfance du premier âge (Gouttes de lait).

Programme des visites, réunions, fêtes, réceptions, etc. — Dimanche 10 septembre 1911, à huit heures du soir, réunion intime des congressistes.

Lundi 11 septembre, à dix heures du matin, séance d'ouverture au palais du Reichstag. Ensuite constitution des sections.

Mardi 12 septembre, à neuf heures du matin, séance plénière. Ensuite séance des sections; le soir, banquet.

Mercredi 13 septembre, à neuf heures du matin, visites d'établissements. Ensuite déjeuner offert par la municipalité de Charlottenbourg à l'Hôtel de ville; le soir, réception par la municipalité de Berlin à l'Hôtel de ville.

Jeudi 14 septembre, à neuf heures du matin, séances des sections; à quatre heures après-midi, séance du bureau permanent de l'union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge; le soir, représentations de gala aux théâtres royaux.

Vendredi 15 septembre, à neuf heures du matin, clôture des séances de sections. Ensuite séance de clôture du Congrès; après-midi, départ pour Dresde.

Samedi 16 septembre, visite de l'exposition internationale d'hygiène à Dresde.

Adresser directement les adhésions au secrétaire général du IIIe Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge, M. le professeur A. Keller, Mollwitzstrasse, à Charlottenbourg (Allemagne), en lui faisant parvenir un mandat international de 25 francs.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIV, n° 25, 22 juin 1911.) — Ernest Boyen Young et John T. Williams : Les résultats du traitement de 2000 cas de fausses couches au Boston cité Hôpital (8 tables). — Franklin B. White : Nouvelles expériences avec le réactif à la benzidine pour révéler le sang dans les selles au cours des maladies des organes digestifs (2 tableaux). — Richard C. Cabot : Sur les relations des travaux du laboratoire et de ceux de la clinique. — Elisabeth T. Gray : Bref résumé sur l'histoire de l'opération césarienne. — Marry Forester Hobart : Indications de l'opération césarienne. — Mary M. Smith : Technique de l'opération césarienne. — John T. Williams : Les résultats immédiats de l'opération césarienne (5 tableaux). — Nathaniel R. Masson : Les résultats éloignés de l'opération césarienne (1 tableau). — (N° 26, 23 juin.) J. Bentley Squier : L'énucléation intra-urétrale et supra-pubienne de la prostate (avec 6 fig.). — J. Dellinger Barney et Edward L. Young : La valeur de l'injection au cobaye dans la tuberculose génito-urinaire. — Maurice H. Richardson : Remarques sur un cas remarquable de résistance au cancer occupant la langue, l'amygdale et le pharynx et guéri définitivement par l'excision radicale. — William N. Cowles : Un cas de diabète traité par l'ingestion de pancréas de veau. — (Vol. CLXV, n° 1, 1er juillet.) Robert M. Green : L'emploi des toxines de Coley dans le traitement du sarcome (avec 3 graphiques). — Charles L. Scudder et Harry W. Goodall : L'ablation de l'appendice supprime-t-elle toujours les symptômes de la maladie? Analyse des résultats éloignés dans 640 cas d'appendicectomie (7 tableaux). — Jessie Weston Fisher : L'interprétation des données du laboratoire. — Benj. Brabson Cates : Le spina bifida (1 tableau). — Fred. P. Webster : Considération sur deux cas de scorbut infantile et sur son diagnostic différentiel avec la paralysie infantile. — Oliver S. Waugh : Lymphocytome malin du médiastin. — (N° 2, 13 juillet.) Chass. A. Drew : Quelques problèmes des hôpitaux municipaux. — M. Gross : L'expérience pratique avec mon tube duodénal (1 figure). — Seymour H. Stone : Les rapports entre la propreté des rues et le développement de la tuberculose. — Roland Hammond : Le traitement de la tuberculose osseuse au Crawford Allen Hospital (1 fig., 1 tableau). — Charles N. Meader : Un cas de bilharziose rectale (3 fig.).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 22 juin 1911.) Biberfeld : Les nouveaux médicaments de la dernière année. — Blühdorn : Sur la question de la spécificité des agents de l'angine de Vincent. — Biermann : Sur les affections syphilitiques du système artériel. — Schilling-Turgau : Un leucocytomètre pratique. — Cohn : Physiologie et pathologie de la digestion. — Solieri : Sur un élément pathogénique de la colique hépatique dans quelques formes de cholécystite sans lithiase. — Hubutter : Contribution à l'emploi des pinces de Lanez. — Wagner : Sur un procédé nouveau et simple de réduction des luxations récentes de l'épaule. — Offergeld : Recherches cliniques avec la substance ovarienne. — Pick : Sur un cas guéri de suppuration chronique des sinus frontaux. — (N° 26, 29 juin.) Jamin : Le traitement de l'emphysème pulmonaire. — Killian : Sur la bronchoscopie chez les petits enfants. — Römer : Maladie du cobaye très semblable à la paralysie infantile de l'homme. — Henius : Sources d'erreur dans le séro-diagnostic de la maladie hydatique. — Stacke : La méningite labyrinthique suppurée et sa guérison opératoire. — Brustein : Action physiologique de la lumière dans le bain de lumière de Killogr. — Scheglmann : Sur deux cas de fièvre tenace dans la syphilis tertiaire. — Cohn : Physiologie et pathologie de la digestion. — Sick : Guérison d'une perte de substance de l'uretère par mobilisation et suture. — Hertzell : Nouvel instrument pour ectropionnement de la paupière supérieure. — Steindorf : Le salvarsan en oculistique.

Journal de médecine interne. — (N° 17, 30 juin 1911.) F. Terrien : De quelques troubles visuels dans les tumeurs cérébrales. Valeur diagnostique et indications opératoires qui en découlent. — (N° 18, 10 juillet.) Caillian : La myocardite grippale chez les artério-scléreux. — Foveau de Courmelles : Les courants de haute fréquence. Formes et applications thérapeutiques. — (N° 19, 20 juillet.) Mauclaire : Diagnostic et traitement du cancer de l'œsophage et du cardia. — R. Le Fur : Des infections rénales au cours de la blennorragie.

Journal des praticiens. — (N° 25, 24 juin 1911.) Bernheim : De la persistance pendant toute la vie de râles sous-crépitants dans les bases à la suite de certaines congestions pulmonaires bénignes. — Gaucher : Le diagnostic de l'hérédo-syphilis tertiaire. — A. Guérin : Diagnostic des anévrismes lents de la crosse de l'aorte. — (N° 26, 1er juillet.) Alex. Renault : Etude critique de la valeur des remèdes employés contre la blennorragie aiguë persistante et la blennorragie chronique chez l'homme. — Brindeau : Kystes de l'ovaire et grossesse. — Vires : Traitement des anuries. — (N° 27, 8 juillet.) A. Mathieu : Les vomissements hystériques. Leurs causes et leur traitement. — Jaboulay : Goitre exophtalmique. — Sabourin : Réactions pleurétiques des pneumonies tuberculeuses et pseudo-épanchements de la grande plèvre. — (N° 28, 15 juillet.) Castaigne : Traitement des pleurésies par les injections d'air dans la plèvre. — Sabourin : Réactions pleurétiques des pneumonies tuberculeuses et pseudo-épanchements de la grande plèvre.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 25, 24 juin 1911.) Delassus : Sur le thrombus puerpéral vaginal. — Fourdinier : Encéphalite avec gomme ou continuité avec une pachyméningite déterminée par une ostéite syphilitique pariétale. — (N° 26, 1er juillet.) A. Besson : Les appareils de marche dans les fractures de jambe. — Augier et Lucas : Cancer des deux ovaires. Epithélioma ovarien à type colloïde. — (N° 27, 8 juillet.) A. Besson : Les appareils de marche dans les fractures de jambe (*fin*). — (N° 28, 15 juillet.) J. Fiévez : Syndrome « long biceps détendu ». Mécanisme de production. Long biceps désinséré.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 25, 22 juin 1911.) Sihle : Sur le mécanisme de l'emphysème pulmonaire. — Jaworski : La percussion du foie et de l'estomac et la pression de vibration. — Fischel et Kreibich : Sur la sécrétion prostatique. — Steinsberg : Contribution au traitement de la rétention placentaire. — Jellinek : La cinématographie au service de l'électropathologie. — Heitler : Sur la localisation des bruits du cœur, à propos du dédoublement du deuxième bruit. — (N° 26, 29 juin.) Petry : Examen microscopique de la bile pour le diagnostic. — Prazek et Zatelli : Contribution à l'étude des méningites suppurées causées par des bacilles du groupe influenza, pathogènes pour l'animal. — Beck : Sur le traitement conservateur des abcès. — Spindler : Chirurgie du cancer du cholédoque. — Frank : Nouvel appareil à azote pour le traitement de la tuberculose et d'autres affections pulmonaires.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — JEUDI 24 AOUT 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 24 AOUT 1911. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Leclercq, docteur en médecine, est nommé, pour l'année scolaire 1911-1912, chef des travaux de médecine légale.

— TOULOUSE. — M. Durand, docteur en médecine, licencié ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1911-1912, chef des travaux de physique clinique, en remplacement de M. Sorel, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — M. Ravarit, docteur en médecine, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

— REIMS. — M. Bottu, professeur de chimie et toxicologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de chimie biologique.

M. Henry, agrégé des sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de suppléant de la chaire de chimie.

M. Lardennois, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1911-1912.

M. Tecnoueyres, professeur d'histologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de parasitologie et bactériologie.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Pierrot, Moureaux, Charpentier, Rapp, Maratuech, Monéry, Loygue, Chaduc, Sergeant, Jeannin, Deniau, Schneider, Kliszowski, Frizac, Péchiné, Colin, Morizot.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Tableau d'avancement.* — Tableau supplémentaire pour 1911 :

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bonduel, Cariès, Fournier, Trividic, Cazeneuve, Vadon.

— Des concours seront ouverts, le 1er décembre 1911, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'admission à treize emplois de médecin aide-major de deuxième classe et deux emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1911 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteurs ou pharmaciens de première classe avant le 15 janvier 1912. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) avant le 15 novembre 1911.

Les programmes arrêtés le 31 mai 1911, donnant les conditions de ces concours, sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (P. S.).

MARINE. — M. le médecin principal Renault, du port de Brest, est autorisé à rejoindre son port d'attache, à ses frais, à son débarquement du *Mirabeau*.

— M. le médecin de première classe Pernet, du port de Toulon, est désigné pour servir en sous-ordre à l'arsenal de Toulon.

— M. le médecin en chef de première classe Aubert est désigné pour faire partie de l'état-major du vice-amiral de Lapeyrère, sur le *Voltaire*, à Toulon.

— M. le médecin en chef de première classe Aubert, du port de Toulon, est désigné au choix du ministre pour remplir les fonctions de médecin, chef de l'hôpital de Sidi-Abdallah, en Tunisie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaulard (de Lille); Paul Girod (de Clermont-Ferrand); Letourneur (de Granville); Marcel Reulos (de Paris).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 26, 25 juin 1911.) SABRAZÈS : Anémie splénique. Syndrome hémolytique et tuberculose occulte. — ROCAZ : Eczéma des nourrissons et opothérapie thyroïdienne. — (N° 27, 2 juillet.) FAIVRE : Le humage à Luchon. — BRANDEIS et Ch. MONGOUR : Un cas d'urochromie. — (N° 28, 9 juillet.) R. MOULINIER : Types cliniques du cardiogramme de décubitus latéral (14 fig.). — (N° 29, 16 juillet.) ANGLADE : La jargonaphasie logorrhéique. Sa localisation cérébrale. — Ch. FAGUET : Le fait d'avoir été incorporé ne constitue pas à l'encontre de l'ouvrier une preuve de sa guérison définitive.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 26, 25 juin 1911.) MOURE : Considérations cliniques sur la thyrotomie. — VERGELY : Hématémèse chez un artério-scléreux. — (N° 27, 2 juillet.) DUPÉRIÉ : Sur un cas de méningite tuberculeuse aiguë à forme cérébro-spinale. Lésions médullaires et radiculaires. Hypertrophie de l'épiphyse. — (N° 28, 9 juillet.) CRUCHET : Emotivité et psychonévroses. — (N° 29, 16 juillet.) MONGOUR : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmorek. — C. MERCIER-BELLEVUE : Thrombo-phlébite des sinus caverneux consécutive à la grippe.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 25, 22 juin 1911.) DE RIDDER : A propos de l'action du salvarsan dans l'ophtalmie sympathique. — DUJARDIN : Recherches cliniques sur l'étiologie du psoriasis vulgaire. — (N° 26, 29 juin.) DEBRAY : De l'aphasie. Comment peut-on la considérer actuellement. — (N° 27, 6 juillet.) A. BAYET, B. DUJARDIN et J. DESNEUX : Le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — (N° 28, 13 juillet.) WETTENDORFF : La thalassothérapie à la côte belge. — BUYS : Un nouveau cas de labyrinthite hérédo-syphilitique présentant le syndrome de Hennebert.

Journal médical français. — (N° 7, 15 juillet 1911.) HERRENSCHMIDT : Les procédés nouveaux de diagnostic du cancer. — TUFFIER et MANTÉ : Essais d'immunisation contre le cancer. Considérations personnelles. — Jean CLUNET : Le cancer expérimental. — A. ZIMMERN : Traitement du cancer par les agents physiques. — CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD : Le traitement médical du cancer.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Juin 1911.) DELAUNAY : Les méfaits de la viande incomplètement cuite. — FAIVRE : Action tréponémicide de l'hectine et de l'hectargyre. — (Juillet.) MONGOUR : Sur la doctrine de l'autogenèse en épidémiologie. — BARTHE : La spécialité alimentaire.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er juillet 1911.) MOUISSET et X. DELORE : Tumeur postopératoire inflammatoire de l'estomac. — A. CHALIER : Le traitement de la maladie de Basedow par les opérations dirigées sur le sympathique cervical (22 fig.). — ALAMARTINE et E. PERRIN : Les résultats éloignés des interventions thyroïdiennes dans la maladie de Basedow. — R. LERICHE : Sur un cas de neurofibromatose gastrique et intestinale.

Lyon médical. — (N° 26, 25 juin 1911.) Louis GALLAVARDIN : Chute et pente diastoliques de la tension artérielle; hypotension et hypertension diastoliques. — (N° 27, 2 juillet.) BARJON et GATÉ : Dextrocardie acquise consécutive à une dilatation bronchique droite prédominant au sommet. — (N° 28, 9 juillet.) PONCET et LERICHE : Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines (*suite*). — (N° 29, 16 juillet.) DELORE et H. ALAMARTINE : Un cas de goitre exophtalmique guéri par la ligature des quatre artères principales de la glande thyroïde.

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1911.) ROUSLACROIX : Méningite purulente à méningocoques; ataxie transitoire au cours de la convalescence. — Th. RAYNAL : Traitement des solutions de continuité congénitales de la voûte et du voile du palais. — (N° 14, 15 juillet.) S. ICARD : Le problème médico-légal de la crémation. — CONSTANT : L'uricémie et les troubles génito-urinaires.

Medizinische Blätter. — (N° 12, 17 juin 1911.) WAGNER : Destruction des crachats dans les villes d'eaux.

Montpellier médical. — (N° 25, 18 juin 1911.) E. GAUJOUX : Observation expérimentale de la souillure sur place de l'eau d'alimentation d'une fontaine publique. — Ch. FLEIG : Sur les injections intraveineuses acides solubles et intraveineuses neutres insolubles de dioxydiamino-arsenobenzol [salvarsan] (*fin*). — (N° 26, 25 juin.) E. FORGUE : Médecine et chirurgie; chirurgiens et médecins. — (N° 27, 2 juillet.) DELMAS : Sur les altérations du matériel en caoutchouc. Pathogénie et prophylaxie. — Em. FORGUE : Médecine et chirurgie; chirurgiens et médecins (*fin*). —

Nord médical. Gazette des praticiens. — (N° 402, 1er juillet 1911.) GÉRARD : Sur la présence de traces de cholestérine dans les urines normales. — L. RÉVILLET : Les eaux d'Allevard et leurs principales indications. — (N° 403, 15 juillet.) JOIRE : L'emploi du sommeil hypnotique en psychothérapie.

Revue de chirurgie. — (N° 7, 10 juillet 1911.) X. DELORE et H. ALAMARTINE : La thyroïdite ligneuse [maladie de Riedel] (4 fig.). — X. DELORE et G. COTTE : Remarques sur l'excrétion de la bile à l'état normal et après la cholécystectomie (1 fig.). — J. et A. BŒCKEL : Des fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires (3 fig.). — F. DEVÉ : L'intoxication hydatique postopératoire (*fin*). — L. HEULLY : La hanche à ressort [1 fig.] (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 7, 10 juillet 1911.) JACOB et CHAVIGNY : La péricardite tuberculeuse, son traitement. — R. BURNAUD : Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire d'après la classification de M. Bard. — R. BENON : L'asthéno-manie postapoplectique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 25, 24 juin 1911.) ZIEM : La peste et le nez. — (N° 26, 1er juillet.) R. GÈZES et U. L. TORRINI : Un cas de chondrome de la cloison consécutif à un hématome. — (N° 27, 8 juillet.) BRINDEL : Traitement des synéchies nasales. — (N° 28, 15 juillet.) P. MOURE : Phlegmon ligneux de la région sterno-mastoïdienne.

Revue neurologique. — (N° 11, 15 juin 1911.) H. WALLON et Cl. GAUTIER : Psychose infectieuse et confusion mentale, perte des notions de temps. — René HORAND : Lésions du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique (5 fig.). — (N° 12, 30 juin.) Alfred GALLAIS : Surrénalite chronique avec tumeur pigmentaire de l'iris droit et myosis unilatéral droit. Accès périodiques d'asthénie aiguë avec hallucination et d'agitation intellectuelle et kinétique. — Odoardo ASCENZI : Sur le tic dit de Salaam.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin 1911.) J.-B. LANGLET : Les habitations à bon marché et la ville de Reims. — (N° 13, 15 juillet.) CONSTANT : Uricémie, ménopause et artério-sclérose.

ÉTUDE

SUR LE

LYMPHADÉNOME MALIN

Par M. CAILLIAU,

Chef de laboratoire à l'hôpital du Perpétuel-Secours
(Levallois-Perret).

Nous avons eu l'occasion de suivre à l'hôpital un cas de lymphadénome malin. La rareté relative de cette affection et l'obscurité qui règne encore sur ses causes et sur les lésions histologiques qu'elle provoque nous ont déterminé à étudier complètement cette maladie et à en publier l'observation qui a fait le sujet d'une communication à la Société anatomique.

La malade était entrée à l'hôpital du Perpétuel-Secours dans un état d'asthénie profonde ne lui permettant plus aucun travail. Elle n'accusait aucune affection antérieure grave; elle avait maigri et pâli et ne pouvait plus quitter son lit.

A l'examen, elle présentait un teint jaune foncé avec pigmentation accusée de la ligne blanche, du cou, des mamelons et des cuisses, de l'œdème des malléoles et des jambes.

On remarquait aux plis des aînes des saillies assez volumineuses, dures, arrondies, lobulées, comprimées par un bandage herniaire rendant un son mat à la percussion. Un examen attentif montrait qu'il s'agissait de tumeurs ganglionnaires.

Au palper abdominal, en plongeant les doigts derrière l'arcade de Fallope, on trouve d'autres tumeurs assez volumineuses, que l'on peut saisir et faire rouler sur l'angle sacro-vertébral.

Dans la région cœliaque, on perçoit une induration plus uniforme, moins bosselée, qui aurait pu donner le change avec une tumeur du pylore, d'autant plus que le foie hypertrophié pouvait faire croire à une propagation secondaire. D'autres adénopathies siègent dans le mésentère, les régions sous-maxillaire et cervicale, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien et dans les creux axillaires où elles forment des masses volumineuses comme le poing.

On trouve, à la percussion du thorax, une matité franche entre les deux omoplates sur presque toute la hauteur des poumons en arrière, et à l'auscultation un souffle tubaire interscapulo-vertébral attestant des compressions bronchiques.

En avant la respiration était normale à droite avec skodisme sous-claviculaire et soufflante à gauche.

Le cœur, de dimensions normales, présentait un deuxième temps claqué. Les artères étaient indurées, les temporales sinueuses, le pouls dur, hypertendu.

Le foie, douloureux à la pression, était volumineux, débordant de quatre travers de doigt le rebord costal, remontant jusqu'à la quatrième côte; son bord antérieur était irrégulier.

La rate était hypertrophiée, perceptible au palper, accusant les dimensions de 22 centimètres sur 11.

La circulation veineuse était très développée dans les régions hépatique et splénique.

La malade, arthritique, avait de la polyurie nocturne, un léger cercle d'albumine et de l'indican dans les urines. Elle avait une petite toux quinteuse, une respiration courte et sifflante au moindre effort; elle était sujette à des accès de suffocation très pénibles. La voix était conservée.

L'état général était très mauvais, la langue pâteuse, l'appétit nul, et en l'espace d'un mois l'amaigrissement avait été de 15 kilogs.

Avant son admission à l'hôpital la malade avait présenté des hémorragies abondantes, nasales et gingivales.

L'*examen du sang*, pratiqué à plusieurs reprises, avait donné les indications suivantes :

Les globules rouges étaient diminués de nombre, leur chiffre atteignant à peu près 4 millions par millimètre cube; ils étaient déformés, irréguliers. De nombreux globules rouges à noyau étaient en voie de division caryocinétique.

Les globules blancs présentaient une augmentation dans la numération totale (160000 par millimètre cube).

Cet accroissement portait presque exclusivement sur les polynucléaires dont le taux atteignait les proportions de 90 p. 100.

Les lymphocytes, au contraire, étaient très rares (10 p. 100) et on constatait la présence de nombreuses cellules éosinophiles.

On remarquait, enfin, des formes atypiques, des polynucléaires nains, des corpuscules réfringents, de nombreuses figures caryocinétiques.

Ces examens hématologiques répétés ont toujours donné approximativement les mêmes résultats.

Dès l'admission de la malade, la fièvre s'était déclarée, fièvre intermittente avec des accalmies, atteignant souvent 39 et parfois 40 degrés.

Dans les quinze derniers jours, un épanchement pleural se déclara, le pouls était mauvais, l'oppression très grande, le facies altéré. Le sujet resta dans cet état d'affaissement profond entrecoupé d'accès fébriles avec délire, agitation et il succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouve dans le thorax d'énormes masses ganglionnaires dont quelques-unes sont adhérentes à la paroi thoracique. Les ganglions prévertébraux, médiastinaux, rétro-sternaux, ceux du cou, des aisselles, du hile pulmonaire, sont hypertrophiés et forment des tumeurs volumineuses. Les poumons sont intacts ; les plèvres distendues par un liquide séreux.

Dans l'abdomen, autour du pancréas et sur le bord supérieur de cette glande, sont agglomérées de nombreuses masses ganglionnaires disposées sur plusieurs rangées ; le mésentère présente les mêmes adénopathies en séries sur deux et trois étages.

Sur la colonne vertébrale lombaire, et débordant très largement de chaque côté, sont étalées de volumineuses tumeurs, le long de la division aortique se prolongeant dans le bassin.

Dans les fosses iliaques, on retrouve, en effet, ces adénopathies qui passent sous l'arcade crurale pour se continuer avec des masses fémorales.

Ces *tumeurs ganglionnaires*, arrondies, lisses, blanchâtres et légèrement vascularisées à la surface, ont un aspect lardacé à la coupe et une consistance ferme.

A l'*examen histologique*, la topographie normale du ganglion est bouleversée par l'énorme multiplication des éléments lymphatiques. En effet, les sinus et les follicules ont disparu; la capsule extérieure est un peu épaissie et présente, dans sa trame, des cellules rondes et des éléments allongés, fusiformes.

Le réticulum est également hyperplasié, remplacé souvent par un tissu conjonctif à fibres courtes et enroulées. Dans ses mailles, les éléments lymphatiques sont accumulés; la majorité de ces éléments sont des lymphocytes offrant, tantôt des noyaux très fortement colorés, tantôt des noyaux clairs avec des figures de mitose.

On distingue également quelques gros mononucléaires en caryocinèse, des éléments ovales, fusiformes ou piriformes, des myélocytes en faible proportion, des cellules éosinophiles. D'autres éléments offrent des caractères spéciaux : ce sont des cellules volumineuses, à protoplasme abondant, à noyaux bourgeonnants, très riches en chromatine, cellules qui offrent une certaine analogie avec les myéloplaxes, mais dont les dimensions sont plus restreintes.

Ajoutons que certains ganglions ne présentent aucun épaississement du réticulum, ce qui semble prouver que cette modification histologique est postérieure à l'infiltration lymphoïde ; nous reviendrons plus loin sur cette particularité.

La *rate*, hypertrophiée, pesait 1k055, était ferme, rouge violacé, et adhérait au diaphragme.

Elle présentait, à sa surface, des taches blanchâtres et des foyers paraissant de nature hémorragique. A la coupe, on reconnaît la signification de ces altérations : les taches pâles peu volumineuses correspondent à des corpuscules de Malpighi hypertrophiés, les foyers blanchâtres, de plus grandes dimensions, sont des infarctus.

Au microscope, on note une hyperplasie fibreuse très marquée de la capsule, du réticulum et des travées. Les corpuscules de Malpighi, très hypertrophiés, ont leurs éléments très multipliés et confondus avec l'ensemble des cellules de la pulpe. Celles-ci multipliées, accumulées par place dans les gaines artérielles, sont les unes uninucléées et rondes (lymphocytes à noyaux colorés ou clairs avec figures caryocinétiques), les autres plus grandes, moins nombreuses, sont des myélocytes.

En outre, on distingue des éléments volumineux à protoplasme basophile non granuleux, des cellules à noyaux bourgeonnants analogues à celles des ganglions.

Sur le trajet des vaisseaux sont des infarctus dont le centre nécrosé est jaune franc, la périphérie rougeâtre. A leur niveau, les éléments cellulaires sont troubles, mal colorés, entourés ou masqués par des globules sanguins, des amas granuleux, dégénérés, des cristaux de matières colorantes. Le centre de l'infarctus est nécrosé, on n'y distingue que quelques vaisseaux à parois hyalines dégénérées ; les zones de nécrose entourent parfois des îlots de parenchyme sain.

Le *foie* pèse 2k200 ; il est lisse, grisâtre et mou ; son bord antérieur est tranchant. La capsule de Glisson est épaissie.

A la section du viscère, on remarque des taches blanchâtres sur un fond violacé ; ces taches paraissent correspondre aux espaces portes. Les veines sont béantes, dilatées et thrombosées. La vésicule renferme un calcul.

Au microscope, si la topographie générale de l'organe est conservée, sa structure est très modifiée par l'accumulation des éléments lymphatiques à l'intérieur et au pourtour des capillaires, des troncs artériels et veineux.

Ces éléments, lymphocytes pour la plupart, à noyaux clairs ou à noyaux teintés, forment au niveau des espaces portes des lymphomes, et on y distingue un fin réticulum, formé sans doute aux dépens du stroma conjonctif de la région. Dans le foie, comme dans le ganglion, le réticulum paraît postérieur à l'infiltration lymphatique et manque sur certains espaces portes.

En outre, on trouve associés aux lymphocytes des éléments cellulaires anormaux, tantôt présentant des noyaux bourgeonnants, tantôt multinucléés ; de volumineux éléments ovales et granuleux, ou clairs, à peine teintés, dont nous n'avons pu déterminer l'origine ; de rares myélocytes, des cellules éosinophiles.

Entre l'espace porte et la veine centrale, il n'y a pas d'apoplexie leucocytaire vraie, mais des traînées discrètes de lymphocytes mélangés parfois d'éléments ovales volumineux offrant un ou plusieurs noyaux.

Les capillaires sont dilatés et gorgés d'éléments blancs, les trabécules cellulaires sont atrophiés par place et en voie de dégénérescence. Nous n'avons pas trouvé trace d'infarctus.

Sur certains fragments de la glande hépatique nous avons trouvé des détails histologiques différents : les lymphomes étaient rares, le réticulum peu accusé, les foyers d'apoplexie leucocytaires très intenses.

Les veines centrales du lobule sont toujours entourés d'amas leucocytaires, rarement nous y avons trouvé une ébauche de réticulum.

La présence de nombreux îlots de tissu adénoïde, dans un viscère qui en est normalement dépourvu, est tout à fait remarquable.

Le pancréas d'apparence normale présentait à l'étude histologique des amas de tissu lymphoïde autour des vaisseaux, dans le tissu conjonctif interlobulaire, une infiltration de lymphocytes dans les espaces interacineux, dans les parois des canaux excréteurs, dans les parois artérielles. Des veines sont thrombosées, dilatées, remplies de leucocytes, des artères sont obstruées et entourées par des éléments blancs.

Sur l'intestin grêle congestionné, les follicules clos et les plaques de Peyer sont hypertrophiés. Au microscope, les éléments lymphatiques sont infiltrés entre les éléments épithéliaux de la muqueuse, autour des vaisseaux, masquant le réticulum des follicules dans la sous-muqueuse. Par place, sont des follicules désagrégés, des foyers hémorragiques, des capillaires remplis de leucocytes.

Les reins ont été épargnés par le processus et n'offrent que des lésions athéromateuses.

Nous avons prélevé un fragment de la moelle osseuse du fémur et à l'étude histologique nous trouvons une diminution de volume et de nombre des vésicules adipeuses, une augmentation du nombre des cellules de la moelle, en particulier des myélocytes à granulations neutrophiles dont les noyaux sont en division caryocinétique, des globules rouges à noyau, des lymphocytes, des polynucléaires.

On note également un épaississement notable du réticulum conjonctif.

Comment convient-il d'interpréter cette affection?

Dans un article paru le 20 avril 1910 dans la *Presse médicale*, M. Clerc a donné une bonne classification des lymphadénies. L'auteur divise ces affections en deux catégories. Les unes, *lymphadénies typiques*, comprennent les proliférations cellulaires portant sur les éléments du tissu lymphatique adulte *normal* (tissu myéloïde, tissu lymphoïde) ou sur les éléments du tissu lymphatique embryonnaire *normal* (tissu qui représente l'état embryonnaire des deux autres et dont l'élément fondamental est la cellule primordiale ou macrolymphocyte ou cellule lymphoïde indifférente).

Les autres, *lymphadénies atypiques*, comprennent des proliférations cellulaires dont la structure s'éloigne du tissu normal, et peut se transformer en néoplasie maligne (lymphadénome, lymphocytosarcome, sarcome à myélocytes, sarcomes à cellules primordiales).

Dans quelle catégorie convient-il de ranger notre cas et à quelle variété cellulaire correspond-il? S'agit-il d'une forme typique, simple hyperplasie de tissu normal ou d'une forme atypique à évolution maligne?

Il ne peut être question d'une forme typique de leucémie, avec accroissement banal de lymphocytes, de lymphocytomatose. Les examens de sang répétés ont toujours, en effet, attesté la prédominance et l'augmentation des polynucléaires (90 p. 100) alors que les lymphocytes accusaient un taux de 10 p. 100 seulement.

On ne peut soutenir davantage le diagnostic de leucémie typique à myélocytes ni celui d'une forme à cellules primordiales.

MM. Pappenheim et Hirchfeld ont, en effet, très bien décrit ces leucémies dues à la prolifération des

cellules originelles de tous les éléments de la série blanche, cellules qui seraient susceptibles de se transformer ultérieurement soit en lymphocytes, soit en myélocytes, puis en polynucléaires. Malgré cette transformation qui aurait pu expliquer la polynucléose constante de nos examens hématologiques nous ne croyons pas pouvoir appliquer l'un de ces diagnostics à l'affection qui a fait l'objet de cette étude.

En effet, l'un des caractères fondamentaux des leucémies myéloïdes, caractère sur lequel MM. Ménétrier et Aubertin ont spécialement insisté dans leur travail, est de ne pas s'accompagner d'hypertrophie ganglionnaire.

En outre, si nous avons trouvé dans le sang et sur les coupes des viscères de gros mononucléaires à protoplasma basophile non granuleux, éléments caractéristiques des leucémies à cellules primordiales, ils étaient très rares, mal différenciés et nous n'avons pu mettre en évidence les éléments intermédiaires aux gros mononucléaires et aux myélocytes.

D'autre part, notre cas, d'après la formule sanguine qu'il revêt, d'après l'examen histologique des viscères, l'allure clinique, l'énorme volume des tumeurs ganglionnaires, semble bien, comme le spécifie M. Clerc, avoir quitté le caractère hyperplasique proprement dit, et revêtu l'aspect d'une prolifération cellulaire complexe, dont la structure s'éloigne du tissu normal, et qui s'est transformé en néoplasie maligne à tendance envahissante réunissant tous les caractères de la lymphadénie atypique.

Parmi ces variétés malignes, en effet, on décrit une forme *ganglionnaire* se traduisant cliniquement par des tumeurs volumineuses siégeant au niveau des ganglions du cou, et surtout des ganglions médiastinaux, formant des masses homogènes, énormes, où les éléments ganglionnaires sont indistincts, masses qui ne suppurent pas, évoluent rapidement, déterminent des troubles de compression, une cachexie marquée, une anémie assez intense avec parfois une fièvre intermittente, tandis que les lésions sanguines n'ont rien de spécifique et consistent en une leucocytose plus ou moins marquée, s'accompagnant de polynucléose et parfois d'éosinophilie.

C'est la lympho-sarcomatose, décrite par Kundrat et Paltauf, affection susceptible d'intéresser le foie, la rate, les muqueuses et les séreuses, la peau et le système adénoïde. Ne sont-ce pas là tous les caractères cliniques, hématologiques et évolutifs de l'affection que nous étudions.

Il est assez difficile de préciser son interprétation anatomique. Toutefois il semble bien que ces masses ganglionnaires dures constituées histologiquement par des éléments lymphatiques distribués le plus souvent dans un réticulum conjonctif bien développé, avec de gros éléments à protoplasme abondant, à noyaux bourgeonnants, riches en chromatine, des cellules épithélioïdes, des cellules endothéliales, des cellules éosinophiles, appartiennent à ce que Benda et les auteurs allemands ont décrit sous le nom de granulomatose maligne.

Remarquons, avec M. Clerc, que l'abondance des types cellulaires rapproche ces tumeurs des inflammations et que leur tendance envahissante les assimile aux néoplasies; de sorte que ce tissu semble intermédiaire à ces deux modes d'altération. L'hyperplasie des organes hématopoïétiques, les formations lymphomateuses dans les viscères, la néoformation d'un réticulum sont autant de caractères qui les rapprochent des cancers.

Avec M. Ménétrier on peut poursuivre plus loin encore ce diagnostic anatomique. D'après cet auteur, les lymphadénomes malins revêtent deux aspects différents suivant que le lymphocyte a conservé ou non ses fonctions physiologiques. Dans le premier cas il manifesterait son intégrité fonctionnelle par la production d'un réticulum qui, comme nous l'avons signalé sur certaines coupes, serait postérieur à l'infiltration lymphoïde; c'est le lymphadénome *typique*. Dans le second cas, le réticulum manque, indiquant par ce fait des troubles fonctionnels profonds du système lymphatique; c'est le lymphadénome *atypique*. La variété pathologique que nous rapportons paraît se rattacher à ce dernier type, et si nous avons dans plusieurs viscères signalé l'existence d'un réticulum, il s'agissait sans doute d'un simple stroma emprunté au tissu conjonctif de la région. En effet, comme dans les variétés atypiques, nous avons trouvé des cellules lymphatiques irrégulières, des formes géantes multinucléées, des éosinophiles, parfois des mégacaryocytes.

En somme, le lymphocyte a joué ici le rôle d'élément cellulaire néoplasique et le réticulum élaboré n'est que l'analogue du stroma conjonctif développé autour des tumeurs épithéliales.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Congrès de Dijon, 31 juillet 5 août 1911.)

SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Dans son *allocution d'ouverture*, M. Delherm, président, dit qu'il est à souhaiter que les travaux de la section aboutissent à une précision plus grande des indications des nombreux procédés utilisés en électrothérapie.

Cette précision doit être surtout l'œuvre de l'électro-radiologie française, car les électriciens français, grâce aux Sociétés, aux Congrès de physiothérapie, sont organisés et ont l'habitude du travail en commun.

Enfin, il faut remercier l'Assistance publique qui a envoyé M. Cally comme délégué officiel; et les délégués officiels belges, MM. Libotte et Hautchamps.

Rapport sur la diathermie. Applications médicales et chirurgicales. — MM. le professeur Bergonié et Rechou. Les appareils de diathermie sont au point, mais des appareils beaucoup plus simples permettront de répandre cette méthode.

Les auteurs constatent que la diathermie combat

aujourd'hui efficacement les arthrites bacillaires; les arthrites gonococciques; les exsudats, suites de traumatismes; et le syndrome douleur ou refroidissement dans un grand nombre d'autres maladies. Par la diathermie chirurgicale (électro-coagulation), on a un moyen de détruire profondément des tissus néoplasiques sans craindre d'ouvrir un vaisseau et d'ensemencer la néoplasie.

L'électro-coagulation médicale. — M. Albert-Weil. A côté de l'électro-coagulation chirurgicale qui utilise des grandes intensités et peut produire des destructions considérables, l'on peut pratiquer dans le cabinet même du médecin électricien ou dans une polyclinique hospitalière *une électro-coagulation qu'on peut appeler médicale*, sur des angiomes et de petits épithéliomas; parce qu'elle ne nécessite pas l'anesthésie chloroformique, mais qui est néanmoins des plus efficaces chaque fois qu'il s'agit de détruire des lésions qui ne sont pas trop étendues.

Note sur les électrodes de thermo-pénétration. — MM. Laquerrière et Delherm. Il importe, en thermo-pénétration, d'avoir de bonnes électrodes pour éviter la production des escarres qui peuvent se faire très vite avec ce moyen de traitement.

Les auteurs ont imaginé une électrode qui a l'avantage d'être humide et métallique. Elle est très simple, s'applique parfaitement.

Tuberculose locale et fulguration. — M. de Keating-Hart rapporte plusieurs observations de tuberculoses locales guéries par curettage suivi de fulguration et plusieurs cas de psoriasis guéris par la fulguration.

Quelques résultats de traitements par l'action thermique des courants de haute fréquence. — MM. Laquerrière et Baud. L'action analgésique puissante de la diathermie sur les phénomènes douloureux résultant de lésions aiguës ou subaiguës paraît une de ses indications principales, mais elle ne paraît pas manifestement supérieure aux autres procédés électriques employés jusqu'ici comme analgésiques.

Action du courant de haute fréquence sur l'hypertension artérielle; statistique d'observations prises avec le sphygmomètre de Potain et l'oscillomètre de Pachon. — M. Guilleminot. Dans l'appréciation de ces faits, il faut tenir compte de l'abaissement de tension dû au repos, de l'augmentation de tension due au travail. Dans beaucoup de cas, l'abaissement dépasse, au cours d'une séance, l'abaissement au repos.

Traitement du goitre exophtalmique par les courants de haute fréquence appliqués au moyen du lit condensateur. — M. Bonnefoy, à la suite d'une quinzaine de séances, a vu l'état général très amélioré, les pulsations notablement diminuées, l'exophtalmie aussi; le poids du corps s'élever, l'atténuation du tremblement et la disparition des pulsations; le pouls, un an après, était entre 80 et 100.

La d'Arsonvalisation. Conditions nécessaires pour diminuer l'hypertension artérielle. — M. Libotte (de Bruxelles). Il faut, avant tout, qu'il y ait accord parfait entre le transformateur, ses condensateurs, le grand solénoïde, sa capacité, sa self, son champ magnétique, la force électro-motrice et l'intensité du courant que l'on veut employer.

Le traitement de choix de l'artério-sclérose appartient à l'électrothérapie. — M. Libotte. La diététique et l'hygiène ne suffisent pas à la guérison symptomatique de l'artério-sclérose.

L'objectif principal du médecin doit consister à rétablir la circulation, à corriger l'épaisseur des tuniques artérielles, leur rigidité, leur vaso-constriction.

D'une part, on doit régulariser la circulation générale par la chaise condensatrice.

D'autre part, il importe de stimuler le plexus cardiaque par la faradisation cutanée sur la région thoracique, sur les membres supérieurs.

MM. Zimmern et Bordet ont soigné, par des séances de lit condensateur, *plusieurs cas de goitre exophtalmique.* Ils n'ont pas obtenu de modifications importantes dans les symptômes objectifs, mais une amélioration nette des symptômes fonctionnels (insomnie, anxiété, etc.).

L'utilité de la radioscopie et de l'orthodiagraphie dans l'examen du cœur. — MM. Vaquez et Bordet. La radioscopie permet l'étude :

1° Des déplacements respiratoires du cœur; 2° des mouvements d'expansion du diaphragme; 3° de la mobilité de la pointe du cœur et de ses rapports avec le diaphragme; 4° du profil respiratoire du thorax; 5° de l'évaluation du volume de l'oreillette gauche; 6° de l'observation du ventricule droit à droite; 7° de la détermination du point d'origine du ventricule gauche à la base; 8° de l'appréciation rapide du volume ventriculaire d'après l'angle de disparition de la pointe du cœur derrière l'ombre de la colonne vertébrale en position oblique postérieure droite.

Valeur des données radiologiques appliquées à l'étude des aortites. — MM. H. Vaquez et Bordet. L'*analyse volumétrique* consiste dans la mensuration des principaux diamètres du vaisseau suivant sa projection en position frontale et en position oblique antérieure droite. On étudie ainsi : l'allongement, l'étalement de la crosse, les dilatations partielles ou totales de l'aorte dans sa portion visible.

L'*analyse qualitative* donne un certain nombre de renseignements sur l'état des parois artérielles, sur la qualité du vaisseau (épaississements, amincissements), renseignements qui sont basés sur l'étude des *battements aortiques*, sur la *teinte de l'ombre* projetée, sur l'*aspect de son contenu* (parallélisme des bords, sinosités), sur la *hauteur de la crosse.*

* * *

Rapport sur le vertige voltaïque, son importance au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies de l'audition. — MM. Weill, Clovis Vincent et Barré, assistants du docteur Babinski. De cette étude se dégagent les conclusions suivantes :

1° Le vertige voltaïque est un phénomène produit par l'action du courant galvanique sur les fibres vestibulaires de la huitième paire ;

2° C'est un symptôme d'excitation bilatérale qui s'adresse à l'ensemble de l'appareil statique, c'est-à-dire à la fois aux deux groupes gauche et droit de canaux semi-circulaires;

3° La destruction complète unilatérale de l'appareil statique entraîne, chez l'animal et quelquefois chez l'homme, une inclination unilatérale de la tête vers le côté sain, quel que soit le sens du courant;

4° Une destruction complète et bilatérale de l'appareil statique entraîne la disparition du vertige voltaïque ;

5° Au point de vue clinique, la constatation d'un vertige anormal permet d'affirmer une perturbation fonctionnelle ou une lésion de cet appareil. (Toutefois il n'y a pas nécessairement parallélisme entre l'intensité de la perturbation du vertige et la gravité de la lésion.)

La recherche du vertige voltaïque a donc une grande valeur comme signe objectif d'une lésion vestibulaire.

Tel qu'il est actuellement, ce symptôme complète la séméiologie du labyrinthe.

Loin de lui opposer ou de lui préférer les autres procédés employés avant et après lui, on doit dire qu'il les éclaire et les contrôle.

Nouvelles recherches sur l'électro-diagnostic en otologie. — MM. Roques et Junca. L'augmentation de la résistance au vertige a une très grande valeur, elle n'existe jamais chez les sujets normaux; elle n'est jamais en défaut dans les affections vestibulaires à marche destructive; son objectivité et les difficultés de dissimulation en font un élément de diagnostic indiscutable.

Considérations sur quelques traitements physiques de l'obstruction. — MM. Loubier et Delherm. Il serait bon d'associer, dans les cas d'obstruction, surtout lorsqu'il n'y a pas d'obstacle mécanique, la thermo-lumino-thérapie avec le lavement électrique, suivant la méthode de Boudet.

Observation montrant l'action antispasmodique du lavement électrique. — M. Delherm. Un examen radioscopique montra, chez un enfant, qu'il y avait un point de rétrécissement spasmodique dans la fosse iliaque gauche.

Un lavement, effectué suivant la méthode de Boudet, amena le calme; les douleurs disparurent dans la soirée et la débâcle eut lieu.

Une nouvelle méthode en électro-diagnostic : la recherche des intensités liminaires des ondes d'ouverture et de fermeture du courant d'induction. — MM. Bourguignon et Laugier. Cette méthode consiste à rechercher séparément le seuil de la contraction avec l'onde induite de fermeture et l'onde induite d'ouverture du courant faradique; et à établir ensuite le rapport des quantités correspondantes aux distances trouvées; d'après la courbe de variation de la quantité d'électricité et la distance des bobines.

Contraction vive et contraction lente dans un même muscle atteint de dégénérescence partielle. — MM. Huet, Bourguignon et Laugier apportent un nouveau cas typique. En outre, le même muscle, avec des courants forts, présente une contraction lente aux deux pôles; même avec un courant faible, quand on place l'électrode active sur le tendon, la contraction est lente aux deux pôles.

M. le professeur Imbert a voulu comparer *la rapidité des mouvements volontaires et des mouvements électriquement provoqués.*

Il a précisé les facteurs qui font varier cette rapidité, la pression du tambour enregistreur, etc.

Il a étudié les contractions provoquées par les décharges de condensateurs, mais la loi qui lui paraît se pouvoir déduire de ses tracés ne semble pas intéressante en électro-diagnostic.

Sondes électrolytiques. — M. Laborderie. Ces sondes peuvent résister à une longue ébullition, voire même à l'autoclave. La partie métallique est cylindroconique; la partie conique est située en avant. La série comprend huit sondes.

Le courant « dit continu » en électrothérapie. Etude physique et physiologique. — M. Belot, à l'aide du rhéographe d'Abraham, a étudié la forme du courant produit par ces appareils. Il a obtenu des courbes qui montrent que le courant est l'ondulatoire plus ou moins étalé.

Dans la majorité des cas, ces courants ne doivent donc pas être utilisés.

Ebauche de syndrome basedowien. Traitement électrique. — M. Laquerrière pense que la galvanisation du corps thyroïde donne de bons résultats. Il rapporte trois observations démonstratives sur ce sujet.

Modifications à la sonde pour lavements électriques. — MM. Laquerrière et Delherm ont pris une sonde de Lacaille sur laquelle ils ont adapté un ballonnet de caoutchouc fusiforme. Quand la sonde est introduite dans le rectum, on peut, à l'aide d'une poire, gonfler le ballonnet qui vient s'appliquer sur les parois du rectum et, ainsi, empêcher l'eau de s'écouler au dehors.

M. Belot présente un *nouveau galvano-cautère à pointes fines.* On peut, à l'aide de ce modèle, faire des séries de pointes de feu d'une très grande finesse.

M. Raoul Dupuy utilise une électrode en cuivre rouge pour faire *de l'électro-ionisation et de l'électrolyse intra-urétrale dans le traitement de certaines formes chroniques de la blennorragie chez l'homme.*

Au sujet des indications du lavement électrique. — MM. Laquerrière et Loubier. Les très grandes douleurs durant la séance sont un mauvais signe pour le pronostic.

La propreté de l'eau rendue n'est pas forcément un signe défavorable.

L'absence absolue de sensibilité au passage du courant est souvent un mauvais signe; mais cette règle n'a cependant rien d'absolu.

Mme Fabre, MM. Zimmern et Fabre rapportent les observations d'une série de malades traités par la *pénétration diadermique des boues radioactives* suivant la technique qu'ils ont préconisée. Deux arthrites bacillaires ont été améliorées en trois séances d'une façon tout à fait inespérée; fait d'autant plus intéressant que dans ce cas le courant continu seul ne donne que de mauvais résultats.

M. le professeur Guilloz communique l'observation d'un opéré qui présenta une *paralysie nettement limitée au crural.*

Les réactions électriques, absolument normales, permirent à l'auteur de repousser le diagnostic de névrite.

Amené alors à penser à une origine hystérique, M. Guilloz put, en une seule séance de psychothérapie, obtenir une guérison complète.

M. le professeur Guilloz présente ensuite l'observation d'un malade atteint de *paralysie faciale avec réaction controlatérale.*

M. Guilloz a pensé qu'on pouvait se servir de cette réaction comme méthode de traitement. Appliquée à une jeune étudiante, atteinte de paralysie faciale avec dégénérescence, cette méthode a donné un fort heureux résultat.

*
* *

Rapport sur les idiosyncrasies en radiothérapie. — M. Arcelin (de Lyon). Les appareils de mesure ne donnent pas des résultats extrêmement précis et, dans ces conditions, il est difficile d'affirmer que les observations rapportées concernent bien des hypersensibilités réelles.

Cependant la circulaire qu'il a envoyée aux médecins électriciens lui a permis de recueillir quelques cas qui, vraiment, semblent montrer que, si l'idiosyncrasie pour les rayons X est assez rare, il en existe du moins des cas indéniables. Aussi l'auteur conseille de tâter la sensibilité des sujets, par des doses très faibles, avant de donner des doses normales.

D'autre part, la peau se sensibilise par des séances répétées, et cette sensibilisation est très variable suivant les sujets.

MM. Belot et Hadingue. *L'action des rayons X permet d'abréger considérablement la durée des traitements du sycosis.*

Par l'épilation en masse obtenue sans douleur;

Par les phénomènes réactionnels qui paraissent influencer favorablement les lésions;

Par la facilité avec laquelle sont évitées les réinoculations;

Par la rareté des récidives, si l'on prend certaines précautions.

MM. le professeur Bergonié et Speier préconisent *la radiothérapie chez des femmes après quarante ans et présentant surtout des hémorragies.*

La radiothérapie dans la sciatique. — M. Delherm. Les rayons X semblent avoir une action efficace sur la sciatique, accompagnée ou non de scoliose, même quand il y a abolition du réflexe achilléen.

MM. Chartier et Delherm apportent deux nouveaux cas marquant les bons effets de la *radiothérapie dans la talalgie blennorragique.*

M. le professeur agrégé Bordier mentionne les heureuses modifications obtenues dans un *cas de tabes traité par la radiothérapie*; et des expériences très intéressantes sur la *pénétration des rayons X dans la radiothérapie médullaire.*

M. Belot présente une *nouvelle ampoule universelle pour la radiothérapie intensive.*

M. Barjon. *Etat de la peau chez un malade soumis au traitement radiothérapique depuis sept ans.* — Il s'agit d'un cas de leucémie myélogène qui n'a jamais eu de réaction vive de la peau; on a noté seulement de temps en temps un peu d'érythème; actuellement il y a des télangiectasies.

M. Barjon signale le cas d'un tuberculeux qui eut une *très vive réaction des téguments non irradiée aux membres.*

M. le professeur agrégé Broca signale l'importance du terrain alcoolique et syphilitique dans la production des réactions désordonnées à la *suite d'applications de rayons X.*

(*A suivre.*) DELHERM et LAQUERRIÈRE.

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVEL APPAREIL POUR LES INJECTIONS DE SALVARSAN [AMPOULE-FILTRE ASEPTAUTON DURET (1)]

Par M. le docteur Milian.

La question des appareils pour la préparation et l'injection de salvarsan est à l'ordre du jour, tous ceux qui ont été déjà présentés, outre leur prix très élevé, ne sont pas pratiques. Il n'en est pas de même de celui que M. Duret me prie de présenter devant vous, qui est très simple et d'une manipulation facile pour tout praticien.

Cet appareil se compose d'une ampoule en verre dont le corps se prolonge à la partie supérieure par un tube courbé terminé en pointe et à la partie inférieure par un tube droit avec renflement, une partie amincie et une chambre de filtrage se terminant elle-même par un tube effilé.

Cette ampoule ayant les extrémités des tubes supérieurs et inférieurs ouvertes, lorsqu'on veut la préparer pour l'emploi, on garnit la chambre de filtrage de coton hydrophile fortement serré, et on procède au lavage intérieur complet à l'eau distillée, puis on souffle à la lampe la pointe du tube effilé inférieur.

On fait ensuite le vide dans l'ensemble de l'appareil et on soude à la lampe le tube supérieur pour avoir une obturation complète, on stérilise ensuite à l'autoclave à 120 degrés.

Par suite de ces manipulations :

1° Compression du coton, aspiration vive d'eau distillée pour lavage, ce filtre arrête toutes les particules en suspension dans la solution ;

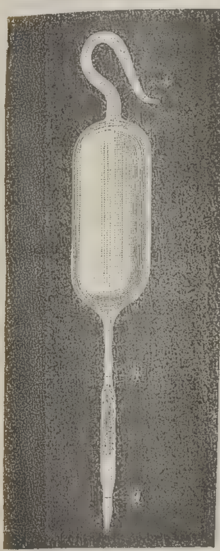
2° Stérilisation à 120 degrés en présence de vapeur d'eau à l'intérieur de l'ampoule où existe le vide, l'ensemble de l'appareil constitue une cavité parfaitement aseptique.

Pour le remplissage de l'ampoule on plonge dans la solution de salvarsan à employer le tube effilé inférieur après

(1) Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

avoir donné un coup de lime au trait de meule en *a* et on casse alors la pointe au sein du liquide, la solution pénètre alors *automatiquement et instantanément* dans l'appareil après avoir traversé le coton et s'être ainsi aseptisée.

Pour procéder à l'injection on casse par le même procédé, la partie amincie en *b*, la chambre filtrante sera alors détachée de l'ampoule et on adapte sur les renflements du tube le tuyau en caoutchouc muni de son aiguille et préalablement stérilisés.



En cassant l'extrémité du tube supérieur en *c*, le liquide s'écoulera ainsi *sans transvasement*.

En résumé l'*ampoule-filtre aseptauton Duret* permet de stériliser automatiquement et immédiatement la solution de salvarsan et de pratiquer l'injection intraveineuse de ce liquide sans transvasement.

M. Duret a très ingénieusement combiné un nécessaire contenant en une ampoule scellée la quantité de soude exactement nécessaire pour la dissolution des doses de 10, 20, 30, 40, 50, 60 centigrammes de salvarsan et cela sans l'addition d'alcool qui a de très graves inconvénients pour l'endothélium délicat des vaisseaux et pour les hématies.

Suivant la dose de salvarsan employée l'*ampoule-filtre*, jointe au tube de salvarsan et à l'ampoule de soude est d'une contenance variable de 50, 150 ou 275 centimètres cubes.

J'ajouterai que l'emploi de cette ampoule peut être généralisé pour la stérilisation des liquides altérables par la chaleur. tels qu'eaux minérales, eau de mer, extraits d'organes...

LIVRES NOUVEAUX

Affections chirurgicales des artères (1), par MM. Pierre Delbet et Pierre Mocquot. (Fascicule XI du *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.)

La chirurgie des artères s'est complètement renouvelée depuis une vingtaine d'années. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire dans le remarquable ouvrage de MM. Delbet et Mocquot les deux grands chapitres de cette chirurgie, l'histoire des plaies artérielles et des anévrismes. Au chapitre des plaies artérielles, on trouvera exposée avec soin la technique de la suture artérielle et les résultats que l'on peut en attendre; puis, à propos de chaque gros tronc artériel, les indications et contre-indications de cette méthode conservatrice sont discutées avec autorité.

Pour les anévrismes, on verra que de plus en plus la chirurgie tend à abandonner les méthodes indirectes de traitement pour effectuer, quand cela est possible, des interventions directes sur la tumeur anévrismale. Ici la même tendance conservatrice que dans le traitement des plaies artérielles a fait son apparition; aux extirpations complètes des anévrismes tend de plus en plus à se faire place une chirurgie réparatrice des lésions avec conservation de la perméabilité des vaisseaux. De même que pour les plaies artérielles, pour chaque gros vaisseau les indications et la technique du traitement ont été exposées avec un soin et une clarté qui seront appréciés à leur juste valeur par les nombreux lecteurs de ce bel ouvrage.

M. LANCE.

(1) In-8°, broché, 246 pages, 40 figures. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Thérapeutique des maladies du système nerveux (1), par J. Grasset et L. Rimbaud.

Conçu suivant un plan très original et très logique, ce petit précis abonde de faits utiles et indispensables à bien connaître. L'ouvrage débute par « l'analyse clinique des maladies », méthode qui consiste à décomposer la maladie en ses éléments, ces éléments constituant les indications thérapeutiques; puis, ces indications posées, les auteurs passent ensuite en revue les indications psychiques (psychothérapie), les indications physiques en physiothérapie (hydrothérapie, électrothérapie, massage, mécanothérapie, crénothérapie, radio et photothérapie), les médicaments proprement dits (pharmacothérapie), enfin la thérapeutique sociale qui comprend l'exposé de principes de prophylaxie, de thérapeutique préventive sous trois grandes formes, individuelle, familiale, sociale.

L'ouvrage se termine par un index bibliographique très complet, comportant plus de 30 pages, et par une table des matières très bien composée, qui permet en quelques instants de retrouver dans le livre le fait dont on peut avoir immédiatement besoin.

C'est un livre très utile à consulter, aussi bien par les neuropathologistes de profession que par les praticiens qui peuvent être appelés à donner leurs soins à un malade de l'une quelconque de ces affections nerveuses. L. BABONNEIX.

La Direction du service de santé en campagne (2), par le médecin principal de première classe Troussaint.

Les médecins sentent de plus en plus le besoin de se tenir au courant des devoirs qui leur incomberaient en temps de guerre : aussi ils accueilleront avec plaisir l'excellent volume que M. le médecin principal Troussaint vient d'écrire sur la direction du service de santé en campagne et les devoirs des différents chefs de service dans les principales situations de guerre, depuis la mobilisation jusqu'après la bataille.

Précédé de notions de tactique bien résumées et clairement présentées par des officiers d'état-major, de cavalerie, d'infanterie et d'artillerie, ce livre est en concordance avec le nouveau règlement sur le service de santé. C'est dire son actualité. L. GAYARD.

Vade-Mecum du praticien (3), par les docteurs André Lucas et Maurice Page.

Ce petit ouvrage très portatif par sa forme et son volume, très complet dans sa concision quant au fond rendra de grands services aux praticiens. A le fréquenter on se rend vite compte qu'il ne fait pas double emploi avec d'autres similaires, ce qui est un grand mérite pour un livre de ce genre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) Deuxième édition. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°, relié toile. — Prix : 5 francs. — Paris, H. Charles-Lavauzelle.
(3) Un vol. de 767 p. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES ALCOOLIQUES (1)

PATHOGÉNIE. — L'action nocive directe de l'alcool sur les nerfs est un fait bien établi expérimentalement, et Pitres et Vaillard ont réalisé, depuis longtemps, des névrites, par l'injection d'alcool, pur ou dilué, au niveau des nerfs.

Mais si l'on ne peut mettre en doute cette action, il est de toute évidence qu'en ce qui concerne les paralysies alcooliques succédant à l'intoxication chronique, leur pathogénie est beaucoup plus complexe, au point qu'il existe même de sérieux arguments contre l'hypothèse de l'action *directe* de l'alcool sur les nerfs périphériques ou sur les centres nerveux. Souvent, en effet, la névrite survient avec une brusquerie que n'explique pas une modification dans l'apport du poison, et d'autres fois la névrite apparaît alors que le malade est depuis longtemps soustrait à l'action de l'alcool.

Pour Babinski, l'alcool agirait de deux façons : d'une part, en déterminant des altérations chroniques légères du système nerveux; d'autre part, en modifiant la constitution du milieu intéressé et en troublant ainsi la nutrition des nerfs.

Récemment, MM. Klippel et Lhermitte ont étudié en détail le rôle des *lésions hépatiques* dans la réalisation de ces polynévrites.

Pour ces auteurs, les troubles hépatiques seraient presque toujours les premiers en date. MM. Castaigne et Sainton, tout en admettant une influence indirecte de la tare hépatique par altération de la fonction antitoxique du foie, se refusent cependant à lui faire jouer le premier rôle dans la production des névrites.

C'est également par un mécanisme analogue contribuant à la diminution de la lutte antitoxique, que les altérations d'autres organes, spécialement des glandes vasculaires sanguines, surrénales en particulier, peuvent participer, d'une manière indirecte, à la réalisation des polynévrites.

Enfin, des altérations *nerveuses antérieures*, l'*association d'autres facteurs*, agissant électivement sur le système nerveux, processus infectieux (fièvre typhoïde, diphtérie), ou toxiques (saturnisme), peuvent s'associer à l'intoxication alcoolique pour en exagérer les effets.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les paralysies alcooliques s'observant tout spécialement au cours de l'intoxication chronique, il s'ensuit évidemment que les sujets qui en sont atteints présentent presque toujours, et d'une manière très évidente le plus souvent, les stigmates de l'alcoolisme. Il sera donc toujours indispensable de les rechercher.

Il ne faudra pas compter, sauf de rares exceptions, sur l'aveu de l'éthylisme; aussi s'attachera-t-on à en rechercher les symptômes bien classiques, en particulier le TREMBLEMENT si caractéristique, les cauchemars, les hallucinations terrifiantes, sanglantes, l'état de *zoopsie*, d'insomnie, d'anxiété permanente; enfin, les troubles digestifs, pituites, anorexie, etc.; fréquemment enfin, l'on retrouvera, dans les antécédents du sujet, soit l'apparition de phénomènes psychiques sur lesquels nous reviendrons, soit des crises de delirium tremens.

La constatation seule de tels symptômes, en présence de troubles paralytiques, inciterait déjà, sans aller plus loin, à conclure à l'origine alcoolique de ces phénomènes nerveux; mais, d'autre part, ces paralysies présentent des signes presque toujours pathognomoniques sur lesquels nous allons insister maintenant.

Parmi les multiples types cliniques observés, le plus typique, comme le plus fréquent, est la *paralysie symétrique* des membres inférieurs; c'est ce type clinique que nous allons décrire, nous réservant ensuite d'énumérer les autres variétés qui peuvent succéder à celui-ci ou évoluer isolément.

Le *début* de la paralysie est difficile à préciser : il s'annonce le plus souvent par des TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ; *troubles subjectifs* : fourmillements, picotements, douleurs spontanées, lancinantes, fulgurantes; *troubles objectifs* : troubles de la sensibilité cutanée, analgésie symétrique surtout marquée au niveau des pieds, diminution du réflexe plantaire, d'autres fois hyperalgésie symétrique, et spécialement *hyperesthésie*; il peut s'agir d'une hyperesthésie cutanée telle parfois, que le simple contact du drap devient impossible, mais la forme la plus caractéristique de cette hyperesthésie est l'hyperesthésie musculaire, articulaire (douleur extraordinaire réveillée par la pression profonde des muscles du mollet). En même temps que s'exagèrent ces symptômes apparaissent les TROUBLES MOTEURS : ils sont en général bilatéraux et débutent par les membres inférieurs; ils consistent en une sensation de fatigue, de lassitude, en une inhabileté dans l'exécution des mouvements, en un tremblement plus ou moins prononcé, en des crampes très pénibles lorsque le malade se couche; la paralysie débute le plus souvent par l'extenseur propre du gros orteil, elle envahit ensuite l'extenseur commun, les péroniers, puis elle s'attaque aux muscles du pied. Quelquefois le début est brusque, sans prodromes, sans cause permettant de l'expliquer; quelquefois la paralysie apparaît assez longtemps après que le sujet est soustrait à l'influence de l'alcool.

Période d'état. — A la période d'état, ce qui caractérise cette paralysie c'est la localisation spéciale des troubles moteurs, l'importance et la rapidité de l'atrophie musculaire, la prédominance des troubles sensitifs et la constance des troubles des réactions électriques.

Les troubles moteurs sont *symétriques*; le plus souvent, ils prédominent aux extrémités et diminuent à mesure que l'on s'approche de la racine du membre. La paralysie porte spécialement sur les *muscles extenseurs*, d'où la production d'attitudes spéciales par conservation des fonctions des muscles antagonistes; le pied est tombant, flasque, ballant, les orteils fléchis, les mouvements d'extension diminués ou abolis; lors de la marche, il en résulte une allure toute spéciale, décrite sous le nom de STEPPAGE, caractérisée par l'exagération du mouvement d'élévation que provoque la chute du pied au moment où le membre quitte la terre; le malade étant couché, le pied se trouve en extension et fait avec la jambe un angle obtus au lieu de l'angle droit formé à l'état normal; le bord externe est abaissé; les mouvements de flexion sont abolis, alors que persistent ceux d'extension; en secouant la jambe du malade, on constate facilement que le pied est *ballant*. Il n'est pas rare que le quadriceps crural soit également paralysé.

Les *réflexes tendineux sont abolis* dans le domaine des nerfs atteints.

Les *troubles trophiques* ont une importance capitale. Le plus important est l'ATROPHIE MUSCULAIRE, extrêmement précoce et rapide; localisée d'abord au groupe des seuls muscles extenseurs, elle ne tarde pas à envahir toute la jambe; elle demande à être recherchée par la palpation, car elle peut être masquée par une adipose sous-cutanée; elle se caractérise par l'effacement des saillies musculaires de la plante des pieds, l'exagération des espaces interosseux et la formation de gouttières sur la face antéro-externe de la jambe (le pied peut prendre l'aspect du *pied bot varus*). Un autre trouble trophique, également très caractéristique, porte sur l'épiderme qui devient sec, écailleux, présente des éruptions bulleuses, des troubles de la sudation qui y est très abondante.

Les *troubles sensitifs* qui peuvent même l'emporter en importance sur les troubles moteurs, consistent en troubles de la sensibilité subjectifs (fourmillements, douleurs, etc.) et objectifs, intéressant tous les modes de la sensibilité cutanée (contact, température, dysesthésie plus qu'anesthésie, et surtout hyperesthésie); il faut insister en particulier sur l'hyperesthésie musculaire réveillée par une palpation profonde des muscles, et qui a la valeur d'un symptôme pathognomonique. Il existe de la douleur par pression des troncs nerveux.

Les sphincters sont ordinairement intacts. Par contre, les modifications des RÉACTIONS ÉLECTRIQUES ne font jamais défaut et comportent un excellent élément de pronostic. Il y a d'abord simple exagération puis diminution simultanée des excitabilités faradique et voltaïque des nerfs et des muscles; enfin, réaction de dégénérescence avec inversion de la formule polaire.

Il va sans dire que ce tableau se complète par la constatation des signes habituels de l'intoxication alcoolique, par le facies spécial du malade, souvent subictérique; il n'est pas rare d'observer, soit une modification du volume du foie, soit un peu d'ascite, etc.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 92, p. 1369.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Base de toute réforme. Santé, richesse et liberté assurées à la Société et à chaque individu par l'alimentation rationnelle. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décision présidentielle en date du 17 novembre 1910, prise sur le rapport du ministre des colonies, après avis du conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, conformément au décret du 16 mai 1907, ont été accordées les décorations coloniales suivantes :

DRAGON DE L'ANNAM. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Roux.

Au grade d'officier. — M. Lacarrière, médecin principal de la marine.

ETOILE D'ANJOUAN. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bas et Villard.

Au grade d'officier. — M. Lions, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

CAMBODGE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Binet.

ETOILE D'OR. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Dion.

NICHAN-EL-ANOUAR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Baratier, maire de Jeugny.

LE IIe CONGRÈS NATIONAL DE LA MUTUALITÉ MATERNELLE se tiendra à Roubaix, les 20, 21 et 22 octobre 1911. M. le sénateur Paul Strauss, président de la Ligue contre la mortalité infantile, a bien voulu accepter la présidence effective de ce congrès au cours duquel des questions très intéressantes et très importantes seront examinées et discutées.

Le Congrès coïncidera avec le IVe Congrès international de la Mutualité et précédera immédiatement le VIIIe Congrès national de l'Alliance d'hygiène sociale. Tous les mutualistes, les hygiénistes et les philanthropes se donneront rendez-vous à cette époque à Roubaix, ville qui possède une Mutualité maternelle florissante, qui est située dans une région féconde en œuvres sociales et dont l'Exposition, une véritable merveille, attire en ce moment des foules de visiteurs.

Les cinq questions suivantes seront mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Rôle des Unions dans la création et le développement des Mutualités maternelles.

2° Surveillance médicale, avant et après l'accouchement, des femmes et des nouveau-nés.

3° Aide et assistance au moment de la grossesse et après l'accouchement.

4° Contrôle de l'élevage des nourrissons.

5° Les Mutualités maternelles militaires.

Envoyer les adhésions au secrétaire général du Congrès, M. le docteur Felhoen, 4, boulevard de Cambrai, à Roubaix.

LE IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA MUTUALITÉ se tiendra à Roubaix les 18, 19, 20 octobre prochain, au cours de l'exposition universelle du Nord de la France qui a lieu dans cette ville.

Le Comité d'organisation a réduit à deux les questions qui seront soumises aux délibérations du Congrès, afin qu'elles puissent être examinées sous toutes leurs faces, sérieusement approfondies et résolues dans la mesure que comporte l'état actuel de la science. Cette limitation permettra au IVe Congrès de produire des résultats effectifs et durables.

Ces deux questions sont les suivantes :

1° La réassurance contre les longues maladies et contre l'invalidité prématurée;

2° La lutte contre la tuberculose.

Le Comité d'organisation a adopté pour le IVe Congrès international le règlement du IIe Congrès tenu à Liége en 1905, en fixant toutefois uniformément à 5 francs la cotisation pour tous les congressistes.

Les rapports et documents concernant le Congrès devront être adressés, au plus tard, le 15 septembre à M. Edouard Duquenne, secrétaire général, 59, Grande-Rue à Roubaix.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. Julliard (de Genève) et S. J. Gee (de Londres).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — Le cours de physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Dausset, Degrais, Durey, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, à l'école des Hautes Etudes sociales et dans divers hôpitaux et cliniques, aura lieu du 9 au 31 octobre 1911.

S'adresser pour les inscriptions ou pour l'envoi du programme détaillé à MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Trains spéciaux, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide.

Réduction : jusqu'à 70 p. 100, suivant la distance.

La compagnie P.-L.-M. mettra en marche, à l'occasion de l'exposition de Turin, dix trains spéciaux pendant le mois de septembre :

1° Les 8, 15 et 22 septembre au départ de Paris;

2° Les 2, 9, 16 et 23 septembre au départ de Saint-Etienne et de Lyon;

3° Les 6, 14 et 27 septembre au départ de Marseille et de Cette.

Le retour des voyageurs aura lieu, à leur gré, par tous les trains du service régulier dans un délai de vingt jours.

Délivrance des billets à prix réduits pour ces trains, à partir des dates suivantes dans toutes les gares du réseau :

1° Les 19 août, 1er et 8 septembre pour les trains au départ de Paris ;

2° Les 16 et 21 août, 1er et 8 septembre pour les trains au départ de Saint-Etienne et de Lyon ;

3° Les 16 et 24 août et 8 septembre au départ de Marseille et de Cette.

La délivrance des billets cesse la veille du jour du départ du train, à midi.

Toutes les gares des réseaux de l'Est, de l'Etat, du Midi, du Nord et d'Orléans délivreront également des billets à prix réduits pour ces trains spéciaux.

Les voyageurs des lignes non desservies par les trains spéciaux pourront les rejoindre aux gares d'arrêt en utilisant les trains du service ordinaire.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 6 juil. 1911.) LIEPMANN : Sur les bases scientifiques de la culture gauche. — ASHER : La fonction de la rate. — FREUND : Sur les rapports d'échanges entre le poumon et le thorax dans l'emphysème. — PERITZ : Enurésie nocturne et spina bifida occulte. — FUNCK : Contribution à la thérapeutique causale dans la glycosurie et le diabète. — STERN : Sur l'emploi pratique de l'extrait syphilitique contrôlé par Wassermann. — SICK : L'alcool et l'esprit de savon dans la désinfection des mains. — FRITSCH : Emploi inconnu jusqu'ici de l'yohimbine. — HIRSCHFELD : Quelques nouvelles méthodes de diagnostic des tumeurs malignes. — STEINDORFF : Le salvarsan en oculistique. — MOZEIK : Sur la prophylaxie de la tuberculose.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 20 juin 1911.) RIEDEL : Sur le diagnostic et le traitement du cancer de la vésicule biliaire. — LICHTENBERG et DIETLEN : La présentation du bassinet et de l'uretère à l'écran radioscopique après remplissage d'acide carbonique. — GIGOU : Sur quelques questions d'échanges et de nutrition. — IZAR : Sur la réaction à la méiostagmine dans les tumeurs malignes. — WEIZ : Importance de l'urochromogène pour le pronostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — PROPPING : Diagnostic et traitement de l'abcès typhique de la rate. — ZELLER : La narcose au scopolamine-pantopon. — GEIGEL : Modifications dans la fréquence du pouls. — RINDFLEISCH : Paralysie sciatique avec réaction de dégénérescence après injection intramusculaire de salvarsan. — KOWNATZKI : Double surdité syphilitique six mois après l'infection. — MAYR : Sur l'appréciation du phénomène de Rumpel Lude dans la scarlatine. — BRUCH : Sur le traitement de la furonculose. — (N° 26, 27 juin.) HAHN : Sur une méthode d'étude des fonctions chimiques des cellules et sur ses résultats. — STRAUB : Les bases pharmacologiques de la thérapeutique intraveineuse par l'adrénaline. — BRÜCKE : Sur la connaissance de la glycosurie de piqûre. LAEVEN : Anesthésie locale pour opération sur le rein. — GUGGENHEIMER : Influence de la température sur la réaction de Wassermann. — REHN : Sur l'ectopie vésicale. — LESCHKE : La thérapeutique pancréatique du diabète. — FALKENSTEIN : La lutte contre l'attaque de goutte aiguë. — IBRAHIM : Sur la technique de la photographie des manifestations morbides chez l'enfant. — WEISS : L'adaline dans l'insuffisance cardiaque. — JAEGER : Sur l'accouchement spontané dans les rétrécissements du bassin. — KÜMMEL : Lampe électrique à main pour l'examen de l'œil. — P. MARIE : Cinquante ans de recherches sur l'aphasie. — LAUGE : Souvenirs de voyage en Amérique.

Medizinische Blätter. — (N° 13, 1er juil. 1911.) SIEGERT : Assistance aux nourrissons et question de domicile. — (N° 14, 15 juil.) MASCHINSKY : Les chambres pneumatiques et leur importance pour le traitement des affections respiratoires. — (N° 15, 5 août.) MASCHINSKY : La chambre pneumatique et son importance pour les maladies des organes respiratoires.

Revue médicale de l'Est. — (N° 12, 15 juin, et n° 13, 1er juillet 1911.) FLORENTIN : Les œuvres de protection de l'enfance en Lorraine.

Semaine gynécologique. — (N° 26, 27 juin 1911.) R. PICHEVIN : De la chirurgie conservatrice en gynécologie ; — De la dilatation de la matrice dans les cas d'hémorragie utérine. — (N° 27, 4 juillet.) PICHEVIN : Le tétanos en gynécologie ; — Rétrodéviation utérine adhérente et reposition manuelle. — (N° 28, 11 juillet.) PICHEVIN : Rupture de grossesse tubaire et colique néphrétique ; — Dégénérescence maligne probable d'un fibrome du fond de l'utérus. — (N° 29, 18 juillet.) PICHEVIN : A propos de la ligue contre le cancer de la matrice ; — De l'avortement à répétition.

Semaine médicale. — (N° 26, 28 juin 1911.) FULPIUS : Variations de la formule leucocytaire pendant le sommeil. — R. DE BOVIS : La douleur intermenstruelle. — (N° 27, 5 juillet.) Léon BLUM : Les hydrates de carbone dans le traitement du diabète sucré. — (N° 28, 12 juillet.) F. WIDAL, A. LEMIERRE et COTONI : Le rôle du chlorure de sodium dans les œdèmes provoqués par le bicarbonate de soude à dose massive. — (N° 29, 19 juillet.) G. GUILLAIN et Guy LAROCHE : La fixation des poisons sur le système nerveux.

Tunisie médicale. — (N° 6, 15 juin 1911.) CONOR : La bilharziose en Tunisie. — BRAQUEHAYE et PROUX : Désinsertion du tendon du quadriceps fémoral gauche au ras de la rotule chez un homme obèse amputé du membre inférieur droit par chute en flexion forcée. Suture au fil d'argent. Guérison. — BRUCH : Myxœdème chez un enfant de quatre mois. — ADDA : Les insuccès dans la recherche des corps étrangers. — CONSEIL : Considérations générales sur l'état sanitaire de Tunis en 1910.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 27, 6 juil. 1911.) MUCHA : Traitement de la syphilis par le salvarsan. — MAYERHOFER : Chorée grave de l'enfance améliorée par le salvarsan. — BARTEL : Etat actuel de la question de la porte d'entrée de la tuberculose. — BONDY : Statistique et diagnostic de la tuberculose annexielle. — (N° 28, 13 juil.) KRAUS, VON GRAFF et RAUZE : Nouvelles méthodes sérologiques de diagnostic des tumeurs malignes. — HESS : Séparation des glycosides par le cerveau. — BONDI et MÜLLER : Observations dans l'insuffisance tricuspidienne. — MUCHA : Traitement de la syphilis par le salvarsan. — (N° 29, 20 juil.) DIMMER : La photographie du fond de l'œil. — JOLLY : La chorée et les psychoses choréiques. — NOURNEY : L'allergie. — JAWORSKI : Hémorragies utérines d'origine syphilitique. — (N° 30, 27 juil.) FÜRTH et LENK : La nature de la rigidité cadavérique et sa résolution. — PASSINI et WITTGENSTEIN : Sur un essai de traitement de la tuberculose avec un filtrat provenant des crachats des malades eux-mêmes. — KRAUS, ZEKIZIA et ZUBRZEIKY : Sur un milieu de culture liquide électif pour le vibrion cholérique. — SARBO : La symptomatologie des maladies dans le territoire du deuxième segment sacré et sa signification pathologique. — JAVARA et JIANN : Recherches sur la stérilisation des gants de caoutchouc.

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAUMATISMES DU CARPE

Par M. Henri BERTIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique et définition. — Depuis les travaux de Pouteau, Colles et Dupuytren, il était classique d'attribuer à une fracture de l'extrémité inférieure du radius la déformation du poignet en dos de fourchette que l'on avait si longtemps considérée autrefois comme liée à une luxation radio-carpienne. Grâce à la radiographie, de nombreuses erreurs furent reconnues, et l'on put établir, à côté des fractures banales du radius et des luxations complètes du carpe, très rares, une lésion carpienne cliniquement assez semblable, anatomiquement très différente, qui fera l'objet de cette étude.

Les auteurs allemands présentent de nombreuses observations de fractures et de déplacement des os du carpe, mais ce sont plus particulièrement les travaux français qui, groupant les cas particuliers dans une vue d'ensemble, ont montré quelles lois règlent la succession des différents temps de ces traumatismes.

D'ailleurs l'accord n'est pas encore fait, et nous verrons que si les uns invoquent surtout le mécanisme par arrachement (Delbet), les autres font jouer à l'écrasement le rôle principal (Destot et Gallois, Tavernier).

Si, pour les uns, c'est la luxation dorsale du grand os qui caractérise la lésion, c'est pour d'autres la luxation palmaire du semi-lunaire. Dans tous les cas la fracture du scaphoïde complique souvent ces luxations.

Aussi voit-on ces traumatismes carpiens dénommés indifféremment suivant les auteurs :

Dislocation du carpe (Destot), terme qui ne préjuge en rien du mécanisme;

Luxation du semi-lunaire, terme classique mais impropre, car très souvent cet os garde ses connexions normales avec le radius;

Luxation dorsale du grand os, dénomination à laquelle il faut, dit Delbet, ajouter comme complément suivant les cas, *avec ou sans fracture du scaphoïde et du pyramidal; avec ou sans énucléation du semi-lunaire.*

II

Anatomie pathologique et mécanisme. — *A.* Théorie de l'arrachement. — C'est en s'appuyant sur l'expérimentation et sur l'étude de 129 observations que Delbet rejette l'expression de luxation du semi-lunaire et met en évidence l'importance de la luxation du grand os.

Il insiste sur les faits anatomiques suivants qui expliquent, à ses yeux, le rôle capital de l'arrachement.

1° Le semi-lunaire est relié au bord antérieur du radius par un ligament très résistant qui ne se rompt jamais.

2° Les faisceaux du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne qui vont au grand os sont beaucoup moins résistants et cèdent les premiers.

3° L'os scaphoïde peut être considéré, étant donnée sa direction verticale, comme faisant partie à la fois de la première et de la deuxième rangée du carpe. Il est relié, d'une part au grand os et au trapèze (os de la deuxième rangée), et d'autre part au radius et au semi-lunaire; en effet, outre le ligament scapho-lunaire interosseux et encroûté de cartilage, il existe un ligament radio-scaphoïdien que l'on peut voir en abordant par sa face profonde le ligament radio-lunaire qui le masque. On peut alors constater que ce ligament, d'ailleurs inégalement développé, s'insère en haut sur la petite facette qui sépare en avant la surface scaphoïdienne de la surface lunaire du radius, en bas il vient se jeter sur le bord antéro-interne du scaphoïde.

5° Il existe un petit ligament qui va du bord postérieur du semi-lunaire au bord postérieur du radius, c'est le *frein du semi-lunaire*; dès qu'il est déchiré, l'os devient d'une extrême mobilité.

Ceci posé, les lésions vont, d'après Delbet, se succéder de la façon suivante : lorsque le sujet tombe sur la paume de la main en hyperextension, le premier phénomène constaté c'est la rupture des faisceaux du ligament antérieur qui vont au grand os. Puis, mais de façon inconstante, le scaphoïde se



Fig. 1.

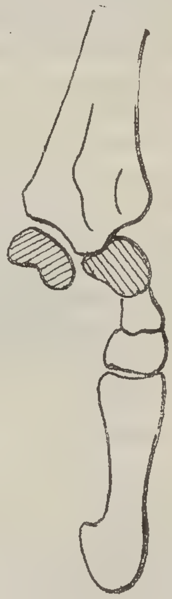


Fig. 2.

Luxations sans énucléation du semi-lunaire. — Fig. 1 : Position postérieure du scaphoïde; — Fig. 2 : Position antérieure du scaphoïde (d'après Delbet).

fracture; parfois même cette fracture précède la rupture du ligament antérieur. En tous cas, elle est fréquente, puisqu'on la trouve dans presque 50 p. 100 des cas. Cette fracture est transversale, passe au ras du point où finit le ligament interosseux scapho-lunaire et ne présente pas, dit Delbet, la moindre trace d'écrasement. Il s'agit bien pour cet auteur d'*arrachement*; il y a véritable dissociation de

cet os en deux fragments relevant, l'un de la première, l'autre de la deuxième rangée du carpe.

Quant au pyramidal, il se détache du semi-lunaire et du radius et suit la deuxième rangée du carpe. Dès lors le grand os, entraînant tout ou partie inférieure du scaphoïde et le pyramidal, glisse en arrière et légèrement en dehors pour passer sur la face dorsale du semi-lunaire.

Il y a donc véritablement luxation du grand os, tandis que le semi-lunaire a conservé ses connexions solides avec le radius et *n'est pas luxé*. Le grand os tend à subir un mouvement d'ascension en arrière du semi-lunaire, et c'est, d'après Delbet, le scaphoïde qui règle son déplacement et lui sert de butoir (voir fig. 1 et 2).

En somme les désordres sont peu considérables et la réduction peut, dans ce cas simple, donner de bons résultats.

Mais si le frein du semi-lunaire se rompt, cet os est immédiatement énucléé par pression du grand os; il bascule autour du ligament radio-lunaire comme charnière et peut même subir des déplacements dans le sens latéral. Le déplacement peut être tel que la concavité de l'os regarde en haut.

B. Théorie de l'écrasement. — Les auteurs lyonnais accordent plus d'importance au choc direct qui agirait par écrasement. C'est le radius seul qui transmet le choc dans une chute sur la paume de la main et, comme on pourrait le voir sur une radiographie de profil, le poignet étant en extension appuyée, ce sont immédiatement le semi-lunaire et surtout le scaphoïde qui subissent la pression.

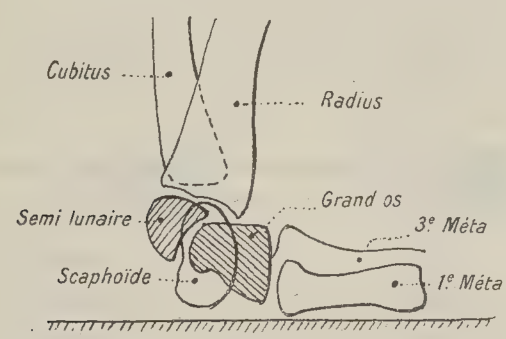


Fig. 3. — *Schéma d'une radiographie montrant le profil d'un poignet en extension appuyée* (Destot) *et en particulier la bascule du scaphoïde.*

Le scaphoïde normalement oblique subit un mouvement de bascule qui porte son pôle proximal du côté dorsal, le redresse et le place verticalement entre le radius et le sol sur lequel il repose par son pôle distal. Sous l'influence d'une pression violente, l'extrémité spongieuse du radius cède en général, produisant une fracture par éclatement de cette extrémité ou une fracture de la lèvre postérieure du radius (fracture de Rhéa-Barton). Si le radius résiste, le scaphoïde exagère sa courbure et se rompt.

Dans d'autres cas, soit primitivement par suite de l'inclinaison cubitale de la main, soit secondairement après fracture du scaphoïde, c'est le semi-lunaire qui supporte le choc radial et joue le rôle de coin sur lequel glisse le grand os dont les ligaments d'attache sont peu résistants. Si l'apophyse palmaire du scaphoïde fracturé n'accompagne pas le semi-lunaire c'est, d'après Destot et Tavernier, parce que la butée contre le sol le luxe en arrière.

Telles sont les lésions ordinairement constatées à la suite des traumatismes du carpe, mais il faut savoir que l'on peut observer des variétés plus rares : la luxation trapézo-trapézoïdienne a été notée. Parfois le trapèze accompagne le semi-lunaire constituant la luxation médio-carpienne typique. Nous n'insisterons pas sur ces raretés.

III

Etiologie. — Toutes ces lésions succèdent en général à des traumatismes violents. Le plus communément c'est à la suite d'une chute sur la paume de la main en hyperextension ; exceptionnellement, on l'a notée à la suite de chute sur le dos de la main fléchie.

On se trouve toujours en présence de sujets adultes ; chez l'enfant, les ligaments sont insuffisants pour produire l'arrachement ; chez le vieillard, les os de l'avant-bras sont fragiles et se fracturent, le carpe restant indemne.

IV

Symptomatologie. — En général les lésions du carpe sont annoncées par une douleur très vive, néanmoins il faut savoir que parfois l'indolence est presque complète et peut faire errer le diagnostic.

L'attitude de la main est très spéciale, elle est fixée dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension, tandis que les doigts sont à demi fléchis. L'attitude en flexion de la main semble en rapport avec la situation du semi-lunaire ; quand cet os reste en place, la main est à peu près en rectitude, car les fléchisseurs et les extenseurs sont également tendus. Quand le semi-lunaire est énucléé, la main se met en flexion, car les extenseurs sont relâchés par suite de l'ascension du grand os sous le radius, tandis que les fléchisseurs sont irrités par la pression du semi-lunaire.

Dans tous les cas c'est la contraction musculaire qui fixe la main dans sa position anormale.

Il existe un *déplacement latéral* peu marqué mais réel qui se corrige d'ailleurs quand le semi-lunaire est énucléé. Ce mouvement de translation totale vers le bord radial peut être masqué en partie par une inclinaison cubitale de la main, mais dans ce cas on retrouve toujours la *dépression sous-cubitale* qui persiste.

L'inspection révèle encore une *déformation en dos de fourchette* due au déplacement en arrière des os luxés. Or, il faut bien remarquer que cet aspect n'est évident que dans les cas simples, car s'il y a énucléation du semi-lunaire les os luxés reprennent leur place sous le radius, et la déformation disparaît.

Palpation. — Mais la palpation permet toujours de se rendre compte du chevauchement des os luxés.

L'*augmentation du diamètre antéro-postérieur* est en effet constant et siège nettement au niveau du carpe et non pas à hauteur de l'épiphyse radiale. Le poignet est plus *globuleux* que normalement, arrondi encore par l'infiltration œdémateuse, et si on pratique l'examen de façon très précoce, on peut sentir les détails du déplacement osseux.

Quand le semi-lunaire a conservé ses connexions avec le radius, une palpation attentive donne des résultats différents suivant que le scaphoïde s'est renversé en arrière ou couché en avant. Dans le premier cas on ne sent pas le bord postérieur du radius, mais bien la saillie du scaphoïde qui est plus nette que celle du grand os.

Au contraire quand le scaphoïde s'est couché en avant ou est fracturé, le bord postérieur du radius est plus apparent et c'est la saillie du grand os qui devient perceptible. Il va sans dire que cet examen est très délicat, car la palpation est gênée par la saillie des tendons extenseurs.

Dans tous ces cas il n'y a pas de saillie du semi-lunaire en avant, puisque cet os n'est nullement luxé. Quant à la dépression antérieure liée au déplacement dorsal du grand os, l'épaisseur du ligament annulaire ne permet pas de la sentir.

Mais quand le semi-lunaire est énucléé il devient facilement perceptible à la face antérieure du poignet, on le sent d'autant plus que sa rotation est plus complète. Peu nette quand la rotation ne dépasse pas 90 degrés, la saillie s'accuse quand le semi-lunaire s'engage entre les tendons.

Il convient alors d'*explorer systématiquement la région de la tabatière anatomique* pour se rendre compte de l'état du scaphoïde. Parfois une ecchymose localisée et linéaire annoncera la fracture. La palpation donne plus de renseignements : quand le scaphoïde intact a subi un mouvement de bascule en arrière, il vient faire saillie entre les tendons du long abducteur et court extenseur d'une part, du long extenseur de l'autre et la tabatière anatomique est ainsi comblée. Quand au contraire l'os est fracturé, la dépression persiste, mais la pression y est douloureuse.

Le *raccourcissement du carpe*, bien que très variable, doit toujours être recherché : il varie de quelques millimètres quand le semi-lunaire est en place à un centimètre et plus quand l'os est énucléé. Ce raccourcissement peut être *simplement apprécié* ou *mesuré*.

« Si, dit Tavernier, on saisit entre le pouce et l'index le poignet dans le sens transversal, on remarque que l'on ne peut insinuer comme normalement la pulpe du doigt entre la pointe de l'apophyse styloïde et la base du premier métacarpien, les deux saillies se sont rapprochées témoignant du raccourcissement axial du massif carpien. »

Pour *mesurer* ce raccourcissement, Delbet conseille de prendre les points de repère suivants : en haut l'extrémité inférieure du radius et en particulier les deux apophyses styloïdes fournissent latéralement un excellent repère quand elles ne sont pas fracturées ; malheureusement sur la ligne médiane on sent mal le rebord du radius. En bas les points fixes sont les suivants : sur la ligne médiane, la tête du troisième métacarpien (beaucoup plus sûr que l'extrémité du médius dont la longueur est variable) ; sur les parties latérales, Delbet conseille l'extrémité supérieure du premier et du cinquième métacarpien.

Troubles fonctionnels. — Les troubles fonctionnels sont variables. Les mouvements de pronation et de supination, en général libres, sont dans certaines observations complètement impossibles.

Ce sont surtout les mouvements de flexion et d'extension de la main qui sont gênés, extrêmement limités et parfois accompagnés de craquements.

Les mouvements des doigts sont de même presque impossibles dans la majorité des cas et encore les mouvements légers que l'on peut obtenir paraissent liés à la flexion des premières phalanges par les interosseux, les deux dernières phalanges restant immobiles.

Enfin il est un symptôme d'importance capitale qui peut passer inaperçu à un examen superficiel mais que l'on doit systématiquement rechercher étant donné sa fréquence, c'est la *compression nerveuse.*

Suivant que le semi-lunaire s'est déplacé en dedans ou en dehors, le cubital ou le médian peuvent être comprimés ; la compression du médian est de beaucoup la plus fréquemment constatée. Mais, fait particulier, des phénomènes de névrite grave ont été notés, alors que le semi-lunaire était à sa place normale d'où l'on peut conclure que, si dans la majorité des cas la rotation du semi-lunaire est la cause directe de compression, un mécanisme différent doit être invoqué dans certains cas particuliers.

Ces troubles nerveux sont parfois signalés simplement par une diminution de la sensibilité accompagnée parfois de sensibilité au froid et de sudation exagérée. Ces signes doivent être recherchés méthodiquement. Mais parfois le malade se plaint de vives douleurs qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'atteinte du nerf et qui commandent l'intervention.

V

Diagnostic. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un traumatisme de la région du poignet, il convient tout d'abord de songer à la lésion la plus fréquente, la *fracture du radius*. On l'élimine assez facilement. La *déformation en dos de fourchette* siège plus bas dans la luxation du grand os, sauf quand le semi-lunaire énucléé a pivoté de 180 degrés, mais dans ce cas il est aisé de reconnaître cet os grâce à la mobilité qu'il présente.

La recherche de la *ligne bi-styloïdienne* est également très importante ; si elle présente son obliquité normale, il s'agit d'une lésion du carpe ; si les deux apophyses ont leur pointe sur la même horizontale, le radius est fracturé.

En somme deux symptômes constants permettent seuls de caractériser la luxation du grand os, ce sont : le *raccourcissement du carpe* et l'*augmentation de son diamètre antéro-postérieur*. Ces symptômes

se retrouvent d'ailleurs dans la luxation du carpe et dans la luxation médiocarpienne, lésions beaucoup plus rares. Il faut y joindre, bien qu'ils soient inconstants, les *troubles nerveux par compression du médian* qui permettent d'éliminer la fracture du radius.

On peut donc, dans un grand nombre de cas, différencier par le seul examen clinique les lésions des os du carpe, des traumatismes atteignant l'extrémité inférieure du radius. Il est plus délicat, souvent même impossible, par suite de l'infiltration des tissus, de spécifier le siège exact des lésions. Néanmoins on pourrait, d'après Delbet, reconnaître si le semi-lunaire est énucléé ou s'il a gardé ses connexions, fait important pour la direction du traitement. Nous reproduisons le tableau différentiel établi par cet auteur.

1° *Luxation du grand os sans énucléation du semi-lunaire.* — Déformation en dos de fourchette.

Saillie en arrière du grand os et parfois du scaphoïde.

Translation externe de la main avec dépression sous-cubitale.

Raccourcissement léger.

Tabatière anatomique comblée s'il n'y a pas de fracture.

Tabatière anatomique douloureuse s'il y a fracture.

2° *Luxation du grand os avec énucléation du semi-lunaire.* — Pas de déformation en dos de fourchette.

Pas de saillie osseuse en arrière.

Pas de translation externe de la main.

Saillie antérieure perceptible.

Raccourcissement marqué.

Tabatière anatomique peu modifiée.

Ces données sont sans doute un peu schématiques, mais elles peuvent à l'occasion fournir d'utiles renseignements.

Enfin la *radiographie* devra toujours être pratiquée et viendra confirmer un diagnostic hésitant ou révéler une lésion ignorée.

Cette radiographie doit être pratiquée dans les deux positions de *face* et de *profil* et, pour pouvoir apprécier les modifications pathologiques, il est utile de bien connaître le schéma radiographique d'un carpe normal.

Sur une radiographie de *face* on note normalement : l'obliquité de la ligne bi-styloïdienne ; l'éloignement relatif du pyramidal et du pisiforme qui sont séparés du cubitus par le ligament triangulaire ; l'empiètement du scaphoïde sur la deuxième rangée des os du carpe.

Le trapèze et le trapézoïde continuent la colonne scaphoïdienne et s'articulent respectivement avec le premier et le deuxième métacarpien. Le grand os et l'os crochu répondent aux trois derniers métacarpiens et sont nettement séparés par un interligne clair des os de la première rangée.

Sur une radiographie *de profil*, l'ombre du semi-lunaire présente l'aspect d'un quartier d'orange dont la convexité répond directement à la facette radiale et dont la concavité coiffe la tête du grand os. Quant au pisiforme, il fait une saillie qui pourra paraître anormale si l'on n'est pas prévenu.

Dans le cas de luxation dorsale du grand os, la radiographie *de face* permet de constater le chevauchement de l'ombre du grand os sur celle du semi-lunaire.

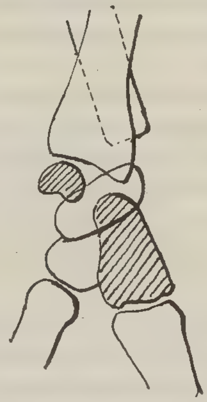


Fig. 4. — *Luxation dorsale du grand os.*



Fig. 5. — *Luxation dorsale du grand os compliquée d'une fracture du scaphoïde.*



Fig. 6. — *Luxation dorsale du grand os avec énucléation du semi-lunaire.*

Si l'os scaphoïde est fracturé, on verra assez nettement le trait de fracture transversal. Il faut se souvenir cependant qu'il existe des cas de division congénitale du scaphoïde que caractérisent la netteté de l'interligne et l'aspect arrondi des angles.

Dans les cas de chevauchement peu marqué du grand os, la radiographie *de profil* est nécessaire et montre avec évidence que le semi-lunaire ne coiffe plus la tête du grand os et a subi une rotation dont on peut calculer l'étendue d'après la direction de la concavité de son croissant.

Enfin la radiographie permettra de reconnaître l'existence de luxations et de fractures anormales : fracture du semi-lunaire, luxation du trapèze, fracture du grand os et fracture de la mortaise radiale compliquant la lésion du carpe.

VI

Pronostic. — Les lésions des os du carpe sont toujours sérieuses, et Delbet donne une statistique de 40 cas non soignés ou traités seulement par la mécanothérapie et le massage, dans laquelle le résultat fut 32 fois mauvais.

L'ankylose du poignet en est la conséquence fréquente, mais surtout l'immobilisation des doigts en griffe rend la main inutilisable. Ces faits démontrent avec évidence l'utilité d'un traitement rationnel.

VII

Traitement. — Lorsque la radiographie a permis de constater que *seul le scaphoïde est fracturé*, il convient, pour éviter la consolidation vicieuse et l'ankylose qui en est la conséquence, de pratiquer la réduction. La main est fortement inclinée sur son bord cubital et les pouces appliqués dans la tabatière anatomique moulent les fragments sur la tête du grand os qui va servir ainsi d'attelle. La réduction est maintenue quinze jours par un plâtre et l'on commence la mobilisation. Il est bon de savoir

que les résultats peuvent être mauvais et nécessiter une intervention ultérieure : résection partielle ou totale du scaphoïde fracturé ou parfois même dans le cas d'ankylose très prononcée, résection totale du carpe.

Dans les cas de *luxation dorsale du grand os*, on doit toujours considérer la lésion comme grave et ne pas s'arrêter au massage, tout à fait insuffisant dans la grande majorité des cas. Quatre modes de traitement sont proposés suivant la gravité des lésions :

1° Réduction par manœuvres externes;
2° Réduction sanglante;
3° Réduction après extirpation du semi-lunaire;
4° Résection.

C'est l'école lyonnaise qui a fait de la *réduction* une méthode de choix dans le traitement des luxations du grand os. Tavernier, après Destot, considère que « dans les cas récents le traitement doit être celui des luxations récentes : la réduction ».

Comment l'obtient-on? Le malade est anesthésié et l'on exerce une forte extension sur la main que l'on amène en hyperextension dorsale. Exerçant alors une pression forte sur le semi-lunaire on amène la main en flexion. Cette position est maintenue par un plâtre. Il est important de vérifier par la radiographie l'exactitude de la réduction afin de recommencer s'il y a lieu.

Il faut savoir que c'est seulement après une période de mobilisation et de massage assez longue que l'articulation reprend son jeu normal. Au dire des Lyonnais ce procédé est lent mais donne d'excellents résultats.

Lorsque les manœuvres de réduction simple sont insuffisantes, on peut tenter la *reposition sanglante*, mais en général on est amené à pratiquer l'*ablation du semi-lunaire*.

Cette intervention constitue, pour Delbet, le traitement de choix. Une incision est menée le long du bord interne du grand palmaire et le ligament annulaire incisé. Il suffit de cueillir le semi-lunaire lorsque celui-ci a subi un mouvement complet de bascule et rompu son frein. Au contraire quand il est resté en place, l'intervention est compliquée par la nécessité de sectionner cette bride fibreuse qui le retient en place.

Cette ablation est suivie de reposition du grand os s'il est nécessaire. Si le scaphoïde est fracturé, on enlève en même temps que le semi-lunaire le fragment qui lui est adhérent. Delbet conseille de ne pas maintenir la réduction sous plâtre, mais simplement de faire un pansement ouaté compressif permettant de légers mouvements.

Quant aux interventions plus graves, telles que résection du grand os et résection du carpe, elles ne trouvent leurs indications que dans des cas particulièrement graves et dans les ankyloses totales des os du carpe.

BIBLIOGRAPHIE

DESTOT et GALLOIS. *Revue de chir.*, 1898.
DESTOT. *Le Poignet et les accidents du travail.*
TAVERNIER. *Les Déplacements traumatiques du semi-lunaire*, Th. de 1906.
DELBET. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1908 (rapport).
TAVERNIER. Les traumatismes du poignet, *Lyon chir.*, 1908.
DURAND. Dislocation du carpe, *Soc. de chir. de Lyon*, juin 1908.
GUILLOUD. Luxation médio-carpienne en avant, *Soc. de chir. de Lyon*, juin 1908.
TAUBERT. Os supplémentaires du carpe, *Med. Klin.*, 1908.
FINSTERER. Zur Kasuistik und Therapie der Verrenkungen des Mondbeins, *Beit. z. klin. Chir.*, avril 1909.
PÉRIER. Fracture en coin de la surface scaphoïdienne du radius; luxation du semi-lunaire en avant, *Soc. anat. de Paris*, fév. 1909.
KINDL. Isolierte Handwierzelknochenwerletzungen, *Beit. z. klin. Chir.*, avril 1910.
POTHERAT. Luxation du grand os du carpe gauche, *Soc. de chir. de Paris*, 28 juillet 1909.
LEJARS. Luxation dorsale du grand os avec énucléation du semi-lunaire. Excision du semi-lunaire, *Soc. de chir.*, 2 déc. 1908.
BÉRARD. Deux formes rares de lésions du poignet : fracture isolée du pyramidal; fracture ancienne du semi-lunaire avec synostose au radius, *Soc. de chir. de Lyon*, nov. 1909.
GUINARD. Résultat éloigné d'une résection partielle du carpe pour traumatisme du poignet, *Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne*, 1910.
GAYET. Traumatisme du poignet remontant à l'enfance. Fracture du radius. Pénétration du scaphoïde dans l'épiphyse. Arrêt d'accroissement des os de l'avant-bras. Ankylose partielle, *Soc. de chir. de Lyon*, fév. 1910.
DESTOT. Dislocation du carpe. Résection du semi-lunaire, *Soc. de chir. de Lyon*, juin 1910.
JACOULET. Une lésion rare des os du carpe : luxation trapézo-trapézoïdale, *Progrès méd.*, 1909.

MÉDECINE PRATIQUE

LES RUPTURES DU TRACTUS DIGESTIF SOUS L'INFLUENCE DE L'AIR COMPRIMÉ

L'air comprimé, qui est entré si largement dans la pratique industrielle depuis quelques années, a provoqué, entre autres accidents, une série de ruptures de la portion inférieure du tube digestif. Le docteur Andrew (de Chicago) vient de les passer en revue dans un travail récent (*Gynecological and Obstetrical Surgery*, 1911, p. 63) à propos d'un cas qu'il lui a été donné d'observer personnellement.

Il s'agissait, en l'espèce, d'un ouvrier amené mourant à l'hôpital, cyanosé, avec une respiration difficile, superficielle, rapide, atteignant 46 à 52 inspirations par minute, un pouls à 144 à peine perceptible. Un emphysème énorme, étendu de la base du cou aux plis inguinaux, distendait tout le tronc, et le ventre était ballonné à l'extrême.

On apprit qu'une fois son travail terminé, l'ouvrier avait voulu faire enlever les poussières de ses vêtements au moyen du tube à air comprimé destiné à nettoyer les machines et les locaux de l'entreprise, tube où la pression était d'environ 25 atmosphères. Quand l'autre ouvrier qui manipulait le tube dirigea la colonne d'air vers le fond du pantalon de son camarade, ce dernier poussa un cri et s'affaissa rapidement.

Un médecin, appelé aussitôt, constata l'existence de l'emphysème et tenta d'introduire un tube dans le rectum pour évacuer l'air, mais sans résultat. Il pratiqua alors, avec l'anesthésie locale, une courte incision de la paroi abdominale jusqu'à la cavité péritonéale, et immédiatement un fort jet de gaz fit issue à l'extérieur, dont on modéra la violence au moyen d'un tampon pour éviter une décompression trop rapide.

Cette intervention fut suivie d'une amélioration rapide; la cyanose disparut, la respiration ne fut plus que de 36 inspirations par minute, et le pouls redescendit à 120. Mais une demi-heure après, le malade eut un frisson.

Le docteur Andrew le vit cinq heures après l'accident, et le diagnostic de rupture intestinale s'imposant, il décida d'intervenir sur le champ. Le pouls était alors à 108. La laparotomie montra la cavité abdominale souillée de matières fécales et remplie de sérosité sanguinolente. La séreuse, très rouge, présentait par places des signes manifestes d'inflammation. L'anse sigmoïde présentait sur son bord convexe une rupture longue de 10 à 12 centimètres. Les deux tuniques externes, séreuse et musculaire, étaient largement perforées, et par cet orifice la muqueuse lésée sur une étendue moindre faisait hernie. Elle ne présentait, en effet, qu'une perforation de 3 centimètres de diamètre et deux autres plus petites.

L'intervention consista à réséquer l'anse perforée, à suturer les deux segments et à pratiquer une anastomose latéro-latérale, le tout suivi de lavage du péritoine au sérum physiologique et de drainage. Le blessé guérit en dépit d'une légère réaction péritonéale.

Les 15 autres cas recueillis par Andrew, et qui appartiennent tous à la littérature américaine, sont calqués sur celui que nous venons de décrire. Chaque fois, le tube, où l'air était comprimé sous une pression de 20 à 50 atmosphères, avait été dirigé vers la région anale, généralement dans le but de nettoyer les vêtements, quelquefois par hasard, d'autres fois encore par plaisanterie. Dans tous ces cas, la résistance des vêtements a été de nul effet, même lorsque l'extrémité du tube était demeurée à 2 centimètres et même plus de l'orifice anal.

La colonne gazeuse s'engouffre dans l'entonnoir formé par les fesses et le plancher pelvien, et dont l'anus occupe le sommet; elle force le sphincter et pénètre dans le rectum.

D'expériences pratiquées sur le chien, le bœuf, ou sur des intestins humains isolés, Andrew a pu conclure qu'il suffit d'une pression de 3 à 4 atmosphères pour amener la rupture, et même moins si l'intestin a déjà subi une modification pathologique de sa texture.

De petites déchirures de l'anus ont bien été signalées dans quelques cas, mais en général le segment ano-rectal, renforcé qu'il est par ses connexions avec le périnée et le pelvis, n'est pas intéressé par la pénétration de l'air comprimé. La déchirure se produit plus haut, au point de jonction du rectum et du côlon, ou plus haut encore; dans toutes les observations, le côlon était intéressé, la plupart du temps au niveau de l'anse sigmoïde. Celle-ci est en effet la première portion de l'intestin qui se laisse distendre, et l'angle qu'elle fait contribue peut-être à cette distension en s'opposant momentanément au passage de l'air.

Fait à noter, la disproportion entre la déchirure de la séreuse et de la musculaire et celle de la muqueuse, est très considérable, plus encore que dans le cas de l'auteur dont nous analysons le travail.

En ce qui concerne le diagnostic, outre l'anamnèse on aura la distension rapide et énorme de l'abdomen, la dyspnée extrême par suite du refoulement et de l'immobilisation du diaphragme, l'emphysème généralisé, l'absence de tout phénomène inflammatoire pendant les premières heures.

L'intervention immédiate s'impose, même s'il y a des doutes quant à la déchirure, car le pronostic est des plus sombres. Qu'on en juge! Sur les 16 cas recueillis par Andrew, il y eut 4 guérisons et 12 morts, soit une mortalité de 75 p. 100. De ces malades, 8 ne furent pas opérés, dont un seul survécut. Chez les 8 autres, qui furent opérés, il y eut 5 morts, soit 62,5 p. 100, et 3 guérisons.

Le traitement opératoire est celui des ruptures intestinales en général, et dans les cas urgents on aura recours comme moyen palliatif immédiat à la ponction, qui évacuera l'air distendant l'abdomen et soulagera la dyspnée.

Nous en aurions fini avec les ruptures dues à l'air comprimé, s'il n'existait une observation unique de déchirure de l'œsophage par ce mécanisme, et que *Il Morgagni* a résumée d'après le travail de Petren (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1908, p. 265). Il s'agit d'un ouvrier de chemin de fer, chargé de nettoyer les freins à air comprimé des wagons. Les tubes qu'il manipulait renfermaient de l'air sous une pression de 7 atmosphères à peu près. Un jour qu'il tenait entre les dents l'extrémité libre du tube il glissa, et la main qui serrait le tube lâcha prise, si bien que l'air pénétra violemment par la bouche. L'homme tomba, mais put se relever. Transporté à l'hôpital, il vomit des mucosités sanguinolentes, et très rapidement se produisit un emphysème de la base du cou. Le lendemain, il y avait de la dysphagie, des signes d'infection et du délire, et la mort survint au bout de quarante-huit heures.

L'autopsie révéla une rupture intéressant toute l'épaisseur de la paroi œsophagienne; elle commençait à 15 millimètres au-dessous de la bifurcation trachéale et se continuait sur une longueur d'environ 6 centimètres. Le tissu cellulaire du médiastin et de la base du cou était infiltré d'air et de sérosité trouble; la plèvre gauche contenait un demi-litre de pus.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 AOUT 1911)

Sur la fonction antigène des tuberculines. — MM. A. Calmette et L. Massol ont signalé précédemment l'existence, dans certains sérums de sujets tuberculeux en bon état de santé et d'animaux hypervaccinés, d'une substance susceptible de se fixer sur la tuberculine de Koch et sur les bacilles tuberculeux avec plus d'avidité que les anticorps de ces mêmes sérums, et de masquer ainsi la réaction de Bordet-Gengou. Toutes les tuberculines ne permettent pas la recherche de cette substance dite *inhibitrice*, ni celle des anticorps. C'est ainsi que la tuberculine brute (ancienne de Koch) et les bacilles tuberculeux desséchés fixent mieux d'abord la substance inhibitrice, puis les anticorps. Les extraits aqueux ou alcooliques de tuberculine ne possèdent souvent aucun pouvoir de fixation vis-à-vis de l'inhibitrice ni des anticorps.

La tuberculine la plus apte à fixer à la fois inhibitrice et anticorps s'obtient en laissant macérer quarante-huit heures au bain-marie à 65 degrés 5 grammes de bacilles secs, par exemple, dans 100 centimètres cubes d'une solution de peptone de Witte à 10 p. 100 dans l'eau distillée et en filtrant ensuite.

Du tact à distance comme facteur de la faculté d'orientation des aveugles (sens des obstacles ?). — M. Kunz, d'une longue série de recherches, conclut que le tact à distance n'est ni donné à tous les aveugles, ni réservé aux aveugles; ce tact à distance est localisé sur la peau et ne peut être dû qu'à un des sens de la peau. Les ondes sonores et l'organe auditif en sont exclus.

VARIÉTÉS

LES MALADIES DE NAPOLÉON Ier.

Dans *Le Journal* du 5 février 1911, notre ami, le docteur Cabanès, a soutenu que *Napoléon était un tuberculeux mais un tuberculeux guéri*.

Cette assertion paraît vraie. Elle découle des constatations faites par le docteur Antommarchi à l'autopsie de l'Empereur,

pratiquée à Longwood, vingt heures après le décès, en présence des généraux Bertrand et Montholon et de plusieurs médecins anglais, parmi lesquels se trouvait le chirurgien-major Arnott, du 20e d'infanterie coloniale, qui avait été appelé plusieurs fois en consultation auprès de l'illustre malade.

A l'ouverture du thorax, Antommarchi trouva « que le poumon gauche était légèrement comprimé par un faible épanchement pleural, qu'il adhérait par de nombreuses brides aux parties postérieure et latérale de la poitrine et au péricarde. Je le disséquai avec soin, je trouvai *le lobe supérieur parsemé de tubercules et quelques petites excavations tuberculeuses*. Le poumon droit était aussi légèrement comprimé par un faible épanchement, mais son parenchyme était en état normal ».

Cette signature anatomique au sommet du poumon gauche, ces lésions cicatrisées prouvent que Napoléon fut un instant tuberculeux. Mais à quelle période de sa vie si active fut-il menacé par cette poussée bacillaire, qui se termina par la cicatrisation et la guérison ?

On sait que le général Bonaparte des campagnes d'Egypte et d'Italie était « un petit homme chétif d'aspect, jaune de carnation », à la figure maigre et anguleuse, aux jambes grêles, « en manches de pelle ». Au siège de Toulon, il contracta d'un canonnier tombé à ses côtés une gale sérieuse dont il ne put jamais se débarrasser complètement (eczéma récidivant).

Aussi, au début du Consulat, tourmenté par sa diathèse arthritique et surtout par son ambition plus dévorante encore, Napoléon tomba gravement malade. « La poitrine devint douloureuse, *la toux continuelle*, *la respiration pénible*. Le premier consul était maigre, pâle, défait et semblait toucher au terme de sa carrière. » — « Mes alentours, raconte-t-il à Antommarchi, m'obsédaient, ne cessaient de me faire des représentations sur mon insouciance, mais elle ne nuisait pas à la marche des affaires; je laissais dire. A la fin cependant les sollicitations devinrent si pressantes que je consentis à prendre les conseils d'un médecin. On me présenta Desgenettes. Tout choix m'était bon, j'acceptai; *mais le parleur me fit une si longue dissertation, me prescrivit tant de remèdes* que je restai convaincu *que l'adepte était un discoureur et l'art une imposture;* je ne fis rien. »

Le mal empira; aussi Joséphine inquiète, sur les indications de Mme Lannes, obtint « que Napoléon, *dont la santé était dérangée depuis longtemps*, verrait Corvisart, alors âgé de quarante-sept ans et en pleine possession de la renommée que lui avaient acquise, à l'école clinique de la Charité, ses nouvelles méthodes d'investigation ».

Corvisart mandé examina avec soin l'impérial malade et diagnostiqua — ô pieux mensonge médical — *une gale rentrée avec amaigrissement et désordres pulmonaires*. Mais, au lieu d'effrayer son ambitieux malade, comme Desgenettes, Corvisart plus optimiste et plus malin rassura le premier consul en lui disant : *Ce que vous avez n'est rien : c'est une humeur « rentrée », qu'il faut rappeler à l'extérieur*. Et sur le champ il appliqua deux vésicatoires sur la poitrine, qui se trouva ainsi moins oppressée. La toux disparut peu à peu et l'état général s'améliora assez rapidement. Grâce à ces soins, « je repris, dit-il, de l'embompoint, de l'énergie et fus à même de supporter les plus rudes fatigues; *la sagacité de Corvisart me charma*. Je vis qu'il avait pénétré ma structure; que c'était le médecin qui me convenait. Je me l'attachai et le comblai de biens. »

Cette anecdote montre que le célèbre Desgenettes, pourtant Normand avisé et l'homme le plus spirituel de son temps (aux dires de la duchesse d'Abrantès), ne sut pas conquérir la confiance du Maître de l'heure, en berçant son mal par de pieux mensonges, par des paroles réservées, encourageantes, si familières aux médecins de cour.

* * *

En campagne, la santé de l'Empereur était excellente. L'action, le mouvement, les longues randonnées à cheval étaient salutaires à cet arthritique radio-actif, à ce grand meneur d'hommes. D'ailleurs il ne fit jamais la guerre « comme un satrape » et, quand il se sentait indisposé, « il se faisait suer, ou restait à la diète un ou deux jours, ou commettait quelques excès en opposition avec ses habitudes ». — « Je suis guéri, si je sue, répétait-il fréquemment et si les cicatrices de ma cuisse viennent à s'ouvrir. »

Mais vers la quarantaine, Napoléon s'épaissit visiblement, devint gras, pléthorique. Il s'endormait sur les cartes qu'il consultait. Aussi ses décisions devinrent moins promptes surtout les jours où il éprouvait des crises de *dysurie*, comme à la Moskowa ou à Leipsick, selon les témoignages du comte de Ségur et du baron Yvan, chirurgien militaire distingué, attaché à sa personne depuis le début de la campagne d'Italie.

Yvan nous raconte que cette infirmité commença en Italie vers 1797 et que, pour calmer les spasmes de son col vésical, il recourait aux boissons diurétiques, aux cataplasmes et surtout aux bains chauds prolongés que l'Empereur affectionnait. En campagne, à défaut de baignoire, il plongeait son impérial malade « dans le premier tonneau rempli d'eau qu'il pouvait se procurer ». Avec l'âge, ces crises devinrent plus fréquentes et les stations dans le bain plus prolongées. Cette dysurie était due à la gravelle, ainsi constatée dans le rapport d'autopsie : « La vessie fut trouvée vide, très rétrécie et *renfermant une certaine quantité de gravier mêlé avec quelques petits calculs.* »

* * *

Les tendances arthritiques de Napoléon s'affirmèrent de plus en plus, favorisées qu'elles étaient par son défaut de mastication à table. Il mangeait en effet très vite, car il consacrait à peine *quinze minutes* à ses repas : « Où qu'il fût, après le premier plat, il demandait les glaces et sortait de table. » Aussi, à la longue, des troubles dyspeptiques sérieux parurent, suivis d'éructations gazeuses, de pesanteurs d'estomac, de bâillements réitérés, de constipations et de migraines.

Quand le Titan vaincu fut déporté sur son roc aride, battu par les vents, ses malaises digestifs empirèrent rapidement. Vers 1817, il commença à éprouver cette douleur sourde, constante au foie, douleur qui ne cessa de s'aggraver jusqu'à la mort.

En janvier 1819, le docteur John Stokoe, chirurgien de la marine anglaise, consulté par l'empereur, diagnostiqua une *congestion du foie*, une de ces *hépatites* coloniales, si fréquentes à Sainte-Hélène. Devant son mauvais état général, Stokoe eut même le courage de réclamer pour l'illustre prisonnier *un changement de climat*. Mais cette subversive thérapeutique eut le don d'exaspérer ses geôliers *tortionnaires* et notre collègue fut immédiatement rappelé en Angleterre et mis en disgrâce. Au moment de quitter l'île, Stokoe s'écria : « Malheureux, ils ne croiront à sa maladie que lorsqu'ils le trouveront mort dans son lit ! »

L'hépatite évolua et se compliqua bientôt d'un cancer à l'estomac. Malgré ses souffrances et sa lente agonie, Napoléon, dans sa fierté d'empereur, « ne s'abaissa pas jusqu'à la plainte ». Terrassé par les hommes et la maladie, l'impérial exilé domina longtemps, de toute la hauteur de sa volonté, l'émiettement de sa robuste constitution et parcourut avec un admirable stoïcisme les étapes successives de son long calvaire.

« Gardez vos remèdes, disait-il à Antommarchi, en lui tirant familièrement l'oreille, je ne veux pas avoir deux maladies, celle qui me travaille et celle que vous me donnerez. »

« Une consultation ! A quoi servirait-elle ? Vous jouez tous à l'aveugle. Un autre médecin ne verrait pas mieux que vous ce qui se passe dans mon corps. »

Sans une plainte, l'Empereur s'endormit le 5 mai 1821, dans

une éclatante apothéose de gloire et d'immortalité, sur son rocher à jamais célèbre. Ses paupières se fermèrent au moment précis « où le soleil disparaissait à l'horizon ».

A l'autopsie, Antommarchi constata « sur la face antérieure de l'estomac, vers la petite courbure et à trois travers de doigt du pylore, un engorgement squirrheux. L'estomac était percé de part en part dans le centre de cette induration. L'adhérence de cette partie au lobe gauche du foie en bouchait l'ouverture. La capacité de ce viscère était remplie par une quantité considérable de matières faiblement consistantes et mêlées à beaucoup de glaires très épaisses et *d'une couleur analogue à celle du marc de café; elles répandaient une odeur âcre et infecte.* »

*
* *

Le hideux cancer finit donc par ronger, miner cet organisme « de fer » que les boulets avaient respecté. Seul, le néoplasme put dompter ce Titan qui a étonné le monde, ce semeur d'énergie, ce ciseleur de gloire, qui burina, sur l'airain de notre histoire, les noms immortels d'Aboukir, des Pyramides, de Marengo, d'Arcole, de Lodi, d'Austerlitz, d'Iéna, de Wagram, de Friedland, de Champaubert et de Montmirail.

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique des maladies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire (1), par les docteurs Ed. Hirtz, Rist, Ribadeau-Dumas, Tuffier, J. Martin, Kuss.

L'ouvrage débute par la thérapeutique des maladies bronchopulmonaires : la rédaction de cette partie est due à M. le docteur Hirtz : elle comprend successivement l'exposé du traitement des bronchites, des bronchopneumonies, de la dilatation des bronches, etc., et comporte toute une série d'aperçus nouveaux, sur le traitement de l'emphysème pulmonaire, de l'asthme, etc.

Le traitement des maladies des plèvres (pleurésies sèches, pleurésies séro-fibrineuses, purulentes et pneumothorax) est longuement détaillé, par MM. Rist et Ribadeau-Dumas.

Nous signalons tout spécialement le traitement chirurgical des affections pulmonaires, traitées par MM. Tuffier et Martin, et qui envisage, successivement, la chirurgie des bronches, de la plèvre, et du poumon lui-même; le lecteur lira avec intérêt le chapitre du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, de l'emphysème, enfin des blessures du poumon en général.

Près de la moitié de l'ouvrage est consacré au traitement de la tuberculose pulmonaire par le docteur Küss. Nous ne pouvons résumer ici cet excellent chapitre, écrit avec une compétence que nul, plus que le docteur Küss, ne pouvait posséder. On trouvera développées tout au long les méthodes diététo-hygiéniques, tous les procédés de sérothérapie, tuberculinothérapie, etc., enfin le traitement par les eaux minérales, et le sanatorium. Il est impossible, croyons-nous, de trouver meilleur exposé de tout ce qui a été tenté pour combattre par tous les procédés la tuberculose pulmonaire. Aussi, ne saurions-nous trop engager les médecins à lire ce livre particulièrement instructif.

L. BABONNEIX.

La Médecine naturiste à travers les siècles. Histoire de la physiothérapie (2), par le docteur Hector Grasset.

Voici un livre plein d'érudition, qui a dû coûter à son auteur une somme de travail énorme, et qui rendra certainement des services constants à ceux d'entre nous qui aiment à relier le présent au passé. Il y a là, en effet, une riche documentation, toujours accompagnée, selon la bonne méthode, du renvoi au texte original, ce dont nous ne saurions trop féliciter l'auteur.

La physiothérapie a pris et prend quotidiennement une telle importance dans notre art, qu'il faut savoir gré au docteur Grasset d'avoir réuni en un seul volume l'histoire de toutes les branches de cette partie de la thérapeutique.

L'ouvrage débute par un très intéressant chapitre relatif au culte des éléments naturels, puis nous assistons dans les chapitres suivants à l'évolution de la médecine naturiste depuis la période antérieure à Hippocrate, jusqu'à nos jours. C'est naturellement l'hydrothérapie sous toutes ses formes qui occupe la plus large place, car l'emploi thérapeutique des sources, sacrées ou non, était la méthode qui s'offrait le plus aisément à l'empirisme de nos aïeux. En tout cas, aucun ouvrage auss complet et aussi consciencieux sur la balnéation à travers les âges ne nous avait été offert jusqu'à ce jour. L'histoire de toutes les stations thermales y est résumée, de façon à la fois documentaire et narrative qui en rend la lecture attrayante.

Puis, dans une série de chapitres, l'auteur étudie au point de vue de leur histoire l'aérothérapie et la climatothérapie, les athmosphères artificielles, la thermothérapie sèche, la frigothérapie, l'hydro et la balnéothérapie, la thalassothérapie, la thérapeutique du mouvement, les masso, photo et électrothérapies et enfin la médecine morale.

C'est là, je le répète, un ouvrage d'une utilité pratique incontestable et une source de documents très précieuse. Je conseillerai seulement à M. Hector Grasset d'établir, dans la prochaine édition, un index alphabétique détaillé facilitant les recherches; notre confrère n'hésitera pas, j'en suis sûr, à s'imposer cette nouvelle tâche qui fera de son livre un parfait instrument de travail.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un vol. de 468 p. — Prix : 8 francs. — Paris, J. Rousset.

L'Accroissement : ses caractères normaux et anormaux chez le nourrisson. Ses rapports avec l'hérédité. Essai de théorie ontogénique (1), par le docteur M. Baudrand, avec une préface du docteur Variot.

L'auteur n'a pas craint d'aborder, dans ce livre, les théories un peu ardues concernant l'hérédité et l'accroissement physiologique de l'organisme; comme l'écrit M. Variot, « M. Baudrand, conduisant son étude dans un esprit philosophique, a produit un travail original basé d'une part sur une longue observation personnelle, appuyé d'autre part sur une foule de documents précieux, épars dans les ouvrages spéciaux et qu'il a su recueillir, condenser et coordonner ». Au point de vue médical proprement dit, l'on trouvera nombre d'observations et de graphiques établissant l'influence des tares héréditaires et plus spécialement le rôle nocif de la syphilis, de l'alcoolisme et de la tuberculose.

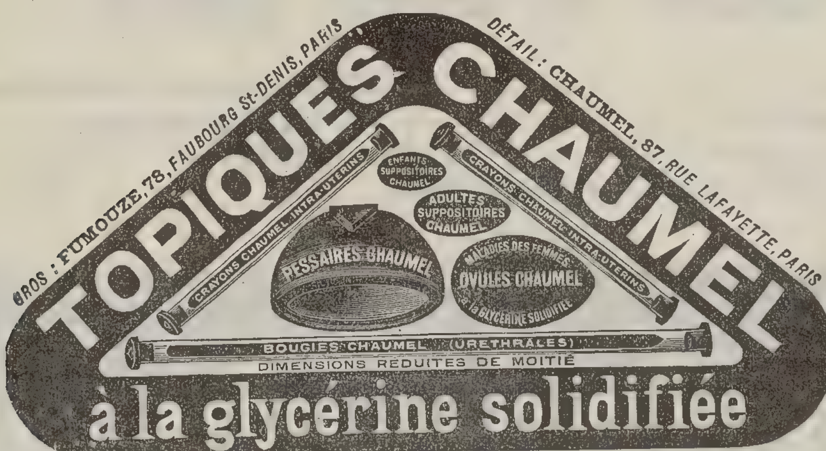
L'ouvrage qui comporte plus de 650 pages de texte, fourmille de faits intéressants : sa lecture en est facile et très agréable, et le style clair, précis, contribue à donner un intérêt incontestable à certains chapitres assez ardus. L'ouvrage se termine par des conclusions très développées (il y en a 114), qui attestent de la conscience avec laquelle l'ouvrage a été rédigé : cette conscience se retrouve encore dans la bibliographie très complète que l'auteur a rassemblée à la fin de cet ouvrage.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
TOPIQUES CHAUMEL
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES OVULES CHAUMEL à la GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS REDUITES DE MOITIÉ
à la glycérine solidifiée

N° 97. — MARDI 29 AOUT 1911. 84e ANNÉE. MARDI 29 AOUT 1911. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours s'ouvrira, le 5 mars 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 12 mars 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Poitiers. — M. le docteur Morichau-Beauchant a été nommé professeur de pathologie interne.

— Un concours s'ouvrira, le 1er février 1912, devant la Faculté de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Poitiers.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Feuvrier-Laforêt (de Maisonnais).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Amat (de Courbevoie), Brodier (de Paris), David (de Dieppe), Got et Keller (de Paris), Labiche (de Méréville), Labroy (de Paris), Martin, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Pernet, médecin de la marine; Saric (de Targon), Zadoc-Kahn (de Paris).

GUERRE. — Liste des médecins auxquels le ministre a conféré, par décision du 10 août 1911, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. les docteurs Blotin (de Dourdan), Maison (du Vésinet), Sahannat (de Boissy-Saint-Léger), Larger (de Maisons-Laffitte).

1re région : MM. les docteurs Favier (de Quesnoy-sur-Deule), Pluvinage (de Marcoing), Pontier (de Lumbres), Bruneau (d'Houdain).

2e région : MM. les docteurs Collard (de la Ferté-Milon), Gérard (de Montcornet), Andrieu (de Neuilly-en-Thelle), Néviasky (de Breteuil), Cruard (d'Attichy), Kaplan (de Vailly), Roustan (de Creil).

3e région : MM. les docteurs James (de Fauville), Gombault (de Buchy). Lesueur (de Sotteville-lès-Rouen), Fleury (d'Harfleur), Lefilâtre (de Troarn), Wagner (de Lieurey), Bréhier (de la Rivière-Saint-Sauveur).

4e région : MM. les docteurs Lelandais (de Flers). Simonet de Laborie (de Foulletourte), Chapireau (du Mesle-sur-Sarthe), Jardin (de Bouëre).

6e région : MM. les docteurs Steinberg (de Château-Porcien). Frélier (de Machault).

7e région : MM. les docteurs Vatin (de Val-d'Ajol), Vichard (de Granges), Voizot (de Varennes sur-Amance)- Picard (de Morteau), Guichard (de Chateauvillain). Jeanpierre (de Marnay), Maillefert (de Chalindrey), Brugirard (de Montbozon), Durand (de Miribel).

8e région : MM. les docteurs Grépin (d'Is-sur-Tille), Julien (de Fontaine-Française), Horay (de Moulins-Engilbert). Bricage (de l'Etang-Vergy), Bo y (de Nuits-Saint-Georges), Henry (de Bois-Sainte-Marie), Chanay (de Tournus), Rokéak (de Neuvy-sur-Baragon), Osty (de Jouet-sur-l'Aubois), Lacomme (de Lucenay-l'Evêque), Laroche (de Montceau-les-Mines), Thibaudet (de Verdun-sur le-Doubs).

9e région : MM. les docteurs Métayer (de Moncoutant), Moreau (de Lusignan). Houpert (d'Angles), Jousselin (de Bourgueil). Reliquet (d'Amboise). Good (de la Motte-Sainte-Héraye), Rozier (des Ponts-de-Cé). Audureau (de Jallais).

10e région : MM. les docteurs Bonnelière et Vallée (de la Guerche-de-Bretagne), Dorion (de Moncontour), Trégot (de Callac).

11e région : MM. les docteurs Boudet (de Sainte-Pazanne), Jaëgler (de Carhaix), Grognot (de Nantes), Lancien (de Ca-

RENSEIGNEMENTS

rhaix), Péthiot (du Conquet), Queneudec (de Plomodiern).

12e région : MM. les docteurs Miltas (de la Souterraine), Pasquet (d'Uzerche), Chabrol (de Châlus), Massard (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Monthioux (de Felletin).

13e région : MM. les docteurs Legrand (du Donjon), Mage (de Marcenat), Solélis (de Neussarges), Forge (de Renaison), Brémont (de Chaudesaigues), Rayrolles (de Pierrefort), Escande (de Saint-Héand), Bollach (de Belmont), Malterre (de Vic-le-Comte), Muzard (de Viverols), Gardel (de Cunlhat), Borderie (de Saint-Cernin).

14e région : MM. les docteurs Staïcoff (de Grenoble), Gondrand (de Tullins), Chassande-Barroz (de Moirans), Jurie-Descarmiers et Aribaud (de Condrieu), Arsac (de Chabeuil), Quenda (de Lanslebourg), Jacques et Davin (de Saint-Bonnet), Collomb (de Douvaine), Lochon (de Thonon), Blain (de la Motte-Servolex).

15e région : MM. les docteurs Jouve (d'Aramon), Ducerf (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Roche (de Saint-Pierreville), Rovéry (d'Istres), Montagnier (de Cavaillon), Déjean (de la Levade), Rochette (du Cheylard), Gauzy (de Solliès-Pont).

16e région : MM. les docteurs Boussaguet (de Najac), Pastré (de Saint-Pons), Jean (de Saint-Chinian), Bessière (de Mende), Caillol (de Sauveterre), Furbury (de Firmy), Gayraud (de Murat), Combes (de Belvèze), Durban (de Gaillac), Dalbès (de Capendu), Charles (de Fiton).

17e région : MM. les docteurs Doméjean (de Saint-Lys), Vivès (de Cierp), Crémazy (de Saint-Ybars), Daraignez (de Monsempron-Libos), Périneau (de Duras), Mézard (de Vayrac), Bridiers de Villemor (de Clairac), Pélissié (de Luzerch).

18e région : MM. les docteurs Bernès-Lasserre (de Peyrehorade), Fauché (de Créon), Couillard-Labonnotte (de Saint-Macaire), Lescarret (de Belin), Antoine (de Branne), Dufourg (de Guzan-Mestras), Bourrust (de Portets), Forcade (de Monein), Guichamans (d'Arzacq), Lacoste (de Pau), Dupouy (d'Arzacq), Métreau (de Monthieu).

19e région : MM. les docteurs Naudin (de Saint-Lucien), Bellot (de Relizane), Chaussat (d'El-Mahder), Merle (de Mercier-Lacombe), Graziani (d'Herbillon), Génova (de Bône), Nicolaï (de Châteaudun-du-Rhumel), Dunis (de Saint-Denis-du-Sig), Poujols (d'Aïn-Bessem).

Division d'occupation de Tunisie : M. le docteur Lainé (de Mateur)

L'ORCHESTRE MÉDICAL, déjà célèbre quoique fondé depuis deux ans seulement, donnera cette année plusieurs grands concerts de bienfaisance, où seront exécutées des œuvres importantes (oratorios, fragments d'opéras, etc.) avec le concours de la Société chorale médicale, déjà en voie de formation.

Les membres de la famille médicale (médecin, femme, sœur, frère, fille et fils de médecin), désireux de faire partie de la Société chorale médicale ou de l'Orchestre médical, devront se faire inscrire, avant le 1er octobre, chez l'un des membres du comité de l'Orchestre médical, notamment chez MM. les docteurs Richelot, 3, rue Rabelais ; Vaucaire, 52, rue La Boétie; Destouches, 4, rue Thénard.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot, professeur agrégé; Lequeux, professeur agrégé; Devraigne, chef de clinique; Chirié et Lemeland, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Marioton, Brothier, Laffont et Pénard, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 15 septembre 1911. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Vendredi 15 septembre. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Samedi 16 septembre, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Lundi 18 septembre, à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Mardi 19 septembre, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Lemeland, à cinq heures. Forceps sur le sommet (positions directes).

Mercredi 20 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Jeudi 21 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Vendredi 22 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Samedi 23 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lequeux, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Lundi 25 septembre, à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Mardi 26 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (extraction).

Mercredi 27 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (difficultés de l'extraction).

Jeudi 28 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Devraigne, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Vendredi 29 septembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Devraigne, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Samedi 30 septembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Chirié, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 314, 25 juillet 1911.) ARCELIN : Existe-t-il, en radiothérapie, des idio-syncrasies spontanées ou acquises? — LAQUERRIÈRE et NUYTTEN : De quelques actions de quelques modalités électriques sur la circulation générale. — BERGONIÉ et RÉCHOU : La diathermie, applications médicales et chirurgicales.

Archives de médecine des enfants. — (N° 8, août 1911.) MARFAN : Le gros ventre flasque des nourrissons. — PLAUCHU et Robert RENDU : Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1911.) ARNAUD : De l'entraînement physique dans l'armée (*suite*). — PESME : Maladie de Thomsen. — BONHOMME et CAUSERET : Note sur un cas de tétanos traité avec succès par des injections de sérum antitétanique. — THOLLON : Néphrite traumatique avec urémie consécutive.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 28, 15 juil. 1911.) MÜLLER : Paresthésie du goût d'origine artérioscléreuse. — (N° 29, 22 juil.) HAUFFE : La percussion dans le bain. — (N° 30, 29 juil.) ROTH : Quelques observations dans deux cas de lésions cardiaques congénitales.

L'ASTHÉNO-MANIE POST-TRAUMATIQUE

Par M. R. BENON,

Médecin adjoint des quartiers d'hospice (Saint-Jacques, Nantes).

Dans un travail récent, J. Tastevin (1) a constitué sous le nom d'*asthéno-manies secondaires* un groupe d'états morbides, basé sur les faits suivants : lorsqu'un agent asthénisant intense frappe certains sujets, on voit ceux-ci, après le retour progressif de leurs forces, dépasser l'état normal et présenter un état d'hypersthénie, c'est-à-dire d'excitation maniaque.

L'auteur a d'abord décrit l'asthéno-manie secondaire aux douleurs émotionnelles, douleurs qui sont analogues aux douleurs physiques, puis l'asthéno-manie post-épileptique. Pour les traumatismes, s'appuyant sur quelques observations publiées, il a émis l'idée que les cas d'agitation maniaque post-traumatique paraissaient devoir rentrer dans le groupe des asthéno-manies secondaires. Personnellement, attaché à l'étude des traumatismes et des troubles mentaux qui les suivent (2), nous pouvons dès maintenant apporter un certain nombre de faits de cet ordre; nous verrons ensuite l'intérêt historique de la question.

*
* *

Description et diagnostic. — Le double accès, asthénique et maniaque qui suit les traumatismes, présente des signes généraux que nous voulons rappeler; nous y ajouterons quelques considérations sur l'évolution et le diagnostic.

Les faits d'asthéno-manie post-traumatique ne semblent pas être très rares, puisque nous avons trouvé, dans les auteurs, 30 à 40 cas susceptibles de cette nouvelle interprétation.

De plus, *tous les traumas*, les traumas des membres, du tronc et du crâne, comme les traumas opératoires, etc., peuvent donner naissance à l'asthéno-manie. Les traumas violents sans doute l'engendrent plus fréquemment que les chocs légers; mais l'intensité du trauma et des phénomènes immédiats qui le suivent est en elle-même insuffisante; d'autres facteurs obscurs, individuels, prédisposants, sont indispensables à la production des phénomènes asthéno-maniaques.

Asthénie. — L'amyosthénie (faiblesse musculaire) et l'anidéation (ralentissement des processus intellectuels, difficulté d'évoquer des souvenirs, etc.) sont les deux signes primordiaux du syndrome asthénie (Tastevin).

Le blessé peut n'avoir pas perdu connaissance. Cependant, le plus ordinairement, il y a coma, et ce dernier dure une ou plusieurs heures. Puis, spontanément ou sous l'influence de vives excitations extérieures, le sujet accomplit quelques mouvements, ouvre les yeux, apparaît égaré, à demi endormi. Parfois, surtout à ses proches qui l'interpellent, il exprime quelques paroles, il demande où il est, et il retombe dans l'immobilité la plus complète. Il peut rester ainsi, inerte, plusieurs jours. Les nuits sont calmes. Le pouls est lent (bradycardie); la température est normale ou légèrement abaissée, exceptionnellement au-dessus de 37°5.

De nouveau, le malade ouvre les yeux, exécute lentement quelques mouvements des membres, soit lorsque les siens le visitent, soit lorsqu'on lui parle en élevant la voix, soit enfin lorsqu'on le mobilise ou qu'on excite ses téguments par des pincements ou piqûres. Il paraît se réveiller, articule quelques mots, mais encore avec difficulté et souvent sans ordre. Il conserve les yeux ouverts, regarde vaguement avec fixité devant lui; l'œil est terne, comme « voilé ». Pendant longtemps encore l'excitation des organes visuels, auditifs, tactiles, etc., reste sans effet, surtout après la production d'une première réaction; c'est ainsi que le malade, préalablement laissé au repos, réagit tout de suite quoique lentement à la première question ou à la première piqûre, puis il n'est plus possible d'obtenir de lui aucun mouvement, ni parole, ni déplacement des membres. Fait intéressant, le blessé ne gâte pas, il demande le vase pour uriner; mais il reste constipé.

Petit à petit, en un ou plusieurs jours, on voit s'accroître les forces du malade. Il parle et se remue toujours lentement, avec effort; il accuse de la lourdeur dans les membres, de la courbature, de la faiblesse, de l'épuisement. Si l'anidéation est encore marquée, si le sujet parle et évoque ses souvenirs difficilement, il se rend compte du milieu où il se trouve, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Il ne peut cependant guère suivre une conversation, surtout si elle est rapide. Il cesse de répondre, à la fois parce qu'il se fatigue très vite et parce que « ses idées s'embrouillent ».

Lorsque l'asthénie musculaire et idéative a disparu, c'est-à-dire lorsque la faiblesse, la fatigue, l'anidéation se sont dissipées, le blessé peut être considéré comme revenu à son état normal. C'est alors qu'il va dépasser cet état normal et que des phénomènes nouveaux vont survenir.

Passage de l'asthénie à la manie ou hypersthénie. — Nous avons vu que, l'asthénie s'effaçait peu à peu, généralement en plusieurs jours. Il semble que dans quelques cas la durée des phénomènes asthéniques (amyosthénie et anidéation) soit relativement très courte : l'état maniaque ou hypersthénique survient très vite. Quoi qu'il en soit, l'excitation maniaque se développe progressivement. Le blessé que l'on maintient au lit, en raison souvent de la gravité des accidents qu'il a présentés, cherche à se lever, et il y parvient dès que la surveillance dont il est l'objet se relâche. Il commence à parler sans cesse, à rire, à plaisanter; il dit qu'il se sent très bien, qu'il est guéri. L'insomnie n'existe pas encore. La tempéra-

(1) J. Tastevin. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique), *Ann. médico-psychol.*, 1911, I, p. 195.

(2) R. Benon. Les traumatismes cérébraux et les troubles intellectuels au point de vue clinique et médico-légal, *Mémoire couronné par l'Académie de médecine* (1910). — Ce mémoire n'est pas encore publié.

Voir aussi : R. Benon. Les dysthénies périodiques. Psychose périodique ou maniaque dépressive. *Revue neurol.*, 1911.

ture est normale. En quelques jours les phénomènes d'excitation s'aggravent : le tableau clinique de la manie est constitué.

Manie ou hypersthénie. — L'agitation, l'excitation intellectuelle, l'euphorie ou la joie sont les signes fondamentaux de cet état morbide.

Le malade cherche à chaque instant à descendre de son lit. Il a une tendance constante à se mouvoir, à parler, à gesticuler, à grimacer. Ses mouvements automatiques ou volontaires sont aisés, amples et vifs. En même temps, il exalte sa force, son courage, son énergie, sa puissance, et il éprouve un profond sentiment de bien-être et de légèreté corporelle.

Le langage est rapide, facile, émaillé de réparties drôles, humoristiques ou blessantes. Le sujet parle de choses variées : de son passé, de sa profession, de sa famille; il exprime ses tendances, ses passions. Les propos mystiques, érotiques, tiennent parfois une large place dans son discours; les idées de satisfaction, de richesse, de grandeur sont communes; ce ne sont pas des idées délirantes à proprement parler.

L'état d'euphorie habituel apparaît dans les actes et les paroles du sujet. Il rit, plaisante, raille, s'attendrit et verse alors des larmes de joie; il est heureux, content de lui, content de tous ceux qui l'entourent. Mais s'il est contrarié, notamment lorsqu'on cherche à le maintenir de force au lit ou à la chambre, il s'énerve et se met *en colère*; ses réactions sont parfois violentes, en raison de l'accroissement pathologique de sa force. C'est ainsi que se trouve constitué l'état de *fureur maniaque*.

Il peut arriver que ces hypersthéniques présentent, surtout s'ils ont de la fièvre, de la *confusion mentale :* ils ne reconnaissent plus les personnes, les lieux, les objets; ils sont désorientés, amnésiques, etc.

Evolution. — L'état maniaque ou hypersthénique diminue progressivement.

La durée de l'accès asthéno-maniaque va de quelques jours à quelques semaines ou quelques mois.

Ajoutons que certains cas d'asthéno-manie post-traumatique paraissent bien donner naissance à des dysthénies périodiques (1).

Diagnostic. — Nous ne pouvons nous étendre ici sur le diagnostic. Nous ne signalerons que quelques erreurs possibles et les plus fréquentes.

L'anidéation de l'état asthénique ne sera pas prise pour de la *confusion mentale*. Après le coma traumatique, durant les premières heures, il peut exister un certain degré de confusion ou d'obnubilation : le malade ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve, il ne reconnaît pas les personnes, les objets qui l'entourent, etc. L'asthénique n'a pas de troubles semblables des perceptions : il est surtout incapable d'effort et c'est pourquoi il ne répond que difficilement ou même pas du tout. La confusion qui suit immédiatement la perte de connaissance post-traumatique se dissipe d'ordinaire très vite.

(1) Voir J. Tastevin. Loc. cit., et voir « Historique ».

Un blessé, du fait de son traumatisme, peut avoir, avec de l'asthénie, de l'*amnésie antérogade de fixation*. Revenu à lui, guéri, il aura oublié ce qui s'est passé pendant un temps plus ou moins long après son accident. Cela ne prouvera pas qu'il a été confus, l'amnésie de fixation pouvant entrer en dehors de tout état confusionnel.

D'après quelques faits publiés, il semble bien que l'on ait pris des états d'asthénie traumatique pour de l'*aphasie traumatique*. L'asthénique est incapable d'articuler; il est parfois obligé de faire un effort considérable pour émettre des sons, des paroles; mais cela n'est pas l'aphasie; c'est simplement de l'asthénie musculaire. L'erreur est rendue facile encore par suite de l'anidéation concomitante.

Au cours de l'état maniaque, enfin, on a souvent qualifié d'*idées délirantes*, les idées de satisfaction, de grandeur, etc., exprimées par le sujet. Ce ne sont que des fantaisies ou de simples exagérations liées directement à l'hypersthénie et qui disparaissent avec elle.

Enfin on ne prendra pas l'état maniaque pour de la *confusion mentale avec agitation*. Il arrive que la confusion mentale complique l'état maniaque post-traumatique, mais elle est un phénomène distinct et accessoire.

* * *

Observations. — Nous donnons ici deux observations d'asthéno-manie post-traumatique, suivies de guérison. La durée de la maladie a été d'environ un mois dans le premier cas et deux mois dans le second. Les blessés, revus récemment, ont retrouvé leur état moteur et psychique antérieur à l'accident.

Observation I. — *Traumatisme : perte de connaissance. Asthénie profonde pendant deux à trois jours. Amélioration progressive, puis, peu à peu, apparition d'un état maniaque typique : excitation intellectuelle et motrice, euphorie, disposition à la colère; enfin, décroissance de la manie et retour à l'état antérieur. Durée : environ un mois. — Asthéno-manie post-traumatique.*

Fram... (Camille), vingt ans, cultivateur à M..., près Saumur, est victime, le 4 juillet 1909, d'un accident de bicyclette.

Antécédents héréditaires. — Ni maladie mentale, ni maladie nerveuse dans la famille (?).

Antécédents personnels. — Jamais malade. Buveur de vin, mais sans stigmate de l'intoxication éthylique. Garçon actif, travailleur et sérieux.

Histoire de la maladie. — Le dimanche 4 juillet 1909, à dix heures du soir, il quittait à bicyclette le bourg du Mihervé pour se rendre à Fosse-Bellay; il n'avait guère à faire qu'un kilomètre et demi. En cours de route, une rencontre se produit entre lui et un autre cycliste qui venait en sens inverse avec deux camarades. Fram... tombe et perd connaissance; il avait une légère blessure de la lèvre inférieure; une dent de la mâchoire supérieure était ébranlée; il offrait une contusion de la région temporo-pariétale droite; enfin, la clavicule gauche était fracturée. Il revint à lui au bout d'un quart d'heure, une demi-heure. Les jeunes gens qui étaient là lui conseillèrent de se reposer un instant et partirent. Le lendemain matin, à cinq heures, un individu le trouva assis sous un noyer, dans une vigne sur le bord de la route. — « D'où viens-tu? lui dit cet individu. — De Niort (?). — Tu me reconnais, c'est moi B...? — Oui. » L'homme, qui savait quel était ce jeune

homme, le transporta dans sa charrette chez ses parents. Il y arrivait vers sept heures.

5 juillet. — Il était très abattu, comme anéanti. Les yeux étaient toujours fermés. Il ne les ouvrait que lorsqu'on lui adressait vivement la parole. Il ne bougeait pas dans son lit. Il paraissait dormir. Il a demandé spontanément à uriner.

6 juillet. — Même état de prostration. Cependant il conserve les yeux ouverts, regarde vaguement devant lui. Il reconnaît ses parents. Il ne gâte toujours pas au lit.

7 juillet. — Nuit calme. Il commence à faire quelques mouvements dans son lit. Il déglutit les liquides qu'on lui présente. Parfois, il appelle sa mère. Il accuse aussi de la céphalée.

9 juillet. — L'amélioration continue. Il peut s'asseoir dans son lit. Il mange avec appétit, parle volontiers.

10 juillet. — Il commence à présenter de l'excitation intellectuelle. Il ne cesse de causer, il rit, cherche à descendre de son lit.

12 juillet. — L'agitation est intense. Le malade ne dort plus. Il parle sans discontinuer, avec des éclats de rire. Content, joyeux, il rappelle sa jeunesse, fait des projets, dit à son père : « Tu sais, tu peux faire de tes champs ce que tu voudras, je m'en moque pas mal, j'aurai mieux que cela... » Il joue comme un enfant avec tous les objets qui lui tombent sous la main, chante toutes sortes de chansons. Dès qu'on l'abandonne, il descend de son lit. Si on le maintient, il dit : « Je veux m'en aller..., laissez-moi...; donnez-moi mes bas pour que je m'en aille; donnez-moi mes sabots pour que je parte; je ne veux pas rester ici. » Puis, aussitôt après, il passe à un autre sujet, recommence à déclamer et à chanter : maintes fois ses paroles sont incompréhensibles.

14 juillet. — Même état d'excitation. Le malade est plus coléreux. Il insulte tous ceux qui l'entourent : ses parents, le médecin, ses camarades. Quelquefois, au lieu de donner à ses amis leur prénom exact, il leur donne celui d'un autre : « Tiens, voilà Maurice ! », et c'était un autre; mais après, il disait bien le prénom.

Parfois, il se plaignait de la tête; alors on lui disait : « Mais où souffres-tu ? » Il répondait souvent en riant ou vaguement : « Tu sais bien ce qui me fait mal. »

Nuit et jour, il faut le maintenir au lit ou il se sauve : il est sorti une fois en chemise dans la cour. C'est surtout quand on le maintient qu'il s'énerve et se met en colère. Alors une véritable lutte s'engage entre lui et son entourage. On fait remarquer que sa force paraissait décuplée.

16 juillet. — Toujours excitation motrice et intellectuelle, avec alternatives d'euphorie et de colère. Le médecin traitant parle de l'internement, à cause des violences qu'il observe; le sujet ne fut pas placé.

18 juillet. — L'agitation a diminué; le malade reste au lit; il ne s'énerve plus. Il est plein d'entrain, jovial, parfois sarcastique : « Toi, mon père, tu ne sais pas travailler; tu ne sais pas faire tes vignes; tu les fais mal, etc. » Il recommence à se plaindre de la tête.

25 juillet. — Amélioration progressive, mais exaltation toujours évidente par intervalles. Satisfait, content de lui, il est encore manifestement hypomaniaque.

15 août. — Le malade peut être considéré comme guéri. Il parle raisonnablement, reconnaît qu'il a été « un peu exalté ». Il n'a aucun souvenir de l'accident : il se souvient de ce qu'il a fait le 4 juillet; il se voit partir à bicyclette, mais c'est tout; la rencontre a eu lieu quelques minutes après. L'amnésie rétrograde porte donc sur les faits qui ont précédé de très près l'accident.

Quant à l'amnésie antérograde de fixation, elle paraît porter sur les dix à quinze jours qui ont suivi le trauma : elle a disparu progressivement.

20 septembre 1909. — État psychique et somatique excellent, sauf par intervalles légère céphalée. Pas d'asthénie; pas de trouble de la mémoire, ni du caractère.

2 janvier 1910. — Le malade fait son service militaire. La céphalée a persisté pendant deux à trois mois pour disparaître complètement. Pas de trouble asthénique. Caractère non modifié. En somme, retour à l'état antérieur au traumatisme.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LE RELACHEMENT DE L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE

Pendant bien longtemps les anatomistes ont considéré la réunion du sacrum à l'os iliaque, non comme une articulation véritable mais comme une symphyse analogue à celle des deux pubis entre eux. Depuis une quinzaine d'années, et surtout grâce aux travaux des anatomistes français (Farabeuf, Dieulafé, Max Posth, Morel et Mathias Duval), on a reconnu qu'il s'agissait bien là d'une véritable articulation avec son revêtement cartilagineux, sa synoviale, ses ligaments. Le seul caractère particulier de cette articulation est l'énorme épaisseur et la grande puissance des ligaments postérieurs formant une véritable masse interosseuse qui avait pendant longtemps masqué l'articulation et qui ne lui laissait que des mouvements insignifiants. A l'état normal, le sacrum ne peut effectuer que des mouvements de nutation, de salutation. Suspendu par ses énormes ligaments postérieurs entre les deux os iliaques, il reçoit tout le poids de la partie supérieure du corps et le transmet à la partie inférieure.

Dans cette position, il peut basculer autour d'un axe transversal passant par le quart postérieur des surfaces articulaires; lorsque l'extrémité antérieure s'abaisse et s'avance, la postérieure s'élève et recule, et inversement.

Ce mouvement, presque imperceptible sur le cadavre, est sans doute un peu plus étendu sur le vivant où les ligaments sont plus élastiques. On peut les provoquer en agissant soit sur la colonne vertébrale, soit sur le bassin.

Lorsqu'on exerce une hyperextension forcée de la colonne vertébrale, on voit le sacrum basculer en arrière, tandis que, lorsqu'une violente pression est exercée avec flexion du tronc en avant, le sacrum s'incline légèrement en avant. De même, l'hyperextension des membres inférieurs, le genou étendu, amène la bascule en avant de l'os iliaque sur le sacrum par traction des muscles antérieurs de la cuisse sur l'aile iliaque. Au contraire, la flexion du membre inférieur étendu sur le tronc, à cause de la tension exercée par les muscles du jarret sur l'ischion, produit une bascule en sens inverse.

Les mouvements de la sacro-iliaque semblent destinés à amortir les chocs transmis des membres inférieurs au tronc ou du tronc aux membres inférieurs, sorte d'amortisseur interposé entre les deux colonnes osseuses, comme les amortisseurs dans la suspension des carrosseries des voitures.

Physiologiquement, chez la femme, au moment des règles et surtout pendant la grossesse, de même que la symphyse pubienne, les moyens d'union du sacrum à l'os iliaque subissent un relâchement passager. Il en résulte la possibilité, pour l'os iliaque, d'exécuter sur le sacrum des mouvements de bascule plus étendus; les ailes iliaques peuvent s'écarter en dehors et en arrière, tandis que les ischions se rapprochent en dedans et en avant; il en résulte un agrandissement du détroit supérieur, et le mouvement inverse donne un élargissement du détroit inférieur.

L'étendue de ces mouvements reste très petite (1 millimètre dans 16 p. 100 des cas et ne dépasse jamais 3 millimètres d'après Cantin) tant que la symphyse est intacte. La section de la symphyse pubienne (symphyséotomie) ou des branches ischio et iléo-pubiennes (ischio-pubiotomie) permet d'utiliser le relâchement sacro-iliaque et surtout de l'exagérer par une véritable disjonction sacro-iliaque. Ce sont là des faits bien connus depuis les travaux de Sigault, Snelling, Walcher, Fa-

rabeuf, Varnier, Pinard, Cantin, etc. Nous n'y insisterons pas.

Il y a quelques années, Joel E. Goldthwait et Robert B. Osgood [de Boston] (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 mai-1er juin 1905) ont montré que, en dehors de la menstruation et de la grossesse, l'articulation sacro-iliaque peut présenter des dislocations aiguës on des relâchements permanents qui expliquent beaucoup de cas de douleurs de rein et de sciatiques rebelles, en particulier chez la femme, et qu'un traitement approprié fait disparaître.

Depuis lors, des publications américaines multiples et dont les principales sont dues à Fitch, Frederick, Appleton Nutter, Meisenbach, Pitfield, ont confirmé et complété sur certains points les constatations de Goldthwait. Nous allons voir quel intérêt pratique il peut y avoir à ne pas méconnaître ces lésions qui ne sont pas rares puisque, par exemple, O. Meisenbach a pu en observer 84 cas en l'espace de quelques années.

Selon leur pathogénie, et c'est naturellement de la connaissance de cette pathogénie que découlera une thérapeutique utile, on peut diviser les cas de relâchement sacro-iliaque en quatre types.

Le premier type, exclusif aux femmes et de beaucoup le plus fréquent, a trait aux relâchements sacro-iliaques consécutifs aux congestions des organes du petit bassin. Elle comprend tout d'abord les cas où le relâchement est consécutif à une grossesse et ne représente que l'exagération d'une condition physiologique. Il s'agit alors de troubles permanents et qui peuvent amener une impotence considérable.

Le relâchement de la symphyse pubienne existe souvent dans ces cas en même temps que celui de la sacro-iliaque, mais il joue un rôle effacé dans le maintien de la stabilité pelvienne. On peut en fournir de nombreuses preuves. La radiographie a montré que chez les nouveau-nés les deux massifs osseux ischio-pubiens sont très éloignés l'un de l'autre, réunis par un long cartilage souple, cependant il ne semble pas que la solidité de leur ceinture pelvienne en souffre; dans les cas d'extrophie de la vessie, le pubis est en général absent, le bassin est ouvert en avant, en fer à cheval, et cependant on n'observe aucun trouble de la marche et de la station. Goldthwait cite 2 cas d'absence du pubis, rapportés par Ed. Reynolds et Howard Kelly, dans lesquels une grossesse a pu évoluer normalement sans troubles particuliers dans la statique pelvienne. Il est donc bien évident que dans les cas de relâchement des trois articulations du bassin, les troubles observés reviennent presque exclusivement au relâchement des articulations sacro-iliaques qui transmettent le poids du corps aux membres inférieurs.

A côté de ces cas, il faut placer les troubles intermittents observés chez certaines femmes au moment des règles. La congestion menstruelle des organes du petit bassin est aussi une cause de relâchement des articulations sacro-iliaques.

C'est de la même façon que doivent agir la plupart des affections utérines et annexielles sur ces articulations ainsi qu'on en cite de multiples exemples. C'est J. Frederick qui a surtout insisté sur ces cas. Il a montré comment chez les femmes atteintes de troubles menstruels, de dysménorrhée, de congestion et de douleurs pelviennes diffuses, qui ne sont soulagées par aucun traitement, qui ont souvent été curettées ou ovariotomisées, la découverte du relâchement sacro-iliaque est fréquente et l'amélioration rapide avec un appareil de contention approprié. Il est facile de comprendre, à cause de leur voisinage, comment la congestion des organes pelviens peut entraîner celle des articulations sacro-iliaques. Goldthwait va plus loin et pense que le relâchement sacro-iliaque primitif peut secondairement occasionner la congestion des organes du petit bassin, et que la guérison de cette dernière ne peut être attendue de soins gynécologiques mais d'un traitement orthopédique.

La seconde classe comprend les relâchements traumatiques de l'articulation. Meisenbach en reconnaît deux variétés selon que l'articulation était saine ou antérieurement atteinte d'arthrite. Dans le premier cas, il s'agit de déplacements traumatiques légers ou de véritables subluxations. La lésion peut être unilatérale ou bilatérale. Tantôt il s'agit d'un choc direct, d'une chute d'une certaine hauteur sur les pieds ou les ischions, mais ce sont les cas les plus rares. Le plus souvent c'est une contraction musculaire brusque : action de sauter sur le sol du siège d'une voiture, effort pour soulever un lourd fardeau du sol. Au premier abord on est étonné qu'une contraction musculaire suffise à déchirer en partie ou relâcher les puissants ligaments de l'articulation sacro-iliaque. Mais, si l'on réfléchit que c'est dans les mouvements d'hyperextension brusque du tronc sur le bassin que se produit la lésion, et que les muscles en cause forment l'énorme nappe connue sous le nom de masse commune lombaire dont la contraction tend à faire basculer le sommet du sacrum en avant, on conçoit la possibilité de ces faits.

Il faut ranger dans cette classe le relâchement sacro-iliaque que l'on peut observer à la suite du séjour prolongé sur la table d'opération, les muscles étant en état de relâchement complet sous l'anesthésie générale. Goldthwait a montré que l'articulation sacro-iliaque pouvait être traumatisée dans deux positions opératoires courantes. Dans la position dite de la taille périnéale, la cuisse est mise en flexion extrême sur le bassin et souvent en abduction; de plus, l'aide qui se trouve en dehors de la cuisse, penché en avant dans une position très fatigante, prend souvent point d'appui de tout son poids sur la cuisse du malade. Il en résulte une traction violente sur l'articulation sacro-iliaque qui tend à bâiller en avant.

On peut remarquer d'ailleurs que c'est la manœuvre que Farabeuf recommande pour disjoindre l'articulation sacro-iliaque après symphyséotomie ou ischio-pubiotomie, et qui est représentée dans la figure 783 de son *Traité de médecine opératoire* (4e édition, p. 1045).

Dans la position couchée sur la table, il faut éviter de même l'hyperextension des cuisses sur le bassin (position de Trendelenburg mal faite, etc.) qui tend à faire basculer les os iliaques en avant.

A côté de ces formes traumatiques aiguës et graves, on doit faire une place aux cas légers de relâchement passager de la sacro-iliaque que l'on observe souvent chez les convalescents de longues maladies ayant nécessité le décubitus prolongé, après de longs voyages en chemin de fer ou en automobile. De même le raccourcissement de l'un des membres inférieurs (Appleton Nutter) ou une lordose exagérée, par exemple les courbures de compensation des grosses gibbosités pottiques dorsales, peuvent occasionner des troubles douloureux dans les articulations sacro-iliaques.

On comprend que les mêmes phénomènes puissent se produire bien plus facilement dans une articulation déjà malade, c'est ce qu'on peut observer dans la tuberculose, dans les arthrites infectieuses.

La troisième classe comprend les relâchements de l'articulation résultant d'un affaiblissement général de l'organisme. C'est ce qu'on peut observer chez les typhiques, les cardiaques, les tuberculeux, après un long séjour au lit avec une musculature complètement insuffisante pour maintenir les courbures normales de la colonne vertébrale. La région lombaire est aplatie ou même en cyphose. Il en résulte une élongation des ligaments articulaires et la formation d'une articulation lâche. En effet, toute articulation va rarement aux limites des mouvements qu'elle possède et dans lesquelles seulement les ligaments sont mis en tension. Cela tient à ce que, par le jeu des groupes antagonistes se contractant simultanément, les muscles limitent toujours l'étendue du mouvement.

Si la musculature devient insuffisante ou disparaît (para-

lysie infantile par exemple), les ligaments mis anormalement en tension s'allongent progressivement et l'étendue des mouvements articulaires augmente de façon pathologique.

C'est ce que l'on peut observer encore chez les obèses; chez eux vient encore s'ajouter l'action d'un ventre lourd et pendant qui tire sur la colonne lombaire, exagérant sa lordose à l'extrême et tendant à basculer le sacrum en avant.

De même chez les fillettes chétives, peu musclées, présentant parfois des pieds plats au début, dans la période d'adolescence, au moment où aux larges souliers à talon plat de l'enfance elles substituent le soulier étroit à talon « Louis XV » de la jeune fille qui entraîne un changement de la statique du corps et l'exagération de la lordose lombaire, on peut voir se produire des douleurs persistantes dans les articulations sacro-iliaques. Goldthwait accuse le corset droit de produire la même prédisposition que les talons élevés en amenant une lordose exagérée en même temps qu'il appuie sur la partie antérieure des crêtes iliaques; il en résulte une double tendance à la bascule du sacrum en avant.

Meisenbach range enfin dans une dernière classe de relâchements sacro-iliaques ceux qui sont dus à une névrose. Il s'agit ici de sujets à vie très active et surmenés d'esprit et de corps, ou encore de neurasthéniques véritables chez lesquels le relâchement musculaire général peut amener une laxité plus grande de l'articulation, source de douleurs considérables, étant donné l'état du système nerveux.

Quelle que soit l'origine du relâchement de l'articulation sacro-iliaque, elle se traduit par un certain nombre de signes communs.

La douleur et la mobilité articulaires sont les deux phénomènes principaux, mais il y a loin d'avoir un parallélisme constant entre les deux.

L'affection peut se présenter selon deux types tout à fait différents selon que les troubles sont constants ou surviennent d'une façon intermittente, par crises.

La douleur locale existe souvent, mais demande à être recherchée, car le malade se plaint surtout de douleurs à distance. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque d'un seul côté ou des deux, la pression réveille une douleur variable d'intensité, parfois la région est gonflée, œdématiée.

Très souvent le malade se plaint de douleurs de reins, de lumbago, de douleurs vers la racine des cuisses, de douleurs dans le territoire du sciatique, des fessiers, ou le long du dos jusqu'à la région cervicale.

La douleur dans le territoire du sciatique s'explique facilement si l'on se rappelle les rapports intimes du plexus d'origine du nerf avec la face antérieure de l'articulation.

L'examen du malade montre une limitation de tous les mouvements ou attitudes qui peuvent retentir sur l'articulation.

Dans les cas graves, le malade ne peut remuer le tronc et les jambes sans provoquer des douleurs qui lui arrachent des cris. La station debout est impossible. Le malade ne peut se tenir assis sans poser ses coudes sur ses genoux ou se tenir à la chaise avec les mains.

Dans la station debout, il ressent une douleur comme si « il se brisait par le milieu » ou comme si « le tronc entrait dans ses cuisses ». S'il parvient à faire quelques pas en faisant un effort musculaire violent, dès que les muscles se relâchent, la douleur réapparaît. La position couchée sur le dos ne calme pas les douleurs, bien souvent au contraire elle exagère la bascule du sacrum, et le sommeil relâchant les muscles provoque des crises de douleurs.

On conçoit la difficulté pour le malade de trouver une position supportable quelque temps, la meilleure est souvent le décubitus latéral avec les genoux repliés.

Dans les cas très légers, la douleur, en général passagère, n'apparaît que lorsque le malade est resté longtemps debout, ou à la suite d'une longue course en voiture, ou d'un effort. La position couchée à plat, longtemps prolongée, peut aussi la provoquer.

Quelquefois, au début des crises, le malade a une sensation nette de glissement, de décrochement dans les articulations du bassin d'un côté ou des deux côtés.

Sur le malade debout, la flexion du tronc en avant, jarrets tendus, est impossible, à moins que la flexion des genoux ne vienne relâcher les muscles postés de la cuisse. La flexion latérale est le plus souvent conservée. Dans les relâchements unilatéraux, on peut trouver une scoliose légère du côté malade. Si on fait asseoir le malade, genoux fléchis, la douleur et la contracture disparaissent, et les mouvements du tronc deviennent libres.

Sur le malade couché, tous les mouvements du membre inférieur qui mobilisent l'articulation sacro-iliaque sont douloureux : flexion de la cuisse, genou étendu; flexion de la cuisse, genou plié avec abduction extrême; hyperextension de la cuisse avec le genou étendu. Cette constatation présente une importance capitale pour le diagnostic.

La constatation de la mobilité anormale est très variable selon l'étendue de celle-ci. Elle est parfois très facile. Sur le malade vu de dos et marchant, on voit parfois un déclanchement des fesses, en haut et en bas, très particulier. Le plus souvent, elle demande à être recherchée avec soin.

En plaçant les pouces de chaque main l'un sur le sacrum, l'autre sur l'épine iliaque postéro-supérieure, si l'on fait exécuter par un aide des mouvements d'hyperextension du membre, on sent les deux os se déplacer l'un sur l'autre, parfois avec crépitation.

Lorsque les mouvements de l'articulation sont très marqués, il suffit, pour les percevoir, de placer une main sur le pubis ou sur l'aile iliaque, l'autre sur le sacrum, pendant qu'on fait « marquer le pas » au malade.

Ces symptômes se groupent diversement selon les quatre types pathogéniques que nous avons indiqués.

Le relâchement de cause obstétricale peut affecter une allure très grave : la marche est difficile et douloureuse, les mouvements de la colonne vertébrale sont limités et accompagnés de crampes dans les jambes et de névralgies sciatiques. On constate la présence d'une mobilité considérable.

Le relâchement, dû aux périodes menstruelles, est en général léger et passager.

Dans le cas de lésions utérines ou annexielles, les troubles deviennent permanents; la douleur du dos s'accompagne de coccydynie, de douleurs utérines, ovariennes, appendiculaires; on est en face de véritables invalides ayant subi tous les traitements gynécologiques sans succès durable, et tombées dans le découragement et la neurasthénie.

Dans les cas traumatiques graves, il s'agit d'une véritable subluxation uni ou bilatérale du sacrum sur les os iliaques. Au moment de l'accident, le malade a le plus souvent ressenti un claquement bref, un décrochement dans le dos. Les phénomènes présentent alors une acuité extrême et réclament un traitement prompt et énergique. Dans d'autres cas, la subluxation n'est que passagère et se reproduit de temps à autre sous l'influence de nouveaux traumatismes ou de fatigues.

Dans les cas de relâchement sacro-iliaque par débilité générale, le sacrum peut se déplacer aussi bien en avant qu'en arrière, c'est, comme le remarque Meisenbach, un « sacrum mobile » d'ordinaire bilatéral. La marche est alors difficile et incertaine plus que douloureuse. La position couchée sur le dos est pénible, et le malade se place sur le côté, en chien de fusil. Le dos est plat, la lordose lombaire est effacée. Souvent il y a concomitance de pieds plats. Ces troubles permanents sont parfois exagérés par des crises plus vives, à l'occasion de fatigues, au moment des règles.

Dans la quatrième classe, on range les cas dans lesquels l'intensité des troubles observés n'est plus en rapport avec la lésion constatée.

Le malade accuse des douleurs vives dans tout le dos, avec un maximum souvent dans la région occipitale ; on note des douleurs intercostales, sciatiques, et souvent on trouve des zones d'hyperesthésie ou d'anesthésie des téguments. La mobilité sacrée est plus étendue, et les douleurs surviennent de façon intermittente après les fatigues, ou lorsque le repos a relâché la défense musculaire.

Le diagnostic de l'affection présente peu de difficultés si on pense à la rechercher. Il faudra y songer dans tous les cas de sciatique, de lumbago, dont la cause n'est pas évidente.

Le lumbago rhumatismal présente une histoire différente : la douleur débute subitement après une exposition au froid ou à l'humidité. La douleur, plus vive la nuit, est provoquée par la pression sur les masses musculaires ou les mouvements qui les font contracter. La douleur disparaît rapidement avec un traitement approprié (massage, analgésiques).

Il faut aussi faire la distinction avec la coccydynie, celle-ci consécutive parfois à un traumatisme (chute sur le siège, accouchement chez une primipare), ou survenant chez des rhumatisants ou des neurasthéniques. La douleur, quelquefois intermittente, le plus souvent continuelle, d'intensité très variable, s'exagère toujours par l'action de s'asseoir et de se relever, et souvent par la marche.

La défécation peut être douloureuse. Les pressions sur le coccyx reproduisent immédiatement la crise douloureuse.

Un mal de Pott lombaire inférieur donne lieu à des douleurs et à des contractures dans une région voisine, mais le siège de la douleur à la pression est différent, et, comme nous avons vu, les contractures dans le relâchement sacro-iliaque disparaissent dans la position assise, genoux fléchis, ce qui n'existe pas dans le mal de Pott.

Goldthwait a récemment décrit (*The Boston med. and surg. journ.*, 16 mars 1911, vol. CLXIV, n° 11, p. 365-373) une affection nouvelle qui peut simuler le relâchement sacro-iliaque. Il s'agit de la subluxation en avant de la cinquième vertèbre lombaire sur le sacrum. Lorsqu'elle est unilatérale, il se produit le plus souvent de la paraplégie, mais si elle est bilatérale, les douleurs de reins, la sciatique, sont les seuls phénomènes produits. Il a observé un tel cas chez un malade ayant en même temps du relâchement des articulations sacro-iliaques.

Enfin les lésions de la sacro-iliaque, tuberculose, arthrite infectieuse aiguë ou chronique à forme hypertrophique qui n'est pas très rare, donnent lieu aux symptômes du relâchement sacro-iliaque d'autant mieux que souvent, comme nous l'avons vu, ils le provoquent en réalité.

En tout cas, on pourra affirmer le relâchement sacro-iliaque (Goldthwait, Appleton Nutter, Meisenbach, Pitfield) lorsque la douleur sera réveillée par les deux mouvements d'hyperextension ou de flexion de la cuisse jarret tendu. Il n'est pas indispensable de constater les mouvements articulaires qu'on ne trouvera pas de façon constante.

La radiographie peut aussi confirmer le diagnostic, mais ainsi que Meisenbach le montre, il est nécessaire dans ces cas de faire une radiographie stéréoscopique.

Le traitement aura à lutter contre deux facteurs : faire disparaître les raisons pathogéniques, puis immobiliser l'articulation en bonne position.

Pour répondre à la première donnée, il faudra chez les utérines continuer le traitement gynécologique en même temps que le traitement orthopédique, chez les affaiblis généraux relever autant que possible toute la musculature, régénérer les obèses par l'exercice, faire disparaître les corsets droits et les talons élevés, chez les neurasthéniques agir fortement sur le système nerveux par tous les moyens appropriés.

Le traitement orthopédique dans les cas légers de sacrum mobile consistera à faire porter au malade un grand bandage d'emplâtre caoutchouté adhésif. Une bande large de 25 centimètres, longue de 2m50 environ sera préparée. Le milieu étant appliqué en avant sur l'abdomen, un peu au-dessus des épines iliaques antérosupérieures, la bande sera de chaque côté menée en arrière et en bas vers le sacrum, sur lequel on appuiera pendant l'application ; puis les deux chefs étant croisés, sont ramenés en avant, puis ensuite à nouveau en arrière en enserrant les hanches jusqu'au-dessous des trochanters. La nuit, un coussin dur est placé sous la colonne lombaire du malade, ce simple dispositif suffit souvent à soulager le malade. Goldthwait conseille aussi l'emploi d'une ceinture de toile très ajustée et lacée en arrière, partant de la ceinture et se prolongeant en bas par deux bandes enserrant la partie supérieure des cuisses.

Lorsque cet appareil sera insuffisant, on pourra avoir recours à l'appareil imaginé par Osgood. Il se compose d'une pelote sacrée appuyant fortement sur le sacrum au moyen de deux ressorts sur lesquels s'attache une ceinture pelvienne à sous-cuisse. Du milieu de la pelote partent deux tiges ascendantes dorsales remontant jusqu'aux omoplates et incorporées dans un corset ordinaire. Cet appareil efficace et pratique peut être porté indéfiniment si cela est nécessaire comme dans certains cas obstétricaux.

Goldthwait décrit encore des attelles métalliques dorsales partant d'une ceinture pelvienne et forçant le sujet à incurver le dos en arrière et redressant de cette façon le sacrum.

Dans les cas graves de subluxation véritable, il faudra faire précéder la contention d'une réduction de déplacement sous anesthésie. Le malade étant endormi, on produit une hyperextension considérable de la colonne vertébrale en même temps que le sacrum est repoussé en avant. Le plus souvent, la réduction se produit avec craquements. Le malade est alors placé sur le pelvi-support de Goldthwait qui met le tronc en hyperextension et un corset plâtré est appliqué, descendant jusqu'aux trochanters. Après l'ablation de cet appareil plâtré, on sera le plus souvent obligé d'appliquer un des appareils précédents et le malade devra pendant longtemps porter un appareil de soutien si l'on ne veut voir se produire une récidive.

On conçoit combien la connaissance de cette affection méconnue jusqu'à ces dernières années, facile à reconnaître et à traiter, peut rendre service à des malades souffrant beaucoup, et être utile au praticien.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Frederick G. SNELLING. Le relâchement des symphyses pelviennes pendant la grossesse et l'accouchement, *Amer. Journ. of obst.*, fév. 1870, vol. II, n° 4.

Herman MYER. Du mécanisme des symphyses sacro-iliaques, *Arch. f. Anat.*, 1878, p. 1.

CROUZAT. *Le Diamètre promonto-pubien minimum*, Th. de Paris, 1881.

G. WALCHER. Le relâchement des symphyses pelviennes pendant la grossesse et l'accouchement, *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, vol. XIII, n° 51, p. 892.

KLEIN. Sur le mécanisme des articulations sacro-iliaques, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1891, Bd. XXI, p. 74.

FARABEUF. Sur l'anatomie et la physiologie des articulations sacro-iliaques, rapport au Congrès de Rome, 1894, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, p. 407.

POSTH. *Le Sacrum*, Th. de Paris, 1897-1898.

Louis CANTIN. *Le relâchement des symphyses et articulations pelviennes d'origine gravidique*, Th. de Paris, 1899.

BONNAIRE et BUÉ. De la mobilité des articulations pelviennes, *Presse méd.*, 9 août 1899.

L. DIEULAFÉ. La nutation du sacrum, *Bibliographie anatomique* (supplément), 1904, p. 109.

Joel E. GOLDTHWAIT et Robert E. OSGOOD. Considération sur les articulations pelviennes au point de vue anatomique, pathologique et clinique, *Boston med. and surg. Journ.*,

25 mai et 1er juin 1905, vol. CLII, nos 21 et 22, p. 593-601 et 634-638.

FITCH. Lésions mécaniques de l'articulation sacro-iliaque, *The Amer. Journ. of orthop. surg.*, mai 1909, t. VI, n° 4.

C. C. FREDERIK. Le relâchement de la sacro-iliaque et les affections gynécologiques, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, vol. IV, n° 16.

Appleton NUTTER. Le relâchement sacro-iliaque dans ses rapports avec les douleurs sciatiques et lombaires, *Journ. de méd. et de chir. de Montréal*, 23 avril 1910, t. V, n° 8.

EVANS. La négligence de l'examen de l'articulation sacro-iliaque par les praticiens, *Medical Herald*, juillet 1910.

M. GENTY. Le relâchement sacro-iliaque dans ses rapports avec les douleurs sciatiques et lombaires, *La Clinique*, 16 déc. 1910.

Howard A. KELLY. Les douleurs abdominales, *Int. med. Journ.*, fév. 1911, vol. XVIII, n° 2, p. 194-197.

Alfred DE ROULET. Les causes et le traitement des douleurs de reins chez la femme, *New-Orléans med. and surg. Journ.*, fév. 1911, vol. LXIII, n° 8, p. 531-537.

Joel E. GOLDTHWAIT. Un plaidoyer pour un plus grand soin dans la disposition des malades sur la table d'opération pour prévenir la fréquence des douleurs postopératoires du dos, *Journ. amer. med. Assoc.*, 4 mars 1911, vol. LVI, p. 642-644; — L'articulation lombo-sacrée; explication de bien des cas de lumbago, sciatique et paraplégie, *Boston med. and surg. Journ.*, 10 mars 1911, vol. CLXIV, n° 11, p. 365-373.

Roland O. MEISENBACH. Relâchement de l'articulation sacro-iliaque avec l'analyse de 84 cas personnels, *Surg. gyn. and obst.*, mai 1911, vol. XII, n° 5, p. 411-434.

Robert L. PITFIELD. Le relâchement sacro-iliaque comme cause de sciatique et de douleurs du dos, *The Amer. Journ. of the med. sc.*, juin 1911.

Victor BONNEY. Les douleurs abdomino-pelviennes chez la femme sans signes physiques de maladie, *The Practitioner*, août 1911, n° 518, vol. LXXXVII, n° 2, p. 153.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le traitement spécifique des trichophyties. (Carl BRUCK et KUSUNOKI. *Deut. med. Wochen.*, 15 juin 1911, n° 24, p. 1110.) — Des tentatives de traitement et de cutiréaction à l'aide d'extraits trichophytiques ont été déjà faites par Neisser et Plato, par Truffi, par Citron, par Bloch et Massini, au cours de diverses trichophyties.

Bruck et Kusunoki, au cours de recherches faites sur la cutiréaction dans les trychophities, ont observé des résultats thérapeutiques intéressants.

Ils ont préparé une trichophytine au moyen de cultures de trichophytose gypseum et de trichophytose cerebriforme, cultures en bouillon maltosé de trois semaines, agitées, puis filtrées sur papier.

Les auteurs font remarquer tout d'abord que dans aucun cas de trichophyties ils n'ont obtenu de cutiréaction positive par la méthode de v. Pirquet.

Au contraire, l'intradermoréaction, par injection dans l'épaisseur de la peau de II ou III gouttes de trichophytine, donna des résultats intéressants. Tandis que chez les normaux cette injection ne provoque qu'une légère rougeur, il se forme une aréole rouge avec infiltration inflammatoire aussi bien chez les sujets porteurs de trichophyties superficielles que chez les porteurs de trichophyties profondes; chez ces derniers la réaction est pourtant plus intense.

Chez un homme atteint d'une trichophytie pustuleuse de la barbe ayant résisté à tous les traitements, les auteurs pratiquèrent au niveau du bras, en divers points, une intradermoréaction avec des trichophytines de trichophytose gypseum, de trichophytose cerebriforme, de microsporose Andonini et avec de la farine. Le lendemain, température 39°1 avec réaction fortement positive aux points inoculés avec la trichophytine du gypseum et du cerebriforme. La température se maintient pendant trois jours entre 38°2 et 39°5, puis tombe le quatrième jour. Aucune réaction appréciable ne se produisit au point malade; mais dès le lendemain de l'injection cette lésion commença à régresser rapidement; en trois jours la suppuration fut tarie et la peau commença à desquamer. Le patient se considérant comme guéri sortit le cinquième jour après l'intradermoréaction n'ayant plus qu'un petit abcès fluctuant. Quinze jours plus tard, il revint; la peau était normale au point précédemment malade; seul le petit abcès persistait. Une nouvelle cutiréaction provoqua alors une réaction générale moins vive, la température ne dépassant pas 38°5.

Après la première cutiréaction on trouva encore dans le pus des champignons, mais très altérés; après la deuxième on ne trouva plus que du staphylocoque.

Dans un deuxième cas de trichophytie pustuleuse rebelle et progressive, les auteurs ont pratiqué de même en plusieurs points de l'avant-bras des injections intradermiques d'un mélange des deux trichophytines de gypseum et de cerebriforme. Ici il n'y eut pas de réaction générale. Mais l'influence sur la lésion fut des plus heureuses; dès le lendemain elle entra en régression et avait à peu près disparu au bout de dix jours.

Par contre, dans deux cas de trichophyties superficielles, les résultats thérapeutiques furent à peu près nuls.

Les auteurs expliquent ainsi l'action curatrice de l'intradermoréaction par trichophytine. A la période d'hypersensibilité déterminée par cette intradermoréaction fait suite une période d'immunité, une forme d'allergie qui vient renforcer les forces curatrices de l'organisme. Ce qui se produit dans ce cas ce n'est pas une action directe sur le parasite, mais une exaltation des moyens de défense de la peau contre ces parasites.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus. (D'ŒLNITZ. *Arch. de méd. des enfants*, mars 1911.) — Au point de vue de l'évolution de l'hypertrophie du thymus, l'auteur distingue une forme avec *mort subite*, des formes *latentes* avec apparition soudaine d'accidents immédiatement menaçants et nécessitant une intervention d'urgence, des formes *silencieuses* avec apparition intermittente d'accidents respiratoires transitoires, des formes à manifestations continues avec *exacerbations* intermittentes.

Les signes par lesquels l'affection se révèle peuvent être groupés de la manière suivante : 1° *symptômes fonctionnels* : *dyspnée* (tirage thymique bien décrit par M. Barbier avec saillie globuleuse asymétrique sur le plastron sterno-costal, signe de Méry et Pasturier); *accès de suffocation*, avec cyanose de la face, *stridor* simulant parfois la laryngite striduleuse; enfin parfois on observe un épistaxis; 2° *troubles de l'état général* extrêmement variables (dénutrition, cachexie, etc.); 3° *signes physiques* : cyanose, œdème des paupières, exophtalmie, teinte légèrement cyanotique persistante de la face en dehors des paroxysmes; dilatation des veines superficielles du cou avec contraction inspiratrice du peaucier; voussure asymétrique du plastron sterno-costal et sensation spéciale de choc à la palpation dans la fossette sus-sternale; LA PRESSION SUS-RÉTRO-STERNALE (signe sur lequel l'auteur appelle tout spécialement l'attention) ferait momentanément cesser le stridor et la dyspnée. Enfin la percussion donne des signes nets de matité anormale sus-jacente à la matité cardiaque. Peu de renseignements sont donnés par l'auscultation. — Par contre, la *radioscopie* et

la *radiographie* donnent des renseignements importants en montrant une ombre anormale sus-jacente à l'ombre cardiaque.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Note complémentaire sur l'utilisation pratique du rouge écarlate et d'un de ses composants. l'amidoazotoluol. pour stimuler l'épithélialisation des surfaces en état de granulation. (John STAIGE-DAVIS. *Ann. Surg.*, vol. LIII, n° 5, mai 1911, pp. 702-719.) — L'auteur expose les résultats obtenus par lui, depuis sa première série de 60 cas, publiée en janvier 1910 et déjà analysée ici (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 104, p. 1436). Beaucoup d'auteurs en Allemagne ont étudié cette substance et les corps voisins qui semblent avoir une propriété excitante des plus remarquables sur la prolifération épithéliale des plaies. Les nouveaux cas de Davis ne font que le confirmer dans ses premières convictions, à savoir qu'une pommade à 8 p. 100 est le plus puissant activant connu des ulcères atones. Il faut alterner toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures avec une pommade anodine pour éviter l'irritation. On peut appliquer du rouge écarlate sur des greffes épidermiques quarante-huit heures après la mise en place.

Davis a aussi employé un corps voisin du scharlachrot, l'amidoazotoluol, avec des résultats excellents. Les cicatrices sont belles, souples, non rétractiles. Il relate un cas de brûlure étendue chez une vieille femme de quatre-vingt-quatre ans, épidermisée par neuf pansements. La méthode n'a pas encore été employée en France, sinon par Dauthuile, de Lille.

F. GARDNER.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Je dois vous dire ici, messieurs, que c'est dans ces cas que les tribunaux se montrent le plus indulgents. En effet n'est-ce pas dans l'établissement du *diagnostic* que se révèle le caractère conjectural de la médecine ? L'examen le plus attentif secondé par les connaissances les plus sérieuses ne met point à l'abri d'une erreur. Le médecin sera-t-il trouvé en faute ? Non, même si son erreur aurait pu être évitée du premier coup par un praticien plus habile (Metz, 21 mars 1867, précité; Trib. Le Havre, déc. 1889, *Gaz. pal.* 1889, 2.680; Trib. Rouen, 30 juin 1896, *Gaz. pal.* 1896, 2e suppl. p. 14; Trib. Seine, 22 octobre 1897, *S.* 1899, 2. 90). Le médecin ne sera donc inquiété que si le diagnostic dénote une ignorance complète des connaissances médicales les plus élémentaires : ce serait le cas du praticien qui confondrait un cancer déjà développé avec une affection syphilitique.

L'erreur sur le *pronostic* est aussi des plus faciles à commettre. Mais le pronostic n'a soulevé des débats judiciaires qu'en matière d'accident du travail. Vous savez, messieurs, que la loi de 1898 veut que, dans le certificat d'origine, le médecin doit mentionner les suites probables de l'accident. Et les quelques jugements rendus en la matière ont considéré le médecin comme responsable, parce que ses prévisions contenaient des erreurs grossières et qui dénotaient une absence complète de réflexion ou de pratique médicale (Trib. Lille, 19 avril 1905, *Ann. hyg. publ.*, 1907, VII, 173).

Plus nombreuses sont les condamnations prononcées par les tribunaux pour les fautes commises par le médecin dans le choix ou l'emploi des moyens de *traitement*. On peut diviser les fautes dans le traitement en plusieurs catégories : ignorance, maladresse, imprudence et négligence.

Ne point connaître les notions scientifiques, même importantes, mais qui sont encore controversées, n'est point une faute. Les tribunaux vont même très loin dans cette voie. Ainsi un jugement récent rendu le 15 mars 1911, par la première Chambre du tribunal de la Seine, après expertise, concluait de la complexité des faits qu'il existait un doute sur la faute professionnelle du médecin, et devant l'impossibilité de l'éclaircir, déboutait le demandeur : il s'agissait de la pose d'un appareil à l'épaule d'un blessé, à la suite d'une fracture.

La maladresse est une faute qui est surtout reprochée aux chirurgiens, ce qui au fond est rare, car il n'appartient pas au juge d'apprécier la plus ou moins grande dextérité d'une opération (Trib. Seine, 22 oct. 1897, *S.*, 1899, 2. 90). Engagera par exemple sa responsabilité, un médecin qui piquera l'artère brachiale au cours d'une saignée.

L'imprudence est le motif le plus souvent invoqué contre le médecin. Comme je vous l'ai déjà dit tout à l'heure, messieurs, le praticien est libre du choix de ses moyens pour traiter ses malades. Il peut expérimenter, s'il le croit utile, des méthodes nouvelles. Tant qu'il se servira de ces méthodes récentes comme moyens curatifs il ne sera pas en faute, même dans les cas les plus désespérés. Ainsi ne commet pas de faute le médecin qui, à bout de ressources, emploie pour dompter une maladie un remède indiqué seulement par analogie (Trib. paix Alger, 9 novembre 1897, *La Loi*, 10 janvier 1898 ; Trib. Gray, 29 juillet 1873, *S.* 1874, 2. 58). Mais dès l'instant qu'il emploie ces méthodes dans un but d'expérimentation, le médecin est responsable des accidents qui pourraient survenir (Trib. Lyon, 15 déc. 1859, et Aix, 22 oct. 1906, précités).

La prescription de certains remèdes connus a valu quelquefois au médecin des condamnations pour imprudence. Et c'est la prescription à haute dose d'un médicament diversement actif selon la nature et le tempérament du malade qui a motivé les poursuites. Il est vrai que la jurisprudence est assez flottante. Certaines espèces disent que, devant la difficulté où se trouve le médecin de fixer la dose supportable, celui-ci ne peut être fautif, du moment qu'il n'a pas dépassé le maximum : le calomel, la belladone ne produisent-ils pas des effets semblables ? (Trib. de la Seine, 28 juillet 1894, *Soc. de méd. lég.*, t. XIII, p. 266.) D'autres espèces, au contraire, l'ont condamné (Trib. de Saint-Quentin, 16 avril 1891, Brouardel, *L'Exercice de la médecine*, annexe 5). Une leçon peut être tirée de ces jugements : le médecin, quand il emploie un remède dont l'efficacité peut varier selon le tempérament du malade, doit commencer par de faibles doses et augmenter progressivement.

Si nous passons au domaine de la chirurgie, et plus particulièrement de l'obstétrique, nous voyons que souvent l'audace a sauvé des vies humaines : aussi les condamnations pour imprudence sont excessivement rares. Des accoucheurs ont été condamnés pour avoir opéré la brachiotomie sans avoir préalablement tenté la version ni les autres moyens usuels employés à la fin d'un accouchement, et sans qu'il y ait eu urgence (Trib. du Puy, 31 janv. 1881, *Gaz. des trib.*, 9 fév. 1881). Certains jugements ont encore estimé qu'il y avait faute de la part d'un chirurgien lorsque celui-ci fait une opération dangereuse pour atteindre un minime résultat.

Il ne nous reste plus, pour terminer cette deuxième partie, qu'à vous parler de la négligence dans le traitement.

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911. — (Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 89, p. 1331 ; n° 92, p. 1367, et n° 94, p. 1392.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 98. — JEUDI 31 AOUT 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 31 AOUT 1911. — Nº 98.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont délégués pour un an, du 1er novembre 1911 au 31 octobre 1912, dans les fonctions de chargé de cours de clinique annexe les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — M. Petit, médecin des hôpitaux.

Charité. — M. Mauclaire, chirurgien des hôpitaux.

Saint-Antoine. — MM. Siredey et Vaquez, médecins des hôpitaux; Lejars et Ricard, chirurgiens des hôpitaux; Doléris, accoucheur des hôpitaux.

Saint-Louis. — M. Rochard, chirurgien des hôpitaux.

Necker. — MM. Rénon, médecin des hôpitaux; Routier, chirurgien des hôpitaux.

Cochin. — M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

Beaujon. — MM. Bazy et Tuffier, chirurgiens des hôpitaux.

Lariboisière. — MM. Brault, Launois et Legendre, médecins des hôpitaux; Sébileau et Picqué, chirurgiens des hôpitaux.

Laënnec. — MM. Barié et Bourcy, médecins des hôpitaux; Legueu, chirurgien des hôpitaux.

Enfants-Malades. — MM. Méry, médecin des hôpitaux; Broca (A.), chirurgien des hôpitaux.

Pitié. — MM. Walther, chirurgien des hôpitaux; Potocki, accoucheur des hôpitaux.

Boucicaut. — M. Lepage, accoucheur des hôpitaux.

Tenon. — MM. Thiéry, chirurgien des hôpitaux; Demelin, accoucheur des hôpitaux.

— M. Aviragnet, médecin des hôpitaux, est chargé pour un an, du 1er novembre 1911 au 31 octobre 1912, d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

— M. Boissard, accoucheur des hôpitaux, est délégué pour un an, du 1er novembre 1911 au 31 octobre 1912, dans les fonctions de chargé de cours de clinique annexe (Lariboisière).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Hérail, professeur de matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de thérapeutique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Chapoy, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1911, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

GUERRE — Liste des médecins auxquels le ministre a conféré, par décision du 10 août 1911, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — 1re région : MM. les docteurs Dubiquet (d'Auby), Fourmeaux (de Saint-Amand-les-Eaux), Vaille (de Caudry), Quiret (d'Iwuy), Wemaere (de Wormhoudt), Bombart (de Solesmes).

2e région : M. le docteur Brasseur (de Villiers-Bretonneux).

3e région : MM. les docteurs Léonard (de Lillebonne), Dimey (des Andelys).

4e région : MM. les docteurs Poulain (de la Ferté-Macé), Gigon (de Ballée), Loridant (de Brou), Gigon (de Saint-Calais).

5e région : MM. les docteurs Dupont (de Villiers-Saint-Georges), Bazor (de Gouaix).

7e région : M. le docteur Lamy (de Montreux-Château).

8e région : MM. les docteurs Favelier (de Luzy), Dézautière (de la Machine), Champenier (du Châtelet), Robet (de Saint-Pierre-le-Moutier).

9e région : MM. les docteurs Flu (de Lion-d'Angers), Delaunay (de Montbazon), Gros (de Saint-Chartier).

10e région : MM. les docteurs Macé (de Pleurtuit), Vidal (de Percy), de Caze (de Plélan-le-Grand), Chambrin (de Plancoët).

11e région : MM. les docteurs Odeyé (de Lesneven), Bréchoteau (de Coëx).

12e région : MM. les docteurs Gaillardon (d'Aubeterre), Lafon (de Saint-Germain-de-Larche), Fays (de Ruffec), de la

Chapelle (de Laforce), Fournier (de Sigoulès), Mage (de Beaulieu).

13e région : MM. les docteurs Corny (de Lezoux), Roche (de Boën), Gallice (de Langeac), Boichon (de Panissières), Brunon et Legros (de Firminy), Maugue (des Martres-de-Veyres), Darteyre (de Saint-Amand-Tallende).

14e région : MM. les docteurs Roux (d'Heyrieux), Achard (de Saint-Laurent-du-Pont).

14e région *bis* : M. le docteur Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne).

15e région : MM. les docteurs Robert (du Teil), Sicard (de Gordes), Bruguerolle (d'Alais), Sérieux (de Martigues), Tasso (d'Endoume), Bichon (de Châteaurenard), Mourier (de Vézenobres).

15e région *bis* : MM. les docteurs Mattéo (de Roquebillière), Larcher (de Fayence).

16e région : MM. les docteurs Fabre (d'Olonzac), Boudon (de la Canourgue), Vazelle (de Mur-de-Barrez), Fabre (de Saint-Rome-du Tarn), Sinègre (de Saint-Geniez-d'Olt), Tichet (de Fournels).

16e région *bis* : M. le docteur Guiraud (de Lavaur).

18e région : MM. les docteurs Chollet (de Burie), Lassègue (de Pouillon), Phelippot (de Bordeaux-Bastide).

19e région : MM. les docteurs Daniel (de Mila), Grucker (de Sétrata), Lubac (de Carnot), Poli (de Fondouk), Massonet (de Gouraya), Cabannes (de Mustapha-Inférieur).

20e région : MM. les docteurs Lasne (d'Aix-en-Othe), Carcy (de Vignory), Delarue (de Bar-sur-Seine).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : M. le docteur Boury (d'Issy-les-Moulineaux).

1re région : MM. les docteurs Alexandre (d'Arques), Pruvost (de Carnières), Daubresse (de Carvin), Lamiot (de Boulogne-sur-Mer), Jacquet (d'Haubourdin), Dourlens (de Bruay).

2e région : M. le docteur Caron (de Nouvion).

3e région : MM. les docteurs Perriguet (de Pacy-sur-Eure), Dietz (de Bayeux), Allard (de Duclair).

4e région : MM. les docteurs Cronier (de Gacé), Butel (de Rémalard), Legendre (de Pontvallain), Jouis (d'Andouillé).

7e région : MM. les docteurs Herrmann (de Pierrefontaine), Goudot (de Fresne-Saint-Mamès).

8e région : MM. les docteurs Digoy (de Saint-Léger-sur-Beuvray), Bertrand (de Lignières), Martin (de la Chapelle-de-Guinchay), Ducrot (de Saint-Gengoux-le-National).

9e région : MM. les docteurs Thuau (de Baugé), Mosnay (de Saint-Varent), Peyssonnier (de Saint-Mathurin).

10e région : M. le docteur Danet (de Rennes).

12e région : MM. les docteurs Lapervenche (de Ribérac), Pascal (de Villefranche-du-Périgord), Goudère (d'Ahun), Janicot (de Saint-Marc-en-Loubaud).

13e région : MM. les docteurs Barbat (de Charlieu), Rolland (de Saugues), Four (de Laroquebrou), Giraud (de Cusset), Laborie (de Maurs), Delteil (de Riom-ès-Montagne), Dauphant (de Celles).

14e région : MM. les docteurs Thévene (de Voreppe), Bertrand (de Domene).

14e région *bis* : M. le docteur Humbert (de Taninges).

15e région *ter* : M. le docteur Dragacci (de Cargèse).

16e région : MM. les docteurs Séguret (de Laissac), Mauzac (de Florensac), Viguié (de Rieupeyroux), Bonnet (de Saint-Chély-d'Apcher).

17e région *bis* : M. le docteur Baldy (de Catus).

18e région : MM. les docteurs Bugeau (de Surgères), Samanos (de Saubusse), Compens (de Podensac), Peyneaud (d'Arès), Pouchet (de Grignols).

19e région : M. le docteur Cauquil (d'Azazga).

Tunisie : M. le docteur Menatti (de Mahdia).

Médailles de vermeil (accordées après vingt-cinq années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. les docteurs Caire (de Nanterre), Woehling (de Clamart), Barthès (d'Ivry-sur-Seine), Garès (de Marly-le-Roi), Ladroitte (de Brunoy), Camescasse (de Saint-Arnoult).

1re région : M. le docteur Leroy (de Marquise).

3e région : MM. les docteurs Gosselin (de Montivilliers), Porquet (de Vire), Jean (de Bayeux), Mordagne (de Tourny).

4e région : M. le docteur Georget (d'Ahuilé).

8e région : MM. les docteurs Combaud (de Sancerre), Patey (de Saint-Seine-sur-Vingeanne), Jobard (d'Is-sur-Tille), Laffage (d'Arnay-le-Duc).

10e région : MM. les docteurs Lejamptel (de Dol-de-Bretagne), Gringoire (de Redon), Prieur (de Cancale), Breillot (de Sourdeval).

12e région : MM. les docteurs Durieux (de Ribérac), Florentin (de Thenon).

13e région : MM. les docteurs Bénassy (d'Arfeuille), Sauvat (d'Issoire), Hyvernat (de Rive-de-Gier), Marsset (de Lavoûte-Chilhac), Degoul (de Vic-sur-Cère).

14e région : MM. les docteurs Michel (de l'Arbresle), Couturier (de Beaurepaire).

14e région *bis* : M. le docteur Bonnet (de Château-Queyras).

15e région : MM. les docteurs Dubourd (de Roquemaure), Jullian (de Beaucaire).

15e région *ter* : M. le docteur Filippini (d'Olmi-Cappella).

16e région : M. le docteur Laux (de Murviel-les-Béziers).

17e région *bis* : MM. les docteurs Berguin (de Castelmoron), Roudouly (de Caussade), Delcassé (de Lafrançaise).

18e région : MM. les docteurs Abadie (de Bourg), Callen (de Sore), Larquier (d'Archiac).

19e région : MM. les docteurs Babilée (de Douéra), Nourry (de Perrégaux).

20e région : M. le docteur Plique (de Poissons).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Marcel Cavalié (de Bordeaux) est nommé chevalier du Mérite agricole.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE vient de décerner le prix quinquennal de médecine à M. le docteur Pierre Nolf, chargé de cours à l'Université de Liége, pour l'ensemble de ses travaux sur la coagulation du sang, l'hémolyse et l'anaphylaxie.

UN MÉDECIN AVIATEUR. — Notre sympathique confrère, le docteur E. Reymond, chirurgien de la Maison départementale de Nanterre, sénateur de la Loire, et membre du groupe parlementaire de l'aviation, vient de prendre livraison d'un monoplan Blériot à moteur Gnome de 50 HP avec lequel il se propose d'aller visiter ses électeurs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaulard (de Lille); Bruandet (de Toulouse), ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de trente-six ans, victime du devoir professionnel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Accroissement : ses caractères normaux et anormaux chez les nourrissons; ses rapports avec l'hérédité, plus spécialement dans les états morbides (syphilis, tuberculose, alcoolisme). Essai de théorie ontogénétique, par le docteur M. Baudrand, médecin de l'asile annexe de l'hospice des Enfants assistés. Préface de M. le docteur G. Variot, médecin en chef de l'hôpital des enfants assistés. Un vol. grand in-8 raisin, de 664 pages, avec 22 graphiques hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique des maladies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire, par les docteurs E. Hirtz, Rist, Ribadeau-Dumas, Tuffier, J. Martin, Kuss. Un vol. in-8 de 713 pages, avec figures, cartonné. — Prix : 14 francs. — (*Bibliothèque de thérapeutique* Gilbert-Carnot), Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Syphilis expérimentale, par les docteurs Alfred Lévy-Bing, médecin de Saint-Lazare, et Paul Laffont, ancien interne de Saint-Lazare. In-18 jésus, cartonné toile, de 350 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Chaos et l'harmonie universelle, par le docteur Félix Le Dantec, chargé de cours à la Sorbonne. In-16 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

L'ASTHÉNO-MANIE POST-TRAUMATIQUE (1)

Par M. R. BENON,

Médecin adjoint des quartiers d'hospice (Saint-Jacques, Nantes).

OBS. II. — *Traumatisme : chute en arrière sur la tête, suivie de perte de connaissance complète durant sept ou huit heures. Asthénie profonde pendant trois à quatre jours avec plaintes, gémissements; le malade reconnaît les siens et ne gâte pas. Disparition progressive, mais assez rapide de l'asthénie, remplacée peu à peu par l'agitation maniaque; excitation intellectuelle et motrice, euphorie, tendance à la colère. Guérison. Durée : environ deux mois. — Amnésie rétrograde très légère; amnésie antérograde de fixation portant sur dix-huit à vingt jours. — Asthéno-manie post-traumatique.*

L... (Charles), quarante-deux ans (1911), surveillant à la Compagnie des chemins de fer du Nord, a été victime d'un accident le 22 septembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Pas de maladie nerveuse ni mentale (?).

Antécédents personnels. — Il n'aurait pas eu de maladie grave dans sa jeunesse. De quatorze à vingt et un ans, il sert dans la marine de guerre : devenu rapidement timonier breveté, il exerce cette fonction à bord des torpilleurs. Durant son service militaire, il séjourne à Brest, à Cherbourg; il fait campagne en Chine, etc.; il y est atteint, à dix-neuf ans, de fièvre typhoïde.

Après sa libération, en 1890, il est agréé à la Compagnie des chemins de fer du Nord; à vingt-quatre ans, il a été tamponné, mais l'accident fut bénin; il a présenté des hémoptysies à trente-deux ans, mais a parfaitement guéri.

Marié, un enfant, il ne boit pas. D'après sa femme, son caractère est plutôt celui d'un homme « renfermé ».

Histoire de l'accident et de la maladie. — Le dimanche 22 septembre 1907, L..., qui se promenait sur la route de Pierrefitte, avec sa femme et sa fille, est renversé par un cycliste; il était environ trois heures de l'après-midi. La chute fut violente; la tête heurta durement le sol, il perdit connaissance; le sang coulait par le nez et la bouche. On le transporta chez lui; la soirée ne fut d'abord marquée par aucun incident; le malade, immobile sur le dos, ne faisait pas de mouvement, ne réagissait à aucune excitation extérieure. Mais, dans la nuit, il ouvrit les yeux, regarda vaguement devant lui, puis les refermant, il se mit à se plaindre : « Oh! la la, ma tête!... Oh! la la, mon dos!... ». Sa femme ne sait pas s'il l'a reconnue tout de suite. Il ne bougeait pas et ne répondait pas aux questions.

Le 23, il continue à se plaindre, surtout de la tête; il garde plus longtemps les yeux ouverts : ils étaient « comme voilés », dit la femme. Ce jour-là, il aurait fait à sa femme une réponse qui fit croire à celle-ci qu'il la prenait pour sa belle-mère. Toutefois, fait important, il réclame le vase pour uriner.

Le 24, mêmes plaintes, mêmes gémissements : « Oh! ma tête!... Oh! mes jambes!... » Il répond mieux, avec effort. Il remue parfois les jambes, puis les bras, se tourne un peu dans son lit. Il ne parle pas spontanément, mais ne prend pas sa femme pour une autre personne. Il reconnaît des amis qui viennent le voir et dit même leurs noms. Mais « on voyait encore, dit la femme, qu'il avait de la difficulté à parler et à se mouvoir ». Il demande toujours le vase pour uriner.

Le 25, l'amélioration continue; il se plaint toujours de la tête; il remue davantage dans son lit, le regard est plus vif; il laisse mettre un peu de liquide dans sa bouche et le déglutit facilement.

Le 26, c'est-à-dire le quatrième jour, il réclame de lui-même à boire; il se plaint moins de sa tête; il parle volontiers avec sa femme ou avec ceux qui viennent le voir. Sa femme, qui l'avait vu si abattu quelques jours auparavant, est surprise de cette transformation. Il s'asseoit dans son lit, cause avec une certaine animation. Cependant, la nuit fut bonne.

Le 27, le 28, les phénomènes d'excitation, qui avaient commencé à se manifester la veille, deviennent plus marqués encore. Ils croîtront du reste de jour en jour et nécessiteront l'internement du malade.

La femme, interrogée plusieurs fois sur ce point, est très catégorique : « L'agitation, dit-elle, est venue petit à petit; s'il était resté comme les premiers jours, j'aurais pu le garder à la maison; mais peu à peu cela augmentait... »

En fait, le malade offrait un état d'excitation maniaque typique. Le voici avec ses détails : « Il ne cessait de dire des bêtises, raconte la femme; il parlait tout le temps; quelquefois, il disait des gros mots. Était-ce pour rire? Il riait toujours. Il voulait qu'on s'occupât sans cesse de lui. A d'autres moments, il me disait des choses désagréables, vexantes, mais il passait vite à un autre sujet. Il criait, chantait, disait souvent, lui qui a été marin : « Protégez la marine!... Priez la Sainte-Vierge!... Je vais passer amiral... On en aura de l'argent... » Il voyait tout en grand, il était entreprenant. Et tout cela avec des rires, des gestes vifs, de l'exubérance... Il jouait comme un enfant, s'amusait d'un rien. Ainsi il prit le chapeau du médecin qui le visitait et s'en coiffa; un autre jour, c'est le parapluie de son médecin qu'il saisit : il l'ouvrit et se promena avec dans sa chambre. Il s'enveloppait la tête avec du coton, pour jouer. Il tirait la langue, grimaçait, faisait des pieds de nez. Il prenait des œufs, un verre, et jonglait avec. Parfois, il se tapait sur le derrière et disait : « Battez-moi, ça me fera du bien. » Il était malicieux; comme on le maintenait au lit, il disait qu'il entendait quelqu'un dans la salle à manger, et il voulait qu'on le lâchat, pour voir qui était là. Il était gai, enjoué, tout à fait comme un enfant. Mais, petit à petit, il fut plus énervé, plus irritable : un jour il a donné une claque à sa fille. L'excitation augmentait, il ne dormait plus; il a fallu le placer. Il ne se rappelait pas son accident; mais il ne cessait de causer du passé, qu'il évoquait avec précision. »

9 octobre 1907. — Il est conduit à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Dans le certificat qui conclut à l'internement, le médecin note l'excitation maniaque, les idées de satisfaction, la logorrhée, l'insomnie, etc.

Du 10 octobre au 24 novembre 1907, le malade est traité à l'Asile clinique : l'excitation maniaque, avec incohérence, a diminué progressivement. « Petit à petit, dit la femme, je le voyais revenir à son état normal. Oh! oui, à chaque fois il m'a reconnu. Au début, il ne savait pas dans quel hôpital il était. Toujours gai, il vantait les soins qu'on lui donnait. Il ne se mettait plus en colère. Il pleurait facilement, surtout quand l'enfant était là; mais peu de temps après, il riait, blaguait. Quelquefois, il se plaignait de la tête. »

3 décembre 1907. — Tout à fait revenu à son état antérieur, il a pu rentrer à la Compagnie du Nord. Il a gardé de l'asile le souvenir le plus agréable.

1er septembre 1909. — Il ne se souvient toujours pas des circonstances de l'accident, mais il se revoit sur la route de Pierrefitte, un après-midi, avec sa femme et sa fille. Il ne se rappelle pas son passage à l'Infirmerie spéciale; mais il se souvient du docteur M... à l'Admission (Sainte-Anne) : « Je le revois avec sa calotte...; il donnait des bonbons aux enfants. » Il se rappelle qu'il a été ponctionné (ponction lombaire), qu'il a mis une chaise dans le milieu de la salle des agités, qu'il est monté dessus pour chanter, etc.

Comme beaucoup de traumatisés, il a oublié les circonstances immédiates de son accident; il ne peut évoquer sa chute à la renverse, mais cette amnésie rétrograde ne porte que sur quelques minutes. L'amnésie antérograde de fixation est plus étendue; elle s'étend sur seize à dix-huit jours; il n'a, en effet, aucun souvenir de ses actes à son domicile; il ignore avoir été

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 97, p. 1423.

conduit à l'Infirmerie spéciale. En revanche, il se souvient de son passage à l'Asile clinique; mais, pendant plusieurs jours ou semaines, il n'a pas conservé tous les faits qui se sont déroulés autour de lui : l'amnésie de fixation, absolue d'abord, est devenue incomplète et a disparu, petit à petit, en quatre ou cinq semaines.

A la suite de cette maladie, le caractère de L... n'a pas changé.

Il n'a *pas* été *indemnisé* par l'auteur de l'accident.

3 février 1911. — Pas de trouble de la mémoire, ni du caractère. Ne se plaint jamais de fatigue. Exécute parfaitement son travail. La femme fait cette remarque : « Je le trouve plus patient qu'avant, plus difficile à énerver. Je le dis, cela, avec ma fille. Il y a des choses qu'on lui répond maintenant et qui ne le mettent plus en colère, comme autrefois. » Il évoque toujours avec plaisir son séjour à l'asile.

État somatique excellent (1).

De ces deux asthéno-maniaques, le premier n'a pas été placé à l'asile, et cela avec raison. Pour le second malade, l'internement eût été difficile à éviter, à cause de l'accroissement intense de l'excitation. Quoi qu'il en soit, il est certain que, pratiquement, on pourra souvent éviter au malade une séquestration : c'est pour ces cas que des services spéciaux *pour agités* devraient être créés dans les hôpitaux.

***

Historique. — Il était intéressant de rechercher dans les auteurs des faits d'asthéno-manie post-traumatique. Nous voulons en rapporter quelques-uns, les plus nets. Nous dirons aussi quelques mots des cas probables, cas où les troubles « sthéniques » n'ont pas toujours été bien développés ou précisés.

Dupuytren a parfaitement vu et décrit l'agitation maniaque post-traumatique. Nous croyons devoir citer ce qui a trait à ce sujet dans ses œuvres :

« Si le soir ou le *surlendemain* d'une fracture, d'une luxation ou d'une *opération quelconque*, le malade paraît dans un état de *gaieté surnaturelle*, s'il *parle beaucoup*, a l'œil vif et la parole brève, les *mouvements brusques et involontaires*, s'il affecte un *courage* et une résolution désormais inutiles, tenez-vous sur vos gardes...

« Il se manifeste en eux (chez ces malades) une singulière confusion d'idées sur les lieux, les personnes et les choses. En proie à l'*insomnie*, ils sont ordinairement dominés par une idée plus ou moins fixe, mais presque toujours en rapport avec leur profession, leurs passions, leurs goûts, leur âge, leur sexe. Ils se livrent à une *jactation* continuelle.

« Les parties supérieures de leur corps sont couvertes d'une sueur abondante, les yeux deviennent brillants, injectés; la face s'anime, se colore; ils profèrent avec une *loquacité* extraordinaire des vociférations effrayantes...

« Au bout de quatre à cinq jours, l'*affection se termine par la mort ou beaucoup plus souvent par la guérison*. Si cette terminaison doit avoir lieu, le calme revient sans crise apparente et aussi brusquement que le désordre a commencé. Excédés de fatigue, un sommeil profond et paisible s'empare des malades, puis, au bout de dix ou quinze heures au plus, ils s'éveillent pleins de raison, sans se souvenir du passé, faibles, sensibles à la douleur...

« Ce délire peut se renouveler jusqu'à deux ou trois fois, après un ou plusieurs jours de rémission (1). »

Cette description de Dupuytren est excellente. On y trouve les caractères fondamentaux de la manie : l'agitation motrice, avec l'exaltation de la force, l'excitation intellectuelle et l'euphorie. L'auteur signale aussi la confusion mentale : elle peut venir compliquer l'état hypersthénique.

Cet état d'excitation, désigné sous le nom de « délire traumatique », fut distingué avec raison par Dupuytren, puis par Calmeil (2), du delirium tremens des alcooliques. Plus tard, il fut confondu avec ce dernier par Fournier (3), Ball et Chambard (4), etc. En 1892, Le Dentu (5) revint à la conception de Dupuytren, mais les faits nombreux qu'il apporta sont assez disparates et peu détaillés. Depuis cette époque, ces états morbides n'ont point donné lieu à des travaux originaux. Quant à nous, nous pensons que le délire traumatique de Dupuytren n'est autre que l'asthéno-manie post-traumatique et que ces accidents doivent être complètement séparés des troubles cérébraux éthyliques qui peuvent éclater à l'occasion des traumatismes. Quand l'asthéno-manie traumatique survient chez un alcoolique, l'agent toxique ne joue qu'un rôle accessoire et ne modifie pas le fond du tableau clinique.

Nous ajouterons ici quelques faits recueillis dans les auteurs et qui peuvent être considérés comme de l'asthéno-manie secondaire post-traumatique.

Chassaignac (6) (1845) en cite un cas chez une femme, à la suite d'une chute sur la tête : il fait le diagnostic de délire aigu ou délire nerveux.

Souplet (7) (1871) en rapporte une observation plus détaillée, prise avec quelque soin : l'accès asthénique dure plusieurs jours, disparaît, et progressivement on voit se développer l'agitation motrice, l'hyperidéation avec loquacité, l'état de joie, puis les crises de colère; le blessé guérit en trois à quatre semaines.

Mollière (8) (1881) publie sous le titre de « folie traumatique guérie par la trépanation » un cas d'asthéno-manie traumatique : un soldat, frappé d'un coup de pied de cheval à la région pariétale

(1) L'observation de ce malade a été publiée par MM. Dupouy et Charpentier (*Encéphale*, 1908, I). Le tableau clinique qu'ils tracent est sensiblement le même que le nôtre, mais l'interprétation des faits est différente.

(1) Dupuytren. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, t. I, p. 183, et 1839, t. II, p. 231.

(2) Calmeil. *Dict. de méd. en trente volumes*, 2e édit., t. X, art. sur delirium tremens, p. 37.

(3) Fournier. *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. alcoolisme, t. I, p. 653.

(4) Ball et Chambard. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. delirium tremens, p. 435.

(5) Le Dentu. *Etudes de clinique chirurgicale*, 1892, p. 37.

(6) Chassaignac. Délire aigu à la suite d'une chute sur la tête, *Gaz. des hôpit.*, 12 avril 1845, et *Ann. méd.-psych.*, 1845, t. VI, p. 120.

(7) Souplet. Aliénation mentale par cause traumatique, guérison, *Bull. de la Soc. méd. de l'Yonne*, 1871, t. XII, p. 69.

(8) Mollière (D.). Folie traumatique guérie par la trépanation, *Lyon méd.*, 1881, et *Ann. méd.-psych.*, 1881, t. VI, p. 5.

gauche, présente d'abord un état de *prostration* complète. Puis, au bout de deux ou trois jours, les fonctions végétatives s'étaient progressivement rétablies. Mais il s'était manifesté une agitation générale avec gestes, cris, etc. Le blessé, amené à l'hôpital, fut opéré. Il guérit. Comme l'asthénomanie se termine presque toujours favorablement, l'auteur, à tort, attribue la guérison à une trépanation tardive.

Rayner (1) (1884) relate un cas intéressant, car la chute fut suivie de coma avec crises épileptiques. L'asthénie tenait donc à la fois et au traumatisme et aux attaques comitiales. Or, on sait qu'il y a une asthéno-manie post-épileptique. La guérison eut lieu néanmoins.

Chez un malade de Talcot (2) (1888), on retrouve également deux causes d'asthénomanie : le trauma et l'opération du trépan, pratiquée aussitôt après l'accident. L'excitation maniaque ne survint que huit jours après le trauma ; elle guérit au bout de dix mois, mais elle eut ensuite une crise d'asthénie. Cette malade, non suivie par l'auteur, est peut-être devenue une dysthénique périodique.

Andrews (J. B.) (3), en 1893, attribue à l'hystérie traumatique des accidents convulsifs lointains qui avaient été précédés par un double accès asthénique et maniaque. L'état hypersthénique paraît s'être développé très rapidement.

Il en serait de même chez un malade de Cale (G.W.) (4). L'auteur pratiqua la trépanation. Le malade guérit ; mais dans ce cas, les mêmes réserves s'imposent que pour le malade de Mollière.

Citons, enfin, deux observations de Cowen (T. P.) (5). La première concerne un ouvrier qui tombe sur la nuque ; d'abord « stupide » (asthénique) durant deux jours, il devint bientôt maniaque, et guérit en trois mois. L'autre observation a trait à un alcoolique qui, après une commotion cérébrale, fit un accès maniaque.

A côté de ces cas nets et typiques d'asthénomanie post-traumatique, nous voulons placer un certain nombre de cas probables, c'est-à-dire de cas où figurent des éléments asthéniques ou maniaques, mis au second plan par les auteurs. La confusion mentale traumatique, notamment, qui, d'après les faits publiés, est assez fréquente, semble bien souvent n'être qu'un phénomène surajouté à un état asthéno-maniaque qui se complique.

Esquirol (6) (1838), à propos des chutes sur la tête, signale la manie après les traumatismes craniens.

Deux observations, l'une de Lajoux (1), l'autre de Guérin (A.) (2) paraissent être des asthéno-manies traumatiques. Les enfantillages signalés dans le premier de ces cas, les idées ambitieuses et érotiques relevées dans l'autre, sont en faveur de cette interprétation.

De même, les alternatives d'excitation et de dépression, relatées par Savage (3), chez un enfant de quatorze ans, à la suite d'un coup sur la tête, et terminées par la guérison au bout de deux mois, paraissent être des troubles « sthéniques » post-traumatiques.

Certaines observations de Christian (4), de Dubuisson (5), sont également susceptibles d'être rattachées aux asthéno-manies secondaires.

Citons encore les faits rapportés par Dewey (6) (cas avec alternatives d'excitation et de dépression), Piccinino (7) (excitation après léger trauma), de Buck et van der Linden (8) (délire aigu), etc.

L'observation de Kalberlah (9) est plus intéressante, parce que plus détaillée. L'auteur déclare être en présence d'un cas de psychose de Korsakoff, terminée par un état démentiel. Quoi qu'il en soit, ce traumatisé du crâne a présenté de l'asthénomanie. A son arrivée il fut placé aux agités ; il avait de l'excitation motrice et intellectuelle avec euphorie et tendance à la colère. Il paraît avoir été confus, désorienté, amnésique de fixation, mais cet état peut coexister avec la manie. Il fabulait, mais les récits imaginaires sont habituels chez les hypersthéniques. A sa sortie et à sa deuxième entrée, le malade apparaît bien comme un hypomaniaque. Il est regrettable que l'évolution de ce cas ne soit pas connue.

Meyer (10), plus tard, a publié deux observations de psychose traumatique qui seraient semblables à celle de Kalberlah.

Comme cas probables d'asthéno-manie secondaire post-traumatique, avec ou sans confusion, signalons

(1) Rayner (H.). Un cas de folie consécutive à un traumatisme de la tête, *The Journ. of ment. sc.*, oct. 1884 ; *Arch. de neurol.*, 1886, t. XI, p. 429.

(2) Talcot. Folies traumatiques et guérisons, *XLIIe Congrès ann. de l'Assoc. des méd. alién. des E.-U.*, 15 mai 1888 ; *Ann. méd.-psych.*, 1889, t. IX, p. 308.

(3) Andrews (J. B.). Hystérie traumatique due à un accident de chemin de fer, *Amer. Journ. of insan.*, juillet 1891 ; *Ann. méd.-psych.*, 1893, t. XVIII, p. 488.

(4) Cale (G. W.). Deux opérations suivies de succès dans la folie traumatique, avec commentaires, *The New-York med. Journ.*, 12 oct. 1895 ; *Arch. de neurol.*, 1896, t. I, p. 73.

(5) Cowen (T. P.). Types de folie traumatique, *The Journ. of ment. sc.*, janv. 1896 ; *Ann. méd.-psych.*, 1899, t. X, p. 100.

(6) Esquirol. *Des Maladies mentales*, 1838, t. I, p. 68.

(1) Lajoux. Th. de Paris, 1869, p. 27.

(2) Guérin (A.), in Azam. Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes craniens, *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. I, p. 149.

(3) Savage. Un cas d'aliénation mentale chez un enfant de quatorze ans après un coup à la tête, *The ment. sc.*, 1879, 1er trim. ; *Ann. méd.-psych.*, 1881, t. VI, p. 318.

(4) Christian. Des traumatismes du crâne, *Arch. de neurol.*, 1889, t. II, p. 7 (note), p. 188 (obs. XVIII).

(5) Dubuisson. De la folie traumatique, *Congrès des aliénistes*, Rouen 1890, p. 262-263 (obs. B..., trente-trois ans).

(6) Dewey. Deux cas de lésion traumatique du cerveau, *Amer. Journ. of insan.*, 1890 ; *Arch. de neurol.*, 1893, t. XXV, p. 268.

(7) Piccinino. Un cas important de névrose traumatique, *Gli incurabili*, fév. 1897 ; *Revue neurol.*, 1897, p. 389.

(8) De Buck et van der Linden. Lésion cérébrale par contrecoup, *Journ. de neurol.*, 1900, n° 8 ; *Arch. de neurol.*, 1900, t. X, p. 221.

(9) Kalberlah (Fr.). Clinique neuropathol. de Halle. Professeur Hitzig. De la psychose aiguë par commotion cérébrale. Contribution à l'étiologie du complexus symptomatique de Korsakow, *Arch. f. psych.*, t. XXXVIII, 2, 1904.

(10) Meyer. Complexus symptomatique de Korsakow à la suite de commotion cérébrale, *Neurol. Centralbl.*, août 1904, *Ann. méd.-psych.*, 1908, t. VII, p. 308.

encore certaines observations de Kraepelin (1), de Carey Evans (2), de Hasche-Klünder (3), etc.

Enfin, d'après quelques faits publiés, quel serait le *pronostic* des asthéno-manies secondaires post-traumatiques. Il semble qu'après cet état morbide puissent se développer des formes de dysthénie périodique (psychose périodique ou psychose maniaque dépressive). C'est ainsi que certains malades font de la manie ou de l'hypomanie chronique (4), ou de la manie intermittente (5), ou des formes alterne (6) ou circulaire (7) de la psychose périodique (dans ces deux dernières formes — on le sait — les alternatives d'excitation et de dépression se succèdent avec ou sans retour à l'état normal).

***

En résumé, l'asthéno-manie post-traumatique entre dans le groupe des asthéno-manies secondaires de Tastevin.

Ce double accès asthénique et hypersthénique est généralement bénin et de courte durée.

L'état maniaque doit être différencié des accidents cérébraux aigus ou subaigus, hallucinatoires, délirants, confusionnels, qui peuvent se développer chez certains *traumatisés infectés ou intoxiqués* (*alcooliques*).

La *confusion mentale* paraît pouvoir compliquer les accidents asthéno-maniaques post-traumatiques.

La *trépanation* n'est naturellement pas indiquée chez les asthéno-maniaques.

Il importe de réserver le pronostic de l'asthéno-manie post-traumatique puisque, certains cas sont suivis de dysthénies périodiques (psychose maniaque dépressive).

(1) Kraepelin (E.). Folie consécutive aux traumatismes craniens, *Psych. clin.*, trad. franç., 2e édit., 1907, p. 324 : ferblantier, quarante-quatre ans.

(2) Carey Evans (P. J.). Blessure grave du crâne avec perte de conscience, *Brit. med. Journ.*, 1907, n° 2414, p. 811, *Revue neurol.*, 1907, p. 818.

(3) Hasche-Klunder. Psychose traumatique atypique, *Arch. f. psych.*, 1908, t. LXIV, 2, obs. IX, p. 702.

(4) Voir par exemple Christian. Loc. cit., *Arch. de neurol.*, 1889, t. II, p. 24 (obs. M..., soixante-huit ans). — Alvin, Eyer et Noble. Psychose traumatique consécutive à une fracture du crâne, *Med. London Journ.*, t. XI, p. 3 ; *Arch. de neurol.*, 1895, t. XXIX, p. 68.

(5) Voir par exemple Dubuisson. Loc. cit., *Congrès de méd. ment.*, 1890, p. 266, obs. P..., trente-sept ans. — Damaye (H.) et Desruelles (M.). Agitation maniaque post-traumatique suivie d'affaiblissement intellectuel. Récidive de l'agitation à l'occasion d'états toxi-infectieux (?). Autopsie, *Revue de psych.*, 1908, t. XII, p. 447.

(6) Voir par exemple Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, t. III, obs. CIX, p. 139, in Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883, p. 278. — Kirn (L.). *Die periodischen Psych.*, Stuttgart 1878, in Ritti. Loc. cit., 1883, p. 276.

(7) Hasche-Klünder. Psychoses traumatiques atypiques, *Arch. f. psych.*, 1908, t. LXIV, 2, obs. VI, p. 689.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 AOUT 1911)

Cause déterminante de la « fièvre typhoïde du cheval » (influenza, grippe, pasteurellose; pferdestaupe; pink eye). — M. J. Basset. Il s'agit d'une maladie qui existe dans le monde entier, mais qui « sévit avec une intensité particulière dans les grandes villes, décimant la cavalerie des entreprises de transport et apportant un trouble considérable dans les services » (Nocard et Leclainche). On crut, avec Schütz, que la maladie était causée par un *streptocoque*, par une *pasteurella* avec Lignières; aujourd'hui tout le monde admet que la véritable cause de la maladie n'est pas encore établie (Hutyra et Marek).

Les expériences de M. Basset lui ont montré que la fièvre typhoïde du cheval est inoculable et qu'elle est déterminée par un virus filtrable. Une atteinte antérieure de la maladie confère l'immunité.

Le chaos des affections typhoïdes du cheval, une des questions les plus obscures de la pathologie animale, apparaît maintenant assez simple à résoudre; on va pouvoir solutionner les rapports de la fièvre typhoïde avec les pneumonies infectieuses et avec l'anémie pernicieuse du cheval. De cette étude découleront des données précieuses pour la thérapeutique et la prophylaxie.

ANALYSES

MÉDECINE

Examen microscopique de la bile dans un but de diagnostic. (E. Petry. *Wiener klin. Woch.*, 29 juin 1911, n° 26, p. 927.) — Un élève de Pavlow, Boldyreff, a remarqué que chez les chiens auxquels on introduit de la graisse dans l'estomac, le pylore s'ouvre, et une certaine quantité de bile mêlée de suc pancréatique pénètre dans l'estomac. Volhard a eu l'idée d'utiliser ce phénomène en clinique pour l'étude des fonctions pancréatiques, et Weber, l'employant chez des sujets porteurs de bacilles, a pu déceler dans la bile extraite de l'estomac de nombreux bacilles typhiques ou paratyphiques.

Petry a repris ces recherches; sa technique est la suivante. Il fait ingérer aux sujets à examiner, maintenus à jeun depuis la veille, 200 centimètres cubes d'huile d'olive; puis il pratique le cathétérisme gastrique au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure.

Le liquide extrait de l'estomac, abandonné dans un verre à expérience se divise en deux couches : une couche supérieure huileuse et une couche inférieure teintée de vert par la bile; on peut centrifuger cette couche inférieure pour en étudier les éléments.

Il ressort des recherches de Petry que l'on peut trouver dans la bile des sujets atteints de lithiase biliaire de véritables concrétions visibles au microscope dont beaucoup sont de véritables petits fragments détachés des calculs dans les voies biliaires.

Il peut même arriver que les fragments en suspension dans la bile extraite de l'estomac soient assez volumineux pour être visibles à l'œil nu. On trouve également dans ces cas des leucocytes teintés de vert par la bile.

Petry a pu également démontrer, mais seulement dans des recherches expérimentales, qu'en cas de dégénérescence graisseuse du foie on peut trouver dans la bile des cellules hépatiques présentant les lésions dégénératives caractéristiques.

A. Lemierre.

Les lésions osseuses de la variole. (W. E. Musgrave et A. G. Sison. *The Philippine Journ. of Sc.*, déc. 1910, vol. V, n° 6, p. 554 [avec 8 reproductions photographiques].) — Parmi les malades qui passèrent dans leur service pendant l'année 1910, les auteurs remarquèrent 8 malades qui présentaient des lésions osseuses identiques qui seraient, d'après eux, survenues à la suite d'une attaque de variole pendant l'enfance.

Dans 7 des cas, on remarquait un raccourcissement des avant-bras souvent plus marqué d'un côté que de l'autre : les os de l'avant-bras plus courts que normalement, parfois d'une quantité considérable (la moitié dans un cas), présentaient leur diamètre normal, les extrémités des os étaient souvent irrégulières, hyperostosées, et il en résultait des troubles dans le fonctionnement des articulations.

Dans un cas, l'atrophie portait sur les deux humérus; chez une malade, outre l'atrophie du cubitus et du radius, on notait des raccourcissements des métacarpiens et des phalanges. Dans un cas, le coude était le siège d'une ankylose qui semblait osseuse.

Aucun de ces malades ne portait de traces de fistules et n'avait présenté de lésions osseuses aiguës.

En l'absence d'autopsie et de radiographie (aucun appareil ne fonctionnant encore à Manille), voici l'interprétation que les auteurs donnent de ces faits :

Il s'agit d'arrêt de développement par ossification prématurée du cartilage dia-épiphysaire sous l'influence de la variole. Ce qui rend vraisemblable cette interprétation, c'est que la diaphyse a conservé son diamètre normal, l'accroissement périostique a été conservé; seul, l'accroissement en longueur dû au cartilage de conjugaison a été frappé. Dans tous les cas observés, la variole remontait à l'enfance, avant le développement osseux, et aucun cas analogue ne s'est produit à la suite d'une variole de l'adulte. Il s'agit bien d'un arrêt de développement et non d'une destruction. L'épiphyse et souvent l'articulation ont été le siège de phénomènes d'ossification irrégulière et désordonnée qui ont entraîné des déformations et même l'ankylose.

Quant à l'origine par la variole, elle n'est pas douteuse, étant donné la concordance des observations. De plus, ces cas sont bien connus des Philippins, et c'est pour eux une complication très redoutée pour leurs enfants.

Les auteurs ne s'expliquent pas la localisation exclusive des troubles aux membres supérieurs. Malgré leurs recherches, ils n'ont trouvé dans la littérature médicale mention d'aucun fait analogue. M. LANCE.

MÉDECINE INFANTILE

Entérorragies occultes et helminthiase intestinale chez les enfants. (Railliet. *La clinique infantile*, 1er mars 1911.) — Quelle est la valeur de la constatation positive d'une réaction de Weber, dans les fèces, en vue de permettre l'affirmation de l'helminthiase intestinale ? Guiart et Garin concluent de leurs recherches que le Weber positif ne saurait avoir de valeur que s'il est accompagné d'un examen des matières ; c'est à une conclusion analogue qu'aboutissent MM. Cade et Garin. M. Railliet s'est proposé de vérifier ces faits, en utilisant la réaction de Meyer, et en observant des enfants atteints d'appendicite examinés avant et après l'opération. Pour cet auteur, constante est la réaction positive chez les enfants porteurs de parasites; mais d'une part, il faut se rappeler la banalité de ce parasite chez l'enfant et d'autre part rien ne démontre que le trichocéphale soit, à lui seul, la cause déterminante de l'hémorragie : « Il semble donc prématuré d'affirmer que toute entérorragie occulte, en l'absence de la moindre cause locale, soit due aux helminthes dont on a découvert les œufs dans les selles. » L. BABONNEIX.

Syphilome lingual chez une fillette de six ans. (Comby et G. Schreiber. *Arch. de méd. des enfants*, avril 1911.) — Il s'agissait probablement dans le cas observé d'une syphilis congénitale, une telle manifestation est assez rare chez l'enfant, pour que l'on puisse la signaler. Cet accident rentre dans le cadre des *glossites corticales en îlots ou en oasis*, appelées *glossites lenticulaires* : elles sont constituées par un, deux, ou trois placards à contours arrondis ou ovalaires, plans ou faisant un très léger relief, d'un rouge assez foncé, lisses, donnant au doigt la sensation d'une induration lamelleuse étalée et siégeant sur la face dorsale de la langue (Fournier).

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

A propos du diagnostic et des indications opératoires dans les affections de la voie biliaire principale. Notes et remarques au sujet de quelques interventions sur le cholédoque. (De Beule. *Ac. royale de méd. de Belgique*, séance du 29 juillet 1911.) — Ce travail est le commentaire de huit observations personnelles d'occlusion des voies biliaires : cinq cas de lithiase, deux cas de sténose néoplasique et un cas de cholécystite suppurée à staphylocoques consécutive à une arthrite purulente du genou. Il a été l'objet d'un intéressant rapport de M. Debaisieux.

L'analyse de ces huit observations fournit à M. de Beule l'occasion d'une revue très intéressante de la chirurgie des grandes voies biliaires, telle que l'ont faite les progrès réalisés dans ces dix dernières années et qui porte à la fois sur le diagnostic, les indications thérapeutiques et certains détails importants de la technique opératoire.

M. de Beule attribue à la réaction de Cammidge une grande valeur pour le diagnostic des cas obscurs de lithiase du cholédoque. Le rapporteur ne partage pas sa confiance. La réaction de Cammidge, que son inventeur considère comme révélatrice d'un état inflammatoire du pancréas, est inconstante. On l'observe quelquefois dans des maladies où le pancréas n'est nullement affecté, et elle fait défaut dans d'autres où cette glande est manifestement lésée. A plus forte raison faut-il s'en défier lorsqu'il s'agit de reconnaître une lithiase des grandes voies biliaires. Il serait imprudent de vouloir établir un diagnostic, et surtout de décider une intervention chirurgicale toujours périlleuse, sur le simple résultat d'une réaction chimique dont la signification est si discutable.

Il est souvent malaisé de reconnaître une lithiase du cholédoque d'avec une occlusion des grandes voies biliaires par néoplasme, en particulier par cancer de la tête du pancréas. M. de Beule considère le degré plus ou moins complet de l'obstruction des conduits biliaires comme un élément important de ce diagnostic différentiel. Dans la lithiase du cholédoque, quel que soit le volume du calcul et l'aspect décoloré des excréments, l'occlusion n'est jamais hermétique, et l'analyse chimique des selles y révèle constamment, en petite quantité il est vrai, la présence des éléments de la bile. Le cancer de la tête du pancréas, arrivé à un certain degré de développement, aurait seul le privilège de barrer complètement le passage. Il en résulte que, si la réaction de la stercobiline dans les selles est négative, toutes les probabilités sont en faveur d'un néoplasme malin intéressant ou comprimant le cholédoque.

Non seulement la nature, mais le siège même de l'obstacle peut souvent être déterminé avec une remarquable précision, en se basant sur l'examen chimique et microscopique des fèces. La stéatorrhée, souvent reconnaissable à l'œil nu, l'hypostéatolyse révélée par l'analyse chimique et le *signe des noyaux* de Schmidt, constaté au microscope, indiquent que le suc pancréatique ne peut se déverser librement dans les intestins; d'où il est permis de conclure que l'obstacle siège en un point des voies biliaires situé très bas, au voisinage immédiat du duodénum.

M. de Beule signale la relation fréquemment constatée entre la lithiase des voies biliaires et la pancréatite aiguë hémorra-

gique : sur cent cinq cas de pancréatite aiguë hémorragique recueillis par la statistique, la présence de calculs dans le cholédoque fut notée quarante-quatre fois.

Abordant la question de l'intervention opératoire dans les cas d'obstruction des voies biliaires, l'auteur établit une distinction nécessaire entre l'obstruction par lithiase et l'obstruction par néoplasme.

Dans la première, une tendance de plus en plus marquée se manifeste parmi les chirurgiens en faveur de l'intervention précoce. Il en est même qui considèrent l'opération comme le corollaire obligé de toute lithiase diagnostiquée. M. de Beule ne va pas jusque-là. Suivant en cela la ligne de conduite adoptée par des spécialistes éminents, par Kehr en particulier, il estime que l'opération ne doit être conseillée que si l'obstruction lithiasique a résisté au traitement médical suffisamment prolongé.

Beaucoup plus graves sont les interventions pour sténose néoplasique, car le plus souvent il s'agit de cancer. Dans ces situations désespérées, la hardiesse de l'opérateur se justifie par le caractère fatal de la lésion, et chaque succès opératoire représente une existence humaine arrachée à la mort.

Suivent des considérations pratiques sur certaines particularités de la technique chirurgicale : le mode d'incision, l'extériorisation du champ opératoire, la ligature de l'artère hépatique en cas d'hémorragie, le décollement du duodénum et le drainage des grandes voies biliaires.

L. GAYARD.

Une modification de la pyloroplastie. (F. S. HOUGH. *Iowa med. Journ.*, avril 1911.) — La pyloroplastie de Heincke-Mikulicz est encore employée fréquemment en Amérique par Finney. Hough propose une modification de technique qu'il croit devoir garantir mieux contre la sténose secondaire. Au lieu de faire simplement une incision parallèle à l'axe longitudinal et de la suturer perpendiculairement à ce même axe, il fait une incision en ≺ qu'il suture en <. Une incision de 10 à 12 centimètres de long est faite parallèle à l'axe longitudinal, moitié sur le duodénum, moitié sur l'estomac, puis, de l'extrémité stomacale, deux incisions sont tracées en directions divergentes. Quand cette incision est suturée en <, un coin de la paroi stomacale se trouve attiré entre les lèvres du jambage horizontal de l'≺. Plus les branches de l'≺ sont faites divergentes, plus haut est ce coin, et plus large le pylore définitif. On peut reprocher à l'opération d'ouvrir largement l'estomac et de ne pas permettre l'emploi de pinces protectrices; mais si le malade est bien préparé et la plaie bien garnie de gaze, ce reproche perd à peu près toute sa valeur.

F. GARDNER.

VARIÉTÉS

VALSALVA ET LA DÉCOUVERTE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Un de nos confrères italiens, le docteur Guglielmo Bilancioni, vient de consacrer à son illustre compatriote, l'anatomiste Valsalva, une étude basée sur des documents inédits (Rome, 1911), et il en a tiré pour le *Policlinico* (section pratique, 13 août 1911, fascicule 33) un intéressant article qui mérite d'être signalé.

On sait que c'est à Cotugno qu'est attribué l'honneur d'avoir découvert, étudié et décrit le liquide céphalo-rachidien en 1764; le fait est admis sans conteste aujourd'hui. Or le docteur Bilancioni revendique pour Valsalva la découverte en question.

Il en serait, somme toute, de même que pour le liquide labyrinthique, que Valsalva décrivit en 1684, mais dont l'existence fut contestée, parce que contraire à la théorie de l'*air congénital*, jusqu'au moment où, en 1760, le même Cotugno vint en démontrer non seulement la réalité, mais encore l'utilité physiologique. Cotugno n'eut qu'un tort, celui de ne pas citer la description de Valsalva.

Revenons maintenant à l'article de M. Bilancioni; mais avant de reproduire le texte qui établit en effet indubitablement que Valsalva a constaté l'existence du liquide céphalo-rachidien *chez le chien*, il nous paraît bon de citer les premières lignes du travail de l'auteur, puisqu'aussi bien ce travail est destiné à rendre à chacun ce qui lui appartient. « Magendie s'était ingénûment attribué la découverte du liquide céphalo-rachidien, mais le plagiat fait aux Italiens lui fut bien vite reproché, et il confessa son erreur avec une grande honnêteté, et il reproduisit dans le *Journal de physiologie* (1828) la description exacte que, dès 1760, avait donnée Cotugno. »

Sans faire remarquer à notre érudit confrère qu'une erreur ne saurait constituer un plagiat, nous lui objecterons que le rôle de Magendie dans l'étude du liquide céphalo-rachidien ne saurait être considéré comme nul, et nous en prenons à témoin Sappey que nous citons textuellement : « Le liquide céphalo-rachidien a été découvert en 1764 par Cotugno, qui l'a envisagé sous ses divers aspects et qui a réuni dans un long et un très intéressant travail tous les faits relatifs à son étude. C'est sur le cadavre humain qu'il a constaté son existence. On pouvait lui objecter qu'il se produit après la mort. Cependant, de l'ensemble de ses observations et des savantes considérations auxquelles il se livre, Cotugno n'hésite pas à conclure qu'il existe normalement. Mais il ne put le démontrer d'une manière explicite, et laissa ainsi dans sa découverte une lacune que Magendie combla en 1825. Cet auteur institua alors une série d'expériences faites sur les mammifères, et plus particulièrement sur des chiens; elles lui permirent de reconnaître que le liquide céphalo-rachidien existe autour de l'encéphale et de la moelle, non seulement après la mort, mais pendant toute la durée de la vie. »

Ce point établi, arrivons à la découverte de Valsalva. Dès 1692, l'illustre anatomiste instituait une série d'expériences pour étudier le mécanisme de production de l'hémiplégie cérébrale croisée; et ces expériences avaient un certain retentissement dans le monde savant, puisque Marcello Malpighi, qui fut le maître de Valsalva, écrivait de Rome à son élève le 19 janvier 1692 : « Je me réjouis que V. S. Ecc^{me} s'applique à observer ce qui se passe lorsqu'on lie les carotides, et avec sa permission j'attendrai ce qu'il lui aura été donné de voir. » Morgagni, d'autre part, fait allusion à ces expériences dans deux de ses ouvrages.

Or le docteur Bilancioni a retrouvé le protocole de ces expériences de Valsalva sur la ligature des carotides chez le chien, protocole qui est conservé à la Bibliothèque universitaire de Bologne, et où l'on peut lire les lignes suivantes : « Mais pendant que l'on séparait la tête des vertèbres du cou afin de pouvoir détacher plus facilement le cerveau, lorsque le couteau trancha la membrane spinale de la moelle, on trouva environ le tiers d'une once d'un certain liquide, lequel était en tout semblable à celui que l'on rencontre dans les articulations des os. »

Le texte paraît indiscutable dans sa précision, et le docteur Bilancioni a élucidé là un point intéressant de l'histoire de la médecine. Il a eu soin d'ailleurs de faire tirer un cliché très net de la page du manuscrit latin de Valsalva, où se trouve le passage en question.

Il est curieux de constater que le même anatomiste, Valsalva, a découvert le liquide labyrinthique et signalé le liquide céphalo-rachidien, et que c'est un autre anatomiste, Cotugno, qui les a étudiés et décrits près d'un siècle plus tard, recueillant seul tout l'honneur attaché à ces découvertes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES ALCOOLIQUES (1)

ÉVOLUTION. — Plusieurs éventualités peuvent se produire dans l'évolution de la paralysie : si la guérison doit survenir, elle est annoncée par le retour à la normale des réactions électriques des nerfs et des muscles, l'arrêt de progression de l'atrophie musculaire, la diminution des phénomènes paralytiques; mais il faut se rappeler que les récidives sont fréquentes.

Si la guérison ne doit pas survenir, on voit s'installer la réaction de dégénérescence; l'atrophie musculaire s'accuse au point qu'à la palpation il ne semble plus rester de muscle, le steppage devient tel que le malade marche véritablement sur le dos du pied, il n'y a jamais contracture, mais rétractions tendineuses amenant des déformations irrémédiables; enfin la marche devient totalement impossible; le malade s'effondre si l'on essaye de le faire lever, il lui est impossible de faire un pas; confiné au lit, il maigrit, se cachectise, devient alors gâteux et meurt, soit des progrès de cette cachexie, soit d'une affection intercurrente (tuberculose pulmonaire, pneumonie), soit d'une crise de delirium tremens, soit enfin de l'extension des phénomènes paralytiques; il est rare, en effet, que la paralysie reste ainsi cantonnée au niveau des membres inférieurs, bien plus souvent elle progresse, s'étend, intéresse les membres supérieurs, les muscles du tronc, et surtout les *muscles de l'œil*, le pneumogastrique, le phrénique, etc. On devra donc faire un examen complet d'un malade atteint d'une paralysie alcoolique, en apparence localisée uniquement aux membres inférieurs, car toutes les variétés cliniques que nous allons envisager, isolément, pour la commodité de la description, peuvent en effet se grouper, s'entremêler plus ou moins sur le même malade; néanmoins, suivant les cas, telle ou telle variété prédomine, ce qui autorise parfaitement à décrire à part des types cliniques variés.

FORMES CLINIQUES. — Parmi ces formes cliniques, l'une des plus intéressantes est la forme à prédominance des *symptômes sensitifs*. Les malades présentent une hyperesthésie excessive, de l'analgésie symétrique et absolue des membres inférieurs, des troubles subjectifs, etc., et seulement quelques troubles moteurs (tremblements, crampes, convulsions).

Parfois le groupement de ces symptômes réalise un type spécial décrit sous le nom de *pseudo-tabes alcoolique*, caractérisé par des *troubles sensitifs* étendus des membres inférieurs (anesthésie plantaire, anesthésie en placards), une *ataxie* vraie des mouvements et de la démarche avec conservation de la force musculaire, des troubles pupillaires consistant en scotome, paralysies de la musculature externe, irrégularité pupillaire; jamais l'on ne constaterait le signe d'Argyll, d'après Babinski; le signe de Romberg existe, ainsi que l'abolition des réflexes, mais le malade *steppe* et ne talonne pas, il n'y a pas non plus de modifications du liquide céphalo-rachidien.

Il est fréquent d'observer, associées aux troubles de la névrite alcoolique, tout un ensemble de manifestations psychiques que l'on décrit sous le nom de *psychose polynévritique* ou syndrome de *Korsakoff*. Ces troubles psychiques consistent essentiellement en une *amnésie*, antérograde, partielle, inconsciente, intermittente dans son intensité, portant sur les faits récents, en de *fausses réminiscences*, symptôme de première valeur, enfin en la *désorientation* et la *confabulation*; chez des sujets plus âgés ou très intoxiqués, il peut même s'agir de véritables phénomènes démentiels ; M. le professeur Gilbert Ballet a groupé ces troubles psychiques en trois catégories : 1° une *forme délirante*, caractérisée tout spécialement par un délire onirique ; 2° une *forme de confusion mentale* à physionomie tantôt maniaque, tantôt mélancolique, et qui peut aboutir à la démence après avoir duré plusieurs mois; 3° une *forme amnésique*, sans défectuosité du raisonnement. Dupré ajoute une *forme démentielle*, à pronostic très sévère, et une *forme anxieuse*.

Sans entrer ici dans la discussion relative à la place nosologique que doit occuper la psychose polynévritique, rappelons simplement qu'au point de vue anatomique l'on a décrit, au cours de ce syndrome, en plus des lésions névritiques, des lésions médullaires, des lésions des cellules des cornes antérieures, et, au niveau de l'encéphale, des lésions banales d'athérome, d'épaississement des méninges, des foyers de désintégration et de ramollissement, et surtout des lésions importantes du foie. En ce qui concerne la pathogénie, les uns, avec Korsakoff, font du syndrome décrit la conséquence absolue de l'imprégnation alcoolique; d'autres, avec Klippel, L'Hermitte, en font la conséquence de la lésion hépatique; d'autres, enfin, se refusent à subordonner ces troubles psychiques à la polynévrite et y voient l'association de deux syndromes distincts, manifestations d'un même facteur : l'intoxication.

L'origine alcoolique de la *paralysie générale* a été soutenue par Klippel. Cependant, surtout si l'on s'en rapporte aux résultats fournis par la réaction de Wassermann, et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, il semble bien qu'il s'agisse toujours d'une origine syphilitique; il est toutefois des cas de méningites chroniques alcooliques avec dysarthrie, troubles pupillaires, dans lesquels le diagnostic sera particulièrement difficile et ne se fera que par l'examen psychique très complet du malade.

Il nous reste à signaler maintenant toute une catégorie de formes cliniques spéciales subordonnées à la localisation de la paralysie, à la gravité, à l'évolution, etc.

1° FORMES SUIVANT LA LOCALISATION. — a. *Partielles.* — Nous avons étudié la paralysie symétrique des membres inférieurs, on peut également observer une paralysie localisée aux membres supérieurs ou revêtant le type d'hémiplégie, de monoplégie, quelquefois réalisant les combinaisons les plus complexes.

Nous insisterons tout spécialement sur les PARALYSIES OCULAIRES, qu'il faut systématiquement rechercher, au cours de toute espèce de paralysie alcoolique.

Les troubles oculaires sont, dès le début, bilatéraux, symétriques; ils consistent en un scotome central avec disparition de la perception du vert et du rouge et diminution de l'acuité visuelle. A l'ophtalmoscope, on constate de la névrite optique avec décoloration blanchâtre des parties temporales de la papille. Les muscles du globe oculaire peuvent être paralysés; on a signalé le ptosis, l'ophtalmoplégie externe; les pupilles peuvent être lentes dans leur réaction à la lumière.

Nous avons insisté sur le fait que les paralysies alcooliques étaient rarement limitées à un seul nerf. Il peut exister cependant des névrites alcooliques isolées; ainsi, l'on peut observer une *paralysie faciale*, une paralysie *radiale isolée*, plus rarement de la névrite des pneumogastriques se caractérisant par des troubles de la respiration et de la circulation.

b. *Formes généralisées.* — Par contre, au lieu de se localiser à un certain nombre de nerfs et de muscles, la paralysie alcoolique peut se généraliser, envahir les muscles du tronc puis ceux des membres supérieurs et provoquer la mort par paralysie du diaphragme, syncope cardiaque, etc.

Parfois cette paralysie généralisée évolue suivant l'allure bien connue de la *paralysie ascendante de Landry*; l'allure en est alors AIGUË et FÉBRILE; les sphincters ne sont pas intéressés; le plus souvent il existe des troubles cardiaques et respiratoires, et la mort est la conséquence la plus habituelle de cette variété; souvent le diagnostic ne se ferait pas et l'on penserait à une infection quelconque si les signes de l'imprégnation alcoolique n'étaient au maximum.

2° FORMES ATTÉNUÉES. — Il est enfin des formes très atténuées qui ne se révèlent que par une parésie, une maladresse surtout marquée le matin, disparaissant le soir, ou par une atrophie musculaire très accentuée, assez inexpliquable, si l'on ne songe à la névrite alcoolique, enfin, simplement, par un état de cachexie, de consomption, avec douleurs violentes et tenaces, occupant les membres, le rachis, les masses musculaires, les jointures.

Il faut signaler les formes à *début brusque* ou succédant à une crise de delirium tremens, ou s'observant à la suite d'une crise d'épilepsie d'origine alcoolique.

Rappelons, enfin, l'existence de ces paralysies *chez l'enfant*

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 92, p. 1369, et n° 95, p. 1406.

et la fréquence des associations (saturnisme, hystérie, etc.).

Telles sont les diverses variétés cliniques des paralysies alcooliques; il est facile de comprendre, en raison même de leur diversité, combien parfois le diagnostic peut en être difficile. (*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 7, juillet 1911.) LANDOUZY : Pourquoi j'ai édité le « Régime du corps » (12 illustr.). — GELEY : Spiritisme et métapsychisme [3 illustr.] (*fin*). - VERDIER : Ingres devant la médecine (6 illustr.). — LIBERT : J.-J. Rousseau devant la médecine (8 illustr.). — Mme Annie BESANT : Une religion nouvelle (10 illustr.). — REGNAULT : L'ivresse dans l'antiquité (15 illustr.). — DESORMONTS : Petit voyage au pays des loufoques.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 7, juillet 1911.) Enro BIZZOZERO : Sur l'urticaire pigmentaire (urticaria pigmentosa). — AUDRY : Résultats immédiats obtenus dans le traitement de la syphilis par l'injection intraveineuse d'arsenobenzol. — MALLEIN : La fausse embolie pulmonaire au cours des traitements mercuriels.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 7, juillet 1911.) D'AUBER DE PEYRELONGUE : L'anémie du personnel attaché à la télégraphie sans fil à bord des bâtiments de guerre. — HESNARD : Les complications psychiques habituelles des chorées aiguës. — VEILLET : Observation d'un cas de psoriasis rubra généralisé. — FICHET : La lèpre en Norvège. — OUDARD : Accidents de décompression. Relation d'autopsie. — CAZAMIAN : Sur une cause possible du goût empyreumatique de l'eau de boisson à bord des navires de guerre.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 7, juillet 1911.) HAYEM : Etude anatomique des ulcérations de l'estomac. — LAGANE et Mathieu PIERRE-WEIL : Considérations sur la pathogénie de l'ictère catarrhal. — FABRE : Le dosage des savons dans les fèces. — SICARD : Le traitement mécanique de l'aérophagie par la pince nasale.

Paris médical. — (N° 30, 24 juin 1911.) GOUGEROT : Syndromes pluriglandulaires. — MORESTIN : Traitement chirurgical du lupus de la face. — JOSUÉ : Régime habituel des artério-scléreux. — (N° 31, 1er juillet.) P. LEREBOULLET et J. HEITZ : Les maladies du cœur en 1911. — VAQUEZ et BORDET : Valeur des données radiologiques appliquées à l'étude des aortites. — E. WEIL et MOURIQUAND : Le cœur dans le rhumatisme viscéral malin chez l'enfant. — V. PACHON : La mesure de la pression artérielle. — P. WIART : Traitement chirurgical de la symphyse cardiaque et de la médiastino-péricardite adhésive. — P. RIBIERRE : La diététique des cardiaques. — (N° 32, 8 juillet.) ROUSSY : Les glandes à sécrétion interne. — TIXIER : Le traitement pratique des anémies infantiles. — DIEULAFÉ et HERPIN : La dent de sagesse. — (N° 33, 15 juillet.) Mme LONG-LANDRY : La maladie de Little. — MILIAN : Technique des injections intraveineuses de salvarsan. — DUVERGEY : Une forme d'abcès froid de la paroi thoracique. — DAUSSET et BRIN : L'air chaud dans le traitement des ascites tuberculeuses.

Pédiatrie pratique. — (N° 18, 25 juin 1911.) AUSSET : A propos de la dilatation des bronches chez l'enfant et de sa pathogénie. — KIRMISSON : Le mal de Pott. — TRIBOULET : Un détail de coprologie dans les infectieux fébriles. La réaction du Buiret. — GUINON : Hémorragie méningée foudroyante chez un garçon de dix-sept ans atteint de tuberculose ganglionnaire. — (N° 19, 5 juillet.) OMBRÉDANNE : Invagination intestinale. — ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE : Les dangers méconnus de la coqueluche. — NOBÉCOURT : Péricardites de l'enfance. — H.-L. ROCHER : Céphalhydrocèle traumatique frontale gauche. — (N° 20, 15 juillet.) OMBRÉDANNE : Adéno-phlegmons du cou. Abcès rétro et latéro-pharyngiens.

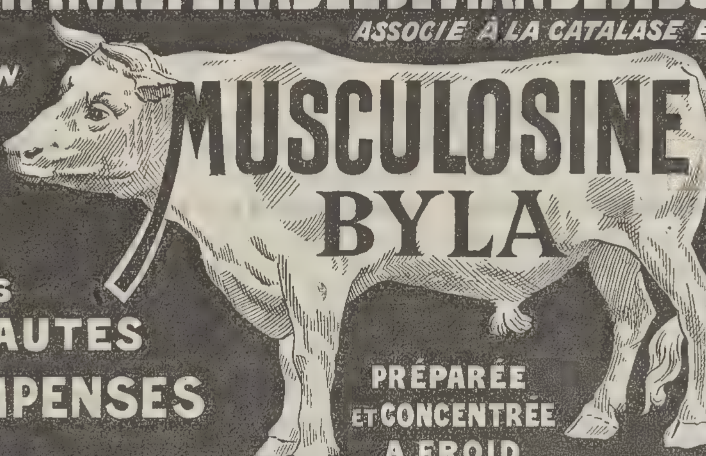
Presse médicale. — (N° 50, 24 juin 1911.) JEANSELME, CHEVALLIER et DARBOIS : Lésions ostéo-périostiques et articulaires de la sporotrichose. Les spina ventosa sporotrichosiques; leur aspect radiologique et leur évolution. — A. PONCET : Greffes osseuses intragranuleuses datant de vingt-cinq ans. Leur rôle dans la reconstitution du tibia droit détruit chez un enfant de treize ans par une ostéomyélite bipolaire suraiguë. — L. BAZY et DESTERNES : Sur quelques particularités anatomiques et cliniques de la lithiase urinaire d'après les documents fournis par la radiographie. — (N° 51, 28 juin.) Lucien LAGRIFFE : Contribution à l'étude du rôle des méningites dans certaines affections mentales. — (N° 52, 1er juillet.) O. LAMBRET : L'embrochage des os dans les fractures du membre inférieur. Description d'un appareil réalisant la réduction et la contention des fractures obliques de jambe. — F. JAYLE : Le maintien de la réduction d'une fracture par l'embrochement temporaire des fragments au moyen d'une tige métallique résistante. Résultats après cinq ans. — P. WIART : Le traitement opératoire des fractures (technique d'Arbuthnot Lane). — (N° 53, 5 juillet.) Léon IMBERT et F. VIAL : Accidents du travail. La spondylite traumatique (maladie de Kümmel-Verneuil). — A. MARTINET : Digitale et faisceau de His. — (N° 54, 8 juillet.) Léon BERNARD : Le traitement de la tuberculose rénale. Néphrectomie précoce ou tuberculine? — (N° 55, 12 juillet.) P. BOUIN et P. ANCEL : Glande mammaire et corps jaune. — (N° 56, 15 juillet.) Maurice RENAUD : Vaccinothérapie par les vaccins irradiés (étude biologique du vaccin typhique). — (N° 57, 19 juillet.) H. ROGER : Le pouvoir attractif des matières fermentescibles sur les ferments. — LAGANE : Diagnostic du choléra par les moyens de laboratoire.

Progrès médical. — (N° 25, 24 juin 1911.) GAUCHER : Les lésions cutanées et sous-cutanées de l'hérédo-syphilis tertiaire. — MALHERBE : L'étude du cancer. — Paul BONCOUR : La valeur du traitement médico-pédagogique dans la cure des anomalies morales. — (N° 27, 8 juillet.) JACOULET : Hématuries essentielles et néphrites hématuriques. — (N° 28, 15 juillet.) FRANÇOIS et FLURIN : Bronchite chronique et tuberculose. — MARION : De la conduite à tenir vis-à-vis d'un malade que l'on croit atteint de tuberculose rénale.

Province médicale. — (N° 25, 24 juin 1911.) Léon BÉRARD : Les injections neurolytiques dans le traitement des névralgies faciales essentielles. — CONSTANT : Uricémie, ménopause et artério-sclérose. — (N° 26, 1er juillet.) Ch. AUDRY : Sur la vulvite des jeunes mariées. — D. AUGIER : Traitement de l'exstrophie vésicale par l'implantation des uretères dans l'intestin (voie extrapéritonéale). Procédé de Peters-Buchanan. Avantages et inconvénients. — (N° 27, 8 juillet.) VIGNARD et L. THÉVENOT : Trois cas de tuberculose testiculaire chez l'enfant. — DUCUING et RIGAND : Tuberculose cervico-utérine à forme ulcéro-végétante. — (N° 28, 15 juillet.) GUIBAL : Cholécystites et angiocholécystites typhiques. — BRUNCHER : Polydactylie chez un indigène algérien.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 99. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1911. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alglave, Grégoire, Desmarest, Sauvage, Monthus, Pagniez, Comte et Ribadeau-Dumas.

MARINE. — M. le médecin principal Chastang, du port de Rochefort, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du 5e dépôt des équipages de la flotte à Toulon, en remplacement de M. le docteur Santelli qui doit terminer le 17 septembre 1911 sa période réglementaire de séjour dans cet emploi.

M. le médecin de première classe Giraud, du port de Toulon, en service à Brest, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de la flottille de torpilleurs de Saïgon, en remplacement de M. le docteur Balcam, rapatrié pour raisons de santé.

M. le médecin en chef de deuxième classe Plagneux, du port de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de médecin de la 2e division légère (application des dispositions du paragraphe 3 de l'article 10 de l'arrêté du 4 juillet 1911).

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES. — Dimanche soir 27 août sont partis les adhérents du V. E. M.; le lundi 28, ils ont visité Vals; le mardi 29, Orange et Montmirail; le mercredi 30, Balaruc-les-Bains, Lama'ou; le 31, Carcassonne.

Liste des adhérents au onzième voyage. — 1. M. le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, 15, rue de l'Université, Paris; 2. M. le docteur Carron de la Carrière, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, vice-président de la Société de médecine de Paris, 2, rue Lincoln, Paris; 3. M. le docteur Jouaust, membre de la Société de médecine de Paris et de a Société d'hydrologie médicale de Paris, secrétaire général des V. E. M., 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris; 4. M. le docteur Heuzé, secrétaire des V. E. M., 110, rue de Paris, Vincennes; 5-6. M. le docteur Amann, expert chimiste bactériologiste et Mme Amann, La Soldanelle, Chemin de Longeraie, Lausanne (Suisse); 7. M. le docteur Asselbergs, 14, rue du Luxembourg, Bruxelles (Belgique); 8. M. le docteur Bardiaux, Trivières (Belgique); 9. M. le docteur Bastos-Lopes, rua da Palma, 116, Lisbonne (Portugal); 10. M. le docteur Bonneau, Poullignac, par Deviat (Charente).

11. M. le docteur Boriès, villa Régina, Cannet de Cannes (Alpes-Maritimes); 12. M. le docteur Cachau, 107, avenue de la Mairie, Caudéran (Gironde); 13. M. le docteur Cailleret, 183, rue de Courcelles, Paris; 14. M. le docteur Camuset, 5, cité du Cardinal-Lemoine, Paris; 15. M. le docteur Capart, Montbrehain (Aisne); 16. M. G. Carron de la Carrière, étudiant, 2, rue Lincoln, Paris; 17. M. le docteur Cayla, président de la Société de médecine de Paris, 31, avenue de Neuilly (Neuilly-sur-Seine); 18. M. le docteur Chartier, ancien interne des hôpitaux de Paris, 197, faubourg Saint-Honoré, Paris; 19. M. le docteur Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 122, rue de la Boétie, Paris (bourse offerte par la Compagnie de l'établissement thermal de Vichy à la Société de médecine de Paris); 20. M. Clavé, étudiant, Caudéran (Gironde).

21. M. le docteur Cottin, Montfort-sur-Meu (Ille-et-Vilaine); 22. M. le docteur Creutz, médecin de colonisation, Aïn-Temouchent (Algérie); 23. M. le docteur Dejace, rédacteur en chef du *Scalpel*, Flemalle-Grande (Belgique) (bourse offerte par la Société de Vittel-Grande-Source); 24. M. le docteur Derome, 4, rue Truffaut, Pontoise; 25-26. M. le docteur Descamps, chirurgien adjoint à l'Institut chirurgical de Bruxelles (bourse offerte par la Compagnie fermière du Mont-Dore au *Journal médical de Bruxelles*), et Mme Descamps, 6, avenue Michel-Ange, Bruxelles (Belgique); 27-28. M. Desès, médecin des hôpitaux, et Mme Desès, 14, place du Samedi, Bruxelles (Belgique); 29-30. M. le professeur Ehlers, directeur de la Policlinique dermatologique de l'hôpital royal Frédéric, Copenhague, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, et Mme Ehlers, 6, Laxegade, Copenhague.

31. M. le docteur Flandrois, 90, rue Carnot, Lorient (Morbihan); 32. M. le docteur Fleuriot, Précy-sous-Thil (Côte-d'Or) (bourse offerte par la Société des eaux de Vals-Saint-Jean, à la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*); 33. M. le docteur Gaster, 68, Greencroft Gardens, West Hampstead, N. W., Londres (Angleterre); 34. M. le docteur Genevrier, Senozan (Saône-et-Loire) (bourse offerte par la Société des eaux minérales d'Evian-Cachat, à la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*); 35-36. M. le docteur Gilson, interne à l'hôpital Saint-Jean (bourse offerte par la Compagnie des eaux minérales de Pougues à un interne en médecine des hôpitaux de Bruxelles), et Mme Gilson, Haine-Saint-Pierre, Hainaut (Belgique); 37-38. Mme la doctoresse Guénot Fouchet, et Mlle Fouchet, 22, rue Soufflot, Paris; 39. M. le docteur Guil-

loire, 17, route de Flandre, Aubervilliers (Seine); 40. M. le docteur Hamel, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint des hôpitaux du Mans, 8, rue Robert-Garnier, Le Mans (Sarthe).

41. M. le docteur Ledoux, 9, rue de la Révolution, Bruxelles (Belgique); 42. M. le docteur Lefèvre, Louhans (Saône-et-Loire); 43-44. M. le docteur Lefèvre et M. Lefèvre, étudiant, Livry (Seine-et-Oise); 45-46. M. le docteur Lematte et Mme Lematte, 83, rue de Rome, Paris; 47. M. Lévy, interne des hôpitaux de Paris, bastion 29, Paris; 48. M. le docteur Londe, médecin inspecteur des enfants du premier âge, 15, rué d'Athènes, Paris; 49-50. M. le docteur Marquis, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes, chirurgien suppléant de l'Hôtel-Dieu, et Mme Marquis, 25, rue d'Antrain, Rennes (Ille-et-Vilaine).

51. M. le docteur Maurice, Richelieu (Indre-et-Loire); 52. M. Milcamps, interne à l'Hôtel-Dieu de Reims (Marne), bourse offerte par le professeur Henrot à un interne des hôpitaux de Reims; 53. M. le docteur Moller, 11, Fredericksplein, Amsterdam (Hollande); 54. M. le docteur Monsarrat, 49, rue de Courcelles, Paris; 55. M. Merance, interne des hôpitaux de Paris, 16, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris; 56. M. le docteur Péchin, 168, boulevard Saint-Germain, Paris; 57-58. M. le docteur Peignon et Mme Peignon, 83, boulevard Sébastopol, Paris; 59-60. M. le docteur Poirier, médecin en chef des hôpitaux civils, et Mme Poirier, 22, Longue-Rue-d'Argile, Anvers (Belgique).

61. M. le docteur Rabier-Labiche, rédacteur à l'*Æsculape* et à la *Médecine moderne*, 3, rue Saint-Louis-en-l'Ile, Paris; 62-63. M. le docteur Raffin et Mme Raffin, à Sauveterre de Guyenne (Gironde); 64. M. le docteur Raoult-Deslongchamps, 7, rue de La Bruyère, Paris; 65. M. le docteur Rasmussen, 137, Amagerbrogade, Copenhague (Danemark); 66-67. M. le docteur Thiercelin et Mme Thiercelin, 82, rue Lauriston, Paris; 68. M. le docteur Tison, docteur ès sciences naturelles, ancien médecin à l'hôpital Saint-Joseph, 72, boulevard Raspail, Paris; 69-70. M. le docteur Tixier, chef de laboratoire de la clinique des maladies des enfants, Faculté de médecine de Paris, et Mme Tixier, rue Edmond-Valentin, Paris.

71-72. M. le docteur Trouette et Mme Trouette, 18, avenue Niel, Paris; 73. M. le docteur Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, rue Jacques-Cœur, Montpellier (Hérault).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 825 décès au lieu de 1006 pendant la semaine précédente, et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. La diarrhée infantile accuse une décroissance marquée due au retour de la température aux environs de la normale.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 69, au lieu de 76 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 10 décès, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (la moyenne est 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 92 (au lieu de 91 précédemment et au lieu de la moyenne 115).

La diarrhée infantile a causé 96 décès de 0 à 1 an, au lieu de 151 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 92 décès, au lieu de 83 pendant la semaine précédente, et au lieu de 76, moyenne ordinaire de la saison.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — Tableau général des cliniques, conférences et cours annexes qui seront donnés à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pendant l'année scolaire 1911-1912:

1° *Enseignement clinique.* — L'enseignement clinique, par M. le professeur de Lapersonne, aura lieu tous les jours, à neuf heures, à partir du 3 novembre 1911.

Horaire des cours. — Lundi: polyclinique et examen des malades; mardi: opérations et visites dans les salles; mercredi: polyclinique et ophtalmoscopie; jeudi: opérations et visites dans les salles; vendredi: polyclinique; à dix heures, leçons cliniques à l'amphithéâtre Dupuytren; samedi: laboratoire.

2° *Cours pratique d'ophtalmologie.* — Ce cours, fait par M. le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Cerise, Coutela et Pley, chefs de clinique et de laboratoire, commencera le mardi 24 octobre 1911 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Il sert de cours d'introduction pour les docteurs et étudiants qui désirent suivre la clinique pendant l'année scolaire. Les élèves sont exercés individuellement au maniement de l'ophtalmoscope et des appareils employés en oculistique. Le droit à verser est de 50 francs.

3° *Conférences sur les maladies des yeux* (1re série). — Ces conférences seront faites par M. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, à partir du lundi 27 novembre 1911 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Elles portent sur les affections oculaires et les traumatismes que doivent connaître et savoir traiter tous les médecins praticiens (présentation de malades). Elles sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique pendant le semestre d'hiver. Les étudiants pourvus de douze inscriptions peuvent se faire inscrire à la Faculté pour suivre ces conférences. L'inscription est gratuite.

4° *Leçons pour l'Institut colonial.* — M. le professeur de Lapersonne fera, les lundis 20 et 27 novembre, 4 et 11 décembre 1911, à dix heures, des leçons sur les maladies des yeux dans les pays chauds. Les auditeurs de la clinique sont autorisés à assister à ces leçons.

5° *Conférences sur les maladies des yeux* (2e série). — Ces conférences seront faites par M. Monthus, ophtalmologiste des hôpitaux, à partir du 15 mars 1912 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Comme pour la première série, elles sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique pendant le semestre d'été. Les étudiants pourvus de douze inscriptions peuvent se faire inscrire à la Faculté pour suivre ces conférences. L'inscription est gratuite.

6° *Cours de perfectionnement.* — M. le professeur de Lapersonne, assisté de M. Terrien, professeur agrégé, et de MM. Bourdier, Gellé et Chenet, chefs de clinique et de laboratoire, commencera ce cours après les vacances de Pâques (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Ce cours de technique ophtalmologique, destiné aux docteurs et étudiants qui désirent se spécialiser, comprend: 1° la médecine opératoire; 2° l'examen ophtalmoscopique; 3° l'anatomie pathologique et la bactériologie oculaires; 4° l'examen rhinologique appliqué à l'ophtalmologie. Le droit à verser est de 100 francs.

7° *Cours de vacances.* — M. Terrien, professeur agrégé d'ophtalmologie, fera un cours de revision, avec présentation de malades, pendant les mois d'août et septembre 1912.

Des affiches spéciales indiqueront le programme et l'horaire de chaque cours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie topographique, par A. Soulié, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Toulouse, chargé du cours d'anatomie topographique. In-8 de 734 pages avec 245 figures noires et coloriées. (Bibliothèque du doctorat en médecine.) — Prix: cartonné, 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Méningite cérébro-spinale, par Arnold Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine, et Robert Debré, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris. In-8 de XII-284 pages avec 54 figures dans le texte et 3 planches hors texte en couleurs. — Prix: 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

L'Oreille, organe d'orientation dans le temps et dans l'espace, par Élie de Cyon. In-8 avec 45 figures dans le texte et 3 planches hors texte, de la Bibliothèque scientifique internationale. — Prix: cartonné à l'angl., 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les Localisations cérébrales. Esquisse médicale et psychologique, par Jean Ferrand, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 88 pages. — Prix: 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

REVUE GÉNÉRALE

LES PLAIES DU CANAL THORACIQUE
DANS LE THORAX ET A LA BASE DU COU

Par M. Frédéric BOULARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Généralités et historique. — Les plaies du canal thoracique n'ont donné lieu, jusqu'ici, qu'à fort peu de travaux d'ensemble, et l'on trouve surtout, dans la littérature médicale, des observations se rapportant à un autre sujet, au cours desquelles une lésion du canal thoracique est signalée avec quelques détails. Ces observations, comme on peut s'en rendre compte par l'index bibliographique qui fait le principal intérêt de ce travail, sont presque toutes d'origine étrangère et se rapportent principalement aux blessures opératoires du canal thoracique dans la région cervicale. Il faut arriver jusqu'en 1883, au travail de Bögehold (de Berlin), pour trouver un essai de description des plaies du canal thoracique. Depuis, pour ne citer ici que les travaux français, la question s'est avantageusement développée à la suite d'une observation détaillée et fort intéressante de Ricard, en 1901, de la thèse de Bénéteau, en 1902, suivie la même année d'un article de Veau sur les plaies dans la portion terminale, des articles de J.-L. Faure en 1903 et de Lecène en 1904 sur le même sujet, enfin, en 1910, de l'excellent article de Fredet dans la *Presse médicale*.

Cette pénurie de travaux scientifiques sur les plaies du canal thoracique s'explique d'ailleurs facilement. En effet, ces plaies passent inaperçues dans la majorité des cas, au milieu des traumatismes graves au cours desquels elles se produisent, ou bien ne donnent lieu qu'à de vagues symptômes et sont une complication, la plupart du temps si négligeable, qu'on n'y prend qu'une attention secondaire. Mais surtout une lésion isolée du canal thoracique est presque impossible, exceptionnelle en tous cas, et il suffit de se rappeler l'anatomie du canal thoracique et sa situation profonde dans le médiastin, ses rapports intimes au cou avec la grosse veine jugulaire interne, le détroit très resserré qui sépare les artères carotide primitive et vertébrale, au-dessus de la sous-clavière, pour se rendre immédiatement compte que, presque toujours, les traumatismes qui atteignent le canal thoracique font bien d'autres dégâts, plus immédiatement importants et graves, et que la plaie lymphatique est perdue au milieu d'eux. Nous conseillons vivement au lecteur de se reporter à la figure parfaite du *Précis du manuel opératoire* du professeur Farabeuf (édit. 1909, fig. 60, p. 83) qui éclairera son esprit bien mieux que toutes les descriptions anatomiques les plus claires.

Cependant nous avons cru faire œuvre utile en donnant ici une bibliographie, que nous avons cherché à faire complète et précise, sur la question, et en tirant des observations que nous avons étudiées les conclusions qui nous ont paru logiques; nous espérons faciliter ainsi les efforts de ceux qui voudraient s'attacher à préciser les détails, restés forcément dans l'ombre, d'un sujet qui ne manque pas d'intérêt.

On verra que les plaies du canal thoracique, peu graves, facilement curables dans la grande majorité des cas, acquièrent parfois une importance réelle et même un degré de gravité imprévu, du fait de la quantité de lymphe écoulée et des troubles généraux qui s'ensuivent.

II

Étiologie. Anatomie pathologique. — Les plaies du canal thoracique sont bien plus fréquentes au cou que dans la cavité thoracique. Au cou, elles sont presque toutes opératoires et consécutives à des interventions chirurgicales dans le but d'extirper des tumeurs malignes de la région, ou des ganglions lymphatiques tuberculeux ou cancéreux. Les faits de blessure accidentelle (cas de Bohn, de von Graff et Hildebrandt) sont exceptionnels; il s'agissait de plaies par balles et la plèvre fut lésée en même temps; dans le cas de Munter, c'est une estafilade du creux sus-claviculaire qui avait intéressé, en même temps que la jugulaire externe, le canal thoracique. Il suffit de lire l'article de Lecène pour comprendre avec quelle facilité le chirurgien le plus averti et le plus habile arrivera à blesser le canal thoracique à la base du cou, en opérant, même avec prudence, les tractions nécessaires à la libération des adhérences. Nous verrons tout à l'heure qu'il faut penser à une blessure du canal thoracique du fait de certains symptômes, et qu'il faut y remédier si l'on veut éviter bien des ennuis, sinon des désastres.

Dans le thorax, le cas est différent, et ce sont des traumatismes graves qui causent les plaies du canal thoracique : fractures multiples de côtes, surtout dans leur partie postérieure, fractures vertébrales, parfois seulement contusions thoraciques importantes, très rarement projectiles atteignant le thorax en arrière. Les lésions concomitantes ordinaires de la plèvre, dans ces cas, donnent aux blessures du canal thoracique une allure spéciale, et c'est toujours la présence d'un chylothorax qui a fait faire le diagnostic en pareille occurrence; nous n'avons pas de données, en dehors de celles d'ordre général, nous permettant de prévoir ce qui arriverait au cas de blessure absolument isolée du canal thoracique dans l'intérieur du thorax.

Nous ne ferons pas de chapitre spécial d'anatomie pathologique, celle-ci se réduisant à la constatation « de visu » de la plaie du canal, sans plus loin pousser les investigations; les autopsies sont rares qui ont suivi les cas qui nous occupent, et dans beaucoup d'entre elles le canal thoracique ne fut même pas trouvé.

Il semble cependant que les déchirures totales soient plus fréquentes. Ce n'est là sans doute qu'apparence, puisque ce sont les grandes déchirures qui donnent les grands écoulements, et que ce sont surtout ceux-ci qui ont été relatés. Néan-

moins, on signale plusieurs cas de simples plaies latérales ayant donné lieu à des écoulements importants.

La quantité de lymphe qui s'écoule est intéressante, parce qu'elle étonne; qu'il nous suffise de vous dire que Terrier avec Colin, à Alfort, ont retiré, en vingt-quatre heures, 95 kilos de lymphe à une vache à qui ils avaient drainé le canal thoracique, et que Phelps cite le cas d'une blessure au cou où l'écoulement fut suffisant pour traverser, outre le pansement, dix ou quinze draps de lit pliés en épaisseur.

Ce liquide est le plus souvent blanc laiteux, opalin, parfois un peu jaunâtre, souvent, dans les cas relatés, teinté de sang; il aurait une consistance presque gélatineuse; parfois, au moment de la blessure, il s'écoule en saccades, synchrones à la respiration, ce qui s'explique par ce fait que la progression de la lymphe, dans le canal thoracique, est amplement favorisée par les mouvements respiratoires; ce serait surtout au moment de l'expiration que se produirait l'issue du chyle.

III

Symptômes. Évolution. — Lorsqu'il s'agit de lésions intrathoraciques du canal thoracique, la plaie passe le plus souvent inaperçue, perdue au milieu d'autres lésions plus importantes ou ne se révélant par aucun symptôme. Lorsqu'on la décèle, c'est par suite d'une lésion concomitante de la plèvre et de l'épanchement d'une plus ou moins grande quantité de chyle à l'intérieur de la cavité pleurale.

Nécessairement, cet épanchement siège le plus souvent à gauche, mais, par suite des nombreuses anastomoses lymphatiques autour du canal, et des anomalies fréquentes de celui-ci, il peut très bien apparaître à droite ou des deux côtés. Les signes physiques sont exactement les mêmes que ceux de tout épanchement de nature différente, si l'on en excepte les signes généraux qui, d'ordinaire, font défaut; il n'y a ni élévation de température, ni accélération du pouls; par contre, la dyspnée apparaît assez rapidement et l'épanchement augmente lui-même avec une rapidité inquiétante. Mais il est bien difficile, au cas de fractures de côtes ou de contusions thoraciques, de penser à un épanchement chyliforme symptomatique d'une lésion du canal thoracique; ce n'est que la ponction qui fait faire le diagnostic, et ainsi se résument les symptômes des plaies du canal thoracique dans le médiastin; ponction d'un épanchement pleural donnant issue à de la lymphe plus ou moins pure à la suite d'un traumatisme important du thorax.

Il n'en est plus de même pour les lésions au cou; c'est, la plupart du temps, au cours d'extirpation de ganglions que ces plaies se sont produites. Et c'est à ces cas que nous penserons en décrivant les signes qui suivent.

Certainement ces lésions sont plus fréquentes qu'on ne le pense, mais passent inaperçues, la lymphe étant immédiatement colorée par le sang, son écoulement étant minime et ne se reproduisant pas, la quantité de chyle étant trop faible pour donner lieu à des symptômes généraux appréciables.

La plupart du temps ce n'est que quelques jours après l'intervention, au moment du premier ou du deuxième pansement, qu'on diagnostique la plaie du canal; parfois il faut trois, quatre, huit jours avant que cet écoulement ne soit nettement perceptible. Parfois, enfin, sitôt le canal ouvert, le chirurgien voit s'écouler la lymphe, remarque les saccades, la couleur du liquide, se rend compte que, dans cette région, ce ne peut être que le canal lymphatique qui a été lésé, et peut alors instituer immédiatement le traitement qui s'impose.

Mais, en règle générale, voici comment se passent les choses :

Ou bien un opéré se plaint que son pansement soit humide et coule; on l'enlève, on constate les caractères d'un écoulement lymphatique. Ou bien le malade ne se plaint pas : au moment du premier pansement, on trouve une plaie distendue plus ou moins, recouvrant une tumeur liquide de volume variable; on pense à de la sérosité ou même du pus, et on fait sauter un ou plusieurs fils; la lymphe s'écoule. Cet écoulement est d'abondance fort irrégulière et persiste parfois longtemps. Il cesse souvent après un simple tamponnement, mais nécessite parfois une nouvelle intervention.

C'est lorsque l'écoulement persiste ou lorsque sa quantité est fort grande qu'apparaissent les signes généraux. Dans les observations que nous avons pu consulter, ces signes généraux sont nets et signalés d'une façon pour ainsi dire uniforme.

Ils consistent d'abord dans des signes de déshydratation d'intensité variable : soif vive, de plus en plus accentuée, accusée par tous les malades, faiblesse plus ou moins prononcée et souvent proportionnelle à l'abondance ou à la durée de l'écoulement, abattement et prostration, urines rares; parfois tendances syncopales surtout marquées au moment des changements de position. Enfin on a noté une tachycardie intermittente assez précoce.

Mais un signe important est un amaigrissement rapide et très prononcé, contrastant avec ce fait que le malade a gardé l'appétit et qu'il boit abondamment.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé d'élévation de température; bien plus, et cela se conçoit, il y avait hypothermie quand l'écoulement persistait abondant. L'oligurie signalée n'a jamais été jusqu'à l'anurie complète.

En résumé, les symptômes sont les suivants au point de vue pratique : pour les blessures dans le thorax, le chylothorax, et pour les blessures au cou, l'épanchement du liquide blanc laiteux qu'est la lymphe. L'abattement, la soif vive, l'oligurie et l'amaigrissement rapide complètent le tableau.

L'évolution des plaies du canal thoracique est manifestement bénigne dans la grande majorité des cas. La plaie a une tendance spontanée à la cicatrisation, comme le prouve surabondamment sa fermeture rapide par la plus simple compression. Il est rare que l'état général soit suffisamment atteint pour donner par lui-même des inquiétudes, et on ne doit pas s'empresser de mettre sur le compte de la bles-

sure du canal thoracique des troubles d'autre origine, au cours de traumatismes graves ou d'interventions longues chez des débilités.

Mais il ne faut pas non plus considérer la plaie du canal thoracique comme quantité négligeable. Et parfois l'écoulement prend de telles proportions et l'abattement fait des progrès si rapides que l'état de ces malades a été qualifié par Thöle de « cholériforme ».

Ce sont là sans doute des cas exceptionnels; il faut penser aussi aux fistulisations durables; elles sont fort rares, et cette durée n'a jamais excédé trois mois.

Toutefois la possibilité de pareilles complications doit faire penser à la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié.

IV

Diagnostic. Pronostic. — Ce diagnostic se pose dans deux cas :

1° Dans le cas d'un épanchement chyliforme de la plèvre ;

2° Dans le cas d'une plaie ayant intéressé la base du cou ou au cours d'une intervention dans cette région.

Dans le premier cas, si cet épanchement a suivi un traumatisme grave, surtout une fracture de côtes ou d'apophyses transverses vertébrales, il faut immédiatement penser à une plaie du canal thoracique. A la suite d'une simple contusion, la question est plus délicate; en effet, il y a des épanchements chyliformes de la plèvre de nature tuberculeuse ou cancéreuse, et il est difficile, dans ces cas, de faire un diagnostic précis et rapide; c'est l'étude attentive des antécédents, de l'état général, des signes concomitants, qui permettra de résoudre la question.

Dans le second cas, le diagnostic est facile, véritablement; il ne fait pas de doutes quand le chirurgien s'aperçoit qu'il a blessé le canal et voit s'écouler la lymphe; il ne doit pas en faire non plus lorsqu'on constate, après plusieurs jours, l'écoulement abondant d'un liquide blanchâtre, sans élévation thermique, et avec des signes d'abattement et un amaigrissement constatable. En somme, le diagnostic est facile dans la grande majorité des cas.

Quant au pronostic, nous avons vu à l'évolution qu'il était bon. Ces plaies sont, en elles-mêmes, bénignes incontestablement et empruntent leur gravité apparente surtout aux circonstances dans lesquelles elles se sont produites. C'est le cas, ou jamais, de dire que les exceptions confirment la règle, et s'il est des cas où la mort a suivi des plaies du canal thoracique, il n'est pas bien prouvé qu'elles soient leur fait. L'âge des malades, le shock traumatique, les causes pour lesquelles on les opérait, nous paraissent des facteurs bien plus importants.

V

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur le traitement du chylothorax, symptomatique de lésions intrathoraciques du canal thoracique; c'est celui de tous les épanchements pleuraux en général, la ponction. Cependant il ne faut pas oublier que la dyspnée, dans ces cas, paraît assez précoce, et que, d'autre part, l'épanchement, le plus souvent abondant, se reproduit avec une grande facilité. En prenant les précautions aseptiques d'usage pour éviter une infection qui serait, dit Beule, un accident redoutable, il faudra ne pas ménager les ponctions libératrices et soutenir l'état général du patient. Bien entendu, il n'y a même pas à envisager la possibilité d'une intervention directe sur le canal thoracique.

Au contraire, au cas de plaie du cou, il faut aller directement à la lésion.

Dans la plupart des cas, et ce fut la pratique courante pendant longtemps, on se contente d'un simple tamponnement à la gaze aseptique; plusieurs auteurs ont, avec des résultats divers, employé la gaze iodoformée, ou le perchlorure de fer, ou la solution d'antipyrine. Ce tamponnement doit être assez serré et surtout porter directement sur la plaie du canal thoracique, profondément dans le creux sus-claviculaire. Le cas, qui a donné lieu à l'observation de Ricard, démontre qu'on n'a pas avantage à drainer, au contraire. Donc, tamponnement sans drainage. Si celui-ci ne suffit pas, ce qui est arrivé parfois, ou si l'on voit nettement la plaie du canal thoracique au cours d'une intervention, on peut et on doit faire la ligature du canal, ne serait-ce que pour ne pas faire courir au patient les ennuis d'une nouvelle intervention, qui a été plusieurs fois nécessaire. La ligature totale est facile à faire, exempte de dangers, lorsqu'on voit nettement le canal, et la ligature du bout central suffit, les valvules ostiales terminales du canal thoracique empêchant le reflux du sang veineux. Par prudence, il nous semble plus pratique de lier les deux bouts. Enfin, dans des cas assez rares, et lorsque la blessure sera petite et latérale, on pourra tenter la ligature latérale comme pour un vaisseau sanguin. L'abouchement du canal lymphatique dans une grosse veine de la région, a été préconisé et tenté une fois avec succès par Schopf : c'est un tour de force plus admirable que recommandable.

En résumé, les plaies du canal thoracique sont rares et le plus souvent bénignes. Mais il faut les connaître car elles peuvent entraîner des troubles généraux graves, et que leur traitement, facile et simple, donne le plus souvent d'excellents résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Arrou. *Traité de chir.* Le Dentu et Delbet, 1898, t. VI, p. 699.

Astley Cooper. *Med. rec.*, 1898.

Allena E. Briggs (de Cleveland). *Allen. Phil.*, 1901, vol. II, p. 401-404, 444-448.

Bögehöld (de Berlin). *Arch. f. clin. Chir.*, 1883, Bd. XXIX, p. 443-468.

Bröhl (de Köln). *Centralbl. f. Chir.*, 1896, Bd. XXIII, p. 407-408.

Boeckel. *XIVe Congrès de chir.*, Paris 1901, p. 757-766.

Bénéteau. Th. de Paris, 1902, n° 242.

Bucknall (de London). *Brit. med. Journ.*, 1905, vol. II, p. 809-810.

BOHNE. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1907, Bd. LXXXVII, p. 550-553.
BEULE (DE). *Ann. de la Soc. belge de chir.*, déc. 1909, t. IX, n° 9.
BOEKSTAELE (VAN). *Journ. de chir. belge*, fév. 1910, t. III, n° 2.
COLIN. *Traité de physiologie comparée des animaux,* Paris 1823.
CHEEVER (de Boston). *Boston med. and surg. Journ.*, 1875, vol. XCII, p. 422-424.
CUSHING. *Ann. of surg.*, 1898, vol. XXVII, p. 719-728.
CHEYNE. *A manual of surgical treatment,* London 1899, part. 2, p. 173-174.
CALZOLARI. *Gaz. degli ospedali e delle clin.*, Milano 1900, t. I, p. 728-729.
DEANESLY. *Lancet*, 1903, vol. II, p. 1783-1784.
J.-L. FAURE. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1903, t. XXIX, p. 991-994.
FOREST (DE). *Ann. of surg.*, 1907, vol. XLVII, p. 703-715.
FARABEUF. *Précis de manuel opératoire*, 1909, p. 83, fig. 60.
FREDET. *Presse méd.*, 1er janv. 1910, n° 1.
GRAFF (VON). *Wien. klin. Woch.*, 1905, Bd. XVIII, p. 10-14.
GRAFF et HILDEBRANDT. Berlin 1907.
GOBIET. *Wien. klin. Woch.*, 1909, Bd. XXII, p. 816-819.
HALSTED. *Baltimore Surg.*, 1895, n° 4775.
HAHN. *Deut. med. Woch.*, 1899, Bd. XXV, p. 411.
HAMMESFAHR. *Münch. med. Woch.*, 17 sept. 1907, n° 38, p. 1876-1877.
HART. *Münch. med. Woch.*, 28 juillet 1908, n° 30.
JACOBSON. *The operat. of surg.*, London 1902, p. 338.
JONNESCO. *Soc. de chir. de Bucarest,* 14 mai 1908.
KIRCHEUER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1885, Bd. XXXII, p. 156-181.
KEEN. *Ann. of surg.*, 1894, vol. XX, p. 87-92.
KEYSER (de London). *Lancet*, 1904, vol. II, p. 1213.
KUTTNER. *Münch. med. Woch.*, 1906, p. 99-100.
LYNE. *Virginia medical semi-monthly*, 1898, vol. III, p. 278.
LANG (de Berne). *Jahr. Chir.*, 1899, Bd. IV, p. 434.
LUND. *Boston med. Journ.*, 1899, vol. CXL, p. 354-356.
LESINOWSKI. *Centralbl. f. Chir.*, 1900, Bd. I, p. 86-87.
LECÈNE. *Revue de chir.*, 1904, t. XXX, p. 743-757.
LOTSCH. *Veroffentlichungen aus den Gebiete des militär Sanitatswesens*, 1906, hft. 35, p. 314-323.
LOTHEISSEN. *Wien. klin. Rund.*, 6 janv. 1907, n° 1, p. 5-7.
MUNTER. *Deut. med. Woch.*, 1899, Bd. XXV, p. 799.
NIERMANN. Inaug. dissert., Leipzig 1901.
NADAL. *Journ. méd. de Bordeaux,* 1909, t. XXXIX, n° 47.
PARSONS et SARGENT. *Lancet*, 1909, t. XXXIX, n° 47.
RICARD. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1901, t. XXVII, p. 758-764.
SCLUVINN. *Ann. of surg.*, 1896, vol. XXIII, p. 582-584.
SCHRŒDER et HUMMER. *Ann. of surg.*, 1898, vol. XXVIII, p. 229-236.
SCHOPF. *Wien. klin. Woch.*, 1901, Bd. XIV, p. 1169-1173.
STUART (d'Edimburg). *Med. Journ. Edimb.*, 1907, vol. XXII, p. 301-317.
SEVEREANO. *Soc. de chir. de Bucarest*, 14 mai 1908.
STOROJEVA. *Roussky Vratch.*, 1er août 1909, t. VIII, n° 31.
THORNE (de London). *Guys hosp. Gaz.*, 1896, vol. X, p. 2021.
THOLE. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1901, Bd. LVIII, p. 95-104.
VAGEDES. Inaug. dissert., Würtzburg 1885.
WEISCHER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, Bd. XXXVIII, p. 487-509.
WENDEL. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1898, Bd. XLVIII, p. 437-456.
WALTHER. *Traité de chir.* Duplay-Reclus, 1898, t. V, p. 649.
VEAU (de Paris). *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 1205-1208.
VALLAS (de Lyon). *Lyon méd.*, 1905, t. CIV, p. 1024-1026.
VAUTRIN (de Nancy). *Revue de chir.*, 1905, t. XXXII, p. 1-20.
WILMS. *Sem. méd.*, 23 mars 1910, t. XXX, n° 12.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Congrès de Dijon, 31 juillet - 5 août 1911.)

SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE (1)

Rapport sur la radiographie de l'intestin. — M. AUBOURG, rapporteur, présente une série de clichés des divers segments intestinaux, normaux et pathologiques (duodénum, intestin grêle, gros intestin). Il est facile de radiographier la ou les phases qui présentent pour le médecin ou le chirurgien un détail de diagnostic. Normalement le duodénum n'est pas l'intestin fixe que décrivent les anatomistes; il est mobile, et sa place varie suivant les positions debout ou couchée. L'auteur insiste sur les ptoses du duodénum, soit complètes, intéressant les quatre portions, soit incomplètes avec allongement de la première portion du duodénum. C'est dans ces cas surtout qu'il existe un retard de l'évacuation de l'estomac.

L'examen du gros intestin se fait à l'aide du *lavement* bismuthé, donné sous le contrôle de l'écran, ce qui permet de suivre de visu sa progression de l'anus au cæcum, en notant les rapports, la forme, le volume; de plus, la palpation directe du gros intestin sous l'écran fluorescent permet de juger de sa mobilité. Cette méthode, complètement indolore, permet de déceler les spasmes, les rétrécissements, les sténoses. L'auteur présente dix-sept clichés de radiographies intestinales où le diagnostic radiologique a été confirmé par l'intervention chirurgicale. Les rayons X ont permis, dans ces cas, de faire le diagnostic de sténose, et surtout du siège du rétrécissement.

La radiographie de l'intestin à l'état normal et pathologique. — MM. DESTERNES et BAUDON présentent une série de clichés montrant les différents aspects de la traversée intestinale, selon la position de l'examen, et les temps successifs de l'observation. Ils présentent des cas de ptose, de distension gazeuse, de typhlites, de cancer, etc.

MM. DESTERNES et BAUDON présentent *quelques radiographies très curieuses de l'appendice.*

M. Henri BÉCLÈRE. *La radiographie du foie* permet de constater la ptose, l'augmentation du volume sans battements (cancer primitif), avec battements (foie cardiaque). Le kyste hydatique de la face convexe se traduit par la saillie en particulier.

M. le professeur agrégé NOGIER décrit *les progrès de l'appareillage radiologique* depuis le Congrès de Toulouse, en particulier un appareil permettant de prendre vingt radiographies successives en quinze à vingt secondes.

M. Arcelin n'a pas vu les appareils pour radiographie instantanée donner les beaux résultats annoncés par les constructeurs.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 95, p. 1401.

Il présente de plus une série d'anticathodes détériorées par des intensités beaucoup moins élevées que celles employées pour ces radiographies.

M. Arcelin présente une *très curieuse étude radiologique du pneumothorax artificiel fait dans un but thérapeutique*, et *quelques téléradiographies du cœur avec projections*.

Observations et réflexions sur les rayons X. — M. Foveau de Courmelles. De l'application des rayons X, faite depuis leur découverte, on peut déduire, selon leurs effets physiologiques, leur complexité, fonction à la fois de leur quantité et surtout de leur qualité.

Trois divisions s'imposent :

Les uns, très mous, et cependant traversant le filtre d'aluminium, noircissent ou font tomber momentanément le système pileux;

D'autres, arrêtés par l'aluminium, agissent en son absence, pour brûler la peau;

Et les plus actifs, durs et pénétrants, permettent la radiothérapie des fibromes, des leucémies.

Les rayons moyens qui irritent la peau exigent, le plus souvent, une porte d'entrée que leur font les manipulations photographiques, ou des plaies cutanées, d'où la possibilité d'éviter les dermatites en protégeant les mains.

Rayons X et ultraviolets doivent souvent s'ajouter et se compléter; ces radiations sont d'actions parallèles ou complémentaires, analgésiques toujours — le radium en est une sorte de synthèse coûteuse — et agissant mieux, thérapeutiquement, quand on ouvre la peau : scarifications, électrolyse.

Extraction des corps étrangers. Présentation d'une table radiologique autonome. — M. Wuillamoz (de Lausanne). La méthode permet l'extraction simple et facile des corps étrangers, ce qui constitue un progrès en chirurgie et particulièrement en chirurgie de guerre.

Importance de l'examen de l'acromioclaviculaire dans les suites de traumatisme de l'épaule. — MM. Laquerrière et Loubier pensent que l'examen radiographique explique beaucoup d'impotences, d'apparence musculaire, en faisant constater une lésion de l'acromioclaviculaire, et estiment, d'autre part, que cet examen permet souvent d'éclairer le pronostic.

Le diagnostic radiologique de la syphilis osseuse et articulaire. — M. Gastou. La radiologie permet souvent de faire le diagnostic des lésions osseuses de la tuberculose, des rhumatismes infectieux, de la sporotrichose, des néoplasies; on doit aussi l'employer régulièrement pour la syphilis osseuse.

Ce que coûte la radiographie aux compagnies d'assurances. — M. Arcelin montre l'avantage qu'il y a à faire des radiographies dès le début de l'accident; on précisera ainsi le diagnostic; on hâtera la guérison.

M. Arcelin parle de *l'évaluation des calculs urinaires d'après leurs ombres radiographiques*, et *de ses complexités*.

M. Prothon apporte *quelques remarques sur les procédés cliniques et radiologiques d'exploration de l'estomac*.

A propos de l'étude radiologique du gros intestin. — M. Barjon. On constate très rarement un gros intestin avec la forme et la situation que lui attribuent les anatomistes. L'auteur ne l'a rencontré qu'une seule fois. Les modifications de forme et de situation portent surtout sur le côlon ascendant et le transverse qui présentent les aspects les plus variés. Les autres portions semblent plus fixes.

M. Barjon insiste *sur la difficulté du diagnostic différentiel entre les kystes de l'extrême base du poumon droit et ceux de la portion convexe sous-diaphragmatique du foie*. Pour que cette difficulté se présente, il suffit de deux choses :

1° Que le kyste soit situé aussi près que possible du diaphragme, soit au-dessus, soit au-dessous;

2° Qu'il n'existe au niveau du diaphragme aucun espace clair décelable à l'écran dans aucune des positions radioscopiques.

Note sur l'électrisation directe de l'estomac et de l'intestin. — MM. Lebon et Aubourg. L'électrisation directe de l'intestin, au moyen de la sonde de Boutet, ne donne que des contractions vermiculaires faibles et incapables de vaincre des obstacles dans l'occlusion intestinale.

*
* *

Rapport sur le traitement des cancers profonds par le radium. — MM. H. Dominici et H. Chéron. Le traitement des cancers profonds par le radium a été surtout réalisé par la mise en jeu des appareils suivants :

1° De supports de toile ou de métal à la surface desquels du sel de radium, broyé et pulvérisé, est maintenu adhérent grâce à un vernis spécial;

2° De tubes de verre, d'argent, d'or ou de platine contenant le sel de radium.

Il est nécessaire, pour traiter les cancers profonds, de filtrer le rayonnement à l'aide d'écrans ou d'étuis de métaux denses de 5/10 de millimètre à plusieurs millimètres d'épaisseur (méthode du rayonnement ultrapénétrant de Dominici).

L'introduction de tubes radifères à rayonnement filtré dans l'épaisseur des masses néoplasiques est un procédé supérieur à celui qui consiste à appliquer des appareils radifères à la surface des tissus néoplasiques ou des téguments qui les recouvrent.

Les résultats du traitement sont palliatifs (diminution ou disparition de la douleur, de la suppuration, des hémorragies) ou régressifs.

Les effets de l'action régressive sont souvent compromis par les récidives ou les métastases.

Il existe néanmoins des cas authentiques de cancers graves, de genres lymphosarcomes, sarcomes ou épithéliomes, dont la régression intégrale se maintient depuis deux ou trois années.

L'action de la radiumthérapie sur les cancers profonds sera amplifiée par des perfectionnements de technique consistant :

1° En la mise en jeu d'une quantité plus considérable de radium permettant l'utilisation du rayonnement pur;

2° En la combinaison de l'irradiation à l'injection des sels de radium, ou à la pénétration de l'ion radiumthérapique par l'électrolyse (Haret);

3° En l'association de la radiumthérapie et des autres agents physiques, rayons X;

4° En l'association méthodique de la radiumthérapie et de la chirurgie.

MM. Augier, Julien et Vialle présentent une *note sur un malade atteint d'un cancer de l'estomac ayant présenté, sous l'influence du radium, une régression complète de la tumeur.*

Mme Fabre et M. Ostrowsky montrent l'*action du radium sur les toxines.*

Le radium dans le traitement du lupus vulgaire. — Mme Fabre. Le traitement a été effectué de janvier à juin.

Actuellement, la guérison paraît être complète, sans cicatrice, sans aucune irritation. La joue droite est légèrement plus rouge que la gauche et présente un aspect normal.

Mme Fabre. *Un cas d'arthrite gonococcique rebelle, traitée par le radium*, s'est amélioré très vite

La guérison survient ensuite rapide et définitive.

Résultat de l'air chaud dans le chancre mou et mixte. — M. Belot a traité, à l'hôpital Saint-Louis, à dose hyperhémique, des chancres. Il a pu obtenir, sans anesthésie, la cicatrisation plus ou moins rapide des lésions.

Action du bain local de lumière. — MM. Delherm et Loubier ont employé le bain local de lumière dans quatre cas d'occlusion succédant à des laparotomies.

Chez tous leurs malades ils ont obtenu, entre trois et cinq séances, la débâcle.

La lumière agit probablement en provoquant un appel considérable de sang, dans la région abdominale, ce qui excite le péristaltisme intestinal.

Traitement des diarrhées coloniales chroniques par le surchauffage lumineux électrique. — M. Miramont de Laroquette. Au Val-de-Grâce, M. le professeur Simonin a obtenu, par des séances quotidiennes de chauffage lumineux électrique, le rétablissement d'un colonial cachectisé, pesant 40 kilos et atteint de diarrhée chronique de Cochinchine.

M. Bailly-Salin (de Sens) présente *un cas de lupus tuberculeux guéri par la radiothérapie en une seule séance.*

Lithiase rénale et radiographie. — M. Josserand (de Contrexéville). C'est la radiographie qui permet d'instituer une thérapeutique rationnelle. Si elle montre la présence de petits calculs engagés dans l'uretère ou le bassinet, nous pouvons conseiller aux malades une cure de diurèse. Si elle montre un gros calcul, c'est le chirurgien qui doit intervenir.

De la radiumthérapie des cancers végétants du col utérin. — MM. H. Chéron et H. Rubens-Duval ont appliqué, chez dix-neuf malades atteintes de cancers végétants, la méthode du rayonnement ultrapénétrant de Dominici.

En employant des doses considérables de radium pur (20 à 35 centigrammes) et un fort filtrage, ils ont pu, sans déterminer aucune lésion de la muqueuse cervico-utérine, ou cependant des lésions de radiumdermite très passagères et indolores, obtenir des disparitions totales du néoplasme, et la sclérose des tissus anciennement néoplasiques. Les survies prolongées furent surtout importantes pour les cas où l'infiltration péri-utérine n'a pas été trop étendue, elles n'ont pas dépassé un an à deux ans et demi pour des cas, du reste, jugés absolument inopérables.

* * *

Rapport sur l'action de quelques modalités électriques sur la circulation générale. — MM. Laquerrière et Nuytten. Leurs investigations ont porté sur l'action exercée par différents traitements électriques sur la fréquence du pouls et les pressions artérielles maxima et minima observées à l'aide du sphygmomètre de Pachon. Leurs examens ont été pratiqués avant et après la séance; il a été effectué 794 séances, soit 1868 examens. On a utilisé le *courant sinusoïdal*, le *bain hydro-électrique*, la *galvano-faradisation de l'abdomen*, le *bain statique*, la *méthode de Bergonié*, les *courants de haute fréquence.*

Au point de vue des résultats obtenus par une série de séances, les différents appareillages de haute fréquence leur ont donné, dans le traitement de l'hypertension, des succès et des insuccès en nombre à peu près égal, donc action douteuse de la cage dans l'hypertension; mais, par contre, action souvent active sur les symptômes fonctionnels.

M. Delherm conclut en demandant que l'on distingue l'action générale sur les symptômes fonctionnels des hypertendus, qui est souvent très nette; et l'action directe sur l'hypertension, qui est loin d'être nette.

Nouvelle électrode pneumatique. — M. Belot. Ces nouvelles électrodes consistent en un sac de caoutchouc qui est introduit entre la bande de serrage et la surface conductrice. Quand tout est en place, on gonfle le nez à l'aide d'une soufflerie à poire. Le contact est parfait et la fixation extrêmement simple.

Diminution du rendement en rayons ultraviolets des lampes en quartz fonctionnant à haute température. — MM. les professeurs Nogier et Courmont. Plus une lampe vieillit, moins bon est le rendement; il est donc nécessaire, au point de vue thérapeutique, de doser les rayons ultraviolets pour chaque application; au point de vue stérilisation des eaux, il faut éviter l'élévation de la température des lampes à vapeur de mercure, en refroidissant convenablement leur température pendant leur fonctionnement.

MM. Nogier et Courmont montrent que les *lampes à vapeur de mercure en quartz ne produisent ni ozone, ni eau oxygénée, lorsqu'elles sont immergées ou convenablement refroidies.*

Nos premières observations sur la méthode de Bergonié. — MM. Laquerrière et Nuytten ont étudié neuf cas; ils en tirent les conclusions suivantes : la méthode permet de faire exécuter à un sujet un travail musculaire intense sans causer de perturbations des rythmes cardiaques et pulmonaires; travail qu'il serait impossible à un sujet d'exécuter volontairement.

M. le professeur Bergonié, d'accord avec MM. Laquerrière et Nuytten, insiste pour que l'on ne demande pas à sa méthode des résultats miraculeux qu'elle ne peut donner. Elle permet, grâce à la mobilisation et la combustion de la graisse, de diminuer la ration d'entretien, à un point que l'on ne pourrait atteindre sans danger par la seule thérapeutique de la réduction de la ration alimentaire.

Les échanges gazeux dans le rhumatisme articulaire chronique et les moyens physiothérapiques de les augmenter. — M. le professeur Bergonié. Un des procédés les plus simples de connaître l'état de la nutrition est de mesurer les échanges gazeux. Mais la détermination de l'acide carbonique est aussi importante que celle de l'oxygène. C'est le rapport $\frac{Co^2}{O}$ qui peut seul donner ces indications. Le bain de lumière ne donne, au point de vue physiologique, aucune amélioration. L'exercice électriquement provoqué semble indiqué dans ces cas.

Action des rayons X sur le corps thyroïde du lapin. — MM. le professeur agrégé Zimmern et Battez. Les irradiations ont été pratiquées sur des lapins adultes.

Ils ont constaté comme symptôme dominant une respiration très accélérée, dyspnéique, un mauvais état général.

Un mois après, la respiration redevenait normale, l'affaisssement était remplacé par des troubles trophiques de la peau, chute des poils, etc.

La mort survenait ensuite.

Analyse microscopique des effets de l'irradiation sur le corps thyroïde du lapin. — MM. Zimmern, Battez et Dubus. Les préparations faites sur les lapins qui leur ont servi aux expériences relatées dans leur précédente communication, montrent que le corps thyroïde est détruit.

***

Après avoir discuté la question de la sensibilité de la peau aux rayons X, la section a admis que cette sensibilité variait avec les sujets.

— Au Congrès, était annexée une exposition d'appareils d'électricité médicale et de radiologie des plus complètes.

— Le prochain Congrès aura lieu en 1912 à Nîmes, avec M. le professeur agrégé Nogier (de Lyon) comme président, et M. le docteur Laquerrière (de Paris) comme vice-président.

DELHERM et LAQUERRIÈRE.

ANALYSES

MÉDECINE

Les formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. (Aviragnet et L. Tixier. Pathogénie des formes curables, *Arch. de méd. des enfants*, mai et juin 1911.) — La pathogénie des *formes localisées* est simple ; les lésions nodulaires spécifiques résultent de la présence du bacille de Koch au niveau des séreuses ou des parenchymes.

La pathogénie des formes *sans localisation apparente*, est plus mystérieuse ; en ce qui concerne la typho-bacillose, on a invoqué la bacillémie, mais en revanche, il existe des cas de bacillémie, sans réaction thermique ; sans doute il faut faire intervenir aussi la toxémie tuberculeuse ; on peut également supposer au bacille, soit des qualités spéciales, soit une origine spéciale; quoi qu'il en soit, la nature tuberculeuse de cette affection est incontestable et l'expérimentation en a été assez souvent réalisée ; le plus souvent la dissémination de l'infection se fait aux dépens d'une réserve bacillaire, le plus souvent ganglionnaire, surtout médiastinale, aussi, importe-t-il d'insister, sur la fréquence et l'importance de la tuberculose latente des ganglions du médiastin.

Symptômes de l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse. Le plus souvent il s'agit de *formes latentes* ; à peine découvre-t-on une légère submatité au-devant du sternum, et à l'auscultation une respiration inégale, un souffle à la racine des bronches.

Dans d'autres cas les symptômes sont plus nets ; les enfants sont pâles, amaigris, essoufflés ; ils ont une toux quinteuse ; les signes physiques (matité, souffle) sont très nets ; le signe de Smith, la bronchophonie et la pectoriloquie aphone (signe de d'Espine) s'observent également souvent. Enfin, plus exceptionnellement, on observe du tirage, de la cyanose, des accès spasmodiques. Ce sont surtout les accidents broncho-pulmonaires qui doivent éveiller l'attention.

Accidents broncho-pulmonaires. Il faut signaler tout d'abord les modifications du murmure vésiculaire au sommet du poumon par compression d'une bronche, d'une veine pulmonaire. Il est assez fréquent d'observer aussi des accès d'asthme catarrhal, des bronchites localisées, spécialement au niveau de la région hilaire, donnant parfois l'impression de gargouillement, enfin des congestions pulmonaires.

Ces *congestions* peuvent simuler la pneumonie ou la spléno-pneumonie, ou se présenter comme une congestion pulmonaire éphémère. Parmi ces congestions les unes sont le résultat d'une infection microbienne, les autres semblent la conséquence de ce phénomène fluxionnaire.

Il existe, en effet, parallèlement à ces poussées congestives, des poussées fluxionnaires, intéressant tout spécialement le *système lymphatique*, surtout lorsque plusieurs facteurs s'associent (tuberculose et syphilis par exemple).

Il faut signaler enfin un retentissement sur l'*hématopoïèse* (signes de chloro-anémie).

Les éléments du diagnostic clinique des adénopathies médiastines sont surtout ceux que fournissent l'inspection du malade, l'examen radioscopique, les épreuves à la tuberculine.

L. BABONNEIX.

Recherches sur la forme et la situation des capsules surrénales chez l'homme. (Georges et Maurice Gérard. *Bull. de la Soc. anat.*, 1911, p. 213-243, 15 fig.) — Chez l'adulte, la capsule droite est variable dans sa forme, sa direction et sa situation (ordinairement position moyenne, assez rarement position basse, très souvent position haute). La gauche a une forme et une position fixes; sa direction ordinairement moyenne est rarement oblique en dehors, ou verticale, sa situation est ordinairement basse. Chez le fœtus, où le volume

est proportionnellement plus considérable, la forme et la situation (suprarénale) sont identiques.

Les positions sont déterminées par la fixité, la brièveté et la différence d'aboutissement des veines capsulaires, et accessoirement, par le redressement de l'obliquité des vaisseaux rénaux, le développement précoce et prépondérant du foie, le développement du rein et le non développement relatif des capsules chez l'enfant et l'adulte. Enfin, il faut tenir compte de la disposition des vaisseaux capsulaires dans certains cas, et, exceptionnellement, d'anomalies.

L. ALQUIER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Faits nouveaux dans la physiologie de l'ouïe. (M. SCRIPTURE. *Soc. laryng. rhino-otol. améric.* XVe réunion annuelle, Atlantic city, 3, 4, 5 juin 1909, C. R. *Revue hebdom. de Moure*, n° 10, p. 278, 1911.) — Le phénomène de la perception du son peut se diviser en trois phases : 1° des vibrations physiques de l'air représentant une certaine somme d'énergie arrivant à l'oreille; 2° cette énergie se transforme en mouvement lequel, à son tour, transformé en énergie chimique ou électrique, est conduit par les nerfs jusqu'au cerveau ; 3° production de phénomènes mentaux qui sont appelés sensations auditives. Une méthode d'étude, la physiologie de l'audition consiste à chercher quelles sont les sensations produites par différentes formes de vibrations physiques et quelles vibrations correspondent à des vibrations variées.

Pour résoudre le problème, il faut user d'une méthode très exacte de production des ondes sonores. L'auteur y parvient à l'aide d'un graphophone, il obtient ainsi un tracé noirci. En lisant ce tracé, l'œil apprend à l'oreille ce que celle-ci n'a pas remarqué. On constate que la phase mélodique de la parole est beaucoup plus compliquée et plus développée que celle du chant. L'étude de ces tracés fournit donc une méthode de contrôle exact de la voix par l'œil, et par conséquent une méthode d'éducation.

P. VIOLLET.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 7, 25 juillet 1911.) MARQUIS et LAFON : La méthode de Murphy dans le traitement des péritonites aiguës généralisées. — RIVES : Sur les accidents herniaires dénommés « étranglement rétrograde de l'intestin » (*fin*). — MAUCLAIRE et EISENBERG-PAPERIN : Les ovaires surnuméraires.

Biologica. — (N° 8, 15 août 1911.) LEDUC : La physique moléculaire et la biologie générale. — LANDRIEU : La fécondation artificielle chez les mammifères.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 juillet 1911.) Léon RABINOVICI : La médication excitante de l'estomac et la médication apéritive. — (8 août.) Henri BOUQUET : Les mycoses et leur traitement (*fin*). — (15 août.) Ed. LAVAL : Le bandage herniaire et ses applications.

Bulletin médical. — (N° 58, 26 juillet 1911.) QUÉNU : Les hémorroïdes (*suite*). — (N° 59, 29 juillet.) QUÉNU : Les hémorroïdes (*suite*). — (N° 60, 2 août.) QUÉNU : Les hémorroïdes (*fin*). — (N° 64, 19 août.) LESAGE : La vague de chaleur et les nourrissons. — BENI-BARDE : L'hydrothérapie dans la pratique courante.

Echo médical du Nord. — (N° 30, 23 juillet 1911.) MOTY : Traitement des fractures de la jambe par l'appareil de Raoult-Deslongchamps modifié. — G. GUÉRIN : La résorption des bacilles tuberculeux dans l'organisme et la vaccination des bovidés contre la tuberculose. — (N° 31, 30 juillet.) J. VANVERTS et H. PAUCOT : A propos de l'abcès froid tubaire. — (N° 32, 6 août.) Jean BARROIS : Note sur la radioactivité des eaux et des boues de Saint-Amand (Nord). — DUBAR et Charles FONTAN : Brûlures étendues et intoxication aiguë dues au phénol. — (N° 33, 13 août.) V. GRISEZ : La prophylaxie de la rage dans la région du Nord et résultats des vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur de Lille, de 1895 à 1911. — GUGELOT : Péritonite à pneumocoques au déclin d'une pneumonie. Guérison spontanée. — DUBAR fils : La coloration des solutions servant à l'anesthésie locale. — (N° 34, 20 août.) A. DELÉARDE et G.-L. HALLEZ : L'érythème noueux.

Encéphale. — (N° 6, 10 juin 1911.) TRUELLE et BESSIÈRE : Recherches sur la presbyophrénie. — Paul CAMUS : Hallucinations visuelles et hémianopsie. — Ch. LADAME : Les cellules de Betz dans les maladies mentales. — ROSE : Apraxie idéo-motrice gauche chez un gaucher. — HORNOWSKI : Un cas d'étranglement du nerf de la troisième paire. — (N° 8, 10 août.) DAVIDENKOF : Syndrome catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. — SÉRIEUX et LIBERT : La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté (*suite*). — CLAUDE et SCHÆFFER : Méningo-encéphalite syphilitique chronique avec atrophie cérébrale. — PÉLISSIER : L'emploi du salvarsan dans les affections du système nerveux d'origine syphilitique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 30, 23 juillet 1911.) J. SABRAZÈS et Edg. DUBOURG : Lésions syphilitiques appelant un traitement chirurgical guéries par le salvarsan d'Ehrlich. — (N° 31, 30 juillet.) J. SABRAZÈS et Edg. DUBOURG : Lésions appelant un traitement chirurgical guéries par le salvarsan d'Ehrlich chez des syphilitiques. Nouvelles recherches sur la pression sanguine et sur les modifications des éléments du sang (*fin.*) — (N° 32, 6 août.) H.-L. ROCHER et M. DANTIN : A propos d'un cas de hernie crurale chez un enfant de dix ans. Fréquence et pathogénie de la hernie crurale infantile. — Etienne GINESTOUS : Traitement du cancer épithélial par les caustiques. — (N° 33, 13 août.) Louis VERDELET : De la douleur dans les kystes hydatiques du foie. — (N° 34, 20 août.) Louis LANDE : Le signe de la brûlure ou de la phlyctène. Sa valeur pour le diagnostic de la mort réelle.

Lyon médical. — (N° 30, 23 juillet 1911.) M. GALLAVARDIN : De la myocardite rhumatismale nodulaire à cellules épithélioïdes et cellules géantes. — (N° 31, 30 juillet.) A. PIC : Vieillesse et sénilité. — (N° 32, 6 août.) VAQUEZ et LAUBRY : Des symptômes douloureux de l'érythrémie. — COLLET : Tuberculose du larynx et tuberculose œsophagienne. — (N° 33, 13 août.) JABOULAY : Le traitement du reniflement et du blépharospasme par l'occlusion des narines. — P. COURMONT et BARJON : Hernie intrathoracique, pyopneumothorax putride par perforation de l'estomac dans le thorax. — (N° 34, 20 août.) BARJON : A propos de la radiothérapie des fibromyomes utérins par la technique de M. Bordier.

Montpellier médical. — (N° 29, 16 juillet 1911.) E. FORGUE et V. RICHE : La rachinovocaïnisation lombaire. — (N° 30, 23 juillet.) Jean ANGLADA : Sclérose latérale amyotrophique ascendante avec manifestations douloureuses et paraplégie en flexion intense. — (N° 32, 6 août.) P. DUPAS : Le procédé en vanne dans l'opération de l'ectropion.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE MARDI 26 SEPTEMBRE 1911

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication des fournitures d'articles de *pansement, gazes antiseptiques, mackintosch, protective, coton hydrophile*, nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1911.

Le montant desdites fournitures est évalué approximativement comme suit :

1er lot. *Gaze hydrophile; gaze iodoformée, au salol, boriquée; lint boriqué*, 41 500 fr., avant rabais.

2e lot. *Mackintosh et protective*, 9 300 fr., avant rabais.

3e lot. *Ouate coton hydrophile*. La fourniture totale est évaluée à 90 000 kilogr., mais le même fournisseur ne pourra être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 100. — MARDI 5 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 5 SEPTEMBRE 1911. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1912, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — La chaire de médecine légale et d'administration à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales sera vacante à la date du 31 décembre 1911.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire de cette chaire dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909 (B. O. P. R., p. 1076).

Les médecins-majors de première classe en service en France et aux colonies sont autorisés à poser leur candidature.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 1er décembre 1911.

Nota. — Le professeur de médecine légale et d'administration est, en même temps, chargé des fonctions de major de l'école.

IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (Bruxelles, 26-30 septembre 1911), sous le haut patronage de Sa Majesté le roi Albert. Président d'honneur, M. Berryer, ministre de l'Intérieur; vice-présidents d'honneur, MM. Béco, gouverneur de la province de Brabant, et Max, bourgmestre de la ville de Bruxelles.

Secrétariat : avenue Louise, 75, Bruxelles.

Programme du Congrès. — *Lundi 25 septembre.* — A deux heures et demie, réunion du Comité international.

A huit heures du soir, réception des membres du Congrès chez M. le docteur Lorthioir, président de la Société belge de chirurgie.

Mardi 26 septembre. — A neuf heures et demie, ouverture solennelle du Congrès. Ouverture de l'exposition de fractures et de l'exposition d'appareils et d'instruments de chirurgie.

De dix heures et demie à midi, discussion du rapport de M. Michel : Diagnostic de la pancréatite.

De deux heures à cinq heures, discussion des rapports de MM. Körte et Giordano : Traitement de la pancréatite.

A neuf heures du soir, réception offerte aux membres du Congrès par M. le professeur Lucas-Championnière, président de la Société internationale de chirurgie.

Mercredi 27 septembre. — De neuf heures à midi, discussion des rapports de :

MM. Garrè : Pneumothorax : voies et modes d'accès; emphysème;
Gaudier : Pleurésie purulente aiguë;
Girard : Fistules pleurales.

De deux à six heures, discussion des rapports de :

MM. Lenormand : Plaies pleuro-pulmonaires;
Fergusson : Tumeurs et parasites pleuro-pulmonaires.

Jeudi 28 septembre. — De neuf heures à midi, démonstrations relatives au traitement des fractures dans les locaux de l'exposition.

De deux à trois heures, assemblée générale.

De trois à cinq heures, discussion des rapports de :

MM. Van Stockum : Abcès et gangrène pulmonaire;
Sauerbruch : Bronchiectasie.

A sept heures et demie du soir, banquet par souscription.

Vendredi 29 septembre. — De huit à dix heures, discussion du rapport de M. Friedrich : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

De dix heures à midi, discussion du rapport de M. Sonnenburg : Colite aiguë.

De trois à six heures, discussion des rapports de MM. Segond, Gibson, d'Arcy Power : Colite chronique.

A huit heures du soir, représentation-gala au théâtre royal de la Monnaie.

LA MAISON DU MÉDECIN vient d'éprouver une perte cruelle en la personne de son président, le docteur Courtault, qui a péri en mer au naufrage de l'*Emir*. Cette mort tragique prive la Maison du médecin du plus dévoué de ses collaborateurs,

de l'administrateur le plus habile et le plus diligent. Le corps médical gardera un souvenir ému de cet homme de bien qui avait su, par son énergie et sa ténacité, mettre sur pied l'œuvre d'assistance médicale la plus difficile.

La Maison du médecin lui survivra. Rien ne peut désormais en arrêter la marche progressive. Le secrétaire général et le trésorier assureront le service de l'œuvre jusqu'à l'élection d'un nouveau président. Toutes les communications (adhésions, demandes de pensions, renseignements, etc.) doivent être adressées soit au docteur Lucien Nass, secrétaire général, soit au docteur Schmitt, trésorier, au siège social, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

Quantin. Sur un cas de péritonite intra-utérine. — Guillaume. Le myome utérin à la ménopause. — Buisson. De la mort de l'œuf dans la grossesse tubaire. — Accolas. L'anémie pernicieuse aplastique. — Laurens de La Barre. De la cystectomie totale chez la femme dans les cancers de la vessie. — Coïc. Le grand mononucléaire du sang. — Grabrielle. Tuberculines et tuberculinothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Vignol. Les corps étrangers de la rétine. — Giraud. Névroses à décharges. — Chapuis. La réfection musculaire du plancher pelvien avec ablation du vagin et de l'utérus dans le traitement des grands prolapsus génitaux. — Blondel. Sur le traitement des pieds bots difficiles de la première enfance par la section des ligaments postérieur et interne de l'articulation tibio-tarsienne. — Augagneur. Etude sur les réactions des syphilitiques à la tuberculine. — Touranjon. Les diphtéries larvées et leurs séquelles. — Fouillit. L'ultra-violet ; ses propriétés, ses applications. — Mulot. La tuberculose à Lyon de 1905 à 1909. — Reynaud. Mécanisme de l'aérophagie essentielle; diagnostic radioscopique de ses variétés cliniques. — Vittoz. De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire. — Achard. Les tumeurs de la clavicule. — Nain. De l'appendicostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale. — Naudet. Sur un cas d'angiome musculaire du psoas. — Robert. Sur un cas de névrome malin du radial. — Thomas. Des myomes de la vessie chez la femme. — Lamante. Du décollement traumatique de l'épiphyse humérale supérieure. — Charvin. De la lithiase rénale et urétérale chez l'enfant, forme chirurgicale. — Clair. Essai expérimental et clinique sur l'action cholagogue de l'acide oléique. Son emploi dans la lithiase biliaire et dans d'autres affections hépatiques. — Magnanon. Le médecin scolaire. — Rey. Des infarctus rénaux. — Rimaud. Essai sur la nature de chlorose. Doit-on conserver une chlorose essentielle ? — Seyroux. Un cas de régénération de l'épiglotte après laryngectomie totale pour rétrécissement spécifique du larynx. — Jaltrain. Origine sanguine des pneumonies et bronchopneumonies. — Privey. De l'albumoptysie. — Villard. De l'utilisation plastique de l'épiploon comme moyen de fermeture des grandes brèches péritonéales. — Wies. Du traitement conservateur dans l'inversion utérine puerpérale. — Guérin. Rétinite albuminurique gravidique, pronostic et traitement. — Vichot. Des anomalies dentaires par défaut chez l'homme, régression et pseudo-régression. — Collin. Du traitement chirurgical du cancer du testicule. — Samy Kamal. L'anorexie mentale. — Chevalier-Seyvet. Des injections de dioxydiamidoarsenobenzol, manuel opératoire et accidents. — Jacquard. Du cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Marconnet. Des perforations biliaires dans le péritoine libre au cours de la lithiase. — Bernay. Les syphilides lupoïdes. — Taravellier. De l'oblitération des vaisseaux mésentériques infarctus hémorragiques de l'intestin. — Prinaris. De l'avenir immédiat des prématurés jumeaux nés de mère saine et des prématurés nés de mère tuberculeuse. — Rebaudet. La réglementation du lait à New-York. — Bac. De la paralysie radiale dans les fractures de l'humérus. — Bonnet. La mélanose et les tumeurs mélaniques. Etat actuel de la question, recherches personnelles. — Vallérix. Du régime des corps gras dans le traitement du diabète sucré. — Bastien. De l'ablation de la clavicule et de la poignée du sternum, comme temps préliminaire à certaines opérations de la région. — Courjon. Diagnostic différentiel entre l'abcès cérébelleux et la pyolabyrinthite. — Espenel : Diagnostic de l'hémiplégie hystérique. — Thuriot. Sur les causes de la mort brusque dans la scarlatine. Rôle et importance de la myocardite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie exotique, clinique et thérapeutique, publié en 8 fascicules, sous la direction de Ch. Grall, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales, et A. Clarac, directeur de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales. — Vient de paraître le 5e fascicule : **Intoxications et empoisonnements**. Gr. in-8° de 452 pages, avec 134 figures. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Affections chirurgicales des artères, par le docteur Pierre Delbet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. Mocquot, prosecteur. Gr. in-8° de 346 pages, avec 41 figures. — Prix : broché, 8 francs; cartonné, 9 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Oreille, organe d'orientation dans le temps et dans l'espace, par le docteur Elie de Cyon. In-8 avec 45 figures dans le texte et 3 planches hors texte, de la Bibliothèque scientifique internationale; cartonné à l'angl. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Thérapeutique des maladies du système nerveux, par les docteurs J. Grasset et L. Rimbaud. (Bibliothèque de neurologie et de psychiatrie.) In-18 jésus, cartonné toile, de 600 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Sommeil et les Rêves, par le docteur N. Vaschide, directeur adjoint du Laboratoire de psychologie pathologique à l'Ecole des hautes-études. (Bibliothèque de physiologie scientifique dirigée par le docteur Gustave Le Bon.) In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

La Sérothérapie, par le docteur Em. Pozzi-Escot. (Collection « Les Actualités chimiques et biologiques ».) In-18 jésus, 92 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

La Gymnastique respiratoire chez les enfants, par le docteur Paul Desfosses, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi, chirurgien adjoint de Hertford British Hospital; avec la collaboration de Mme Burman Oberg, gymnaste diplômée de l'Institut royal de Stockholm. Broch. gr. in-8° de 32 pages (monographie n° 64 de l'« Œuvre médico-chirurgical »), avec 56 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Du Rôle de la cholestérine dans le développement de l'artériosclérose et de l'athérome, étude clinique et thérapeutique, par le docteur G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Annuaire illustré des maisons de santé et de tous les établissements médicaux et de retraite privés ou publics, français ou étrangers. — Paris, 11, rue Servandoni.

Traitement des aortites aiguës et chroniques (*Consultations médicales françaises*, fascicule 30), par le docteur Lucien Mayet, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux, chargé de cours à l'Université de Lyon. In-16 de 28 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

GLIOMES ET TRAUMATISMES CÉRÉBRAUX

Par M. L. BABONNEIX.

L'étiologie des tumeurs en général, et des tumeurs cérébrales en particulier, est encore entourée des plus profondes obscurités. Doit-on les rattacher à un trouble de développement, les considérer comme le stade ultime, l'aboutissant de toutes les lésions chroniques, quelle qu'en soit la nature, ou invoquer à leur origine une infection, d'ailleurs encore indéterminée? Toutes ces hypothèses ont été soutenues, mais aucune d'elles ne s'appuie sur des faits assez certains pour entraîner toutes les convictions.

En ce qui concerne les gliomes, trois théories principales. La première admet qu'ils se développent à la faveur d'une prédisposition congénitale, sur la nature de laquelle on ne fournit d'ailleurs aucune explication. La seconde, avec Fürstner et Stühlinger (1), voit leur cause véritable dans certaines leptoméningites du premier âge, lesquelles exerceraient, sur la névroglie sous-jacente, une action irritative continue. La dernière enfin fait intervenir la notion de traumatismes craniens.

Signalée pour la première fois par Virchow (2), cette cause a été depuis retrouvée par beaucoup d'auteurs, et la plupart des classiques, tant français qu'étrangers, n'oublient point de la mentionner. Elle se fonde sur des faits de jour en jour plus nombreux. En voici quelques-uns recueillis au hasard de nos lectures dans les périodiques de ces dernières années.

*
* *

Un garçon de quatorze ans, observé par Ross (3), était, en janvier 1877, tombé d'une échelle, la tête la première. Immédiatement après, apparurent des céphalées, des troubles visuels, des modifications de l'équilibre. A l'autopsie, gliome cérébelleux.

Un garçon de quatorze ans a toujours été bien portant jusqu'au début de janvier 1876. A cette époque, il tomba sur le pavé, et la tête porta avec tant de violence qu'il perdit connaissance. En avril de la même année, apparurent des vomissements, bientôt suivis de convulsions, de troubles oculaires et de vomissements. A l'autopsie, « fibro-sarcome » (probablement gliome) kystique du lobe gauche du cervelet [Séguin (4)].

La thèse de M. Auvray (5), passée en 1895, contient un certain nombre de cas de gliomes post-traumatiques : 1° Cas de Hugues-Bennet. Un homme de vingt-cinq ans subit, en 1887, une contusion violente de la tête, suivie de perte de connaissance. Un an après, signes classiques de tumeur cérébrale. A l'opération, on constate l'existence d'un gliome rolandique. 2° Cas de Bramann. Un homme de quarante-six ans, un an après un violent trauma céphalique, présente tous les signes des tumeurs cérébrales : à l'opération, myxo-sarcome rolandique. 3° Cas de Godler. Un jeune homme de vingt-cinq ans est heurté à la tête par une pièce de bois. Quelques mois après, céphalée, vomissements, monoplégie brachiale. A l'opération, gliome rolandique. 4° Cas de Fraser. Un homme de

(1) Furstner et Stuhlinger. *Arch. f. Psych.*, 1886, t. XVII, p. 1.
(2) Virchow. *Die krankhaften Geschwülste*, II. I. Hälfte, S. 147, 1864-65.
(3) Ross. *Brain*, janvier 1880.
(4) Seguin. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, avril 1887.
(5) Auvray. *Tumeurs cérébrales.* Th. de Paris, 1895-96.

quarante-quatre ans, reçoit, sur le côté gauche de la face, un coup si violent qu'il reste étourdi quelques instants. Presque aussitôt après, se développe une tumeur cérébrale, que l'examen montre être un gliome temporo-sphénoïdal. 5° Le cas de Pilcher et Dana est relatif à un gliome frontal survenu un an après un trauma cranien. 6° Observation de Sciamanna. Un homme de quarante-six ans, qui avait jadis été victime d'un violent traumatisme cranien, ultérieurement présenta les signes d'une tumeur cérébrale, qui n'était autre qu'un gliome du centre ovale. 7° Dans les *Ann. of surg.*, se trouve l'histoire d'un homme de trente-trois ans qui, à la suite d'une chute de voiture, eut une tumeur cérébrale, de nature gliomateuse.

Un jeune homme de vingt-trois ans, observé par Laehr (1), fut pris d'un vertige subit, tandis qu'il portait un lourd fardeau, et tomba si malheureusement que sa tête porta tout le choc. Aussitôt après, se manifestèrent des symptômes de tumeur cérébrale. A l'autopsie, fibro-sarcome de l'hémisphère gauche.

Dans un autre cas du même auteur, il s'agit d'une femme de trente-trois ans chez laquelle tous les symptômes propres aux tumeurs cérébrales apparurent à la suite d'une chute sur la tête. A l'autopsie, sarcome de l'hémisphère droit.

Un petit garçon de six ans, observé par Hénoch (2), s'était mis à vomir d'une façon répétée à la suite d'un choc sur la tête. Peu à peu, apparurent tous les signes des tumeurs cérébrales. A l'autopsie, glio-sarcome du quatrième ventricule.

Un garçon de trois ans, habituellement bien portant, est tombé sur la tête, il y a quelque temps. Depuis cette époque, il vomit avec facilité, se plaint de céphalée. Plus tard, convulsions nettes. A l'autopsie, épendymo-gliome du quatrième ventricule [Brüning (3)].

La thèse d'Holzhauer (4) contient plusieurs cas intéressants. Le premier concerne une fillette de douze ans, qui avait toujours été bien portante jusqu'à il y a deux ans. A ce moment, elle se jeta violemment contre un mur, ce qui détermina une épistaxis abondante et une tuméfaction marquée de la région frontale. Presque aussitôt après, survinrent les signes propres aux tumeurs cérébrales. A l'autopsie, gliome cérébelleux.

Dans l'observation V du même auteur, il s'agit d'un enfant de sept ans et demi qui, à cinq ans, était tombé sur la tête ; cette chute, qui avait provoqué des hémorragies nasales et oculaires, fut suivie, au bout d'un an environ, de céphalées, de vomissements, et des autres signes habituels. A l'autopsie, gliome cérébral.

L'observation X a trait à un enfant de six ans, qui avait été victime de trois traumatismes cérébraux : un à six mois, un à quatre ans, et un presque aussitôt après. L'enfant était tombé, la première fois de table, la seconde, dans un escalier, la troisième d'une rampe, d'une hauteur de un mètre et demi. Depuis un an, se sont développés tous les signes des tumeurs cérébrales. A l'autopsie, gliome de l'hémisphère cérébral gauche.

Dans un cas d'Hildebrand (5), une jeune fille de seize ans souffre depuis l'âge de dix ans de céphalées et de vomissements. Deux ans auparavant, elle était tombée dans un escalier. Peu à peu, apparaissent tous les signes des tumeurs cérébrales. A l'autopsie, épendymo-gliome occupant le quatrième ventricule.

(1) Laehr. Ueber Gehirntumoren nach Kopfverletzungen. *Charité Annal.*, 23.
(2) Henoch. *Vorlesung. über Krank.*, 1898.
(3) Bruning. Zur Kasuistik der Tumoren im Rautengrube. *Jahrb. f. Kind.*, Bd. LV, p. 647, 1902.
(4) Holzhauer. *Zur Kasuis. der Gehirn. im Kindesalter.* Inaug. Dissert., Berlin, 1903.
(5) Hildebrand. Zur Kenntniss der gliomatösen Neubildungen des Gehirns. *Virch. Arch.*, t. CLXXXV, f. 2, p. 341.

Un enfant de six ans et demi, vu par Sutherland et Holland (1), fut pris brusquement, à la suite d'un traumatisme cérébral, de troubles oculaires, de vomissements et de céphalée. Il mourut subitement. A son autopsie, on trouva un gliome de la protubérance.

Le cas d'Albrecht (2) concerne un garçon de treize ans qui, immédiatement après un traumatisme céphalique, présenta des symptômes de compression cérébrale. La mort survint subitement à l'occasion d'une ponction lombaire. A l'autopsie, épendymo-gliome occupant le quatrième ventricule.

Bruns, dans son traité des *Tumeurs cérébrales*, dit avoir vu survenir une tumeur gliomateuse de la protubérance à la suite d'un traumatisme chez un malade dont la tête avait porté sur le bord d'une table. Il a vu aussi survenir un gliome frontal chez un malade qui avait reçu, quelques mois auparavant, un coup de pied de cheval sur la tête.

Le cas de Tricomi (3) est relatif à un enfant de neuf ans et demi qui subit un double traumatisme céphalique : le premier à cinq ans et demi, le second, quelques mois plus tard. Depuis cette époque, sont apparues des céphalées, actuellement compliquées de vomissements, de vertiges et de troubles visuels. La mort survint au lendemain d'une craniectomie. A l'autopsie, gliome des tubercules quadrijumeaux et du pédoncule cérébelleux supérieur droit.

Dans le savant mémoire de MM. Alquier et Klarfeld, paru ici même récemment, nous trouvons un cas du même genre :

CIII [Oppenheim (4)] (*Cas 1*). — Garçon de onze ans. Contusion de la tête avec perte de connaissance. Nuit suivante, vomissements; quelques jours plus tard, diplopie, vertiges, nausées, dort mal; quelques semaines après, mouvements involontaires des extrémités. Examen deux mois après le début : pas de stase, parésie des sixième et septième (surtout supérieur) droits, hypoacousie surtout droite, clonus et Babinski gauches. Le mois suivant, céphalée et vomissements augmentent, deux épistaxis, hémiparésie gauche avec raideur du bras, ataxie de la jambe, réflexes forts des deux côtés, clonus bilatéral, réaction de dégénérescence partielle dans le facial droit, parole nasillée, troubles de la déglutition, parésie du voile, surtout gauche. Troisième examen deux autres mois après : dysarthrie grave, dysphagie, paralysie du regard à droite. Mort cinq mois après les premiers signes. Gliosarcome du côté de la protubérance, empiétant à peine sur le gauche, situé au niveau des noyaux des moteurs oculaires externe et facial. Atrophie partielle du faisceau longitudinal postérieur droit. Hydrocéphalie.

* * *

Les gliomes cérébraux peuvent donc, dans certains cas, succéder à un traumatisme cranien. Le fait est indéniable. Mais comment l'expliquer ? A ce sujet, deux théories principales.

Les uns attribuent aux traumatismes craniens le pouvoir de créer, de toutes pièces, des tumeurs gliomateuses. Ces tumeurs siègent presque toujours, en effet, dans les régions du cerveau les plus exposées aux chocs (Virchow). Pour comprendre leur développement, on peut, ou bien, avec Virchow, admettre que tout traumatisme un peu intense est susceptible de provoquer, dans une partie localisée du cerveau, des altérations : contusion, hyperhémie, hémorragies capillaires, lesquelles irritent la névroglie voisine et facilitent ainsi la prolifération néoplasique ; — ou bien, avec Ribbert, supposer que le traumatisme modifie les relations réciproques des divers éléments tissulaires, sépare brusquement un îlot névroglique de ses connexions normales, et favorise ainsi sa transformation gliomateuse. De ces deux hypothèses, la première cadre bien avec ce que nous savons aujourd'hui de l'étiologie des néoplasmes : elle permet de comprendre pourquoi des causes aussi différentes que la leptoméningite, d'une part, les traumatismes, de l'autre, peuvent, par l'intermédiaire d'un même agent, l'irritation subaiguë ou chronique, aboutir toutes deux au même résultat, la production d'une tumeur névroglique. La seconde, soutenue surtout par Brüning, n'est pas moins satisfaisante pour l'esprit. Avec l'une comme avec l'autre, il est d'ailleurs indispensable d'admettre l'influence d'une prédisposition, sans doute héréditaire, puisque les coups sur la tête ne provoquent heureusement pas tous des tumeurs cérébrales (Laehr). En résumé : chez certains sujets *prédisposés* par l'hérédité, les traumatismes craniens peuvent, à eux seuls, *déterminer* le développement d'un gliome cérébral.

Pour les autres, la théorie précédente ne repose que sur des bases fragiles. Dans la plupart des cas de gliome, il n'est fait aucune mention des traumatismes. Quant à ceux qui paraissent avoir succédé à un choc, ils sont loin d'être tous démonstratifs. Dans certains d'entre eux, il y a un bien grand intervalle entre la date du traumatisme et l'apparition des premiers symptômes de tumeur; dans quelques autres, les signes préexistaient nettement au traumatisme, qui a eu pour seul effet de les rendre plus apparents. Ne peut-on pas faire observer de plus que, pour les tumeurs cérébrales comme pour les autres, les malades ou leur entourage sont inconsciemment portés à exagérer le rôle des chocs violents et que leurs déclarations ne peuvent, par suite, être acceptées que sous bénéfice d'inventaire? Entre les traumatismes craniens et les gliomes, il n'y aurait donc pas une relation de cause à effet, mais seulement de coïncidence (1).

Bien qu'une partie au moins de ces arguments ne soit point sans valeur, cette seconde théorie nous semble difficilement acceptable. Les gliomes cérébraux succèdent si souvent au traumatisme qu'il y a sans doute là autre chose qu'une coïncidence fortuite. Il faut se méfier des « coïncidences », lorsqu'elles se reproduisent trop fréquemment. Qui oserait aujourd'hui proposer une semblable explication pour les rapports qui unissent la chorée à l'endocardite et la blennorragie au rhumatisme ?

(1) Sutherland et Holland. Gliomes of the pons. *Brit. Journ. of chil. dis.*, mai 1904.

(2) Cité par Fauvet. *Contribution à l'étude des tumeurs du quatrième ventricule.* Th. de Paris, 1910.

(3) Tricomi, in Bertheaux. *Considérations sur les tumeurs du cervelet chez l'enfant.* Th. de Paris, 1908.

(4) Oppenheim. *Monats. f. Psych. und Neurol.*, 1905, t. XVIII, p. 135.

(1) Sur 60 cas de gliomes relevés dans la littérature, Gerhardt en trouve 10 qui ont succédé à un traumatisme; sur 11 cas personnels, cet auteur note la même étiologie 4 fois (Gerhardt. Das Gliom. *Zeitschrifft zu der Saeculërfeier der Alma Julia Maximiliana*, Würzburg, 1882, Bd 2) ; Brünning, sur 17 cas de gliome localisé au quatrième ventricule, invoque 16 fois le traumatisme.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE

(TENU A LONDRES DU 25 AU 27 JUILLET 1911)

DE LA PHOSPHATURIE ET DE L'OXALURIE

(SÉANCE DU 25 JUILLET)

Cette importante question de pathologie générale est l'objet de trois rapports du professeur Teissier (de Lyon), Albert Hogge (de Liége) et Richter (de Berlin).

Dans son très intéressant travail, le professeur Teissier passe d'abord en revue les conditions biologiques de la phosphaturie; il montre qu'il existe une élimination phosphorée normale indépendante de l'alimentation. L'élimination intestinale dépasse rarement le tiers des éliminations intestinales. Pour qu'il y ait de la phosphaturie vraie, il faut que la déperdition urinaire atteigne 50 milligrammes et au-dessus par kilogramme de poids du corps. La déperdition d'urée est d'ordinaire parallèle tandis que le taux de la chaux est diminué. Dans la phosphaturie vraie, la courbe d'élimination montre qu'elle est surtout nocturne, tandis qu'elle est diurne dans les fausses phosphaturies avec calciurie. Cliniquement il faut distinguer trois groupes :

1° Les fausses phosphaturies : phosphaturies par infection de l'arbre urinaire, par alcalinité du milieu vésical dans certaines hyperchlorhydries et certains états neurasthéniques, par calciurie, états se traduisant par la lactescence de l'urine et pouvant affecter la forme de crises.

2° Les phosphaturies passagères : phosphaturie de la crise des grandes pyrexies (fièvre typhoïde, pneumonie), par surmenage intellectuel, crises d'hystérie ou d'épilepsie, fatigue, menstruation.

3° Les phosphaturies permanentes vraies qui constituent le diabète phosphaturique. Tantôt, ce sont les cas les plus rares, la phosphaturie est indépendante de toute autre déperdition minérale ou organique; tantôt, et le plus souvent, elle est liée à l'azoturie, l'albuminurie, la glycosurie, l'oxalurie.

Ce diabète phosphatique peut être occasionné par une dépense nerveuse exagérée (surmenage, travaux intellectuels, chagrins prolongés) avec manifestations neurasthéniques, ou bien c'est une manifestation prémonitoire de la tuberculose où elle est la règle, enfin elle peut être l'expression d'un diabète sucré latent. La phosphaturie peut alterner avec la glycosurie, et son apparition, surtout si elle s'accompagne d'un abaissement progressif de la tension artérielle, est d'un pronostic grave et l'indication d'une évolution rapide vers la tuberculose.

Dans d'autres cas de diabète sucré, chez des arthritiques à gros foie et nutrition ralentie, la phosphaturie s'associe à l'oxalurie.

Chez un albuminurique, l'apparition de la phosphaturie est considérée comme l'indice d'une tendance à la guérison. M. Teissier pense qu'il n'en est pas toujours ainsi et que bien souvent elle est un symptôme avant-coureur de la tuberculose pulmonaire ou rénale.

Pour conclure, l'auteur pense que le trouble organique auquel on peut peut-être rattacher tous ces états pathologiques (sauf la phosphaturie prétuberculeuse) est une infériorité fonctionnelle du foie; « le foie serait le grand régulateur des rénovations cellulaires, et en réglant le métabolisme du phosphore un des éléments les plus importants de l'organisation humaine ».

Dans leurs rapports, MM. Hogge et Richter, passant rapidement en revue les conditions pathogéniques générales de la phosphaturie et de l'oxalurie, ainsi que leurs formes cliniques médicales, développent plus longuement que dans le précédent rapport l'histoire des conséquences chirurgicales de l'élimination et de la précipitation dans les voies urinaires des phosphates et des oxalates.

Hogge conclut que si l'importance pathologique de l'oxalurie a été certainement exagérée si l'on se place au point de vue médical, il n'en est pas de même pour les dangers qu'entraîne la formation des concrétions dans tout l'arbre urinaire. C'est ce qui explique la nécessité d'un traitement énergique (régime alimentaire, alcalins en quantité minime), enfin traitement de l'affection causale.

Pour la phosphaturie, après avoir étudié ces formes cliniques médicales au sujet desquelles ses conclusions sont superposables à celles du professeur Teissier, Hogge montre l'importance qu'elle prend au point de vue chirurgical comme complication des maladies inflammatoires et lithiasiques de tout l'arbre urinaire. Il insiste sur le rôle de l'alcalinité de l'urine dans cette précipitation des sels phosphatiques.

Parmi les formes chirurgicales intéressantes, il faut signaler la phosphaturie de la tuberculose rénale qui peut être unilatérale comme Albarran l'a montré. Le traitement symptomatique consistera en boissons abondantes, administration d'urotropine, règles d'hygiène et régime alimentaire.

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA PROSTATECTOMIE POUR HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

(SÉANCE DU 26 JUILLET)

Les opérations pour hypertrophie de la prostate sont maintenant pratiquées depuis un nombre d'années assez grand pour que le moment soit venu d'étudier avec fruit les résultats qu'ils fournissent à longue distance. C'est l'objet de quatre travaux importants de Hugh Hampton Young (de Baltimore), de O. Zuckerkaudl (de Vienne), de Robert Proust (de Paris) et Regino Gonzalès (du Mexique).

Dans son travail, Proust a donné les résultats fournis par les principales statistiques françaises, en comparant constamment les opérations périnéales et les opérations transvésicales; Zuckerkaudl s'appuie surtout sur une statistique de 94 cas personnels dont 66 malades ont pu être retrouvés après un long temps; Young fournit une statistique personnelle de 642 cas comprenant 85 opérations de

Bottini, 45 opérations sus-pubiennes et 450 opérations d'ablation périnéale conservatrice par la méthode de l'auteur; en plus, il cite 20 cas d'opérations partielles par voie urétrale et 42 cas d'ablation de cancer de la prostate; Gonzalès donne les résultats éloignés de 75 cas personnels opérés par une technique analogue à l'opération périnéale conservatrice de Young.

Voici les grandes lignes des constatations tirées de ces matériaux considérables.

Signalons tout d'abord que l'accord semble fait définitivement sur le siège de la lésion; les travaux de Marquis et de Cunéo ont prouvé que l'hypertrophie de la prostate est due à un adénome des glandes sous-muqueuses de l'urètre prostatique. La prostate refoulée, comme le sphincter interne, reste en dehors de la formation.

D'un avis unanime, l'ablation de l'adénome sous-muqueux est bien une opération radicale, curatrice, et si des récidives ont pu être citées, ou bien il s'agissait d'une dégénérescence cancéreuse de la prostate ménagée ou bien de pseudo-récidives par ablation incomplète de la tumeur.

Parmi les complications à distance de la prostatectomie, la perte de la puissance génitale semble dépendre surtout de la voie d'accès suivie.

Alors que dans la prostatectomie transvésicale elle semble peu modifiée, après la prostatectomie périnéale totale il y a souvent une diminution et parfois une perte complète des érections.

Que ceci soit dû à l'ablation de la prostate elle-même, à la blessure des canaux éjaculateurs et des vésicules séminales, à la lésion des nerfs érecteurs, cela est vraisemblable, car par la méthode conservatrice de Young qui, attaquant la région par les côtés, ménage ces organes, les résultats sont satisfaisants : 75 p. 100 de ses opérés ont conservé leurs érections, 59 p. 100 ont un pouvoir génital complet et 9 p. 100 seulement sont impuissants.

De même l'orchi-épididymite semble une complication de la périnéale totale, car on ne l'observe presque jamais dans la transvésicale et dans la périnéale conservatrice, si on respecte les canaux éjaculateurs.

L'incontinence d'urine est assez souvent observée après la périnéale totale; elle est le plus souvent passagère et les incontinences durables sont rares et liées soit à un délabrement étendu du périnée, soit à une extirpation incomplète. Souvent il persiste de la polyurie et les malades sont obligés de se lever une ou deux fois la nuit pour uriner.

Sur les opérés de Young, 88 p. 100 sont susceptibles de garder leur urine pendant trois heures et plus pendant le jour. Après la prostatectomie transvésicale, les incontinences sont encore plus rares et dues à des lésions de l'urètre membraneux.

La persistance des fistules urinaires a été une des grosses craintes au début des prostatectomies. Ce danger diminue à mesure que la technique s'améliore.

La résection de la muqueuse urétrale, exubérante comme l'a montré Albarran, enlève un grand obstacle à la fermeture périnéale. Young a vu cette fermeture se faire en deux semaines dans 56 p. 100 des cas, après six semaines dans 14 p. 100 et 6 p. 100 seulement après le troisième mois. Il n'a vu que 4 cas de fistule permanente.

Les fistules rectales, relevant le plus souvent d'erreurs de technique, sont devenues une rareté dans l'opération par voie périnéale.

La formation de rétrécissements cicatriciels au niveau de la perte de substance urétrale a été aussi une des grandes craintes du début des prostatectomies. Ils sont l'exception. Après les périnéales on peut observer des difficultés de cathétérisme, qui seront évitées par la résection de la muqueuse urétrale, on n'aura de rétrécissement vrai que si la paroi antérieure de l'urètre a été détruite. Après la transvésicale on peut observer la formation d'une barre sus-prostatique, mais le rétrécissement vrai relève aussi d'une faute de technique.

Quant à la formation de calculs secondaires dans les cas infectés, ils sont exceptionnels.

Enfin la constatation capitale est l'état de la miction longtemps après l'opération, et le degré d'évacuation obtenu. Dans l'opération périnéale, comme Albarran l'avait déjà montré, on obtient des résultats souvent bons dans la rétention complète, chez les sujets dont le muscle vésical est conservé, parce qu'ils se sont sondés régulièrement, tandis qu'ils sont incomplets souvent dans la rétention incomplète chronique, encore l'amélioration se fait-elle parfois peu à peu. On n'observe guère d'insuccès complets (4 cas, Young), que dans les cas de petites prostates sclérosées, inflammatoires, qui sont justiciables de l'excision urétroscopique et non de la prostatectomie. Dans la prostatectomie transvésicale l'excellence des résultats fonctionnels est beaucoup plus constante, l'évacuation de la vessie est complète. D'une façon générale il est indiscutable que la mortalité opératoire est plus élevée dans la prostatectomie transvésicale que dans la périnéale (9,5 p. 100 et 18,7 p. 100 respectivement pour Zuckerkaudl); mais la mortalité de la première a considérablement diminué avec les progrès de la technique. Freyer, qui accuse une moyenne de 6,05 p. 100, a eu 10 p. 100 pour les 100 premières, et 4,24 p. 100 pour les 200 dernières. Young apporte une statistique encore plus favorable (3,77 p. 100) et qu'il compte voir diminuer (en deux ans et huit mois il a opéré 128 malades sans un seul décès) par une préparation attentive des malades. L'examen de la capacité fonctionnelle du rein à la phénosulphonaphtaline est indispensable, et en cas d'insuffisance le malade est soumis à une hydratation aussi abondante que possible (eau par le rectum, sous la peau, par la bouche), à l'urotropine et à la sonde à demeure.

Au total, l'opération par la voie sus-pubienne est l'opération logique, anatomique, c'est elle qui donne incontestablement les meilleurs résultats fonctionnels, et ces résultats sont merveilleux. Lorsque les perfectionnements de technique auront abaissé encore sa mortalité elle sera sans conteste l'opération de choix. Il faut cependant convenir que l'opération périnéale économique, telle que la pratique Young, en faisant disparaître une partie des inconvé-

nients de la périnéale totale, et avec une mortalité extrêmement faible, est une excellente intervention.

(*A suivre.*) M. LANCE.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le diagnostic et le traitement du carcinome de la vésicule biliaire. (Riedel. *Münchener med. Wochenschr.*, 20 juin 1911, n° 25, p. 1337.) — Riedel a observé pour sa part plus de 100 cas de cancer de la vésicule biliaire. Il les divise au point de vue clinique en deux formes : cancer vésiculaire sans ictère et cancer vésiculaire avec ictère.

La forme sans ictère est plus fréquente. Le plus souvent son évolution est extrêmement insidieuse : lorsque les premières douleurs dans l'hypocondre droit apparaissent, le cancer est déjà inopérable; à ce moment, l'ictère peut se montrer. On trouve une tumeur dans la région vésiculaire; de l'ascite apparaît, en même temps qu'une teinte gris cendré des téguments; l'appétit disparaît; les jambes s'œdématient et la mort survient dans le marasme, sans fièvre.

D'autres fois, le cancer se révèle sous forme d'une attaque de cholécystite aiguë avec fièvre, vomissements, tuméfaction soudaine de la vésicule; ou bien une série de crises semblables marquent le début de la maladie. Enfin, l'évolution peut être celle d'une cholécystite chronique. On comprend combien, dans ces cas, le diagnostic est difficile, et l'on est parfois surpris de trouver à l'opération une vésicule biliaire cancéreuse, alors que l'on intervenait pour des accidents de cholécystite et de péricholécystite. Par contre, on porte quelquefois à tort le diagnostic de cancer vésiculaire, chez des sujets simplement atteints de cholécystite calculeuse chronique ayant entraîné un état de cachexie accentué et qui sont guéris radicalement par l'intervention chirurgicale.

L'ictère survient dans presque tous les cas de cancer de la vésicule, à une période plus ou moins avancée de la maladie et s'installe insidieusement. Mais il peut se montrer brusquement, et même comme phénomène initial. Tantôt le carcinome s'annonce par une attaque douloureuse avec fièvre élevée et ictère d'origine inflammatoire; tantôt c'est une véritable colique hépatique avec expulsion d'un calcul dans le cholédoque et ictère lithogène vrai; tantôt un sujet, qui a eu plusieurs fois dans sa vie des crises de colique hépatique avec ictère, voit s'installer un cancer vésiculaire en même temps que surviennent de nouvelles crises; d'autres fois, les crises de coliques hépatiques ont été antérieurement frustes, sans résultat, et c'est au moment de l'apparition du carcinome que survient la première crise avec ictère.

On voit combien, dans ces cas, le diagnostic est difficile avec la lithiase, les simples angio-cholécystites, les pancréatites chroniques ou le cancer de la tête du pancréas. Enfin, Riedel signale la possibilité d'une thrombo-phlébite de la veine porte venant compliquer le tout.

Riedel se montre interventionniste convaincu. Le cancer vésiculaire se développant toujours sur des vésicules calculeuses, il y a intérêt chez les sujets atteints de lithiase biliaire à intervenir le plus tôt possible pour écarter le danger d'une dégénérescence cancéreuse ultérieure de la vésicule. Il est regrettable que la lithiase biliaire soit le plus souvent une affection absolument silencieuse et que la prévision du cancer soit dès lors trop souvent impossible. Même lorsque le diagnostic de cancer de la vésicule est posé avec certitude, il faut opérer néanmoins, car il est des cas de lithiase — et Riedel en cite des exemples — qui simulent à s'y méprendre le cancer vésiculaire, aussi bien que le cancer du pylore ou du pancréas, et qui guérissent contre toute attente par l'intervention chirurgicale. A. LEMIERRE.

Recherches épidémiologiques cliniques et thérapeutiques sur la méningite cérébro-spinale. (Debré. Th. Paris, 1911, Alcan.) — Cette thèse est divisée en trois parties qui comprennent : 1° un ensemble de recherches sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale; 2° un exposé clinique de la méningite cérébro-spinale chez le nourrisson ; 3° une étude sur la sérothérapie antiméningococcique.

a. En ce qui concerne les conclusions relatives à la transmission de l'affection, il apparaît que la transmission se fait d'homme à homme ; le méningocoque se trouve dans le rhinopharynx des malades et même de sujets sains (porteurs de germes), il est surtout abondant au niveau de la partie postérieure des fosses nasales, les porteurs de germe sont en général parfaitement sains, aussi est-il difficile de les dépister, et d'ailleurs est-on fort désarmé contre eux, en raison de la difficulté qui existe à les débarrasser du méningocoque.

b. Chez le nourrisson, la méningite cérébro-spinale a souvent un début insidieux, qui est alors masqué par des signes de torpeur, avec prédominance de troubles digestifs.

Plus tard les symptômes cliniques se confirment, et les complications tardives à redouter sont la cécité, la surdité.

Parmi les formes anormales, il faut signaler la *forme cachectisante prolongée*, avec *hydrocéphalie*. Le diagnostic de cette forme est à faire avec la pneumonie, les gastro-entérites, la méningite tuberculeuse; le pronostic en est sévère, même depuis le traitement par le sérum.

c. Parmi les accidents imputables au sérum il faut signaler les éruptions et phénomènes analogues à ceux que l'on observe au cours d'injections sériques et, dans ce cas, plus spécialement des symptômes rappelant ceux d'une reprise de la méningite, enfin des accidents graves de collapsus souvent mortels (anaphylaxie).

Toutes les recherches consignées dans cette thèse ont été effectuées en grande partie sous le contrôle de M. Netter, aussi le lecteur trouvera-t-il, en lisant en détail cette très consciencieuse étude, un exposé fort utile à bien connaître des communications récentes aux diverses sociétés savantes, sur cette question toute d'actualité. L. BABONNEIX.

Un cas de pustules charbonneuses de la peau, de l'estomac et de l'intestin. (Geoffrey B. Fleming et Matthew I. Stewart. *The Glascow med. journ.*, juin 1911, vol. LXXV, n° 6, p. 425-439.) — Les lésions gastro-intestinales associées à une lésion charbonneuse de la peau sont très rares. Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer un cas intéressant. Il s'agissait d'un ouvrier en brosses de bass (plante d'origine étrangère) qui entra à l'hôpital avec une pustule maligne typique du cou datant de dix jours. Il se plaignait de nausées et vomissements depuis trois jours. L'ablation large de la plaie charbonneuse est pratiquée le jour même. Il en résulte pendant quatre jours une disparition de la fièvre et des signes gastriques, puis ceux-ci recommencent brusquement ; des phénomènes de péritonite généralisée se produisent qui emportent le malade en trois jours.

L'autopsie dénote la présence de trois grosses pustules malignes sur la face antérieure de l'estomac avec d'autres multiples petits points d'infiltration. Sur le duodénum on trouve sept lésions ulcéreuses et cinq sur le petit intestin. C'est une de ces dernières au niveau du début de l'iléon qui avait amené les phénomènes de péritonite généralisée sans qu'il y ait de perforation complète. Il en était de même dans un cas de Teacher. L'examen bactériologique montre des bacilles du charbon très rares, les cultures et les inoculations sont négatives, le pus du péritoine contenait du streptocoque. L'auteur pense que la rareté du bacille du charbon dans les lésions tient à ce que l'on a injecté au malade par voie souscutanée ou intraveineuse du sérum de Sclavo. En six injections le malade reçoit ainsi 190 centimètres cubes de sérum anticharbonneux. M. LANCE.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses d'éther iodoformé. (Thomas W. DEWAR. *The Glascow med. Journ.*, vol. LXXVI, n° 1, juillet 1911, p. 7.) — L'auteur a déjà exposé sa méthode dans plusieurs publications antérieures (*British med. J.*, 1903-1905-1907; *Transact. of the Edin. med. soc.*, 1905; *Congrès internat. de la tub.*, Paris 1905), et John Bain a publié sur le même sujet un article dans le *Glascow med. J.* de 1909. L'auteur confirme les très encourageants résultats qu'il a obtenus de sa méthode.

Après une critique des résultats obtenus par la médication dans les sanatoria, par la tuberculine, il expose son procédé qui permet de traiter le malade sans qu'il ait à cesser son travail.

Trois fois par semaine il injecte dans les veines au moyen d'une aiguille très fine une dose d'iodoforme dissous dans l'éther variant de un quart de grain à un grain (0g016 à 0g064). Bien qu'il ait pratiqué un millier d'injections, il n'a jamais observé d'embolies, ni causé d'hémoptysie.

L'intoxication par l'iodoforme se traduit par de l'agitation, de l'excitation mentale, de l'oppression, de l'accélération et l'irrégularité du cœur, de l'albuminurie. Elle est difficile à dépister, car ces signes peuvent appartenir à la tuberculose. Tous les accidents cèdent vite à la cessation du traitement sauf l'albuminurie.

Dewar a obtenu des guérisons remarquables durables, ne réagissant plus à la tuberculine et à l'ophtalmo-réaction, chez des tuberculeux au début, après quelques mois de traitement; les malades plus avancés, même les cavitaires, sont très améliorés.

L'auteur se demande comment agit le médicament. Il ne pense pas que ce soit une action médicamenteuse directe, il pense à des dédoublements chimiques et à l'action de l'iode naissant, ou encore à une action générale sur l'organisme en suscitant la phagocytose, ou la formation de substances antitoxiques. M. LANCE.

L'œdème aigu circonscrit des paupières, manifestation de l'anaphylaxie. (G. SCHREIBER. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1911.) — Quels sont d'abord les différents œdèmes aigus, *circonscrits*, bien connus en clinique? Il faut signaler, d'abord, l'œdème *arthritique* de Trousseau, œdème blanc fugage, localisé surtout aux paupières, donnant naissance à de petites tumeurs, dites nodosités éphémères; l'œdème *hystérique*, dont l'existence prête à discussion; la *maladie de Quincke*, œdème aigu circonscrit survenant par accès, s'accompagnant souvent de troubles gastro-intestinaux; l'œdème *péliosique* apparaissant au milieu d'autres troubles cutanés, érythèmes, purpuras; l'œdème *aigu*, *cyclique*, de Sacquépée, localisé surtout aux paupières et probablement d'origine *infectieuse*; l'œdème *sérique* circonscrit; cet œdème ayant d'étroits rapports avec l'urticaire œdémateuse que Hardy a décrite dans des conditions analogues, l'auteur fait, des deux manifestations, des accidents d'origine anaphylactique, et pense que pour toutes les autres variétés d'œdèmes circonscrits, énumérés plus haut, exception faite pour l'œdème péliosique et l'œdème aigu cyclique, il doit en être de même. La maladie de Quincke a déjà d'ailleurs été rapprochée de l'anaphylaxie alimentaire, par M. Lesné; MM. Morichau-Beauchant et Landry pensent qu'il s'agit d'intoxication alimentaire ou médicamenteuse dans les autres variétés d'œdème; enfin l'œdème *hystérique* ne paraît pas davantage résister à une critique serrée des faits observés. L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Note sur les nourrissons hypoalimentés, leurs vomissements, leur réalimentation. (J. LEMAIRE. *Clinique infantile*, 1er mars 1911.) — Chez un enfant hypoalimenté, l'alimentation lactée normale d'abord, supérieure à la normale ensuite, n'a fait cesser ni les vomissements ni les accidents gastro-intestinaux qui n'ont disparu que lorsque le lait a été supprimé et remplacé par l'usage des féculents; même constatation chez un second enfant hypoalimenté.

En raison de ces observations, l'auteur insiste sur le fait que, s'il suffit le plus souvent de réalimenter largement les hypoalimentés pour faire cesser leurs vomissements, il est de nombreux cas dans lesquels cette réalimentation est souvent assez pénible, impossible même si l'on s'adresse uniquement au lait pour la réaliser; il y aurait chez certains sujets une véritable *anaphylaxie* pour le lait; tous les incidents prendraient fin, aussitôt que l'on remplacerait le lait par des *féculents*. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Une méthode de traitement de l'utricule prostatique. (John T. GERAGHTY. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVI, n° 10, 11 mars 1911, pp. 731-732.) — L'examen urétroscopique de l'urètre postérieur n'est entré que depuis peu dans la pratique; il nous a montré l'importance considérable que joue le veru montanum dans une série d'affections pénibles généralement classées parmi les névroses prostatiques. Souvent, certains des symptômes d'ordinaire attribués à la prostatite chronique se voient chez des individus qui n'ont pas de prostatite. Dans ces cas, un traitement local appliqué directement sur le veru montanum au moyen de l'urétroscope est souvent très utile. L'état œdémateux du veru montanum, la muqueuse elle-même étant normale, l'orifice de l'utricule prostatique étant seul rouge et congestionné, fait penser que, dans ces cas, l'utricule lui-même est le siège de la lésion. Tous les auteurs signalent l'apparence anormale de l'orifice utriculaire; mais, jusqu'ici, aucun n'a suggéré un moyen de traitement. Geraghty, avec un tube urétroscopique et une seringue spéciale, a trouvé le lavage de l'utricule d'exécution très facile. L'utricule contient en moyenne de v à x gouttes : exceptionnellement, il a une capacité allant jusqu'à xxx gouttes. Le nitrate d'argent à 1 p. 100 est le meilleur caustique. Les solutions trop fortes doivent être évitées. Geraghty pense que l'éjaculation douloureuse et l'hématospermie sont fréquemment dues à de l'utriculite chronique. De même, dans certains cas de gouttes « retardataires » après la miction. L'utriculite est aussi une source de réinfection blennorragique constante. Enfin, c'est probablement par l'action sur l'utricule que s'expliquent les bons résultats des infections poussées par le canal déférent vers les vésicules séminales, car il est plus que douteux qu'aucun liquide ainsi injecté pénètre dans les vésicules elles-mêmes. F. GARDNER.

Fibrome récidivé de la paroi abdominale. (SENLECQ et CHENOT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1911, p. 265.) — Ce serait un exemple de fibrome pur, ayant récidivé deux ans après l'ablation, à la manière d'une tumeur maligne. L. ALQUIER.

NEUROLOGIE

Sur le tic de Salaam. (Odoardo ASCENZI. *Revue neurol.*, 1911, p. 725-733.) — Observation d'une fillette de deux ans et demi atteinte du tic de salutation, dont l'amélioration coïncida avec l'administration de petites doses de bromure de potassium. Discussion des diverses théories, aboutissant à cette conclusion que, conformément aux vues de Féré et autres, le tic survenant dans la première enfance, devrait être considéré comme de nature épileptique. L. ALQUIER.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Dans les fautes de négligence, il est à remarquer que jamais les tribunaux ne condamnent en se basant sur ce fait que le traitement ou l'opération ordonnés étaient ou non appropriés à la maladie, comme par exemple décider si l'emploi de la radiothérapie est indiqué pour guérir les névralgies faciales (Trib. Seine, 5 janvier 1901, *Pand. fr.* 02, 2.216), ou si le médecin, en soignant une appendicite, devait interposer une flanelle entre la glace et l'épiderme (Trib. Seine, 20 juillet 1907, *Gaz. des trib.*, 22 juillet 1907). Mais il y aura, pour eux, négligence condamnable lorsque le médecin omet de donner à son malade les soins usuels dans telle ou telle maladie, ou d'observer les préceptes d'asepsie ou d'antisepsie les plus élémentaires (Paris, 4 mars 1898, *S.*, 1899, 2.90).

Nous allons aborder ici, comme troisième chapitre, la responsabilité que peut encourir le médecin du fait d'un tiers, c'est-à-dire d'un aide, d'un infirmier. Vous savez, messieurs, que, d'après l'art. 1384 du Code civil, vous pouvez être rendus responsables des fautes commises par un subordonné, même à votre insu. Il en est ainsi des infirmiers que vous pouvez placer au chevet d'un malade, des aides que vous pouvez amener pour vous assister dans une opération. Il est vrai que le médecin ne sera pas responsable des gardes-malades engagés par le client, leur donnerait-il des ordres pour exécuter ses prescriptions. L'interne peut entraîner la responsabilité de son chef de service ; quelques jugements l'ont ainsi décidé.

Pour que la responsabilité du médecin soit engagée, il faut, d'après une jurisprudence constante, que celui-ci ait la surveillance et la direction de son aide dans l'exercice de ses fonctions. Ainsi, les élèves en médecine opérant ou traitant sous la direction de leur maître, les aides assistant un chirurgien ou un accoucheur, les infirmiers qui sous l'autorité du médecin exécutent ses prescriptions, engagent la responsabilité des professeurs, chirurgiens ou médecins qui les auront choisis pour accomplir pareille tâche, parce qu'alors ils sont soumis à leur direction.

Les médecins, occupant une fonction, peuvent de leur côté entraîner la responsabilité des autorités sous lesquelles ils sont placés. Ainsi les médecins des hospices et des hôpitaux nommés par leurs commissions administratives, le médecin inspecteur du service départemental des enfants assistés nommé par le préfet, engagent la responsabilité de ceux qui les ont nommés (Dijon, 18 mars 1903, *D. P.* 1904, 2.134 ; Lyon, 9 déc. 1903, *S.*, 1904, 2.112). Mais une exception est faite en ce qui concerne l'Assistance publique ; en effet les médecins des hôpitaux de Paris nommés par le ministre de l'Intérieur n'engagent pas la responsabilité de cette administration (Trib. Seine, 27 déc. 1904, *Le Droit*, 28 déc. 1904 ; 27 juillet 1901, 8 mars 1905, 6 juillet 1906, *Gaz. des trib.*, 28 juillet 1901, 1905 1er s. 2.443, 21 oct. 1906). Il faut en chercher la raison dans l'art. 6 de la loi de 1849. J'ai du reste exposé tout au long la question dans un article paru cette année dans la *Gazette des hôpitaux* (2). Les médecins des hôpitaux, étant recrutés au concours, ne sont pas, par suite, des préposés.

Mais il est un autre point sur lequel la jurisprudence est indécise ; c'est celui de savoir si le médecin, qu'une personne ou qu'une autorité charge de soigner autrui engage la responsabilité de celle-ci ; nous nous plaçons ici au point de vue du médecin d'une société de secours mutuels, d'une compagnie d'assurances, d'un asile d'aliénés, etc. Sont-ils, en un mot, les préposés de l'administration, de la société, de la compagnie ? Cette qualité leur est attribuée par certaines décisions et refusée par d'autres. Si l'on résume ces décisions, on peut dire que, si le médecin accomplit un des actes de son ministère pour lequel il est complètement indépendant, il ne peut être recherché que par le malade (Grenoble, 29 oct. 1901, *D. p.*, 1904, 2e partie, p. 300). Mais s'il s'abstient, au contraire, d'exercer ses fonctions, la personne ou l'autorité qui les lui a conférés a le droit de l'en reprendre, puisqu'il n'exécute pas ses engagements envers elle, et il y aura alors deux responsabilités engagées : celle du médecin et celle de l'autorité. Par exemple, un médecin inspecteur des enfants assistés omet-il de visiter un nourrisson avant son placement chez une nourrice, celle-ci atteinte d'une maladie contagieuse poursuivra le médecin et le service départemental des enfants assistés (Lyon, 9 déc. 1903, *S.*, 1904, 2e partie, p. 112). Le médecin d'un hôpital néglige-t-il d'examiner en temps utile un malade dont l'état s'est par suite aggravé, l'administration hospitalière est responsable, car elle devait, par une exacte surveillance, assurer de la part de son médecin l'exécution de ses obligations (Dijon, 18 mars 1903, précité).

Il ne me reste plus, messieurs, pour terminer cette conférence, qu'à vous parler des conséquences de la responsabilité et des moyens de défense que le médecin peut invoquer.

(*A suivre.*) R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911. — (Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 89, p. 1331 ; n° 92, p. 1367 ; n° 94, p. 1392, et n° 97, p. 1430.)

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 39, p. 592.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 3, 20 juillet 1911.) — Maurice H. RICHARDSON : Etat actuel et valeur des méthodes exploratoires pour le diagnostic avant les opérations. — Vincent Y. BOWDITCH : Quelques pensées et questions basées sur une expérience de 25 ans, sur la tuberculose. — Robert B. OSGOOD : La mobilisation des articulations ankylosées (avec 8 figures et 4 tracés). — Isador H. CORIAT : Les signes cliniques de l'apraxie et leur valeur dans le diagnostic des affections du cerveau. — Theodore William SCHAEFER : Les solutions d'oxyde d'argent. Son emploi en médecine. Note préliminaire. — (N° 4, 27 juillet.) E. A. CODMAN : Sur les douleurs et raideurs de l'épaule, leur origine dans les inflammations de la bourse séreuse sous-acromiale et la rupture partielle du tendon sus-épineux. — William C. QUINBY et George W. MORSE : Pneumectomie expérimentale, l'application des faits obtenus à la chirurgie thoracique chez l'homme. — Arthur K. STONE : Les épanchements interlobaires. — Edward H. RISLEY : La réaction hémolytique de la peau pour le diagnostic du cancer (1 tableau). — A. E. AUSTIN : Les résultats de l'examen chimique et microscopique du tube gastro-intestinal dans l'anémie pernicieuse. — Pearce COUES : Le diagnostic et le traitement des abcès du sein.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 27 juillet 1911.) SPIELMEYER : Sur les affections séniles du système nerveux central. — PLESCH : Sur la physiologie patholo-

gique de la maladie de Bechterev-Strümpel. — BRAUN : Sur l'anesthésie locale dans le domaine du trijumeau. — BACMEISTER : Origine et prophylaxie de la tuberculose des sommets du poumon. — SIPPEL : Tuberculose des organes génitaux et du système uropoiétique chez la femme. — WINTERNITZ : Traitement médicamenteux de l'hyperacidité. — SCHLESINGER : Fixation de l'acidité du contenu gastrique au moyen des rayons Röntgen. — ALBRECHT : Traitement opératoire de la fièvre des foins par résection double du nerf ethmoïdal antérieur.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 30, 23 juillet 1911.) L. BARTHE : Contribution de la chimie à la caractérisation de l'empoisonnement saturnin. — DUCOS et MOLIN DE TEYSSIEU : Au sujet d'un cas d'hémorragie limitée à la couche optique. — (N° 31, 30 juillet.) L. ROCHER : Un nouvel appareil thermothérapique. — (N° 32, 6 août.) P. CARLES : A propos de la cure de fruits. — VERGER et DESQUEYROUX : Sur un cas d'hémiplégie à évolution spasmodique pour le membre supérieur, et flasque pour le membre inférieur chez un tabétique. — (N° 33, 13 août.) A. LATRONCHE : La tuberculose de la vésicule biliaire et son traitement. — (N° 34, 20 août.) J. BERGONIÉ : Electricité médicale. Les échanges respiratoires dans le rhumatisme articulaire chronique et les modifications qu'ils subissent par l'exercice musculaire électriquement provoqué. — H.-L. ROCHER : Luxation métacarpo-phalangienne de l'index gauche en avant.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (25 juillet 1911.) Paul LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : A propos de l'encombrement médical et du retour aux études littéraires. — (10 août.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Sur l'emploi d'une gaze stérilisée et antiseptique par imprégnation de plusieurs essences. — ROBIN : Traitement médicamenteux du diabète. Traitement des hémiplégiques. Traitement de la fièvre typhoïde.

Journal de médecine interne. — (N° 20, 30 juillet 1911.) MILHIT : Les petits soins dans la fièvre typhoïde. — LAQUERRIÈRE : La radiothérapie dans le fibro-myome utérin. — (N° 21, 10 août.) E. TERRIEN : Les pyélo-cystites de l'enfance. — V. MORAX : Les nouvelles recherches sur l'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né. — (N° 23, 20 août.) MARFAN : Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma des nourrissons. — A. BEDNARSKI : Les causes de cécité chez les enfants.

Journal des praticiens. — (N° 29, 22 juillet 1911.) Alex. RENAULT : Etude critique de la valeur des moyens usités contre la blennorragie chronique chez l'homme (*suite*). — PINARD : A propos d'une opération césarienne chez une grande multipare en imminence de rupture utérine. — P. CANTALOUBE et E. THIBAULT : Hémorragies de fièvre de Malte à propos d'un cas d'hématurie. — (N° 30, 29 juillet.) TOUSSAINT : Formes larvées médico-chirurgicales de la syphilis dans l'armée. — KIRMISSON : Deux cas de scapulalgie. — (N° 31, 5 août.) BOISSARD : Des viciations pelviennes. Thérapeutique obstétricale actuelle. — MARION : Le rein mobile. — CLAUDE : Sur un cas d'anarthrie. — (N° 32, 12 août.) JEANSELME et A. VERNES : Technique de l'injection intraveineuse de salvarsan. — Pierre DELBET : Deux « cas d'urgence ». — CASTAIGNE : Les injections intrapéritonéales en thérapeutique. — (N° 33, 19 août.) Alex. RENAULT : Précautions à prendre pour éviter le retour d'une blennorragie chronique. — GAUCHER : Hérédo-syphilis tertiaire de l'oreille et de l'œil. — GUILLAIN : L'intoxication saturnine. — CLAUDE : Astasie-abasie d'origine psychopathique dans les affections organiques.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 29, 22 juillet 1911.) René DESPLATS : Les traitements électriques de l'entérite mucomembraneuse. — (N° 30, 29 juillet.) G. AUGIER : Les hydronéphroses traumatiques. — (N° 31, 5 août.) J. SABLÉ et Honoré FOURDINIER : Trois cas d'urémie mortelle. Valeur clinique de la rétention uréique. — (N° 32, 12 août.) D. AUGIER et C. LEPOUTRE : De l'intervention opératoire dans les fractures récentes et anciennes. — (N° 33, 19 août.) H. LAVRAND : Contracture de la mâchoire consécutive à des injections d'alcool guérie par la thiosinamine.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 29, 20 juillet 1911.) P. HEGER : La personnification civile des universités. — O. GENGOU : L'organisation de l'enseignement pratique de l'hygiène en Belgique et à l'étranger. — (N° 30, 27 juillet.) R. DANIS : Quelques détails de technique et leur importance dans la deuxième réaction de Porgès. — H. COPPEZ : Sur l'exactitude des nystagmogrammes. — F. FILARÉTOPOULO : Traitement de la syphilis tertiaire par l'iodipine. — Mme FABRE et EGGER MAX : Effets du radium sur un cas de sclérose combinée. — (N° 31, 3 août.) Louise FASSIN et G. FOUCART : De l'iode dans les infections aiguës. — Léopold MAYER : Note à propos de quatorze cas d'obstruction intestinale. — (N° 32, 10 août.) CONSTANT : Uricémie, ménopause et artério-sclérose. — Mme FABRE et G. FABRE : Action inverse du radium sur différentes espèces microbiennes. — (N° 33, 17 août.) R. WYBAUW : Quelques considérations générales relatives au diagnostic des maladies de la circulation. — O. LIBOTTE : La pyorrhée alvéolaire et son traitement.

Journal médical français. — (N° 8, 15 août 1911.) MONGOUR : Rapports de l'emphysème avec la tuberculose pulmonaire. — TUFFIER et ROUX-BERGER : Le traitement chirurgical de l'emphysème pulmonaire. — CRUCHET : L'air raréfié. Ses méfaits. Son emploi thérapeutique. — ROSENTHAL : L'exercice physiologique de respiration dans le traitement de l'emphysème. Technique, progression, modalités, formulaire, résultats.

Marseille médical. — (N° 16, 15 août 1911.) J.-P. FIOLLE : Une sonde bivalve auto-fixatrice. — E. JOURDAN : De l'élimination dans la cure de démorphinisation.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 25 juillet 1911.) KRECKE : Sur la fréquence et le diagnostic des troubles causés par l'hypersécrétion du corps thyroïde. — RIEDEL : Sur les prothèses après l'amputation de la cuisse. — WACKER et SCHMINCKE : Recherches expérimentales sur la genèse causale des proliférations épithéliales atypiques. — PRIBRAM : Sur la théorie de l'adrénalinémie dans la néphrite. — BAERMANN : Inoculation sous-cutanée de la syphilis chez les singes inférieurs. — RÖMER : Sur la guérison des psychonévroses. — WICHURER : Tolérance des nourrissons pour la morphine. — GRANMANN : Interruption d'une attaque tachycardique par la mesure de la pression sanguine. — KEPPLER : Sur le traitement conservateur du furoncle de la face. — MERKEL : Traumatisme et méningite.

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1911.) A. CERNÉ : Déchirures du foie et de la rate. Pincement de l'artère splénique. Guérison. — (N° 16, 15 août.) R. BRUNON : Hygiène générale. Les femmes et l'alcoolisme.

Province médicale. — (N° 29, 22 juillet 1911.) J. TEISSIER : Phosphaturie et oxalurie. — (N° 30, 29 juillet.) J. BRAULT : Quelques réflexions sur les nodosités juxtaarticulaires observées chez les indigènes musulmans d'Algérie. — E. DUROUX : Tumeurs solitaires des nerfs.

Semaine médicale. — (N° 30, 26 juillet 1911.) DE BOVIS : Faut-il proscrire le curage utérin dans l'avortement septique. — (N° 31, 2 août.) Pierre MARIE et Guy LAROCHE : Structure et pathogénie de l'arc sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alglave, Sauvage, Monthus, Pagniez, Comte et Ribadeau-Dumas (qui acceptent); Grégoire et Desmarest (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Gobert (de Redeyef) et Coigneral (de Philippe-Thomas).

Médailles de bronze. — MM. le docteur Decherf (de Wallers); Roubeau, externe des hôpitaux de Paris.

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION. — Un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation sera ouvert le 13 novembre 1911, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine.

Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes qui correspondent à des traitements variant entre 3000 et 6000 francs.

En dehors de leur traitement et de la clientèle payante, ces médecins reçoivent une indemnité de logement de 500 francs, à défaut du logement en nature et, éventuellement, des allocations fixes ou variables pour le service des infirmeries indigènes, consultations gratuites aux indigènes, vaccinations, transports judiciaires, chemins de fer, etc.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, 2e bureau, du Gouvernement général de l'Algérie.

Les demandes d'admission au concours devront parvenir au Gouvernement général avant le 13 octobre 1911.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nicolas, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

HOPITAL RICORD (COCHIN-ANNEXE). — MM. Demanche, assistant de consultation, Guénot et Rouillard, internes des hôpitaux, commenceront le 15 septembre un cours pratique de vénéréologie. Ce cours complet en quinze leçons aura lieu tous les jours et portera sur la clinique, les recherches de laboratoire et la thérapeutique des maladies vénériennes. Présentation de malades et de moulages.

Droit d'inscription : 50 francs.

Pour renseignements et inscription, s'adresser aux laboratoires du docteur Queyrat et du docteur Fournier, à l'hôpital, 111, boulevard de Port-Royal.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Londres, Paris et l'Italie (par le mont Cenis).* — ALLER. — Départ de Londres : Via Calais, 11 heures matin, 9 heures soir; via Boulogne, 2 h. 20 soir; via Dieppe, 10 heures matin, 8 h. 45 soir.

Départ de Paris : 8 h. 30 matin, L-S. Paris-Chambéry, 1re et 2e classes Paris-Turin, V-R. Paris-Dijon; 2 h. 10 soir, V-L. 1re classe Paris-Florence, 1re et 2e classes Paris-Rome, L-S. 1re et 2e classes Paris-Turin; 10 h. 15 soir, L-S. Paris-Turin, 1re et 2e classes Paris-Rome, V-R. Modane-Turin.

RETOUR. — Départ de Rome : 11 h. 50 soir, V-L. 1re classe Rome-Paris, 1re et 2e classes Turin-Paris, L-S. Modane-Paris; 8 h. 35 matin, 1re et 2e classes Rome-Paris, L-S. Turin-Paris, V-R. Rome à Pise et Dijon-Paris, 1re et 2e classes Turin-Boulogne, V-L. Florence-Paris; 6 h. 5 soir, 1re et 2e classes Rome, Turin, Paris, L-S. Chambéry-Paris, V-R. Dijon-Paris.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret guide horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE CHIRURGICALE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

DES

LUXATIONS DE L'ÉPAULE

EN AVANT ET EN DEDANS (1)

Par M. MAUCLAIRE,

Agrégé, chargé de cours clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Nous avons eu dans le service plusieurs malades atteints de luxation de l'épaule. Voici l'observation de l'un d'eux.

C'est un homme de quarante ans qui a fait une chute sur le bras, celui-ci étant en abduction et rotation externe. Il est entré dans le service, et nous avons constaté les symptômes suivants :

A l'inspection, le moignon de l'épaule est déformé, il n'est plus arrondi comme à l'état normal. Il existe une déformation dite *en épaulette*, c'est-à-dire à angle droit; de plus on note à la vue, le sujet étant maigre, *une dépression sous-acromiale*. Il faut avoir bien soin de chercher cette dépression à la face externe de l'épaule et non un peu en arrière où il y a une dépression à l'état normal, c'est la dépression rétro-acromiale.

De plus la paroi antérieure du creux de l'aisselle paraît plus haute.

On voit, en outre, une voussure de cette paroi à l'endroit où la tête humérale est déplacée.

Le relief du muscle deltoïdien est transporté en avant et en dedans; le sillon pectoro-deltoïdien est également déplacé en dedans. Le malade a la tête inclinée du côté blessé, et le moignon de l'épaule est abaissé.

Le coude est écarté du tronc de 8 à 10 centimètres. Le bras est en rotation externe, l'axe de l'humérus prolongé se dirige en dedans. Quant à l'allongement du bras, il est douteux.

A la palpation, on note un vide sous-acromial à la face externe du moignon de l'épaule ; le sujet étant peu musclé, on perçoit un peu vaguement la cavité glénoïde vide, surtout si on exagère l'abduction du bras.

A la palpation du creux de l'aisselle, on sent une masse arrondie qui remue avec les mouvements de rotation du bras. Et si on cherche à délimiter ses rapports avec le sommet de l'apophyse coracoïde, on voit que la plus grande partie de cette masse reste en dehors de la coracoïde.

Les *troubles fonctionnels* sont représentés par de la douleur. L'adduction du membre est impossible. L'abduction peut encore être exagérée. La rotation est encore possible.

Voici la *radiographie* du sujet. Vous voyez que la cavité glénoïde est vide ; la tête humérale est déplacée en dedans et en avant, sous l'apophyse coracoïde, sans la déborder en dedans.

(1) Leçon recueillie par le docteur CORIAT et revue par M. Mauclaire.

Diagnostic. — Le diagnostic ici est facile. Chez les obèses, vous aurez à discuter les diagnostics suivants :

1° La *simple contusion* se reconnaîtra aux ecchymoses locales concomitantes.

2° L'*arthrite traumatique* se reconnaîtra à ses douleurs, à la bonne attitude du membre qui reste à peu près vertical et non pas en abduction. En outre ici, comme dans le cas précédent, la tête humérale est bien en place, car on ne sent pas de dépression sous-acromiale.

3° Dans l'*entorse*, la douleur est bien limitée, assez passagère, sans déviation de l'axe du membre.

4° Dans l'*arrachement tubérositaire*, qui caractérise le plus souvent ce qu'on a appelé *la périarthrite scapulo-humérale*, on sent une petite crépitation douloureuse limitée à la face externe du moignon de l'épaule ; ici encore pas de déviation de l'axe propre du bras, pas d'abduction, pas de dépression sous-acromiale.

5° Dans le *décollement épiphysaire*, la tête reste en place. On sent une crépitation cartilagineuse qui répond à la situation du col anatomique.

6° Dans la *fracture du col anatomique*, la douleur est localisée en un point fixe, à deux travers de doigt au plus de la voûte acromio-coracoïdienne ; s'il n'y a pas pénétration des fragments, la crépitation est évidente, et la tête est en place.

7° Dans la *fracture du col chirurgical*, s'il n'y a pas pénétration réciproque des deux fragments, la crépitation est très basse, le fragment supérieur pointe en dehors, le fragment inférieur pointe en dedans, le coude est près du corps, il n'y a pas de dépression sous-acromiale. Enfin le membre est généralement raccourci.

8° Dans la *fracture du col anatomique avec déplacement extra-capsulaire de la tête*, l'axe de l'humérus est normal, mais on sent dans le creux de l'aisselle un corps arrondi qui ne remue pas en même temps que le bras.

9° Dans la *fracture du col de l'omoplate*, le moignon de l'épaule est abaissé ; la crépitation est tout à fait interne, il y a une mobilité anormale du bras soit verticalement, soit dans le sens antéro-postérieur.

10° Dans la *luxation acromio-claviculaire*, on note la saillie que forme la clavicule en dehors, véritable *touche de piano*. Tout le bras est abaissé, il y a une dépression sous-acromiale, mais on voit que la tête est restée dans la cavité glénoïde.

11° Dans la *paralysie du deltoïde*, on sent facilement la tête en place à travers le muscle atrophié.

Quoi qu'il en soit, le plus important chez les individus obèses est de ne jamais passer à côté d'une luxation. Dans le cas de doute, ayez recours à la radiographie, ou bien administrez du chloroforme au sujet, pour faire le diagnostic et le traitement.

DIAGNOSTIC RÉTROSPECTIF. — Vous serez parfois appelés à faire le diagnostic rétrospectif, c'est-à-dire à longue échéance, d'une luxation avec certaines lésions traumatiques qui sont les suivantes :

a. La *périostose de la tête humérale*, qui donne

lieu quelquefois à des saillies osseuses irrégulières rappelant l'arthrite sèche. La radiographie fera le diagnostic.

b. Dans les contusions de l'épaule, on voit quelquefois des *hématomes tardifs*, faisant dans le creux de l'aisselle des saillies régulières, allongées, qui n'ont jamais la forme de la tête humérale déplacée.

c. Vous noterez parfois la *périarthrite sèche* donnant lieu à une impotence de l'épaule. La tête encore ici est en place.

d. Vous verrez parfois l'*arthrite sèche* ou l'*arthrite tabétique* avec hydarthrose et des ostéophytes. La tête se déplace légèrement en avant, elle n'est pas luxée. J'en ai observé un cas typique.

e. Enfin dans certaines fractures du col chirurgical la *consolidation* peut se faire *en crosse*, ce qui pourrait faire croire à une luxation.

Diagnostic de la variété. — La variété précédente est la plus fréquente. C'est la luxation extracoracoïdienne.

Dans la variété plus interne, la luxation est dite *intracoracoïdienne*. A l'inspection, le moignon de l'épaule est plus aplati ; la saillie acromiale est plus marquée ; la dépression sous-acromiale est également plus marquée, le moignon de l'épaule est plus élargi ; il y a allongement antéro-postérieur. Le creux sous-claviculaire est disparu ; le bras est en abduction plus accentuée avec rotation interne également plus accentuée. L'épitrochlée regarde en arrière.

A la palpation du creux de l'aisselle, on sent moins facilement la tête déplacée, les mouvements sont plus douloureux, très limités et accompagnés de crépitation, car l'arrachement tubérositaire est très fréquent.

Dans le degré suivant, *luxation sous-claviculaire*, le moignon de l'épaule est encore plus déformé, aplati. La paroi antérieure du creux de l'aisselle est très allongée, la dépression sous-acromiale très marquée. Le bras est plaqué contre le tronc en rotation interne ; l'axe de l'humérus se dirige très en dedans.

A la palpation, on ne peut pas sentir la tête, elle est très déplacée en dedans, le bras paraît très raccourci. L'impotence fonctionnelle est complète.

Complications. — Ces luxations de l'épaule s'accompagnent de complications assez nombreuses. Ce sont :

1° Des *fractures concomitantes de l'acromion*, de l'apophyse coracoïde, du col de l'omoplate.

2° Des *fractures concomitantes du col chirurgical*. Dans ce cas, outre le déplacement de la tête humérale, vous constatez que le coude est rapproché du tronc ; il y a de la crépitation au niveau du foyer de fracture ; enfin la tête déplacée ne suit pas les mouvements de rotation de la diaphyse humérale.

3° Vous noterez parfois en même temps une *fracture du col anatomique*. On sent dans ce cas une crépitation très haute, et le coude a une tendance à se rapprocher du tronc.

La radiographie éclaircira beaucoup ces deux dernières complications, surtout dans les cas dans lesquels il y a un volumineux épanchement sanguin et chez les obèses.

4° L'*arrachement tubérositaire* est également une complication qui donne lieu à ce qu'on a appelé la *périarthrite traumatique* avec douleur vive, gêne dans l'abduction du membre qui ne peut pas dépasser une abduction de 45 degrés ; le mouvement d'abduction plus marqué se produit alors dans l'articulation sterno-claviculaire.

5° Vous noterez souvent aussi la *paralysie du nerf circonflexe*, d'où le précepte d'examiner la sensibilité de la région deltoïdienne même avant de réduire la luxation.

6° Dans quelques cas, vous observerez des *tiraillements du plexus brachial*, avec névrite consécutive très douloureuse et très tenace.

7° Les lésions vasculaires sont rares. Ce sont des *ruptures des vaisseaux axillaires*, artère et veine.

8° Je vous signale enfin certaines périostoses et l'arthrite sèche de l'articulation elle-même avec impotence prolongée.

Pronostic. — Il doit être considéré actuellement comme assez sérieux. Dans de nombreux travaux récents, différents auteurs et en particulier Gœbel, Schulz, Imbert et Dugas, Schmidt, ont revu, à propos des accidents du travail, un grand nombre de malades ultérieurement ; ils ont noté combien était fréquente l'impotence consécutive, malgré un traitement mécanothérapique prolongé. Voici la statistique de Schulz.

Sur 160 cas de luxations scapulo-humérales traités à la clinique de Küttner dans les cinq dernières années, 54 malades atteints de luxations non compliquées purent seulement être revus. La plupart avaient été réduits par le procédé de Kocher.

Le résultat des observations ultérieures montre que 13 p. 100 des malades seulement ont un très bon fonctionnement du membre ; 22 p. 100 un fonctionnement satisfaisant (élévation du bras au-dessus de l'horizontale et diminution de la force musculaire non inférieure à un tiers) ; tous les autres ont un mauvais fonctionnement. La force musculaire du bras est tombée au tiers, plus souvent à la moitié ; dans 26 p. 100, un tiers des malades se plaint de violentes douleurs. La rotation externe est tombée dans 4 cas à 40 degrés, le plus souvent moins encore. La rotation interne est ordinairement normale, 2 fois elle est diminuée de 10 degrés. L'élévation latérale du bras va dans 46 p. 100 jusqu'à l'horizontale. La crépitation est notée 14 fois. On ne constata pas d'ankyloses, ni de reluxation.

En ce qui concerne les causes de ces mauvais résultats il ne semble pas que l'âge, la variété de luxation, le temps écoulé entre l'accident et la réduction, la difficulté de la réduction, la durée du traitement jouent un rôle important. La cause principale est l'inflammation primitive ou secondaire de la capsule articulaire et des muscles environnants.

Gœbel, se basant sur son nombreux matériel de l'hôpital de Cologne, et appuyant ses affirmations sur des radiographies, a noté les résultats suivants :

Sur 43 malades en traitement prolongé, 24 purent être réexaminés au bout de un, deux à trois ans. Aucun n'avait recouvré un fonctionnement parfait. La moitié pouvait, il est vrai, élever le membre blessé en avant et latéralement jusqu'à l'horizontale et avait une rotation presque normale, bien que 5 d'entre eux aient eu une fracture de la grosse tubérosité. Mais aucun n'était complètement délivré de troubles subjectifs. Les 12 autres malades n'étaient pas en état de lever leur bras jusqu'à l'horizontale ou de faire les mouvements de rotation.

Sur 11 cas non compliqués d'arrachement osseux, 8 avaient une mobilité complète ou presque complète.

Sur 13 malades qui avaient en même temps une lésion du squelette, 4 seulement n'avaient aucune limitation des mouvements.

La luxation non compliquée est, d'après Gœbel, d'une extrême rareté. Sur 43 cas, 21 fois il existait un arrachement de la grosse tubérosité (46,5 p. 100). Les muscles supinateurs (sus et sous-épineux, petit rond) peuvent être traumatisés au niveau de leur point d'insertion, d'où atrophie rapide.

MM. Imbert et Dugas ont réuni 80 observations d'anciens luxés. Malheureusement, le plus grand nombre n'ont pu répondre à leur appel; ils n'en ont retrouvé que 15, chiffre peu important sans doute, mais permettant cependant de fixer le pronostic éloigné des luxations de l'épaule.

Sur ces 15 anciens luxés (13 sous-coracoïdiennes et 2 sous-glénoïdiennes) et dont l'accident remontait à un temps variant entre trois mois et trois ans et demi, il n'y avait eu résultat très satisfaisant que chez 4 seulement. Tous les autres, c'est-à-dire plus des deux tiers, accusaient une gêne fonctionnelle persistante et il est à remarquer que, contrairement à ce que l'on croit d'habitude, il n'y avait pas dans ces cas de lésions d'un tronc nerveux, du plexus ou des racines rachidiennes; la plupart des malades restaient infirmes, mais sans paralysie. On ne peut non plus accuser l'âge des malades, puisque l'on voit souffrir également des jeunes sujets vigoureux et des vieillards. Ces mauvais résultats ne sont pas dus non plus à un retard dans la réduction, puisque dans bon nombre de cas où persistait de la douleur la luxation a été réduite de très bonne heure. Enfin ce n'est pas à l'absence ou à l'insuffisance du traitement électro ou mécanothérapique qu'il faut rapporter la continuation des douleurs, puisque la plupart des mauvais cas ont été soignés par ces méthodes.

En résumé, d'après MM. Imbert et Dugas, il est impossible dans la majorité des cas par l'examen d'un sujet atteint de luxation de porter un pronostic sur le fonctionnement ultérieur du membre blessé. Donc pour l'appréciation des accidents du travail, il faut tenir compte de l'incapacité temporaire prolongée, très fréquente à la suite de ce genre de blessures. Cette incapacité temporaire peut également se transformer en incapacité définitive, et cela sans que l'on puisse indiquer les éléments d'un pronostic précoce. Il sera donc imprudent de formuler un avis sur les conséquences d'une luxation avant quelques mois. Exceptionnellement, l'incapacité définitive est due aux paralysies traumatiques des branches du plexus brachial et beaucoup plus fréquemment à un ensemble de symptômes qui rappelle la périarthrite scapulo-humérale.

Schmidt a étudié le résultat éloigné des luxations de l'épaule traitées à la clinique chirurgicale de Kiel de 1900 à 1908, comprenant 92 luxations dont 9 compliquées ne doivent pas entrer en ligne de compte: 56 cas n'ont pu être retrouvés, si bien que la statistique de Schmidt ne porte que sur 27 cas.

Dans 22 cas, le résultat fonctionnel est bon; les blessés ont recouvré le complet usage de leur membre sans diminution de la force. Dans 5 cas seulement (18,6 p. 100), le résultat est mauvais.

Schmidt pense que la plupart des cas qui ne peuvent être contrôlés sont de bons résultats qui ne répondent pas à l'appel parce qu'ils n'en comprennent pas l'utilité : il se fonde sur ce fait que tous les malades qui ne répondirent qu'à un deuxième ou à un troisième appel étaient parfaitement guéris.

Il n'attribue, pas plus que Schulz, d'importance à l'âge du blessé ; au contraire, il admet l'influence néfaste d'un traitement mécanothérapique, trop tôt mis en œuvre. A la clinique de Kiel, voici le traitement des luxations de l'épaule : le bras est immobilisé pendant dix à quatorze jours dans une écharpe, puis traité par un léger massage. D'ailleurs, les auteurs anciens qui n'utilisaient pas ces traitements mécaniques après luxations attribuaient tous un pronostic favorable aux luxations de l'épaule.

Personnellement, j'ai revu peu de mes malades. Mais je n'ai pas une impression aussi pessimiste que dans les cas des auteurs précédents. Bien des raisons actuellement expliquent beaucoup de prétendues douleurs persistantes.

Traitement. — Le traitement des luxations de l'épaule consiste dans la réduction aussi précoce que possible.

Pendant longtemps, on a cru que l'obstacle à la réduction était un *obstacle osseux*, d'où la méthode des tractions en différents sens, tractions non méthodiques. L'attention fut ensuite attirée sur les *obstacles musculaires* formés par les muscles contracturés, et l'on préconisa les tractions sous chloroforme (Malgaigne).

Enfin une anatomie pathologique plus exacte a montré que l'obstacle à la réduction était surtout *ligamenteux*. On fit la réduction par la méthode de rotation en se servant des ligaments eux-mêmes comme point d'appui pour faire repasser la tête par le même chemin qu'elle avait suivi en se luxant, c'est-à-dire par la partie inférieure de la capsule, là où existe la déchirure capsulaire (Struebel, Lacour, Kocher, Farabeuf).

Quoi qu'il en soit, il existe trois grandes méthodes de réduction qui sont les suivantes :

I. La MÉTHODE DES TRACTIONS DIRECTES, comprenant l'extension, la contre-extension et la réduction par le chirurgien. Par cette méthode, on a réduit des milliers de luxations; c'est à mon avis la meilleure

méthode. On peut y joindre les sous-procédés suivants :

a. On fait des tractions prolongées progressivement croissantes avec des tubes élastiques, comme l'a préconisé Th. Anger, ou avec des moufles.

b. Ou bien, on met un corps arrondi dans le creux de l'aisselle et on abaisse brusquement le bras sur lequel on tirait. Du fait de la présence du corps arrondi placé dans le creux de l'aisselle, c'est par une sorte de *bascule* que la tête humérale abaissée par la traction repasse par la partie inférieure de la capsule là où existe la déchirure capsulaire.

c. Ou encore pendant que le chirurgien fait la traction, un aide met une serviette en cravate sur l'extrémité supérieure de la diaphyse humérale et tire un peu en dehors, toujours pour faire repasser la tête par la partie inférieure de la capsule. C'est le *procédé de la cravate.*

Les tractions doivent être limitées dans leur intensité, car quelques complications ont été signalées. Le cas de Guérin est bien connu : une dizaine de personnes tiraient sur l'avant-bras, il y eut un arrachement de l'avant-bras; la pièce est au musée Dupuytren.

A la suite de ces tractions trop fortes, on a noté des ruptures artérielles, veineuses, nerveuses, avec névrites prolongées.

II. La deuxième méthode de réduction est la MÉTHODE DE L'ÉLÉVATION EN ABDUCTION; on l'emploie surtout chez les sujets peu musclés. On lève le bras à angle droit; avec les doigts placés dans le creux de l'aisselle, on attire la tête en dehors; la diaphyse bute contre la voûte acromio-coracoïdienne et la tête rentre en place toujours par la partie inférieure de la capsule (méthode de Mothe).

III. Dans la troisième méthode, dite MÉTHODE DE ROTATION, préconisée par Lacour en 1847, puis par Kocher en 1870, on fait jouer un rôle au ligament coraco-huméral et au faisceau postérieur de renforcement de la capsule.

Premier temps. — Le coude est rapproché du tronc le plus possible, ce qui rapproche la tête humérale du rebord glénoïdien antérieur.

Deuxième temps. — Rotation externe et prolongée de l'avant-bras et du bras.

Troisième temps. — Le coude est porté vers la ligne médiane jusque vers le sternum.

Quatrième temps. — Rotation interne en portant la main vers l'épaule saine puis en l'abaissant.

Sans entrer dans le détail, on peut dire que cette méthode de rotation rompt les adhérences, fait bâiller l'ouverture capsulaire où doit repasser la tête, ramène la tête devant la déchirure. L'élévation relâche la lèvre supérieure de l'ouverture. La partie postérieure de la capsule sert de point d'appui car elle est très tendue et joue le rôle de bande d'arrêt dans le mouvement de rotation externe. La rotation externe dégage en outre le rebord glénoïdien de la gouttière anatomique humérale; enfin la contraction musculaire elle-même joue un rôle important dans la réduction.

Cette méthode donne de bons résultats dans les luxations extracoracoïdiennes; mais elle donne lieu souvent dans les luxations intracoracoïdiennes à une fracture du col anatomique ou du col chirurgical. De plus, elle est assez brutale et elle explique bien des troubles d'arthrite sèche consécutive.

D'une manière générale, pour toutes les variétés de luxations en dedans, il vaut mieux employer les tractions pures et simples avec chloroformisation, si le premier essai est insuffisant, et enfin dès le lendemain de la réduction masser méthodiquement le sujet.

D'autre part, *si la luxation est irréductible d'emblée*, par interposition musculaire, tendineuse ou ligamentaire, il vaut mieux faire une *arthrotomie* d'emblée.

Traitement des complications. — S'il y a fracture concomitante du col chirurgical, on a conseillé de laisser consolider l'os et de réduire la tête humérale deux mois après, c'est une mauvaise méthode.

On a conseillé aussi de produire une pseudarthrose par des mouvements répétés au niveau du foyer de fracture et de laisser la tête en place.

Richet a conseillé de refouler dans la cavité glénoïde la tête humérale à l'aide d'un poinçon et de laisser ensuite consolider la fracture.

Enfin, si la fracture siège très haut, tout contre la tête humérale, on a conseillé l'extirpation de celle-ci.

S'il y a fracture concomitante du col anatomique, il faut, ou refouler la tête déplacée, ou l'extirper. J'ai pratiqué deux fois cette extirpation.

Une complication intéressante c'est la *luxation récidivante* qui serait due, soit à un allongement de la capsule, soit à une perforation de la capsule, soit à une échancrure du bord antérieur de la cavité glénoïde avec décollement sous-périosté et antérieur de la capsule.

Dans ces cas, il faut se contenter, non pas de faire une résection de la tête humérale, mais il faut, comme l'a pratiqué Ricard, faire *la plicature de la capsule.* Dans un cas, j'ai fait la plicature en croix, c'est-à-dire un pli vertical, puis un pli transversal, tellement la capsule était distendue. Des petites soies maintenaient ces plis pour les empêcher de se défaire.

La rupture des vaisseaux axillaires nécessite leur ligature immédiate.

La rupture des nerfs du plexus nécessite leur suture aussi précoce que possible (Bardenheuer, Muller, P. Delbet et Cauchoix, etc.).

Telles sont, en résumé, les considérations que je voulais vous indiquer sur les luxations internes et leurs complications.

Quant aux luxations irréductibles d'emblée, et les luxations dites anciennes, c'est-à-dire au delà de trois mois, elles sont accompagnées de lésions anatomiques tellement complexes que leur étude nécessite une leçon à part.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'UROLOGIE

TENU A LONDRES DU 25 AU 27 JUILLET 1911 (1)

SUR LES RÉSECTIONS LARGES DE LA PAROI DE LA VESSIE

(SÉANCE DU 27 JUILLET)

Dans le rapport présenté sur ce sujet par Hurry Fenwick (de Londres), l'auteur n'envisage que les résections vésicales pour tumeurs bénignes ou malignes opérables.

Après avoir montré l'importance de la cystoscopie pour le diagnostic de ces tumeurs, il rappelle que même par ce moyen on ne peut savoir si un papillome *unique* est bénin ou non. Il doit toujours être enlevé avec résection large de sa muqueuse d'implantation. Si la récidive se produit rapide ou multiple, l'auteur conseille d'aboucher d'emblée les uretères dans l'intestin et d'extirper en entier la vessie.

En cas de papillomes *multiples* constatés d'emblée la conduite doit être identique.

Pour les néoplasmes durs et bien limités siégeant à la base de la vessie, aucune extirpation ne peut être tentée sauf dans des cas exceptionnels où la muqueuse est seule prise, et ce sera une opération palliative (deux ans de survie).

L'ablation complète de la paroi vésicale pour cancer dur et limité des parois anter et latérales donnera une survie plus longue (cinq ans), mais on ne peut espérer de guérison définitive que si le siège est au sommet de la vessie et si le néoplasme est au début.

Pour les cancers mous aucune chance de guérison n'est possible, sauf s'ils siégeaient au sommet de la vessie et tout à fait au début. Dans ce cas l'abouchement des uretères à la peau, suivi de l'ablation totale de la vessie, s'impose.

La mortalité personnelle de l'auteur pour les papillomes est de 2 p. 100 et de 7 p. 100 pour l'ensemble des tumeurs.

Ce rapport est basé sur l'examen de 1000 observations avec 300 opérations.

Le professeur Rovsing (de Copenhague), après avoir mentionné que la tuberculose vésicale fournit parfois l'indication de résections de la vessie, aborde l'étude des tumeurs malignes. Comme Fenwick, il insiste sur la difficulté du diagnostic différentiel entre les tumeurs bénignes et malignes, surtout celles du type villeux et papillomateux; il conclut que, dans les cas douteux, il faut se faire une règle d'éviter la résection partielle et la résection totale de la vessie, tant que les tumeurs paraissent être limitées à la membrane-muqueuse et peuvent être enlevées par l'excision de celle-ci même dans les cas de « villosis totale »; il faudrait essayer l'extirpation de la membrane-muqueuse, pourvu que le malade ne soit pas trop faible pour cette opération; quelquefois, dans cette dernière éventualité, l'extirpation totale de la vessie peut seule sauver le malade.

Dans le cas de malignité incontestable se pose le problème de la préférence à donner à l'extirpation incomplète ou complète. L'extirpation incomplète ne donne guère de chances de guérison, c'est une opération palliative, mais sa mortalité est peu élevée (21 p. 100, Rafin, 1905). L'extirpation totale donne beaucoup plus de chances de cure radicale, surtout si on la pratique sans ouvrir la vessie. Cependant il y a des cas où elle est impossible (état du malade), elle a donné jusqu'ici une mortalité élevée (56 p. 100, Rafin 1905). Cependant Rovsing fait remarquer que ce chiffre ne comporte que des opérations pratiquées dans des cas graves où l'extirpation incomplète a été jugée impossible, et qu'il diminuera considérablement si on fait l'opération d'emblée pour tous les cas. D'après sa statistique personnelle il pense que la mortalité sera au contraire bien inférieure à celle des résections partielles.

Cependant l'avenir des opérés reste sombre à cause des métastases et du danger des infections ascendantes par les urétérostomies. Rovsing préconise l'urétérostomie lombaire selon sa méthode avec l'emploi d'un bandage particulier. Mais il avoue que l'infection ascendante est bien difficile à éviter.

Dans son rapport, Davide Giordano (de Venise) montre que la possibilité des résections larges de la vessie est démontrée anatomiquement et physiologiquement. Il décrit en détail les voies d'accès de la vessie en comparant l'étendue du jour offert sur l'organe par chacune d'elles. Il constate que les résections partielles n'ont donné et ne peuvent donner d'après les constatations anatomopathologiques que des résultats transitoires, ce sont des opérations palliatives. C'est maintenant dans la voie de la cystectomie totale seule que l'on doit chercher la possibilité d'obtenir des succès durables dans le traitement des tumeurs de la vessie.

M. LANCE.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 108, p. 1461.

ANALYSES

MÉDECINE

Etude sur le delirium tremens. Résultats du traitement médical dans 1106 cas. (S. W. RANSON et G. D. SCOTT. *American journal of the medical sciences*, mai 1911.) — Dans ce très intéressant article, les auteurs considèrent le traitement à deux périodes différentes :

1° A la période prodromique qui se traduit par de l'insomnie, de l'agitation, du tremblement, parfois des hallucinations;

2° A la période de delirium confirmé avec délire, hallucinations visuelles, incoordination, élévation de température (37°7 à 38°8), légère leucocytose (7000 à 9000), et transpiration profuse.

L'emploi des hypnotiques est très discutable. Pour les auteurs avec les doses énormes employées d'ordinaire on n'obtient le plus souvent aucun effet, ou bien, si un sommeil très court est produit, le delirium se produit dès qu'il sort de cet état. Après que l'attaque a suivi son cours le malade tombe

dans un profond sommeil. Il est douteux que ce sommeil critique puisse être occasionné par les hypnotiques.

Les auteurs ont constaté que le chloral aggravait plutôt qu'il n'améliorait le pronostic de l'affection : dans 183 cas où ils l'ont employé la mortalité a été de 40,9 p. 100, alors que dans 322 cas où on ne l'a pas employé celle-ci était de 38,2 p. 100. Il s'agit ici de cas de delirium confirmé. A la période prodromique le chloral donne au contraire de bons résultats; sur 115 malades traités par le chloral dans ces conditions 25 p. 100 eurent du délire, alors que sur 590 traités sans chloral le délire survint dans 41,3 p. 100. Les doses variaient de 0gr50 à 2 grammes, souvent répétée toutes les quatre heures. Par les bromures et la paraldéhyde on obtenait des résultats analogues. La paraldéhyde en particulier se montre un bon médicament à la période prémonitoire. La morphine à la dose ordinaire de 0gr015 s'est montrée sans effet pour empêcher l'éclosion de la crise, et sur les malades en crise son emploi a augmenté la mortalité.

L'hyoxine (scopolamine), à la dose de 0,0006 à 0,0012, s'est montrée très dangereuse, la mortalité a été de 16,4 p. 100 plus forte que la moyenne.

Le véronal est le seul hypnotique qui ne semble pas accroître la mortalité chez les malades à la période de délire confirmé; la mortalité semble diminuer au contraire de 16,4 p. 100. De même à la période prodromique avec l'usage du véronal 14,3 p. 100 des malades seulement atteignirent la période de délire véritable. Un autre point très discuté est l'utilité de l'alcool pendant la durée de la crise. Les auteurs en ont toujours donné de notables quantités, et constatent que pour les malades en crise la mortalité est de ce fait à peine diminuée (38,2 pour 39,9 p. 100). Au contraire à la période prémonitoire l'administration d'alcool est indispensable. Ceux qui en continuaient l'usage n'eurent leur crise que dans 24,3 p. 100 des cas, tandis que chez les malades privés d'alcool la crise éclatait dans 44,6 p. 100 des observations.

L'emploi de l'ergot de seigle a été aussi très vanté dans le delirium tremens surtout par Lambert. Ranson et Scott confirment les résultats. Chez les malades en état de délire traités par l'ergot, la mortalité n'a été que de 28,7, tandis qu'elle était de 44,3 chez les autres. Dans la période prodromique son usage fait baisser le chiffre des crises de 46,9 p. 100 à 19,2 p. 100.

Les auteurs concluent que dans les cas vus au début il faut donner de larges doses d'hypnotiques, surtout de véronal, de l'alcool et de l'ergot, et cela à doses répétées; on diminuera progressivement les doses et on les espacera, sans cesser brusquement la médication. Dans le délire confirmé, le véronal sera donné à doses modérées, on insistera surtout sur l'emploi à doses répétées de l'ergot. M. LANCE.

L'uricémie et les troubles génito-urinaires. (CONSTANT [de Vittel]. *Runds. f. Med.*, 20 mai 1911.) — Il faut tout d'abord signaler la paresse du rein qui se traduit par une diminution considérable dans l'excrétion des urines, quelquefois même, mais plus rarement par une légère albuminurie.

Plus accentués sont les phénomènes qui se passent du côté de la vessie : la cystite uricémique et la cystalgie. Ce sont là souvent symptômes précoces d'uricémie, de diagnostic quelquefois délicat.

L'urétrite uricémique est assez rare; chez la femme il est assez fréquent d'observer de la leucorrhée, des démangeaisons, du prurit vulvaire ; chez l'homme l'herpès du gland est assez fréquent. La frigidité est de constatation courante, chez la plupart des uricémiques. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Cardiospasme infranchissable traité avec succès par la thoracotomie et l'œsophagoplication. (Willy MEYER, *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LVI, n° 20, 20 mai 1911, pp. 1.437-1.438.) — **Cardiospasme. Un cas traité par gastrostomie suivie de dilatation.** (J. H. IDEN, *ibid.*, pp. 1.438-1.441.) — Dans le premier cas, il s'agissait d'un spasme du cardia rebelle à tout traitement interne. La dilatation ne put être pratiquée, car il y avait juste au-dessus du cardia un vaste diverticule où tous les instruments allaient s'égarer.

Opération à l'aide d'une chambre à pression positive. Incision courbe sur les sixième, septième, huitième, neuvième et dixième côtes, correspondant exactement à la partie inférieure d'une incision de Schede ; relèvement d'un lambeau musculo-cutané, et incision dans le huitième espace intercostal. Détachement des adhérences, refoulement du poumon en haut et en dedans. On trouve une masse piriforme attachée à la partie inférieure de l'œsophage. On détache les deux pneumogastriques ; double œsophagoplication semblable comme technique à une gastrostomie de Kader. Suture complète de la plaie extérieure.

Après une convalescence plutôt orageuse, pendant laquelle apparut une dyspnée violente qui ne fut soulagée que par la réintroduction pendant dix heures de la malade dans la chambre à pression positive, la maladie finit par guérir. Le cardiospasme disparut après que certains incidents post-opératoires, épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre, abcès périnéphrétique eurent allongé considérablement la convalescence. En janvier 1911, c'est-à-dire huit mois après l'opération, à la suite d'une attaque d'influenza, il se forma une petite fistule œsophagienne dans la plaie, due évidemment à un des fils de soie employés. Le cardiospasme n'a cependant point récidivé. Meyer attire l'attention sur un fait fréquent en chirurgie thoracique sur le vivant, à savoir la production d'un épanchement pleural séreux ou sérosanguinolent dont l'évacuation ne soulage en rien la dyspnée. Cette accumulation joue toujours un rôle très fâcheux. C'est pourquoi la fermeture complète de la cage thoracique après opérations intrathoraciques, admise jusqu'ici sans conteste comme la seule chose logique, ne doit pas être si facilement acceptée. Il faut trouver un moyen de drainer de vingt-quatre à quarante-huit heures sans laisser se développer de pneumothorax. Le moyen le plus simple semble être de mettre la tête du malade dans une chambre à pression positive.

Le cas d'Iden est plus simple ; le cardiospasme céda à la gastrotomie suivie de dilatation rétrograde.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

La Méningite cérébro-spinale épidémique (1),
par les docteurs NETTER et DEBRÉ.

Il est inutile d'insister sur la compétence bien connue des auteurs sur cette question spéciale : tous les médecins se rappellent les nombreuses communications, aux sociétés savantes, de M. Netter sur la méningite cérébro-spinale; M. Debré a collaboré à la plupart de celles-ci, et il a pris, comme sujet de sa thèse, cet important sujet; aussi le livre, que ces auteurs consacrent aujourd'hui à cette question, est-il particulièrement intéressant à lire, car il est l'exposé le plus clair, et le plus complet que nous possédions en l'espèce; il fait état de tous les travaux antérieurs et sans encombrer la description d'une bibliographie excessive, il met au point, d'une manière claire, clinique et très conforme aux faits, toutes les particularités de la méningite cérébro-spinale. Signalons spécialement l'étude clinique, l'identification du méningocoque, l'examen du liquide céphalo-rachidien, la sérothérapie.

L'ouvrage est agrémenté de gravures très instructives, de résumés bibliographiques, de nombreux détails concernant l'épidémiologie et la prophylaxie; c'est un livre qui vient parfaitement à son heure, et qui sera lu avec le plus vif intérêt par tous les médecins. L. BABONNEIX.

(1) In-8, avec 54 figures. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES ALCOOLIQUES (1)

DIAGNOSTIC. — 1° POSITIF. — Ce diagnostic se fonde essentiellement sur l'importance des troubles sensitifs, sur la prédominance de certaines localisations, sur l'atrophie musculaire précoce et très rapide, sur l'existence constante de troubles des réactions électriques, enfin sur les stigmates d'alcoolisme qu'il ne faudra jamais manquer de rechercher (pituites, tremblements, insomnie, cauchemars, zoopsie, etc.).

2° DIFFÉRENTIEL. — La forme la plus fréquemment observée étant une paralysie symétrique des membres inférieurs, le premier diagnostic à discuter est celui de paraplégie, et la première question qui se pose est de savoir si l'on n'a pas affaire à une affection cérébrale ou médullaire, à une myopathie primitive, ou à un trouble purement fonctionnel.

Il est assez exceptionnel que des lésions cérébrales puissent déterminer une paraplégie : c'est plutôt une hémiplégie qu'elles réalisent, et elles ne peuvent s'accompagner de paraplégie que s'il y a diplégie; dans ce cas, le plus souvent, il existe des troubles sphinctériens, et les troubles sensitifs sont loin d'être aussi marqués que dans les paralysies que nous venons d'étudier.

Par contre, le diagnostic des paraplégies d'origine *médullaire* sera souvent beaucoup plus difficile ; tout d'abord cependant, il sera facile d'éliminer les cas de *paraplégie avec contracture* pour ne discuter que les cas où la paraplégie est flasque. Sans vouloir entrer dans l'énumération de toutes les affections s'accompagnant de paraplégie flasque, signalons, parmi les plus fréquentes, la *myélite transverse*, avec ou sans amyotrophie (dans laquelle prédominent des troubles vésicaux), la *sclérose en plaques*, et surtout la PARALYSIE INFANTILE, et la POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE ÉPIDÉMIQUE, affections dont les recherches récentes ont bien précisé les multiples allures cliniques et qui semblent dues à un virus filtrant, le virus de Landsteiner et Popper permettant l'inoculation, en série, aux singes.

Le diagnostic de la *sclérose latérale amyotrophique* et de la syringomyélie se fera par l'allure générale de l'affection, les troubles sensitifs caractéristiques.

Mais c'est surtout avec le TABES que le diagnostic sera souvent hésitant, d'autant plus que par suite d'un groupement spécial des troubles sensitifs et moteurs, en raison de la disparition du réflexe plantaire et du réflexe achilléen, de la présence du signe de Romberg et de troubles oculaires, la paralysie alcoolique simule alors à ce point le tabes, que le nom de *pseudo-tabes alcoolique* a été donné à cette variété clinique.

M. Babinski insiste longuement sur le diagnostic du tabes, diagnostic capital et souvent fort délicat; pour affirmer le tabes, on se basera sur l'existence du signe d'Argyll, les résultats de la ponction lombaire, l'hypotonie musculaire, l'apparition de troubles trophiques caractéristiques (maux perforants, arthropathies, etc.).

Mais ce n'est pas tout que séparer du tabes le pseudo-tabes; car, en effet, avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'un pseudo-tabes alcoolique, il faudra éliminer encore toutes les autres affections qui peuvent réaliser ce syndrome, bien isolé par Leval-Piqueche, à savoir le diabète, la diphtérie, l'intoxication oxycarbonée, sulfocarbonée, l'intoxication ergotinique, etc.

Telles sont les affections d'origine médullaire qui peuvent simuler une paralysie alcoolique; il faut y ajouter encore les affections portant sur la QUEUE DE CHEVAL qui déterminent un syndrome fort difficile à différencier, souvent, d'une paralysie alcoolique typique.

Les paraplégies peuvent reconnaître encore une origine *musculaire*, la myopathie progressive, la polymyosite aiguë ; le diagnostic reposera sur la constatation que l'atrophie a le plus souvent précédé la paralysie et que la distribution de cette atrophie ne se fait pas en rapport exact avec la distribution nerveuse; enfin il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Signalons simplement les paraplégies d'origine musculaire que l'on observe au cours de la trichinose.

Les paraplégies peuvent enfin reconnaître une *origine hystérique*; en général le début en est brusque; il existe, d'autre part, des stigmates d'hystérie; ces paralysies évoluent surtout à la suite d'un traumatisme, d'une émotion, etc., mais il faut bien se rappeler que l'alcool est l'un des facteurs qui, le plus souvent, crée l'hystérie, aussi comprend-on la difficulté qu'il y aura souvent à affirmer qu'un élément alcoolique ne s'est pas surajouté aux symptômes hystériques observés; signalons, sans y insister, la paralysie périodique, syndrome assez récemment décrit.

Après avoir éliminé toutes ces causes de paraplégie flasque, le clinicien parvient ainsi au diagnostic de paraplégie d'origine *polynévritique*; il lui reste à préciser alors la cause de cette polynévrite ; avant d'affirmer la nature alcoolique d'une polynévrite, même en présence des symptômes d'alcoolisme, il faut s'assurer néanmoins qu'il ne s'agit pas d'une polynévrite saturnine, diabétique, diphtérique, infectieuse (ou d'affection plus rare, lèpre, béribéri, etc.); toutes ces polynévrites peuvent donner lieu au tableau clinique du pseudo-tabes, et l'association de plusieurs causes peuvent s'observer, en particulier saturnisme et alcoolisme. Le diagnostic de ces variétés se fera sur la constatation des signes propres à chacune de ces intoxications et infections, sur l'étiologie spéciale, etc.

Tels sont les multiples diagnostics qu'il faudra discuter en présence de la forme la plus typique, la plus fréquente, des paralysies alcooliques; nous nous contentons de rappeler que la psychose polynévritique n'appartient pas exclusivement à la polynévrite alcoolique et que sa présence, comme celle des psychoses si fréquentes chez les alcooliques, soulève le diagnostic de démence, de démence sénile, de paralysie générale, de tumeurs cérébrales, de délires toxiques, infectieux, etc.

L'existence de névrite localisée aux membres supérieurs, bien que rare, doit faire discuter surtout les *paralysies saturnines* avec leurs différents types (antibrachial de Remak, Aran-Duchenne, etc.).

Le fait qu'il peut exister des *névrites isolées* doit faire songer à l'alcoolisme et en faire rechercher les stigmates au cours d'une paralysie isolée (paralysie faciale, paralysie radiale).

L'apparition de lésions oculaires (troubles de la vue, paralysies isolées de la musculature externe si fréquentes au cours de l'alcoolisme) éveille aussi l'idée de manifestations d'origine syphilitique, diabétique, tabétique, et comporte également un diagnostic fort délicat.

Il en est de même en cas de névrite du pneumogastrique (tachycardie), du phrénique (troubles de la respiration), symptômes qui peuvent s'observer isolément ou à la phase de généralisation de l'affection.

Mais le diagnostic est particulièrement délicat lorsque la paralysie prend une allure *aiguë, fébrile*, lorsqu'elle simule dans sa marche progressive, ascendante, la *maladie de Landry*; on sera bien plutôt tenté de songer à une infection banale, à une poliomyélite épidémique, à une myélite aiguë qu'à la paralysie alcoolique, et cependant souvent le diagnostic s'orientera de ce côté, grâce à l'aspect spécial typique du malade, loquace, agité de tremblements, présentant un gros foie, souvent un peu de subictère, et chez lequel facilement on retrouve des antécédents éthyliques.

PRONOSTIC. — Nous avons insisté sur la gravité des paralysies alcooliques; elles sont graves en raison de la *déchéance de tout l'organisme* par l'intoxication alcoolique, déchéance qui explique la gravité de *toute infection* chez de tels malades et la fréquence de *complications infectieuses* intercurrentes ; elles sont encore graves en raison des *récidives fréquentes*, de l'*extension* de la paralysie au pneumogastrique, au phrénique, avec syncope, asphyxie, mort subite.

Le pronostic de la paralysie, en elle-même, est basé sur l'étude des réactions *électriques*.

TRAITEMENT. — Il consiste essentiellement en la suppression de la cause, en l'installation d'un régime favorisant

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 92, p. 1369; n° 95, p. 1406, et n° 98, p. 1441.

l'élimination des toxiques associé à une médication tonique (strychnine, noix vomique), à des massages précoces luttant contre l'atrophie, à l'électrothérapie; plus tard en un traitement psychique et de rééducation.

BIBLIOGRAPHIE. — BABINSKI. In *Bouchard-Brissaud*; — LAFFITE. Les paralysies alcooliques, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1892, n° 115; — La paralysie alcoolique, signes et diagnostic, Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 3; — DENIAU. *La Paralysie alcoolique*, Th. de Paris, 1911.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 7, juillet 1911.) G. PETIT (d'Alfort) : Les tumeurs malignes des animaux domestiques.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 juin 1911.) Ed. LAVAL : Abcès chauds en particulier. — (30 juin.) J. VIRES : Le traitement des albuminuries. — (8 juillet.) G. BARDET : Etude comparée des stations de France et d'Allemagne.

Clinique. — (N° 30, 28 juillet 1911.) SABOURAUD : Chirurgie dermatologique des kystes sébacés du cuir chevelu. — DELBET : Ostéomyélite du tibia. — KIRMISSON : Kyste dermoïde de la loge parotidienne. — GUILLON : Lèpre tuberculeuse et lèpre nerveuse. — PAUCHET : Cæcum mobile. — RAFIN : Lésions du rein après la néphrotomie pour calcul aseptique. — (N° 31, 4 août.) MAUCLAIRE : Symptômes, diagnostic et traitement des hydrocèles. — TAILLEVES : Mélancolie et troubles digestifs. — FOURCADE : Un cas de rhumatisme diphtérique. — RATHERY : Etude clinique et thérapeutique d'un cas d'albuminurie intermittente. — O'ZOUX : Note clinique sur 54 cas d'hémoglobinurie observés à Saint-Denis de la Réunion. — PERDRIZET : Tuberculose primaire du naso-pharynx; — Sur la torsion de l'épiploon.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 13 juil. 1911.) JOCHMANN et MÖTTERS : Sur le traitement de la tuberculose par la tuberculine de Koch privée d'albumose. — BIEDL et KRAUS : Critérium de l'intoxication anaphylactique. — SOHOLZ : Importance diagnostique du dosage de la pepsine dans l'urine. — HIRSCHFELD : Nouvelles méthodes de diagnostic des tumeurs malignes. — LIEPMANN : Sur les bases scientifiques de la culture gauche. — ROTKY : Un cas de tuberculose pulmonaire sous l'aspect d'asystolie. — (N° 29, 20 juil.) HOFFMANN et JOFFÉ : Nouvelles recherches sur le salvarsan. — SEILER : Rôle de l'arsenic dans le traitement de la chlorose. — SCHMIDT : Contribution au traitement radiologique des myomes, — SIMON : Irradiation du corps thyroïde dans le thyroïdisme. — GOLDSCHMIDT : Sur la recherche du sang caché des fèces par l'épreuve de la phénolphtaléine. — BÖCKER : Résultats de la tension des tendons dans les difformités paralytiques. — ZNIKE : Emploi du veratrum viride dans l'éclampsie gravidique. — HIRSCHFELD : Sur quelques nouvelles méthodes de diagnostic des tumeurs malignes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 4 juillet 1911.) BLUM : Sur les cures de farine de froment dans le diabète sucré. — O. CONNOR : Sur le dosage de l'adrénaline dans le sang. — CALVARG : La spécificité de l'antianaphylaxie. — FRÄNKEL : La fixation de la scoliose mobilisée et du dos rond. — SCHLAGUITWEIT : La phosphaturie. — SCHÜFFNER : Une coloration simple des leucocytes dans l'hématimètre. — DE RAADT : Coloration au Romanowsky des frottis de sang au moyen de la solution colorante de Jenner. — BRADE : Contribution casuistique à la connaissance des kystes osseux. — SACHS : Sur la technique de la ponction veineuse. — (N° 28, 11 juil.) SCHWARZ : Physiologie et pathologie des mouvements du gros intestin de l'homme. — HIRSCHFELD et MODRAKOWSKI : Influence des substances hémolytiques sur les vaisseaux survivants de la grenouille. — HAGEMANN : Sur la narcose intraveineuse par l'éther. — KOLDE : Essais avec le pantopon en obstétrique. — BRANDES : Emploi de la trypsine dans les traitements des tuberculoses chirurgicales. — WOLFRUM : Sur une maladie de la conjonctive du nouveau-né analogue au trachome de l'adulte. — SULZER : Résection sous-périostée pour ostéite aiguë suppurée du péroné. — WECHSELMANN : Injections intraveineuses de salvarsan. — HEYDNER : Sur l'intoxication par le digalène. — CIMBAL : Un appareil simple de compréhension pour l'usage clinique. — WOLFFLEGG : Traitement de la blennorrhée des nouveau-nés.

Nord médical. Gazette des praticiens. — (N° 405, 15 août 1911.) LEMOINE : Souffle aortico-mitral. — BIGNON : La cure de désintoxication du docteur Guelpa.

Paris médical. — (N° 34, 22 juillet 1911.) FARGIN-FAYOLLE : Traitement des fistules alvéolo-dentaires. — AVIRAGNET et DARLENCOURT : Les selles des nourrissons et des enfants du premier âge. — (N° 35, 29 juillet.) DOPTER : Le choléra dans les Pouilles. — SCHWARTZ : Diagnostic de l'ictère chronique par rétention. — L. LÉVI : Corps thyroïde et foie.

Pédiatrie pratique. — (N° 21, 25 juillet 1911.) LEMAIRE : Troubles digestifs des nourrissons. Leur traitement. — MERKLEN : L'indice respiratoire dans l'insuffisance nasale de la seconde enfance. — (N° 22, 5 août.) OMBRÉDANNE : Ostéomyélite. Forme commune, forme articulaire, forme subaiguë, forme chronique, forme prolongée, douleurs de croissance. — BOTEY : Antromastoïdite chronique; abcès extradural; thrombophlébite du sinus transverse. Trépanation totale; ouverture du sinus sans ligature de la jugulaire. Guérison. — BARJON et RENDU : Dextrocardie congénitale avec inversion totale des viscères.

Presse médicale. — (N° 58, 22 juillet 1911.) LEGUEU : Nouvel urétrotome. — DAVID : Salvarsan et le nerf acoustique. — (N° 59, 26 juillet.) A. BROCA : Scorbut infantile au début. — A. MANAUD : Peste pneumonique et peste bubonique. Leurs caractères épidémiologiques. — (N° 60, 29 juillet.) Stephen CHAUVET et VELTER : Des kystes du cervelet. — SPRINGER : Albuminurie physiologique et orthostatique. — SAISSI : Membrane interosseuse et irréductibilité du chevauchement dans les fractures de jambe au tiers inférieur. — OLIVERES : Traitement des ulcères infectieux de la cornée (ophtalmologie journalière).

Progrès médical. — (N° 29, 22 juillet 1911.) LŒPER et BÉCHAMP : L'oxalémie. — Marcel LABBE : Leçon clinique sur l'obésité.

Revue médicale de l'Est. — (N° 14, 15 juillet 1911.) G. ETIENNE et M. PERRIN : Evolution générale de la leucocytose et de l'équilibre leucocytaire dans la pneumonie franche.

Semaine gynécologique. — (N° 30, 25 juillet 1911.) R. PICHEVIN : De la faiblesse de la paroi abdominale dans la ptose rénale, dans la rétrodéviation utérine et dans le prolapsus de la matrice; — Doit-on enlever les deux ovaires dans l'hystérectomie. — (N° 31, 1er août.) PICHEVIN : A propos du fibromyome.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1911. — N° 102.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — Les jurys des concours pour les emplois de professeur et de prosecteur d'anatomie dans les écoles annexes de médecine navale qui doivent s'ouvrir à Brest et Rochefort, seront ainsi composés :

Brest. — 16 et 17 octobre 1911 : 1° *Anatomie.* 2° *Histologie et physiologie.* — M. l'inspecteur général du service de santé Bertrand, président; M. le médecin en chef de 2e classe Girard, membre; M. le médecin principal Barrat, membre.

3° *Physique biologique.*— M. l'inspecteur général du service de santé Bertrand, président; M. le pharmacien en chef de 1re classe Billaudeau, membre; M. le pharmacien principal Le Naour, membre.

18 octobre 1911 : 4° *Prosecteur d'anatomie.* — M. le médecin général de 2e classe Hyadès, président; MM. les médecins de 1re classe Avérous et Lucas, membres.

Rochefort. — 18 octobre 1911 : 1° *Prosecteur d'anatomie.* — M. le médecin général de 2e classe Burot, président; MM. les médecins de 1re classe Rolland et Béraud, membres.

23 octobre 1911 : 2° *Chimie, biologie.* 3° *Physique biologique.* — M. l'inspecteur général du service de santé Bertrand, président; M. le pharmacien en chef de 1re classe Billaudeau, membre; M. le pharmacien principal Gautret, membre.

24 octobre 1911 : 4° *Physique biologique.* — M. l'inspecteur général du service de santé, président; M. le pharmacien en chef de 1re classe Billaudeau, membre; M. le pharmacien principal Gautret, membre.

Les noms des officiers du corps de santé désireux de prendre part à ce concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 802 décès au lieu de 825 pendant la semaine précédente, et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 84, au lieu de 69 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (la moyenne est 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51 (au lieu de 92 précédemment et au lieu de la moyenne 115).

La coqueluche a causé 9 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

La diarrhée infantile a causé 83 décès de 0 à 1 an, au lieu de 96 pendant la semaine précédente (moyenne 73).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 87 décès, au lieu de 92 pendant la semaine précédente, et au lieu de 76, moyenne ordinaire de la saison.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — La VIIe session des cours de physiothérapie, organisés par MM. Albert Weil, Dausset, Degrais, Dominici, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 9 au 31 octobre 1911, à l'École des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux et cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de vingt leçons :

La première série comprend : l'électro, la radio, la photo, la radiumthérapie et l'hydrothérapie;

La deuxième série comprend : le massage, la gymnastique, la rééducation et la méthode de Bier.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 fr. On peut s'inscrire pour une ou les deux séries ou avoir tous les renseignements complémentaires chez MM. Vigot frères, libraires, 23, place de l'École-de-Médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Algérie-Tunisie.* — Billets de voyages à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires; certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Italie et de l'Espagne.

Voir la nomenclature complète de ces voyages circulaires dans le livret-guide-horaire P. L. M. en vente dans les gares, bureaux de ville, bibliothèques : 0 fr. 50; envoi sur demande au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, contre 0 fr. 70 en timbres-poste.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 3 août 1911.) V. BERGMANN et LENZ : Sur les mouvements du gros intestin chez l'homme. — OHM : Appareil pour l'enregistrement photographique des bruits du cœur. — SPIELMEYER : Sur les affections séniles du système nerveux central. — WIETING : Sur la chirurgie du sinus péricranien. — BRAUER : Sources d'erreur dans le séro-diagnostic de l'échinococcose. — KREFTING : Sur un cas authentique de réinfection syphilitique chez un sujet traité par le salvarsan. — STEINER : Sur la présence d'angine ulcéreuse dans la fièvre de Tanger.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 18 juil. 1911.) MERKEL : Traumatisme et méningite. — LEXER : Remplacement complet de l'œsophage. — NOGUCHI : Sur l'obtention de cultures pures de spirochæte pallida pathogène et de spirochæte pertenuis. — HEGAR : Sur la dilatation du col utérin dans un but gynécologique. — BAB : Pituitrine comme styptique gynécologique. — HIRSCHEL : Anesthésie du plexus brachial dans les opérations sur le membre supérieur. — WIERSEJEWSKI : Accidents et complications des opérations orthopédiques. — JULINSBERG et OPPENHEIM : Affection spinale spastique chez un syphilitique après le salvarsan. — FEIBELMANN : Rhumatisme morbilleux chez le nourrisson. — HILBERT : Affection oculaire dans l'acné rosé. — LILIENSTEIN : Particularités acoustiques des bruits du cœur. — HANGEMAK : Inversion complète du processus vermiforme. — STUMPKE : Rapports entre la pigmentation cutanée dans la maladie d'Addison et les fonctions des glandes surrénales. — ABELIN : Sur une méthode pour déceler le salvarsan dans l'urine. — STICKER et FALK : Sur la fermentothérapie avec le radium. — ISRAËL : Une cause d'erreur dans le séro-diagnostic de l'échinococcose.

Paris médical. — (N° 36, 5 août 1911.) DOPTER : Les maladies infectieuses en 1911 (revue annuelle); — Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. — LEVADITI : Comment se transmet la poliomyélite aiguë épidémique. — WEINBERG : Séro-diagnostic de l'échinococcose. — SACQUÉPÉE : Syndromes cholériformes à bacilles paratyphiques. — (N° 37, 12 août.) GUIART : La Faculté française de médecine de Beyrouth. — HIRTZ : Traitement de la toux. — LORAND : Conseils pratiques pour la vieillesse. — MARX : Trois cas de phimosis chez trois frères. — (N° 38, 19 août.) LARDENNOIS : Les hernies du cæcum. Etude pathogénique. — GUISEZ : Corps étrangers bronchiques et bronchoscopie. — MIRAMOND DE LAROQUETTE : Altérations et conservation des œufs. — DUPUY : Une ville de santé : Colorado Springs.

Pédiatrie pratique. — (N° 23, 15 août 1911.) NOBÉCOURT : Traitement des cardiopathies. — H.-L. ROCHER : Kyste thyro-hyoïdien paramédian à structure complexe (pharyngo-salivaire et chondro-thyroïdienne). — NIKITINE : Les adénoïdes. Indications et méthodes d'extirpation. Accidents et complications de l'opération.

Presse médicale. — (N° 61, 2 août 1911.) VITRY : Action du chlorure de calcium sur la diurèse dans les néphrites. — VORONOFF : La transfusion du sang (la technique aux Etats-Unis). — (N° 62, 5 août.) FÉLIX : Salvarsan Ehrlich-Hata et troubles labyrinthiques. — E. WEILL et MOURIQUAND : A propos de la mort imprévue par myocardite scarlatineuse. — (N° 63, 9 août.) Hideyo NOGUCHI : Production d'orchite syphilitique chez les lapins à l'aide de cultures pures de treponema pallidum. — CALMETTE, GRYSEZ et LETULLE : Fréquence relative de l'infection bacillaire et de la tuberculose aux différents âges de la vie. — (N° 64, 12 août.) AMBLARD : La tension artérielle dans l'œdème aigu du poumon. — LERICHE et ARNAUD : A propos de la pancréatite hémorragique subaiguë. — (N° 65, 16 août.) M. RENAUD : Résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi du vaccin typhique irradié. — (N° 66, 19 août.) SÉZARY : Pathogénie du tabes. La méningite parasyphilitique. — RAYMOND : L'albumino-réaction dans les pleurésies et les congestions pulmonaires.

Progrès médical. — (N° 31, 5 août 1911.) LEDOUX et TISSERAND : La panoptose. — MAUCLAIRE : Symptômes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — (N° 32, 12 août.) ARDIN-DELTEIL et COUDRAY : Premiers cas de spondylite typhique observés en France. Un cas de spondylite typhique infantile. — GAUCHER : Les lésions buccales pharyngées et laryngées de l'hérédo-syphilis tertiaire. — (N° 33, 19 août.) BOURGEOIS : La question des troubles articulaires produits par les injections d'arseno-benzol. — GOURAUD et PAILLARD : Les récentes acquisitions sur la motricité gastrique.

Province médicale. — (N° 31, 6 août 1911.) WEILL : La céphalée chez l'enfant. — J. DUCUING : Papillomes végétants de la lèvre inférieure et du pénis. — P. CARLES : A propos de la cure de fruits. — (N° 32, 12 août.) J. CURTILLET et Pierre LOMBARD : Un cas de spondylite typhique. — H. FEUILLADE : Tuberculose intestinale avec syndrome addisonnien chez un jeune homme de vingt-deux ans. Pronostic très sombre. Traitement par des injections de bactériolysine de Maragliano. Guérison. — (N° 33, 19 août.) E. PALLASSE : Les frottements sous-scapulaires. — J. et P. FIOLLE : Une nouvelle sonde auto-fixatrice applicable à l'homme.

Semaine gynécologique. — (N° 32, 8 août 1911.) R. PICHEVIN : Dilatation utérine et salpingo-ovarite. — (N° 33, 15 août.) PICHEVIN : A propos des vomissements incoercibles de la grossesse. Application d'une vessie de glace sur le bas-ventre; — De la novocaïne en gynécologie. — (N° 34, 22 août.) PICHEVIN : A propos de la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Semaine médicale. — (N° 32, 9 août 1911.) GUIART : Les applications de la géographie médicale à l'étude de la peste, ses formes et ses origines. — (N° 33, 16 août.) ROUSSY et AMEUILLE : Le périthéliome. — (N° 34, 23 août.) LŒPER : Le vertige intestinal.

Tribune médicale. — (N° 7, juillet 1911.) RÉNON : Le traitement de la tuberculose par l'opothérapie. — PONCET et LERICHE : Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines.

Tunisie médicale. — (N° 7, 15 juillet 1911.) Ch. NICOLLE : L'œuvre de l'Institut Pasteur de Tunis. — Jean HEITZ : De la signification clinique des extrasystoles. — PROVOTELLE (de Gafsa) : Note sur l'épidémie de typhus exanthématique dans la région de Gafsa (1910).

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 14, 30 juil. 1911.) Louis LANGLET et E. BUCHHOLZ : Sarcome des gaines tendineuses de la paume de la main. — (N° 15, 15 août.) TÉCHOUEYRES, COLLEVILLE et HERRMANN : La résistance globulaire et les hémolysines chez les tuberculeux. — CONSTANT : Uricémie, ménopause et artério-sclérose (*fin*).

REVUE GÉNÉRALE

LE TEMPÉRAMENT THYROÏDIEN

Par M. LÉOPOLD-LÉVI,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Académie de médecine.

Le tempérament thyroïdien est important à connaître : 1° parce qu'il est fréquent; 2° parce qu'il est susceptible de se modifier par la thérapeutique; 3° parce qu'il est *composé*, et qu'à ce titre son étude soulève des questions de pathologie générale. Le plus souvent, en effet, le tempérament thyroïdien est dû au déséquilibre des fonctions thyroïdiennes, à l'*instabilité thyroïdienne*. Il résulte de la combinaison, chez un même sujet, de modalités opposées du fonctionnement thyroïdien. Mais avant d'arriver à ce tempérament complexe, il convient de s'élever du simple au composé et d'étudier isolément le tempérament hypothyroïdien et le tempérament hyperthyroïdien.

Tout d'abord qu'est-ce que le *tempérament?* C'est la caractéristique imprimée à un individu par une dominante dans la modalité de ses diverses activités.

I

Le tempérament hypothyroïdien se caractérise essentiellement par un *amoindrissement de l'ensemble de l'activité vitale.*

Pour comprendre ce tempérament, il faut partir du myxœdème, et particulièrement du myxœdème congénital, tel que l'ont décrit MM. Bourneville et Bricou et dont le pacha de Bicêtre donne un exemple classique. Dans cette forme, deux éléments dominent : le nanisme et l'idiotie. En outre, les oxydations sont diminuées, la chaleur animale est réduite. Il y a diminution des diverses fonctions du corps. Il se constitue une manière d'être morbide qu'on a érigée au rang de maladie, mais qui est, en réalité, un tempérament pathologique. Ce tempérament se rattache bien au trouble du fonctionnement thyroïdien, car il y a, dans ce cas, absence congénitale de corps thyroïde.

Au-dessous du myxœdème congénital, nous classons le myxœdème de l'adulte, décrit par Gull, puis par Ord qui dénomma ce syndrome. Le plus souvent, c'est chez la femme que, à la suite de nombreuses grossesses et à propos de la ménopause, le fonctionnement de la glande thyroïde devient insuffisant, mais ici la symptomatologie est déjà moins accentuée, moins complète.

Le myxœdème se manifeste plus fréquemment sous des formes partielles, frustes, atténuées qui se rapprochent peu à peu de l'état physiologique. Et de fait, au-dessous de l'insuffisance bénigne chronique, de l'insuffisance paroxystique, on trouve enfin l'hypothyroïdie minima, insuffisance thyroïdienne aussi réduite que possible, en miniature, qui avoisine autant l'état de santé que l'état de maladie et qui représente le tempérament hypothyroïdien.

Le tempérament hypothyroïdien physiologique se rattache, ainsi que nous l'avons montré, Henri de Rothschild et moi (1), dans notre travail sur l'insuffisance thyroïdienne incomplète, au myxœdème complet, par la série des formes intermédiaires qu'on trouve dans une même famille. Sa nature thyroïdienne est encore démontrée : 1° parce que les éléments qui composent ce tempérament se retrouvent semblables ou analogues dans le myxœdème; 2° parce qu'ils sont susceptibles de disparaître sous l'influence du traitement thyroïdien.

Ces différents éléments constituent ce qu'on peut appeler les petits signes du tempérament thyroïdien. Nous en avons déjà fait l'étude que nous allons reprendre à grands traits (2).

Les petits signes du tempérament thyroïdien sont :

1° Les *œdèmes transitoires*. En dehors de toute affection cardiaque, rénale, il se produit des œdèmes blancs, indolents, de consistance assez ferme qui siègent au niveau des paupières, dans la région frontale, dans la région malaire; quelquefois il y a gonflement passager des pieds. Le sujet se sent momentanément à l'étroit dans ses bottines. Ou bien les doigts sont comme gonflés et la bague a de la peine à sortir du doigt. Ces œdèmes se répètent plus ou moins souvent, sont ou non périodiques, surviennent parfois le matin ou apparaissent à propos d'une contrariété, d'une fatigue, des règles, d'une migraine ou d'une crise d'asthme.

2° Les *troubles pilaires* : alopécie partielle congénitale, nanisme capillaire, calvitie précoce, canitie prématurée. Il y a lieu d'insister sur les troubles du sourcil : absence ou chute du sourcil, raréfaction du tiers externe du sourcil, dû soit à un processus de kératose pilaire (Hertoghe), soit à un trouble de développement (agénésie pilaire).

3° *Les troubles de calorification.* — *a.* La forme la plus atténuée se traduit par le *refroidissement des extrémités*, surtout des pieds, continu bien qu'avec exacerbation hivernale, qui est souvent inconscient, en particulier chez les enfants, ou subconscient.

b. Un deuxième état est représenté par la *frilosité*, soit circonscrite à l'une ou à l'autre des extrémités, soit localisée au dos, aux cuisses, soit générale. La sensation est devenue consciente, le malade s'en plaint et emploie les divers moyens habituels pour se réchauffer.

c. Un troisième stade se signale par des *frissons* qui éclatent après le repas ou dans la première partie de la matinée. Ils durent l'espace d'un éclair ou se prolongent, s'accompagnent parfois d'horripilation, de claquement des mâchoires, de tremblement généralisé.

d. La température centrale est souvent *au-dessous* de la normale de quelques dixièmes, souvent davantage la nuit.

e. Les hypothermisés présentent souvent une *hyperesthésie* exquise au froid (Hertoghe). Le moin-

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Contribution à l'étude de l'insuffisance thyroïdienne. Huit cas de myxœdème incomplet, in *Études sur la physiopathologie du corps thyroïde, etc.*, 1908, p. 118.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne, *Gaz. des hôpit.*, 29 juin 1907, p. 870.

dre courant d'air occasionne des douleurs rhumatoïdes, névralgiformes, qualifiées de lumbago, torticolis, migraine. Ces mêmes sujets font, sous l'influence de refroidissements, des auto-infections banales. La peau est sèche.

4° En rapport avec le refroidissement, il existe des *troubles vaso-moteurs* sous forme d'acro-asphyxie, de livédo, d'engelures. Le pouls est souvent petit et ralenti.

5° Le tempérament thyroïdien comporte, comme signe intestinal, la *constipation* qui se rencontre comme les troubles précédents dans le myxœdème et qui est susceptible de disparaître par le traitement thyroïdien. Nous avons étudié antérieurement (1) la constipation thyroïdienne. M. Minoret vient de consacrer, sous notre direction, sa thèse (2) à l'étude de la constipation dans ses rapports avec le corps thyroïde et au traitement thyroïdien dans la constipation essentielle. Nous venons de reprendre cette question dans son ensemble (3).

6° La *fatigue* se rencontre fréquemment dans ce tempérament et particulièrement le matin. Les hypothyroïdiens ne sont pas des gens du matin, ils ont de la peine à quitter leur lit le matin. Ils ne se trouvent bien qu'après les premiers mouvements de la matinée et du petit déjeuner. Certains de ces sujets se disent « nés fatigués ».

7° L'*anorexie*. Les enfants surtout, et parfois les grandes personnes à tempérament hypothyroïdien, ont peu d'appétit, mangent sans aucun plaisir, doivent être poussés à manger. La faim augmente parfois d'une façon considérable, sous l'influence du traitement thyroïdien.

8° La *somnolence*. Les hypothyroïdiens ont besoin de beaucoup de sommeil, ils ont facilement des somnolences après les repas. L'opothérapie thyroïdienne diminue fréquemment le besoin de dormir.

9° Facilement le tempérament hypothyroïdien comporte une *tendance à l'obésité*, ce qui veut dire que, sous l'influence des causes exogènes, excès d'alimentation et sédentarité, le sujet a une orientation nutritive qui le prédispose à faire des réserves graisseuses.

10° Le sujet est de *petite taille*, plutôt au-dessous de la moyenne, il a toujours été petit ou il s'est arrêté de grandir à la suite d'une maladie qui a frappé sa glande thyroïde.

11° Au cours du développement se sont produits des *retards* (dents, marche, langage), souvent il existe de l'arriération testiculaire, cérébrale, pilaire, dentaire, etc.

12° En même temps que l'arriération physique et mentale, on trouve parfois une tendance à la *sénilité précoce*. Elle se traduit par les varices, les hémorroïdes, un développement excessif des veines et des mains, la tendance pour les dents à devenir tombantes, de la canitie, de la calvitie précoce.

13° Les hypothyroïdiens souffrent de *douleurs musculaires, articulaires*, de céphalée frontale ou occipitale, surtout intense le matin et à laquelle les malades finissent par s'habituer tant elle est continuelle.

14° Si l'on joint à ces troubles l'apathie, l'indolence, la tristesse que ressentent les sujets, on voit qu'ils exquissent un syndrome de *neurasthénie fragmentaire*.

15° Leur *œil* est souvent enfoncé, petit, atone, sans expression, comparable à un œil de verre.

16° Dans l'ensemble, le tempérament hypothyroïdien comporte des *réactions vitales atténuées* et un *amoindrissement des échanges nutritifs*.

Tous les signes que nous venons d'analyser offrent ces deux particularités : 1° d'exister sous la même forme ou sous une forme analogue dans le myxœdème humain ou à la suite de thyroïdectomie chez l'animal; 2° de s'atténuer ou disparaître par le traitement thyroïdien.

Il est exceptionnel de les trouver réunis chez un même sujet. Plus ils sont nombreux, plus on a de chance de les faire disparaître par la thyroïdothérapie. Supposons-les tous groupés chez un même sujet. On se trouvera en présence d'un individu de petite taille, avec tendance à l'obésité, avec cyanose et refroidissement des extrémités, alopécie partielle congénitale, nanisme pilaire, calvitie précoce, raréfaction du sourcil. On constate chez lui des œdèmes de la face, surtout marqués au niveau des paupières, la sécheresse de la peau. On est frappé de l'expression atone du regard, d'une apparence molle, triste, apathique du sujet. L'étude du fonctionnement des organes permet de relever la diminution de l'appétit, la constipation, le ralentissement du pouls, le mauvais état des ongles et des dents, la tendance à la céphalée, les douleurs, la somnolence, l'hypothermie. Chez un tel sujet, le *corps thyroïde* n'est visible ni au repos, ni pendant la déglutition, ni pendant l'effort; on n'arrive pas à le sentir par la palpation.

II

Tempérament hyperthyroïdien. — Au tempérament hypothyroïdien que nous venons de définir, il faut opposer le tempérament hyperthyroïdien dont la caractéristique est l'*exagération des diverses activités fonctionnelles*. Sa notion découle de la *maladie de Basedow*, car s'il est vrai que, dans le mécanisme de la maladie de Basedow, une part revient au fonctionnement du grand sympathique; s'il est vrai que, dans le syndrome de Basedow, on puisse incriminer, suivant les cas, l'ovaire, l'hypophyse, la parathyroïde, etc., il n'en reste pas moins établi que le fonctionnement thyroïdien se trouve exagéré dans le goitre exophtalmique et est responsable de la tétrade symptomatique : tachycardie, tremblement, exophtalmie, hypermégalie thyroïdienne. Malgré des avis discordants, la notion de l'hyperthyroïdie (avec modification qualitative du suc thyroïdien) repose dans le

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Constipation et hypothyroïdie, *C. r. de la Soc. de biol.*, séance du 13 avril 1907, LXII, p. 590.

(2) Minoret. *Corps thyroïde et intestin. Traitement thyroïdien de la constipation*, Th. de Paris, 1911.

(3) Léopold-Lévi. Corps thyroïde et intestin. *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 24 juin 1911, n° 12.

goitre exophtalmique : 1° sur les résultats de la thyroïdectomie; 2° sur les effets, dans certains cas, des produits (sang, lait) d'animaux éthyroïdés; 3° sur la reproduction possible chez l'homme du goitre exophtalmique, dans son intégralité et dans un certain nombre de ses symptômes par thyroïdisme alimentaire; 4° sur la résistance plus grande des souris qui ont ingéré du sang basedowien à certaine intoxication, celle, par exemple, par l'acétonitrile (Hunt).

Au-dessous de la maladie de Basedow, qui réalise l'hyperthyroïdie maxima, on peut ranger certains syndromes moins achevés d'hyperthyroïdie : Basedow fruste, syndromes basedowiformes, hyperthyroïdie bénigne chronique, hyperthyroïdie paroxystique, hyperthyroïdie minima. On arrive finalement à un état d'hyperthyroïdie très voisin de l'état physiologique, qui caractérise le tempérament hyperthyroïdien.

Tous ces états se rattachent les uns aux autres, comme le prouve leur existence dans une même famille. Ils peuvent être reproduits plus ou moins intégralement par thyroïdisme alimentaire.

Le tempérament hyperthyroïdien, qui en est la forme dégradée, comme la miniature, comporte, en plus ou moins grand nombre, les petits signes d'hyperthyroïdie, qui se retrouvent dans la maladie de Basedow et peuvent être produits par thyroïdisme alimentaire.

Ils sont symétriquement opposés aux petits signes du tempérament hypothyroïdien, comme on peut le rendre évident, en les mettant en regard les uns des autres. Analysons-les tout d'abord; nous étudierons ensuite leur groupement. On note :

1° L'hypertrichose, en particulier sourcilière;

2° La chaleur, les bouffées de chaleur, l'hyperthermie, la fièvre thyroïdienne;

3° L'acro-érythrose, avec peau humide;

4° La tendance à la diarrhée, les garde-robes molles et fréquentes (syknokénose);

5° Un grand besoin de mouvement, avec hâte à tout accomplir;

6° De l'insomnie;

7° De la maigreur;

8° Une grande taille;

9° De la précocité de développement;

10° Le syndrome que nous avons appelé de juvénilité persistante;

11° Le nervosisme avec excitabilité cardiaque, cutanée, etc., de l'irritabilité;

12° L'œil brillant, saillant, large, animé de mouvements nystagmiformes;

13° D'une façon générale, les réactions du sujet sont excessives, il y a exagération des échanges nutritifs;

14° Enfin, la glande thyroïde est dans l'ensemble volumineuse, augmentée de volume.

En réunissant tous les symptômes, on obtient un hyperthyroïdien idéal. Il est de grande taille, avec tendance à la maigreur, les troubles vaso-moteurs se traduisent ici sous forme d'acro-érythrose. La peau est humide. Les sourcils sont exubérants, marqués dans l'espace intersourcilier. Dans l'ensemble, le système pileux est très développé. L'œil est brillant, largement ouvert, secoué par des mouvements nystagmiformes. L'ensemble des fonctions se trouve accéléré : l'appétit est exagéré, les garde-robes répétées, le pouls est fréquent, les urines sont abondantes, le sujet est nerveux, a des battements de cœur, de l'insomnie, du tremblement, des angoisses, de l'irritabilité, de l'excitabilité. Ces phénomènes se trouvent parfois mis en évidence, du fait des menstrues et des émotions.

III

Tempérament de l'instabilité thyroïdienne. — Une fois bien connus les signes du tempérament hypo et hyperthyroïdien, si on analyse de près les sujets thyroïdiens, il est habituel de rencontrer *simultanément* chez eux des signes d'hypo et d'hyperthyroïdie. C'est une constatation que nous fîmes, dès le début de nos recherches, et qui n'alla pas sans nous surprendre. Comment expliquer, en effet, l'association, chez un même sujet, de signes, en apparence opposés? Pour les rattacher au fonctionnement thyroïdien, on était conduit à la notion des fonctions multiples de la glande thyroïde, bien mise en lumière par M. Garnier.

L'explication que nous cherchions nous fut en réalité fournie d'abord par le traitement thyroïdien appliqué à des enfants, car, sous son influence, nous voyions, non seulement s'améliorer les petits signes (anorexie, frilosité, constipation, petitesse de taille, etc.) du tempérament hypothyroïdien, mais aussi les symptômes d'excitabilité nerveuse (fébrilité, nervosisme, cauchemars) qui se rattachent à l'hyperthyroïdie et que le traitement thyroïdien, manié différemment, aurait pu exagérer ou faire apparaître. Si le traitement thyroïdien supprimait non seulement les signes d'hypothyroïdie, mais aussi les signes d'hyperthyroïdie, une seule explication était possible, c'est que, dans ces cas, l'hyperthyroïdie était liée à l'hypothyroïdie, qu'elle était une réaction à celle-ci et qu'en faisant disparaître l'état provocateur de la réaction, on supprimait du même coup la réaction. Nous avons tout d'abord comparé ce déséquilibre, cette instabilité à celle du danseur de corde qui, pour éviter de tomber d'un côté (hypothyroïdie), cherche à se redresser (orthothyroïdie), et souvent tombe alors du côté opposé (hyperthyroïdie). En évitant la première déviation, on supprime la seconde. Nous avons ultérieurement fourni l'interprétation expérimentale et anatomique de cette instabilité, ainsi que sa représentation histo-chimique. Dans les cas extrêmes, l'ablation expérimentale d'une partie de la glande thyroïde donne lieu à un processus d'hyperplasie, qui se retrouve spontanément, lors de la destruction d'une partie de la glande thyroïde. Les zones hyperplasiées donnent lieu à un fonctionnement exagéré et aux signes d'hyperthyroïdie. — Ce qui est lésion peut n'être, d'autre part, que tendance fonctionnelle. On comprend ainsi, étant donné la multiplicité des fonctions thyroïdiennes, qu'un même sujet, un enfant par exemple, soit frileux, constipé, sans appétit et qu'en même temps il ait des batte-

ments de cœur, de l'insomnie, du nervosisme. En régularisant le fonctionnement thyroïdien, on excite certaines fonctions diminuées, on règle certaines fonctions exagérées.

L'analyse des cas révèle une autre particularité. Un même sujet a froid aux pieds et des bouffées de chaleur, est chauve et a des sourcils exubérants, a de la diarrhée ou de la constipation, a des caprices de l'appétit et du caractère. Les symptômes varient parfois successivement. Il y a instabilité dans le temps, qui s'explique par des *oscillations* dans le fonctionnement thyroïdien. Pour ce qui est de l'instabilité homochrone, il faut faire intervenir certaines conditions anatomo-physiologiques *préalables.* Avec une certaine puissance thermique spontanée, la chaleur ne se répartit pas comme elle le devrait normalement. Malgré une certaine action trichogène, les poils n'occupent plus leur lieu d'élection habituel et ont alors un siège ectopique. L'interprétation est fournie par l'emploi thérapeutique du corps thyroïde qui ne réchauffe pas toujours les sujets refroidis, mais leur donne des bouffées de chaleur, qui ne détermine pas une repousse des poils tombés, mais en fait sortir dans des régions à duvet conservé.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, voici notre manière de faire, que nous recommandons, à propos de l'analyse du sujet, chez qui nous soupçonnons un tempérament thyroïdien pathologique. Nous inscrivons, de part et d'autre d'une ligne verticale, les symptômes d'hypo et d'hyperthyroïdie que nous relevons chez eux. En outre, nous recherchons les réactions du fonctionnement thyroïdien aux émotions et aux menstrues, et nous sommes alors en état de répartir les sujets en trois catégories :

Sujets à hyperthyroïdie prédominante ;
Sujets à hypothyroïdie prédominante ;
Hypo-hyperthyroïdiens sans prédominance.

Or la notation des symptômes est extrêmement importante. Car si c'est l'hypothyroïdie qui autorise à utiliser le traitement thyroïdien, c'est l'hyperthyroïdie qui en règle les doses. Et comme nous avons rangé nos sujets en trois catégories, nous avons de même trois doses initiales. Aux premiers nous donnons tout d'abord 5 milligrammes de poudre correspondant à 2 centigrammes et demi de glande fraîche. Aux seconds, 10 centigrammes, correspondant à 50 centigrammes de glande fraîche. Aux derniers 25 milligrammes de poudre correspondant à 12 centigrammes et demi de glande fraîche.

IV

Nous arrivons maintenant à la partie vraiment clinique de la question. Les sujets présentant le tempérament de l'instabilité thyroïdienne viennent, en général, consulter le médecin pour des *accidents* qui évoluent sur le fond de l'instabilité thyroïdienne et qui sont d'habitude rattachés au neuro-arthritisme.

Ce sont : la migraine,
l'asthme,
le rhumatisme chronique,
la goutte,
les dermatoses,
l'entérite mucomembraneuse, etc.

Ce sont aussi certaines auto-infections, certains paroxysmes nerveux.

Or, si l'on examine en fonction thyroïdienne les sujets atteints de ces divers syndromes, il est fréquent de relever chez eux les signes du tempérament de l'instabilité thyroïdienne. On est alors autorisé à leur donner la médication thyroïdienne et, dans un grand nombre de cas, le résultat vient confirmer la justesse du diagnostic.

A. J'insisterai peu sur certaines auto-infections qui évoluent sur un terrain d'instabilité thyroïdienne. Il s'agit souvent d'*angines à répétition.* Nous avons publié, en mai 1906 (1), le cas d'un enfant de quatre ans et demi, atteint pendant sept mois d'amygdalites périodiques et qui fut guéri de ses crises infectieuses, par le traitement thyroïdien. Or, il était lent, flasque, paresseux, ne jouait pas, avait les mains complètement glacées, même dans l'été, était obèse, constipé. Par contre, il se mettait constamment en colère, avait des transpirations répétées, un appétit capricieux. La thyroïdothérapie transforma le tempérament.

B. Pour ce qui est de l'*affolement bulbaire*, nous avons rapporté un cas, dans lequel des crises d'affolement cardio-bulbaire, remontant à deux ans et demi et s'accompagnant d'état émotif persistant, disparurent à la suite de l'ingestion de petites doses de poudre thyroïdienne. Il s'agissait dans ce cas, d'une malade très nerveuse, atteinte de battements de cœur et de palpitations douloureuses, et qui, d'autre part, présentait une constipation opiniâtre (parfois jusqu'à cinq jours sans garde-robe), de gros paquets de varices, des douleurs dans les jambes et dans les bras, et qui ressentit ultérieurement des vertiges avec chute. Ici, c'est la note hyperthyroïdienne qui domine.

C. Pour en revenir aux accidents habituels du neuro-arthritisme, envisageons tout d'abord la *migraine.* La migraine, dite migraine essentielle, affecte des rapports avec l'instabilité thyroïdienne, puisque dans un très grand nombre de cas, que nous évaluons environ à 75 p. 100, la migraine s'améliore ou disparaît, par le traitement thyroïdien. Et en ce qui concerne l'enfant, il résulte d'un travail récent, présenté à l'Académie de médecine (2), que chez lui la migraine est toujours thyroïdienne. Or, si on étudie chez les migraineux le fonctionnement thyroïdien, on relève les deux séries de phénomènes qui correspondent au tempérament hypo et hyperthyroïdien.

Envisageons quelques exemples. Le sujet de neuf ans, qui figure le premier cas de notre mémoire sur la migraine thyroïdienne de l'enfant, a présenté de la précocité intellectuelle. En un an, il disait tous les mots usuels, et à dix-huit mois, il parlait déjà bien.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Hypothyroïdie et angines à répétition, *C. r. de la Soc. de biol.*, juillet 1906, LX, p. 1138.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Migraine thyroïdienne de l'enfant, *Revue d'hyg. et de méd. infant.*, t. X, n° 2, 1911, p. 113.

Actuellement, il est sujet à des crises d'urticaire et a un pouls à 108. Voilà pour le côté hyperthyroïdien. Par contre, il a été singulièrement en retard pour marcher, il n'a fait les premiers pas seul qu'à deux ans révolus. Il est constipé, fatigué, facilement enrhumé, a des douleurs passagères. Le traitement thyroïdien (5 milligrammes de poudre par jour), qui supprime les migraines, fait fonctionner l'intestin, enlève la fatigue, atténue l'urticaire; l'enfant va aussi bien que possible.

La malade, dont nous avons publié le cas, comme premier spécimen d'instabilité thyroïdienne (1), est une personne de quarante-cinq ans, qui était venue nous consulter pour du *rhumatisme chronique partiel de la hanche et des genoux* et chez qui survenaient, en général, une ou deux fois par mois, des *migraines* nécessitant le séjour au lit et provoquant des vomissements. En étudiant le tempérament de la malade en fonction thyroïdienne, on relevait d'une part : la frilosité, surtout marquée à l'abdomen et aux genoux, et s'accompagnant l'hiver de frissons; la céphalée au réveil, une légère constipation, le besoin de sommeil, une obésité modérée, la chute précoce des dents, la fragilité des ongles, les rhumes faciles, tous signes d'hypothyroïdie. On reconnaît d'autre part chez elle l'éclat brillant des yeux; elle se plaint de chaleurs incommodes, elle est nerveuse, toujours contrariée, coléreuse, sursautant au moindre bruit. Sous l'influence de 83 cachets de 10 centigrammes de poudre thyroïdienne, la température se régla, elle eut une chaleur constante, agréable, ni chaud, ni froid, l'intestin devint régulier, l'appétit plus égal, la céphalée disparut, elle maigrit de 5 livres, elle devint moins nerveuse, son caractère s'uniformisa. En même temps qu'elle guérit de son rhumatisme, ses migraines s'espacèrent considérablement.

Nous avons été consulté, il y a quelques jours, par une jeune femme de vingt-huit ans, se plaignant de *migraine*, chez qui on relève le refroidissement des extrémités, même pendant l'été, qui a peu d'appétit, est de tempérament constipé, présente de la somnolence après les repas, de la fatigue le matin au réveil, a de la rachialgie, offre un œdème très marqué des paupières, ses cheveux blanchissent depuis un an et demi. A côté de tous ces symptômes, il faut noter qu'elle est très nerveuse, émotive, pleure facilement, son pouls est à 96, elle a eu fréquemment de l'urticaire dans la puberté. Fait intéressant : il lui a semblé qu'elle avait un goitre, en réalité elle a un cou un peu fort, surtout à droite.

D. L'*asthme*, dont les rapports avec l'instabilité thyroïdienne ont été mis en lumière dans un mémoire que nous avons déposé à l'Académie, est souvent transformé ou guéri par la médication thyroïdienne. L'analyse des sujets fait reconnaître chez eux les signes du tempérament hypo et hyperthyroïdien. En voici un exemple :

Chez une malade atteinte d'asthme depuis douze années, avec crises se prolongeant jusqu'à deux jours et demi, survenant de 2 à 3 fois par mois et n'étant pas restée plus de trois mois sans éclater, le traitement thyroïdien eut une action immédiate, plus continue, sur l'oppression. Depuis plus de trois ans la malade n'a plus éprouvé de crises. Or, en analysant son tempérament, on relevait en faveur de l'hypothyroïdie, de la frilosité, de la cyanose des extrémités, de la chute des cheveux, le signe du sourcil, le gonflement sous-palpébral. Ces deux signes sont très visibles sur la photographie de la malade. Elle présentait comme signe d'hyperthyroïdie, une légère exophtalmie, un pouls fréquent (96), du nervosisme.

E. Le *rhumatisme chronique* est souvent thyroïdien, même en ce qui concerne les formes les plus graves de rhumatisme déformant progressif. Nous avons eu la bonne fortune d'améliorer et même de guérir un grand nombre de sujets, en proie à cette affection, et nous nous réjouissons de 13 guérisons, tout au moins cliniques. Pour fixer les idées, un malade de soixante-quatre ans, incurable de l'hospice d'Ivry, a été pris, douze années avant le début du traitement, de rhumatisme musculaire et articulaire généralisé avec tendance progressive, ayant entraîné l'alitement absolu depuis cinq années. Après trois mois de traitement, il commence à s'asseoir, bien que difficilement, dans son lit; il s'assied plus commodément au bout de neuf mois, a pu être photographié debout après vingt mois de traitement; actuellement il peut sortir de l'hospice et a pris le tramway. Chez lui, comme chez les autres rhumatisants guéris, on retrouve le tempérament thyroïdien. C'est d'ailleurs par l'intermédiaire du tempérament qu'agit la médication.

F. Les *dermatoses*, l'*entérite muco-membraneuse*, etc. se rattachent de même, dans nombre de circonstances, à l'instabilité thyroïdienne, et le traitement thyroïdien, agissant sur le tempérament, fait disparaître les réactions cutanées ou intestinales.

Sans nous étendre sur ces résultats qu'on trouvera exposés dans nos deux volumes d'« Etudes sur la physiopathologie de la glande thyroïde » (1), nous voulons montrer comment les divers syndromes du neuro-arthritisme se rattachent à l'instabilité thyroïdienne.

V

Mécanisme thyroïdien des syndromes du neuro-arthritisme. — Prenons l'asthme comme exemple, et voyons la part qui revient à la glande thyroïde dans la production de l'asthme. On peut considérer l'asthme comme un acte réflexe pathologique (2) dont la voie centrifuge, qui emprunte la branche pneumique du nerf pneumo-gastrique, correspond à l'accès d'asthme lui-même, dans ses manifestations de dyspnée spasmodique et de troubles vaso-sécré-

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Un cas d'instabilité thyroïdienne (neuro-arthritisme thyroïdien). *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3e s., XXIV, 1908, p. 473.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. *Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, LXIX, 366 pages, O. Doin, 1908. — *Nouvelles études sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines*. LXIV, 558 pages, O. Doin et fils, 1911.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild Asthme endocritique, in *Nouvelles études sur la physiopathologie du corps thyroïde*, etc., p. 324.

toires. Le centre asthmatogène de cet acte réflexe est la partie respiratoire du noyau du pneumo-gastrique, au niveau du quatrième ventricule. Ce centre est influencé par les maladies infectieuses, les intoxications, les viscéropathies, en particulier de l'appareil aérien. Toutes ces causes créent un milieu humoral vicié, dans lequel baignent les cellules du noyau du pneumo-gastrique, qui n'attend qu'une cause provocatrice pour se révolter. Ajoutons, que le noyau est souvent prédisposé par l'hérédité et ébranlé par les émotions. Sur la voie centripète, il faut interposer le corps thyroïde, qui, tout en étant influencé par les infections, les intoxications, les viscéropathies, contribue à l'état humoral et exerce son action sur le système nerveux, en particulier sur le centre pneumique.

Si l'on remplace le noyau de l'asthme par le nœud de la migraine (adaptation pathologique d'une partie du noyau du trijumeau sur le plancher du quatrième ventricule) ou par le plexus solaire, le même schéma s'appliquera à la migraine et à l'entérite muco-membraneuse.

On voit ainsi l'action du corps thyroïde sur l'asthme. Mais cette action n'est pas exclusive. L'action nerveuse, toxique, réflexe, circulatoire, en quantité différente, se retrouve dans chaque cas. En ce qui concerne le corps thyroïde, l'analyse des syndromes eux-mêmes montre que c'est à l'*instabilité thyroïdienne* qu'ils se rattachent et que leur allure maxima et paroxystique est due à l'hyperthyroïdie réactionnelle, qui prend une part importante à la constitution du complexus. Et c'est ce qui différencie la céphalée, l'oppression, les douleurs — phénomènes atténués, désagrégés, mais continus — qu'on trouve dans l'hypothyroïdie simple des syndromes de migraine, rhumatisme et asthme, qui sont maximi, agrégés, mais paroxystiques, qui font partie de l'instabilité thyroïdienne, du neuro arthritisme. En voici l'explication.

Dans le cas de myxœdème, l'insuffisance thyroïdienne est complète et n'entraîne pas de réaction de défense. Les symptômes sont continus. Dans les accidents du neuro-arthritisme, l'insuffisance thyroïdienne est légère et provoque des réactions exagérées d'hyperthyroïdie, et ceci d'autant plus que le sujet est plus jeune et nerveux. Et alors se constituent des syndromes à caractère paroxystique qui, par leur intensité, laissent s'établir une période intercalaire, pendant laquelle se prépare la décharge explosive. L'intensité du syndrome entraîne l'association au syndrome principal de symptômes réactionnels de voisinage.

Telle est la conception la plus générale de ces syndromes, qui sont comme une mise en action de l'instabilité thyroïdienne.

Celle-ci se manifeste encore par l'*inégalité de volume* de la glande thyroïde avec hypertrophie partielle, qui est la signature, au niveau de la glande thyroïde, de l'instabilité thyroïdienne.

L'hypertrophie peut aller jusqu'aux petits *goitres*. Ce n'est là qu'une réaction. On retrouve ces petits goitres, chez des sujets en état d'instabilité thyroïdienne; aussi en rapprochant l'hypertrophie thyroïdienne de certains symptômes d'hyperthyroïdie peut-on faire le diagnostic injustifié de la maladie de Basedow. C'est ce qui se produit fréquemment... Des malades viennent consulter pour un goitre exophtalmique. Or, l'analyse montre côte à côte des signes d'hypo et d'hyperthyroïdie qu'on peut espérer régler par le traitement thyroïdien, en même temps que le goitre disparaîtra. Mais, dans ces cas, il ne faut pas employer de fortes doses de corps thyroïde, car on pourrait, en exagérant l'hyperthyroïdie, transformer un goitre simple en goitre exophtalmique.

VI

Tempéraments endocritiques complexes. — A côté du tempérament thyroïdien, il faut ranger certains tempéraments plus complexes.

Il est facile de comprendre que, les glandes à sécrétion interne commandant un système (système endocrine) qui cherche toujours à bien fonctionner, il s'établit, lors des troubles d'une glande, des compensations plus ou moins excessives du côté d'autres glandes, pouvant donner lieu à de nouveaux syndromes. Parfois le tempérament est la conséquence de l'association, dans un sens déterminé, d'autres instabilités à l'instabilité thyroïdienne. Les aspects nouveaux sont éminemment multiples : on peut les répartir en quelques catégories : tempérament thyro-ovarien, tempérament thyro-ovaro-surrénalien, thyro-ovaro-hypophysaire. Toutes ces combinaisons sont possibles et dépendent des relations plus ou moins étroites qui existent habituellement, sous l'influence de causes particulières, entre le corps thyroïde et les autres glandes endocrines.

Un certain tempérament complexe peut être encore le résultat des connexions étroites qui existent entre le fonctionnement de la glande thyroïde et celui du foie (1), et il y aurait intérêt à bien préciser les caractères du tempérament thyro-biliaire, soit que le fonctionnement imparfait de l'appareil cholagogue retentisse sur le corps thyroïde, soit que le corps thyroïde commande le fonctionnement hépatique. Ces tempéraments plus complexes conduisent à une thérapeutique associée elle-même, dans laquelle interviennent souvent plusieurs glandes endocrines, mais qui comporte toujours, en partie, le traitement thyroïdien.

ANALYSES

MÉDECINE

La pathogénie de la goutte et les travaux récents sur le métabolisme des nucléo-protéides. (Linossier. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, mai 1911.) — Quel est l'état actuel de la question de l'origine de l'acide urique chez l'homme sain? Dans une première période, l'acide urique est considéré comme un produit intermédiaire du métabolisme de toutes les matières albuminoïdes sans distinction. Puis il apparaît surtout comme un produit de dégradation de la substance nucléaire. Les travaux récents font figurer sur-

(1) Léopold-Lévi. Corps thyroïde et foie, *Paris-Médical*, n° 35, 29 juillet 1911, p. 195.

tout comme origine de l'acide urique, à côté des nucléo-protéides, les purines, l'hypoxanthine des muscles par exemple.

La présence en excès dans l'urine de l'acide urique apparaît comme le témoin d'une diminution de l'uricolyse normale; ainsi il existerait normalement, d'après Ascoli, un certain équilibre entre un processus destructeur uricolyse, et un processus inverse de reconstitution aux dépens des produits de l'uricolyse.

Pour d'autres auteurs enfin, la synthèse de l'acide urique peut se faire non seulement aux dépens des produits de l'uricolyse, mais aux dépens d'*acides aminés*, provenant de la destruction de matières organiques autres que les nucléines.

Restent à préciser les relations qui rattachent aux troubles de ce métabolisme les symptômes de la goutte; on a successivement invoqué le rôle de l'urate de soude, puis de l'acide urique, etc., la conclusion fort originale de l'auteur, à ce propos, est à rapporter textuellement : « Dans l'impossibilité de démontrer dans l'organisme des goutteux l'existence d'une substance vraiment toxique, et pour ne pas abandonner l'idée séduisante d'une intoxication, on peut se demander s'il ne s'agirait pas en somme d'une substance très peu toxique, s'il n'existerait pas dans l'organisme goutteux une prédisposition à l'intoxication, soit par suite d'une *hypersensibilité*, sorte d'*anaphylaxie* à cette substance, soit par suite d'une *infériorité des organes*, normalement appelés à lutter contre les poisons (*foie et glandes vasculaires sanguines*).

L. BABONNEIX.

La galactorrhée dans l'asymétrie des seins chez les nourrices. (VARIOT. *La Clinique infantile*, 1er juin 1911.) — La galactorrhée dans l'asymétrie des seins présente le fait paradoxal assez intéressant, qu'elle est *prédominante*, habituellement dans le sein le *moins développé*. Comment expliquer cette anomalie? Il est vraisemblable que la galactorrhée, dans ces circonstances spéciales, tient à une atonie des fibres musculaires du mamelon, qui jouent le rôle de sphincter pour les orifices des canaux galactophores. Quoi qu'il en soit on ne peut faire intervenir pour expliquer ce phénomène une contraction active des voies galactophores, car elles sont tout à fait dépourvues de fibres musculaires et ne contiennent dans leur paroi que du tissu conjonctif et élastique.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

La conception moderne de la chorée. (HUTINEL. *Pédiatrie pratique*, 15 mai 1911.) — Autrefois considérée comme une *névrose*, la chorée tend de plus en plus à être considérée comme le résultat d'une *infection*. L'infection qui produit la chorée détermine souvent en même temps des arthropathies et des cardiopathies, et d'ailleurs l'on retrouve fréquemment au cours de la chorée l'existence de signes révélateurs indiscutables d'une affection organique (signe de Babinski, signe de Grasset, signe d'Oppenheim, signe de Strümpell). La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, la constatation fréquente de phénomènes méningés coexistant avec cette affection, permettent encore de séparer la chorée de Sydenham du domaine chaque jour plus restreint des névroses; elle apparaît en dernière analyse, comme une réaction aux infections aiguës des centres encéphaliques.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Sur les calculs bactériens du bassinet et sur le traitement de la néphrite aiguë suppurée. (A. NEUMANN. *Deut. med. Woch.*, 10 août 1911, n° 32, p. 1473.) — Une femme de vingt-six ans présenta à deux reprises différentes des douleurs dans le flanc droit et de la fièvre. L'examen montra une tuméfaction du rein droit et des urines purulentes. La néphrotomie montra un rein intact, mais les calices du bassinet remplis de pus et de concrétions ressemblant à des calculs biliaires, de couleur jaune grisâtre, lisses, arrondies ou tétraédriques avec angles arrondis, d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une cerise; leur consistance était molle et élastique. Le rein fut suturé, drainé, et la guérison survint sans encombre.

Les concrétions trouvées dans le bassinet n'étaient pas, comme Neumann l'avait cru d'abord, constituées par de la fibrine, comme celles décrites par Peipers, Morawitz et Adrian, Gage et Beal, Schade.

L'examen montra qu'elles étaient constituées uniquement par des couches pressées de colibacilles, sans adjonction d'aucun autre élément.

Dans trois cas antérieurs seulement dus à Schmorl et à Jores, des concrétions identiques ont été trouvées. Il n'est pas douteux qu'il existe une relation entre la formation de ces calculs bactériens et la bactériurie, c'est-à-dire ce phénomène qui consiste dans la présence d'une grande masse de bactéries qui sont presque toujours du colibacille, dans les urines de sujets indemnes de toute affection du rein et des voies urinaires.

Mais si la bactériurie peut être supportée presque indéfiniment sans dommage, il est des cas où elle provoque pourtant l'inflammation et la suppuration de l'appareil urinaire.

Il en fut ainsi chez la malade de Neumann. Quatre semaines après la néphrotomie du rein droit, cette femme présenta brusquement des symptômes douloureux du côté du rein gauche avec tuméfaction de l'organe et fièvre, et si mauvais état général que l'intervention fut pratiquée du côté gauche : le rein se montra criblé d'abcès miliaires; aussi fut-il enlevé. La guérison survint rapidement, la suppuration rénale étant restée unilatérale.

Neumann a eu la curiosité de rechercher dans les observations et les protocoles d'autopsie de l'hôpital de Friedrichsham, à Berlin, dont il est chirurgien, quelle était la fréquence des suppurations miliaires unilatérales du rein, sans calculs et sans grandes pyonéphroses. Il a relevé 142 cas de suppurations miliaires dont 93 urogènes et 49 hématogènes. La néphrite suppurée était unilatérale dans 15 cas urogènes, soit dans 16 p. 100 des cas, et dans 2 cas hématogènes, soit dans 4 p. 100 des cas.

Sur les 142 cas de néphrite suppurée, 45 seulement étaient des cas aigus, et sur ces 45, 6 d'origine urogène, 39 d'origine hématogène. Or, dans ces 45 cas aigus, les lésions étaient bilatérales et dans aucune de ces observations il n'y a eu de symptômes unilatéraux. Les anatomopathologistes ont donc raison de dire que, d'après les autopsies, la néphrite aiguë suppurée est toujours bilatérale.

L'observation rapportée par Neumann montre que, pour le clinicien, il n'en est pas toujours ainsi et qu'il peut exister, bien que rarement, des suppurations miliaires du rein unilatérales, justiciables de la néphrectomie. Indépendamment de cette dernière observation, Neumann en rapporte trois autres qui lui sont personnelles, toutes trois caractérisées par des douleurs unilatérales, une tuméfaction d'un seul rein, de la pyurie, de la fièvre, et toutes trois terminées par la guérison après ablation du rein criblé d'abcès miliaires.

A. LEMIERRE.

L'ascite au cours de la fièvre typhoïde. (Alexander MAC PHEDRAN. *The Cleveland medical journal*, vol. X, juin 1911, n° 6, p. 501-507.) — Dans un article antérieur (*American j. of med. sc.*, novembre 1908), l'auteur avait rapporté six observations d'ascite au cours de la fièvre typhoïde. Il a eu l'occasion d'en voir de nouveaux cas depuis, dont deux ont été vérifiés au cours d'interventions pour perforations.

La présence de liquide avait été notée avant la perforation et on trouva un liquide séreux, clair, peu abondant. L'auteur n'a observé cette ascite que dans des cas graves de fièvre typhoïde, bien qu'aucun d'eux ne se soit terminé par la mort.

Il s'agit de réaction péritonéale autour d'ulcères profonds

se traduisant par de l'exsudat inflammatoire sur le péritoine. La quantité de liquide est toujours minime ; à ce propos l'auteur discute longuement les symptômes et le diagnostic des petits épanchements péritonéaux et montre pourquoi ils passent si souvent inaperçus. M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Responsabilité pénale et folie (1), par MM. P. DUBUISSON et A. VIGOUROUX.

Nombreuses sont les théories édifiées sur la responsabilité et la pénalité par les philosophes, les juristes et les médecins. Presque toutes ne sont que l'application et le développement d'une idée directrice spiritualiste ou matérialiste. Les auteurs de ce livre, adeptes convaincus du positivisme, ont tenté de baser sur la doctrine d'Auguste Comte une conception nouvelle des rapports de la responsabilité et de la pénalité avec l'aliénation mentale.

Le problème que pose une expertise de psychiatrie médico-légale, écrivent-ils, n'est pas une question de responsabilité morale, mais bien de responsabilité sociale ou pénale. Ce que le magistrat doit demander au médecin c'est, non d'exposer l'équation morale du sujet, mais de dire si cet individu est ou non punissable, c'est-à-dire s'il est ou non susceptible d'être intimidé ou amendé par l'application stricte des moyens répressifs prévus par le Code pénal. Seul l'aliéniste peut répondre à cette question, car elle est d'ordre exclusivement médical : elle exige un diagnostic positif de l'état de folie.

Reste à délimiter l'aliénation. Admettant, avec Auguste Comte, que dans le psychisme, normal et pathologique, l'autorité appartient au sentiment, on peut dire qu'il y a folie toutes les fois que les troubles des sentiments ou des instincts sont tels qu'ils entraînent des désordres de l'intelligence et de l'activité.

Successivement, MM. Dubuisson et Vigouroux étudient, en autant de chapitres, les diverses formes de folie : par insuffisance cérébrale congénitale ou acquise, par déséquilibration constitutionnelle, par intoxication exogène, auto-intoxication, infection ou névroses. Toutes leurs descriptions sont basées sur des observations et des expertises du plus haut intérêt.

Ce livre est le fruit d'une expérience médico-légale du docteur Dubuisson durant plus de vingt ans, puis d'une collaboration étroite avec l'un de ses meilleurs élèves, dans une communauté intime de vues philosophiques. Sa lecture est recommandable aux médecins, aux juristes et aux magistrats ainsi qu'à tous ceux que doivent intéresser les questions de morale ou de défense sociale. P. CAMUS.

La Tuberculose par arthritisme; étude clinique, traitement rationnel et pratique (2), par le docteur P. CARTON, médecin adjoint du sanatorium de Brévannes.

L'auteur va s'efforcer de démontrer le rôle néfaste de la mauvaise alimentation dans la pathogénie de la tuberculose. « La façon la plus habituelle d'affaiblir son terrain et de verser dans la tuberculose, c'est de se livrer à des voies de fait sur son foie et sur son estomac, par une alimentation vicieuse ou surabondante, en un mot, c'est en se rendant *arthritique* que l'on devient *tuberculeux*. » L'arthritisme est une diathèse hyperacide à la fois *décalcifiante* et *infectante*, engendrée presque exclusivement par l'alimentation excessive ou vicieuse, et qui favorise au plus haut degré l'infection tuberculeuse. Il faut surtout incriminer dans la production de cet arthritisme, l'usage de l'alcool, l'abus de la viande, l'abus du sucre concentré artificiellement. Aussi convient-il de traiter les tuberculeux autrement que par la suralimentation mal comprise, qui exagère encore cette tendance à l'arthritisme et qui loin de s'opposer aux progrès du bacille de Koch, en favorise au contraire le développement, en affaiblissant l'organisme.

Aussi, au lieu de prescrire aux tuberculeux le régime carné à outrance, l'auteur insiste-t-il sur les heureux effets du régime *ovo-lacto-végétarien*, combiné aux agents physiques, aération, cure solaire, etc.

Ce livre, très original dans sa conception comme dans sa forme, contient une excellente étude des principaux signes de l'arthritisme, et renferme d'utiles renseignements en ce qui concerne une diététique raisonnée de la ration alimentaire du tuberculeux.

Il n'y a pas, dans ce volume, de considérations théoriques, mais seulement l'exposé de faits d'observation minutieusement recueillis par l'auteur dans son service de Brévannes, ce qui en augmente singulièrement l'intérêt pour le praticien. L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 482 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

(2) Paris, Maloine.

Les Localisations cérébrales (1), esquisse médicale et psychologique, par le docteur Jean FERRAND.

La doctrine des localisations cérébrales n'a pas apporté jusqu'ici toutes les certitudes et toutes les précisions qu'elle avait un instant semblé devoir donner rapidement; la théorie psychologique associationniste, fondée sur elle, a été attaquée dans certaines de ces propositions les plus risquées. L'auteur en conclut vite que toute la doctrine a fait faillite, aussi bien au point de vue de l'anatomo-physiologie qu'à celui de la psychologie. Parce que des résultats ont été erronés, il pense même que l'idée directrice des recherches sur les localisations est fausse; toute l'erreur, pour lui, viendrait d'une préoccupation constante de servir une cause de philosophie matérialiste dont les conséquences morales désastreuses seraient la négation du libre arbitre et de la responsabilité humaine.

Mais si des critiques se sont élevées depuis quelques années contre des déductions hâtives, si des faits nouveaux sont venus protester contre des délimitations corticales que l'étude de cas trop peu nombreux n'établissait pas d'une façon péremptoire, tout particulièrement, à la suite de Pierre Marie, en ce qui concerne les centres du langage, s'ensuit-il pour cela que tout soit à reviser dans l'anatomo-physiologie de la corticalité des hémisphères et que rien ne subsiste de la topographie basée sur les faits accumulés pendant tout le cours du siècle dernier! Faut-il y voir « la condamnation de la théorie des images et de la doctrine des associationnistes, en même temps qu'un triomphe pour la vieille philosophie spiritualiste » ? Il nous semble permis d'en douter.

Mais bien que nous ne puissions accepter dans leur intégralité les vues de l'auteur, nous avons plaisir à signaler la manière captivante avec laquelle le docteur Jean Ferrand expose ses critiques et utilise sa science neurologique pour justifier ses conclusions.

Ce petit livre, en même temps qu'un exposé de l'histoire des localisations cérébrales depuis Bouillaud et Broca, est une esquisse médico-psychologique dont la lecture intéresse aussi bien les philosophes que les médecins et les neurologistes. P. CAMUS.

(1) In-8 de 83 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — MARDI 12 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 12 SEPTEMBRE 1911. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alglave, Sauvage, Monthus, Pagniez, Comte et Ribadeau-Dumas (qui acceptent); Grégoire et Desmarest (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

MARINE. — M. le médecin en chef de deuxième classe Plagneux (L.-E.-G.), du port de Cherbourg, désigné pour embarquer comme médecin de la deuxième division légère (*Journal officiel* du 30 août 1911), sera considéré comme embarqué au choix du contre-amiral commandant cette division.

CONGRÈS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Ce Congrès, placé sous le haut patronage de MM. Fallières et Loubet, sera tenu à Paris en 1913. Les présidents d'honneur sont :

MM. Bourgeois, sénateur, ancien président du Conseil; le docteur Chantemesse, professeur à la Faculté de médecine, inspecteur général de l'hygiène, membre de l'Académie de médecine; Hébrard de Villeneuve, conseiller d'Etat, président de l'Académie des sports; le docteur Lachaud, député; le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut; Mérillon, avocat général à la Cour de cassation, président de l'Union des sociétés de tir; Ribot, sénateur, ancien président du Conseil, membre de l'Institut; le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut; Siegfried, député, ancien ministre.

Le Congrès de l'éducation physique comprendra six sections :

1° *Physiologie des exercices physiques.* — Président : M. le docteur Paul Richer, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

2° *Cinésithérapie.* — Président : M. le docteur Lucas Championnière, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

3° *Education physique scolaire.* — Président : M. le docteur Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

4° *Préparation militaire et gymnastique militaire.* — Président : M. le docteur Chapuis, sénateur de Meurthe-et-Moselle.

5° *Jeux et sports.* — Président : M. le président du Comité national des sports pour 1913.

6° *Tourisme et alpinisme.* — Président : M. Ballif, président du Touring-Club de France.

PRÉSERVATION DES FOURRURES ET DES VÊTEMENTS DE LAINE. — M. le professeur G. Guérin, de l'Ecole de pharmacie de Nancy, recommande le thymol pulvérisé comme étant le meilleur agent préservateur des fourrures et des lainages contre les mites.

Il suffit de saupoudrer largement de thymol les objets à conserver et de les envelopper ensuite de papier ou de les enfermer dans des caisses étanches.

Le thymol qui est, chacun le sait, un antiseptique puissant, possède en outre l'avantage de désodoriser les vêtements qui ont été longtemps portés, et d'arrêter sur eux les fermentations putrides.

G. L. H.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard Touchet (de Paris).

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — MM. Collinet, Rabé et Blanluet, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 19 septembre 1911, à l'amphithéâtre Cruveilhier (école pratique de la Faculté, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), une série de dix-huit leçons, avec présentation de malades.

Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche), à trois heures.

Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Programme du cours. — 1° Technique des examens en oto-rhino-laryngologie et trachéo-bronchoscopie; 2° affections et chirurgie des amygdales; 3° tuberculose du larynx; 4° tumeurs bénignes et malignes; 5° corps étrangers du larynx et de la trachée; 6° névroses du larynx; 7° rhinites hypertrophique et atrophique (ozène); 8° malformations de la cloison; 9° épistaxis; 10° syphilis du nez; 11° tumeurs bénignes et

malignes des fosses nasales; 12° végétations adénoïdes; 13° sinusites et ethmoïdites; 14° affections de l'oreille externe, corps étrangers; 15° maladies de la trompe d'Eustache, cathétérisme; 16° infections de l'oreille moyenne, complications; 17° sclérose tympano-labyrinthique; 18° vertiges optiques, maladie de Ménière, infections du labyrinthe.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Trains spéciaux, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide, « Paris-Turin », les 15 et 22 septembre 1911. Réduction : 70 p. 100.

Prix (aller et retour) : 1re classe, 57 francs; 2e classe, 39 francs; 3e classe, 26 francs.

Départ de Paris : 2 h. 40 soir; arrivée à Turin : 8 h. 55 matin.

Le retour pourra s'effectuer, au gré des voyageurs, dans un délai de vingt jours.

Les billets sont délivrés du 1er au 14 septembre, à midi, pour le train spécial du 15 septembre ; du 8 au 21 septembre, à midi, pour le train spécial du 22 septembre.

— *Train de chasseurs entre Paris et Gien.* — La Compagnie rappelle aux chasseurs que, pour faciliter leurs déplacements dans les régions du Gâtinais, de la Puisaye et de la Sologne, elle met en marche, depuis le 26 août 1911, un train express (1re classe et wagon-restaurant) qui circule pendant la durée de la chasse, les samedis et veilles de fêtes, de Paris à Gien, les dimanches et fêtes, de Gien à Paris.

Paris, départ : 7 h. 35 soir ; Gien, arrivée : 10 h. 15 soir.
Gien, départ : 7 h. 29 soir; Paris, arrivée : 10 h. soir.

Ce train ne prend pas de bagages enregistrés.

— *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Un train spécial, à prix réduits, sera mis en marche, dimanche 17 septembre, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 francs; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 25 du matin. Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 40 du matin. Arrivée à Moret à 8 h. 57 du matin.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité.

Franchise de 30 kilos de bagages par place.

Les billets sont délivrés à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux de ville de la Compagnie et agences de voyages.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

M. J. D'AIGUILLON-HENRI. Hypothèse sur le corps humain considéré comme récepteur et transformateur d'énergie. — M. A. MAURIN. Technique opératoire nouvelle pour l'extirpation des tumeurs de la glande parotide. — Mme H. ROUVIÈRE, née REVERDY. Contribution à l'étude du développement de l'antre mastoïdien et des cellules mastoïdiennes chez l'homme. — M. P. ALLANCHE. Urétrite non gonococcique microbienne et primitive. — M. A. PONS. Les origines de l'embaumement et l'Egypte prédynastique. — M. C. PAPPAS. La vision colorée chez les peintres. — M. F. ROUANET. La pneumonie des vieillards (évolution, pronostic, diagnostic et traitement). — M. L. FAUCHER. Contribution à l'étude du rêve morphinique et de la morphinomanie. — M. T. FERANDOU. De la séméiologie de la langue. — M. M. RICHARD. Le tétanos dans la pratique des accidents du travail. — M. M. BERTRAND. Contribution à l'étude du fibrome de la paroi abdominale. — M. J. CAMBON. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon. Diagnostic et traitement. — M. A. GLEIZE. La méthode du « goutte à goutte » dans l'anesthésie par l'éther. — M. J. COIGNAT. Contribution à l'étude des effets de la dentition. Troubles gastro-intestinaux par mastication incomplète au cours de la seconde enfance. — M. A. BERNARD. Contribution à l'étude de l'hygiène sociale. La baisse de la natalité française. — M. J. FABRE. Les lésions des ovaires dans les fibromyomes utérins. — M. A. MAILLARD. Des néoplasies glandulaires à évolution épidermoïde. — M. G. AYMÈS. Diabète et troubles mentaux. Revue critique. — M. E. GACHON. Contribution à l'étude de la maladie de Werlhof chez l'enfant. — M. J.-L. NEYRON. Contribution à l'étude du traitement des plaies atones et ulcères par la douche d'air chaud à faible température. — M. J. POUGET. Sur un cas de fibrome pur de l'ovaire avec intégrité partielle de cet organe. — M. G. AILLAUD. De la torsion chronique du pédicule de la rate mobile. — M. A. DURAND. Pathogénie des hémiœdèmes chez les hémiplégiques. — M. L. POIRIER. La maladie de Dercum (Revue générale et étude critique). — M. L. CHAUVIN. Le typhus exanthématique en Algérie. Le traitement par les abcès de fixation. — M. E. GOURDON. Contribution à l'étude du scalp. — M. L. RELU. La syphilis et la réglementation de la prostitution. — M. G. ORHAN. De l'acromégalie. Revue générale et étude critique. — M PARREL. L'opération césarienne conservatrice. Revue critique des nouvelles méthodes. — M. A. DEHAN. Œuvre des Enfants à la montagne de la Caisse des écoles de la ville de Lyon. — M. A. GONY. Sur un cas de parotidite suppurée au cours de la fièvre typhoïde. — M. G. TARLÉ. A propos de l'hygiène du paysan en Bretagne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de la deuxième conférence internationale pour l'étude du cancer, tenue à Paris du 1er au 5 octobre 1910, publiés sous la direction de M. le professeur Pierre DELBET, secrétaire général et M. le docteur R. LEDOUX-LEBARD, secrétaire de l'Association française pour l'étude du cancer. In-8. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Traité de Thérapeutique, par A. MANQUAT, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8 de 612 pages. — Prix broché : 10 francs; relié maroquin souple : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Homicide en pathologie mentale (Etude clinique et médico-légale), par le docteur D. VLADOFF, médecin de l'hôpital Alexandre Ier (Sofia), docteur en médecine de la Faculté de Lyon, médecin-légiste de l'Université de Paris, lauréat de l'Académie de médecine de Paris. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix Civrieux 1908). Préface du docteur LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard. In-8. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

Leçons de clinique médicale (Saint-Antoine, 1909-1910), par R. GOUGET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. In-8 de VIII-374 pages, avec 20 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Responsabilité pénale et folie. Etude médico-légale, par P. DUBUISSON, médecin de l'asile Sainte-Anne et A. VIGOUROUX, médecin de l'asile de Vaucluse. Préface de M. le professeur LACASSAGNE, correspondant de l'Institut. In-8. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

L'Education sociale des races noires, par le lieutenant ROECKEL, de l'infanterie coloniale. In-18 de l'encyclopédie d'assistance sociale et de démographie. — Prix relié toile : 3 fr. 50. — Paris, V. Giard et E. Brière.

FAITS CLINIQUES

A PROPOS DE QUATRE LAPAROTOMIES

Par M. LOP (de Marseille).

FIBROME DE L'OVAIRE

Torsion du pédicule. — Laparotomie. — Guérison.

I

Le fibrome de l'ovaire est assez rare, de plus l'évolution clinique de cette tumeur, chez ma malade, le syndrome aigu qu'elle a simulé, rappelant à s'y méprendre celui d'un pyo-salpinx sont autant de raisons qui m'ont engagé à publier cette observation.

Mme X..., vingt-six ans, réglée à dix-sept ans, trois grossesses, la première à terme, terminée par un accouchement laborieux (forceps), il y a quatre ans, mais dont les suites ont été absolument normales. Deux fausses couches de trois mois environ, sans aucune suite et n'ayant pas réclamé mon intervention.

Mme X.. est d'apparence robuste, c'est une grande et belle jeune femme.

Depuis un an environ elle est moins bien réglée, quant à l'abondance et à la durée de l'écoulement menstruel, elle souffre des reins surtout en marchant, elle éprouve une sensation de poids dans le vagin et reste difficilement assise.

A part ces modifications pour lesquelles je n'ai jamais été consulté, Mme X... a continué à vaquer à ses occupations, à sortir jusqu'au 15 juillet où prise de frissons violents avec vomissements elle est obligée de s'aliter et de faire appeler le médecin de son quartier, le docteur Borries.

Ce confrère ayant diagnostiqué un phlegmon du ligament large et parlé d'une opération on me fit appeler.

II

Le 20 juillet, j'examinai Mme X... : elle avait de la fièvre 39°3, le pouls à 110, le facies légèrement tiré, la langue sèche, rouge. L'abdomen était douloureux, le moindre attouchement déterminait une défense musculaire extrême.

Toute la région, surtout à droite, était extrêmement douloureuse, on sentait une rénitence, un plastron s'étendant de la symphyse pubienne à la fosse iliaque droite. Par le toucher, je trouvai les culs-de-sac très effacés avec un Douglas saillant comme le poing.

La malade accusait du ténesme vésical et rectal et de très vives douleurs dans la région périnéale.

Le diagnostic de collection pelvienne aiguë paraissait indiscutable au point de vue clinique, il s'agissait d'en discuter la cause et le traitement à y opposer.

L'état général était assez précaire il n'y avait pas eu de selles depuis deux ou trois jours et les urines étaient peu abondantes.

Je prescrivis un traitement approprié aux symptômes.

Dès le quatrième jour la température revint à la normale, mais le pouls demeurait fréquent et la langue sèche et rouge.

Des applications de glace avaient fait presque disparaître la douleur et le ténesme rectal, seuls persistaient les signes locaux : le Douglas refoulant l'utérus rendait la miction presque impossible.

Le 25 au soir la malade eut un violent frisson et la température monta à 39°4 ; toute temporisation paraissant inutile, le lendemain je pratiquais une colpotomie.

Cette opération si simple d'habitude fut des plus laborieuses et donna un résultat absolument négatif puisque contrairement à mon opinion, fondée sur les signes locaux et généraux, je tombai sur une volumineuse tumeur solide, prolabée dans le Douglas.

Le volume de cette tumeur était tel qu'il ne fallait pas songer à l'extraire par les voies naturelles et le vagin fut refermé.

Le 30, je pratiquai la laparotomie qui me permit de constater l'absence de toute collection intra-abdominale et la présence d'une volumineuse tumeur de l'ovaire droit, légèrement tordue sur son pédicule, complètement descendue dans le cul-de-sac de Douglas.

L'énucléation de cette tumeur fut assez facile par suite de l'absence de toute adhérence.

L'ovaire du côté opposé était sain ainsi que l'utérus qui ne présentait rien d'anormal si ce n'est une notable augmentation de volume.

Aucun incident opératoire à signaler, trente-cinq minutes après la malade était recouchée dans son lit.

La tumeur enlevée pesait environ 450 grammes, très dure, de coloration feuille morte, elle exhalait une odeur fécaloïde due vraisemblablement au voisinage du rectum sur lequel elle reposait.

La coupe macroscopique démontrait une dégénérescence fibreuse totale de l'organe. Il n'existait aucune des geôles à contenu liquide qui ont été signalées.

L'examen histologique confié au docteur Raybaud, chef des travaux à l'école de Marseille, a permis de constater qu'il s'agissait de tissu fibromateux pur.

III

Les suites opératoires ont été assez mouvementées.

Tout d'abord je crois qu'il aurait mieux valu ne pas fermer complètement la paroi abdominale et drainer étant donnés les phénomènes septiques antérieurs à la première intervention (colpotomie). Celle-ci, malgré tout le soin mis à l'exécuter, n'avait pu qu'augmenter les chances d'infection, bien que la tumeur fût extra-péritonéale et que je n'eusse pas trouvé la moindre suppuration dans le petit bassin.

Le lendemain de l'opération en présence de la température et des phénomènes réactionnels je faisais sauter quelques points de suture et j'introduisais un gros drain dans l'excavation.

A travers l'incision du Douglas, imparfaitement cicatrisée, je plaçais un drain en croix.

La glace est continuée pendant toute une semaine.

Il n'existe aucune suppuration à travers le drain abdominal et l'aspiration n'amène que quelques gouttes d'un liquide louche, sans odeur.

A travers le drain placé dans le Douglas il s'écoule une sérosité abondante, à odeur fécaloïde telle, que je me demande s'il n'y aurait pas une fistule rectale.

Une injection colorée faite au travers du rectum permet de constater son étanchéité absolue.

Néanmoins l'état général est satisfaisant, les forces reviennent graduellement.

Malgré ces suites opératoires accidentées la malade quittait ma clinique le 25 août en voie de rétablissement. La partie supérieure de la plaie abdominale réunie par première intention et la partie inférieure en voie de cicatrisation, l'incision vaginale complètement fermée.

IV

J'ai dit plus haut que le fibrome de l'ovaire était plutôt rare, histologiquement à l'état de pureté il est presque exceptionnel.

Vautrin cité par Mervil (Congrès de Toulouse 1910) sur 192 tumeurs ovariques observées en dix ans n'en relève que cinq cas. D'autres chirurgiens sont arrivés

à une proportion encore plus faible, 2 à 3 p. 100.

De toutes les tumeurs solides de l'ovaire, dit Mervil dans son intéressant mémoire, le fibrome est le plus fréquent.

La symptomatologie offerte par ma malade n'autorisait en rien le diagnostic de fibrome ovarien, tout au moins quand je l'ai vue en période aiguë de pelvipéritonite. Cliniquement tout autorisait au diagnostic de phlegmon du ligament large.

Je crois que, sans exagérer, l'observateur le plus sagace s'y serait trompé. La découverte d'une tumeur fibromateuse de l'ovaire a été une véritable trouvaille.

Il est vraisemblable que si j'avais vu la malade avant la période aiguë pour laquelle j'ai été appelé j'aurais pu penser à une tumeur solide du ligament large ou de l'ovaire mais certes pas au fibrome ovarien.

La symptomatologie exposée par Mervil (loc. cit.) est des plus vague. Ce que je comprends très bien d'ailleurs. L'évolution clinique présentée par ma malade a été assez conforme à ce que nous apprend la clinique des tumeurs solides de l'ovaire.

Quant aux complications qu'elles peuvent présenter, la torsion du pédicule constatée chez ma cliente, torsion qui explique la brutalité et la soudaineté des accidents, dans le fibrome de l'ovaire est très fréquente : sur 47 tumeurs solides dans 22 cas de fibrome on a constaté la torsion (Guibo, Mervil, loc. cit.).

INFECTION POST-ABORTUM

Péritonite aiguë (appendice de longueur anormale ayant étranglé la trompe droite). — Salpingite suppurée. — Laparotomie. — Guérison. — Fistule stercorale deux mois après. — Guérison.

I

Le 2 janvier 1910, je suis appelé auprès de Mme X..., sextipare de trente-trois ans, soignée depuis quinze jours pour un avortement au troisième mois, provoqué à l'aide d'une injection d'eau savonneuse.

Depuis quatre jours la malade est en proie à de violentes douleurs abdominales de la fièvre et des vomissements poracés. Il existe dans la région hypogastrique un plastron très douloureux s'étendant surtout à droite mais ayant tendance à envahir toute la région.

Il est très difficile d'apprécier par le palper le volume de l'utérus.

Le vagin est chaud, douloureux, le col gros, entr'ouvert, les culs-de-sac, surtout à droite, sont effacés.

L'utérus est bâti et par suite difficilement mobilisable.

Le toucher rectal confirme l'exploration vaginale.

L'abdomen est météorisé : depuis cinq jours la malade n'est plus allée à la selle. Le facies est mauvais, le pouls fréquent, de 115 à 120. La malade rejette absolument tout.

En présence de cet état, une intervention urgente semble s'imposer; mais la malade est difficilement transportable. J'installe le traitement suivant : glace sur l'abdomen, sérum, diète hydrique, morphine, grand lavage évacuateur.

Grâce à ce traitement une accalmie survient qui permet sans trop de douleurs le transport de la malade à ma clinique.

Dans la soirée, sous l'influence probable du mouvement les vomissements recommencent, le pouls s'affole, les douleurs se font plus aiguës, la température s'élève à 40 degrés, aussi je fixe au lendemain, à la première heure, l'intervention.

Anesthésie, chloroforme et oxygène (confiée au docteur Schnell, médecin des hôpitaux), laparotomie sous-ombilicale avec une incision de 15 centimètres.

A l'ouverture de la cavité péritonéale on constate de la péritonite diffuse localisée au petit bassin, l'utérus de volume relativement peu considérable est couvert d'adhérences qui se détachent assez facilement.

Mise en Trendelenbourg on explore les annexes droites et on trouve dans la partie supérieure du ligament large une volumineuse poche fluctuante qu'après un isolement soigneux par des compresses on tente d'extirper.

En dégageant la partie externe de la trompe on constate la présence d'un ligament de couleur blanc nacré, légèrement vascularisé, enroulé autour de la trompe ainsi étranglée à l'union du tiers moyen et externe.

On parvient à dégager cette bride que l'on suit jusqu'à son origine. Ce n'est pas sans surprise que l'on constate que cette bride est constituée par l'appendice de longueur anormale (12 à 15 centimètres).

Le cæcum est déplacé en bas, on le dégage doucement des adhérences assez molles qui le recouvrent.

Ainsi débarrassé on se rend compte qu'il est sain. Une ligature est placée au point d'insertion de l'appendice qui est réséqué, le moignon enfoui par une suture en bourse. On libère ensuite la trompe du lien appendiculaire qui l'étreint. Il ne paraît pas prudent de procéder à son ablation à cause des adhérences nombreuses et solides avec l'intestin. Après un nouvel isolement avec des compresses on vide la poche du pus qu'elle contient et on fixe ses bords à la paroi abdominale (marsupialisation).

Deux gros drains sont placés : un dans la poche, l'autre dans l'abdomen et l'on referme partiellement la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont satisfaisantes les trois premiers jours, puis l'écoulement prend une odeur légèrement stercorale pendant un jour ou deux et s'arrête pour recommencer le 13. L'état général est bon et la malade peut sortir de la clinique le 2 février.

15 février 1911. Je viens de revoir cette cliente, elle a avorté de nouveau, spontanément cette fois(?) son état est excellent, la cicatrice abdominale solide.

HYDROSALPINX

Torsion du pédicule. — Ictère. — Laparotomie. — Pleurésie hémorragique bi-latérale. — Autosérapie. — Guérison.

I

Mme K....., trente et un ans, nullipare, toujours bien réglée depuis l'âge de seize ans, a joui d'une très bonne santé jusqu'en 1908. Au mois d'août de cette année j'étais appelé à la voir, pour la première fois, pour de vives douleurs abdominales.

Il s'agissait d'une salpingite aiguë avec de la fièvre et réaction péritonéale assez vive. Sous l'influence du repos, de la glace, de petits lavements chauds, cette crise aiguë s'atténua et le retour à l'état normal se fit, environ un mois après.

Vers Noël 1908, nouvelle poussée moins douloureuse qui céda rapidement au traitement, période d'accalmie jusqu'en avril 1909. A cette date éclata une crise plus violente que les précédentes, température 39 degrés matin et soir, pendant cinq jours. Les signes locaux se sont accentués, les culs-de-sac et le Douglas sont douloureux, l'état général n'est pas brillant. Une intervention s'impose, le traitement habituel ne donnant aucune amélioration.

La malade est transportée à ma clinique, mais l'arrivée des règles oblige à reculer de quelques jours l'opération.

Dans cet intervalle les douleurs cessent, la température

baisse, l'amélioration est telle qu'on diffère l'opération jusqu'au retour du mari en route pour Marseille, venant de Yokohama.

II

Sous l'influence des révulsifs l'état local s'améliore si bien qu'au retour du mari il n'est plus question d'opérer.

Cependant jusqu'en juil et 1910 la malade souffre toujours, les règles sont douloureuses.

Le 3 juillet nouvelle crise, mais moins forte que les précédentes. La malade fixe elle-même la date de son opération, au retour de son mari, de nouveau au Japon.

Malheureusement pendant mes vacances, la malade a une crise de colique hépatique, suivie d'un ictère des plus intenses qui dure jusqu'au 2 octobre.

A cette date les urines sont redevenues limpides, ne renferment ni pigment biliaire ni albumine, les selles sont bien colorées; le foie, qui était gros et sensible, est redevenu normal.

Le 2 novembre la malade rentre de nouveau à ma clinique.

Le 3, laparotomie qui confirme le diagnostic d'annexite gauche.

Il s'agit d'un hydrosalpinx à sérosité un peu louche présentant plusieurs stries de torsion correspondant, sans nul doute, aux crises successives.

L'utérus et les annexes droits sont sains. Pas d'incidents opératoires.

III

Les premiers jours les suites opératoires sont satisfaisantes, pouls excellent, sécrétion urinaire abondante, peu de vomissements post-anesthésiques.

Le 6 novembre, au s ir, la malade se plaint de malaises et souffre du ventre, les urines sont fortement colorées, la température à 37°9, le pouls à 110.

Le pansement défait ne montre rien d'appréciable, mais l'abdomen est douloureux à la pression, surtout à l'hypocondre droit. On applique de la glace et je prescris une purgation pour le matin.

Le 7 au matin, il existe un ictère généralisé, les selles sont déjà décolorées et les urines couleur Porto foncé, l'abdomen un peu douloureux est distendu.

Le 10 au soir, la malade est haletante et accuse une douleur encore plus vive dans l'hypocondre droit; je l'ausculte et constate, non sans surprise, un épanchement pleurétique remontant presque à l'épine de l'omoplate.

Le 11 et le 12, l'ictère est moins foncé, les urines plus claires. Mais en présence de l'abondance de l'épanchement, de la dyspnée extrême, je me dispose à faire la thoracentèse. Au préalable, je pratique une ponction exploratrice qui ramène 4 centimètres cubes de liquide hémorragique!!!

Sans retirer entièrement l'aiguille j'injecte dans le tissu cellulaire thoracique par le procédé de « Gibert » deux centimètres cubes de ce liquide, conservant le reste pour un examen biologique qui démontre la nature franchement hémorragique de cet épanchement.

Les résultats de cette auto-sérapie ne se firent pas attendre; dès le lendemain il y eut une diurèse abondante, *1800 centimètres cubes avec abaissement de la température*. Le lendemain 2100 centimètres cubes, la malade respire mieux, l'épanchement a diminué d'un tiers.

Le 15, nouvelle ponction et injection sous-cutanée de 4 centimètres cubes. Les résultats *furent merveilleux*, c'est le mot : polydiurèse, régression de l'épanchement telle que le 18 je fais une nouvelle ponction et ne ramène que du sang pur, provenant du poumon, confirmant les signes déjà révélés par la percussion et l'auscultation.

Le 19, point de côté sous le sein gauche, dyspnée, température 38 degrés; j'examine et trouve tons les signes d'un épanchement qui n'existait sûrement pas l'avant-veille.

Une ponction exploratrice est faite aussitôt et ramène une fois de plus du *liquide hémorragique*!!!

Très satisfait du résultat de l'autosérapie pour la pleurésie droite j'injecte 3 centimètres cubes du liquide retiré à gauche.

Dès le lendemain l'épanchement diminue, polyurie abondante, chute de la température.

Le 21, nouvelle et dernière ponction suivie d'injection immédiate de 4 centimètres cubes. L'épanchement se résorbe avec la même rapidité que la première fois.

Le 29, la malade quittait ma clinique, respirant librement. Très affaiblie, très pâle, mais en bonne voie de rétablissement. Les signes tirés de l'auscultation sont on ne peut plus satisfaisants. Le retour complet à la santé s'est maintenu jusqu'à ce jour (30 janvier 1911).

IV

Quelle est la pathogénie de l'ictère qui est venu se surajouter aux symptômes post-opératoires?

Est-ce un ictère post-chloroformique ou consécutif à la crise de colique hépatique présentée dans la soirée du 6 novembre?

C'est très vraisemblablement à cette dernière hypothèse que je m'arrêterai, bien que la douleur hépatique, les vomissements, l'élévation de la température aient coïncidé avec le début de la pleurésie droite. Les phénomènes douleurs pouvant être mis sur le compte du point de côté pleurétique dont le siège est aussi souvent abdominal supérieur que thoracique. Je crois que cette hypothèse peut être écartée.

Je ne pense pas non plus que cet ictère puisse entrer dans la catégorie des ictères post-chloroformiques et ce, surtout à cause du syndrome colique hépatique qui l'a précédé.

D'autre part l'on se souvient qu'en septembre déjà la malade avait eu une très violente crise ayant laissé après elle un ictère qui dura près de deux mois.

La pleurésie hémorragique double peut être considérée comme une rareté en dehors des traumatismes thoraciques et des états dyscrasiques (brightisme, scorbut, purpura, cancer).

Cette pleurésie mérite plus qu'une simple mention et demande que l'on s'y arrête.

Je crois que l'on peut la rattacher à l'ictère lui-même.

L'on sait combien l'ictère est hémorragipare, à telle enseigne que dans les interventions sur les voies biliaires avec ictère chronique, une cause de mort fréquente est l'hémorragie secondaire.

Ici, la malade ayant eu de l'ictère a fait de l'hémorragie pleurale tout comme d'autres ictériques auraient fait des hémorragies cutanées ou gastro-intestinales.

Voilà quel est, à mon avis, la pathogénie de la nature hémorragique de ce double épanchement.

Quant à la cause même de cette pleurésie double je crois qu'elle doit être recherchée dans un processus pleural à point de départ hépatique.

Quant à sa bilatéralité il est plus difficile d'en expliquer les raisons, les pleurésies doubles étant fonctions d'un état général grave, mais il est vraisemblable d'admettre que l'infection de la plèvre gauche

reconnaît la même origine et qu'elle s'est établie par contiguité.

En terminant cette observation j'attire l'attention sur l'heureux résultat obtenu par la méthode de « Gibert » (auto sérapie) ou, comme l'appelle Audibert (de Marseille), la plasmothérapie.

PSEUDO-APPENDICITE

Rupture d'une grossesse extra-utérine de cinq mois (abdominale secondaire?) — Laparotomie. — Guérison. — Psychose consécutive. — Guérison.

I

Mme F..., trente et un ans, quatripare, a eu une première grossesse à terme il y a douze ans, une deuxième à terme il y a sept ans et un avortement de trois mois, il y a cinq ans. Elle est de constitution robuste, bien réglée et a toujours eu une bonne santé.

Le 20 novembre 1910 j'étais appelé pour la première fois, par mon confrère et ami le docteur Morucci, à voir cette malade qui présentait cliniquement tous les signes d'une appendicite aiguë avec un état général relativement trop bon pour un état local aussi accentué.

Mon examen fut incomplet, la malade s'étant refusée absolument à me laisser examiner la sphère génitale. Je me retirai approuvant le traitement ordonné par le docteur Morucci.

Le 26, on me fait appeler d'urgence : malade en danger de mort, m'écrit le docteur Morucci. J'accours et constate tous les signes d'une hémorragie interne des plus graves.

On m'apprend que depuis notre consultation l'état de la malade s'était beaucoup amélioré bien que souffrant toujours du ventre, à gauche. Ce jour-là, elle s'était levée, lorsqu'elle fut prise d'une douleur telle, dans le vagin, qu'on fut obligé de la recoucher, sans connaissance.

L'examen local confirme le diagnostic d'hémorragie interne par la constatation dans le Douglas d'un vaste épanchement ayant refoulé l'utérus et la vessie. Quelle était la cause de cette hémorragie ?

Interrogée sur sa menstruation voici ce que m'apprend la malade.

Le 14 juillet écoulé, alors qu'elle avait ses règles, elle eut un accident de tramway au cours duquel une de ses sœurs eut le pied écrasé. Sous l'influence de l'émotion éprouvée l'écoulement s'arrêta net.

Or la grossesse par les dimensions de l'enfant peut être fixée exactement à cinq mois au 14 décembre jour de l'opération.

Donc il ne pouvait y avoir de doutes sur l'existence d'une grossesse extra-utérine venant de se rompre et remontant vraisemblablement du 14 au 20 juillet, sans qu'il soit possible d'être plus précis, la malade déclarant avoir eu en septembre et fin octobre des règles peu abondantes, caillots ou débris de caduque (?)

Par le palper que je n'avais pu pratiquer à cause de l'intensité des douleurs je pus, le lendemain de la rupture, constater qu'il existait une volumineuse tumeur occupant tout l'hypocondre gauche jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic et pourtant la malade n'en continuait pas moins à *souffrir du côté droit et les douleurs étaient telles* que la malade faisait mettre la vessie de glace de ce côté disant qu'elle n'avait rien à gauche.

L'auscultation de l'abdomen pratiquée ne donnait rien. On décide donc qu'à moins d'indication nouvelle pressante la malade sera transportée à ma clinique le lendemain.

Le 27, il se fait une telle amélioration dans l'état général et la malade se refusant à quitter son domicile qu'on décide de surseoir à l'opération jusqu'à nouvel ordre.

Les jours suivants l'amélioration se fait progressivement et les signes d'épanchement se localisent de plus en plus à gauche, bien que le *maximum des douleurs* persiste au niveau du cæcum.

Le Douglas et le cul-de-sac latéral gauche sont toujours très distendus, refoulant l'utérus et déterminant des phénomènes de compression des réservoirs, phénomènes et signes locaux qui dictent et justifient ma première intervention : colpotomie.

II

Le 4 décembre avec le concours des docteurs Livon et Morucci, je pratique la colpotomie en même temps que tout est préparé pour une laparotomie. Contrairement à mes espérances l'ouverture du Douglas ne donne issue à aucun épanchement, seul l'utérus absolument rétroversé distendait le Douglas.

Le vagin est refermé, bourré de gaze iodoformée et je pratique une laparotomie.

La paroi incisée et le péritoine ouvert la malade est mise en Trendelenburg, on isole la masse intestinale et la valve de Doyen est mise en place. Reposant sur l'intestin presque à la hauteur de l'ombilic on trouve la vessie, fort heureusement vidée avant l'intervention. Il n'est pas habituel de trouver cet organe, à l'état de vacuité, aussi haut placé et seul le cas en présence duquel nous allions nous trouver peut en donner l'explication.

Après avoir placé la vessie à l'abri de tout accident possible, l'utérus est saisi et attiré au dehors, il est gros, turgescent. Ceci fait j'explore l'annexe gauche dont la trompe, paraissant intacte, repose sur une masse volumineuse, transparente, présentant une coloration jaunâtre.

Avec précaution je soulève cette masse constituée par les membranes fœtales, qui se rompent sous mes doigts, laissant sourdre une quantité considérable de caillots et de liquide amniotique, *à travers laquelle je saisis un fœtus vivant de cinq mois.*

On débarrasse le péritoine de tous les caillots qui l'encombrent Les parois du kyste sont réperées avec des pinces. Ceci fait, suivant la tige funiculaire je vais à la recherche du placenta dont je puis extraire la plus grande partie. Celui-ci se trouvait dans le cul-de-sac latéral dont l'énorme distension se trouve expliquée par le volume du kyste fœtal.

Ayant débarrassé aussi complètement que possible la poche kystique du placenta, on la bourre de gaze et ses bords sont fixés à la paroi abdominale.

Je ne suis pas peu étonné de trouver des débris placentaires, fortement adhérents à l'intestin et dont le nombre et *le volume augmentent au fur et à mesure qu'on approche du cæcum.*

Au niveau de cet organe il existe un peloton volumineux de petits cotylédons ayant déterminé autour du cæcum et de son appendice une vascularisation intense de la séreuse, signe de réaction péritonéale, avec adhérences lâches à l'autre portion de l'intestin grêle.

Ces vestiges placentaires, par l'inflammation qu'ils ont déterminée au niveau du cæcum et de son appendice donnent l'explication des signes cliniques appendiculaires présentés par la malade depuis le début jusqu'à l'opération.

Il est vraisemblable d'admettre qu'il s'est agi au début soit d'une grossesse ovarique rompue soit d'une grossesse abdominale primitive (?) et que dans l'un ou l'autre cas la greffe de l'œuf a dû se faire tout d'abord au niveau de la région cæcale, celui ci a dû être sans doute, sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, chassé d'abord dans l'hypogastre, au niveau duquel on trouve quantité de petits débris placentaires, laissés par le séjour plus ou moins prolongé de l'œuf jusqu'au jour où il est venu se fixer définitivement à gauche.

Cette hypothèse, que l'on trouvera peut-être ingénieuse,

trouve sa confirmation non seulement dans l'histoire clinique, *et l'insertion du placenta à droite, mais encore par l'absence totale de vestiges placentaires au niveau de l'S iliaque et des portions de l'intestin grêle à ce niveau.*

III

Les suites opératoires ont été assez mouvementées, mais pas autant pourtant qu'on aurait pu le craindre après un traumatisme opératoire pareil et ce, grâce à la marsupialisation, au drainage et à l'aspiration faite matin et soir.

Jusque vers le 28 décembre l'état général et local s'améliora parallèlement; déjà le 25 on avait enlevé les drains, la plaie opératoire se comblait rapidement. Dans la journée du 28 la malade présenta du délire, qu'aucune complication viscérale n'expliquait, une psychose puerpérale des plus nettes évoluait avec une telle intensité que l'internement dans un établissement spécial s'imposait et avait lieu le 6 janvier 1911.

IV

Cette psychose dont l'origine septique puerpérale et post-opératoire ne fait aucun doute s'est améliorée assez rapidement pour permettre la sortie de l'Asile le 6 février.

La pathogénie de ce délire n'est certainement pas difficile à expliquer. En dehors de la question du terrain qui a facilité l'évolution de cette psychose, l'apparition de celle-ci au cours d'une puerpéralité aussi accidentée et septique justifie une fois de plus les idées soutenues et présentées par Picqué à la Société de chirurgie sur les psychoses puerpérales et post-opératoires à savoir que, l'action de la prédisposition mise de côté, celles-ci ne se développent, presque à coup sûr, que dans les suites septiques puerpérales ou opératoires.

Chez cette malade la prédisposition a joué un certain rôle, il s'agit en effet d'une jeune femme au caractère fantasque — je rappelle son refus absolu de me laisser examiner les organes génitaux lors de la première consultation — difficile, sujette à de fréquentes crises de mauvaise humeur. Elle avait eu dans son bas âge, vers six ans, un traumatisme crânien(?) qui suppura longtemps, n'ayant pourtant pas laissé de trace apparente, mais à la suite duquel elle présenta des troubles de l'intelligence (amnésie, obsessions).

ANALYSES

MÉDECINE

Que faut-il entendre par ulcus du duodénum ? (P. Caillé. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nut.*, avril 1911.) — Bucquoy en 1887 décrivit, le premier, l'ulcus du duodénum, affection jusque-là inconnue, au sujet de laquelle médecins et chirurgiens s'entendaient pour en reconnaître la rareté et qui se caractérisait cliniquement par des hémorragies intestinales à début brusque, une douleur vive localisée à droite survenant trois ou quatre heures après l'ingestion d'aliments.

Depuis quelques années a surgi une conception toute différente de cette affection, due surtout aux travaux des auteurs anglais et américains.

Pour ceux-ci, l'ulcus du duodénum serait une affection *fréquente* dont le diagnostic serait facile en dehors même de l'apparition d'une complication ; à cette conception se sont ralliés, avec quelques réserves cependant, MM. Ricard et Pauchet.

Mais M. Mathieu s'éleva contre l'interprétation donnée aux faits observés et qui pour lui relevaient d'une erreur d'interprétation. Sous le nom d'ulcus du duodénum, les auteurs décrivaient en effet un ulcus, *pylorique* ou *juxtapylorique*, dont le caractère était d'empiéter sur l'*anneau pylorique* et d'en susciter la *réaction*; cette variété d'ulcus juxtapylorique est en réalité à l'origine de la plupart des cas de maladie de Reichmann et doit par conséquent être nettement différenciée de l'ulcus du duodénum, affection bien spéciale, qui conserve toute sa valeur en tant qu'entité clinique, bien individualisée par Bucquoy.

A l'occasion de cette mise au point d'une question qui a soulevé tant de discussions, ces dernières années, l'auteur présente un exposé clinique très clair et très complet des faits observés; il étudie tout d'abord la conception anglo-américaine de l'ulcère du duodénum (basée sur la limite de la veine pylorique), puis les symptômes de cette variété d'ulcère (phénomènes douloureux, douleurs tardives apparaissant par crises, suivies quelquefois de vomissements, hyperchlorhydrie du suc gastrique après repas d'épreuve); enfin, le traitement chirurgical précoce, gastro-entérostomie, préconisé avec enthousiasme par les auteurs américains.

Dans une seconde partie, l'auteur, reprenant argument par argument, démontre le bien fondé de la réfutation de cette théorie telle que l'a présentée M. Mathieu, et établit que la plupart de ces ulcus du duodénum, sont des ulcus juxtapyloriques avec syndrome de Reichmann.

Cette étude très consciencieuse se termine par un exposé des signes cliniques de l'ulcère vrai du duodénum, tel que l'avait conçu Bucquoy; douleurs à droite, douleurs tardives; hémorragies intestinales, absence de phénomènes gastriques ou pyloriques, quelquefois ictère (par adhérence).

L. BABONNEIX.

Insuccès de l'autosérothérapie dans quatre cas de pleurésie bacillaire. (Anglada et Roger. *Montpellier méd.*, 11 juin 1911.) — Apportant leur contribution à l'étude de l'autosérothérapie, MM. Anglada et Roger, chefs de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, relatent quatre observations où le résultat fut négatif.

Il s'agit de quatre malades jeunes, vingt et un, vingt-cinq, trente et trente-cinq ans, dont la pleurésie n'était pas très ancienne, de quinze jours à un mois et demi, et chez qui l'examen cytologique du liquide ou l'inoculation au cobaye permirent d'affirmer la nature bacillaire de l'épanchement.

Ces quatre malades furent traités par l'autosérothérapie, et chez tous les quatre la thoracentèse devint néanmoins nécessaire, soit quelques jours après, soit au bout de deux à trois semaines. Les injections de liquide pleural ont été cependant dans deux cas répétées plusieurs fois : deux injections de 4 et 5 centimètres cubes à huit jours d'intervalle dans l'un, trois injections de 4 et 5 centimètres cubes à cinq et douze jours d'intervalle dans l'autre. Elles n'ont point été suivies de réaction appréciable et, sauf dans un cas, n'ont point provoqué la diurèse. La thoracentèse, au contraire, qui doit être faite deux et trois fois dans deux des cas cités, fut suivie d'une guérison plus ou moins rapide.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE INFANTILE

Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. (Aviragnet et L. Tixier. *Arch. de méd. des enf.*, mai 1911.) — Ces formes sont extrêmement nombreuses, et pour la commodité de la description les auteurs envisagent successivement les trois groupes suivants : 1° les formes à localisation apparente; 2° les formes sans localisation apparente; 3° les formes à localisations multiples d'emblée.

A. *Parmi les formes localisées*, la tuberculose de certaines séreuses (plèvre, péritoine) est une des formes les plus curables. La tuberculose curable des méninges est, à l'heure actuelle, une question extrêmement controversée; quant à la question des arthropathies aiguës tuberculeuses, outre que sa connaissance est de date récente, il s'en faut que l'accord soit fait à son sujet.

Les formes curables de la tuberculose aiguë viscérale sont, de toutes les localisations, les moins connues et les moins bien étudiées; il faut signaler ainsi les localisations splénique, hépatique, rénale. MM. Landouzy et Gougerot ont insisté sur une forme d'*endocardite aiguë tuberculeuse* curable; les localisations aiguës pulmonaires sont exceptionnellement curables, mais cependant une réparation est possible dans quelques cas particulièrement favorables.

B. *Parmi les formes sans localisations apparentes* et qui sont rangées sous le terme de typho-bacillose, il est des cas où la guérison définitive peut être obtenue; le pronostic est en partie subordonné à l'âge des sujets. Il est fatal chez les enfants au-dessous de trois ans; il l'est beaucoup moins au fur et à mesure que l'on approche de l'adolescence. La prolongation de la phase de leucocytose polynucléaire serait d'un pronostic fâcheux.

C. *Parmi les formes à déterminations multiples*, il faut signaler une forme subaiguë décrite par MM. Landouzy et Lœderich, avec déterminations pulmonaires et pleurales, périostiques, articulaires et périarticulaires.

En présence de l'une quelconque de ces formes cliniques, il est utile de connaître les éléments de diagnostic par lesquels on pourra affirmer qu'il s'agit d'une manifestation de nature tuberculeuse; les auteurs étudient longuement chaque symptôme à ce point de vue, insistant d'abord sur l'importance de certains faits d'ordre négatif, puis sur des faits d'ordre positif, en particulier les différentes épreuves à la tuberculine.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE MENTALE

Essai médico-psychologique sur les causes et les remèdes de la criminalité infantile. (H. DAUCHEZ. *Arch. de méd. des enfants*, 7 juillet 1911.) — Cette étude très consciencieuse se termine par les conclusions suivantes : la théorie du criminel né est une pure hypothèse que l'observation scientifique n'a jamais démontrée. En dehors des enfants anormaux, dégénérés, obsédés, hallucinés, somnambules (pendant la crise), etc., la plupart des enfants sont responsables; le médecin ne peut apprécier leur responsabilité qu'en termes généraux, car c'est une question d'espèce.

L'observation médicale doit mentionner en faveur de l'irresponsabilité, les tares somatiques et psychiques sans oublier les déviations morales, les aliénations mentales, et les conséquences qui en peuvent découler.

Le relèvement est possible si on peut faire saisir à l'enfant la responsabilité de ses actes, et si l'on exerce sa volonté.

L. BABONNEIX.

SYPHILIGRAPHIE

Sur la désignation de l'agent de la syphilis avec remarques sur sa place dans la classification. (E. HOFFMANN. *Münch. med. Woch.*, 15 août 1911, n° 33, p. 1769.) — E. Hoffmann s'élève contre l'abus du terme spirille trop souvent appliqué au parasite de la syphilis; à propos de la chemothérapie on qualifie en effet la syphilis de spirillose chronique et le salvarsan de médicament spirillotrope.

Pour Hoffmann, le parasite de la syphilis est bien réellement un spirochète et il préfère les termes de spirochæta pallida, de spirochæta luis ou de spirochète de la syphilis, à la désignation donnée par Schaudinn lui-même de treponema pallidum.

Des naturalistes tels que Schellak, Gross, Dörplein ont actuellement une tendance à rapprocher les spirochètes des bactéries. Hoffmann conseille aux médecins d'attendre pour accepter cette manière de voir que la démonstration en soit faite définitivement. Quant à lui, il continue à adhérer à la conception de Schaudinn, pour qui les spirochètes étaient des protozoaires. Les faits qui lui paraissent plaider le plus fortement en faveur de cette opinion sont :

1° Le mode de division longitudinale, vu par Schaudinn, et contesté il est vrai par d'autres, ou même le mode de division observé par Hoffmann et Prowazek avec mince pont de protoplasma, inconnu chez les bactéries.

2° La grande flexibilité des spirochètes.

3° L'aspect des fils terminaux, ne correspondant en rien aux bactéries.

4° Le mode de réaction de l'enveloppe aux réactifs.

5° L'analogie entre la syphilis et les trypanosomiases (dourine).

6° L'influence exercée par les médicaments chemothérapeutiques sur le spirochète de la syphilis comme sur les trypanosomiases.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Le signe des veines dans les inflammations intraabdominales. (W. W. SKINNER. *New-York state journ. of med.*, janvier 1911). — Dans une de ses premières opérations pour appendicite, Skinner, faisant l'incision près du point de Mac Burney remarqua que les veines sous-cutanées et profondes étaient turgides et de couleur foncée. Dans son cas suivant, un examen attentif de l'état des veines superficielles lui fut extrêmement précieux pour faire un diagnostic en présence de symptômes plutôt obscurs, douleur abdominale générale, vomissements, peu ou pas de rigidité musculaire. Depuis, il n'a jamais commencé une opération sur l'appendice ou sur quelque autre organe intraabdominal sans avoir au préalable soigneusement examiné les veines sous-cutanées de l'abdomen, les différentes aires de peau étant successivement tendues entre les doigts et bien éclairées. De nombreuses observations couvrant une période de près de vingt ans ont convaincu Skinner que les veines de l'abdomen fournissent un excellent signe objectif d'inflammation intraabdominale, de grande valeur localisatrice, et ininfluençable par la stimulation artificielle, ou l'action nerveuse ou psychique. Il a trouvé le même signe dans la sigmoïdite ulcéreuse, les salpingites et les inflammations du ligament large; les abcès rétro-utérins et les urétéro-pyélites aiguës.

F. GARDNER.

Le pronostic et le traitement de la tuberculose du cou-de-pied chez l'adulte. (Mark H. ROGERS. *The Boston med. and surg. journ.*, 8 juin 1911, vol. CLXIV, n° 23, p. 811.) — Cet article est un plaidoyer en faveur des opérations radicales et de l'amputation précoces chez l'adulte. Rogers a pu constater les résultats éloignés de 17 malades du « Massachusetts general hospital » et a constaté ce qui suit :

Chez la plupart des malades, on a d'abord essayé le traitement classique chez l'enfant par l'immobilisation et la suppression du poids du corps. Trois malades seulement ont guéri par cette méthode avec un pied utile, et le traitement a demandé au moins quatre ans.

Dans trois autres cas, où il s'agissait de tuberculoses anciennes réchauffées ou très bénignes, un curettage d'abcès a assuré la guérison.

Dans tous les autres cas, après essai de traitement conservateur, il a fallu tenter une résection ou arriver à une amputation. Or, alors que dans la tuberculose du genou, du coude, de l'épaule de l'adulte, la résection large des lésions est la méthode de choix, ici au contraire la guérison n'a pu être obtenue que dans deux cas, après résection ou astragalectomie. Tous les autres cas après résection ou astragalectomie, après une période fistuleuse plus ou moins longue, ont été amenés à l'amputation.

L'auteur mettant en avant l'importance pour l'adulte de l'incapacité de travail prolongée pendant des années, conclut que le traitement par l'immobilisation doit toujours être tenté au début, mais qu'après un temps très court si les lésions, au lieu d'être stationnaires ou de se limiter, s'étendent, il ne faut pas hésiter à intervenir largement. Si la radiographie montre que les lésions sont limitées et extirpables il faut faire la résection large. Dans tous les autres cas, il faut amputer précocement, et ne pas attendre pour le faire que le malade ait été immobilisé sans travailler pendant plusieurs années.

M. LANCE.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Quelles peuvent donc être les *conséquences* de cette responsabilité que j'ai essayé, messieurs, de vous analyser dans ses grandes lignes. Comme je vous l'ai déjà dit, au début de cette conférence, les conséquences peuvent être soit civiles soit pénales. Mais la responsabilité civile est bien plus souvent mise en jeu que la responsabilité pénale. Le médecin est plus souvent traîné devant les juges civils que devant les juges correctionnels.

Cependant, en ce qui concerne la *responsabilité civile*, pour que le médecin soit condamné à des dommages et intérêts, il est tout d'abord nécessaire que de la faute découle un dommage réel qui doit être établi par le malade. Bien plus, même si le dommage existe, il faut encore que le client prouve que la faute vienne du médecin. Au hasard des décisions rapportées dans les répertoires de jurisprudence, nous voyons que les tribunaux ont débouté de leurs demandes les clients dans les cas suivants : lorsque le malade ne se plaint que d'une légère difformité constituant la suite normale et prévue d'une opération (Cour de cassation, 2 avril 1904, *Pandectes fr.*, 1905, 1re partie, p. 191); lorsque la réduction d'une fracture a donné un résultat sensiblement équivalent aux résultats courants (Trib. de la Seine, 11 juin 1903, *Bull. Synd. méd. de la Seine*, 903, p. 286); lorsqu'un médecin est accusé d'être arrivé trop tard pour arrêter une hémorragie dont la violence l'eût probablement empêché de s'en rendre maître (Cour de Pau, 1er mai 1900, précité); lorsqu'un médecin est accusé d'avoir, par une trop grande constriction d'un appareil, amené la gangrène d'un membre fracturé, alors que la gravité de la blessure suffisait à l'expliquer (Cour de Metz, 21 mai 1867, précité); en matière d'accident de travail, lorsqu'un médecin, accusé de n'avoir point, par le pronostic, mentionné dans un certificat d'origine, averti l'ouvrier de faire valoir en temps utile son droit à une rente pour incapacité permanente, alors que l'aggravation journalière de son état avertissait suffisamment l'accidenté du caractère de sa maladie (Cour de Douai, 22 fév. 1906, *D. p.*, 1906, 2e partie, p. 271).

La responsabilité pénale du médecin trouve son existence dans les délits d'homicide et de blessures volontaires ou par imprudence, délits visés par les articles 295, 309, 311, 319 et 320 du Code pénal. Quand y a-t-il blessures? D'après la jurisprudence, il y aura blessures lorsqu'il y a lésions ou troubles fonctionnels des organes internes ou externes, et en y comprenant, outre les diverses lésions que la terminologie médicale ou le langage courant dénomme particulièrement blessures, toutes les affections quelconques généralement qualifiées maladies (Cour de cassation, 30 déc. 1905, *Pand. fr.*, 1906, 1re partie, p. 105).

Tombent en conséquence sous le coup de ces dispositions de la loi pénale non seulement le médecin qui pique une artère au cours d'une opération (Cour d'Angers, 1er avril 1833, précité); ou qui estropie son malade en faisant une incision (Cour de Paris, 5 juillet 1833, précité); ou même celui qui fait une simple piqûre pour inoculer un virus (Trib. de Lyon, 15 déc. 1859, précité); mais encore celui qui cause la gangrène d'un doigt par un traitement inapproprié (Cour de Colmar, 10 juillet 1850, *D. p.*, 1852, 2e partie, p. 196); qui en lui donnant ses soins lui transmet par contact une maladie (Trib. de Brives, 28 mars 1874, précité); qui lui occasionne des phénomènes d'intoxication par l'absorption d'un médicament très actif à trop forte dose (Cour de Toulouse, 17 mai 1902; Cour de Caen, 12 juillet 1898, et Trib. de Beauvais, 3 mai 1893, précité). Mais comme les peines prononcées par la loi ont pour but de réprimer la culpabilité du délinquant et non d'assurer la réparation d'un dommage, elles seront encourues alors même qu'en fin de compte la situation du malade aurait été améliorée, s'il y a eu faute initiale (Trib. de Lyon, 15 déc. 1859, précité).

De plus, il n'y a pas besoin pour qu'il y ait homicide ou blessures volontaires d'une intention méchante.

L'auteur du dommage n'est pas seul tenu d'en répondre. La responsabilité civile survit au délinquant et passe avec son patrimoine à ses héritiers. Le malade a donc droit de poursuivre les successeurs du médecin en réparation du dommage causé par la faute de celui-ci (Cour de Douai, 15 avril 1897, *S.*, 1898, 2e partie, p. 78).

Quels sont donc maintenant les moyens de défense du médecin, et j'en aurai, messieurs, terminé.

(A suivre.)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911. — (Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 89, p. 1331; no 92, p. 1367; no 94, p. 1392; no 97, p. 1430, et no 100, p. 1465.)

LIVRES NOUVEAUX

La Reproduction chez l'homme. *Etude pratique de physiologie sexuelle* (1), par le docteur Hermann ROHLEDER.

Ce livre est un véritable traité de la génération. Après avoir consacré une étude d'ensemble à la reproduction tant chez les végétaux que chez les animaux, à l'instinct sexuel, à la puberté, l'auteur aborde la physiologie même de l'acte sexuel : il donne une analyse très fouillée des différents éléments constituants la fonction sexuelle. Il s'occupe ensuite de la fécondation elle-même et suit les premiers stades du développement de l'œuf humain. A chaque chapitre de physiologie est annexé un chapitre de pathologie spéciale traitant non seulement des anomalies qui peuvent contrarier le développement de l'œuf lui-même, mais qui peuvent contrarier l'accomplissement de la fécondation dans ses différents temps. L'hérédité dans ses particularités physiologiques et pathologiques est soigneusement étudiée. Dans la dernière partie de cet ouvrage l'auteur s'occupe de la fécondation artificielle : il en envisage successivement les indications, le manuel opératoire, et les questions que peut soulever cette pratique au point de vue purement médical, religieux et juridique.

A. LEMIERRE.

(1) In-8. Leipsig, G. Thieme.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 29 juillet 1911.) De Beule : A propos du diagnostic et des indications opératoires dans les affections de la voie biliaire principale. Notes et remarques au sujet de quelques interventions sur le cholédoque. — G. Corin : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, août 1911.) Lannois : Le traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections au niveau du nerf laryngé supérieur. — Garel : Injections anesthésiques au niveau du laryngé supérieur dans le traitement de la dysphagie des tuberculeux. — Collet : Résultats pratiques de l'examen bactériologique dans le croup. — Félix : Emploi du salvarsan (Ehrlich-Hata) en oto-rhino-laryngologie.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 316, 25 août 1911.) Guilleminot : Action des courants de haute fréquence sur l'hypertension artérielle (auto-conduction). — Belot : A propos des dispositifs de diathermie. — Zimmern et Bordet : Effets généraux des courants de haute fréquence. — Laquerrière et Loubier : Au sujet des indications à la continuation ou à la cessation du lavement électrique. — Morin : Electrodes d'aluminium sans borne ni soudure.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 8, août 1911.) Courtellemont : Des tumeurs du corps pituitaire. — Versepuy : Le traitement des maladies des femmes à Saint-Nectaire. — P. Guillaume-Louis : Les méthodes nouvelles de thérapeutique contre les affections aiguës en chirurgie. — H. Hamel : Diagnostic d'une forme extrapulmonaire fréquente de la tuberculose infantile ; l'adénopathie trachéo-bronchique.

Bulletin médical. — (N° 65, 23 août 1911.) Hutinel : Médiastinites chroniques. Médiastinites supérieures.

Clinique. — (N° 32, 11 août 1911.) Lyon : Le mouvement médical scientifique et professionnel. — Pauchet : Pratique chirurgicale. Etat pré-opératoire du sujet. — Milhit : Hygiène du typhique et de son entourage. — Delbet : Luxation de vertèbre cervicale ; — Pieb-bot paralytique. — Hoche : L'arthrodèse tibio-péronéo-tarsienne comme traitement préventif des déviations du pied après les ostéomyélites graves du tibia. — Schwartz : Les sténoses du pylore. — Perdrizet : Anesthésie générale (méthode intratrachéale ; diminution préalable du torrent circulatoire).

Echo médical du Nord. — (N° 35, 27 août 1911.) Carlier : Néphrectomie partielle dans un cas de tuberculose d'un rein en fer à cheval. — J. Leclercq : A propos d'un voyage d'études médicales en Allemagne. L'organisation de la médecine légale allemande. — Bettremieux : Iridectomie et sclérectomie dans le glaucome.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 35, 27 août 1911.) Rocaz : Traitement de la chorée par les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 35, 27 août 1911.) A. Venot : La dilatation de l'anus. — Pierre Nadal : Physiologie générale du nager chez l'homme.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 34, 26 août 1911.) Augier et Dekester : Kystes végétants du sein.

Lyon médical. — (N° 35, 27 août 1911.) Planchu : Une nouvelle méthode d'insufflation dans la mort apparente du nouveau-né.

Pédiatrie pratique. — (N° 24, 25 août 1911.) Ombrédanne : Décollements épiphysaires traumatiques. — Weill et Chalier : Purpura provoqué par hypertension veineuse. — Sergent : La puériculture à l'exposition d'hygiène de Dresde.

Progrès médical. — (N° 34, 26 août 1911.) Regnault : Des formes du rhumatisme vertébral.

Province médicale. — (N° 34, 26 août 1911.) Charbonnel : Ce que doit être d'une façon générale le traitement des fractures diaphysaires fermées. — Ardin-Delteil, Nègre et Raynaud : Deux cas de typhus récurrent traités et guéris par l'arsenobenzol.

Revue médicale de l'Est. — (N° 15, 1er août 1911.) L. Spillmann et J. Benech : La syphilis à la clinique de la Maison de Secours pendant l'année 1909-1910.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1911.) Vincent : Etude critique sur la coxalgie et mise au point de quelques travaux sur le traitement. — Gaudier et Bertein : L'ostéomyélite du sacrum. — Argaud et Piollet : Sur une forme particulière d'épithélioma primitif du vagin [épithélioma glandulaire primitif] (1 fig.). — Martini : Nouveau procédé de prostatectomie périnéale (4 fig.). — J. et A. Bœckel : Des fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires [8 fig.] (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1911.) Crouzon et Richet fils : Pneumococcies pulmonaires ou bronchiques subaiguës et chroniques. — Bret et J. Chalier : Maladie de Raynaud et lésions cardio-vasculaires (étude anatomo-clinique et pathogénique). — Abrami, Kindberg et Cotoni : Syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, lésions prédominantes de l'ovaire. — Mattirolo : Quelques considérations sur les altérations pathologiques des réflexes dans les lésions traumatiques de la moelle (6 fig.).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 29, 22 juillet 1911.) Moure : Sur quelques cas rares de polypes fibro-muqueux. — (N° 30, 29 juillet.) Jacques et Bertemès : Des polypes fibreux du nez. — (N° 31, 5 août.) Laurens : Rétrécissement cicatriciel juxta-bronchique de la trachée. Section ; dilatation. — (N° 32, 12 août.) Sieur et Rouvillois : Cinq cas de laryngostomie. — (N° 33, 19 août.) Raoult : Rééducation de l'ouïe par le procédé électro-phonoïde.

Revue neurologique. — (N° 13, 15 juillet 1911.) Mattirolo : Altérations de la motilité et de la sensibilité à topographie radiculaire dans un cas de ramollissement de la substance grise de la moelle (2 fig.). — Bouchaud : Traumatisme du nerf facial gauche. Paralysie flasque des muscles du front avec conservation des réactions électriques. Parésie légère. Contracture et mouvements spasmodiques des autres muscles.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 31, 3 août 1911.) Pfeiffer et Trunk : Sur la nature chimique de la tuberculine. — Haskwec : Sur l'action de l'extrait thyroïdien. — Lenk : Leucémie aiguë et diabète insipide dans l'état thymico-hypoplastique. — Neumann : Sur les crises trichopilaires dans le tabes. — (N° 32, 10 août.) Porges : Sur l'intoxication par les acides en pathologie humaine. — Stiefler : Contribution à l'opération de Förster. — Glaser : Contribution à l'étude de la stérilisation par la lumière ultraviolette. — Cecikas : Contribution à l'étude de l'immunité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 104. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 14 SEPTEMBRE 1911. — N° 104.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alglave, Sauvage, Monthus, Pagniez, Comte, Ribadeau-Dumas, Desmarest (qui acceptent) et Grégoire (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

— Liste des candidats :

Candidats militaires (43). — 1. MM. Aureille, Binet (Pierre), Bourgoin, Canox, Cantegril, Charpentier (Jean), Collette, Couraud, Debray, Dujardin,

11. Engelbach, Fombeure, Fresney, Gay, Ginesty, Gustin, Huas, Jarraud, Kurzenne, Langagne,

21. Laporte, Leblanc, Lignac, Linard, Luneau, Magnac, Marchand, Martin, Merlin, Michon (Charles),

31. Nicolas, Paturet, Pecker, Pinel, Plantin, Prunier, de Rymon, Seguin (Auguste), Souplet, Vercier,

41. Vincent, Wallet, Woirin.

Première moitié. — *Première série* (100). — 1. MM. Abrial, Ackermann, Adam, Adler, Agnel, Alardo, Allamagny, Alliot, Alterman, Anasiewicz,

11. Andréoli, Apchin, Arcé, Arion, Mlle Aronson, MM. Auger, Aulagnier, Aysaguer, Mlles Badilquès, Bagot,

21. MM. Barbé, Bardy, Barny de Romanet, Barreau, Barrière, Barrieu, Barry, Basset, Bavachi, Baye,

31. Bazert, Beaudequin, Beaussillon, Mlle Beauvais, MM. Béhague, Bellon, Belz, Benoit, Mlle Ber, MM. Bergeret,

41. Bernard (P.), Bernard (R.), Bernardin, Béroul, Berthon, Mlle Bertin, MM. Bertrand, Bessan, Bethoux, Beugnot,

51. Bigot, Billey, Binet (Alfred), Blamoutier, Blankstein, Mlle Blechmann, MM. Bliteau, Blondet, Blot, Mlle Blumenfeld,

61. MM. Bocage, Boisnier, Boissier, Bœda, Bœgner, Boiteux, Bonnamour, de Bony de Lavergne, Bordier, Borrien,

71. Botelho, Bouchard, Bouchez, Bouchut, Boudot, Boulay, Boulot, Boulva, Boussin, Boutarel,

81. Boutelier, Boyer, Bozonet, Mlle Braïlovsky, MM. Brawarsky, Breitmann, Breton, Briand, Brocheré, Brousse,

91. Bruant, de Brun du Bois-Noir, Bucquet, Buffet, Bureau, Burnand, Cabantous, Cabouat, Cadet, Caillet (André).

Deuxième série (100). — 1. MM. Caillet (Louis), Calas, Calvet, Capoulade, Cappelle, Caracache, Caracostea, Cardot, Caroly, Castéra,

11. Cavaillès, Cerf, Chabanier, Chamboissier, Chamorro, Chapotel, Charbonnier, Charpentier (René), Chataignon, Châtellier,

21. Chaumereuil, Mlle Chauveau, MM. Chauvel, Chazallet, Chirol, Chopinet, Chrétien, Clément, Coffin, Colombet,

31. Combourieu, Conan, Cornudet, Coste, Coudy, Couinaud, Coulaud, Crantin, Creuzot, Crocquefer,

41. Cruchand, Cyrot, Daban, Dalsace, Dariau, Dartiguenave, Daspres, Dautheuil, Davigo, Davila,

51. Dayras, Deboutière, Defiol, Deguiry, Deguy, Delage, Dell'Amore, Mlle Demadières, MM. Demarne, Demouy,

61. Mlle Deuniel, MM. Dinoël, Derricy, Deschamps (J.-L.), Deschamps (P.-P.-N.), Deschildre, Desfarges, Designole, Dessert, Devauchelle,

71. Djismedjian, Doubrère, Doumer (A.-A.), Doumer (E.-E.), Dramez, Dubois, Dubourg, Dubuisson, Dubs, Ducas,

81. Duchon, Duclos, Ducomet, Duhamel, Dupret, Dupretz, Durand, Duriau, Eisenstein, El-Chafei,

91. Eloy, Enriquez, Ernst, Esseca, Eudes, Eusèbe, Exintaris, Faiveley, Fanton d'Andon, Farrugia.

Troisième série (72). — 1. MM. Fauchay, Faure, Favreau, Favrel, Fernagut, Féron, Ferreri, Ferriot, Feuillié, Feyler,

11. Filleul, Flammarion, Flick, Flot, Foch, Folley, Forest, Forgeron, Forget, Fornairon,

21. Foubert, Fouchard, Fourneau, Frelezeau, Mlle Fremte, M. Fricker, Mlle Gaïtz, MM. de Galard, Gally, Ganachaud,

31. Gand, Gardès, Garnier, de Gaudart d'Allaines, Mlle Gayon, MM. Gellé, de Gennes, Gérard, Gerschenovitsch, Ghica,

41. Gibout, Mlle Gillot, MM. Ginestet, Girard, Giraud, Girardin, Gisclard, Godard, Mlle Gœrtz, MM. Goubert,

51. Gourdin, Granet, Grasset, Grellety-Boisviel, Grille, Grimaldi, Gromier, Gruas, Mlle Guerchoune, MM. Guérin,

61. Guillaume (A. M.), Guillaume (A. C.), Guillot, Guilloux, Gur, Mlles Harel, Hartmann, M. Heitz, Mlle Herment, MM. Hervouët,

71. Hezard, Hinault. *(Voir la suite, p. 1512.)*

DE L'EFFET CURATEUR IMMÉDIAT
DE
LA RACHICENTÈSE DANS UN CAS DE COMA
PAR INSOLATION

Par P. GASTINEL et P. MEAUX SAINT-MARC,
Internes des hôpitaux de Paris.

La ponction lombaire a été très fréquemment pratiquée dans les différentes formes du coup de chaleur.

Les auteurs (1) se sont tous attachés à décrire les types cytologiques différents que l'on peut observer et qui sont sous la dépendance de l'intensité des phénomènes et du moment plus ou moins tardif où la ponction est faite.

Ils ont tous également signalé le soulagement qui résultait des évacuations lombaires, mais ce n'était là qu'une constatation faite au cours de recherches ayant un but uniquement cytologique.

Nous n'avons pas connaissance de cas où, pratiquant la ponction pour son seul effet thérapeutique, elle ait été faite au moment même de l'accident.

Nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint de coma par insolation et de lui faire immédiatement une rachicentèse. Nous avons pu en noter l'effet immédiat, soudain, qui s'est produit pendant l'écoulement même du liquide.

Cette constatation nous semble de quelque intérêt dans l'histoire de la pathogénie du coup de chaleur.

* * *

Observation. — D..., trente ans, est amené dans le service du docteur Belin, à la Charité, le jeudi 13 juillet, à trois heures et demie.

Nous le trouvons ayant perdu complètement connaissance, le facies vultueux et cyanosé, les ailes du nez dilatées traduisent une dyspnée marquée, la respiration est suspirieuse.

Les pupilles sont en myosis. Le corps est couvert de sueurs.

L'insensibilité est absolue; il est impossible de faire sortir le malade de la torpeur dans laquelle il est plongé.

Les membres, complètement inertes, présentent quelques secousses convulsives.

Les réflexes sont normaux.

Le pouls bat à 90, il est plein, fort, donnant l'impression d'être très nettement hypertendu.

La température est à 38 degrés.

Il n'y a pas d'émission spontanée de l'urine.

Les agents qui accompagnaient le malade disent qu'il est tombé sur la voie publique alors qu'il effectuait des livraisons et qu'il circulait, nu-tête, au début de l'après-midi.

Diagnostiquant un accident d'insolation, nous pratiquâmes immédiatement la ponction lombaire. Elle donna issue à un liquide qui s'écoula en jet, semblant très fortement hypertendu; il était absolument clair, limpide; on en a retiré 25 centimètres cubes.

Dès que le liquide commence à s'écouler, le malade sort de sa torpeur, fait des mouvements, prononce quelques paroles et se plaint d'une légère douleur au moment où l'on retire l'aiguille.

Quelques instants après, le malade recouvrait l'usage complet de ses facultés.

La torpeur de ses membres avait disparu, il n'avait plus aucune obnubilation intellectuelle et ne conservait qu'une légère céphalée.

Une demi-heure après son entrée à l'hôpital dans le coma, il exprimait le désir de quitter la Charité, pouvant d'ailleurs aller et venir normalement.

Par prudence, nous l'avons, malgré lui, gardé jusqu'au lendemain matin dans le service, et il partit ne présentant plus aucun signe de l'accident de la veille.

Notons qu'après la ponction lombaire le pouls a perdu de sa plénitude et de sa force, battant à 76.

L'interrogatoire de ce malade suffit à nous prouver qu'il s'agissait évidemment d'un accident dû à la chaleur.

Il ressentit d'abord un violent mal de tête, un état vertigineux, des bourdonnements d'oreille et tomba sans connaissance sur la voie publique.

Dans son passé on ne trouve aucun antécédent pathologique si ce n'est quelques symptômes d'alcoolisme.

Le malade fut revu le 17 juillet; il allait très bien, vaquant à ses occupations normales et nous dit avoir seulement conservé une légère douleur de tête le jour de sa sortie de l'hôpital.

Revu encore le 19 juillet, il ne présentait aucun symptôme anormal et aucune trace de son accident du 13.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Le liquide céphalo-rachidien, fortement hypertendu, était clair, d'une limpidité absolument normale; il présentait un léger louche d'albumine par la chaleur et réduisait normalement la liqueur de Fehling.

Après centrifugation prolongée, on ne put trouver aucun élément cellulaire.

* * *

Tel est le fait. Nous voyons qu'une simple évacuation céphalo-rachidienne abondante (25 centimètres cubes) a suffi pour faire disparaître dans un temps maximum de trente minutes tous les phénomènes présentés par le malade. Il a suffi même des quelques minutes pendant lesquelles s'écoula le liquide pour produire une véritable « résurrection »; le malade, plongé dans le coma le plus absolu, se mettant à parler et à se mouvoir.

* * *

L'action brutale des rachicentèses est une chose connue dans tous les cas où il s'agit d'accidents sous la dépendance manifeste d'une hypertension céphalo-rachidienne.

On sait ce que l'on peut attendre de la ponction dans les tumeurs encéphaliques, et d'une façon générale dans les syndromes d'hypertension cérébrale. C'est alors l'appareil de la vision qui, le plus souvent, est le témoin de cet effet subitement curateur.

Il existe de même au cours des hypertensions artérielles déterminées par des causes variables, des phénomènes amblyopiques qui peuvent brusquement rétrocéder pendant l'écoulement même du liquide rachidien.

(1) Dopter. Le liquide céphalo-rachidien dans le coup de chaleur, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 déc. 1903. — De Massary et Lian. Insolation et syndrome méningé, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 fév. 1907. — R. Dufour. Les résultats de la ponction lombaire dans l'insolation. *Revue neurol.*, 30 mars 1909.

Un de nous (1) a eu, avec son maître le docteur Ravaut, l'occasion d'insister sur ces faits.

De même des accidents auriculaires (vertiges, bourdonnements) peuvent brusquement céder par la ponction chez les hypertendus (2).

Enfin, au cours des réactions méningées dans les pyrexies, au cours des méningites dites séreuses (Quincke) et des états méningés aseptiques, il existe un état d'hypertension céphalo-rachidienne que la ponction amende nettement.

Par analogie, l'action brutale d'une seule rachicentèse dans le coup de chaleur, pratiquée quelques instants après le début de l'accident, semble bien prouver qu'il s'agit dans ce cas de phénomènes d'hyperémie intense amenant une hypertension intraméningée rapprochant, à leur phase initiale au moins, les accidents du coup de chaleur de certaines formes de méningite séreuse.

PHARYNGOSPASME

SYMPTOME INITIAL D'UNE PNEUMONIE

Par M. LAFFORGUE,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

On connaît la péricardite à forme hydrophobique, s'accompagnant, soit à son début, soit en cours d'évolution, de phénomènes dysphagiques. C'est une forme devenue classique depuis Gendrin. Mais il ne semble pas que le spasme du pharynx ou de l'œsophage ait été souvent signalé comme symptôme initial d'une pneumonie. A ce titre, l'observation suivante nous semble offrir quelque intérêt.

B... entre à l'hôpital Desgenettes le 22 février 1910. Rien à noter dans ses antécédents ; pas de nervosisme appréciable. Pas de troubles nerveux du jeune âge ou de l'adolescence. Malade depuis huit jours, il a présenté pendant cette période de la courbature, des douleurs lombaires, de la céphalée, et un vomissement alimentaire unique dans la journée du 21. A la visite du 23, la température est à 38°4, le pouls à 96, mais le sujet accuse depuis la veille un symptôme qui l'impressionne vivement : lorsqu'il essaie d'ingérer du bouillon ou du lait, il éprouve dans la région du cou, au niveau de l'os hyoïde, une sensation de constriction pénible qui empêche les liquides de passer, et ceux-ci refluent en grande partie par le nez. A part ces troubles de la déglutition qui se renouvellent à chaque tentative d'ingestion, le sujet accuse de la dyspnée avec une douleur thoracique constrictive qu'il localise dans la région rétro-sternale. A l'examen de la gorge, on ne constate qu'un peu de rougeur avec hypertrophie légère des amygdales ; le voile du palais se contracte de façon normale, et ce n'est pas une paralysie de cet organe qui peut expliquer le reflux des liquides. Nous faisons boire le malade devant nous : les liquides passent à peu près correctement, mais au prix d'efforts très douloureux ; la pénétration se fait de façon très lente, très progressive ; B... est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois (8 ou 10 pour une petite gorgée de liquide), comme si le passage de ces quelques gouttes correspondait à l'ouverture et à l'occlusion alternantes d'un orifice resserré. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'un spasme du pharynx ou de l'œsophage, plus probablement du pharynx, en raison du siège haut situé de la sensation constrictive ; ce spasme, permanent la veille et pendant la nuit précédente, cède par intermittences depuis quelques heures. Quelle en pouvait être l'origine ? L'examen de la poitrine ne révèle rien de net. Nous notons cependant un certain degré de tympanisme, sans exagération des vibrations, dans la région moyenne et inférieure du poumon gauche en arrière. En présence de cette dysphagie, le péricarde est soigneusement examiné ; on n'y constate ni frottement, ni souffle, ni ébauche de galop, ni éclat particulier du deuxième bruit pulmonaire. De même, on ne trouve aucun symptôme pleural manifeste. L'expectoration, peu abondante, mais spumeuse, adhérente et safranée, peut faire songer à un foyer d'hépatisation ; mais l'auscultation ne parvient pas à le déceler et seul, le tympanisme postérieur gauche permet d'en soupçonner l'existence dans le poumon de ce côté. Le diagnostic demeure en suspens, quand le sujet est pris, sous nos yeux, d'un frisson violent qui dure une demi-heure. La température s'élève progressivement à 39°5, 40 degrés, 41°2, chiffre qu'elle atteint le soir. A ce moment, le pharyngospasme et la douleur rétro-sternale se sont atténués ; malgré l'élévation de la température, le sujet accuse un bien-être marqué par rapport à son état du matin. En même temps, les signes pulmonaires se précisent. Au poumon gauche, un peu au-dessus de la zone tympanique précitée, on note, dans la fosse sous épineuse, près de la colonne vertébrale, un foyer peu étendu où l'on perçoit de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone et une ébauche de respiration soufflante. Du même côté, skodisme au sommet en avant. Pouls 124, de tension 14. Péricarde normal. Pas de troubles digestifs marqués. Foie non hypertrophié. Rate non perceptible. Urines sans sucre ni albumine. Pas de phénomènes nerveux.

Le lendemain, les signes pulmonaires sont stationnaires, mais le spasme a complètement disparu. Tous les symptômes s'amendent rapidement les jours suivants, et le cinquième jour, après quelques oscillations de la courbe thermique, le malade entre en convalescence.

Dans ce cas, c'est bien la phlegmasie pulmonaire que l'on peut invoquer à l'origine du pharyngospasme. En effet, nous ne relevons chez notre sujet aucune autre cause infectieuse ou toxique susceptible de le produire ; nous ne trouvons aucune lésion viscérale, en particulier du pharynx, du larynx, de l'estomac ou de l'œsophage qui puisse être incriminée. Et d'ailleurs, la sédation du spasme alors que la pneumonie passait de sa phase prodromique à sa période d'état plaide dans le même sens. Par quel mécanisme la pneumonie a-t-elle produit un phénomène aussi anormal ? Il ne semble pas douteux que le spasme du pharynx soit dû en pareil cas à une excitation du récurrent ou de certaines de ses branches efférentes par le processus phlegmasique. L'agent de l'excitation était-il le foyer d'hépatisation lui-même, très voisin, comme nous l'avons vu, de la ligne médiane et du hile pulmonaire ? Faut-il invoquer une adénopathie trachéobronchique aiguë, contemporaine de la pneumonie ? Cette seconde hypothèse cadre mal avec la fugacité du spasme. Nous incriminerions plutôt une réaction de la plèvre

(1) P. Ravaut, Gastinel et Velter. De l'effet de la ponction lombaire sur certaines amblyopies, *Gaz. des hôpit.*, 24 juin 1909. — *La Rachicentèse* (Œuvre médico-chirurgical, n° 60). Paris, Masson.

(2) Babinski. Traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 avril 1903. — Lumineau. *Ponction lombaire dans le traitement des troubles auditifs*, Th. de Paris, 1903. — Mollard. *Traitement du vertige labyrinthique par la ponction lombaire*, Th. de Paris, 1909. — G.-A. Weill, Barré et Gastinel. *Soc. d'oto-rhino-laryngol. de Paris*, juillet 1909.

médiastine au voisinage du foyer d'hépatisation. Quand on se reporte à la thèse de Bourceret (1) sur la péricardite à forme hydrophobique, on voit que les malades chez lesquels on observait de la dysphagie présentaient presque toujours, outre l'inflammation du péricarde, une phlegmasie de la plèvre ou du médiastin. « Si un malade atteint de péricardite, dit Bourceret, est pris de dysphagie, on peut sûrement affirmer que la pleurésie ne va pas tarder à se révéler ». Or, quand une pleurésie se révèle par des signes physiques appréciables, c'est qu'elle évoluait déjà sournoisement depuis un temps notable, sous forme de pleurésie latente inaccessible à nos moyens d'investigation. Dans les observations de Bourceret, n'est-ce point précisément cet acte pleural, à évolution insidieuse et latente, qu'il faut incriminer à l'origine des troubles dysphagiques ? Bien suggestive à cet égard est l'observation II du travail de Bourceret, due à l'obligeance de M. Landouzy, alors chef de clinique du professeur Hardy. Dans ce cas, le sujet est pris une première fois de pleuro-péricardite et il existe à ce moment de la dysphagie; puis les phénomènes s'amendent et, après cette accalmie momentanée, il y a une recrudescence de péricardite; cette fois, la dysphagie fait défaut. Enfin la pleurésie survient et la dysphagie réapparaît de nouveau. Cette façon de concevoir la filiation des phénomènes rendrait plus facile l'interprétation pathogénique de la dysphagie. Dans son remarquable travail, Bourceret incrimine le phrénique. « Le phrénique excité, enflammé, dit-il, agit sur la moelle qui est dans un état de tension excessive et les impressions normales ou anormales transmises par le pneumogastrique ou par le phrénique lui-même, déterminent des réflexes que l'on n'aurait pas sans cet état préparatoire de la moelle. » Cette opinion est basée sur des constatations anatomo-pathologiques et sur des recherches expérimentales fort intéressantes. Mais si l'inflammation de la plèvre médiastine se retrouvait toujours à l'origine des accidents, ne serait-il pas plus simple et plus plausible d'incriminer une irritation directe des filets du récurrent qui se distribuent au pharynx ? Quelle que soit l'hypothèse valable, le fait clinique demeure et il présente un certain intérêt pratique.

Notre cas nous a paru d'autant plus intéressant à relater qu'il s'agissait d'une pneumonie primitivement centrale. On sait quelles difficultés on éprouve parfois à découvrir et à localiser de pareils foyers d'hépatisation. Pour ce diagnostic de localisation, nous attirons de nouveau l'attention sur la valeur de deux signes. L'un, bien connu à l'heure actuelle, en particulier grâce aux travaux de de Brun, est le tympanisme périphérique qui accompagne le foyer pneumonique central et qui serait susceptible de le masquer à un observateur non prévenu.

L'autre, capable de suppléer dans une certaine mesure à la radioscopie quand celle-ci n'est pas possible, peut être perçu par une auscultation méthodique de la voix dans tous les étages de la poitrine. Si l'on fait compter le malade et qu'en même temps on promène son oreille de haut en bas sur toute la hauteur du thorax, vient un moment où l'oreille est en quelque sorte surprise, sur un territoire peu étendu, par un changement subit et notable dans le retentissement de la voix. A la transsonance vocale ordinaire se substitue, sur une étendue de quelques centimètres carrés, une « bronchophonie étouffée » très caractéristique, qui permet de localiser de façon suffisamment approximative le foyer hépatisé. Dans le cas particulier, ce signe nous a permis de dépister de façon assez précoce le siège du mal, alors que le pharyngospasme orientait le diagnostic vers d'autres voies.

Si rares que soient de pareils faits, il est utile de savoir que le spasme du pharynx peut constituer, à lui seul, le symptôme initial d'une pneumonie.

(1) Bourceret. *De la dysphagie dans la péricardite et en particulier dans la péricardite à forme hydrophobique*, Th. de Paris, 1877.

ANALYSES

MÉDECINE

Le typhus exanthématique. [Herzen (de Tanger). *Rund. für Med.*, 10 juin-17 juin 1911.] — C'est une étude très complète du typhus exanthématique, tel qu'il existe au Maroc à l'état endémo-épidémique. Il ne semble pas que l'eau joue un rôle quelconque dans la *propagation* de l'affection ; pour qu'il y ait contagion, il faut qu'il y ait contact direct; le plus souvent, comme l'a bien montré M. Nicolle, la contagion se fait par l'intermédiaire du *pou de corps*, ce qui explique la fréquence de ce typhus chez les gens vivant au milieu de la saleté, dans les quartiers insalubres.

L'*incubation* de l'affection dure de huit à dix jours ; l'*invasion* s'annonce par une fièvre très élevée, une céphalée intense, du délire ; la langue est saburrale, la face congestionnée, les conjonctives injectées, la constipation est de règle et les urines sont presque toujours albumineuses, pas de vomissements ni d'épistaxis ; vers le troisième jour apparaît du catarrhe des voies respiratoires ; l'état typhique est alors absolument caractéristique.

Vers le cinquième jour apparaît l'*éruption*; elle débute par les parties latérales du thorax et s'étend graduellement en trente-six heures ; elle est constituée par des taches rosées, petites papules s'effaçant par la pression ; la température atteint 40 et 41 degrés.

Subitement du onzième au treizième jour se produit la *défervescence*, sous forme de crise, avec décharge urinaire et chute brusque de la température.

La *convalescence* est assez rapide ; elle est marquée par de la lassitude, des douleurs, quelques troubles psychiques, la chute des cheveux, etc.

Les *formes cliniques* observées sont le typhus simple, non compliqué, et le typhus compliqué (infections surajoutées, forme hémorragique, typhus pétichial).

Le *pronostic* est toujours réservé, la mortalité est en moyenne de 16 à 20 p. 100.

Le traitement doit tout d'abord être un traitement *prophylactique* ; il faut essayer de se débarrasser totalement des poux du corps dans les milieux infectés ; les médications utiles sont les boissons abondantes légèrement alcoolisées, la balnéothérapie, les tonicardiaques ; depuis quelque temps l'on essaie la *sérothérapie* par injection de sérums de convalescents, méthode qui paraît donner des résultats encourageants.

L. Babonneix.

Etude clinique et thérapeutique des rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. (L. Sencert. *Arch. des malad. de l'app. digestif*, mars et avril 1911.) — Nous nous contenterons de citer les conclusions de cet important travail, dont il est impossible de résumer, même dans leurs grandes lignes, tous les développements.

1° *Le rétrécissement est franchissable* (sans ou avec œsophagoscope). Le traitement indiqué est la dilatation progressive sur toutes ses formes, l'électrolyse, l'œsophagotomie interne œsophagoscopique. Si le rétrécissement est indilatable, on fera la gastrostomie.

2° *Le rétrécissement est infranchissable.* Le traitement de choix est la gastrostomie suivie de la dilatation sans fin établie de haut en bas ou de bas en haut. Si malgré la gastrostomie, ni le cathétérisme direct ni le cathéterisme rétrograde ne permettent de franchir le rétrécissement, on fera une gastrostomie large suivie de sondages rétrogrades.

Si cependant on se trouve dans l'alternative ou d'accepter une fistule gastrique définitive, ou de tenter un traitement opératoire du rétrécissement, on se résoudra à ce dernier si la dénutrition progresse.

Si *le rétrécissement est cervical*, on pratiquera l'œsophagotomie externe, suivie ou non d'œsophagoplastie. Si le rétrécissement est *thoracique*, on tentera l'œsophago-gastrostomie transpleurale. Si le rétrécissement est très étendu la seule opération est l'œsophago-jéjuno-gastrostomie.

Mais heureusement dans l'immense majorité des cas, les méthodes intra-œsophagiennes auront raison des rétrécissements les plus serrés. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Quelques problèmes de chirurgie gastro-intestinale. (John T. Finney. *Journ. amer. med. Associat.*, vol. LVI, 3 juin 1911.) — La technique des opérations gastro-intestinales a atteint une telle perfection qu'on n'hésite pas plus maintenant à faire une gastro-entérostomie qu'une appendicectomie à froid. On fait des gastro-entérostomies pour les affections intestinales et gastriques les plus disparates, un peu au petit bonheur, parce qu'on sent qu'au point de vue opératoire les risques sont minimes. Les résultats définitifs ne sont pas toujours bons. Le problème le plus difficile en chirurgie gastro-intestinale n'est plus celui de la technique, c'est celui du diagnostic. Particulièrement dans la classe des soi-disant neuroses gastro-intestinales, il y a une foule de cas qu'on ne sait point diagnostiquer, ni expliquer, et partant pas traiter. Il n'y a pas de neurasthénie sans cause, pas plus dans l'abdomen qu'ailleurs. Ce mot n'est qu'une étiquette pour masquer notre ignorance,

Finney relate un certain nombre de cas intéressants de ce genre : dans le premier, il s'agissait d'une femme atteinte de ptose abdominale qui avait subi nombre d'opérations : opérant pour symptômes gastriques qui semblaient justifier une gastro-entérostomie, Finney trouva un allongement considérable du côlon transverse dont les flexuosités semblaient remplir l'abdomen, le côlon descendant et l'anse sigmoïde participant aussi dans la dilatation. En plus, il y avait dilatation considérable de la première portion du duodénum avec amincissement et flaccidité des parois. Le reste de l'intestin grêle était aplati. Finney réséqua tout le côlon transverse, angles hépatique et splénique y compris, fit une anastomose latérale entre les deux bouts et une duodéno-jéjunostomie complémentaire. Tous les troubles digestifs disparurent. Dans un second cas, Finney fit avec grand avantage une résection du cæcum et du côlon jusqu'à l'angle splénique. Dans un troisième, il enleva tout depuis le cæcum jusqu'à l'anse sigmoïde et fit une iléo-sigmoïdostomie; guérison avec accroissement rapide de poids.

Ces trois cas étaient des soi-disant neurasthéniques gastro-intestinaux types. Finney attire l'attention particulièrement sur un syndrome qu'il a fréquemment observé depuis quinze ans, et qui est bien défini dans sa première observation ; une dilatation avec amincissement considérable des parois du duodénum avec pylore béant, associée à une dilatation avec allongement du côlon. Jusqu'à présent, il n'a pu trouver d'explication satisfaisante. Le pancréas montre généralement les lésions décrites comme caractéristiques de la pancréatite chronique. Ochsner invoque l'influence d'un sphincter formé par un épaississement des fibres circulaires du duodénum; cela ne peut guère satisfaire l'esprit. D'autres invoquent une légère compression chronique exercée par les vaisseaux mésentériques. Si cela était, la gastro-entérostomie devrait guérir cette maladie ; il n'en est rien. Finney croit que la clef du problème se trouve dans l'idée de Metchnikoff sur le rôle du gros intestin ; la stagnation et la toxémie étant favorisées par certaines conditions mécaniques, acquises ou congénitales. Les résultats du lavage du gros intestin par une fistule cæcale ou appendiculaire dans les cas de stagnation marquée le confirment pleinement dans cette manière de voir. L'étude des soi-disant névroses gastro-intestinales est encore à faire. F. GARDNER.

Lésions de la moelle due à la rupture d'un disque intervertébral pendant un effort musculaire. (George S. Middleton et John H. Teacher. *The Glascow med. Journ.*, vol. LXXVI, n° 1, juillet 1911, p. 1.) — Il s'agit d'un homme de trente-huit ans qui en soulevant de terre, pour la poser sur un banc, une grosse barre de fer, ressentit un craquement dans son dos. Il put se tenir debout et regagner péniblement sa maison. Une heure après il fut obligé de se coucher, ses jambes ne pouvant plus le porter, et à cause de douleurs atroces dans le dos. Ces douleurs allèrent en augmentant, et de la rétention d'urine et des matières survint. Admis le troisième jour à l'hôpital il présentait déjà des lésions de decubitus acutus, une paraplégie flaccide complète avec perte des réflexes et de la sensibilité. Décès seize jours après l'accident. L'autopsie montre qu'on ne peut trouver extérieurement ou intérieurement aucune lésion osseuse de la colonne vertébrale. La moelle présente une zone de ramollissement au niveau de son renflement lombaire, avec infiltration sanguine. L'examen microscopique montre qu'à ce niveau la moelle présente un ramollissement très prononcé surtout vers les parties centrales où elle atteint presque la nécrose.

On trouve dans le canal rachidien, situé en dehors de la dure-mère entre la douzième vertèbre dorsale et la première lombaire, une masse de tissu fibreux dur qui fait une saillie au niveau de la lésion médullaire. L'examen microscopique montre qu'il s'agit de la partie centrale d'un disque intervertébral. Les auteurs pensent que c'est la luxation de ce disque, produite au moment de l'effort qui est la cause de la lésion de la moelle. Les mouvements faits dans la suite par le malade n'ont pu qu'augmenter la compression et l'hémorragie intra-médullaire. Les auteurs ont essayé de reproduire la lésion expérimentalement. Ils ont vu qu'avec une force de compression peu importante on arrivait à faire faire hernie dans l'intérieur du rachis, à un disque intervertébral. En augmentant la pression dans un cas ils ont pu reproduire la lésion.

En recherchant dans la littérature on ne trouve aucune observation analogue ; dans un cas de Kocher cependant, où le malade tombé d'une grande hauteur présentait des lésions multiples, on note à l'autopsie un écrasement et luxation du disque intervertébral entre la première et la deuxième lombaire, mais la moelle paraissait intacte.

Les auteurs pensent cependant que c'est peut-être de cette manière que se produisent certains cas d'hémorragies médullaires à la suite d'efforts, dont l'explication est actuellement obscure. M. LANCE.

MÉDECINE INFANTILE

Adénopathie trachéo-bronchique et hypertrophie du thymus. (M. Aviragnet. *Soc. de pédiatrie*, 21 mars 1911.) — L'auteur veut s'efforcer de démontrer que la symptomatologie,

considérée comme pathognomonique de l'hypertrophie thymique, se rencontre dans d'autres affections notamment dans l'adénopathie trachéo-bronchique. Ainsi l'on répète que le *stridor* est *inspiratoire* dans l'hypertrophie du thymus, alors qu'il *serait expiratoire* dans l'adénopathie : lorsque l'adénopathie provoque la production d'un spasme glottique, le stridor devient alors également inspiratoire. De même il est classique de répéter que la dyspnée et le tirage s'exagèrent dans la position couchée, s'il s'agit d'hypertrophie du thymus ce qui ne s'observerait pas dans l'adénopathie : en opposition avec ces faits, l'auteur rapporte une observation d'adénopathie nette, avec dyspnée, exagérée dans la position couchée : en forme de conclusion, l'auteur ajoute que le diagnostic de l'hypertrophie du thymus n'est pas aisé, et qu'en raison de la rareté des accidents dus à un thymus hypertrophié, il serait plutôt tenté de faire jouer à l'adénopathie médiastine un rôle prépondérant dans la production de certains spasmes glottique ou laryngo-bronchique. L. BABONNEIX.

Tuberculose verruqueuse et rupiacée de tout un membre inférieur, consécutive à une lésion osseuse du premier métatarsien. (A. Trèves et G. Schreiber. *Arch. de méd. des enfants*, mai 1911.) — Il s'agit d'une tuberculose cutanée intéressant tout le membre inférieur droit : cette tuberculose cutanée est intéressante par son aspect *papillomateux* au niveau du pied, *gommeux* au niveau de la jambe, *rupiacé* au niveau de la cuisse, par l'extension des lésions et surtout par leur origine osseuse confirmée par la radiographie.

L'origine osseuse des tuberculoses de la peau n'est pas rare, mais elle est souvent méconnue. L'origine osseuse a été signalée par Ollier et par Adenot (de Lyon). C'est au niveau du pied que les lésions papillomateuses se rencontrent le plus souvent, parfois mais plus rarement à la main ou sur un autre point du squelette. En ce qui concerne l'extension des lésions, elle paraît se propager suivant les lymphatiques, bien que les ganglions du membre ne soient pas eux-mêmes très malades.

Il faut signaler également les heureux effets du traitement radiothérapique. L. BABONNEIX.

L'indice respiratoire dans l'insuffisance nasale de la seconde enfance. (Merklen. *Bull. Soc. de pédiatrie*, mai 1911.) — Sous ce nom il faut entendre le chiffre qui détermine la différence entre l'inspiration maxima et l'expiration maxima, et par suite le degré d'élasticité des poumons. D'une série de recherches très intéressantes pratiquées par cet auteur il résulte que la diminution de l'indice respiratoire chez certains enfants peut témoigner d'une inaptitude à respirer par le nez, véritable insuffisance nasale fonctionnelle ; d'autre part la constatation d'un indice respiratoire normal chez des enfants porteurs de lésions du cavum prouve que chez certains sujets on n'est pas autorisé à conclure des dimensions de périmètre du thorax à sa capacité.

En résumé il n'est pas illogique de comprendre les modifications de l'indice respiratoire parmi les symptômes de l'insuffisance nasale, mais il serait imprudent de considérer l'abaissement de cet indice, comme autre chose qu'un signe de *présomption ou de probabilité*. L. BABONNEIX.

SYPHILIGRAPHIE

La transmission de la syphilis au lapin au moyen d'une culture pure de spirochètes issus de l'homme. (Hoffmann. *Deut. med. Woch.*, 24 août 1911, n° 34, p. 1.549.) — Noguchi a publié récemment qu'il est parvenu à inoculer la syphilis dans le testicule de lapins au moyen de cultures pures de spirochètes issus, non de l'homme, mais de lésions syphilitiques de lapins.

Depuis deux ans Hoffmann, ainsi que Mühleus, était parvenu à cultiver le spirochète de la syphilis sur sérum de cheval-agar ; mais jamais ses cultures n'avaient provoqué de syphilis expérimentale.

Récemment il a employé une méthode nouvelle d'inoculation. Il a pris une culture pure de spirochètes sur sérum-agar, issue de lésions humaines et a écrasé cette culture avec un peu de bouillon de façon à en faire une bouillie assez épaisse, juste assez fluide pour pouvoir être aspirée dans une seringue et injectée. Il a inoculé 2 ou 3 centimètres cubes de cette bouillie dans le testicule de jeunes lapins.

Chez ces animaux survenait alors un gonflement et une inflammation vive des testicules qui rétrocédait rapidement. Deux de ces lapins inoculés de cette façon depuis sept semaines, ayant commencé à se cachectiser rapidement, on les sacrifia ; à la coupe, les testicules gonflés se montrèrent transformés en un tissu lardacé, blanc rougeâtre, riche en suc. L'examen ultramicroscopique de ce suc y montra un grand nombre de spirochètes très mobiles, absolument identiques à ceux de la syphilis. De petits fragments de ces testicules furent portés dans des tubes de sérum de cheval gelifié. Au bout de cinq jours s'était développée une culture abondante de spirochètes.

Hoffmann attribue le succès de ses inoculations à la grande masse de micro-organismes injectés. A. LEMIERRE.

LIVRES NOUVEAUX

L'Homicide en pathologie mentale (1), par le docteur D. Vladoff.

L'homicide est certainement l'un des actes, réputés criminels, qui, presque toujours de nature morbide, trouvent leur origine et leur explication dans la pathologie mentale. En clinique comme en psychologie, il n'a que la valeur d'un symptôme réactionnel, conséquence plus ou moins logique d'un désordre intellectuel ou affectif ; il n'est qu'un trouble de l'activité en relation étroite avec des états soit de perversion, soit d'affaiblissement des facultés psychiques.

L'acte homicide, dans son ensemble, c'est-à-dire envisagé avant, pendant et après son accomplissement, offre des modalités variées, dont il emprunte les éléments psychopatiques essentiels aux différents syndromes mentaux au cours desquels il se montre. Il est donc juste de parler d'une véritable pathogénie de l'homicide.

C'est cette étude, basée sur la clinique, qu'a entreprise le docteur Vladoff dans ce livre. Il envisage ainsi l'homicide successivement dans les états délirants chroniques plus ou moins systématisés ou aigus, à base d'illusions, d'hallucinations et de confusion, puis dans les états démentiels, les états maniaques, impulsifs et passionnels, dans ceux dits états seconds, enfin dans les états constitutionnels de la dégénérescence, des perversions instinctives et de la folie morale.

Si tous ces cas permettent aux psychologues et aux cliniciens de mettre sans cesse en valeur les rôles si grands que jouent l'hérédité similaire ou dissemblable, la prédisposition individuelle et le milieu dans lequel se forme et grandit le psychopathe, tous aussi soulèvent d'incessants problèmes médico-légaux et sociaux, à la solution desquels le psychiatre doit apporter la plus large contribution. « Dans la pratique, les questions de terrain et de milieu passent au second plan : pour que le sujet, dit l'auteur, soit considéré comme un malade, il importe qu'il ait des troubles psychiques présents, immédiats qui jugent le degré de sa responsabilité en matière d'homicide, comme en toute autre variété de réactions nuisibles. »

Il serait faux de venir répéter toujours que ces notions d'irresponsabilité pénale sont dangereuses pour la société, qu'elles entravent l'action de la justice et que la conception psychiatrique, c'est-à-dire scientifique du crime et du criminel affaiblit la répression. « La répression en effet, comme l'écrit

(1) In-8 de 370 pages. — Paris, A. Maloine.

excellemment le docteur Legrain dans la préface de ce livre, prend une autre forme, elle s'humanise et se justifie mieux, elle est plus juste au sens de l'équité », elle abandonne délibérément toute idée de châtiment, mais elle enferme le délinquant parce qu'il est dangereux et parce que la société a le droit de se défendre.

Ce livre est une bonne synthèse, riche d'observations; c'est de la clinique, c'est-à-dire de l'enseignement par les faits. La lecture en sera aussi attrayante et utile aux magistrats et aux philosophes qu'aux médecins. P. CAMUS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DEUXIÈME MOITIÉ. — *Première série* (100). — 1. MM. Hoquard, Mlle Hourvitz, MM. Hyvernaud, Ill, Isch-Wall, Iscovesco, Jacob (E. F. E.), Jacob (M. L.), Jacquelin, Jacquemin-Guillaume,

11. Jacques, Jacquet, Jalbaud, Jaouen, Jeanjean, Joffroy, Jorand, Jouet, Jouisse, Journeault,

21. Jousselin, Mlle Kahn, MM. Kahn, Kaminer, Klébansky, Kleinmann, Kœrner, Kotsovos, Mlle Kouriansky, MM. Kouteschveller,

31. Labarraque, Mlle Labeaume, MM. Labro, Lacroix, Ladroitte, Laffaille, Laffin, Lafond, Lafont-Rapnouil, Lagrange,

41. Lamarche, Lange, Lapidus, Latombe, Laurent (L. E. J.), Laurent (M. J. L.), Laurent (P. F. L.), Laurent (P. T.), Lauret, Mlle Lauriol,

51. MM. Lautmann, Lavaux, Lavier, Lebègue, Mlle Le Bouëdec, Le Chaux, Leclerc, Le Cocq, Ledrain, Lefèvre,

61. Lehmann, Lehuche Léonet, Lepelletier, Lermoyez, Leroux, Leroy, Mlle Le Soudier, M. Lévesque, Mlle Lévy,

71. MM. Lewinsohn, Liautard, Lombard, Lozès, Luca, Magnillat, Maisonnave, Majnoni d'Intignano, Malespine, Maliniack,

81. Malon, Manceau, Manteau, Marceron, Mlle Margoulis, MM. Marquand, Marquézy, Martinez, Maupoix, Maurice,

61. Medvédeff, Mekler, Ménétrier, Merlier, Michon (L. M. J. F. D.), Migot, Mineur, Modiano, Montlaur, Movre.

Deuxième série (100). — 1. MM. Morand de la Perrelle, Mordagne, Moreau, Morel, Morice (A. M. G. E. E.), Morice (R. H.), Morlot, Mornard, Moutard, de Moüy,

11. Mouzon, Nantet, Nast, Nazim, Nelze, Neyret, Nougaret, Oddo, Odinet, Oudinot,

21. Panas, Para, Pariot, Paris, Parisot, Pasquier, Patel, Pautré, Payen, Pelbois,

31. Pelletier, de Peretti della Rocca, Périer, Périllaud, Perrier, Perrin, Perrussel, Petetin, Picard, Pidoux,

41. Piédelièvre, Pierre, Pierson, Pigney, Pignol, Pinalie, Pineau, Plait, Plotkine, Poisson,

51. Pollet, de Pontich, Pouget, Pourcher, Poy, Pradeilles, Pradignac, Prévot, Prieur, Proust,

61. Puchois, Quénum, Raoul, Mlle Raousouk, M. Raout, Mlle Rappoport, MM. Ravina, Raynier, Réal, Rémouit,

71. Renard (J. P. V.), Renard (L. P. E.), Mlle Riskin, MM. Rival, Rivalier, Roberti, Roch, de Rohan-Chabot, Rollin, Mlle Romanet,

81. MM. Roubakine, Rouffiat, Roullaud, Roullé, Roullet, Rousseau (C. M. E.), Rousseau (J. H.), Royer, Mlle Rozanoff, MM. Ruelle,

91. Ruppe, Sabadini, Sagot, Saint-Martin, Sakka, Salanier, Salase, Salinière, Samoyeau, Sarazin.

Troisième série (71). — 1. Mme Schechter née Revoutzky, MM. Schlatter, Schlesser, Schwarzfeld, Sédillot, Séguin (P. L.), Selter, Semelaigne, de Siéramski, Simeray,

11. Simon, Soret, Soubaigné, Souchay, Soupault, Mlles Soupraskaïa, Stakevitch, MM. Sthème de Jubécourt, Suarez de Mendoza, Surun,

21. Suyeux, Taberlet, Mme de Tannenberg née Corot, MM. Taphanel, Tchaouch Oglou, Tesseyré, Testevuide, Tétard, Thébaut, Théodoresco,

31. Thévenot, Thiellé, Thinh, Thomas (J. A. O.), Thomas (F. M. M.), Thouvenot, Thoyer, Thuau, Tissot, Touchard,

41. Tounissont, Tournay, Traill, Mlle Troszynski, MM. Tzancoff, Uzan (Emile), Uzan (Michel), Vachet, Valiadis, Vallée,

51. Vallot, Vanneufville, Vasilescu, Veaux, Veil-Picard, Verger, Mme Vérillotte, Mlle Verrier, MM. Viateau, Vidal, Vignard, Vigneron, Vignon, Mlle Vinokour, MM. Viollet, Voisin, Voyer, Waisberg, Winter, Mlle Wischniak,

71. Mlle Zvigoul.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE de Saint-Pétersbourg en 1910 a désigné Berlin comme lieu de sa prochaine réunion en 1912 et M. E. Bumm comme son président. Un Comité d'organisation composé de MM. Doderlein, Mangiagalli, A. Martin et V. Ott est adjoint à M. Bumm. Le secrétaire général est le docteur E. Martin, 18, Artilleriestrasse, à Berlin. La Société allemande de gynécologie, dans sa dernière réunion à Munich, a accepté l'invitation à participer à ce Congrès et a promis son concours. Le Comité d'organisation a fixé la durée du Congrès du 29 au 31 mai à Berlin. On a choisi comme question à l'ordre du jour la péritonisation. D'autres travaux sont en préparation. Toutes les Sociétés gynécologiques nationales ont déjà adhéré. La Société espère que les confrères spécialistes de tous les pays voudront bien répondre à son appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

DÉFINITION. — L'adénopathie trachéobronchique est tout particulièrement intéressante à étudier chez l'*enfant*; elle y représente en quelque sorte en effet, suivant l'expression de M. le professeur Hutinel, le nœud de la question si vaste et si difficile de la *tuberculose infantile*, ce qui nous fait prévoir, d'ores et déjà, la place prépondérante occupée par ce facteur étiologique, dans l'histoire de cette affection ; *aussi* aurons-nous surtout en vue, dans la description qui va suivre, l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant.

Néanmoins, nous énumérerons rapidement les diverses autres affections qui peuvent déterminer l'adénopathie trachéo-bronchique, chez l'enfant comme chez l'adulte, en même temps que nous envisagerons les différents problèmes pathogéniques que soulève cette question. Nous étudierons ensuite les multiples expressions cliniques de cette adénopathie, nous efforçant spécialement d'attirer l'attention sur certaines formes à symptômes frustes, qui sont de beaucoup les plus importantes à dépister, en raison de leur extrême fréquence d'abord, puis de leurs rapports étroits avec une tuberculose à son début. Il nous restera à discuter le diagnostic de cette affection, et à en indiquer enfin le pronostic et le traitement.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Toutes les infections broncho-pulmonaires peuvent s'accompagner d'adénopathie trachéo-bronchique, pneumonie, broncho-pneumonie, coqueluche (Guéneau de Mussy), il en est de même de certaines infections générales (rougeole, fièvre typhoïde, oreillons, angines). Ces affections déterminent des adénites inflammatoires aiguës.

Parmi les affections chroniques s'accompagnant d'adénopathie, il faut signaler toutes les pneumoconioses (anthracose, chalicose, siderose, etc.), les pseudo-tuberculoses; les adénopathies chroniques s'observent encore dans la syphilis, la leucémie, les tumeurs ganglionnaires, soit primitives, le lymphadénome, le lymphosarcome, soit secondaires, cancer par extension de voisinage de l'œsophage, des poumons, de la plèvre.

Mais c'est la TUBERCULOSE qui est de beaucoup la cause la plus fréquente de l'adénopathie chronique, et l'on peut dire (*loi de Bühl*), qu'il n'y a pas, chez l'enfant, de tuberculose, aiguë ou chronique, sans adénopathie trachéobronchique.

L'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse est très souvent consécutive à une tuberculose du *poumon* ; elle le serait même d'une manière constante d'après Parrot (*loi de Parrot*) : le ganglion est le miroir du poumon ; la lésion pulmonaire peut être minime, mais un examen attentif montre presque toujours, en cas d'adénopathie, un chancre d'inoculation au niveau du poumon, preuve de grande valeur permettant d'affirmer le rôle prépondérant de l'inhalation

comme voie de contamination élective de la tuberculose pulmonaire. Dans certains cas cependant, la loi de Parrot paraît être en défaut, et Pizzini a pu tuberculiser des cobayes en leur inoculant des ganglions sains en apparence provenant de sujets ne présentant aucune lésion pulmonaire.

Comment dans ces cas se serait effectué l'envahissement des ganglions ? Marfan suppose que le bacille de Koch peut traverser le parenchyme pulmonaire sans laisser de trace, ainsi que l'ont démontré, pour l'intestin et les ganglions mésentériques, Cornil et Dobroklonsky; l'adénopathie serait parfois la conséquence d'une tuberculose des amygdales (Dieulafoy), ou d'une forme larvée de tuberculose pharyngée (Lermoyez). Longtemps on a fait jouer un rôle important aux *végétations adénoïdes* : s'il est exact que les végétations coexistent souvent avec l'adénopathie, il est bon de rappeler cependant que des recherches récentes de Nobécourt ont montré que les végétations adénoïdes étaient loin d'être toujours fonction de tuberculose.

Récemment M. Calmette a soutenu l'*origine intestinale*, presque exclusive de la tuberculose pulmonaire, avec étape intermédiaire au niveau des ganglions mésentériques et trachéobronchiques. Sans rappeler les discussions que cette théorie a soulevées, disons que la majorité des auteurs, tout en en reconnaissant le bien fondé pour quelques cas, se refusent à la généraliser à toutes les tuberculoses pulmonaires et persistent à accorder une part infiniment plus importante, à l'infection par voie aérienne ; c'est là la conclusiou de MM. Hutinel, Comby, Escherich, Guinon, Küss; d'ailleurs la discussion n'est possible qu'en ce qui concerne les ganglions juxta-trachéaux, car l'adénopathie des petits ganglions qui accompagnent les bifurcations bronchiques est à peu près toujours superposable à des lésions pulmonaires, véritables *chancres d'inoculation.*

Parmi les causes prédisposantes on a invoqué l'hérédité ; en réalité, ce qui importe plus que l'hérédité, c'est la contagion du petit enfant dans un milieu tuberculeux; il faut insister sur le rôle tuberculisant de certaines affections (rougeole, coqueluche), retentissant pour leur propre compte sur les ganglions, y favorisant ainsi, soit la greffe du bacille, soit le réveil d'un foyer latent; enfin la syphilis favorise considérablement le développement de ces adénopathies; c'est là un fait intéressant sur lequel M. Sergent a récemment insisté, avec beaucoup de raison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Rappelons brièvement, tout d'abord, la topographie et la description des ganglions trachéo-bronchiques. Depuis la thèse de Baréty, il est classique de distinguer parmi eux, un *groupe pré-trachéobronchique droit*, situé dans l'angle formé par la trachée et la bronche droite, en rapport surtout avec la veine cave supérieure, la crosse de l'aorte, le pneumogastrique, l'artère pulmonaire; un *groupe pré-trachéobronchique gauche*, en rapport avec l'aorte et le récurrent; un *groupe intertrachéobronchique* en rapport avec les veines pulmonaires, l'azygos, l'œsophage; enfin un *groupe péribronchique* qui comprend le groupe extrêmement important des ganglions qui accompagnent les bronches dans le poumon. Ces divers ganglions peuvent être le siège de toutes les variétés de réactions anatomiques qui sont l'apanage du système ganglionnaire en général: nous ne pourrons toutes les envisager ici, aussi nous réservons-nous d'étudier spécialement les lésions tuberculeuses qui sont, de beaucoup, les plus fréquentes et les plus intéressantes.

a. ADÉNITES SIMPLES. — S'il s'agit d'adénites simples, les ganglions sont gros, rouges, de consistance molle; le passage à la suppuration est exceptionnel; plus souvent se fait le passage à la chronicité, les ganglions deviennent blanchâtres, durs, scléreux; à la phase aiguë, il n'est pas rare de rencontrer à leur niveau, du pneumocoque, du streptocoque, etc.

b. ADÉNITES CHRONIQUES : 1° *non tuberculeuses.* — Parmi les adénopathies chroniques non tuberculeuses, il faut signaler les adénites *syphilitiques*, *leucémiques*, les tumeurs primitives ganglionnaires, *sarcomes* et *lymphosarcomes*, remarquables par la rapidité de leur développement, leur volume souvent énorme, et leur généralisation; ces tumeurs se présentent sous la forme de masse lardacée ayant la forme d'un cône, dont la base répond au hile, et le sommet plonge en plein parenchyme; il ne faut pas les confondre avec les adénopathies qui accompagnent les tumeurs de voisinage (cancer du poumon, de l'œsophage).

2° *Adénites tuberculeuses.* — Il est classique de répéter, avec M. Comby qu'il est fréquent de rencontrer de volumineux ganglions à l'autopsie d'enfants n'en ayant présenté aucun symptôme, alors que l'on n'en trouve souvent pas lorsque le diagnostic d'adénopathie avait été posé; une telle conclusion, provient sans doute de ce que l'on ne tient pas, dans l'interprétation des faits, assez compte de la tuberculose des ganglions qui accompagnent les bronches à l'intérieur du poumon; il faut soigneusement les rechercher, en suivant les ramifications bronchiques; ces ganglions sont en général peu volumineux, ils dépassent rarement le volume d'une noisette, alors qu'au contraire les ganglions qui entourent le hile, lorsqu'il en existe, forment une masse énorme. Cette constatation de ganglions hypertrophiés tuberculeux doit toujours se compléter par la recherche des *lésions pulmonaires* concomitantes.

D'une manière générale, les ganglions sont de plus en plus gros à mesure que l'on se rapproche du hile, et les lésions variées dont ils sont le siège, représentent en quelque sorte, les diverses étapes de la tuberculose de l'enfance. Hutinel et Vitry décrivent trois aspects principaux à ces ganglions : a. *ganglions tuberculisés partiellement*, la masse ganglionnaire présente à la coupe un aspect bigarré, par places elle est rose comme dans les inflammations banales, ailleurs elle présente des traînées d'anthracose, enfin en certains points on voit de petits tubercules jaunâtres, caséeux, très rares, et qui échappent souvent, si l'on se contente d'un examen superficiel; b. *ganglions caséifiés en totalité*, il ne reste plus de parenchyme pulmonaire à la coupe, le ganglion offre l'aspect du *marron cuit*; c. *ganglions ramollis*, le ganglion devient un véritable kyste à coque épaisse, fibreuse résistante à contenu crémeux, grumeleux. Ce kyste ganglionnaire peut se rompre : le plus souvent l'ouverture se fait dans le poumon et il en résulte une *caverne ganglionnaire*, l'ouverture peut se faire dans la plèvre (pleurésie purulente); une communication peut s'établir entre la plèvre et une bronche (pneumothorax); plus exceptionnellement l'ouverture se fait dans l'œsophage ou un organe voisin. Le ganglion peut s'infiltrer de sels calcaires, se scléroser; c'est le processus de guérison, assez rare chez l'enfant; au microscope il est facile de déceler au début des follicules typiques et des bacilles.

Lésions de voisinage. — Il importe d'insister tout spécialement sur les lésions de voisinage que ces ganglions enflammés provoquent au niveau des organes du médiastin; ces lésions, comme les symptômes cliniques qu'elles provoquent, ne sont nullement en rapport avec le volume de l'adénite, mais dépendent essentiellement de la périadénite fibreuse, cicatricielle; signalons tout spécialement la compression de la trachée, l'ulcération de la trachée, et des bronches; les *lésions pulmonaires* qui dépendent de l'adénopathie trachéo-bronchique, sont l'*emphysème*, dû à la compression bronchique, la carnification et l'atrophie secondaire. M. le professeur Hutinel insiste plus spécialement, en outre, sur la fréquence de lésions banales des bronches et du poumon (bronchites, congestion, bronchopneumonie, gangrène pulmonaire même parfois), conséquence de troubles vaso-moteurs et trophiques liés à des altérations nerveuses, constantes; ces altérations nerveuses très fréquentes, bien étudiées par Meunier, consistent en des lésions mixtes de névrite parenchymateuse et interstitielle, et siègent sur le pneumogastrique (surtout le droit), le récurrent, le phrénique.

On notera parfois la compression de la veine cave supérieure, des vaisseaux pulmonaires; très exceptionnellement s'observera une péricardite tuberculeuse résultant de l'ouverture dans le péricarde d'un ganglion ramolli.

Telles sont les différentes variétés anatomiques de l'adénopathie trachéo-bronchique; à dessein nous avons été bref sur la description des adénopathies cancéreuses leucémiques syphilitiques qui ne présentent pas ici un intérêt bien spécial.

(A suivre.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 8, août 1911.) BÉRILLON : La pathologie des Aztèques d'après leurs ex-voto (17 ill.). — POZZI : Le jardin des serpents (5 ill.). — ENCAUSSE : Les Aïssaouahs (6 ill.).— RABIER-LABICHE : Une visite au docteur P.E. Colin graveur (11 ill.). — LAURENT-PONCET : Le musée du professeur Lannelongue à Castéra-Verduzan (3 ill.). — MARIE : Quelques risques de la profession médicale (5 ill.). — HERBERT-WARD : Cannibalisme (7 ill.).

Archives de médecine des enfants. — (N° 9, sept. 1911.) NOBÉCOURT et MERKLEN : Les fonctions rénales au cours des néphrites de l'enfance. — CHENGUELIDZÉ : Les crèches en Russie.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, sept. 1911.) ARNAUD : De l'entraînement physique dans l'armée (*fin*). — BORDEREAU : Angine de Ludwig mortelle. — APARD et RIVAY : Otite chronique suppurée gauche, mastoïdite, abcès du cerveau.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1911.) MATHIEU : La distention aiguë de l'estomac avec occlusion duodénale ; le rôle de l'aérophagie dans la pathogénie. — DIÉNA : Sur l'absorption par le gros intestin. — WASSERTHAL : Un cas de polycythémie rouge, maladie de Vaquez, aux symptômes dyspeptiques prédominants.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 août 1911.) PATER : L'opothérapie hypophysaire.

Bulletin médical. — (N° 66, 26 août 1911.) MÉRIEL : Kyste hématique de l'arrière-cavité des épiploons (pseudo-kyste). — DE GAULEJAC : Fièvre puerpérale et érysipèle. — (N° 67, 30 août.) HUTINEL : Les médiastinites chroniques chez l'enfant. Médiastinites inférieures. — (N° 68, 2 sept.) ROCH : La lipomatose discrète.

Clinique. — (N° 33, 18 août 1911.) RAGNAL : Sur un nouveau procédé de rhinoplastie avec armature métallique. Technique. — DÉJERINE : La claudication intermittente de la moelle épinière. — LAURÈS : Syndrome confusionnel consécutif à une tentative de suicide par submersion. — GUILLON : Lèpre et droit des gens. — MARION : Les indications du traitement dans les calculs rénaux. — VARIOT : Polyclinique. I. A propos de l'asymétrie des seins. II. Hypotrophie et rachitisme. III. Un cas de cyanose paroxystique. — PAUCHET : Traitement des kystes hydatiques du foie. — EHRLICH : La thérapeutique par le salvarsan. Coup d'œil rétrospectif de perspective.

Echo médical du Nord. — (N° 36, 3 sept. 1911.) MOTY : Du traitement chirurgical de la dysenterie. — J. VANVERTS : Pleurésie purulente diaphragmatique, limitée à une partie de l'espace pleuro-diaphragmatique. Syndrome péritonéal. Troubles mentaux.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 36, 3 sept. 1911.) F. LALESQUE : Les injections d'eau de mer isotonique dans les affections eczémateuses. — Pierre NADAL : Physiologie générale du nager chez l'homme (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (25 août.) GUÉPIN : Traitement conservateur de l'hypertrophie prostatique sénile.

Lyon médical. — (N° 36, 3 sept. 1911.) A. CHALIER et A. JALIFIER : Recherches sur les organes du pédicule rénal.

Marseille médical. — (N° 17, 1er sept. 1911.) GUÉRIN-VALMALE et VEYSSIÈRE : Syphilis congénitale et salvarsan. — P. FIOLLE : La voie coccy-périnéale. — Jean-Marie MARTIN : Les bureaux de santé de la ville de Tarascon pendant les épidémies de peste de 1628 à 1629, 1640, 1650 et 1720-1721.

Montpellier médical. — (N° 33, 13 août 1911.) P. DUPAS : Le procédé en vanne dans l'opération de l'ectropion (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 1er août 1911.) SELLHEIM : Rapports de la tuberculose avec les organes génitaux de la femme. — HIRSCHFELD : Substances vaso-constrictives dans le sérum dans le rachitisme, la tétanie, la diathèse exsudative. — WEICHHARDT : Preuve visible de l'antigène in vitro. Réaction de l'épiphanine. — GÖRL : Recherches röntgenologiques sur la théorie de la menstruation. — BIRK : Sur la question de l'alimentation des nourrices. — HÖRDER : Prophylaxie et traitement de la blennorrhée oculaire des nouveau-nés. — GRÜBER : Statistique des affections peptiques de l'estomac ; l'œsophage et l'intestin. — HEUKE : Quelques remarques sur l'action du salvarsan dans la syphilis du larynx. — MAUN : Accident grave après le salvarsan. — FRIED : Déplacement du larynx par rétraction du sommet du poumon droit. — MAUN : Contribution à l'étude des hémorragies pulmonaires. — LEEDE : Sur le phénomène de la scarlatine de Rumpel-Leeds. — MEYER : Le nouveau pavillon pour chirurgie thoracique à l'hôpital allemand de New-York. — LEFMANN : Sur la technique des injections salines. — KRECKE : Sur la fréquence et le diagnostic des troubles causés par l'hypersécrétion du thyroïde. — WACKER et SCHMINKE : Recherches expérimentales sur la genèse des proliférations épithéliales atypiques.

Normandie médicale. — (N° 17, 1er sept. 1911.) Maurice GALLOUEN : Traitement des fractures obliques de jambe. — La France existera-t-elle encore dans cinquante ans ?

Paris médical. — (N° 39, 26 août 1911.) GILBERT : Des ictères acholuriques simples. Un cas d'ictère chronique splénomégalique. — MILIAN : La réactivation biologique de la réaction de Wassermann. — MINET et LECLERCQ : L'anaphylaxie en médecine légale. — CLAISSE : Les bains de mer. — LEDENT : La gymnastique suédoise (essai d'une définition, ses caractères).

Pédiatrie pratique. — (N° 25, 5 sept. 1911.) MARFAN : Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma des nourrissons. — CASSOUTE : Rapport sur l'œuvre des nourrissons de Marseille. — H. L. ROCHER et DANTIN : Deux cas de décollement traumatique de l'épitrochlée.

Presse médicale. — (N° 67, 23 août 1911.) NÈGRE et RAYNAUD : La valeur de la séro-réaction de Wright dans le diagnostic de la fièvre ondulante ou melitococcie. — MARTINET : Comment il faut prescrire le sulfate de soude.

Progrès médical. — (N° 35, 2 sept. 1911.) TISSOT : La pachyméningite cérébrale hypertrophique.

Province médicale. — (N° 35, 2 sept. 1911.) ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD et Max COUDRAY (d'Alger) : Etat méningé marquant le début d'une fièvre typhoïde (méningo-typhus sans infection méningée). — PÉHU (de Lyon) : L'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez le nourrisson.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1911.) KLIPPEL et CHABROL : Recherches expérimentales sur la tuberculose du pancréas (avec fig.). — SÉZARY : Notation graphique des signes stéthoscopiques pulmonaires (avec fig.).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alglave, Sauvage, Monthus, Pagniez, Comte, Ribadeau-Dumas, Desmarest (qui acceptent) et Chevrier (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

— Modifications à la liste des candidats à l'Externat :

Ajouter aux candidats militaires, MM. Boussin, Cornudet, Dupretz, Durand, Frelezeau, de Gennes, Jousselin, Petetin, Veil-Picard, et les retrancher de leurs séries respectives.

Retrancher également M. Billey, qui renonce à concourir.

En conséquence :

La *première moitié, première série* (100) se termine à M. Calas, inclus.

La *première moitié, deuxième série* (100) va de M. Calvet inclus à M. Fernagut inclus.

La *première moitié, troisième série* (67) va de M. Féron inclus à Mlle Hourvitz incluse.

La *deuxième moitié, première série* (100) va de M. Hyvernaud inclus à M. Moreau inclus.

La *deuxième moitié, deuxième série* (100) va de M. Morel inclus à M. Schwarzfeld inclus.

La *deuxième moitié, troisième série* (66) va de M. Sédillot inclus à Mlle Zvigoul.

GUERRE. — Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire : *A Madagascar.* — Les médecins-majors de première classe : Au rég. de tirailleurs malgaches à Tamatave, M. Foutrein. — Au 1er tirailleurs malgaches à Tananarive, M. Damian. — A l'hôpital secondaire de Majunga, M. Ascornet.

Médecin aide-major de première classe : Au 1er tirailleurs malgaches à Maintirano, M. Nénon.

En Afrique occidentale. — Médecins aides-majors de première classe : Au poste de Bandiagara, M. Enault. — Au poste de Kiffa, M. Caillet. — A l'hôpital de Dakar, M. François.

En Afrique équatoriale. — Médecin aide-major de première classe : En activité hors cadres au Gabon, M. Rivière.

— Autorisation de prolongation de séjour. *En Indo-Chine.* — Médecins-majors de deuxième classe : M. Gauducheau, en activité hors cadres à l'institut vaccinogène du Tonkin ; M. Haelewyn, en activité hors cadres, à Battambang, au Cambodge ; M. Nédélec, en service au Tonkin, récemment affecté au 2e d'infanterie coloniale à Brest.

Médecins aides-majors de première classe : M. Guiselin, en service au Tonkin, récemment affecté au 3e d'infanterie coloniale, à Rochefort ; M. Popp, en service au Tonkin ; M. Dubalen, en activité hors cadres au Cambodge ; M. Blain, en service au Tonkin, récemment affecté au 6e d'infanterie coloniale, à Brest.

En Afrique équatoriale. — M. Rivière, en activité hors cadres au Gabon, récemment affecté au 3e d'infanterie coloniale, à Rochefort.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-sixième semaine, 937 décès au lieu de 802 pendant la semaine précédente, et au lieu de 776, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 103, au lieu de 84 pendant la semaine précédente (moyenne 41).

La rougeole a causé 11 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 54 (au lieu de 51 précédemment et au lieu de la moyenne 41).

La coqueluche a causé 5 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 4).

La diarrhée infantile a causé 104 décès de 0 à 1 an, au lieu de 83 pendant la semaine précédente (moyenne 58).

1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (2 cas nouveaux ont été signalés par les médecins).

RIZIÈRES, MALARIA ET PISCICULTURE. — Les poissons dévorent des quantités de larves d'anophèles, aussi, à ce que nous apprend le *Bulletin de l'Institut international d'agriculture* (mars 1911), a-t-on songé à élever des carpes dans les 200000 hectares de rizières de la vallée du Pô où règne la malaria.

Le prix d'achat des alevins est en moyenne de 4 à 5 francs par hectare, et cette dépense est encore légitimée par le fait que la culture du riz semble elle-même se trouver fort bien de l'élevage des carpes. Les rizières où elles ont été placées donnent en effet 5 à 6 quintaux par hectare de plus que les autres.

G. L. H.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boulle (de Saint-Valérien, Yonne) ; Gorron (de Rochefort) ; Thorel (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

VENTE après décès du docteur CHARPENTIER, médecin aliéniste, à Montmorency, rue des Chesneaux, 98, près la gare d'Enghien, à la requête de M. MALLARD, administrateur, par le ministère de M. Henri DELAN, greffier :

Le dimanche 17 septembre 1911, à 2 heures : Bureaux, bibliothèques, vitrines, glaces, bahuts, tableaux, bronzes, médailles, bustes, garde-robe, pelisse, salle à manger, salon, chambres.

Le lundi 18 septembre 1911, et mardi, s'il y a lieu, à 2 heures : Instruments de médecine, microscope. Plus de 4 000 volumes de médecine et de chirurgie, collection des thèses 1865 à 1872, dictionnaires de médecine, *Archives générales Physiologie humaine* de Béchard, *Recherches anatomiques* de Borguin, *Œuvres* de Senèque, de Gœthe, de Broca, *Association française pour l'avancement des sciences, Gazette des tribunaux et des hôpitaux, Traités sur les maladies nerveuses et mentales*, etc.

Au comptant, 10 p. 100 en sus.

REVUE GÉNÉRALE

ARTÉRIO-SCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Par M. S. BONNAMOUR,

Ex-interne des hôpitaux,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

L'artério-sclérose n'est pas toujours diffuse ou généralisée. Elle peut surtout, à ses débuts et pendant plus ou moins longtemps, se localiser ou prédominer sur les vaisseaux d'un ou de plusieurs organes profonds, dont la souffrance sera seule à trahir, d'une façon habituellement intermittente, l'existence de cette localisation. C'est ce qui explique la variabilité d'allures et la diversité des syndromes que nous présente cette affection.

Parmi ces syndromes, il en est qui sont de notion commune, comme l'angine de poitrine, la néphrite interstitielle; quelques-uns sont de connaissance plus récente, telle l'artério-sclérose cérébrale et médullaire. Mais il en est d'autres qui n'ont pas encore trouvé place dans les traités didactiques de pathologie. De ce nombre est la localisation de l'artério-sclérose au niveau des vaisseaux de l'estomac et de l'intestin, qui est presque toujours méconnue, car on attribue à d'autres causes les troubles habituellement paroxystiques qu'elle provoque. Elle est cependant loin d'être rare, un certain nombre d'observations ont été publiées, plusieurs théories ont été émises pour expliquer les symptômes observés; aussi nous a-t-il paru intéressant d'en présenter une étude d'ensemble.

Nous n'envisagerons que l'étude de cette localisation même, laissant complètement de côté tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de l'artério-sclérose en général.

I

Historique. — On peut faire remonter l'histoire de l'artério-sclérose gastro-intestinale à 1867, époque à laquelle Leard, dans une étude sur les affections larvées du cœur, avait attiré l'attention des médecins sur les accidents gastriques, violents accès de douleurs gastralgiformes, qui, survenant chez des malades atteints d'une affection aortique, masquent en quelque sorte la lésion du cœur, au point de la faire passer inaperçue. A ce propos, un collègue de Leard, le docteur Broadbend, avait fait ressortir l'analogie qu'offrent avec l'angine de poitrine ces accès angineux à forme pseudo-gastralgique. Plus tard, en 1879, Huchard avait fait cette remarque : « Parfois les phénomènes d'angor pectoris restent frustes pendant des années, et, dans certaines insuffisances aortiques d'origine artérielle, il peut se faire que l'affection de l'aorte, latente pour le malade comme pour le médecin, ne se traduise à l'attention que par des symptômes gastriques intenses, flatulence, dilatation de l'estomac, accidents gastralgiques. »

Mais ce n'est que ces dernières années que furent mises en lumière les relations de certains troubles gastriques et intestinaux avec l'artério-sclérose des vaisseaux abdominaux. Haxenfeld (9), en 1898, a montré le premier que cette localisation était loin d'être rare, et que les artères viscérales abdominales pouvaient présenter des épaississements considérables, sans que les artères périphériques, l'aorte descendante, ni les vaisseaux cérébraux soient atteints au même degré.

Au point de vue gastrique, Huchard (11) en 1899 a isolé une forme particulière d'angine de poitrine à forme pseudo-gastralgique, et a mis en évidence l'existence d'une gastrite interstitielle chez certains artério-scléreux. La discussion est alors ouverte sur la pathogénie de ces crises. Tout d'abord Potain (31) décrit l'aortite abdominale, et lui assigne comme symptômes des crises douloureuses à localisation épigastrique. Puis Carrière (4), Schwyzer (37) incriminent l'artério-sclérose des vaisseaux qui irriguent l'estomac, comme cause des accès gastralgiques des cardiaques. Enfin Buch (3), Grossmann (8), Mathieu et Roux (17) invoquent la névrite du sympathique abdominal.

L'artério-sclérose gastrique peut produire aussi des ulcérations de la muqueuse et Tedeschi (38), Liewin (16), Morichau-Beauchant (19) ont signalé la possibilité d'hématémèses par lésions scléreuses des vaisseaux de l'estomac.

Au point de vue intestinal, ce sont certaines altérations de la paroi et des troubles cliniques jusque-là inexpliqués que l'on a rapportés les uns après les autres à leur véritable cause. Tout d'abord von Schrötter (40) fait rentrer les embolies et les thromboses de l'artère mésentérique supérieure dans le tableau clinique de l'artério-sclérose intestinale; quelques observations, rares il est vrai, en ont été publiées; récemment Parmentier et Chabrol (27) signalent un cas d'infarctus hémorragique par athérome. Puis Mouisset (21) montre que la sclérose très accentuée des artérioles de l'intestin peut être l'origine d'ulcérations intestinales.

Enfin Engelhardt (6), Buch (3), Perutz (29) d'après des observations personnelles et celles de Moritz (20), Neusser (23), Œrtner (25), Kaufmann et Pauli (12), Breuer (2), Rossbach (34), Pal (26), Warburg (41), tracent le tableau clinique des douleurs abdominales des artério-scléreux, en discutant comme pour l'estomac la pathogénie de la douleur, mais en admettant le rôle prédominant de l'ischémie artérielle dans la production de ces crises douloureuses que l'on a comparées aux attaques d'angine de poitrine.

Cheinisse (5), en 1907, dans deux articles de la *Semaine médicale*, a résumé les faits connus d'artério-sclérose gastrique et intestinale.

Plus récemment, Muller (22), au Congrès de Budapest de 1909, a lu un intéressant rapport sur l'artério-sclérose abdominale. Enfin en 1910 Kreuzfuchs (13) a résumé ces divers travaux sur cette localisation de l'artério-sclérose et son assimilation à l'angine de poitrine, et a proposé de lui donner le nom d'angine abdominale.

II

Symptomatologie. — Il y a lieu d'envisager séparément les symptômes propres à l'artério-sclérose gastrique et à l'artério-sclérose intestinale et, dans chacune de ces localisations, les syndromes variant suivant la nature des altérations produites. Il est, en effet, impossible d'en donner un tableau clinique d'ensemble, là comme ailleurs l'artério-sclérose étant essentiellement protéiforme dans ses manifestations.

1° Artério-sclérose gastrique. — L'artério-sclérose gastrique peut coïncider avec l'artério-sclérose généralisée, en particulier avec des lésions cardiaques; elle constitue alors, par son intensité, une forme particulière d'angine de poitrine à forme pseudo-gastralgique individualisée par Huchard. Ou au contraire elle est la localisation unique du processus morbide.

a. *Angine de poitrine à forme pseudo-gastralgique.* — Cette forme clinique, constituée surtout par des troubles fonctionnels de l'estomac à type gastralgique, se rencontre chez des individus atteints d'artério-sclérose, au cours de lésions aortiques d'origine athéromateuse.

Le plus souvent pendant plusieurs années, les symptômes restent frustes : ce sont des flatulences, de la dilatation de l'estomac, des nausées, des vomiturations, quelques douleurs gastralgiques. Schwyzer (37) a observé des cas où le ballonnement gastrique était suivi d'éructations fréquentes. Le ballonnement absorbe en général toute l'attention des malades; ils accusent l'accumulation des gaz d'être la cause de toutes les souffrances qu'ils éprouvent : sensation d'oppression dans la poitrine, et au niveau de l'épigastre, douleur précordiale, dyspnée, etc. Tous ces troubles sont, en effet, presque toujours rapportés soit à la lésion cardiaque, soit à une affection gastrique; des médications diverses sont prescrites, des régimes sévères sont institués; le malade se soumet à des cures thermales variées, mais tout cela sans résultat, jusqu'au jour où un accès douloureux franc, coïncidant parfois avec un accès d'angine de poitrine vraie, et des symptômes d'artério-sclérose généralisée font attribuer ces troubles gastriques à leur véritable cause.

Brusquement un beau jour, le malade est pris de douleurs d'estomac intolérables. Il éprouve la sensation d'un « étau qui comprime violemment la région épigastrique, d'un pieu de fer et de feu qu'on enfoncerait jusqu'à la colonne vertébrale », suivant les expressions imagées d'un malade de Huchard. Parfois le malade éprouve en même temps une sensation d'engourdissement douloureux du bras droit et une sorte d'angoisse particulière. Tous ces phénomènes disparaissent en général rapidement sous l'influence du repos.

Mais la mort peut en être la conséquence, comme dans le cas de Pal (26); le malade criait de douleur, il vomissait; de ses mains convulsées il comprimait l'épigastre; l'abdomen était dur et rétracté, le pouls était rapide et irrégulier, la peau était livide, les extrémités froides, et le malade ne tardait pas à succomber au milieu d'atroces souffrances.

Les causes qui amènent l'éclosion de ces accès sont le surmenage physique, le transport d'objets lourds, une promenade prolongée, l'action de monter un escalier, les excitations morales, les chagrins, la peur, etc. Il est important de faire remarquer que le plus souvent leur apparition est indépendante de l'ingestion des aliments, quelquefois même l'alimentation fait disparaître la douleur (Buch). Ce n'est que dans de rares observations — Grossmann (8) n'en signale que quatre (Kauffmann et Pauli, Breuer, Buch et Œrtner) — où l'influence des repas sur la douleur épigastrique soit signalée. Le plus souvent du reste, la réglementation du régime, la diète ne les modifient en aucune façon.

L'examen du suc gastrique n'a été que rarement pratiqué. Il a donné des résultats contradictoires. Dans un cas de Kaufmann et Pauli, il y avait une quantité anormale d'acide chlorhydrique, dans celui de Buch la quantité de suc gastrique était diminuée, car on retira un peu de chyme épais sans liquide, dans lequel on ne put faire aucune évaluation de l'acidité totale, et dans lequel il n'y avait pas d'acide chlorhydrique. Dans deux observations de Grossmann, le chimisme a été normal chez un malade, a montré de l'hyperchlorhydrie chez l'autre.

b. *Artério-sclérose gastrique isolée.* — Cette forme encore peu connue se manifeste surtout par des gastrorragies.

Quelquefois c'est une surprise d'autopsie, témoin l'observation du professeur Teissier (39) qui trouva, chez une vieille tuberculeuse de quatre-vingts ans, une coronaire stomachique en dégénérescence athéromateuse totale et complètement oblitérée.

Tedeschi (38) a indiqué l'artério-sclérose des vaisseaux gastriques comme simulant parfois l'ulcère de l'estomac.

Liewin (16) a rapporté deux cas d'hématémèses mortelles, où l'autopsie décela l'existence de lésions scléreuses très accentuées des petites artérioles de l'estomac, avec ulcérations multiples de la muqueuse gastrique, en même temps qu'il n'existait que des altérations relativement insignifiantes de l'aorte et des gros vaisseaux.

Sachs (35) a publié l'observation d'un vieillard de soixante-dix ans, qui succomba à une hémorragie gastrique et à l'autopsie duquel on a trouvé, dans le voisinage de la petite courbure, un anévrisme miliaire ouvert au niveau d'une petite saillie de la muqueuse.

Gallard (7), Hirschfeld (10) ont signalé des cas semblables de gastrorragies mortelles causées par la rupture d'anévrismes miliaires des artères de l'estomac. Chez une malade de Widal et Boidin (42), morte huit jours après une hématémèse, l'examen histologique de la muqueuse gastrique montra l'existence d'une endartérite à tendance oblitérante dans une artériole que l'on trouva béante au centre d'une ulcération peu profonde.

2° Artério-sclérose intestinale. — On décrit à l'artério-sclérose intestinale trois formes suivant que

les lésions vasculaires entraînent l'embolie ou la thrombose des artères mésentériques, des ulcérations intestinales ou simplement des douleurs abdominales.

a. *Embolie ou thrombose des artères mésentériques.* — Les dispositions anatomiques étant peu favorables à la formation d'une circulation collatérale, ces accidents aboutissent, le plus souvent, à une nécrose plus ou moins étendue de la muqueuse intestinale, atteignant les couches profondes de la paroi, avec perforation et péritonite consécutives. Cet infarctus d'origine athéromateuse est rare; Gallavardin, dans sa revue générale sur les embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques (1901), n'en réunit que cinq observations de Litten, Labbé, Altmann, Hahn et Halipré.

Cliniquement, le processus s'annonce par des coliques survenant brusquement, des vomissements, de la diarrhée, puis des hémorragies intestinales avec hypothermie et finalement des phénomènes de péritonite.

Parfois, les allures sont moins aiguës, et le processus peut ne se manifester que par une constipation opiniâtre, avec crises douloureuses, localisées au-dessus de l'ombilic simulant l'obstruction intestinale, ou avec des névralgies abdominales intenses [Adenot (1)].

b. *Ulcérations intestinales.* — Ces ulcérations peuvent siéger sur tout l'intestin, aussi bien sur le duodénum [Merkel (18)], que sur l'intestin grêle et le gros intestin; elles prédominent cependant dans cette dernière partie [Mouisset (21)]. De forme arrondie, peu profondes, et taillées comme à l'emporte-pièce, elles sont de dimensions variables, quelques-unes à peine grosses comme une tête d'épingle; d'autres, plus larges, atteignent la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et même d'un franc. Le premier degré de la lésion, précédant la perte de substance est représenté par des plaques de couleur ardoisée et d'étendue variable, molles au toucher et faisant saillie à la surface de la muqueuse.

L'examen histologique montre que l'intestin est atteint de sclérose : toute la paroi intestinale présente des lésions fibreuses et, du côté des artérioles, il existe des altérations d'artérite très accentuée; la lumière des vaisseaux est, en certains points, complètement oblitérée.

Ces ulcérations se manifestent pendant la vie par des selles dysentériques, sanguinolentes, et même par des hémorragies intestinales graves contre lesquelles les lavements chauds n'ont aucune action; ils ne peuvent plus en effet provoquer la contraction des artérioles, les parois de ces vaisseaux ayant perdu toute leur élasticité.

c. *Douleurs abdominales des artério-scléreux.* — Les douleurs abdominales constituent, dans cette forme, le symptôme dominant. Elles se montrent généralement chez des sujets ayant dépassé cinquante ans. Kreuzfuchs (13) en distingue quatre catégories suivant qu'elles coïncident avec une artério-sclérose généralisée avec prédominance des troubles cardiaques, suivant que les troubles cardiaques et les symptômes abdominaux prédominent également, se juxtaposant ou alternant, suivant que les troubles gastro-intestinaux tiennent la première place dans l'ensemble des manifestations d'une artério-sclérose qui n'a pas épargné le cœur et les gros vaisseaux, suivant enfin que ces douleurs abdominales se rencontrent isolément sans qu'il s'y associe le moindre trouble cardiaque.

Survenant par crises, elles se localisent tantôt du côté de l'épigastre et rappellent alors la gastralgie, tantôt dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Elles débutent alors par une sensation de tension abdominale; le ventre se ballonne, sa paroi devient dure comme du bois et résiste à la pression; le diaphragme est refoulé de bas en haut; la dyspnée est violente; la palpation des artères superficielles dénote une augmentation considérable de la pression intravasculaire. Ces accès, au cours desquels les malades éprouvent de fausses épreintes, éclatent habituellement la nuit, peu de temps après le coucher. Leur durée, très variable, peut atteindre plusieurs heures.

Les causes immédiates qui provoquent ces accès douloureux sont, dans la plupart des cas, des efforts physiques plus ou moins considérables, le simple passage de l'attitude debout à la position horizontale, les émotions morales, un repas copieux, ou l'ingestion de mets difficiles à digérer.

La durée de ces crises est variable. En général, après quelques heures, tous les accidents se calment et le sujet revient à l'état normal; longtemps il peut persister quelques sensations pénibles. Parfois cependant les troubles peuvent s'aggraver et le malade meurt dans le collapsus.

Il y a donc là une analogie complète avec ce que l'on observe pour les crises d'angine de poitrine. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir ces accès douloureux coexister, chez le même malade, avec des manifestations de sténocardie, et c'est parfois l'apparition d'une véritable crise d'angor pectoris qui met le praticien sur la voie du diagnostic, en lui permettant de saisir la nature des troubles abdominaux qui ont précédé de longues années l'angine de poitrine [Rosengart (33)].

Les troubles digestifs proprement dits seraient peu marqués et inconstants [Buch (3)]; cependant quelques auteurs insistent sur la fréquence de la constipation habituelle et du météorisme abdominal. Dans quelques cas rares [Teissier (39), Engelhardt (6)], il y a, soit de la diarrhée seule, soit des alternatives de diarrhée et de constipation.

III

Pathogénie. — La pathogénie est différente suivant que l'on envisage les ulcérations, les infarctus ou les douleurs qui peuvent survenir au cours de l'artério-sclérose gastro-intestinale.

1° Ulcérations gastriques et intestinales. — La pathogénie de l'artério-sclérose gastrique et intestinale isolée, produisant des ulcérations de la muqueuse est facile à saisir. Les altérations des vaisseaux et de leurs branches, que l'on a constatées

dans ces différents cas, expliquent suffisamment les lésions des parois organiques auxquelles ils sont destinés. Cependant leur origine athéromateuse a été discutée et l'on s'est demandé si, dans quelques cas tout au moins, une urémie concomitante ne serait pas en cause.

2° Infarctus intestinal. — L'infarctus intestinal s'explique par l'oblitération d'une artère de fort calibre par une plaque calcaire que l'on a constatée dans un certain nombre d'observations. Mais assez fréquemment l'artérite ne porte que sur les petites artérioles et l'on peut se demander avec Parmentier et Chabrol (27) si certains faits mis sur le compte de l'embolie des artères ne peuvent pas être interprétés simplement par de l'ischémie et de la thrombose artérielle. L'athérome des petites ramifications artérielles serait, pour ces auteurs, parfaitement capable à lui seul de constituer une condition suffisante de l'infarctus; l'artérite supprime la contraction vasculaire, adjuvante de l'impulsion cardiaque, la circulation se ralentit; survienne un léger traumatisme, une brusque vaso-constriction, l'artère s'oblitère et la nécrobiose s'ensuit. Du reste, les expériences de Panum et Neutra démontrent que l'obstruction des petites branches vasculaires détermine des lésions d'infarctus.

Pour expliquer la production des infarctus de la paroi intestinale par l'oblitération, deux théories sont en présence :

L'une est la *théorie mécanique de la fluxion rétrograde*, d'après laquelle la congestion veineuse et le reflux passif du sang des vaisseaux portes, souvent hypertendus en pareil cas, facilitent la rupture des capillaires. Cette rupture est d'autant plus rapide que les vaisseaux sont déjà altérés par un défaut d'irrigation.

D'après l'autre, ou *théorie infectieuse*, l'absence d'irrigation entraîne la nécrose de la muqueuse et permet la pénétration des germes septiques dans la paroi intestinale, germes qui remontent la voie lymphatique, envahissent les parois veineuses et produisent par thrombophlébite l'infarctus hémorragique.

Mais, comme le font remarquer Parmentier et Chabrol, ces deux théories, loin de se contredire, se complètent l'une l'autre; car, favorisée par la stase veineuse, l'infection se développe et peut entraîner la complication terminale de l'infarctus, la gangrène, consécutivement à la nécrose aseptique.

3° Douleurs gastriques et intestinales. — Si les auteurs sont à peu près d'accord pour la pathogénie des ulcérations et des infarctus dans l'artério-sclérose gastro-intestinale, par contre de nombreuses discussions ont eu lieu au sujet des douleurs et des crises douloureuses survenant au cours de cette affection. La maladie se produisant dans l'aorte, comment expliquer en effet l'origine de ces douleurs semblant avoir leur siège dans l'estomac ou dans l'intestin? On a incriminé tour à tour, les uns la paroi aortique elle-même, les autres les vaisseaux des parois gastriques ou intestinales ; d'autres enfin les plexus sympathiques périvasculaires.

a. *Théorie de l'aortite.* — Dans leur description de l'aortite abdominale, Potain (31) et Teissier (39) ont bien montré que l'aorte abdominale, dans le cas d'artério-sclérose, est mobile, dilatée, douloureuse, ou du moins très sensible à la palpation. Ils ont attribué les accès douloureux observés dans ces cas et leur irradiation vers l'estomac ou l'intestin, à l'inflammation des tuniques de l'aorte et de ses grosses branches qui irriguent ces organes. Cette aortite serait la cause des douleurs abdominales et des crises paroxystiques, de même que l'aortite de la crosse et l'athérome des artères coronaires sont la cause des crises d'angor pectoris. Moritz (28) explique également la douleur par une dilatation de la paroi aortique. Enfin, pour Nothnagel (24), cette douleur serait causée par une contraction de cette même paroi, une « colique vasculaire, *Gefässkolik* », réaction réflexe de la paroi musculaire des vaisseaux à toute cause d'irritation de la tunique interne enflammée, par conséquent plus facilement excitable, de ces mêmes vaisseaux.

b. *Théorie de la claudication intermittente.* — Ayant trouvé, à l'autopsie de malades qui avaient présenté des crises douloureuses d'angine de poitrine à forme pseudogastralgique, de l'endartérite oblitérante chronique des petites artérioles de la paroi gastrique et quelquefois des plaques d'athérome au niveau du tronc cœliaque [obs. de Pitres (30)], Carrière (4) explique l'apparition de ces accès gastralgiques par la production, au moment d'une surcharge alimentaire, d'une crampe douloureuse de l'estomac, analogue à la crampe douloureuse du cœur dans l'angine de poitrine, à celle du muscle dans la claudication intermittente; il y aurait une véritable claudication intermittente de l'estomac. Cette théorie a été acceptée par Cheinisse (5) et par Schwyzer (37) qui trouva, dans un cas, les artères gastriques presque aussi sclérosées et aussi calcifiées que les vaisseaux coronaires.

On l'a invoquée aussi pour expliquer les douleurs intestinales pouvant survenir en pareil cas : l'ischémie portant sur les vaisseaux intestinaux, surtout accentuée au moment où une activité fonctionnelle plus considérable de l'intestin devient nécessaire, produirait des crampes douloureuses avec paralysie transitoire de tel ou tel segment intestinal et météorisme consécutif. C'est la *intermitterende ischämische Dysperistaltik*, la *dysphagia intermittens angiosclerotica intestinalis* des auteurs allemands. D'après Jaquet (14), ces accès douloureux pourraient coexister avec la claudication intermittente vraie.

c. *Théorie de la névralgie du sympathique abdominal.* — Mais ces deux théories ont été vivement critiquées par Buch (3) et Grossmann (8). Ces auteurs ont tout d'abord fait remarquer au sujet de la soi-disant contraction douloureuse des artères, que si cette contraction était réelle, rien ne prouve qu'elle soit douloureuse; car avec des intoxications par la nicotine par exemple, comme l'a fait Pal (26), on a constamment une contraction des troncs mésaraïques, et cependant l'intoxication nicotinique chez

l'homme n'est jamais accompagnée d'entéralgie. De plus à propos de la douleur de l'aortite abdominale, ils ont montré que le vrai siège de cette douleur résidait dans les cordons du sympathique abdominal; la maladie se passerait à leur niveau, elle ne serait qu'une névrite de ces cordons et de leurs plexus, et si l'aorte était sensible à la pression, elle ne l'était qu'en tant que « porteuse du plexus aortique ».

Au sujet de la théorie de la claudication intermittente, ces mêmes auteurs font également remarquer que, contrairement à ce qu'admet Carrière, l'éclosion des accès douloureux dans la grande majorité des cas n'est pas due à l'ingestion des aliments, qu'elle est due le plus souvent à un effort physique, à une émotion morale, et que, dans quelques cas même, elle était calmée par l'alimentation.

Aussi Buch et Grossmann ont-ils défendu une autre théorie invoquant la névrite du sympathique, théorie admise également par Mathieu et Roux (17). Se basant sur les expériences de Pal, qui, par excitation mécanique des splanchniques, a produit au niveau des vaisseaux abdominaux une contraction des rameaux artériels de petit calibre et une dilatation avec pulsations énergiques des gros troncs, ces auteurs voient, dans les accès douloureux de l'angine de poitrine pseudo-gastralgique où l'on constate l'augmentation de la tension artérielle périphérique, une pulsation violente, une sensibilité exagérée et une dilatation de l'aorte abdominale, l'effet d'une excitation anormale du sympathique, de ses plexus et de ses ganglions.

Mais comment l'artério-sclérose générale produit-elle une névralgie du sympathique abdominal ? Joffroy et Achard, Schlesinger, dans l'artério-sclérose ont montré l'existence de l'artérite et de la périartérite des vasa nervorum. Cette périvascularite explique parfaitement la névrite du sympathique abdominal, de ses plexus et de ses ganglions et la sensibilité à la pression de ses cordons.

L'accès est ainsi facile à comprendre : tout mouvement un peu vif, toute émotion morale, toute cause accélérant les battements du cœur, détermine une fluxion plus énergique vers les artères viscérales sclérosées, moins élastiques que normalement. La conséquence immédiate en est la turgescence, les pulsations plus violentes de l'aorte, et sa dilatation; mais quand les limites de son élasticité, réduites aussi, ont été atteintes, elle se décharge en partie par ses collatérales, vers les vasa nervorum de son trop plein de sang. Et c'est cette fluxion, cette dilatation forcée des vasa nervorum sclérosés qui, excitant, irritant les ganglions du sympathique abdominal, enflammé antérieurement, est perçue sous forme d'hyperalgésie.

Les accès après les repas s'expliqueraient par la compression directe exercée par l'estomac sur le plexus cœliaque, et ceux qui surviennent en position horizontale, par la pression déterminée par le cœur sur le plexus enflammé de l'aorte thoracique descendante et sur les nerfs splanchniques, et par irradiation de cette excitation vers le sympathique abdominal.

Dans les cas d'artério-sclérose sans périartérite, qui sont les plus fréquents, ces conditions pathogéniques n'étant pas réalisées, l'épigastralgie ne se produit pas; c'est ce qui explique la rareté de cette affection.

En somme, cette douleur de nature artério-scléreuse n'aurait rien de commun avec l'estomac, l'intestin et leurs affections, si ce n'est le siège de la douleur. C'est une affection des vaisseaux et secondairement des nerfs de l'abdomen, qui se projette vers l'épigastre; c'est comme le veut Grossmann, une épigastralgie d'origine artérielle.

En résumé, dans l'artério-sclérose gastro-intestinale, il faudrait distinguer deux syndromes en quelque sorte, reconnaissant pour cause première les altérations vasculaires, mais distincts cependant dans leur pathogénie : d'une part des ulcérations, des infarctus ou des hémorragies, qui sont les lésions proprement dites de l'artério-sclérose gastro-intestinale, et d'autre part des douleurs survenant généralement par crises rappelant l'angine de poitrine, qui seraient dues à une névralgie du sympathique abdominal par artérite de ses artérioles, et qui seraient plutôt des troubles gastriques ou intestinaux fonctionnels chez les artério-scléreux.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic des divers accidents de l'artério-sclérose gastro-intestinale se basera tout d'abord sur diverses considérations inhérentes au sujet. Ils s'observent en effet à peu près exclusivement chez des sujets du sexe masculin, ayant dépassé la quarantaine, ayant abusé du tabac, des boissons alcooliques, de la bonne chère, et présentant d'autres manifestations de l'artério-sclérose, soit subjectives (crises d'angine de poitrine), soit objectives (rigidité et sinuosités des artères radiale et temporale, hypertension artérielle, hypertrophie du cœur, renforcement du second bruit, etc.). Ni les prises d'aliment, ni la nature de ceux-ci n'ont une influence quelconque sur le développement de ces accidents.

Dans le cas d'artério-sclérose gastrique, le diagnostic est difficile avec la cirrhose du foie ou le cancer de l'estomac, mais chez un sujet âgé, artério-scléreux, en l'absence de signes de ces deux maladies, on doit penser à la sclérose des artères de l'estomac. Comme moyen de diagnostic avec l'ulcère de Cruveilhier, Raulin (32) indique l'épreuve de la diurétine et du strophantus ; on a affaire à de l'artério-sclérose si les malades, après plusieurs jours de leur emploi, voient disparaître leur douleur, et peuvent, à leur grand étonnement, manger impunément de tous les mets et en grande quantité.

Dans le cas d'artério-sclérose intestinale, le diagnostic peut présenter de très grandes difficultés, et ces troubles peuvent être et ont été confondus avec l'appendicite, la cholélithiase, la colique néphrétique, l'occlusion intestinale. Dans les cas douteux, Buch (3) conseille de recourir ici aussi à l'emploi du strophantus, administré sous forme de teinture à la dose de V à VIII gouttes, répétées trois fois par jour. Sous l'influence de cette médication, les symp-

tômes morbides ne tarderaient pas à s'atténuer toutes les fois qu'il s'agit réellement de troubles d'origine artério-scléreuse.

V

Traitement. — Trois ordres d'indications sont à remplir.

1° Les *indications symptomatiques* tirées des douleurs souvent violentes produites par le spasme des vaisseaux de l'estomac ou de l'intestin. La morphine en injection hypodermique, à petite dose (1 centigramme), en est le principal sédatif. Cependant, de même que les autres narcotiques, elle reste souvent sans effet sur ces crises douloureuses qui sont au contraire justifiables des médicaments que l'on utilise habituellement pour combattre la sténocardie et d'une manière générale les troubles d'origine artério-scléreuse.

Kreuzfuchs (13) recommande d'associer la morphine au camphre, qui a une action toni-cardiaque. Buch (3) préconise surtout la teinture de strophantus et la théobromine. Jaquet (14) a obtenu de bons résultats par l'usage de l'iodure de potassium ou du nitrate de potasse associé au nitrate de soude, mélange dont l'emploi a été recommandé par Lauder Brunton contre l'hypertension artérielle chronique. Mais d'après Raulin (32), les crises intestinales artério-scléreuses seraient calmées surtout par la théobromine, la diurétine ou le strophantus ; ce serait même là un véritable traitement d'épreuve, aucune autre forme de colique ne cédant à l'emploi de ces médicaments.

Enfin les applications chaudes, sous forme de compresses imbibées d'eau chaude, de cataplasmes sur l'abdomen, de boissons chaudes, de lavements chauds (camomille, menthe), aideront à soulager le malade.

2° Les *indications prophylactiques* se rapportent à la suppression de tout ce qui peut concourir à la provocation des accidents. Les fumeurs devront renoncer à l'usage du tabac, les alcooliques à l'alcool. Aux constipés, on prescrira l'usage des lavements, des bains de siège, le massage abdominal, particulièrement réputé comme exerçant une influence inhibitrice sur les accès douloureux, l'usage modéré des laxatifs salins (les purgatifs violents et surtout les drastiques sont à éviter). Pour éviter le retour des accès, on recommandera à ces malades de mener une vie calme et régulière, exempte d'agitations, loin des excès de tout genre, en particulier des écarts de régime et du surmenage physique. On leur recommandera également de se préserver du froid humide, surtout pendant la digestion, le froid paraissant en pareilles circonstances favoriser la production du spasme vasculaire [Schwyzer (37)]. On leur fera porter une ceinture de flanelle, et on leur fera installer leur couchage de telle sorte que la tête et la partie supérieure du tronc reposent sur un plan plus élevé que le ventre et les membres inférieurs.

3° Les *indications causales* se rapportent au traitement de l'artério-sclérose elle-même aujourd'hui bien connu, et de l'hypertension. Les iodures de potassium ou de sodium à petites doses, les diurétiques, la trinitrine, le silicate de soude en seront la base. Enfin le régime lacto-végétarien doit être institué, parce que favorisant l'élimination des déchets toxiques, produits de l'activité de nos organes, il réduit au minimum la production de ces mêmes poisons organiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADENOT. Thrombose de l'artère mésentérique inférieure et gangrène du côlon, *Revue de méd.*, 1890, p. 262.
2. BREUER. Zur Therapie u. Pathogenese der Stenokardie u. verwandter Zustände, *Münch. med. Wochen.*, 1902, n° 40, p. 1654.
3. BUCH. Des arterioscklerotische Leibweh, *Saint-Pétersbourg med. Wochen.*, 16 juillet 1904 ; — Enteralgie und Kolik das arterioscklerotische Leibweh, *Arch. f. Verdau.*, 1904, t. X, p. 5 et 6.
4. CARRIÈRE. Les gastropathies d'origine cardiaque, *Gaz. des hôpit.*, 16 juin 1900.
5. CHEINISSE. L'artério-sclérose gastrique, *Semaine méd.*, 14 août 1907 ; — L'artério-sclérose intestinale, *Semaine méd.*, 11 déc. 1907.
6. ENGELHARDT. Gefässalteratus und Intestinalneurose, *Petersb. med. Wochen.*, 1899.
7. GALLARD. Anévrismes miliaires de l'estomac donnant lieu à des hématémèses mortelles, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1884.
8. GROSSMANN. Sur l'épigastralgie d'origine artérielle, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1908.
9. HAXENFELD. Ueber die Herzhypertrophie bei Arteriosclerose, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1897, t. LIX, p. 3-4 ; — *Semaine méd.*, 1898, p. 28.
10. HIRSCHFELD. Ein Fall von todlicher Magenblutung, *Berl. klin. Woch.*, 30 mai 1904.
11. HUCHARD. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, 1899.
12. KAUFMANN et PAULI. Ueber stenokardische Schmerzen in Epigastrimus, *Wien. klin. Woch.*, 1902, p. 1161.
13. KREUZFUCHS. Zur Symptomatologie des Darmarterienschluss, *Wien. med. Woch.*, 1901, n°s 11 et 12.
14. JAQUET. Zur Symptomatologie des abdominalen Arteriosklerose, *Correspond. Bl. f. Schweiz. ærzte*, 1er-15 août 1906.
15. JOSUÉ. *Traité de l'artério-sclérose*, Paris 1909.
16. LIEWIN. Contribution à l'étude de l'artério-sclérose de l'estomac, *Roussky Vratch.*, 12 mai 1907.
17. MATHIEU et ROUX. L'aortite abdominale et les douleurs gastro-entéralgiques, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, 1907, p. 397.
18. MERKEL. Kasuistiche Beiträge zur Entstehung des runden Magen und Duodenal Geschwüres, *Wien. med. Presse*, 29 juillet et 5 août 1866.
19. MORICHAU-BEAUCHANT. Crises gastralgiques. Artério-sclérose gastrique probable, *Arch. méd.-chir. du Poitou*, mai 1908 ; — *Prov. méd.*, 29 août 1908.
20. MORITZ. *Petersb. med. Woch.*, 1901, p. 268.
21. MOUISSET. Des ulcérations intestinales chez les artério-scléreux, *Lyon méd.*, 9 et 16 déc. 1900.
22. MULLER. Ueber abdominale Arteriosklerose, *Congrès intern. de méd. de Budapesth*, sept. 1909 (section de médecine).
23. NUSSER. Zur Symptomatologie gastro-intestinalis Stœrungen bei Arteriosklerose. *Wien. klin. Woch.*, 1902, p. 965.
24. NOTHNAGEL. Ueber Gefässchmerz, *Zeit. f. klin. Med.*, 1891 ; — *Arch. f. Verdau.*, 1906.
25. ŒRTNER. Zur Klinik der Angiosklerose der Darmarterien, *Wien. klin. Woch.*, 1902, p. 1166.
26. PAL. *Ueber Gäfasskrisen*, Leipzig 1905 ; — Ueber der

Darwschmerz, *Wien. med. Presse*, 1903; — Ueber Angina pectoris u. abdominis, *Wien. med. Woch.*, 2-9 avril 1904.
27. PARMENTIER et CHABROL. Infarctus hémorragique de l'anse sigmoïde par athérome artériel et thrombose veineuse, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1907, p. 61.
28. PIC et BONNAMOUR. *Précis des maladies des vieillards*, Coll. Testut, Paris 1911, O. Doin.
29. PERUTZ. Ueber abdominale Arteriosklerose und verwandte Zustände, *Münch. med. Woch.*, 1907.
30. PITRES. Cité par Cheinisse, in *Semaine méd.*, 1907.
31. POTAIN. *La Médecine moderne*, 1899, n° 64.
32. RAULIN. L'artério-sclérose gastro-intestinale, *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 août 1908.
33. ROSENGART. Einige Beiträge zur den klinischen Erscheimungsformen der abdominalen Arteriosklerose, *Münch. med. Woch.*, 15 mai 1906.
34. ROSSBACH. Artério-sclérose des vaisseaux abdominaux, *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 19, p. 974.
35. SACHS. Zur Casuistik der Gefässerkrankrungen, *Deut. med. Woch.*, 19 mai 1892.
36. SCHNITZLER. Zur Symptomatologie des Darmarterienschluss, *Wien. med. Woch.*, 1901, nos 11 et 12.
37. SCHWYZER. Eructations in heart patents, *New-York med. Journ.*, 6 avril 1907.
38. TEDESCHI. Congrès de la Soc. ital. de méd. interne, *Sem. méd.*, 1906, p. 520-522.
39. TEISSIER. L'aortite abdominale, *Sem. méd.*, 1902, p. 389-392.
40. VON SCHRÖTTER. *Erkrankungen der Gefässein Spec. Path. u. Therapie von Nothnagel*, 1901, t. XV.
41. WARBURG. Ueber Dyspragia intestinalis arteriosclerotica, *Münch. med. Woch.*, 1905, n° 424, p. 1174.
42. WIDAL et BOIDIN. Adénomes des capsules surrénales; hypertension et athérome généralisé; ramollissement cérébral et ulcères de l'estomac par oblitération artérielle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juillet 1905.

CONGRÈS

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (LYON, 22-25 octobre 1911). — Présidence du professeur J. TEISSIER. — Nous pensons devoir rappeler que les adhésions au XIIe Congrès français de médecine sont à envoyer *le plus tôt possible* au secrétaire général : docteur Paul Courmont, 33, rue Sainte-Hélène, Lyon; ou au trésorier adjoint : M. A. Rey, éditeur, 4, rue Gentil, Lyon; et, *avant le 20 septembre*, pour les membres désirant bénéficier de la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer et des réductions importantes consenties en faveur des congressistes par les Compagnies Transatlantique et des Messageries maritimes.

On sait que le programme scientifique du Congrès comprend les questions suivantes :

Première question. *Du coma diabétique.* — Rapporteurs : MM. le professeur R. Lépine (de Lyon) : « Introduction a l'histoire du coma diabétique »; les professeurs Hugounenq et Morel (de Lyon) : « Chimie du coma diabétique »; le professeur agrégé Marcel Labbé (de Paris), et le docteur L. Blum, privat-docent à la Faculté de médecine de Strasbourg : « Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique. »

Deuxième question. *Du rôle des hémolysines en pathologie.* — Rapporteurs : MM. le professeur agrégé Georges Guillain et le docteur Jean Troisier (de Paris) : « Exposé général du sujet »; le professeur Nolf (de Liége) : « Les hémolysines au point de vue expérimental »; le professeur Fernand Widal et le docteur Pierre Abrami : « Les ictères hémolytiques acquis. Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extrahépatique »; le professeur Bar (de Paris) : « Les hémolysines de la femme enceinte. »

Troisième question. *Des diurétiques.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Henrijean (de Liège) et Mayor (de Genève) : « La diurèse et les agents diurétiques »; le professeur Pic (de Lyon) : « Les médicaments diurétiques »; le professeur Arnozan (de Bordeaux) : « Les régimes diurétiques. »

Quatrième question, ajoutée par le bureau après entente avec le département de la guerre. *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.* — Rapporteur : M. le médecin principal Rouget, professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le ministre de la guerre.

Le programme des fêtes et réceptions est provisoirement réglé ainsi :

Dimanche 22 octobre, à quatre heures du soir : séance d'inauguration du Congrès, à l'Hôtel de ville de Lyon;

Lundi soir 23 octobre : réception des congressistes par la municipalité.

Mardi 24 octobre : soirée offerte par le président du Congrès;

Mercredi soir 25 octobre : banquet général de clôture.

La cotisation de membre adhérent est de 20 francs; elle donne droit au volume des rapports imprimés, au volume des comptes rendus, aux réductions de chemins de fer, aux réceptions du Congrès.

Peuvent faire partie du Congrès, comme membres associés, les membres de la famille des titulaires, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine et toute personne s'intéressant aux travaux du Congrès. La cotisation de membre associé est de 10 francs; elle donne droit à tous les avantages du Congrès (chemins de fer, réceptions, etc.), sauf les publications; le volume des rapports pourra cependant être remis aux membres associés, d'ordre scientifique, qui en feront la demande.

Enfin, à l'occasion du Congrès, une réunion spéciale se tiendra, sous la présidence de M. le professeur Beauvisage, pour s'occuper des questions relatives aux *enfants anormaux*; nous en publions ci-dessous la circulaire.

RÉUNION POUR L'ÉTUDE DE L'ENFANCE ANORMALE, tenue à l'occasion du XIIe Congrès français de médecine. — Comité d'organisation : Président d'honneur, M. Pierret, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon; vice-présidents d'honneur, MM. les professeurs Chabot (de la Faculté des lettres de Lyon), Régis (de la Faculté de médecine de Bordeaux), Weill (de la Faculté de médecine de Lyon); président, M. Beauvisage, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, sénateur du Rhône; vice-présidents, MM. Jean Lépine, Lesieur et Etienne Martin, agrégés à la Faculté de médecine de Lyon; secrétaire général, docteur Audemard, médecin des asiles, inspecteur des classes de perfectionnement, secrétaire de l'Œuvre de l'enfance anormale de Lyon; secrétariat particulier et service de la presse, docteur Lucien Mayet, chargé de cours à la Faculté des sciences de Lyon.

A l'occasion du XIIe Congrès français de médecine, une réunion spéciale, indépendante du Congrès, mais placée sous son haut patronage, aura lieu à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Beauvisage, président de l'Œuvre de l'enfance anormale, en vue de l'étude des questions relatives aux enfants anormaux.

Inscription. — Pourront prendre part à ses travaux toutes les personnes qui s'intéressent à ces questions : professeurs, médecins, psychologues, instituteurs.

Il n'est demandé aucune cotisation, la réunion recevant l'hospitalité du Congrès de médecine.

Les personnes qui en feront la demande avant le 20 septembre (dernier délai) pourront bénéficier de la réduction de 50 p. 100 qui sera demandée aux Compagnies de chemins de fer français.

Seuls auront droit aux réceptions du Congrès français de médecine les médecins membres adhérents à ce Congrès (cotisation : 20 francs) ou les membres associés non médecins (cotisation : 10 francs). Les membres adhérents au Congrès recevront, en outre, le volume des rapports imprimés et celui des comptes rendus dudit Congrès.

Communications. — Afin de permettre une organisation méthodique de la réunion, les membres qui voudraient s'inscrire pour une communication sont priés :

D'en informer le plus tôt possible le secrétaire général ;

D'envoyer, avant le 10 octobre, un résumé de leur note ou de leurs conclusions.

Publications. — Les communications faites à la réunion seront publiées, suivant les sujets sur lesquels elles porteront, dans des journaux de médecine, de psychologie ou de pédagogie.

Visites de classes d'enfants anormaux. — Le Comité d'organisation ménagera, à l'issue des travaux de la réunion, une visite aux classes de perfectionnement ouvertes par la ville de Lyon, au laboratoire de psycho-pédagogie de l'œuvre de l'enfance anormale et aux établissements médico-pédagogiques de Villeurbanne et de Meyzieu.

Les adhésions et communications, au docteur Audemard, secrétaire général, 243, avenue de Saxe, Lyon.

Les notes relatives au service de la Presse, au docteur Lucien Mayet, 15, rue Emile-Zola, Lyon.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 8, 25 août 1911.) LE FORT : Technique opératoire de l'ectopie testiculaire inguinale ou iliaque (fig.). — MARQUIS : Névrotomie pour endartérite oblitérante. — MAUCLAIRE et BUTNIER : Kystes solitaires des os et ostéite fibreuse (fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (30 août 1911.) LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales.

Bulletin médical. — (N° 69, 6 sept. 1911.) LAVAL : Autour du Kocher.

Clinique. — (N° 35, 1er sept. 1911.) CATZ : Le traitement chirurgical des colites. — BABINSKI : Des signes permettant le diagnostic différentiel entre les affections nerveuses hystériques et organiques. — LUYS : Traitement moderne de la colique néphrétique. — RUDAUX : De la mort apparente du nouveau-né.

Echo médical du Nord. — (N° 37, 10 sept. 1911.) L. INGELRANS : L'idiotie familiale amaurotique. — Henri PAUCOT : La désunion de la plaie utérine dans la césarienne conservatrice. Emploi de la suture en double cercle.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 36, 3 sept. 1911.) ROCAZ : Traitement de la chorée par les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 37, 10 sept. 1911.) A. CHARRIER : Un cas d'absence complète du vagin. Hématométrie. Intervention. Guérison. — Pierre NADAL : Physiologie générale du nager chez l'homme (*suite*).

Journal des praticiens. — (N° 34, 26 août 1911.) BERNHEIM : Sur la pathogénie de la chlorose. — KIRMISSON : Fracture de cuisse vicieusement consolidée. Quelques considérations sur les fractures chez les enfants. — ROUX : Diagnostic différentiel des douleurs tardives.— (N° 35, 2 sept.) AUVRAY : L'impotence fonctionnelle dans les fractures du col du fémur. — HUTINEL : L'obésité chez l'enfant. — Maurice SPRINGER : Règles à suivre pour établir le régime des albuminuriques.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 35, 2 sept. 1911.) Adrien BESSON : Sur deux cas d'empoisonnement par le laudanum.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 34, 24 août 1911.) J. DESNEUX, B. DUJARDIN et E. RENAUX : Sur une méthode d'évaluation de l'intensité de la réaction de Wassermann. — O. LIBOTTE : La pyorrhée alvéolaire et son traitement (*suite*).

Progrès médical. — (N° 36, 9 sept. 1911.) Paul BONCOUR : Les bases et la pratique de la gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psycho-motrice. — MAUCLAIRE : Symptômes, diagnostic et traitement des anévrismes artériels des membres.

Province médicale. — (N° 36, 9 sept. 1911.) L. HEULLY (de Nancy) : Quelques notions fondamentales sur la hanche à ressort (ressaut fascio-glutéal prétrochantérien). — HANNS (de Nancy) : Myélite aiguë diffuse au cours d'une grossesse : guérison. — PÉHU (de Lyon) : Résultats de 500 intradermo-réactions à la tuberculine.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 34, 26 août 1911.) LAVRAND : Pansements laryngiens par les instillations à travers les fosses nasales.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1911.) KLIPPEL et CHABROL : Recherches expérimentales sur la tuberculose du pancréas (avec fig.). — SAZARY : Notation graphique des signes sthéthoscopiques pulmonaires (avec fig.).

Revue neurologique. — (N° 14, 30 juillet 1911.) JUMENTIÉ et VALENSI : Dilatations variqueuses des veines spinales postérieures (2 photogr.). — LAMBRIOR et Mme PUSÇARIN : Un cas de sclérose en plaques avec ophtalmoplégie externe bilatérale et atrophie incomplète des nerfs optiques. — GOTTHARD-SODERBERGH : Encore un cas de myxœdème avec symptômes cérébelleux (3 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 35, 29 août 1911.) R. PICHEVIN : Influence de l'air de la mer sur l'organisme féminin.

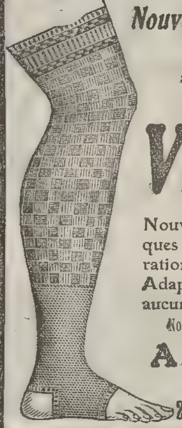
Semaine médicale. — (N° 35, 30 août 1911.) CHEINISSE : Le rôle méconnu de la gastrite aiguë dans les maladies infectieuses.

Tribune médicale. — (N° 8, août 1911.) G. MEILLÈRE : L'anaphylaxie. — M. MARCILLE : Conduite à tenir dans la maladie de Basedow.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 16, 30 août 1911.) TÉCHOUEYRES, COLLEVILLE et HERRMANN : La résistance globulaire et les hémolysines chez les tuberculeux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 106. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 19 SEPTEMBRE 1911. — N° 106.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est définitivement composé de MM. Alglave, Sauvage, Monthus, Pagniez, Comte, Ribadeau-Dumas, Desmarest et Chevrier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'un concours public pour la nomination d'un médecin suppléant de ses établissements sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 20 novembre 1911.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative des hospices. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 octobre 1911.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 14 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 85 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat;

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention *assez bien* au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit la mention *assez bien* au baccalauréat et de la mention *bien* audit certificat.

— Angers. — Un concours s'ouvrira, le 5 mars 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Montpellier. — Un concours s'ouvrira, le 12 mars 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Le ministre de la guerre a décerné les récompenses suivantes à l'occasion des épidémies ayant sévi sur l'armée :

Médaille en or. — M. le médecin aide-major de première classe Alphonse Roussille.

Médaille en argent. — M. le médecin-major de deuxième classe Léon Cristiani.

Lettres de félicitations. — MM. les médecins-majors de pre-

RENSEIGNEMENTS

mière classe Raoul Marie et Auguste Vielle; M. le médecin-major de deuxième classe Justin Trille; MM. les médecins aides-majors de première classe Léonce Durban, Roland Audet, Edouard Vuillemot et Jean Toresse.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Roufiandis, médecin-major.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 16 octobre au 18 décembre 1911 (18e cours), sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, André Broca, Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle, Claude.

Le cours aura lieu du lundi 16 octobre au lundi 18 décembre, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, soit le matin, soit à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

PROGRAMME ET RÉPARTITION DES COURS. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale.

M. Bar. Syphilis et grossesse.

M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma.

M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

MM. André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse.

M. Hudelo. Gale. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis.

M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée.

M. Gastou. *Maladies parasitaires du cuir chevelu :* Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve; farcin. Actinomycose. Purpura.

M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis.

M. Milian. Histologie de la peau normale. *Syphilis tertiaire :* Syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. *Parasyphilis :* Neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. *Laboratoire :* Bacilles de la lèpre, de la tuberculose; bacille du chancre mou; treponema pallidum, examen ultra-microscopique.

M. Terrien. Syphilis oculaire.

M. Lacapère. Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire.

M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. Zona. *Laboratoire :* Sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde.

M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phthiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes.

M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus.

M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses.

M. Touchard. Sclérodermie. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose.

M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

M. Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique.

M. Claude. Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année; le premier en mai, juin et juillet; le second, en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, à la clinique (hôpital Saint-Louis).

COURS D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOTHÉRAPIE. — M. le docteur Delherm, empêché, ne pourra faire en septembre le cours d'électrothérapie, radiothérapie, etc.

Il reprendra ce cours à la session de Pâques 1912.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

M. E. Brizé. Les chorées persistantes. — M. R. C. Fazeuilles. Contribution à l'étude des intoxications saturnines dans nos ménages. — M. P. Rémusat. Contribution à l'étude du traitement des salpingo-ovarites chroniques. — M. A. Verdier. Du traitement chirurgical et de ses résultats dans l'épilepsie jacksonienne traumatique ancienne. — M. G. Raynaud. La pathogénie du goitre exophtalmique (syndrome de Basedow). Son traitement. — M. M. Battesti. Contribution à l'étude des abcès chroniques non tuberculeux de la prostate. — M. R. Putot. Les luxations palmaires des quatre derniers doigts sur les métacarpiens. — M. P. E. Desmonts. Le col de la vessie chez l'homme. Etude anatomique. — M. A. Bonnafoux. Les syndromes choréiques d'origine méningo-corticale. — M. P. Fiolle. La voie coccy-périnéale. Technique. — M. L. Geyer. Les tumeurs tératoïdes de la région cervicale. — M. J. Lé Quang-Trinh. Croyances et pratiques médicales sino-annamites. — M. F. Blanc. Contribution à l'étude de la latence des pleurésies chez l'enfant. — M. H. Charlet. Traitement de l'uvéite chronique. — M. J. Bonhomme. Etude séméiologique et thérapeutique des aliénés vicieux. — M. P. Gallerand. De la maladie bleue sans signes physiques d'auscultation. — M. E. Gaujoux. Conséquences obstétricales des viciations pelviennes consécutives à la paralysie infantile. Etude anatomo-clinique. — M. R. Babin. De la dyspnée dans les syndromes aortiques. Etude clinique et thérapeutique. — M. P. Daumas. Bromisme cutané. Eruptions bromuriques végétantes chez l'enfant. Toxicodermie papillomateuse. — M. G. Calazel. Contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes des mâchoires. Résultats opératoires éloignés. — M. F. Malavialle. Les éléments de diagnostic clinique de l'hypertrophie du thymus. — M. J. Lauze. Contribution à l'étude de l'auto-sérothérapie de l'ascite. — M. M. Lisbonne. Sur deux conditions de milieu nécessaires à la saccharification de l'amidon par les amylases salivaire et pancréatique. Les chlorures et les phosphates dans la saccharification. — M. R. Bascoul. Les traitements chirurgicaux des symphyses du péricarde. L'opération de Brauer. — M. L. C. Loizemant. Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes synoviaux. — M. B. Blanich. Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'urètre chez l'homme et chez la femme. — M. L. Rolin. Contribution à l'étude de la tuberculose du cervelet. — M. L. Ulhmann. Hyperthyroïdisme et tuberculose.

FABULATION

ET

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ CHRONIQUE

Par M. Auguste GONNET,
Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.

C'est dans les délires systématisés chroniques évoluant sans affaiblissement des facultés intellectuelles que la présence des idées délirantes est le plus difficile à expliquer. Dans d'autres affections, la démence, la confusion, l'inhibition psychique, l'accélération et le désordre de la formation des idées amènent une atteinte diffuse, globale, transitoire ou définitive, des facultés, qui paraît rendre compte suffisamment de la diminution du sens critique. Ici, au contraire, l'esprit n'a rien perdu de l'étendue de son information, de la souplesse et de la finesse de ses mouvements; les actes que la marche envahissante du délire laisse s'accomplir en dehors de lui se passent d'une façon tout à fait normale. Comment des idées, monstrueuses pour tout autre, sont-elles adoptées si fermement qu'elles n'éveillent aucune tentative de rectification?

Le délire, phénomène pathologique, tranche assez nettement, par l'apparence, vis-à-vis de l'état normal. On a pourtant cherché jusqu'ici, le plus possible, à le rattacher aux mécanismes qui, chez l'homme sain, sont connus pour amener la déviation du jugement. Il semble que l'extrême exagération de certaines conditions communes de l'erreur suffise à engendrer cette erreur excessive qu'est le délire. On est porté à confondre, dans la théorie, ce que, en pratique, on manque bien rarement de distinguer.

La tendance ordinaire des aliénistes a donc été, du moins au chapitre de l'explication psychologique du délire, d'atténuer le plus possible son caractère anormal. Ils y sont arrivés surtout en attribuant l'origine et le fondement de la maladie à la déviation des sentiments et en insistant, quant au développement intellectuel des conceptions, sur le rôle du raisonnement.

Il faut d'ailleurs se garder, en pareille matière, d'attacher aux opinions exprimées par les auteurs plus d'importance qu'ils ne leur en accordent eux-mêmes. Les difficiles et théoriques questions de psychologie ont été beaucoup moins attentivement traitées que celles de pure clinique. Assez souvent passées sous silence, elles n'ont pas été l'objet de toutes les recherches qu'elles eussent exigées. Aussi convient-il de parler ici plutôt de tendances d'esprit que de doctrines arrêtées et mûries par une discussion soigneuse.

Lorsqu'il s'agit d'expliquer la disparition de l'esprit critique qui, chez un délirant, rend possible l'admission des idées les plus extravagantes, tous les auteurs s'accordent pour attribuer le plus grand rôle aux sentiments. Si de telles idées sont venues à l'esprit du malade, c'est qu'elles correspondaient à des tendances préexistantes de sa mentalité, que celles-ci lui aient appartenu congénitalement, ou qu'elles aient été développées accidentellement par la maladie. Si toute réfutation, même la plus claire et la plus évidente, est impuissante à ébranler les convictions morbides, c'est qu'elles puisent dans leur accord avec ces tendances intimes une force supérieure à celle de tout argument objectif.

Dans l'opinion de bon nombre d'auteurs, c'est la théorie constitutionnelle qui, pour tous les délires chroniques ou seulement pour une partie d'entre eux, prévaut sur celle de la nature accidentelle, surajoutée à l'état antérieur. D'après eux, le sujet est venu au monde avec une constitution mentale anormale, appelée paranoïaque, et qui se caractérise surtout par la méfiance, l'orgueil, le penchant à tout rapporter à soi, et aussi peut-être par une certaine débilité de l'esprit critique associée à l'exaltation du jugement. L'usage a accru ces dispositions jusqu'au moment où elles ont échappé à tout contrôle. Le délire n'est donc que le développement naturel, l'épanouissement d'une personnalité qui pouvait cependant, avant lui, ne se singulariser en apparence qu'assez peu.

C'est ainsi que MM. Sérieux et Capgras (1) envisagent le délire d'interprétation. Ils pensent avec raison que le fait d'attacher une signification tendancieuse aux constatations de l'expérience n'est en rien spécial à l'état pathologique; ils montrent qu'il n'existe, chez leurs malades, dans le détail et le mode d'enchaînement des idées aucun élément qui n'appartienne à la vie normale de l'esprit. Seules, l'abondance des interprétations et leur organisation en système durable sont caractéristiques du délire. Rien ne s'oppose donc à ce que l'on fasse procéder, par transition insensible, celui-ci de l'état normal.

Si les lois générales de la psychologie paraissent expliquer l'existence même du délire, on les applique dans une large mesure à l'interprétation de son développement.

Il est jusqu'ici deux formes classées et bien étudiées de délires chroniques : les délires hallucinatoires, depuis longtemps connus, et les délires d'interprétation qui ne se sont fait, que depuis quelques années, grâce surtout aux travaux de MM. Sérieux et Capgras, la place qui leur revient dans la nosologie. On ne dit guère formellement qu'il puisse exister de délire chronique qui ne se range pas dans l'un ou l'autre de ces cadres, ou dans leurs formes mixtes, on laisse aussi assez volontiers croire que toute conception délirante se rattache soit à des hallucinations, soit à des interprétations. On parle couramment de délires à *base* d'hallucinations ou d'interprétations, entendant par là que l'activité délirante est subordonnée aux données de fait contenues dans ces phénomènes, et qu'elle n'en constitue que le développement par déduction plus ou moins rigoureuse.

Et en effet, lorsque les unes ou les autres existent en abondance chez un malade, celui-ci les fait naturellement servir à sa justification. Il ne donne pas ses croyances comme inventées de toutes pièces,

(1) P. Sérieux et I. Capgras. *Les folies raisonnantes. Le Délire d'interprétation.* Paris, Alcan, 1909.

comme des certitudes sans preuves, mais il les défend en alléguant les voix qu'il a entendues ou les constatations qu'il a faites. Sa conviction paraît donc motivée et semble anormale, non par l'absence d'appareil logique, mais seulement par la partialité excessive qui intervient dans l'admission des arguments.

Evidemment, bien des réflexions que l'on a pu faire tendent à montrer que l'emploi de la logique n'a pas une très grande valeur dans la détermination de la certitude finale. Au prix où sont les interprétations pour le malade, il n'eût pas éprouvé d'embarras à en trouver d'autres, si celles qu'il allègue étaient venues à lui manquer. On a remarqué que, quelquefois, il est possible de faire avouer à un interprétateur l'insuffisance ou l'inexactitude des faits sur lesquels il s'appuie, sans que, pour cela, sa conviction intime soit ébranlée. Mais ces critiques, formulées par certains auteurs, et en particulier par M. Dromard (1), n'en empêchent pas divers autres d'attacher encore une importance un peu exagérée à l'appareil logique du délire et d'opposer la fausseté de son point de départ et de ses données à la structure rationnelle et méthodique de l'ensemble.

*
* *

Des recherches nouvelles sur l'intervention de l'imagination pure dans le délire nous montrent que cette apparence raisonnante n'en est qu'un caractère contingent. Par là, elles contribuent à nous détourner d'assimiler faussement le processus délirant au développement normal de la pensée, et ce n'est pas leur moindre intérêt.

MM. Dupré et Logre (2) décrivent, dans un travail récent, les conceptions délirantes imaginatives dont la caractéristique est d'être adoptées d'emblée, de se soutenir sans allégations de données hallucinatoires ni réelles. On peut observer de telles idées non seulement dans l'affection qui nous occupe, mais dans toutes les maladies mentales susceptibles de s'accompagner d'idées délirantes, c'est-à-dire dans toutes. En ce qui concerne les délires chroniques, toutes leurs formes peuvent présenter, à titre accessoire, des conceptions de cet ordre; mais l'abondance en devient dans certains cas prédominante, voire exclusive des autres phénomènes et la maladie en reçoit alors un ensemble de caractères assez particuliers qui légitime la création d'un cadre nouveau, le délire d'imagination.

J'ai moi-même (3) publié, peu après, une observation dans laquelle certaines idées se rattachaient nettement à des interprétations tandis que d'autres, même les plus riches, se développaient uniquement en des récits imaginaires.

Toute idée délirante est susceptible d'être formulée sans adjonction aucune d'appareil logique. Dans n'importe quel cas, on peut voir coexister, à côté des convictions munies de leurs preuves, d'autres qui en sont dénuées. C'est là un point laissé jusqu'ici un peu trop dans l'ombre et sur lequel insistent avec raison MM. Dupré et Logre. Mais, de toutes les conceptions imaginatives, les plus intéressantes et les plus frappantes sont celles qui se présentent sous forme de fabulation.

Celle-ci consiste à affirmer, non pas des idées générales, mais des faits précis, inventés de toutes pièces, qui sont alors rapportés comme par un témoin oculaire.

Il y a intérêt, pour la clarté et la précision, à étudier spécialement cette catégorie bien définie de représentations délirantes, parce qu'elles ont une physionomie plus tranchée et par là plus propre à mettre en valeur les conclusions générales.

La présence de fabulation dans le délire chronique n'est pas un fait nouveau. Sans insister sur les passages d'aliénistes plus anciens qui semblent indiquer qu'ils aient eu en vue des faits de cet ordre, on peut citer une observation de M. Gilbert Ballet (1) publiée en 1893 dans une leçon clinique sur les persécuteurs familiaux. Les travaux de MM. Sérieux et Capgras (2) contiennent des indications des plus nettes. Ils montrent que la fabulation se rencontre assez souvent dans le délire d'interprétation, qu'elle y prend parfois un développement très marqué; le délire de fabulation est classé par eux comme variété spéciale de la psychose interprétative. La description qu'ils en donnent prouve qu'ils ont bien reconnu les principaux caractères cliniques du délire d'imagination, et en particulier la prédilection qu'y offrent les malades pour les idées de filiation.

A l'étranger, mention est donnée de ces faits dans divers travaux, spécialement par Neisser (3), qui décrit un délire de confabulation.

On voit donc que, en France du moins, la fabulation délirante n'avait été envisagée jusqu'ici que comme symptôme accessoire. MM. Dupré et Logre ont eu au contraire le mérite de la faire passer au premier rang, montrant qu'elle peut suffire à constituer par elle seule de vastes systèmes d'idées et que son fonctionnement n'est nullement subordonné à celui des autres modes de la pensée morbide. Le délire d'imagination, synonyme, pour eux, de délire de fabulation, devient une forme clinique indépendante.

La fabulation peut être pure de tout fondement extérieur ou intervenir en combinaison avec l'un des processus interprétatif ou hallucinatoire pour en amplifier ou déformer les données. C'est ce que

(1) G. Dromard. L'interprétation délirante. *Journ. de Psych.*, 1910, n° 4.

(2) Dupré et Logre. Les délires d'imagination, *Encéphale*, 1911, p. 209, 337 et 430, nos 3, 4 et 5.

(3) Gonnet. Un cas de psychose interprétative et imaginative, *Encéphale*, 1911.

(1) Gilbert Ballet. Les persécuteurs familiaux. *Bulletin méd.*, 1er février 1893; — *Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses.* Paris, Doin, 1897.

(2) P. Sérieux et I. Capgras. *Loc. cit.*, p. 161; — Les interprétateurs filiaux, *Encéphale*, 1910, p. 113 et 403, nos 2 et 4; — Roman et vie d'une fausse princesse, *Journ. de Psych.*, 1910, p. 193, n° 3.

(3) Neisser. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, Bd LIII, p. 241.

MM. Dupré et Logre appellent la fabulation complémentaire.

Nous envisagerons d'abord et surtout les faits de fabulation pure.

*
* *

On peut rencontrer des éléments fabuleux clairsemés dans n'importe quel délire. En parcourant les observations de MM. Sérieux et Capgras, on découvre çà et là des récits qui ne peuvent être identifiés d'une autre manière. Mais, dans certaines observations, la fabulation abonde au point de devenir le mode prédominant, voire presque exclusif de constitution du délire. La maladie revêt alors une physionomie assez particulière, bien propre à attirer l'attention.

Pour expliquer que de tels cas aient attendu si longtemps avant d'être reconnus et dûment classés, on doit invoquer d'abord leur rareté. Sans doute, ils paraîtront plus fréquents une fois qu'on sera averti de leur existence, mais ils n'en représentent pas moins, dans l'ensemble des délires chroniques, une assez faible minorité. Je devrai me borner, pour en tracer l'histoire, aux matériaux contenus dans les travaux précités de MM. Gilbert Ballet, Sérieux et Capgras, Dupré et Logre et de moi-même. Il y a d'ailleurs là à la fois une variété et une concordance suffisantes pour permettre de bien dégager les traits généraux de ce type clinique.

En outre, il faut remarquer que, jusqu'ici, ces faits ont pu n'être pas individualisés parce qu'ils étaient rangés dans d'autres cadres. En raison d'interprétations concomitantes plus ou moins nombreuses, on a pu les confondre avec des interprétations ordinaires. D'autre part, nous verrons que le délire de fabulation revêt souvent un aspect de désordre et de déséquilibration plus ou moins frappant. Aussi a-t-on parfois classé ces malades dans le cadre indécis des délires de dégénérés, en particulier dans la folie des persécutés persécuteurs, plutôt que parmi les délires systématisés vrais.

Tout en cherchant à bien dégager l'originalité du délire de fabulation, la description qui va suivre aura pour effet de faire ressortir à chaque pas les liens étroits de ressemblance qui interdisent de le séparer des autres types, spécialement du délire de fabulation.

*
* *

Les idées adoptées se rattachent aux tendances ordinaires du délire. On rencontre surtout des idées de persécution et, bien plus encore, de grandeur. La prédominance de ces dernières est un fait conforme à ce que nous savons de la psychologie de l'imagination à l'état normal. Elle peut s'exercer sur tous les sujets, mais elle ne fructifie avec complaisance, avec liberté et exubérance que dans le sens favorable. Le déplaisir que nous retirons de la contemplation des sujets tristes nous rend beaucoup plus réservés à leur endroit et nous empêche de les enrichir de mille détails. La rêverie imaginative se meut presque exclusivement dans le cadre des idées de satisfaction et de grandeur (1).

De même, chez les malades que nous avons ici en vue, les thèmes de cet ordre occupaient le premier plan et étaient en général les plus richement développés. Plusieurs fois même, les idées de persécutions se développaient par interprétation, tandis que les idées de grandeur affectaient la forme fabulante. C'est ce qui avait lieu chez mon malade qui présentait, entre autres, des idées d'empoisonnement et de naissance princière. Les thèmes de persécution sont d'ailleurs, en outre, souvent l'objet d'une systématisation plus rigoureuse.

En somme, perspectives de grandeur et idées de persécution stimulent l'activité intellectuelle en des sens différents. Les premières s'accompagnent d'un sentiment d'expansion où l'esprit perd facilement la notion de ses attaches réelles pour s'abandonner à sa libre fantaisie ; les idées de persécution au contraire concentrent l'activité intellectuelle et éveillent davantage la tendance, conforme aux nécessités d'un réquisitoire, à se munir de preuves objectives.

Mais, il faut le répéter, c'est affaire de nuances et de degré, non d'opposition tranchée entre les unes et les autres. On fabule parfaitement sur des thèmes de persécution, et on interprète pour étayer des thèmes de grandeur.

Il faut d'ailleurs insister sur ce que, dans presque tous nos cas, il existait des idées de persécution. Rares sont les observations — celle de M. Gilbert Ballet, par exemple — où elles ne sont pas signalées. L'ensemble du caractère et des réactions est souvent digne du persécuté le plus typique. Le seul point particulier que présente souvent le délire de fabulation est la prépondérance des idées de grandeur, non leur exclusivité. Et cette remarque a quelque intérêt, car elle contribue à montrer l'identité foncière de ces malades avec les autres délirants chroniques. On sait en effet que les idées de persécution sont presque constantes dans toutes les formes de cette maladie, à tel point que leur absence est une raison sérieuse, bien que non suffisante par elle seule pour exclure un malade de ses cadres. MM. Dupré et Logre citent une série d'observations, concernant toutes des débiles ou déséquilibrés manifestes, chez lesquels il n'existait que des idées de grandeur. Mais dans ces cas, qui n'ont pas toujours une évolution chronique, le caractère superficiel, fantastique, profondément asystématique des idées conduit à les séparer, ainsi qu'on le comprendra mieux plus loin, des malades qui font l'objet de la présente étude.

Les idées de persécution visent surtout des attentats contre la vie, les biens, la réputation, en un mot contre les intérêts temporels des malades. Le surnaturel — je reviendrai sur ce point — intervient peu dans nos observations. Les persécuteurs sont des collectivités (bandes noires, etc.) ou des individus nommés expressément.

Quant aux idées de grandeur, on peut aussi en

(1) Borel. Rêverie et délire de grandeur, *Journ. de psychol.*, 1909, n° 5.

rencontrer d'espèces très diverses, richesse, relations illustres, cadeaux et marques de distinction princiers, succès galants, rôle politique considérable. Une malade prévient par ses conseils une guerre avec l'Angleterre, prête des millions à Alphonse XIII et à M. Caillaux. Une autre est la conseillère de lord Salisbury, une autre la maîtresse de nombreux souverains. On peut remarquer que ces malades ne trouvent guère de limites dans leur marche vers la grandeur. Rien ne les embarrasse de choisir ce qu'il y a de plus illustre. Aussi, quand ils parlent d'argent, ce sont toujours des sommes fantastiques, rarement inférieures à plusieurs millions, et dépassant sans peine le milliard.

Parmi les idées de grandeur, il faut relever celles d'invention. Inventer, n'est-ce pas par définition imaginer ? MM. Dupré et Logre donnent des exemples de délires imaginatifs d'invention. Il convient d'ajouter que, sur ce terrain, la distinction de l'interprétatif et de l'imaginatif perd de sa valeur, puisqu'ils se confondent. Un malade peut bien *interpréter* comme une intuition géniale une idée quelconque qui est venue par hasard. Un de mes malades, grand interprétateur, disait avoir inventé un aéroplane sans moteur, un jour, en regardant voler les mouettes, et « un bateau marchant sans voile ni vapeur par le seul poids de l'eau », en se rappelant certaines observations qu'il avait faites sur le mouvement des vagues en naviguant dans l'océan Indien. C'est essentiellement le fait d'un interprétateur de rattacher ce qu'il affirme à telle circonstance précisée quant à sa situation dans l'espace et dans le temps et qui, elle, n'est pas imaginaire. C'est pourquoi, dans ce cas, l'idée d'invention me paraît relever davantage de l'interprétation que de la fabulation. En tout état de cause, elle représente au moins une forme de transition de l'une à l'autre.

De toutes les idées de grandeur, celles de filiation illustre sont les plus fréquentes chez les fabulateurs. C'en est un précisément que M. Gilbert Ballet a choisi comme type du persécuteur filial dans sa leçon sur les persécuteurs familiaux. Ce malade se disait fils naturel de Jules Grévy. A leur tour, MM. Sérieux et Capgras signalent que les interprétateurs filiaux présentent régulièrement de la fabulation. Il suffira de retourner cette remarque et de dire que les fabulateurs présentent ordinairement — toujours, dans les observations que nous avons en vue — à titre partiel ou comme thème dominant, des idées de filiation.

Malgré les quelques particularités qui précèdent, le mode de développement des idées contribue plus que leur fonds même, à donner au délire de fabulation sa physionomie originale. Dans l'invention de leurs récits, les malades usent d'une facilité extrême, aussi les munissent-ils de toutes les circonstances propres à produire l'impression que l'on a bien affaire à un témoin oculaire. Une malade raconte comment elle dut forcer la porte du cardinal Guibert pour lui faire une communication importante, tandis qu'on était en train de lui faire la barbe. Une autre, distinguée par le roi de Siam, sur la plage de Biarritz au moment où elle donnait une leçon d'anglais à ses enfants, fut emmenée par lui en excursion à Saint-Sébastien ; et elle ajoute : « Je vous dirai même qu'à cette occasion nous goûtâmes au casino avec du thé et des tartelettes aux cerises. » Mon malade, qui fut reconnu reine et roi d'Angleterre en séance solennelle de la Chambre des lords, ne manque pas de donner une description fantaisiste de la salle.

Dans nos observations, les idées présentées par les malades se tenaient, à peu près, dans le domaine naturel, ce qui ne veut pas dire qu'elles respectassent les limites de la vraisemblance. Les conceptions pseudo-scientifiques, métaphysiques, mystiques, que l'on pourrait appeler surnaturelles en ce qu'elles admettent l'action d'êtres ou de forces profondément différents de ceux qui régissent visiblement le monde où nous vivons, ces conceptions si fréquentes chez les délirants et qui dénotent tant d'imagination, n'ont pas encore été décrites chez les malades dont nous nous occupons ici. On peut penser que cela arrivera un jour ou l'autre.

Chez nos malades, les idées ne font qu'effleurer le domaine surnaturel en rattachant les événements du délire à des influences mystiques, en y faisant intervenir des personnages mystérieux. L'observation d'Hersilie Rony, cette aliénée célèbre dont MM. Sérieux et Capgras ont récemment rappelé l'histoire (1), est un exemple typique de ce demi-surnaturel. Cette malade se croyait sous l'influence mauvaise d'un certain Petrucci, « Pierre, fils de Pierre », personnage en chair et en os, mais dont l'action secrète et toute-puissante expliquait tous les mystères de l'histoire et la situation de la malade en particulier.

On aura une idée assez exacte de l'aspect général de ces conceptions fabuleuses en se rappelant ce qui arrive dans les romans-feuilletons ; cette comparaison est d'ailleurs d'autant plus juste que les malades, imaginatifs par tempérament et avant toute psychose, ont un goût marqué pour les histoires fantastiques et qu'ils puisent souvent leur inspiration directement dans les romans et les légendes.

Il s'agit d'événements matériellement possibles ou, en tout cas, n'allant pas très loin dans le domaine de l'impossible, mais présentant un caractère d'exception et de mystère : substitutions d'enfant, révélations soudaines accomplies à l'heure de la mort, rencontres imprévues, etc.

Ces conceptions ont donc, dans leur invraisemblance, un cachet de naïveté niaise et puérile qui leur est assez particulier, et qui a un peu le danger de faire admettre à tort une débilité ou un affaiblissement de l'intelligence qui n'existent pas. Il faut pourtant dire qu'elles n'atteignent pas le degré d'absurdité qui est commun chez les déments, en particulier paranoïdes, et même chez ces mythomanes délirants dont j'ai déjà parlé comme devant être exclus des délires chroniques. Chez ces derniers, il est question de voyages dans les astres, rapportés avec détails. On rencontre aussi des exemples de ce que MM. Sérieux et Capgras ont appelé

(1) *Loc. cit.* Vie d'une fausse princesse.

la fabulation anachronique : les sujets parlent de leurs existences successives, racontent leurs relations avec des personnages historiques morts depuis des siècles. Mais ces conceptions de mythomanie vaniteuse sont beaucoup plus superficielles que celles des vrais délirants. Elles ne sont pas prises autant au sérieux, et n'affectent pas, vis-à-vis de l'attitude et de la conduite des malades, le même rapport intime. Le malade se vante, mais il n'agit pas en conséquence.

Dans nos faits, l'invraisemblance des conceptions suffit en général cependant à faire reconnaître facilement les sujets pour ce qu'ils sont, et l'on ne cite pas d'exemple d'aliéniste qui les ait méconnus. Toutefois, il n'en est pas toujours de même lorsqu'il s'agit de profanes. MM. Sérieux et Capgras ont insisté avec raison sur l'habileté que ces malades mettent parfois à imaginer des arguments en faveur de leurs revendications et sur l'art qu'ils possèdent de les rendre assez vraisemblables pour entraîner des gens sains d'esprit. De fait il est maint exemple historique où l'on a vu des paranoïques filiaux recruter des partisans, en imposer à des journalistes, à des magistrats, au Parlement lui-même. M. Gilbert Ballet fait remarquer que si son malade avait choisi pour père, non un ex-président de la République, mais un simple citoyen, on aurait pu éprouver quelque embarras à reconnaître en lui un aliéné. Mais il relève lui-même sans peine dans le récit l'invraisemblance puérile dont nous parlons et montre que la difficulté n'existe guère pour un homme du métier.

Néanmoins, le caractère délirant peut être assez peu frappant à première vue pour que, dans certains cas, on courre le risque d'admettre le faux témoignage de ces malades ou de les laisser inculper à tort d'escroquerie ou de chantage.

Les fables ne sont pas toujours préparées d'avance dans l'esprit des malades ; souvent, elles éclosent extemporanément, provoquées par les questions du médecin. Une malade affirme les relations de M. Hamard avec une dame B... On les conteste. Elle ajoute aussitôt : « Vous me demandez ce qui me prouve la nature des relations de M. Hamard avec cette dame B... Mais je l'ai vu déshabillé dans le lit de cette dame ! » Toutefois, un malade peut aussi être pris de court. Il n'en montre pas d'embarras, mais maintient simplement son affirmation, ou dissimule en refusant de répondre.

Cette facilité d'invention, qui permet au malade d'étendre indéfiniment son délire, est encore un trait qui oppose le fabulateur à l'interprétateur. Chez ce dernier, il existe une sorte d'équilibre entre l'activité de liaison des idées et l'activité d'invention. Chez le fabulateur, l'équilibre est rompu au profit de l'invention.

Il en résulte un autre caractère du délire de fabulation, son abondance. Très souvent, des entretiens multipliés ne permettent pas de voir la fin du délire. Les thèmes sont en général multiples. Il peut n'en exister aucun de prédominant, ou bien le malade concentre la plus grande part de son activité sur l'un d'entre eux, le plus souvent alors sur l'idée de filiation. Mais, même dans ce cas, il existe à côté de l'idée principale d'autres thèmes accessoires de grandeur ou de persécution. Chez certains, l'abondance touffue du délire dépasse de beaucoup tout ce qu'une description peut exprimer ; au premier abord, le plus grand désordre paraît régner, puis on découvre quelques fils conducteurs, sans parvenir d'ailleurs à tout y rattacher. Il peut éclore incessamment de nouvelles idées, aussi les malades n'en restent-ils pas longtemps au même point. Ainsi, de même qu'on ne parvient pas à épuiser le délire, on doit s'attendre souvent à n'en saisir qu'un aspect transitoire et à le retrouver bientôt modifié. Mon malade, entré dans le mutisme peu après les premiers entretiens qui me permirent de recueillir son observation, n'en est sorti vis-à-vis de moi qu'au bout de deux mois ; cela m'a suffi pour constater que ses idées avaient déjà varié.

Il y a donc dans le délire d'imagination une mobilité qui est loin d'appartenir au même degré aux autres formes. Ce caractère résulte directement de la facilité et de l'abondance de l'invention qui occupe le malade successivement à des objets divers. Il y a naturellement sur ce point des différences individuelles assez étendues, suivant surtout qu'il existe ou non une idée dominante et qu'elle s'accompagne de revendications énergiques. Lors même que le sujet passe volontiers d'un sujet à l'autre, il ne change ordinairement que d'occupation, non de conviction ; les idées qu'il semble négliger demeurent, et on en retrouve l'affirmation par l'interrogatoire.

On peut voir pourtant l'inverse se produire. Le malade en vient alors à abandonner complètement certaines idées pour les remplacer par d'autres se rapportant au même objet. On l'entend alors renier carrément ce qu'il avait durant longtemps maintenu. Une malade de MM. Sérieux et Capgras (1) se prétendit pendant de longues années fille de Sarah-Bernhardt et du prince de Galles. Plus tard, elle changea de roman, probablement pour avoir lu dans l'intervalle des histoires hindoues. Elle devint alors la grande Brahmane de Kâli, la fille d'Hyder-Ali et d'une dévadassi, née à Dehli en 1869 ou 1873. Elle explique ses dires antérieurs en disant qu'elle « plaidait le faux pour savoir le vrai ».

Ce délire mobile et touffu abonde en contradictions. Nous venons de voir un exemple de celles qu'on pourrait appeler successives et qui résultent d'une substitution de thèmes à longue échéance. Il en est aussi de simultanées qu'il est possible de constater au cours du même examen ou d'examens rapprochés. Elles proviennent d'une coordination insuffisante entre des thèmes trop nombreux et trop vite inventés. Tenté tour à tour par l'une ou l'autre des perspectives que son imagination ne cesse de lui fournir, le malade n'a pas le temps de les accorder entre elles ou bien il abandonne pour un moment celles qui le gênent. Une malade de MM. Dupré et Logre peut servir d'exemple typique. Au cours d'interrogatoires nécessités par une expertise judi-

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. *Délire d'interprétation*, p. 176, Obs. XVIII.

ciaire, on l'entendit se donner successivement pour la fille naturelle d'Edouard VII, de Guillaume II, d'Alphonse XII, ou refuser catégoriquement de révéler le secret de sa naissance. Bientôt elle rétracta ce qu'elle avait dit sur la paternité d'Edouard VII, pour raconter comment ce prince était devenu son amant après l'avoir rencontrée à Carlsbad. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE

Le traitement de l'ectopie testiculaire a donné lieu à de multiples publications dans ces dernières années. Trois points surtout ont été très discutés : la valeur présente et future du testicule ectopié, l'âge auquel il convient d'intervenir, la technique opératoire à suivre.

Le premier point à élucider est de savoir jusqu'à quel point le testicule ectopié a conservé son intégrité fonctionnelle. S'il est complètement perdu au point de vue physiologique, l'abstention ne sera-t-elle pas la conduite logique?

Que donne d'abord l'examen des testicules ectopiés? L'accord a été longtemps avant de se faire parce que les auteurs n'examinaient pas des testicules du même âge. Les examens de Monod et Arthaud, puis de Félizet et Branca ont établi que jusqu'à quinze ans le testicule ectopique ne présentait pas de lésions épithéliales, mais quelques lésions interstitielles; chez l'adulte les lésions parenchymateuses sont nettes : en vieillissant, le testicule s'est atrophié et a dégénéré.

De plus, Frani, Stilling, Griffiths ont montré expérimentalement que, chez les animaux, on obtenait cette même atrophie en plaçant les testicules en ectopie. Il semble donc logique d'admettre que le seul fait de la reposition du testicule en bonne place pendant le jeune âge amènera une évolution normale de l'organe et l'établissement de la fonction spermatogénétique après la puberté. A-t-on constaté de tels résultats après l'orchidopexie? On n'en trouve pas trace dans les statistiques chirurgicales et M. Ombrédanne a bien montré pourquoi. C'est que, pour pouvoir assurer le rétablissement de la spermatogénèse, il faudra pouvoir pratiquer l'examen du sperme douze ans après l'opération, chez des enfants cryptorchides opérés en bas âge d'orchidopexie bilatérale; conditions bien difficiles à remplir. Tout au plus a-t-on remarqué que le testicule ectopié, toujours plus petit et plus mou que le testicule sain, grossit un peu après l'opération; encore n'est-il pas certain qu'il ne s'agisse là que d'un gonflement réactionnel passager comme M. Jalaguier a pu le prouver dans un cas (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 6 avril 1890).

Il n'y a donc pas de preuves certaines de la possibilité de rétablir la fonction spermatogénétique du testicule par l'orchidopexie. Bien plus, il semble qu'il y ait des arguments sérieux contre cette possibilité.

Cette action utile de la reposition du testicule ne s'explique que si ses lésions sont secondaires à l'ectopie; elle n'est pas vraisemblable si l'ectopie est la conséquence de lésions testiculaires primitives, d'un arrêt de développement du testicule ainsi que certains auteurs l'ont avancé.

Bland Sutton s'est fait le défenseur de cette théorie. Pour lui, jamais un testicule sain n'est retenu dans l'abdomen, il accomplit sa descente. Il cite comme exemple les cas d'utérus masculinus qui sont entraînés dans le scrotum à la suite de la descente du testicule à aspect d'ovaire qui y adhère (voyez *Lancet*, 1909, II, 1406). Le testicule en ectopie présente un aspect particulier; l'épididyme ne lui est pas accolé et les deux organes sont réunis par un véritable mésorchium, aspect qui est normal dans les derniers stades du développement du fœtus, l'artère spermatique est le plus souvent courte, et de petit calibre (elle saigne peu à la section), comme on l'observe dans les vices de position congénitaux des autres organes.

Les récents examens histologiques de Fasano montrent qu'il y a bien en effet une quantité anormale d'éléments interstitiels mais que ce n'est pas la seule lésion. On trouve bien, par places, des canalicules, mais pas à leur complet développement; ils ne présentent qu'une seule rangée de cellules, et ont l'aspect de canalicules séminifères incomplètement développés. C'est l'aspect normal du testicule embryonnaire. Cette structure n'explique-t-elle pas la fréquence des adénomes sur le testicule en ectopie (Lecène et Chevassu). Enfin, ce qui plaide surtout en faveur de l'arrêt de développement primitif du testicule, c'est que les ectopiés sont pour la plupart des dégénérés (Villard) et il n'est pas rare que l'affection soit héréditaire (Gosselin, Vidal, Houzelot, etc.). Enfin nous verrons que cet état coexiste assez souvent avec de l'hypothyroïdisme et peut guérir par le traitement thyroïdien (Bonnes).

Faut-il conclure de là que l'organe ectopié est perdu fonctionnellement et que tout traitement est inutile?

Loin de là, car si la fonction spermatique est fort compromise, ce n'est pas le seul rôle du testicule. Il y a dans le testicule deux organes (Boin et Ancel), une glande épithéliale qui sécrète les éléments de la fécondation, et une glande interstitielle qui préside à la virilité, à la vigueur musculaire. Cette glande interstitielle se développe la première et existe chez l'embryon bien avant les tubes spermatiques. Elle est conservée dans les maladies cachectisantes alors que la partie génitale s'atrophie. C'est la suppression de cette sécrétion interne chez les castrats jeunes qui amène, probablement par action sur le développement du corps thyroïde, la tendance à l'adiposité, l'absence du système pileux, les caractères de la voix, et, par action propre, un retard de l'ossification définitive (Brian), la diminution de la force musculaire.

Conservée dans le testicule en ectopie jusqu'à la puberté, la sécrétion interne du testicule tend à disparaître plus tard par atrophie complète et définitive de la glande, constituant une véritable castration tardive. Cette atrophie ne s'accomplit pas si au contraire l'organe est en bonne place avant la puberté. Si donc le traitement de l'ectopie bilatérale s'impose, il ne faut pas croire qu'il est inutile dans l'ectopie unilatérale. En effet, ici, il ne se produit jamais, dans le testicule du côté opposé, d'hypertrophie compensatrice (L. de Gauléjac) comme on l'observe dans d'autres glandes (rein, surrénales), et comme on l'observe parfois après atrophie accidentelle unilatérale du testicule (cas de Salleron, Reclus, expériences de Rieffert, *Centralblatt f. Chir.*, 1890-91, t. II, p. 196). Bien plus, selon la remarque de Villemin, le testicule opposé est le plus souvent en migration incomplète, et occupe rarement le fond des bourses. Ces considérations ne sont pas les seules raisons d'intervenir. En effet, le testicule en ectopie s'accompagne de nombreuses complications bien connues. La principale est la présence d'une hernie. Dans la moitié des cas (Moschowitz) il y a persistance du canal vagino-péritonéal jusque dans les bourses et présence d'une hernie plus ou moins volumineuse. Dans tous les cas il y a hernie en puissance (Robineau). M. Jalaguier a toujours constaté la persistance au moins partielle du conduit vagino-péritonéal dans les opérations. La présence du testicule en ectopie rend le port du bandage douloureux ou risque d'entraîner l'inflammation testiculaire, de rendre celui-ci adhérent et souvent dans des positions anormales (c'est sans doute l'origine de la plupart des ectopies sous-cutanées abdominales, périnéales, crurales). La présence du testicule dans le canal inguinal peut entraîner une série d'accidents : formation de la hernie pariétale interstitielle de Goyrand (d'Aix), l'obstruction intestinale au moment de l'accroissement de la glande à la puberté, l'étranglement

herniaire véritable. Si le testicule en ectopie est adhérent, il est sujet aux contusions ; s'il est mobile, il n'est pas rare qu'il soit le siège de torsions (Nicoladoni, Bryant, Lejars.) De toutes manières s'il est atteint d'une infection blennorragique ou autre il peut entraîner des phénomènes péritonéaux. Enfin, on connaît sa tendance à devenir le siège de tumeurs malignes. Autant de raisons pour intervenir et faire cesser l'anomalie.

Mais ici se pose un problème très délicat; à quel âge convient-il d'opérer ?

Tout d'abord, il ne faut pas confondre avec l'ectopie véritable les retards de migration qu'on observe si souvent. Le testicule a normalement terminé sa descente à la naissance ou dans les quelques jours qui suivent; mais bien souvent il reste à l'anneau externe plus longtemps et on ne le voit venir occuper le fond des bourses que dans le cours de la première année. Chez d'autres enfants, on trouve un testicule très mobile que les contractions crémastériennes font remonter par instants du fond des bourses jusque dans le canal inguinal. Ce n'est pas là de l'ectopie véritable.

Pour celle-ci peut-on espérer voir la descente spontanée se produire ? Il n'est pas douteux qu'elle existe dans un certain nombre de cas et selon Bezançon « le bilan des descentes spontanées n'est pas si mauvais ». En tout cas, d'après ce que nous avons dit précédemment, on n'a pas le droit d'attendre après la puberté pour intervenir, et le chiffre de quinze ans, longtemps classique, est trop élevé, c'est donc avant la puberté qu'il convient d'opérer. Les chirurgiens ont d'ailleurs tendance à abaisser de plus en plus l'âge de l'orchidopexie.

Au Congrès de chirurgie de 1906, le rapporteur M. Villard proposait d'opérer entre quatre et dix ans en cas de hernie, entre dix ans et la puberté dans les autres cas. Souligoux, Frœlich (de Nancy) proposent six ans. Tailhefer (de Béziers) de deux à quatre ans, Girard (de Genève) opère à deux ans, M. Villemin à quatre ans, et opérerait plutôt encore si chez le tout petit les éléments du cordon, très grêles, n'étaient pas trop difficiles à disséquer et fragiles. Pour cette raison M. Robineau conseille d'attendre sept à huit ans. Moschowitz opère après trois ans. Le professeur Delbet conseille d'opérer le plus tôt possible s'il y a une hernie ou ectopie bilatérale. M. Ombrédanne intervient dès que l'enfant est propre.

Pourquoi cette hâte et ne pas attendre à huit ou dix ans les chances d'une descente spontanée ? Il y a à cela deux raisons. La première est la présence constante d'une hernie effective ou en puissance. On opère des bébés dès qu'ils sont propres parce qu'ils ont une hernie, *a fortiori* il convient de les opérer si cette hernie est compliquée d'une ectopie qui empêche le port d'un bandage et fait courir des risques sérieux. Deuxièmement, comme R. de Gauléjac et Apert l'ont bien montré, il ne faut pas croire que le testicule soit silencieux de la naissance à la puberté, la glande à sécrétion interne fonctionne et prend part au développement et à l'évolution de l'organisme, il existe souvent même un rudiment de spermatogénèse à la naissance, analogue à la fluxion ovarienne et mammaire des petites filles.

Le traitement sera donc commencé le plus tôt possible. En quoi consistera-t-il ?

Les tractions, le massage longtemps recommandés sont d'une efficacité douteuse. Le bandage en fourche est néfaste, il ne maintient généralement pas la hernie et occasionne le plus souvent les ectopies anormales et adhérentes du testicule.

Dans ces dernières années, on a préconisé le traitement thyroïdien, c'est Herthoghe (d'Anvers), qui (*Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1896-1897-1898-1907 ; *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août 1899) a fait remarquer la fréquence de la monorchidie, le développement incomplet des organes génitaux, dans l'hypothyroïdie; dans quelques cas, l'ingestion de corps thyroïde pendant quelques mois amena la descente spontanée du testicule. Tollemer (*Soc. de pédiat.*, 20 juin 1905), Apert (*Bulletin méd.*, 1901), Parhon et Mihailesco, soignant des cas d'insuffisance thyroïdienne par l'ingestion de corps thyroïde, observèrent aussi des guérisons de cryptorchidie. Mais c'est Bonnes (de Bordeaux) qui a proposé le premier l'essai systématique de ce traitement pour les cas de cryptorchidie, en dehors même de tout signe d'hypothyroïdie. Il a observé des cas de guérisons très rapides (parfois dès le premier jour du traitement) avec des doses très minimes et absolument inoffensives de corps thyroïde ou une quantité équivalente d'une des préparations variées du commerce. Pour les enfants il recommande l'emploi commode des tablettes. En cas de rechute possible, le traitement sera recommencé.

Etant donné son innocuité absolue à ces doses, il est juste de tenter le traitement thyroïdien dans tous les cas de cryptorchidie, avant de pratiquer la cure chirurgicale. Celui-ci peut consister soit à enlever le testicule ectopié, soit à le placer au fond des bourses.

La castration doit être absolument rejetée chez l'enfant où elle ne sera imposée que dans des cas exceptionnels (torsions, étranglements testiculaires); chez l'adulte, le testicule sera enlevé toutes les fois qu'il sera situé dans l'abdomen, ou sera le siège de douleurs vives, d'orchites à répétition, et, naturellement, de tumeurs. Dans le cas d'ectopie double, la conservation d'un côté sera la règle.

La reposition du testicule au fond des bourses, l'orchidopexie, est l'opération de choix chez l'enfant. Elle comprend trois temps bien distincts : la cure radicale de la hernie, l'abaissement du testicule jusqu'au fond des bourses, la fixation du testicule en ce point.

Si sur le premier temps l'accord s'est facilement fait (section du canal inguinal dans toute sa hauteur, isolement et section du sac le plus loin possible vers l'abdomen, restauration de la paroi), il n'en est pas de même pour les deux autres. Chaque année voit apparaître des techniques nouvelles. Cette pléthore de procédés suffirait à indiquer que les résultats obtenus sont médiocres si les statistiques ne venaient confirmer cette supposition (voir les statistiques de Coley, de de Lannis et Exalto). Pour dire qu'il y a guérison de l'ectopie, il ne suffit pas que le testicule soit dans les bourses, il faut qu'il soit au fond des bourses et qu'il s'y maintienne indéfiniment. Les procédés opératoires pratiqués jusqu'à ces dernières années ne permettaient que d'une façon inconstante l'abaissement complet du testicule, et, malgré les fixations, beaucoup de testicules bien placés après l'opération avaient tendance à remonter plus ou moins par la suite. Dans ces dernières années, quelques procédés semblent avoir apporté un progrès très sérieux à la cure de l'ectopie. C'est sur eux que nous insisterons après avoir énuméré très rapidement les principales méthodes qui les ont précédés.

(*A suivre.*) M. LANCE.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Les moyens de défense que le médecin peut invoquer sont : l'expertise, le cas de force majeure, l'urgence et les ordres du malade.

Pour démontrer qu'il n'est pas en faute, le médecin peut — et il doit toujours le faire — demander au tribunal d'ordonner une expertise. Celui-ci souscrit généralement à cette requête : bien souvent il l'ordonnera de lui-même, pour être suffisamment éclairé sur les faits du procès. Trois experts sont alors

(1) Conférence faite à la Société des médecins du VIe arrondissement de Paris, le 26 juin 1911. — (Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 89, p. 1331; n° 92, p. 1367; n° 94, p. 1392; n° 97, p. 1430; n° 100, p. 1465, et n° 103, p. 1501.)

désignés pour remplir la mission : ils examineront le malade, ils s'entoureront de tous documents ou de tous renseignements utiles afin d'établir ou non la responsabilité du médecin... Je n'insiste pas sur ce point; les derniers procès vous ont instruits sur ce qu'était une expertise.

Pour se défendre, le médecin peut établir que l'acte qui lui est reproché n'est pas une faute, lui ayant été imposé par des causes indépendantes de sa volonté : nous nous trouvons devant le cas de force majeure. On ne peut ainsi reprocher à un médecin de n'être pas venu auprès d'un malade, alors qu'il avait trouvé la route barrée par une rivière débordée et sans pont, ou de n'être arrivé qu'au bout de plusieurs heures, alors qu'il avait à parcourir une route fort longue et fort accidentée, route qu'il parcourait la nuit sans la connaître.

Le cas d'urgence est une excuse invoquée très souvent par le médecin. Le cas d'urgence est celui dans lequel il est nécessaire de secourir promptement un malade pour éviter soit l'aggravation de son état, soit sa mort. L'urgence, qui met toujours celui qui exerce l'art de guérir, à l'abri des tribunaux, lui permet d'agir avec la plus grande latitude. Il peut tenter toutes opérations, quel que soit son défaut d'expérience, sans appeler un de ses confrères, et sans demander l'autorisation du malade, pratiquer la brachiotomie, se servir d'une aiguille de tapissier ou d'un ciseau à froid pour pratiquer la craniotomie (Cour de Paris, 4 mars 1898, précité), ordonner à haute dose des médicaments très actifs.

Enfin, messieurs, le médecin pourra, pour se soustraire à toute responsabilité, prouver que le traitement lui a été imposé par son client. Cependant, le médecin ne peut être excusé que s'il est démontré que le remède prescrit sur la demande du malade, ne pouvait pas produire, au moment de la prescription, des effets dommageables, ou si le traitement exigé était rationnel, quoique n'ayant pas les préférences du médecin. Mais lorsque le traitement réclamé par le client doit, dès son application, lui causer quelques dommages, le médecin n'a pas le droit d' « euthanasie » et d'agir ainsi en connaissance de cause.

De ces diverses mais un peu longues explications — dont je m'excuse, messieurs — il nous faut tirer une conclusion. Nous la trouverons dans un récent jugement rendu le 29 mars 1911 par la première chambre du tribunal civil de la Seine, présidée par M. Monier, et dont j'emprunte le sommaire à la *Gazette des tribunaux* du 28 mai 1911 :

« Pour apprécier la responsabilité que peuvent encourir les médecins et chirurgiens quant aux conséquences dommageables de leurs traitements et opérations, il ne faut pas les rechercher pour des faits purement relatifs à l'exercice légitime et normal de leur profession, si ces faits, réputés même dommageables en eux-mêmes, ne procèdent pas, dans une mesure quelconque, d'une faute extra-professionnelle ou de droit commun imputable à l'homme indépendamment du praticien et du traitement qu'il a prescrit et dirigé. Des faits professionnels ne sauraient être retenus comme éléments de faute que s'ils constituent une faute lourde de diagnostic, de traitement ou d'opération que l'état de la science ne permettait pas de commettre, ou s'ils dénotent une impéritie ou une négligence telles, qu'on ne peut dans une opinion moyenne s'attendre à en rencontrer de semblables chez une personne possédant le titre de docteur avec les connaissances, la conscience et le bon sens exigés pour l'exercice de cette profession.

En fait, un médecin n'est pas, au point de vue civil, responsable des conséquences d'une opération de radiographie à laquelle il a procédé, si la méthode par lui appliquée a été jugée rationnelle et couramment employée dans le cas qu'il avait à traiter, si, de plus, il n'a négligé aucune des précautions imposées par la science ou les usages encore assez mal réglementés de la radiographie, et si la cicatrisation de la plaie opératoire a eu lieu rapidement sans complications d'aucune sorte provenant directement du fait de l'opérateur, de l'opération ou du traitement. »

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 70, 9 sept. 1911.) KIRMISSON : A propos d'ostéites multiples d'un membre.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 37, 10 sept. 1911.) E. LEURET et Henri GAUVENET : Etude critique des bases actuelles de nos connaissances sur la pathogénie des ictères. — BOUDIER et J. LABOUGLE : Lipomatose symétrique volumineuse à type scapulo-thoracique et abdominal (cas fruste de maladie de Dercum) [2 photogravures].

Journal médical de Bruxelles. — (N° 35, 31 août 1911.) MARÉCHAL : Sur la polynévrite tuberculeuse et sur les polynévrites toxiques. — W. WOIATECHK : De l'exploration du nystagmus à l'aide des appareils graphiques (avec analyse des courbes du nystagmus spontané).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 8 août 1911.) V. D. HEIDE : Recherches expérimentales et biologiques sur le début de l'accouchement. — LUST : Le phénomène du péroné, contribution au diagnostic de la tétanie. — CREMER : Sur la glycosurie par la phlorine, nouvelle forme de diabète artificiel. — WESSELY : Manifestations anaphylactiques sur la cornée. — WEICHHARDT et KÜMMEL : Recherches sur la spécificité organique de l'albumine uvéale. — PAGENSTECHER : Réalisation expérimentale de malformations oculaires et de cataractes congénitales chez les vertébrés. — AUTENRIETH et FUNK : Dosage colorimétrique du lactose dans l'urine et le lait. — REICHE : Sur le sort ultérieur des phtisiques traités dans les sanatoriums. — TRESPE : Contribution à l'intoxication par l'aniline. — SPIETHOFF : Sur la question des injections de salvarsan intraveineuses acides ou alcalines. — SÜNON : Injections de pantopon-scopolamine comme préparation aux narcoses et anesthésies. — HEGNER : Action du syrgol dans les conjonctivites. — DEVAUX : Traitement de la diarrhée par la glutannine. — GRUBER : Statistique des affections peptiques de l'estomac, l'œsophage et le duodénum.

Paris médical. — (N° 40, 2 sept. 1911.) F. TERRIEN : L'ophtalmologie en 1911 (revue annuelle). — ROLLET : La tuberculose des voies lacrymales. — TERSON : L'étiologie dentaire de certaines affections des yeux. — GRIVOT : L'oto-rhino-laryngologie en 1911 (revue annuelle). — HALPHEN : L'examen de la fonction vestibulaire. — FARGIN-FAYOLLE : La stomatologie en 1911 (revue annuelle). — CAPDEPONT : Les accidents de la dent de sagesse. — B. KRITCHEWSKY : Le médecin doit examiner la bouche de tous ses malades.

Semaine gynécologique. — (N° 36, 5 sept. 1911.) PICHEVIN : A propos de la rétrodéviation de l'utérus.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 107. — JEUDI 21 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 21 SEPTEMBRE 1911. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury s'est divisé en deux sections :

Anatomie. — MM. Alglave, Desmarest, Pagniez et Ribadeau-Dumas.

Pathologie. — MM. Monthus, Sauvage, Chevrier et Comte.

Ordre de passage. — *Anatomie.* — Deuxième moitié : deuxième, troisième et première séries.

Première moitié : deuxième, première et troisième séries.

Pathologie. — Première moitié : deuxième, première et troisième séries.

Deuxième moitié : deuxième, troisième et première séries.

— Les séances d'anatomie auront lieu les lundis et mardis à quatre heures et demie, et les mercredis et vendredis à huit heures et demie du soir, et les séances de pathologie les lundis et mardis, à huit heures et demie du soir, les mercredis et vendredis à quatre heures et demie.

Notes. — *Candidats militaires.* — Anatomie. — Séance du 18 septembre 1911 : « Crosse de l'aorte ».

MM. Vincent, 8; Linard, 11; Huas, 16 1/2; Luneau, 14; Collette, 10; Charpentier (Jean), 8; Pinel, 16 1/2; Binet (Pierre), 9; Cantegril, 12 1/2; Paturet, 10; Petetin, 8 1/2; Merlin, 16; Cornudet, 17; Veil-Picard, 8 1/2.

Pathologie. — Séance du 18 septembre : « Indications et techniques de la thoracentèse ».

MM. Wallet, 15; Cantegril, 16; Cornudet, 15; Plantin, 10; Paturet, 12; Huas, 14; Luneau, 15 1/2; Lignac, 15; Linard, 9; Vercier, 8; Michon (Charles), 7; Pecker, 14; Jarraud, 9; Binet (Pierre), 11; Prunier, 12; Boussin, 13; Fresney, 11; Charpentier (Jean), 15; Kurzenne, 16.

Séance du 19 septembre : « Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face ».

MM. Leblanc, 11; Aurcille, 14; Langagne, 12; Veil-Picard, 8; Frélezeau, 16 1/2; Martin, 15; Gay, 9; de Gennes, 16; Bléteau, 12 1/2; Vincent, 9; Dujardin, 14; Debray, 16 1/2; Engelbach, 12 1/2; Woirin, 17 1/2; Petetin, 15; Canox, 15.

— MM. les candidats sont prévenus que, seules, les demandes d'excuses accompagnées d'un certificat médical seront admises par le Jury ; en principe il ne sera pas répondu par lettre individuelle aux demandes d'excuses. La décision du Jury sera mentionnée au procès-verbal de la plus prochaine séance et affichée à la porte de la salle des concours.

MARINE. — Par décret en date du 15 septembre 1911, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Damany, médecin principal, en remplacement de M. Gorron, décédé.

Au grade de médecin principal. — M. Pervès, médecin de première classe, en remplacement de M. Damany, promu. — M. L'Eost (François-Marie), médecin de première classe, en remplacement de M. Desmond-Sicard, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. Le Berre, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Pervès, promu. — M. Robin, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. L'Eost, promu.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. V. Griffon, médecin des hôpitaux de Paris; de M. le médecin-major Pouillot, et de M. Beaumaris, externe des hôpitaux de Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — — *Train de chasseurs entre Paris et Gien.* — La Compagnie rappelle aux chasseurs que, pour faciliter leurs déplacements dans les régions du Gâtinais, de la Puisaye et de la Sologne, elle met en marche, depuis le 26 août 1911, un train express (1re classe et wagon-restaurant) qui circule pendant la durée de la chasse, les samedis et veilles de fêtes, de Paris à Gien, les dimanches et fêtes, de Gien à Paris.

Paris, départ : 7 h. 35 soir ; Gien, arrivée : 10 h. 15 soir. — Gien, départ : 7 h. 29 soir; Paris, arrivée : 10 h. soir.

Ce train ne prend pas de bagages enregistrés.

RENSEIGNEMENTS

FABULATION

ET

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ CHRONIQUE (1)

Par M. AUGUSTE GONNET,
Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.

De tout ce qui précède, il résulte que le délire est souvent mal systématisé. « L'abondance du délire, écrivent MM. Dupré et Logre, nuit à sa systématisation. » On aurait tort d'en conclure à l'absence d'effort systématisateur. Celui-ci existe au même degré qu'ailleurs, plus ou moins marqué suivant les cas et suivant la valeur du fonds mental. Son insuffisance résulte seulement de la plus grande difficulté de la tâche. Le malade est submergé par le nombre, mais il n'en travaille pas moins à mettre de l'ordre. Pour bien montrer quel degré de cohérence les idées peuvent atteindre, autant que pour éclairer ce qui a été dit des autres caractères, je vais résumer le délire observé chez mon malade.

Ce sujet dit être né en Angleterre, en 1886 (date réelle de sa naissance), comme fille du futur George V. Huit jours après sa naissance, on le soumit à une opération qui avait pour but de le pourvoir d'organes génitaux mâles prélevés sur un autre enfant. A quinze jours, il fut confié à la femme d'un amiral français, connue par l'intermédiaire d'un lord, pour être remis par elle à d'humbles habitants du Finistère (ses parents réels), dont l'attachement à la famille royale anglaise était connu. L'opération ayant mal réussi la première fois, il fut ramené à quatorze mois en Angleterre pour la subir de nouveau. C'est durant ce séjour qu'il eut connaissance de son origine. La reine Victoria la lui révéla elle-même, à Cowes, à bord du yacht royal *Victoria and Albert*, en présence de deux autres personnes dont il ne se rappelle plus le nom. Puis il se rendit avec elle en ballon à Westminster. Peu de temps après, environ à l'âge de deux ans, il fut proclamé reine et roi d'Angleterre devant la Chambre des lords. La reine y causa avec une personne qui se trouvait parmi les lords et n'était pas contente de le voir; elle dit en montrant le malade qu'il était le comte de Lancashire.

Il faut expliquer de si étranges événements. Le malade rappelle que la place de prince-consort était vacante et dit qu'il s'agissait d'éviter des compétitions dangereuses à la situation dynastique. C'est pourquoi on eut recours à des procédés aussi détournés pour la lui pouvoir faire occuper. Il ajoute aussi : « En philosophie, il faut considérer le roi comme s'approchant de Dieu plus que ne le fait une personne de la bourgeoisie. Il fallait donc que nous fassions une invention s'élevant au-dessus de ce qu'on fait communément. »

En décembre 1888, il fut ramené en France et resta pendant dix-neuf jours en surveillance à la préfecture de Rennes. On lui proposa alors de choisir s'il voulait vivre désormais en Angleterre avec la famille royale ou en France avec les parents qu'il appelle nourriciers. Il choisit ces derniers et l'explique à nouveau. C'était pour éviter des contestations : « Deux frères en grandissant peuvent arriver à se ressembler. Vers l'âge de quatorze ans, apparaissent la volonté, le savoir », influences qui peuvent faire paraître une personne plus grande qu'elle n'est. En le séparant ainsi de ses frères et sœurs, on rendait impossible toute discussion basée sur ces motifs. Il ajoute, sans détails, qu'on lui demandait à la Cour bien des choses auxquelles il ne pouvait répondre, qu'il y avait de petits ennuis à éviter, que la raison d'Etat oblige les princes à vivre séparés de leurs enfants.

Ainsi se poursuit le délire. Le malade raconte encore d'autres voyages en Angleterre, et fournit d'autres théories du même genre pour expliquer les principaux événements de sa vie. S'il est venu à l'asile, par exemple, c'est dans le but de faire établir son identité.

Il porte en outre des accusations d'empoisonnement contre sa grand'mère, en alléguant une certaine bouteille dont elle se serait bien gardée de boire et qu'elle réservait à lui seul. Il m'accuse d'être Rochette et me menace de me faire arrêter. Il a voulu de même faire arrêter un commissaire de police à Brest. Comme les réactions sont avant tout celles d'un persécuté (mutisme ou ton agressif, revolver sous l'oreiller quand il était en liberté), on peut penser que les idées de cet ordre sont plus abondantes, mais qu'il les cache. En tout cas, elles ne sont pas reliées, celles d'empoisonnement du moins, aux idées de grandeur qu'on vient de lire.

Le malade se croit encore inspecteur général de la police française, et amiral des marines française et anglaise. Il dit avoir fait imprimer, en français et en anglais, deux volumes sur la guerre du Transvaal et sur la bataille de Tsou-shima.

Ajoutons que le délire paraît avoir débuté progressivement aux environs de vingt ans, que le malade, sous-officier mécanicien de la marine, est instruit et intelligent et qu'il ne nous a rien été signalé qui permette de le tenir pour un déséquilibré. Il a assisté, comme marin, aux fêtes données en l'honneur de l'Entente cordiale, à Cowes, en 1906, ce qui certainement a causé l'orientation de son délire. Il est interné depuis octobre 1910.

On voit que, s'il n'y a pas toujours de liaison entre les nombreux thèmes de ce délire, la systématisation en est remarquable. Le récit, entièrement fabuleux et dans lequel les événements réels de la vie du malade n'interviennent que comme matériaux, non comme preuves, se suit sans aucun chevauchement de ses parties, et les éléments s'en rattachent les uns aux autres par de multiples liens.

Pourtant, quand, dans ses premières déclarations, le malade nous dit qu'il était Victoria II, à la fois reine et roi d'Angleterre, et à la fois homme et femme, qu'il avait eu cinq enfants comme femme, qu'il était amiral et inspecteur général de la police, pouvait-on se défendre de penser à un délire très absurde et très décousu et d'orienter le diagnostic vers la démence paranoïde ou la débilité mentale? L'examen

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 105, p. 1531.

approfondi permit de rejeter sans hésiter ces deux hypothèses.

*
* *

Devant des mensonges aussi flagrants, on se demande naturellement si l'on doit admettre, de la part de ces malades, une sincérité complète.

A juger la question dans l'ensemble, il n'est pas possible d'en douter. L'identité des idées, la présence ordinaire d'interprétations très typiques et du même caractère que dans les autres formes de délire, les réactions semblables à celles de tous les persécutés et mégalomanes, l'accord des actes avec les idées, rendent le caractère délirant absolument manifeste. On ne voit d'ailleurs pas, la plupart du temps, l'intérêt que les malades peuvent retirer de leurs mensonges, en dehors de celui qui leur serait commun avec un bon nombre de mythomanes, celui de se faire un succès de vanité. Mais le mythomane simple renonce en général à ses mensonges, s'il doit en résulter pour lui quelque dommage sérieux, tandis qu'il n'en est rien de nos malades qui acceptent, de leurs convictions, les conséquences les plus désagréables, l'internement entre autres, sans accorder plus à leurs contradicteurs que, parfois, la dissimulation de leur délire. Aucun argument ne réussit en général à les convaincre. Ils posent des affirmations, celle par exemple de se dire porteur d'un double sexe, quand la vérification évidente au contraire est à portée de la main. Et le signe qui contribue encore à bien prouver leur sincérité, c'est la maladresse avec laquelle ils se lancent parfois, alors qu'il est facile de les confondre et qu'il peut en résulter pour eux de graves désavantages. Ainsi, une malade de MM. Dupré et Logre n'hésitait pas à se vanter de savoir sept ou huit langues ; il suffisait pourtant de la prier d'articuler quelques phrases de l'une d'entre elles pour se rendre compte qu'elle n'en possédait que deux ou trois locutions connues de tout le monde.

Néanmoins, il est quelques exceptions qui donnent à penser que le problème n'est pas aussi simple et permettent d'admettre, sans pouvoir au juste préciser laquelle, une part de conscience dans certain de ces mensonges.

Quelques malades ont été conduits à rétracter ce qu'ils avaient avancé. Ainsi, le prétendu fils de Jules Grévy affirmait avoir assisté aux funérailles de son père à Mont-sous-Vaudrey; mais, comme on lui demandait des renseignements sur ce voyage, il ne put donner que des détails fantaisistes dont on lui démontra aisément l'inexactitude; en insistant on parvint à lui faire avouer qu'il n'était jamais allé à Mont-sous-Vaudrey.

Il arrive d'autre part que, dans le but de faire triompher leurs revendications, les malades recourent à des documents et à des preuves manifestement falsifiés. Les observations d'interprétateurs et de fabulateurs filiaux abondent en certificats ou autres pièces assez bien imités pour avoir impressionné plus d'une fois la justice et le public. Hersilie fournissait des certificats établissant qu'une substitution d'enfants avait été opérée à ses dépens. Le plus bel exemple de ce genre de faux serait certainement — s'il s'agit, ce qui semble très probable, de délirantes de cet ordre — celui de cette Olivia Serres et de sa fille Lavinia, sur lesquelles M. T. de Wyzewa (1) vient de publier une étude. Ces deux femmes revendiquèrent, l'une après l'autre, des années durant, par requêtes et procès, et au prix de la misère la plus noire, le titre de descendantes légitimes du duc de Cumberland, frère de George III. Elles fournissaient à l'appui de leurs réclamations d'innombrables documents signés de divers hauts personnages. Dans le dernier procès, intenté par Lavinia Serres en 1866, on recourut aux plus habiles experts en écriture, mais ceux-ci ne purent que constater la ressemblance parfaite qui existait entre les signatures produites et celles des actes authentiques. Même les variations de détail, que l'on pouvait observer dans celles-ci d'une pièce à l'autre, étaient reproduites dans l'imitation, si bien que le jugement dut passer outre à l'avis des experts pour débouter la demanderesse... qui garda sa conviction.

Quoi qu'il en soit de ces faits, il ne faut pas en exagérer l'importance. On peut, comme nous l'avons vu, obtenir parfois de n'importe quel délirant, même de l'interprétateur le plus pur, l'aveu d'une erreur de détail. Quant au mensonge avéré, c'est une réaction usuelle chez les délirants, quand leur caractère les entraîne dans la voie des revendications. Grâce à leur absence d'esprit critique, ils sont aussi impuissants à reconnaître le malfondé de leurs prétentions que l'incorrection des moyens employés à les faire triompher.

*
* *

La fabulation n'est jamais seule à prendre part à la constitution d'un délire. Il semble qu'il y ait eu, dans tous les cas cités jusqu'ici, même dans la première observation du travail de MM. Dupré et Logre qui peut passer pour le type le plus pur de délire de fabulation, présence d'interprétations vraies, plus ou moins abondantes. C'est ce qui a déterminé MM. Sérieux et Capgras à faire de ce type clinique une variété du délire d'interprétation.

En outre, il faut noter que, presque toujours, les malades sont plus ou moins orientés par des circonstances réellement vécues, souvent par des lectures. J'ai noté l'influence incontestable qu'a exercée chez mon malade sa participation aux fêtes franco-anglaises de Cowes et de Portsmouth.

Souvent aussi, les malades intercalent, parmi les éléments fabuleux de leurs récits, des détails de leur existence réelle, qu'il n'est pas toujours aisé d'y démêler.

Ceci nous amène à parler de la fabulation complémentaire. J'y suivrai pas à pas MM. Dupré et Logre.

Le fait réel qui constitue la base de l'interprétation peut être complété d'un détail ou d'une prédic-

(1) T. de Wyzewa. Les petits bouts de papier de la « princesse de Cumberland ». *Le Temps* du 27 février 1911.

tion imaginative. Une malade, qui reçoit une prime pour un achat dans une boutique, y voit la récompense d'un acte de probité accompli antérieurement, mais elle ajoute qu'elle va bientôt recevoir une somme de 47 millions.

On n'a pas beaucoup songé jusqu'ici à vérifier l'exactitude des faits rapportés par les interprétateurs. Or, ils semblent souvent avoir pour bases non des perceptions exactes, mais des illusions. Le regard « drôle », les gestes « bizarres » observés par eux paraissent, en particulier, être dans ce cas. La forme raisonnante subsiste, mais il manque l'exactitude du fait qu'exige la définition classique de l'interprétation.

Bien des faits rapportés comme des sensations réellement perçues peuvent passer pour des hallucinations. Le malade dit : « J'ai vu, j'ai entendu. » En réalité, il invente extemporanément ce qu'il a vu ou entendu. Il s'agit de fabulation et non d'hallucination.

Mais, de plus — et c'est ici qu'intervient la vraie fabulation complémentaire — le malade, effectivement halluciné, amplifie plus ou moins le texte de ses hallucinations. Lorsque les voix en viennent à quitter les brèves apostrophes pour les longues harangues, il faut se méfier beaucoup qu'il n'en soit ainsi.

Les hallucinations dites psychiques comprennent, entre autres faits, des représentations mentales vives auxquelles manque le caractère d'extériorité, des rêveries à l'état de veille qui ne sont pas des hallucinations. Une malade, atteinte d'un délire de fausse grossesse, et se croyant actuellement enceinte, disait entendre l'appel des enfants qu'elle portait et rapportait leurs paroles.

Dans tous ces faits mixtes, l'interprétation psychologique du délire devient difficile. Il faudra se rappeler la naïveté, la mobilité, l'extensibilité extemporanée, l'abondance, sur lesquelles j'ai insisté comme étant les caractères du délire typique de fabulation. Je désirerais citer l'exemple d'un de ces processus délirants complexes où la fabulation n'intervient qu'à titre complémentaire.

Il s'agit d'un de mes malades, âgé de quarante-trois ans et interné depuis treize ans. Il raconte qu'après une jeunesse déréglée et vagabonde, il éprouva le désir de s'amender. Dieu exauça sa prière et vint le visiter. Depuis cette époque, il est transformé corporellement; son corps est en or; son intelligence, primitivement faible, s'est ouverte; il jouit, malgré sa misérable situation, [d'une félicité inexprimable. Il a pu faire plusieurs miracles. Il a d'ailleurs présenté, surtout autrefois, des idées de persécution contre les maîtres de sa jeunesse qui ne lui ont pas donné « la vraie éducation », contre d'autres malades de l'asile, etc. Aujourd'hui, ce sont de beaucoup les idées de satisfaction et de grandeur mystique qui dominent.

Le délire consiste donc surtout à raconter les faveurs dont il a été l'objet de la part de l'Esprit-Saint, ses miracles, etc. Il expose plusieurs visions qu'il aurait eues de l'enfer, du ciel, de Dieu, des damnés. Voici comment il raconte sa descente en enfer. Je reconstitue ce récit à l'aide de ses paroles recueillies à peu près textuellement :

« J'avais demandé à Dieu, s'il y avait un enfer, de m'y mettre cinq minutes. Quelques jours après, j'étais dans mon lit, à l'asile, la nuit; mon esprit a quitté mon corps, je me sentais parti. J'avais traversé le plancher, je suis arrivé comme une flèche au bord d'un précipice. Je descends la tête la première avec une vitesse vertigineuse, et j'arrive au bas-fond. Je me trouvais entre deux murs sur chacun desquels il y avait des portes vertes alignées à 1m50 environ de distance les unes des autres. C'est là que sont enfermés les damnés les plus coupables, mais je n'ai pu les voir, car les portes ne se sont pas ouvertes. Il faisait un jour très doux. J'étais en chemise, non avec la chemise que j'avais à l'asile, mais avec celle que j'avais à mon entrée. L'air était très doux; on aurait pu coucher dehors. Je ne suis resté là que quelques secondes, puis j'ai été transporté vers le four. Le four n'est pas en plein air, mais sous un hangar. La porte est à 50 centimètres de terre; elle se soulève d'elle-même. On se trouve alors dans une chambre dont le plancher et la voûte sont en ciment. Dans la chambre, il y a un lit. La porte est trop petite pour faire passer le lit. Dans le lit, il y avait un patient allongé sur le dos. Je ne savais pas qui il était. En le voyant, je me dis : « Mais, c'est Victorine! » (une femme qu'il a connue et qui joue un rôle dans le délire). Les gens qui sont morts sont plutôt femmes qu'hommes. Le patient avait des yeux de boa, d'une sévérité extrême, mais une gentille figure; il regardait le plafond. Sa figure était rayonnante, mais fixe. Il avait l'air d'être heureux. Les damnés ne souffrent pas, mais ils ne jouissent pas non plus. Ce sont des vivants immobiles. »

La description des damnés enfermés dans les « portes vertes » et dont un lui apparut une autre fois, celle de Dieu, rappellent les animaux fantastiques de la mythologie qui empruntent aux espèces les plus diverses les différentes parties de leur corps.

On pourrait être tenté de voir dans ces histoires de pures fables. On peut cependant remarquer deux choses : la première, c'est que ces visions sont rapportées à une date et à un lieu précis; chacune d'elles ne s'est produite qu'une fois. La seconde, c'est qu'elles sont limitées et fixes. Le malade pourrait embellir sa description de détails plus nombreux, décrire par exemple le contenu des « portes vertes », mais il affirme formellement n'y pas être entré. Il en a vu seulement l'extérieur, tandis qu'il a pénétré dans le four. De même, en une autre vision, il n'a connu que le mur du paradis, non son intérieur qu'il ne peut décrire. En plusieurs interrogatoires, sa description ne s'enrichit d'aucun détail. Ce sont là des traits qui n'appartiennent pas aux fabulateurs vrais.

Et en effet, en interrogeant le malade attentivement, on s'aperçoit que chacune de ses visions correspond à un rêve. C'est un rêve interprété et, sans aucun doute, arrangé et précisé à l'état de veille.

De même, ses « miracles » semblent être des interprétations de faits réels plus ou moins embel-

lis. De même la scène où Dieu se manifesta à lui et où il entendit une voix dire : « Passez la main sur votre poitrine », pour y constater la transformation qui s'opérait.

En dehors des interprétations qui paraissent certaines, et de la fabulation complémentaire qui est indéniable, il ne paraît avoir existé chez ce malade aucune hallucination auditive, visuelle ni cénesthésique, et cela, malgré l'apparence qu'en donnent les idées de transformation corporelle. La description théologique des corps glorieux l'a guidé bien plus que les troubles de la sensibilité interne.

En somme, ce malade se comporte comme un fabulateur en ce qu'il compose un récit, mais il le compose en se servant d'éléments réels qui en limitent l'expansion. Mais, tandis que, chez l'interprétateur ordinaire, le réel sert de base à des déductions, il est mis ici au service d'un travail de narration. Le récit a donc des caractères mixtes, empruntés à ceux des deux processus.

* * *

Les réactions des fabulateurs ne diffèrent pas, dans l'ensemble, de ce qu'elles sont dans les autres formes de délire. L'attitude générale présente les diverses modalités communes chez les persécutés et mégalomanes ; on note un ton agressif, hostile, ou affecté, ironique, plaisant avec recherche ; le malade peut être plus ou moins réticent ou mettre de la complaisance à exposer ses élucubrations ; il peut dissimuler ou se réfugier dans le mutisme.

Les réactions médico-légales les plus diverses ont été rencontrées : plaintes, requêtes, lettres nombreuses, publication de mémoires, etc.

Quelques points spéciaux sont à signaler.

MM. Dupré et Logre (1) insistent, à propos d'une de leurs malades, sur la multiplicité des réactions. Il est évident que, si les malades s'orientent du côté médico-légal, l'abondance de leurs actes et leur variété seront en rapport avec celle de leurs idées.

Il est, de même, facile de comprendre pourquoi ces malades sont tout spécialement exposés au faux témoignage, même quand ils s'abstiennent de falsification volontaire. Ils ont aussi, puisque le mensonge est dans leurs habitudes, une propension marquée à l'escroquerie. Aussi, les a-t-on pu prendre, plus d'une fois, pour des maîtres chanteurs.

Inversement, les fabulateurs filiaux ont été souvent la proie de malins qui trouvaient intérêt à exploiter leur folie.

Le vagabondage qui n'est que « de l'imagination en action » a été vu également.

Ils peuvent faire des adeptes plus ou moins nombreux. On en cite plusieurs qui ont fait partager leurs convictions à leurs enfants.

Enfin, la conduite à tenir en leur présence ne nous arrêtera pas. Après ce qui a été dit, il ne paraîtra pas douteux que l'internement ne soit la mesure qui s'impose dans la plupart des cas.

(1) Dupré et Logre. *Loc. cit.*

* * *

Il reste à dire quelques mots de l'étiologie.

Les caractères spéciaux du délire de fabulation se rattachent-ils à des particularités du terrain morbide? Cela paraît très vraisemblable, pourvu que l'on se garde d'admettre que cette prédisposition doive être nécessairement apparente.

Bien des malades étaient avant toute psychose des débiles ou des déséquilibrés manifestes. Ils avaient souvent un goût marqué pour les livres d'imagination.

Il serait oiseux, devant l'assez petit nombre de cas dont nous disposons d'attacher trop de valeur à des données statistiques. Il semble néanmoins que les femmes fournissent un contingent beaucoup plus élevé.

Le rapport de dépendance du délire de fabulation vis-à-vis du tempérament mythomaniaque et imaginatif paraît donc certain. Toutefois, il convient d'ajouter que, vu l'imprécision qui règne encore dans la question des antécédents mentaux des délirants chroniques, on doit user d'une grande prudence avant de tirer des conclusions des faits de cet ordre. On doit se garder en particulier de la méthode, trop fréquemment suivie, qui consiste à reconstituer la mentalité « paranoïaque » d'un sujet à l'aide de documents recueillis en plein délire.

Nous ne savons dans quelle mesure le délire procède du caractère antérieur, dans quelle mesure il s'y conforme, dans quelle mesure il le modifie et le transforme. Ce qu'il est permis de constater, c'est que, dans certains cas, la maladie paraît avoir affecté des sujets antérieurement d'apparence normale, bien doués et sans signes évidents de déséquilibration. Il en était ainsi chez mon malade.

* * *

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'intérêt clinique des recherches qui viennent d'être exposées.

Non seulement nous leur devons une connaissance plus approfondie d'une manière de délirer qui n'avait pas encore été suffisamment remarquée, et d'une forme clinique dont l'individualité et l'originalité n'avaient été qu'incomplètement dégagées. Mais les notions que nous en retirons sont applicables à tout délire et nous fournissent les moyens de parvenir à une critique plus juste des phénomènes que nous y observons. De même que les travaux faits sur l'interprétation ont permis de restreindre et de préciser le domaine de l'hallucination — travail qui n'est pas encore achevé — de même ceux dont nous avons rendu compte permettront de mieux connaître et les hallucinations et les interprétations en les purifiant de ce qui ne leur appartient pas.

A un point de vue plus général, la connaissance d'un nouveau mode d'activité délirante éclaire d'un jour utile l'ensemble de la psychologie du délire en rompant la solidarité un peu trop étroite qui semblait s'établir entre la maladie elle-même et les phénomènes particuliers qui y prennent part. Il est utile de constater que ces divers modes de la pensée déli-

rante peuvent se combiner les uns aux autres dans les proportions les plus variées et aussi que les traits généraux de la maladie demeurent les mêmes sous la diversité de ses aspects de surface. Le malade peut édifier son délire avec les procédés qui conviennent le mieux aux tendances particulières de son esprit; il peut adopter la méthode de l'histoire, du roman historique ou du roman d'imagination pure; il reste un délirant, et la psychose ne dépend pas du procédé intellectuel qu'elle met de préférence en jeu : on interprète, on fabule, parce qu'on délire, et non le contraire.

Sans doute, il serait hors de propos de prétendre résoudre les problèmes généraux de la psychologie des délires à l'aide de ces seuls faits. Ils me semblent cependant nous indiquer une direction un peu différente de celle qu'on a suivie jusqu'ici. Puisque d'aussi fermes affirmations peuvent se maintenir en dehors de tout enchaînement logique avec des phénomènes psychologiques antécédents, cela ne diminue-t-il pas la valeur que l'on a été tenté jusqu'ici d'attribuer à cet enchaînement? Aucune réflexion ne peut rien contre la certitude délirante. La proposition se complète ici où nous voyons la conviction puiser sa force en dehors de toute réflexion.

Je crois que cela nous achemine vers de nouvelles théories, où l'on cherchera les raisons du délire, comme celles d'un mouvement spasmodique, d'une chorée ou d'une contracture, non dans l'enchaînement des phénomènes de conscience qui déterminent aussi bien le mouvement volontaire que la pensée normale, mais en dehors de la conscience. Le délire, pathologique dans son essence et dans ses causes autant que dans ses résultats sera considéré, en quelque sorte, comme une contraction du jugement.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE (1)

Les obstacles que l'on peut rencontrer à l'abaissement du testicule ectopié sont multiples et d'importance très inégale.

Remarquons tout d'abord que, à moins de hernie scrotale concomitante volumineuse, le scrotum est en général petit, atrophié de ce côté et, comme l'a montré Jalaguier, son extrémité supérieure est obturée par une sorte de membrane fibreuse ; obstacles peu sérieux : avec l'extrémité d'une pince, ou mieux le bout du doigt, rien de plus facile que d'effondrer cette membrane et de creuser dans le scrotum une loge suffisante pour y loger le petit testicule. Par la suite le scrotum se développera de lui-même, si le testicule continue à y habiter.

Déjà la cure radicale de la hernie permet de détruire des obstacles plus sérieux à la descente du testicule : dans quelques cas on a trouvé un anneau inguinal externe complètement fermé (Müller, *Lyon chirurgical*, 1er sept. 1909); dans d'autres la section du crémaster, et de ces formations musculaires venues du petit oblique et si développées chez l'enfant, a suffi à libérer le testicule (Ombrédanne), la section haute du sac et sa libération sur toute la hauteur du cordon permet presque toujours de gagner un peu de longueur à celui-ci.

Mais c'est dans le cordon lui-même qu'on rencontre l'obstacle principal à l'abaissement du testicule; dans les cas d'ectopie haute, dans le canal inguinal, le cordon, formé d'éléments non réunis, mais disséminés autour du conduit vagino-péritonéal, est trop court. La dissection du sac, en général pénible, en détruisant les adhérences fibreuses le long du cordon permet déjà de l'allonger un peu.

Mais ce sont les éléments mêmes du cordon qui manquent de longueur. Certains procédés ont visé à l'allongement du déférent : John Wood, Bidwell, ont proposé de décoller entièrement le déférent de l'épididyme et d'intervertir le testicule en le mettant la tête en bas ; on gagne ainsi une longueur de 4 centimètres, mais ce procédé sacrifie forcément l'artère spermatique, les veines, les nerfs de l'organe ; à plus forte raison le procédé de Mignon (1902) plus ou moins modifié par Lucas-Championnière et Delbet, et qui consiste à dérouler complètement l'épididyme en le séparant du testicule jusqu'à sa tête, force à couper tous les éléments du cordon sauf le déférent.

Il est reconnu aujourd'hui que ces sacrifices sont inutiles car le déférent est toujours suffisant (Moschowitz). Souvent même dans le cas d'ectopie inguinale, on voit le déférent faire une boucle au-dessous du testicule et descendre au fond du cul-de-sac péritonéal. Aussi s'explique-t-on difficilement la théorie émise récemment par Katzenstein, qui met l'ectopie sur le compte de la brièveté du déférent jointe à l'augmentation de son élasticité.

C'est surtout la brièveté des pédicules vasculaires qui forme le gros obstacle à l'abaissement du testicule. On a successivement proposé la section de l'artère déférentielle (branche des vésicales postérieures) dans le bassin (Cl. A. Mac William), de l'artère funiculaire (branche de l'épigastrique) avec un résultat minime. La section de l'épigastrique elle-même correspond à une autre indication que nous verrons plus loin. Mais le véritable obstacle à l'abaissement est certainement souvent la brièveté de l'artère spermatique. Sa dissection détruisant quelques brides, son étirement (Riedel) peuvent suffire, mais on peut être amené à la couper entre deux ligatures. C'est Bevan qui a érigé en méthode ce procédé qui a soulevé un grand enthousiasme en Amérique (Moschowitz, R. T. Morris, etc.).

Cette manière de faire est passible de sérieuses objections (Eising).

Il est certain que l'artère spermatique n'est pas la seule artère nourricière du testicule et que, comme Griffiths (*J. of anat. and phys.*, vol. XXX, p. 81) et Hill (*Am. j. of anat.*, 1909, p. 463) l'ont montré, la déférentielle irrigue aussi la glande ; cependant la suppression expérimentale de l'artère cause des lésions du testicule (Miffet, Griffiths, Oidorne et Simmons), Moschowitz et Mac Callum ont constaté expérimentalement que si toute la périphérie du testicule restait normale, le centre était le siège d'une véritable nécrose.

Quelle valeur peut-il alors rester à un tel organe ?

Cliniquement, après l'opération de Bevan, on observe une fluxion des bourses qui persiste plusieurs jours et qui traduit la menace de gangrène du testicule (W. Downes). Celle-ci peut se produire, comme dans un cas où Havard Lilienthal (*Acad. de chir. de New-York*, 12 octobre 1910) a été obligé de rouvrir et d'enlever le testicule. Cette gangrène totale est fatale si, outre la section de la spermatique, la déférentielle se trouve coupée ou blessée dans les manœuvres de dissection.

La section de la spermatique est donc dangereuse et on doit chercher à l'éviter. Si on ne peut arriver, sans cette section, à allonger suffisamment le cordon, on peut essayer de diminuer la longueur du trajet que celui-ci aura à parcourir. Le déférent d'un côté, l'artère spermatique de l'autre, s'élèvent des parois du bassin pour atteindre l'orifice interne du canal inguinal, contournent la crosse de l'épigastrique, puis redescendent dans le trajet inguinal ; leur ensemble décrit les

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 106, p. 1536.

deux côtés d'un triangle; si on rend ce trajet rectiligne, on diminuera considérablement le chemin à parcourir. C'est dans ce but que Fowler, puis J. Blake (*Soc. de chir. de New-York*, 22 avril 1908) recommandent de sectionner le fascia transversalis depuis l'anneau interne jusqu'à l'épine du pubis et de suturer les parois abdominales par-dessus le cordon reposant sur le pubis. Mugnai, König, Bevan emploient un procédé analogue. Dans le même but Rieffel (d'Iéna), Muguai pratiquent la section de l'épigastrique. Moschowitz dans un cas fit passer le cordon en dedans du vaisseau. Enfin tout récemment, Ch. Davison a montré que dans sa traversée du bassin la spermatique présente une double courbure, courbure en dedans dans la fosse iliaque, courbure en haut pour passer sur l'épigastrique. En l'isolant très haut sous le péritoine et en transformant ce trajet en S en trajet rectiligne, en faisant passer les éléments du cordon directement sur le pubis, on obtient un allongement suffisant pour abaisser le testicule, sans section de l'artère spermatique.

Le testicule étant abaissé dans le scrotum, reste à l'y fixer ?

Il y a quelques années on attachait une grosse importance à ce temps, si bien que l'opération entière en a gardé le nom (orchidopexie), et l'esprit inventif des chirurgiens s'est donné libre cours pour multiplier les procédés. Nous ne pouvons qu'en citer un certain nombre. On a d'abord fixé le testicule au fond du scrotum (Max Schüller, Wood, Horsley, Nocoladoni, Tuffier, Jalaguier, Sébileau, cerclage sus-testiculaire de Baudet), mais si le cordon tire, le scrotum s'invagine en doigt de gant. C'est alors que Villemin, Gersung, puis Mauclaire, Anschütz ont fixé plus ou moins étroitement le testicule à celui du côté opposé. Ce procédé peut avoir l'inconvénient de léser le testicule sain.

Un procédé bien supérieur consiste à loger le testicule ectopique dans la bourse du côté opposé à travers une brèche de la cloison fibreuse qui est ensuite rétrécie (Walther, Sébileau). C'est une modification heureuse de ce procédé qui a été publiée récemment par le professeur Ombrédanne. En cas d'ectopie bilatérale, les testicules occupent une situation croisée.

On a encore proposé (O. Nicoladoni, Finotti, Paul Delbet, *Congrès d'urologie*, 1903) de fixer le testicule au périnée, de le laisser en dehors du scrotum pour l'y rentrer quand il aura contracté des adhérences à la peau (Hahn, Longard), de le fixer pendant un certain temps sous un lambeau pédiculé cutané de la cuisse du même côté (Katzenstein, Keetley, Bull, Annandale, Imbert, Torek, von Winiwarter, Déjardin). Le lambeau est ensuite libéré avec le testicule adhérent et vient constituer le fond du scrotum. D'autres auteurs ont imaginé de fixer le testicule par un fil de suture ou un fil élastique à un appareil périnéal (Watson-Cheyne, Bidwell), à une attelle métallique sous-cutanée (Starr), à une bande de tissu adhésif placé autour de la cuisse du même côté (Tuffier, Katzenstein, Denucé) ou du côté opposé (Princeteau et Guénard), à une attelle maintenue entre les deux cuisses par un appareil plâtré (Lanz), à une anse passée sous le pied (Tomaschewsky), pourquoi pas aux pieds du lit ?

Ces procédés de traction élastique présentent, outre les douleurs et la gêne de cette traction exercée pendant plusieurs mois, le danger de provoquer l'infection et la suppuration du testicule (de Lanneris et Exalto, 1908, 3 cas sur 10 de Denucé dans la thèse de Vielle).

Au lieu de prendre point d'appui sur le testicule on peut chercher à fixer le cordon en rétrécissant au maximum l'orifice des piliers ou en l'y suturant (Tuffier, Richelot, Monod, Rieffel, Coley).

Kirmisson, Forgue effectuent une suture étagée dans tout le trajet scrotal. Peyrot et Souligoux fixaient le cordon au pubis, et Nélaton et Ombrédanne ont proposé de le faire passer par un orifice du pubis pratiqué à l'emporte-pièce. Félizet provoquait un varicocèle artificiel. Enfin Delbet, Tailhefer (de Béziers) donnent la préférence à la tunnellisation intra-scrotale : le doigt trace pour le testicule et le cordon un trajet aussi profond que possible dans les tissus fibreux et ce trajet est rétréci par des sutures après leur passage. En réalité toutes ces méthodes de fixation semblent avoir bien perdu de leur valeur ; si le testicule est suffisamment abaissé pour occuper le fond des bourses sans traction, il n'aura pas de tendance à remonter. La méthode de fixation la plus simple sera alors la meilleure, et les procédés de suture étagée, ou la fixation dans la bourse du côté opposé sont parmi ceux qu'on préférera.

Le point important est d'abaisser assez le testicule, et pour cela on poussera la dissection du cordon aussi complètement et aussi haut qu'on le pourra, et s'il est nécessaire l'artère spermatique sera isolée jusque dans la fosse iliaque. Le cordon reconstitué passera le plus bas possible, sur le pubis, la paroi abdominale étant suturée par-dessus.

Ces données opératoires récentes donneront-elles des résultats supérieurs à ceux, médiocres, obtenus auparavant? Il semble logique de l'espérer.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

MIFFET. *Langenbeck archiv.*, band XXIV, p. 23 ; — *Archiv. für klin. Chir.*, 1879, band XXIV, p. 399.

GRIFFITHS. *Journ. of anatomy*, vol. XXX, p. 81.

OIDORNE and SIMMONS. *Ann. of surg.*, vol. XI, p. 986.

FÉLIZET et BRANCA. *Journal d'anatomie*, 1902.

BOUIN et ANCEL. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1903.

BEVAN. *Journ. of Am. med. assoc.*, 19 sept. 1903.

APERT. *Les enfants retardataires*, p. 57.

RENOUL. Thèse de Paris, 1905.

R. DE GAULEJAC. La *Presse médicale*, 4 juil. 1906.

FORGUE. La *Presse médicale*, oct. 1906.

XIXe Congrès de l'Assoc. franç. de chir., Paris, oct. 1906, Villard, Souligoux, Delbet, Tédenat, Baudet, Tailhefer, Girard, etc.

LECÈNE et CHEVASSU. *Revue de chir.*, 1907.

W.-A. COLEY. *Soc. de chir. de New-York*, 22 avril 1908. Discussion : J. Blake. Cl. A. Mac William, etc.

EXALTO. *Nederlandsch. Tijdsch. voor geneeskunde*, n° 8, 22 août 1908, analysé in *Semaine méd.*, 1908.

DÉJARDIN. *Archiv. provinc. de chir.*, n° 8, août 1908, p. 494-506.

PERROT. Thèse de Montpellier, janv. 1909.

XXXVIIIe Congrès de la Soc. all. de chir., Berlin, 4-17 avril 1909, Anschütz, Katzenstein, Spitzy, Lowenstein.

ROBINEAU. *La Clinique*, 27 août 1909, 4e année, n° 35, p. 548-550.

BONNES. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 44, 31 oct. 1909.

TOREK. *New-York med. journ.*, t. XC, n° 10, nov. 1909, p. 948-953.

BLAND SUTTON. *The Practitionner*, t. XXXIV, n° 7, janv. 1910, pp. 19-31.

M. FASANO. *Il Policlinico*, t. XVII, c. fasc. 2, fév. 1910, pp. 69-85.

VIELLE. Thèse de Bordeaux, avril 1910.

Pierre DELBET. *Journ. des praticiens*, 23 juil. 1910, p. 466.

OMBRÉDANNE. La *Presse médicale*, n° 81, 8 oct. 1910, p. 745-750.

MOSCHOWITZ. *Soc. de chir. de New-York*, 1910. Discussion : Robert T. Morris, Hovard Lilienthal, W. Downes ; — *Ann. of surg.*, t. LII, n° 6, déc. 1910.

PETERSON. *Acad. de méd. de New-York*, 6 janv. 1911 ; — *Méd. Record*, t. LXXIX, n° 18, 1er avril 1911, pp. 605-606.

Charles DAVISON. *Surg. gyn. and obst.*, vol. XII, n° 3, mars 1911, pp. 283-288.

PRINCETEAU et GUÉNARD. *Journ. méd. de Bordeaux*, n° 4, 2 avril 1911, p. 218.

EISING. *Am. journ. of surg.*, t. XXV, n° 5, mai 1911.
WITAKERALLEN. *Id.*
KATZENSTEIN. *Soc. méd. de Berlin*, 10 mai 1911 ; — *Berliner klin. Woch.*, t. XLVIII, n° 21, 22 mai 1911, pp. 955-956.

ANALYSES

MEDECINE

Les pancréatites dans les affections du foie. (CHABROL. *Th. Paris*, 1910, Steinheil, édit.) — La fréquence des pancréatites au cours des affections du foie est actuellement hors de doute ; c'est à préciser l'histogénèse et la pathogénie de ces pancréatites que l'auteur s'est spécialement attaché, en réunissant un certain nombre de faits anatomiques et expérimentaux qui ont permis ainsi une description générale de ces pancréatites.

Il faut distinguer d'abord la *pancréatite scléreuse* presque toujours interstitielle, inter ou intraveineuse, dont la lésion prédominante est constituée par la *péri-capillarite* : il existe en même temps qu'une sclérose des gros canaux, une cirrhose plus diffuse ; aussi la pancréatite au cours des affections du foie apparaît-elle comme la réaction conjonctive suivant le réseau capillaire d'un organe dont la circulation est ralentie et par là même prédisposée aux infections d'origine sanguine ou intestinale : suivant les cas les lésions vasculaires ou canaliculaires prédominent et leur prédominance permet peut-être d'opposer l'une à l'autre la sclérose péri-veineuse du pancréas dans la cirrhose alcoolique, et la sclérose canaliculaire du diabète.

Ces données sont confirmées par l'*expérimentation* qui montre également que l'hypertrophie langerhansienne se rattache à ces lois, constatation qui apporte ainsi d'excellents arguments à la théorie de Laguesse sur la conception de la valeur de ces îlots.

La dégénérescence du parenchyme pancréatique s'accompagne de la production d'*anticorps pancréatiques* qui retentissent électivement sur le *foie*.

La *pancréatite hémorragique* n'est point un accident isolé ; elle coexiste avec des troubles circulatoires dans le domaine de la veine porte ; elle évolue de pair avec les thromboses veineuses, surtout avec la thrombose splénique et quand elle se présente comme un accident d'origine infectieuse, l'inflammation se manifeste sur les grosses branches du système porte et non sur les capillaires d'origine.

Néanmoins, il faut faire intervenir dans une large mesure, les toxi-infections dans la réalisation de ces diverses pancréatites : « Soumis aux mêmes agents pathogènes d'origine sanguine, relevant encore par leurs canaux excréteurs d'une même pathologie intestinale, le pancréas et le foie subissent parallèlement les mêmes actions nocives. »

Cette thèse, résultat d'un long travail exécuté dans les laboratoires de MM. les docteurs Klippel et Parmentier et de MM. les professeurs Chantemesse, Debove et Gilbert, est illustrée de nombreuses figures intéressantes à étudier, et comporte également un index bibliographique très bien disposé ; ajoutons qu'elle est d'une lecture agréable, malgré la difficulté que comportait l'exposition d'un sujet encore aussi nouveau, mais que l'auteur a rendu particulièrement intéressante par des déductions fort judicieuses de pathologie générale.

La surdigestion chez les constipés. (R. GOIFFON. *Arch. des maladies de la nutrition*, juin 1911.) — Schmidt, Strassburger, ont apporté une nouvelle théorie de la constipation : celle-ci serait due, non pas à un trouble quelconque du gros intestin, mais à une *digestion trop parfaite* des aliments dans l'intestin grêle ; il en résulterait que le contenu intestinal perdrait ainsi ses propriétés normales de volume et de fermentescibilité qui à l'état normal provoquent le péristaltisme.

C'est à exposer cette théorie et à en contrôler les résultats, que l'auteur consacre cet intéressant travail.

Dans une première partie, l'auteur s'attache à démontrer que la digestion des aliments est essentiellement fonction du temps de séjour dans l'intestin ; dans une deuxième que la diminution du nombre des bactéries contenues dans les selles des constipés est une conséquence de la rétention des matières, mais il n'admet point que ce soit là les raisons déterminantes de la constipation, et il insiste seulement sur ce fait, que la constipation facilitant une *surdigestion*, celle-ci contribue simplement à *aggraver* cette constipation.

Douleurs gastriques tardives hivernales par spasme pylorique (observées dans certaines formes d'ulcère chronique de l'estomac). (H. BOSCHI. *Arch. des maladies de la nutrition*, juin 1911.) — L'auteur ayant constaté à plusieurs reprises le retour de ces douleurs périodiquement au moment de l'hiver chez d'anciens ulcères chroniques, propose l'explication suivante : par le froid, les nerfs cutanés sont irrités, les fonctions de la peau altérées ; il en résulte des poussées congestives, au niveau de l'ulcus, avec irritation, réouverture et spasmes. C'est également là l'opinion soutenue par M. Murri et M. Kouchew qui ont observé eux aussi la reprise pendant l'hiver des symptômes douloureux gastriques.

MÉDECINE INFANTILE

Ectasie aortique chez un enfant. (HALLÉ et SCHREIBER. *Soc. de Pédiatrie*, 25 avril 1911.) — Il s'agit d'un enfant de cinq ans atteint d'une dilatation très nette de l'aorte. Ni la syphilis, ni le paludisme, ni le rhumatisme ne paraissent en cause. L'absence d'étiologie nette, dans l'ectasie aortique de l'enfant, n'est pas une chose rare : on connaît un certain nombre de faits où cette dilatation est liée au rhumatisme ; pour les autres cas, la cause échappe totalement : la syphilis paraît étrangère à la genèse de ces ectasies vraies : dans l'observation rapportée, la réaction de Wassermann était négative.

De la valeur des injections préventives du sérum antidiphtérique. (MARKUSON et AGOPOFF [de Moscou]. *Arch. de Méd. des Enfants*, mai 1911.) — Voici les conclusions de ces auteurs, sur cette question si importante et toujours si controversée :

1° L'emploi systématique des injections préventives, dans les pavillons de rougeoleux, n'a pas provoqué la diminution des cas de contagion par la diphtérie.

2° Pendant la période où l'on devait s'attendre au plus grand développement de l'immunité (première et deuxième semaines), la contagion des immunisés était plus grande que celle des non immunisés.

3° La proportion de la mortalité paraît ne pas diminuer sous l'influence des injections préventives.

4° C'est pourquoi l'immunité, obtenue par les injections préventives, doit être considérée comme très instable.

Quant à l'immunité artificielle de la diphtérie elle sera peut-être obtenue dans l'avenir par la vaccination antidiphtérique.

L. BABONNEIX.

Vaccinothérapie. Technique, indications, résultats (*Consultations médicales françaises*, fascicule 29), par le docteur A. MAUTÉ, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital Beaujon. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco ; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

NOTES POUR L'INTERNAT

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — 1° Forme fruste de l'enfant. — Contrairement au plan généralement adopté dans la description des symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique, nous allons nous occuper en premier lieu *des formes frustes* : chez l'enfant, il est exceptionnel en effet d'observer en clinique des adénopathies très volumineuses, avec signes physiques et fonctionnels très caractéristiques; ce que l'on rencontre surtout, dans la *pratique journalière*, ce sont de *petites adénopathies*, de trop faible volume pour comprimer et déformer les organes voisins et dont la symptomatologie, très spéciale, est fort importante à bien connaître cependant. *Les signes physiques* sont dans ce cas réduits au minimum, tout au plus doit-on signaler comme assez typique une inégalité du timbre respiratoire aux deux hiles pulmonaires, affaibli d'un côté, rude de l'autre, un certain retentissement de la voix et du cri, un léger souffle à l'expiration.

Ce qui appartient en propre à ces petites adénopathies, ce sont les *manifestations réactionnelles à distance* : comme l'a bien montré M. Hutinel, ce sont des troubles fonctionnels variés, des localisations inflammatoires ou fluxionnaires de l'appareil respiratoire, qui mettront souvent sur la voie du diagnostic; ce sont sur ces symptômes que nous voulons tout particulièrement attirer l'attention.

Ces adénopathies sont des sources d'infection et d'intoxication : c'est ainsi que la *fièvre*, chez un enfant suspect de tuberculose, reconnaît le plus souvent une origine ganglionnaire. Ainsi, par irritation des nerfs, s'expliquent, sans que l'on ait à invoquer une compression des bronches par une volumineuse masse ganglionnaire, la toux réflexe, les spasmes glottiques, certaines dyspnées paroxystiques, certains troubles vaso-moteurs; parmi ces réactions curieuses, révélatrices d'adénopathies, il en est sur lesquelles insiste tout spécialement M. Hutinel, ce sont les fluxions, les inflammations pulmonaires, les dyspnées paroxystiques. Il s'agit de petits sujets qui font *des bronchites* avec une facilité désespérante, tantôt généralisées, tantôt localisées, au sommet quelquefois, souvent au niveau du hile.

A ces bronchites succède assez souvent la dilatation bronchique ; dans d'autres cas, au lieu de bronchites, il s'agit de congestions pulmonaires déjà plus accentuées, prenant quelquefois le type de broncho-pneumonie, siégeant soit au sommet, soit plus souvent à la base ; elles apparaissent sans raison suffisante, elles ne s'accompagnent pas de réactions très vives; elles sont subaiguës, peu franches, elles peuvent simuler parfois la spléno-pneumonie.

Enfin, parmi ces réactions révélatrices d'adénopathies minimes, il faut encore signaler la *toux quinteuse*, spasmodique, qui peut aller parfois, jusqu'au véritable *accès d'asthme*, lorsque l'adénopathie évolue chez un sujet prédisposé, par son fond morbide, aux manifestations arthritiques.

Tels sont les divers symptômes dont l'apparition, chez un enfant, doit toujours éveiller l'idée d'une adénopathie trachéo-bronchique, le plus souvent discrète, mais néanmoins toujours fort importante à dépister, car elle est la révélation d'une tuberculose (épreuve de la cuti-réaction, de l'intradermo-réaction) et doit être traitée en conséquence; pour l'affirmer il ne faut point attendre l'apparition des signes physiques que l'on décrit habituellement comme symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique (matité, cornage, examen radioscopique); ce sont là des symptômes qui nécessitent pour se produire une hypertrophie ganglionnaire beaucoup plus considérable; ils n'apparaissent en général que plus tard, lorsque cette adénopathie discrète, atténuée, s'est accrue et s'est compliquée d'adénopathie plus volumineuse des groupes ganglionnaires juxtatrachéo-bronchiques. C'est pourquoi nous avons cru utile d'insister sur cette forme à symptomes frustes, avant d'aborder la description de la forme classiquement décrite sous le nom de phtisie bronchique et qui comporte tout un ensemble de signes fonctionnels et physiques lui donnant un aspect clinique très caractéristique.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 104, p. 1512.

2° Phtisie bronchique de l'enfant. — *a.* SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Ces symptômes très nombreux ne se rencontrent jamais au complet, chez le même malade; il est néanmoins indispensable de tous les connaître ; il faut tout d'abord signaler la douleur et la dyspnée; la *douleur* est le plus souvent rétrosternale, d'après Barety; elle serait quelquefois *précordiale* (forme cardialgique de Variot) ; *la dyspnée* est l'un des symptômes les plus fréquents; elle relève d'une compression, soit de la trachée ou des bronches, soit du pneumogastrique ou du récurrent : s'il s'agit d'une compression des voies aériennes, elle s'accompagne d'un sifflement inspiratoire (*cornage broncho-trachéal* d'Empis); chez les nourrissons, Variot et Guinon ont décrit un *cornage expiratoire*, souvent symptôme prémonitoire d'une adénopathie : la dyspnée prend parfois des caractères spéciaux : ainsi, par suite de l'irritation du nerf récurrent, on pourra observer des accès de *spasme de la glotte*; dans d'autres cas la dyspnée simulera, à s'y méprendre, *un accès d'asthme* : il s'agit alors de l'*asthme ganglionnaire*, bien étudié par Joal, qui en explique la production par la compression ou l'irritation du pneumogastrique.

La toux revêt souvent un type spécial : elle est rauque, spasmodique, quinteuse, parfois *coqueluchoïde* (G. de Mussy). Rappelons que cet auteur fit de l'adénopathie trachéo-bronchique le substratum anatomique de la coqueluche. Cependant la toux coqueluchoïde diffère de celle de la coqueluche par la faiblesse de la reprise, l'absence de vomissements et de mucosités filantes. — L'expectoration fait défaut : d'abord parce que l'enfant ne sait pas cracher, ensuite parce que les sécrétions pulmonaires sont très réduites.

Les altérations de la voix (voix bitonale) sont assez rares; elles relèvent d'irritation du récurrent, au même titre, que les accès de *suffocation* et les symptômes d'*œsophagisme*. Dans quelques cas, on pourra constater les signes incontestables d'une *paralysie récurrentielle* unilatérale. A l'examen laryngoscopique, au moment de la phonation, une corde vocale demeure immobile, en position cadavérique (Luc). Pour en finir avec l'énumération de ces symptômes fonctionnels, nous nous contentons de signaler, sans y insister, en raison de leur rareté, les compressions de la veine cave, déterminant la cyanose de la face, l'*œdème en pèlerine*, la compression des veines pulmonaires (œdème, dyspnée, hémoptysie), de l'aorte, de l'artère pulmonaire, du nerf phrénique, du sympathique, de l'œsophage : les signes résultant de ces diverses compressions s'accentuent au moment des quintes de toux et des crises de dyspnée.

b. SIGNES PHYSIQUES. — *Inspection.* Certains détails du simple examen physique de l'enfant doivent être retenus : facies et habitus extérieur des tuberculeux, pâleur du teint, périmètre thoracique faible, dilatation variqueuse des veines du cou, petits ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, etc., à noter surtout la *circulation collatérale du thorax* (réseau de veines sous la paroi thoracique antérieure), la diminution de l'expansion thoracique d'un côté et même une rétraction permanente de la paroi thoracique, parfois un abaissement de l'épaule du même côté, avec scoliose consécutive. Chez les nourrissons la partie supérieure du thorax peut devenir globuleuse par suite de l'emphysème ; le nombre des respirations est diminué, l'inspiration et l'expiration sont allongées. M. Aubertin, qui a récemment étudié spécialement ce ralentissement de la respiration, lui a donné le nom de bradypnée. Il est exceptionnel que l'on puisse constater une voussure.

Palpation. — Assez rarement la palpation profonde du creux sus-sternal peut permettre de sentir quelques ganglions rétro-sternaux ; si l'on fait parler le malade à haute voix en même temps que l'on palpe, on peut percevoir une exagération des vibrations (Barety).

Percussion. — La percussion du thorax, dans la région ganglionnaire antérieure, a une grande valeur. La percussion légère permet d'apprécier soit une élévation légère de la tonalité, s'il y a une petite adénopathie, soit de la matité avec résistance au doigt, s'il s'agit d'une grosse adénopathie ; la percussion de la région ganglionnaire postérieure, le long et en dehors de la colonne vertébrale, ne donne chez l'enfant qu'exceptionnellement des modifications de la tonalité, sauf s'il s'agit d'une très volumineuse adénopathie. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 108. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 23 SEPTEMBRE 1911. — N° 108.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 20 septembre 1911. — Question donnée : « Articulation de l'épaule. »

MM. Kurzenne, 12; Plantin et Canox, 14 ; Debray, 18; Lagrange, 14; Engelbach, 15; Pecker, 13; Frélezeau, 12; Durand, 10; Gay, 16; Broussin et de Gennes, 14; Wallet, 16; Woirin, 13 ; Breitmann, 12; Lignac, 13; Dujardin, 10; Michon, 11; Martin, 12; Jarraud, 10.

Pathologie. — Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Examen clinique et diagnostic d'une articulation de l'épaule traumatisée. »

MM. Breitmann, 17 1/2; Merlin, 11 ; Collette, 14 1/2; Lagrange, 17; Durand, 8; Pinel, 16; Desfarges et Eloy, 15 1/2; Cardot, 16 ; Castéra, 9; Faure, 10; Chirol et Cavaillès, 11; Farrugia, 9; Dubois, 11 ; Dariau, 16 1/2; Chauvel, 8; Dupreitz, 10; Dramez, 11.

MARINE. — Par arrêté du ministre de la marine en date du 13 septembre 1911, l'article 5 de l'arrêté du 4 juillet 1911 (notice 20 du règlement sur le service de santé) est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 5. — Officiers distraits de la liste générale de désignation. Sont distraits de la liste de désignation, paragraphe premier (nouveau) : le médecin en chef, chef du service central de santé, et les médecins occupant les emplois sédentaires énumérés au tableau B annexé au présent arrêté, à l'exception des médecins chefs des hôpitaux. »

Le reste sans changement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Enseignement élémentaire de technique et diagnostic histologiques et hématologiques appliqués a la pratique médico-chirurgicale. — Sous la direction de M. G. Roussy, agrégé, chef des travaux, MM. Aubertin et Ameuille, préparateurs, feront une série de 20 démonstrations d'histologie pathologique et d'hématologie, au laboratoire de la salle Gombault (escalier B, 3e étage), à partir du 16 octobre 1911 : 1° Les démonstrations auront lieu tous les jours, sauf le dimanche, de deux heures et demie à trois heures et demie. Des coupes ayant trait au sujet de la démonstration seront remises à chaque auditeur, qui les colorera et les conservera; leur diagnostic sera ensuite discuté. 2° Le laboratoire restera ouvert tout l'après-midi, pendant la durée du cours.

Programme de démonstrations. — I, II et III. Technique : fixation, inclusion, à la paraffine, colorations usuelles. Coupes à congélation. — IV. Inflammation aiguë et chronique en général. — V. Tuberculose et syphilis. — VI. Tumeurs épithéliales pavimenteuses. — VII. Tumeurs épithéliales cylindriques et glandulaires. — VIII. Tumeurs conjonctives bénignes. — IX. Tumeurs conjonctives malignes. Tumeurs mixtes. — X. Sang : Numération. — XI. Sang : Coloration. — XII. Sang : Anémies et leucémies. — XIII. Cytologie des pleurésies et des méningites. — XIV. Tube digestif. — XV. Foie. — XVI. Reins. — XVII. Organes génito-urinaires. — XVIII. Appareil circulatoire et glandes closes. — XIX. Appareil respiratoire. — XX. Système nerveux.

Les microscopes et les réactifs sont fournis par le laboratoire, à l'exception des lames, lamelles et de l'alcool absolu.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Turin.* — Trains spéciaux, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide.

Réduction de 70 à 80 p. 100, suivant la distance.

La compagnie P.-L.-M. mettra en marche, à l'occasion de l'exposition de Turin, neuf trains spéciaux pendant le mois d'octobre :

1° Les 7, 14, 21 et 28 octobre au départ de Paris. (Délivrance des billets à prix réduits pour ces trains, dans toutes les gares du réseau, à partir des 23 septembre, 1er, 8 et 15 octobre pour les trains au départ de Paris. Nombre limité de places dans les trains des 7 et 21 octobre.)

2° Les 10 et 23 octobre au départ de Saint-Etienne et de Lyon. (Nombre limité de places. Délivrance des billets à prix réduits, dans toutes les gares du réseau, à partir des 25 septembre et 8 octobre.)

3° Les 6, 16 et 25 octobre au départ de Marseille et de Cette. (Délivrance des billets à prix réduits, dans toutes les gares du réseau, à partir des 23 septembre, 1er et 10 octobre. Nombre de places limité dans les trains des 6 et 16 octobre.)

La délivrance des billets cesse la veille du jour du départ du train, à midi.

Retour, au gré des voyageurs, par tous les trains du service régulier dans un délai de vingt jours.

Toutes les gares des réseaux de l'Est, de l'Etat, du Midi, du Nord et d'Orléans délivreront également des billets à prix réduits pour ces trains spéciaux.

Les voyageurs des lignes non desservies par les trains spéciaux pourront les rejoindre aux gares d'arrêt en utilisant les trains du service ordinaire.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par M. L. BABONNEIX.

La notion de *spécificité* domine toute l'étude de la fièvre typhoïde ; elle gouverne son étiologie, régit sa pathogénie, commande sa prophylaxie. Considère-t-on, en effet, la dothiénentérie comme une affection spécifique, on devra nécessairement concentrer tous ses efforts sur les moyens propres à empêcher l'introduction, dans l'organisme, du germe qui la cause. Apparaît-elle, au contraire, comme une affection banale, capable de prendre naissance dans les conditions les plus diverses, inutile de tenter contre elle des efforts immenses, dispendieux, et voués d'avance à l'insuccès. Aussi, depuis un siècle, la question de savoir si la fièvre typhoïde est ou non une affection spécifique a-t-elle été l'objet des discussions les plus passionnées. Pour l'exposer avec quelque clarté, le plus simple est encore de suivre l'ordre historique. Mieux que toute autre, en effet, cette méthode montre que chacune des innombrables hypothèses, depuis les plus anciennes jusqu'aux plus récentes, contient une part de vérité ; elle établit aussi que chaque acquisition nouvelle dans le domaine de la théorie a entraîné d'importantes conséquences pratiques. Si bien qu'à l'heure actuelle, l'intérêt qui s'attache à l'étiologie de la fièvre typhoïde n'est plus seulement *spéculatif* ; il est aussi et surtout *social*.

* * *

Théories anciennes. — Elles sont au nombre de trois : la théorie pythogénique de Murchison, la Grundwassertheorie de Pettenkoffer, et la théorie de Budd.

Théorie pythogénique de Murchison. — Le terme *pythogénique*, dérivé des deux mots grecs : πυθον, pourriture, qui, dans le vénérable *Jardin des racines grecques*, tient place entre πτύω, cracher, et πύθω, pourrir, et γεννάω, engendrer. D'après cette théorie, formulée dans le célèbre *Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne*, qui constitue, suivant la juste expression de Guéneau de Mussy, un des plus beaux monuments de la médecine contemporaine, la fièvre typhoïde peut *naître spontanément*, *surtout par la fermentation des matières fécales, et accessoirement, peut-être, par la fermentation d'autres matières organiques*. Pour faire de la fièvre typhoïde, il ne faut donc pas nécessairement de la fièvre typhoïde. Pareille à l'antique phénix qui renaissait de ses cendres, la théorie de Murchison a ressuscité ces dernières années, ou, plutôt, a été accommodée au goût du jour ; le rôle des *eaux sales* a été incriminé par Arnould et Kelsch, qui soutiennent la théorie dite *néo-pythogénique*, tandis que, d'après la *théorie de l'autogénèse*, défendue par M. Delorme, le coli serait susceptible, dans certaines conditions, de se transformer en bacille d'Eberth. Cette conception est manifestement erronée, parce que personne n'a encore pu citer de cas de fièvre typhoïde véritablement spontanée, mais elle contient une part importante de vérité. C'est elle qui, la première, a attiré l'attention sur le rôle des selles, qu'il s'agisse de typhiques en activité ou de porteurs de germes ; à elle revient, par suite, le mérite d'avoir provoqué, dans toutes les villes d'Angleterre, d'importants travaux d'assainissement.

Théorie de Pettenkoffer (Grundwassertheorie). — « On peut rattacher la fièvre typhoïde à la variation du niveau de la nappe des puits. Le rôle de ces variations est de permettre aux eaux souterraines d'humecter le sol, et de se retirer en le laissant humide. C'est quand il a été convenablement humecté qu'il devient dangereux. » De cette théorie, jadis très en faveur, il ne faut retenir qu'une notion exacte : l'infection des eaux souterraines à la suite des pluies.

Théorie de Budd. — Murchison avait entrevu le rôle des matières fécales infectées, Pettenkoffer, celui de l'eau contaminée. Budd (1856-1873) fait faire un immense progrès à la question en invoquant, à l'origine de la plupart des cas, la *contagion*, dont il a été l'avocat le plus éloquent, le plus persuasif et le plus convaincu (G. de Mussy). Bien qu'il ait eu quelques précurseurs [Leuret, de Nancy (1828), Gendron et Bretonneau (1829), Piedvache (de Dinan) (1850)], c'est lui qui, le premier, a démontré nettement que, dans les maladies contagieuses, le produit le plus caractéristique de la maladie est le véhicule principal de la maladie. De là l'importance, en matière de dothiénentérie, du *flux diarrhéique*. La période contagieuse commence avec lui et cesse en même temps que lui. En se servant de certains réactifs chimiques, on peut mettre en évidence la communication entre les fosses d'aisances et les réservoirs d'eaux potables, dans les maisons où sévit la fièvre typhoïde. Accessoirement, l'air et les objets de literie peuvent transmettre le contage. Contrairement à celle de Murchison, cette théorie soutient donc que, *pour faire de la fièvre typhoïde, il faut de la fièvre typhoïde*. A ce seul titre, elle mérite d'échapper à l'oubli.

* * *

Théories actuelles. — Trois propositions les résument : 1° la fièvre typhoïde est fonction d'un *germe spécifique* : le bacille d'Eberth ; 2° pour pénétrer dans notre organisme, ce germe doit emprunter *diverses voies* ; 3° tout organisme envahi par le bacille d'Eberth n'est pas nécessairement voué à la dothiénentérie ; à l'action de la cause première doivent s'ajouter des *causes secondes*. Nous allons donc étudier successivement :

La cause déterminante : le bacille d'Eberth ;
Ses véhicules ;
Les causes secondes.

I

La cause déterminante. Le bacille d'Eberth. — Nous serons très bref, la question étant exposée en détail

dans tous les traités de bactériologie. On sait que, en 1881, Eberth décela pour la première fois le bacille de la fièvre typhoïde dans les ganglions lymphatiques et la rate de certains typhiques, sans le rencontrer en dehors de cette affection. Gaffky l'isole et le cultive sur les divers milieux usuels; enfin de nombreuses recherches ont été consacrées à son étude : signalons celles de MM. Chantemesse et Widal sur ses propriétés morphologiques et culturales, celles de MM. Widal et Sicard sur la réaction agglutinante, de MM. Netter et Ribadeau-Dumas sur les paratyphiques, de MM. Chantemesse, Wright et Vincent sur les vaccinations. Le bacille d'Eberth est un petit bâtonnet arrondi, polymorphe, dont les dimensions varient avec les milieux : il diminue de largeur sur le bouillon, et de longueur sur les autres milieux; dans les vieilles cultures, il prend un aspect filamenteux. Sur certains milieux, il prend la forme dite *en navette*, caractérisée par la présence d'un espace clair, ordinairement central, et dont la signification n'est pas encore bien connue. Il est *très mobile*, grâce aux dix ou vingt cils qu'il possède. Il se colore très facilement par toutes les matières basiques d'aniline, mais *ne garde pas le Gram.* Voilà pour les *caractères morphologiques.* Quant à ses *propriétés culturales*, les plus importantes sont les suivantes : aspect moiré du bouillon; absence complète de coagulation du lait; absence de liquéfaction de la gélatine, sur laquelle il forme, lorsqu'elle est coulée en plaques, des colonies brillantes et vallonées, comparables à des montagnes de glace (Chantemesse et Widal); vient-on à racler la gélatine, toute la surface primitivement envahie est devenue réfractaire à la culture du bacille typhique; par contre, le bacterium coli s'y développe bien (Chantemesse et Widal). Inversement (Würtz), le bacille typhique ne pousse pas sur de la gélatine ayant servi à la culture du bacterium coli. Sur gélose, on n'observe qu'une traînée épaisse et banale; sur pomme de terre, il se multiplie, sans donner de colonies appréciables à l'œil nu. Passons aux *caractères biologiques.* Le bacille typhique est un anaérobie facultatif; *il résiste considérablement aux agents de destruction* : la chaleur au-dessous de 60 degrés ne le tue pas plus que le froid; la dessiccation ne le tue qu'à la longue. Le soleil, en quelques heures, empêche les cultures de se développer; de même, quoique à un moindre degré, la lumière diffuse : cette action empêchante est due aux rayons ultraviolets. Le suc gastrique ne possède qu'une action destructive peu marquée : mélangé aux aliments, le bacille typhique résiste très bien, en effet, à la traversée stomacale. Les *milieux trop arséniés* gênent son développement (Thoinot et Brouardel). Dans les poussières, il peut se maintenir vivant quarante jours; il se développe dans l'herbe, les eaux sales, la terre stérilisée. Dans les cloaques, les eaux stagnantes, il se conserve plus d'un an. Dans le beurre, il est capable de garder longtemps sa virulence, à une température moyenne de 15 à 18 degrés; sa durée d'existence dépend avant tout de l'acidité du beurre. Quant à ses *toxines*, elles sont encore mal déterminées. M. Chantemesse, en semant de fortes doses d'un bacille très virulent dans un bouillon spécial, et en filtrant au bout de cinq à six jours obtient une toxine très virulente; M. Balthazard, en provoquant la bactériolyse, a essayé d'obtenir à la fois les poisons solubles et les poisons locaux du bacille typhique.

On ne connaît pas de cas de fièvre typhoïde spontanée chez les animaux. Mais, *expérimentalement*, on peut ou injecter des cultures virulentes, on provoque alors, certaines fois, une septicémie avec prédominance sur les surfaces séreuses; ou faire ingérer les mêmes cultures : les résultats obtenus sont très contradictoires. MM. Chantemesse et Ramond, en diminuant au préalable la résistance naturelle des animaux, auraient déterminé une infection plus ou moins voisine de la fièvre typhoïde. De même, MM. Remlinger, Lépine et Lyonnet et Metchnikoff, ce dernier faisant ingérer aux animaux, en même temps que les cultures, des matières fécales. On peut, enfin, injecter des toxines. M. Chantemesse, expérimentant sur la grenouille, a produit ainsi des troubles paralytiques frappant d'abord la moelle, puis les centres cardiaques du bulbe. M. Balthazard, injectant des doses modérées de sa toxine, note une destruction rapide et intense des polynucléaires, occasionnant à son tour une surcharge lécithique du foie, avec excès de nucléo-albumines dans les urines. Vient-on simultanément, à introduire dans l'organisme de l'opium qui rend les leucocytes insensibles à l'action de la toxine, il suffit de très faibles doses de celle-ci pour tuer l'animal. Les polynucléaires fixent donc la toxine et préservent ainsi les cellules nobles. Pour M. Vincent, l'injection intra-cranienne d'une minime quantité de toxine provoque une réaction locale violente avec phénomènes ataxo-adynamiques rapidement mortels.

Quelles sont les *connexions* du bacille typhique? 1° Divers auteurs ont tenté de l'identifier au *coli-bacille*, en faisant de celui-ci un germe bien portant, de celui-là un coli malade (Rodet et Roux). Cette théorie a été récemment reprise par M. Delorme. Pour cet auteur, le coli-bacille peut facilement se transformer en bacille typhique. Si cette hypothèse était fondée, il serait inutile de chercher à se protéger contre la fièvre typhoïde, le coli-bacille étant le plus répandu de tous les germes et se trouvant, normalement, dans tous les intestins, sains ou pathologiques. Heureusement, elle soulève de telles objections qu'elle réunit contre elle l'unanimité des auteurs. 2° Le bacille typhique présente des connexions intimes avec certains *paratyphiques* et l'on tend à admettre aujourd'hui que ceux-ci peuvent, schématiquement, être divisés en deux groupes : ceux à virulence excessive, qui provoquent une violente réaction intestinale aboutissant à leur élimination presque totale, le tableau clinique est alors celui des empoisonnements, du choléra, des entérites suraiguës; ceux à virulence atténuée, qui provoquent une infection intestinale subaiguë, plus ou moins voisine de la fièvre typhoïde. Cette théorie est d'ailleurs parfaitement exposée par MM. Hutinel et Darré dans leur article *Fièvre typhoïde* des

Maladies des Enfants. On sait aussi que beaucoup de cas étiquetés fièvre typhoïde ne sont en réalité que des cas de paratyphus. 3° Enfin, on a voulu parfois identifier le *Micrococcus melitensis*, auteur de la fièvre de Malte, avec le bacille typhique. En réalité, bien que les deux infections puissent coexister, il n'y a pas lieu de les confondre. De même qu'il y a un bacille tuberculeux, différent, quoique voisin, du paratuberculeux ou acido-résistant, de même le bacille typhique garde son individualité, comme le prouvent, en plus des travaux anciens, les recherches récentes relatives au séro-diagnostic et à la fixation du complément.

Nombreux en effet sont les *caractères permettant d'affirmer la spécificité du bacille d'Eberth.* En voici une sommaire énumération : 1° A l'*examen microscopique*, il présente des cils très nombreux et très ondulés, qui, jusqu'à un certain point, le différencient du coli-bacille, et qui assurent sa motilité; il ne prend pas le Gram. 2° Ses *cultures* ne donnent pas d'indol dans les milieux peptonisés; le coli-bacille en donne ordinairement. Il ne fait pas fermenter le lactose (Kitasato). En effet : *a.* si, à une culture de typhique sur bouillon, on ajoute de la lactose et du carbonate calcique, il ne se produit pas d'acide lactique aux dépens de la lactose, aussi ne se dégage-t-il pas d'acide carbonique (Chantemesse et Widal); *b.* une culture de typhique sur gélose lactosée tournesolée ne rougit pas (Würtz); aussi le lait n'est-il pas coagulé. Le coli-bacille, au contraire, coagule le lait et donne, en *a*, des bulles d'acide carbonique; en *b*, une coloration rouge. Il ne se développe pas sur une surface de gélose dépouillée d'une culture préalable de coli, tandis que le même coli y pousse. Les milieux d'Endo, de V. Joe et Gryner, de Drigalski et Conradi permettent d'ailleurs une différenciation facile entre les deux germes. 3° Par l'*expérimentation*, on peut voir que le sérum de l'animal auquel on a inoculé le typhique acquiert des propriétés agglutinantes. 4° Quant à l'*agglutination*, ce n'est pas le lieu d'en indiquer la technique. Rappelons-en seulement le principe : le sérum de sujets atteints d'une infection éberthienne (le plus souvent fièvre typhoïde), mélangé dans des proportions déterminées à des bacilles d'Eberth, les agglutine, et cela, dès les premiers jours de la maladie (Widal). On a discuté la valeur spécifique de la séro-réaction. On a dit : 1° que le sérum typhique pouvait agglutiner d'autres bacilles que le bacille typhique, mais, convenablement dilué (1/50), il perd son pouvoir agglutinant sur tous les microbes (sauf, parfois, sur les paratyphiques), tandis qu'il le garde sur le bacille d'Eberth (Widal et Sicard); 2° que le sérum de certains ictériques pouvait agglutiner le bacille d'Eberth, mais, en réalité, ces cas d'ictère avec agglutination relèvent d'une infection éberthienne (Gilbert et Lippmann). Donc, convenablement pratiquée, la séro-réaction donne des résultats décisifs lorsqu'elle est positive. Il est vrai qu'elle peut, exceptionnellement, faire défaut pendant toute la maladie et même pendant la convalescence; d'autre part, elle ne s'observe guère avant les septième ou huitième jours. Enfin, elle peut être difficile à interpréter lorsqu'on a des raisons de croire à une infection paratyphique ou à une fièvre de Malte. « En pratique, on ne pourra admettre le diagnostic d'*infection paratyphique* en se basant sur la seule agglutination que si, pendant toute la durée de la maladie, l'agglutination se montre franchement positive à un taux élevé pour un bacille paratyphique et franchement négative pour le bacille d'Eberth et les autres types de paratyphiques. » (Hutinel et Darré.) Quant à la fièvre de Malte, la séro-réaction faite avec une culture de micrococcus melitensis (29 parties) et le sérum des malades [1 partie (Wright)] est nettement positive, tandis qu'elle est négative en cas de fièvre typhoïde. Mais les séro-réactions de Widal et de Wright peuvent être positives chez le même malade. Il faut alors penser (Henri Roger) : soit à l'association des deux affections; soit à l'apparition de la fièvre de Malte chez un sujet qui a eu, jadis, la fièvre typhoïde; soit, enfin, à l'apparition de la fièvre typhoïde chez un sujet atteint antérieurement de fièvre de Malte.

Il n'est pas jusqu'à la *réaction de fixation* qui, comme l'ont montré les belles recherches de MM. Widal et Louis Le Sourd, n'ait contribué à démontrer la spécificité de la dothiénentérie en décelant l'existence, dans les humeurs des typhiques, d'une sensibilisatrice spécifique. *La fièvre typhoïde constitue donc une affection autonome, une sorte de morbus per se*, conclusion d'importance capitale, et qui justifie les efforts immenses tentés contre elle par les hygiénistes et par les municipalités de tous les pays.

II

Les véhicules du bacille typhique. — D'après les recherches les plus récentes, que l'on trouve bien exposées dans la thèse d'Abrami (Paris 1910), la fièvre typhoïde doit être considérée comme une *septicémie*, comme une infection sanguine. On a pu, en effet, mettre en évidence la présence du bacille typhique dans le sang à la période d'état (Busquet, Grunberg, Hirsch, Kayser, Lemierre, Raubitschak, Rolly, Zeidler) et même à la période d'incubation. Du sang, le bacille typhique passe dans la bile : il irrite souvent au passage les voies biliaires, déterminant, ici, de la cholécystite, et là de l'angiocholite. Par les voies biliaires, il gagne l'intestin. Contrairement à la théorie classique, les ulcérations intestinales, au lieu d'être primitives, ne seraient donc que secondaires. Quoi qu'il en soit, le bacille d'Eberth émigre hors du corps des typhiques : *surtout* par les selles, *puis* par les urines, *exceptionnellement* par l'expectoration, le sang des hémorragies intestinales, l'ouverture de foyers suppurés à bacilles d'Eberth (Widal), la voie placentaire. Pour infecter de nouveaux organismes, il emprunte diverses voies d'inégale importance.

A. *Il y a quelque dix ans*, on admettait sans conteste les trois propositions suivantes : 1° les selles des typhiques contiennent le bacille d'Eberth pendant la phase diarrhéique de la maladie : on ne l'y retrouve ni avant ni après; 2° les urines ne le con-

tiennent pour ainsi dire jamais ; 3° la contagion se fait presque toujours par l'eau contaminée elle-même par les selles, exceptionnellement par les aliments, l'air, les vêtements.

I. Théorie hydrique de la fièvre typhoïde. — Galien admettait déjà que les mauvaises eaux peuvent être une cause de maladies épidémiques. De même, pour Borsieri, la maladie « aggreditur homines quos potus aquosi vel impuri corruptive repleverunt ». A une époque plus rapprochée, il faut citer les noms de Carpenter (1865) qui a étudié l'épidémie de Croyndon, celui de Michel [de Chaumont (1854)], qui, en provoquant l'adduction d'une eau de bonne qualité, fit presque complètement disparaître la fièvre typhoïde de cette ville, celui de Dionis, qui discerna l'origine hydrique de l'épidémie d'Auxerre (1881-1883). Mais c'est surtout à Brouardel que revient le mérite d'avoir, par l'analyse des conditions dans lesquelles s'était développée l'épidémie de Pierrefonds (1886), démontré le rôle de l'eau et d'avoir entrepris à ce sujet, au Comité consultatif d'hygiène et à l'Académie de médecine, une active et fructueuse campagne.

Les *preuves de l'action typhoïgène de l'eau* sont de deux ordres (Brouardel et Thoinot). Les unes sont tirées de l'observation clinique, les autres, de l'analyse bactériologique de l'eau. Les premières sont celles qui ont le plus de valeur. Deux cas sont à considérer.

1° *Une eau potable reçoit des déjections de typhiques ; elle est consommée par une collection d'individus et sème la fièvre typhoïde parmi eux, et parmi eux seuls.* Voici, par exemple, l'épidémie d'Auxerre, étudiée par Dionis. En septembre 1882, éclate à Auxerre une importante épidémie de fièvre typhoïde, la distribution de la maladie étant exactement calquée sur la distribution des eaux ; là où ne se buvait pas d'eau du Vallan, pas de fièvre typhoïde ; là où on en buvait, on ne comptait pas les cas de fièvre typhoïde. Or, en août, un sujet avait été atteint de fièvre typhoïde et ses selles jetées sur un tas de fumier avoisinant la source du Vallan. En versant sur ce fumier une solution alcoolique d'aniline, on retrouva, au bout d'une demi-heure, la matière colorante dans l'eau du Vallan. Citons encore l'épidémie de Villerville, dont nous devons la relation à Brouardel et Thoinot (1890). Villerville est alimentée par deux sources : l'une dite Leroy, l'autre dite de l'Etang. En août 1890, est amené à Villerville un typhique dont les déjections, jetées sur la route de Honfleur, allaient directement se déverser dans le réservoir de la source de l'Etang. Huit jours après, épidémie strictement limitée aux tributaires de l'eau de l'Etang.

2° *Une eau déterminée, contenant sûrement, ou presque sûrement, le bacille d'Eberth, gouverne et règle les manifestations typhoïdiques dans la collection des individus qui la consomment.* Ici encore, deux éventualités.

a. *Tantôt l'épidémie est en rapport topographique absolu avec la distribution d'une certaine eau.* Voici un cas typique (Thoinot). Une épidémie éclate au lycée de Quimper et frappe exclusivement les internes, les externes et les habitants de la ville étant tous épargnés. Or, il existait une canalisation particulière pour le lycée. En ville, il n'y eut qu'un cas : celui d'une femme qui venait, chaque jour, faire sa provision d'eau chez le concierge du lycée.

b. *Tantôt l'épidémie suit les variations d'une distribution d'eau potable, s'accroissant quand l'eau est consommée en plus grande quantité, diminuant dans le cas inverse, cessant quand le service de cette eau est supprimé.* Il est classique, à ce sujet, de citer l'épidémie d'Angoulême. Avant 1889, Angoulême recevait ses eaux potables de la Touvre et de la Charente. Or, en amont de la prise d'eau de la Charente, venaient aboutir deux égouts, dont l'un collectait un certain nombre de fosses d'aisances ; quant à la Touvre, elle recevait toutes les déjections provenant de la ville de Ruelle. Jusqu'en 1889, la fièvre typhoïde décimait la population d'Angoulême. M. Roux, envoyé en mission, demande qu'on ne boive plus que de l'eau de la Touvre, puisée à la source même. La mortalité tomba aussitôt de 18,2 p. 100 à 0, *sans que rien ne fût changé aux autres conditions hygiéniques.* Passons aux preuves tirées de l'analyse de l'eau. Souvent, on a démontré la présence, dans les eaux incriminées, du bacille typhique. Mais, en réalité, ces recherches sont *beaucoup moins démonstratives qu'on ne pourrait croire.* En effet : 1° elles sont entourées de telles difficultés techniques que, seules, quelques-unes d'entre elles méritent d'être considérées comme probantes ; il est évident que, dans bien des cas, on a confondu le bacille d'Eberth avec le coli ; 2° on peut parfaitement passer à côté du bacille, l'épidémie typhique d'origine hydrique résultant d'un *passage massif et court* (Brouardel et Thoinot) du germe dans une eau de boisson. Si l'examen est fait, comme c'est la règle, en dehors de l'heure et du lieu voulus, il n'aboutit qu'à des résultats négatifs.

Etudions maintenant les caractères généraux des épidémies typhiques d'origine hydrique. La première question à résoudre est la suivante. *Comment l'eau potable peut-elle être souillée ?* De diverses façons. Les *puits* « sont souvent voisins des fumiers, des ruisseaux, des fosses d'aisances ou des lavoirs ». Les *rivières* ne sont que des « égouts à ciel ouvert ». Les *sources* sont accessibles, soit parce que mal captées, insuffisamment protégées, à leur émergence, contre les souillures, soit parce que certaines d'entre elles, dites *sources vauclusiennes*, naissent de cours souterrains alimentés par des pertes d'eaux superficielles ; elles peuvent ainsi recevoir les eaux de pluies ou d'orages par l'intermédiaire de puits naturels connus sous le nom d'*abîmes*, de *mardelles*, ou de *bétoires*, ainsi que le prouve (Thoinot) l'épreuve de la fluorescéine. Elles sont d'autant plus facilement contaminées que, dans maints endroits, ces puits naturels constituent de véritables dépotoirs où les habitants se débarrassent de leurs immondices. Ces notions sont d'autant plus importantes à connaître que *toutes les sources destinées à l'alimentation de Paris sont des sources vauclusiennes.*

Enfin, la souillure de l'eau peut s'effectuer, non à son origine, mais dans son trajet, à la faveur des solutions de continuité que présentent souvent les canalisations urbaines.

Aux divers modes de souillure des eaux répondent des manifestations typhoïdiques diverses : 1° Les souillures accidentelles produisent habituellement une épidémie massive, *par explosion*, à début brusque, à évolution rapide, touchant simultanément la plupart de ceux qui consomment cette eau, puis décroissant rapidement, mais laissant après elle des cas isolés, qu'explique la théorie des porteurs de germes (v. plus loin). 2° Les *souillures continues* donnent surtout des endémo-épidémies, dans lesquelles le caractère épidémique peut être attribué à la dose plus abondante des germes, à leur accroissement de virulence ou à la réceptivité plus grande, à un moment donné, d'une collection d'individus. 3° *L'eau peut aussi contaminer un certain nombre d'aliments ou de boissons* : les *légumes*, les *salades* et les *fruits*, arrosés avec une eau impure, comme le prouvent tant de faits cliniques confirmés par les recherches expérimentales de Remlinger ; les *huîtres* cultivées dans des eaux contaminées [on connaît l'épidémie de Cette, qui fit 125 victimes, et qui s'expliquait par la situation des parcs à huîtres, placés juste au-dessous d'un égoût (Netter et R. Dumas, Brian, Latouche); expérimentalement, d'ailleurs, les huîtres infectées artificiellement contiennent encore des bacilles au bout de trente jours]; les *moules*; rarement le *lait* (Scheller); la *crème* (Conradi); le *beurre* (Boers); plus rarement le *vin*, protégé par l'action antiseptique de l'acide et non de l'alcool (Sabrazès et Mercadier); le *cidre*, la *piquette*, les *glaces* (Barras, Conradi).

2. Le rôle des ALIMENTS a été déjà indiqué : nous n'y reviendrons pas.

3. Jadis on faisait jouer un rôle considérable à la transmission par l'AIR. Cette conception a été critiquée par MM. Brouardel et Thoinot. Actuellement, on tend à admettre que la contagion par l'air ne doit pas être absolument niée. Sans parler des cas de pneumo-typhoïdes, peu probants, à vrai dire, aujourd'hui que l'on ne croit plus guère à l'origine aérienne de la pneumonie, nous citerons, à l'appui de cette théorie, les expériences de Millet, Lassime et Bordas, et celles de J. A. Sicard : les premiers ont montré que l'air, barbotant sur des cultures liquides de bacilles d'Eberth, peut entraîner des germes avec lui; le second, que lorsque des typhiques soufflent sur une eau stérile, celle-ci se charge de bacilles.

4. La VOIE PLACENTAIRE livre passage, suivant les cas aux microbes ou à leurs toxines (Chantemesse et Widal). Elle a surtout un intérêt théorique, et explique une partie des cas de *fièvre typhoïde congénitale* réunis par M. Marfan.

5. Il faut enfin citer, sans y insister, le rôle que peuvent, à l'occasion, jouer les VÊTEMENTS et les PIÈCES DE LITERIE.

***

B. Actuellement, on s'accorde à trouver que toutes les théories que nous venons d'exposer paraissent beaucoup *trop simplistes*; de plus, si les mesures prophylactiques basées sur la théorie hydrique ont fait diminuer la morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde, elles ne les ont pas réduites à rien. *Il y a donc autre chose.* Les recherches récentes nous ont appris le rôle *capital* joué par les porteurs de bacilles, le rôle *possible* des parasites : mouches, poux, vers intestinaux.

I. LES PORTEURS DE GERMES (Bazillenträger). — En 1902, Koch, chargé par le gouvernement allemand de savoir pourquoi l'on n'arrivait pas à supprimer complètement les épidémies typhiques dans les provinces rhénanes, découvre qu'à côté des modes de contagion connus, eau, lait, il y en a un bien plus important : c'est l'*homme*. Le bacille typhique est un parasite obligé de l'homme : ce dernier seul l'héberge et le dissémine, les autres milieux ne sont pour lui que des milieux de fortune. La prophylaxie de la fièvre typhoïde doit donc être *offensive*, elle consistera : 1° à rechercher les fièvres typhoïdes, tant avérées que frustes ou ambulatoires; 2° à examiner les personnes saines ayant été en contact avec les malades.

Les conclusions de Koch ont été confirmées par un grand nombre d'auteurs, dont on trouvera les noms dans les discussions de l'Académie de médecine (1909-1911), dans les rapports de MM. Vaillard et Vincent, dans la communication du professeur Landouzy.

La théorie des porteurs de germes repose sur un ensemble de *faits* qui doivent être examinés séparément selon qu'il s'agit de typhiques ou de personnes saines.

A. Examinons d'abord les typhiques. — 1° *Leurs humeurs et leurs excrétions, urines, matières, peuvent contenir le bacille bien avant le début clinique des accidents*: huit, onze et même vingt-cinq jours avant (Conradi). La période d'*incubation* est donc, déjà, une période d'*élimination*, constatation du plus haut intérêt, et qui permet de rapprocher la fièvre typhoïde des fièvres éruptives. 2° *La plupart des typhiques excrètent des bacilles par leurs matières ou leurs urines, quelquefois par leurs crachats* (Manicatide), *quelque temps après la guérison*. Ce sont les porteurs *provisoires, temporaires* de bacilles, les plus dangereux pour M. Lemoine, opinion jugée peut-être un peu excessive par M. Granjux (1).

M. Chantemesse, en 1902, a montré que l'émis-

(1) « En réalité, dit M. GRANJUX, le pouvoir contagionnant des convalescents est peu considérable, à s'en rapporter à un document d'une haute impartialité : la statistique de l'armée. Il y a trois grands dépôts de convalescents pour l'armée d'Afrique : Porquerolles, pour les coloniaux et les disciplinaires; Arzew, pour les légionnaires, et un troisième en Tunisie. Leur clientèle est fournie, pour la majeure partie, par des convalescents de typhoïde; les autres sont surtout des organismes touchés par les maladies des pays chauds. Eh bien! ceux-ci ne sont pas contagionnés par ceux-là, encore que la vie soit commune. Les localités ne sont pas davantage contaminées. »

sion des bacilles par les *selles* se prolonge, dans les deux tiers des cas, de une à deux semaines, qu'elle dure rarement plus de vingt jours; qu'elle s'observe surtout chez les femmes et paraît indépendante de l'âge. Dans le *sang*, les bacilles ont été retrouvés quatre à six semaines après l'apyrexie. Quant aux *urines*, elles peuvent, surtout chez les sujets ayant eu des taches rosées abondantes (Chantemesse), contenir des bacilles de vingt à quarante jours après la guérison [Hoppe, Seitz (1)]. *Quelques malades, peu nombreux, à vrai dire* (2), *continuent à excréter des bacilles pendant des années : dix, quinze, vingt, vingt-neuf* (Déan), *quarante-deux* (Kutscher) *et même cinquante deux ans. Ce sont des porteurs chroniques de bacilles*, des éliminateurs durables (Dauerausscheider). *Ce sont les plus dangereux.* Comment cette élimination se fait-elle ?

Au début, il s'est agi, soit d'une fièvre typhoïde typique, soit d'une fièvre typhoïde atténuée, abortive, soit d'une localisation anormale du bacille d'Eberth : angine, pneumonie, embarras gastrique léger, entérite infantile (Baginski), péritonite par perforation, réactions méningées allant de la céphalée la plus légère à la méningite grave, fièvre puerpérale (Lévy) ; d'après Lentz et Ghon, ce serait surtout chez les vieillards et les enfants qu'on observerait ces formes atypiques, qui sont, de beaucoup, les plus intéressantes pour l'hygiéniste (Lemoine).

Le bacille typhique, d'abord en circulation dans le sang, ne tarde pas à être éliminé par la bile : *on le retrouve dans les voies biliaires, et, particulièrement dans la vésicule*, ainsi qu'en témoignent des preuves de trois ordres : expérimental, anatomique, clinique.

Preuves *expérimentales.* Quand on injecte du bacille d'Eberth dans le tube digestif, dans le péritoine ou sous la peau, on ne le retrouve pas dans la vésicule biliaire : l'infection ascendante, jadis si en faveur, ne joue donc qu'un rôle négligeable. L'injecte-t-on, au contraire, dans une veine, il se retrouve au bout de trois heures dans la vésicule, où il peut séjourner jusqu'à cent vingt jours, alors qu'il n'y en a plus dans aucun autre viscère (Blockstein, Lemierre et Abrami, Welsch).

Quant aux preuves *anatomiques*, elles sont assez nombreuses. On a signalé la richesse des voies biliaires en bacilles d'Eberth chez les anciens typhiques; on a constaté le même bacille à l'intérieur de calculs biliaires chez des sujets ayant eu antérieurement la dothiénentérie ; enfin, on a rappelé le cas typique de Grimm : un sujet, qui avait été atteint jadis de fièvre typhoïde, meurt de septicémie typhique; on retrouva, dans les calculs biliaires qui encombraient sa vésicule, une grande quantité de bacilles typhiques.

Passons aux preuves *cliniques* : elles se résument à une, la fréquence, chez les lithiasiques, des antécédents typhiques.

(1) La bactériurie typhique, souvent très intense, a été attribuée par M. Vincent à des ulcérations vésicales; la majorité des auteurs, remarquant qu'elle s'accompagne d'albuminurie et de pyurie, la rattache à l'existence de foyers rénaux métastatiques.

(2) 3 p. 100, au bout d'un an (Kayser).

3° De la vésicule, le bacille typhique est éliminé à l'extérieur *par intermittences*, fait important, et qui explique que plusieurs examens négatifs ne signifient rien. La loi de ces intermittences est d'ailleurs mal connue ; on a supposé qu'il existe pour l'élimination une période d'activité, correspondant à l'été, tandis que, dans la saison froide, les bacilles hiberneraient.

4° Quelquefois *les bacilles sont éliminés par les urines* ; ainsi, sans doute, certaines sources (Courmont et Lesieur) peuvent être contaminées.

Reste à envisager les *conséquences* des faits que nous venons d'exposer. Si les porteurs de germes, ou plutôt les porteuses de germes [car le plus souvent, il s'agit de femmes] ne prennent pas soin d'aseptiser leurs matières et de se désinfecter soigneusement les mains après chaque défécation, et, surtout, s'ils exercent une *profession alimentaire* (cuisinières, pâtissiers, garçons de restaurant, boulangers, femmes attachées à des laiteries, ou chargées de la traite), ils risquent de semer la contagion autour d'eux pendant des années. La fièvre typhoïde devient donc la *maladie des mains sales* (Vincent). Et ainsi se justifie l'aphorisme humoristique : « Une épidémie typhique de cause inconnue survient-elle dans une maison, chercher du côté de la cuisinière. » Pour que les bacilles typhiques ainsi éliminés puissent déterminer la fièvre typhoïde, il faut d'ailleurs, et qu'ils soient absorbés presque immédiatement, et que l'organisme récepteur soit en état de moindre résistance.

La théorie que nous venons de résumer repose sur un ensemble de faits concordants. Voici, à ce sujet, quelques exemples particulièrement démonstratifs.

1° *Cas de contagion produite par des convalescents.* — Un convalescent de fièvre typhoïde rentre chez ses parents. Quinze jours après, un ami, qui le visitait quotidiennement, s'alite. Puis c'est le tour de ses deux sœurs, de ses deux frères, d'un jeune domestique, de la cuisinière, d'un autre ami, de deux personnes habitant la maison contiguë. Dans l'urine du convalescent, on ne trouva pas moins de 172 millions de bacilles typhiques par centimètre cube.

Dans une maison riche des Champs-Elysées, où ne pénétrait que de l'eau d'Evian, éclate une petite épidémie locale par suite du retour, dans cette maison, d'un domestique qui venait d'avoir la fièvre typhoïde (Landouzy).

Un sergent, qui avait eu récemment la fièvre typhoïde, avait la fâcheuse habitude d'uriner sur ses bottes. Son ordonnance ne tarde pas à contracter la maladie (Neupratsch). Ces faits, que nous pourrions multiplier, rendent sans doute compte des cas *de contagion directe*, observés chez les médecins et les infirmiers, et sur lesquels a surtout insisté M. Chantemesse.

2° *Cas de contagion produite par d'anciens typhiques porteurs de bacilles.* — Dans une propriété située près de Königsberg, rapporte Scheller, il y avait eu, en quatorze ans, trente-deux décès par fièvre typhoïde malgré des désinfections répétées et la

stricte observation de toutes les mesures traditionnelles. Scheller fait une enquête et apprend que toutes les personnes décédées s'approvisionnaient à une même laiterie. Dans cette laiterie était employée une femme qui avait eu la fièvre typhcïde dix-sept ans auparavant et les premiers cas avaient suivi de peu son arrivée. On examina ses selles : elles contenaient une grande quantité de bacilles typhiques. On l'éloigna. Il ne se produisit aucun cas nouveau de fièvre typhoïde.

Dans une ville de 60.000 habitants, Kossel constate, de mai à août 1906, 25 cas (5 sporadiques) de fièvre typhoïde. L'enquête établit que, sur ces 25 personnes, 21 achetaient leur lait à la même laiterie et le consommaient cru. L'examen systématique du personnel montra qu'un porcher, fréquemment occupé à la traite des vaches, était un porteur chronique de bacilles. On l'isole. La fièvre typhoïde disparaît. Quelques mois après, elle reparaît. Nouvelle enquête, qui prouve que le porcher était rentré à la laiterie et y avait repris ses occupations.

Une femme observée par Gregg a eu la fièvre typhoïde en 1856. Elle devient, en 1902, propriétaire d'un hôtel. De 1905 à 1908, se produisent, dans cet hôtel sept cas de dothiénentérie. Ses selles contenaient des bacilles d'Eberth en abondance.

Une cuisinière, dont Park a relaté l'observation, passe successivement dans huit familles de New-York ; dans sept, apparaît aussitôt la fièvre typhoïde. On ne compte pas moins de 37 cas, avec un décès. Les selles de la cuisinière, examinées bactériologiquement, contenaient en abondance du bacille d'Eberth.

B Contagion due à des personnes saines ayant vécu avec des typhiques. Il existe des cas indéniables où des personnes saines, vivant au contact des typhiques, ont hébergé pendant un temps assez court (une à quatre semaines) le bacille d'Eberth dans leurs humeurs et l'ont éliminé par les selles et par les urines. Pourquoi ces sujets ne font-ils pas de fièvre typhoïde ? Il est vraisemblable qu'ils sont en état d'immunité, acquise ou spontanée. C'est ainsi qu'on peut sans doute expliquer les faits de Cler et Ferrazi : ces auteurs ont étudié une épidémie dans laquelle, sur 39 personnes ayant absorbé la même nourriture infectée, 6 présentèrent des bacilles typhiques dans leurs matières sans avoir manifesté aucun trouble morbide.

La théorie des porteurs de germes a été critiquée par divers auteurs, au premier rang desquels il faut placer M. Delorme. Voici les principales objections qu'elle a soulevées : 1. *Les porteurs de germes sont très peu nombreux.* Peut-être (1), mais, comme l'a dit M. Vaillard, il suffit d'une tête de pavot pour ensemencer un champ. De plus, ces porteurs de bacilles peuvent, pendant des années, semer la fièvre typhoïde autour d'eux. Or, en matière de vie humaine, il n'y a pas de petites économies à réaliser (Vaillard). Enfin, il est d'autant plus urgent de prendre des précautions contre eux, que la contagion dont ils sont l'origine reste presque toujours anonyme. 2. *Les bacilles éliminés ne sont pas virulents.* C'est là une erreur dont l'expérimentation a fait depuis longtemps justice. 3. *La recherche des bacilles typhiques exige l'intervention de spécialistes.* Non, répond M. Vaillard, mais seulement de bactériologistes exercés. 4. *Appliquer ces recherches aux individus sains, dans la vie civile, est impossible.* Sans doute, mais on peut les restreindre aux personnes suspectes. Ne peut-on, au reste, rechercher d'abord le pouvoir agglutinatif du sérum chez les personnes ? 5. *Il faudra isoler longtemps les sujets.* Encore une objection insuffisamment fondée, car il suffira d'enseigner aux porteurs chroniques des bacilles les précautions utiles et de les éloigner des professions alimentaires.

En résumé, la théorie des porteurs de germes peut être considérée comme démontrée. Elle éclaire une foule de faits obscurs. Et si l'on voulait à toute force schématiser, on pourrait dire que, si la contamination par l'eau explique les *épidémies*, l'existence des porteurs de germes rend compte des *endémies* typhiques. D'après M. Lemoine, elle ne semble pas tant accroître le rôle de la contagion directe, qu'élargir le champ de contamination des milieux extérieurs : eau, sol, aliments.

II. Transmission par les parasites. — On sait le rôle de plus en plus grand que la pathologie générale tend à faire jouer aux parasites dans la propagation de multiples maladies infectieuses. Le Stegomya transmet la fièvre jaune, certains anopheles, le paludisme. Il était donc tout naturel de se demander si les parasites n'intervenaient pas dans la transmission, à l'homme, du bacille d'Eberth. Les *poux* ont été incriminés par Abesqui, qui, 3 fois sur 4, a retrouvé le bacille typhique dans le corps des poux vivant sur des malades atteints de fièvre typhoïde. La mouche commune a été mise en cause par Aldiles. En faveur de son hypothèse, il fait valoir des arguments cliniques et expérimentaux. Les premiers sont eux-mêmes de deux ordres : au Transvaal, les épidémies typhiques cessent en hiver, alors que les mouches sont tuées par le froid. En Angleterre, les régiments montés offrent plus de cas que les autres à la statistique, la présence des chevaux attirant les mouches. Il y aurait également plus de cas là où il y a des fosses fixes. Luxmore et Trembour attribuent à la mouche certaines épidémies typhiques. Plus importants sont les arguments expérimentaux de Ficker : 1° des mouches, enfermées quelque temps au-dessus de cultures typhiques, peuvent elles-mêmes être cultivées et inoculées avec succès ; 2° nourries avec des cultures, elles peuvent encore, au bout de vingt-trois jours, transporter les germes sur différents objets. Le rôle des *vers*, admis par M. Guiard, est nié par MM. Chantemesse et Rodriguez. Enfin, pour MM. Courmont et Rochaix, des *chiens* bien portants pourraient excréter avec leurs selles des bacilles typhiques, fait d'autant plus important que ces animaux ingèrent fréquemment, comme on sait, des matières fécales humaines, parfois contaminées.

(1) D'après Förster, cependant, 20 à 29 p. 100 des cas de fièvre typhoïde sont dus aux porteurs de bacilles.

III

Causes secondes, prédisposantes ou occasionnelles. — Il n'existe aucune *immunité* de races : l'immunité des Arabes n'est que relative ; elle est à rapprocher de celle des créoles pour la fièvre jaune, et de celle des moutons algériens pour le charbon. Quant aux *causes secondes* proprement dites, elles peuvent être extérieures à l'individu ou inhérentes au sujet lui-même. Parmi les premières, il n'y a guère à retenir que les *influences cosmiques* : la fièvre typhoïde serait surtout fréquente en automne. Les secondes peuvent être d'ordre physiologique ou pathologique. En ce qui concerne l'*âge*, la maladie atteint surtout des adultes, mais elle est loin d'être rare chez l'enfant. Chez le vieillard, elle est rare, ce qu'expliquent et la possibilité d'atteintes antérieures, et l'existence de conditions physiologiques spéciales. Les considérations relatives au *sexe* n'offrent pas grand intérêt, la dothiénentérie étant presque aussi fréquente chez la femme que chez l'homme. Le rôle de la *prédisposition familiale*, si facilement admis jadis, paraît bien douteux, maintenant qu'on connaît les porteurs de bacilles. *L'influence des professions* n'est certaine que pour quelques-unes : infirmiers, en contact constant avec des typhiques, blanchisseurs des hôpitaux, aussi exposés à contracter cette affection que la tuberculose (Landouzy), soldats surmenés et dépaysés. Le *non-acclimatement* est en effet une cause prédisposante indiscutable, et tous les auteurs décrivent la *fièvre typhoïde des arrivants*, qui devrait être mise en cause dans 67 (Chomel) à 79 p. 100 (Louis) des cas. L'*encombrement* (Brouardel et Thoinot), les *chagrins*, les *émotions vives* doivent encore être cités. Quant au *surmenage*, les médecins d'armées (Kelsch, Calmette, Lemoine, Granjux) tendent à lui faire jouer un rôle considérable. M. Chantemesse, sans nier absolument son influence, remarque que, dans la Méditerranée, lors des manœuvres de la flotte, il se produisait des épidémies de fièvre typhoïde qu'on attribuait au surmenage. Lorsqu'on eut assuré l'alimentation en eau pure, ces épidémies ne se produisirent plus. De même, en Egypte, les Anglais ont pu surmener impunément des travailleurs, à condition de leur donner de l'eau réellement potable. Il nous paraît difficile, toutefois, de ne pas attribuer au surmenage un rôle prédisposant des plus importants. « Au retour des manœuvres, en voyant les hommes mouillés jusqu'aux os, dans l'impossibilité de changer de vêtements, les effets du sac étant trempés, et couchant sur la paille dans de mauvaises conditions, on peut prédire à coup sûr l'apparition de la fièvre typhoïde. » (Granjux.)

* * *

Après cet exposé analytique, il ne nous reste plus qu'à faire la synthèse. A ce point de vue, différentes questions méritent d'être posées.

Première question. *La fièvre typhoïde est-elle une maladie spécifique ?* Sans doute, elle offre des rapports étroits avec les coli-bacilloses et les paratyphoïdes. Mais ces rapports ne vont pas jusqu'à l'identité, comme le montrent les méthodes nouvelles de recherches : agglutination, recherche de la déviation du complément. La fièvre typhoïde possède donc une indiscutable spécificité. 2° Le bacille d'Eberth étant l'agent spécifique de la fièvre typhoïde, *quels sont ses véhicules principaux ?* L'eau ou les porteurs de bacilles? En faveur de la théorie hydrique, on doit citer les résultats obtenus en maintes localités par la substitution d'une eau pure à une eau contaminée. Contre elle, militent ces faits que, dans les Indes, l'ébullition de l'eau, qui a abaissé la mortalité due au choléra, n'a pas empêché la mortalité par fièvre typhoïde de s'élever, et qu'à Berlin, où l'eau est parfaite, la fièvre typhoïde persiste toujours. La théorie des porteurs de germes repose sur des faits bien observés et représente assurément une partie de la vérité. Mais pourquoi vouloir à toute force choisir entre ces deux théories? L'intransigeance ne réussit pas plus en médecine qu'ailleurs. Il nous semble bien préférable d'être éclectique, et d'admettre que, *si l'eau souillée reste le principal agent de la contagion*, comme le reconnaissent les auteurs les plus autorisés (Thoinot, Vaillard, Vincent), elle n'est pas le seul (Lemoine), les porteurs de germes entretenant et prolongeant les épidémies ainsi créées. « Loin de se contredire, ces deux théories se prêtent donc un mutuel appui. » Troisième question. *Le rôle des causes secondes* est moins capital, mais non négligeable.

* * *

En résumé, la fièvre typhoïde est occasionnée par l'introduction, dans l'organisme, du bacille d'Eberth, qui constitue donc la *cause déterminante* de la maladie. Ses principaux *véhicules* sont l'eau, qui est à l'origine de la plupart des épidémies, et les *porteurs de germes*, à la présence desquels il faut attribuer les endémies. Son action est favorisée par un certain nombre de *causes secondes*. Toutes ces considérations doivent être présentes à l'esprit de celui qui veut réaliser une prophylaxie efficace de la maladie. Si difficile, si complexe qu'elle soit, cette prophylaxie doit être tentée, car, ainsi que l'a dit Pasteur « en fait de vérités à répandre, de misères à éteindre, de douleurs à soulager, le devoir ne cesse que là où le pouvoir manque ».

Vincent GRIFFON

Qu'il faut peu de choses, a dit un auteur contemporain, pour faire un passé d'un présent! Hier encore, plus d'un aurait pu envier le sort de Vincent Griffon. Jusqu'ici, la vie n'avait eu pour lui que des sourires. Les concours ne lui avaient point été défavorables. La clientèle commençait à lui venir. Il était déjà très connu. Dans notre microcosme, où les haines et les jalousies tiennent une si grande place, cet aimable garçon, à la figure ouverte, ne comptait que des sympathies. Ses succès réjouissaient jusqu'à ses concurrents. Et voilà que, soudain, la maladie le surprend. Vainement, ses amis s'empressent à son chevet. En quelques heures, la mort, plus puissante, nous l'enlève entre les mains des siens. Mort cruelle, mort funeste, mais mort glorieuse. Car,

en Vincent Griffon, il nous faut saluer très bas une nouvelle victime du devoir professionnel. C'est en prodiguant ses soins à l'un de ses clients qu'il a contracté les germes du mal qui devait l'emporter. Son nom est à inscrire au martyrologe médical, déjà si riche, hélas! Après Auvert, Bruandet; après Bruandet, V. Griffon. Leur exemple pourrait décourager les jeunes, si l'on ne savait, dès son entrée dans la carrière, que, pour les adeptes de la noble profession médicale, le sacrifice est une règle, et l'héroïsme, une habitude.

L. BABONNEIX.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale. — (N° 317, 10 sept. 1911.) LEBON et AUBOURG : L'électrisation directe de l'estomac et de l'intestin. — LAQUERRIÈRE : Utilité du traitement électrique dans les inégalités thyroïdiennes ou les syndromes basedowiens frustes. — BROCA : A propos des accidents dus aux rayons X. — MORIN : Réaction précoce après radiothérapie. Le clinoscope.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 8, août 1911.) CHEMIN : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise (traduit du japonais) [extraits]. — AUREGAN : Note sur les essais de désinfection faits à l'hôpital de Lorient avec le volatisateur Guasco.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 sept. 1911.) J. LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 71, 12 sept. 1911.) HIRTZ : Le syndrome angiospasmodique. — (N° 72, 16 sept.) DARRÉ : Traitement de la diphtérie.

Clinique. — (N° 34, 25 août 1911.) ROBIN : Le traitement et le pronostic de la pleurésie aiguë. — DELBET : I. Epididymite tuberculeuse. II. Tuberculose verruqueuse. III. Mycose cervico-thoracique. — LESNÉ et DREYFUS : Anaphylaxie alimentaire chez le nourrisson. — DE GOYON : Sur les mouches piquantes et les épizooties du Bas-Dahomey. — CLAISSE : La dermatite primulaire. — PAUCHET : Matériel de sutures et de ligatures. Les meilleurs modes de préparation du catgut. — DESVIGNES : De la nécessité de l'urétroscopie dans le diagnostic de l'urétrite postérieure chronique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 38, 17 sept. 1911.) E. LEURET et Henri GAUVENET : Etude critique des bases actuelles de nos connaissances sur la pathogénie des ictères (*fin*). — G. MAUPETIT : Quelques cas d'actinomycose.

Echo médical du Nord. — (N° 38, 17 sept. 1911.) RUTTEN : Contribution à l'étude pathogénique du nystagmus des houilleurs. — C. VALLÉE : Sur la marche de l'excrétion de l'acide urique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 38, 17 sept. 1911.) CARLES : A propos de l'action diurétique du vin blanc. — ARDENNE : Des complications de l'adénoïdectomie.

Journal de médecine et de chirurgie pratique. — (10 sept. 1911.) CAMESCASSE : Le choléra nostras (cholérine des adultes). — BABINSKI : Les réflexes chez les hystériques. Diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. Inversion du réflexe du radius. Adiadococinésie.

Journal des praticiens. — (N° 36, 9 sept. 1911.) COUVELAIRE : La thérapeutique intra-utérine de l'infection puerpérale. — GUILLAIN : Pathogénie et traitement de la maladie d'Addison. — Pierre DELBET : Tumeur pédiculée du rectum. — P. LONDE : Les deux grandes causes de mortalité chez les nouveau-nés.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 9 sept. 1911.) D. AUGIER : Un cas d'exstrophie vésicale traité par l'implantation des uretères dans l'intestin.

Lyon médical. — (N° 37, 10 sept. 1911.) BOUCHUT et BOUGET : Le pneumothorax, complication de la thoracentèse.

Montpellier médical. — (N° 35, 27 août 1911.) H. TRUC et Charles FLEIG : Des lésions oculaires expérimentales par poussières de routes goudronnées et non goudronnées.

Paris médical. — (N° 41, 11 sept. 1911.) MOCQUOT : La valeur séméiologique de l'état de la vésicule biliaire dans le diagnostic des ictères chroniques. — P.-E. WEIL : Traitement des hémorragies non dyscrasiques par les injections des sérums sanguins. — LEGROUX : Le tourisme en automobile.

Pédiatrie pratique. — (N° 26, 15 sept. 1911.) Dante PACCHIONI : Sur la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés. — Raoul DUTHOIT : Communication préliminaire sur le traitement sérothérapique de la coqueluche. — D'ASTROS : Maladie bleue (par malformation cardiaque) sans signes d'auscultation.

Presse médicale. — (N° 68, 26 août 1911.) JUVARA : Fracture par arrachement de la tubérosité du calcanéum. — FAURE-BEAULIEU, VILLARET et SOURDEL : Syndrome pluriglandulaire. Etude clinique et anatomique d'un type à prédominance thyroïdienne et pancréatique. — (N° 69, 30 août.) BROCA : Coxalgie hystérique. — (N° 70, 2 sept.) LANDOUZY : Sur l'emploi facultatif de la vaccination antityphique dans l'armée.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1911.) DELORE et ALAMARTINE : La ligature des artères thyroïdiennes principalement dans la maladie de Basedow. — SORREL et VERDUN : Contribution à l'étude des arthrites sporotrichosiques (2 fig.). — BARBET : Le traitement des pseudarthroses en général et en particulier par les greffes (2 fig.).

Revue de médecine. — (N° 7, 10 sept. 1911.) BERNHEIM : De la neurasthénie grippale. — MOUISSET et CHALIER : Cancer primitif et bilatéral des capsules surrénales avec métastases viscérales et craniennes (2 fig.). — PIÉRY et REINY : La phtisiothérapie dans l'antiquité. Orientaux, Grecs, Arabes. — LÉPINE : Hystérie. Insuffisance rénale. Rétention chlorurée.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 35, 2 sept, 1911.) G. BARIL : Etude anatomique sur l'anesthésie régionale du nerf maxillaire supérieur.

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1911.) CLAUDE et Mlle SOYEZ : Sur certaines angiectasies capillaires des centres nerveux. — HORAND : Présence dans le tissu conjonctif de l'iris de cellules spéciales à pigment. Influence des rayons ultraviolets sur le développement du pigment de l'iris.

Semaine gynécologique. — (N° 37, 12 sept. 1911.) PICHEVIN : Traitement des salpingites blennorragiques.

Semaine médicale. — (N° 37, 13 sept. 1911.) BLUM : Les dangers des injections intraveineuses alcalines : effets toxiques du sodium.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1911. — N° 109.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 22 septembre 1911. — Question donnée : « Anatomie du muscle diaphragme. »

MM. Langagne, 13 ; Aureille, 6 ; Prunier, 10 ; Vercier, 7 ; Leblanc, 12 ; Bléteau, 7 ; Fresney, 12 ; Plait, 12 1/2 ; Pineau, 5 ; Schwarzfeld, 11 ; Panas, 9 ; Mlle Raousouk, 8 1/2 ; MM. Oudinot, 6 ; Nast, 12 1/2 ; Raoul, 9 ; Pasquier, 11 1/2 ; Raout, 14 ; Plotkine, 12 ; Mouzon, 14.

Pathologie. — Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Conduite à tenir avant, pendant et après l'anesthésie générale. »

M. Faiveley et Mlle Deuniel, 12 ; MM. Disnoël et Caracache, 10 1/2 ; Chamboissier, 12 1/2 ; Deschamps (Jean), 18 ; Deschamps (Pierre), 15 1/2 ; Chamorro, 9 1/2 ; Favrel, 10 1/2 ; Duclos, 14 1/2 ; Coffin, 12 ; Ernst, 11 ; Crocquefer, 15 1/2 ; Deschildre, 11 1/2 ; Dayras, 16 1/2 ; Davila et Davigo, 9 ; Dartiguenave, 11 1/2 ; Creuzot et Dubs, 9.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 19 septembre 1911 :

Médecins-majors de deuxième classe. — M. Feldmuller passe aux troupes débarquées au Maroc.

Médecins aides-majors de première classe. — M. Yvert passe au 44e d'inf.

— Par décrets en date du 21 septembre 1911, ont été nommés dans la première section du cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Février.

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de première classe Dziewonski, Cahier et Béchard.

— Ecole du service de santé de Bordeaux. — Le ministre de la Guerre ayant demandé de porter de trente à quarante le nombre des élèves à admettre cette année à l'école de Bordeaux pour assurer le recrutement du corps de santé des troupes coloniales, le ministre de la Marine a prononcé l'admission dans cette école des élèves dont les noms suivent :

MM. Le Coz, Chérouvrier, Renaut, Vallée, Le Chuiton, Olive, Laurency, Hauvespre, Guirriec, Romey.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-septième semaine, 825 décès au lieu de 937 pendant la semaine précédente, et au lieu de 776, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 103, comme pendant la semaine précédente (moyenne 42).

La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55 (au lieu de 54 précédemment et au lieu de la moyenne 41).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51 (au lieu de 54 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 32).

La diarrhée infantile a causé 69 décès de 0 à 1 an, au lieu de 104 pendant la semaine précédente (moyenne 58).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 87 décès, au lieu de 82 pendant la semaine précédente, et au lieu de 83, moyenne ordinaire de la saison.

VIe CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE. — Ce Congrès aura lieu à Bruges, le 30 septembre et le 1er octobre 1911.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. *Anatomie* : Professeur Brachet (de Bruxelles). La signification morphologique des grands organes des sens de la tête.

II. *Psychiatrie* : MM. Geerts (de Bruxelles). Les états anxieux.

III. *Psychologie* : MM. Ley et Menzerath (de Bruxelles). L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales.

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet quelconque de neurologie ou de psychiatrie.

Les aliénistes et neurologistes de toutes nationalités sont admis comme membre du Congrès.

Les personnes de toutes nationalités s'intéressant aux

RENSEIGNEMENTS

sciences neurologiques ou psychiatriques peuvent se faire inscrire comme membres adhérents et faire des communications; la seule condition est l'emploi d'une des deux langues en usage en Belgique : le français ou le flamand.

Pour s'inscrire, envoyer son adhésion et un mandat de 10 francs à M. d'Hollander, médecin à l'asile des aliénés de Mons.

IVe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE. — Le comité d'organisation a été avisé que le Congrès de la tuberculose, qui devait se tenir à Rome en septembre 1911, a été reporté au mois d'avril 1912.

Pour éviter la réunion à une même époque de ces deux importants Congrès, il a été décidé, après avis conforme du président du précédent Congrès de physiothérapie et du secrétaire général du comité international permanent, que le IVe Congrès de physiothérapie, qui devait se tenir primitivement à Berlin en avril 1912, aurait lieu seulement à Pâques 1913.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubœuf (de Châtel-Guyon) et Durbesson (d'Avignon).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES (Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne). — SÉRIE A. — *Electrothérapie* (dix leçons, du 9 au 19 octobre inclus). — M. le docteur Albert-Weil, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau.

Radiumthérapie (trois leçons, 20, 21, 23 octobre). — M. le docteur Dominici, ancien interne des hôpitaux.

Photothérapie (une leçon, 24 octobre). — M. le docteur Degrais, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Hydrothérapie (trois leçons, 25, 26, 27 octobre). — M. le docteur Sandoz, directeur de l'Institut Zander.

Radiothérapie (trois leçons, 28, 30, 31 octobre). — M. le docteur Albert-Weil.

SÉRIE B. — *Massage : en général massage des membres et des viscères* (dix leçons, 9 au 19 octobre inclus). — M. le docteur Durey, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Massage de la face (une leçon, 20 octobre). — M. le docteur Raoul Leroy.

Kinésithérapie gynécologique (deux leçons, 21 et 23 octobre). — M. le docteur Wettervald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie.

Gymnastique (deux leçons, 24 et 25 octobre). — M. le docteur Durey.

Rééducation (deux leçons, 26 et 27 octobre). — M. le docteur Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière.

Mécanothérapie (deux leçons, 28 et 30 octobre). — M. le docteur Sandoz.

Méthode de Bier (une leçon, 31 octobre). — M. le docteur Dausset, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Le droit d'inscription à chacune des séries est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une des deux séries ou pour les deux chez MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

M. C. RÉY. Contribution à l'étude des lésions des ovaires dans les tumeurs utérines d'origine fœtale. — M. F. PÉLISSIER. Des myoclonies épileptiques. — M. L. SICARD. Les épidémies de pneumonie. — M. J. DUVAL. Contribution à l'étude de la pneumonie des diabétiques. — M. M. FOUCAULT. Etat actuel de la physiopathologie de la glande hypophysaire. Revue générale et étude critique. — M. F. ADAM. De la novocaïne en applications locales et son emploi en médecine rurale. — P. DUPAS. Le procédé en vanne dans l'opération de l'ectropion. — L. VASSAL. A propos d'un cas de rupture de la rate. — L. A. ROUSSELIER. L'hématémèse au cours des crises gastriques du tabes. — J. DEVAUX. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiforme seul et des appendicites herniaires. — L. ARNAUD. Contribution à l'étude de la torsion des pédicules des kystes de l'ovaire. Pathogénie et diagnostic. — E. ETIENNE. Les diverticules de la vessie. (Etude anatomo-clinique.) — J. CHAMPOMIER. Sur un cas de communication broncho-biliaire d'origine hydatique. — C. TAICHÈRE. Des calculs de l'urètre prostatique. — L. CLÉMENT. Les plaies du poumon par armes à feu. — P. LAFON. Indications et résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. — G. DURVILLE. Etude étiologique de l'hypnose. — M. LUMBROSO. Prostatectomie et vésiculectomie par voie coccy-périnéale. — Kassia BASS. Diagnostic de la tuberculose par la méthode de déviation du complément. Méthode de Marmorek. — G. TUFFÉRY. De la rachinovocaïnisation lombaire d'après 250 observations. — LE FORESTIER. Le traitement opératoire des fractures simples d'après la pratique d'Arbuthnot Lane. — E. DEVAUX. Valeur pratique de l'écriture droite et de l'écriture penchée dans les écoles primaires. — Y. COCAIGN. De l'ulcère de l'estomac chez le vieillard. — E. BOUSQUET. Contribution à l'étude de l'électrothérapie des sciatiques. — E. CAVARD. La pronation douloureuse des enfants. — N. BONNEFOY. Le procédé en vanne dans l'opération de l'entropion. — J. LIVINEC. Les infections à tétragènes. — H. TUDEZ. L'opothérapie hépatique; ses indications dans la cirrhose atrophique. — L. DUHIL. Des paralysies des muscles de l'œil par arrachement. — G. GUIBERT. Des résultats immédiats et éloignés de la saphénectomie totale pour varices et ulcères variqueux. — J. GIGNOUX. Contribution à l'étude du sarcome des gaines tendineuses. — R. GAYRAUD. Le cancer dans les vingt premières années de la vie. — L. CONDROYER. Nouveau procédé d'immobilisation par les toiles plastiques. — R. DEFFUANT. Le baume du Pérou ; ses applications en chirurgie courante et notamment dans les pansements des eschares, fistules anales et abcès de l'espace ischio-rectal. — M. MALJEAN. Des hémorragies méningées à forme cérébro-spinale simulant les méningites. — J. MANIFICAT. Du rétrécissement de l'urètre chez la femme. — P. DÉHILLOTTE. Contribution à l'étude du rein mobile chez l'enfant. Ses rapports avec l'albuminurie orthostatique. — A. GUITARD. Les hématosalpinx par pachysalpingite hémorragique. — M. GAUTHIER. Contribution à l'étude des tumeurs mixtes du col de l'utérus. — G. ESPAGNE. Les accidents intrasacculaires des grosses hernies. — C. GALTIER. Contribution à l'étude de la méthode de Beck. Injections bismuthées. — H.-L. AYME. 253 accidents oculaires du travail métallurgique avec considérations statistiques, étiologiques et prophylactiques. — G. DROMPT. De la sérothérapie dans l'épilepsie. Revue critique générale. — J. TURC. Des abcès de fixation dans le traitement de la pneumonie. — V. LUNEAU. Hernies diaphragmatiques congénitales. — G. JEANNEAU. Hémiplégies post-diphtériques. — J. TOUZERY. Des crises hypothermiques au cours de la fièvre typhoïde. — J. COT. Des angiomes profonds communiquant avec la jugulaire interne. — E. LAUX. Contribution à l'étude du cancer du pénis. Son traitement, ses résultats. — C. SÉNEZ. De la métaplasie conjonctive des fibres musculaires lisses étudiées dans le fibromyome utérin. — M. MEYNADIER. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du bassinet et de l'uretère. — J. PICHEIRE. A propos de deux observations de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante. — M. PAGÈS. Le paraganglion carotidien et ses tumeurs. — R. LECORVAISIER. Les parotidites dans les maladies nerveuses. — R. PUECH. Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la tuberculose rénale. — J. REYNAL. L'hypoalimentation chez le nourrisson. — G. JEHANIN. Difficulté du diagnostic du cancer primitif de la vésicule biliaire. — C. FRUCTUS. Contribution à l'étude des salpingites chez les vierges.

DU TRAITEMENT DES DACRYOCYSTITES

Par M. A. DEJOUANY,
Médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis.

Les affections des voies lacrymales ne sont pas seulement fréquentes dans la pratique civile; nous avons souvent à les traiter dans notre milieu militaire. Il nous faut donc les bien connaître pour les bien soigner; nous apprendrons ainsi quels bénéfices tireraient souvent nos « soldats pleureurs » d'une thérapeutique chirurgicale active, pour le plus grand profit de notre recrutement.

Laissant volontairement de côté doctrines et théories, anatomie pathologique et bibliographie, je désire seulement exposer aussi simplement que possible la pratique que j'ai vu suivre ces dernières années à Paris, et principalement à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, dans le service d'un de ses médecins traitants les plus distingués, M. le docteur Kalt.

Tous ceux qui ont parcouru, chez les différents auteurs, le chapitre des affections lacrymales, ont été frappés de la terminologie nombreuse et variée qu'on y trouve : atrésie des voies lacrymales, ectasie sacculaire, dacryocystite aiguë, catarrhale, muqueuse, muco-purulente, blennorrhée du sac, dacryocysto-blennorrhée, mucocèle, péricystite, dacryocystite chronique, phlegmoneuse, fistuleuse, fongueuse, etc.

Sans doute, certaines de ces dénominations répondent à des formes anatomo-pathologiques distinctes et leur description est utile et nécessaire dans un livre d'instruction complet, mais cette volumineuse nomenclature entraîne dans l'esprit de la plupart des lecteurs une confusion extrême. Or, le schéma, pour ainsi dire, des affections des voies lacrymales d'excrétion est simple, si, faisant abstraction des mots, on veut jeter un coup d'œil d'ensemble sur leur évolution clinique. Larmoiement par oblitération plus ou moins complet des voies lacrymales, stagnation des larmes, inflammation catarrhale de la muqueuse du sac, propagation de l'inflammation aux organes voisins par voie muqueuse ou par voie sous-muqueuse avec les complications que ces suppurations comportent : telles sont les différentes étapes, correspondant à des maladies nominativement distinctes, que parcourt le plus souvent un même processus.

Si le malade se présente à nous avec des aspects aussi variables, c'est que l'affection est ancienne ou récente, qu'elle s'est ou non compliquée, qu'elle a été bien ou mal soignée. C'est là une synthèse toute clinique; je vous propose de l'adopter en nous occupant du traitement des *dacryocystites* tout court.

Cependant, pour la clarté de l'exposition, nous diviserons cette étude en deux parties d'inégale importance : nous traiterons d'abord du traitement de la *dacryocystite catarrhale ou blennorrhée du sac* dans ses différentes modalités; en second lieu nous verrons de quelle thérapeutique est justiciable la *dacryocystite phlegmoneuse* qui, le plus souvent, n'est qu'une complication de la première.

1° TRAITEMENT DE LA DACRYOCYSTITE CATARRHALE OU BLENNORRHÉE DU SAC. — C'est surtout pour un larmoiement persistant et rebelle que le malade vient vous consulter; c'est là le symptôme dominant, le seul au début; c'est celui qui attire l'attention du patient parce qu'il est fort gênant et qu'il s'exagère notablement à la moindre sortie au dehors, à l'air froid, au vent, par les temps humides. Cet épiphora peut être consécutif à une hypersécrétion physiologique ou pathologique de la glande lacrymale, mais c'est rare; neuf fois sur dix, il tient, sans préjuger de sa cause, à une oblitération plus ou moins complète des voies d'excrétion. Il peut n'être que le seul signe observé quand l'oblitération ou le rétrécissement siègent au niveau des points ou des canalicules lacrymaux; le plus souvent, le point rétréci intéresse le point de jonction des canalicules avec le sac lacrymal et très rarement le canal nasal. Ce rétrécissement est dû à un obstacle mécanique ou à un épaississement d'une muqueuse déjà enflammée : s'il est relatif, tout en gênant l'évacuation des larmes, il ne compromet pas complètement la perméabilité des voies lacrymales; s'il est absolu, il arrête alors tout déversement des larmes dans la narine correspondante. Et dans ce cas, si on exerce une pression dans l'angle interne de l'œil, on parvient à faire sourdre par les points lacrymaux un peu de mucus blanchâtre, les téguments ne sont pas encore modifiés ni tuméfiés. C'est une dacryocystite au début; si l'on n'y prend garde, l'état va s'aggraver et la situation du malade s'éterniser; le mucus devient franchement purulent, la *blennorrhée du sac* est constituée, entraînant, si on la traite mal, une longue période de suppuration et le cortège habituel de ses nombreuses complications.

Que doit-on faire à ces malades? On ne doit pas négliger le traitement médical. La muqueuse pituitaire se continue avec celle du canal lacrymo-nasal. Il en résulte que l'inflammation de la muqueuse nasale (coryza aigu ou chronique, affections tuberculeuses ou syphilitiques du nez, ulcères, etc.) se trouvant le plus souvent à l'origine des dacryocystites, il faudra combattre l'affection du nez, si elle existe encore. On devra, de plus, recommander au malade de presser fortement sur son sac plusieurs fois par jour pour en exprimer le pus. Par cette pratique, on évitera la stagnation des larmes et l'infection qui la suit, on empêchera que la distension prolongée du sac n'entraîne son atonie.

Mais le traitement principal des dacryocystites doit répondre aux deux indications suivantes :

1° *Rétablir la perméabilité des voies lacrymales;*
2° *Modifier et traiter la muqueuse malade.*

Les deux méthodes doivent marcher de pair. Elles comprennent essentiellement quatre opérations : 1° la dilatation des points et canalicules lacrymaux; 2° leur incision; 3° le cathétérisme dilatateur des

voies lacrymales; 4° le lavage du sac; auxquelles il faut ajouter l'extirpation.

a. *Dilatation.* — La dilatation des points et des canalicules est le premier temps de tout traitement; il se pratique avec une petite sonde conique métallique pleine, appelée *dilatateur*. On se rappellera alors que les points lacrymaux se trouvent sur la ligne des orifices meibomiens à un millimètre en dedans de la ligne des cils et que les canalicules qui leur font suite sont en forme *de pipe*, composés d'une partie verticale courte (culot) et d'une partie horizontale (tuyau) aboutissant au sac lacrymal par un conduit commun.

Lorsqu'on veut introduire le dilatateur, il faut d'abord éverser un peu la paupière inférieure pour faire saillir le point lacrymal inférieur. On choisit généralement, sauf indications contraires, le point et le canalicule inférieurs qui sont plus accessibles que le point et le canalicule supérieurs. Ayant donc éversé le point lacrymal, on tire la paupière inférieure en dehors au niveau de la commissure externe; de cette façon, on tend et on immobilise le point lacrymal inférieur qui a une grande tendance, surtout s'il est rétréci, à fuir devant l'instrument. Bien faire pénétrer d'abord la pointe du dilatateur verticalement en faisant tourner la grosse extrémité de la sonde entre le pouce et l'index droit, ce qui imprime à la pointe un mouvement de vrille très pénétrant. Le dilatateur est dans le canalicule, la main droite lui fait parcourir alors un arc de cercle de 90 degrés et, de vertical, il devient horizontal. Sous l'influence des mouvements de vrille, il pénètre plus ou moins facilement jusqu'au sac. Il faut éviter de faire une fausse route; on sera assuré que le dilatateur est bien dans le canalicule quand on pourra charger sur lui une grande épaisseur de *muqueuse blanche* et que la sonde ne sera pas vue par transparence. Le dilatateur sera poussé profondément mais prudemment dans le sac jusqu'à ce que sa pointe ait atteint ou légèrement franchi le rétrécissement qui, le plus souvent, comme je l'ai déjà dit, se trouve à la jonction des canalicules et du sac lacrymal.

Cette dilatation du rétrécissement pourra être obtenue et achevée en passant après le dilatateur une sonde à bout olivaire n° 1 ou n° 2 à laquelle succédera un n° 3. On aura la confirmation que la sonde est bien dans le sac lorsqu'en tirant sur la commissure externe le dilatateur ne suit pas les mouvements de la paupière inférieure. On la laisse quelques minutes en place et on la retire; l'introduction est en général aisée.

b. *Incision.* — Quelques oculistes considèrent encore aujourd'hui que l'incision des points ou des canalicules lacrymaux n'est pas un temps préparatoire nécessaire au cathétérisme et au lavage du conduit lacrymo-nasal. M. le docteur Kalt la recommande toujours aux Quinze-Vingts et nous conseillons d'imiter sa pratique. « C'est un des mérites de Bowman, dit Fuchs, d'avoir démontré que l'incision des conduits lacrymaux n'entrave en rien leurs fonctions. » Elle consiste à fendre le canalicule inférieur, préalablement dilaté comme nous l'avons dit plus haut, et à créer ainsi une gouttière largement ouverte qui donne aux larmes et aux instruments une voie d'accès facile sur le sac lacrymal. L'opération est simple : elle se pratique avec le couteau boutonné de Weber. Après avoir instillé dans le sac quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 5/100, on introduit l'instrument dans le canalicule inférieur jusqu'à ce que son extrémité mousse heurte la paroi interne du sac (sensation osseuse de l'unguis). Le tranchant doit être dirigé *en arrière et en dedans* vers la conjonctive; on relève alors le manche de l'instrument et on coupe tout le canalicule, au moins dans ses deux tiers externes. Quelques auteurs (Terrien) préfèrent n'inciser le point lacrymal que sur 1 ou 2 millimètres; la brèche ainsi faite nous paraît insuffisante; mieux vaut, semble-t-il, ouvrir plus largement le point et le canalicule lui-même sur une longueur de 3 millimètres environ. L'hémorragie est du reste insignifiante.

La dilatation et l'incision des canalicules peuvent être pratiquées dans une même séance; il sera quelquefois plus sage de remettre à une seconde séance, le lendemain ou le surlendemain, la suite du traitement (cathétérisme et lavage).

c. *Cathétérisme des voies lacrymales.* — Cette opération exige une main délicate et exercée; aussi n'est-il pas superflu d'en préciser tous les détails d'exécution. Il se pratique avec les sondes métalliques doubles de Bowman numérotées de 1 à 6, et mieux avec les stylets à bout olivaire de Galezowski. Ces sondes sont droites, mais dans les cliniques on leur donne généralement une certaine courbure qui facilite leur introduction. Certains préfèrent commencer par les petits numéros, de 1 à 2; cependant les sondes fines sont plus sujettes à créer des fausses routes, le grand écueil du cathétérisme. A moins d'obligation absolue ou de cas particulier, il vaut mieux se servir d'une sonde n° 3 qui n'est pas dangereuse à condition qu'on se montre à la fois *prudent et patient*.

Chez les sujets pusillanimes, avant d'entreprendre le cathétérisme, il est de bonne pratique d'instiller dans le sac quelques gouttes de cocaïne à 1/20. L'opérateur tire alors de sa main gauche la paupière inférieure en bas et en dehors au niveau de la commissure externe, de façon à la tendre, comme nous l'avons déjà fait, en dilatant le canalicule. Pour empêcher la paupière d'échapper à la traction qu'on lui impose, il suffit d'interposer un carré de toile entre le doigt et les téguments de la face du malade. Ceci fait, la main droite s'arme de la sonde choisie dûment stérilisée et vaselinée et l'introduit horizontalement dans le canalicule inférieur incisé; la sonde est ainsi poussée lentement avec précaution par de petits mouvements de vrille dans la direction du canalicule *de dehors en dedans et légèrement de bas en haut* jusqu'à ce que le doigt perçoive la sensation résistante de l'unguis. A ce moment, mais à ce moment-là seulement, on passe au second temps. Il est très important de ne commencer le second temps que

lorsque le premier a été *poussé à fond*, c'est-à-dire lorsque le bec de la sonde a heurté la paroi osseuse interne du sac; on s'en assure en relevant un peu la sonde qui n'entraîne plus avec elle la *paupière plissée*. Le second temps consiste à relever la sonde de l'horizontale à la verticale lui faisant parcourir un angle de 90 degrés. Le bec de l'instrument est dirigé alors suivant la direction du canal lacrymo-nasal, c'est-à-dire *de haut en bas de dedans en dehors et d'avant en arrière* suivant une double obliquité transversale et antéropostérieure. Pratiquement, il faut viser le sillon qui sépare la joue de l'aile du nez. Ce sillon indique la direction de l'embouchure inférieure du canal et correspond à l'intervalle de la première et de la deuxième molaires supérieures. La sonde, mise dans une bonne direction, est poussée prudemment et lentement; elle rencontre généralement un ou plusieurs points rétrécis; les plus fréquents siègent soit à la limite du sac avec le canal nasal, soit à l'extrémité de ce canal; les replis de la muqueuse forment aussi des culs-de-sac dangereux.

Il faut aller très doucement et surtout ne pas insister si le passage de la sonde est difficile; on créerait de fausses routes, origine de futurs rétrécissements. Il faut savoir attendre et remettre au lendemain l'opération; par des tâtonnements successifs, avec des sondes plus fines ou plus grosses, on cherchera à passer. Lorsqu'on aura réussi à franchir les rétrécissements, la sonde sera poussée à fond jusque sur le plancher de la fosse nasale; à ce moment, la plaque de la sonde correspond à l'extrémité interne du sourcil. Une fois introduite, la sonde est laissée en place de dix minutes à un quart d'heure, puis elle est retirée lentement sans brusquerie pour ne provoquer ni éraillure ni hémorragie de la muqueuse; dans le même but, il sera prudent de recommander aux malades de ne pas se moucher aussitôt après le cathétérisme.

Les séances suivantes ont lieu tous les deux jours, sauf indications contraires, jusqu'à ce que le n° 5 de Bowman passe facilement. Le malade devra reprendre de temps en temps ses séances de dilatation, sous peine de perdre le bénéfice du traitement. Nous avons supposé le cathétérisme pratiqué par le canalicule inférieur; c'est la règle. Cependant il peut l'être par le canalicule supérieur et l'opération en est même facilitée, mais le canalicule et le point supérieurs ne sont pas toujours aussi commodément accessibles aux grosses sondes. Ajoutons que le cathétérisme à droite est moins aisé qu'à gauche.

d. *Lavage du sac.* — M. Kalt insiste beaucoup sur les dangers véritables que cette petite intervention, en apparence inoffensive, peut faire courir aux malades, si elle est pratiquée avant le cathétérisme des voies lacrymales : cathétérisme d'abord, lavage ensuite : telle est sa formule. Le lavage du sac a pour but de déterger sa muqueuse des sécrétions qui l'encombrent et de la modifier ensuite par des injections médicamenteuses ; il demande à être conduit avec prudence. Les fausses routes ne sont pas rares et le liquide passe dans le tissu cellulaire sous-muqueux provoquant un œdème inflammatoire très douloureux qui généralement cède rapidement. Encore vaut-il mieux les éviter. On se sert pour ces injections de la seringue d'Anel bien connue, munie d'une canule mince et droite. Les solutions varient avec le but qu'on se propose : détersion ou cautérisation. Les plus employés sont le sublimé à 1/4000, l'argyrol et le collargol à 5 ou 15 p. 100, le sulfate de zinc à 1/300, l'azotate d'argent à 1/300 ou à 1/200. Si le degré de concentration est élevé (azotate d'argent à 1/100, protargol à 1/80) il est prudent de se servir de sondes creuses de de Wecker et plus sage encore de s'abstenir de toute cautérisation intempestive. Les séances seront espacées surtout si elles provoquaient une vive irritation : elles pourront être précédées d'une instillation de quelques gouttes de cocaïne à 1/100.

Dilatation, incision, cathétérisme et lavages ; ces quatre termes résument presque tout le traitement des dacryocystites. On sait combien cette affection est chronique et rebelle ; la lenteur de sa marche et sa durée indéfinie sont aussi pénibles pour le malade que décourageantes pour le praticien. Aussi l'application de cette méthode qui suppose un traitement de longue durée a engagé certains auteurs à conseiller des moyens plus rapides pour supprimer le rétrécissement, puisque le rétrécissement est l'origine de tout le mal.

Dans cet ordre d'idées, Weber avait fait construire de grosses sondes destinées à dilater promptement le canal lacrymo-nasal, mais son procédé est brutal et peu employé. Stilling recommandait comme une excellente intervention la *stricturotomie* du canal; à l'aide d'un couteau spécial, celui de Stilling, on pénètre dans le sac par le canalicule supérieur fendu, on sectionne tout ce qui résiste et on cathétérise ensuite avec la sonde n° 5 ou n° 6 de Bowman. Cette opération de Stilling, appréciée encore de certains ophtalmologistes, est aveugle et dangereuse, elle est en tous cas inférieure à l'*électrolyse* du canal dont les indications cependant sont déjà bien réduites. L'électrolyse se pratique avec les sondes spéciales de Lagrange ; la durée d'application pour chaque séance est de cinq minutes environ, sous un courant de 0 à 5 milliampères : les résultats immédiats paraissent satisfaisants, si l'on s'en rapporte aux expériences heureuses faites à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Il semble que les résultats définitifs soient moins encourageants et que l'épiphora persiste le plus souvent, malgré la perméabilité du canal : ce larmoiement tient très probablement à une atonie du sac.

Je passe sous silence les méthodes qui consistent à laisser des sondes à demeure, à pratiquer le cathétérisme rétrograde, ou à créer aux larmes une voie artificielle : elles sont inusitées.

En résumé, le cathétérisme lent, progressif de Bowman est le seul à conseiller ; universellement employé c'est encore lui qui donne entre des mains expertes les résultats les meilleurs et les plus

durables. Malheureusement, la durée et l'efficacité du traitement, dans les cas de dacryocystites chroniques sont surtout subordonnées aux causes du rétrécissement. Quand il s'agit de rétrécissement inflammatoire, le pronostic est plus favorable et cependant, même dans les cas les plus heureux, le traitement dure de quatre à six semaines à plusieurs mois. Il devra être prolongé plus longtemps encore quand le rétrécissement est cicatriciel.

Malgré l'habileté du chirurgien, malgré la patience courageuse du malade, il arrive que la blennorrhée du sac reste rebelle à tous les modes de traitement que nous venons de passer en revue. Le praticien ne songera plus alors à rétablir la perméabilité des voies lacrymales mais à les oblitérer définitivement par l'extirpation du sac.

e. *Extirpation du sac.* — Comme je le rappelais à la Société de médecine militaire en 1910 (1), cette excellente intervention, conseillée autrefois par Platner, fut surtout pratiquée en Allemagne. Mais elle a depuis acquis droit de cité en France [professeur Rollet (2), de Lyon], et elle est de pratique courante à la clinique des Quinze-Vingts, principalement dans le service de M. Kalt. Elle peut être partielle ou totale; mais si l'on veut éviter les longues suppurations et les fistules consécutives, on se trouvera bien de faire une opération complète et extirper le sac en totalité. Elle se pratique sous le chloroforme, mais je l'ai vue menée à bien très souvent avec une bonne anesthésie à la cocaïne à 1/100, à la stovaïne ou à la novocaïne. Si l'on se sert de cocaïne, il est bon pour augmenter son action, d'ajouter à la solution quelques gouttes d'adrénaline à 1/1000, une goutte par exemple par centimètre cube. Je rappellerai que l'on peut essayer, si l'on y est préparé, l'anesthésie régionale telle que l'a décrite M. Chevrier.

L'anesthésie obtenue, et l'œil recouvert de gaze stérilisée, on cherche ses points de repère : *ligament palpébral interne* qu'on fait saillir en tirant en dehors de la commissure externe, *crête de la gouttière lacrymale*, *rebord orbitaire inférieur*. On se rappellera que le sac lacrymal, qui a une hauteur de 12 à 14 millimètres, est placé immédiatement en arrière du ligament palpébral interne qui le bride en avant; il est logé très profondément dans la gouttière lacrymale formée de l'unguis et de la branche montante du maxillaire supérieur; son fond dépasse très légèrement le bord supérieur du ligament palpébral interne et se trouve situé à 15 millimètres au-dessous du point d'insertion de la poulie du grand oblique.

Avant de prendre le bistouri, plusieurs chirurgiens recommandent d'injecter dans le sac de la paraffine ou du blanc de baleine stérilisée, de façon à la tendre et à en faciliter la dissection. Cette pratique n'est pas indispensable au succès de l'intervention et en complique uu peu la technique. La section des téguments commence à un ou deux millimètres au-dessus du bord supérieur du ligament palpébral interne, préalablement tendu par le procédé déjà indiqué et à 4 millimètres au dedans de la commissure interne ; puis l'incision descend verticalement pour s'infléchir et s'incurver sur le rebord orbitaire inférieur perceptible. Une incision cutanée de deux centimètres est généralement suffisante ; elle est suivie de la section du tissu cellulaire et du ligament palpébral interne. Les lèvres de la plaie sont largement écartées avec les écarteurs à griffe d'Axenfeld. Le sac est pincé au niveau de la caroncule puis disséqué de haut en bas avec le dos du bistouri ou la pointe des ciseaux fermés ; il faut aller très profondément et le décortiquer pour ainsi dire en rasant avec soin les parois osseuses. Dans le fond d'une plaie bien tamponnée, le sac se reconnaît à sa couleur jaune grisâtre, *teinte vessie.* Il y a toujours beaucoup de sang et cette hémorragie sans gravité, qui s'arrête comme par enchantement après l'ablation du sac, gêne considérablement le chirurgien. Un aide actif, tamponnant bien et profondément, est des plus précieux. L'extirpation est terminée : règle générale, on suturera au catgut ou avec des crins de Florence en vue d'une cicatrisation « per primam ». Si dans certains cas, une cautérisation au thermo-cautère a été nécessaire, on fermera incomplètement et on drainera la plaie. Un pansement compressif complétera l'opération.

Les *suites opératoires* sont le plus souvent immédiatement satisfaisantes et la réunion par première intention est fréquente, les fils enlevés le troisième jour. Cependant l'opération peut n'avoir pas été complète, des débris du sac, quelque nid infecté peuvent avoir subsisté et donner par la suite une suppuration qu'il faudra curetter et cautériser au thermo.

Au point de vue fonctionnel, les voies d'excrétion sont oblitérées c'est-à-dire que l'épiphora subsiste définitif : le plus souvent, il n'est pas gênant et les patients s'en plaignent à peine. On ne sera pas surpris de ce résultat si l'on veut bien se rappeler que la sécrétion lacrymale quotidienne est peu abondante : V à VI gouttes par jour. Si deux ou trois mois après l'opération le larmoiement persiste rebelle et gênant, il faut pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale. Je n'insisterai pas sur cette opération, m'étant limité au traitement des voies d'excrétion : je dirai seulement que la suppression de la glande n'entraîne pas, contrairement à ce qu'on pourrait croire, un arrêt complet de sécrétion des larmes capable d'entraîner un dessèchement de l'œil. Les glandes accessoires de Krause et les glandes muqueuses suffisent à lubréfier conjonctive et cornée.

Les *indications de l'opération* sont multiples ; l'extirpation du sac sera indiqué : 1° lorsqu'une dacryocystite, devenue chronique, avec grosse tumeur lacrymale, n'a pas bénéficié du traitement habituel longtemps prolongé et que sa chronicité même devient un danger pour la cornée et une menace de constantes complications phlegmoneuses ; 2° lorsque les os sont atteints à la suite de tuberculose, syphilis ou ostéite ancienne ; 3° lorsque l'atonie après hydropisie du sac, même avec des voies perméables, rend

(1) Cf. *Bull. de la Soc. de méd. milit.*, t. IV, 1910. — Discussion : MM. J. Revel, Delorme, Dejouany.

(2) Cf. Rollet. Cure radicale des dacryocystites par l'extirpation du sac, *Revue gén. d'ophtalmol.*, janv. 1903.

impossible le libre écoulement des larmes par les voies naturelles; 4° lorsque chez un malade âgé atteint de blennorrhée du sac, on désire pratiquer une iridectomie ou l'opération de la cataracte; 5° enfin, quand pour des raisons sociales, chez des ouvriers par exemple, le long et coûteux traitement classique est impossible.

Tels sont les différents traitements appliqués journellement dans les cliniques de Paris et aux Quinze-Vingts en particulier, aux cas si fréquents de cette affection essentiellement chronique qu'est la dacryocystite catarrhale ou blennorrhée du sac. Il conviendrait de parler maintenant de ses complications : ulcères de la cornée, eczéma des paupières, etc. Je ne veux dire ici que quelques mots de celle dont j'ai déjà au début prononcé le nom et qui est la plus fréquente et la plus grave de toutes, la dacryocystite phlegmoneuse : elle est moins, en effet, une forme de dacryocystite différente de la dacryocystite catarrhale, qu'une complication de cette affection.

2° Traitement de la dacryocystite phlegmoneuse. — Un malade, atteint depuis longtemps de dacryocystite catarrhale, vient vous consulter pour ce qu'il appelle un « érysipèle de la face »; la région du sac est rouge et tuméfiée, quelquefois la tuméfaction phlegmoneuse s'étend ainsi que la rougeur jusque vers la racine et l'aile du nez; les paupières sont fortement gonflées, la conjonctivite peut être soulevée par un abondant chémosis, provoquant de violentes douleurs. Si l'on n'intervient pas énergiquement, la peau s'abcède, la suppuration s'établit, puis se tarit peu à peu, au fur et à mesure que les phénomènes généraux disparaissent; une fistule ou des fistules s'établissent avec leur cortège de caries et de nécroses. Telle est l'évolution de cette affection qui n'est en somme qu'un vaste phlegmon du tissu conjonctif périsacculaire.

Que faut-il faire ? Si la dacryocystite phlegmoneuse est au début, on doit éviter à tout prix la formation de l'abcès. Certains recommandent de dilater, d'inciser les canalicules, si cette opération n'a pas encore été faite, et de nettoyer avec soin le sac par des lavages répétés, suivant la technique que nous avons donnée. De Wecker conseille d'avoir recours à la *section du ligament palpébral interne*. Pour cela, on fait pénétrer, horizontalement par le canalicule supérieur dilaté, le couteau boutonné de Weber qu'on pousse dans le sac jusqu'à ce que son extrémité mousse vienne heurter la paroi interne osseuse du sac, on redresse alors l'instrument et on l'introduit dans le canal comme une sonde de Bowman, de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière. Le tranchant du couteau est dirigé en avant, s'appuyant ainsi sur le ligament palpébral interne préalablement tendu (nous avons appris à le tendre). Un mouvement de bascule en avant suffit à sectionner le ligament. Cette petite intervention donne, sur le sac, une large voie d'accès et permet d'atteindre commodément la muqueuse par des injections modificatrices.

M. Kalt adopte une conduite différente : si le malade se présente à lui avant le quatrième jour, il applique aussitôt le traitement résolutif, lequel — l'expérience clinique le prouve — réussit dans 50 p. 100 des cas à arrêter les phénomènes inflammatoires. Ce traitement consiste simplement en pansements humides permanents, et mieux encore en application de cataplasmes répétés de fécule sur la région du sac. Il évite le cathétérisme et les lavages, dangereux à son sens. Si ces moyens demeurent encore inefficaces, si l'abcès, qu'on n'a pu tarir par les voies naturelles, s'ouvre à la peau, ce qui est la règle après le quatrième jour, dès lors il faut ouvrir le sac et favoriser ce qu'on n'a pu empêcher.

Cette *incision du sac* est simple; l'incision cutanée peut être celle que nous avons décrite comme premier temps de l'extirpation du sac; nous l'avons conseillée curviligne : ici Arlt et J.-L. Petit préfèrent l'incision droite; ils commencent sous le ligament palpébral interne (s'il n'a pas été sectionné déjà) placent leur bistouri dans le plan de la bissectrice de l'angle formé par le dos du nez et le rebord supérieur de l'orbite et font pénétrer profondément et perpendiculairement leur bistouri. La pointe de l'instrument doit prendre le contact de l'unguis; à ce moment, on relève un peu le manche et on descend l'incision de façon à ouvrir toute la face antérieure du sac. Suivant les cas, la plaie cutanée peut être prolongée en haut et en bas. Drainage. Pansement sec compressif.

Si les phénomènes généraux et locaux rétrocèdent rapidement, on peut espérer une guérison, mais celle-ci ne sera complète que si le rétrécissement du canal nasal disparaît par l'incision ou la dilatation; le cathétérisme devient ainsi le complément nécessaire de l'acte chirurgical. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi; le mauvais état local s'éternise, des fistules multiples entretiennent de longues suppurations et des altérations osseuses des parois du canal nasal constituent une grave et dernière complication. Le curettage des trajets, leur cautérisation large au thermo-cautère, enfin l'extirpation du sac restent les seules ressources du chirurgien.

M. le professeur Rollet (1) a fait récemment des *dacryocystites tuberculeuses* une magistrale étude qui est à lire tout entière dans le texte. Je rappellerai seulement ici que le traitement conseillé par le maître lyonnais consiste principalement à pratiquer au début des lavages et des cathétérismes et à la période d'état l'extirpation du sac *à la rugine;* les récidives sont malheureusement fréquentes.

Avant de terminer, je voudrais dire un mot d'une forme assez rare de dacryocystite qu'on observe chez les nouveau-nés, la *dacryocystite congénitale*; elle se présente à la naissance sous forme de blennorrhée du sac, inflammation qui se développe lentement si l'enfant grandit sans être traité; le sac se tuméfie de plus en plus et l'affection devient des plus rebelles quand l'enfant a gagné cinq ou six ans. Il faut commencer le traitement dès les premiers jours de la naissance par l'expression fréquente du sac et par le cathétérisme (sondes nos 1 à 2). Entre-

(1) Rollet. Rapport à la Société française d'ophtalmologie, Congrès de mai 1911.

prise à temps, la maladie guérit assez facilement en deux ou trois semaines, au plus en trois mois; mais elle peut passer à l'état chronique; se compliquer de fistule et nécessiter l'extirpation du sac.

Cette étude des dacryocystites n'a pas seulement un intérêt thérapeutique mais encore une importance spéciale d'ordre purement militaire. Sans parler des jeunes gens éliminés par les conseils de revision, qu'il serait intéressant de dénombrer, la statistique médicale de l'armée nous apprend que, pendant les trois dernières années 1905, 1906 et 1907, 53 soldats ont été réformés pour des affections plus ou moins chroniques des voies lacrymales; 39 d'entre eux avaient moins d'un an de service. La sèche énumération statistique ne permet certes pas de préjuger de la gravité des lésions qui ont motivé ces réformes. On est cependant autorisé à penser que beaucoup de ces jeunes gens étaient arrivés au corps déjà porteurs de dacryocystites non ou mal soignées; n'est-il pas permis d'espérer voir rendre un jour à l'armée la plupart de ces infirmes, grâce à un traitement chirurgical rationnel.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le diagnostic et le traitement de la goutte. (J. J. Schmidt. *Münch. med. Woch.*, 15 août 1911, n° 33, p. 1764.) — Les recherches de Brugsch et Schettenhelm ont montré que la goutte doit être envisagée comme un trouble des ferments oxydants qui président au métabolisme des purines : la nucléase, la purine des amidases, la xanthinoxydase et le ferment uricolytique. Dans la goutte l'acide urique est insuffisamment détruit, insuffisamment éliminé et formé aussi en quantité insuffisante.

Il en résulte, comme l'avait bien vu Garrod, une uricémie, qui est, ainsi que cela est actuellement confirmé, un des caractères les plus importants de la goutte, et que l'on peut utiliser pour le diagnostic de la maladie.

Un deuxième procédé de diagnostic est fourni par le dosage de l'acide urique dans les urines. On sait que lorsqu'on soumet des sujets à une alimentation totalement dépourvue de purines, ils n'excrètent plus que de *l'acide urique endogène* : or la quantité quotidienne d'acide urique endogène excrétée, éminemment variable suivant les individus est remarquablement fixe pour chaque sujet en particulier. Or tandis qu'elle oscille chez les normaux entre 0g40 à 0g60 par vingt-quatre heures, elle n'atteint jamais 0g40 par jour chez les goutteux. De plus si on donne à un sujet ainsi maintenu à un régime dépourvu de purine une substance riche en nucléines, comme du riz de veau, on voit pendant vingt-quatre heures la quantité d'acide urique excrétée s'élever considérablement chez les normaux; chez les goutteux au contraire cette élimination demande trois à cinq jours et est incomplète.

Parmi les traitements employés nouvellement contre la goutte, il faut citer les inhalations d'émanations de radium surtout employées par His, mais qui d'après Kionka doivent être formellement déconseillées dans les cas de goutte grave ancienne.

Mais toutes les préférences de Schmidt, dans le traitement de la goutte, vont à la méthode préconisée depuis 1904 par Falkenstein, le traitement de la goutte par l'acide chlorhydrique et l'iode.

Falkenstein attribue en effet la goutte à une anomalie de la sécrétion gastrique, trop pauvre en acide chlorhydrique. Mais, si l'anachlorhydrie ou l'hypochlorhydrie sont fréquentes chez les goutteux, comme l'ont montré Magnus-Levy et Grube, il est des goutteux à sécrétion chlorhydrique normale ou même exagérée. Aussi Balkenstein pense-t-il qu'une insuffisance dans les sécrétions hépatique, pancréatique ou même thyroïdienne peuvent engendrer la goutte. Quoi qu'il en soit il prescrit chaque jour aux goutteux L à XC gouttes d'acide chlorhydrique officinal, à prendre indéfiniment. Il a vu, et Schmidt a pu également s'en convaincre, que cette longue continuation du médicament n'entraîne jamais aucun inconvénient pour l'organisme.

La clinique donnerait raison à Falkenstein dans de nombreux cas. De plus les expériences de van Loghem ont montré que l'administration d'acide chlorhydrique par voie gastrique chez les animaux empêche complètement la formation de dépôts uratiques. Au contraire l'administration de bicarbonate de soude favorise la formation de ces dépôts.

Pendant ces dernières années Falkenstein a ajouté à sa médication chlorhydrique la médication iodée : il prescrit l'iode sous forme d'iodglidine.

Schmidt se rallie donc à la médication de Falkenstein dont il a éprouvé les bons effets sur lui-même et chez ses malades. En ce qui concerne la diététique de la goutte, il déconseille les régimes sévères; pour lui une seule chose est importante, la modération dans la quantité d'aliments ingérés. Rien ne sert d'exclure certains mets de la table des goutteux : pourvu qu'ils s'astreignent à manger peu, ils peuvent, sans dommage se permettre une alimentation aussi variée que les individus normaux. Schmidt a même vu certains de ses goutteux commettre des excès de boissons et de nourriture, sans jamais souffrir d'un retour de leurs attaques, depuis qu'ils se soumettent régulièrement et sans arrêt au traitement par l'acide chlorhydrique. Quant aux cures hydrominérales Schmidt les réserve aux goutteux impotents; aux autres il conseille surtout les cures de montagnes avec marches et ascensions.

Naturellement cette thérapeutique ne donnera de résultats que dans les cas de goutte bien réelle : actuellement l'examen du sang et des urines ainsi que la radiographie permettent un diagnostic certain de cette affection et permettent d'en écarter les autres arthropathies justiciables de traitements différents.

A. LEMIERRE.

Un détail de coprologie dans les états infectieux fébriles; la réaction du Biuret. (Triboulet. *Soc. de Pédiatrie*, avril 1911.) — Avec une selle normale, la réaction du Biuret doit être négative. Pour la rechercher on dissout, dans 4 centimètres cubes d'une solution de carbonate de soude à 5 p. 100, 2 centimètres cubes de matières fécales; on filtre; le filtrat est additionné de 2 centimètres cubes de lessive de soude et, sur le mélange, on laisse tomber, à la pipette, 5 à 6 gouttes de solution de sulfate de cuivre à 2 p. 100.

Avec des selles normales, la solution de sulfate de cuivre surnage sous forme d'un disque bleu, réaction négative; si la selle est anormale, il diffuse aussitôt une teinte mauve caractéristique indiquant la présence de caséine (réaction positive). Chez certains sujets dyspeptiques, la réaction du Biuret peut relever de la non assimilation de quelques albumines hétérogènes; lorsqu'il s'agit d'états infectieux cette réaction appartient au catarrhe intestinal. La recherche d'une réaction positive ou négative peut donc être du plus grand intérêt au cours d'une maladie fébrile, fièvre typhoïde par exemple, pour être à même précisément d'apprécier l'état du catarrhe intestinal, et de l'assimilation du lait donné au malade.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Les résultats éloignés de l'énucléation de l'amygdale. (Olive A. Lothrop. *The Boston med. and surg. Journ.*, 3 août 1911, vol. CLXV, n° 5, p. 173.) — L'auteur a recherché les résultats éloignés fournis par l'énucléation de l'amygdale à

l'hôpital des enfants de Boston. Sur plus de 1 700 cas, il n'a pu en retrouver qu'un petit nombre, et il ne faut tenir compte des réponses que de ceux qui sont assez âgés et intelligents. Il ne maintient donc que 61 observations.

Tous les malades ont été opérés par dissection de l'amygdale enlevée avec sa capsule, ils ont quitté l'hôpital le jour même et aucun traitement spécial n'a été suivi.

Sur 61 cas, 15 seulement présentent encore de la gêne respiratoire due à une lésion des fosses nasales; 60 p. 100 ne présentent aucune régénération de l'amygdale, 23 p. 100 un peu de tissu amygdalien d'un côté, 17 p. 100 des deux côtés. Dans ces cas il faut admettre qu'un fragment de capsule contenant un îlot de tissu lymphoïde n'a pas été enlevé. Dix opérés seulement ont présenté de l'angine par la suite, et sept de ceux-ci sont parmi les malades où un fragment d'amygdale a été laissé.

On accuse l'ablation complète de l'amygdale d'entraîner de la sécheresse de la gorge. Lothrop a interrogé avec soin ses malades sur ce point et ne l'a trouvée que dans 6 cas. Pour lui elle est due surtout à la présence de cicatrices des piliers ou de la luette, qu'il faut éviter avec soin de blesser pendant l'opération. Chez ces malades on observe aussi des troubles de la voix, d'ordinaire passagers.

Sur les 1 700 opérations, seulement deux fois on a été obligé de recourir à la suture des pilliers pour hémorragie séreuse, ce qui donne un pourcentage de 0,11. La tonsillectomie faite avec soin n'entraîne pas de danger d'hémorragie sérieuse.

M. LANCE.

THÉRAPEUTIQUE

La teinture d'iode à 2 p. 100 dans les brûlures en général. (*Il Policlinico*. Section pratique, fascicule 34, août 1911.) — Le docteur A. TALASSANO (de Savone), ayant à soigner un marin dont les deux avant-bras avaient été brûlés au second et au troisième degré par un jet de vapeur, eut l'idée de soigner l'un des deux par les moyens ordinaires, et l'autre avec la teinture d'iode faible, à 2 p. 100. L'application de la teinture d'iode provoqua d'abord une sensation de brûlure pendant quelques minutes, puis une impression remarquable de bien-être. Lors du pansement suivant, à l'avant-bras traité par la teinture d'iode les brûlures du second degré étaient en voie de réparation rapide, et au niveau des brûlures du troisième degré le détachement de l'escarre était déjà très avancé et les granulations se développaient de façon remarquable. A l'autre avant-bras, au contraire, il existait une sécrétion puriforme et les phénomènes de réparation étaient beaucoup moins avancés.

Le malade guérit dans d'excellentes conditions, et depuis l'auteur a constamment traité les brûlures par la teinture d'iode à 2 p. 100 avec beaucoup de succès.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

JURISPRUDENCE

LA LOI DU 23 JUILLET 1911 ET LE SERVICE DE SANTÉ

Une loi du 23 juillet 1911 a porté, comme on sait, augmentation du nombre des médecins militaires comme il l'avait été par la loi du 15 avril 1904.

Cette loi, qui répond à de nombreux desiderata du corps du service de santé, n'est peut-être pas pour satisfaire tous les médecins militaires. En effet, si on lit attentivement le texte de la loi, on peut simplement constater que les élèves de l'École du service de santé militaire (Lyon) sont simplement élevés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, grade réservé essentiellement aux élèves de l'École d'application du Val-de-Grâce (Paris), et ce au détriment de ces derniers.

Certes, cette erreur est considérable. Une loi nouvelle devra la corriger. Il est inadmissible, en effet, que des élèves de l'École de Lyon soient désignés comme médecins aides-majors de deuxième classe, alors qu'ils ne sont pas encore docteurs en médecine, condition nécessaire pour la nomination à ce grade.

Comment cette erreur de dénomination s'est-elle glissée?

On sait que la loi du 15 avril 1904 avait reconnu comme médecins aides-majors de deuxième classe 50 élèves de l'Ecole d'application du service de santé militaire. Dans la suite, le 12 juillet 1910, le gouvernement, par l'organe du général Brun, alors ministre de la Guerre, déposait sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi portant ce chiffre de 50 à 56.

Le cadre comprenant 618 médecins aides-majors était fixé ainsi :

Médecins aides-majors de première et de deuxième classes (non compris les médecins aides-majors de l'École d'application du service de santé)............	562
Médecins aides-majors de deuxième classe élèves de l'École d'application du service de santé......................	56

Ce projet fut renvoyé à la commission de l'armée, qui, après de nombreuses discussions, proposait à la Chambre, le 21 mars 1911, de fixer le nombre des médecins aides-majors de première et de deuxième classes à 590 au lieu de 618. (Voir projets Lachaud et Humbert, rapport Chapuis.)

La proposition était formulée de la manière suivante, la division précédente ayant disparu :

Médecins aides-majors de première et de deuxième classes (y compris les élèves de l'École d'application du Val-de-Grâce).	590

Une première erreur saute déjà aux yeux. C'est que l'honorable M. G. Chapuis a omis de désigner exactement les élèves du Val-de-Grâce. Il aurait dû mettre, au lieu d' « École d'application du Val-de-Grâce », « École d'application du service de santé militaire ». Sauf cette erreur de désignation, tout était pour le mieux. Mais il n'en fut plus de même lorsque le rapporteur soumit à ses collègues le texte du projet de loi; un autre paragraphe remplaçait celui du rapport :

Médecins aides-majors de première et de deuxième classes (y compris les élèves de l'École du service de santé militaire).	590

Nouvelle erreur, plus grave que la première. En effet, M. Chapuis a oublié de mettre le mot *application*. Sans s'en apercevoir, le Parlement, Chambre des députés et Sénat, a adopté tel quel le texte à lui soumis.

Que résulte-t-il de cette erreur? Par suite de cette omission, les élèves de l'École du service de santé militaire (Lyon) sont dorénavant médecins aides-majors de deuxième classe, et les élèves de l'École d'application du service de santé militaire (Val-de-Grâce) sont dépouillés de ce grade, et rentrent dans le rang.

Deux raisons cependant pouvaient empêcher nos honorables de commettre cette faute, qui obligera le gouvernement à déposer à nouveau un projet de loi rectificatif. La première, que nous avons déjà exposée, c'est que les élèves de l'École de Lyon, n'étant pas docteurs en médecine, ne peuvent recevoir le grade d'aide-major; la seconde, qui découle des textes et documents de la loi, c'est que le cadre de ce grade a été diminué de 28 unités, alors qu'il aurait dû être augmenté, si telle avait été la pensée du législateur d'accorder ce grade aux élèves de l'École de Lyon.

Tant que la loi ne sera pas modifiée, les élèves de Lyon seront

officiers, alors que ceux du Val-de-Grâce ne le seront plus. Telle est la conséquence de la loi du 23 juillet 1911, que nous voulions faire connaître à nos lecteurs.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 5, 3 août 1911.) — Richard C. CABOT : Observations sur la fréquence relative des différentes maladies les plus fréquentes à Boston et dans le voisinage (avec 27 tableaux et graphiques). — F. B. LUND : Les concrétions et calculs prostatiques. — Franklin W. WHITE : Remarques sur la classification du diabète. — Olivier A. LOTHROP : Les résultats de la tonsillectomie. — Joseph R. WISEMAN : Description de deux cas de méningite pneumococcique. — Mark H. ROGERS : Douleur abdominale consécutive à une cyphose marquée. — George H. MONKS : Un cas de luxation de la hanche en avant (avec 2 figures). — (N° 6, 10 août 1911.) J. G. MUMFORD : Considérations sur la ptose abdominale. — Herman C. GORDINIER : L'intoxication chronique par l'acétaniline présente un syndrome clinique nettement défini (avec 2 figures). — Charles M. WHITNEY : L'hydrocèle et sa cure radicale par l'insertion de catgut (avec 4 fig.). — Sara E. PARSONS : Au sujet des écoles d'entraînement pour les infirmières. — James B. AYER : Un cas de myélite compressive par un anévrisme survenant chez un tabétique (avec 3 fig.).

Clinique. — (N° 36, 8 sept. 1911.) CATZ : Traitement chirurgical des colites. — CASSAET : Du traitement des arthrites blennorragiques par l'ébouillantement. — DE GIOVANNI : Multa renascentur. — TERRIEN : Lésions oculaires et accidents du travail. — PAUCHET : Spondylite traumatique. — (N° 37, 15 sept.) CATZ : Le traitement chirurgical des colites. — MAUCLAIRE : Contusion de l'abdomen avec contusion probable du plexus solaire.

Journal des praticiens. — (N° 37, 16 sept. 1911.) HAYEM : La médication saline. — MATHIEU : La colite au cours de l'ulcus stomacal. — BABINSKI : Hémiplégie et craniectomie. — VARIOT : Le rationnement des débiles.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 36, 7 sept. 1911.) LE CLERC-DANDOY : Des ruptures du rein après la néphrolithotomie.

Lyon médical. — (N° 38, 17 sept. 1911.) BORDIER : A propos de la radiothérapie des fibromyomes utérins. Réponse de M. le docteur Barjon. — DUROUX : Du plombage xéroformé.

Montpellier médical. — (N° 36, 3 sept. 1911.) H. TRUC et Ch. FLEIG : Des lésions oculaires expérimentales par poussières de routes goudronnées et non goudronnées (*suite*).

Paris médical. — (N° 42, 16 sept. 1911.) JAVAL et BOYET : Technique chimique des recherches, dosages et séparations des graisses et lipoïdes de l'organisme. — LEMAITRE : A propos des fibromes naso-pharyngiens. — REGNARD : La cure d'altitude.

Presse médicale. — (N° 71, 6 sept. 1911.) ROGER : L'accoutumance rapide de l'économie à l'action de quelques poisons et notamment à l'action toxique des extraits organiques. — CONSTANTIN : Technique de l'examen auditif dans la première enfance et dans la première partie de la deuxième enfance. — (N° 72, 9 sept.) JEANSELME : Etat actuel de nos connaissances sur la bactériologie et l'étiologie de la lèpre. — LENORMANT : L'emploi de transplants cadavériques dans la greffe ostéo-articulaire. — (N° 73, 13 sept.) JOLTRAIN et MAILLET : Syndromes cholériformes. — MEUNIER : Du diagnostic de l'ulcère de la région duodéno-pylorique. — COLLIGNON et PILOD : La précipito-réaction dans la méningite cérébro-spinale. Sa valeur diagnostique. — MARTINET : Les purgatifs synthétiques. — (N° 74, 16 sept.) MARFAN : Enseignement de l'hygiène et des maladies des nourrissons dans les facultés de médecine. — LEREDDE : Technique des injections intraveineuses d'arsenobenzol.

Progrès médical. — (N° 37, 16 sept. 1911.) J. TANTON : Quelques complications à distance de la blennorragie urétrale. — HERPIN : Développement de l'os maxillaire inférieur. — SÉZARY : L'auscultation quotidienne dans la tuberculose pulmonaire au début. — OPPENHEIM : Traitement médical des hémorroïdes.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 36, 9 sept. 1911.) GÈZES et TORRINI : Recherches microscopiques au sujet du développement du leptothrix buccalis dans les cas de mycosis. — (N° 37, 16 sept.) MOURE et LIÉBAULT : Cancer aigu du corps thyroïde. — COLLET : Résultats pratiques de l'examen bactériologique dans le croup.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Responsabilité pénale et Folie. Etude médico-légale, par P. DUBUISSON, médecin de l'asile Sainte-Anne, et A. VIGOUROUX, médecin de l'asile de Vaucluse. Préface de M. le professeur LACASSAGNE, correspondant de l'Institut. In-8. — Prix : 7 fr. 50.

L'Hygiène de la beauté, par le docteur MONIN. 14e édition. 1 vol. de 464 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Festschrift zur Vierzigjährigen stiftungsfeier des Deutschen Hospitals. — New-York, Lemcke et Buechner, 30-32, West 27 th street.

Du rôle de la cholestérine dans le développement de l'artério-sclérose et de l'athérome, étude clinique et thérapeutique, par M. le docteur G. LEMOINE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Les Procédés opératoires dans l'appendicite à froid, par le docteur BRISSET. (Thèse de Paris, 1911). — Paris, Rousset.

Activité leucocytaire et pouvoir leuco-activant des humeurs, par le docteur Ch. FOIX. (Thèse de Paris, 1911.) — Paris, Steinheil.

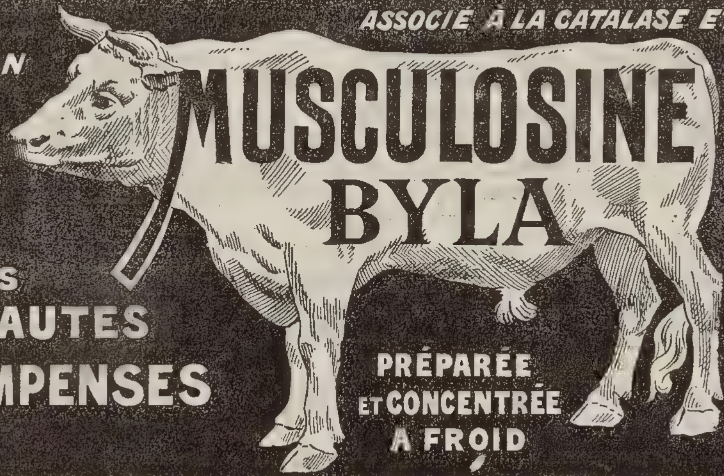
L'entérite trichocéphalienne, par le docteur GARIN. — Paris, A. Maloine.

Traitement moderne des épithéliomes et autres tumeurs malignes de la peau (*Consultations médicales françaises*, fascicule 31), par le docteur H. BORDIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-16 de 30 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Finlande et Russie, par Jean-Jacques CASPAR. — Prix : 50 centimes. — Paris, Schleicher frères.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVE, 17, RUE CASSETTE.


MUSCULOSINE
BYLA

N° 110. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 28 SEPTEMBRE 1911. — N° 110

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 25 septembre 1911. — Question donnée : « Tiers supérieur du fémur. »

MM. Pouget, 8; Rivalier, 17; Pierre, 16; Poisson, 12; Proust, 14; Nelze, 5; Pierson, 12 1/2; Paris, 19; de Pontich, 13; Roberti, 15; Puchois, 7; Para, 10; Morlot, 14; Salanier, 5; Nazim, 7; Samoyeau, 13 1/2; Pourcher, 4; Poy, 10; Sagot, 9.

Pathologie. — Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Symptômes et complications du rétrécissement mitral. »

MM. Crantin, 10; Exintaris, 15; Clément, 16; Cappelle, 13; Doumer (Edmond), 14; Deboutière, 8; Chopinet, 10; Dautheuil, 11 1/2; Eusèbe, 11; Dupret, 13 1/2; Eisenstein, 13; Daspres, 17; Duchon, 12; Deguiry, 11; Djismedjian, 9; Daban, 7; Duhamel, 14; Coulaud et Couinaud, 17 1/2; Chrétien, 7.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour les emplois de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints d'obstétrique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 octobre 1911, à neuf heures du matin.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au 30 juin 1911. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

LE XXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (2-7 octobre 1911) s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 2 octobre 1911, à deux heures, sous la présidence de M. Paul Segond, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

RÉUNION POUR L'ÉTUDE DE L'ENFANCE ANORMALE, tenue à l'occasion du XIIe Congrès français de médecine (Lyon, 22-25 octobre). — Les travaux de la Réunion pour l'étude de l'enfance anormale promettent d'être des plus intéressants. De tous côtés, les adhésions sont arrivées nombreuses et son programme comprend déjà :

Rapports. — 1° Internats pour enfants anormaux. L'action médico-pédagogique, par le docteur Audemard (de Lyon).

2° Le travail manuel comme moyen de développement intellectuel, par les Maîtres et Maîtresses de classes de perfectionnement de Lyon (en collaboration).

Communications. — 1° Professeur Saffiotti (de Milan) : Organisation d'une clinique médico-pédagogique.

2° Docteur Granjux (de Paris) : Les anormaux psychiques et l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose (Œuvre Grancher).

3° M. Marquebreucq (de Bruxelles) : L'éducation physique des enfants anormaux.

4° Docteur Bérillon (de Paris) : *a.* Application de la méthode hypno-pédagogique au traitement des anormaux du jugement; — *b.* Importance de la cure d'isolement et de l'éducation médico-pédagogique dans le traitement des épileptiques.

5° Docteur Mayet (de Lyon) : Les œuvres de grand air doivent interdire aux anormaux leurs colonies de vacances.

6° M. Jonckeere (de Bruxelles) : L'enseignement spécial à Bruxelles.

7° M. Touzet (de Lyon) : Le problème de l'enfance anormale et le rôle des hôpitaux et hospices.

8° M. Dupureux (de Gand) : La coéducation des enfants anormaux.

Etc., etc.

Adresser les adhésions au docteur Audemard, secrétaire général, 243, avenue de Saxe, Lyon.

Il pourra être répondu aux demandes de lettres d'invitation assurant une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français, jusqu'au 5 octobre prochain, dernier délai.

LA RESPIRATION GRANULEUSE

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par A. SÉZARY,

Médecin assistant du Dispensaire antituberculeux
de l'hôpital Laënnec.

« En décrivant habituellement la respiration rude ou râpeuse, dit Woillez, on en a omis un degré plus faible que j'ai désigné sous le nom de respiration granuleuse et que je réunis aux deux autres. On peut dire que la respiration granuleuse est à la rudesse plus accentuée ce qu'est le bruit de frôlement par rapport à celui d'un frottement bien accusé.

« La respiration granuleuse modifie légèrement le murmure vésiculaire. Elle donne bien, à l'auscultation, la sensation du passage de l'air dans des voies à parois inégales, comme le fait au toucher le doigt parcourant une surface granulée. C'est une respiration anormale, moins bien accentuée que la respiration rude, dont elle est, avons-nous dit, comme un premier degré...

« Localisée au sommet d'un poumon dans la région sous-claviculaire ou au niveau de la fosse sus-épineuse, elle est un excellent signe de tuberculisation pulmonaire. »

C'est dans ces termes que, dans son « Traité de percussion et d'auscultation », Woillez décrit l'anomalie respiratoire qu'il sut le premier isoler.

La fortune de ce signe d'auscultation a été fort variable.

Quelques auteurs lui ont donné une signification toute différente de celle que Woillez lui avait attribuée. C'est ainsi que Barth et Roger écrivaient, à propos des bulles du râle sous-crépitant, que dans certains cas « elles sont pour ainsi dire cohérentes et semblent se fondre les unes avec les autres, en formant un bruit presque continu que Woillez a désigné sous le nom de respiration granuleuse ». Or, il est évident que Woillez n'a jamais assimilé la respiration granuleuse à une modalité du râle sous-crépitant.

Le plus souvent, on considère que respiration granuleuse et respiration rude ou râpeuse sont termes synonymes. Grancher distinguait plusieurs variétés de respiration rude, mais voyait dans les mots usités tantôt l'expression d'anomalies respiratoires d'intensité différente, tantôt des dénominations ayant toutes la même signification. Cependant, Woillez avait pris soin de différencier la respiration rude de la respiration granuleuse.

*
* *

Il est un fait incontestable, c'est que la respiration granuleuse existe et peut être facilement distinguée de la respiration rude par une oreille exercée à l'auscultation. Nous l'avons reconnue maintes fois au Dispensaire antituberculeux de l'hôpital Laënnec.

« Dans la respiration rude, dit Grancher, l'oreille a la sensation d'une colonne d'air qui glisse avec frottement sur une surface inégale et rétrécie et cette sensation exprime assez bien la réalité. » Pour obtenir cette sensation de rudesse, il est nécessaire que les inégalités de la surface en question soient toutes semblables et aient une répartition régulière. Sans cela, le bruit perçu n'aurait pas l'uniformité de la respiration rude.

Dans la respiration granuleuse, au contraire, la colonne d'air semble heurter des aspérités d'importance très inégale et de répartition très irrégulière. L'anomalie respiratoire peut se représenter graphiquement par une ligne irrégulièrement moniliforme. C'est ce que M. Queyrat désigne par le terme imagé de « frisselis ».

D'après Woillez, la respiration granuleuse coïncide plus fréquemment avec l'affaiblissement respiratoire, la respiration rude avec l'exagération du bruit de la respiration. Mais nous n'avons pas noté de relation constante entre la modalité des anomalies respiratoires et la force du murmure vésiculaire. D'ailleurs Woillez reconnaissait lui-même la variabilité de ces caractères.

*
* *

Si la respiration granuleuse a une réelle autonomie, possède-t-elle également une valeur sémiologique particulière ? C'est ce que nous avons cherché à déterminer.

Tout d'abord, la respiration rude et la respiration granuleuse sont deux anomalies respiratoires voisines l'une de l'autre et l'on pourrait, à propos de la seconde, renouveler les discussions que l'on a faites sur l'interprétation des anomalies respiratoires de Grancher. Ce n'est pas ici le lieu de les reprendre. D'ailleurs, l'opinion du maître résiste à toutes les attaques : à la condition d'être fixe et localisée, la respiration rude constitue un important soupçon de bacillose et, si elle s'accompagne d'altération de l'état général, elle révèle un foyer de tuberculose au début. Si la santé n'est pas troublée, il peut s'agir seulement d'une bacillose abortive (Bard), torpide ou guérie (Bezançon).

Avec M. Rieder, nous avons examiné, à l'écran radioscopique, nos malades qui présentaient de la respiration granuleuse des sommets des poumons. Dans la règle, nous avons noté une ombre plus ou moins opaque, s'accompagnant toujours d'adénopathie trachéo-bronchique. Selon que l'anomalie respiratoire était perçue à un seul des sommets ou aux deux, nous avons trouvé des ombres uni ou bilatérales. Quelquefois, il existait à un sommet des bruits adventices bien caractérisés, tandis que, du côté opposé, on ne percevait que de la respiration granuleuse : à l'écran, on voyait à ce niveau une ombre discrète, mais indiscutable.

Mais la radioscopie n'établit pas de différence marquée entre la respiration rude et la respiration granuleuse : dans les deux cas, elle révèle des images semblables.

C'est à l'auscultation seule que, selon nous, on peut demander de préciser la sémiologie de la respiration granuleuse.

Celle-ci en effet s'est présentée à nous sous deux modalités.

Dans un premier groupe de faits, l'inspiration seule était granuleuse ; l'expiration était, soit normale, soit affaiblie.

Dans un second groupe, la respiration granuleuse se percevait à la fois pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

On doit donc distinguer une inspiration granuleuse et une respiration granuleuse.

Or, si l'on ausculte systématiquement, d'une façon répétée, les malades porteurs de ces anomalies respiratoires, on constate que celles-ci sont susceptibles de se modifier et d'évoluer, mais d'une façon différente selon que l'on a affaire à l'inspiration ou à la respiration granuleuse.

L'*inspiration granuleuse* tend à égaliser ses granulations et elle se transforme, soit temporairement, soit définitivement, en inspiration rude. C'est un phénomène que M. Queyrat a d'ailleurs bien constaté, puisqu'il classe chronologiquement les anomalies respiratoires dans l'ordre suivant : d'abord, diminution du murmure vésiculaire à l'inspiration, puis inspiration granuleuse, puis inspiration rude et enfin respiration saccadée. Nous avons d'ailleurs dit que Woillez considérait la respiration granuleuse comme un degré atténué de la respiration rude : c'est une opinion parfaitement exacte si l'on s'en tient à l'inspiration granuleuse.

La *respiration granuleuse* tend au contraire à individualiser ses granulations. Celles-ci deviennent de plus en plus distinctes, elles finissent par se transformer en légers craquements. Dans plusieurs observations, nous avons noté avec la plus grande clarté la substitution des craquements à la respiration granuleuse. Cette substitution est d'ailleurs toute progressive et il est un stade où l'on est embarrassé pour dire s'il s'agit de respiration granuleuse très marquée ou de craquements ébauchés. Il est à noter que toutes les granulations ne se transforment pas en craquements et que, à côté de ces derniers, on peut encore reconnaître l'anomalie respiratoire persistante. Notre constatation explique l'interprétation qu'avaient donnée Barth et Roger de la respiration granuleuse.

Si nous consultons nos schémas stéthoscopiques du Dispensaire Laënnec, nous voyons que :

1° Dans certains cas évolutifs, la respiration granuleuse fait définitivement place aux craquements.

2° Dans des cas plus torpides, la respiration granuleuse alterne avec les craquements. Le même fait s'observe au cours de la tuberculinothérapie, lorsqu'il se produit des réactions de foyer. De même, chez des malades présentant de la respiration granuleuse, la toux peut momentanément faire apparaître quelques craquements légers.

3° Dans les cas à tendance régressive, les craquements font place à la respiration granuleuse.

On voit donc les rapports étroits qui unissent d'une part la respiration granuleuse, d'autre part les craquements. De toutes les anomalies respiratoires, la respiration granuleuse proprement dite est la plus proche des bruits adventices. Elle indique, selon les cas, l'imminence de la période de conglomération ou au contraire la cicatrisation des tubercules.

* * *

Nous distinguons donc deux variétés de respiration granuleuse :

1° L'inspiration granuleuse qui s'observe à un stade tout à fait précoce de la germination bacillaire, mais qui peut être aussi un signe de bacillose atténuée ou guérie.

2° La respiration granuleuse proprement dite, qui s'entend aux deux temps de la respiration, qui, dans les cas évolutifs, marque la fin de la germination et annonce l'apparition des bruits adventices.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, de savoir reconnaître et distinguer ces deux modalités pour porter un peu de précision dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

MÉDECINE PRATIQUE

LES LÉSIONS DE LA BOURSE SÉREUSE SOUS-ACROMIALE ET LES RUPTURES DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX DANS LES TRAUMATISMES DE L'ÉPAULE

On sait combien les traumatismes de l'épaule laissent souvent après eux une gêne fonctionnelle sérieuse et durable : la loi sur les accidents du travail a démontré que les porteurs d'épaules douloureuses et enraidies sont légion. Peu de chose avait paru sur ce sujet, depuis le classique et si remarquable mémoire de Duplay sur la péri-arthrite scapulo-humérale jusqu'à ces dernières années où de nombreuses publications sont venues jeter un peu de lumière sur ces cas qui font souvent le désespoir des praticiens, encore plus celui des malades.

Tout d'abord l'étude des suites éloignées des luxations de l'épaule (voir Küttner, *XXXVIIe Congrès all. de chir.*, avril 1908, t. I, p. 282; Imbert et Dugas, *Rev. de chir.*, t. XCIII, février 1911, p. 187; Lenormant, *Presse méd.*, 11 mars 1911, p. 192 et 8 avril 1911, p. 288; Lucas-Championnière, *J. de méd. et chir. pratique*, 25 mars 1911 ; de Marbaix, *Acad. de méd.*, 16 février 1911 ; A. Yvert, *La Presse méd.*, 17 juin 1911, n° 48, p. 507) a démontré la fréquence des mauvais résultats fonctionnels après la réduction. En dehors des cas compliqués d'arrachements de fragments des tubérosités humérales dont la radiographie a révélé la fréquence énorme, et des cas de paralysie du circonflexe, bien des cas simples laissent un membre privé d'une partie de ses mouvements. Il semble bien que par une mobilisation précoce on évite ces troubles. Quelle est donc leur nature ? Imbert et Dugas les attribuent surtout à des névrites périphériques, dans d'autres cas ils pensent à de la péri-arthrite scapulo-humérale, c'est-à-dire à des lésions de la bourse séreuse sous-acromiale.

En dehors des luxations, après quantité de traumatismes, on trouve des raideurs et des douleurs de l'épaule, et les publications de Putnam, Küster, Painter, Baer, Freund, et surtout de Codman, permettent de mettre en cause les lésions de la bourse séreuse sous-acromiale et les ruptures du tendon du muscle sus-épineux.

La bourse séreuse sous-acromiale et sous-deltoïdienne est une seule et même bourse de vastes dimensions (6 centimètres de diamètre environ). Sa base repose sur la grosse tubérosité de l'humérus, qu'elle accompagne dans ses déplacements, et sur les tendons qui s'y insèrent : en haut le large tendon du sus-épineux, en arrière les deux tendons adjacents du sous-épineux et du petit rond, et avant le tendon du sous-scapulaire et, enfoui dans sa gaine, celui de la longue portion du biceps. Son sommet adhère à la face inférieure de l'acromion.

De profonds culs-de-sac s'enfoncent, l'un au-dessous de la voûte acromio-claviculaire, l'autre sous la partie supérieure du deltoïde. Se déplaçant avec l'humérus dans les mouvements du bras la bourse est surtout sous-deltoïdienne lorsque le bras est pendant, pour devenir surtout sous-acromiale dans son élévation. Codman a bien montré qu'il faut l'étudier par dissection sans injection préalable, qui détruit ses dimensions en largeur.

On comprend l'importance de cette séreuse dans les mouvements d'abduction de l'humérus : à un certain degré d'abduction, la tubérosité humérale passe sous la voûte acromiale, pour y disparaître complètement dans l'extrême élévation. Ce glissement n'est possible que grâce à la présence de cette séreuse. Il en est de même pour les mouvements de rotation en dedans ou en dehors du bras, dans lesquels les culs-de-sac de la séreuse suivent les tendons des rotateurs qui glissent ainsi sous les fibres profondes du deltoïde.

La bourse sous-acromiale est le siège de lésions extrêmement fréquentes et variées, lésions inflammatoires attribuables au rhumatisme, à la blennorragie, à la grippe, des suppurations aiguës, des lésions tuberculeuses (hygroma à grains rhiziforme, Leriche et Rhenter, Hirsch). Ce sont des cas exceptionnels ; bien plus souvent elle est le siège d'adhérences à la suite d'une immobilisation prolongée de l'épaule, pour des lésions de la main, du bras, fractures de l'humérus, luxations de l'épaule, ou encore pour d'autres interventions comme l'ablation des cancers du sein.

Mais les cas les plus intéressants sont ceux qui sont d'origine traumatique, que nous avons en vue ici. Il s'agit alors tantôt d'un coup ayant porté sur l'épaule, directement sous la voûte acromiale, tantôt d'un violent mouvement d'abduction du bras pour chercher à se protéger pendant une chute; plus rarement il s'agit de traumatismes moins violents mais répétés, d'efforts professionnels (fréquence chez les gardiens de but dans le jeu de Base-Ball.)

On conçoit très bien la production de lésions dans la séreuse sous-acromiale par un choc direct, mais on ne voit pas tout d'abord comment les mouvements d'abduction violents ou répétés peuvent produire ce résultat. Codman a montré qu'il s'agit de déchirures incomplètes du tendon du sus-épineux, déchirures très fréquentes (Codman affirme que, sur vingt cadavres à l'amphithéâtre, il en est toujours un qui présente des traces anciennes de cette lésion), constatées à l'opération, et pouvant aller à la déchirure complète. Etant donnés les rapports intimes de la séreuse avec le tendon du muscle, elle est presque toujours lésée dans ces cas.

Pour comprendre la fréquence des ruptures du tendon du sus-épineux dans le mouvement d'abduction, il faut connaître le rôle qu'il joue dans ce mouvement, tel que l'ont exposé Codman, Goldthwait et Stevens.

Lorsque le bras est pendant le long du tronc, il ne peut en être détaché en dehors par la contraction du deltoïde. En effet, dans cette position, la ligne de traction des fibres du deltoïde tombe en dedans du point d'appui, représenté par le fond de la cavité glénoïde, et du bras de levier à soulever, qui est l'humérus. En se contractant, il ne peut que soulever vers le haut l'humérus et l'accoler à la voûte acromio-coracoïdienne. C'est le sus-épineux seul qui, s'insérant sur la tubérosité de l'humérus en dehors du point d'appui glénoïdien, commence ce mouvement d'abduction (1). Sa puissance est faible car il agit avec un très court bras de levier pour soulever un poids réparti sur un grand bras de levier. Une fois que l'humérus a atteint ainsi une abduction de 30 degrés environ, la direction de la ligne d'action du deltoïde se trouve en dehors du point d'appui glénoïdien et le deltoïde devient un abducteur puissant. Au contraire, à mesure que l'abduction s'exagère, le sus-épineux perd son rôle d'abduction. Ainsi que Stevens l'a montré, il devient, avec les muscles courts rotateurs du bras, fixateur de la tête humérale. Dans l'abduction, la tête humérale tend en effet à s'échapper de la cavité glénoïde par le bas ; tous les muscles rotateurs se contractant en même temps, leur action de rotation se contrebalance, et il ne subsiste qu'un rôle de traction qui fixe la tête dans la cavité. Enfin, dans l'abduction extrême, Stevens a montré que les rotateurs en dehors (sous-épineux, petit rond) voient leur ligne d'action passer en dehors du point d'appui glénoïdien de l'humérus, et par conséquent devenir abducteurs. Ceci explique peut-être cette remarque de Codman que l'on ne peut mettre le bras en abduction extrême sans qu'il se produise de la rotation externe ; si on veut le tourner en dedans, il faut l'abaisser un peu.

(1) Duchenne (de Boulogne) avait entrevu ce rôle abducteur du sus-épineux ; dans un cas de paralysie du circonflexe, il remarque que le sus-épineux suffit à amener l'abduction du bras.

D'après ce qui précède, on comprend la possibilité de la rupture du tendon du sus-épineux dans un brusque mouvement d'abduction. Codman a vu trois fois cette rupture complète, vérifiée à l'opération ; dans un cas elle avait été produite par le mouvement de lancer une lourde couverture sur une corde à tendre le linge, dans un autre par celui de serrer la sangle de la selle d'un cheval. Pour Codman les ruptures partielles du même tendon seraient d'une fréquence considérable et l'une des principales causes des bursites sous-acromiales traumatiques. Ces bursites sont tellement fréquentes que Codman en a observé plus de 100 cas depuis cinq ans, dont un grand nombre vérifiées à l'opération.

Cliniquement, elles peuvent se présenter sous quatre formes distinctes :

1° *Cas aigus ou récents.* — Le malade se plaint de douleurs à l'insertion inférieure du deltoïde, le long du bord externe du bras, et jusque dans la main, sans qu'aucune explication satisfaisante ait été fournie de ces localisations. Il souffre surtout la nuit, ne pouvant trouver une position pour se coucher.

A l'examen, ce qui frappe tout d'abord c'est que l'articulation est immobilisée par la contracture musculaire. Quand on essaye de produire l'abduction ou la rotation externe, on peut toujours, fait important, produire un léger mouvement de l'humérus, l'ankylose n'est jamais complète ; mais rapidement, vers 10 degrés environ, l'abduction est arrêtée par la contracture musculaire et ne se continue que par la bascule de l'omoplate. Les mouvements de rotation interne, et surtout ceux de projection du bras en avant et en arrière dans le plan sagittal sont conservés sur une étendue un peu plus grande.

La pression réveille toujours le maximum de la douleur sur la tubérosité humérale juste au-dessous de l'acromion. Dans quelques cas, quand le spasme a diminué et que l'abduction peut être plus étendue, on observe un symptôme pathognomonique appelé signe de Dawbarn : c'est la disparition du point douloureux dans l'abduction du bras ; en effet, c'est seulement le cul-de-sac inférieur de la séreuse qui est accessible sous l'acromion le bras étant au repos ; dans l'abduction ce cul-de-sac même disparaît sous l'acromion et n'est plus accessible. Souvent on trouve de la fluctuation, du gonflement au niveau de la bourse séreuse.

2° *Cas subaigus.* — Ici le spasme musculaire a disparu, mais il s'est formé des adhérences plus ou moins serrées que montre l'intervention. Celles-ci entraînent la limitation mécanique de l'abduction et de la rotation externe à un degré variable. L'abduction est toujours possible jusqu'à 10 degrés, puis elle ne continue que par la bascule de l'omoplate qui permet au bras de s'élever jusqu'à un angle de 45 à 50 degrés. Certains de ces malades n'accusent pas de douleur et viennent consulter uniquement pour la limitation de leurs mouvements. D'autres souffrent considérablement ; tantôt on observe des lésions étendues dans plusieurs territoires nerveux avec atrophie musculaire étendue ; tantôt on ne trouve qu'une nervosité considérable et une tendance à la neurasthénie.

La pression sous l'acromion réveille encore de la douleur dans les cas récents, elle peut être indolore dans les cas plus anciens. En tout cas, le signe de Dawbarn est forcément absent.

3° *Cas chroniques.* — Ici les mouvements de l'épaule ont toute leur étendue mais ils sont douloureux. La douleur n'est éveillée que dans certaines positions et certains mouvements ; c'est en général dans l'abduction au moment où la tubérosité humérale passe sous l'acromion, et plus encore au moment où le bras retombe, qu'elle se produit. L'abduction en rotation interne semble provoquer plus la douleur qu'en rotation externe. L'élévation du bras dans le plan sagittal n'est pas douloureuse. La sensibilité à la pression peut manquer. Quand elle existe, le signe de Dawbarn est présent.

Les symptômes apparaissent à des périodes irrégulières et souvent espacées par de longs intervalles d'état normal.

Dans quelques cas, on observe des symptômes nerveux sérieux simulant la névrite brachiale. Mais Codman pense que ces troubles sont dus aux lésions de la bourse sous-acromiale car on les voit disparaître rapidement après l'opération. Celle-ci fait ici découvrir des lésions variées ; adhérences partielles, replis, épaississement des parois de la séreuse, parfois de véritables excroissances polypiformes insérées sur l'origine du tendon du sus-scapulaire. Ces épaississements du sac sont presque toujours décelables à la radiographie, d'autant plus que souvent on les voit s'infiltrer de sels calcaires. Painter et Baer, Bergemann et Stieda, Hænish, Lotsy, Swett, ont insisté sur les aspects particuliers qu'on pouvait rencontrer à la radiographie. A l'opération on trouve des nodules, des plaques dures dans la paroi, que l'analyse montre composés de phosphates et surtout de carbonate de chaux alliés en partie à une substance albuminoïde. Parfois la poche renferme un liquide plus ou moins épais contenant en suspension des particules calcaires. Dans certains des cas où les rayons X montrent un dépôt de sels de chaux, on trouve que l'abduction est seule limitée et que les mouvements de rotation externe sont libres : dans 4 de ces cas, Codman a trouvé à l'incision une bourse séreuse libre, et le dépôt, analogue au contenu d'un kyste sébacé, siégeant au niveau d'une ancienne rupture du sus-scapulaire, et soulevait seulement la paroi de la séreuse.

4° *Rupture complète du sus-épineux.* — Ce type clinique correspond à la rupture complète du tendon du sus-épineux. On trouve alors un gonflement notable sous l'acromion et la bourse séreuse est fluctuante. Le signe capital est l'impossibilité de commencer l'abduction active du bras. L'abduction passive est au contraire facile, et lorsque le bras est placé à 140 degrés, le malade par une contraction violente du deltoïde peut pendant un instant l'empêcher de s'abaisser, mais la moindre pression sur le bras le fait retomber. La rotation est conservée.

Stevens a observé 2 cas de lésions de l'épaule où les symptômes différaient un peu des précédents. On ne trouvait pas de point sensible sous l'acromion, l'abduction était possible jusqu'à 23 ou 25 degrés puis, sans douleur, elle devenait impossible, l'abduction passive complète était possible, la rotation interne était conservée mais la rotation externe impossible, le deltoïde était intact. La pression sur le sous-épineux et le petit rond ainsi que leur faradisation était douloureuse. Stevens pense qu'il s'agit ici de bussite non consécutive à la rupture du sus-épineux, mais à celle des tendons rotateurs externes, et l'impuissance de l'abduction provient de l'absence du rôle fixateur de la tête humérale joué par ces muscles à partir d'un certain degré d'abduction.

Le *diagnostic* des lésions de la bourse sous-acromiale et celles du tendon du sus-épineux est délicat et demande une analyse serrée des symptômes. Un certain nombre d'entre eux permet de reconnaître si l'articulation scapulo-humérale est en cause : l'immobilisation de l'humérus sur l'omoplate, par la contracture musculaire, est alors complète, tandis qu'il subsiste toujours de légers mouvements dans le cas de simple bursite ; la palpation de l'articulation par l'aisselle est douloureuse si l'articulation est atteinte ; dans l'épaule tuméfiée, l'humérus n'occupe pas la même place dans les deux cas : dans le cas d'arthrite véritable l'humérus s'écarte de la glénoïde, dans l'hygroma sous-acromial il est collé sur l'omoplate et le gonflement siège en dehors de lui. La radiographie fait bien voir cette différence (Hænish), mais surtout dans la plupart des cas subaigus ou chroniques, elle permet de voir l'opacité des parois de la séreuse.

Cependant, certains auteurs ne croient pas que la différenciation avec les lésions articulaires vraies soit toujours facile. C'est ainsi que T. Turner Thomas a récemment émis cette opinion qu'une grande partie des cas décrits par Codman, comme relevant des lésions de la séreuse sous-acromiale, étaient dus à une rupture de la partie interne de la capsule articulaire, causée par une abduction forcée au moment du traumatisme. Il se produit une subluxation de l'humérus en dedans, spontanément réduite par l'adduction du bras, et la déchirure capsulaire en se cicatrisant se rétracte et entraîne des douleurs et une gêne des mouvements de l'épaule, surtout dans l'abduction. Turner Thomas appuie son opinion sur des expériences cadavériques qui, il faut l'avouer, reproduisent bien imparfaitement les conditions du vivant où, à l'épaule en particulier, les véritables ligaments sont représentés par les tendons des muscles et la tonicité de ceux-ci. Enfin, argument capital, les descriptions de Küster, Codman, Bergemann et Stieda, Painter et Baer, sont appuyées sur de nombreuses interventions qui ont vérifié le siège des parties lésées et, après leur ablation, permis une guérison rapide.

Néanmoins on devra se rappeler les difficultés du diagnostic. Dans les cas non traumatiques, on aura à éliminer surtout les lésions rhumatismales de l'épaule ou des organes voisins : rhumatisme musculaire, arthrite de l'articulation acromio-claviculaire, synovite de la gaine du tendon du biceps, puis aussi les abcès axillaires profonds. L'arthrite tuberculeuse de l'épaule pourra être difficile à différencier si les phénomènes douloureux sont apparus à l'occasion d'une chute.

Mais, pour les cas traumatiques, ce sont surtout les fractures limitées de la tête humérale, l'arrachement de tout ou partie de la grosse tubérosité qu'il faudra distinguer, et ici la radiographie sera d'un grand secours ; mais on devra se souvenir que les arrachements des insertions tendineuses de la grosse tubérosité se compliquent souvent de lésions de la bourse sous-acromiale. Il restera encore à éliminer les luxations du tendon du biceps hors de sa gaine et sa rupture. Les lésions du long tendon du biceps se traduisent par l'impossibilité des mouvements du bras en avant et en arrière qui restent assez libres dans le cas de bursite sous-acromiale, sa rupture se traduit surtout (Monks) par un changement de forme du biceps pendant sa contraction.

La paralysie du circonflexe avec l'atrophie rapide du deltoïde et surtout l'absence complète de contraction du muscle, quand on cherche à mettre le bras en abduction, sont caractéristiques. Codman remarque que, dans les cas de rupture du sus-épineux, la perte de l'abduction est complète et le deltoïde s'atrophie rapidement, mais si le malade essaie de produire l'abduction, on sent le deltoïde impuissant se contracter. Il pense que beaucoup de cas catalogués paralysies du circonflexe doivent revenir aux ruptures du sus-épineux. Codman avance qu'il en est de même de beaucoup de cas de névrites du plexus brachial, car il a été frappé de ce fait que plusieurs de ses malades présentaient des phénomènes simulant cette affection qui ont guéri par l'ablation de la séreuse sous-acromiale enflammée.

Le *pronostic* et le *traitement* sont différents pour chacune des quatre formes cliniques que nous avons indiquées. D'une façon générale, et Codman insiste sur ce point, l'affection,

tôt ou tard, guérit spontanément (un an à dix-huit mois en moyenne), aussi on doit toujours rassurer le malade sur son avenir avant de discuter avec lui les données du traitement qui hâteront cette guérison.

Les cas aigus sont les plus favorables, et la guérison peut être obtenue en quelques semaines pourvu que le traitement soit convenablement dirigé.

Il convient tout d'abord de soulager la douleur. Monks a montré que celle-ci disparaissait complètement lorsque le malade était mis dans la position suivante : assis, une table à côté de lui, et le bras en abduction et rotation interne convenablement fixé sur un coussin. La même position peut être obtenue au moyen d'une attelle latérale du tronc, fixée autour du bassin et de l'aisselle, et repliée au niveau de celle-ci de façon à former un plateau sur lequel le bras est fixé (Monks). Putnam a conseillé pour la nuit une position analogue : le malade, couché sur le dos, pose son bras étendu en abduction sur un coussin placé sur une table mise le long du lit.

Le massage, exécuté avec prudence, ne tardera pas à faire tomber la contracture. C'est alors seulement que la mobilisation progressive sera commencée en gardant une juste mesure, car toute progression trop rapide dans la reprise des mouvements sera suivie de contracture et d'immobilisation. L'air chaud rendra des services pendant cette phase du traitement (Swett).

Dans le second type clinique (cas chroniques avec adhérences), on a le choix entre trois modes de traitement : la mobilisation lente, la rupture brusque des adhérences sous anesthésie, leur ablation opératoire.

La première technique ne peut être suivie que sur des malades dociles et énergiques, car elle est forcément douloureuse, puisque de toutes façons la rupture des adhérences doit être obtenue. On atteindra ce but par la mobilisation manuelle méthodique ou par l'emploi des appareils de mécanothérapie. Certains malades pourront être dressés à exécuter eux-mêmes les exercices nécessaires. Voici le programme tracé par Codman pour un de ces malades : I. Le soir, le malade, assis, devra tenir son coude aussi élevé que possible sur le dossier d'une chaise ou une table. II. Il s'exercera à écrire la date du mois sur le mur chaque jour au-dessus du point où il a écrit la veille. III. Il placera le coude sur le manteau de la cheminée et écartera ses pieds peu à peu du foyer, de façon à faire porter le poids du corps sur l'épaule. IV. Sa femme massera et pétrira tous les jours les muscles de l'épaule. V. Il exécutera des mouvements de rotation du bras de cette manière : le pommeau d'une canne est pris dans la main du côté malade, le coude est replié, et le bout de la canne, passant en dehors du bras, est saisi par derrière le dos avec la main saine qui la fait basculer le plus en arrière possible.

La mobilisation sous anesthésie générale, conseillée déjà par Duplay puis par Putnam, est suivie d'une période aiguë douloureuse de plusieurs jours après laquelle la mobilisation est reprise absolument comme dans les cas aigus. Codman avait pensé qu'après la rupture des adhérences on préviendrait leur reconstitution en maintenant le bras en abduction extrême et rotation externe au moyen d'une grande attelle analogue à celle de Monks. Il a renoncé à cette façon de faire dont il ne tirait guère de profit. La mobilisation forcée sous anesthésie générale peut présenter des complications sérieuses : ruptures du tendon du sus-épineux ou des courts rotateurs, atrophies, paralysies, rupture de la veine axillaire (un cas de Codman avec thrombose de la sous-clavière et mort consécutive par embolie).

C'est Painter et Baer qui se sont faits les défenseurs de l'extirpation systématique de la bourse séreuse malade dans ces cas. Une petite incision longitudinale sous-acromiale permet d'écarter les fibres du deltoïde à leur partie supérieure, la bourse séreuse est ouverte et disséquée avec soin aux ciseaux. Dès que la réunion aura été obtenue, la mobilisation est entreprise, et en trois semaines à deux mois les mouvements auront repris leur amplitude normale, plus rapidement que par les méthodes non sanglantes.

Les malades du troisième groupe ne présentent des troubles que par intermittence ; en général l'affection sera longue, de plusieurs années de durée. En raison de l'intermittence des symptômes, il sera difficile de faire accepter au malade un traitement suivi, à moins que les phénomènes ne s'aggravant il ne retombe dans la catégorie du type 2.

Quant au dernier groupe de malades, comprenant les ruptures complètes du sus-épineux, il est évident que l'ouverture de la bourse séreuse avec la suture du tendon s'impose. Dans les cas où il est intervenu, Codman a trouvé le bout supérieur tellement rétracté qu'il n'a pu l'amener au contact du bout inférieur ; il s'est contenté d'une suture à distance à la soie, et les résultats définitifs ont été excellents.

Au total, nous voyons que des travaux récents ont dégagé, du groupe encore confus des épaules impotentes et douloureuses, un certain nombre de types cliniques bien définis qui peuvent compliquer d'autres lésions de l'épaule ou survenir isolément. Le praticien aura tout bénéfice à les reconnaître, car il pourra donner l'assurance au malade de la bénignité de son affection et de sa guérison certaine. Dans les cas aigus, le traitement sera un massage et une mobilisation méthodiques dès que la contracture aura disparu. Pour les cas subaigus et chroniques, nous ne pouvons que conseiller l'intervention à ciel ouvert, anodine ici, et forcément supérieure dans ses résultats aux méthodes aveugles.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

DUPLAY. *Arch. gén. de méd.*, 10 mai 1872, p. 513 ; — Clinique, in *Semaine méd.*, 1896.

PUTNAM. *The Boston med. and surg. Journ.*, 30 nov. 1882.

KÜSTER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902, vol. LXVII, p. 1013.

E. A. CODMAN. *The Boston med. and surg. Journ.*, 31 mai 1906, vol. CLIV, p. 613 ; — *Ohio state med. Journ.*, 15 août 1906.

Charles P. PAINTER. *The Boston med. and surg. Journ.*, 21 mars 1907, vol. CLVI, n° 12, p. 345.

BAER. *Johns Hopkins Bull.*, juin et juillet 1907, nos 195-196.

LERICHE et RHENTER. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 8 avril 1908.

BERGEMANN et A. STIEDA. *Münch. med. Woch.*, 29 déc. 1908, n° 52, p. 2690-2702.

E. A. CODMAN. *The Boston med. and surg. Journ.*, numéros des 22, 29 oct., 5, 12, 19, 26 nov., 3 déc. 1908.

FREUND. *Med. Klin.*, 14 mars 1909, t. V, n° 11.

GOLDTHWAIT. *The amer. Journ. of orthoped. surg.*, mai 1909, t. VI, n° 4.

HIRSCH. *Soc. de méd. berlinoise*, 7 juillet 1909, discussion : Klebs ; — *Berl. klin. Woch.*, 27 sept. 1909, t. XLVI, n° 39.

E. A. CODMAN. *Publications of the Massachuss. gen. hosp.*, oct. 1909, vol. II, n° 2, p. 521-592.

STEVENS. *The amer. Journ. of the med. sc.*, déc. 1909, n° 6, t. CXXXVIII.

HAENISCH. *Fortschritte auf dem Gebiete des Rœntgentrahlen*, août 1910, t. XV, f. 5.

LOTSY. *Ibid.*, 2 déc. 1910, t. XVI, f. 2.

P. SWETT. *Yale med. Journ.*, nov. 1910.

T. Turner THOMAS. *Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1911.

E. A. CODMAN. *The Boston med. and surg. Journ.*, 18 mai 1911, vol. CLXIV, n° 20, p. 708 ; — *The Boston med. and surg. Journ.*, 27 juillet 1911, vol. CLXV, n° 4, p. 115.

ANALYSES

MÉDECINE

Du cancer secondaire de l'ombilic dans le cancer gastrique. (W. Œttinger et P. L. Marie. *Arch. des maladies de la nutrition*, juin 1911.) — Déjà M. Lejars a insisté sur l'importance des signes à distance des cancers abdominaux, parmi lesquels il signale le cancer de l'ombilic; à l'occasion d'une observation longuement exposée, où ce signe existait, les auteurs consacrent à ce sujet une excellente étude.

Le cancer secondaire de l'ombilic se présente comme un symptôme de généralisation commun à diverses localisations primitives des néoplasmes de l'abdomen, mais il est surtout fréquent, au cours du cancer de l'estomac.

Ce cancer constitue une tumeur le plus souvent indolore, qui passe souvent inaperçue, si elle n'est pas systématiquement recherchée, car elle est de petit volume et enfouie dans la dépression ombilicale. Souvent c'est un simple froncement anormal, s'accompagnant d'une induration commençante, quelquefois même d'une rétraction partielle. D'autres fois l'ombilic est dur, rétracté, asymétrique (Lejars). Souvent le cancer de l'ombilic est le *signal symptôme* d'un cancer gastrique douteux.

L'envahissement peut se faire par *continuité*, ou par *embolies* cancéreuses circulant dans les vaisseaux lymphatiques.

En présence de ce néoplasme ombilical, il faudra enfin discuter néanmoins la possibilité d'un néoplasme primitif de la région. L. BABONNEIX.

Les dangers méconnus de la coqueluche. Coqueluche et tuberculose. (Rousseau Saint-Philippe. *La Clinique infantile*, 1er juillet 1911.) — Nous nous contentons de signaler les conclusions de ce fort intéressant travail. La coqueluche est une maladie dont l'histoire a besoin d'être revue : le signe de la *reprise* est en effet assez souvent absent, et le diagnostic des formes frustes est en général assez difficile; cependant il importe de fixer au plus tôt possible le diagnostic de la coqueluche, et dans l'intérêt du malade pour éviter les complications, et dans l'intérêt des autres pour éviter la propagation.

Il importe enfin de surveiller attentivement la coqueluche, et de la soigner *usque ad finem* : celles qui sont abandonnées à elles-mêmes s'accompagnent sourdement de lésions variées, parmi lesquelles il faut toujours redouter l'apparition de tuberculose. L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Note sur la valeur de l'examen radioscopique et radiographique dans le diagnostic de l'hypertrophie du thymus. (M. Ferrand et Chatelin. *Soc. de Pédiat.*, 25 avril 1911.) — Dans les cas *typiques et purs*, l'ombre thymique d'une part, les ombres ganglionnaires d'autre part, ont des caractères qui semblent bien nets. L'ombre thymique est médiane et fait corps avec l'ombre cardiaque qu'elle déforme et agrandit surtout en haut et à gauche, limitée par des contours nets, d'intensité égale dans toutes ses parties. Les ombres ganglionnaires sont moins souvent médianes; elles sont plus bas situées, polycycliques, d'intensité inégale.

Il en est tout autrement s'il s'agit d'une adénopathie haute, médiane, volumineuse, ou lorsque hypertrophie thymique et adénopathie coexistent.

Dans ce cas alors, le diagnostic radioscopique donne lieu aux mêmes hésitations, aux mêmes incertitudes que l'examen clinique. L. BABONNEIX.

Kyste hydatique du foie avec ascite chez un enfant. (*Rassegna di Pediatria*, août 1911.) — Le professeur Cesare Cattaneo a eu l'occasion d'observer un garçon de sept ans et demi, porteur d'un kyste hydatique du foie. Il rappelle d'abord que cette affection est rare dans l'enfance, même dans les pays où les kystes par échinocoque sont fréquents chez l'adulte. C'est ainsi qu'en Irlande, dans la péninsule des Balkans, en Argentine, dans l'Etat de Victoria (Australie) et en Poméranie, la proportion des enfants atteints varie de 4 à 13 p. 100 du total des kystes hydatiques.

L'intérêt particulier de l'observation rapportée par l'auteur consiste dans le fait que le kyste hépatique s'accompagnait d'ascite abondante. Deux ponctions exploratrices furent pratiquées : l'une dans le kyste, dont elle démontra nettement la nature, l'autre pour étudier le liquide ascitique. Celui-ci était de la couleur du jaune de l'œuf, et des tentatives de culture faites par le professeur Bertarelli demeurèrent absolument négatives. Au microscope apparurent d'innombrables gouttelettes brillantes, semblables à de la graisse, mais se colorant mal par l'acide osmique. Abandonné à lui-même, le liquide, alcalin et d'une densité de 1,015, se séparait en une mince couche supérieure d'un blanc jaunâtre, et au-dessous le reste qui demeurait couleur jaune d'œuf, passant au vert bouteille les jours suivants. Ce liquide, trouble, ne se clarifiait pas par l'éther et le chloroforme, et toutes les recherches faites relativement à la présence des pigments biliaires demeurèrent sans résultats. Il était donc logique de songer à une ascite chyleuse dont la couleur jaune eût pu être due à la lutéine; mais l'enfant n'absorbait pas d'œufs, d'où provient cette dernière. Pour expliquer l'ascite chyleuse, il eût fallu d'ailleurs admettre une lésion du conduit chylifère due à la compression exercée par le kyste ; mais cette hypothèse était en opposition avec le bon état de santé générale de l'enfant.

D'autre part, l'absence de clarification par l'éther et la minime quantité de graisse que ce dernier solubilisait allaient également à l'encontre de l'hypothèse d'une émulsion graisseuse telle que l'ascite chyleuse. Aussi l'auteur songea-t-il à une de ces ascites dites lactescentes, ou non adipeuses, ou pseudo-chyleuses, lesquelles accompagnent parfois des lésions inflammatoires ou néoplasiques des divers organes de la cavité abdominale, quoique, à sa connaissance, elles n'aient encore jamais été signalées avec les kystes hydatiques. L'étiologie et la nature de ces épanchements sont encore très incertaines. La lactescence et la couleur jaune semblent dues à la présence d'un composé de globuline et de lécithine. Mais celui-ci est-il préformé dans le sang, ou résulte-t-il de combinaisons consécutives à l'épanchement, on l'ignore, de même qu'on ignore pourquoi cette forme d'ascite est si rare, alors que les affections des organes abdominaux auxquelles elle s'associe sont si fréquentes.

A propos de cette observation, le professeur C. Cattaneo a recherché dans la littérature mondiale tous les cas de maladie hydatique relatifs à des enfants, jusqu'à l'âge de quinze ans. Il en a trouvé 257 dont on trouvera l'énumération par organes atteints avec les renseignements de date, d'auteurs, d'âge et de sexe dans l'intéressant travail que nous venons de résumer rapidement. A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'hépatisation lombaire dans la première enfance. (Ad. d'Espine et Mallet. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1911.) — La fréquence de la broncho-pneumonie et la rareté de la pneumonie franche, dans les deux premières années, sont un axiome de pathologie infantile. Cependant les auteurs pensent que la pneumonie franche rudimentaire du sommet peut se rencontrer assez souvent dans la première enfance, et à l'appui de leur thèse ils apportent un certain nombre d'observations. Tantôt il s'agit d'une véritable pneumonie, tantôt l'affection évolue avec une première phase de broncho-pneumonie à laquelle succède une pneumonie. Ce mélange des deux formes pneumoniques a été signalé par Hénoch sous le nom de *forme intermédiaire*; Schmaus insiste sur le fait que chez les enfants la pneumonie croupale a souvent une extension lobulaire ; on conçoit dans ces cas la difficulté considérable du diagnostic,

entre pneumonie et broncho-pneumonie : ce qui est à retenir au sujet de ces hépatisations lobaires de la première enfance, c'est *leur gravité exceptionnelle*, due soit à une complication de pneumococcie généralisée, soit à un mélange de pneumonie fibrineuse et de broncho-pneumonie, soit à une complication rénale ou intestinale. L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement scientifique pratique de la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur Louis RÉNON.

Ce nouveau livre est en quelque sorte une suite au *Traitement pratique de la tuberculose pulmonaire*, paru en 1908 et depuis longtemps épuisé. Comme le dit fort justement M. Rénon, en trois ans le traitement de la tuberculose a subi une si grande évolution, qu'il était impossible de rééditer purement et simplement l'ancien ouvrage. — Dans ce nouveau livre, l'auteur a réuni toute une série de conférences sur ce sujet, traitant la question au point de vue tout neuf de l'actualité scientifique la plus récente.

L'ouvrage débute par quelques généralités sur le bacille de Koch, ses toxines, etc., puis très rapidement l'auteur envisage le *traitement rationnel simple de la tuberculose*, c'est-à-dire la cure d'air, le repos, l'hygiène individuelle, l'alimentation. De très judicieuses considérations sont consacrées à toutes ces questions, développées sans esprit de parti pris, sans esprit théorique absolu. Puis vient l'exposé du *traitement biologique par les sérums*, puis par les *tuberculines* ; tandis qu'en 1908, très sceptique sur la valeur de ces méthodes, le docteur Rénon ne leur consacrait qu'une faible mention, elles sont au contraire longuement étudiées dans ce nouvel ouvrage : avec un esprit très scientifique, les résultats obtenus avec chacune d'elles sont discutés, commentés, et la conclusion qui s'en dégage est que, sans en attendre la guérison dans tous les cas, le médecin a souvent en elles un précieux adjuvant qu'il ne doit pas négliger : de toutes manières, le médecin, comme l'étudiant qui désirera se documenter à ce point de vue, pourra le faire simplement et rapidement à la lecture des trois ou quatre leçons qui sont consacrées à ce sujet.

Non moins intéressants sont les chapitres qui suivent : ils sont consacrés à la *chimiothérapie*, la *physiothérapie*, et l'*opothérapie* et tour à tour les résultats fournis par la méthode de la recalcification, l'électrothérapie, la radiothérapie, la crinothérapie, sont discutés. Le dernier chapitre est consacré au *traitement chirurgical* (méthode de Bier, pneumotomie, pneumothorax artificiel, etc.). Tel est rapidement résumé le plan général de cet ouvrage, extrêmement intéressant à lire, fort utile à consulter, et qui met au point toute une série de recherches, dont à l'heure actuelle une connaissance aussi parfaite que possible doit être exigée de tous les médecins.

L. BABONNEIX.

La Jurisprudence générale et la législation de la médecine-pharmacie (2).

Cet ouvrage s'adresse avant tout à ceux qui exercent une des professions concernant l'art de guérir, et en même temps aux jurisconsultes.

La première partie se compose de la jurisprudence, c'est-à-dire des jugements ou arrêts se rapportant tous sans exception à des questions médicales ou pharmaceutiques.

Les auteurs ont centralisé, dans cette partie, toutes les décisions judiciaires sans exception intéressant chacune de ces professions et publiées depuis quinze ans (1895-1910 inclus) dans toutes les revues judiciaires de Paris et des départements.

C'est dans près de 100 publications judiciaires, dont le lecteur trouvera la nomenclature en tête de l'ouvrage, que les recherches ont été faites avec le soin le plus minutieux et de la façon la plus complète.

Ces décisions, au nombre de plus de 1.500, sont classées par ordre de professions, de matières et de cas.

Une table générale simple et très claire rend la recherche facile à chacun des lecteurs.

Tous les textes *in extenso* de chacune des décisions, qui ne sont bien entendu qu'analysées, avec la référence des revues judiciaires qui les ont publiées, sont à la disposition des lecteurs pour le prix simple de la copie.

La deuxième partie de l'ouvrage se compose de la législation médicale et pharmaceutique.

On y trouvera, tout d'abord, chacun des articles des différents codes qui se rapportent aux professions intéressées.

Ensuite depuis 1748 jusqu'à 1910 inclus, les lois, les décrets, les arrêtés et circulaires ministériels, les ordonnances de police, les simples avis même, ont tous sans aucune exception été réunis dans cette partie de l'ouvrage par ordre chronologique.

Tous les documents législatifs de quelque nature qu'ils soient, qui régissent les professions de l'art de guérir, se trouvent ainsi à la portée du lecteur qui pourra les consulter intégralement chaque fois que cela lui sera nécessaire ou utile.

L. GAYARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

P. ESNAULT. Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de la vulve. — P. TESSONNIÈRE. Lipomes du sein et de la région mammaire. — E. DUPLAN. Contribution à l'étude de l'ulcéro-cancer gastrique. — T.-C. RAUGÉ. Le traitement des cavités osseuses par la vaseline iodoformée. — P. LAUGÉ. Contribution à l'étude des tumeurs de la glande sacro-coccygienne de Luschka. — J. ARNAUD. De l'hémiplégie chez les tabétiques. — H. CHABROL. Contribution à l'étude de la luxation du semi-lunaire. — J. FREZOULS. Sur le buchu. — J. AMIEUX. Contribution à l'étude du massage et de la mobilisation précoces dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. PEYROT. Essai sur le pronostic de la fièvre de Malte. — R. GAU. Traitement de l'attaque et de la fureur épileptiques par le trional. — DAVIDOFF-MASLOFF. Contribution à l'étude du sarcome du sein. — N. SOROKINE. Le mécanisme de la ptose rénale d'après les travaux de Volkow et Délitzin. — E. GOROVENKO. La fièvre de Malte chez l'enfant. — N. LÉONOFF. Des tumeurs du ligament rond. — T. STAMBOLIEFF. Pathogénie de la maladie de Parkinson. — S. OSNAS. Rapport de l'appendicite et de la pneumonie. — E. RABINOVITSCH. De l'albumino-réaction des crachats des tuberculeux. — DEMELLE, née YAKOUNER. Les asiles pour femmes enceintes. — V. PLESCATCHEVSKY. Contribution à l'étude des lymphangiomes. — FELDMANN, née SMIRNOFF. Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par l'autosérothérapie et la ponction minime. — NASSIBOBB, née MALUJENKO. Contribution à l'étude du traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par le sérum de Dopter. — GALONIER, née GRATZINSKY. Etude d'un cas anormal de sclérose latérale amyotrophique. — R. ZANDER. Sur le traitement orthopédique de la scoliose par les appareils de Zander. — O. SCHMAKOWA. Les critiques récentes de la loi biogénétique fondamentale. — V. GEORGIEWSKY. Contribution à l'étude de l'œdème infectieux du nourrisson. Etude clinique, étiologique et pathogénique. — H. LEVENSON. Sur un syndrome de dissociation syringomyélique des sensibilités greffé sur une ancienne paraplégie flasque (méningite et poliomyélite). — Z. AGACIANTZ. Les kystes congénitaux de la région latérale du cou. Revue générale.

(1) Paris, Masson et Cie.
(2) Gr. in-8° de 1000 pages. — Prix : 20 francs (0 fr. 85 en plus pour la province). — Paris, « Recueil Phily », 9, rue Bertin-Poirée.

NOTES POUR L'INTERNAT

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE (1)

Auscultation. — Celle-ci doit porter successivement sur les régions ganglionnaires et sur les poumons; l'auscultation de la région ganglionnaire postérieure permet d'entendre un *souffle expiratoire, bronchique*, souvent tubaire, quelquefois caverneux ou amphorique (Baréty) et chez le nourrisson un *cornage expiratoire*; on note souvent l'existence d'un *gros ronchus*, bruyant, sonore, sur lequel Rilliet et Barthez ont attiré l'attention, et qui s'entend parfois à distance. Le souffle expiratoire bronchique est ordinairement sec; quelquefois il est accompagné de râles sous-crépitants, ou de râles humides, qui, associés au souffle expiratoire caverneux, constituent les *signes pseudo-cavitaires* de l'adénopathie trachéo-bronchique; l'on est mis sur la voie du diagnostic exact, par la localisation spéciale (région du hile).

L'auscultation de la *voix* donne le signe de la voix soufflée (Woillez), la toux et le cri prennent un retentissement exceptionnel. D'Espine a insisté sur l'auscultation de la *voix forte ou chuchotée*, ou du cri, chez le petit enfant, au niveau de la colonne vertébrale, entre la septième et la quatrième vertèbre dorsale; on observe un retentissement exagéré de la toux et de la voix, de la *broncho-phonie*, et si l'enfant parle à voix basse, de la *pectoriloquie aphone*; c'est le chuchotement de d'Espine, phénomène analogue à la pectoriloquie aphone de Baccelli, et qui, d'après d'Espine, serait souvent le seul signe de l'adénopathie bronchique.

L'auscultation de la région antérieure permet parfois d'observer quelques-uns de ces signes, mais surtout elle permet la recherche du *signe de Smith*; si l'on ausculte, à l'aide du sthétoscope placé sur le bord droit du sternum, en ayant soin de placer la tête de l'enfant en extension forcée, on entend un murmure veineux, continu, avec renforcement; c'est là, le signe de Smith, dont on explique la production par la compression de la veine cave, par les ganglions hypertrophiés.

L'auscultation des *poumons*, en dehors des cas où l'adénopathie coexiste avec une lésion très nette de ces organes, permet de constater un signe important, consistant en la diminution du murmure vésiculaire dans tout un poumon, ou dans une partie du poumon, tandis que la sonorité à ce niveau reste normale. Rappelons, sans y insister plus longuement, la fréquence des lésions fluxionnaires que nous avons déjà signalées (bronchites à répétition, poussées congestives, transitoires et variables, etc.).

A ces signes physiques il faut ajouter les renseignements fournis par l'examen *radioscopique* et la *radiographie*; on pratiquera successivement l'examen antérieur et postérieur du thorax, puis, l'examen latéral oblique postérieur gauche, et antérieur droit. Entre l'ombre vertébrale et l'ombre cardiaque, existe normalement un espace clair, médian; en cas d'adénopathie, cet espace est obscurci, sur une partie de sa hauteur. Il sera bon pendant cet examen, de faire pencher l'enfant en avant, de manière à augmenter ainsi l'espace clair visible, entre la colonne vertébrale et l'ombre cardio-aortique. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces constatations, en discutant le diagnostic de l'hypertrophie du thymus et des tumeurs du médiastin.

c. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Ceux-ci sont très variables: parfois l'état général est à peine modifié; dans d'autres cas, l'adénopathie n'est qu'un des éléments de la tuberculose diffuse chronique des enfants; ceux-ci sont pâles et amaigris, le foie et la rate sont hypertrophiés, il existe de la *micro-polyadénopathie*; dans d'autres cas, enfin, la phtisie bronchique constitue la seule manifestation tuberculeuse et c'est tout au plus si l'on peut relever quelques accès de fièvre, la perte de l'appétit, un léger amaigrissement; signalons, dans certains cas, la tachycardie; nous aurons d'ailleurs à revenir sur ces troubles cardiaques allant parfois jusqu'à l'asystolie, en étudiant les complications.

Auparavant, il est indispensable d'énumérer un certain nombre de formes cliniques.

FORMES CLINIQUES. — Nous venons d'étudier successivement les *formes latentes*, les *formes frustes*, de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant, puis la *phtisie bronchique* avec un minimum de symptômes pulmonaires: il nous faut opposer à ces variétés l'adénopathie *associée à une tuberculose pulmonaire* avancée, type clinique bien étudié par M. Fernet, et qui réalise un syndrome spécial constitué par l'association des symptômes de localisation pulmonaire (sommet le plus souvent), d'adénopathie, bruits pseudo-cavitaires et d'engorgement à la base du poumon du même côté, simulant souvent une pleurésie.

Suivant la prédominance de certains symptômes, on peut décrire une forme antérieure ou *vasculaire*, une forme postérieure *trachéo-œsophagienne*, une forme *asthmatique* (asthme ganglionnaire de Joal), une forme *laryngée*, une forme à prédominance *des troubles cardiaques* (forme asystolique, etc.); suivant *la cause*, on peut envisager une forme aigüe banale, s'observant à la suite de toute maladie infectieuse, une forme tuberculeuse, soit tuberculeuse primitive au moins en apparence, soit secondaire à une tuberculose avancée du poumon; une forme cancéreuse (primitive ou secondaire), leucémique, syphilitique, etc., sur lesquelles nous reviendrons; une forme où s'associent la syphilis et la tuberculose, etc.; il existe enfin des formes suivant L'AGE.

Chez le nourrisson, il existe du cornage expiratoire, avec dyspnée très vive, allant jusqu'au tirage sus et sous-sternal; l'emphysème pulmonaire est fréquent, la marche en est rapide, avec amaigrissement, dyspnée, cyanose, et mort par suffocation, généralisation tuberculeuse, exceptionnellement hémoptysie.

CHEZ L'ADULTE, l'adénopathie passe souvent inaperçue, en raison de l'importance des lésions pulmonaires, qui en font négliger l'étude. Récemment M. Roch (*Sem. médicale*, février 1911) a insisté sur cette forme, ainsi que M. Cassaët, qui en a décrit plusieurs types cliniques. Les signes subjectifs sont les mêmes que ceux décrits chez l'enfant (souffle bronchique, obscurité respiratoire, distension des veines du cou, inégalité pupillaire, paralysie récurrentielle, signe de Smith). — Pétruschky signale une sensibilité douloureuse spéciale des apophyses épineuses (spinalgie), entre les deuxième et septième vertèbres dorsales; Neisser conseille d'apprécier l'hypersensibilité ganglionnaire par le sondage œsophagien. Les signes directs sont tirés de l'examen radioscopique, des renseignements fournis par la percussion, enfin de la recherche du *signe de d'Espine*, surtout le *chuchotement*, qui s'observe au niveau de la cinquième et de la sixième apophyses dorsales, un peu plus bas que chez l'enfant, signe absolument pathognomonique, d'après M. Roch.

M. Cassaët décrit plusieurs types cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte: *une forme asthmatique* qui s'observe chez les sujets prédisposés aux manifestations arthritiques: l'asthme ganglionnaire est assez irrégulier dans son apparition, la dyspnée n'est pas nettement expiratoire, l'inspiration est pénible et peut s'accompagner de tirage; les crachats perlés font défaut, enfin on note souvent soit une congestion pulmonaire du sommet du même côté que l'adénopathie, soit une dilatation aiguë, mais passagère du cœur avec pouls petit, cyanose, tendance à la syncope.

Une *forme cardiaque*, tantôt avec simple abaissement du cœur et dilatation aiguë ou permanente des cavités cardiaques, tantôt avec compression de l'aorte et tous les signes de rétrécissement aortique, d'hypertrophie cardiaque et d'asystolie consécutives, enfin une *forme congestive*, s'accompagnant de poussées plus ou moins fréquentes de congestion pulmonaire unilatérale du sommet, à allure tantôt franchement aiguë, tantôt subaiguë, tantôt intermittente. Cette congestion intermittente peut aboutir à la sclérose du sommet du poumon.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 104, p. 1512, et n° 107, p. 1550.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 27 septembre 1911. — Question donnée : « Configuration et rapports de la trachée. »

MM. Roullaud et Piédelièvre, 10; Roullet, 11 ; Ravina, 16; Roullé, 13; Perrin, 12 1/2; Parisot, 11 1/2; Royer, 12; Rousseau (Charles), 7 1/2; Rouffiat, 11; Pigney, 4; Roubakine, 13; Mme Schechter, née Revoutzky, 11; MM. Pradignac, 12; Raynier, 9.

Pathologie. — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement de la hernie inguinale étranglée. »

MM. Deguy, 10 ; Enriquez, 10 1/2; Ducomet, 8 1/2; Dell' Amore, 9; Désignole, 13; Chabanier, 17; Cerf, 14; Chapotel, 12 1/2; Charbonnier, 10 1/2; Doumer (Armand), 7; Caracostea, 10 1/2; Colombet, 17; Esseca, 13 1/2; Demarne, 14 1/2; Chataignon, 8 1/2; Doubrère, 15 1/2.

Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Examen d'une malade au point de vue gynécologique. »

MM. Devauchelle, 10; Calvet, 13 1/2; Mlles Demadières, 18; Chauveau, 11 ; MM. Bernard (Roger), 14 1/2; Berthon, 14; Bouchard, 15; Bozonet, 13; Boutelier, 13 1/2; Bucquet, 11; de Brun du Bois-Noir, 16; Adam, 16 1/2; Bruant, 13; Adler, 11; Mlle Bagot, 17; M. Calas, 10.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décrets en date du 24 septembre 1911, sont promus dans le corps de santé militaire, et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Brousse, Sanglé-Ferrières, Boppe, Hublé, Billet, Ferraton, Dupard et Delamare.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Pitois, Prost-Maréchal, Munschina, Bassères, Verdier, Hugard, Frilet, Bernardy, Landouzy, Delorme, Trilhe, Odile, Braun, Jacob, Labanowski, nommé médecin chef du service de santé de la place et des salles militaires de l'hospice mixte de Caen; Adriet, nommé médecin chef du service de santé de la place et des salles militaires de l'hospice mixte de Remiremont; Dupeyron, Martin, nommé médecin chef du service de santé de la place et de l'hôpital de Briançon; d'Audibert Caille du Bourguet, Nicolas, Vallois, nommé médecin chef de l'hôpital de Constantine.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gerbaux, Mathieu passe au 132e d'inf.; Lascoutx, du Roselle passe aux hôpit. de la division d'Alger; Rambaud, Duhaut, Geysen passe au 43e d'art.; Guichard, Rieux, Pesch, Conor, Jolly, Foley, Augier passe au 49e d'inf.; Velten, Daussat, Romary, Viguier, Gorse passe à l'hôpit. milit. de Lille; Vigerie, Cadiot, Pinot, Sacquépée, Lesterlin, Job, Védrines passe au 2e étranger; Vandenbossche, Colomb, Langlois passe au 153e d'inf.; Guichemerre, Lafforgue, Palet passe au 107e d'inf. , Cousergue, Jaffary.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Robert, Ségui passe au 2e bat. d'inf. légère d'Afrique; Touzet, Revel, Winkler passe au 37e d'inf.; Lutrot, Andrieu, Jacquinot, Cellerier, Paitre passe au 60e d'inf.; Muller, Clarion passe au 19e chass. à cheval; Mahaut, Chaufour passe au 128e d'inf.; Jeanty, Turcan, Fournier, Grenier, Mandoul passe à l'hosp. mixte de Tours ; Barberousse, Liberge, Chauliac, Vignon, Bailly, Louis passe aux hôpit. de la division d'Oran; Giraud passe au 58e d'inf.; Cot, Guionie, Pinat, Fontan, Hornus, Lévy, Peyre passe aux hôpit. de la division d'Oran ; Causeret, Rabaïoye, Castres, Rigal, Mairesse, Bonnet, Peutot, Dabat passe aux hôpit. de la division d'Oran, Joseph dit Orme, Chatain, Bergès, Trollat, Maillard, Montet, Hahn passe au 2e bat. de chass. à pied; Troché, au 5e d'inf.; Arnould, au 18e bat. de chass. à pied; Masson, Perdrizet, Hugel passe aux hôpit. de Tunisie; Drouhet et Rayot.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 24 septembre 1911, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Capus.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Bellard, Allain, Emily et Devaux.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Binard, Rencurel, Erdinger, Gallas, Bec, Guitard, Parazols, Chagnolleau, de La Barrière, Guillon, Dubruel et Chartres.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Garnier, Jaurégui-

RENSEIGNEMENTS

ber, Javelly, Bellonne, Bonduel, Guérard, Combe, Cariès, Bridier, Bongrand, Fournier, Maupetit, Destelle, Trividic et Colat.

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE. — Une conférence sanitaire internationale se réunira le 10 octobre, à Paris, au ministère des Affaires étrangères. Elle comprendra les représentants de quarante Etats environ au lieu de vingt-trois gouvernements qui participaient à la conférence de Paris de 1903.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE (dispensaire des maladies de la bouche et des dents, 20-22, passage Dauphine). — L'ouverture de l'Ecole française de stomatologie (deuxième année) aura lieu le lundi 16 octobre prochain.

Nous rappelons que l'école donne son enseignement aux étudiants en médecine ou aux médecins désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie (maladies de la bouche et des dents, prothèse, etc.).

Pour l'inscription et tous renseignements, s'adresser au docteur Beltrami, directeur adjoint, au siège de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

DÉVOUEMENT D'UN MÉDECIN. — Pendant l'épouvantable catastrophe qui vient de mettre la France en deuil, nos confrères de la marine ont donné des preuves multiples de courage et de dévouement. Le *Temps* signale que, dès la première explosion, le médecin de deuxième classe Cristau, de la *Vérité*, qui était de garde, reçut l'ordre de se rendre sur les lieux, afin de prodiguer ses soins aux premiers blessés. Il fit diligence et ne tarda pas à accoster la *Liberté*. Il venait à peine de parvenir sur le pont de ce navire que soudain détona l'effroyable explosion qui détruisait le cuirassé. Comme par une bourrasque de feu, le médecin fut emporté. Ses vêtements étaient réduits à l'état de lambeaux, sa casquette était déchirée, son sabre arraché; il avait la barbe, les cils et les sourcils roussis et il était lui-même projeté par-dessus bord et lancé au loin, à la mer. M. Cristau, qui n'avait point perdu connaissance, put nager et se maintenir sur l'eau. On le repêcha et l'on constata qu'il n'avait que des contusions sans gravité. Le médecin militaire Cristau, qui l'avait échappé belle, se remit à soigner les blessés avec un dévouement admirable.

LES BLESSURES OCCASIONNÉES PAR LES POUDRES MODERNES. — Un médecin de l'hôpital de Saint-Mandrier, où les blessés de la *Liberté* ont été transportés, a déclaré à un correspondant du *Temps* :

« C'est la première fois, en France, qu'on voit l'action explosive des poudres modernes. La plupart des plaies, au lieu de se présenter par des sections nettes, se font remarquer par l'état des muscles qui sont en bouillie. Les os sont fragmentés, aussi les pronostics sont très défavorables pour les amputations; les segments sont décollés sur une très grande surface.

Un matelot, que j'ai examiné, présente une plaie par décollement de toute la région lombaire, dans laquelle on peut introduire l'avant-bras tout entier, du bas des reins jusqu'à l'omoplate. Les gaz ont fusé sous la peau et ont produit d'immenses décollements. Par suite du mauvais état des reins, les amputations seront difficiles.

A remarquer la fréquence des plaies du crâne. Cinq ou six blessés présentent un large enfoncement de la boîte cranienne. Deux sont morts après l'opération de la trépanation. Certains cadavres sont complètement mutilés ; l'un est horriblement éventré, l'abdomen ouvert laisse échapper les intestins sortant de tous côtés. Trois ou quatre blessés ont le crâne éclaté, vide de la cervelle qui a rejailli sur les autres. Un cadavre est complètement déchiqueté, laminé; un malheureux est mort écorché vif, la peau a disparu des pieds à la tête; les articulations sont ouvertes; les os et les muscles sont réduits en bouillie. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lutz, pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris, professeur à la Faculté de médecine et à l'Ecole de pharmacie de Paris, et Tranier (de Toulouse).

HOPITAL BRETONNEAU. — M. Ombrédanne, agrégé, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 5 octobre, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (SERVICE DU DOCTEUR EMILE SERGENT). — *Cours de technique clinique médicale élémentaire* à l'usage des débutants, avec la collaboration de MM. Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux; Lian et d'Heucqueville, anciens internes des hôpitaux ; St. Chauvet et Pruvost, internes des hôpitaux.

Ce cours sera exclusivement consacré à l'étude des méthodes usuelles d'examen des principaux appareils et d'exploration des principales fonctions.

Il est destiné, non pas à décrire les symptômes des maladies, mais à enseigner la manière de les rechercher et de les constater.

Il a pour but de préparer les élèves, qui seront exercés individuellement, à tirer un profit convenable de l'enseignement clinique quotidien qu'ils recevront ensuite dans les services hospitaliers auxquels ils seront attachés par la Faculté.

Le cours commencera le 1er novembre et comprendra environ trente démonstrations qui seront faites l'après-midi.

Le nombre des élèves étant limité, se faire inscrire dans le service, à la Charité.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 15 août 1911.) — ZANGEMEISTER : Sur l'auto-infection puerpérale. — RAMSAUER et CAAN : Sur l'état des organes après injections de radium au lieu choisi. — VEIEL : Sur l'influence des mouvements passifs sur le cours du sang. — STRAUSCH : Sur les hémorragies cutanées de stase. — SCHMIDT : Sur le diagnostic et le traitement de la goutte. — HOFFMANN : Sur la désignation de l'agent de la syphilis avec remarques sur sa place dans la classification. — ABELIN : Début et durée de l'excrétion du salvarsan par l'urine après injection intraveineuse. — HOFMANN : Ictère mortel après le salvarsan. — DÖBLIN : La mortalité après le traitement par le lait au sein et l'albumine du lait. — LEDERER et STOLTE : Sur la question de l'influence psychique sur l'action cardiaque. — REIMERS : Contribution à la technique de l'anesthésie locale en rhinolaryngologie. — WERNER : Hernie diaphragmatique intercostale. — HAEBERLIN : Asphyxie post-opératoire après la narcose au pantopon scopolamine-chloroforme. — BRAUCH : Un cas d'abcès pulmonaire avec guérison spontanée. — FOERSTER : Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — LAUBENHEIMER : Sur la thérapeutique par le radium-ferment. — OPPENHEIM : La phosphaturie.

Paris médical. — (N° 43, 23 sept. 1911.) BALZER : Les nouveaux traitements de la syphilis par les dérivés arsenicaux spécifiques. — HIRTZ : Dyspnées. — H. LABBÉ et VIOLLE : L'acidose et la thérapeutique alcaline du coma diabétique.

Presse médicale. — (N° 75, 20 sept. 1911.) HAYEM : La médication dialytique. — Gilbert BALLET et HISCHMANN : Troubles auditifs et oculaires consécutifs à l'emploi de l'hectine. — DESFOSSES : Orthopédie pratique. Le traitement du torticolis congénital. — MARTINET : Stase gastroduodénale et décubitus latéral droit. — (N° 76, 23 sept.) KLIPPEL et M.-P. WEIL : Les complications nerveuses de l'ulcère de l'estomac (polynévrites et pseudo-tabes polynévritique).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 33, 17 août 1911.) KÜRT : Symptomatologie physique de l'insuffisance mitrale. — WEISSKOPF : Méthode de diagnostic bactériologique du choléra. — ARNOLD : Névrite optique dans le typhus exanthématique. — DONATH : Sur l'emploi thérapeutique de la phytine liquide en pédiatrie. — (N° 34, 24 août.) VOLK : Sur les formes atypiques du psoriasis. — JAWORSKI : Hypodynamie diarrhéique du cœur. — NEUMANN : Sur quelques troubles rares de la parole et la rhinolalie partielle. — KIONKA : La boue minérale ferrugineuse de Franzenbad.

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES ENKYSTÉES (*)

Par Henri PAILLARD,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Définition. — Les pleurésies enkystées sont des épanchements constitués dans une portion limitée de la séreuse pleurale, isolée du reste de la cavité par des adhérences plus ou moins épaisses. Ces pleurésies peuvent revêtir, du fait de leurs localisations, de leur étiologie et de leur gravité, les aspects les plus divers rendant leur diagnostic parfois difficile.

Etiologie. Pathogénie. — Les pleurésies enkystées sont, dans bon nombre de cas, consécutives à des *lésions pulmonaires* sous-jacentes : lésions pneumococciques ou tuberculeuses. Elles peuvent succéder à des *lésions de voisinage* : suppuration sous-phrénique (cholécystite, abcès du foie, abcès sous-phrénique, phlegmon périnéphrétique) pour la pleurésie diaphragmatique; péricardite ou infection péri-œsophagienne pour la pleurésie médiastine. Enfin, dans d'autres cas, il est impossible de placer à leur origine autre chose qu'une *infection générale*, quelquefois grave, presque toujours atténuée et plus ou moins apparente cliniquement; c'est le cas pour certaines pleurésies streptococciques d'origine puerpérale; c'est le cas aussi pour quelques pleurésies tuberculeuses où l'infection de la séreuse ne semble pas avoir été précédée de localisation pulmonaire.

Nous ne nous étendrons pas davantage ici sur cette étiologie, nous réservant de décrire avec chaque variété de pleurésie enkystée les divers aspects cliniques commandés par les différents facteurs étiologiques.

Au surplus, il nous paraît bien difficile de fournir ici une statistique exacte; les renseignements que nous avons trouvés à ce point de vue sont vraiment imprécis et tout ce que l'on peut dire c'est que dans un service hospitalier parisien on observe en moyenne d'une à trois pleurésies enkystées par an. Cela représente un chiffre assez important, mais il s'en faut que tous les cas soient publiés.

La *pathogénie* des pleurésies enkystées est à envisager dans deux conditions bien différentes : ou bien la plèvre était antérieurement malade et cloisonnée; l'épanchement se localise alors à une ou plusieurs des logettes préexistantes; cela se voit assez souvent chez les tuberculeux; ou bien la plèvre était entièrement saine et c'est au fur et à mesure de sa formation que la pleurésie s'est enkystée; c'est le cas le plus fréquent et le plus intéressant. Il importe tout d'abord de remarquer que les pleurésies enkystées sont rarement le fait d'un processus rapide, mais presque toujours au contraire d'un processus subaigu, sinon chronique; les fausses membranes « ont le temps » de se former; de plus, il est peu vraisemblable qu'au début la lésion pleurale soit absolument limitée à la région où se produit plus tard l'enkystement; les lésions sont plus diffuses mais l'infection demeure prédominante dans une fente ou un cul-de-sac de la plèvre, peu brassé par les mouvements respiratoires, peu apte à la résorption, favorable à la rétention. Alors que le processus inflammatoire est à son début, il s'y constitue des fausses membranes, puis le liquide est progressivement épanché et lorsque sa quantité s'accroît d'une façon assez considérable il trouve à sa limite une barrière d'adhérences plus ou moins épaisses qui empêche son extension. Ne pouvant se déverser dans la plèvre, le liquide franchira l'obstacle le plus fragile, c'est-à-dire le tissu pulmonaire, et sera évacué par vomique.

Anatomie pathologique. — Nous avons à cet égard deux sources d'informations : les autopsies et les interventions chirurgicales. Les autopsies ne nous renseignent que sur les variétés graves des pleurésies enkystées terminées par la mort et qui sont presque toujours des formes putrides. Les interventions chirurgicales nous fournissent des indications sur toutes les variétés, mais ces indications sont forcément incomplètes et purement macroscopiques.

C'est à l'aide néanmoins de ces divers renseignements que nous allons étudier rapidement les lésions pleurales, les lésions pulmonaires, les lésions nerveuses.

Lésions pleurales. — On vient d'ouvrir la grande cavité pleurale; si on essaie de contourner le poumon avec le doigt, on est arrêté dans la région malade par une masse plus ou moins volumineuse, dure ou rénitente, qui comble la plèvre et adhère au poumon. Si, se donnant un peu de jour, on examine attentivement la séreuse dans cette région, on voit que, de part et d'autre des adhérences, la plèvre est très souvent un peu épaissie et vascularisée; ainsi qu'il est facile de le concevoir, l'infection déborde un peu sur la grande cavité pleurale. Nous arrivons aux adhérences; elles sont plus ou moins épaisses et consistantes; suivant les cas, il faut les dissocier, les déchirer ou les sculpter; sitôt perforées, un flot de pus indique qu'on a pénétré dans la cavité et, l'ouverture étant largement agrandie, on explore la poche purulente du doigt et du regard. Le doigt constate l'irrégularité anfractueuse de la paroi, sa consistance inégale, sclérosée dans l'ensemble, mais ramollie par endroits. L'inspection montre cette paroi tomenteuse, jaunâtre si de nombreuses couches de fibrine se sont déposées en strates successifs, brun noirâtre si des hémorragies ont infiltré cette paroi, sphacélée quelquefois avec des fragments de poumon « effrités » et fétides. Parfois l'exploration de la cavité met en évidence une communication avec les bronches par laquelle s'est produite une vomique.

Le processus histologique des lésions pleurales est le même que dans les pleurésies de la grande cavité; nous ne nous y arrêterons pas. De même, le pus présente un aspect variable suivant qu'il est pneumonique, streptococcique, putride ou tuberculeux, mais le fait que la pleurésie est enkystée ne lui fournit aucun caractère propre.

Les *lésions pulmonaires* sont évidemment de deux ordres; tantôt elles ont précédé la pleurésie enkystée (pneumonie, foyer tuberculeux), tantôt

(*) Notre regretté maître, le professeur Dieulafoy, nous avait en juillet dernier donné quelques conseils pour la rédaction de ce travail; c'est de son lumineux enseignement que sont principalement inspirées ces pages, et au surplus il nous avait autorisé à reproduire textuellement un fragment de ses leçons sur la pleurésie interlobaire. — H. P.

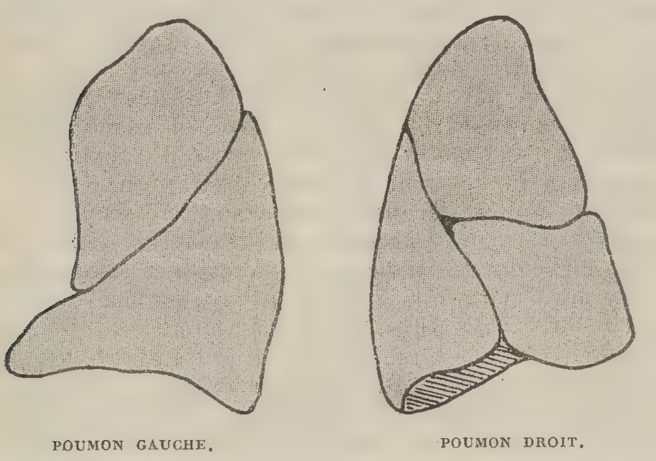
elles lui sont secondaires et consistent en une coque hépatisée ou splénisée, modérément épaisse; c'est cette enveloppe pulmonaire qui fournit les signes d'auscultation, les râles de congestion que nous étudierons plus loin, et qui, s'ils n'ont pas en soi une grande valeur séméiologique, ont du moins l'avantage de montrer le siège du foyer.

Dans la pleurésie diaphragmatique, il convient d'étudier les lésions du *nerf phrénique*; elles ne sont pas toujours très nettes, et Lancereaux, Mahé, Balzer, Chauffard les ont trouvées minimes ou nulles; cependant le phrénique peut être lésé davantage dans certains cas où il y a coexistence de péricardite avec englobement direct du tronc du nerf.

Etude clinique. — Nous envisagerons successivement : les pleurésies interlobaires, diaphragmatiques, médiastines; les pleurésies du sommet et les pleurésies enkystées de la grande cavité.

PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

Anciennement connue au point de vue anatomique, elle n'a guère fait l'objet de descriptions cliniques que vers la deuxième moitié du XIXe siècle (Thèses Perrier, Paris 1878, n° 344; Martinez-Mesa, Paris 1879, n° 463; Millet, Paris 1889-1890, n° 80; Pailhas, Paris 1889-1890). En réalité, la pleurésie interlobaire n'est bien connue que depuis le travail du professeur Dieulafoy (1) qui a décrit magistralement la forme pneumococcique, la plus commune; à la suite, ont été publiées de nombreuses observations, et l'on peut actuellement en décrire les signes avec précision.



POUMON GAUCHE. POUMON DROIT.

FIG. 1. — *Les scissures interlobaires* (d'après Dieulafoy).

Nous prendrons comme type la pleurésie interlobaire purulente à pneumocoques.

Début. — Deux cas peuvent se présenter : ou bien la pleurésie interlobaire *succède* à une pneumonie, ou bien elle est *primitive*. Ces deux éventualités doivent être distinguées au point de vue descriptif.

Premier cas : la pleurésie interlobaire succède à une pneumonie. — Tantôt elle est *para*, tantôt elle est *méta*-pneumonique. Voici le malade arrivé au septième, huitième, neuvième jour de sa pneumonie; on prédit et on attend la défervescence, mais, à l'étonnement général, celle-ci ne survient pas; elle ne se produit, ni au point de vue *thermique*, ni au point de vue *fonctionnel*, ni au point de vue des *signes physiques*. Cependant, en observant attentivement le malade, on note que les symptômes se modifient dans une certaine mesure.

Il n'est pas rare que la *température* ait donné l'illusion passagère de la défervescence; le huitième ou le neuvième jour, elle est descendue, dans la nuit, de 40 degrés à 38 degrés ou même plus bas, et l'on se félicite de l'évolution de la maladie; il n'en est rien : la température remonte le soir même et quelquefois après un stade d' « hésitation » de deux ou trois jours la température tend de plus en plus à prendre le type oscillant.

La persistance des *signes fonctionnels* invite le clinicien à ne pas fonder son pronostic sur un crochet thermique d'apparence favorable; la dyspnée est peut-être moindre que pendant la période d'état de la pneumonie, mais le malade reste essoufflé et de plus le point de côté est souvent redevenu intense.

Enfin les *signes physiques* se transforment ainsi : on sait qu'à la suite d'une pneumonie les signes d'auscultation persistent alors que la température s'est abaissée et que la dyspnée a disparu; la base reste « encombrée » pendant deux à quatre jours avant de devenir perméable et sonore; or, si l'on suit les progrès de cette guérison locale chez un malade qui fait une pleurésie interlobaire, on vérifie bien que la respiration normale réapparaît à la base, mais nullement dans la zone moyenne du poumon qui reste obscure ou soufflante; cette constatation très nette dans une observation personnelle (6) est peut-être le premier signe positif de la pleurésie interlobaire post-pneumonique; c'est, en tout cas, le premier pas vers la lésion « suspendue » sur laquelle nous insisterons plus loin.

En résumé : persistance de la température qui esquisse déjà quelques oscillations, persistance des signes fonctionnels avec douleur et dyspnée, persistance des signes physiques à la partie moyenne du poumon alors que la base se libère; tels sont les signes du début. Cette description se rapporte à la pleurésie *parapneumonique*; il nous faut ajouter que dans la pleurésie *métapneumonique* il existe un intervalle apyrétique entre la date de défervescence de la pneumonie et la nouvelle ascension thermique due à la suppuration interlobaire; la température monte alors en quelques échelons rapides, les signes fonctionnels, mal éteints, se réveillent et les signes physiques se modifient comme nous l'avons dit plus haut.

Deuxième cas : la pleurésie interlobaire est primitive. — C'est, d'après Dieulafoy, le cas le plus fréquent, et nous ne saurions mieux faire pour tracer le début de cette affection que reproduire les lignes de la clinique de l'Hôtel-Dieu :

« Rien n'est plus difficile à dépister que le début d'une pleurésie interlobaire. Le point de côté, la fièvre, la toux vous indiquent bien qu'une affection thoracique entre en scène, mais quand il s'agit de fixer la nature et le siège de cette affection thoracique, vous n'avez, pour vous orienter, aucun signe précis. » Ce n'est le tableau ni d'une pneumonie, ni d'une pleurésie, ni d'une fluxion de poitrine (qui est bilatérale), et les signes du début sont d'ailleurs davantage pulmonaires que pleuraux, car dans le voisinage de l'interlobe le parenchyme pulmonaire est fortement fluxionné. « A ce moment, en effet, aux premiers jours de la pleurésie interlobaire, examinez avec soin votre malade, percutez, auscul-

tez la poitrine ; que trouvez-vous ? Vous trouvez soit en arrière, soit dans l'aisselle, dans une région vaguement limitée, de la submatité, des râles, du souffle, signes pulmonaires et non pleuraux. Parfois aussi, percevez-vous quelques frottements erratiques. Rien à l'autre côté de la poitrine : pas de souffle, pas de râles; la lésion est unilatérale. Impossible à ce moment-là de préciser un diagnostic, vous avez conscience qu'il ne s'agit ni d'une pneumonie vraie, ni d'une vraie pleurésie, vous prescrivez une médication d'attente, des ventouses, de la quinine, de l'antipyrine, des potions calmantes et vous observez.

Les jours suivants, même incertitude, même insuffisance des signes fournis par l'examen thoracique. La lésion reste unilatérale ; le point de côté est plus ou moins violent, la toux plus ou moins forte, l'expectoration est nulle ou insignifiante, la fièvre est vive, la température est élevée, la dyspnée est intense, le temps passe et votre diagnostic est toujours indécis. Que le souffle soit plus ou moins fort, que les râles soient plus ou moins étendus, que la matité soit plus accusée, peu importe, vous en êtes toujours à vous demander quelle est la part du poumon et la part de la plèvre dans cette maladie qui ne s'accuse pas franchement et que vous nommez, faute de mieux, pleuro-congestion, ce qui ne vous compromet pas.

Cependant, en face de cet état fébrile et dyspnéique, vous n'êtes pas sans quelque appréhension; vous vous demandez si cette lésion, d'apparence bâtarde, ne cache pas une infection tuberculeuse ; vous arrivez ainsi au dixième, douzième jour de la maladie et la défervescence ne se fait pas. »

Etat. — Que la pleurésie interlobaire soit ou non post-pneumonique, deux phases peuvent être dès maintenant distinguées dans son évolution : la première, où la pleurésie est « fermée », forme une poche purulente incluse entre deux lobes du poumon; la seconde, où la pleurésie est « ouverte », s'est évacuée par vomique et où l'on observe alors des signes cavitaires.

Première phase. — Nous insisterons peu sur les *signes fonctionnels*, non pas qu'ils soient absents, mais à cause de leur banalité relative : toux, douleur thoracique, dyspnée. Il n'est pas sans intérêt toutefois de remarquer que la dyspnée est souvent plus intense que ne le justifie l'étendue des signes physiques, et que l'expectoration est nulle ou à peu près.

Les *signes généraux* consistent en un état fébrile qui peut affecter différents aspects ; la température n'est jamais uniforme, en plateau ; elle est toujours plus ou moins oscillante, mais tantôt ces oscillations sont absolument irrégulières et inégales, tantôt elles revêtent le type nettement défini de la fièvre de suppuration avec accès fébrile vespéral dont un frisson marque le début, et une crise sudorale, la terminaison. Au reste, chez un même malade, la forme de la courbe thermique est véritablement variable et réserve toujours des imprévus.

Le pouls est accéléré, souvent vibrant et éréthique au moment du frisson.

Les urines présentent les caractères ordinaires des urines fébriles ; à noter que les sueurs peuvent encore diminuer leur quantité; elles contiennent une faible quantité d'albumine.

Le facies s'altère assez vite : pâli, amaigri, terreux, il est souvent le siège d'une légère sudation visqueuse; la langue est sale, la bouche « pâteuse et amère ».

Alors même que les signes du début ont passé inaperçus, les irrégularités de la courbe thermique, le facies un peu particulier doivent toujours faire penser à une suppuration locale; les signes fonctionnels attirent l'attention sur le thorax; les signes physiques vont préciser le diagnostic.

Ce que *l'exploration physique* va montrer, avant tout, c'est l'existence d'un *foyer* limité où l'on constate de la matité, des vibrations tantôt exagérées, tantôt diminuées (suivant qu'une plus ou moins grande étendue de parenchyme pulmonaire condensé sépare la collection liquide de la paroi), des râles humides inégaux, un souffle à timbre tubaire et parfois au contraire une zone silencieuse entourée d'une couronne ou d'un croissant de râles. De toute façon, il ne faut pas compter ici sur le souffle pleurétique, l'égophonie, la pectoriloquie aphone que l'on observe dans les épanchements de la grande cavité et dont la valeur est d'ailleurs discutable. Il ne faut pas davantage compter sur le déplacement des organes; le foie n'est jamais abaissé; le cœur est quelquefois dévié à droite dans les pleurésies interlobaires gauches, mais l'espace de Traube n'est jamais mat.

C'est sur le *siège* de la lésion qu'il faut fonder son diagnostic. Le trajet des scissures interlobaires, si bien étudié par Rochard (2), est trop connu pour que nous y insistions ici ; il faut toutefois remarquer avec Dieulafoy que la topographie de l'état normal n'est plus rigoureusement vraie à l'état pathologique et avec Tuffier (3) que les erreurs de localisation sont vraiment fréquentes.

Il ne faut, néanmoins, dans l'examen clinique, rien négliger de ce qui peut permettre d'éclairer cette localisation et sans se soucier outre mesure de trouver le foyer interlobaire exactement en regard du trajet normal de la scissure, il faut se souvenir avant tout que, comme l'a fort justement dit Dieulafoy, le foyer interlobaire est compris entre deux régions où le parenchyme pulmonaire est sain et donne lieu à une *matité suspendue* dont la constatation est le meilleur élément de diagnostic. Sonorité au-dessus et au-dessous du foyer, respiration normale au-dessus et au-dessous, telles sont, beaucoup plus que les signes observés au niveau du foyer lui-même, les caractéristiques de la pleurésie interlobaire. Mais il est bien entendu que ces signes ne sont valables qu'à la partie postérieure du thorax; dans l'aisselle le foyer remonte souvent aussi haut que l'oreille peut ausculter ; en avant, la pleurésie interlobaire, d'ailleurs très rare, peut être bas située et simuler parfois un épanchement diaphragmatique.

En pareille matière, la radiologie est plus instructive que l'examen stéthoscopique ; soit à l'écran, soit sur une bonne radiographie l'on constate la clarté du thorax en haut et en bas avec l'ombre transversale ou légèrement oblique en bas et en dehors, qui occupe la partie moyenne, *ombre suspendue*, comme la matité.

La constatation d'un foyer qui siège aux environs de l'interlobe n'indique pas forcément qu'il s'agit là d'une collection liquide et, quoique toutes les probabilités soient pour ce diagnostic, on n'est rigoureusement en droit de l'affirmer que lorsque la *ponction exploratrice* a vérifié la présence du

liquide. Cette ponction, utile parfois aussi pour la thérapeutique, il ne faut la pratiquer qu'après repérage précis et il faut surtout éviter, lorsque la ponction est blanche, de larder en tous sens le poumon avec une aiguille infectée et d'inoculer ainsi le parenchyme sain ; d'où la nécessité d'avoir plusieurs aiguilles et d'en prendre une nouvelle lorsqu'on ponctionne dans une autre direction. Il est évident, par ailleurs, que la longueur de l'aiguille doit être suffisante pour atteindre l'interlobe et son calibre assez gros pour permettre l'écoulement du pus.

Tels sont les signes de la première phase, de la phase « fermée » de la pleurésie interlobaire ; ils ont le plus souvent la netteté que nous leur avons assignée et cependant le diagnostic est loin d'être toujours fait à cette période ; presque toujours c'est la vomique qui attire l'attention.

Deuxième phase. — Elle est caractérisée avant tout par l'existence de la vomique et des signes cavitaires qui lui font suite.

On peut prévoir la vomique, vingt-quatre ou trente-six heures à l'avance grâce à un signe décrit par le professeur Dieulafoy : la fétidité de l'haleine ; en effet, avant que le foyer purulent ne s'ouvre à l'extérieur d'une façon définitive, la paroi se fissure, une faible quantité de liquide suinte dans les bronches et suffit à provoquer une fétidité très notable de l'air expiré, perçue par le malade lui-même et par son entourage.

La *vomique* elle-même peut revêtir différents aspects cliniques parmi lesquels nous en reconnaîtrons au moins trois : la vomique massive, la vomique fractionnée, la vomique nummulaire. La vomique massive est la seule qui soit un peu dramatique : plusieurs quintes de toux douloureuses se succèdent, le malade éprouve subitement une dyspnée angoissante, quelquefois une sensation de douleur aiguë ou de déchirure à l'intérieur de la poitrine, puis une dernière quinte de toux évacue au dehors 2 à 400 grammes de pus jaune verdâtre et fétide, soit 1 ou 2 crachoirs.

Le professeur Dieulafoy a insisté sur la vomique fractionnée ; la collection purulente ne s'évacue pas alors d'un seul coup, mais par petites portions successives dans la journée et cela continue plusieurs jours de suite ; trop souvent, cette expectoration fait croire à de la bronchorrhée ou à de la bronchite fétide et le diagnostic de vomique ne peut être affirmé que si cette expectoration a eu un début relativement brusque, à la suite de quintes de toux angoissantes et dyspnéiques.

Plus sujettes à erreur encore sont les vomiques nummulaires décrites récemment par Hirtz et Beaufumé (4) et qui ne sont autres d'ailleurs que des vomiques très fractionnées. « Ici c'est toujours en très minime quantité que le pus ou le muco-pus est rejeté. L'expectoration s'accompagne d'une toux violente quinteuse, tantôt de véritables coups de glotte, tantôt elle est presque silencieuse. La dyspnée est modérée ou manque totalement, sans angoisse. La douleur thoracique peut faire défaut, mais existe parfois comme dans une de nos observations. Le pus est rendu, soit chaque jour, soit d'une façon intermittente, avec des périodes plus ou moins longues d'absence totale d'expectoration purulente. Mais dans cette forme de vomique, l'expectoration, indépendamment de sa petite quantité, a encore pour caractère essentiel de se faire uniquement par crachats isolés, aussi bien dans le cours de la journée que le matin, aussi bien dans la position verticale que dans la position horizontale et le rejet de ces crachats se fait à des intervalles plus ou moins longs. En raison de leur constitution muco-purulente ou purulente, ils ressemblent totalement de par leur cohérence, et de par leur forme, dans un crachoir contenant un peu de liquide, aux crachats nummulaires de la tuberculose pulmonaire chronique cavitaire. Aussi proposons-nous de donner aux vomiques en question le nom de vomiques nummulaires. »

Il nous reste à préciser la date de la vomique. C'est ordinairement du quinzième au quarantième jour (le dix-huitième et le quinzième dans deux observations de Dieulafoy, le vingt-cinquième dans une observation d'Olivier [1], le vingt-deuxième dans une observation de pleurésie à streptocoques de Widal et Froin [5], le trente-cinquième jour de la maladie dans un cas personnel de pleurésie interlobaire parapneumonique [6]).

Après la vomique, l'état du malade se trouve modifié de la façon suivante :

La température subit une chute au moins passagère, mais elle peut remonter et redevenir oscillante si le foyer interlobaire se draine mal ou si les régions voisines du parenchyme pulmonaire ont été infectées par le pus pleural. L'état général marche de pair avec l'évolution thermique ; il s'améliore rapidement s'il y a apyrexie ; il reste mauvais et souvent même s'aggrave si la température demeure oscillante.

Les signes physiques se modifient profondément et il apparaît presque toujours des signes cavitaires : souffle caverneux, gargouillement, bronchophonie ou pectoriloquie suivant les dimensions de la cavité et parfois, lorsque celle-ci est relativement volumineuse et sèche, des signes amphoro-métalliques.

L'expectoration purulente se prolonge pendant un temps variable ; assez souvent, suivant la remarque de Dieulafoy, il s'y surajoute des *hémoptysies* (hémoptysies interlobaires) qui tantôt se réduisent à quelques crachats sanglants, tantôt sont sensiblement plus abondantes et peuvent devenir inquiétantes. Ces hémoptysies sont dues à l'ulcération de l'artériole satellite de la bronche perforée.

Evolution. — Dans certains cas, la guérison survient rapidement en peu de semaines ; dans d'autres la maladie se prolonge pendant plusieurs mois et peut parfois mettre la vie en danger.

Si la guérison se produit, la fièvre tombe, l'appétit revient, le malade engraisse ; l'expectoration devient moins abondante et perd de sa fétidité ; la cavité pulmonaire se cicatrise ; les signes d'auscultation deviennent à peu près normaux et l'examen radioscopique ne constate plus aucune ombre.

Si au contraire l'infection se prolonge (mauvais drainage, virulence de l'infection, état général antérieur défectueux, ensemencement du parenchyme pulmonaire voisin), le tableau n'est pas moins sombre qu'auparavant et la vomique n'a rien amélioré. L'expectoration et les signes cavitaires se sont surajoutés au tableau clinique et à mesure que le temps passe l'état général devient de plus en plus mauvais. Le malade prend souvent l'aspect d'un tuberculeux (Dieulafoy) ; il en a les signes fonctionnels et l'habitus, jusqu'aux ongles hippocratiques ; il en a les signes stéthoscopiques et parfois même l'expectoration (Hirtz et Beaufumé). Il « traîne » ainsi pen-

dant plusieurs semaines ou plusieurs mois avec le diagnostic de phtisie galopante ou de pneumonie caséeuse dans les formes les plus rapides, de dilatation bronchique dans les formes les plus lentes; si l'on ne reconstitue pas exactement en effet l'histoire de la vomique, ces erreurs de diagnostic sont des plus faciles; elles sont toutefois fort préjudiciables au malade, car si parfois il arrive à guérir spontanément de sa suppuration prolongée, dans d'autres cas il meurt cachectique et épuisé; telle est l'observation de Martinez-Mesa (Thèse de Paris 1879); l'intervention chirurgicale doit désormais supprimer une aussi fâcheuse évolution.

Formes cliniques. — I. D'APRÈS L'ÉVOLUTION. — 1° *Forme sans vomique.* — Il n'est pas absolument rare sur la table d'autopsie de trouver de petits abcès de l'interlobe qui ne sont pas ouverts dans les bronches et qui n'ont d'ailleurs pas eu d'histoire clinique bien précise.

Nous pouvons citer ici le cas d'une malade que nous avons observée à Lariboisière dans le service de notre maître, le docteur Brault, et qui à la suite d'une infection pulmonaire pneumococcique assez diffuse a fait une pleurésie interlobaire vérifiée par l'examen radioscopique et par la ponction exploratrice. L'ombre avait les dimensions d'une orange et la ponction (bien repérée et réussie à la première tentative, mais toujours négative ensuite) avait retiré 5 centimètres cubes de pus verdâtre. Jamais il n'y eut de vomique sous quelque forme que ce soit; à l'écran on vit l'ombre diminuer progressivement et l'état général s'améliora peu à peu jusqu'à guérison complète. Ajoutons que s'il n'y avait pas eu ponction il y aurait peut-être eu vomique.

2° *Forme prolongée.* — Nous avons dit plus haut que la vomique est parfois suivie d'une période de plusieurs mois où l'expectoration se prolonge d'une façon en apparence interminable et où le sujet se cachectise.

Parfois cette période est tellement longue qu'elle permet d'individualiser une forme spéciale : nous y rangerions l'observation de Prengrueber et de Beurmann (7) dans laquelle la maladie dura plusieurs années, de Hirtz et Beaufumé (4) où la maladie se prolongea pendant neuf mois, de Martinez-Mesa dans laquelle l'évolution de la pleurésie interlobaire dura également neuf mois et se termina par la mort, de Sergent (8) où pendant dix-huit mois la vomique s'est répétée à des intervalles divers.

II. D'APRÈS L'ÉLÉMENT MICROBIEN. — 1° *Pleurésie interlobaire streptococcique.* — Widal et Froin (5) en ont observé un cas chez un homme de trente-huit ans qui présentait une ostéomyélite chronique du maxillaire inférieur; ce malade fit, à la fois, une pleurésie interlobaire gauche et une ostéomyélite de la partie supérieure du radius droit. Le vingt-deuxième jour, survint une vomique fragmentée; l'intervention chirurgicale amena une guérison rapide.

L'examen du pus pleurétique et du pus radial montra la présence du streptocoque. Celui-ci avait d'ailleurs une virulence atténuée et l'hémoculture fut négative.

2° *Pleurésie interlobaire à pneumobacille de Friedlander.* — On en connaît trois cas : de Letulle (*Soc. méd. des hôp.*, 1890), de Netter (*Soc. méd. des hôp.*, 1889), de Baltus (*Arch. de méd. des enfants*, 1899).

3° *Pleurésie interlobaire putride ou gangréneuse.* — Cette forme a été étudiée spécialement par Millet qui relate une observation de Chauffard et une observation personnelle (9). Guillemot, Hallé et Rist en ont rapporté un cas (10).

Cette forme s'individualise par la gravité des signes généraux, la fétidité particulière du pus et la fréquence de l'évolution mortelle.

4° *Pleurésie interlobaire tuberculeuse.* — La pleurésie interlobaire chez les tuberculeux peut revêtir trois formes : séro-fibrineuse, purulente, adhésive.

Les deux premières variétés ont été bien décrites par Sabourin (11, 13); la dernière a été individualisée par Béclère (18) grâce à la radioscopie.

La *pleurésie séro-fibrineuse* survient chez les tuberculeux tantôt d'une façon relativement isolée, tantôt au milieu de lésions pulmonaires, réalisant alors une symptomatologie plus complexe.

Dans les cas les plus simples, l'élévation de température et le point de côté attirent l'attention sur la région scapulaire et axillaire; le malade se plaint d'une douleur en écharpe qui a la direction de la scissure interlobaire; dans cette région on trouve de la matité, du silence ou un souffle pleurétique; les vibrations ne sont pas toujours abolies; dans un cas, Sabourin a constaté une voussure intéressant les espaces intercostaux en regard de la lésion, « bosse en écharpe » parallèle à l'interlobe. Le foie peut être abaissé dans les pleurésies droites. En général, la résorption spontanée se produit entre le vingtième et le trentième jour.

Dans le cas de pleuro-pneumonie interlobaire, l'épanchement se résorbe en général mais le foyer pulmonaire peut continuer à évoluer et subit une transformation cavitaire perceptible à l'auscultation.

La transformation de ces pleurésies séreuses interlobaires en épanchements purulents est rare et cette pleurésie n'aggrave pas les lésions antérieures. Elle est d'ailleurs fonction ou complication soit rapide, soit tardive de l'embolie tuberculeuse juxta-scissurale.

Cette pleurésie séro-fibrineuse dont Sabourin rapporte une quinzaine d'observations, serait, d'après lui, loin d'être rare, mais en raison de sa bénignité elle passe très fréquemmment inaperçue.

La *forme purulente* est ordinairement insidieuse et parfois latente comme la pleurésie tuberculeuse chronique de la grande cavité. Elle aboutit fréquemment à la vomique et réalise alors un pyo-pneumothorax partiel, bien étudié par Sabourin (1), U. Monnier (16), Durbin (17). L. Robert (19) a récemment insisté sur les difficultés du diagnostic entre ce pneumothorax interlobaire et les cavernes tuberculeuses. Mosny et Pinard (15) ont rapporté un cas de pleurésie interlobaire purulente, consécutive à un pyo-pneumothorax chez une femme emphysémateuse et tuberculeuse.

La *forme sèche* a été décrite par Béclère et n'est guère appréciable qu'à l'examen radioscopique; encore celui-ci ne donne-t-il de renseignements que dans certaines conditions; il faut que le rayon incident suive toute l'épaisseur de la scissure interlobaire, et soit par conséquent oblique en bas et en avant lorsque la face du malade est tournée vers l'observateur; la sclérose de l'interlobe apparaît alors sous l'aspect d'une mince ligne sombre. Un rayon perpendiculaire au thorax ne montre, en pareil cas, rien de pathologique; pour être appréciable aux

rayons la mince lame interlobaire doit être abordée non pas « de front » mais « par sa tranche ».

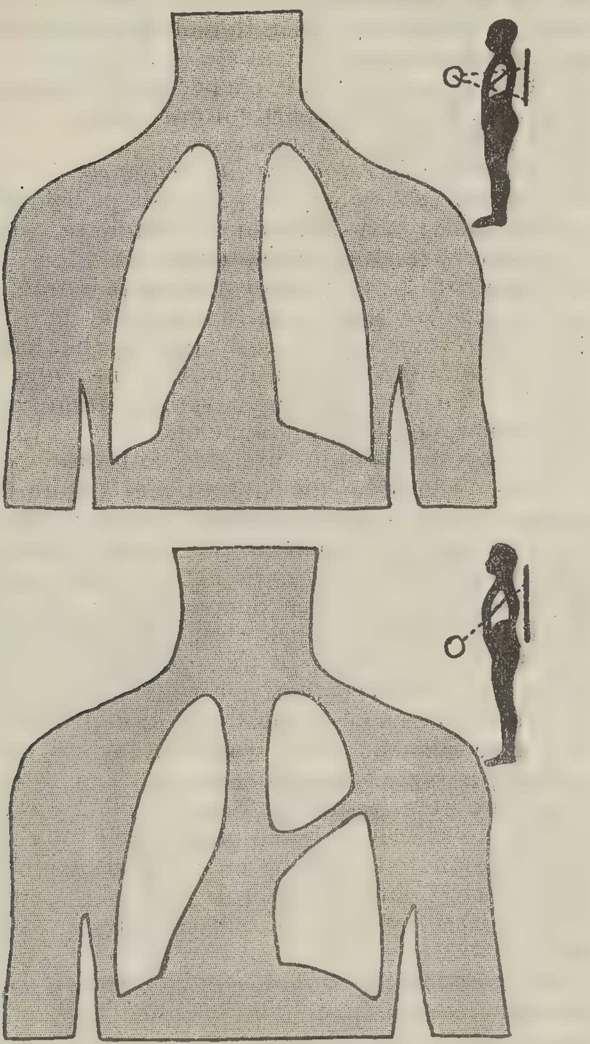


Fig. 2. — D'après Béclère.

Diagnostic différentiel. — 1° Avant la vomique. — Le diagnostic de pleurésie interlobaire ne s'impose jamais à un examen superficiel; il faut *penser* à cette affection et en rechercher les signes avec soin. Si l'on a constaté l'existence du foyer et de sa situation vraiment particulière, le terrain est déjà fort déblayé. Pourrait-on penser à un foyer de broncho-pneumonie? Il est rarement unique dans les broncho-pneumonies aiguës; quant à la broncho-pneumonie tuberculeuse, il est rare, lorsqu'elle siège à ce niveau, qu'elle n'intéresse pas plus ou moins la plèvre interlobaire, comme l'a montré Sabourin. Pourrait-il s'agir d'un infarctus? Il n'est pas, en général, aussi haut placé; on lui trouve une cause, veineuse ou cardiaque; enfin au bout de deux jours, les crachats hémoptoïques tranchent tout différend.

2° Après la vomique. — C'est le diagnostic général des vomiques : éliminer les vomiques d'origine abdominale et, l'attention étant circonscrite au thorax, éliminer les autres variétés de pleurésie enkystée, diaphragmatique ou médiastine, ce qui est facile, en localisant les signes physiques avec précision. L'abcès du poumon peut, comme la pleurésie interlobaire, succéder à une pneumonie et produire une vomique; toutefois il est beaucoup plus rare et son siège est plutôt en plein lobe inférieur que dans la région interlobaire. Lorsque la vomique est fractionnée ou nummulaire et que la pleurésie interlobaire se prolonge pendant plusieurs mois, on peut se demander s'il existe une dilatation bronchique ou une caverne tuberculeuse. Dans la dilatation des bronches les signes sont ordinairement bilatéraux, les bronches largement perméables permettent l'évacuation matinale et massive de leur contenu; la radiographie ne montre pas de foyer nettement limité. S'il s'agit d'une caverne tuberculeuse, on trouve des bacilles dans les crachats et la localisation est plutôt franchement apexienne qu'interlobaire, quoique Sabourin ait insisté sur la fréquence des lésions scissurales. S'agit-il de pneumothorax interlobaire chez un tuberculeux? En l'absence d'une vomique, le diagnostic est impossible à faire avec une caverne.

Enfin il faudra parfois différencier la pleurésie interlobaire des cavités hydatiques, syphilitiques ou cancéreuses siégeant à la partie moyenne du poumon et qui ne peuvent être individualisées que d'après les caractères tirés de leur étiologie.

PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES

La plupart des pleurésies comportent une participation diaphragmatique plus ou moins marquée (parésie du diaphragme pendant la période d'état, adhérences et diminution de l'expansion diaphragmatique après la guérison). On réserve le nom de pleurésie diaphragmatique à une pleurésie *enkystée*, *dyspnéique* et *douloureuse*, due à l'atteinte élective de la plèvre diaphragmatique et entraînant presque toujours l'immobilisation du muscle sous-jacent.

La description de cette variété est déjà assez ancienne. Pendant une première phase, on a étudié la maladie surtout d'après des constatations anatomo-pathologiques et on rapportait le maximum des lésions au muscle diaphragme lui-même, d'où le nom de *diaphragmite* ou celui plus ancien de *phrénésie* ou *phrenitis*; mais ce terme entraînait quelque confusion, certains auteurs s'en servant pour désigner les délires fiévreux au cours des maladies infectieuses ou des méningites.

En 1709, bien avant les travaux de Bichat sur les séreuses, Boerhaave (28) montra que si les lésions de la pleurésie, au lieu de porter comme d'ordinaire sur toute l'étendue de la membrane pleurale, intéressent seulement la partie qui recouvre le diaphragme, en y déterminant des désordres assez avancés, il en résulte une *paraphrénésie*, « maladie cruelle, plus fréquente qu'on ne le croit ordinairement et que l'on méconnaît souvent ». Au XIXe siècle, Laënnec, Andral en ont précisé les symptômes et les lésions, Guéneau de Mussy en a donné une description remarquable en insistant sur la névralgie phrénique et ses caractères, Peter, Jaccoud ont complété l'histoire de cette maladie.

Les descriptions de la pleurésie diaphragmatique qui ont précédé l'ère des recherches bactériologiques, sont assurément très précises au point de vue séméiologique, mais laissent, en ce qui concerne l'étiologie, une idée de « vague » empreinte sur tous les documents, de telle sorte que leur analyse nous rend aujourd'hui fort perplexe pour choisir un type de description. Par analogie avec les pleurésies interlobaire et médiastine, nous pourrions décrire la pleurésie diaphragmatique à pneumocoques, mais les observations rigoureusement établies que nous en possédons ne sont pas assez nom-

breuses pour permettre d'établir un tableau clinique d'ensemble irréprochable; les pleurésies diaphragmatiques tuberculeuses sont plus fréquentes mais très polymorphes comme nous le verrons.

Nous procéderons donc de la façon suivante : nous décrirons en premier lieu le syndrome de la pleurésie diaphragmatique, en second lieu les formes cliniques.

Syndrome de la pleurésie diaphragmatique. — I. SIGNES FONCTIONNELS : 1° *Dyspnée*. — Elle relève de l'immobilisation du diaphragme et de la douleur.

Il y a *polypnée* (jusqu'à 60 et 80 respirations par minute). La respiration est *costale supérieure*, l'abdomen ne se mobilise pas, sauf parfois légèrement du côté sain. La dyspnée épuise le malade, le forçant à *rester assis* ou courbé en avant; parfois au contraire, le malade change de position à chaque instant, cherchant en vain un soulagement à sa dyspnée et à ses douleurs thoraciques. Dans quelques cas, on constate une contraction angoissée des muscles de la face donnant l'aspect du *rire sardonique*.

2° *Douleur spontanée*. — Elle est unilatérale et siège surtout à la *base du thorax* en demi-ceinture; mais elle peut irradier à l'*épigastre* d'une part, à l'*épaule* du côté malade d'autre part. C'est une douleur souvent très intense, que sa continuité rend intolérable, angoissante et dont les paroxysmes doivent être calmés par la morphine. Nous verrons comment l'examen du malade va permettre de préciser cette douleur.

3° *Hoquet*. — C'est un signe important d'atteinte diaphragmatique et les auteurs anciens insistaient beaucoup sur le hoquet.

Cependant, il faut bien dire qu'en présence de graves altérations diaphragmatiques l'existence du hoquet doit un peu nous étonner, car nous ne sommes pas habitués à voir les convulsions d'un muscle malade et même alors que sa fibre est histologiquement intacte la lésion de la séreuse sus-jacente suffit ordinairement à l'immobiliser (loi de Stokes). Qu'une excitation légère du muscle peu malade ou qu'une excitation du phrénique provoque le spasme du diaphragme, rien de plus naturel, mais que le hoquet coexiste avec des lésions profondes et étendues du diaphragme, comme dans l'observation de Claude et Armand-Delille (35), c'est évidemment paradoxal. Nous pensons que l'examen radioscopique serait fort utile en pareil cas pour constater l'étendue des mouvements diaphragmatiques et pour voir si *peut-être* ce n'est pas l'hémi-diaphragme du côté sain qui se mobilise seul. D'ailleurs il suffit de consulter la très remarquable thèse d'Hermil (29) sur la pleurésie diaphragmatique pour constater que le hoquet est loin d'être un signe constant : Hermil l'a noté 7 fois sur 62 observations. Des cas où l'on observe le hoquet, nous pouvons rapprocher l'observation de M. de Langentragen (30) où, au cours d'une pleurésie diaphragmatique sèche chez un tuberculeux arthritique, on a noté des *éructations* fréquentes et douloureuses.

4° *Toux*. — Elle est brève, sèche, mais elle est surtout *douloureuse*. On sait que dans la toux il y a deux phénomènes successifs : une inspiration exagérée qui emmagasine de l'air, des expirations saccadées qui l'expulsent; or l'inspiration est pénible puisque toute contraction du diaphragme est douloureuse et les expirations saccadées ne le sont pas moins puisqu'elles secouent le thorax. Aussi bien la toux sera-t-elle comme timide et hésitante; le malade fait une inspiration préalable peu copieuse, sans contracter son diaphragme, et expulse, en peu de saccades et avec peu d'éclat, le peu d'air qu'il a emmagasiné.

Parfois cependant, lorsque survient pour une raison ou pour une autre, mais rarement d'ailleurs, une quinte de toux violente et impérieuse, la douleur devient atroce à la base du thorax et le malade a une véritable sensation de déchirement.

II. SIGNES PHYSIQUES. — *Inspection*. — En avant : on constate l'*immobilisation de l'abdomen* qui ne subit plus aucun mouvement d'expansion ni de retrait avec la respiration; parfois, d'après Peter, il y a, au cours des pleurésies diaphragmatiques gauches un *ballonnement stomacal* considérable qui serait dû à la propagation de l'inflammation au péritoine et à la parésie stomacale.

En arrière : il est rare qu'il y ait une voussure; mais Guéneau de Mussy a insisté sur quelques signes qu'il est bon de rechercher, le malade étant assis d'aplomb sur le bord de son lit : l'*ampliation légère* du côté malade appréciable grâce à la mensuration, par comparaison avec le côté opposé; l'*abaissement de la douzième côte*; l'*effacement de l'ensellure du flanc*. Tous ces signes indiquent, en somme, l'existence d'une formation anormale qui distend la base du thorax de ce côté.

Palpation : les points douloureux phréniques. — Ils sont étagés sur tout le trajet du nerf phrénique et l'on sait que celui-ci occupe toute la hauteur du thorax et même la partie inférieure de la région cervicale. Les points les plus constants sont les suivants (*) :

1° Apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale (émergence du phrénique).

2° Espace compris entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien (le phrénique reposant sur le muscle scalène antérieur se projette directement dans cet espace).

3° Portion interne, juxta-sternale, des espaces intercostaux, surtout au niveau de l'articulation du cinquième (quelquefois du sixième) cartilage costal avec le sternum; c'est là le point médio-sternal d'André Jousset (31).

4° Rebord inférieur des côtes, surtout à l'extrémité antérieure de la dixième côte et un peu plus en dedans de celle-ci, sur la paroi abdominale [bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy (32)].

5° Demi-ceinture douloureuse [Huchard (33)] à la base du thorax, non seulement sur le rebord costal, mais dans une étendue de deux à quatre travers de doigt au-dessus. Parfois bouton diaphragmatique dorsal dans la portion juxta-rachidienne du dernier espace intercostal.

Les points douloureux les plus constants ou les plus marqués sont les points inférieurs. Guéneau de Mussy (32) a particulièrement insisté sur le bouton diaphragmatique. « Ce point est situé à deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte, environ, ou assez exactement à

(*) Dans la recherche de ces points douloureux, il importe d'être aussi précis que possible : ne pas explorer seulement les points indiqués ci-dessous, mais en contrôler la valeur par l'indolence du voisinage et par la comparaison avec le côté sain; cette recommandation est particulièrement opportune pour le point sterno-mastoïdien.

l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la portion osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. Si j'insiste sur ce détail, c'est que, dans tous les cas de pleurésie diaphragmatique soumis à mon observation, ce phénomène avait quelque chose de très remarquable; quand l'extrémité du

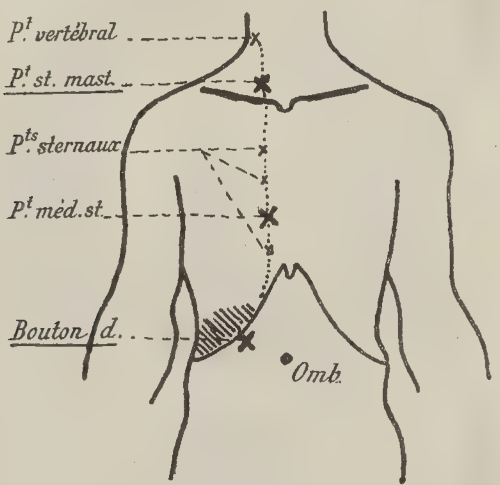


Fig. 3. — *Les points douloureux de la névralgie phrénique.*

doigt rencontrait ce point, le malade jetait un cri ; chez quelques-uns, la respiration devenait tellement haletante, tellement précipitée, que la suffocation paraissait imminente et ces effets se reproduisaient avec une telle précision, qu'il semblait qu'on poussât un ressort. Ce fait est, dans certains cas, d'autant plus remarquable, qu'il peut se produire alors même qu'il n'existe pas de douleur spontanée. »

III. Signes d'épanchement pleural. — Il faut les rechercher avec soin, mais ne pas trop compter sur leur présence. On ne trouvera dans la plupart des cas que de la *matité* et de l'*obscurité du murmure vésiculaire*. La matité n'est pas toujours très nette en arrière; il y a normalement à la base une zone de transition de plusieurs travers de doigt où la submatité ne permet pas de conclure à quoi que ce soit de pathologique; cependant s'il existe une matité franche remontant jusqu'à la dixième ou à la neuvième côte, et si la comparaison avec l'autre côté du thorax donne une différence appréciable, on est en droit de soupçonner l'existence d'un foyer dans cette région. La matité peut être de constatation et d'interprétation beaucoup plus aisées en avant; à gauche, en effet, elle recouvre l'espace semi-lunaire de Traube; à droite, elle augmente les dimensions de la matité hépatique; ce sont là des faits sur lesquels ont insisté respectivement Jaccoud et Huchard et sur lesquels nous reviendrons.

L'obscurité du murmure vésiculaire dans la région correspondante est à peu près le seul signe fourni par l'auscultation; il peut y avoir des râles et quelquefois du souffle, mais cela est peu net du fait de la polypnée et de l'immobilité relative des bases pulmonaires.

L'égophonie, la pectoriloquie aphone sont exceptionnelles.

IV. Examen radioscopique. — Il convient d'étudier successivement: l'aspect de l'ombre pathologique et l'état du diaphragme.

L'ombre de la pleurésie forme une bande horizontale, haute de plusieurs travers de doigt, à la base du thorax. Cette ombre est limitée *en bas* du côté gauche par la clarté gastrique (*) ; à droite, elle se continue avec l'ombre du foie; *en haut*, l'ombre présente une limite floue ou nette suivant que le poumon est touché ou non ; *latéralement* l'ombre efface le cul-de-sac costo-diaphragmatique. Ajoutons que si la collection est un pyo-pneumothorax, on voit nettement la séparation du gaz et du liquide et la surface de séparation oscille quand on imprime quelques mouvements au malade.

Quant au diaphragme lui-même, dans le cas où l'on peut noter ses déplacements, on constate qu'il est immobilisé du côté malade et que du côté sain il conserve souvent une certaine mobilité.

V. Ponction exploratrice. — Elle renseigne sur la réalité et sur la nature de l'épanchement mais elle doit être prudente et, sans exception aucune, elle doit précéder toute thoracentèse. Dans certains cas où des adhérences plus ou moins épaisses du sinus costo-diaphragmatique laissaient croire à un épanchement relativement volumineux, il est arrivé d'enfoncer un trocart soit dans le foie, soit dans la cavité gastrique, soit même dans le cœur (1 cas relaté par Jaccoud) ; avant de vouloir évacuer le liquide, il faut s'assurer de sa présence. Jaccoud a fort éloquemment insisté sur ces dangers (*Cliniques de la Pitié*, 1885). (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et la désintoxication, par le docteur Morat. (Thèse de Paris, 1911.) — Paris, Steinheil.

L'Autothérapie ascitique, par le docteur Galup. (Thèse de Paris, 1911.) — Paris, Steinheil.

Contribution à l'étude de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies et dans le fibrome de l'utérus, par le docteur Lunez. (Thèse de Paris, 1911.) — Paris, Vigot frères.

Suc d'autolyse de foie de porc. Etude physiologique, applications thérapeutiques. — Clermont-Ferrand, Joachim, éditeur.

Syphilis secondaire tardive, par le professeur Alfred Fournier. Deuxième édition avec 8 planches hors texte en couleur. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

Traitement de l'érysipèle de la face (*Consultations médicales françaises*, fascicule 32), par MM. J. Castaigne, professeur agrégé, médecin des hôpitaux et P. Fernet, ancien interne des hôpitaux, assistant de dermatologie à l'hôpital Saint-Louis. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

(*) On peut, au besoin, insuffler légèrement l'estomac à l'aide d'une potion de Rivière pour faire apparaître la clarté gastrique; sinon « tout est noir » et on n'aperçoit que la limite supérieure de la pleurésie sans voir jusqu'où elle se prolonge en bas. Cet artifice permet également de voir si le diaphragme se mobilise ou non de ce côté.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de chirurgie infantile, par le docteur E. KIRMISSON, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition, revue. 1 vol. in-8° de XVIII-796 pages, de la Collection des Précis médicaux, avec 475 figures dans le texte. — Prix, cart. toile souple : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales, par les professeurs LEMOINE, GÉRARD, DOUMER, VANVERTS, de la Faculté de médecine de Lille. Cinquième édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume in-18 raisin de 1020 pages, reliure peau souple. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

Tuberkulose und syphilis-arbeitein, par Carl SPENGLER. — Erfurt, Davos.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Exposition internationale de Turin. — Trains spéciaux, 1re, 2e et 3e classes, à marche rapide, « Paris-Turin », les 7, 14, 21 et 28 octobre 1911. Réduction : 70 à 80 p. 100.

Prix (aller et retour) : 1re classe, 49 fr. 25; 2e classe, 29 francs; 3e classe, 19 fr. 25.

Départ de Paris : 2 h. 40 soir; arrivée à Turin : 8 h. 55 matin.

Le retour pourra s'effectuer, au gré des voyageurs, dans un délai de vingt jours.

Les billets sont délivrés : jusqu'au 6 octobre, à midi, pour le train spécial du 7 octobre; du 1er au 13 octobre, à midi, pour le train spécial du 14 octobre; du 8 au 20 octbre, à midi, pour le train spécial du 21 octobre; du 15 au 27 octobre, à midi, pour le train spécial du 28 octobre.

Le nombre des places est limité pour les trains partant les 7 et 21 octobre.

N° 112. — MARDI 3 OCTOBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1911. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Russy, Lion, Wurtz, de Massary, Le Gendre, Humbert, Tuffier, Potherat, Rochon-Duvignaud et Brindeau.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 29 septembre 1911. — Question donnée : « Muscles pectoraux. »

MM. Prieur, 11 1/2; Rousseau (Jean), 10; Prévot, 7; Odinet, 15; Morice (André), 14; Mlle Rappoport, 12 1/2; MM. Oddo, 13; Perrier, 12; Schlesser, 11 1/2; Mlle Romanet, 18; MM. Pignol, 7; Pinalie, 10; Périer, 15; Pelbois, 10; Renard (Léon), 6; de Rohan-Chabot, 7; Payen, 9; Rémouit, 13; Sarazin, 8; de Peretti della Rocca, 13.

Pathologie. — Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Indications et technique de la saignée. »

MM. Borrien, 12 1/2; Aulagnier, 12; Caillet (André), 8; Bordier, 14; Abrial, 15; Beaudequin, 12; Barbé, 8; Bonnamour, 10; de Bony de Lavergne, 9; Bardy, 13; Barny de Romanet, 7; Barreau, 16; Brocherè, 12 1/2; Beaussillon, 13 1/2; Bertrand, 14; Caillet (Louis), 11 1/2; Bessan, 16; Bavachi, 14; Bazert, 9; Baye, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le jury du concours de l'internat est ainsi composé :

Juges titulaires : MM. Moussous, Verger, Pousson, Villar, J. Carles, Duvergey, Lagrange.

Juges suppléants : MM. Pitres, Dubreuilh, Bégouin, Chavannaz, Cruchet, Lacouture, Lefour.

— Le jury du concours de l'externat comprend :

Juges titulaires : MM. Rivière, Leuret, Rocaz, de Boucaud, Charrier.

Juges suppléants : MM. Princeteau, Bousquet, Mauriac, Rocher, Rabère.

— Lyon. — Le lundi 25 mai 1912, sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements des hospices civils de Lyon.

Le registre d'inscription sera clos le 16 mars, à l'administration centrale, passage de l'Hôtel-Dieu, 56.

— Saint-Etienne. — Un concours public pour la nomination d'un médecin suppléant sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 20 novembre 1911.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique obstétricale s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 octobre 1911, à neuf heures du matin, foyer des professeurs.

Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 14 octobre 1911 inclusivement. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MÉDECIN AVIATEUR. — Notre excellent confrère le docteur Reymond, sénateur de la Loire, vient de réaliser un exploit brillant. Il s'est rendu sur son aéroplane Blériot d'Etampes dans la Loire en deux étapes. Cette nouvelle manière de visiter leurs électeurs ne sera certainement pas imitée de sitôt par nos pères conscrits.

LE DOCTEUR CHERVIN, directeur de l'Institut des bègues de Paris (82, avenue Victor-Hugo), reprendra ses cours le 16 octobre.

S'inscrire à l'avance, tous les jours, d'une à deux heures.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1608.)*

MUTATIONS & HÉRÉDITÉ MORBIDE

Par M. J. LAUMONIER.

Mendel était un moine autrichien qui, pendant plusieurs années, pratiqua de nombreux croisements entre les plantes cultivées dans le jardin de son couvent, à Brünn. Les résultats de ses expériences furent publiés en 1866, mais passèrent inaperçus et c'est seulement en 1900 que trois botanistes, Correns, Tschermak et de Vries, en prirent simultanément connaissance.

Ces résultats cependant ne manquaient pas d'intérêt. Mendel en effet avait établi les faits suivants :

Si l'on croise deux races ou variétés de plantes, A et B, présentant par exemple des différences de coloration dans les graines ou les fleurs, on constate que, à la première génération, la couleur *a* (de la race A) se montre *seule* chez les descendants. On pourrait croire que l'autre n'est pas *héritée*, mais à tort, puisque si l'on croise entre eux ces métis, on obtient, à la deuxième génération, de nouveaux produits, dont les trois quarts présentent encore la coloration *a*, mais dont le dernier quart possède exclusivement la couleur *b* (de la race B). Les deux colorations *a* et *b* ont donc bien été transmises, mais, à la première génération, la couleur *b* était demeurée *latente*, n'avait pu, quoique présente, se manifester. A cause de cela, on appelle *récessif* ou *dominé*, le caractère de coloration *b*, et *dominant* au contraire le caractère de coloration *a*. Si l'on pousse l'expérience plus loin, on note que les individus à coloration *b* croisés entre eux continuent à donner exclusivement et indéfiniment des descendants à coloration *b*, tandis que les individus à coloration *a* fournissent encore la même proportion de dominants *a* et de récessifs *b* et ainsi de suite. Ainsi furent établies, par Mendel, les lois de dominance et de disjonction des caractères, vérifiées depuis, chez les végétaux par de Vries et Tschermak, chez les colimaçons par Lang, chez les poules par Davenport, chez les souris par Bateson et Cuénot, chez les lapins par Hurst, etc.

De tels phénomènes ne sont explicables que par l'existence dans les éléments reproducteurs, spermatozoïdes et ovules, de particules représentatives des caractères. Ces particules représentatives, Le Dantec les assimile à des microbes ayant envahi les cellules sexuelles et y vivant, pour ainsi dire, en symbiose. En une telle hypothèse, trois cas peuvent se présenter. Si les particules représentatives (ou microbes) sont de même nature dans le spermatozoïde et l'ovule, le caractère résultant de leur présence est hérité nécessairement; si elles sont de nature différente, on peut supposer qu'il y a lutte entre elles dans l'œuf fécondé et le microbe victorieux ou *dominant* montre seul son caractère, à la première génération du moins, car ultérieurement, comme l'indique la loi de disjonction, le caractère récessif apparaît à son tour ; si enfin un seul, mâle ou femelle, des éléments sexuels est symbioté, l'héritage est inconstant, ce que l'expérience vérifie.

L'hérédité morbide s'éclaire de ces constatations. Les cas d'infection directe et réelle du germe sont connus, mais en très petit nombre parce que fort difficiles à établir ; ils n'en existent pas moins et se comportent alors tout à fait comme des cas mendéliens (1). Un des exemples les plus typiques est probablement celui que je vais rapporter. Il m'a été signalé, à son origine, par le docteur Guérineau (de Poitiers), mais j'ai pu, récemment, obtenir des renseignements nouveaux qui rendent l'observation plus intéressante. Un tuberculeux et une syphilitique de la campagne contractèrent mariage et eurent quatre enfants, tous porteurs des stigmates de l'hérédo-syphilis et dont deux moururent en bas âge. Des deux qui survécurent, le garçon a été perdu de vue ; la fille, restée en Poitou et mariée à un homme d'apparence saine, a mis au monde trois enfants ; les cadets sont encore vivants, mais l'aîné présenta dès sa naissance des ganglions spécifiques caséeux et mourut peu après de méningite tuberculeuse. Cette tuberculose apparaît donc bien comme congénitale et cependant ni le père ni la mère n'ont présenté ni ne présentent actuellement de signes de bacillose latente ou avérée. On ne peut donc débrouiller ce cas singulier et rare qu'en admettant que, dans l'espèce, le caractère hérédo-tuberculose est récessif par rapport au caractère hérédo-syphilis, et que, étant resté latent à la première génération, il a réapparu à la seconde. En outre, il me porte à croire que, contrairement à l'opinion classique, la tuberculose congénitale peut se montrer parfois en dehors de la granulie et de la bacillémie maternelles. Il me semble donc très utile d'appeler l'attention des médecins sur les hérédités successives qui découlent du croisement de deux infections chroniques différentes. Peut-être trouverait-on ainsi l'explication de certaines lésions congénitales, inattendues et troublantes, qui déconcertent la sagacité des cliniciens.

D'autres hérédités morbides encore suggèrent des interprétations non moins délicates. Bon nombre pourraient être groupées sous le nom d'*hérédité de prédisposition*. Tels sont les cas ordinaires d'hérédo-tuberculose, d'hérédo-syphilis, d'hérédo-arthritisme, dans lesquels l'hérédité se manifeste non seulement par des troubles fonctionnels, des dystrophies et des anomalies de structure, mais souvent aussi par une prédisposition plus grande à contracter la maladie parentale. On ne saurait faire intervenir ici la présence d'un microbe surajouté à l'œuf. Il faut donc chercher autre chose.

Le professeur Roger imagine que les infections et les intoxications chroniques, en altérant profondément le métabolisme et la composition du milieu intérieur, influencent et modifient le plasma germinatif. De quelle nature sont les modifications subies, nous ne le savons pas, actuellement du moins, mais nous sommes obligés de les accepter en présence des anomalies présentées par les héréditaires. Ces

(1) Je semble soutenir, dans un article récent du *Bulletin général de thérapeutique* (9 septembre 1911), une opinion différente. C'est que, au moment où j'écrivais le susdit travail, je ne connaissais pas tous les détails de l'observation que je rapporte ici.

anomalies constituent donc une variation héritable, c'est-à-dire une véritable *mutation*.

De Vries, qui a étudié les mutations avec beaucoup de soins et en a fait le point de départ d'une nouvelle théorie de l'origine des espèces et des variétés, en distingue plusieurs sortes ; celles qui aboutissent à l'apparition d'individus présentant brusquement des caractères nouveaux, et formant ainsi une nouvelle espèce élémentaire, et celles qui se contentent, soit de mettre en évidence des caractères antérieurement latents (variations progressives), soit de mettre en latence des caractères antérieurement évidents (variations régressives).

Or, ce qui marque et dénote surtout l'hérédité morbide dont il s'agit, ce sont ses caractères d'insuffisance. Cela est bien visible chez les hérédo-arthritiques, où l'on observe des lésions trophiques de la peau, la calvitie précoce, l'élaboration incomplète des principes alimentaires (diabètes, obésité, goutte et lithiases), la fragilité du foie et des reins, la neurasthénie et la psychasthénie ; chez les hérédo-alcooliques, où l'on trouve les dystrophies dentaires, l'ectrodactylie, le pied bot, l'infantilisme, la microcéphalie, l'asymétrie cranienne et cérébrale, la sclérose névroglique des centres nerveux, l'épilepsie, l'avortement et les dégénérescences mentales ; chez les hérédo-tuberculeux, où l'on constate des malformations craniennes, la voûte palatine ogivale, le bec-de-lièvre, les déformations du thorax, la gracilité des muscles respiratoires, l'angustie artérielle, le rétrécissement mitral ; chez les hérédo-syphilitiques, où l'on note la dent d'Hutchinson et le microdontisme, la surdité, la kératite, les déformations du frontal et des tibias, la syndactylie, la microcéphalie, le bec-de-lièvre, le spina bifida, l'infantilisme ou le nanisme, les convulsions, l'avortement ou la naissance avant terme, les troubles nerveux, les anomalies mentales, etc., etc. Nous pouvons donc conclure de cette énumération que l'hérédité morbide répond à une variation régressive, ou, en d'autres termes, à la mise en latence de certains caractères, et cela nous laisse entrevoir le mécanisme de la prédisposition.

En effet, tous les caractères sont déterminés dans l'œuf fécondé et la normalité du produit résulte nécessairement d'un certain équilibre entre les divers déterminants. Mais cet équilibre est rompu par l'effet d'une toxi-infection ou d'une intoxication parentale ayant réagi sur le plasma germinatif. Les déterminants atteints ne disparaissent pas sans retour (puisque, en dehors même de l'hétéromixie, des descendants peuvent être ultérieurement privés de tare), mais se trouvent momentanément incapables de faire aboutir les caractères qu'ils conditionnent, d'où les insuffisances et les anomalies mentionnées ci-dessus. Or, les déterminants mis en latence sont vraisemblablement les plus sensibles à l'action des poisons, ceux dont l'influence somatique intervient la première contre la cause de variation. L'effacement de ces déterminants dans l'œuf fécondé a donc pour conséquence la production d'un organisme auquel font précisément défaut les caractères d'incompatibilité, pour ainsi dire, avec la maladie considérée, et l'on comprend que l'absence de ces caractères favorise l'éclosion de l'infection correspondante ou prédispose à l'apparition de troubles morbides familiaux. A titre d'exemple, on peut citer l'affaiblissement du pouvoir de fixation des sels de calcium chez le tuberculeux, qui se retrouve chez l'hérédo-bacillaire et constitue une prédisposition remarquable à l'infection. Les bacillotoxines du parent ont mis en latence, dans son plasma germinatif, le déterminant du caractère, « pouvoir de fixation des sels de calcium », qui, par suite, sera plus ou moins affaibli chez son descendant. Chacun sait, en effet, que la densité et la richesse en chaux du squelette des hérédo-tuberculeux sont sensiblement plus faibles que chez les enfants normaux. La seule différence est que la variation régressive, acquise chez le géniteur, devient congénitale et héritée chez le produit.

MÉDECINE PRATIQUE

LE POINT DOULOUREUX PAROTIDIEN DANS LES HÉMORRAGIES CÉRÉBRALES GRAVES

On se rappelle peut-être, et nous l'avons signalé ici même (1) en son temps, que Signorelli a décrit une sensibilité douloureuse anormale, en un point qu'il appelle rétro-mandibulaire ou auriculo-mastoïdien, douleur qui apparaîtrait comme signe précoce et constant des diverses formes de méningites.

Or, voici qu'un autre médecin italien, M. E. Cavazza (de Modène), a constaté, lui aussi, l'existence de ce point douloureux dans une série de cas graves d'hémorragie cérébrale, et il a publié le résultat de ses observations dans la *Rivista ospedaliera* (Rome, 15 août 1911, n° 16).

La première concerne un malade emporté en trois jours par une hémorragie cérébrale, et que veillait M. Cavazza.

« En soutenant le maxillaire inférieur du malade, dit-il, afin de faciliter les mouvements respiratoires gênés par l'abaissement de l'os et par la rétraction de la langue, je fus frappé de ce fait que chaque fois que j'exerçais une traction d'arrière en avant sur le bord postérieur de la branche montante du maxillaire, un peu au-dessus de l'angle mandibulaire, et cela dans le but de le soulever et de provoquer ainsi un déplacement en avant et en haut de la base de la langue, le malade, quoiqu'il fût dans un état de coma profond, prenait une expression de douleur intense, et avec son membre supérieur droit tâchait de repousser la cause qui déterminait des souffrances aussi vives. »

Un examen minutieux de la cavité buccale, du cou et de la région auriculo-mastoïdienne ne permit pas d'expliquer le phénomène, et cette sensibilité douloureuse du point parotidien persista presque jusqu'à la mort et ne diminua d'intensité qu'avec une lenteur extrême.

Peu de temps après, notre confrère retrouvait le même signe chez un homme de soixante-deux ans atteint, lui aussi, une heure auparavant, d'une hémorragie cérébrale à laquelle il succomba en deux jours, et depuis lors huit autres observations identiques sont venues confirmer les deux premières. Une onzième a été communiquée à l'auteur, mais avec cette particularité que la douleur ne pouvait être provoquée que du côté de la lésion cérébrale.

Ainsi donc, dans les dix cas observés par le docteur Cavazza et où l'hémorragie cérébrale fut suivie de mort, le signe qu'il décrit existait de façon nette et constante.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 59, p. 858.

En voici, d'après l'auteur de l'article, les principales caractéristiques. C'est d'abord la précocité, puisque dans une observation l'ictus ne remontait pas à beaucoup plus d'une heure. Pour provoquer cette douleur spéciale, il suffit d'exercer une pression avec l'index, ou mieux avec l'index et le médius réunis, au niveau d'une zone limitée antérieurement par le bord postérieur de la branche ascendante du maxillaire, en arrière par la face antérieure de la mastoïde, en haut par la face postéro-inférieure de la portion cartilagineuse du pavillon de l'oreille. En d'autres termes, il s'agit de la région parotidienne, et en effet toute la zone qui correspond topographiquement à la glande est hyperesthésique à la pression. Cette dernière provoque une contraction des muscles innervés par le facial supérieur et inférieur du même côté ou des deux côtés, et des mouvements des membres non paralysés. Les phénomènes sont d'ailleurs les mêmes, que l'on comprime l'une ou l'autre des deux régions parotidiennes, celle du côté de la lésion centrale ou celle du côté opposé.

Vu la localisation que nous venons de déterminer, le docteur Cavazza préfère aux dénominations proposées par Signorelli celle de « point parotidien ». Et ce point il l'a recherché depuis sans succès dans tous les cas de coma d'origines diverses ou dans les états préagoniques d'affections les plus variées; ce n'est que dans les cas d'hémorragie cérébrale grave, ou comme Signorelli dans le coma d'origine méningitique, qu'il a pu le rencontrer. Et, fait d'une importance considérable au point de vue du diagnostic et du pronostic, ni chez les vieux hémiplégiques, ni en cas de thrombose cérébrale ou d'embolie, l'hyperesthésie de la région parotidienne n'a été observée. Il semblerait donc que ce fût là un signe pathognomonique des hémorragies cérébrales graves.

Quant au mécanisme du phénomène on ne peut qu'émettre des hypothèses, et le docteur Cavazza invoque celle de l'augmentation de la pression intracranienne, en faveur de laquelle plaiderait la bilatéralité de la douleur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1911)

Sur la nature et le siège de l'agent pathogène du typhus exanthématique. — Des expériences de MM. Ch. NICOLLE, A. CONOR et E. CONSEIL, il semble résulter que le microbe du typhus exanthématique est un microbe invisible et filtrant, et qu'il se localise dans l'intérieur de certaines cellules où la plupart restent prisonniers.

ANALYSES

MÉDECINE

Considérations sur la pathogénie de l'ictère catharral. (LAGASSE et M. P. WEILL. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1911.) — Les travaux récents, en particulier ceux qui portent sur les ictères hémolytiques, ont modifié considérablement la conception pathogénique de l'ictère catarrhal. L'oblitération des voies biliaires extra-hépatiques n'est plus guère admise, au contraire l'hypothèse d'une *atteinte de la cellule hépatique*, atteinte fugace et transitoire, est celle qui permet le mieux d'expliquer les divers problèmes cliniques.

Ainsi l'on peut expliquer la possibilité d'un ictère sous l'influence d'agents toxiques ou infectieux de même que les liens qui existent entre les ictères catarrhaux et les ictères avec hémolyse; c'est en effet bien la cellule qui est lésée, car non seulement la fonction biliaire est troublée, mais aussi les fonctions *uropoïétiques*, *glycogéniques*, *antitoxiques*; cette hypothèse est également parfaitement en rapport avec la conception de l'origine hématogène des ictères infectieux.

Le mécanisme de la production de l'ictère est le plus souvent impossible à préciser, de même qu'il est difficile d'établir dans quelle proportion les lésions d'angiocholite aiguë ascendante s'associent aux lésions de la cellule hépatique.

En résumé, l'ictère catarrhal, l'ictère bénin, relève d'une hépatite parenchymateuse aiguë, bénigne, dont la cause est le plus souvent les paratyphiques, spécialement le paratyphique A, plus rarement le bacille d'Eberth.

L. BABONNEIX.

Les effets de l'ingestion d'alcool sur la recherche de la réaction de Wassermann. (CRAIG C. F. et NICHOLS H. G. *The Journ. of the Amer. med. assoc.*, 5 août 1911.) — Dans une brève note préliminaire les auteurs signalent une cause d'erreur possible dans la recherche de la réaction de Wassermann. Leurs recherches expérimentales leur ont montré que l'ingestion d'alcool en quantité considérable possède le pouvoir de transformer une réaction de Wassermann positive de la façon la plus certaine en réaction négative. Cette transformation persiste de quelques heures à quelques jours. La quantité d'alcool la plus petite nécessaire pour obtenir une réaction négative a été de 180 centimètres cubes de wisky contenant 90 centimètres cubes d'alcool. Dans quelques cas la réaction est devenue négative une heure après l'ingestion d'alcool. On ne devra donc jamais tenir compte d'une réaction négative chez un individu susceptible d'avoir ingéré une grande quantité d'alcool dans les jours qui ont précédé la prise de sang.

M. LANCE.

L'hydrothérapie et la thérapeutique hydrominérale dans l'entérocolite mucomembraneuse. (FROUSSARD. Rapport présenté au *IIIe Congrès de physiothérapie*, avril 1911.) — Sous le nom d'entérocolite mucomembraneuse, il faut entendre l'état pathologique intestinal caractérisé par les trois symptômes capitaux suivants : constipation opiniâtre (entrecoupée ou non de débâcles diarrhéiques), douleurs abdominales, rejet par l'anus de mucus, souvent concrété sous forme de fausses membranes.

Les indications thérapeutiques sont les suivantes : modifier le terrain neuro-arthritique, lutter contre l'éréthisme du grand sympathique, favoriser l'élimination des produits putrides et des toxines.

Pour remplir ces indications, on aura d'abord recours au bain tiède en baignoire à 35 degrés et prolongé; s'il est mal toléré, on emploiera la douche tiède en pluie; s'il y a lieu d'obtenir une légère excitation, on fera usage du bain en eau courante et de la douche froide en jet. On réalisera les autres indications par la douche sous-marine, les entéroclyses, des ingestions d'eau, etc. L'auteur insiste tout spécialement sur les indications spéciales des eaux de Plombières et de Châtel-Guyon.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Les fonctions rénales au cours des néphrites de l'enfance. (NOBÉCOURT et P. MERKLEN. *Arch. de méd. des enf.*, sept. 1911.) — Les recherches de ces auteurs ont porté successivement sur les néphrites aiguës, les néphrites subaiguës et chroniques de l'enfant.

1° NÉPHRITES AIGUËS. — A. *Forme albumineuse simple.* — Dans les néphrites légères de la convalescence de scarlatine, il a été impossible de déceler la moindre rétention des chlorures ou de l'urée; il s'agit, dans ce cas, de néphrites albumineuses simples; une pareille absence de toute rétention peut même s'observer au cours de certaines néphrites aiguës, et

dans cet ordre d'idées les auteurs analysent deux observations de néphrites aiguës, l'une impétigineuse, l'autre purpurique.

B. *Forme chlorurémique.* — Il est une variété de néphrites aiguës qui s'accompagne d'œdème plus ou moins accentué, en même temps que l'on observe une petite augmentation de pression, de la dilatation du cœur avec ou sans bruit de galop. Il existe, dans ce cas, une rétention importante des chlorures avec une véritable crise chlorurique lorsque la perméabilité rénale se rétablit. Par contre, tout prouve l'absence de rétention azotée aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

C. *Forme azotémique.* — Il n'y a pas d'œdème dans cette variété; les symptômes digestifs prédominent (anorexie, vomissements). On peut doser l'urée dans le sérum ou le liquide céphalo-rachidien, ou l'on peut rechercher, comme l'ont montré Achard et Paisseau, l'élimination après ingestion expérimentale, l'épreuve de l'azoturie expérimentale.

D. *Forme combinée.* — La dissociation de la perméabilité rénale n'est pas toujours aussi nette, et l'on peut observer, chez le même petit malade, la combinaison des deux variétés de rétention.

2° Néphrites subaiguës et chroniques. — Les auteurs démontrent, à l'aide de multiples observations, que les mêmes variétés de formes cliniques se retrouvent au cours de ces néphrites subaiguës et chroniques; il importe donc de les bien connaître, en raison surtout du *traitement* à instituer: *régime déchloruré*, en cas de rétention chlorurée; *diète hydrique* puis lactée, en cas de *rétention azotée*. L. BABONNEIX.

Néphrite albumineuse simple à évolution chronique et bénigne. (P. Merklen. *La Pédiatrie pratique*, 15 juin 1911.) — Il s'agit d'une albuminurie apparaissant chez un enfant à l'âge de deux ans : cette albuminurie disparaît et reparaît à diverses reprises jusque vers dix ans; elle reparaît à nouveau vers quinze ans et prend alors le type orthostatique. Ce qui la caractérise c'est l'intégrité absolue de l'état général, l'absence de rétention chlorurée; il s'agit d'une de ces formes albuminuriques simples, où le trouble du fonctionnement rénal ne porte que sur la transsudation, à travers le filtre glandulaire, des albumines du sérum, sans accidents de rétention concomitante ; ce qui caractérise encore cette forme, c'est l'intermittence, particularité qui pour M. le professeur Hutinel est l'apanage de l'enfance, et comporte un pronostic assez favorable. Elle diffère de l'albuminurie orthostatique, précisément par des alternatives de rémission et de reprise, et par quelques symptômes de néphrite véritable, œdèmes fugaces, élimination prolongée du bleu de méthylène, échec absolu du traitement par le lactate de chaux, qui ferait disparaître les albuminuries fonctionnelles, alors qu'au contraire le régime lacté en avait raison.

Il s'agit donc d'un processus de néphrite, mais comportant sans aucun doute des lésions extrêmement minimes du rein.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

L'intoxication hydatique post-opératoire. (F. Dévé. *Revue de chirurgie*, 31e année, nos 5, 6 et 7, 10 mai, 10 juin, 10 juillet 1911.) — Nous ne pouvons donner qu'un résumé très succinct de cette très documentée et très intéressante étude, continuant la série des travaux de l'auteur sur les kystes hydatiques.

Ce qui l'a amené à cette étude c'est l'observation d'un cas de mort par intoxication avec accès tétaniforme dix-neuf heures après une extirpation de kyste hydatique du foie, chez une enfant qui avait subi une ponction exploratrice vingt-neuf jours auparavant.

Comme le formolage du kyste avait été effectué, l'auteur prouve d'abord, en s'appuyant sur des expériences personnelles, que l'intoxication par le formol est impossible. Il s'agit donc d'intoxication hydatique post-opératoire.

Après avoir montré combien peu cette forme de l'intoxication hydatique a attiré l'attention des cliniciens, il en donne une description complète. D'abord il retrace le tableau clinique de l'intoxication hydatique médicale dont, observations en mains, il distingue trois variétés : bénigne, grave, mortelle. Puis il donne le résumé de cinquante-sept observations d'intoxication hydatique post-opératoire relevés dans la littérature médicale, montrant qu'on retrouve trois types cliniques identiques aux précédents: 1° une intoxication bénigne se traduisant surtout par une élévation de la température, de l'urticaire, plus rarement des troubles respiratoires; 2° une forme grave où dominent les phénomènes syncopaux et de collapsus avec, au second plan, des troubles nerveux et respiratoires ; 3° une forme mortelle avec fièvre élevée, collapsus, accidents respiratoires et nerveux, parfois anurie.

Si l'on range les observations non plus selon la gravité, mais selon la prédominance d'un symptôme, on peut encore décrire à l'intoxication hydatique post-opératoire des formes fébriles, adynamiques, péritonéales, pulmonaires, nerveuses. On conçoit combien le diagnostic de la complication peut être difficile et comment le plus souvent, après une opération, on songera bien plutôt à des phénomènes de shock, à moins qu'une éruption d'urticaire ne vienne éveiller l'attention; mais cette urticaire manque dans les cas graves et on ne peut tirer aucune conclusion de son absence. C'est donc un diagnostic à poser surtout par élimination des autres complications.

Il semble que ce soit une complication rare après les opérations; on la rencontre surtout au-dessous de vingt ans (60 p. 100), plus souvent dans le sexe féminin (59 p. 100), et peut-être surtout chez des sujets à tempérament nerveux, et chez les sujets au mauvais état général présentant ce que Guérin et Duval ont appelé la cachexie hydatique.

Il ne semble pas que les variétés du contenu du kyste, la technique opératoire choisie, le formolage aient une action nette sur sa genèse. Venant ensuite à la pathogénie des accidents, Dévé montre qu'ils ne sont pas dus à la toxicité directe du liquide, mais à des phénomènes d'anaphylaxie. Il montre leur analogie avec les accidents de l'anaphylaxie expérimentale, vétérinaire et humaine, après les injections successives de sérum.

Il faut donc pour qu'ils se produisent qu'une ponction antérieure ait permis l'introduction dans l'organisme d'un peu de liquide hydatique pour « sensibiliser » les sujets ; mais cela n'est pas toujours nécessaire si l'on admet, comme l'ont prouvé Chauffard et ses élèves, la possibilité de la dialyse lente des poisons échinococciques à travers les parois de la vésicule intacte; il en résulte alors cette sorte de cachexie hydatique signalée plus haut. Il suffit donc, au moment de l'opération, de l'absorption de quelques gouttes de liquide hydatique chez un individu préalablement sensibilisé pour déclancher tout le grand appareil des phénomènes anaphylactiques. On comprend la difficulté d'éviter ces accidents ; au moment de l'opération il faut protéger au maximum le péritoine et sa plaie cruentée et aussi éviter l'écoulement du liquide entre la paroi du kyste et sa membrane adventice en enfonçant le trocart à fond ; c'est surtout la prophylaxie qui peut être efficace: éviter les ponctions exploratrices, et si une ponction a été pratiquée opérer de suite avant que l'anaphylaxie se soit installée, si c'est possible. Mais l'avenir est certainement à l'immunisation préventive contre les accidents anaphylactiques. Si les accidents ont éclaté, Dévé conseille de lutter au moyen de l'éthérisation du malade, du chloral dans les formes éclamptiques, de l'alcool contre le collapsus. L'atropine pourrait jouer le rôle d'un véritable antidote. Mais l'avenir reste à une thérapeutique préventive contre l'intoxication hydatique, comme le formolage est une thérapeutique préventive contre la greffe hydatique sur les tissus.

M. LANCE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude anatomique des ulcérations de l'estomac. (HAYEM. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, juillet 1911). — La lésion la plus minime porte le nom d'*érosion*; elle est constituée par des pertes de substance qui n'intéressent que la muqueuse; la lésion primitive est une escarre ou un foyer de nécrose. C'est la chute de l'escarre qui donne naissance à l'érosion. On peut distinguer des érosions simples, très superficielles, et des érosions hémorragiques. L'infarctus hémorragique est une simple variété de l'érosion hémorragique de Cruveilhier. Histologiquement, l'altération principale est un placard de mortification ayant la forme d'un cône dont la pointe s'arrête à la muscularis mucosa. Il y a rupture des capillaires. L'on peut observer parfois des érosions artérielles; il s'agit alors de l'exulcération simplex de Dieulafoy; enfin l'on peut rencontrer également à ce niveau des microbes parvenus à la paroi stomacale par voie sanguine.

Les *ulcérations* peuvent revêtir le type aigu perforant, à la suite de brûlures par exemple, de septicémies, mais le siège de celles-ci est le plus souvent le duodénum.

Les ulcérations simples peuvent s'observer dans l'appendicite gangréneuse, la fièvre typhoïde, la péritonite généralisée, ainsi que dans toutes les maladies infectieuses.

La pathogénie en est très obscure. On peut distinguer des ulcérations produites par action directe sur la muqueuse, et par action indirecte.

Les ulcérations par action directe, par traumatisme, se réparent extrêmement vite; les ulcérations indirectes peuvent être réalisées par des troubles de la circulation, par des altérations du sang, des empoisonnements, des principes toxi-infectieux, des auto-intoxications.

Toutes ces ulcérations sont superficielles et n'intéressent qu'une faible épaisseur de la membrane muqueuse; elles se présentent au début soit sous la forme d'une escarre hémorragique, soit sous la forme d'apoplexie de la membrane. En résumé ces ulcérations constituent, par leur origine, leur forme anatomique, leur évolution, des lésions très distinctes de l'ulcère proprement dit (ulcère rond, ulcère perforant, ulcère peptique).

L. BABONNEIX.

JURISPRUDENCE

LA LOI DE FINANCES DU 13 JUILLET 1911 ET LA MÉDECINE

La loi annuelle de finances, qui porte fixation du budget général des dépenses et des recettes de notre pays, contient toujours des dispositions fiscales et même administratives. En parcourant les articles de la loi du 13 juillet (*Journ. offic.*, 14 juillet 1911), nous en relevons quelques-uns qui intéressent la vie médicale. Nous nous bornerons à les citer aujourd'hui, sauf à les commenter, s'il y a lieu, lorsque des règlements d'administration publique auront pourvu à l'application desdits articles.

Tout d'abord, l'article 3 donne une extension nouvelle à l'*assistance par l'habitation à bon marché*. Le médecin doit s'y intéresser : n'est-il pas membre des comités de patronage et ne délivre-t-il pas le certificat de salubrité prévu par l'article 5 de la loi du 12 avril 1906?

Art. 3. — Les premier et deuxième alinéas de l'article 5 de la loi du 12 avril 1906, sur les habitations à bon marché, sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les avantages concédés par la présente loi s'appliquent aux maisons destinées à l'habitation collective, lorsque la valeur locative réelle de chaque logement ne dépasse pas, au moment de la construction, les maxima déterminés ci-après. »

Le douzième alinéa du même article est remplacé par les dispositions suivantes :

« Bénéficieront également des avantages de la loi les maisons individuelles dont la valeur locative réelle ne dépassera pas de plus d'un cinquième le chiffre déterminé ci-dessus. Seront considérés comme dépendances de la maison pour l'application de la loi, sauf en ce qui concerne l'exemption temporaire d'impôt foncier, les jardins d'une superficie de 5 ares au plus attenant aux constructions ou les jardins de 10 ares au plus non attenant aux constructions et possédés dans la même localité par les mêmes propriétaires. »

L'article 4, provisoire, se rapporte au certificat de salubrité.

L'article 78 a amélioré le sort des *médecins de colonisation* de l'Algérie. Il a étendu le bénéfice de la loi du 9 juin 1853 (art. 7) sur les pensions civiles à ces médecins :

Art. 78. — La nomenclature de la deuxième section du tableau n° 3 annexé à l'article 7 de la loi du 9 juin 1853 est complétée ainsi qu'il suit :

« Administrateurs des communes mixtes et médecins de colonisation de l'Algérie nommés antérieurement au 1er janvier 1901, ayant des traitements de 2401 à 8000 francs, sans que la pension puisse dépasser 4000 francs. »

L'article 82 s'applique exclusivement à une catégorie de *médecins militaires* :

Art. 82. — Par dérogation aux dispositions de la loi du 7 avril 1905, vingt des médecins-majors de première classe retraités par anticipation à vingt-cinq ans de services et qui, s'ils étaient restés en activité, n'auraient pas encore atteint leur trentième année de services, seront remplacés dans les cadres à dater du 1er janvier 1911.

Pour éviter des interprétations et des difficultés pour le paiement, soit de secours, soit de frais divers en faveur des pupilles de l'*assistance publique*, l'article 99 porte des précisions nécessaires en ce qui concerne le domicile de secours :

Art. 99. — L'article 39 de la loi du 27 juin 1904 est modifié comme suit :

« Les enfants désignés dans l'article 4 (enfants en dépôt), dans l'article 5 (enfants en garde) et dans les paragraphes 2, 3, 4 et 5 de l'article 6 (enfants abandonnés, orphelins pauvres, enfants délaissés, maltraités ou moralement abandonnés) ont leur domicile de secours dans le département où ils sont nés. »

Quant aux *aliénés*, une innovation importante est faite, touchant le paiement des frais relatifs aux aliénés indigents. En effet, voici ce que dispose l'article 101 :

Art. 101. — Les dépenses de transfert et d'entretien des aliénés indigents sans domicile de secours seront supportées par l'Etat jusqu'à concurrence de moitié en 1912, des trois quarts en 1913 et de leur intégralité à partir du 1er janvier 1914.

L'article 111 a comblé une lacune et donné satisfaction à un vœu depuis longtemps exprimé par l'élite du corps médical. Il intéresse l'*Académie de médecine* :

Art. 111. — A partir de la promulgation de la présente loi, l'Académie de médecine sera investie de la personnalité civile.

L'article 126 a soumis au contrôle de la Cour des comptes les comptes des *budgets des hospices et établissements de bienfaisance des colonies* :

Art. 126. — Seront soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions qui seront déterminées par un décret, les comptes :

... 2° Des comptables des budgets... des hospices et établissements de bienfaisance des colonies, lorsque le montant des recettes ordinaires constatées dans les trois dernières années dépasse 30000 francs par an.

L'article 139 met à la charge des exploitants des mines le dépenses nécessitées par le traitement des *ouvriers mineurs atteints d'ankylostomiase :*

Art. 139. — Les dépenses médicales, pharmaceutiques, hospitalières, indispensables pour le traitement des mineurs atteints d'ankylostomiase, seront supportées par les exploitants de mines dès la promulgation de la présente loi.

Pendant tout le temps que nécessitera le traitement, les mineurs atteints recevront une indemnité journalière, conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application du présent texte de loi.

Enfin, l'article 140 protège la *maternité* du personnel féminin administratif :

Art. 140. — Les dispositions de la loi du 15 mars 1910, accordant un congé de deux mois avec traitement entier aux institutrices en couches, en dehors des congés de maladie prévus par le décret du 9 novembre 1853, sont applicables au personnel féminin des postes, télégraphes et téléphones.

Tels sont les 10 articles, susceptibles d'intéresser le corps médical, de cette loi qui n'en contient pas moins de 178.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE DE L'OPIUM ET DE SES NOUVELLES PRÉPARATIONS (1)

Par M. Philippe Trotain (de Paris).

Voici une thèse très intéressante qui met au point la question toujours actuelle de la médication opiacée.

M. Trotain, qui est ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph, a fait un grand nombre de recherches sur la médication opiacée et surtout sur le pantopon qui représente, comme on sait, tous les alcaloïdes de l'opium.

Il est, en effet, intéressant de chercher à réaliser un opium pur, d'activité toujours identique, de toxicité aussi faible que possible, ne provoquant que peu ou pas d'effets secondaires, et soluble, c'est-à-dire pouvant s'administrer par voie hypodermique.

Le pantopon paraît avoir atteint ce but; ce produit a été étudié spécialement par le professeur Sahli (de Berne), et, en France, par un grand nombre de pharmacologues et de cliniciens parmi lesquels nous devons citer : MM. Pouchet, Bardet, Rémond, Sicard, Courmont, Lyonnet, Morel-Lavallée, Laffitte, Leriche, Claret, Gy, Fiessenger, Voivenel, Salin, Azémar et Souty.

Le pantopon (πᾶν, tout; ὀπός, suc) représente la totalité des alcaloïdes de l'opium précipités sous forme de chlorhydrates solubles; ce n'est donc pas un dérivé de l'opium, ni un succédané de la morphine; c'est l'opium lui-même, l'opium total.

Grâce au grand nombre d'observations qu'il a recueillies dans les services des professeurs Robin, Landouzy, Sicard, Lereboullet, Laffitte, Morel-Lavallée, Le Bec, Huguier, etc., M. Trotain a pu constater que le pantopon présente des avantages certains sur les opiacés ordinairement employés; c'est un produit pur, soluble, rigoureusement préparé, de constitution constante, donnant toujours, par conséquent, les mêmes effets, aux mêmes doses, n'ayant pas d'actions secondaires, qu'il soit administré par voie buccale ou par voie hypodermique; de plus, comme il est soluble, il est plus rapidement absorbé, ce qui est un avantage précieux dans la médecine d'urgence; d'autre part, il ne produit pas de paralysie des muscles lisses, d'où la supériorité de son emploi chez les malades facilement constipés, chez les dyspeptiques gastro-intestinaux et chez les opérés. De même, il peut rendre des services considérables chez les nerveux, les cardiaques, les emphysémateux. Comme il représente l'action de la morphine corrigée par celle des autres alcaloïdes de l'opium, il peut être utilisé avec de bons résultats dans les cures de démorphinisation.

Enfin, point très digne d'être remarqué, le pantopon semble ne pas produire de phénomènes d'accoutumance, comme la morphine et l'opium.

On peut donc considérer le pantopon comme un véritable opium soluble que l'on peut administrer par voie hypodermique (Bardet).

(1) Travail des services des hôpitaux de Paris : Beaujon, Laënnec, Salpêtrière, Hôtel-Dieu, Lariboisière, Charité, Tenon, Saint-Joseph, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 septembre 1911 :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Buy passe à l'hôpit. de Nancy; Toubert, à l'hôpit. Desgenettes, à Lyon.

Médecins-majors de première classe. — MM. Alvernhe passe aux salles milit. de l'hospice mixte de Toul (médecin chef); Ecot, à l'école d'application de cavalerie (médecin chef); Campos-Hugueney, aux salles milit. de l'hospice mixte d'Angoulême; Cavalier-Benezet, à l'hosp. mixte de Rouen; Manceaux, au service de la place et du laboratoire de bactériologie de Châlons-sur-Marne; Marotte est nommé major à l'école du service de santé; Payerne passe au 75e d'inf.; Beaujean, à l'hôpit. de Versailles; Capillery, au 4e zouaves; Barisien, au 1er étranger; Roquelaure, au 35e d'inf.; Sallet est maintenu au 1er génie; Léniez passe au 101e d'inf.; Bory, aux hôpit. de la division d'Oran; Douzans, au 55e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Lefebvre passe au 31e d'art.; Rouyer, au 133e d'inf.; Daireaux, au 124e d'inf.; Baumelou, au 16e d'art.; Fayollat, aux hôpit. de la division de Constantine; Josse, à l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; Billon, aux salles milit. de l'hospice mixte d'Amiens; Coste, au 5e chass. d'Afrique; Legendre, au 129e d'inf.; Schnaebelé, au 17e chass. à cheval; Dugrais, aux hôpit. de Tunisie; Pons, au 5e bat. d'inf. légère d'Afrique; Bertrand, au 4e bat. d'inf. légère d'Afrique; Guiot, au 12e chass. à cheval; Plisson, à l'école supérieure de guerre; Heuls, aux hôpit. de Tunisie; Dornier, au 4e huss.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bloch passe au 28e bat. de chass. à pied; Malmonte, au 24e d'inf.; Charrier, au 108e d'inf.; Jammes, au 78e d'inf.; Querleux, au 1er d'art. de montagne; Delater, à l'école d'application de cavalerie; Pineau, aux hôpit. de la division d'Oran; Briend est affecté aux hôpit. de la division d'Oran; Laforge passe au 10e d'art.; Blanc, aux hôpit. de Tunis; Colleye, au 7e chass. à cheval; Graindorge, au 2e chass. d'Afrique.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Rolland passe au 125e d'inf.

MARINE. — Les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été admis à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux :

1. MM. Moulinas, Brugeas, Clavier, Souchard, Bars, Vaucel, Cousyn, Silvestre, Fournier, Carpentier,

11. Monnier, Chabaud, Bizien, Dréan, Calandreau, Guillemard, Petiteau, Tacheron, Miguet, Pierre,

21. Rabasté, Gauthier, Agard-Laroche, Pandellé, Augé, Manon, Olive, Lhuerre, Lacaze, Colin,

31. Leissen, Colibœuf, Paoletti, Chatrieux, Bourdila, Pascal, Triaud, Roux, Thirion, Tardy,

41. Tramini, Fabre, Cumin, Kervella, Lapauze.

Par la même décision, ont été nommés élèves du service de

santé de la marine et devront être rendus à Bordeaux le 20 octobre 1911 :

A. Les jeunes gens, admis à la suite du concours de 1910 et qui doivent terminer le 1er octobre 1911 leur année de service militaire, savoir :

MM. Baixe, Le Vilain, Marquand, Bernardin, Morin (A.), Delfini, Masselin, Puel, Eschenbrenner, Lachaume, Planteau, Simon, Arrighi, Viéron, Blanchot, Arnoult, Capéran, Vogel, Hardy, de Fajole, Labeyliès, Le Coty, Fabry, Mercier, Adelus, Maudet, Bertrou, Gascougnolles, Alinat, Godillon, Laffon, Paris, Roussel, Rouquet, Gouriou, Morin (P.), Mury, Naudin, Tassy, Le Goffic, Clouet, Peyronnet de la Fourelle, Ponsan, Chastang, Bouyer, Jeandeau, Loyer.

B. Les étudiants en médecine du concours de 1911 désignés ci-après qui ont déjà satisfait à leurs obligations militaires : Souchard, Augé.

Les étudiants en médecine qui n'ont pas encore satisfait à leurs obligations militaires devront, s'ils remplissent les conditions d'aptitude physique exigées, contracter dans le port où ils ont subi les épreuves d'admission, l'engagement prévu par le décret du 6 avril 1906.

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministre de la marine, dans le plus bref délai, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteurs.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE RATTACHÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session de 1911 commencera le 12 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent le diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : Pathologie expérimentale et comparée; Parasitologie; Hygiène.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'École pratique.

L'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin, à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS. — I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le professeur Roger (15 leçons et démonstrations pratiques). — Stérilisation; Milieux de culture; Méthodes de coloration; Méthodes de culture; Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc.; Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le professeur Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques). — Parasites animaux; Examen du sang de l'homme et des animaux; Analyse des matières fécales; Parasites du sang, fièvres palustres; Filaires; Bilharzia; Nematodes; Cestodes, etc.; Animaux venimeux; Parasites végétaux; Mycoses.

III. *Chirurgie des pays chauds*, par M. le docteur Morestin, agrégé, chargé de cours (6 leçons à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée). — I. Considérations générales. Les hépatites. II. Traitement chirurgical des hépatites. III. La rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, ruptures). Lésions chirurgicales de la filariose. IV. Lésions chirurgicales de la filariose (suite). La bilharziose. Le ver de Médine. V. L'éléphantiasis des Arabes. VI. Bubon d'Orient. Aïnhum. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds*, par M. le professeur de Lapersonne (4 leçons, à l'Hôtel-Dieu) : M. le docteur Cantonnet, suppléant. — I. Ophtalmies, trachome. II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, de la trypanosomiase, de la filariose; parasites oculaires, etc. Iridochoroïdites infectieuses. III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques. IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil.

V. *Epidémiologie exotique*, par M. le professeur Chantemesse (6 leçons et exercices pratiques). — I. Prophylaxie de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde. II. Hygiène à bord. III. Désinfection.

VI. *Pathologie et hygiène tropicales*, par M. le docteur Wurtz, agrégé, chargé de cours. — *Pathologie exotique* (17 leçons) : Peste; Fièvre jaune; Choléra; Dysenterie; Diarrhée des pays chauds; Fièvre de Malte; Fièvre récurrente; Fièvres paludéennes; Fièvre hémoglobinurique; Filariose; Bilharziose; Dracunculose; Lèpre (distribution géographique et bactériologie); Béribéri; Maladie du sommeil; Trypanosomiase humaine; Aïnhum; Verruga; Pied de Madura.

Hygiène tropicale (10 leçons). Trois de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes. — Vingt exercices de *diagnostic bactériologique* appliqués aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

VII. *Affections de la peau* (M. le professeur Gaucher). Huit leçons de dermatologie tropicale. Quatre leçons par M. le professeur Gaucher : lèpre, boutons d'Orient, ulcères des pays chauds. Quatre leçons par M. le docteur Jeanselme, agrégé : Syphilis exotique; Pian ou Frambœsia; Dermatomycoses exotiques : Tokelau; Caratés; Dermatoses produites par des parasites animaux; Hygiène de la peau sous les tropiques; Technique histologique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

Les leçons de M. le professeur Gaucher auront lieu à dix heures du matin à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique).

Les quatre leçons de M. le docteur Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du laboratoire municipal).

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 20 francs; un droit de bibliothèque, 10 francs; un droit de laboratoire, 150 francs; deux examens gratuits.

Conditions d'admission : Les inscriptions sont reçues du 1er au 14 octobre au secrétariat de la Faculté. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Algérie-Tunisie.* — Billets de voyages à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires ; certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Italie et de l'Espagne.

Voir la nomenclature complète de ces voyages circulaires dans le livret-guide-horaire P. L. M. en vente dans les gares, bureaux de ville, bibliothèques : 0 fr. 50; envoi sur demande au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, contre 0 fr. 70 en timbres-poste.

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt); Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); 3° Bâteaux-Omnibus (Point-du-Jour).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Sept. 1911.) FROIS et SARTORY : Les poussières organisées dans l'industrie. — WIENER : L'état actuel de la peste aux Indes. — BARGERON : Hygiène industrielle.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 7, 17 août 1911.) — John H. CUNNINGHAM : Rapport sur 60 cas de syphilis traités par le salvarsan (*à suivre*). — Edwin A. HOCKE : L'hôpital-école de Boston pour enfants tuberculeux (2 fig.). — Beth VINCENT, Robert M. GREEN, James F. TOMKIE, William T. GRAHAM : Les greffes cutanées dans le traitement des rétractions consécutives aux brûlures (avec 9 fig.). — Horace PACKARD : Le cancer des arbres. Analogie frappante entre certaines tumeurs des végétaux et les tumeurs malignes des animaux (avec 2 fig.). — James R. TORLERT : Une monstruosité exceptionnelle (2 fig.). — (N° 8, 24 août.) Benjamin T. BURLEY : Sur l'importance de déterminer les causes de l'alcoolisme. — Henry T. HUTCHINS : La méthode de Wertheim pour l'ablation des cancers du col utérin. — Guy G. FERNALD : Quelques remarques sur la pratique médicale. — John H. CUNNINGHAM : Rapport sur 60 cas de syphilis traités par le salvarsan (*fin* du n° 7, p. 240.) — (N° 9, 31 août.) James WARREN SEVER : Les causes et le traitement des luxations et subluxations paralytiques de la hanche (avec 6 fig.). — Edward C. BRIGGS : La gingivite interstitielle. — Frederick C. THOMSON et W. R. MAC AUSLAND : La diphtérie des plaies. Une observation, — Alfred T. HAWES : La rupture de l'utérus à travers le cul-de-sac vaginal postérieur.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 sept. 1911.) J. LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales.

Bulletin médical. — (N° 73, 20 sept. 1911.) DARRÉ : Traitement de la diphtérie (*fin*). — (N° 74, 23 sept.) WEITZEL : Deux observations de kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 10 août 1911.) PICK : Sur l'hérédité des maladies. — STAUB : Intoxications chroniques et intoxication saturnine en particulier. — KRAUS, GRAHAM, ZEKY-ZIA : Sur les hémotoxines et la méthode des plaques de sang. — NÉPHRITIS : Sur les calculs bactériens du rein. — EBSTEIN : L'aspirine médicament de la toux. — CSEPAI et V. TORDAY : Etudes sur le séro-diagnostic de la tuberculose et de la syphilis par le viscosimètre. — ARENDT : Traitement du carcinome inopérable de l'utérus par le radium. — KOBER : Sur la recherche du sang par la phénolphtaléine. — DREUW : Réaction de Wassermann et examen des prostituées.

Journal de médecine interne. — (N° 26, 20 sept. 1911.) OCKINCZYC : Hydrocèle et hématocèle. — René LE FUR : La prostatite des cavaliers. — HARET : Un cas de sarcome de l'omoplate traité par l'ion radium.

Journal des praticiens. — (N° 38, 23 sept. 1911.) BAUMEL : Diarrhée verte persistante chez un nourrisson. — RATHERY : La cure de pommes de terre dans le diabète. — LIÉGEOIS : Plantes indigènes à effets expectorants.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 37, 16 sept. 1911.) DELFOSSE : Leucémie myéloïde chez les nourrissons.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 37, 14 sept. 1911.) VAN LINT : Les sanctions de l'examen de la vue à l'école. — Paul DE RIDDER : La céphalalgie de l'œil. — (N° 38, 21 sept.) P. VANDERVELDE : Cirrhose de Laënnec. Ascite. Opération de Talma. — WEILL : Méningoglobinurie hémolysinique.

Marseille médical. — (N° 18, 15 sept. 1911.) MONGES : Méningite cérébro-spinale ou maladie de Heine-Medin ? — P. FIOLLE : La voie coccy-périnéale (*suite*). — Jean-Marie MARTIN : Les bureaux de santé de la ville de Tarascon pendant les épidémies de peste de 1628 à 1629, 1640 et 1650 et 1720-1721 (*suite*).

Montpellier médical. — (N° 37, 10 sept. 1911.) H. TRUC et Ch. FLEIG : Des lésions oculaires expérimentales par poussières de routes goudronnées et non goudronnées (*suite*). — (N° 38, 17 sept.) N. ŒCONOMOS : Corps étranger de l'estomac expulsé par les voies naturelles. — H. TRUC et Ch. FLEIG : Des lésions oculaires expérimentales par poussières de routes goudronnées et non goudronnées (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 22 août 1911.) CZERNY et CAAN : Sur le traitement des tumeurs malignes par les substances radioactives et notamment l'actinium. — HÜFLER : Sur la technique du traitement par le salvarsan. — HERBSMANN : Injections intraveineuses de radium sans réaction. — FISCHER : Mort par encéphalite hémorragique après une injection de salvarsan. — KANNENGIESSER : Cas de mort par le salvarsan. — ALMKURST : Encéphalite hémorragique aiguë après injection de salvarsan. — NEU : Nouvelle contribution expérimentale à la biologie du sang pendant la période de gestation chez la femme. — BAB : Traitement de l'ostéomalacie par l'extrait hypophysaire. — JOESTEN : Sur la recherche du sperme. — ALSLEBEN : Les préparations bromurées anorganiques et organiques dans le corps des animaux. — BLÜMEL : Le choix parmi les tuberculines. — KNAUER : Technique des injections de salvarsan. — STRAUSS : Nouveau trocart veineux pour injections de salvarsan. — KLAGES : Pince à serres fines. — SAMELSON : Substances vaso-constrictives dans le sérum dans le rachitisme, la tétanie et la diathèse exsudative.

Province médicale. — (N° 37, 16 sept. 1911.) Maurice PERRIN (de Nancy) : Chlorure de calcium et diurèse, chlorurie, albuminurie. — P. CARLES (de Bordeaux) : A propos de l'action diurétique du vin blanc. — Eugène GELMA (de Nancy) : Paraplégie avec contracture en flexion de Babinski.

Revue neurologique. — (N° 17, 15 sept. 1911.) BABINSKI, JARKOWSKI et JUMENTIÉ : Syndrome de Brown-Séquard par coup de couteau. — ROUSSY et CLUNET : Les tumeurs du lobe antérieur de l'hypophyse, essai de classification histologique (projection de microphotographies en couleurs).

Semaine gynécologique. — (N° 38, 19 sept. 1911.) HADGÈS-BEY : Deux cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et du duodénum,

Semaine médicale. — (N° 38, 20 sept. 1911.) SCHIASSI : La gastro-entérostomie de choix, avec ou sans exclusion du pylore, dans l'ulcère du duodénum.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept. 1911.) DRIOUT : Sur un cas d'inversion utérine totale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic des tumeurs abdominales, par le professeur G. L. SACCONAGHI, traduction française par MM. les docteurs L. MAYER et J. PINCHART. — Bruxelles, Lamertin, éditeur.

La Filtration en radiothérapie, par le docteur EHRMANN. (Thèse de Paris, 1911.) — Paris, Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lion, Le Gendre (qui acceptent), Bourcy, Wurtz, de Massary, Humbert, Tuffier, Potherat, Rochon-Duvignaud et Brindeau (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 2 octobre 1911. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

MM. Pidoux, 14; Picard, 15; Ruppe, 19 1/2; Ruelle, 12; Sabadini, 13 1/2; Moutard et Sakka, 5; Renard (Jacques), 18; Tesseyré, 13; Vanneufville, 9; Mlle Zvigoul, 12 1/2; Mme de Tannenberg, née Corot, 11; MM. Vallot, 14; Surun, 10 1/2; Veaux, 9; Taberlet, 14 1/2; Vallée, 14; Voisin, 8; Séguin (P.-L.), 6.

Séance du 3 octobre. — Question donnée : « Os maxillaire inférieur. »

MM. Vachet, 9; Semelaigne, Mlle Verrier et MM. Soret, 16; Soubaigné, 14; Souchay, 7; Mlle Stakevitch, 16; MM. Uzan (Emile), 13; Thomas (Maxime), 18; Suyeux, 12 1/2; Winter, 16 1/2; de Sieramski, 16; Tournay, 17; Vignard et Touchard, 14 1/2; Traill, 10; Selter et Sédillot, 16.

Pathologie. — Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës généralisées. »

MM. Cabouat, 14; Barrieu, 11 1/2; Alardo, 9; Barry et Brousse, 12; Mlle Beauvais, 9; M. Alliot, 12 1/2; Mlle Blechmann, 17 1/2; MM. Boulva, 12; Anasiewicz, 12 1/2; Blondet et Boiteux, 14; Andréoli, 15; Apchin, 12 1/2; Aysaguer, 9; Blankstein, 10; Bureau, 12.

Séance du 3 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. »

MM. Blot, 18; Burnand, 15; Bethoux, 14; Mlle Braïlowsky, 11; MM. Brawarsky, 8; Alterman, 12; Bernardin, 11 1/2; Boisnier, 13 1/2; Barrière, 13; Bocage, 16; Bigot, 13 1/2; Binet (Alfred), 13; Boulay, 17; Mlle Ber, 13 1/2; M. Benoit, 10.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES. — M. Jean Gautrelet, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, est nommé maître de conférences à l'Ecole des hautes études, en remplacement de M. Pachon, récemment nommé professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Est nommé dans le corps des sapeurs pompiers : M. le docteur Lagarde, médecin aide-major de première classe à Montauban.

LE VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE, qui devait avoir lieu à Rome en septembre 1911, aura lieu en avril 1912, sous le haut patronage de leurs majestés le roi et la reine d'Italie.

On peut s'inscrire au Congrès moyennant la cotisation de 25 lires, et envoyer au secrétariat, via in Lucina, 36, à Rome, avant le 31 décembre 1911, un résumé des communications.

MM. les congressistes qui ne pourront aller à Rome auront droit aux actes du Congrès, et leur communication sera lue par un de leurs collègues congressistes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Rochet, architecte du gouvernement et de l'Assistance publique, auquel on doit l'Académie de médecine et le nouvel hôpital de la Pitié. M. Rochet était le gendre de M. Diet, de l'Institut, qui construisit autrefois l'Hôtel-Dieu de Paris.

CONSULTATION POUR LES MALADIES NERVEUSES (asile clinique, 1, rue Cabanis). — M. le professeur Gilbert Ballet, tous les lundis, à neuf heures du matin.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

XXIVe SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

LA COLLABORATION MÉDICO-CHIRURGICALE

DISCOURS D'OUVERTURE PRONONCÉ

Par M. le professeur SEGOND, président.

Chers collègues,

Avant tout, je veux, en votre nom, saluer les hautes personnalités dont la présence nous est, en ce jour, précieuse, infiniment, et souhaiter chaude bienvenue aux collègues étrangers qui ont eu la courtoisie de franchir nos frontières pour nous apporter, avec les lumières de leur expérience, la preuve tangible d'amitiés qui nous sont particulièrement chères.

J'entends bien, qu'au dire de certains idéalistes, la science habiterait une région supérieure et sereine où les frontières n'existent pas. Mais si la science ne devrait pas avoir de patrie, il est par bonheur certain que les savants en ont tous une qu'ils adorent. C'est même là ce qui donne à la cordialité de leurs ententes sa vraie saveur. Rien n'est donc plus sincère que les sentiments de gratitude dont je viens de me faire l'interprète.

Et maintenant, chers collègues, c'est à vous que je dis salut et merci. Grâce à vos suffrages, je goûte à cette heure la troublante ivresse des investitures suprêmes. Riez si vous voulez de cet exorde emphatique autant que redondant... (je ne demande pas mieux, car le rire est, à coup sûr, l'un de nos réflexes les plus doux)... Mais, *ivresse* et *trouble* sont, en vérité, les deux seuls mots capables de vous traduire mon état d'âme.

Ivresse, parce que mon élection signifie que je possède votre confiante sympathie, et je ne sais pas de trésor plus enviable. Trouble, trouble extrême, entendez-vous bien, parce que les trop beaux rêves ne sont guère réalisables, et celui que je caresse est bien de ceux-là, puisque je voudrais me montrer digne de vous. Mais, après tout, n'ai-je pas d'avance la sensation de votre affectueuse indulgence?... Et alors... *Sursum corda!*

*
* *

A vous aussi, je pourrais adresser le même appel, en lui rendant, hélas! tout son noble sens, car, suivant un pieux usage que nous ne voudrions, pour rien au monde, voir tomber en désuétude, l'instant est venu d'élever nos pensées vers les compagnons et les amis que le Destin nous a ravis depuis notre réunion dernière.

Nous avons perdu nos collègues étrangers : Alexander (de New-York), Jordan (de Heidelberg), Krönlein (de Zurich), Reymond (de Turin) et Suter (de Lima), tous chirurgiens de haute valeur, que nous avions accueillis, parmi nous, avec autant d'orgueil que de joie.

Morts aussi nos collègues Martin Claude (de Lyon), Houzel (de Boulogne), Julliard (de Genève) et Durbesson (d'Avignon), dont la collaboration nous fut si profitable et qui comptaient, ici, tant d'amitiés sincères.

Ce n'est point tout, hélas! et vous avez tous sur les lèvres les noms des deux grands amis que le sort, dans son insatiable cruauté, vient de faucher sans merci : Guinard et Nélaton.

Guinard! cet homme honnête, dévoué, bon entre les bons, tombé sous les coups d'un misérable aveuglé par les sentiments de haine sauvage que, sous couleur de progrès humanitaires, les sectaires de notre époque ne craignent pas de mettre au cœur des déshérités, pour mieux assurer le triomphe macabre de leurs doctrines odieuses!

Et notre pauvre ami Nélaton! cet être exquis et parfait dont les rares qualités nous charmaient tant, et qui, par son inflexible droiture, sa conscience toute blanche et son héréditaire bon sens, résumait si bien, en lui, les qualités fondamentales du bon chirurgien! Pourquoi faut-il donc qu'il nous soit infligé de le pleurer, à la veille même du jour où nous avions tous l'espoir, que dis-je l'espoir, la certitude de lui serrer joyeusement les mains?

Le sort, il est vrai, s'est montré moins barbare pour Nélaton que pour Guinard. Sa belle âme s'est envolée tout d'un coup, sans qu'il ait eu besoin, pour bien mourir, de faire appel aux sentiments de sublime vaillance qui ont fait de Guinard un héros; mais pour nous, la séparation n'est pas moins déchirante et terrible.

Tels sont nos disparus! Puissent-ils lire en nous! Ils auraient la juste mesure de notre désespoir et de tout ce qu'ils valaient. Quant à nous, une seule consolation nous reste : c'est de croire, avec l'un de nos grands philosophes, que « les vivants sont toujours et de plus en plus gouvernés par les morts ». Nous aurions ainsi le réconfortant espoir de ne jamais voguer à la dérive et de rester toujours à la hauteur de notre belle mission.

*
* *

Grâce à vous tous, mes chers collègues, nous sommes en merveilleux chemin pour cela. C'est, me semble-t-il, pure et simple justice de le reconnaître. D'autant que votre marche à l'étoile ne date pas d'hier. Savez-vous bien que votre première réunion remonte au 6 avril 1885 et que nous sommes en octobre 1911? Donc, pas d'erreur possible, nous avons vingt-cinq ans d'âge plus que révolus. Ce sont nos vraies noces d'argent que nous pouvons aujourd'hui célébrer.

Cela étant, ne trouvez-vous pas qu'avant d'esquisser les quelques aperçus que j'ai l'intention de vous soumettre sur la *collaboration médico-chirurgicale*, il serait bien, et qui plus est, de circonstance tout à fait, de vous inviter d'abord à jeter un coup d'œil d'ensemble sur vos vingt-cinq premières années de travail?

Je puis, en tous cas, vous garantir que rien n'est plus instructif ni plus attrayant, et si vous voulez bien m'écouter un instant, dussé-je vous mettre le rouge au front, j'imagine que vous serez de mon avis. C'est, qu'en effet, l'*Association française de chirurgie* n'est plus du tout la frêle et délicate créa-

ture que Demons enfanta pour la confier ensuite à ses premiers pères nourriciers. Elle a tenu toutes les promesses de sa jeunesse déjà si vigoureuse, et à cette heure ce n'est rien moins qu'une puissante et superbe multipare, dont vingt-quatre gestations, merveilleusement conduites à terme, n'ont fait qu'augmenter la robustesse et la fécondité. Comment donc ne seriez-vous pas joyeux de contempler pareille courbe d'accroissement!

* * *

Durant vos premières années, votre viabilité s'est affirmée par une série de travaux que vous avez sûrement gardés dans vos souvenirs. Entre beaucoup d'autres, je vous rappelle les communications de Socin sur la septicémie; de Guérin, sur la chirurgie de guerre; de Boeckel, sur la trépanation préventive et les résections précoces dans la coxalgie; de Reverdin, sur la thyroïdectomie; de Demons, sur la laryngectomie; de Poncet, sur les greffes osseuses; de Berger et Farabeuf, sur l'inter-scapulo-thoracique; de Championnière, sur la suture rotulienne et les résections du genou; de Thiriar, Richelot, Routier, etc., sur la cure radicale des hernies.

Mais, toutes ces grosses questions ne vous étaient alors présentées qu'à l'état de faits isolés et personnels, sans qu'une discussion profitable pût en découler et, très vite, vous avez compris que pour donner à votre labeur toute sa portée, il était indispensable de vous consacrer surtout à la discussion de questions données d'avance et confiées à des rapporteurs compétents. C'était chose faite dès votre cinquième réunion (1891), et depuis vous pouvez très hautement revendiquer le mérite de n'avoir rien négligé pour maintenir la chirurgie française à son vrai rang.

Bien que plusieurs d'entre vous aient apporté les résultats de leurs instructives recherches sur le cancer, la bactériologie de l'ostéomyélite, le mycosis pseudo-actinomycosique et la botriomycose, le rhumatisme tuberculeux, le tétanos et les ressources cliniques de l'examen du sang, il faut cependant reconnaître que les questions relevant du microscope, du laboratoire ou de la pathologie générale pure n'ont pas été l'objet de vos prédilections particulières.

Et d'ailleurs, n'est-il pas naturel que, chirurgiens de votre état, vous ayez, de préférence, porté vos efforts sur la pratique même de notre art, discutant âprement les indications, cherchant à perfectionner les techniques et vous efforçant, en un mot, d'atteindre le but que nous devons avant tout poursuivre, à savoir l'amélioration de nos statistiques opératoires, et certes on peut dire qu'à cet égard vous vous êtes surpassés.

A toute reine tout honneur. C'est à la gynécologie opératoire que vous avez consacré vos premières années. Depuis les communications de Spencer Wells et de Lawson Tait sur l'ablation des annexes non néoplasiques, jusqu'au substantiel rapport de Ricard sur l'hystérectomie abdominale et les fibromes, les noms se pressent en foule vraiment trop nombreuse dans mes souvenirs pour que je songe à citer tous ceux d'entre vous qui, à la suite de Péan, de Koeberlé, de Bouilly, de Terrillon, de Terrier, ont apporté leur appoint à tout ce que nous savons maintenant sur le traitement des fibromes, des prolapsus et des tumeurs pelviennes, sur les indications respectives de l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale, et sur tous les perfectionnements de technique opératoire dont l'adoption du plan incliné a permis la réalisation.

L'appendicite, elle aussi, nous a souvent occupés. Depuis vos communications premières sur l'heure propice de l'intervention jusqu'aux deux rapports actuels de nos collègues Walther et Sihol, cette grande question de chirurgie abdominale n'a jamais cessé de vous tenir en éveil, et c'est à vous qu'elle doit ses principaux éclaircissements. Grâce à Hartmann et à Témoin, on en peut dire autant des problèmes si troublants que soulève le traitement des péritonites aiguës. La vieille typhlite elle-même a su trouver ici quelques champions désireux de lui refaire une virginité cependant bien délabrée!

A son tour, la chirurgie urinaire ne pouvait manquer d'actionner vos ardeurs, et bien qu'elle ait émigré vers une autre enceinte, ce ne sont pas moins vos bulletins qu'il faudra toujours relire pour trouver les bases premières de nos connaissances sur la grande question des infections urinaires, telle qu'elle a été magistralement posée par l'école de Necker, et sur la chirurgie rénale dont les ressources nouvelles ont été mises en si belle lumière à la fois par le merveilleux rapport de Guyon et Albarran et par l'instructive discussion qui a suivi.

Après avoir mis la dernière main à ces premières et fondamentales études, vous vous êtes, sans retard, portés vers les côtés moins explorés de la cavité abdominale. La chirurgie de la rate en 1901, puis celle du pancréas en 1905, ont motivé les instructifs travaux de nos collègues Février et Villard. Mais est-il besoin de vous le dire, c'est vers le foie, l'estomac et l'intestin que votre attention s'est surtout dirigée.

Vos randonnées dans le domaine de la chirurgie du foie et des voies biliaires ont été particulièrement triomphales, et s'il est vrai que nos collègues Lawson Tait, Robson et Thiriar aient ici des droits de priorité, chacun sait bien que le lumineux rapport de Terrier, puis vos communications réitérées, ont fait, très vite, la question réellement vôtre. Vous avez même dit votre mot sur le traitement chirurgical de la cirrhose hypertrophique.

Pour l'estomac et l'intestin, semblables victoires. Souvenez-vous plutôt de vos communications : sur les perfectionnements du manuel opératoire en chirurgie gastro-intestinale, l'ulcère rond, les gastrectomies, la gastro-entérostomie, l'exclusion de l'intestin, l'ulcère duodénal. Rappelez-vous aussi tout ce que vous avez dit de judicieux pour faire triompher la cause de l'intervention précoce dans les contusions de l'abdomen. Ce fut même notre pauvre ami Guinard qui se montra l'un des défenseurs les plus ardents de cette vérité clinique si tutélaire.

Avec un succès non moins réel, vous avez étudié

la chirurgie du thorax, du cœur, des vaisseaux et du corps thyroïde. Parmi les travaux qui le prouvent, je vous signalerai, entre autres, les documents que nous ont apportés : Delagenière, sur les pneumectomies partielles ; Delorme, sur la décortication pulmonaire ; Terrier, Reymond et Fontan, sur la technique des interventions cardiaques ; Mauclaire et Bégouin, sur la suture de l'artère pulmonaire et la ponction ventriculaire ; Ricard et Pierre Delbet, sur la suture veineuse et l'extirpation des anévrismes, Monod et Vanverts, sur la chirurgie des artères ; Jeannel, sur les varices, etc.

Quant aux goitres, dont Reverdin, Doyen et Sorrel ont été les premiers à nous entretenir, vous savez bien que tout chirurgien désireux de connaître leur histoire est tenu de consulter, d'une part, le rapport de Lenormant et de Delore sur le goitre exophtalmique et, d'autre part, la statistique de 6000 cas, avec mortalité de 6 p. 100, sur laquelle Jacques Reverdin s'est appuyé deux ans avant, pour discuter les indications de la thyroïdectomie partielle et de la thyroïdectomie totale.

Est-ce à dire que toutes ces préoccupations viscérales vous aient empêchés de contribuer à la renaissance actuelle de l'antique chirurgie des membres, des os et des jointures ? En aucune manière, et je ne crois pas qu'il y ait de recueil beaucoup mieux documenté que le vôtre sur les affections chirurgicales de la colonne vertébrale, les décollements épiphysaires, les luxations congénitales de la hanche, les pieds bots, les tuberculoses du pied, les grandes interventions comme l'inter-scapulo-thoracique, et l'inter-ilio-abdominale, les gangrènes chirurgicales et les transplations tendineuses, musculaires et nerveuses. A dater de cette année, c'est de même chez vous qu'il faudra désormais chercher la mise au point vraiment remarquable des travaux qui se font aujourd'hui si nombreux sur le traitement sanglant des fractures fermées.

Vous vous rappellerez, enfin, que vous avez toujours mis le soin le plus jaloux à vous occuper de tout ce qui concerne la pratique générale des opérations : l'anesthésie sous toutes ses formes, générale, locale, rachidienne, ou même électrique ; les moyens les plus sûrs d'assurer l'asepsie, les formes diverses de nos pansements, l'emploi de la teinture d'iode, des gants et des masques, les soins pré ou post-opératoires, l'hygiène, l'alimentation des opérés, les avantages ou les inconvénients du lever précoce, que sais-je encore ? Et, sans nul doute, pour suivre pas à pas les modifications successives, les perfectionnements véritables ou les emballements passagers de notre technique, depuis l'époque où Championnière nous donna l'antisepsie pure, et Terrier la non moins intransigeante asepsie, jusqu'à notre manière actuelle de procéder, il ne me semble pas qu'il y ait dossier plus instructif à parcourir que celui de vos sessions successives.

Notez bien cependant que cette revue est infiniment loin d'être complète. Les oublis graves de faits et de noms y sont innombrables. Je le sais et je m'en excuse beaucoup. Mais, reconnaissez-le, je vous en prie, vous-mêmes, sous peine de vous lire une table analytique des matières en guise d'allocution, je ne pouvais agir autrement. Tel qu'il est d'ailleurs, amputé, rogné, tronqué, boiteux, ce résumé m'a très bien donné ce que je lui demandais. Il m'a permis de soulever un coin du voile qui recouvre vos richesses, et c'est tout ce que je souhaitais. Chacun peut ainsi voir que les vœux de votre premier président sont pleinement exaucés. Vous avez voulu, vous aussi, que votre association devînt, de plus en plus, « une sorte de champ de culture intensive pour la chirurgie française ». Et vous y avez si bien réussi que chaque année vous avez fait récolte plus belle. Soyez donc, en ce jour de fête, remerciés et félicités ; vous pouvez être fiers de vous.

* * *

Et maintenant, chers collègues, voulez-vous bien permettre que nous parlions un instant de la *collaboration médico-chirurgicale.*

Certes, la question n'a point la haute envergure de celles que vos anciens présidents Berger et Forgue ont traitées avec tant de bonheur et de talent, en vous exposant leur manière de concevoir la conscience de la responsabilité du chirurgien. La *collaboration médico-chirurgicale* vaut néanmoins la peine d'être, elle aussi, examinée de près. Mes prédécesseurs, du reste, n'ont eu garde de la laisser dans l'ombre. En 1894, Tillaux l'a nettement définie en proclamant sa nécessité vitale. A propos des acquisitions nouvelles de la chirurgie dans l'ancien domaine de la pathologie interne, Monprofit a parlé dans le même sens. Pozzi s'en est un instant occupé en termes fort heureux. Delagenière, enfin, dans son étude de l'heure chirurgicale, a franchement abordé la question.

Il me semble cependant que quelque chose reste à dire. Parcourez, en effet, vos bulletins ; reportez-vous notamment à vos discussions sur le traitement du cancer, de la lithiase hépatique, de la péritonite appendiculaire, du goitre exophtalmique, de l'ulcère duodénal, et partout, à tout instant, comme l'a si bien dit Delagenière, vous retrouverez le même *leit motiv* à l'adresse des médecins : « Donnez-nous donc vos malades plus tôt. »

Sans doute, jamais cri d'alarme ne fut plus motivé, et qu'il s'agisse de cancéreux, de lithiasiques ou d'appendiculaires, la chose n'est que trop sûre, ceux-là sont, hélas ! légion qui meurent parce qu'ils sont opérés trop tard, c'est-à-dire après les premiers signes de généralisation d'angiocholite, de péritonite ou d'appendicémie. Il y a donc urgence vitale à modifier radicalement cet état de choses lamentable, à tout faire, en un mot, pour atteindre le but idéal, entre tous, de pouvoir, toujours, *opérer à temps.*

Un premier moyen s'offrirait à nous : ce serait de nous suffire à nous-mêmes et, sans montrer trop d'orgueil, nous pouvons, je crois, dire qu'en maintes circonstances nous en sommes capables. Nous sommes, en effet, devenus autre chose que nos ancêtres barbiers. Les conditions initiales de notre éducation scientifique se sont transformées, peu à peu, de fond en comble ; nous possédons maintenant, comme

étudiants, tous les moyens de parfaire notre instruction générale première; et, plus tard la pratique même de notre état ne nous impose pas seulement la nécessité d'être cliniciens avertis ou médecins à nos heures, elle nous met aussi en mesure de dépister les lésions viscérales à leur naissance et, partant, d'avoir sur l'anatomie pathologique des lumières singulièrement plus vives que celles fournies par la seule étude du cadavre.

Bref, nous avons eu la permanente hantise de nous modeler, avec autant de ressemblance qu'il se pouvait, à l'image du chirurgien idéal rêvé par Trélat : « Véritable trinité, disait-il, à la fois savant, artiste et artisan, demandant à la science ses notions positives, à l'art ses inspirations, au métier ses précieuses accoutumances, son outillage, ses installations et ses aides, le chirurgien formule, dans l'acte opératoire, l'une des plus puissantes expressions de l'art de guérir. » Si bien qu'à l'heure actuelle, je ne crains pas de le répéter, nous pouvons souvent nous contenter de nos propres ressources pour « bien remplir l'indication »; et comme l'a si justement dit le même grand maître, c'est bien là, n'est-il pas vrai, le précepte fondamental qui résume en lui toute la bonne et vraie chirurgie.

Mais il faut cependant le reconnaître, souvent n'est pas toujours, tant s'en faut. Devant certains cas obscurs, difficiles, pressants, quel est donc l'opérateur qui n'a pas eu ses instants de doute et d'angoisse? Cela est vrai, même pour les affections viscérales portant le plus ouvertement l'emprise chirurgicale. J'en appelle à ceux d'entre vous que le murmure quotidien de l'expérience a rompus aux difficultés de diagnostic parfois si grandes, que réservent, par exemple, l'appendicite, la chirurgie du foie ou celle de l'estomac. Est-il un instant discutable qu'en plus d'une circonstance il est on ne peut plus difficile d'y voir clair tout à fait, sans demander à la médecine ses moyens d'investigation chaque jour plus raffinés et au médecin les renseignements spéciaux que détiennent, sans doute possible, son coup d'œil, son oreille, son expérience et son jugement? Nul vraiment ne saurait y contredire.

Il est même certain que, pour être dans la note juste, on doit être plus catégorique encore et reconnaître qu'en présence de plus d'une affection viscérale les secours de la médecine ne sont point seulement utiles ou désirables, mais bel et bien indispensables.

N'est-ce point là chose évidente, lorsqu'il s'agit, dans un cas de colite chronique grave, je suppose, d'accepter ou de repousser une indication dont l'opportunité ne saurait être basée sur autre chose que sur l'échec avéré d'un traitement médical préalable? Et la trépanation qui, depuis tant de siècles, relève si exclusivement de la chirurgie? N'est-elle point, cependant, devenue, grâce à ses applications nouvelles, une opération médico-chirurgicale par excellence?

Et comment pourrait-il en être autrement? Sans doute, presque tous les chirurgiens, devant la triade symptomatique, céphalée atroce, vomissements, œdème de la papille, feront le diagnostic de tumeur cérébrale; ils pourront même la localiser si on leur donne le symptôme localisateur. De même, à l'énoncé du signe d'Argyll, abolition des réflexes tendineux et incoordination, ils diront tabes, et ainsi pour beaucoup de maladies nerveuses. Mais qu'on leur mette en main le marteau à réflexe et l'ophtalmoscope, ils auront certaines difficultés à trouver les signes qui réunis, ou isolés, permettent d'affirmer la maladie. Ils risqueront, par exemple, de compter comme abolis des réflexes tendineux qui persistent encore, de commettre semblable méprise pour le réflexe lumineux ou de ne point relever un œdème papillaire cependant très significatif.

En d'autres cas, ce sera l'appréciation des signes trouvés qui sera difficile, leur dosage en quelque sorte, et tel urémique avec céphalée, vomissement, amaurose, sera conduit à la salle d'opération comme atteint de néoplasme intracranien. Bref, de même qu'il faut avoir fait beaucoup de médecine opératoire pour savoir tenir un bistouri, de même, il faut avoir frappé sur beaucoup de tendons, avoir gratté la plante des pieds de beaucoup de malades, s'être trompé bien des fois, pour devenir, à la longue, capable d'avoir une opinion raisonnée et soutenable sur beaucoup de maladies du système nerveux. La chose est donc bien claire, il n'y a pas de progrès possible en neurologie chirurgicale, sans collaboration médicale.

Ce que j'ai vu moi-même, comme chirurgien de la Salpêtrière, me paraît à cet égard si net, que je ne crois pas inutile de vous le raconter.

Vous pensez bien, n'est-ce pas, que, dans la maison de Charcot, les beaux travaux de Championnière et de Duret sont aussi parfaitement connus que toutes les communications du même ordre consignées, depuis quelques années, dans nos recueils scientifiques de langue française. Et cependant, je ne crois pas que mes prédécesseurs aient jamais fait un grand nombre d'interventions craniennes. Quant à moi, c'est tout le plus si, de 1896 à 1907, j'ai fait quatre ablations de tumeurs cérébrales, deux extractions de balles ou d'exostoses chez des épileptiques jacksoniens, quelques trépanations décompressives et deux ou trois laminectomies.

Or, depuis que mon chef de clinique de Martel, après avoir été, sur mon conseil, s'instruire à l'école d'Horsley, s'est mis résolument à l'œuvre lui-même, imaginant l'ingénieuse instrumentation que vous connaissez, et perfectionnant, chaque jour, son habileté technique, depuis qu'il s'est, de la sorte, acquis la confiance des maîtres neurologistes français, et surtout de Babinski dont il est devenu le collaborateur préféré, le résultat ne s'est pas fait attendre. Le nombre des opérations cranio-rachidiennes faites dans mon service s'est accru tout d'un coup et dans des proportions telles qu'à cette heure nos statistiques ou, pour mieux dire, les statistiques de Babinski et de de Martel comptent, certainement, parmi les mieux fournies et les plus instructives.

Et notez-le bien, ce n'est point seulement par amour-propre d'auteur que je me permets ce récit personnel, c'est uniquement pour vous donner l'exemple vécu de ce qui se passe à Philadelphie

entre Frasier et Ch. K. Mills, à Berlin entre Krause et Oppenheim, de ce qui est, en somme, la règle, aujourd'hui, dans tous les milieux les mieux spécialisés et partant les plus féconds.

Comme toute bonne règle, celle ci, dira-t-on, trouve dans Horsley sa confirmative exception, et rien n'est plus exact. Notre illustre collègue anglais est, en effet, aussi bon opérateur que physiologiste instruit et clinicien hors pair. Mais n'est-il pas juste d'observer que, pour atteindre ce haut degré de perfection, il ne suffit pas d'être supérieurement doué? Il faut, en outre, que les conditions matérielles de l'existence, les moyens de labeur et mille autres circonstances relevant du milieu, du pays même dans lequel on travaille, puissent créer une ambiance particulière, adéquate, tout à fait, au but poursuivi? Pareil concours de toutes choses est, on le voit, trop merveilleux pour servir de base au moindre jugement général. En fait, et quelles que soient les prétentions à l'omniscience des travailleurs les plus ambitieux, chaque jour, vraiment, ne peut que suffire à sa tâche, et s'il est permis à quelques privilégiés d'avoir des clartés de tout, je ne crois pas qu'il soit humainement possible de tout savoir.

Mon *quod erat demonstrandum* me paraît donc inattaquable : la nécessité de la collaboration médico-chirurgicale est bien, suivant l'expression de Tillaux, une nécessité vitale.

Dès lors, ne pensez-vous pas que pour assurer cette entente cordiale, souhaitée par nous tous avec tant d'ardeur, la tactique adoptée jusqu'ici n'est peut-être pas la meilleure? Le fameux refrain « donnez-nous donc vos malades plus tôt » répond à une vérité, c'est entendu, mais, sans autre commentaire, ne vous semble-t-il pas qu'il sonne un peu sec pour les oreilles délicates et susceptibles? Avouez même qu'à son audition on doit éprouver quelque chose de plus amer que la sensation d'un conseil ou même d'un ordre plus ou moins impératif, quelque chose qui relève, en somme, du reproche, de l'accusation directe. Et c'est, au fond, ce qui est.

Certes, nous sommes grandement excusables de ne point déguiser notre franchise : c'est la vie de nos patients qui est en cause, et lorsque, fiers de ce que nous pouvons maintenant, forts de ce que nous avons si consciencieusement fait pour nous perfectionner de plus en plus, nous nous heurtons encore aux formules qu'on nous opposait jadis avec les plus malicieux sourires, lorsque nous entendons dire que tout ce que nous pouvons, c'est l'opération ou la mort, et trop souvent l'opération et la mort, lorsque, dans un ordre plus concret, nous lisons des travaux plus ou moins sérieux posant en principe que l'appendicite, par exemple, ne doit jamais être opérée, rien ne saurait être plus horripilant.

Mais, en résulte-t-il qu'il faille, pour nous défendre, emprunter nos expressions à la science de l'élevage, dire à nos médecins français qu'ils sont moins bien *dressés* que d'autres, et permettre, en définitive, qu'on nous soupçonne de vouloir mettre sur d'autres épaules nos échecs possibles? Je ne le crois pas.

D'autant qu'il en est de l'esprit médical comme de l'esprit chirurgical. Ils peuvent être aussi mauvais l'un que l'autre, et si nous avons le droit de nous révolter quand on nous déclare que « toute prise de bistouri est un aveu d'impuissance » (la formule est, hélas! d'origine chirurgicale!), le médecin a, tout au moins, le droit de sourire lorsque nous avons l'air de penser que la mort opératoire n'existe plus ou lorsque nous leur servons des statistiques plus ou moins voisines de celles que Tristan Bernard prête au docteur Iléon dans ses *Contes joyeux* : « Sur 100 de ses malades, nous dit-il, 2,8 seulement ont succombé! »

Mais laissons là ces aberrations plus que négligeables de la phobie du bistouri ou du « prurigo secandi », et considérons seulement le réel désaccord qui nous sépare encore de quelques médecins raisonnables.

Ne pensez-vous pas que, pour le faire disparaître à jamais, il vaudrait mieux causer que claironner? N'estimez-vous pas qu'au lieu de nous poser en maîtres intransigeants ou trop sévères, nous devrions, au contraire, nous efforcer d'être conciliants, persuasifs, éloquents même si vous voulez, et reconnaître en tous cas, sans l'ombre d'une réticence, que, privé des secours de la médecine, le chirurgien resterait souvent désarmé? La réponse, à mes yeux, ne saurait être douteuse. Nous n'avons pas d'autre marche à suivre, si nous voulons atteindre le but supérieur, que de donner à l'art de guérir l'apport intégral de tout ce que permettent les limites humaines du connaissable.

Dites-moi qu'en vous développant cette pensée je ne me suis montré que l'avocat inutile d'une cause gagnée d'avance, soit, et je m'incline volontiers devant cette juste critique; mais, ne fût-ce que pour exprimer notre gratitude aux si nombreux collègues médecins qui ont été les premiers à reconnaître, avec la même galanterie que le professeur Bouchard dans ses premières leçons sur les maladies infectieuses, qu'aujourd'hui « tous les viscères rentrent dans le domaine de la chirurgie ou peu s'en faut », je conserve l'espoir de n'avoir pas fait œuvre inutile.

Et puis, vous l'avez bien senti, et j'ai d'avance la certitude de votre approbation : les sentiments de reconnaissance que je viens d'exprimer ne s'adressent pas seulement aux vivants. Il m'a paru qu'au lendemain de la mort du professeur Dieulafoy l'assemblée générale des chirurgiens de France se devait à elle-même d'adresser un éclatant et suprême hommage au maître qui n'a jamais cessé de proclamer que tout progrès dans notre art réclame, de plus en plus, comme inéluctable et première condition, l'étroite alliance de la médecine et de la chirurgie.

Peut-être les formules chères à ce grand maître étaient-elles parfois un peu trop lapidaires. Les esprits chagrins n'ont pas manqué d'y trouver motif à leurs ergotages. Mais autant en emporte le vent, et devant les élégantes formules dont cet enseigneur incomparable avait le secret, un seul regret devrait être permis, c'est qu'il n'ait pas écouté sa vocation première. S'il est, en effet, exact de penser

avec Pierre Delbet que « la parole est un geste » et que « les chirurgiens opèrent comme ils parlent », quel merveilleux opérateur Dieulafoy n'eût-il pas été!

Ce qui le prouve mieux encore que ces vues inductives, c'est la lecture attentive du manuel étonnant qui a été le livre de chevet de tant de générations médicales et qui devrait être aussi le nôtre. Tout ce qu'on y trouve sur l'appendicite, l'appendicémie, les abcès sous-phréniques, les hydatides pleuro-pulmonaires, les sténoses pyloriques, le syndrome pancréatico-duodénal et sur tant d'autres sujets, n'est-il pas, en effet, marqué au coin du sens chirurgical le plus sûr? Est-il possible de porter plus loin le permanent souci de ne jamais laisser l'heure chirurgicale sonner sans écho? Certainement non.

Au reste, Dieulafoy n'avait pas seulement l'orientation cérébrale d'un chirurgien : il aimait la chirurgie. Il se trouvait ainsi des nôtres tout à fait. Chacun de nous se souvient du véritable plaisir qu'il éprouvait à le répéter et surtout à se l'entendre dire. L'heure présente m'a donc paru propice, entre toutes, pour saluer cette belle figure et, surtout, pour déclarer très haut que, devant la mort de l'homme qui, durant toute son existence, a mis ses qualités professorales supérieures, sa dialectique saisissante et ses convictions ardentes au service de notre art, nous avons tous, au cœur, les mêmes sentiments de regrets d'une perte irréparable, de reconnaissance et d'admiration profonde.

Et maintenant, chers collègues, à l'ouvrage! Le souvenir de nos grands absents n'a pu que retremper vos âmes, et conscients de vos victoires passées, vous devez, en pleine confiance, vous préparer à toutes celles que l'avenir vous réserve encore. Je déclare ouverte la XXIVe session de l'Association française de chirurgie.

SYPHILIS, PARALYSIE DIPHTÉRIQUE
HERPÈS VÉLO-PALATIN

Par P. GASTINEL et ANDRÉ PELISSIER,
Internes des hôpitaux de Paris.

Les éruptions vésiculo-ulcéreuses consécutives aux névrites sont des faits connus ne présentant en général aucune difficulté de diagnostic. Il est cependant des cas où ces accidents apparaissent et évoluent chez des sujets en puissance d'infection étrangère à la névrite et où, dès lors, il est délicat de départager dans le tableau clinique ce qui ressortit aux phénomènes trophiques de ce qui peut appartenir à l'infection.

L'observation suivante en est un exemple :

Mme X..., vingt-six ans, a eu en août 1910 un chancre syphilitique vulvaire qui ne fut reconnu que tardivement et jamais traité.

En octobre 1910, elle fut atteinte d'angine diphtérique diagnostiquée bactériologiquement et soignée par le sérum de Roux. Au décours de cette angine survint une paralysie vélo-palatine typique qui dura trois semaines. A la fin du mois de novembre apparurent pour la première fois de petites vésicules sur le voile du palais. Ces vésicules s'ulcérèrent et bientôt se cicatrisèrent, mais pour réapparaître quelques jours après; la malade compta ainsi en deux mois 5 ou 6 poussées éruptives qui n'attiraient d'ailleurs son attention que par les légers phénomènes dysphagiques qui les accompagnaient.

Lorsque nous vîmes la malade en janvier, l'état de sa gorge était le suivant : il existait une rougeur diffuse de tout le pharynx et du voile du palais. Sur ce dernier, et uniquement localisé sur sa partie toute postérieure, se trouvait un semis de petites vésicules les unes franchement perlées, les autres ulcérées et déchiquetées. Elles s'étendaient jusque sur le pilier antérieur du voile, mais respectaient absolument les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, les joues, la langue. Cette éruption vésiculo-ulcéreuse venait d'apparaître depuis quelques jours, elle ne s'était accompagnée, ni de fièvre, ni de céphalée et d'aucun symptôme fonctionnel, si ce n'est une dysphagie d'ailleurs légère. La malade n'accusait aucune douleur spontanée et ne souffrait qu'au moment du contact des aliments. Il n'existait plus aucune paralysie du voile et il n'y avait aucun trouble à noter dans la phonation et la déglutition. La sensibilité palatine paraissait intacte.

La malade se trouvait à ce moment en pleine période secondaire de sa syphilis. Le tronc et les membres étaient couverts d'une éruption maculo-papuleuse et à la vulve se trouvaient de très nombreuses plaques muqueuses hypertrophiques. Il est à remarquer qu'il n'y avait aucune plaque muqueuse sur les lèvres, la langue ou le pharynx.

A un second examen pratiqué quelques jours après, les vésicules avaient complètement disparu et avaient fait place à de petites érosions à contours polycycliques. Le pharynx était rouge, mais ne présentait aucune lésion. A ce moment encore, seule, la partie mobile du voile était atteinte.

Les syphilides avaient la même topographie et respectaient toujours la cavité buccopharyngée.

Cette observation nous amène à rechercher la nature de l'éruption herpétiforme survenue chez une malade syphilitique dans un territoire antérieurement atteint par une névrite et à étudier le rapport que l'infection spécifique et la lésion nerveuse peuvent présenter avec cette éruption.

On peut éliminer, d'emblée, l'hypothèse d'une angine herpétique vraie à répétition, si l'on donne au mot angine herpétique sa signification classique. En effet, l'évolution des vésicules s'est toujours faite d'une façon absolument apyrétique, sans être accompagnée de signes fonctionnels ni de signes généraux; d'autre part les éléments n'ont jamais atteint les amygdales et sont restés uniquement cantonnés au territoire antérieurement paralysé.

L'hypothèse d'un zona, compris selon la conception classique de M. Landouzy, est inadmissible ici; il s'agissait en effet d'éruption bilatérale à évolution récidivante, non douloureuse, tous caractères qui cadrent mal avec la description de la fièvre zoster.

Cliniquement notre cas semble se rapporter aux faits décrits sous les noms d'herpès récidivant du pharynx, d'angine herpétique à forme chronique récidivante [Lermoyez et Barozzi (1)]. Elle en a les caractères cliniques donnés par ces auteurs, la bilatéralité, la récidivité, enfin cette éruption a atteint une malade sujette à des manifestations herpétiques à localisation vulvaire, au moment de ses règles; et on invoquerait volontiers « un tempérament herpétique » qui inciterait sa réactivité cutanée selon un mode déterminé chez elle. Mais ce n'est là qu'un diagnostic clinique, qui laisse subsister toute la question pathogénique.

L'existence d'une paralysie antérieure du voile nous permet de rapprocher les poussées vésiculeuses observées, des éruptions zostériennes tropho-

(1) LERMOYEZ et BAROZZI. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 février 1897, p. 243.

neurotiques. De pareils faits sont parfaitement connus au cours des névrites et des radiculites. La bilatéralité des lésions et leur localisation accréditeraient volontiers l'hypothèse d'un trouble organique nerveux comme étiologie. D'ailleurs certains auteurs ont donné une pathogénie nerveuse aux formes chroniques récidivantes de l'angine herpétique (Flatau, Lublinski), alors même qu'ils ne pouvaient relever un antécédent aussi manifestement névritique que dans notre cas. Ainsi donc dans notre observation le rôle du système nerveux paraît être des plus importants : l'apparition des accidents au décours d'une paralysie palatine, leur stricte circonscription au territoire antérieurement paralysé, indiquent bien ce qui revient au système nerveux dans le déterminisme morphologique des éléments éruptifs et dans leur localisation.

Mais l'intervention nerveuse pour être indéniable n'est peut-être pas isolée. L'évolution de l'herpès s'est poursuivi après la disparition complète de tout trouble paralytique moteur ou sensitif, cliniquement appréciable au niveau du voile du palais.

L'existence enfin d'une syphilis récente doit être envisagée dans la pathogénie de l'éruption.

Il semble bien, tout d'abord, que la spécificité ne puisse être considérée comme la seule cause des lésions observées : l'aspect nettement herpétique de l'éruption, le caractère récidivant de celle-ci, son siège sur une région délimitée, l'intégrité absolue de la langue et de la muqueuse buccale sont autant de faits qui ne peuvent appartenir au tableau clinique des lésions uniquement syphilitiques. Mais il est possible que la spécificité ait un rôle « incitateur » sur le développement des vésicules herpétiques. Fournier (1) a montré l'extrême fréquence de l'herpès récidivant de la langue chez les anciens syphilitiques. Toutefois le rôle joué par la vérole dans le développement de ces lésions non spécifiques, ne peut être défini par nos moyens d'investigations : on n'est guère satisfait par les deux hypothèses qui viennent à l'esprit :

Faut-il admettre que la muqueuse lésée par le tréponème présente une éruption dont le type vésiculeux est déterminé par la lésion nerveuse antérieure ? Ou, au contraire, faut-il penser que l'infection syphilitique se localiserait électivement sur des nerfs déjà adultérés ; et qu'ainsi apparaîtrait un processus réactionnel trophoneurotique conditionné par la sommation des lésions nerveuses ? Cette manière de voir pourrait être rapprochée des théories soutenues par certains auteurs (Geronne et Guttmann) au sujet des neurorécidives après traitement par l'arsenobenzol.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1911)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge du regretté professeur Dieulafoy, et de MM. Leidenburg (de Breslau) et Julliard (de Genève), membres correspondants étrangers, décédés pendant les vacances.

M. Dieulafoy ayant été président de l'Académie, la séance est levée en signe de deuil.

(1) FOURNIER. *Semaine méd.*, 1887, p. 281.

NOTES POUR L'INTERNAT

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE (1)

ÉVOLUTION. — Beaucoup d'adénopathies trachéo-bronchiques guérissent, au moins en apparence : mais elles n'en constituent pas moins un foyer bacillaire, première étape de la tuberculose infantile. Dans d'autres cas, la tuberculose continue à évoluer, et l'on voit ultérieurement surgir de nouvelles manifestations de cette tuberculose (phtisie scrofuleuse de d'Espine, association d'adénopathie et de sclérose pulmonaire, péricardites, symphyses cardiaques tuberculeuses, cirrhoses cardio-tuberculeuses ou accidents aigus, granulie, méningite). Parfois enfin des accidents immédiats peuvent éclater, spasmes glottiques, dyspnée foudroyante, hémoptysie, œdème pulmonaire ; ce sont là tout autant de complications que nous allons étudier. Lorsqu'il s'agit d'adénopathies *aiguës simples*, la guérison survient en général en quelques mois ; les adénopathies *syphilitiques* présentent des alternatives d'amélioration et de reprises ; les adénopathies *cancéreuses*, *leucémiques*, donnent souvent lieu à des complications qui assombrissent encore leur pronostic.

COMPLICATIONS. — Rappelons, tout d'abord, au cours de l'adénopathie, la fréquence des infections pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies, gangrène pulmonaire même, dans certains cas. A côté de ces complications à distance, il faut citer celles qui résultent de l'extension des ganglions.

Si le ganglion ulcère une branche de l'artère pulmonaire, il pourra en résulter une *hémoptysie* foudroyante ; s'il ulcère une bronche, diverses éventualités pourront se produire ; s'il est ramolli, son contenu pourra s'évacuer sous forme de *vomique* : il en résultera alors une *caverne ganglionnaire* ; à la suite de cette évacuation, on pourra observer une infection massive du poumon, ou parfois une obstruction des voies respiratoires capable de provoquer des accidents brusques d'asphyxie.

La caverne ganglionnaire peut d'ailleurs, à son tour, s'ouvrir dans la plèvre ou le médiastin : il se produit alors, soit une pleurésie purulente ou un pneumothorax, soit un abcès du médiastin ou de l'emphysème médiastinal.

L'on ne saurait trop insister, parmi ces complications, sur l'association de la tuberculose pulmonaire à l'adénopathie ; aussi devra-t-on toujours rechercher s'il n'existe pas de signes pulmonaires concomitants, en se rappelant toutefois l'existence, dans l'adénopathie, de bruits pseudo-cavitaires qu'il faudra distinguer des signes de caverne pulmonaire tuberculeuse.

Il faut encore signaler le rôle de l'adénopathie trachéo-bronchique dans la pathogénie des *péricardites* et des *symphyses cardiaques tuberculeuses*, et par suite des cirrhoses cardio-tuberculeuses ; on sait également combien la *méningite tuberculeuse*, la granulie, viennent compliquer souvent la tuberculose ganglionnaire ; enfin, on peut aussi observer des accès de dyspnée, des syncopes par compression du récurrent, du pneumogastrique, etc., parfois enfin la mort subite.

DIAGNOSTIC. — Lorsque les signes physiques existent au complet, le diagnostic est en général facile ; il n'en est plus de même lorsqu'il n'existe qu'un seul des symptômes fonc-

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 104, p. 1512 ; no 107, p. 1550, et no 110, p. 1586.

tionnels, que l'on est souvent tenté d'ailleurs de rapporter à une tout autre cause.

La toux *coqueluchoïde* de l'adénopathie explique la confusion fréquente avec la coqueluche; mais cependant, dans la coqueluche, la quinte est plus longue, la respiration est sifflante et bruyante, il y a une expectoration filante et des vomissements qui font défaut dans l'adénopathie.

L'*asthme catarrhal* est souvent chez l'enfant la première manifestation de l'adénopathie; aussi, comme l'asthme essentiel est rare chez l'enfant, faudra-t-il toujours, en présence d'un accès d'asthme, examiner tout l'appareil respiratoire (nez, gorges, bronches) avant de conclure à un asthme essentiel.

La *toux rauque*, le *tirage*, que l'on observe si souvent dans l'adénopathie, peuvent faire penser au *croup*, à la *laryngite striduleuse*, au *stridor laryngé* congénital; le diagnostic se fait par l'examen des organes et des antécédents.

Le *cornage*, le *ronflement*, la toux pharyngée, peuvent prêter à deux sortes d'erreur : ou bien on croit à une lésion pharyngée quand il existe une lésion ganglionnaire, ou, inversement, on pense à une lésion ganglionnaire quand il s'agit d'une lésion pharyngée; le ronflement dû aux *végétations adénoïdes* est d'un diagnostic facile.

Lorsque, ce qui est assez rare d'ailleurs, la cyanose et l'œdème de la face sont très marqués, l'enfant a l'aspect d'un cardiaque ou d'un *brightique*; aussi, dans ces cas, l'examen du cœur et des urines peut-il s'imposer; l'on hésitera également parfois avec la cyanose et l'œdème que l'on observe au cours des symphyses cardiaques tuberculeuses.

L'interprétation de certains signes physiques soulève également toute une série de diagnostics.

Parmi ceux-ci, l'un des plus difficiles est celui de l'HYPERTROPHIE DU THYMUS, affection sur laquelle de nombreux travaux ont paru ces dernières années (d'Œlnitz, Veau, Marfan, Avi ragnet, Variot, Chatelin); l'hypertrophie du thymus s'accompagne de cornage surtout inspiratoire, d'un tirage intense sous-sternal et thoracique, d'une voussure sterno-costale asymétrique et d'une augmentation de la matité du manubrium; l'examen *radioscopique* est un élément important de diagnostic : s'il existe de l'hypertrophie thymique, l'ombre supérieure est élargie et perd son aspect conique, les bords de l'ombre cardiaque restent normaux; dans l'adénopathie, l'ombre supérieure est peu modifiée, tandis que l'on constate à la partie droite de l'ombre cardiaque des ombres surajoutées qui la prolongent aux dépens de la clarté pulmonaire. Il s'en faut d'ailleurs que ces signes différentiels soient absolument pathognomoniques, et tous les auteurs ont insisté sur les erreurs de diagnostic souvent commises entre les deux affections.

Chez l'adulte, les symptômes fonctionnels, en premier lieu la douleur, pourront faire penser à l'angine de poitrine, à la péricardite aiguë (sèche ou avec épanchement), à la symphyse cardiaque; les troubles de la respiration, à des manifestations d'asthme ou d'emphysème; certains troubles circulatoires, à des lésions cardiaques orificielles, à un début d'asystolie. La constatation de certains signes physiques, matité, signes de compression, conduira au diagnostic de tumeur du médiastin, et l'on devra alors éliminer l'*anévrisme de l'aorte*, le *cancer de l'œsophage*, le cancer du *médiastin*, certaines *pleurésies enkystées* (médiastinales antérieures, postérieures en particulier). Le diagnostic de toutes ces affections sera parfois assez hésitant et ne se fera souvent que grâce aux renseignements fournis par la radioscopie et l'examen physique très complet.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le diagnostic peut être difficile avec l'induration tuberculeuse du sommet du poumon; chez l'enfant, cependant, la phtisie bronchique a une existence clinique assez indépendante, tandis que chez l'adulte la tuberculose ganglionnaire est presque toujours une complication d'une tuberculose pulmonaire avancée. L'auscultation attentive des sommets et des régions ganglionnaires permettra le plus souvent le diagnostic.

Une fois le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique bien établi, il reste à en préciser la nature.

L'adénopathie *inflammatoire simple* est exceptionnelle : ce sont surtout les conditions *étiologiques* (rougeole, angine, etc.), l'*évolution* vers une guérison assez rapide, qui commandent le diagnostic; même dans les cas les moins suspects, il faudra toujours néanmoins soupçonner la tuberculose.

L'adénopathie *tuberculeuse* est de beaucoup la variété la plus fréquemment observée : elle peut être la première manifestation de la tuberculose ou évoluer parallèlement à une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée; ce sont là tout autant de points spéciaux qu'il importera de bien préciser : la nature tuberculeuse s'affirme par la constatation des stigmates de tuberculose (micropolyadénopathie, chloro-anémie, cachexie, amaigrissement, fièvre légère) et par les résultats des épreuves à la tuberculine (intradermo-réaction, cuti-réaction, etc.).

L'adénopathie tuberculeuse se combine fréquemment à la *syphilis* et donne lieu alors à des adénopathies très volumineuses, multiples, dont le diagnostic se fait par la constatation des stigmates d'hérédo-syphilis et par les heureux effets du traitement spécifique.

Si l'adénopathie observée n'est pas tuberculeuse, il faudra, chez l'enfant, penser tout d'abord à la syphilis et en rechercher les stigmates habituels, puis à la *leucémie*, s'assurer de l'état des autres ganglions, de la rate, et pratiquer l'examen du sang; sinon, on pensera enfin aux tumeurs malignes ganglionnaires.

Chez l'adulte, on observera plus souvent que chez l'enfant des adénopathies leucémiques ou cancéreuses, ces dernières primitives ou secondaires.

Le diagnostic de leucémie se fera en général assez facilement grâce à la constatation des adénopathies multiples et aux résultats fournis par l'examen du sang.

Le lymphosarcome s'accompagne de douleurs vives, d'œdème, son développement est en général rapide; les adénopathies cancéreuses succèdent en général à un cancer de voisinage (œsophage, poumons), ce qui facilite beaucoup leur diagnostic; elles peuvent se révéler brusquement par un œdème subit, des signes de compression; le plus souvent elles s'accompagnent de douleurs vives, et la mort survient rapidement.

Mais, cependant, chez l'adulte bien plus que chez l'enfant, malgré cette abondance de symptômes, le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique sera souvent méconnu, les manifestations pulmonaires l'emportant sur celles de l'adénopathie, ou celle-ci se dissimulant sous l'apparence d'une crise d'asthme, d'asystolie, de compression de l'aorte, qui égare le diagnostic.

PRONOSTIC. — Il est variable suivant la cause; comme le plus souvent l'adénopathie est fonction de *tuberculose*, le pronostic est toujours assez sérieux, mais il faut bien savoir que c'est là une forme de tuberculose essentiellement curable, aussi le pronostic dépend-il surtout de l'état d'intégrité du poumon. Le pronostic est toujours sévère, s'il s'agit de volumineuses adénopathies, en raison des complications qui peuvent survenir (hémoptysie, pneumothorax, accès de suffocation, syncopes, etc.). Il est fatal, en cas d'adénopathie cancéreuse.

TRAITEMENT. — Il faut signaler les heureux effets du traitement dans cette variété de tuberculose (cure marine, aération, iode, etc.); en cas d'adénopathie syphilitique, on aura recours au traitement spécifique qui donne rapidement des résultats; s'il s'agit d'adénopathies aiguës simples, on fera de l'antisepsie pulmonaire; dans les adénopathies leucémiques, on tentera le traitement par le cacodylate, les irradiations, etc.

BIBLIOGRAPHIE. — BABONNEIX et BRELET. Symptomes et diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1907. — HUTINEL. Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 175. — ROCH. Le signe de d'Espine dans le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique, *Semaine méd.*, fév. 1911. — GRENET. Adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, Revue générale, *Paris méd.*, fév. 1911, p. 267. — HUTINEL. *Traité des mal. des enf.*, t. IV, p. 379. — FERRAND. Diagnostic clinique de l'hypertrophie du thymus, Revue générale, *Monde méd.*, sept. 1911.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 114. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 7 OCTOBRE 1911. — N° 114

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lion, Wurtz, de Massary, Le Gendre, Veau (qui acceptent), Bourcy, Humbert, Tuffier, Potherat et Brindeau (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

— La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée le lundi 16 octobre, à midi, à la Faculté de médecine.

Les candidats inscrits du n° 1 au n° 450 concourront dans la bibliothèque des élèves (entrée par l'escalier conduisant à cette bibliothèque).

Les candidats inscrits du n° 451 à la fin concourront dans la salle Landouzy (1er étage) [entrée par l'escalier conduisant au musée Orfila].

Seront seuls admis dans les salles les candidats porteurs du billet spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats, devant à leur entrée dans les salles recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 4 octobre 1911. — Question donnée : « Technique et résultats pratiques de la désinfection des mains. »

MM. Béhague, 13; Belz, 10; Bernard (Pierre), 14; Feuillié, 16; Gérard, 12; Hezard, 11; Mlle Goertz, 8; M. Fourneau, 11; Mlle Fremte, 9; MM. Heitz, 12; Ferriot, 13; Hoquard, 15; Féron, 14; Guérin, 13 1/2; Guillaume (André), 15 1/2; Fouchard, 12; Guillaume (Alexandre), 15 1/2; Feyler, 8; Grellety-Boisviel, 12 1/2; Grasset, 8.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours pour une place de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Marseille s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Montpellier, le 12 mars 1912.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 19 octobre 1911, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — PROGRAMME DES PRIX POUR 1912. — *Prix Gaussail* (600 francs) : « Etudier l'influence respective de l'organisme et du type bacillaire sur la forme et l'évolution des lésions tuberculeuses chez l'homme et les animaux. »

PROGRAMME DES PRIX POUR 1913. — *Prix Gaussail* (600 francs) : « De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes de la plèvre et du poumon. »

Prix Naudin (400 francs) : « Etude bactériologique du sang dans la tuberculose. »

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires manuscrits et inédits qui lui sont adressés dans le courant de l'année.

Conditions générales des concours. — Les mémoires écrits en français sont seuls admis à concourir pour les prix décernés par la Société ; ils devront être adressés franco à M. le secrétaire général, au siège de la Société (hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir franco à M. le secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres titulaires de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété ; toutefois, leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 25 mai.

LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA. — Sur l'avis de la section permanente du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, un décret prohibe l'entrée en France, par les frontières de terre et de mer, des mollusques (huîtres, moules, praires, etc.), en provenance des régions contaminées de choléra. Les infractions seront constatées et poursuivies conformément aux prescriptions de l'article 14 de la loi du 3 mars 1822.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène Battarel (d'Alger), Auguste Galibert et A.-F. Giraud (de Marseille).

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES ENKYSTÉES (*)

Par Henri PAILLARD,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Formes cliniques. — Pleurésie diaphragmatique pneumococcique. — Elle est tantôt secondaire, tantôt primitive et son début est variable suivant l'une ou l'autre éventualité; dans le premier cas, elle est soit para soit méta-pneumonique; dans le second cas, son début est plus ou moins insidieux. Nous avons insisté sur ces faits à propos de la pleurésie interlobaire et il est inutile d'y revenir ici.

Une des caractéristiques de la pleurésie à pneumocoques c'est sa terminaison fréquente par vomique; elle survient ici vers le vingtième ou vingt-cinquième jour, s'accompagne de sédation des phénomènes généraux, de la douleur et de la dyspnée. La guérison survient assez fréquemment à la suite.

Merklen (34) a rapporté une observation où l'épanchement était particulièrement abondant, refoulait le cœur complètement à droite du sternum et où la guérison survint cependant assez rapidement, après empyème.

Pleurésie diaphragmatique tuberculeuse. — Il convient d'en décrire plusieurs types, et tout d'abord il faut distinguer les pleurésies *avec épanchement* et les pleurésies *sèches*.

L'épanchement peut être séro-fibrineux, légèrement hémorragique [Claude et Armand-Delille (35)] ou purulent. Tantôt les symptômes fonctionnels attirent nettement l'attention sur la région diaphragmatique, tantôt il existe seulement un point de côté bas situé et un peu diffus dont la palpation devra préciser la localisation phrénique. Les signes physiques sont parfois restreints et d'interprétation difficile s'il coexiste des lésions pulmonaires étendues. On devra surtout établir son diagnostic sur la constatation de la névralgie phrénique, l'obscurité du murmure vésiculaire à la base et enfin sur la ponction et l'examen radiologique.

Les pleurésies diaphragmatiques tuberculeuses sèches sont plus intéressantes peut-être; on doit en distinguer une forme avec symphyse et une forme atténuée avec frottements ou simplement douleur.

La première variété a été décrite par Jaccoud (36) sous le nom de *symphyse phréno-costale* (**); nous-même avons eu l'occasion d'en observer autrefois un cas (37) dans le service du professeur Dieulafoy. La symphyse peut être étendue à tout le pourtour d'un hémi-diaphragme, mais les symptômes sont particulièrement accentués au niveau de l'espace de Traube lorsque la pleurésie siège à gauche; cette région est mate (ce qui, plusieurs fois, a fait supposer l'existence d'un épanchement pleural abondant); de plus il y a une dépression permanente des espaces intercostaux qui s'accentue encore et s'accompagne de traction des côtes vers la ligne médiane, lors des mouvements inspiratoires. Les phénomènes sont moins nets du côté droit. Dans cette variété d'adhé-

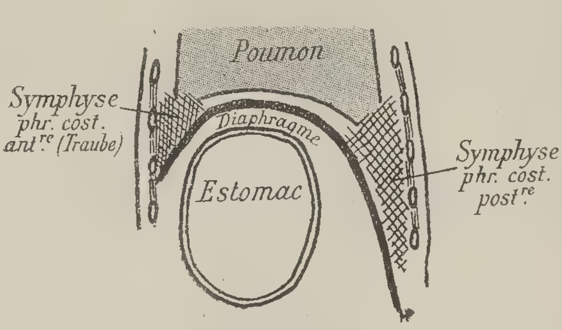


Fig. 4. — *Symphyse phréno-costale de Jaccoud.*

rences pleurales, la douleur est en général moins phrénique qu'intercostale.

La pleurésie sèche légère survient presque toujours à titre d'incident transitoire chez un tuberculeux quelconque : il y a un point de côté à la base; la palpation montre qu'il correspond au bouton diaphragmatique et aux attaches du diaphragme; l'auscultation révèle quelques légers frottements au niveau des dernières côtes; parfois la respiration de la base est tellement faible que l'on ne perçoit aucun bruit surajouté. Sous l'influence d'un traitement analgésique local, les symptômes disparaissent en quelques jours.

Enfin, il faut parfois noter que les douleurs de la base chez les tuberculeux relèvent parfois d'une pleurésie antérieure qui entraîne « l'ankylose » du diaphragme comme le montre la radioscopie.

Pleurésies diaphragmatiques d'origine abdominale. — Elles peuvent être consécutives à des affections de la partie supérieure ou inférieure de l'abdomen. Dans le premier cas, il s'agit d'un abcès sous-phrénique, d'une cholécystite, d'un abcès du foie, d'un phlegmon périnéphrétique; lorsque l'une ou l'autre de ces affections s'est ainsi compliquée et que le pus « a franchi le diaphragme », il est parfois difficile de dire quel est le point de départ des accidents, car une pleurésie diaphragmatique primitivement isolée peut par une progression en sens inverse provoquer des suppurations abdominales à peu près identiques aux précédentes. C'est seulement l'étude attentive des troubles fonctionnels dans leur succession chronologique qui permettra d'établir le diagnostic dans la plupart des cas.

Il est clair que ces pleurésies diaphragmatiques sont toujours suppurées et parfois même putrides. A noter qu'assez souvent « l'étape diaphragmatique » est vite franchie et la collection purulente d'origine abdominale se fait jour dans les bronches en réalisant une vomique.

Les suppurations de la partie inférieure de l'abdomen se compliquent beaucoup plus rarement de pleurésie diaphragmatique; l'appendicite, lorsqu'elle provoque ces pleurésies putrides bien étudiées par le professeur Dieulafoy, le fait avec une acuité qui ne permet guère aux fausses membranes de se constituer et à la pleurésie de s'enkyster.

Lasne (38) a décrit les pleurésies diaphragmatiques d'origine génitale, consécutives aux pelvi-péritonites. Le plus souvent, il s'agit de pleurésies développées à la faveur d'une streptococcie comme dans un cas de Merklen (34).

(*) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 111, p. 1591.

(**) Nous rangeons cette variété dans les pleurésies diaphragmatiques tuberculeuses; Jaccoud a insisté plus sur leur localisation que sur leur étiologie.

Pleurésies diaphragmatiques de cause générale. — On en a signalé quelques cas au cours de la fièvre typhoïde et du rhumatisme.

Audin (39) rapporte l'observation d'un brightique dont la plèvre droite était complètement symphysée sauf dans son tiers inférieur où existait un épanchement citrin.

Huchard, son élève Robert (40), Rénon (41) ont décrit, chez les cardiaques, une *pleurésie droite latente sus-diaphragmatique*, qui correspond en général au tableau clinique suivant : un cardiaque

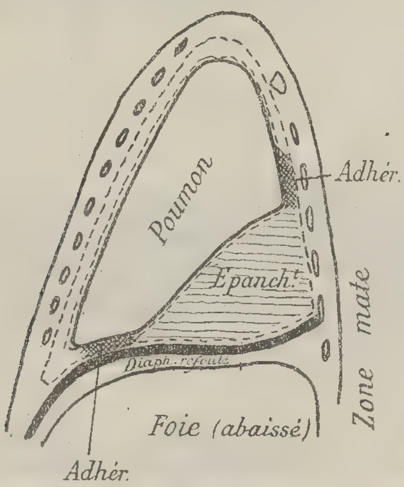


Fig. 5.

hyposystolique fait un infarctus de la base droite; on suit l'évolution de cet infarctus qui semble guérir; parfois l'auscultation de la base, en arrière, fait percevoir quelques signes (silence, souffle expiratoire léger), qui font penser à la possibilité d'un épanchement pleural ; si, pour vérifier le diagnostic, on pratique une ponction exploratrice dans cette région, elle reste négative. Mais si l'on examine attentivement l'aisselle et la partie antérieure du thorax, on constate que la limite supérieure de la matité hépatique semble reportée très haut. Est-ce là un foie cardiaque ? On fait de la révulsion locale, on renforce les toniques cardiaques; la matité ne se réduit pas. En réalité, il s'agit d'un épanchement parfois abondant situé entre la face inférieure du poumon droit et le diaphragme; une lame de poumon sépare l'épanchement de la paroi postérieure du thorax. La ponction (diagnostique et thérapeutique) doit être faite en avant, au centre de la matité. Ce diagnostic a son importance, car cette pleurésie, relativement latente, s'est parfois terminée par mort subite ou par suppuration et vomique.

Diagnostic différentiel. — 1° On doit rechercher avec précision l'étiologie de toute névralgie phrénique. En dehors de la pleurésie diaphragmatique, il peut s'agir d'une péricardite, d'adhérences du creux sus-claviculaire, de périhépatite, etc. Surtout lorsque la douleur est permanente et lorsqu'elle s'accompagne d'élévation de la température, il faut soupçonner l'existence d'un foyer purulent. La percussion, la radioscopie, la ponction auront à vérifier cette hypothèse.

2° Il n'est pas toujours très aisé de savoir si ce foyer siège au-dessus ou au-dessous du diaphragme. Il est classique de citer à cet égard le signe de Pfühl (lors d'une ponction l'écoulement maximum du liquide se fait à l'inspiration s'il s'agit d'un épanchement sous-diaphragmatique, à l'expiration si l'épanchement siège au-dessus du diaphragme) et le signe de Fürbringer (en cas d'épanchement sous-diaphragmatique, si l'on pratique une ponction transthoracique, l'aiguille, au moment où elle rencontre le diaphragme, est animée de mouvements synchrones aux contractions du muscle). En réalité, ces signes ont peu de valeur car, du côté malade, le diaphragme est presque toujours immobilisé. Un interrogatoire précis qui reconstituera la chronologie exacte des troubles fonctionnels, ici surtout pulmonaires, là surtout digestifs ou hépatiques, permettra plutôt d'orienter le diagnostic. La radioscopie rendra les plus grands services; si, sans qu'il y ait eu de vomique, elle constate une collection liquide et gazeuse, il y a bien des chances pour qu'il s'agisse d'un abcès sous-phrénique; si elle montre le cul-de-sac costo-diaphragmatique perméable, on peut à coup sûr éliminer la pleurésie diaphragmatique ; mais il faut savoir que ce cul-de-sac peut aisément disparaître si un abcès sous-phrénique se complique d'une légère réaction pleurale de voisinage.

3° Enfin, quelquefois, l'aspect cachectique du malade, éprouvé par une longue suppuration, a fait songer à une tumeur maligne. Rendu (42) cite l'observation d'un homme de 60 ans profondément amaigri, présentant du hoquet et à propos duquel on avait porté le diagnostic de cancer de l'estomac. Une légère obscurité de la base droite fit soupçonner un épanchement enkysté que la ponction exploratrice vérifia, en retirant quelques gouttes de pus; l'empyème fut pratiqué et le malade guérit.

PLEURÉSIES MÉDIASTINES

Elles ont été d'abord une simple trouvaille d'autopsie (Laënnec [46], Andral [47], Cruveilhier [48]); puis leur symptomatologie s'est esquissée peu à peu ; en 1876, Dieulafoy décrivait avec précision le syndrome médiastinal (Dictionnaire de Jaccoud [49]) ; en 1896 et en 1898 (50) il traçait, à propos de deux observations personnelles, l'histoire de la pleurésie médiastine. Plus récemment une excellente monographie de Devic et Savy (52) a précisé

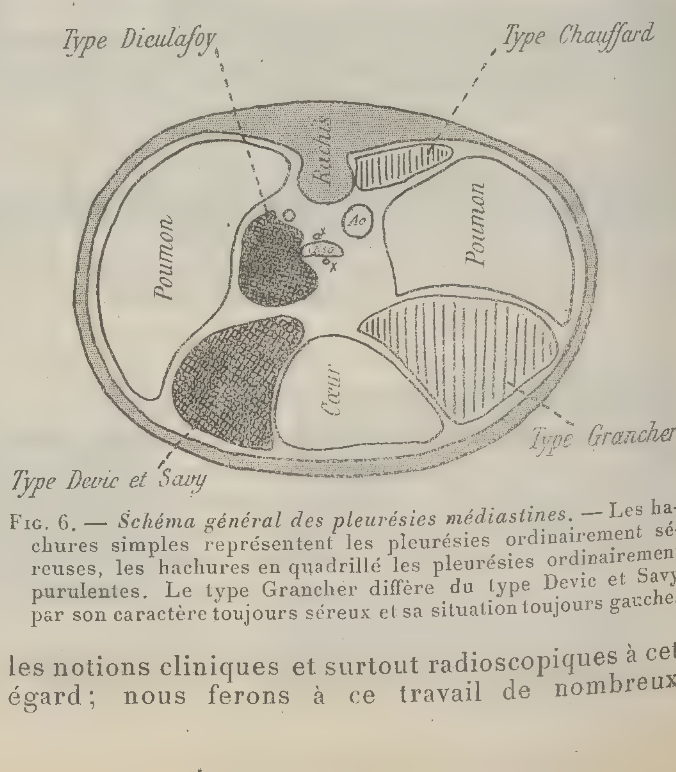


Fig. 6. — *Schéma général des pleurésies médiastines.* — Les hachures simples représentent les pleurésies ordinairement séreuses, les hachures en quadrillé les pleurésies ordinairement purulentes. Le type Grancher diffère du type Devic et Savy par son caractère toujours séreux et sa situation toujours gauche.

les notions cliniques et surtout radioscopiques à cet égard; nous ferons à ce travail de nombreux

emprunts. Nous décrirons successivement les pleurésies du médiastin antérieur et celles du médiastin postérieur.

Empyèmes du médiastin antérieur. — DÉBUT. — Il présente une acuité variable ; tantôt ce sont les signes fonctionnels et généraux d'une pneumonie dont on cherche parfois en vain les signes stéthoscopiques, tantôt ce sont ceux d'une « grippe » durant depuis plusieurs semaines et n'ayant pas forcé le malade à s'aliter ; tantôt même c'est depuis plusieurs mois que le sujet tousse et maigrit, venant demander au médecin s'il n'est pas tuberculeux.

ÉTAT. — *Signes fonctionnels et généraux.* — Il existe, avant tout, de la douleur et de la dyspnée ; accessoirement, de la toux et une légère expectoration ; mais il est exceptionnel que dans cette forme médiastinale antérieure on observe des signes de compression trachéale, bronchique ou récurrentielle ou de la circulation veineuse complémentaire ; ce sont là des signes réservés surtout à la forme postérieure. La douleur et la dyspnée sont parfois intenses comme dans le cas d'Andral ou de Pel (53), ou au contraire minimes comme dans le cas de Devic et Savy.

La fièvre est variable suivant l'acuité de l'évolution.

Signes physiques. — 1° *Etude clinique.* — L'inspection constate parfois une voussure dans la région précordiale soit à droite, soit à gauche du sternum.

La percussion, qui dans quelques cas est douloureuse et impossible de ce fait, montre une zone de matité antérieure, inscrite entre le mamelon et le sternum si la pleurésie est unilatérale, entre les deux mamelons si elle est bilatérale ; les limites supérieure et inférieure de cette matité s'étendent d'une façon variable, suivant que le foyer est plus ou moins volumineux et suivant qu'il a refoulé les languettes pulmonaires antérieures ou qu'il en est recouvert.

La palpation décèle l'abolition des vibrations vocales dans la région mate.

L'auscultation constate un silence absolu sans râles ni frottements.

L'examen du cœur montre celui-ci relativement peu déplacé (sauf dans une observation de Lafforgue, épanchement droit avec déviation de la pointe du cœur à deux travers de doigt en dehors du mamelon gauche) ; au reste, le choc de la pointe est mou et estompé et les bruits sont assourdis à l'auscultation.

Ce tableau simule assez volontiers celui d'une péricardite avec épanchement. Cependant Deslot, Devic et Savy indiquent des éléments de diagnostic précis grâce à l'examen radiologique.

2° *Etude radiologique.* — A-t-on affaire à une péricardite ? On observe une zone obscure plus étendue que l'ombre cardiaque et en forme de triangle à base diaphragmatique. Contrairement à ce qu'avaient admis Bouchard et Weill (de Lyon), Destot (v. thèse Berteaux [54]) a constaté en pareil cas la persistance des battements cardiaques à l'écran, même si l'épanchement est très abondant (3 litres dans un cas de Bérard et Péhu). Une pleurésie médiastine droite peut donner une ombre triangulaire, tout à fait analogue à celle de la péricardite, mais le *bord droit de l'ombre n'est pas animé de battements*. Une pleurésie médiastine gauche donne une ombre qui surmonte le cœur et simule une aorte élargie.

Il faut noter, d'ailleurs, que parfois, et cela complique le diagnostic radiologique, la péricardite peut se compliquer de pleurésie médiastine double ; l'ombre cardiaque agrandie n'est alors animée d'aucun battement.

ÉVOLUTION. — Tantôt il y a évacuation par *vomique* (cas de Mollard et Rebattu [55]) ; tantôt la *ponction* de l'épanchement permet sa disparition progressive que l'on peut suivre à l'écran (cas de Devic et Savy), cette ponction peut retirer jusqu'à 2 litres de liquide (cas de Pel) ; tantôt le pus se fait jour vers la paroi thoracique et réalise l'empyème de nécessité ; Ardouin (56) cite l'observation d'une fillette venue le consulter pour un gros abcès du volume d'une mandarine siégant dans le troisième espace intercostal gauche, au contact du sternum ; il n'y avait pas de zone mate autour de cet abcès, la respiration s'entendait partout et le cœur n'était pas déplacé ; il pensa à un abcès froid, ponctionna et retira 300 grammes de liquide ; il ponctionna de nouveau à plusieurs reprises, puis par incision et drainage évacua des flots de liquide. L'exploration au stylet, la traumatopnée, la radiographie ont permis d'affirmer l'existence d'une pleurésie médiastine.

Pleurésies séreuses du médiastin antérieur. — Elles ont été décrites par Grancher (57) et par son élève Vélimirovitch (58).

Il s'agit de pleurésies a frigore siégeant du côté gauche, donnant de la voussure et de la matité sur une étendue parfois considérable dans l'espace compris entre le sternum, la clavicule, la ligne axillaire et l'espace de Traube. Le cœur est refoulé à droite mais ses battements ne sont pas assourdis ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une péricardite. La ponction pratiquée en pleine matité peut retirer jusqu'à un litre de liquide citrin.

Ces pleurésies sont presque toujours tuberculeuses et parfois associées à une symphyse du péricarde.

Empyèmes du médiastin postérieur. — DÉBUT. — Il est généralement brusque ou rapide, les frissons, la fièvre, la dyspnée, la toux indiquent l'atteinte de l'appareil respiratoire, mais la localisation des lésions reste indécise, faute de signes objectifs. A la période d'état, deux ordres de signes vont nous renseigner : 1° le syndrome médiastinal ; 2° l'examen radiologique.

ÉTAT. — *Signes fonctionnels et généraux.* — La température est plus ou moins élevée et oscillante, l'état général plus ou moins touché.

Les symptômes fonctionnels revêtent une modalité particulière et correspondent à ce que le professeur Dieulafoy a appelé le syndrome médiastinal (51). Dans ce syndrome il faut ranger : des phénomènes dyspnéiques ; dyspnée continue augmentée par l'effort, cornage (bruit de ronflement, de râclement ou de scie produit par le passage de l'air à travers la trachée ou une grosse bronche comprimée, ce bruit est perçu à distance) ; des phénomènes spasmodiques : la toux coqueluchoïde ou le spasme de la glotte avec tirage et suffocation ; la raucité de la voix due à la paralysie du récurrent gauche ; la dysphagie qui relève la compression de l'œsophage.

Ces symptômes évoluent pendant une, deux, trois semaines avec des alternatives d'aggravation et de sédation; mais, dans l'ensemble, la dyspnée devient de plus en plus intense et parfois elle est réellement menaçante.

Signes physiques. — Examen clinique. — En avant. On observe parfois des veines dilatées sous la peau jouant le rôle de circulation complémentaire (obs. I de Dieulafoy).

En arrière. La pression sur les premières vertèbres et sur les gouttières costo-vertébrales correspondantes est douloureuse. A la percussion, on constate dans la même région une matité paravertébrale qui correspond au point où l'auscultation montre que le cornage est le plus intense; à mesure qu'on s'éloigne du rachis, matité et cornage s'atténuent puis disparaissent.

Ces signes peuvent être d'appréciation difficile.

2° *Examen laryngoscopique.* — Dans l'observation II de Dieulafoy, l'examen laryngoscopique pratiqué par Bonnier montrait une obliquité du larynx avec gonflement des cordes vocales supérieures et de la région aryténoïdienne. Cette déviation du larynx traduisait le refoulement trachéal sous-jacent, car une fois la pleurésie médiastine évacuée par vomique, le larynx reprit sa position normale.

3° *Examen radioscopique.* — Nous avons peu de renseignements sur les constatations radiologiques dans les pleurésies médiastines. On peut, néanmoins, aisément les supposer. Il faut pratiquer deux examens successifs : l'un antéro-postérieur qui est destiné surtout à renseigner sur les dimensions transversales de la masse pathologique que l'on voit déborder plus ou moins, d'un côté ou de l'autre, l'ombre vertébrale et l'ombre cardiaque, et l'examen oblique de Béclère qui, à l'état normal, met en évidence « l'espace clair médian » (compris entre le rachis en arrière et la masse cardio-aortique en avant), espace comblé sur une hauteur variable s'il y a pleurésie médiastine.

Évolution. — La pleurésie médiastine donne lieu fréquemment à une vomique (obs. I et II de Dieulafoy) après laquelle la guérison peut survenir. Dans ces deux cas, la vomique était peu abondante (80 et 200 grammes). Elle s'est produite respectivement cinq semaines et deux mois et demi après le début de la maladie. Parfois l'empyème est nécessaire, comme dans les deux observations de Fernet (59), et entraîne la guérison. Quel que soit le mode d'évacuation du pus, elle dure presque toujours plusieurs mois.

Pleurésies séreuses du médiastin postérieur. — C'est là un type individualisé par le professeur Chauffard (60) en 1902.

Ces pleurésies se distinguent de la variété précédente par le fait qu'elles ne déterminent pas de compression médiastinale cliniquement appréciable, et que leur enkystement n'est pas absolu, car « le liquide vient-il à augmenter dans de notables proportions, il déborde dans la grande cavité séreuse dont ne le sépare aucun obstacle sérieux et les symptômes graves sont conjurés; aussi n'existe-t-il aucun signe de compression médiastinale ».

Tantôt il s'agit de la pleurésie *en bande verticale*, tantôt de la pleurésie *en équerre*.

La première est caractérisée par l'existence des signes physiques au contact de la colonne vertébrale; c'est là seulement qu'on trouve de la matité, le souffle pleurétique, l'ombre à la radioscopie; c'est là seulement que la ponction exploratrice peut retirer du liquide.

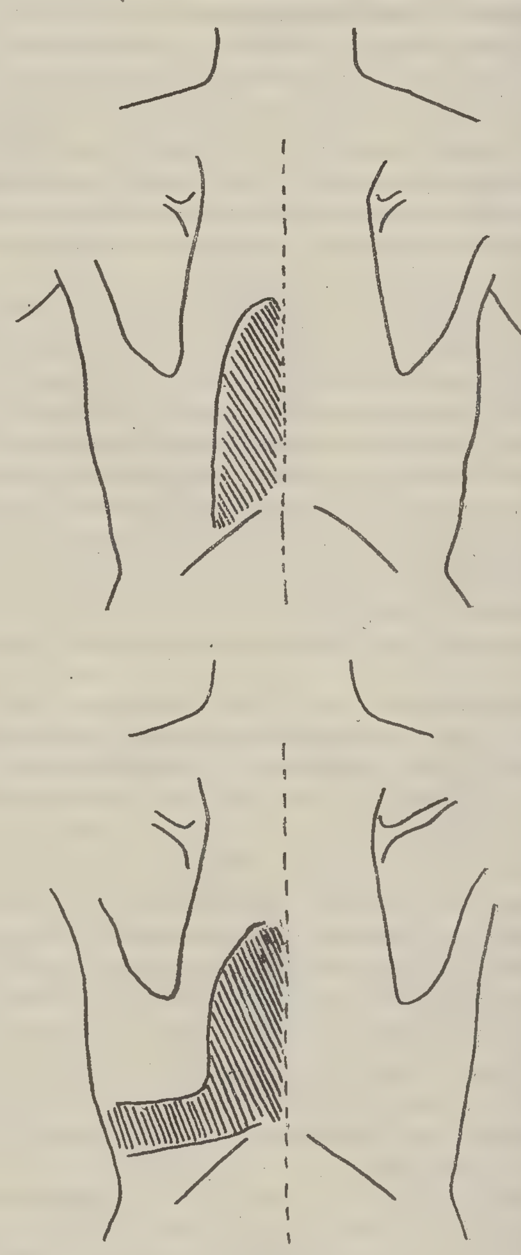


Fig. 7. — D'après Chauffard.

La pleurésie en équerre est une pleurésie diaphragmatique compliquée d'une pleurésie en bande verticale. Ultérieurement la grande cavité pleurale peut être intéressée en totalité.

Les signes fonctionnels et généraux sont peu accentués et l'épanchement est rarement assez abondant pour nécessiter une ponction évacuatrice.

Pleurésies sèches médiastines. — Elles se traduisent par des frottements à la partie postérieure du thorax, le long de la colonne vertébrale, ou plus fréquemment dans la région précordiale, simulant alors une péricardite d'autant que le frottement pleural est souvent rythmé par les contractions cardiaques (61); il est difficile parfois d'éviter cette erreur; cependant, si on demande au malade d'exagérer sa respiration, le frottement perd le rythme cardiaque pour prendre le type respiratoire. D'autre part, la radioscopie montre une bande sombre, uni-

latérale le plus souvent, accolée à l'ombre cardiaque.

Enfin, il n'est pas rare que chez l'enfant, au cours des péricardites chroniques tuberculeuses adhésives et de la médiastinite calleuse de Kussmaul, les plèvres soient intéressées dans une certaine mesure.

Diagnostic différentiel. — Les pleurésies du médiastin antérieur doivent être distinguées des péricardites; nous avons insisté sur ce point. Les pleurésies du médiastin postérieur doivent être différenciées de toutes les causes de compression à ce niveau : adénopathies, néoplasmes, ectasie aortique dont on devra rechercher les signes cliniques et radiologiques.

PLEURÉSIES ENKYSTÉES DU SOMMET

Signalées par Laënnec (65), puis par Andral (66), elles ont été l'objet de rares communications : Voisin en 1831 (67), Bouvier en 1864 (68), Saint-Philippe en 1876 (69). Depuis 1880, les cas rapportés furent plus nombreux: Rivet (70), Comby (71), de Cérenville (72), Guinon (73), Rispal (74), Langlois (75), Lambotte (76), Garampazzi (77), Mac Lachlan (78), Bezy et Bauby (79), Byron-Bramwell (80), Carrière et Vanverts (81). En 1907, Pasteau (82) réunissait dans sa thèse les faits de pleurésie purulente. Tout récemment Gouget, Agasse-Lafont et Weill (83) faisaient une bonne étude de la question à propos d'un cas de pleurésie séro-fibrineuse du sommet; Faurons (84), à l'inspiration de Gouget, a consacré sa thèse à ce sujet et l'on y trouvera rapportées toutes les observations précédentes. On compte actuellement 18 cas de pleurésies purulentes du sommet et 4 cas seulement de pleurésie séreuse (2 d'Andral, 1 de Guinon, celui de Gouget); nous pourrions y ajouter un cinquième que nous avons observé il y a trois ans à la Charité.

La pleurésie purulente du sommet est fréquemment pneumococcique et survient à la suite d'une pneumonie du sommet. « La pleurésie, le plus souvent consécutive à une pneumonie, débute et présente des lésions prédominantes au niveau de la partie du poumon affectée par la pneumonie. On comprend aisément la fréquence relative des pleurésies du sommet dont nous avons rencontré un cas des plus nets. » (Netter.)

Elles surviennent assez souvent chez des tuberculeux soit au début, soit à une période avancée et sont alors, en général, séreuses si le bacille de Koch est à l'état de pureté, purulentes s'il y a infection secondaire.

Les signes d'auscultation sont en général plus nets à la partie antérieure, sous-claviculaire, du thorax, qu'à la partie postérieure ; l'examen de l'aisselle ne doit pas être négligé.

Parfois les adhérences du creux sus-claviculaire provoquent des compressions veineuses (bouffissure de la face, Moizard), ou une irritation du plexus brachial (convulsions localisées du bras, Rispal).

« Cette localisation spéciale de la pleurésie est intéressante à connaître en raison des erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner. Le siège anormal des signes physiques fait penser soit à une infiltration tuberculeuse plus ou moins étendue, soit (en cas de vomique fractionnée, suivie de signes cavitaires) à une caverne pulmonaire, et l'erreur de diagnostic entraîne une erreur de pronostic et de traitement qui peut être très préjudiciable au malade. » (Gouget, A.-L. et W.)

La radioscopie peut être utile en montrant dans le cas de pleurésie une limite relativement nette de l'opacité, alors qu'elle est diffuse dans l'infiltration tuberculeuse.

Mais c'est surtout par la ponction exploratrice qu'on fera le diagnostic ; il conviendra de la pratiquer en avant ou dans l'aisselle, mais en s'écartant des régions vasculaires dangereuses.

PLEURÉSIES CLOISONNÉES DE LA GRANDE CAVITÉ

Leur symptomatologie est évidemment variable suivant leur siège, mais d'une façon générale on peut dire qu'elles donnent lieu à un syndrome pleurétique d'apparence banale ; un examen plus attentif montre que les signes d'épanchement sont sinon localisés, du moins prédominants, dans une zone limitée et, de toute façon, la ponction exploratrice, négative au-dessus et au-dessous, ne retire du liquide que dans cette région. « Parfois même, comme je l'ai observé avec mon interne Jeanton (85), la ponction sera blanche si l'aiguille a pénétré en pleine cloison. » (Dieulafoy.) Ces pleurésies sont séreuses ou purulentes et susceptibles de se terminer par vomique. Elles peuvent nécessiter l'empyème comme dans un cas du professeur Dieulafoy (86). Il n'est pas rare qu'elles succèdent à des pleurésies de la grande cavité qui en de certains points évoluent vers la symphyse, laissant le liquide persister et parfois subir la transformation purulente dans une logette limitée par les adhérences cicatricielles.

A côté des pleurésies enkystées *uniloculaires*, il faut placer les *pleurésies aréolaires* où il existe plusieurs logettes qui peuvent ou non communiquer. Ces pleurésies aréolaires sont parfois *polymorphes* c'est-à-dire qu'une poche contient du pus, une autre du liquide séro-fibrineux, et parfois même une troisième du liquide hémorragique. Ces curieuses coïncidences s'observaient dans une observation du professeur Widal et Prosper Merklen (87) relative à une pleurésie typhoïdique ; Galliard (88) cite l'observation d'une femme de trente-cinq ans chez laquelle une angiocholite calculeuse se compliqua de pleurésie polymorphe (loge sus-diaphragmatique à contenu purulent, grande loge à contenu séro-fibrineux).

En 1899, Galliard (à qui l'on doit d'ailleurs le nom de pleurésies polymorphes) fait de la question une étude d'ensemble (89) et rappelle d'intéressantes observations de Jaccoud (90), de Concato (91), de Danesi (92), de Girgensohn (93), de Duguet (94), de Gouttière-Cachera (95), de Moutard-Martin (96), de Riedel (97), deux nouvelles observations inédites, une observation de Mollard et Bernoud (98), de Renaut (99).

La complexité de ces lésions ne peut être connue que grâce à des ponctions exploratrices répétées. Encore conçoit-on que telle ou telle poche profonde (interlobaire par exemple) puisse échapper à cette investigation, comme dans le cas de Renaut.

Traitement. — Ce sont plus les indications que la technique du traitement qn'il nous faut indiquer ici.

1° Faut-il se contenter de la vomique? — A propos de la pleurésie interlobaire, nous avons vu comment la vomique amenait dans certains cas une

guérison définitive, alors que dans d'autres la maladie se prolongeait à sa suite. E. Sergent (8) a bien insisté sur les fausses guérisons et la fausse sécurité que donne la vomique.

Aussi bien chaque cas particulier doit-il être examiné spécialement avec le plus grand soin. Si l'évacuation spontanée du pus amène une chute franche de la température, si l'expectoration se tarit rapidement, si l'examen physique montre que, parallèlement aux signes précédents, la lésion pulmonaire se comble en peu de semaines, la vomique aura été suffisante et, en dehors de quelques pulvérisations antiseptiques, le médecin n'aura aucun traitement à pratiquer; encore faut-il suivre le malade pendant plusieurs mois pour pouvoir surprendre, à leur début, les récidives possibles.

2° Y A-T IL UN TRAITEMENT MÉDICAL DES PLEURÉSIES ENKYSTÉES? — Assurément en ce qui concerne l'état général du malade et la cause de la pleurésie ; assurément encore pour les pleurésies séreuses dont la ponction en temps opportun constitue la seule indication thérapeutique. Mais pour les pleurésies purulentes enkystées? Soit avant toute vomique, soit après que celle-ci s'est produite, nous croyons que la ponction de la poche pleurale est toujours indiquée; elle doit être faite avec toutes les précautions que nous avons exposées plus haut et nous estimons qu'après l'évacuation du pus une injection locale médicamenteuse pourra parfois rendre d'utiles services. C'est ainsi que depuis 1907 nous avons, à maintes reprises, injecté 5 à 30 centimètres cubes d'électrargol dans la cavité de pleurésies purulentes enkystées soit après la vomique (6), soit en l'absence de toute vomique et nous avons eu la satisfaction d'obtenir une guérison rapide ; il s'agissait d'ailleurs de pleurésies pneumococciques qui, à la vérité, guérissent souvent spontanément après vomique, mais toujours avec une certaine lenteur (*).

Il est bien évident d'ailleurs que ce traitement ne saurait être exclusif et l'on ne doit s'en contenter qu'au cas où l'amélioration générale et fonctionnelle qu'il produit est suffisamment rapide pour entraîner un pronostic favorable. Ce qu'il ne faut pas oublier c'est qu'il vaut mieux ponctionner de bonne heure que d'attendre la vomique et que la ponction a parfois dispensé de l'empyème. Rappelons aussi que parfois les pleurésies partielles peuvent être « bloquées » [Dufour, Mosny et Stern (100)], c'est-à-dire que leur ponction nécessite deux aiguilles : l'une par laquelle s'écoule le pus, l'autre par laquelle entre l'air extérieur dans la cavité pleurale rigide.

3° Malgré tout, LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DEMEURE LA RÈGLE dans les pleurésies purulentes enkystées ; lui seul permet l'évacuation large et le drainage du pus. Son indication est formelle dans les formes graves, dans les formes prolongées et lorsque vomique ou ponction auront été insuffisantes.

(*) Les injections locales d'électrargol nous ont pourtant donné un succès dans une pleurésie streptococcique de la grande cavité et M. Galliard a récemment signalé un cas auquel le nôtre est tout à fait comparable.

BIBLIOGRAPHIE

Pleurésie interlobaire. — 1. DIEULAFOY. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-1899, t. III, 2e et 3e leçons, p. 26 et 46.

2. ROCHARD. *Topographie des scissures interlobaires du poumon*, Paris 1892, in *Gaz. des hôpit.*, p. 211, 241, 260.

3. TUFFIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 janv. 1899.

4. HIRTZ et BEAUFUMÉ. Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1910, p. 564.

5. WIDAL et FROIN. Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite; intervention chirurgicale; guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1903, p. 945.

6. H. PAILLARD. Pleuro-pneumonie grave avec hyperthermie; pleurésie interlobaire traitée par les injections intrapleurales d'électrargol; guérison rapide ; obs. XI de la thèse d'Auboyer : *Contribution à l'étude de l'argent colloïdal électrique stabilisé et isotonique et de son emploi thérapeutique dans les diverses infections*, Th. de Paris, 1908.

7. PRENGRUEBER et DE BEURMANN. *Acad. de méd.*, 19 oct. 1886; — *Sem. méd.*, 1886.

8. Emile SERGENT. Les fausses guérisons par vomique dans la pleurésie interlobaire métapneumonique, *Presse méd.*, 22 août 1900, n° 70.

9. CHAUFFARD. Sur un cas d'empyème gangréneux interlobaire (leçon recueillie par M. Souques), *Bull. méd.*, 1889, n° 98. — MILLET. *De l'Empyème gangréneux interlobaire*, Th. de Paris, 1889-1890, n° 80.

10. GUILLEMOT, HALLÉ et RIST. Recherches bactériologiques et expérimentales sur les pleurésies putrides, *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1904, p. 638.

11. SABOURIN. Les épanchements séro-fibrineux de l'interlobe chez les tuberculeux, *Revue de méd.*, 1909, nos 1 et 2.

12. E. BERGER. *Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire d'origine tuberculeuse et particulièrement de la forme sèche*, Th. de Paris, 1907-1908, n° 143.

13. SABOURIN. Sur le pneumothorax scissural, *Arch. gén. de méd.*, 1905, t. II, p. 1089; — Deux cas de pneumothorax scissural, *Arch. gén. de méd.*, 1906, n° 41.

14. SABOURIN. Point de côté scissural, *Revue de méd.*, 10 avril 1907.

15. MOSNY et PINARD. Pleurésie purulente interlobaire consécutive à un pneumothorax chez une emphysémateuse (tuberculeuse), *Soc. méd. des hôpit.*, 29 mai 1908.

16. U. MONNIER. *Gaz. méd. des hôpit. de Nantes*, 2 et 9 nov. 1907.

17. DURBIN. *Les Pneumothorax partiels et en particulier le pneumothorax interlobaire*, Th. de Paris, 1908.

18. BECLÈRE. L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 fév. 1902.

19. L. ROBERT. *Contribution à la séméiologie et au diagnostic différentiel des cavernes pulmonaires tuberculeuses*, Th. de Paris, 1910-1911.

20. GUINON. Sur les difficultés du diagnostic de la pleurésie interlobaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 janv. 1899. Discussion : Tuffier, Rendu.

21. POTAIN. *Médecine moderne*, 1892, p. 418; — *Union méd.*, 1892, p. 480.

22. GRANCHER. Diagnostic et traitement de la pleurésie interlobaire, *Revue de thérap. méd.-chir.*, 1900, p. 117.

23. J. A. VOORTHUIS. *Etude sur la pleurésie interlobaire*, Amsterdam 1902.

24. MORTIÉ. *Pleurésie interlobaire*, Th. de Lille, 1904.

25. CHAUFFARD. Pleurésie interlobaire, *Journ. des prat.*, 1905, p. 387.

26. MARTINELLI. *Pleurésie interlobaire aiguë*, Th. de Paris, 1905.

27. BRETON. Pleurésie pneumonique prise pour un anévrisme de l'aorte, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1905, p. 292.

Pleurésie diaphragmatique. — 28. BOERHAAVE. *Aphorismi de cognosc. et curandis morbis*, 1709.

29. HERMIL. *La Pleurésie diaphragmatique*, Th. de Paris, 1879.

30. DE LANGENHAGEN. Note sur un signe particulier de la pleurésie sèche diaphragmatique, *IIIe Congrès franç. de méd. int.*, Nancy, 6 au 12 août 1896; — *Presse méd.*, 1896, p. 417.

31. André JOUSSET. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juillet 1897.

32. GUÉNEAU DE MUSSY. *Arch. gén. de méd.*, 1853, t. II,

p. 271; — *Cliniques médicales*, t. I; — *Arch. gén. de méd.*, juillet 1879, t. II, p. 141.
33. HUCHARD. *Gaz. méd. de Paris*, 20 fév. 1892.
34. P. MERKLEN. Pleurésie purulente diaphragmatique, *Presse méd.*, 1895, n° 5, p. 33.
35. CLAUDE et ARMAND-DELILLE. Pleurésie diaphragmatique; tuberculose du diaphragme, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc. 1901.
36. JACCOUD. Séméiologie de l'espace semi-lunaire de Traube, *Cliniques de la Pitié*, 1885.
37. H. PAILLARD. Un cas de symphyse phréno-costale de Jaccoud, in Hébert: *Contribution à l'étude séméiologique de l'espace semi-lunaire de Traube*, Th. de Paris, 1908-1909.
38. LASNE. *Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*, Th. de Paris, 1887.
39. AUDIN. Pleurésie diaphragmatique et mal de Bright, *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1887, p. 709.
40. J. ROBERT. *Contribution à l'étude des manifestations pleurales au cours des maladies du cœur et de l'aorte*, Th. de Paris, 1898.
41. RÉNON. Pleurésie cardiaque sus-diaphragmatique, *Arch. gén. de méd.*, 16 juin 1903.
42. RENDU. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc. 1901 (à propos de la communication de Claude et Armand-Delille).
43. MALAVIALE. *Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique*, Th. de Paris, 1890.
44. Marcel SÉE. Les pleurésies diaphragmatiques, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 25 mars 1893, n° 36, p. 341.
45. Marcel LABBÉ. Symphyse du péricarde. Hypertrophie du ventricule gauche. Pleurésie diaphragmatique. Mort, *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1897, p. 246.

Pleurésie médiastine. — 46. LAËNNEC. *Traité de l'auscultation médiate.*
47. ANDRAL. *Clinique médicale*, 1829, t. II.
48. CRUVEILHIER. Art. PLEURÉSIES du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris 1835, t. XIII.
49. DIEULAFOY. Art. MÉDIASTIN du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* (dict. Jaccoud), t. XXII, 1876.
50. DIEULAFOY. Pleurésie médiastine à pneumocoque, *Presse méd.*, 13 juin 1896, n° 48; — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, 1898-1899, leçon 1.
51. THOINOT et GRIFFON. Pleurésie purulente médiastine à pneumocoques, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1896, p. 568.
52. DEVIC et SAVY. Les pleurésies médiastines, *Revue de méd.*, 1910.
53. PEL. Ein merkwürdiger Fall von Empyem, *Berl. klin. Woch.*, 1884, p. 113.
54. BERTEAUX. *Sur les péricardites à grand épanchement*, Th. de Lyon, 1906-1907.
55. MOLLARD et REBATTU. Un cas de pleurésie médiastine purulente, *Journ. des prat.*, 27 nov. 1909, p. 771.
56. ARDOUIN. Contribution à l'étude des pleurésies médiastines, *Année méd. de Caen*, 1902, p. 183.
57. GRANCHER. De la pleurésie médiastine, *Bull. méd.*, 1892, p. 1171.
58. VELIMIROVITCH. *Etude sur la pleurésie médiastine en particulier chez l'enfant*, Th. de Paris, 1892.
59. FERNET. Deux cas de pleurésie médiastine, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1905.
60. CHAUFFARD. Les pleurésies séreuses médiastines, *Presse méd.*, 1902, p. 363.
61. CHOYAU. Th. de Paris, 1869.
62. CUFFER. Rétrécissement fibreux du rectum; mort par péritonite et pleurésie purulente, *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 797.
63. DUPLANT. Les pleurésies enkystées, *Province méd.*, 1898.
64. LAFFORGUE. Pleurésie médiastine et déviation de la pointe du cœur, *Bull. méd.*, 1909.

Pleurésie du sommet. — 65. LAËNNEC. *Traité de l'auscultation médiate*, p. 598.
66. ANDRAL. *Clinique médicale.*
67. VOISIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1831.
68. BOUVIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1864, p. 141.
69. SAINT-PHILIPPE. Pleurésie enkystée guérie ayant longtemps simulé la phtisie pulmonaire, *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1876, p. 60; — Pleurésie enkystée du sommet, *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1877.
70. RIVET. *Voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant*, Th. de Paris, 1880.
71. COMBY. Pneumonie franche du sommet droit suivie de pleurésie enkystée, *France méd.*, 2 mai 1885, p. 602.
72. DE CÉRENVILLE. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886.
73. GUINON. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887.
74. RISPAL. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 15 déc. 1894.
75. LANGLOIS. *Contribution à l'étude des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet*, Th. de Paris, 1896.
76. LAMBOTTE. Un cas de pleurésie purulente du sommet, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1896.
77. GARAMPAZZI. Empiema sacrato antero-superiore sinistro, *Gaz. degli ospedali*, 1899, p. 805-809.
78. MAC LACHLAN. *Month. homœop. Rev.*, 1901.
79. BEZY et BAUBY. *Arch. de méd. des enf.*, 1901, p. 32.
80. BYRON-BRAMWELL. Empyème enkysté de la partie supérieure de la cavité pleurale droite, *Clin. Stud.*, Edimbourg 1906.
81. CARRIÈRE et VANVERTS. De la pleurésie purulente du sommet, *Nord méd.*, juillet 1907.
82. PASTEAU. *La Pleurésie purulente du sommet*, Th. de Paris, 1907.
83. GOUGET, AGASSE-LAFONT et A. WEILL. Pleurésie du sommet, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1910, p. 560.
84. FAUROUS. *Contribution à l'étude de la pleurésie enkystée du sommet*, Th. de Paris, 1910-1911, n° 94.

Pleurésies cloisonnées de la grande cavité et pleurésies polymorphes. — 85. DIEULAFOY et JEANTON. *Arch. gén. de méd.*, 1888, t. II, p. 542.
86. DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, t. I.
87. WIDAL et Prosper MERKLEN. Les pleurésies typhoïdiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1900, p. 924.
88. GALLIARD. Pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite calculeuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1895, p. 48.
89. GALLIARD. Les pleurésies polymorphes, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 24 nov. 1899, p. 882.
90. JACCOUD. *Acad. de méd.*, 22 avril 1879.
91. CONCATO. *Rivista clin. di Bologna*, 1880 (deux observations).
92. DANESI. *L'Impartiale*, Firenze 1881.
93. GIRGENSOHN. *Petersb. med. Woch.*, 1877.
94. DUGUET. *Soc. anat.*, 1879.
95. GOUTTIERE-CACHIERA. Th. de Paris, 1884.
96. MOUTARD-MARTIN. *Acad. de méd.*, 3 juin 1879.
97. RIEDEL. *Petersb. med. Woch.*, 1885.
98. MOLLARD et BERNOUD. *Journ. des prat.*, 2 oct. 1897.
99. RENAUT. *Gaz. méd. de Paris*, 9 juin 1888.
100. MOSNY et STERN. *Pleurésies bloquées*, 1910.

Index alphabétique. —

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 OCTOBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Mardi 17 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* (à neuf heures du matin).

Mercredi 18 octobre, à une heure. — 1er (oral). — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Jeudi 19 octobre, à une heure. — 4e. — 1er (sages-femmes).

Vendredi 20 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 21 octobre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

2e (sages-femmes), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 18 octobre, à une heure. — M. PARENT. Thérapeutique antisyphilitique et réaction de Wassermann. (MM. Gaucher, président; Hartmann, Proust et Gougerot.) — M. FRENKEL. Étude sur les calculs aberrants de l'uretère. (MM. Hartmann, président; Gaucher, Proust et Gougerot.)

Jeudi 19 octobre, à une heure. — M. LÉVY. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hémorragie rétro-placentaire. (MM. Pinard, président; Bar, Couvelaire et Jeannin.) — M. MARIOTON. De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne classique conservatrice. (MM. Bar, président; Pinard, Couvelaire et Jeannin.) — Mlle TESSIER. Établissement de la ménopause. (MM. Pozzi, président; Gilbert Ballet, Claude et Okinczyc.) — M. REVAULT. L'affaiblissement intellectuel chez les déments. (MM. Gilbert Ballet, président; Pozzi, Claude et Okinczyc.)

De l'incontinence d'urine chez les enfants, et en particulier de l'incontinence nocturne dite essentielle, par le docteur Denis COURTADE, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire de la Faculté de médecine, membre de la Société de biologie. Gr. in-8° de 40 pages. (Monographie n° 65 de l' « Œuvre médico-chirurgical ». — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911

GUIOT. Désarticulation de la hanche par la circulaire haute avec fente externe secondaire sans hémostase préventive. — LAMOTHE. Des sinusites maxillaires aiguës grippales, nécrosantes. — DUPÉRIÉ. Évolution de la formule hémoleucocytaire dans la tuberculose humaine. — VERGER. Radioscopie clinique dans la dilatation et le cancer de l'estomac. — FRIMAUDEAU. Diagnostic et étude des rétrécissements de l'œsophage par la radioscopie. — MOLINIÉ. Le kyste hydatique du poumon chez l'enfant. — SAVIN. Prurit tabétique. — DUSSANS. Eugénie-les-Bains. Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse par ses eaux sulfatées calciques. — PÉRIÉ. Des luxations de la phalangette du gros orteil. — GOURRIN. Des hernies traumatiques de la rate. — DOCHE-LAQUINTANE. De la mort rapide par rupture de la trompe gravide. — DÉLAS. Des hémorragies graves intra-pariétales dans les contusions de la paroi abdominale. — LE PAGE. Des pancréatites hémorragiques. — THUAU. De la désinsertion du mésentère dans la hernie étranglée. — LABORDE. Du cancer du pénis, en particulier de la forme érectante, de son diagnostic, et de son traitement. — PACHÉ. La médication chlorurée sodique à Dax. — CLUZEAU. La hanche à ressort. — DAURE. De la diphtérie spasmogène. — DUVAL. Principes suédois et critique systématisée de l'École française sur les agrès. — HERVOCHE. Étude physiologique de quelques sports nouveaux. Nécessité de leur surveillance par le médecin. — NIORT. Des fistules gastro-cutanées spontanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. — MOLIN DE TEYSSIEU. La manie présénile (étude clinique). — AUTHIER. Des prédominances symptomatiques et anatomo-pathologiques dans la paralysie générale et dans la sénilité cérébrale. — COURAUD. De la gastroscopie. Sa valeur clinique. — PLAZIAT. De la coxa valga. — GUYOT. Des kystes des bourses séreuses du creux poplité. — LUSCAN. Le spasme du pylore. — MOUGNEAU. Des divers modes de traitement et en particulier de l'aérothermothérapie dans le syndrome des extrémités de Maurice Raynaud. — MANEC. Contribution à l'étude de la laryngo-trachéo-bronchite pseudo-membraneuse aiguë. — CAZAUX. L'hypotension artérielle chez les cancéreux. — BOIN. De l'ulcéro-cancer de l'estomac. — PERROMAT. Les vins blancs du pays de Sauternes. Essai médical sur leur valeur alimentaire et hygiénique. — GROC. Contribution à l'étude de l'apoplexie traumatique tardive. — DABADIE. De l'amaurose puerpérale. — MAIRET. Contribution à l'étude iconographique des maladies mentales. — DUMAS. La manie, la mélancolie et la manie-mélancolie à l'asile d'aliénés d'Agen. — JULIEN. Contribution à l'étude de la spartéine. — CAPDEVILLE. De la mélanose conjonctivale. — DUFFIEUX. De l'état actuel du traitement des pseudarthroses diaphysaires. — HUET. Le pancréas annulaire. — GARNAUD. Rapports de l'ulcère de l'estomac et de la grossesse. — GOÉAU. Des avantages de l'incision transversale dans l'opération de l'appendicite. — BOSC. De la gymnastique respiratoire. Son application dans le traitement des tics, du bégaiement, des borborygmes rythmés et autres spasmes fonctionnels. — MONTALIER. De l'auscultation dorsale du cœur. — CHAUMAT. Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur (éreutophobie). — LECAM. De la natation au point de vue médical. — HEUGAS. Contribution à l'étude des plaies et contusions du poumon. — CASTÉRA. Des rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'anse sigmoïde et son méso. — VITRAC. Contribution à l'étude de la hernie propéritonéale. — TOCHÉ. Du pseudo-mal de Pott hydatique. Kystes hydatiques paravertébraux sans symptômes médullaires. — MANDOSSE. Traitement sérothérapique des paralysies diphtériques de l'accommodation. — TARRADE. Une épidémie de méningite cérébro-spinale à Limoges en 1809.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourcy, Lion, Wurtz, de Massary, Le Gendre, Veau, Brindeau (qui acceptent), Grégoire, Tuffier et Potherat (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

Liste des candidats inscrits. — (Voir plus loin, p. 1646.)

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 6 octobre 1911. — Question donnée : « Examen clinique d'un tuberculeux à la période cavitaire. »

M. Hervouët, 8; Mlles Herment, 15 1/2; Hartmann, 16; MM. Forget, 14; Forgeron, 9; Folley, 8; Mlle Harel, 17; MM. Flammarion, 16; Grille et Guilloux, 11; Mlles Hourvitz, 12 1/2; Gillot, 14; MM. Gellé, 9; Flot, 16 1/2; Gerschenovitsch, 16; de Gaudart d'Allaines, 19; Garnier, 12; Fornairon, 16.

Anatomie. — Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de l'estomac. »

MM. Souplet 16; Tzancoff, 14; Thébaut, 10; Mlle Wischniak, 8; MM. Tétard, 6; Simeray, 8; Mme Vérillotte, 14; MM. Vigneron, 14; Viollet, 15; Waisberg, 12; Théodoresco, 14 1/2; Mlle Vinokour, 12 1/2; MM. Thinh, 14; Soupault, 12 1/2; Thoyer, 15 1/2; Mlles Troszynski et Soupraskaïa, 9; MM. Verger, 8; Thouvenot, 6.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Broquet, des troupes coloniales, est désigné pour remplir les fonctions de directeur de l'Institut bactériologique chinois de Tien-tsin.

MARINE. — M. le médecin principal Vincent est chargé du service spécial d'électrothérapie et de neurologie-psychiatrie à l'hôpital maritime de Lorient.

— M. l'étudiant en médecine Génevray est admis à l'école principale du service de santé de la marine.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'ouverture des concours de 1911 pour les emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique est fixée au 8 décembre 1911.

Sont mises au concours deux places d'inspecteur et douze places de sous-inspecteur.

Les docteurs en médecine peuvent concourir pour le grade de sous-inspecteur.

Pour les renseignements et le programme du concours, voir le *Journal officiel* du 6 octobre 1911, p. 8025-8027.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — M. Kirmisson est élu vice-président pour l'année prochaine, M. Delorme devenant président.

Les questions proposées sont les suivantes :

1° *Examen radioscopique de l'estomac;*
2° *La coxa vara;*
3° *Œsophagoscopie. Rétrécissements de l'œsophage.*

LES ASILES D'ALIÉNÉS. — Un conseil de cabinet tenu le 5 octobre 1911 a approuvé un projet de réorganisation des asiles d'aliénés.

Certains asiles d'aliénés, jouissant de la personnalité civile et de l'autonomie budgétaire et échappant à ce titre à la réglementation applicable aux asiles départementaux, ne sont encore régis que par des usages imprécis au détriment de leurs droits, comme de l'intérêt des malades. Des règles d'ensemble nettement déterminées les replacent sous la tutelle et le contrôle de l'Etat et leur assurent un fonctionnement régulier. Cette réforme en annonce et en précède de peu une autre analogue : la réorganisation des établissements de bienfaisance qui présentent de leur côté des divergences et des imperfections préjudiciables à l'accomplissement de leur mission. P.

L'INSPECTION DES ENFANTS ASSISTÉS. — D'autre part le conseil a décidé de modifier les frais de tournée des inspecteurs des enfants assistés.

Actuellement le mode de détermination des frais de tournées de ces fonctionnaires est purement forfaitaire et se règle non sur la dépense faite, mais sur le grade des intéressés. Le président du conseil a estimé nécessaire de substituer à cette pratique un procédé plus rationnel et assurant un meilleur emploi des fonds affectés au service.

Une commission composée d'inspecteurs généraux des services administratifs, d'inspecteurs des finances et de représentants des ministères et du personnel intéressés sera réunie à cet effet. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin principal Vack, chef des salles militaires de l'hôpital d'Angoulême, mort victime du dévouement professionnel, Fayard (du Péage-de-Roussillon), Alfred Ménard (de Vitry-le-François).

ÉMILE MAUCHAMP

ET LA SORCELLERIE AU MAROC

[La Sorcellerie au Maroc, *tel est le titre du livre que l'éditeur Dorbon-Aîné va sous peu mettre en vente* (1), *et qui est d'un haut intérêt scientifique ainsi que d'une actualité poignante. Cet ouvrage est fait des feuillets maculés de sang que l'on a recueillis dans la maison même du docteur Mauchamp qui mourut assassiné à Marrakech, « au service de la France ». On sait la fin héroïque et douloureuse de ce savant, victime justement des sorciers indigènes qui voudraient maintenir le peuple dans l'ignorance, la cruauté et la superstition, et s'opposent ainsi à notre œuvre de civilisation et de progrès. Après avoir classé ces papiers, renfermant d'étranges et précieux documents que personne autre ne pouvait nous révéler, M. Mauchamp père les a confiés à M. Jules Bois, l'écrivain bien connu, qui, ami de son fils, y a apporté tous ses soins. Dans une érudite et éloquente préface, il nous montre le caractère de ce jeune héros, ses exploits scientifiques et patriotiques. De plus, l'auteur de tant de livres remarquables sur l'occultisme et le « miracle moderne » nous donne le fil conducteur pour mieux comprendre les pratiques ténébreuses et pittoresques de la magie marocaine que relate le docteur Mauchamp. Chez nous, le magnétisme, l'hypnotisme, la suggestion, la télépathie, ne sont encore que de bien faibles et tâtonnantes répliques de cette science incomplète et tortueuse.*

M. Jules Bois a bien voulu nous communiquer les bonnes feuilles de ce livre et nous autoriser à en reproduire des fragments. Nous tenons à l'en remercier. (*N. D. L. R.*)]

« Quelques aphorismes, dit M. Jules Bois, que je retrouve dans les notes du docteur Mauchamp, telles que le zèle de son père les a recueillies, nous révèlent bien mieux les arrière-pensées de l'Arabe au Maroc que les observations souvent superficielles de certains voyageurs trop pressés.

Les Talebs vantent l'hypocrisie, le mensonge, et s'inclinent devant la force brutale, victorieuse : l'hypocrisie, parce qu'elle simule la vertu ; le mensonge, parce qu'il est la transmission toute naturelle des faits dans le désert; la force brutale, parce qu'elle a le dernier mot. Il est assez étrange de constater que l'Européen — il sait trop mentir encore — est pourtant le seul capable de respecter la vérité et surtout d'en apprécier la valeur. L'Asie est fourbe. L'Afrique aussi. De vague de sable en vague de sable, dans le désert, l'événement se propage avec une rapidité prodigieuse qui rappelle la fougue turbulente du simoun; mais, plus l'événement voyage, plus, comme la tempête, il emporte avec lui toute sorte d'éléments troubles et nouveaux, ramassés en route — sans compter les mirages.

Aussi, être sur le qui-vive, voilà pour les Marocains la grande vertu.

« Aie confiance en tes amis et ferme ta porte », dit un ironique et sage proverbe de là-bas. Ou encore : « Le son ne devient jamais farine, l'ennemi ne devient jamais ami. » Pour les Arabes, le vol n'est pas une faute grave; tout au plus une simple défaillance, dont un honnête homme peut souffrir, qu'un honnête homme doit pardonner. Les Marocains ont une jolie expression pour réhabiliter l'auteur d'une razzia : « Il a cherché le bien de Dieu sur sa route. »

Le fond de l'âme est profondément sensuel; j'entends que la satisfaction est la grande affaire, qu'il n'existe pas, comme chez nous, un idéal de contrôle de soi, pouvant aller jusqu'à un certain amour de l'utile souffrance. La volupté est seule recherchée; elle consiste dans les présents de la terre ou dans les ivresses de la chair.

« Trois choses effacent le chagrin, est-il remarqué, la vue de la verdure, la trouvaille de l'eau vive et la chair soyeuse des garçons et des filles. » Le grand châtiment, c'est la privation de l'amour physique. « Que les femmes me soient défendues si je mens ! », telle est l'exclamation souvent employée pour affermir une conviction ébranlée.

Cela n'empêche pas une sorte de mysticisme, puisé dans la contemplation du désert. J'ai pour ma part parcouru les solitudes sablonneuses de l'Afrique, si différentes les unes des autres, quand il s'agit de l'Egypte ou de Biskra, de celles de la Syrie et de l'Arabie, de celles enfin de l'Inde. Le désert est multiple, autrement multiple que la mer. Il ne faut pas croire que ces étendues de sable, plus fertiles qu'on ne le supposerait, n'aient pas chacune leurs particularités.

A ce propos, Mauchamp a formulé des impressions aussi justes et pittoresques. Par exemple, il a noté ce qui caractérise le plus spécialement ces paysages de ciel et de sable : le silence et la couleur.

« Au désert, écrit-il, il n'existe dans l'espace sans bruit que des bêtes silencieuses : lézards, gerboises, scorpions, cérastes. Nature morte, muette, où il n'y a que de la couleur — mais combien belle et variée ! — et des silhouettes. »

Goûtez cette jolie évocation de la nuit qui envahit ces immensités graves.

« Le campement au désert s'endort le soir parmi les vastes obscurités, avec tout autour l'étendue, cachée par le voile des ténèbres ; et pas un cri d'insecte, pas un frisson, rien que l'angoisse du silence, le tragique repos... »

Il a compris le dédoublement qui s'opère quand on s'habitue à ces silences, à ces couleurs, à cet air voluptueux « où l'on respire facilement, où l'on regarde sans fatigue, où l'on rêve sans nerfs, loin des horizons étroits qui compriment l'âme. On y garde son cerveau de civilisé, tandis que le corps et le cœur reviennent aux primitives sensations : l'être se dédouble ainsi que l'esprit, jouissance forte où l'on défaille d'une heureuse, fiévreuse, passionnée, active langueur ».

Dès lors, il en déduit ce quiétisme particulier à l'Islam, et qui alterne avec des fantasias extraordinaires et de tous genres. « Les pieux musulmans, remarque le savant européen, les mystiques de l'Islam enveloppent leur âme d'un subtil et doux linceul de quiétude berceuse..., suaire d'anéantissement confiant et calme, d'où ils sortent parfois pour une violente convulsion de fanatisme. C'est une mort vivante, une vie faite de mort spirituelle, de goût pour la mort, d'ardeur vers la mort. »

L'observation est pénétrante. Il faut d'ailleurs chercher dans la patrie et dans les horizons habituels le secret de la race. Le désert explique l'Arabe, l'âme du Marocain est plus complexe à cause d'un pays plus divers, avec beaucoup de forêts, de ruisseaux, de montagnes, de vieilles cités, témoins encore survivants de civilisations abolies.

« L'Arabe se consume dans l'attente patiente, les affolements, les béatitudes où le temps s'écoule. C'est une volupté passive. »

« L'expérience, décrète un proverbe, est la meilleure résignation. »

Ajoutez à ces dépressions, que suivent des exaltations brèves, la misère physiologique, conséquence d'une régression vers l'état sauvage.

Mauchamp s'en étonne un peu, surtout à cause de l'existence saine, au grand air, au milieu des sereines merveilles et des grands espaces lucides. Tant de joie et de lumière lui semblent incompatibles avec les tares qu'il découvre chez les Bédouins. C'est que l'âme, chez eux, s'est abaissée. Et il constate la dégradation d'un peuple fatigué, à la pauvreté sale, et que les privations abêtissent.

« Les appétits violents, écrit-il, les instincts dangereux de

(1) Un volume in-8 à 7 francs avec 17 illustrations, la plupart d'après les photographies prises par l'auteur.

ces brutes, de ces farouches indomptés, les déciment par le fer et par le feu. »

En effet — et je crois l'avoir déjà dit au cours de cette étude — il n'est pire décadence que celle d'une très grande et très belle civilisation. L'Islam, ou plutôt les mœurs et l'éducation qui en ont résulté, furent un progrès considérable sur l'idolâtrie et l'animalité, où se confinaient ces peuplades avant Mahomet. Encore eurent-elles à une époque assez éloignée, qu'on peut appeler celle d'Antar, un éclat qui étonnerait aujourd'hui cette race dégénérée. Mais l'Islam a porté son fruit ; aujourd'hui il ne renferme plus que cendres. A moins d'une renaissance imprévue qui peut trouver dans le Coran, mais là seulement, son origine, l'Afrique septentrionale retomberait à la plus basse sauvagerie si l'influence de l'Europe, et particulièrement de la France, ne lui fournissait pas une nouvelle sève. Notre méthode de travail, nos libertés de pensée, notre opiniâtreté à empêcher les empiètements du rêve, le sentiment de la dignité humaine, notre force qui n'exclut pas une certaine modération quand elle s'exerce envers les faibles, sont des germes de régénération. Germes beaucoup plus efficaces que nos perfectionnements matériels, souvent inutiles, et dont l'existence de ces nomades pourrait continuer à faire fi, sans rien perdre pour cela, au contraire en y gagnant! Que dis-je ? Nous pouvons, nous autres Européens, au contact de ces existences simples ou plutôt simplifiées, recueillir des leçons utiles et des exemples féconds... »

COUTUMES SE RAPPORTANT AUX DIFFÉRENTES CIRCONSTANCES DE LA VIE SOCIALE ET DE L'EXISTENCE DES INDIVIDUS. (*Notes du docteur Mauchamp.*)

Soins du corps. Système pileux. — Pour ne pas être confondus avec les mécréants, les Juifs doivent être marqués par neuf signes distinctifs, prescrits par la Loi :

1-2. Deux carrés de cheveux aux deux tempes, au-dessus des oreilles (peya, au pluriel peyot), tandis que le reste de la tête est rasé.
3-4. Moustaches.
5. Barbe à laquelle il ne faut pas toucher, conformément à la loi mosaïque qui dit : « Ne les imite pas ! » (chrétiens et musulmans qui coupent leurs poils).
6-7. Ne pas toucher aux poils de dessous les bras.
8. Garder de même ceux du mont de Vénus.
9. La petite languette préputiale.

En résumé, on peut se raser, sauf les peyot, mais il est interdit de toucher aux poils du corps. Ainsi tout poil arraché ou coupé au pénis retarde d'un an le mariage d'une jeune fille. Mais cette interdiction ne s'applique pas aux femmes mariées, qui doivent au contraire se faire épiler. Généralement, d'ailleurs, les obligations sont surtout imposées aux hommes, la femme étant trop peu de chose pour suivre la Loi, du moins jusqu'à la maternité. Alors ses péchés retomberaient sur ses enfants jusqu'à la troisième génération. Les jeunes filles jouissent d'une complète liberté, et elles en abusent souvent.

Les cheveux d'une Juive mariée ne doivent plus être vus, pas même par son mari. Aussitôt après la bénédiction nuptiale, la chevelure de la jeune femme est à jamais cachée sous deux foulards : l'un en soie pour couvrir la tête et les tresses (*fstoul*), l'autre pour le devant des cheveux (*kydile* ou *sebnia*). — La femme, pour se coiffer, se cache dans le coin le plus obscur et le plus retiré de la chambre, car ses cheveux ne doivent même plus paraître à la lumière.

L'enfant juif est rasé à l'âge d'un an.

Pâtes épilatoires. — Zeruekh (pierre jaune composée d'une sorte d'écailles), chaux vive et savon mou noir; on en fait une pâte dont on garnit les poils pendant très peu de temps, on lave ensuite à l'eau chaude et les poils s'en vont.

Contre le duvet sur le front ou sur les joues, on emploie une pâte composée de jus de citron et de sucre qu'on travaille jusqu'à ce qu'elle devienne élastique. On l'applique sur les parties à épiler et, lorsqu'on l'arrache, le duvet vient en même temps; le duvet ne repousse pas vite après ce traitement et, de plus, cette pâte a l'avantage de rendre le teint frais. — Pour épiler, on met une couche de cendres chaudes et on arrache les poils avec une petite pince. — On se sert encore de mastic mâché et chauffé.

L'épilatoire courant des Arabes de la campagne est le *Kméat-el-Mahon*, herbe ressemblant au blé dont le contenu des grains est poisseux; on recueille ce jus qu'on étend sur les parties à épiler. Cette même plante guérit aussi les piqûres de guêpe.

Pour égaliser la ligne des sourcils, on emploie de la sandaraque blanche, dont on applique une couche sur l'épiderme pour l'arracher ensuite avec les poils. — Un petit bâton de sandaraque est excellent contre l'inflammation des yeux; on le trempe, le matin, dans de l'eau de puits, puis on l'introduit entre les deux paupières à l'instar d'une baguette de khol.

Pour faire pousser les cheveux, piler des feuilles d'aloès avec du roseau vert et du henné, en composer une pâte avec de l'eau. Laisser sécher cet emplâtre sur la tête, puis laver au savon de *Rassoul* (1) et recommencer.

Un autre moyen pour faire pousser les cheveux est le zernekh jaune (pierre) pilé et délayé dans de l'huile. Frictionner le cuir chevelu avec cette huile, ou encore avec une peau de serpent mué placée sur la tête.

A la nouvelle lune, les femmes coupent le bout de leurs cheveux. On taille les cheveux de l'enfant d'après la coupe que la tradition attribue au saint patron auquel l'enfant est voué.

Pour assouplir, on fait macérer dans l'eau, jusqu'à ce qu'elle devienne poisseuse, des pépins de coing et des grains de lin. Pendant une semaine, tous les matins, se laver les cheveux avec cette lotion. Au bout de cette huitaine de traitement, enduire les

---

(1) La saponaire s'appelle *Rassoul-el-Berri* (de terre) pour la distinguer des saponaires des bords de la mer et des marais salants, *Rassoul-el-Bahrri*.

Les savonniers fins se servent de cendre d'amandier de préférence; lorsqu'ils ne peuvent s'en procurer, ils prennent celle de l'olivier ou du lentisque ou encore du tamarin; ils y ajoutent de la cendre de soude, *En-Ndjil*, et, à défaut, de la chaux. La soude réduite en cendres est employée pour la lessive.

cheveux, avant de les peigner, avec de l'huile, dans laquelle on a mis des roses du Tafilet et de l'absinthe pilée.

Teintures et fards. — Pour donner une couleur noire très foncée, on s'applique sur les cheveux de l'huile où on a délayé de la poudre de « bois noir » de teinturier.

Pour blanchir la chevelure d'une femme à laquelle on en veut, on presse le contenu de l'estomac d'une chamelle dans de l'huile et on en met un peu sur les cheveux de celle qu'on vise, sans qu'elle s'en doute; à moins qu'on ne préfère glisser un peu de cette mixture dans la brillantine servant à la victime.

Le henné, qui donne une couleur rousse, n'est ici qu'un remède; il fait pousser les cheveux et diminue les maux de tête et d'yeux; on y ajoute du safran, l'azroud, des fleurs de jacinthes et du taouserbint.

Khol. — Une façon de le fabriquer est de maintenir une petite soucoupe en terre remplie de cendre mouillée, au-dessus d'une mèche qui brûle; la suie qui se forme à l'extérieur est du khol falsifié. Le vrai khol se compose d'une pierre noire et brillante, facile à piler (sazlt) : cette pierre est laissée dans l'huile chaude pendant quelque temps, puis elle est retirée et pilée, on y ajoute, en poudre, un noyau d'olive et un noyau de datte brûlés, une perle, un corail grillé, du vert-de-gris, du sulfate de cuivre, du bois de santal carbonisé, deux grains de poivre, un peu de gingembre — mélangez le tout.

Les femmes arabes emploient pour l'application du khol une baguette de laurier; les Juives riches un bâtonnet en argent : elles passent cette baguette chargée de poudre sèche entre les cils.

Ce khol mélangé à un peu d'huile est ordonné comme remède interne contre les douleurs intercostales et la dyspepsie.

Autre recette : antimoine, noyaux d'olives et d'amandes brûlés et pulvérisés, bile de hérisson et quelques grains de poivre pilés. C'est la composition du khol en usage au Dar-Maghzen. Les déchets d'antimoine, provenant de la fabrication de ce fard, servent à vernir les poteries.

Aux nouveau-nés, on met un peu de khol pendant les premiers jours pour qu'ils aient de beaux yeux; on s'en sert d'ailleurs couramment pour les enfants; le khol *donne de la lumière aux yeux*.

Pour les pieds et les mains, on emploie le henné : les femmes se teignent en brique la paume des mains et les ongles, les ongles des pieds, la plante et le talon.

Le carmin en poudre délayé dans l'eau est appliqué, à l'aide d'un chiffon, sur la gorge et les joues. Pour avoir un beau teint frais on se frotte les joues avec de l'eau de roses dans laquelle on a mis des amandes d'abricots grillées et pilées ou bien on se savonne à l'eau chaude. Dans le même but, on se lave le visage avec une eau contenant de l'écorce de radis roses broyée, on emploie aussi la tige du « Bou Ghid ».

Le Bou Ghid, coupé en morceaux, enfilé en chapelet pour être séché, puis pulvérisé et délayé dans l'eau, donne une lotion de toilette fort appréciée pour se laver le soir, avant le coucher, afin d'avoir le teint très frais le lendemain.

Pour se noircir la lèvre inférieure les femmes se mettent de l'eau de noyer (souâk).

Le *Harkhouss* est une composition noire pour les sourcils, on s'en sert également pour se faire des points noirs sur le menton et les lèvres.

Parfums. — On ne fabrique que l'eau de roses, l'eau de fleurs d'oranger et le *Touah*; ce dernier est un composé de lavande, clous de girofle, roses, jacinthes et safran macéré dans du vin. Ce produit se vend tout préparé et sert à parfumer la chevelure (Arabes et Juives).

Tatouages. — Ni les Chleuh ni les Berbères ne se tatouent. Les Arabes seuls font grand cas de cet ornement capable de contribuer à la beauté de leurs femmes.

Certaines tribus sont particulièrement réputées pour la finesse et l'art de leurs tatouages; c'est ainsi qu'on dit : « Il n'y a de beaux chevaux qu'en Abda et de fins tatouages qu'en Doukkala. »

Les tatouages adoptés par certains douars — au même titre que la façon de porter les cheveux — en souvenir du fondateur qui invente une marque déterminée, servent de signe distinctif pour faire reconnaître la tribu à laquelle on appartient.

Les tatouages sont parfois employés au Maroc — comme il est d'usage en Arabie — pour préserver de certaines maladies ou les guérir, ou encore pour écarter quelque menace de mauvais sort.

Pour une foulure, on fait, autour du poignet, un tatouage en bracelet serpentin, les courbes dépassant les limites du mal vers la main et vers le bras. On tatoue de même sur les tumeurs, les kystes sébacés. Contre l'hydarthrose, on fait un tatouage sur la partie interne du genou, derrière la rotule.

Un tatouage très répandu est celui employé contre la *Taba* (la poursuivante) qu'on appelle aussi *T'biia*; c'est le génie de la malechance qui poursuit surtout les enfants, contrecarre la richesse, la réussite, le bonheur. — Ce tatouage, constitué par deux angles aigus croisant leurs côtés de façon à former un losange, est surtout porté par les femmes qui ont l'habitude de perdre leurs enfants, quand on suppose que ces malheurs arrivent par maléfice et que c'est la *Taba* qui est coupable (1). Ce tatouage se fait alors sur le tendon d'Achille au-dessus du talon. Le dessin est tracé avec une aiguille qui pique la peau, on introduit dans les piqûres de la poudre à canon et on y met le feu. Cela marque en bleu et c'est indélébile.



Un tatouage provisoire est dessiné sur la cheville ou sur les poignets avec un couteau, on saupoudre de henné : fantaisie élégante chez les femmes arabes et saignée en même temps.

Porte-bonheur et porte-malheur. Présages. Euphémismes. — On doit entendre et prononcer, au lever

(1) Ce tatouage est une manière abrégée de tracer le sceau de Salomon.

du jour, comme premier mot, un nom de bonheur, de bon présage, tel que *Salem* (saint), *Missoud* (fortuné), *M'Barek* (béni), *Fréha* (qui provoque la joie); aussi donne-t-on généralement des noms semblables aux esclaves, parce que ce sont les premiers qu'on appelle en s'éveillant ou qu'on entend appeler. — Le matin, en quittant sa chambre, si on aperçoit quelqu'un avant d'avoir levé les yeux au ciel et si un malheur arrive dans la journée, la personne rencontrée en aura été la cause indirecte, car on l'a vue avant de saluer Dieu. — Il faut éviter comme première rencontre du jour un borgne, il représente le *Chitame*, ou un homme à sourcils froncés ou à sourcils couverts, ils portent le mauvais œil. — La vue d'un lièvre à l'aube, mauvais présage; — d'un chacal, bon présage; — deux serpents enroulés ensemble pour la copulation très bon présage; on doit les recouvrir en jetant sa djellaba par-dessus. — C'est une promesse de bonheur très grand lorsqu'on trouve un objet quelconque dans le ventre d'un poisson : métal, verre, etc.

Un des présages les plus terribles est de se trouver dans la bissectrice de l'angle formé par les jambes d'une femme accroupie pour uriner; c'est le *Khôrb* (angle ouvert), signe de très grand malheur : mort certaine, la tente ou la maison se videra; même si l'on est à une très grande distance, l'effet est le même. — Il y a aussi un angle fermé qui est très mauvais : c'est le sommet de l'angle formé par le morceau de bois qui sert à attacher, au bord du toit de la tente arabe, les cordes de tension transversales. Si cette pointe est dirigée exactement vers un douar, même très éloigné, elle entre dans le cœur du douar qui doit disparaître. Aussi se garde-t-on bien de jamais orienter une tente de façon à ce que cet angle de bois menace un village. Lorsqu'on ne peut faire autrement, on supprime la pièce en question.

MÉDECINE PRATIQUE

L'UROTROPINE

L'urotropine est un médicament qui paraît devoir prendre une certaine importance dans la thérapeutique journalière. Combinaison d'aldéhyde formique et d'ammoniaque, l'urotropine ou hexaméthylènetétramine, $(CH^2)^6Az^4$, se présente sous forme de cristaux, en rhomboèdres brillants, incolores, très solubles dans l'eau, peu dans l'alcool, pas du tout dans l'éther. Nicolaïer, qui a, le premier, employé l'urotropine, lui attribue des propriétés diurétiques, litholytiques et antiseptiques; on a discuté depuis l'action diurétique et l'action litholytique; mais certainement l'urotropine est un antiseptique, elle passe dans le sang et s'élimine par divers organes, soit en nature, soit après avoir été dédoublée et à l'état de formol; or on sait que le formol est antiseptique, et, d'autre part, il a été démontré que l'urotropine, en solution à 1 p. 200, possède une action bactéricide énergique, puisqu'elle peut être placée, comme activité, entre l'acide phénique et le sublimé.

L'urotropine s'éliminant par les urines, on a d'abord utilisé ce médicament dans diverses affections des reins, de la vessie ou de l'urètre; pour les pyélo-néphrites, Desnos et Minet (1) écrivent que l'urotropine enraye la pullulation microbienne de l'urine sans d'ailleurs modifier les lésions; pour ce qui est des cystites, ces mêmes auteurs n'accordent à l'urotropine qu'une action médiocre. Etant donné que les microbes pathogènes passent dans le rein au cours des infections aiguës, il était naturel de donner l'urotropine aux malades atteints de néphrite aiguë; c'est ce qui fut fait, et mieux encore on a conseillé l'urotropine, dans les maladies infectieuses, en particulier dans la scarlatine, à titre prophylactique pour aseptiser l'urine et prévenir ainsi les complications rénales (1). A l'hôpital de l'Institut Pasteur, en 1907-1908, M. Veillon donnait ainsi de l'urotropine à tous les scarlatineux soignés dans son service; nous avons depuis adopté cette pratique, sans noter jamais le moindre incident, et les résultats nous ont paru encourageants.

(1) Desnos et Minet. *Traité des maladies des voies urinaires*, 1909.

Plus récemment, diverses expériences, faites surtout par Crowe, ont démontré que l'urotropine s'éliminait en partie par la bile; aussi Crowe conseille-t-il de donner l'urotropine aux malades atteints de cholécystite aiguë; ce médicament est aussi très utile pour assurer la stérilisation pré-opératoire des vésicules biliaires infectées. Ces faits étaient assez peu connus en France, quand un important article de M. Chauffard (2) a attiré l'attention sur les avantages pouvant être tirés de l'usage de l'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës : angiocholites, complications de la lithiase biliaire. De plus, M. Chauffard a beaucoup élargi la question en préconisant l'urotropine dans la fièvre typhoïde; dès 1899, d'ailleurs, Richardson donnait déjà de l'urotropine à ses typhiques, à la dose de 2 grammes par jour, pour désinfecter les reins et prévenir la bacillurie. M. Chauffard s'appuie aujourd'hui, pour recommander l'urotropine, sur toutes les recherches bactériologiques qui ont profondément modifié la doctrine pathogénique de la dothiénentérie; on sait en effet que la fièvre typhoïde est surtout une septicémie à bacilles d'Eberth, dans laquelle il existe toujours une infection des voies biliaires, infection d'origine sanguine: en donnant de l'urotropine, on attaque ainsi directement le microbe dans une de ses places fortes les plus importantes. Dans certains cas, la rechute de la fièvre typhoïde paraît être une réinfection intestinale d'origine vésiculaire; l'urotropine pourra donc diminuer les risques de rechute. Enfin, les typhiques convalescents sont parfois longtemps dangereux, en ce qui concerne la contagion de leur entourage, lorsqu'ils restent porteurs de germes (3), et puisqu'il est admis que ces germes viennent surtout de la vésicule biliaire, en prescrivant l'urotropine à ces typhiques, on fera par là même, dans une certaine mesure, la prophylaxie de la dothiénentérie.

On est d'autant plus autorisé à faire un large emploi de l'urotropine, que sa toxicité est très faible et que le médicament ne s'accumule pas dans l'organisme. Quelques thérapeutes en donnent jusqu'à 10 grammes par jour; mais cette dose est beaucoup trop forte et pourrait provoquer des accidents de congestion réno-vésicale, se manifestant par la fréquence des mictions, le ténesme, ou par des hématuries. M. Chauffard prescrit, chez l'adulte, une dose quotidienne de 2 ou 3 grammes, par cachets de 0g50; l'urotropine, étant très soluble, peut aussi être employée en solution. M. Gouget (4) conseille de ne pas dépasser 2g50.

Telles sont à l'heure actuelle, les principales applications cliniques de l'urotropine; il est vraisemblable qu'on en décou-

(1) V. à ce sujet Kiroff. *Arch. de méd. des enfants*, 1905, p. 674; — Thompson. *The Edimb. med. journ.*, fév. 1907.

(2) Chauffard. L'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës et de la fièvre typhoïde, *Semaine médicale*, 8 mars 1911.

(3) V. L. Babonneix. Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 23 sept. 1911.

(4) Gouget. Les recherches expérimentales sur l'antisepsie biliaire, *Presse médicale*, 6 mai 1911.

vrira d'autres, puisque, d'après M. Chauffard, « l'urotropine est le plus actif et le plus diffusible des antiseptiques glandulaires internes ».

M. BRELET.

VARIÉTÉS

L'EXPOSITION D'HYGIÈNE INTERNATIONALE DE DRESDE

Par M. Jean PELLOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Un œil ouvert « colossal » sur un ciel bleu foncé semé d'étoiles d'or et soutenu par des piliers verts, telle est l'affiche de l'exposition d'hygiène internationale de Dresde.

Dieu merci! l'exposition n'a rien de la banalité de l'affiche! Elle est même en tous points intéressante, et la ville qui l'abrite, Dresde — cette Florence de l'Elbe — était bien faite pour lui attirer un nombre considérable de visiteurs qu'elle n'a point déçus.

D'une superficie de plus de 300000 mètres carrés, elle occupe la plus grande partie du jardin royal et de là s'étend par une passerelle dans le décor de la belle prairie des jeux réservée normalement aux enfants.

Elle ne devait cependant pas échapper aux défauts de toute exposition particulière et, en réalité, cette exposition « d'hygiène » fut dans quelques pavillons une exposition universelle — tant il est vrai que l'hygiène touche à tout — et prétexte à exhibition des choses les plus disparates.

Ceci dit, le succès fut considérable et pleinement atteint, et parmi les nations qui avaient répondu à l'appel, la France a pu, grâce à des crédits relativement élevés (420000 francs), tenir plus qu'honorablement sa place, avec le mérite rare d'une exposition cantonnée strictement sur le terrain « hygiène ».

Situé à l'extrémité de l'allée principale de l'exposition, d'un style renaissance à la fois très pur et très sobre, entouré de parterres très artistiquement dessinés, le pavillon français est de l'avis de tous construit et aménagé dans le goût le plus parfait; il est avant tout, et c'est justice, un hommage rendu à Pasteur dont l'esprit anime — c'est le catalogue officiel qui parle — l'exposition tout entière; le perron gravi, son buste apparaît entouré de fleurs dès l'entrée du pavillon et en occupant presque le centre. Une vitrine l'entourait; pleine des instruments qui avaient servi au Maître pour ses travaux sur la dyssymétrie moléculaire, les fermentations, la génération spontanée... autoclaves, tubes à essais, microscopes, objets encore recouverts d'inscriptions de sa main, elle excita vivement la curiosité des visiteurs.

De chaque côté, se dressaient les plans-relief des instituts Pasteur de Paris, Lille, Alger.

A droite, la section des stations thermales dont on doit regretter l'exposition rudimentaire si on la compare à celle si bien ménagée pour la réclame des eaux allemandes.

Au mur pendent des plans de jardins ouvriers et des graphiques intéressant l'hygiène des grandes villes; la plupart ont tenu à montrer ainsi les résultats qu'elles ont obtenus; ceux de Lyon en particulier sont le témoignage éclatant des progrès réalisés par une administration bien ordonnée.

L'hygiène urbaine occupe un emplacement particulier; on peut y étudier la purification de l'eau potable par filtration, l'utilisation des eaux d'égout, la désinfection à domicile; dans un coin tout le monde se pressait pour boire de l'eau stérilisée par les rayons ultra-violets.

Puis suivent des plans avec statistiques des succès obtenus par les compagnies houillères, grâce à une hygiène bien comprise, et ceux que beaucoup de départements ont envoyés exposant les résultats de leurs efforts dans leur lutte contre l'alcoolisme.

L'habitation populaire occupe un quart de l'exposition; il est même étonnant que, dans les autres pavillons, cette partie de l'hygiène sociale si importante n'ait pas été mieux représentée.

Viennent enfin un plan-relief du lazaret du Frioul et une exposition rétrospective de la peste avec les instruments en usage à cette époque, des plans-relief de sanatoriums, en particulier celui détaillé de Bligny; quelques planches montrant les statistiques heureuses obtenues contre la mortalité infantile terminent l'exposition française proprement dite.

Une annexe du pavillon français contenait l'exposition particulière de la ville de Paris; l'unique salle, très artistiquement décorée, était consacrée aux travaux d'hygiène urbaine : service de désinfection, d'isolement, d'ambulances... avec les plans des nouvelles constructions de l'Assistance publique, en particulier l'hôpital de la « Nouvelle Pitié ».

Les groupes étrangers possèdent chacun leur note particulière; c'est ainsi que le pavillon du Japon contient une exposition très complète et très soignée de l'hygiène de guerre : postes de secours, hôpitaux de campagne, cuisines roulantes.

La Suisse se distingue par un exposé intéressant de sanatoriums, le Brésil se fait une spécialité de l'hygiène tropicale; on peut y étudier les moyens employés pour combattre la fièvre jaune, la lutte entreprise contre les serpents venimeux, les sérums anti-venimeux, le tout rehaussé de séances bi-quotidiennes de cinématographe.

L'Allemagne possède à l'exposition plusieurs sections : l'une très intéressante est la section historique; on y voit des collections touchant l'hygiène des siècles passés dans le costume, l'habitation, les ustensiles, les sépultures, les théâtres, les égouts, voire même les water-closets.

Sans conteste, l'attraction capitale de l'exposition est le pavillon intitulé « der Mensch : l'Homme »; sans aller jusqu'à dire qu'il est le « clou de la civilisation d'aujourd'hui », il est hors de doute que cette section a obtenu légitimement le plus grand succès, à ce point que certaines villes comme Vienne en ont sollicité le transfert, considérant que, par son ensemble, cette section constitue la plus belle leçon de choses et le meilleur procédé d'enseignement des notions de l'hygiène auprès du peuple.

C'est, en effet, une véritable section populaire; chaque organe y est étudié dans son anatomie, dans ses fonctions, dans ses maladies. Rien n'a été négligé pour tout présenter de la façon la plus adroite et la plus compréhensible pour le profane; des moulages, des photographies, des schémas ingénieux, des tableaux, des mécanismes appropriés et multiples, voire même des projections lumineuses s'efforcent de rendre la démonstration plus accessible, et toujours avec succès; il existait surtout dans la section bactériologie des rangées de microscopes avec des préparations de toute nature préalablement mises au point.

La section de la tuberculose était particulièrement réussie : s'y rattachait le musée ambulant de la tuberculose, où le bacille est étudié de façon à éclairer l'intelligence la moins cultivée; rien n'y manque : voies de pénétration de l'agent infectieux, modes de développement, lésions qu'il provoque, moyens prophylactiques.

Dans la section du cancer sont exposées toutes les tentatives de lutte contre le terrible mal; en particulier, les inoculations d'embryons de poulet et l'action du radium.

Chaque maladie infectieuse possède sa section avec tout ce qui s'y rapporte : étude du microbe, de ses cultures, moyens de prophylaxie, examen pathologique des lésions, tables de mortalité.

Enfin l'hygiène industrielle n'avait pas été oubliée : ventilation des usines, procédés de chauffage, moyens employés pour lutter contre les maladies professionnelles; de nombreux plans-relief d'usines modernes montrent du premier coup d'œil comment peuvent se combiner les exigences du travail et le respect de l'hygiène.

Telle est l'impression que l'on peut recueillir de l'exposition de Dresde. Compte rendu difficile à faire complet, car il y est sévèrement interdit d'y prendre des notes. En somme cette impression générale est très favorable, car cette exposition a atteint pleinement les deux buts qu'elle s'est proposés : d'une part récapituler les progrès accomplis en ces dernières années, d'autre part rendre tangibles les notions élémentaires d'hygiène, les expliquer et par là même les vulgariser.

Quand on songe aux routines qu'il a fallu vaincre, aux habitudes avec lesquelles il a fallu rompre, pour établir les premières notions d'hygiène et forcer l'homme, souvent contre lui-même, à vivre d'une vie tout autre que celle qu'il menait, on est en droit d'être fier du chemin parcouru et le succès obtenu dans ce qui a été fait jusqu'à présent est le plus sûr garant de l'avenir et la promesse de ce qu'il y a à moissonner dans ce qui reste à faire.

JURISPRUDENCE

LES RETRAITES OUVRIÈRES ET LA MÉDECINE

Enfants assistés. Nourrices. Sœurs des hôpitaux.

Depuis l'application de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières que nous avons étudiée dans ses rapports avec la médecine (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 59, p. 912; n° 64, p. 993, et n° 66, p. 1023), un certain nombre d'espèces concernant l'assurance de membres du corps médical ont été interprétées par les ministres compétents. C'est ainsi que le ministre du travail a décidé que les internes et externes des hôpitaux n'étaient pas assujettis à la loi du 5 avril 1910, comme nous l'avions exposé ici même (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 75, p. 1165).

Dans la suite, la question a été posée en ce qui concerne les pupilles de l'Assistance publique, les nourrices et les sœurs des hôpitaux. Les deux premiers cas ont été résolus par une circulaire du ministre de l'intérieur du 19 mai 1911, et le troisième par un jugement du tribunal du Mans du 29 septembre 1911.

La circulaire du ministre de l'intérieur dispose que tous les pupilles de plus de treize ans, placés chez des patrons, doivent bénéficier de la loi. Nul patron ne peut se refuser à supporter cette nouvelle charge en soutenant qu'il n'est pas tenu au delà des limites du contrat de placement. Cette obligation légale nouvelle s'ajoute à ce contrat spécial comme à tous autres contrats de salaire. Pour éviter des difficultés, une clause spéciale à ce sujet sera insérée dans les nouveaux contrats. Par cette clause, le patron s'engagera à effectuer, en outre du paiement du salaire fixé au contrat, les versements qui lui incombent du fait de la loi du 5 avril 1910. Quant aux versements du pupille, ils doivent être prélevés sur la partie du salaire qui, en vertu du contrat, est versée au compte des deniers pupillaires. Cette précision sera également insérée dans les contrats nouveaux ; mais, à la différence de ce qui se passe pour les ouvriers, le prélèvement du pupille sera fait une fois par an. En effet, dans la grande généralité des cas, les contrats de placement sont des contrats annuels, et le salaire prévu pour le pupille est un salaire annuel « payable à la fin ou à la rupture de l'engagement ». Mais l'application de la loi des retraites ne peut faire obstacle à la constitution en faveur du pupille, ainsi qu'il est d'usage de le faire, d'un livret individuel de la caisse nationale des retraites; « le livret individuel donnera aux pupilles, plus encore que le livret de la loi de retraites, l'habitude de la prévoyance individuelle », ajoute le ministre.

On a demandé, d'autre part, si les nourrices et nourriciers étaient appelés au bénéfice de la loi. La même circulaire du 19 mai 1911 répond à la question. La solution est différente selon qu'il s'agit de nourrices sédentaires, salariées, qui rentrent incontestablement dans la catégorie des assurés obligatoires ou des nourrices et nourriciers chez lesquels les enfants sont placés. Le contrat qui lie ces derniers au préfet tuteur n'a à aucun degré le caractère d'un contrat de salaire; le préfet n'est, à aucun titre, leur employeur. Il reste bien entendu que ceux de ces nourriciers qui sont des fermiers, métayers, artisans, petits patrons et répondent aux conditions de l'article 36 de la loi des retraites, ont à ce titre la faculté de s'assurer; mais ils usent de cette faculté en dehors de toute intervention du préfet et sans versement corrélatif du département.

Enfin, la troisième solution, négative, a été adoptée par le tribunal du Mans, en ce qui concerne les sœurs des hôpitaux. A la vérité, le jugement que nous relatons tranche une question d'espèce qui ne peut s'appliquer en principe à d'autres religieuses. Mais comme les religieuses ne reçoivent pas de saaire, ayant fait vœu de pauvreté, les motifs du jugement ont une portée suffisamment générale.

Deux sœurs de la congrégation d'Evron, surveillantes à l'hospice de Ballon (Sarthe), avaient été inscrites d'office comme assujetties obligatoires à la loi des retraites ouvrières, et avaient vu, malgré leurs protestations, le juge de paix de Ballon maintenir leur inscription, attendu qu'une somme de 150 francs était versée annuellement, au nom de chacune d'elles, par l'administration de l'hospice de Ballon.

Les deux religieuses firent appel, faisant observer que cette somme de 150 francs constituait non pas un salaire annuel, mais une indemnité de vestiaire qu'elles ne touchent d'ailleurs pas elles-mêmes, car elle est versée à leur supérieure, sur le simple acquit de celle-ci, et remise ensuite à la congrégation d'Evron. C'est la congrégation, et non les religieuses, qui a passé contrat avec l'hospice; donc les sœurs ne peuvent être considérées comme des salariées. En outre, le contrat passé entre la commission et la congrégation porte que les religieuses seront considérées comme filles de la maison et non comme mercenaires. Ce ne sont donc pas des salariées, et l'on ne pourrait dire d'ailleurs quel est leur patron.

Le tribunal du Mans a approuvé la thèse des religieuses. Son jugement décide que la loi des retraites n'est pas applicable aux sœurs de l'hôpital de Ballon, et que celles-ci ne sauraient être considérées comme des salariées. Il a prononcé en conséquence leur radiation de la liste des assujetties obligatoires.

Il nous a semblé intéressant, pour le corps médical, de signaler les trois solutions nouvelles intervenues relativement à l'application de la loi des retraites.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PHARMACOLOGIE PRATIQUE

L'HAMAMELIS VIRGINICA

Par M. J. Chevalier.

Quoique ses feuilles aient été maintenues comme officinales dans notre nouveau Codex, l'*Hamamelis virginica* ou *virgiana* est une drogue que les médecins semblent actuellement dédaigner, qu'ils ont simplement l'habitude d'ajouter comme synergique aux préparations d'*Hydrastis canadensis* qu'ils formulent; et qui, dans les traités classiques de pharmacologie ou de thérapeutique, est le plus souvent simplement signalée à la suite des modificateurs vasculaires.

Après avoir été accueilli avec un enthousiasme exagéré, ce médicament subit actuellement la réaction fatale, d'autant que les chimistes et les pharmacologues s'en sont désintéressés,

n'y ayant pas trouvé, comme ils s'y attendaient, le ou les principes actifs cristallisés dont la présence aurait pu justifier l'activité pharmacodynamique et thérapeutique de ses préparations.

Cependant, en raison des résultats thérapeutiques fort satisfaisants que l'on peut obtenir avec de bonnes préparations d'hamamelis, convenablement et judicieusement administrées, il semble que l'étude de ses constituants chimiques devrait être reprise systématiquement avec les méthodes nouvelles que nous possédons actuellement, et peut-être, avec des précautions, pourrions-nous extraire de la plante fraîche autre chose que l'*hamamelitannin* isolé par Walter B. Cheney.

La différence énorme d'activité de la drogue fraîche et de celle qui a été conservée en magasin pendant plus ou moins longtemps, l'intensité d'action plus considérable des préparations de feuilles comparativement à celles des préparations d'écorces encore couramment utilisées pour la fabrication des extraits fluides, la récolte recommandée en automne, la modalité particulière de l'action pharmacodynamique de l'eau distillée de ces feuilles constituent pour les pharmacologues un ensemble de faits suffisamment nets pour permettre d'attacher une importance particulière à l'action de l'essence aromatique signalée par Marshall (*Therap. Gazette*, 11, 296) et par Guy (Thèse de Paris, 1884) mais qui n'a jamais été étudiée et expérimentée à part d'une façon satisfaisante.

Peut-être même, cette essence ne préexiste-t-elle pas dans la plante fraîche et prend-elle naissance sous l'influence d'oxydases par suite du dédoublement d'un glucoside ou tannoglucoside se scindant en mettant en liberté l'essence, le corps résineux et le tannin. Bourquelot, Perrot et Goris, Brissemoret, nous-même avons pu constater des phénomènes analogues et une telle hypothèse des plus plausibles permettrait d'interpréter très facilement des différences d'activité souvent constatées et qui doivent provenir de la conservation plus ou moins parfaite de la drogue.

Les expériences de Straub (*Arch. f. Experim. Path. u. Pharm.*, XLII, 1, 1899) sur l'*hamamelitannin* $C^{14}H^{14}O^{9}$, tannin gallique, non glucosidique, d'après Brissemoret (*Bull. des Sc. Pharm.*, XIV, 504, 1907), montrent nettement que ce corps est fort peu toxique, bien toléré et oxydé dans l'organisme et qu'il est impossible de lui attribuer les phénomènes d'anesthésie et de diurèse considérable signalés à maintes reprises, en Amérique, chez les ouvriers qui manient et distillent les écorces et feuilles fraîches de cette drogue pour la préparation des hydrolats alcoolisés qui sont employés dans le pays en quantité considérable.

L'action astringente locale et tonique générale des extraits aqueux ou hydroalcooliques et des préparations qui en dérivent sont vraisemblablement dues à ce tannin; mais on ne doit lui faire jouer qu'un rôle effacé dans la production des effets thérapeutiques qui résultent de son action vasculaire.

L'hamamelis possède une action décongestive, sédative, régularisant la circulation en agissant sur les vaso-moteurs, déterminant de la vaso-constriction et favorisant surtout la circulation en retour.

Ce mécanisme explique son action hémostatique surtout dans les cas de stases sanguines avec vaso-dilatation profonde ou superficielle.

Comme l'avait fort bien dit Campardon, l'hamamelis tend à rétablir l'équilibre détruit entre la circulation artérielle et la circulation veineuse.

Ses effets thérapeutiques sont surtout remarquables objectivement dans le traitement des hémorroïdes enflammées. Le malade présente dans ce cas un bourrelet hémorroïdal turgescent, très fort, luisant, violet, il ne flue pas encore, mais toutes les parties circonvoisines sont tendues et la douleur est vive. Sous l'influence de l'administration à ce malade d'une bonne préparation d'hamamelis on voit souvent dès la fin du deuxième jour les phénomènes morbides s'améliorer. Le premier effet du médicament consiste dans une diminution notable de la douleur, une sédation profonde, toujours signalée par le malade, et qui provient de la diminution de la tension des tissus; la stase sanguine, la turgescence diminuent peu à peu, et avec elles disparaît la coloration violet foncé; les tissus se rident, s'affaissent et au bout de 5 à 6 jours les hémorroïdes rentrent.

Dujardin-Beaumetz a, l'un des premiers en France, signalé ces résultats thérapeutiques (*Les Nouvelles Médications*, Paris, 1886, p. 53); mais il insiste sur la nécessité d'administrer à dose un peu élevée ces préparations si l'on veut obtenir un résultat, il prescrivait l'extrait fluide à la dose d'une cuillerée à café 5 fois par jour.

On a reproché à l'hamamelis de n'agir sur les varices que d'une façon tout à fait inconstante et, devant des insuccès thérapeutiques, on a nié l'efficacité de son action. Dans le cas de varices enflammées, avec tension considérable, on peut faire disparaître rapidement les phénomènes morbides par l'usage de l'hamamelis, mais dans bien des cas, les veines distendues outre mesure ont perdu leur élasticité et ne peuvent revenir complètement sur elles-mêmes, mais alors, aucun médicament ne pourra régénérer leurs tuniques et il ne faut pas demander à l'hamamelis plus qu'il ne peut donner.

De même ce médicament pourra être utilement administré dans certains cas de congestions utérines, chroniques, de congestions ovariques, dans des métrorragies et même dans quelques inflammations chroniques du pharynx et du larynx, avec état variqueux des veines de la muqueuse de ces régions. Dans tous ces cas, il sera susceptible de faire tomber l'éréthisme des parties enflammées et de faire cesser les stases sanguines, rendant ainsi aux vaisseaux dilatés leur calibre normal et leur fonctionnement régulier; mais pour obtenir cette action il faut employer des préparations riches en essence et en matière résineuse, administrées par doses fractionnées et en quantité suffisante. Les insuccès thérapeutiques doivent être imputés, le plus souvent, à la méconnaissance d'une de ces conditions et non à l'activité propre d'une drogue qui, déjà vantée dans le dictionnaire de Merat et Delens, a été successivement regardée comme un médicament remarquable par Dujardin-Beaumetz, Alb. Robin, Pouchet, Gilbert, Vaquez, Huchard, Debove, pour ne citer que ceux qui l'ont recommandé dans ces dernières années, ou comme un remède de bonne femme par quelques praticiens qui n'ont pas su l'employer.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Liste des candidats inscrits.* — 1. MM. Ach, Achard, Adler, Alajouanine, Alary, Mlle Albessard, MM. Alexandre, Alibert, Allot, Andral, André, Anglès-Dauriac, Angot, Antoine, Antony, Arbassier, Mlles Armand, Athanassiu, MM. Aubin, Auclair,

21. Audain, Audebert, Aujay de la Dure, Autier, Auvigne, Avezou, Baille, Balteau, Barat, Barbary, Barbier, Bardet (Daniel), Bardet (Georges), Bardon (Clément), Bardon (Jean), Barois, Barraud, Bartement, Barthélemy, Baude,

41. Baudet, Baudin, Baudouin, Beaud, Bechmann, Beck, Bel, Belloir, Beloux, Benit, Benoist, Bertaux, Berthelot, Berthod, Berthomieu-Lamer, Bertin-Mourot, Bertrand, Besnard (Charles), Besnard (Jean), Mlle Besson (Hélène),

61. Mlle Besson (Marianne), MM. Bigot, Binet, Bisson, Mlle Blanchier, MM. Blindmann, Bloch, Blum, Boirac, Boissier, Boncompain, Bonnard, Bonnet, Bordet, Borel (Adrien), Borel (P.), Boucher, Boucheron, Bouchet, Mlle Bouderlique,

81. MM. Boulanger, Bourdeaux, Bourdier, Bourgeois (Francis), Bourgeois (Maurice), Boussi, Bouthillier, Bouttier, Boyau, Boyer, Brabander, Brachat, Braine, Mlle Bredel, MM. Breger, Bretégnier, Bricaire, Brizard, Brouet, Broussin (André),

101. Broussin (Pierre), Brun, Bruneau, Brunot, Mlle Bruyère, MM. Buquet, Busson, Butin, Butler d'Ormond (de), Mlle Caesar, MM. Calderon, Callot, Cambessédès, Caron, Carpanetti, Carrière, Cassan, Castex, Cathala, Caux,

121. Cavaillès, Cavaillon, Ceillier, Cerné, Chaisemartin, Chalut, Champs de Saint-Léger (de), Chanut, Chapelain, Chaperon, Charbonnier, Charlet-Reyjal, Charrier, Chasseray, Chatellier, Chatenoud, Mlle Chauvet, MM. Chavasse, Chenet, Chevalley,

141. Chicandard, Chichmanian, Clap, Claude, Claverie, Cleisz, Clémenceau, Cléret, Coader, Cochez, Codet, Cojan, Collet, Collette, Colleville, Collin, Constantin, Cornet (André), Cornet (Pierre), Cornil,

161. Mlle Cosmovici, MM. Costantini, Coty, Coudray, Courtois, Cousin, Crétin, Dagnan-Bouveret, Dantrelle, Dardanne, Daudet, Dauphin, Dauptain, David, Dax, Debray, Decléty, Dedet, Deffaux, Deffins,

181. Deguignand, Mlle Delage, MM. Delamarre, Delavierre, Delestre, Dellac, Delotte, Mlle Denis, MM. Deron, Desaux, Destremont, Devaux, Deville, Dietz, Dognon, Dohen, Mlle Dons-Kaufmann, MM. Doulcet, Dragatzis, Drouet,

201. Dubois, Duclos, Dufilhol, Dugué, Dujarric de la Rivière, Dumet, Duneau, Dupêchez, Duponchel, Dupuy, Durand (Albert), Durand (Jacques), Durand (René), Durœux, Duroselle, Duter, Duval, Duvelleroy, Ecot (F.), Ecot (P.),

221. Eissen, Eltrich, Errard, Escallier, Eschalier, Escudié, Eudel, Evrard, Falliès, Farah, Farhat, Faveret, Favory, Feldstein, Ferrand, Fey, Figowski, Fischer, Fitte, Flandrin,

241. Forestier, Fouquet, Fournier (Jacques), Fournier (Joseph), Frédault, Frette, Fris-Larrouy, Fritz, Fumet, Funck, Furet, Galland, Gallas, Gallerand, Gallois, Galop, Gambier, Garcin, Gardères, Gardin,

261. Garnier, Gasiglia, Gastaud, Gauchon, Gaujard, Gaume, Gaumet, Gauthier, Gaymard, Gehard, Gerber, Gheorghiu, Gibert, Mlle Giboulot, MM. Gillard, Gilson, Gineste, Giraud, Giroux, Goret,

281. Goudet, Gouriou, Goy, Grandjean, Gras, Gresset, Greyfié de Bellecombe, Grimbert, Guelfucci, Guennou, Guilhamon, Guillard, Guillaume, Guillemet (M.), Guillemet (P.), Guillouet, Guinet, Guiollot, Haguenau, Mlle Halperson,

301. MM. Hamonic, Hanriot, Hartemann, Hartglass, Hemmerdinger, Herdner, Hérisson-Laparre, Hertz, Hissard, Mlle Hochberg, MM. Houlbert, Houssiaux, Mme Hovelacque, MM. Huc (Edouard), Huc (Georges), Hudelo, Hufnagel, Huguet, Humbert, Hutinel,

321. Ignard, Imbert (Georges), Imbert (Jean), Imbert (Maurice), Jacob, Jacquemin, Jamin, Janet, Jolivot, Jourdan-Corneille, Jousseaume, Kahn (Georges), Kahn (Henry), Kermorgant, Krebs, Kudelski, Küss, Laburthe-Tolra, Lacau Saint-Guily, Lacaze,

341. Laffineur, Laget, Laloux, Lamare, Lambert, Mlles Landesmann, Lang, MM. Langle, Lannes, Lanos, Lantier, Lantuéjoul, Larroque, Larrousse, Lascaux, Lascombe, Latour, Lautier, Lavalée, Lavat,

361. Lavedan, Le Basser, Lebée, Lebossé, Lebrun, Lecerf, Léchelle, Mlles Lecoq, Le Conte, MM. Ledoux, Lefèvre (Gaston), Lefèvre (Louis), Lefort (Alix), Lefort (Robert), Lefranc, Le Gac, Léger, Legras, Le Hello, Lehmann,

381. Lelong, Lemoine, Lempérière, Léobardy (de), Lépine, Lepoittevin, Leray, Le Rochais, Leroux, Leroy (Maxime), Leroy (René), Lesage, Mlle Leven, MM. Levent, Lévi-Alvarès, Lévi-Franckel, Lévy, Liacre, Liberge, Libert,

401. Lipschitz, Logeais, Loiseau, Longevialle, Lorain, Loré, Lory, Loubrieu, Loyauté, Lucas-Championnière, Luquet, Magniel, Malet (Louis), Maleyx, Malgat, Malherbe, Mallet (Lucien), Malleterre, Mandras, Manne,

421. Marais, Marcassus, Marchak, Marcorelles, Maréchal, Marie, Marié, Marmier, Marqueste, Martin de Laulerie, Marx, Masmonteil, Massart, Masselot, Mathelin, Mathieu, Maufrais, Maurel, Mazzoléni, Mégret,

441. Mélik-Parsadaniantz, Mercier (Jacques), Mercier (Fernand), Mérigot de Treigny, Mersey, Meugé, Meurisse, Meyer, Michalowski, Michaux, Michel, Mickanievski, Millet, Minvielle, Mitton, Moing, Mlle Moiroud, M. Mollet, Mlle Monbiot, MM. Monestier,

461. Monnier, Monnot (Paul), Monod (André), Monod (Lorenz), Monpin, Monprofit, Mora, Mordret, Moreau, Moricand, Moriez, Morigny, Morin (Alexandre), Morin (Pierre), Morisson-Lacombe, Morlot, Mlle Moulard, MM. Moulonguet, Mouquin, Moutier,

481. Mozer, Mugel, Muller, Murga, Nabias (de), Neau, Netter (Fernand), Netter (René), Nidergang, Noël, Nora, Oberlin, Ohanianz, Ohier, Olivieri, Ollier, Orphanidès, Oulié, Panciulesco, Papillon,

501. Paraf, Parat, Parcheminey, Parent, Parin, Parlitch, Parturier, Pataud-Devalloncienne, Patrikios, Pautet, Pauvert, Peignaux, Peltier, Mlle Peltier, Peña, Penet, Penot, Penoyée, Pépin, Percepied,

521. Périn, Pernet, Peroni, Perrier, Mme Pertat, MM. Petit (Antoine), Petit (Charles), Petit (Louis), Philardeau, Philip, Phocas, Photiadis, Picard (René), Picard (Pierre), Pichon, Piémont, Pierquin, Pierrot, Pigney, Pilatte,

541. Pimpaneau, Pinard, Pinault (André), Pineau (Alfred), Plaisant, Plichet, Poissonnier, Poisvert, Pollet, Polonovski, Polony, Mlle Pommay, MM. Popoff, Portret, Pottecher, Pouey, Mlle Pouzin, MM. Powilewicz, Proust, Prunier,

561. Pruvost, Psaume, Quercy, Quesnel, Queyroi, Quiquandon, Rabeau, Rabreau, Rabut, Radenac, Raison, Ramadier (Fernand), Ramadier (Henri), Ramijean, Réau, Réchad, Réglade, Regnauld de la Soudière, Reilly, Remilly,

581. Renard, Renardier, Renaud (Jean), Renault (André), Resmond, Reynaud, Riberolles, Ribo, Richard (André), Richard (Georges), Richon, Richoux, Riffaud, Rivet, Robert, Robin, Robinson, Romain, Mlle Romme, MM. Rongier,

601. Rosset, Roubeau, Rouché, Rouffiac, Rouffignac, Rougeulle, Rougier, Rousse, Rousseau, Roussillon, Roustan, Ruelle, Saint-Yves Ménard, Salès, Salles, Mlle Samet, MM. Sanjurjo, Sartre, Sasportès, Savidan,

621. Saxe, Mlle Schapiro, MM. Scheikevitch, Schlemmer, Schmutz, Schoofs, Schoux, Schulmann, Sébald, Sébillotte, Sécheret, Sénèque, Mlle Sériot, MM. Sibot, Silvestre, Simard, Mlle Simon, MM. Socquet, Solente, Sorel,

641. Stravropoulo, Steibel, Stiassnie, Stréhaïano, Tarrius, Tartois, Teisset, Texier, Thibierge, Thibon de Courtry, Thierry (Henry), Thierry (Jacques), Mlle Thivolet, MM. Tiphine, Tisné, Touchard, Touflet, Toupance, Toupet, Tourneix,

661. Toutey, Mlle Trélat, MM. Tribout, Trifaud, Trousset, Truffert, Turnesco, Ulmann, Mlle Urion, MM. Valiadis, Vallerant, Vallery-Radot, Vayssières, Vazeux, Verdenal, Vérut, Vesselle, Viala, Vicente, Vidal,

681. Vignal, Vignot, Viguerie, Vinay, Vincent, Vincentelli, Vinçotte, Vinit, Vives, Vivier, Wallon (Albert), Wallon (Emile), Walther, Weill, Weiss, Wiart, Wilmoth, Woillez, Wroczinski, Wurtz,

701. Xoudis, Younès, Yoyotte, Ziélinski, Zivy.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourcy, Lion, Wurtz, de Massary, Le Gendre, Veau, Brindeau Tuffier, Potherat (qui acceptent) et Grégoire (qui n'a pas fait connaître son acceptation).

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 9 octobre 1911. — Question donnée : « Surfaces articulaires et ligament de particulation du genou. »

MM. Labarraque, 11; Lebègue, 12 1/2; Moreau et Kouteschveller, 14; Jacob (Ernest), 7; Luca, 11 1/2; Mordagne et Maliniack, 11; Ill, 15; Hyvernaud, 13; Lange, 9; Lavier, 5; Lamarche et Majnoni d'Intignano, 12; Lapidus, 12 1/2; Moore, 17; Malon, 10; Mlles Labeaume, 18; Lebouëdec, 12.

Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Artère sous-clavière. »

MM. Montlaur, 7; Isch-Wall, 12; Lautmann, 13 1/2; Lafond, 5; Jouisse, 8; Maupoix, 15 1/2; Journeault, 3; Joffroy, 11 1/2; Mineur, 14; Lauret, 14 1/2; Jorand, 12; Jeanjean, 15; Kleinmann, 17; Lermoyez, 19; Iscovesco, 10.

Pathologie. — Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la cirrhose de Laënnec. »

Mlles Guerchoune et Gaïtz, 9; MM. Foubert, 14 1/2; Gardès, 11; Ganachaud, 12; Granet, 15; Gourdin, 14 1/2; Girardin, 7; Gand, 13; de Galard, 14; Gruas et Gally, 10; Proust, 13; Rivalier, 10.

Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Causes et traitement de la rétention d'urine. »

MM. Renard (Léon), 11; Roullé, 11 1/2; Morice (André), 12; Ravina, 15; Oddo, 16; Payen, 13; Roullaud, 12; Mme Schechter, 11; MM. Roullet, 6; Piédelièvre, 15; Raout, 12; Perrin, 13; Parisot, 5; Pinalie, 12; Schwarzfeld, 10 1/2; Périer, 16; Pradignac, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Question donnée à l'écrit : « Corps thyroïde, anatomie et physiologie ». « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le 6 novembre 1911, à la Faculté de médecine, un concours aura lieu pour une place de prosecteur.

Deux sortes d'épreuves auront lieu : épreuves d'admissibilité comprenant une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie, une épreuve de médecine opératoire et les épreuves définitives.

Les candidats devront s'inscrire, au secrétariat de la Faculté de médecine, une dizaine de jours au moins avant la date du concours.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le poste de médecin de la prison de la Santé se trouvant actuellement vacant par suite du décès du docteur Griffon, médecin des hôpitaux, le garde des sceaux a décidé que la nomination du prochain titulaire se ferait par la voie du concours. Les candidats pourront, à partir du 15 octobre, se faire inscrire au bureau du personnel, à la direction de l'administration pénitentiaire et y prendre connaissance des conditions du concours.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée au docteur Maire (de Saffi).

La médaille de bronze est décernée à M. Perrin, interne en chirurgie à l'hôpital de Saint-Denis.

MÉDECINS D'ASSISTANCE EN INDO-CHINE. — Un décret abaisse de trente-cinq à trente ans la limite d'âge imposée aux médecins qui désirent poser leur candidature à l'emploi de médecin stagiaire dans les services d'assistance d'Indo-Chine. Cette modification a pour objet d'abaisser par contre-coup l'âge où les médecins de l'Assistance publique indo-chinoise sont admis à bénéficier de la retraite. P.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1660.)*

RENSEIGNEMENTS

XXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 2-7 octobre 1911).

PREMIÈRE QUESTION

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Cette question, qui venait comme une merveilleuse illustration du discours du professeur Segond sur « la collaboration médico-chirurgicale » (1), a fait l'objet de deux rapports : *Le diagnostic de l'appendicite chronique*, par M. Silhol (de Marseille); *Le traitement de l'appendicite chronique*, par M. Walther (de Paris).

M. Silhol, cherchant à délimiter son sujet, est tout d'abord amené à avouer l'impossibilité de séparer l'appendicite chronique d'emblée et celle qui survit à des poussées plus ou moins aiguës. Cette impossibilité provient de la non concordance des lésions anatomiques avec l'évolution clinique et inversement. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a une appendicite chronique en dehors des accidents cliniques aigus, une appendicite chronique d'emblée, et même, mais un bien petit nombre de cas authentiques, une appendicite latente, qui existe sans manifestation symptomatique.

L'appendicite chronique a-t-elle une individualité anatomo-pathologique? Y a-t-il des lésions dont la constatation, au cours de l'opération, permettrait de la reconnaître à coup sûr?

Les dispositions anormales de l'appendice, longueur excessive, enroulement, coudures, disposition du méso, adhérences péritonéales, ganglions du méso, ne sont que la traduction de la lésion appendiculaire. Elles ont cependant leur importance : les adhérences péritonéales sont l'apanage des formes douloureuses, les ganglions enflammés présentent un contenu très septique (Jalaguier), il convient d'éviter de les inciser au cours de l'intervention, l'ablation de l'appendice suffit souvent à amener leur disparition.

Mais la constatation de l'état anatomique de l'appendice ne peut être faite que par la coupe de l'organe enlevé, c'est-à-dire après l'opération.

L'appendice enflammé chroniquement présente, chez l'enfant surtout, des lésions de folliculite, en particulier de folliculite hémorragique; chez l'adulte, de la sclérose partielle, par bandes, ou totales. Ce sont les lésions de la forme chronique d'emblée, auxquelles peuvent s'ajouter des ulcérations, des abcès de la paroi dans l'appendicite chronique succédant à une poussée aiguë (Jalaguier). Des ulcérations de la paroi peuvent résulter des hernies de la muqueuse constituant les diverticules du méso utiles à connaître, car s'ils sont sectionnés au cours de l'opération et abandonnés dans le moignon, ils peuvent devenir l'origine d'infection post-opératoire.

Les lésions de folliculite et sclérose de l'appendicite chronique d'emblée n'offrent, il faut le dire, aucune importance diagnostique. Cornil, Letulle, examinant les appendices dits normaux enlevés au cours de laparotomies pour d'autres lésions, les ont retrouvées de façon presque constante. Et Mac Carty avance que, au-dessus de dix ans, aucun appendice ne possède plus son intégrité. Force est donc d'admettre que l'individualité anatomo-pathologique de l'appendicite chronique n'existe pas, et qu'il n'y a d'autre criterium ici que la clinique : sont malades les appendices qui donnent naissance à des symptômes morbides.

Mais les lésions appendiculaires ne sont pas tout dans l'appendicite chronique, et ce serait compromettre singulièrement le résultat opératoire que de négliger l'examen du cæcum et de l'épiploon. On connaît les travaux récents qu'ont suscités la mobilité et la dilatation du cæcum. Les rapports du cæcum mobile avec l'appendicite ne sont pas encore nettement établis; mais, jusqu'à nouvel ordre, quand on le rencontrera, ne sera-t-il pas prudent de le fixer? Les adhérences péritonéales de pérityphlite et de péricolite sont l'apanage de l'appendicite chronique succédant à des poussées aiguës; Jalaguier montre le bénéfice qu'il y a à enlever celles qui sont lisses, transparentes, vasculaires, et qui n'ont pas tendance à la résorption spontanée.

C'est Walther qui a montré l'importance des adhérences épiploïques dans l'appendicite chronique d'emblée, où leur présence joue un rôle capital dans le bénéfice retiré de l'opération (1).

M. Silhol aborde ensuite la partie clinique de son étude, partie essentielle pour le diagnostic, puisque la seule individualité de l'appendicite chronique réside dans ses symptômes. « L'appendicite chronique, a dit Walther, est caractérisée par des troubles digestifs, par des troubles généraux : amaigrissement, perte des forces, paresse intellectuelle, teint terreux, souvent augmentation de volume du foie, avec légère teinte subictérique, état saburral de la langue résistant à tous les régimes, souvent des troubles cardio-vasculaires; chez les enfants arrêt de croissance, en somme troubles résultant d'une infection chronique.

A cela se joint la douleur, variable d'intensité, de caractère ou de siège. L'appendicite chronique a donc des signes cliniques qui permettent de la reconnaître; dans la plupart des cas et en présence de ces signes, nous devons porter le diagnostic d'appendicite chronique. »

On voit que dans l'esquisse clinique qui précède, la douleur tient une place autrement modeste que dans l'appendicite aiguë. L'appendice lui-même peut n'être pas douloureux et l'attention être attirée par la sensibilité des ganglions, de l'épiploon, du sympathique abdominal. La douleur spontanée surtout chez les enfants se produit dans la région ombilicale. A la palpation c'est encore au point de Mac Burney ou dans un lieu voisin (points de Morriz, de Lanz) que le maximum de la douleur est provoqué — phénomène toujours inexpliqué puisque l'appendice peut être situé en un point tout autre.

D'ailleurs pour une main très experte, il est souvent possible de percevoir l'appendice chroniquement enflammé, quoique cette affirmation ait suscité bien des sourires sceptiques. On peut distinguer du rebord du grand droit, des cordons formés par des masses épiploïques, le cordon appendiculaire. Ecoutons ce que dit le rapporteur. L'appendice n'est généralement pas vertical, il est oblique en dedans et en bas ou bien transversal. Une fois que Jalaguier l'a sous les doigts, il le fait rouler, rouler tout doucement et alors il le sent durcir, devenir un véritable cordon, et si on pratique le même palper, le ventre ouvert, on retrouve le même cordon sous les doigts.

La radiographie peut encore parfois venir à notre secours pour nous donner des renseignements sur le siège de l'appendice. La palpation sous la radioscopie nous éclaircira la mobilité du cæcum.

Mais ce sont les troubles digestifs et les symptômes généraux qui tiennent la place prépondérante de la symptomatologie. Encore n'ont-ils rien de caractéristique puisque ce ne sont que des symptômes indirects. C'est cependant avec ces maigres ressources symptomatologiques que tous les jours le diagnostic d'appendicite chronique est posé.

C'est qu'ici, comme l'a dit M. Jalaguier, le sens clinique intervient; aucun symptôme en lui-même n'est caractéristique, mais de la confrontation des divers signes, de l'ensemble

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 113, p. 1615.

(1) On pouvait se rendre compte de l'étendue de ces lésions épiploïques dans la belle collection de pièces d'appendicite chronique exposée au congrès par M. Walther.

général du malade, de ces symptômes dyspeptiques et généraux qui ne cèdent à aucun traitement médical, se dégage l'opinion de l'observateur.

C'est chez l'enfant qui n'a jamais eu de crise aiguë que l'affection se présente sous sa forme la plus typique :

C'est un enfant petit pour son âge, maigre, de mauvaise mine, le teint bistré, terreux, sans entrain, il s'isole des autres.

Il mange peu, sans appétit, et s'il se force vomit facilement, son haleine est souvent fétide. C'est d'ordinaire un constipé. Parfois l'état nauséeux se prolonge et sa température s'élève de quelques dixièmes.

Il souffre peu; parfois une colique au milieu du ventre interrompt ses jeux, son repas. Et malgré tous les régimes, tous les remèdes, son état ne s'améliore pas. C'est alors que si l'on palpe la fosse iliaque droite, une grimace passagère, une flexion de la cuisse droite, trahissent un point douloureux à ce niveau.

Mais à côté de cette forme typique, combien de variétés multiples : la forme douloureuse où l'élément douleur existe seul (appendicalgie de Guinard); la forme à intoxication pure ; la forme gastrique avec hyperchlorhydrie ; la dyspepsie appendiculaire (1) des auteurs anglais et américains simulant (d'aucuns disent pouvant occasionner) l'ulcère stomacal et duodénal, les vomissements acétonémiques de l'enfant à forme cyclique, périodique ou à forme incoercible; les formes intestinales, avec, en tête, l'association si fréquente de l'appendicite et de l'entéro-colite, l'une accusant l'autre d'avoir commencé, puis la constipation rebelle pouvant aller jusqu'à l'obstruction intestinale; les formes hépatiques comprenant les gros foies d'intoxication appendiculaire chronique, les appendicites sous-hépatiques simulant les coliques hépatiques, puis l'alternance ou la coexistence des coliques hépatiques et des douleurs appendiculaires, la cholémie familiale qui ne serait qu'une branche collatérale de l'appendicite chronique; les formes urinaires occasionnant de la rétention d'urine, simulant des calculs de l'urètre; le rein mobile; les formes pulmonaires (2) étudiées par M. Faisans pouvant simuler la tuberculose pulmonaire; la forme ovarienne ou pelvienne pouvant faire prendre les lésions de l'appendice pour celles des annexes droites, aux infortunes desquelles d'ailleurs il s'associe si souvent; enfin les formes nerveuses avec la forme neurasthénique comme chef de file. Et le problème sera incomplètement résolu si avant d'opérer nous n'avons pas cherché à reconnaître la présence de l'épiploïte qui donne une douleur ombilicale suivant de près le repas, un tiraillement quand on cambre la taille, les adhérences péritonéales, causes de douleurs à la marche, à la défécation, puis les dimensions et la mobilité du cæcum, autant de points que l'on n'oubliera pas de fixer pendant l'opération si on n'a pu le faire auparavant. Mais l'opération n'est pas tout dans le traitement de l'appendicite chronique, et M. Walther, dès le début de son rapport, nous rappelle que ses indications sont tirées des échecs du traitement médical. C'est donc par celui-ci que nous devons toujours commencer, d'autant qu'il est un temps préparatoire de l'intervention.

Le repos est la première indication, et surtout la suppression de tous les exercices violents ou particulièrement désagréables à l'intestin (équitation, chemins de fer, etc.); ensuite, on évitera les refroidissements, puis on se soumettra à un régime, le régime des entéritiques, aussi connu aujourd'hui des « gens du monde » que des médecins. Dans les cas graves, une cure de kéfir pourra donner un excellent résultat. De toute manière, l'emploi des ferments lactiques et bouillons (bifidus et paralactique) sera bien supérieur à l'emploi des antiseptiques intestinaux, difficiles à manier. La même prudence sera de mise avec les laxatifs et les purgatifs, arme à double tranchant, car s'il est utile de combattre la constipation, il faut éviter d'occasionner une poussée aiguë. Même réserve pour les cures thermales (Vichy, Plombières, Châtel-Guyon). On se méfiera encore plus du massage abdominal, et ne prescrira la gymnastique, ou l'électrisation, que dans des cas déterminés. Il en est de même des anti-helmintiques qui ne trouveront leur emploi — il faut le dire puisqu'on les a prescrit autrement — que s'il existe des vers dans l'intestin.

C'est seulement lorsque le traitement médical loyalement appliqué aura échoué que l'on se décidera à intervenir. Certaines circonstances ne peuvent que confirmer cette détermination : appendicite à rechutes, crise aiguë violente suivie d'accidents chroniques persistants. Après une seule crise grave, M. Walther conseille de toujours opérer; si la crise a été légère et le retour à l'état de santé complet, les indications de l'opération s'appuient sur diverses considérations : chez le vieillard on s'abstiendra, alors que chez l'enfant, à qui les exercices violents sont nécessaires, on interviendra; chez l'adulte de condition sédentaire on pourra temporiser, tandis que dans les professions où aucun ménagement n'est possible (voyageurs, militaires, etc.), la prudence conseille l'opération; la grossesse sera de même une raison de plus d'intervenir, et le moment le plus favorable sera le troisième ou quatrième mois. Enfin, l'indication varie selon la forme clinique observée : on opérera sans hésiter dans la forme chronique typique associant la douleur aux phénomènes généraux, dans la forme à infection générale seule, dans les formes gastriques avec localisation appendiculaire certaine, dans les vomissements acétonémiques, dans les cas de reins mobiles faciles à maintenir avec une ceinture et où le port de la ceinture est rendu impossible par l'appendicite, chez les tuberculeux pulmonaires qui ont toujours besoin d'un intestin complaisant, de même que dans les cas qui simulent la tuberculose pulmonaire.

Dans d'autres formes où l'appendicite s'associe à d'autres lésions on sera amené à intervenir à la fois pour les deux affections dans une seule intervention : dans toutes les interventions pour lithiase vésiculaire, cholécystite chronique, on prolongera l'incision pour enlever l'appendice; dans les cas de reins mobiles très douloureux, après exploration et au besoin si on craint un calcul, taille du rein, et néphropexie, on ira chercher l'appendice en incisant le péritoine en dehors du côlon ascendant; même ablation systématique dans les opérations sur les annexes, et enfin dans bien des gastro-entérostomies pour ulcère stomacal, si le doute existe sur l'état de l'appendice, il sera prudent, par une deuxième incision, d'aller l'extirper.

Au contraire, dans d'autres formes la plus grande circonspection est nécessaire pour poser l'indication opératoire, et l'on devra longtemps observer, retourner le malade en tous sens avant d'offrir son flanc droit au bistouri. Ce sont les formes avec colite chronique, avec ptoses du côlon, cæcum mobile, dilatation du cæcum, et enfin surtout les formes purement douloureuses; l'absence de symptômes généraux dans l'appendicite chronique doit éveiller la plus grande méfiance pour le diagnostic. L'acte opératoire, pour être véritablement efficace, devra être complet, nous l'avons déjà vu, et M. Walther insiste sur la nécessité, une fois l'appendice enlevé, de passer une revue complète des organes susceptibles d'être atteints. L'épiploon s'il est malade sera enlevé, on libérera le cæcum et les côlons des adhérences qui peuvent les couder, les brider, on fixera le cæcum s'il est mobile, on le plicaturera s'il est dilaté, mais on ne refermera qu'après avoir « fait la toilette du côlon ».

C'est à ce prix qu'on obtiendra des succès thérapeutiques complets.

Le traitement post-opératoire n'est pas moins important. Pas de lever précoce excessif, M. Walther conseille un sé-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 100, p. 1386, et n° 101, p. 1398.

(2) Voir Appendicite et tuberculose pulmonaire, par Lance, *Gaz. des hôpit.*, n° 36, p. 538.

jour au lit de huit à dix jours. L'alimentation ne sera reprise que très prudemment, et dans les formes compliquées de colite le régime sévère devra être continué pendant des mois.

L'évacuation intestinale sera tentée dès le premier ou deuxième jour avec des suppositoires et la sonde rectale, on attendra le quatrième jour pour donner un purgatif. On peut voir survenir après l'opération des phénomènes de distension douloureuse de l'intestin, constipation opiniâtre, arrêt des gaz, parfois des vomissements, état général mauvais. Il s'agit ici non d'occlusion mais d'infection intestinale aiguë; avec un repos complet de l'intestin, la suppression de toute alimentation, on voit les accidents disparaître d'eux-mêmes en deux ou trois jours.

L'opération pour appendicite chronique est bénigne et sa mortalité serait nulle si on n'avait à redouter une complication assez fréquente, la phlébite. Tantôt il s'agit de phlébite légère et bénigne des troncs superficiels du membre inférieur gauche, tantôt, et plus souvent, on a affaire à des phlébites profondes latentes qui ne se traduisent que par leur redoutable complication, l'embolie. La grosse embolie mortelle est heureusement rare, plus souvent on observe de petites embolies pulmonaires se traduisant par de la congestion pleuro-pulmonaire, de la broncho-pneumonie, de la pleurésie avec ou sans crachats hémoptoïques. Sur une statistique de 1.453 cas personnels M. Walther a observé 10 décès dont 8 par embolie, 2 fois précoce, 6 fois tardive et avec complications pulmonaires.

Pour apprécier justement les résultats thérapeutiques fournis par l'appendicectomie, il convient de faire un crédit de quelques mois ; le résultat immédiat est rarement parfait après l'opération d'appendicite chronique, car le plus souvent l'intestin est en mauvais état et c'est seulement après six à huit mois d'un régime sévère qu'on verra la guérison se dessiner. Par contre les phénomènes généraux d'intoxication ont disparu immédiatement, de même que les troubles réflexes (troubles stomacaux, toux, etc.).

Au total l'ablation de l'appendice met d'abord à l'abri de poussées aiguës, fait disparaître les troubles réflexes, et les troubles de la santé générale. Mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner, et les lésions intestinales concomitantes demanderont encore pour s'améliorer un traitement médical sévère et prolongé.

Discussion.

Quarante-cinq orateurs s'étaient fait inscrire pour cette importante discussion, et vingt-cinq ont pris la parole; les deux premiers d'entre eux, MM. Laplace (de Philadelphie) et Lanz (d'Amsterdam) étaient invités par le Congrès. — M. LAPLACE envisage surtout la technique opératoire et expose en détail sa façon de procéder. Il insiste sur la nécessité d'une péritonisation soignée, de la destruction des adhérences, de l'ablation de l'épiploon enflammé. Il discute ensuite la question du drainage, mais cette question offre surtout de l'intérêt dans les cas aigus. — M. LANZ, le père d'un des points douloureux appendiculaires, montre que les torsions et coudures de l'appendice peuvent résulter de la distension du cæcum, l'expérimentation le montre. Il met en garde contre les palpations trop brutales qui peuvent causer des hématomes dans le méso appendiculaire. Il prouve ce fait intéressant qu'un appendice, complètement oblitéré par des crises antérieures, peut encore s'enflammer. Il montre aussi l'importance qu'il faut attacher aux nodules cicatriciels qu'on trouve parfois sur l'appendice; dans cinq de ces cas, l'examen des pièces a montré qu'il s'agissait de cancer au début, quatre de ces cas ont guéri; il conviendra donc, en présence de ces nodules, d'enlever tout le méso et les ganglions hypertrophiés. Enfin, quand il rencontre un cæcum mobile, il pratique la cæcoplication, et sa statistique prouve que les cæcums « entravés » guérissent plus complètement que les autres.

M. SONNENBURG (de Berlin) vient ensuite, avec l'expérience de 2000 opérations pour appendicite chronique, montrer les difficultés du diagnostic de l'appendicite chronique; dans certaines formes la symptomatologie se réduit à peu de choses, et l'opération montre le plus souvent des lésions bien plus étendues qu'on ne le supposait. La difficulté est grande dans les formes nerveuses et dans le cas de typhlocolite. La radiographie lui a été utile dans certains cas douteux. Le chirurgien allemand se montre peu partisan des opérations étendues, complètes, à la manière de Walther, l'appendicectomie simple lui ayant donné d'excellents résultats. — Avec M. RICHELOT, nous faisons une incursion dans le domaine de la pathogénie : pour lui tous les états infectieux de l'intestin peuvent provoquer l'appendicite, mais l'entérite muco-membraneuse, qui n'est pas une entérite mais une névrose sécrétoire et motrice, est la conséquence et non la cause de l'appendicite. D'ailleurs combien de troubles réflexes sont dus aux lésions chroniques du terrible petit organe, et nous voyons défiler à nouveau devant nous la théorie des dyspeptiques appendiculaires, des cholémiques, des chloro-anémiques, des adénoïdiens qui se trouvent guéris du jour au lendemain par l'appendicectomie. Et point n'est besoin de la douleur iliaque pour affirmer l'affection. On connaît maintenant l'appendicite « larvée », et c'est au clinicien d'être « sur l'œil » et de savoir la dépister. — M. GIRARD (de Genève) attache une valeur diagnostique indiscutable à la présence du point de Mac Burney ou de Lanz. On a noté l'inconstance du signe de Rovsing (douleur appendiculaire provoquée à distance par le refoulement des gaz intestinaux); il est certain qu'il manque quand l'intestin ne contient pas de gaz; l'auteur a fait, avec succès, précéder sa recherche de l'insufflation du côlon. L'auteur expose ensuite sa technique qui comprend plusieurs points particuliers, notamment le mode d'incision de la paroi, application du procédé de Pfannenstiel à l'appendicectomie.

M. BŒCKEL (de Strasbourg) insiste sur les difficultés du diagnostic, mais étant donné les troubles considérables de l'organisme causés par l'appendice malade, il vaut mieux risquer d'intervenir à tort que de laisser un malade en danger.

M. TÉDENAT (de Montpellier) signale les troubles éloignés que peut causer l'appendicite : troubles simulant la coxalgie, la sacro-coxalgie, crises d'ictère. Pour ce dernier, dans cinq cas, la vésicule était malade une seule fois, et les autres sont restés sans explication. — M. FORGUE (de Montpellier) énumère les particularités anatomo-pathologiques, cliniques, opératoires que lui ont suggérées les 162 cas qu'il a observés. Il signale particulièrement la forme à recrudescence menstruelle des jeunes filles. Les résultats de l'opération sont satisfaisants de façon générale, on ne doit craindre de déboire que chez les grandes nerveuses qui peuvent conserver l'habitude de souffrir au point de Mac Burney, et chez les constipés à colite glaireuse et à membranes qui ont besoin d'un traitement post-opératoire longtemps prolongé. — M. DE FARKAS (de Budapest), dans certains cas où l'ablation totale de l'appendice était difficile, a eu l'idée d'exciser seulement la portion attenant au cæcum, et cela avec succès. — Comme M. Richelot, M. BROCA (de Paris) a été frappé par l'importance de certains phénomènes réflexes de l'appendicite : méningisme, vomissements acétonémiques, embarras gastriques à répétition. Il attire l'attention sur l'appendicite vermineuse qu'il a étudiée avec M. Railliet. Sur vingt appendices enlevés opératoirement, M. Brumpt a trouvé une fois le trichocéphale, et dans la moitié des cas des oxyures, il pense que le rôle des ascarides est au contraire négligeable. La présence des oxyures favorise indubitablement l'appendicite, car o peut relever des piqûres de la muqueuse avec phénomènes d'irritation autour. Les vermifuges, le thymol en particulier, ne peuvent donner aucun résultat ; M. Broca a constaté expé-

rimentalement qu'ils ne peuvent pénétrer jusqu'à la cavité appendiculaire.

M. Delagénière (du Mans) reprend la description des formes cliniques de l'affection. Dans la forme hépatique on trouvera deux points douloureux abdominaux, l'un vésiculaire, l'autre dans la fosse iliaque droite ; la description qu'il donne de la forme pulmonaire s'écarte beaucoup de celle de M. Faisans, pour lui c'est une forme asthmatique : l'appendiculaire présente des crises d'asthme classique, plus violentes au moment des poussées appendiculaires et disparaissant après l'opération. Dans la forme urinaire les accidents simulent ceux de la lithiase, ou la lithiase coexiste avec l'appendicite et disparaît avec elle. La forme nerveuse est l'aboutissant de toutes les autres. L'opération, dont il expose sa technique, donne des guérisons presque constantes ; sur 320 cas, M. Delagénière n'a eu que 9 échecs thérapeutiques, et toujours dans la forme nerveuse.

Pour M. Doyen (de Paris), beaucoup de personnes ne retirent qu'un bénéfice médiocre de l'opération. L'appendicite chronique n'est qu'une complication de l'inflammation du gros intestin et il faut frapper les deux à la fois. C'est ce qu'il obtient par le traitement médical. L'opération ne devient indispensable que s'il y a des corps étrangers dans l'appendice.

M. Phocas (d'Athènes) attache une grande importance à l'étude de la douleur ; dans la plupart des cas chroniques d'emblée, une recherche attentive finit par dépister de petites crises aiguës antérieures ; et c'est dans ces formes chroniques d'emblée que l'indication opératoire est la plus impérieuse, car ce sont elles qui font les appendicites suraiguës. L'auteur se montre peu partisan des opérations compliquées avec résection épiploïque et fixation cæcale, et cependant dans les 229 cas où il est intervenu les résultats définitifs sont satisfaisants. — C'est aussi l'opinion de M. Lejars (de Paris) ; sur les 423 appendicites chroniques qu'il a traitées, dont plus de la moitié chroniques d'emblée, il a recherché avec soin les lésions concomitantes en particulier les déformations coliques. Il lui a semblé qu'elles jouaient surtout un rôle étiologique dans l'appendicite ; ce qu'il y a de certain c'est qu'une fois l'appendice enlevé tout rentre dans l'ordre dans la grande majorité des cas. — M. Bégouin (de Bordeaux) montre à son tour les erreurs de diagnostic journaliers qu'entraîne la méconnaissance de l'appendicite chronique, et les embarras gastriques périodiques, à répétition, les dyspepsies, les entérites et entérocolites muco-membraneuses, les lithiases biliaires et congestions hépatiques qui disparaissent par l'ablation de l'appendice. Pour lui on peut toujours éviter l'erreur, car d'une façon constante il existe dans l'appendicite chronique un point douloureux profond dans la région de Mac Burney. Si l'on y joignait des phénomènes généraux d'intoxication, l'erreur n'était plus possible. — M. Potherat (de Paris) désire attirer l'attention sur l'hydro-appendice, qui ressort exclusivement de l'appendice chronique. Il pense que le cancer de l'appendice n'est pas aussi rare qu'on l'a cru. Le rapporteur a dit qu'il guérissait après l'appendicectomie aussi bien que les appendicites ; c'est exact au point de vue opératoire, mais il faut compter avec les récidives. Enfin M. Potherat n'est pas de ceux qui ouvrent le ventre au risque de trouver un appendice sain. Il n'opère que quand il est convaincu de l'appendicite.

M. Lambret (de Lille) rapporte et discute deux observations où l'ablation de l'appendice a fait disparaître des crises de migraine ophtalmique, et diminué considérablement des crises d'épilepsies. — M. Auvray (de Paris) tient à protester contre l'accusation qui pèse sur les chirurgiens d'opérer beaucoup trop d'appendicites à diagnostic douteux, pour lui on n'en opère pas assez. Il décrit les lésions que l'on trouve d'une façon habituelle dans ces cas et qui ne laissent pas de doute sur l'existence de l'affection. Dans quelques cas où l'appendice paraissait sain et où le malade a néanmoins été guéri par l'opération, il se demande s'il ne s'agit pas de lésions passagères, mécaniques, qui disparaissent après la crise aiguë. Il attache pour le diagnostic une grande importance à la recherche de la douleur, beaucoup moins au palper de l'appendice. Ce qui est la cause des erreurs c'est qu'on ne la recherche pas assez dans les affections avec lesquelles elle est si souvent associée (lésions rénales, hépatiques, génitales, intestinales). Dans les cas douteux de ces affections on fera des opérations combinées. En tout cas on n'opérera qu'après échec du traitement médical. — M. Reynès (de Marseille) ne nie pas la fréquence des troubles à distance causés par l'appendicite chronique, mais il ne faut s'engager que prudemment dans cette voie : il cite des cas où l'erreur a été commise et conseille de poser un diagnostic précis avant d'opérer. — M. Meyer (de Laon) déclare que dans le milieu militaire il ne faut pas hésiter à opérer toutes les appendicites chroniques. — M. Mauny (de Saintes) avoue qu'il se montre de plus en plus interventionniste devant la constance des résultats obtenus surtout chez les enfants. Il est partisan de l'opération étendue à toutes les lésions de voisinage. — M. Vanverts (de Lille) cite des cas avec crises aiguës où l'appendice a été trouvé sain. Dans deux cas même il n'a pas pu du tout trouver l'appendice. — Sur les 75 opérations qu'il a pratiquées M. Reymond (de Paris) a pu noter quelques particularités : 4 cas d'appendicite vermineuse, un cas de furonculose généralisée qui a guéri après ablation de l'appendice. Il se montre partisan de l'incision médiane qui permet une exploration plus complète de l'abdomen. Enfin pour lui on n'opère pas assez, et quand on cherche bien on trouve toujours des lésions. — M. Paul Delbet (de Paris) insiste sur la gravité de l'appendicite chronique consécutive à des poussées aiguës. Il montre les erreurs de diagnostic les plus fréquentes et qui consistent à prendre pour de l'appendicite chronique d'emblée diverses affections, en particulier l'entérocolite ptosique. Pour lui le seul élément de diagnostic est la présence de la douleur au point de Mac Burney ou à son voisinage.

M. Maurice Cazin (de Paris) relève quelques particularités anatomiques constatées au cours des opérations. Il pose en principe que, à moins de contre-indications spéciales résultant de la nature de l'état général ou de la nature de la lésion abdominale pour laquelle on est intervenu, dans toute laparotomie sous-ombilicale, on doit enlever l'appendice, même s'il paraît complètement sain.

Il met aussi en garde contre les abus du lever précoce et remarque que M. Walther, qui, tout en se défendant de faire du lever précoce, met ses malades sur pied au bout de huit à dix jours, a perdu dix malades dont deux par embolie au huitième jour, et six par complications pulmonaires tardives d'origine vraisemblablement embolique. M. Cazin sur près de 500 appendicectomies à froid, qui ne sont levés que du dix-huitième au vingtième jour après l'opération, n'a pas perdu un seul malade.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) insiste sur la valeur diagnostique de la radioscopie qui permet de constater que le point le plus douloureux correspond bien à l'angle iléo-cæcal. Il expose ensuite sa technique opératoire personnelle.

M. Duvergey (de Bordeaux) attire l'attention sur l'appendicite à forme de sub-occlusion intestinale par coudure iléocæcale dont il a été à même d'observer des exemples.

Au total on voit qu'au cours de la discussion peu d'opinions se sont écartées de celles qui ont été exprimées par les rapporteurs. Quelques points de symptomatologie sont encore discutés comme la valeur à attribuer à la douleur, qui reste pour certains la base du diagnostic, alors que d'autres admettent l'existence de formes larvées sans douleur. Sur la technique opératoire beaucoup d'auteurs ont admis la nécessité énoncée par les rapporteurs de ne pas s'en tenir à l'ablation de l'appendice et à étendre l'intervention aux lésions secondaires de l'appendicite. Cependant Sonnenburg, Phocas,

Lejars se sont montrés peu partisans de cette façon de faire, l'ablation simple de l'appendice suffisant dans la plupart des cas à amener une guérison définitive. Enfin si Potherat, Reynès sont venus apporter quelques réserves sur la tendance à opérer quand même dans les cas douteux, la majorité des orateurs (Richelot, Boeckel, Meyer, Auvray, Mauny, Reymond) se sont montrés nettement interventionnistes, forts de la parole de M. Comby : « On a reproché aux chirurgiens d'opérer trop d'appendicites ; j'ai la conviction absolue qu'ils n'en opèrent pas assez. » (*A suivre.*)

IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(TENU A BRUXELLES, 26-30 SEPTEMBRE 1911)

Le président, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, a ouvert la séance par un discours fréquemment applaudi.

Après avoir remercié la Belgique de l'hospitalité généreuse qu'elle accordait de si bonne grâce à la Société internationale de chirurgie, M. Championnière rappelle que parmi les plus grandes découvertes, qui ont illustré le XIXe siècle, celle de la chirurgie antiseptique est peut-être la plus extraordinaire, parce qu'elle ouvrait une voie nouvelle dans l'inconnu. Les chirurgiens les plus éminents d'autrefois estimaient que la chirurgie avait atteint un degré de perfection qu'il était impossible de dépasser. A quelles singulières réflexions est-on amené, lorsqu'on songe que la chirurgie de ces maîtres n'existait pas et que tout a été créé depuis. C'est là pour nous une singulière leçon de modestie. Toutefois dans les pratiques empiriques des anciens on pouvait trouver l'emploi judicieux de substances cicatrisantes qui n'étaient que des antiseptiques. La découverte de Lister n'a fait qu'éclairer les suppositions du passé et donner une ordonnance logique aux actes de la chirurgie nouvelle.

M. Championnière rappelle le succès de l'exposition du cancer, constitué sous l'inspiration du professeur Dollinger et qui avait eu un grand succès près des congressistes. De là cette année l'exposition des « fractures », dont l'étude si importante a été un moment négligée pour s'imposer avec plus d'intérêt que jamais.

Quatre conditions ont présidé à la renaissance de la chirurgie des fractures :

1° La découverte des rayons X ; 2° les lois relatives aux accidents du travail ; 3° le traitement par l'ouverture immédiate des foyers de fractures ; 4° enfin le traitement des fractures par le mouvement.

M. Championnière passe en revue cette chirurgie des fractures et développe pour ainsi dire devant ses auditeurs le catalogue de l'exposition des fractures. Il termine en rappelant la lumineuse influence de Pasteur et de Lister dont le germe a fécondé les moindres actes chirurgicaux.

PREMIÈRE QUESTION

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PANCRÉATITES

M. MICHEL (de Nancy), rapporteur.

On distingue deux grands types cliniques de pancréatites :

1° Les *pancréatites aiguës*, qui comprennent les *pancréatites hémorragiques*, les *pancréatites suppurées*, les *pancréatites gangréneuses*.

2° Les *pancréatites chroniques* qui comprennent la *sclérose*, la *lipomatose*, la *lithiase du pancréas*.

Ce sont les variétés de pancréatites chirurgicales ; on peut y ajouter, avec Mayo-Robson, les *inflammations catarrhales*, qui sont guérissables par la chirurgie avant leur passage à la chronicité ; par contre, la stéatonécrose, que certains auteurs ont voulu individualiser, se confondant avec les autres affections pancréatiques tout au moins cliniquement, il n'est point utile d'en faire un type clinique spécial.

I. Diagnostic de localisation pancréatique. — *A.* LES SIGNES PHYSIQUES. — L'*inspection* permet parfois de constater une tuméfaction de la région épigastrique au voisinage et à gauche de l'ombilic.

La *palpation* confirme souvent les données de l'inspection, en permettant de sentir dans la région du pancréas une masse plus ou moins régulière. Il faut la pratiquer, l'estomac et l'intestin étant vides, et s'aider parfois de la narcose. Au début, une tumeur pancréatique, même assez volumineuse, est située derrière l'estomac et le gros intestin ; elle est donc sonore ou submate. Quand elle grossit, si elle reste localisée à l'arrière-cavité des épiploons, elle se porte en avant, et alors, ou elle refoule l'estomac en bas et l'on trouve une zone de matité au-dessus de la zone de sonorité stomacale, ou bien elle passe entre l'estomac et le côlon et l'on a une zone de matité entre la sonorité stomacale et la sonorité colique. Donc, quand on a établi qu'une tumeur sus-ombilicale de l'abdomen siège entre l'estomac et le côlon, on peut dire presque à coup sûr qu'elle est d'origine pancréatique.

La *dilatation de l'estomac avec des poudres effervescentes* peut parfois permettre une localisation plus précise, mais elle est dangereuse ; il faut lui préférer, et encore pas dans tous les cas, l'*insufflation*, selon la méthode de Bourget.

Quand l'insufflation est contre-indiquée, une *percussion soignée* peut révéler la présence du signe de Gobiet (dilatation isolée du côlon transverse, symptôme des pancréatites aiguës).

Enfin, la *palpation bimanuelle* permet, dans la plupart des cas, de sentir le ballottement.

B. LES CARACTÈRES DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX. — Douleur d'une intensité absolument exceptionnelle, angoissante, tellement vive que Dieulafoy l'a décrite comme un des principaux symptômes du drame pancréatique, véritable type de la névralgie cœliaque de Friedreich, avec irradiation possible dans la région précordiale.

Douleur localisée différemment, selon les auteurs, ce qui prouve qu'on ne peut attribuer à cette localisation que la valeur d'une indication.

C. LES SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Ce sont :

La présence de la graisse dans les matières fécales.

L'abondance extrême des matières fécales (diarrhée pancréatique de Peter) ; stéarrhée et abondance des fèces doivent, quand il n'existe aucun ictère ni aucune affection probable de l'intestin, faire songer au pancréas.

La sialorrhée ; certains auteurs y attachent beaucoup d'importance.

L'amaigrissement progressif, très rapide, atteignant vite des limites extrêmes. C'est un symptôme capital des lésions pancréatiques, leur véritable signature.

La glycosurie ; malgré son inconstance, elle est un signe de la plus haute valeur en faveur de l'origine pancréatique des lésions.

Enfin, Lœwy a signalé le fait que l'instillation d'adrénaline dans l'œil provoque de la mydriase chez les pancréatiques.

II. Diagnostic différentiel des pancréatites. — 1° PANCRÉATITES AIGUËS. — A. *Pancréatites aiguës hémorragiques.* — On distingue plusieurs formes de pancréatites aiguës hémorragiques.

a. La forme foudroyante (apoplexie pancréatique de Nimier ; forme suraiguë de Mayo-Robson), elle tue en quelques heures ; on a l'impression d'un syndrome péritonéal suraigu ; le diagnostic n'en est jamais fait.

b. La forme aiguë de Mayo-Robson ; dans la forme préce-

dente, l'hémorragie précédait l'infection ; ici l'infection précède l'hémorragie; le début est également dramatique; c'est le drame pancréatique de Dieulafoy, mais le malade ne meurt qu'au bout de trois, six, huit et même quinze jours. On peut donc intervenir et, dans ces cas, une opération immédiate est certainement indiquée.

c. La forme à rechutes (pancréatite hémorragique à rechutes de Carnot) débute par un syndrome péritonéal à grand fracas, analogue à celui des formes précédentes, puis tout rentre dans l'ordre pour recommencer au bout d'un temps plus ou moins long jusqu'à une dernière crise, la troisième généralement, qui emporte le malade en quelques heures. C'est une véritable hématocèle péripancréatique enkystée le plus souvent dans l'arrière-cavité des épiploons.

Le diagnostic de ces diverses formes est rarement porté ; quoique difficile, on peut cependant le faire. Néanmoins, il est souvent illusoire et ce n'est qu'après laparotomie exploratrice qu'on songe au pancréas en voyant les taches de bougie de la stéatonécrose.

Ce diagnostic est à faire : 1° avec toutes les affections aiguës et douloureuses des organes de l'étage supérieur de l'abdomen et surtout avec l'occlusion intestinale, qui débute souvent comme une pancréatite aiguë, mais dont la douleur ne persiste pas aussi intense. Cette douleur est, en outre, beaucoup plus diffuse et surtout n'est pas réveillée en arrière par la palpation au niveau de l'angle costo-vertébral ; les vomissements sont beaucoup moins précoces; l'arrêt absolu des matières et des gaz est tout à fait spécial, l'anémie beaucoup moins marquée, le pouls beaucoup moins incomptable, le ballonnemeut du ventre beaucoup plus marqué, la température beaucoup plus basse.

2° Avec les péritonites par perforation d'un ulcère de l'estomac ou d'un ulcère du duodénum, ou d'une vésicule biliaire infectée. Mais dans toutes ces péritonites un symptôme frappe : la tension de la paroi abdominale, le ventre de bois; on l'observe beaucoup moins nettement dans la pancréatite aiguë hémorragique. De plus, la palpation d'un ulcus stomacal s'accompagne de la douleur thoracique en coup de poignard, de la disparition de la matité hépatique, souvent d'une hématémèse et très rarement de vomissements; rien de tout cela dans la pancréatite hémorragique. Le toucher rectal, en cas de perforation, donne une douleur au niveau du Douglas (Husten); il reste insensible en cas de pancréatite aiguë.

La perforation d'un ulcus duodénal est marquée par un début foudroyant, une douleur atroce et une contracture de l'abdomen. Le diagnostic est donc le plus souvent aisé, néanmoins il peut parfois être délicat (quand la contracture disparaît vite) ou même impossible (quand l'ulcus donne lieu à des complications pancréatiques).

La perforation d'une vésicule biliaire est plus facile à éliminer par les antécédents.

Il faut enfin éliminer la péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire.

En présence d'une pancréatite aiguë, on peut encore penser à l'oblitération des vaisseaux mésentériques, à la rupture d'une collection abdominale suppurée jusque-là méconnue, à la torsion brusque d'un pédicule de tumeur pelvienne. Généralement, le diagnostic n'est pas porté; mais, heureusement, le diagnostic d'intervention s'impose. La pancréatite hémorragique à rechutes peut faire croire à une colique hépatique, à des coliques de plomb, aux crises gastriques du tabes, à de l'entérocolite muco-membraneuse; mais ici le laboratoire est de la plus grande utilité pour trancher un diagnostic qui, néanmoins, peut rester délicat. Certaines de ces formes à rechutes, notamment les formes lentes avec hématomes successifs de l'arrière-cavité des épiploons, sont d'un diagnostic difficile avec les kystes du pancréas.

B. *Pancréatites suppurées*. — Les pancréatites suppurées, aboutissant et terminaison des pancréatites aiguës hémorragiques, revêtent plusieurs formes :

a. La suppuration diffuse; c'est le tableau clinique de la pancréatite aiguë hémorragique avec plus de fièvre, de frissons, un aspect du malade plus péritonitique : on pensera moins, dans ce cas, à l'occlusion intestinale, beaucoup plus à la péritonite par perforation; le diagnostic d'intervention s'impose.

b. La suppuration pancréatique. On a, dans ce cas, une évolution plus lente, une tumeur plus ou moins bien limitée, un amaigrissement très prononcé, de l'asthénie et de la glycosurie, une fièvre à grandes oscillations; le diagnostic est beaucoup plus facile. Au bout d'un certain temps, la tumeur prend un développement thoracique (on a alors de la submatité, du souffle amphorique, de la succussion hippocratique); la radioscopie et la radiographie, les signes de Pfühl et de von Leyden permettront d'éliminer le pyopneumothorax enkysté sus-diaphragmatique. Beaucoup plus souvent elle prend un développement abdominal, et il faut alors éliminer successivement toutes les autres causes des abcès sous-phréniques postérieurs gauches. Elle peut enfin prendre un développement lombaire, et si la période prodromique a passé inaperçue, comme rien n'attire l'attention du côté du pancréas, on opère pour une tumeur rénale et on recueille par le drain un liquide ayant l'aspect et les propriétés du suc pancréatique.

c. La suppuration à rechutes. Dans ce cas, les symptômes observés sont ceux de l'angiocholite suppurée, du reste le plus souvent concomitante.

d. La forme gangréneuse avec stéato-nécrose.

Il existe enfin deux formes de pancréatites aiguës : la pancréatite ourlienne, son diagnostic est facile et son traitement médical; et la pancréatite aiguë catarrhale ou catarrhe simple de Mayo-Robson, dont le tableau clinique est fruste, et qui ne peut que se soupçonner par une glycosurie passagère avec stéarrhée et douleurs très violentes apparaissant brusquement et sans cause au cours d'une pyrexie ou d'une intoxication.

2° Pancréatites chroniques. Leur diagnostic. — La fréquence des pancréatites chroniques augmente à mesure qu'on en connaît mieux les symptômes. Le syndrome pancréatique biliaire de Dieulafoy est certainement très fréquent; de plus, il existe de nombreuses pancréatites chroniques d'origine intestinale (typhiques, par exemple), des pancréatites chroniques tuberculeuses, syphilitiques ou d'origine circulatoire. Toutes se traduisent par le même syndrome et les mêmes troubles fonctionnels.

Les symptômes sur lesquels on se base pour reconnaître une pancréatite chronique sont :

La douleur : elle est insidieuse et débute sournoisement; revêt souvent la forme de crises débutant quelques heures après les repas; son siège est variable, malgré les localisations qu'on a voulu lui donner; elle n'est donc qu'un signe de probabilité.

L'ictère : il est constant, mais ne relève qu'indirectement de la lésion pancréatique. C'est un élément surajouté dû à un trouble du côté des voies biliaires. Pour le distinguer de l'ictère dû à la lithiase du cholédoque, on a dit qu'il était moins prononcé et soumis à de plus grandes variations. Ce sont là des caractères bien infidèles.

L'amaigrissement rapide et progressif : l'ictère avec amaigrissement rapide et progressif indique, dit-on, une pancréatite sténosante; mais on l'observe aussi dans le cancer de la tête du pancréas, le cancer des voies biliaires, l'oblitération permanente du cholédoque. On peut dire cependant que dans aucune autre affection il n'est aussi rapide que dans la pancréatite chronique (perte de 20 kilogrammes en deux mois). L'ictère qui s'accompagne d'un amaigrissement aussi rapide est un bon élément de diagnostic.

L'anémie qui accompagne cet amaigrissement : cette anémie est considérable; les globules rouges sont toujours diminués, pâles et dégénérés dans la pancréatite chronique; c'est là un symptôme intéressant.

La dilatation de la vésicule biliaire : elle est absolument inconstante et ne prouverait au maximum qu'une compression intra-pancréatique du cholédoque. Aucun de ces symptômes ne permet un diagnostic certain entre la pancréatite chronique, le calcul du cholédoque et le cancer du pancréas. Il ne peut y avoir entre ces affections qu'un calcul de probabilité (Kehr).

La constatation d'une tumeur entre l'estomac et le côlon ne peut pas servir; sans doute elle élimine les tumeurs rénales, spléniques, gastriques, mais elle n'indique pas pour cela si l'on est en présence d'une cholécystite, d'une pancréatite chronique ou d'un cancer de la tête du pancréas. Le diagnostic clinique entre la pancréatite chronique et le cancer de la tête est excessivement difficile; peut-être le cancer du corps, par le siège à gauche de ses douleurs, leur caractère paroxystique se reconnaîtra-t-il plus facilement. En matière de pancréatite chronique on peut, en se basant sur des symptômes cliniques associés, faire un diagnostic de localisation pancréatico-cholédocienne; il est très difficile de faire un diagnostic différentiel.

Ce diagnostic est-il possible *avec les méthodes de laboratoire?*

a. *L'examen du chimisme gastrique* ne donne pas de résultats absolus; il fournit cependant des indications utiles par exclusion : quand il est normal, il faudra songer à examiner le pancréas.

b. *L'examen des fèces* est beaucoup plus important, car il permet de se rendre compte :

1° De l'accélération de la traversée digestive des aliments avec augmentation de la proportion d'eau et du volume des fèces;

2° De l'utilisation imparfaite des graisses qui se révèle à nous par la stéatorrhée et l'hypostéatolyse, signes auxquels divers auteurs attachent une grande importance;

3° De l'utilisation imparfaite des albuminoïdes, qui se révèle à nous par l'azotorrhée qu'on recherche avec le microscope ou par l'examen chimique, et seule sa coexistence avec la stéatorrhée a quelque intérêt;

4° De l'utilisation imparfaite des hydrates de carbone. Durand signale la diminution de l'amylase fécale.

c. *L'examen des urines* est d'un grand secours, car il rend souvent compte et de la fonction externe et de la fonction interne du pancréas. La glycosurie est certaine dans les affections du pancréas; la lipiurie y est plus rare. L'épreuve de Sahli est sujette à trop d'erreurs. L'augmentation du ferment diastasique dans l'urine indiquerait, selon Wohlgemuth, un arrêt de la sécrétion pancréatique. Quant à la réaction de Cammidge, elle est extrêmement discutée : certains auteurs la déclarent sans valeur, d'autres règlent leur plan opératoire selon les résultats qu'elle donne. On peut dire entre ces deux extrêmes, que si elle n'est pas pathognomonique, si même elle est quelquefois inconstante, cependant il faut toujours la rechercher, et surtout en chirurgie biliaire, parce que, quand elle est positive et associée à un ou plusieurs symptômes d'insuffisance pancréatique, elle arrive à donner une certitude. Tout ce qu'on peut lui reprocher, c'est sa technique longue et difficile.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PANCRÉATITES AIGUËS

M. le professeur W. Körte (de Berlin), rapporteur.

L'auteur divise les pancréatites aiguës en trois formes : *hémorragique, purulente, gangréneuse*; mais il montre que toutes ces formes ne représentent qu'un degré plus ou moins intense de l'inflammation du pancréas.

On n'a donc à étudier que le traitement chirurgical de la pancréatite aiguë en général.

M. Körte donne une statistique d'où il résulte que *le traitement chirurgical de la pancréatite aiguë donne 40 p. 100 de guérisons.*

M. Körte étudie ensuite les indications, le manuel opératoire et les résultats des 44 cas de pancréatite aiguë qu'il a observés. Sur ces 44 cas, 38 ont été opérés; dans les 6 autres on n'a pu faire que l'autopsie. Sur les 38 opérations, 34 ont porté sur le pancréas; les 4 autres uniquement sur les voies biliaires; ces quatre dernières se sont toutes, du reste, terminées par la mort.

Les 34 cas opérés ont donné 18 guérisons et 16 morts.

Les *antécédents du malade* montraient presque toujours des douleurs dans la région épigastrique avec accès convulsifs attribués à des crampes d'estomac; plus rarement un ulcère du duodénum ou des coliques hépatiques; très fréquemment, par contre, des crises de cholélithiase ou d'inflammation des voies biliaires, à tel point qu'on peut bien souvent considérer celles-ci comme la cause de la pancréatite aiguë.

En général la maladie débute si brusquement, par des douleurs très violentes, du hoquet, des vomissements et une tendance à la syncope, que les malades se rappellent très bien le jour du début des accidents. Ce n'est que beaucoup plus rarement que le début se fait par des poussées successives et que, par suite, les malades ignorent la date du début de la maladie.

Le *diagnostic de la pancréatite aiguë* est très difficile à poser pendant toute la période aiguë. On manque en effet d'un symptôme véritablement pathognomonique de l'affection. La réaction de Cammidge est presque toujours négative, même lorsqu'on suit toutes les prescriptions recommandées pour cette réaction. La glycosurie est un phénomène tout à fait inconstant, et la quantité qu'on en observe n'est nullement en rapport avec la gravité de la pancréatite. Un seul symptôme peut, quand on l'observe, faire porter avec grande vraisemblance, avant l'opération, le diagnostic de pancréatite aiguë : c'est la constatation d'une résistance dans la région épigastrique persistant même pendant l'anesthésie et lorsque la paroi abdominale est en complète résolution. Toutefois ce symptôme n'est pas absolument pathognomonique de la pancréatite; on peut l'observer dans d'autres affections telles que l'ulcère de la grande courbure de l'estomac; néanmoins, comme ces affections sont beaucoup plus rares que la pancréatite, sa constatation doit entraîner avec vraisemblance le diagnostic de pancréatite et la laparotomie.

Les *résultats opératoires* dépendent de trois conditions : en première ligne, du moment de l'intervention (opération précoce ou opération tardive); en deuxième lieu de la forme clinique constatée à l'ouverture du ventre, et tout à fait accessoirement de la voie employée pour l'opération.

M. Körte a opéré 16 malades dans les deux premières semaines de la maladie : 11 ont guéri, 5 sont morts; 14 malades dans les troisième et quatrième semaines de l'affection : 7 ont guéri, 7 sont morts; enfin 4 malades de la cinquième à la septième semaine de la pancréatite, les 4 sont morts. On voit donc que plus l'opération est précoce, meilleurs sont les résultats.

Cela tient, du reste, principalement à ce que lorsque les chirurgiens opèrent dès les premiers symptômes de péritonite, ils se trouvent en présence de la forme hémorragique de l'affection, alors que s'ils temporisent et n'opèrent que tardivement, ils trouvent une forme gangréneuse ou purulente dont le malade meurt presque toujours. Il faut bien savoir, au surplus, que la nécrose du pancréas et la suppuration péri-pancréatique peuvent apparaître déjà trois ou quatre jours après le début de la pancréatite hémorragique; mais ces complications sont très rares avant la deuxième semaine; elles deviennent fréquentes à la quatrième et constantes de la quatrième à la septième.

Il faut donc opérer la pancréatite aiguë le plus tôt possible; seule, l'opération précoce peut donner de bons résultats.

Trois voies ont été proposées pour l'intervention : 1° la voie

antérieure et médiastine; 2° la voie postérieure lombaire; 3° la voie transpleurale.

Il résulte de l'étude du professeur Körte que la voie antérieure avec incision sur la ligne médiane de la région épigastrique est, en règle générale, la voie à recommander dans l'opération précoce, parce que c'est elle qui permet le mieux d'atteindre le pancréas, d'une part, et les voies biliaires, d'autre part, et d'agir en conséquence.

Si l'on tombe sur le stade d'inflammation pure, avant tout début de nécrose et de suppuration péri-pancréatique, et que le pancréas se montre à nu, augmenté de volume, dur, congestionné, farci de foyers de stéatonécrose avec des épanchements enkystés dans l'arrière-cavité des épiploons, on peut, en différents endroits, avec la sonde cannelée ou d'autres instruments mousses, ponctionner et drainer directement les foyers pancréatiques; on évacue les collections, et de la sorte si, plus tard, de petites portions de pancréas se nécrosent, le chemin est fait pour leur évacuation. Il faut toujours en même temps rechercher l'état de la vésicule biliaire, voir si elle ne renferme pas de calculs (on sait en effet que la lithiase est la principale cause des pancréatites, elle existe dans la moitié des cas), l'enlever s'il en est besoin et si l'état du malade le permet, sinon drainer et pratiquer secondairement la cystectomie.

En tout cas il importe de toujours *bien mettre à nu le pancréas* par la voie gastro-colique ou rétro-duodénale.

Si l'on tombe sur le stade de nécrose on protège avec soin la partie saine de la cavité abdominale, on évacue et draine les foyers de nécrose, mais il faut bien dire que les résultats sont presque toujours mauvais.

Bien retenir que dans la pancréatite aiguë il faut se garder de recherches inutiles, notamment sur les anses intestinales, car on augmente ainsi énormément les chances de syncope et d'insuccès de l'opération.

La *voie lombaire* doit être réservée à quelques cas très rares d'opération tardive pour collection rétro-péritonéale.

La *voie transpleurale* n'est indiquée qu'en cas de collections d'origine pancréatique venues s'enkyster dans la région sous-phrénique et qu'on ne peut atteindre par la voie épigastrique.

Les cas heureux d'intervention pour pancréatite guérissent généralement dans un espace de temps qui varie de deux à huit mois. Il se produit en effet presque toujours une élimination consécutive de tissu pancréatique et souvent la formation d'une fistule, ce qui retarde la guérison. Mais lorsque celle-ci est complète, elle se maintient. L'auteur a eu occasion de le vérifier dans nombre de faits. Dans les cas particulièrement heureux, c'est-à-dire sans fistule ni nécrose, la guérison peut être obtenue en un mois, un mois et demi. Du reste, ces fistules post-opératoires guérissent presque toujours spontanément.

La seule complication secondaire grave qu'on observe c'est l'*hémorragie secondaire post-opératoire*. Elle se produit en général quinze à trente jours après l'opération. Elle est due à l'ouverture secondaire de vaisseaux dans les foyers de nécrose et à la thrombose de gros troncs veineux. Elle est presque toujours mortelle. Mais il faut bien remarquer que ces hémorragies se produisent toujours au stade de nécrose et de ramollissement, ce qui est un argument de plus en faveur de l'opération précoce.

Dans les cas malheureux, la mort survient généralement dans les jours qui suivent l'opération, un peu plus tardivement que si les malades n'avaient pas été opérés.

TRAITEMENT DE LA PANCRÉATITE AIGUE

M. GIORDANO (de Venise), dans son rapport, ne fait que confirmer les faits mis en lumière par les deux précédents rapporteurs.

M. GIBSON (de New-York) communique un cas des plus intéressants qui est une preuve absolument concluante de la valeur de la cholécysto-entérostomie dans le traitement de la pancréatite chronique. Ayant eu l'occasion d'opérer, il y a douze ans, une malade pour un soi-disant cancer de la tête du pancréas, et ayant trouvé à l'intervention une tumeur occupant bien la tête de l'organe, mais lisse et unie au toucher, beaucoup moins dure que les tumeurs malignes, il envisage la possibilité d'une erreur de diagnostic, pense à une pancréatite chronique, enlève un fragment de la tumeur, et pratique simplement une cholécysto-entérostomie pour débloquer les voies biliaires que la tumeur comprimait. L'examen histologique confirme l'hypothèse de pancréatite. Cinq ans après, M. Gibson réopère la malade pour une toute autre affection, et, à l'occasion de la nouvelle intervention, palpe le pancréas; il ne restait rien de la tumeur pancréatique qui, cinq ans auparavant, avait 8 centimètres d'épaisseur.

DEUXIÈME QUESTION

CHIRURGIE DES PLAIES DE LA PLÈVRE ET DU POUMON

M. LENORMAND (de Paris), rapporteur.

Après avoir insisté sur la grande tendance qu'ont les plaies pulmonaires à la guérison spontanée, le rapporteur montre qu'elles peuvent aussi s'accompagner d'accidents, les uns immédiats, les autres secondaires.

Les *accidents immédiats* comprennent :

1° L'*hémorragie :* cette hémorragie peut se faire soit à l'extérieur (hémoptysie), soit à l'intérieur (hémothorax). L'hémothorax constitue parfois un danger très pressant par l'anémie qu'il provoque et le refoulement du cœur qu'il occasionne; généralement, cependant, le pronostic de l'hémothorax est bon, parce que les plaies pulmonaires, à l'inverse des plaies de l'abdomen, ont une tendance à la guérison spontanée.

2° Le *pneumothorax :* il représente pour le poumon un puissant moyen d'hémostase, à tel point que certains auteurs ont utilisé le pneumothorax artificiel comme traitement des plaies du poumon. Le pneumothorax fermé guérit par résorption en quelques jours; le pneumothorax ouvert donne rarement lieu à des troubles et est, en général, bien toléré; seul le pneumothorax à soupape est dangereux.

3° L'*emphysème :* c'est un symptôme habituel des plaies du poumon.

4° La *hernie pulmonaire :* c'est une complication rare et qui ne crée pas par elle-même un danger spécial.

Les *accidents secondaires* sont des accidents *infectieux* apparaissant du troisième au quatrième jour et dus, dans la majorité des cas, à la plaie elle-même.

Le traitement classique des plaies du poumon. — En face d'une plaie du poumon tout chirurgien doit : d'une part, s'efforcer de réaliser les conditions les plus favorables à l'hémostase et à la cicatrisation spontanée de la plaie; d'autre part, surveiller l'apparition des diverses complications que nous venons d'énumérer et diriger contre elles un traitement raisonné.

I. TRAITEMENT LOCAL DE LA PLAIE. — *a.* Ne jamais faire d'exploration du trajet au stylet; *b.* nettoyer et désinfecter soigneusement la plaie et son pourtour à la teinture d'iode; *c.* appliquer un pansement occlusif aseptique; *d.* en cas de plaie large et non suspecte d'infection, on peut en pratiquer la suture.

II. IMMOBILISATION DU BLESSÉ. — Elle doit être locale et générale et maintenue strictement quinze à vingt jours dans les cas moyens, six semaines dans les cas graves.

III. TRAITEMENT DES DIVERSES COMPLICATIONS. — 1° *Hémorragie provenant d'un vaisseau de la paroi thoracique :* tous les procédés d'hémostase autres que la *ligature des deux bouts du vaisseau divisé* sont infidèles et doivent être abandonnés.

2° *Hémothorax abondant* déterminant des accidents dys-

pnéiques : on pratique aujourd'hui la *ponction aspiratrice*, car elle décomprime le poumon et arrête l'hémorragie, à condition qu'on la fasse lentement, qu'on s'arrête dès que le malade tousse et qu'on la pratique haute.

3° *Pneumothorax et emphysème avec symptômes d'asphyxie :* on remédie à ces accidents soit par la ponction, soit par la *pleurotomie suivie de drainage*.

4° *Complications infectieuses :* leur traitement est celui de toutes les pleurésies purulentes, c'est-à-dire la *pleurotomie avec drainage*.

Résultats du traitement classique. — Sur 1056 cas, il a donné 105 morts, soit 10 p. 100 de mortalité; il reste donc un excellent traitement qui procure, dans l'immense majorité des cas, une guérison simple, rapide et complète.

Sur les 105 cas de mort, 2/3 sont dus à l'hémorragie, 1/3 à l'infection. Contre l'infection le traitement classique est bien armé par la pleurotomie précoce, mais contre l'hémorragie il est à peu près désarmé. Aussi faut-il étudier maintenant les moyens thérapeutiques que l'on a employés contre les plaies du poumon s'accompagnant d'hémorragie grave.

L'intervention directe sur le poumon dans les plaies s'accompagnant d'hémorragie grave. — Ses indications. — Personne ne rejette d'une manière absolue le principe de l'intervention, mais les divergences apparaissent quand il s'agit de préciser en pratique quels sont les symptômes qui permettent d'affirmer qu'une hémorragie pulmonaire est assez grave pour nécessiter l'intervention.

Tout le monde est d'accord sur ce fait qu'on ne saurait se baser sur l'existence ou l'absence des symptômes généraux immédiats, pâleur, dyspnée, angoisse, faiblesse et accélération du pouls. Par contre, les signes locaux de l'hémorragie ont une valeur beaucoup plus grande. Mais le meilleur argument clinique qui puisse décider à une intervention, l'indication par excellence, c'est l'aggravation progressive des symptômes locaux et généraux. La surveillance incessante de tous les blessés atteints de plaies du poumon s'impose donc au chirurgien d'une façon formelle.

Néanmoins l'indication opératoire reste difficile à poser en principe et l'hésitation est bien souvent permise. Certains auteurs ont recommandé l'intervention systématique dans toutes les plaies du poumon. C'est là une opinion fort discutable car il n'est nullement prouvé que l'intervention systématique sauverait les blessés que le traitement classique laisse mourir. Nombre d'interventionnistes n'ont même pas pu bien souvent terminer leur opération ; sans doute celle-ci a obtenu des succès dans des cas désespérés, mais c'est là un bonheur infiniment rare (Nélaton).

Gravité de l'intervention. — La mortalité opératoire est considérable : 33 p. 100. Tous les échecs sont dus soit à l'hémorragie, soit à l'infection ; celle-ci est la cause de mort la plus fréquente. Il semble donc que l'intervention directe sur le poumon n'est qu'un traitement d'exception, réservé aux cas de nécessité absolue, à ceux où il est très probable qu'elle constitue la seule chance de salut.

L'intervention directe est *indiquée* :

1° En cas d'*inondation pleurale* foudroyante ;

2° En cas d'*aggravation progressive et parallèle de tous les symptômes* locaux et généraux;

3° Parfois enfin tardivement, dans certains cas d'*hémorragies secondaires* graves.

Technique de l'intervention. — Anesthésie générale, désinfection complète et soigneuse du champ opératoire; ouverture large du thorax, soit par la méthode des grands volets, soit par la grande incision d'un espace intercostal (quatrième ou cinquième) dans toute sa longueur, du rachis au sternum. — Dès l'ouverture de la plèvre le sang s'écoule ; on l'évacue le plus rapidement possible, on extériorise le poumon dans la plaie thoracique, et pratique la recherche systématique des plaies pulmonaires.

En effet, il faut traiter chaque plaie pulmonaire, soit par la ligature si la plaie est étroite ou mieux par la suture dont l'exécution est en pratique toujours facile et donne des résultats excellents. La forcipressure à demeure et la cautérisation de la plaie ne sont que des moyens exceptionnels d'hémostase directe. De même la pneumopexie et le tamponnement, moyens d'hémostase indirecte, doivent être strictement réservés au cas d'impossibilité matérielle de faire l'hémostase directe.

Une fois toutes les plaies pulmonaires reconnues et traitées, on procède à la toilette de la plèvre, on vérifie l'hémostase pariétale et l'on ferme la plèvre. Les statistiques montrent que le drainage de la plèvre n'a que très peu d'indications et que la fermeture hermétique constitue la méthode de choix; l'aspiration de l'air pleural est rejetée par la plupart des chirurgiens.

Interventions chirurgicales en dehors de l'hémorragie. — I. En cas de *pneumothorax à soupape*, la simple ponction n'est qu'un palliatif momentané ; il faut lui préférer la pleurotomie avec drainage simple, ou mieux avec drainage à soupape, et réserver la suture de la plaie pulmonaire à des cas absolument exceptionnels.

II. L'*emphysème* accompagné de troubles respiratoires graves peut, par son extension, nécessiter un traitement spécial : mouchetures pour l'emphysème sous-cutané, appareil à hypo-pression pour l'emphysème médiastinal, ou mieux aspiration par le ventouse de Bier à la faveur d'une incision sus-sternale.

III. La *hernie traumatique du poumon*, quand elle est récente, se traite par la réduction ; quand elle date de plusieurs heures ou de plusieurs jours, par la résection de la portion herniée au bistouri ou au thermo-cautère.

IV. Quant aux *corps étrangers traumatiques* : *a.* il ne faut jamais en faire la recherche immédiate et systématique ; *b.* il faut attendre, pour intervenir, qu'ils déterminent des accidents ; *c.* si l'on se décide à leur ablation il faut se baser toujours sur une localisation préalable, exacte et précise, par la radiographie.

V. Contre les complications septiques secondaires, tous les chirurgiens préconisent la pleurotomie immédiate, large au point déclive, c'est-à-dire en bas et en arrière, dans le huitième ou neuvième espace intercostal ; le lavage de la plèvre n'est pas indispensable, mais il est essentiel de bien drainer.

— Une longue discussion a suivi la lecture du rapport de M. Lenormand et n'a fait que répéter ce qui a été dit à la Société de chirurgie de Paris lors de la récente discussion sur ce sujet. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 2 octobre 1911)

De l'asymétrie des crânes de Neanderthal, de Cro-Magnon et de Spy n° 1. — MM. Auguste Marie et Mac Auliffe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 octobre 1911)

De la radiumthérapie dans le traitement des lésions tuberculeuses. — M. Debove fait un rapport sur une communication de MM. Dominici et Chéron qui ont obtenu des résultats très encourageants, dans le traitement de certaines lésions tuberculeuses ganglionnaires ou autres, mais extra-pulmonaires, par l'emploi du radium.

Le 606. — M. H. Hallopeau vient d'observer un nouveau cas de mort par le 606 chez un sujet relativement sain, traité en province. Il pense que l'hectine doit être employée de préférence car elle n'entraîne aucun danger sérieux.

M. Gaucher fait observer que le cas cité par M. Hallopeau n'est pas isolé. Il a constaté à l'hôpital Saint-Louis plusieurs cas de mort survenus à la suite d'injections de 606. Il estime que c'est un remède d'exception qui doit être employé seulement quand le mercure n'est pas toléré.

M. Balzer est d'avis que, jusqu'ici, on a employé des doses trop élevées; aussi, dans ces derniers temps, a-t-on montré une tendance à diminuer ces doses et à faire des injections plus fréquentes. M. Balzer ne dépasse plus la dose de 20 centigrammes et y ajoute le traitement mercuriel. Il semble que ce traitement mixte donne de meilleurs résultats que l'emploi seul du 606. Enfin il considère comme contre-indications à l'emploi du 606 les affections cardio-rénales et les toux nerveuses.

M. Marie a eu recours au 606 chez les tabétiques, et il lui a semblé qu'on obtenait une atténuation des douleurs. C'est, suivant lui, une question de doses, et, d'accord avec M. Balzer, il ne dépasse jamais 25 à 30 centigrammes. Quant aux accidents qui se sont produits, faut-il les attribuer toujours au 606?

Il croit que ces accidents ont surtout pour cause la défectuosité des techniques suivies pour les injections.

Le fait, démontré par Ehrlich que les accidents sont beaucoup plus rares si l'on utilise, pour la dissolution de l'arsenobenzol, de l'eau distillée fraîchement préparée, en est la preuve.

L'artério-sclérose du cœur et de l'aorte n'est souvent que de la syphilis. — M. Ch. Fiessinger. L'artério-sclérose n'est pas une maladie distincte; sous ce terme, on a tort de comprendre des entités morbides disparates et de gravité très inégale. Certaines d'entre elles, traitées dès le début, peuvent se terminer par une guérison complète: telle la syphilis du cœur et de l'aorte. Il n'est pas indifférent de savoir qu'un très grand nombre de maladies du cœur et de l'aorte, jadis rattachées à l'artério-sclérose, dépendent directement de la syphilis; ainsi l'insuffisance aortique du second âge de la vie, le pouls lent permanent, les anévrismes, l'arythmie perpétuelle au-dessous de cinquante ans, certaines formes d'angine de poitrine. Le long intervalle qui sépare l'accident initial de la complication cardiaque (vingt à quarante-cinq ans) ferme trop souvent le jour sur cette vérité. Elle impose la nécessité d'un traitement mercuriel poursuivi pendant de longues années, même chez des sujets qui se croient complètement guéris. La réaction de Wassermann, en montrant la persistance de l'imprégnation morbide, inspirera souvent d'une façon heureuse la direction du traitement.

La rachianesthésie générale. — M. Jonnesco fait une communication sur ce sujet.

PRATIQUE MÉDICALE

CRÉOSOTE ET TUBERCULOSE

Par M. G. Rallier (de Paris).

L'action spécifique de la créosote, défendue par Bouchard et Gimbert, n'est plus admise aujourd'hui par personne; toutefois les expériences récentes d'Arloing et de Courmont sur la séroréaction dans la tuberculose tendraient à faire considérer la créosote tout au moins comme un spécifique indirect. Malheureusement, la créosote présente de graves inconvénients (causticité à l'égard des muqueuses, d'où intolérance digestive, toxicité même parfois à doses faibles, etc.). Mais l'expérience clinique de ces dernières années permet de substituer en toute sécurité le Thiocol à la créosote. Nous parlons bien entendu du Thiocol « Roche » qui est celui que nous avons constamment utilisé et non des ortho-sulfo-gaïacolates du commerce plus ou moins impurs ou toxiques. Non seulement, le Thiocol « Roche » n'exerce pas sur les muqueuses de l'estomac l'action caustique de la créosote, mais au contraire il possède de véritables propriétés eupeptiques et orexiques : on peut même regarder le Thiocol « Roche » comme un puissant stomachique, ce qui est bien à considérer dans le traitement de la maladie où, suivant le mot de Peter, « l'estomac doit être entouré de soins pieux ».

D'autre part, le Sirop « Roche » au Thiocol, dont chaque cuillerée à soupe correspond à 52 centigrammes de gaïacol cristallisé, est doué d'un pouvoir bactéricide nettement établi à l'égard du bacille de Koch et des microbes associés : il est donc un puissant modificateur du terrain tuberculisable, dont il exalte au plus haut point les réactions phagocytaires et humorales; enfin le Sirop « Roche » au Thiocol, qui est un agent dynamogène de premier ordre, est actuellement la meilleure arme que nous possédions non seulemont dans la lutte contre la tuberculose confirmée, mais encore comme moyen prophylactique dans la prétuberculose. C'est ce qui fait que l'on ne doit pas hésiter à employer, soit le Sirop « Roche » au Thiocol, soit les Cachets « Roche » de Thiocol, soit les Comprimés « Roche » de Thiocol, dans toutes les bronchites grippales traînantes, dans les convalescences d'affections pulmonaires aiguës, dans la coqueluche, dans la pneumonie, dans tous les cas, en un mot, où les poumons malades offrent un terrain tout préparé à l'éclosion du bacille de Koch : d'ailleurs, nos nombreuses observations sont très concluantes à cet égard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

GUERRE. — Service de santé. — Par décret en date du 2 octobre 1911, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Rayneau, Zimmermann, Vinant, Monprofit, Raulin, Segrestan, Legrix, Joly, Roussy, Gauillard, Lauth, Gaudier et Petit.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Malzac, Lefilliatre, Aimé, Chenal, Yardin, Cola, Quidet, Cury, Gatian de Clérambault et Caminade.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Barreyre, Barral, Bruneau, Besson, Icard, Chardon-Fleuret, Decoux, Dufour, Hyvernaud, Lafond, Roy, Delaunai, Perruchet, Jeanpierre, Soulié, Guyon, Joy, Dauriac, Gautier, Escat, Kuss, Husson, Billard, François, Adam de Beauvais, Marqueyrol, Saint-Cyr, Guépin, Mennessier, Brion, Moreau, Musin, Lapeyre, Sauvez, Barré, Dantan, Lenormand, Imbert, Boularan, Henry, Potel, Pissavy, Douriez, Paquet, Murat, Ombrédanne, Cunéo, Verger, Floch et Spillmann.

— Par décret en date du 2 octobre 1911, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Grivet, Bassompierre et Villedary.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de réserve. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Petit.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Gauthier.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Goudal.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Seigneurin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Monod.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Labougle.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Gombert, Bilski, Morisetti, Doranlo, Jacobson, Alphand, Huot de Saint-Albin, Deverre, Broustail, Pottet, Joltrain, Abrami, Barbau, Villandre, Vernier, Delsaux, Lyon-Caen, Boulard, Lémonon, Ferron, Le Mée, Tourneux, Decourtieux, Verdier, Mallet, Marvillet, Chaput, Hamonet, Salles, Zislin, Delage, Sidoun, Bagnéris, Cœur, Desthieux, Géry, Guillemin, Théroude, Perrilliat-Botonet, Bertrand, Larraillet, Molina, Romant, Dive, Cazalas, Gournet, Pons, Bedel, Piot, Spéder, Jeudi de Grissac, Parent, Crauste, Barandon, Perrin, Mengelle, Fouquet, Charlet, Neyron, Dragon, Sauvage, Favre, Noailles, Bernard, Betta, Prost, Gouhot, Carras, Amieux, Lombès, Reinhold, Jean d'Aiguillon, Jacq, Laget, Dumas, Genay, Battesti, Rolin, Desnos, Thuriot, Perier, Cudennec, Arnaud, Ducasse, Clément, Aymès, Gleize, Baux et Rey.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le docteur en médecine Rivière.

COMITÉ DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le comité de l'office international d'hygiène publique, qui compte actuellement vingt-trois pays adhérents, a tenu le 4 octobre à Paris sa session réglementaire annuelle.

Dans cette session, le comité a examiné notamment les enseignements qui peuvent être tirés, en ce qui concerne la lutte contre le choléra, des organisations mises en œuvre dans les divers pays d'Europe où sévit actuellement cette maladie, pour empêcher l'exportation des germes cholérigènes, combattre la maladie et en arrêter la diffusion. Il a pris connaissance, en outre, du rapport de la commission qu'il a nommée pour étudier les données de technique bactériologique pouvant, en l'état actuel de la science, servir de base à la recherche et à la spécification du vibrion cholérique dans le diagnostic du choléra.

Il a étudié également une proposition dont il a été saisi et tendant à déterminer, autant que possible, les conditions spéciales auxquelles devraient satisfaire les navires pouvant bénéficier des accords particuliers visés à l'article 29 de la convention sanitaire internationale de Paris. P.

LA POUDRE DE NOIX VOMIQUE ET LE CODEX. — La Cour de cassation a tranché une question nouvelle en matière pharmaceutique en ce qui concerne la poudre de noix vomique. Elle avait à déterminer si la poudre de noix vomique est une préparation, dans lequel cas elle ne peut être préparée et délivrée que par un pharmacien et conformément au Codex, ou si au contraire elle constitue une drogue simple pouvant être vendue non conforme au Codex par les droguistes ou épiciers. La Cour de cassation a décidé que la poudre de noix vomique, en raison des opérations de la pulvérisation, ne peut être confondue avec la noix vomique râpée qui peut être vendue par les droguistes (ordon., 20 sept. 1820); elle est une préparation pharmaceutique, et par suite elle ne peut être détenue et mise en vente par un pharmacien alors qu'elle ne contient pas, au dosage voulu, les éléments utiles exigés par le Codex (arrêt du 1er juin 1911). P.

SUICIDE DE L'ASSASSIN DE GUINARD. — Herrero l'assassin de notre regretté maître Guinard, s'est pendu avant-hier dans sa cellule. Il avait déjà précédemment tenté deux fois de se donner la mort.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU CERVEAU

CAUSES. SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

DÉFINITION. — L'abcès du cerveau est une collection purulente développée dans la substance cérébrale. Il peut s'observer à la suite d'une infection généralisée, d'une septicémie; il peut apparaître au cours d'une infection éloignée ; le plus souvent il succède à une infection locale; exceptionnellement enfin l'abcès semble se développer primitivement dans le cerveau, c'est l'abcès cérébral primitif.

ÉTIOLOGIE : 1° Abcès consécutifs à une infection généralisée ou à une infection éloignée. — On peut observer l'abcès du cerveau au cours d'infection générale, comme la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la variole, l'endocardite, la fièvre puerpérale, la pyohémie, la septicémie pneumococcique. Il peut se rencontrer également au cours d'infections telles que broncho-pneumonies, gangrène pulmonaire, dilatation des bronches, tuberculose cavitaire, pneumonie et abcès du poumon, pleurésie purulente, abcès du foie, toutes les formes d'ostéomyélite, etc. Ces diverses variétés d'abcès s'expliquent par le mécanisme de l'embolie ; ils méritent donc bien le nom d'abcès métastatiques.

2° Abcès consécutifs à une infection locale. — Ce sont de beaucoup les plus fréquents. En premier lieu il faut citer, parmi ces causes, les OTITES CHRONIQUES, très exceptionnellement les otites aiguës, les corps étrangers de l'oreille; ce sont en effet surtout les vieilles otites moyennes, compliquées de mastoïdite et de carie du rocher, qui s'accompagnent d'abcès du cerveau; dans ces cas, le développement de l'abcès du cerveau est favorisé par tous les incidents qui facilitent la rétention du pus (perforation insuffisante du tympan, oblitération, etc.), comme par le développement d'infections secondaires qui, se surajoutant à l'otite chronique, viennent la réchauffer, comme aussi par des irrigations intempestives, etc.; l'inflammation se propage par contiguité grâce à la *carie du rocher*, rarement par l'intermédiaire des nerfs et veines de l'aqueduc, plus rarement encore par voie veineuse ou artérielle.

La cause la plus importante des abcès du cerveau, après l'otite, est le *traumatisme* des os du crâne; il peut s'agir de fracture des os de la voûte ou de la base, de plaies, etc. ; il peut y avoir dans ces cas infection directe du foyer de fracture, ou infection secondaire par voie sanguine.

Beaucoup moins fréquentes sont les causes suivantes qu'il nous suffira d'énumérer : cholestéatome infecté, rhinite, ethmoïdite (syphilitique souvent), ophtalmie purulente, tumeurs cérébrales (kyste hydatique surtout), méningites, ostéites des os du crâne, inflammation de la face (furoncle, anthrax, érysypèle).

3° Abcès cérébral idiopathique. — Le développement d'une telle variété d'abcès est lié fort probablement soit à une infection générale, qui a été méconnue, soit plutôt à une cause locale, si torpide, qu'elle a passé inaperçue.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Parmi celles-ci il faut signaler le froid, l'insolation, l'ivresse, l'alcoolisme chronique, toutes causes ne jouant en réalité qu'un rôle très secondaire; plus important est le rôle joué par certaines infections (poussées d'adénoïdite aiguë, de pharyngite aiguë) chez un individu atteint d'otite chronique; souvent, en effet, une poussée d'otite aiguë prélude au développement d'un abcès du cerveau.

CAUSES DÉTERMINANTES. — L'abcès est déterminé par les agents microbiens les plus divers : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, bacilles pyocyaniques (Hautant), méningocoques, bacilles de Koch, on a signalé des abcès amibiens au cours de dysenterie; les bacilles envahissent le cerveau, soit par *contiguité*, ce qui est le fait le plus constant au cours des suppurations chroniques de l'oreille avec carie du rocher, soit par l'intermédiaire des gaines lymphatiques des vaisseaux, soit enfin par voie artérielle, avec production d'infarctus suppuré : rappelons combien il est fréquent de ne pouvoir mettre

en évidence un germe quelconque dans le pus de ces abcès collectés, lorsqu'ils évoluent depuis déjà quelque temps.

SYMPTOMES. — Nous prendrons comme type de description, en raison spécialement de sa fréquence, l'abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne chronique, dont le siège de beaucoup le plus habituel est le lobe temporo-sphénoïdal. Rien n'est plus variable que la symptomatologie de cet abcès; tantôt suffisamment riche pour permettre d'en affirmer le diagnostic, tantôt au contraire à peine ébauchée : aussi pour nous permettre un exposé clinique assez complet, allons-nous tout d'abord analyser simplement les différents symptômes, que l'on peut rencontrer au cours de cette affection ; ce n'est qu'après avoir énuméré tous ces symptômes que nous nous efforcerons de schématiser les divers types cliniques revêtus par ces abcès otogènes ; il nous restera ensuite à exposer brièvement les modifications imprimées à ces différents types en raison des diverses localisations et de l'étiologie.

1° ABCÈS OTOGÈNES : **Début**. — Le début peut être insidieux, marqué seulement par une céphalée irrégulière dont la fixité attire l'attention ; on note également un malaise général vague, de l'anorexie, du dépérissement; l'abcès peut débuter au contraire très bruyamment avec une période de deux à trois jours de fièvre, délire, suivis ensuite d'une phase de rémission, au cours de laquelle les signes de la période d'état apparaissent ; il peut affecter d'emblée l'allure typhoïde, etc.; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ces différents modes d'évolution ; pour l'instant nous allons étudier simplement les signes les plus caractéristiques de cet abcès, parvenu à la période d'état.

Etat. — Les signes de l'abcès du cerveau peuvent être divisés en trois groupes : des signes de suppuration, des signes d'hypertension intracranienne et des signes de localisation ; nous ne nous occuperons que plus tard de ces derniers.

a. SIGNES DE SUPPURATION. — Le symptôme capital de cet ordre est la fièvre ; l'interprétation de cette fièvre est d'ailleurs difficile. Si l'abcès survient au cours d'une otite aiguë, ce qui est d'ailleurs assez exceptionnel, la fièvre est rapportée uniquement à l'otite et nullement à une encéphalite; si la fièvre apparaît au cours d'une otite chronique, avant de penser à un abcès du cerveau, on supposera d'abord qu'il s'agit d'une poussée d'otite aiguë au cours d'une otite chronique, ou qu'il se fait une rétention de pus dans l'oreille moyenne ; d'ailleurs les auteurs sont loin de s'entendre au sujet de la fréquence de l'hyperthermie au cours d'un abcès du cerveau; des opinions diamétralement opposées ont cours, et certains auteurs ont même signalé l'hypothermie; néanmoins d'une manière générale on peut admettre que l'abcès du cerveau, s'accompagne d'une réaction fébrile modérée : aussi sera-t-on en droit de redouter un abcès du cerveau, lorsque, chez un malade atteint d'écoulement d'oreille ancien et habituellement apyrétique, on constate une température de 38 à 39 degrés, quelques frissons, un certain état de malaise. Nous insisterons plus loin sur les renseignements que peuvent fournir la ponction lombaire et l'examen du sang.

b. SIGNES D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE. — Parmi ceux-ci, il faut tout spécialement insister sur la CÉPHALÉE. Elle revêt un type fixe, ou intermittent et paroxystique ; c'est une douleur sourde avec des exacerbations violentes, mais de courte durée ; quelquefois elle est nettement intermittente avec des rémissions complètes de plus ou moins longue durée. Les crises paroxystiques sont provoquées par la position déclive de la tête, les efforts, toutes les causes de congestion encéphalique; la localisation en est extrêmement variable et ne peut nullement servir à localiser l'abcès; comme le dit Broca, la céphalalgie est utile pour le diagnostic de l'existence de l'abcès, mais nullement pour le diagnostic du siège.

Il faut rapprocher de cette céphalée la *douleur* à la pression ou à la percussion du crâne, ce signe étant loin d'avoir l'importance de la céphalée ; la céphalalgie s'accompagne souvent d'une légère contracture des muscles du cou, d'un peu de raideur de la nuque, surtout marquée d'ailleurs en cas d'abcès du cervelet.

Il est assez fréquent d'observer des *vertiges*; c'est même là, lorsqu'il existe, un signe très précoce; il ne s'agit pas en général de phénomènes vertigineux très accusés (sauf en cas d'abcès cérébelleux), mais plutôt de sensations vertigineuses; lorsque les vertiges sont très accusés, ils éveillent d'ailleurs plutôt l'idée d'une lésion labyrinthique, et nous verrons plus loin les différents procédés qui ont été imaginés pour permettre précisément d'affirmer le diagnostic positif des lésions labyrinthiques.

Les *vomissements* constituent encore un symptôme très fréquent d'abcès du cerveau : ce sont des vomissements à type cérébral, se produisant sans efforts, presque par simple régurgitation ; ils s'observent d'ailleurs plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte.

La TORPEUR CÉRÉBRALE est un symptôme aussi constant et aussi important que la céphalée : le malade est somnolent, indolent, toute opération intellectuelle lui est pénible et il lutte difficilement contre la fatigue et le sommeil; le malade peut s'endormir en mangeant, et cette tendance au sommeil peut aller jusqu'à la léthargie et au coma ; cette asthénie s'accompagne souvent de troubles de la mémoire et d'un état psychique tel que l'on peut croire à de la *mélancolie* ; parfois, à ces phénomènes dépressifs, se substitue du *délire*; le plus souvent c'est un délire doux et tranquille, rarement un délire très actif; quelquefois ce sont les troubles psychiques qui dominent la scène, et quelques malades porteurs d'abcès du cerveau ont pu être internés comme aliénés.

Le *ralentissement du pouls* est un signe de grande valeur quand il existe ; s'il y a en même temps élévation de la température, la dissociation de ces deux facteurs est un signe important, mais malheureusement très inconstant. Le pouls bat à 50-60 ; il varie suivant la position du malade ; il est accéléré par le décubitus et ralenti dans la position assise ; il se comporte en quelque sorte comme en cas de tumeur cérébrale.

La *respiration* peut être ralentie, mais elle reste assez souvent normale, sauf à la période terminale où elle devient irrégulière, inégale, et prend quelquefois le type de Cheyne-Stokes.

Les *troubles oculaires* sont souvent notés et doivent toujours être recherchés avec le plus grand soin ; les modifications des pupilles sont inconstantes, variables ; les muscles moteurs de l'œil peuvent être atteints : on observe surtout des paralysies partielles du moteur oculaire commun, et du moteur oculaire externe s'il s'agit d'abcès du cervelet; quelquefois on a constaté du nystagmus. Plus importants, lorsqu'ils existent, sont les signes de *stase papillaire* constatés à l'ophtalmoscope ; les limites de la *papille* n'apparaissent plus nettement; la papille perd sa transparence et les vaisseaux s'effacent : on observe des hémorragies en flammèches; ces troubles sont quelquefois assez accusés pour amener une véritable cécité. A retenir cependant que ces lésions sont le plus souvent unilatérales. Cette stase papillaire serait liée à l'hydrocéphalie et à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien; il s'agirait plus souvent en effet d'*œdème* du nerf optique que de *névrite* véritable ; ainsi s'expliquerait, à la suite de l'opération, la disparition presque totale et immédiate des troubles de la vue.

Il est assez exceptionnel que l'on observe, au cours de l'abcès du cerveau, des convulsions, soit partielles, à type d'épilepsie bravais-jacksonienne, soit généralisées ; on les observe presque uniquement à la période terminale ou en cas d'irruption de l'abcès dans les ventricules.

Tels sont les principaux symptômes qui peuvent s'observer au cours d'un abcès du cerveau d'origine otogène, quelle qu'en soit sa localisation, son siège le plus constant étant, cependant, nous le répétons, le lobe temporo-sphénoïdal ; ajoutons-y l'amaigrissement très prononcé du sujet, ainsi qu'un état général assez alarmant : les traits sont altérés, le malade est pâle, et la déchéance physique, toujours assez rapide, est assez caractéristique; avant d'aborder l'étude des signes spéciaux qui permettront de préciser le siège de l'abcès, nous allons tout d'abord essayer de schématiser les divers types cliniques suivant lesquels cet abcès du cerveau peut se présenter, types essentiellement variables suivant l'évolution générale, la localisation, la cause, l'âge du sujet.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
LE FLACON ENTIER
8 francs
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON
4 fr.50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à bouche par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)

N° 117. — SAMEDI 14 OCTOBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 14 OCTOBRE 1911. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Bourcy, Lion, Wurtz, de Massary, Le Gendre, Veau, Brindeau Tuffier, Potherat et Souligoux.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 octobre 1911. — Question donnée : « Examen clinique et diagnostic d'une articulation du genou distendue. »

MM. Paris, 19; de Pontich, 15; Rousseau (Jean), 12; Rémonit, 8 1/2; Prieur, 11; Nazim, 10; Mlle Rappoport, 12; MM. Puchois, 11; Para, 11 1/2; Sakka, 10; Salanière, 13; Sarazin, 7; Roubakine, 14; Pelbois, 10; Pierson, 11; Mouzon, 17; Sagot, 6; Pierre, 17; Renard (Jacques), 20.

Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Complications de la blennorragie chez la femme. »

MM. Pignol, 11; Roberti, 16; Ruelle, 7; Platkine, 9; Morlot, 14; Picard, 15; Pasquier, 11 1/2; Odinet, 9; Mlle Romanet, 11 1/2; M. Ruppe, 18 1/2; Mlle Raousouk, 7; MM. Raoul et Plait, 10; de Peretti della Rocca, 12; Panas, 7; Nast, 16; Samoyeau, 12 1/2; Prévot, 10; Sabadini, 16.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES A LA COMMISSION DU BUDGET. — La Commission du budget qui vient de se réunir a entendu le rapport de M. Viviani sur le budget de l'instruction publique. Elle a examiné les chapitres de l'enseignement supérieur et secondaire. A l'occasion du chapitre des universités (matériel), M. Thomson a appelé l'attention de la Commission sur l'urgence de la réforme des études médicales. Il a insisté sur l'état précaire de notre outillage comparé à l'outillage étranger. Nos cliniques, nos laboratoires, dit-il, meurent d'anémie. Or, les décrets réformant les études médicales ont paru le 11 janvier 1909, mais ils ne sont pas appliqués.

M. Viviani a appuyé ces observations et a insisté sur la nécessité d'aboutir à une solution rapide.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles en bronze pour services rendus à l'Assistance publique sont décernées à MM. les docteurs Paul Murat (de Fez) et Fourmeaux (de Saint-Amand).

GUERRE. — *Augmentation de la solde des médecins militaires.* — Le *Journal officiel* vient de publier les décrets portant augmentation de la solde des capitaines et assimilés, et des lieutenants et assimilés, en vertu de la loi de finances du 13 juillet 1911.

On sait que cette loi a prévu au budget de la guerre les crédits nécessaires pour relever, à compter du 1er octobre 1911, la solde des capitaines et assimilés des troupes métropolitaines et des troupes coloniales aux taux suivants :

Avant quatre ans de grade, 303 francs net par mois.

Après quatre ans de grade ou après vingt ans de services, 345 francs net par mois.

Après huit ans de grade ou après quatre ans de grade et vingt-cinq ans de services, 387 francs net par mois.

Après douze ans de grade ou après huit ans de grade et trente ans de services, 447 francs net par mois.

Ces crédits permettent, en outre, de porter à 303 francs à compter de la même date la solde des lieutenants après huit ans de grade et vingt ans de service (fixée provisoirement à 291 francs par les décrets du 2 août 1910) et de faire bénéficier du relèvement accordé aux lieutenants et capitaines de l'armée active les officiers de même grade de la réserve, de l'armée territoriale et de la non-activité.

Dès maintenant les officiers de réserve et de l'armée territoriale toucheront donc la même solde que les officiers de l'armée active ayant moins de quatre ans de grade soit :

Capitaines et médecins-majors de deuxième classe : par mois, 303 francs; par jour, 10 fr. 10.

Lieutenants et médecins aides-majors de première classe : par mois, 249 francs; par jour, 8 fr. 30.

Les sous-lieutenants et médecins aides-majors de deuxième classe reçoivent la solde dite « avant six ans de service » (décret du 2 août 1910), soit par mois, 201 francs; par jour, 6 fr. 70.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1678.)*

REVUE GÉNÉRALE

LES TACHYCARDIES

Par M. MAISONS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. Historique. — Les *tachycardies* sont des arythmies caractérisées par une *augmentation* du nombre des contractions cardiaques.

Certains auteurs, Merklen et Heitz en particulier, différencient l'*accélération simple du cœur* de la *tachycardie*, classant sous le premier terme les accélérations peu élevées, de 90 à 150 pulsations par minute, où le rythme sinusal du cœur est conservé; sous le second, les accélérations très marquées, au delà de 150, où le rythme cardiaque est profondément modifié.

Il ne semble pas nécessaire d'adopter cette classification. On gardera le terme de *tachycardie* pour *toute arythmie* où il existe une *élévation* du nombre des pulsations au delà de *90 à 100* par minute.

Depuis longtemps déjà les anciens auteurs avaient signalé la rapidité du pouls à laquelle ils n'attachaient qu'une importance relative : simple constatation clinique au cours d'un processus morbide. Après un travail d'ensemble de Spring sur ce sujet, après les travaux de Guttmann, Zeuker, Bernheim, Landouzy, Bamberger, ce furent Gerhardt et Proebsting qui, en 1882, créèrent le terme de tachycardie et décrivirent les premiers cette arythmie.

Dès cette époque, nombre d'auteurs mirent en lumière les différentes formes de tachycardies. Letulle, Huchard, G. de Mussy, Baréty, Merklen, Rendu, Clément, Déjerine, Olivier s'attachent surtout aux tachycardies symptomatiques.

En 1889, Bouveret fixe le syndrome *tachycardie paroxystique essentielle*. Frœntzel, Huchard, Debove et Boulay, Courtois-Suffit, Janicot, Larcena, Talamon, Vincent complètent l'étude de la maladie de Bouveret.

Mais la connaissance plus intime de l'anatomie et de la physiologie cardiaques, avec les travaux de His, Héring, Hoffmann, Engelmann, Mackensie, etc., la perfection des moyens d'étude du cœur ont permis une étude plus approfondie des tachycardies. Hoffmann, Martins, Mackensie, et notamment en France Vaquez et ses élèves ont précisé la nature de certaines tachycardies symptomatiques et surtout des tachycardies paroxystiques.

Aussi, s'appuyant sur leurs travaux, abandonnera-t-on dans cette revue l'ancienne classification : tachycardies symptomatiques, tachycardie paroxystique essentielle. On les envisagera d'après leur *évolution* les classant en :

Tachycardies permanentes, d'une part; ce qualificatif étant pris dans le sens de *continu*, de *prolongé*, l'accélération persistant *sans retour* au *rythme normal, tout en présentant des variations d'intensité*;

Tachycardies paroxystiques, d'autre part, se traduisant par des *crises d'accélération très intense*, avec, dans leur intervalle, retour du cœur à l'*état normal*.

Examinant rapidement les premières, on insistera surtout sur les secondes, dont la pathogénie est l'objet d'intéressantes recherches.

I

TACHYCARDIES PERMANENTES

Définition. — Les tachycardies permanentes se traduisent par une accélération continue des contractions cardiaques. Elles persistent sans modification notable durant toute l'existence du processus qui les entraîne. L'accélération, peu accentuée en général, peut subir des modifications d'intensité sans jamais disparaître et faire place au rythme normal. Le rythme sinusal du cœur n'est que rarement modifié. Leurs causes sont bien connues, quoique souvent encore leur pathogénie nous échappe. Elles comprennent enfin la presque totalité des tachycardies symptomatiques.

Symptômes. — L'*examen du cœur* révèle une accélération moyenne de ses battements; quelquefois à peine marquée, 100 pulsations, elle s'élève en général à 120, 140, 160, rarement au delà.

L'*examen des tracés graphiques* (pointe du cœur, pouls jugulaire, radial, électro-cardiogramme, etc.) montre dans la majorité des cas que :

Les battements sont réguliers;

Le rythme normal, premier et deuxième bruits égaux;

La réduction de la révolution cardiaque se fait aux dépens du grand silence;

Les deux silences tendent à s'égaliser : le rythme est alors dit *fœtal*, il y a *embryocardie*.

L'espace *a c* reste normal, *le rythme sinusal est conservé*.

Quelquefois les battements sont irréguliers. L'espace *a c* est variable. Des extrasystoles naissent. Perret (de Lyon) a décrit un rythme de *déclanchement* dû au rapprochement excessif des deux bruits du cœur.

Le *pouls* est en rapport avec l'accélération cardiaque. Il est fréquent, rarement plein, régulier, mais habituellement petit, misérable, imperceptible, nécessitant l'auscultation du cœur.

L'*hypotension artérielle* est la règle; elle serait l'origine de la tachycardie pour certains auteurs.

La *matité cardiaque* est agrandie.

Nombre d'autres symptômes peuvent coexister; ils affectent les divers appareils de l'organisme et sont la conséquence de la maladie causale.

La tachycardie en elle-même est bien supportée. Elle entraîne parfois des phénomènes subjectifs décrits sous le nom de palpitations. Assez fréquemment elle donne une angoisse précordiale vive, une oppression, une dyspnée avec anxiété respiratoire assez marquée.

Evolution. — L'*évolution* et le *pronostic* d'une telle tachycardie sont liés à la cause qui la crée. La persistance d'une tachycardie notable entraîne à la longue une dilatation du cœur avec insuffisance cardiaque concomitante, hypotension artérielle, con-

gestion pulmonaire, hépatique, œdèmes périphériques, cyanose, en un mot évolution vers l'asystolie.

Etiologie. Pathogénie. — Au point de vue étiologique, la presque totalité des affections organiques donne une tachycardie continue plus ou moins intense. On sait la valeur importante de l'exploration du pouls dans la pratique médicale. L'accélération du cœur témoigne d'une lésion organique.

Donc, après avoir examiné tout d'abord la *réaction d'accélération* (Merklen et Heitz) au cours d'actes physiologiques, on envisagera successivement ces différentes affections, indiquant à chaque groupe d'elles comment elles provoquent l'accélération, quelle en est la pathogénie probable.

1° Tachycardies physiologiques. — On sait que chez le *nouveau-né* le cœur se contracte de 120 à 130 fois par minute. Ce nombre s'abaisse à 100 vers l'âge de quatre à cinq ans, pour remonter chez le *vieillard* à 80, 90.

Le pouls est plus rapide chez la femme que chez l'homme, chez les individus de petite taille.

Le cœur réagit sous l'influence d'un *effort musculaire*, marche, course, passage de la station horizontale à la station debout, sous l'influence de *privations*, d'*excès*, de l'*activité cérébrale*, d'un *effort de volonté* (Tarchanoff), d'une *émotion vive*, joie, frayeur, sous l'influence d'un *acte physiologique*, digestion, coït, accouchement, respiration.

La *tachycardie respiratoire* présente son maximum à la fin de l'inspiration. Les *excitations extérieures*, la *chaleur*, l'*abaissement de la pression atmosphérique* au cours d'ascensions accélèrent le pouls. L'*abaissement de la pression artérielle*, grandes hémorragies, amène, selon la loi de Marey, une tachycardie élevée.

Ces tachycardies s'accentuent chez les enfants, les asthéniques congénitaux, les convalescents de maladies infectieuses graves, les anémiques, les neurasthéniques, etc.

Parfois elles s'accompagnent de phénomènes subjectifs, de palpitations, de battements forts, tumultueux, de sensations désagréables que le malade décrit avec un luxe de détails caractéristique. Ce sont là des troubles subjectifs ne correspondant pas à des manifestations extrasystoliques, car le cœur reste régulier, au cours de ces manifestations diverses. Il s'agit là de phénomènes régulateurs ou réflexes retentissant sur les centres nerveux et de là sur l'excitation du sinus veineux du cœur. C'est donc une arythmie sinusale par trouble du pouvoir chronotrope.

2° Tachycardies nerveuses. — Nombre d'affections nerveuses entraînent une tachycardie assez accentuée.

a. Lorsque la *lésion* est *centrale*, la phase de tachycardie est souvent précédée d'une période de bradycardie.

Au cours d'*affections bulbaires*, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, paralysie labioglossolaryngée, atrophie musculaire progressive, tabes, hémorragie ou ramollissement, la tachycardie est la règle.

De même dans le *ramollissement* ou l'*hémorragie encéphalique*.

Dans les *affections médullaires*, myélite aiguë diffuse, paralysie ascendante de Landry, atrophie musculaire progressive, sclérose en plaques, tabes, syringomyélie (Joffroy et Achard).

Enfin, classique est l'accélération du pouls secondaire à une bradycardie transitoire au cours de *méningites aiguës* ou *chroniques* quelle qu'en soit leur nature.

b. La *lésion* affecte parfois un *nerf périphérique*, en particulier le pneumogastrique ou le spinal.

Le *pneumogastrique* peut en effet être lésé à ses *origines bulbaires*; il s'agit d'une tumeur, d'une hémorragie, d'une méningite localisée à la base du cerveau; la tachycardie est accentuée, les battements irréguliers.

Habituellement, c'est *au cours de son trajet* que la dixième paire cranienne est comprimée, par une adénopathie cervicale ou médiastinale liée à un cancer, à une infection, rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde, tuberculose très fréquemment, par un anévrisme de l'aorte quelquefois.

Le nerf peut être *sectionné*; il survient alors une accélération continue atteignant à peine 150 et disparaissant au bout de quelques jours.

La *névrite* du pneumogastrique est possible au cours de maladies infectieuses ou d'intoxications le plus souvent alcooliques (Déjerine). La tachycardie tabétique serait due, d'après Oppenheim et Siemerling, Heitz, à une névrite parenchymateuse atrophique du pneumogastrique.

c. Les *névroses* donnent une accélération très accentuée du cœur, comme dans la *maladie de Basedow*; c'est là un signe capital, essentiel du goitre exophtalmique; c'est même un signe de Basedow frustre. L'accélération est assez élevée, continue, procédant par crises, sans jamais cependant disparaître totalement.

L'*épileptique* est tachycardique. Pour Larcena une crise de tachycardie non expliquée serait une forme d'épilepsie larvée. La tachycardie précède quelquefois l'attaque d'épilepsie vraie.

Bouveret déclare enfin habituelle l'accélération du pouls au cours de crises d'*hystérie*, de *neurasthénie*.

d. Des *tachycardies réflexes* sont aussi possibles, à la suite d'affections douloureuses spontanées, colique hépatique, néphrétique, appendicite, crises gastriques, gastrite aiguë, accès d'hyperchlorhydrie, lésions douloureuses de l'utérus ou de l'ovaire, etc.

Dans toutes ces formes il s'agit encore d'une arythmie sinusale conséquence d'une excitation anormale du sinus de Keith et Flack par le système nerveux.

3° Tachycardies des infections et des intoxications. — *Toutes les infections* s'accompagnent d'hyperthermie et de tachycardie. Il existe en effet un rapport entre l'élévation de la température et l'accélération du pouls. Liebermeister admet qu'il y a en moyenne une accélération de 8 battements par

degré de fièvre. C'est une accélération régulière, continue, inconsciente; l'arythmie est sinusale. Il est probable que les toxines et les poisons produits par l'infection agissent soit sur les centres nerveux et de là sur l'excitation du muscle cardiaque, soit sur le myocarde même créant l'arythmie sinusale.

On trouvera dès lors une tachycardie dans toutes les infections depuis les infections localisées, abcès, furoncles, etc., jusqu'aux infections généralisées, septicémies de tout ordre. On sait le rôle important que joue cette arythmie dans la recherche de la tuberculose, la fièvre des tuberculeux étant plus au pouls qu'à la température (Lasègue) et une accélération persistante du pouls étant un signe pathognomonique d'une forme sévère, éréthique de tuberculose (Faisans).

Il en sera de même à la suite d'*intoxications aiguës* ou *chroniques*, café, thé, tabac, etc.

4° Tachycardies cardiovasculaires. — Enfin une accélération persistante est fréquente dans le cours d'*affections cardiovasculaires*. D'une façon générale elle traduit l'insuffisance du myocarde.

L'*insuffisance* peut être *aiguë*, *modérée*, presque toujours *transitoire*, comme dans le cœur forcé, dans les troubles cardiaques dits de croissance de G. Sée, chez les sujets jeunes, anémiés, névrosés. Dans ces cas-là l'insuffisance cardiaque est associée à une hyperexcitabilité nerveuse qui s'exagère à la moindre émotion, à la suite d'un faible effort. Il y a arythmie sinusale, car le rythme fondamental du cœur est conservé.

Mais habituellement l'*insuffisance* est *progressive* et s'accompagne de *dilatation cardiaque*. Elle est la conséquence d'affections valvulaires, de myocardite aiguë ou chronique, d'aortite, d'artério-sclérose, d'angine de poitrine, de péricardite.

La tachycardie est permanente, habituellement de 100 à 160, pouvant cependant s'élever jusqu'à 200-220 (Zunker); elle s'accélère lors du passage de la station debout à la station couchée (Shapiro-Huchard); elle s'accompagne de dyspnée, d'angoisse; la sensation subjective de palpitations est fréquente.

Au point de vue pathogénie, le cœur se vidant mal, serait appelé à se contracter plus souvent pour suppléer par le nombre à l'insuffisance de ses contractions; il y a suractivité nécessaire pour Larcena, Hampelm.

En vertu de la loi de Marey, il y aurait accélération par suite d'hypotension artérielle.

D'autre part F. Franck et Larcena invoquent une tachycardie réflexe dont le point de départ serait dans l'excitation des filets nerveux cardiaques lésés en même temps que le myocarde.

En réalité la pathogénie de ces tachycardies est mal connue. Les phénomènes sont multiples et complexes. Le rythme cardiaque est profondément altéré. Il y a lieu de tenir compte de l'insuffisance, de la fatigue vraie de la fibre musculaire, des phénomènes nerveux ou viscéraux concomitants ou surajoutés et surtout des lésions intimes jusqu'ici peu recherchées du muscle cardiaque. Les cardiopathies ne donnent pas exclusivement des tachycardies continues. Grellet et depuis nombre d'auteurs ont montré qu'il y avait des accès paroxystiques de tachycardie au cours de cardiopathies. Nous arrivons ainsi à l'étude des tachycardies paroxystiques.

Pronostic. Diagnostic. Traitement. — Ils sont en rapport avec la cause de la tachycardie. Le *diagnostic* n'offre aucune difficulté. Souvent la tachycardie éveille l'attention et en fait rechercher la cause. Le *traitement* est *symptomatique*. Les toniques, les antispasmodiques, les régulateurs cardiaques sont indiqués afin d'éviter l'asystolie secondaire dans les tachycardies trop intenses et prolongées.

II

TACHYCARDIES PAROXYSTIQUES

Définition. — Une tachycardie est dite *paroxystique* lorsqu'elle procède par accès, qu'elle se manifeste par des crises d'accélération cardiaque très marquée, 200 à 300 pulsations, apparaissant et disparaissant brusquement, après un temps plus ou moins long au milieu du rythme normal.

Ce fut Bouveret (de Lyon), qui en 1889 fit la première description des accès paroxystiques, description qui est d'ailleurs restée classique. Il en faisait une affection *essentielle*, ne trouvant aucune lésion expliquant cette arythmie. Huchard 1890, Debove et Boulay, Janicot, Larcena, fixèrent les symptômes et et les règles thérapeutiques de cette affection que l'on décrit sous le nom de *tachycardie paroxystique essentielle* ou *maladie de Bouveret*.

Une discussion à la Société médicale des hôpitaux avec Huchard, Rendu, Faisans, Guyot, Chantemesse, Talamon, chercha à préciser la pathogénie de la maladie de Bouveret, finalement considérée comme une *névrose bulbo-médullaire*.

Mais des observations de tachycardies paroxystiques symptomatiques de lésions cardiaques furent publiées par Chauffard, Grellet, Merklen, Savy, Huchard. Les recherches poursuivies du côté du cœur par Hoffmann, Martins, Mackensie, par Vaquez et ses élèves en France montrèrent que toute tachycardie paroxystique n'est pas forcément essentielle; fréquemment les accès paroxystiques sont symptomatiques de lésions cardiaques et lorsque dans certains cas la lésion causale nous échappe, il est probable qu'elle doit siéger sinon dans le système nerveux, du moins dans le myocarde.

Symptômes. — Les tachycardies paroxystiques se manifestent par des *crises* qui, quelle qu'en soit la cause déterminante, offrent toujours à peu près le même aspect clinique.

Caractères cliniques de l'abcès. — 1° *Début.* — La cause en général débute *brusquement* sans que le malade s'y attende. C'est à l'occasion d'un effort physique, course, ascension rapide, travail musculaire, à la suite d'un changement de position par la palpation de la région précordiale, la sensation d'un drap froid. Les traumatismes accidentels chirurgicaux, l'accouchement (Vaquez), une digestion pénible, une indigestion peuvent être l'accident provocateur.

Quelquefois le malade *prévoit* la crise, surtout s'il en a déjà été atteint. Le début se manifeste alors par des *prodromes vagues*, inconstants, éblouissements, vertiges, sensation de constriction thoracique ou épigastrique.

Ce sont parfois des *phénomènes extrasystoliques* qui avertissent le malade, sensation de *choc brusque*, de *déclanchement* précordial (Vaquez), sensation d'ailleurs variable avec l'individu.

Mais bientôt le malade éprouve subitement une forte sensation de *déclic*, de *déclanchement*. Il se produit une palpitation constituée par la perception incommode de battements précipités et tumultueux. Les contractions cardiaques qui s'étaient parfois ralenties, plus énergiques se précipitent d'un seul coup à 150, 200 et 300 fois par minute. Le cœur *s'emballe*. La crise est constituée.

2° *Etat*. — *a*. Les *phénomènes artériels* attirent les premiers l'attention. Il existe une *augmentation considérable* du nombre des pulsations artérielles. Rarement au-dessous de 130, 150, le pouls s'élève facilement à 200 et même 300.

Pour Hoffmann et Vaquez le nombre des pulsations au cours de l'accès serait très souvent un multiple, 2, 3, 4, du nombre de pulsations au cours du rythme normal.

La *numération* en est parfois difficile; le pouls étant faible, ce n'est plus qu'une vague ondulation arythmique.

En général le *pouls* est régulier, quoique la méthode graphique ait montré que l'arythmie soit fréquente (Vaquez).

L'*hypotension artérielle* est la règle (Debove et Boulay); elle peut devenir extrême, le pouls devenant imperceptible. Vaquez et Hoffmann ont montré qu'en réalité l'hypotension n'est pas constante, que c'est plutôt un phénomène de la période terminale d'un accès prolongé, qu'elle est liée à une dilatation cardiaque et à une insuffisance fonctionnelle.

b. L'*examen du cœur* révèle un *ébranlement* de la région précordiale. Le choc de la pointe est remplacé par une ondulation de plusieurs espaces, ondulation très forte, énergique, large, perceptible à la main et à l'oreille.

La *dilatation cardiaque* est constatable au début de la crise pour Martins, Winckernitz, Merklen et Heitz. Martins en fait même la cause déterminante de l'accès. Vaquez et Hoffmann pensent au contraire que la règle est l'absence au début de la crise et qu'elle n'existe qu'à la période terminale lorsqu'il y a insuffisance cardiaque avec hypotension artérielle.

On trouve à l'auscultation un *rythme fœtal* ou *embryocardique* : les bruits sont souvent nets, exagérés, brefs, distincts; parfois ils disparaissent si l'accès se prolonge, sauf cependant le deuxième bruit pulmonaire, témoignant avec une dyspnée légère d'une hypertension dans la petite circulation.

Si l'accès entraîne une insuffisance cardiaque des souffles vasculaires fonctionnels peuvent apparaître.

Quant aux souffles préexistants, ils s'atténuent ou même disparaissent sauf quelquefois les souffles diastoliques de la base.

c. Les *phénomènes subjectifs* sont variables avec les malades.

Habituellement la tachycardie *n'est pas perçue* du malade. Il éprouve une angoisse pénible avec constriction épigastrique, il est inapte au travail, restant immobile, la face pâle, les lèvres cyanosées, sans cependant être obligé de s'aliter.

D'autrefois la tachycardie entraîne des troubles plus sérieux. Les malades s'alitent, ont de l'insomnie, des frissons, de l'endolorissement des membres supérieurs surtout du gauche, du thorax, à caractère angineux. Ils sont fatigués, anxieux.

Enfin certains malades sont dans un état d'angoisse pénible, d'anxiété avec agitation marquée et palpitations très douloureuses perçues à la base du cou. L'ébranlement thoracique est difficile à supporter.

d. Des *troubles dits bulbaires* coexistent avec les précédents. Il est classique en effet, depuis Bouveret, Debove et Boulay de les considérer, comme des phénomènes liés à la névrose bulbaire ou à l'excitation sympathique. Ces signes sont d'ailleurs très inconstants. Ce sont :

Un *abaissement* de la *quantité d'urines*, surtout dans les crises prolongées; c'est sans doute le fait d'une insuffisance cardiaque (Vaquez) et non d'une hypertension artérielle : il y a parfois albuminurie avec azoturie (Debove et Boulay) ou glycosurie (Huchard);

Des *nausées*, des *vomissements;*

Des *troubles pupillaires*, notamment du myosis (Debove, Brieger);

De la *fièvre* traduisant pour Huppert la chaleur du travail exagéré fourni par le cœur;

Des *réactions vaso-motrices*, etc.

3° *Terminaison*. — *a*. La *durée* de la crise est variable. Les accès durent en général quelques heures, ce sont les *accès courts;* quelques jours, ce sont les *accès longs*. Lewis a pu observer des accès extrêmement courts, vingt-cinq secondes, pris pour de banales palpitations et des accès de quelques semaines fort bien supportés par quelques individus.

b. La *terminaison* en est variable. Elle se fait dans la majorité des cas *brusquement*. Comme au début, le malade éprouve une sensation de choc, de déclic dans la poitrine; la *tachycardie s'arrête;* le rythme du cœur devient *normal;* une crise sudorale survient, l'anxiété disparaît, le calme renaît, le malade ne garde qu'une légère lassitude vite disparue.

Très rarement, la fin passe inaperçue sans que le malade en ait conscience, la tachycardie ayant disparu pendant le sommeil.

La fin peut être annoncée par plusieurs tentatives d'arrêt. Souvent des palpitations caractéristiques témoignent de chocs extrasystoliques, suivis bientôt d'un retour complet à l'état normal.

Cette fin peut être plus lente encore. La tachycardie, qui était complètement disparue au réveil, réapparaît dans le cours de la journée avec la fatigue.

Enfin, parfois, pendant quelques jours, le cœur peut rester irritable. Des intermittences, des battements extrasystoliques persistent plus ou moins longtemps (Vaquez).

Si l'accès se prolonge, des *phénomènes d'insuffisance cardiaque* se déclarent. Bouveret admet le *sixième jour* comme limite. Il n'y a rien d'absolu. Tout dépend de la fatigue du myocarde, des lésions valvulaires concomitantes. L'insuffisance, qui n'apparaît guère que lorsque le pouls est au-dessus de 200, se traduit par de la dilatation cardiaque avec dyspnée, toux, expectoration sanglante liée à la congestion et aux foyers d'apoplexie pulmonaire, diminution des urines, congestion du foie, œdèmes périphériques, cyanose de la face, en un mot tout le tableau de l'asystolie aiguë. La mort en est la terminaison habituelle.

Mais la tachycardie *peut disparaître;* le myocarde redevient suffisant, et la guérison s'annonce par la diminution des phénomènes congestifs, la polyurie, la réduction de la matité cardio-hépatique.

La mort *brusque*, *subite*, est rare. Elle s'observe surtout dans les accès avec insuffisance cardiaque.

Évolution. — L'*évolution* des tachycardies paroxystiques est très variable.

Elles apparaissent en général chez l'adulte homme d'un âge moyen. Cependant, Emmanuel a pu observer des accès chez un enfant de deux ans; Eudes, Herringham, Hoffmann, chez un garçon de trois ans.

Dans l'intervalle des crises, on ne note aucun trouble, sauf des extrasystoles possibles.

La *terminaison* est liée à la cause de la maladie.

La *guérison* s'observe; les crises ne réapparaissent plus. Mais sait-on qu'elles ne surviendront plus jamais? Vaquez a observé une malade ayant une crise après un repos de dix-huit ans.

La *mort* est fréquente; *brusque* par embolie, syncope; ou *progressive*, habituellement par asystolie.

Formes cliniques. — Avec Vaquez, on décrira trois formes principales :

a. Une *forme abortive* où il n'existe que très peu d'accès, fort peu longs, s'espaçant de plus en plus, pour ne jamais réapparaître.

b. Une *forme invétérée*, la plus fréquente, dans laquelle les accès reviennent périodiquement; ils ne durent que quelques minutes parfois, mais persistent de nombreuses années; les crises se répètent, les sensations subjectives s'effacent peu à peu; ce n'en est pas moins une maladie chronique.

La guérison complète est rare; elle est possible, même après des accès prolongés avec insuffisance cardiaque intense (Merklen et Heitz).

La maladie peut enfin évoluer vers la forme suivante.

c. Une *forme progressive* caractérisée par une fréquence de plus en plus accentuée des crises. Celles-ci deviennent de plus en plus rapprochées, de plus en plus longues jusqu'à ce qu'elles *se soudent* (Vaquez). La tachycardie est continue. On aboutit ainsi à cette forme de *tachycardie continue de Rigal et Janicot*. Bouveret affirmait l'impossibilité d'une telle évolution. Des observations typiques de Janicot, Huchard, Fraenkel, Vaquez, Mackenzie, témoignent de la transformation en tachycardies continues de tachycardies paroxystiques. L'accélération n'est alors que 150 à 200 pulsations. La dilatation cardiaque avec mort par asystolie en est la terminaison habituelle, quoique Samson, Merklen et Heitz aient relevé des cas de tolérance prolongée.

Étiologie. — Les conditions étiologiques dans lesquelles se produit la tachycardie sont très vagues.

C'est surtout une affection de l'âge adulte. Elle est exceptionnelle chez l'enfant. L'influence héréditaire semble confirmée par quelques observations (Faisans, Kickland, Vaquez, Œttinger, Falconer).

Les causes occasionnelles favorisant les accès sont multiples. Le surmenage physique ou psychique, les émotions, les traumatismes, les intoxications chroniques (thé, café, tabac, alcool), les troubles dyspeptiques, les écarts de régime, agissent sur les crises de tachycardie. On a vu, d'autre part, des accès survenir à la suite de constipation chronique, au début des règles, de la ménopause, chez les malades atteintes de rein flottant, de névroses, épilepsie. La grippe, une pneumonie, une infection quelconque, sont capables d'entraîner une accélération brusque du pouls.

Enfin, restent toutes les causes capables d'entraîner une altération organique du cœur. Mais on arrive là aux rapports de la tachycardie paroxystique avec les affections cardiaques et à l'étude de la cause déterminante, de la pathogénie des tachycardies paroxystiques.

Pathogénie. — L'explication des crises de tachycardie a été longtemps fournie par la théorie nerveuse. L'étude plus approfondie du mécanisme cardiaque, l'observation de coexistence de cardiopathies et d'accès de tachycardie a fait naître une théorie cardiaque paraissant mieux expliquer cette affection.

Théorie nerveuse. — Elle est née des expériences des frères Weber, des recherches expérimentales sur la physiologie du pneumogastrique, du sympathique, des centres nerveux bulbo-médullaires. On invoqua successivement une lésion de ces différents organes pour expliquer la tachycardie.

a. C'est une *lésion du pneumogastrique* qui serait pour Bouveret l'origine de l'accès de tachycardie. Il s'agit, soit de destruction totale du X, soit d'une névrose de ce nerf. La physiologie montre bien que la section expérimentale du nerf est suivie de tachycardie ; mais celle-ci est modérée, 150 au maximum; elle est continue, ne procède pas par accès et disparaît au bout de quelques jours. La section chirurgicale de ce nerf (Morestin, Venot, Kapfer) confirme ces faits. Une observation de Schliesinger témoigne de la présence d'une tachycardie paroxystique avec altération de la dixième paire par compression ganglionnaire; mais il coexistait une lésion valvulaire mitrale, le nerf pneumogastrique n'était pas totalement détruit, puisqu'il y avait réaction cardiaque à la pression de ce nerf. Dès lors il devient difficile de faire la part de l'un et de l'autre dans l'accélération paroxystique du cœur.

b. Les *nerfs accélérateurs*, *sympathique et fibres accélératrices du vague* pourraient être excités et

agir sur la modification du rythme cardiaque. L'influence du sympathique est indéniable; mais c'est une accélération continue, non paroxystique, sans abaissement de la pression artérielle. Là encore il n'existe aucune observation probante. L'observation de Fal est sans valeur; puisqu'il y avait coexistence d'une lésion grave du cœur.

c. Les *centres nerveux*, *cerveau*, *bulbe*, *moelle* ont également une influence sur les contractions du cœur. La clinique seule peut nous fournir des renseignements à ce sujet, l'expérimentation étant sinon impossible du moins difficile. Des observations de Le Dentu, Hoffmann, Senator, Charcot, Reinhold ont voulu établir une relation peu rigoureuse entre des lésions anatomiques des centres nerveux et une tachycardie paroxystique. En réalité souvent il s'agit non d'accélération paroxystique vraie, mais continue (Vaquez), et faute d'observation précise il est difficile de rattacher cette arythmie à une altération anatomique nerveuse.

d. Quant aux prétendus rapports des *névroses* avec la tachycardie paroxistique, ce ne sont que des faits soit de coïncidences, soit de fausses interprétations.

e. Enfin la *théorie de la névrose bulbaire ou bulbo-spinale* fut mise en évidence par Debove et Boulay. Mais ce n'est en réalité qu'une véritable hypothèse, qui ne s'appuie sur *aucun fait d'observation*, sur aucun fait expérimental. « Quoiqu'elle ait réuni le plus grand nombre de partisans, aucun fait précis ne parle en sa faveur. » (Vaquez.)

Théorie cardiaque. — Toute récente au contraire de la précédente, elle repose sur des données expérimentales, sur des faits cliniques et anatomiques.

a. Les *données expérimentales* montrent le rôle du faisceau primitif du cœur, faisceau de His, dans la production d'accès de tachycardie. L'excitation du sinus cardiaque chez la grenouille a produit avec Figerstedt et Engelmann des accès de tachycardie. La ligature des coronaires fait naître des extrasystoles suivies de tachycardie manifeste, existant même après section des pneumogastriques (Lewis). Lohmann a pu produire une accélération marquée du cœur par excitation des fibres interauriculo-ventriculaires. L'ensemble de ces faits prouve donc qu'il faut rechercher l'explication de la tachycardie paroxystique dans un trouble de l'*excitabilité cardiaque*, du faisceau de His en particulier.

b. La *clinique* montre, d'autre part, l'analogie de la crise tachycardique avec l'extrasystole. Hoffmann l'avait signalée, Mackensie, Lewis et surtout Vaquez l'ont mise en évidence : irrégularités extrasystoliques dans l'intervalle des crises, début précédé et terminaison suivie d'extrasystoles, sensations subjectives identiques, mêmes causes provocatrices, etc.

c. L'*anatomie pathologique* la confirme. Les observations de Mackensie et Keith, de Vaquez et Esmein, de Laubry, Esmein et Foy ont montré que, dans quelques cas, une lésion du faisceau primitif a entraîné des crises de tachycardie, alternant parfois avec des crises de bradycardie.

Cette affection semble donc due à une altération d'une des propriétés fondamentales du cœur; Martins invoque exclusivement la dilatation du cœur comme cause de la tachycardie; cette hypothèse ne convient que chez les sujets atteints de lésions cardiaques chroniques, c'est surtout *un trouble de l'excitabilité*, siégeant au niveau du faisceau primitif du cœur, soit à ses origines, soit au niveau du nœud de Tawara (Mackensie, Hay, Hewlett, Vaquez), ainsi que le prouvent les données physiologiques, les recherches pathologiques et les observations cliniques. La coexistence de lésions cardiaques est démontrée; la tachycardie paroxystique n'est pas exclusivement essentielle, elle peut être symptomatique.

Conclusion. — De cette étude pathogénique, il faut conclure que la théorie cardiaque semble mieux expliquer les faits de tachycardie paroxystique. Les preuves ne sont pas absolument suffisantes. Mais la théorie nerveuse de simple conception ne résiste pas à l'examen des faits; elle est *caduque* (Vaquez). Le système nerveux crée une tachycardie continue; il peut provoquer une tachycardie paroxystique. Mais pour la créer, il faut alors une réaction propre du cœur, un trouble fonctionnel, un *trouble de l'excitabilité lié à une lésion organique du cœur. « La tachycardie paroxystique serait alors une accumulation d'extrasystoles et l'extrasystole une ébauche de tachycardie paroxystique.* » (Vaquez.)

Pronostic. — On considérait autrefois sinon comme bénigne, du moins comme peu grave, la tachycardie paroxystique alors considérée comme essentielle.

Aujourd'hui le pronostic doit être plus *réservé* et doit tenir compte des conditions dans lesquelles la tachycardie se produit.

Le pronostic est grave lorsqu'elle est symptomatique de lésions cardiaques, de même dans la forme progressive avec tendance à l'évolution continue, lorsqu'elle s'accompagne d'hypotension artérielle avec dilatation cardiaque.

Le nombre, la répétition des accès, leur longueur, la fréquence des pulsations sont autant de facteurs de la valeur pronostique de la tachycardie.

Diagnostic. — Il se fera par exclusion. La présence d'une tachycardie élevée, d'apparition brusque, avec phénomènes subjectifs extrasystoliques, devra faire penser à une tachycardie paroxystique.

On y songera d'autant plus qu'une lésion cardiaque évidente coexistera.

Si la tachycardie paraît essentielle on en recherchera la cause dans un trouble de l'excitabilité du cœur.

Traitement. — Il doit être *étiologique* et *symptomatique*. On *traitera* donc la *cause* probable de la tachycardie, cardiopathie valvulaire, myocardite, aortite, artério-sclérose, etc.

On évitera *toute cause provocatrice d'accès*, efforts, émotions, troubles digestifs.

L'accès créé il faudra chercher à le faire *avorter* par des efforts de déglutition, des arrêts de respiration en inspiration forcée, par la compression des vagues, le chatouillement du pharynx. Stokes, Devié et Savy donnent l'ipéca.

L'extrait d'hypophyse et l'injection intraveineuse de strophantine donnent quelquefois des résultats.

Mais ces moyens sont souvent infructueux, on soutiendra le cœur par les tonicardiaques, afin d'éviter l'asystolie terminale.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter la bibliographie des ouvrages suivants :
LARCENA. *Tachycardie paroxystique.* Th. de Paris, 1891.
MARTINS. *Tachycardie.* Stuttgart, 1893.
HOFFMANN. *Die paroxysmale Tachykardie.* Wiesbaden, 1900.
LECOMTE. *L'Extrasystole.* Th. de Paris, 1911.
VAQUEZ. *Les Arythmies.* Paris, 1911.
MACKENSIE. *Maladies du cœur,* traduction française par le docteur A. Françon, Paris, 1911.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(XXVe SESSION, PARIS, 5-7 OCTOBRE 1911)

KYSTES NON HYDATIQUES DU REIN

Histo-pathogénie générale des kystes du rein.

MM. Maurice LETULLE et H. VERLIAC (de Paris), rapporteurs.

Dans leur rapport, MM. Letulle et Verliac n'étudient que les kystes vrais du rein, c'est-à-dire les seules cavités à poche différenciée et tapissée par un revêtement épithélial, à contenu liquide, et développées dans l'épaisseur du parenchyme urinaire aux dépens de la substance propre du rein, indépendamment de sa muqueuse excrétoire. Ainsi se trouvent éliminés : les kystes périnéphriques (bien que cette variété d'embryomes appartienne certainement à l'appareil urinaire), les hydronéphroses enkystées et les pseudo-kystes du rein, hématiques, tuberculeux ou tumoraux.

Les kystes vrais du rein se divisent en deux groupes réunis l'un à l'autre par des faits de transition : les reins polykystiques et les kystes séreux.

I. *Rein polykystique.* — Après un exposé rapide des caractéristiques macroscopiques et microscopiques du rein polykystique, les rapporteurs insistent sur l'absence de signes de tension intrakystique et de compression périkystique, sur l'existence d'évolutions adénomateuses périkystiques et de malformations kystiques dans d'autres organes. Ils en concluent que le rein polykystique de l'adulte ou de l'enfant rentre dans le cadre des malformations embryonnaires. Rejetant la théorie rétentionniste de Virchow, ils considèrent le rein polykystique comme résultant d'une défectuosité formative dans le développement et peut-être dans les agencements successifs qui dirigent la mise en ordre et l'abouchement des pièces constitutives du rein définitif.

Les rapporteurs ne croient pas à l'existence des « reins polykystiques faux » dont ils n'ont observé aucun exemple et dont la conception pathogénique leur paraît inacceptable.

II. *Kystes séreux du rein.* — Les rapports étudient successivement les kystes des reins sains et des reins pathologiques.

Les kystes des reins sains, sauf leur nombre, rappellent anatomiquement, trait pour trait, les kystes de la maladie polykystique du rein. Des trois théories qui veulent les expliquer, la théorie de la rétention a contre elle ce fait qu'on ne peut retrouver l'obstacle qui en serait la cause. De même, les rapporteurs n'ont jamais constaté la suractivité épithéliale à la fois proliférative et sécrétoire sur laquelle repose la seconde théorie. Ils admettent donc la troisième qui considère le kyste séreux simple du rein sain comme une lésion congénitale, une dysembryoplastie identique aux formations kystiques des autres organes. L'existence fréquente d'autres lésions congénitales concomitantes du rein plaide encore en faveur de cette théorie qui rapproche les kystes séreux des reins sains de la maladie polykystique.

Des kystes séreux des reins pathologiques, il faut éliminer les kystes qui accompagnent les tumeurs congénitales et font partie intégrante de ces dysembryomes du rein : leur origine congénitale est indiscutable.

Parmi les kystes qui compliquent la néphrite chronique scléro-atrophique, il faut mettre à part les kystes glomérulaires toujours microscopiques, que les rapporteurs ont pu reproduire dans certains cas par la rétention expérimentale : il ne s'ensuit pas que ces kystes relèvent toujours nécessairement d'un mécanisme de rétention : peut-être l'effondrement du tissu conjonctif voisin est-il plus que la rétention leur cause prochaine.

Quant aux kystes moyens ou grands, non glomérulaires, qu'on attribue classiquement à la rétention, au-dessus d'un obstacle scléreux périkystique, les rapporteurs affirment leur origine congénitale ; les coupes en série qu'ils ont faites de reins kystiques leur ont montré qu'il n'existe pas d'obstacle scléreux, mais une malfaçon tubulaire qui se retrouve encore sur les tubes voisins à une certaine distance du kyste. En résumé, abstraction faite de certains microkystes glomérulaires, les kystes séreux du rein ressortissent, dans leur ensemble, à une dysembryoplastie de la glande et remontent aux premiers temps du développement de ses pièces constitutives.

Symptômes, diagnostic et traitement des kystes non hydatiques du rein.

M. H. BRIN (d'Angers), rapporteur.

Après avoir passé rapidement sur les kystes des néphrites, l'auteur étudie :

1° Les *grands kystes séreux* d'après cinquante-trois observations. Au point de vue clinique ce sont des tumeurs qu'il n'est pas toujours facile de rattacher au rein. Quand le premier point est acquis le cathétérisme uretéral distingue le kyste de l'hydronéphrose. Le traitement doit être basé sur l'examen fonctionnel des deux reins et être aussi conservateur que possible. L'énucléation étant presque impossible anatomiquement, on fera de préférence la résection de la poche ou la néphrectomie partielle ; la néphrectomie totale devant être réservée aux kystes nombreux.

2° Les *kystes hématiques* sont décrits à part d'après douze cas. Ils méritent d'être séparés des kystes séreux, non seulement à cause du contenu, mais surtout à cause de l'épaisseur, de la vascularité des parois, des adhérences fréquentes qui rendent l'opération plus difficile et plus dangereuse.

3° Les *reins polykystiques* constituent le chapitre le plus important et leur description repose sur 324 observations dont 167 suivies d'opérations. Leurs symptômes sont : 1° les signes de néphrite chronique, petits signes du brightisme, la polyurie, l'albuminurie fréquente, les troubles cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs, les hémorragies diverses ; 2° les douleurs affectant tous les types ; 3° les hématuries quelquefois inquiétantes ; 4° les phénomènes de compression intestinale ; 5° la tumeur assez souvent bilatérale, bosselée ; 6° l'examen des urines séparées par le cathétérisme uretéral. Ce dernier examen n'a été pratiqué qu'un petit nombre de fois. Exceptionnellement il montre un bon rein, le plus souvent les deux sont insuffisants, quoique d'une façon inégale. La marche de la maladie, quelquefois très lente, est fatalement mortelle. La terminaison se fait ordinairement par urémie lente ; elle peut être précipitée par une crise d'anurie ou par la suppuration des kystes.

On a décrit plusieurs formes de rein polykystique uré-

mique, brightique, rénale, et cette dernière a été considérée comme plus chirurgicale sous le nom de faux rein polykystique par le professeur Pousson. Le rapporteur ne croit pas cette forme suffisamment isolée par ses caractères anatomiques ou cliniques, et en particulier elle ne jouirait pas du privilège de l'unilatéralité susceptible de la rendre plus opérable. En général, le traitement du rein polykystique doit être extrêmement réservé et l'abstention doit être la règle. Cependant, les complications telles que la suppuration, la coexistence de calculs ou d'hydronéphrose, l'exagération de certains symptômes tels que les douleurs ou l'hématurie peuvent forcer à intervenir.

La *néphrectomie* a été pratiquée 117 fois avec 32 morts, soit 29 p. 100. La mortalité est due presque toujours à l'insuffisance du second rein. Cette opération n'est donc permise qu'avec une division rigoureusement faite des urines. Le rein adelphe étant bon, la néphrectomie sera pratiquée pour les augmentations rapides de volume, hémorragie ou suppuration intrakystique, pour les hématuries, pour les reins polykystiques compliqués d'hydronéphrose, de tuberculose et peut-être de calculs. Il est à remarquer que parmi les 117 cas de néphrectomies, il n'y a qu'un mort sur 12 ablations de reins polykystiques suppurés, et pas de mort sur 11 ablations de reins polykystiques hydronéphrotiques, calculeux ou tuberculeux.

La *néphrotomie* a été pratiquée 22 fois avec 7 morts, soit 31,8 p. 100. Elle est seule de mise contre l'anurie ou les accidents urémiques. Elle s'adresse aux suppurations ou aux hémorragies quand le rein opposé est mauvais ou douteux.

D'autres opérations diverses ont été pratiquées : la *néphropexie* (9 cas), la *décapsulation* (3 cas), les *ponctions, incisions avec ou sans résection et cautérisation des parois kystiques* (16 cas). Elles ne sont que des modifications de la néphrectomie, n'agissant que par son intermédiaire, et sont peu à recommander.

En un mot le rein polykystique ne prête à l'opération que par ses complications.

4° Les *kystes dermoïdes*, les kystes dans la tuberculose ou les tumeurs malignes n'ont qu'un minime intérêt.

5° Les *hydronéphroses partielles* ne sont pas des kystes, mais sont souvent confondues avec eux, même après examen des pièces. Elles peuvent exister avec un uretère unique, bifide ou double. Il y a quatre cas connus d'hydronéphrose sous-capsulaire.

6° Les *kystes périrénaux* sont très mal connus. On peut distinguer :

a. Les *kystes sanguins traumatiques* ou pseudo-uro-néphroses sont dus à un traumatisme intéressant le bassinet de l'uretère. Ils forment des tumeurs considérables, qui doivent être traitées par l'incision, et qui nécessitent très rarement la néphrectomie.

b. Les *kystes parapyéliques*, que le rapporteur rattache en partie à la classe précédente, en partie aux hydronéphroses partielles.

c. Les *kystes lymphatiques*, dont il n'existe que deux observations.

d. Les *kystes wolfiens*, dont l'histoire repose sur des observations étiquetées de ce nom, mais peu convaincantes. Toutefois, il n'y a pas de doute pour deux observations de tumeurs polykystiques pararénales.

e. Les *kystes de la capsule surrénale*, leurs rapports étroits avec le rein, la difficulté de les reconnaître et de les affirmer autrement que par un examen histologique, les a fait réunir aux autres kystes périrénaux.

M. Legueu (de Paris). Au point de vue clinique, ces kystes affectent un polymorphisme qui rend difficile leur diagnostic. Certains déterminent des douleurs très vives, ressemblant aux douleurs de la rétention ou du calcul et qui rendent l'opération nécessaire.

La bilatéralité fréquente de ces kystes doit rendre très prudent le chirurgien; par contre, leur extension à la presque totalité du rein ne permet pas de faire la néphrectomie partielle. Aussi de ses observations personnelles, M. Legueu arrive-t-il à cette conclusion : pas d'opération dans les lésions bilatérales, et néphrectomie totale dans les kystes unilatéraux ou à forme douloureuse.

M. Carlier. On peut diagnostiquer le rein polykystique lorsque les lésions sont bilatérales et qu'on peut constater les symptômes aujourd'hui bien connus de cette maladie, bilatéralité de la tumeur, symptômes de néphrite, etc. Le diagnostic est toujours très difficile, souvent même impossible lorsque la tumeur rénale reste unilatérale, et qu'il n'existe ni douleur, ni symptômes de néphrite. La maladie peut ne se révéler, en effet, que par une tumeur unilatérale, des hématuries, aussi le rein polykystique est-il souvent une trouvaille d'opération.

Dans ce cas, le chirurgien ne doit continuer l'opération, surtout s'il en a vue une néphrectomie, que s'il s'est préalablement assuré du fonctionnement suffisant de l'autre rein et s'il y est absolument forcé par les circonstances, telles que des hématuries profuses qui mettent en danger la vie du malade.

J'ai dû intervenir dans un cas de cette nature chez un sujet de vingt-quatre ans porteur d'un rein énorme que j'ignorais être de nature polykystique et qui saignait avec une abondance extrême. Le malade reste bien guéri, mais l'opération ne date que de quelques mois.

Les reins que M. Pousson appelle les faux reins polykystiques, tels que les reins polykystiques lithiasiques, ou encore le rein polykystique tuberculeux que j'ai décrit en 1904 avec le professeur Curtis, comportent un pronostic beaucoup plus favorable. Mon opéré reste en effet guéri depuis huit ans. En réalité, les vrais reins polykystiques bilatéraux non compliqués sont du ressort de la thérapeutique médicale.

Dans le vrai rein polykystique en apparence unilatéral, le chirurgien n'interviendra que contraint par une complication grave et s'il s'est bien renseigné sur la valeur fonctionnelle du rein congénère.

M. Pousson (de Bordeaux). N'ayant aucune expérience des kystes rénaux hématiques, dermoïdes, des tumeurs malignes du rein, des hydronéphroses pas plus que des kystes périnéaux, je ne dirai rien à leur sujet.

Quant aux kystes petits des néphrites souvent douloureuses ou saignantes et aux kystes plus volumineux séreux uni ou pauciloculaires pouvant devenir une cause de gêne ou déterminer quelques complications de voisinage, je partage les idées de mon collègue Brin touchant leur opérabilité. J'ai d'ailleurs développé dans un travail antérieur les raisons qui plaident pour ou contre l'intervention.

Je désirerais seulement présenter quelques considérations sur les reins polykystiques, point culminant de la question à l'ordre du jour. Ces kystes conglomérés au point de vue de leur pathogénie peuvent être classés en trois catégories : ceux dus à un vice de développement ; ceux qui sont l'effet d'une dégénérescence néoplasique ; ceux qui résultent d'un processus inflammatoire d'une néphrite chronique. Nos savants rapporteurs concluent que la très grande majorité des kystes rénaux pauci ou multiloculaires reconnaît pour origine une malformation congénitale, qu'exceptionnellement ils peuvent être déterminés par la sclérose interstitielle, mais ils rejettent l'origine néoplasique telle que l'a conçue Malassez par adénokystome, par épithélioma mucoïde comme cela se voit pour la dégénérescence polykystique du testicule, de l'ovaire, de la mamelle. Je partage leur manière de voir sur ce dernier point : ni histologiquement, ni cliniquement, on ne trouve dans le rein polykystique les caractéristiques structurales de ces néoplasies dans les autres organes, et jamais cette affection n'évolue rapidement et malignement. Je ne saurais par contre m'associer à eux lorsqu'ils déclarent que tous les kystes rénaux sont d'origine dysembryo-plastique. De ce que

la similitude de ces formations est parfaite, que le rein soit sain ou malade, il ne s'ensuit pas que la lésion soit de même nature. La structure histologique ne me paraît pas suffisante pour constituer une espèce nosologique : il faut y joindre les causes, les manifestations symptomatiques, l'évolution clinique, voire même les résultats de la thérapeutique. Or, toutes ces données manquent dans le rapport de MM. Maurice Letulle et Verliac, qui s'en tiennent exclusivement aux données microscopiques. J'ai pour ma part peine à comprendre que des malformations aussi graves, criblant de milliers de kystes le rein et diminuant *ipso facto* dans des proportions considérables le champ de la dépuration sanguine et créant en outre une susceptibilité toute spéciale aux infections, soient compatibles avec une survie qui dépasse quarante, cinquante ans et permet même d'atteindre l'extrême vieillesse.

La théorie de l'inflammation, de la néphrite chronique, me semble expliquer d'une façon rationnelle la genèse du plus grand nombre des reins polykystiques. Cette théorie de la néphrite kystitogène peut être défendue à l'aide d'arguments anatomiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Anatomiquement, on trouve dans la plus grande majorité des cas, autour des kystes et souvent aussi loin d'eux, des lésions de sclérose rénale. Cette sclérose ne détermine pas la formation des kystes par rétrodilatation des canalicules rénaux étranglés, ce qui serait contraire aux renseignements de la physiologie pathologique, mais les kystes sont la conséquence de la suractivité morbide des épithéliums irrités par des causes diverses, en un mot d'une néphrite épithéliale, type Charcot. La théorie inflammatoire s'accorde encore avec la bilatéralité habituelle de l'affection, et avec sa coexistence dans le foie, la rate, le corps thyroïde, etc.

Au point de vue étiologique on trouve, chez le plus grand nombre des malades, toutes les causes susceptibles de produire les néphrites toxiques et infectieuses : alcoolisme, saturnisme, goutte, rougeole, scarlatine, typhoïde. On trouve aussi, chez beaucoup, la lithiase, agissant soit par l'hyperacidité des urines chargées d'acide urique, soit par les sables et les petits graviers qu'elles charient.

Inutile d'insister sur la ressemblance clinique que présente l'affection rénale polykystique avec la néphrite chronique, le mal de Bright, après le tableau symptomatique, si détaillé, qu'a tracé notre collègue Brin. L'évolution lente et chronique coupée d'épisodes aigus, les complications, les terminaisons sont absolument superposables.

Enfin, dans les cas de douleurs, d'hémorragies, d'accidents urémiques, de crise d'anurie, on obtient, par l'intervention chirurgicale, les mêmes bons résultats thérapeutiques.

Pour toutes les raisons précédentes, il me semble que la théorie de l'inflammation dans la pathogénie des kystes du rein est bien plus rationnelle que la théorie de la malformation congénitale. Sans rejeter celle-ci complètement, je crois qu'elle ne peut s'appliquer qu'aux reins polykystiques des nouveau-nés et des enfants. Quant à la théorie de la dégénérescence néoplasique, elle me semble devoir être rejetée.

M. Desnos. Il est assez fréquent de voir, dans la tuberculose rénale, des cavités kystiques à parois plus ou moins bien organisées, et contenant un liquide limpide, dépourvu des caractéristiques de l'urine, et dont la pathogénie a donné lieu à diverses interprétations. Une seule fois j'ai rencontré un grand kyste séreux au pôle inférieur, dans un rein qui présentait une petite lésion tuberculeuse à l'autre pôle et sans connexion avec le kyste ; je crois à une coïncidence de deux processus différents dans ce cas exceptionnel. Il n'en est pas de même des cavités de volume variable dont je viens de parler, et à côté desquelles on rencontre toujours des productions tuberculeuses à divers états de leur évolution. On trouve leurs parois constituées par du tissu fibreux à la périphérie duquel se voient souvent des éléments tuberculeux. Des cicatrices d'évacuation ont été signalées, je n'en ai pas rencontré d'apparentes sur des reins de ce genre, alors que j'en ai signalé sur les parois caverneuses dans d'autres reins. D'autre part, le contenu est très variable, tantôt limpide, tantôt à peine louche, ailleurs presque purulent. Je crois donc que sans admettre forcément que la caverne a dû se vider pour présenter un aspect kystique, on peut considérer que le liquide enkysté perd d'abord ses éléments bactériens, puisque les éléments anatomiques en suspension se dissocient et se résorbent. Il se passe dans ces cavernes ce qu'on voit dans un rein tuberculeux après oblitération de l'uretère : ce qui reste d'éléments normaux dans les parois, de même que les éléments anatomiques disparaissent, et c'est ce qui constitue ces sortes d'hydronéphroses sans distension, où tout le rein est transformé en une poche kystique à parois lisses et nacrées et qui contient un liquide limpide.

C'est le même processus qu'on observe dans ces cavernes nettement isolées et exclues où l'infection disparaît. C'est un processus de guérison partielle, de même que l'oblitération de l'uretère constitue le seul processus de guérison de la tuberculose rénale.

M. Le Fur (de Paris) rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré de néphrectomie pour une *énorme tumeur kystique d'origine rénale* renfermant quatre litres de liquide sanguin, tumeur ayant refoulé tous les organes voisins et se manifestant cliniquement par de la douleur et des hématuries. Le début clinique très brusque aurait pu faire penser à un kyste sanguin traumatique. La décortication fut pénible, à cause des adhérences multiples et solides.

L'examen de la pièce montra que le kyste avait pris naissance devant le rein, qui se trouvait plaqué et aplati derrière la tumeur, exactement contre la capsule propre du rein et la capsule adipeuse.

L'examen histologique pratiqué par M. Letulle montra qu'il s'agissait d'un énorme embryome périrénal développé sans doute aux dépens des restes du corps de Wolff, avec pseudo-kyste hématique ayant pris un développement considérable. Le rein ne prenait aucune part à l'évolution de la tumeur. Les observations de ce genre sont encore très rares. Ce sont en réalité des *embryomes périrénaux à évolution kystique prédominante,* dans lesquels l'élément kyste prend le pas sur l'élément tumeur.

M. Michon (de Paris). Une complication pas très fréquente, mais parfois importante du rein polykystique, est l'hémorragie. Trois fois, j'ai été en présence de ces hématuries profuses. Chez un premier malade qui refusa toute intervention, elle fut cause de la mort. Chez une deuxième malade, l'hématurie étant abondante depuis dix jours, la néphrotomie en amena la cessation ; mais la guérison ne fut que temporaire, le sang reparut environ six semaines plus tard. Ma dernière opération se rapporte à un homme chez qui, pour les hématuries, on avait fait également une néphrotomie, et chez qui l'amélioration n'avait été que momentanée. Chez lui, les deux reins saignaient tour à tour suivant les crises ; mais, chose remarquable, le cathétérisme semblait faire cesser et la douleur et le saignement durant quelque temps.

M. Pasquereau (de Nantes) rapporte le cas d'un gros rein droit abaissé chez une malade de vingt-trois ans qui, depuis trois ans, souffrait violemment dans la région lombaire correspondante et l'abdomen. La malade avait, de plus, des périodes d'anurie ou d'oligurie. De l'albumine avait été reconnue dans les urines qui n'étaient nullement purulentes mais parfois contenaient des caillots de sang allongés. Enfin, il y eut des phases d'hyperthermie, jusqu'à 40 et 41 degrés, symptôme signalé en 1907 par Desgouttes et Müller (*Gaz. des hôpit.*).

A l'examen, rein droit palpable sur tout son contour ; rein gauche non senti. La bilatéralité manquait donc.

L'auteur songea à fixer le rein abaissé, mais fit auparavant le cathétérisme uretéral qui lui montra que les deux reins

avaient un taux d'urée très insuffisant et faisaient de l'albumine, que même le rein gauche valait moins que le gros rein, le rein droit.

Incision lombaire droite, extériorisation difficile, rein très adhérent. Rein polykystique, un peu augmenté de volume. Capsule mince et très adhérente. Aussi, fixation par lambeaux capsulaires impossible.

Néphropexie par le procédé de Guyon. L'auteur s'est bien gardé de faire une néphrectomie.

Réunion par première intention. La malade ne souffre plus et n'a plus de périodes anuriques.

M. Minet (de Paris). Le siège polaire et le développement excentrique des grands kystes du rein en font des tumeurs juxta-rénales, encore qu'intimement adhérentes au rein. Celui-ci n'est sensiblement altéré qu'au voisinage immédiat du kyste, où l'on voit ses éléments refoulés et sclérosés à la surface.

Le traitement doit donc être absolument conservateur; la néphrectomie partielle ne réalise donc pas le but cherché; il faut enlever le kyste et ne créer aucune lésion rénale, pas même celles que laisseraient le passage de fils dans la substance rénale. On y arrive facilement en réséquant le kyste à son insertion apparente sur les tissus rénaux, au niveau du bord de la capsule rénale; l'hémostase est réalisable par un simple attouchement de la tranche au thermocautère; une destruction superficielle de la paroi kystique restée adhérente au rein complète l'opération. L'organe étant souvent mobilisé, il convient de fixer enfin le rein à la paroi lombaire par l'intermédiaire de sa capsule propre.

Ainsi fut opéré avec succès, par M. Minet, une jeune femme porteuse d'un kyste du pôle inférieur, contenant 350 à 400 grammes de liquide albumineux, qu'il avait pu diagnostiquer à l'avance, et qui manifestait sa présence depuis une dizaine d'années par le syndrome dit de l'hydronéphrose intermittente.

MM. Pasteau et Papin (de Paris). En cas de rein polykystique, que l'attention soit attirée uniquement ou surtout par les symptômes fonctionnels (douleur, hématurie qui est très fréquente, divers troubles de fonctionnement rénal) ou par l'augmentation du volume du rein, la cystoscopie ne peut rien prouver que l'origine rénale de l'hématurie. Quant au cathétérisme uretéral, il permet de connaître la valeur fonctionnelle de chaque rein, et de faire ainsi plutôt un diagnostic opératoire qu'un diagnostic différentiel.

Trois cas peuvent se présenter :

1° Ou bien les deux reins ont à peu près la même élimination; leur fonctionnement restant encore bon (2 observations).

2° Ou bien les deux reins ont un fonctionnement parallèle, mais fournissent une mauvaise élimination. On ne peut pas songer à la néphrectomie (2 observations).

3° Ou bien un des deux reins fonctionne nettement mieux que l'autre; là encore il faut se méfier de la néphrectomie, car le deuxième rein peut être déjà malade (1 observation) et incapable à plus ou moins bref délai de suffire à l'élimination totale de l'urine.

M. Cathelin (de Paris) apporte six observations curieuses, une de kystes corticaux multiples du rein d'origine glomérulaire, une de kyste polaire supérieur d'origine tuberculeuse, enfin quatre de kystes hématiques sous-capsulaires, périrénaux, qu'il a observés chez quatre de ses opérés atteints, deux de tuberculose rénale abcédée, un d'hydronéphrose naine et un de rein mobile à type fœtal.

Il fait une histoire complète de cette dernière affection encore peu connue, puisqu'il n'y en a que six cas connus dans la science, et montre qu'il faut la dissocier du cadre des hémorragies péri-rénales spontanées extra-capsulaires.

Sur ces six cas personnels, il a fait cinq fois la néphrectomie lombaire et une fois une pexie secondaire capsulaire avec six guérisons.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 11 octobre 1911)

Traumatismes craniens. — M. Picqué fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Dar. Il s'agit, dans la plupart de ces cas, de traumatismes craniens par coup de pied ou par chute de cheval, chez des militaires.

Les deux premières observations, similaires, se rapportent à des traumatismes du crâne, sans hémorragies, avec céphalée; dans deux cas, la ponction lombaire fut positive et soulagea les blessés, mais les accidents reparurent, et l'un d'eux eut même une crise d'épilepsie. La radiographie fut négative. M. Dar trépana, trouva l'os intact; mais la décompression amena la guérison.

Il s'agissait, dans ces cas, très probablement, d'épanchements intraduremériens.

Ces hématomes intracérébraux, non accompagnés d'hémorragies par l'oreille, ni d'autres signes de fractures craniennes, ne sont pas rares. Ces faits sont intéressants, même en l'absence de signes fonctionnels éloignés. Quant à l'épilepsie, on peut se demander si elle est réellement d'origine traumatique et si elle n'est pas due à une simple prédisposition héréditaire réveillée par le traumatisme.

La conduite suivie par M. Dar paraît à M. Picqué quelque peu insuffisante. Dans ces cas, ainsi que l'a dit M. Championnière, il faut résolument ouvrir la dure-mère. On aurait peut-être ainsi trouvé la cause de l'épilepsie.

Quant aux suites éloignées, il faut attendre longtemps avant de considérer ces blessés comme complètement guéris. M. Picqué rapporte un cas dans lequel il intervint, et deux ans et demi après une guérison, en apparence parfaite, survinrent de nouveaux accidents. Il faut attendre quatre ou cinq ans avant de pouvoir considérer la guérison comme définitive.

M. Dar apporte d'autres observations de traumatismes graves du crâne guéris spontanément, sans aucune intervention. Un officier fait une chute de cheval et tombe la tête contre un mur; coma, hémorragie par l'oreille, ponction lombaire positive, amélioration, persistance de l'amnésie. Il y a eu là évidemment fracture de l'étage inférieur. Peut-être le blessé eût-il guéri plus vite et plus complètement si on était intervenu.

Suivent plusieurs observations analogues, d'où M. Picqué tire ces conclusions, que c'est là un sujet qui mérite de nouvelles études, afin de mieux fixer les indications de l'intervention.

Hypospadias péniens chez les petits enfants. — M. Ombrédanne décrit un nouveau procédé autoplastique fort ingénieux auquel il a eu recours, dans trois cas, avec succès, pour le traitement d'hypospadias péniens chez les petits enfants. Ce procédé se rapproche de celui de Segond pour l'exstrophie de la vessie.

Rupture de kystes hydatiques dans les voies biliaires. — M. Rochard analyse une observation de M. Le Jemtel (d'Alençon) dans laquelle il s'agit d'une femme de vingt-sept ans qui a présenté des accidents graves du côté des voies biliaires, des accidents d'angiocholite avec fièvre. M. Le Jemtel fit une cholécystotomie. L'état de la malade s'améliora. Puis les mêmes accidents ayant reparu, il fit une seconde intervention dans laquelle il alla à la recherche du cholédoque, l'ouvrit et en pratiqua le cathétérisme. Il ne trouva pas de calculs et se contenta de drainer le canal hépatique. Vingt jours après l'opération, il s'écoula un flot d'hydatides. La malade guérit.

M. Rochard rapproche de ce fait un cas personnel dans

lequel l'issue fut moins heureuse. Un homme de trente-quatre ans était atteint d'ictère grave, un traitement médical l'améliora. Peu de temps après, il fut repris de coliques hépatiques. M. Rochard l'opéra; il trouva une vésicule adhérente, fit la cholécystotomie et arriva sur le cholédoque dont l'incision donna issue à un flot de bile avec des membranes d'hydatides. Un jour survint une hémorragie qui emporta le malade.

Ces faits de rupture de kystes hydatiques dans les voies biliaires méritent toute l'attention des chirurgiens.

Désobstruction des artères embolisées. — M. LEJARS fait un intéressant rapport sur cette question, à propos d'une observation de M. Robert Proust.

Il rappelle qu'en 1902 il publia une tentative de désobstruction de l'artère fémorale par une artériotomie et l'évacuation de tous les caillots contenus dans cette artère. Après une légère amélioration, les accidents reparurent, et M. Lejars dut amputer la cuisse.

Dans le cas de M. Proust, il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, cardiaque, qui avait eu déjà des embolies pulmonaires et des phénomènes de cyanose et de refroidissement du membre. M. Proust tenta la désobstruction de l'artère quinze heures après l'apparition des symptômes. Il tomba sur une grosse artère fémorale. Il l'incisa sur une étendue de 4 centimètres et demi. Ses parois étaient dures, crétacées. Il enleva plusieurs caillots qui s'étendaient sur une longueur de 12 centimètres. Quand tous les caillots furent enlevés, le sang s'écoula par l'artère, mais en bavant. Toutefois l'artère était bien libérée, et M. Proust en pratiqua la suture. Il y eut réunion par première intention. Il n'y eut pas d'hémorragies et les battements se percevaient dans le bout inférieur de l'artère. La température du membre se rétablit. Cependant le malade succomba le lendemain.

M. Lejars rapproche de ces deux faits plusieurs autres cas dus à Trendelenburg, à Murphy, etc., dans lesquels l'issue ne fut pas plus heureuse. On a constaté parfois quelque amélioration passagère et c'est tout. Ce n'est pas, ajoute M. Lejars, très encourageant. Il pense que l'état de l'endartère qui est lésée est pour beaucoup dans les mauvais résultats. Il considère le cathétérisme de l'artère comme dangereux et nuisible. C'est donc avec raison que l'on remplace le cathétérisme par l'aspiration pour débarrasser l'artère des caillots. Peut-être trouvera-t-on ultérieurement une meilleure solution dans les greffes artérielles permettant d'exciser le bout artériel bouché et de le remplacer par un segment artériel ou veineux greffé sur l'artère réséquée.

Les conclusions de M. Lejars, en ce qui concerne la désobstruction des artères embolisées, ne sont pas très encourageantes.

M. TUFFIER fait observer que la grosse difficulté consiste à savoir où siège exactement l'embolie et jusqu'où remonte le caillot obturateur. C'est ainsi que dans un cas, chez un jeune cardiaque, il a refusé d'intervenir et il a fallu recourir à l'amputation de la cuisse. C'est là une question à l'étude, mais jusqu'ici les tentatives de désobstruction des artères n'ont pas donné de bons résultats.

M. LEGUEU, dans un cas de gangrène sénile, a tenté, mais inutilement, cette désosbstruction de l'artère fémorale. Grâce à l'emploi d'une sonde uretérale, d'injections de sérum dans le conduit artériel, il était bien arrivé à désobstruer l'artère, mais elle s'oblitéra de nouveau et, malgré l'amputation de la cuisse, le malade succomba.

Œsophagoscopie. — M. SÉBILEAU présente un petit enfant qui, après avoir avalé de la potasse caustique, tomba dans un état très grave, tellement grave que M. Sébileau n'osa pas intervenir et se contenta de prescrire des lavements nutritifs. L'enfant s'étant un peu remonté, il fit une simple gastrostomie. Puis l'état de l'enfant s'étant encore amélioré, il pratiqua l'œsophagoscopie sous chloroforme, trouva un rétrécissement annulaire qu'il dilata. Après quelque temps l'enfant put se nourrir par les voies naturelles et la bouche gastrique se ferma d'elle-même.

LIVRES NOUVEAUX

L'Anaphylaxie (1), par le professeur Ch. RICHET.

Il est impossible d'analyser le volume que le professeur Richet vient de consacrer à l'anaphylaxie. Depuis 1902, époque à laquelle il fit la découverte de ce phénomène, son domaine s'agrandit chaque jour et nombre de faits jusqu'alors inexpliqués s'éclaircissent grâce à cette nouvelle conception. Nous devons être reconnaissants au professeur Richet d'avoir groupé en un volume les notions que nous possédons actuellement sur l'anaphylaxie. Par son importance pratique, par les déductions thérapeutiques qu'il comporte, ce phénomène intéresse tout médecin et la lecture de ce volume le captivera.

P. RAVAUD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 OCTOBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.
Mardi 24 octobre, à une heure. — 5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
Mercredi 25 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*.
1er (oral). — 4e.
Jeudi 26 octobre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).
Vendredi 27 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).
Samedi 28 octobre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon*.
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Jurisprudence générale et législation de la médecine-pharmacie. Décisions de toutes les juridictions intéressant chacune de ces professions publiées depuis quinze ans (1895-1910) dans toutes les revues judiciaires de France, suivies de la législation. — Réunies, classées et présentées par M. F. PHILY AÎNÉ, MM. Henri PETEL, F. IZOUARD, A. CRINON, Marcel PETIT et P. BOGELOT, avocats à la Cour d'appel de Paris. — Un vol. in-8°. — Prix : 20 francs net, 20 fr. 85 franco. — Paris 1911, librairie Larose et Tenin, 22, rue Soufflot, et Administration du « Recueil des sommaires de la jurisprudence française », 9, rue Bertin-Poirée.

La Peste en Europe et en Asie. Empoisonnement de la race humaine par la vaccine et les sérums, par le docteur H. BOUCHER. Une brochure in-16 jésus. — Prix : 2 francs. — Paris, Librairie générale et zoophile, 5, rue Dante.

Des Méningites chroniques syphilitiques. Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabes, par le docteur Clovis VINCENT. (Thèse de Paris.) — Paris, Steinheil.

Contribution à l'étude de la diminution du murmure vésiculaire aux sommets, par le docteur Maurice FRANÇOIS. (Thèse de Paris.) — Paris, Steinheil.

(1) In-8 de 284 pages. — Paris, Félix Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Par décision ministérielle du 4 octobre 1911, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent sont passés, avec leur grade, dans l'armée territoriale :

Médecin-major de première classe. — M. Martin.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Bauby, Gouraud, Fayol, Froger, Robert.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Achard, Andéol, Artaud, Audouin, Barrel, Barthès, Beck, Beniaya, Bénichou, Bérard, Bichat, Billaud, Binant, Blanchard (A.-L.-J.), Blanchard (G.-C.), Boissat, Bompard, Bonamy, Bonnel, Boucher, Boudey, Boudinski, Boué, Boulade, Bouloumié, Bredier, Brissot, Broudic, Bruant, Brumpt, Brunet, Brunswig, Burgaud, Cailleton, Caillibaud, Calas, Carles, Castelain, Chamaillard, Chevrier, Chirié, Cochy de Moncan, Coriat, Coste (J.-E.-M.), Coste (M.-L.), Coutard, Damelon, Dartigues, Dasse, Debray, Défos, Degaud, Delfosse, Desgouttes, Deshayes, Deshusses, Dibos, Dormoy, Duhamel, Dupla, Duplan, Dupont, Duquesney, Durozoy, Escluse, Estéoule, Etchepare, Faidherbe, Fauveau, Feltgen, Foucaud, Gamas, Gardavot, Garnier-Dupré, Garreau, Gaultry, Gazet, Gérard, Girard, Girault, Glaize, Gleises, Gobinet, Gontier, Goyard, Grandin, Grenet, Grimoud, Guilaine, Hautefeuille, Hitte, Huré, Huriez, Jolly, Jouaust, Kermarrec, Knoll, Lalaguë, Laplace, Lardier, Laurent, Lecouillard, Ledoux, Léger, Le Monnier, Lesueur, Levet, Lhopitallier, Livon, Locard, Louis, Lumineau, Malherbe, Manuel, Margerid, Maroger, Marque, Marquef, Martin (N.-J.), Martin (V.-L.-J.), Massard, Masson, Ménétrel, Michelet, Mignardot, Mircouche, Moindrot, Moisnard, Morel, Mory, Mougeot, Nantermoz, Naureils, Neumager, Noël, Olmer, Onfray, Perrin, Petit, Pfeiffer, Picard, Pierre, Poirault, Poirier de Clisson, Pons, Potron, Pruvost, Rallier du Baty, Rathery, Revol, Ribollet, Ricard, Rivière, Roinet, Roumagoux, Roux, Semper, Sequer, Sigre, Soulhlé, Stérin, Tauzia, Théron, Thorel, Toy, Thébeneau, Triau, Verdier, Very, Viannay, Viard, Vidal, Vignon, Violet, Vivien, Voisin, Warin.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Acher-Dubois, Alayrac, Allard, Armand, Astier, Audebert-Laroschas, Aumond, Bardet, Barreau, Barret, Barthès, Bazalgette, Béhurel, Benoit, Bertrand (G.-J.-V.), Bertrand (J.-M.-J.-A.), Besançon, Béthoux, Bidou, Blanchereau, Boivin, Boncour, Bonhomme, Boucheseiche, Bourguignon, Bouygues, Boyer, Bravy, Bray, Bregeon, Briançon, Brun, Buisson, Buron, Cabanne-Tellé, Cagnard, Caniveng, Canque, Cantonnet (A.-L.-H.), Cantonnet (P.-F.-J.), Carette, Carretier, Cartron, Cesbron, Chapotin, Chappat, Chavernac, Chavet, Cheynès, Chiray, Chomienne, Cochy de Moncan, Cointepas, Compayré, Contencin, Coppens, Cordier (H.), Cordier (J.-R.), Coste, Coudret, Croyn, Dahmier, Damiens, Daniel, David, de Bon, Debuire, Debuschère, de Casteras, de la Rue, Demarque, de Nevrèze, de Paoli, Desjeux, Devèze, Dieuzaide, Dirksen, Douvre, Drain, Duband, Dubreuil, Dubuche, Duhem, Duplay, Dupond, Duvernay, Ely, Emon, Ertzbischoff, Esparbès, Eveno, Fargues, Ferlut, Finelle, Flamand, Fléchet, Florion, Fonteneau, Forestier, Forget, Froment, Galippe, Garban, Genevoix, Giron, Gleize, Gorse, Goubert, Goulden, Granal, Grandjean, Grojean, Guenon des Mesnards, Guérin, Guibert, Guillet, Haas, Hautant, Hemet, Henry (C.-J.-A.), Henry (R.-L.-A.), Herbinet, Hercouët, Hernu, Hily, Hornus, Humbert, Huzard, Ichard, Jacquot, Jourdain, Joyon, Jullich, Jullien, Kraut, Labelle, Lacomme, Lacoste, Lacroix, Lafourcade, Landaud, Larché, Laudet, Laurens, Laval, Le Breton, Leconte, Leduc, Legrain, Lehmann, Le Maignan de Kerangat, Lemerle, Lerat, Lieutier, Looten, Manget, Marcontoni, Marciteau, Martin, Mathieu, Maystre, Miodet, Monfrin, Monjaret, Monod (E.-O.-R.), Monod (G.-J.-P.), Monribot, Mougenc de Saint-Avid, Muret, Naud, Nègre, Nespoulous, Nourry, Obers, Ollivier-Beauregard, Paget, Passenaud, Paugam, Pautré, Payenville, Peguet, Pélicand, Perfetti, Perpère, Perquis, Perruc, Picard, Pillon, Plaussu, Poirier, Poissenot, Poncetton, Poupardin, Pouret, Prince, Privat, Proust, Puéchavy, Puisségur, Pujo, Quellien, Quentin, Queuille, Quilliet, Quinsac, Ragaine, Ralliou, Renaud, Richard, Rivet, Robert, Robineau, Roché, Rolland, Rottenstein, Rouquette, Roux, Sabatier (A.-G.), Sabatier (C.-P.), Sabut, Samné, Sauphar, Sauvageot, Savornin, Schæffer, Secret, Sicard, Simonin, Sircoulon, Thiers, Trolart, Troller, Veillon, Verdier, Vernet, Vernon, Vigouroux, Villaret, Weill, Xech.

MARINE. — Sont autorisés à prendre part aux concours qui auront lieu au port de Brest les 16 et 17 octobre 1911 pour des emplois de professeur et de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de ce port :

Pour la chaire d'anatomie, M. le médecin de première classe Chabanne.

Pour la chaire d'histologie et physiologie, M. le médecin de première classe Brunet.

Pour la chaire de physique biologique, M. le pharmacien de première classe Foerster.

Pour l'emploi de prosecteur d'anatomie, M. le médecin de deuxième classe Pellé.

M. le médecin de deuxième classe Chabé est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Rochefort, le 18 octobre 1911, pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école-annexe de médecine navale de ce port.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarantième semaine, 856 décès au lieu de 854 pendant la semaine précédente, et au lieu de 789, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde continue à dépasser la moyenne; elle a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 118, au lieu de 86 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La coqueluche a causé 7 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3).

La diphtérie a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 49 (au lieu de 43 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 46).

La diarrhée infantile a causé 50 décès de 0 à 1 an, au lieu de 46 pendant la semaine précédente (moyenne 40).

En outre, 35 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 104 décès, au lieu de 88 pendant la semaine précédente, et au lieu de 91, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 156 décès (moyenne 172).

La méningite tuberculeuse 16 décès (moyenne 18).

La méningite simple 20 décès (moyenne 16); parmi eux nous comptons 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (un seul cas nouveau a été signalé par les médecins).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Monestier (de Cormeilles, Eure).

HOPITAL NECKER. — Sous la direction de M. le docteur Hirtz, MM. Salomon, Louste, Lemaire, Génévrier, Debré, Beaufumé, anciens internes des hôpitaux, feront des présentations de malades tous les mercredis, à dix heures et demie; chaque présentation sera suivie d'une critique par le chef de service.

Le docteur Lesage fera tous les samedis, à dix heures et demie, à partir de novembre, des conférences pratiques de thérapeutique physique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE JEUDI 9 NOVEMBRE 1911

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en 2 lots et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant les années 1912, 1913 et 1914. L'importance du marché est évaluée avant rabais à 60 000 francs pour chaque lot, par année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE JEUDI 9 NOVEMBRE 1911

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'administration, pendant les années 1912,1913 et 1914.

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	20 000 fr.
2e —	*Id. Id.*	20 000
3e —	*Gants et doigtiers en caoutchouc.*	8 000
4e —	*Articles de caoutchouc*	30 000
5e —	*Thermomètres*	30 000
6e —	*Articles divers*	10 000

(Avant rabais et par année.)

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Questions données : « Ligament et rapports de l'articulation tibio-tarsienne. Anatomie descriptive. — Signes et diagnostic du tétanos. »

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 13 octobre 1911. — Question donnée : « Anatomie du nerf sous-iliaque. »

MM. Michon (Louis), 17 1/2; Migot, 12 1/2; Kahn (Maurice), 18; Léonet, 13 1/2; Ledrain, 11; Mlle Kahn, 13 1/2; MM. Jacquet et Jouet, 14; Lepelletier, 11; Leroy, 13; Laurent (Louis), 11; Lavaux, 13; Lozès, 10 1/2; Medvédeff, 11 1/2; Le Chaux, 9; Kœrner, 13; Mlle Lévy, 13; MM. Marquand, 9; Jacquelin, 15.

Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Anatomie du nerf radial. »

Mlle Le Soudier, 11; M. Leroux, 15; Mlle Kotsovos et MM. Marceron, 14; Klébanski et Manteau, 11; Maisonnave, 8; Laurent (Marcel), 11 1/2; Marquézy, 19; Latombe, 10 1/2; Laurent (Fernand), 11; Le Cocq, 14; Leclerc, 13; Jacques, 14; Levesque, 18; Lacroix, 8; Lehuche, 13; Laurent (Pierre), 16 1/2; Ladroitte, 11 1/2; Mlle Kouriansky, 9; MM. Lefèvre, 10; Magnillat, 17.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 10 octobre 1911 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Marion passe au 157e d'inf.; Lenoir, aux salles milit. de l'hospice mixte de Nevers; Marty, au 122e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Viallet passe au 13e d'inf.; Long, au 55e d'art. de camp.; Pelegrin, au 14e huss.; Fontagné, au 1er chass. d'Afrique.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Grondone passe au 112e d'inf.; Pouchet, au 18e d'art. de camp.; Odinot, au 13e d'inf.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Guillaume passe au 28e bat. de chass. à pied.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le docteur Michel.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le docteur Chastang.

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Mourron.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Brochet.

M. le médecin général de deuxième classe Burot passe au cadre de réserve.

MM. les médecins en chef de deuxième classe Pungier et Girard sont inscrits d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin en chef de première classe.

M. Kéruzoré, étudiant en médecine, est admis à l'école principale du service de santé de la marine.

EXPOSITION DE QUITO (1909). — Parmi les récompenses nous relevons les noms suivants :

Diplômes de grands prix. — MM. les docteurs Angelby, Beurnier, Grünberg, M. Leprince, Lucien Graux (de Paris) et la *Gazette médicale de Paris.*

MM. Bertaut-Blancard, F. Comar et fils; la compagnie fermière de Vichy; Fumouze, Midy, Robin et Vernade (produits pharmaceutiques); Alfred Plisson (instruments de chirurgie).

Diplôme d'honneur. — M. le docteur Mencière (de Reims).

Diplômes de médaille d'or. — MM. les docteurs Jeannel, Rivière et Félix Terrien (de Paris).

Diplômes de médaille d'argent. — MM. le docteur Leroy (de Paris); Sabatier et Swann (de Paris) [produits pharmaceutiques].

Diplôme de médaille de bronze. — MM. Cognet (de Paris) [produits pharmaceutiques].

Médaille d'or pour la mission géodésique de l'Equateur. — M. le médecin-major Rivet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Marchand (de Soissons).

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1690.)*

XXIVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 2-7 OCTOBRE 1911 (1)].

DEUXIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES AIGUES

MM. H. HARTMANN (de Paris) et TÉMOIN (de Bourges), rapporteurs.

Le traitement des péritonites généralisées a subi, depuis un quart de siècle, des modifications profondes : tout d'abord exclusivement médical, il était devenu exclusivement chirurgical sous l'influence de la grande poussée opératoire née de l'antisepsie et de l'asepsie; c'est alors que l'on croyait nécessaire et suffisant de poursuivre l'infection partout où elle se trouvait dans la séreuse, c'est l'époque des incisions énormes et multipliées, des éviscérations totales, des grands lavages de la séreuse; puis, devant les résultats décourageants obtenus, un revirement s'est produit; l'acte chirurgical tend de plus en plus à être réduit au strict indispensable, tandis qu'une médication active soutient les forces de l'organisme, lui permet de lutter efficacement contre l'infection. Très nette depuis plusieurs années en France, cette tendance s'est encore accentuée depuis qu'elle nous est revenue d'Amérique sous les auspices de Murphy, Gibson, Ochner, Fowler, qui ont eu le mérite de systématiser une technique encore indécise.

Dès le début de son rapport, M. HARTMANN rappelle cette évolution et admet aujourd'hui comme établi ce principe qu'une péritonite aiguë peut guérir, une fois qu'on a supprimé sa cause, sans qu'il soit indispensable d'évacuer à tout prix les épanchements plus ou moins purulents de la séreuse, qui d'ailleurs ne sont que le résultat de la défense de l'organisme à l'infection.

Le rapporteur énumère ensuite les facteurs spéciaux de gravité de l'infection au niveau du péritoine : étendue considérable de la surface de la séreuse qui égale celle du tégument externe, l'irrégularité de cette surface présentant de nombreux plis et diverticules qui rendent son nettoyage complet très difficile, le pouvoir d'absorption de la séreuse, très grand en certains points (région diaphragmatique). Par contre, le péritoine possède un certain nombre de moyens naturels de défense : l'épiploon, riche en éléments lymphatiques, et toujours prêt à venir obturer une perforation pour enkyster une collection, calfater et créer des cloisons étanches dans les organes dont il a la garde; l'irrégularité même de la séreuse qui facilite la formation des adhérences, l'enkystement des collections; enfin, l'existence d'une pression positive à l'intérieur de l'abdomen, qui facilite l'évacuation des liquides épanchés, dès qu'il existe une ouverture à la paroi abdominale.

Ces préliminaires posés, M. Hartmann aborde le traitement des péritonites libres, à extension progressive, qu'elles soient généralisées ou non. Il remarque, en effet, qu'il est impossible cliniquement de faire le départ entre les péritonites très étendues et les péritonites généralisées; bien plus, à proprement parler, il est douteux que le péritoine soit atteint dans sa totalité, en tout cas c'est exceptionnel. Il faut attacher surtout au terme une valeur clinique; les péritonites diffuses sont celles qui se caractérisent par un facies anxieux, un pouls petit et rapide, une respiration accélérée, de la sensibilité générale de l'abdomen, du météorisme, de l'arrêt des matières et des gaz, des vomissements, et un degré plus ou moins prononcé de la contraction de la paroi.

Malgré les progrès accomplis dans leur traitement, de telles infections donnent encore une mortalité très élevée, c'est pourquoi on doit s'efforcer de les prévenir à tout prix.

Passant rapidement en revue les progrès énormes accomplis dans la technique des opérations abdominales, M. Hartmann nous montre les raisons de la disparition presque complète de la péritonite post-opératoire par infection apportée du dehors, dans les laparotomies pour affections non septiques.

On peut de même, jusqu'à un certain point, éviter les accidents de péritonite aiguë qui surviennent spontanément dans certaines affections abdominales, en opérant précocement ces opérations au stade préperforatif. C'est pourquoi on doit plaider de toutes ses forces en faveur de l'opération précoce à chaud, dans l'appendicite aiguë, qui doit être opérée dans les premières heures, comme une hernie étranglée.

La précocité de l'intervention s'impose avec la même rigueur pour les perforations typhiques, celle de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, les plaies pénétrantes du tube digestif, les contusions abdominales avec lésions intestinales.

Si nous n'avons pas pu ou su prévenir la péritonite aiguë, il s'agit de la traiter activement. Ici se pose un premier point : y a-t-il un traitement médical de péritonite aiguë? Ses indications sont faites des contre-indications de l'opération : bénignité de certaines formes de péritonites, ou au contraire, état trop grave, inopérabilité d'autres cas. Dans le premier groupe il faut ranger certaines péritonites aiguës post-opératoires, avec symptômes infectieux atténués et surtout accidents d'obstruction intestinale. Ici le rétablissement du péristaltisme intestinal est l'indication capitale, et suffit à amener la disparition des accidents. Un autre exemple de péritonite guérissant par les moyens médicaux est constitué par la péritonite à gonocoque d'origine génitale chez la femme, débutant parfois par des phénomènes à allure très inquiétante, elle cède d'ordinaire à un traitement médical bien conduit.

D'autre part le rapporteur croit inutile d'intervenir dans les infections ultra-septiques du péritoine, dans ces cas de septicémie péritonéale, où l'on ne trouve que quelques gouttes de liquide entre les anses intestinales distendues et vascularisées. A côté de cette extrême gravité tirée de la nature de l'infection, on peut placer les cas qui sont devenus désespérés parce que l'on a trop attendu. Là aussi, chez un moribond à facies grisâtre, violacé, à pouls incomptable, à extrémités déjà refroidies, à intelligence éteinte, et qui n'est tiré de son assoupissement que par des vomissements répétés, l'intervention ne pourra guère que précipiter la terminaison fatale. Cependant M. Hartmann conseille encore d'opérer si le sujet est très jeune, et si en dehors de l'opération la guérison est impossible, comme dans le cas de perforation du tube digestif.

Ces indications posées, le rapporteur aborde la technique opératoire elle-même. Le premier point est d'établir un diagnostic étiologique, la première indication étant d'aborder la lésion causale par la voie la plus directe et de la supprimer. Ceci fait, on opère le plus vite possible : préparation du champ opératoire à la teinture d'iode, anesthésie générale (la rachianesthésie qui exerce une action déprimante sur le cœur est absolument à rejeter ici), incision de situation et de dimensions appropriées à l'ablation de la cause, évacuation, dans les limites du possible, des produits infectieux. M. Hartmann rejette l'emploi des grands lavages, qui ne trouvent plus leur utilisation que dans le cas de perforation large ayant permis à une notable quantité d'aliments non digérés de s'épancher entre les anses intestinales; il en est de même de l'éviscération. Il est indispensable de drainer et de drainer au bon endroit. Mais il ne faut pas croire que le drainage puisse donner une évacuation complète et surtout durable des produits infectieux; on doit donc supprimer drains et mèches de gaze assez tôt si on ne veut pas occasionner des fistules intestinales. Selon le rapporteur l'indication du drainage résulte bien moins de la pré-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 116, p. 1651.

sence de pus dans l'abdomen, que de particules non résorbables (portions mortifiées de séreuse au contact d'un appendice gangréné, fausses membranes abondantes, débris alimentaires sortis par une perforation) ou d'une surface cruente et saignante (cholécystectomies, appendicectomies). Dans certains cas opérés très près du début des accidents, et où le péritoine ne présente que des lésions superficielles, on est autorisé à fermer complètement l'abdomen sans drainage. Mais dès qu'il existe une collection purulente véritable il vaut mieux drainer, un gros tube de caoutchouc souple au niveau de la lésion causale, d'autres drains dans les poches purulentes secondaires et dans le cul-de-sac de Douglas. On refermera ensuite les incisions aussi exactement que possible sur les drains, avec un seul plan de fils de bronze, ce qui est préférable à la suture à étage en cas d'infection probable de la paroi.

Ceci exécuté le plus rapidement possible, le malade est placé en position demi-assise qui favorise l'écoulement des liquides vers le petit bassin, d'où l'importance du drainage du Douglas. Il reste maintenant à lutter d'une part contre le collapsus et l'intoxication, d'autre part contre la paralysie intestinale et les vomissements qui en sont la conséquence. Les injections rectales continues de sérum selon la méthode de Murphy (proctoclyse) semblent répondre le mieux à la première indication. Le sérum employé par Murphy est une solution de 7 grammes de chlorure de sodium et 7 grammes de chlorure de calcium par litre d'eau; l'écoulement du liquide est réglé de telle sorte qu'il en pénètre un litre en une heure ; toutes les deux heures on remet deux litres dans le récipient, si bien que le rectum ne reçoit rien une heure sur deux. Chez l'adulte la quantité à injecter est de neuf à dix litres par vingt-quatre heures, à la température de 38 degrés. On peut continuer ainsi plusieurs jours s'il est nécessaire; on devra s'arrêter toutefois plus tôt, si un œdème léger apparaissait à la face ou aux extrémités, car on a vu, avec des doses trop fortes, se produire des accidents d'œdème aigu du poumon. Dans les cas de collapsus cardiaque avec danger imminent, le sérum adrénaliné administré par voie veineuse est très efficace. On y joindra l'huile ou l'éther camphré, la caféine, la strychnine par voie hypodermique. Bien que beaucoup d'auteurs aient déconseillé l'emploi des opiacés, M. Hartmann s'est toujours bien trouvé chez ses malades de l'emploi modéré de la morphine et de l'héroïne qui les soulage, leur procure un peu de repos, et leur permet de respirer plus librement.

L'évacuation de l'intestin, si elle n'a pas été provoquée par les lavages de sérum, sera d'abord tentée par les méthodes ordinaires : purgatifs salins, huile de ricin, calomel, salicylate d'ésérine (5 décimilligrammes en injection hypodermique 2 ou 3 fois en six heures), sulfate d'atropine. En cas d'échec il ne faudra pas hésiter à pratiquer rapidement une bouche intestinale, au moyen d'un tube de Paul, de Mixter ou de l'appareil de Pinatelle et Rivière.

Les lavages de l'estomac seront souvent indispensables pour faire disparaître des vomissements. Pour éviter la fatigue de passages répétés de la sonde, on peut, à l'exemple de Westermann l'introduire par les fosses nasales, la fixer à demeure après l'avoir amorcée dans un récipient placé auprès du lit.

Le rapporteur conclut que la thérapeutique de la péritonite généralisée s'est considérablement améliorée dans ces dernières années. Il cite la statistique de Murphy qui sur 50 cas n'a eu que 2 morts. On n'obtiendra de semblables résultats que si, en dehors des conditions énumérées plus haut, on est en présence de cas ayant été diagnostiqués de façon précise et précoce ; là est la garantie du succès.

Reprenant aussi les étapes suivies par la thérapeutique des grandes infections péritonéales M. Témoin (de Bourges) proclame que le traitement chirurgical de la péritonite est sorti de la période des tâtonnements et d'indécision, et il lui paraît légitime de formuler les conclusions suivantes :

Contre la péritonite aiguë qui est l'infection libre du péritoine, que cette infection soit généralisée ou en voie de généralisation, le péritoine dispose de moyens de défense considérables, mais insuffisants sans le secours de la chirurgie. A l'heure actuelle, je ne crains pas de le dire, il n'y a pas de traitement médical de la péritonite. Il faut donc intervenir, mais pour le faire avec chance de succès, il faut une intervention très précoce et très rapide ; précoce, elle réussira à enrayer la généralisation : rapide, elle limitera au minimum les manœuvres intra-péritonéales, laissant ainsi au péritoine son pouvoir phagocytaire.

Il faut regarder comme dangereux les grands lavages, les grands brassages de l'intestin. Au contraire, à tout prix, il faut s'efforcer de supprimer la cause de la péritonite. Pour faciliter la respiration, collecter les liquides dans le petit bassin et préserver de leur séjour la partie la plus absorbante de la séreuse, il est nécessaire de placer l'opéré en position demi-assise de Fowler ou en décubitus latéral droit comme le conseille Walther.

Dans quelques cas on pourra se passer de drainage, mais il est le plus souvent indispensable. On doit le réduire à un simple tube laissé au niveau du siège initial de l'infection, ou a deux tubes, dont l'un plonge dans le Douglas. L'infection gastro-intestinale et la résorption péritonéale sont combattues par des lavages de l'estomac et les irrigations continues de l'intestin données goutte à goutte; soit de bas en haut d'après la méthode de Murphy, soit de haut en bas, en pratiquant l'appendicostomie ou la cæcostomie.

Les moyens médicaux, les injections de liquides phagocytaires ou anti-toxiques compléteront le traitement.

L'appendicite étant la cause de beaucoup la plus fréquente de l'affection, il est prudent de mettre les malades qui en sont atteints dans la position demi-assise pour favoriser la localisation des accidents, en cas d'infection péritonéale. Le meilleur traitement préventif de la péritonite est, par suite, et la statistique le prouve, l'opération précoce ou hâtive de l'appendicite.

M. Témoin est convaincu que par ces moyens, employés comme il convient, on verra chez nous, comme à l'étranger, les statistiques s'améliorer très notablement, et la guérison y remplacer la mortalité encore considérable. Ce sera un des grands triomphes de la chirurgie moderne d'avoir rendu curable une affection jusque-là si meurtrière, qu'elle avait pu faire dire aux chirurgiens eux-mêmes que leurs efforts ne pouvaient rien contre elle.

Ce qui donne un tel espoir à l'heure présente, c'est la thérapeutique vulgarisée surtout aux Etats-Unis, grâce aux efforts des frères Fowler et de Murphy. Aussi le rapporteur a-t-il insisté tout particulièrement, sur la technique de ces chirurgiens. Parmi les statistiques les plus récentes, celle de MM. Fowler, en 1904, donnait 67 p. 100 de guérisons, et celle de Murphy, en 1908, apportait 52 cas opérés avec seulement deux décès, ce qui est merveilleux. D'ailleurs, tous les chirurgiens français qui ont eu recours à la méthode de Murphy en ont constaté les heureux effets. MM. Walther, Tédenat, Lejars, Marquis, Dayot, Arnaud, en confirment la valeur. Tous les chirurgiens, qui ont bien voulu répondre au questionnaire que M. Témoin a adressé à l'occasion de ce rapport, ont relaté des succès qu'ils n'obtenaient pas auparavant. Il est certain que, sous l'influence de l'irrigation, les mouvements de l'intestin se rétablissent rapidement et que les toxines intestinales sont chassées.

Quand les irrigations selon la méthode de Murphy ne sont pas bien tolérées ou ne donnent pas de résultat, on peut irriguer l'intestin en sens inverse selon le procédé de Billington, après appendicectomie ou cæcostomie. J'ai 2 observations très intéressantes où la guérison ne put être obtenue que par ce lavage de haut en bas, après échec de la thérapeutique de Fowler et de Murphy.

Mais, en tout cela, il faut agir vite et surtout de bonne heure,

Là est le vrai secret du succès. Il faut donc savoir prendre, quand les circonstances l'exigent, des décisions rapides et énergiques, au lieu de tergiverser sans cesse comme autrefois.

Discussion.

A la suite de ces rapports, une discussion s'engage à laquelle prennent part vingt-cinq orateurs, discussion fort intéressante mais qui était empreinte d'une certaine confusion, inévitable selon la remarque de MM. Sencert et Vidal, et l'aveu même du président Segond, parce que le titre adopté pour la question traitée était trop vaste, réunissant les formes les plus disparates de l'infection péritonéale dans une même discussion. Or, certains orateurs comme MM. Sencert et Vidal s'en sont tenus aux péritonites généralisées consécutives aux perforations viscérales, tandis que d'autres, comme MM. Kirmisson, Depage, Forgue, Monprofit, Potherat ne parlaient que des péritonites appendiculaires d'un pronostic singulièrement moins sombre, les autres traitant du traitement des péritonites sans distinction d'origine. Voyons, dans cet ordre, les diverses opinions émises.

Pour M. Sencert (de Nancy), dans la péritonite par perforation après occlusion de la perforation, il faut assurer un drainage effectif. Le courant continu d'oxygène au moyen de tubes est très efficace dans ce sens en empêchant la formation d'adhérences; le pouvoir de défense du péritoine est exalté. Le chauffage électrique de l'abdomen est un adjuvant utile. Avant l'emploi de cette méthode, sur 7 cas l'auteur avait eu 5 morts; depuis, 5 cas ne lui ont donné qu'un seul décès.

M. Vidal (d'Angers) met en garde contre le mirage des statistiques. Si on ne conserve que les formes généralisées, graves, les péritonites par perforation dont il veut seulement s'occuper, la mortalité réelle, malgré l'emploi des procédés actuels (Fowler, Murphy, etc.), atteint encore 50 p. 100. C'est néanmoins un progrès réel, et M. Vidal analysant les raisons de ce progrès trouve celles-ci : on n'hésite plus à opérer ces cas, on cherche à détruire, point essentiel, la cause de l'infection, abandon du lavage qui disséminait l'infection, position de Fowler qui protège du contact du liquide septique les parties les plus absorbantes de la séreuse, on hydrate les malades, soit lentement par l'instillation rectale, soit brusquement par injection intraveineuse. M. Vidal remarque à ce propos que le chlorure de sodium est un poison du cœur, et que, par voie rectale, il faut employer la solution de chlorure de calcium de Murphy, et dans les veines le sérum de Locke. Cette hydratation est capitale; par des pesées successives M. Vidal a constaté que certains malades avaient perdu 8 livres en trente heures. On sait mieux drainer, et M. Vidal rappelle les principes logiques du drainage : double orifice, suture exacte de la paroi autour du drain. Certains moyens répondent à d'autres indications : la distension gazeuse ou liquide de l'intestin provoque un afflux réflexe de sang, une véritable « saignée » du malade dans ses viscères abdominaux, la création d'une bouche intestinale peut être indispensable; on peut obtenir une désinfection de la séreuse, relative dans les cas d'infection aérobie, presque complète dans les anaérobies, par un courant continu d'oxygène (surtout si le gaz a été ozonisé comme le montre l'expérimentation de l'auteur), l'injection d'huile camphrée à faible dose (0g20) dans la séreuse, mais surtout le sérum de cheval chauffé augmentent le pouvoir défensif de la séreuse.

Dans le traitement de la péritonite appendiculaire chez l'enfant, M. Kirmisson (de Paris) critique la tendance actuelle à faire de trop petites incisions; il faut inciser assez largement pour enlever l'appendice, si l'état général le permet. Il condamne les lavages et draine toujours le Douglas et a adopté la position de Fowler. Il pratique la proctoclyse de Murphy, mais chez les enfants il y a parfois de l'intolérance rectale. M. Kirmisson a essayé alors, avec succès, d'injecter le sérum dans le péritoine même; mais son emploi est trop récent pour pouvoir encore juger de la valeur du procédé. — M. Depage (de Bruxelles) rappelle la gravité de la péritonite généralisée appendiculaire jusqu'à ces dernières années : sur 24 cas opérés avec lavage, il n'avait eu que 7 guérisons. Depuis 1906, il pratique une simple incision de 5 centimètres dans la fosse iliaque, et sans s'inquiéter d'évacuer tout le pus place un double drain. Il suffit de créer une soupape de sûreté. Il ne croit pas indispensable d'enlever l'appendice souvent enveloppé d'adhérences. L'opération doit être rapide, sans narcose, simple, susceptible d'être exécutée d'urgence par des débutants. Il ne pratique pas de sérum par voie rectale. Sur 32 malades opérés de cette façon, il n'a eu que 3 décès. Pour le diagnostic, M. Depage tient peu compte du pouls, de la température, de l'examen du sang. C'est le facies anxieux, infectieux, la dureté du ventre, le « ventre de bois » qui sont les symptômes capitaux. Une variété très spéciale, la forme gangréneuse à anaérobies, se termine toujours par la mort; après un début brusque, la température s'atténue, tombe à la normale le troisième jour, le ventre se ballonne légèrement et le malade se refroidit rapidement. L'intervention n'empêche pas l'issue fatale. — M. le professeur Forgue (de Montpellier) a opéré 38 cas de péritonite généralisée appendiculaire avec 20 décès. Pour lui le facteur principal de gravité tient au temps écoulé depuis le début, il démontre que les malades opérés dans les trois premiers jours ont de grandes chances de guérir, et qu'entre le troisième et septième jour la mortalité devient énorme. A la ville les résultats sont meilleurs qu'à la campagne où les retards, les difficultés du transport sont inévitables. Depuis trois ans la mortalité s'est abaissée sous l'action combinée de la précocité de l'intervention, minimum du traumatisme intestinal, du drainage, position de Fowler, proctoclyse de Murphy. Cette dernière ne doit pas faire oublier le sérum intraveineux qui rend de grands services dans le collapsus. En cas de tachycardie persistante, la digitaline à doses fractionnées, la vessie de glace sur le cœur rendront des services. Le collargol, l'électrargol seront employés contre la toxémie. Mais, comme pour la hernie étranglée, le succès dépend de la précocité de l'intervention. C'est ce que M. Monprofit (d'Angers) ne craint pas de répéter à son tour, car beaucoup de médecins ne pensent pas ainsi. La péritonite ne se traite pas comme un abcès, pas de lavages, pas de manipulations; on incise, on enlève l'appendice rapidement et on draine le Douglas. Il faut agir de même dans les péritonites après les salpingites, en drainant au-dessus du pubis.

M. Potherat pense que le traitement préventif est capital, car la médecine ne guérit pas la péritonite généralisée appendiculaire. Il faut inciser, évacuer le liquide, enlever l'appendice, laver abondamment même dans l'abdomen avec de l'eau stérilisée, en écartant avec des valves, drainer le Douglas et la fosse iliaque en fermant la plaie. Cette méthode lui a fourni 85 p. 100 de guérisons.

Avec M. Sonnenburg (de Berlin) nous arrivons aux orateurs qui ont parlé de la péritonite en général. Après avoir rappelé que si sa statistique jusqu'en 1904 donnait 40 p. 100 de mortalité, elle ne lui donne plus que 10 p. 100 actuellement, il attire l'attention sur les renseignements que l'on peut tirer de l'examen du sang. C'est lui qui permet de juger la virulence de l'attaque et la vigueur de la résistance de l'organisme. Si l'infection est très forte et la résistance très faible, le cas est très grave, on ne refermera pas le ventre, on drainera, et parfois même les lavages seront permis; si le cas est favorable on peut refermer sans drainer. — M. Tédenat (de Montpellier) rappelle qu'il a préconisé, sans grand écho, au congrès de 1909, la méthode de Fowler-Murphy, qu'il avait vu dès 1876 Laroyenne (de Lyon) employer la position demi-assise; et que depuis vingt ans il usait des lavements chlorurés à garder qui remontent considérablement les malades. Il insiste sur les bons résultats de la méthode, et ajoute qu'il n'a eu qu'à se louer des

injections massives d'huile camphrée (25 à 30 grammes matin et soir) auxquelles il attribue surtout une action nutritive. — M. Ceci (de Pise) conseille d'opérer tous les cas, même désespérés, à condition de ne pas chercher à faire une opération radicale. Il faut se contenter de pratiquer l'entérostomie du cæcum, si elle est possible, ou de la dernière portion de l'iléon, ou d'une anse quelconque distendue; pratiquée sous anesthésie locale, elle ne porte pas une atteinte sérieuse à l'état général du malade et souvent peut sauver un mourant. Un de ses assistants, M. Volterrani, a publié, il y a trois ans, 8 cas de péritonite généralisée avancée avec entérostomie : 6 malades ont guéri. Pour M. Lejars (de Paris) il serait utile de connaître pour le traitement la nature et la virulence de l'agent microbien; le type anatomique est aussi capital pour le pronostic et on devrait distinguer la péritonite diffuse de la péritonite par diffusion comme on la voit dans les appendicites et les infections génitales. L'important est d'opérer tôt, vite, sans traumatismes, mais il faut enlever la cause de l'infection. Pas de lavages, drainage restreint. L'auteur avait insisté déjà en 1905 sur l'importance de la position semi-assise ; quant à la proctoclyse ce n'est qu'une application particulière du sérum artificiel qui ne doit pas faire oublier la voie sous-cutanée que l'auteur recommande toujours. M. Moty (de Paris), qui utilise dans ces cas l'anesthésie locale, fait remarquer que pour qu'elle soit complète il faut, après incision de la peau et de l'aponévrose, porter directement l'anesthésique sur le péritoine qui est particulièrement sensible. M. Doyen (de Paris) conseille d'opérer au plus vite pour la péritonite appendiculaire et traumatique. La péritonite post-opératoire, rare aujourd'hui, doit être traitée préventivement par une injection de colloïde phagogène dans la séreuse. Dans 13 cas, où il s'en est servi, il a pu constater qu'il n'y avait aucune réaction, c'est une véritable vaccination contre l'infection péritonéale. Le traitement chirurgical est le seul traitement de la péritonite, nous dit M. H. Delagénière (du Mans), en enlevant la cause, et s'opposant à la diffusion de l'infection. La cavité abdominale est divisée en trois étages et l'infection a tendance à se propager de l'un à l'autre par l'écoulement des liquides septiques. L'opération consistera en une, deux, exceptionnellement trois petites incisions : médiane, sus-ombilicale pour l'étage sus méso-colique, latérale droite pour l'étage sous-mésocolique, sus-pubienne pour le bassin. Outre le foyer on devra drainer les parties déclives, donc dans les péritonites de l'étage supérieur il y aura à faire une incision de décharge. Celle-ci sera faite presque toujours dans la fosse iliaque droite, point où l'incision peut ménager les muscles de la paroi, et c'est en ce point que s'accumulent les liquides septiques venant de l'étage supérieur. Exceptionnellement on aura à drainer la fosse iliaque gauche, et l'arrière-cavité des épiploons. Après l'opération le malade doit être maintenu en position demi-assise et latérale droite. Comme pansement, la plaie et les drains sont recouverts de compresses imbibées de sérum artificiel, recouvertes elles-mêmes de coton hydrophile stérilisé pour réaliser un drainage capillaire par évaporation.

M. Thiéry (de Paris) intervient toujours, malgré la statistique déplorable pour péritonite diffuse. Il faut opérer précocement, rapidement, de préférence sous anesthésie locale. Il ne cherche pas à enlever l'appendice mais draine très largement, cinq drains, et chez la femme un drain pelvien en T. La cæcostomie et l'appendicostomie ont des indications. La statistique de M. Thierry lui donne 30 p. 100 de guérisons. Celle de M. Auvray (de Paris) est à peu près semblable puisque sur 34 cas il a eu huit guérisons. Il note que les péritonites hautes guérissent bien plus rarement que les péritonites basses (appendicites, organes génitaux) ; il lui a semblé que chez l'enfant les résultats étaient moins favorables que chez l'adulte. Il faut autant que possible supprimer la cause de la péritonite, et, même au prix d'incisions multiples, assurer le drainage. Les cas qui guérissent sont ceux qui sont largement drainés; chez la femme il est très important de placer un drain vaginal. Pas de lavages. Il faut préférer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale, et placer l'opéré en position de Fowler. M. Auvray conseille d'opérer dans tous les cas car on peut voir guérir de véritables moribonds. — M. Chibret (d'Aurillac) attire l'attention sur les avantages du chauffage électrique de l'abdomen entre 80 et 100 degrés. On note une sédation rapide de la douleur, le pouls se remonte, et le péristaltisme intestinal se rétablit rapidement. La méthode peut être employée préventivement après les laparotomies, et on peut remplacer la piqûre de morphine par une heure de chauffage. — M. Savariaud (de Paris) s'élève contre la négation de tout traitement médical, et la tendance à opérer quand même tous les cas. Les faits se chargent de démentir ces formules absolues. Il en est de même de cette opinion qu'une opération précoce ne peut jamais aggraver la situation.

M. Lecène (de Paris) apporte la statistique des péritonites libres opérées dans les trente derniers mois dans le service de M. Hartmann : 56 péritonites dont 46 d'origine appendiculaire, guérisons 34 (60 p. 100). Il faut enlever la cause de la péritonite et drainer convenablement, le plus souvent par le Douglas. Mais l'essentiel est d'opérer tôt, la preuve en est dans la gravité des péritonites après avortement, qui tient à ce que les malades sont cachées longtemps au médecin. — M. Termier (de Grenoble) communique sa statistique, qui accuse une mortalité de 30 p. 100. — M. Marquis (de Rennes) montre la photographie d'un lit qui permet de réaliser facilement la position de Fowler et la proctoclyse. — M. Lapeyre (de Tours) vante l'appendicectomie, qui permet d'évacuer l'intestin météorisé et de laver l'intestin de haut en bas. Son emploi peut être généralisé à toutes les péritonites aiguës, mais s'applique plus spécialement à la forme occlusive et aux péritonites appendiculaires, où, après résection de l'appendice, le moignon sera drainé à la paroi. — M. Leriche (de Lyon) rappelle le bénéfice que ces malades tirent de l'injection intrapéritonéale d'huile camphrée. Dans les derniers mois, les opérés de la clinique de M. Poncet ont reçu 150 grammes d'huile camphrée à 10 p. 100 dans le péritoine et le ventre est refermé sans drainage.

M. Walther (de Paris) insiste sur la nécessité d'opérer tôt et d'enlever le foyer infectieux. La position de Fowler est excellente, mais elle n'est pas applicable aussitôt après l'opération, de peur du collapsus; c'est pourquoi il utilise la position latérale droite qui draine très bien la cavité péritonéale.

Au total, si sur bien des points les orateurs ont montré des divergences, il en est d'autres où l'entente a été unanime. La nécessité d'opérer le plus tôt possible, d'abandonner les larges opérations pour s'en tenir au minimum de traumatisme (anesthésie locale, opération rapide, incisions aussi peu multipliées que possible), le drainage effectué au lieu d'origine de l'affection et au point déclive; autant de points qui semblent définitivement acquis. Les défenseurs d'un drainage large, à incisions multiples (Thierry, Auvray), du lavage du péritoine (Potherat) se comptent. Par contre l'emploi de la position semi-assise et du sérum par voie rectale est maintenant adopté par presque tous les chirurgiens.

Les avis se partagent plus sur la question de l'ablation ou non de la cause de l'infection en particulier pour l'appendicite. Si la grande majorité se prononce pour l'affirmative, quelques-uns (Depage, Thierry) préoccupés d'opérer vite et simplement, l'abandonnent. Il semble qu'on admette de plus en plus la nécessité de refermer les incisions en ne laissant que le passage des drains, on voit même se dessiner la tendance à fermer complètement sans drainer dans quelques cas (Hartmann, Sonnenburg, Témoin) ou même dans tous les cas (Leriche).

Signalons encore les plaidoyers en faveur de l'entérostomie

(Ceci, Lapeyre) et l'apparition de méthodes adjuvantes très intéressantes (chauffage électrique, injections massives d'huile camphrée (1), courant continu d'oxygène dans la séreuse).

On ne peut nier que dans les dernières années un progrès réel n'ait été accompli dans la thérapeutique de cette affection considérée comme fatale il y a encore peu d'années, et que les résultats déjà obtenus ne soient encourageants. C'est la meilleure et la plus réconfortante des conclusions à tirer de ce long débat.

IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

[TENU A BRUXELLES, 26-30 SEPTEMBRE 1911 (2)]

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES AIGUES

M. H. GAUDIER (de Lille), rapporteur.

Avant de traiter une pleurésie purulente aiguë, il importe de faire un diagnostic exact de la forme microbienne, de la localisation et de la variété clinique de l'épanchement en présence duquel on croit se trouver. Pour cela, les procédés cliniques bien connus sont des plus utiles, mais on ne saurait trop insister sur l'utilité de la radioscopie qui, si elle ne fait que contrôler les cas aisés, permet parfois le diagnostic dans les cas difficiles tels que les pleurésies interlobaires. Quand la collection révélée cliniquement a été vérifiée par la radioscopie, il importe, par une *ponction exploratrice*, de faire la preuve de la nature du liquide. Cette ponction se fera, le malade en position latérale, le dos tourné vers l'opérateur. Cette position évite syncope, dyspnée et accès de toux. Pas d'anesthésie locale; précautions antiseptiques d'usage. Les meilleures aiguilles sont celles à ponction lombaire. Elles ne doivent être, en effet, ni trop courtes, ni trop fines. La ponction exploratrice, même positive, peut induire en erreur; il faut le savoir avant d'opérer. On doit la faire là où l'on croit savoir, par la clinique et la radioscopie, qu'est le pus, et n'en jamais retirer que 1 à 2 centimètres cubes. On ne rencontre souvent le pus, d'ailleurs, qu'après de nombreux essais infructueux.

En tout cas, cette ponction exploratrice, quand elle est positive, permet l'*examen bactériologique*, ce qui est capital au point de vue du choix de l'intervention opératoire. Or, l'examen bactériologique donne des résultats tout différents dans les diverses pleurésies ; on peut donc, grâce à lui, déterminer le microbe en cause et par là la conduite à tenir.

Quand le diagnostic d'épanchement purulent a été posé, et la nature microbienne de celui-ci précisée, *trois moyens de traitement* s'offrent à nous.

a. *Les injections intrapleurales de 15 à 20 centimètres cubes d'une solution stérilisée de collargol au 1/100*, renouvelées après chaque thoracentèse ; elles ont donné d'heureux résultats dans des cas de pleurésies purulentes streptococciques de pronostic sombre, dans lesquelles la pleurotomie avait été refusée. Ce sont les seules indications du traitement médical : *La pleurésie purulente est justiciable non du médecin mais du chirurgien* (Pailloz).

b. *La thoracentèse*.

c. *La pleurotomie*.

(1) Voir sur ce point : M. LANCE. La résorption toxique au niveau du péritoine dans les péritonites, sa prophylaxie et son traitement par l'emploi de l'huile camphrée, *Gaz. des hôpit.*, 23 mai 1911, no 59.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, no 116, p. 1655.

La thoracentèse, même bien faite, avec ou sans insufflation d'air, donne de bons résultats, mais elle a aujourd'hui, et avec juste raison, cédé le pas à la pleurotomie avec ou sans résection costale.

Technique de la pleurotomie. — *Lieu de l'incision* : variable selon les cas : pleurésie libre ou enkystée. Dans les pleurésies de la grande cavité la plupart des chirurgiens opèrent dans le septième ou le huitième espace intercostal, en arrière. Walther préconise l'incision dans le dixième espace, à 2 centimètres du bord vertébral.

Anesthésie : selon l'âge et les habitudes : chloroforme chez l'enfant, anesthésie locale chez les adultes. Pas d'anesthésie chez ces malades qui arrivent en pleine asphyxie.

Position du malade : en décubitus latéral, couché du côté sain. Incision tégumentaire de 6 à 8 centimètres de longueur, parallèle à la direction des côtes et exactement sur le bord supérieur de la côte inférieure. *Technique* habituelle ; résection costale supplémentaire si le drainage se fait mal; en tout cas, mise en place de deux gros drains accolés en canon de fusil, suffisamment courts pour ne pas toucher le poumon.

Dans les pleurésies cloisonnées on opère là où est le pus.

Les lavages de la cavité sont abandonnés. Cependant on peut les recommander dans les pleurésies putrides d'emblée, les pratiquer sans trop de pression et ne pas employer des liquides irritants.

Après l'intervention, la pleurésie peut évoluer vers la guérison rapide et sans fistule. La guérison complète en quarante à quarante-cinq jours est exceptionnelle ; beaucoup plus fréquente est la guérison en plusieurs mois après fermeture spontanée d'une fistule.

Choix et heure de l'intervention. — La nécessité de l'évacuation des pleurésies purulentes ne se discute plus aujourd'hui malgré quelques cas de guérison spontanée ; cependant, dans les cas de pleurésies purulentes tuberculeuses aiguës, il faut attendre le plus longtemps possible, ne jamais faire de pleurotomie (la plèvre s'infecte secondairement), et ne pratiquer que des thoracentèses répétées avec évacuation partielle du liquide.

Pour les pleurésies non tuberculeuses, la conduite doit varier selon l'âge : chez le nourrisson et le très jeune enfant la pleurotomie donne des résultats médiocres; lui préférer les ponctions répétées. Au contraire, dès que l'enfant peut supporter une intervention, c'est-à-dire pratiquement après quatre ou cinq ans, faire la pleurotomie d'emblée.

Chez l'adulte, hormis les cas d'extrême urgence ou de pleurésie à pneumocoques, *il faut toujours préférer la thoracotomie, qui seule permet une bonne évacuation;* même dans les pleurésies à pneumocoques, on tend aujourd'hui à substituer la pleurotomie aux thoracentèses répétées. On pratique deux ponctions, et si le résultat n'est pas obtenu, on thoracotomise. Le résultat de l'opération dépendra, en grande partie, de l'état du poumon sous-jacent.

M. VANVERTS (de Lille) insiste sur trois points :

a. Si pour les pleurésies tuberculeuses et les pleurésies non pneumococciques l'accord semble fait, pour les pleurésies pneumococciques il n'en est pas de même. La ponction semble encore à beaucoup une excellente méthode thérapeutique. Pour M. Vanverts, la ponction ne guérit que dans un tiers des cas; on est obligé de la répéter plusieurs fois; les malades s'affaiblissent et s'intoxiquent; la pleurotomie à laquelle on est obligé d'avoir recours est faite tardivement et dans de mauvaises conditions, alors que précoce elle donne des résultats presque toujours favorables.

b. Dans les cas d'empyème enkysté, où le diagnostic du siège exact de l'abcès reste en suspens, et dans ceux où l'incision de la paroi thoracique conduit dans une portion saine de la plèvre, l'*exploration digitale* rend de grands services en permettant de fixer d'une façon précise la situation de la poche

purulente. L'ouverture faite à la séreuse saine étant alors refermée, on aborde l'abcès par la voie la plus directe.

c. *L'aspiration après la pleurotomie* favorise l'évacuation du pus, la sortie des paquets fibrineux de l'empyème à pneumocoques, l'expansion du poumon. Elle semble, en outre, faciliter ou provoquer l'ouverture spontanée d'une seconde poche pleurale ou pulmonaire dans les cas de pleurésie à plusieurs loges et dans ceux de pleurésie compliquée d'abcès intrapulmonaire.

M. Bérard (de Lyon) pense que beaucoup de fistules reconnaissent pour cause une pleurotomie au point non déclive. Pour les pleurésies pneumococciques, pas de ponction; elles guérissent beaucoup mieux, à beaucoup moins de frais et beaucoup plus vite par la pleurotomie. La conduite à tenir dans les empyèmes tuberculeux varie essentiellement avec chaque malade; c'est une question de tact chirurgical; il y a des pleurésies purulentes tuberculeuses qui guérissent tout aussi bien par la pleurotomie que les pleurésies non tuberculeuses; il y en a d'autres, au contraire, chez lesquelles l'opération est désastreuse; la tuberculose fermée devient ouverte et la mort est très rapide.

Pour les pleurésies purulentes gangréneuses, on est obligé d'intervenir le plus rapidement possible. Seule une opération large convient avec un lavage immédiat de la plèvre suivi d'une injection de 10 à 15 centimètres cubes d'huile goménolée dans les parties déclives de la plèvre.

M. Bérard a également utilisé le courant d'oxygène continu par double drain dans la plèvre pendant une heure, en y joignant l'aspiration d'oxygène par la bouche, et cela afin de remplacer les lavages secondaires de la plèvre et de diminuer la longueur du drainage, lequel peut amener des ulcérations artérielles.

M. Ribeira y Sans (de Madrid) croit que le seul traitement de la pleurésie purulente aiguë est la pleurotomie avec résection costale, drainage de la plèvre et *contre-ouverture postérieure*. Il insiste sur les avantages de celle-ci comme moyen de drainage. Le lavage de la plèvre est un traitement personnel à chaque chirurgien. L'anesthésie générale est parfaitement compatible avec la pleurotomie.

M. Dollinger (de Budapest) ne fait jamais d'aspiration ni de lavage dans les pleurésies purulentes streptococciques, staphylococciques; il met un simple drain en communication avec un flacon antiseptique. Il se fait un pneumothorax, et la guérison survient en six semaines. Pas de résection dans la tuberculose. Dans la pleurésie gangréneuse, large thoracotomie.

M. Vignard (de Lyon) insiste sur les avantages du drainage continu, selon le procédé qu'il a déjà décrit et qui est une application de celui de Cavaillon aux anus contre nature. Ce drainage continu diminue considérablement le nombre des pansements (ce qui est très utile chez les enfants pusillanimes et craintifs) et prévient les infections secondaires si le tube fonctionne bien. Quand des fausses membranes bouchent ce tube, il faut alors l'enlever et le nettoyer. Le drainage continu doit être laissé en place vingt-deux à vingt-trois jours, jusqu'à la diminution très nette de la suppuration, puis être remplacé pendant douze à quinze jours par un drainage ordinaire; les résultats obtenus sont très bons.

M. Mayer (de Bruxelles) estime également le drainage continu un excellent moyen. Il conserve toujours les muscles intercostaux dans la résection de la paroi thoracique. Quelques séances d'appareil à hyperpression dans le traitement consécutif des pleurésies purulentes pleurotomisées donnent les meilleurs résultats.

M. Lucas-Championnière bannit tout traitement médical de la pleurésie purulente, préfère les antiseptiques dans la plèvre (spécialement le chlorure de zinc), et conseille surtout de ne pas tourmenter la cicatrisation des lésions par des manœuvres inutiles; jamais on ne doit enlever les muscles intercostaux dans la résection thoracique.

LES FISTULES PLEURALES

M. Girard (de Genève), rapporteur.

1° Le plus souvent on peut prévenir la formation d'une fistule pleuro-cutanée au moyen d'une opération précoce et complète et d'un traitement répondant aux indications spéciales de chaque cas. Cependant, malgré les soins les plus minutieux et les plus entendus, il n'est pas toujours possible d'éviter ces fistules.

2° La tuberculose à un degré moindre, les infections mixtes sont les causes les plus importantes de la persistance d'une fistule. Il faut aussi penser à la présence possible de corps étrangers ayant pénétré dans la plèvre par l'ouverture pleurotomique, quelquefois par les voies respiratoires, et devenus alors la cause primitive de l'empyème. Les empyèmes à grande cavité entraînent un plus grand risque de fistulisation. Parfois celle-ci est due à une fistule broncho-pleurale.

3° Le pronostic *quoad vitam* des fistules pleuro-cutanées est non pas toujours, mais le plus souvent mauvais, si on les abandonne à elles-mêmes. Pour bien les traiter il faut se rendre compte de leur étiologie, poser un diagnostic précis relativement aux dimensions de la cavité suppurante, à l'état du poumon et des plèvres pariétales et viscérales et aux complications qui peuvent exister.

4° L'exploration peut se faire, non sans quelques risques, par le procédé des injections et du sondage. Les examens physiques, radiologiques, auscultation, percussion, etc., sont indispensables, bien qu'ils ne donnent pas régulièrement des renseignements précis. La pleuroscopie et l'exploration digitale sont d'une très grande ressource.

5° Les traitements pneumatiques (aspiration continue, air comprimé, etc.) et la gymnastique respiratoire peuvent amener la guérison de fistules pas très graves; mais c'est surtout comme moyen de traitement post-opératoire qu'on en tirera grand profit.

6° Les injections bismuthées, d'après Beck, ne conviennent que pour des cas à la fois faciles et invétérés; elles sont dangereuses à cause de la possibilité d'une intoxication et ne doivent être appliquées qu'avec précaution.

7° Les opérations par désossement mobilisateur (Estlander) sont utiles surtout pour les fistules à cavité étendue mais aplatie; quand la cavité est à la fois vaste et profonde, les méthodes du type Schœde.

8° La décortication pulmonaire de Delorme et la mobilisation du poumon adhérent donnent souvent d'excellents résultats. Toutefois beaucoup de cas ne s'y prêtent pas. La combinaison de ces méthodes avec l'opération de Schede est très avantageuse.

9° Les fistules pleurales d'origine tuberculeuse et à grande cavité, quoique d'un pronostic sévère, ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes. Elles peuvent guérir dans certains cas au moyen d'une opération.

10° Le danger des grandes interventions pour fistule pleurale peut être notablement diminué, premièrement par l'emploi de l'anesthésie locale, soit pour toute la durée, soit pour une partie de l'opération; secondement par le fractionnement de l'opération en plusieurs séances.

M. Lambotte (d'Anvers) recommande dans les fistules pleurales les opérations type Schœde et décrit sa technique qui consiste dans une décortication combinée avec une résection de toute la paroi thoracique y compris le feuillet pleural pariétal : il importe de bien refouler le lambeau cutané dans la cavité pleurale jusqu'au sommet du poumon afin d'obtenir une guérison complète. La thoracectomie guérit la scoliose pleurétique, ce que ne peut faire aucune autre opération.

M. Cecci (de Pise) décrit le procédé qu'il emploie dans l'empyème chronique et qui consiste en une résection du thorax à gouttière ouverte, laquelle doit amener la guérison sans fistule. Il s'élève contre la décortication pulmonaire, le plus souvent

impossible à cause de la pneumonie interstitielle fibreuse et n'amenant, quand elle est possible, qu'une expansion pulmonaire éphémère. La résection thoracique peut du reste, si besoin en est, être pratiquée en plusieurs séances.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1911)

Epanchement puriforme septique. Réaction inflammatoire massive de l'endothélium pleural. — MM. G. CAUSSADE et LOGRE. Chez une malade fébricitante (39, 38, 40 degrés), les auteurs ont retiré de la plèvre droite un liquide séro-purulent. Au point de vue cytologique, il n'y avait à peu près exclusivement que des cellules endothéliales proliférées pour la plupart ou en voie de désintégration rappelant, à part quelques particularités, la formule des épanchements mécaniques des cardiaques ou des brightiques : desquamation en plaques, cellules isolées polymorphes ou arrondies, en karyokinèse exagérée, en karyolyse, tous ces éléments présentent un volume considérable. Les polynucléaires étaient rares ainsi que les hématies. Le liquide pleural contenait le diplobacille de Friedlander.

Ce processus histologique, septique dans son essence et mécanique par ses éléments constitutifs, répond essentiellement à des lésions d'endothélialite infectieuse aiguë avec desquamation et brèche, ouverte à l'invasion séreuse comme dans l'hydrothorax d'une part, et d'autre part avec réaction inflammatoire (prolifération et désintégration cellulaires intenses) comme dans les processus infectieux.

Tandis que dans les infections ordinaires la défense avec les polynucléaires est surtout générale, ici elle est surtout régionale, purement endothéliale. L'épanchement est donc en pareil cas puriforme septique par opposition aux liquides dits puriformes aseptiques, si l'on réserve le nom de pus pour désigner la mort des leucocytes. Mais si l'on entend par pus la mort de toute cellule, quelle qu'elle soit, mobile ou fixe, leucocytaire ou endothéliale, tombée dans la lutte contre l'infection, on peut dire qu'il s'agit, dans le cas rapporté par les auteurs, d'une formule cytologique de pus endothélial.

Diagnostic d'appendicite et « douleur-signal ». — M. G. LEVEN. L'hyperesthésie épigastrique, liée à l'allongement et à la dilatation de l'estomac, cesse dès que la palpation de l'abdomen réalise le soulèvement du bord inférieur de l'estomac.

On peut donc trouver la limite inférieure de l'estomac, grâce à la cessation de la douleur qui devient une « douleur-signal ».

La radioscopie nous a permis d'établir cette notion :

Cet allongement gastrique crée souvent un syndrome douloureux qui simule l'appendicite. On met fin à la pseudo-appendicite aussitôt qu'on relève l'estomac.

L'intérêt pratique de cette manœuvre est considérable puisqu'elle précise un diagnostic souvent difficile.

Un cas de cyanose congénitale. — MM. Ch. LAUBRY et BORDET présentent une malade de vingt-sept ans, atteinte de cyanose congénitale typique chez laquelle on ne constate aucun bruit anormal au cœur. Le seul signe stéthoscopique sur lequel les auteurs insistent, en dehors d'un bruit de galop droit intermittent, est un retentissement anormal du deuxième bruit pulmonaire avec grosse extension de son foyer de propagation, indice pour eux d'une sclérose assez étendue du tronc de l'artère pulmonaire. Ce qui leur paraît le plus caractéristique, c'est la netteté des tracés orthodiagraphiques qui montrent, comme dans tous les cas de cyanose, un développement exagéré du ventricule droit et de l'oreillette droite avec dilatation de l'infundibulum en arrière du point sténosé.

Prurit et roséole urticarienne tabétiques. — M. MILIAN a décrit deux variétés de prurit tabétiques : le prurit pur, tenace, paroxystique, s'accompagnant de sensations diverses telles que élancements et brûlures, souvent à l'anus, aux régions péri-orbitaire, lombaire et préthoracique, accompagné d'anesthésie objective et dépourvu de traces de grattage; le prurit avec lichénification qui présente des phénomènes fonctionnels analogues mais s'accompagne, en outre, d'épaississement des téguments, d'exagération de la striation de la peau qui est violacée et de pigmentation périphérique.

Il montre aujourd'hui un malade atteint d'une troisième variété de prurit tabétique, les sensations prurigineuses s'accompagnant d'une éruption composée d'une multitude de taches roses de la dimension d'une lentille en moyenne, qui disparaissent à la pression et qui persistent une ou deux minutes pour s'effacer progressivement. Ces taches peuvent être provoquées par une friction de la peau, en dehors de toute sensation prurigineuse; on peut donc les produire à volonté. Quand la friction a été forte, les taches deviennent urticariennes. Le malade est d'ailleurs dermographique. Il est tabétique avéré depuis plusieurs années.

Etat méningé au cours d'une scarlatine. — MM. CAYROL et André WEILL ont observé, au troisième jour d'une scarlatine, l'apparition d'un état méningé. L'aggravation des phénomènes nerveux coïncida avec la disparition presque complète de l'éruption, et pouvait faire penser à une méningite cérébro-spinale avec rash scarlatiniforme. Les résultats de la ponction lombaire firent rectifier le diagnostic qui fut confirmé par une desquamation typique et deux cas de contagion antérieure

JURISPRUDENCE

AUTOPSIE ET DISSECTION. EMBAUMEMENT ET MOULAGE DES CADAVRES

Un de nos lecteurs nous écrit pour nous demander quelles sont les règles administratives qui président à ces diverses opérations. Comme elles sont d'un intérêt général, nous les donnons ici même.

Autopsie. — D'après une ordonnance du préfet de police, du 6 septembre 1839, il est défendu de procéder, à Paris, et dans les communes du ressort de la préfecture de police, à l'autopsie des cadavres avant un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration du décès à la mairie et après qu'une déclaration préalable ait été faite au commissaire de police, à Paris, et au maire, dans les communes suburbaines (art. 1er). Cette déclaration doit indiquer que l'opération est autorisée par la famille, et faire connaître, en outre, l'heure du décès, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération (art. 2). Il n'est fait exception aux dispositions de cette ordonnance que pour les cadavres des personnes dont le décès aurait été constaté judiciairement (art. 4). Ces dispositions ne sont pas applicables non plus aux opérations pratiquées dans les hôpitaux et hospices et dans les amphithéâtres de dissection légalement établis (art. 6). Dans les hôpitaux les autopsies ne peuvent être pratiquées que si la famille ne s'y oppose pas. C'est ce qui résulte de l'art. 5 de l'ordonnance de police du 25 novembre 1834 (V. Trib. Montpellier, avril 1878, cité par Lechopié et Floquet).

S'inspirant de cette ordonnance, le ministre de l'intérieur, par une circulaire du 24 décembre 1866, a défendu de procéder à l'autopsie des cadavres avant la vérification du décès par le

médecin de l'état civil et sans une déclaration préalable à l'autorité municipale, qui doit se faire représenter à l'opération ; celle-ci ne peut être pratiquée que vingt-quatre heures après la déclaration du décès, sauf en cas de putréfaction cadavérique avancée ou dans toutes autres conditions préjudiciables à la santé des familles. Mais ce délai de vingt-quatre heures n'est pas applicable au cas où, une femme enceinte étant décédée, il s'agirait d'extraire l'enfant (Cf. Cass., 1er mars 1834).

D'après l'article 2 du décret du 27 avril 1889, le préfet peut, sur l'avis conforme écrit et motivé de deux docteurs en médecine, ordonner l'autopsie d'un cadavre, si le décès paraît résulter d'une maladie suspecte et dont la protection de la santé publique exige la vérification.

Dissection. — Pour ce qui est de la dissection, aux termes d'un arrêté du Directoire exécutif, du 3 vendémiaire an VII, aucune salle de dissection soit publique, soit particulière, aucun laboratoire d'anatomie, ne peuvent être ouverts sans l'agrément de l'administration municipale, qui, pour en assurer l'inspection, doit prendre les dispositions nécessaires, sous la réserve de l'approbation du ministre de l'intérieur.

Quant à Paris, une ordonnance du préfet de police, du 25 novembre 1834, défend d'y ouvrir aucun amphithéâtre particulier, soit pour professer l'anatomie ou la médecine opératoire, soit pour faire disséquer ou manœuvrer sur le cadavre les opérations chirurgicales, et interdit également de disséquer et de manœuvrer les opérations sur le cadavre dans les hôpitaux, hospices, maisons de santé, infirmeries, maisons de détention, et en quelque autre local que ce soit.

Ajoutons que le fait de déterrer un cadavre pour se livrer sur lui à des études anatomiques est puni des peines portées à l'article 360 du code pénal qui réprime la violation de sépulture.

Embaumement. — D'après le décret du 27 avril 1889, il ne peut être procédé aux opérations tendant à la conservation des cadavres, par l'embaumement ou par tout autre moyen, sans une autorisation du préfet de police dans le ressort de la préfecture, et du maire partout ailleurs; pour obtenir cette autorisation il y a lieu de produire : 1° une déclaration indiquant le mode et les substances que l'on se propose d'employer, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération; 2° un certificat du médecin traitant affirmant que la mort est le résultat d'une cause naturelle ; la décision est prise sur le rapport d'un médecin assermenté commis pour vérifier le décès (art. 3).

L'infraction aux dispositions du décret du 27 avril 1889 est punie, pour la première fois, d'une amende de 16 à 100 francs; en cas de première récidive, d'un emprisonnement de deux à cinq ans et, en cas de seconde récidive, de la détention (loi du 15 novembre 1887, art. 3, § 4 et 5 ; décret du 27 avril 1889, art. 22).

Les dispositions de l'ordonnance de police du 6 septembre 1839, qui visent l'autopsie, visent également l'embaumement et la momification, ainsi que le moulage des cadavres; la circulaire du ministre de l'Intérieur du 24 décembre 1866 vise aussi l'embaumement et le moulage, mais ne parle pas de la momification, la comprenant probablement sous le nom d'embaumement.

En ce qui concerne l'opération du moulage, dont ne dit rien le décret du 27 avril 1889, il faudra donc se reporter aux prescriptions de l'ordonnance de la circulaire précitée.

En outre, l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéneuses, interdit la vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés pour l'embaumement des corps; de plus, une instruction du préfet de police, du 1er mai 1860, défend d'appliquer de la glace sur les corps destinés à être embaumés, avant l'expiration des vingt-quatre heures qui suivent la déclaration du décès.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

UN PROCÈS-VERBAL. — A la suite d'un article paru dans le numéro du *Matin* du dimanche 8 octobre, relatant la dernière séance du Congrès de chirurgie, M. le docteur Doyen a prié deux de ses amis, M. Vallé, sénateur, et M. le docteur Achille Edom, d'être ses mandataires auprès de M. Delorme.

Ces messieurs ont adressé à celui-ci la lettre suivante :

« *Monsieur le docteur Delorme, inspecteur général du service de santé, 77, rue Claude-Bernard, Paris.*

Monsieur,

Le docteur Doyen ayant jugé offensantes les paroles dont vous vous êtes servi à son sujet au Congrès de chirurgie, nous a priés de vous demander des explications.

Veuillez donc désigner deux de vos amis avec qui nous puissions nous rencontrer dans ce but.

Agréez, monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Signé : Dr Ach. EDOM, M. VALLÉ. »

M. Delorme a constitué comme témoins :

M. Léon Labbé, sénateur, et M. le professeur Paul Segond.

Après examen minutieux du débat, ces messieurs ont rédigé le procès-verbal suivant :

1° M. Delorme a été amené, *par les circonstances*, à ne prendre la parole qu'en fin de séance, et regrette, ainsi que plusieurs membres du congrès, que M. Doyen ait été absent à ce moment.

2° M. Delorme s'est placé uniquement sur le terrain scientifique, sans la moindre intention tendancieuse ni offensante, et voici textuellement, extraites du procès-verbal officiel du congrès, qui a été communiqué aux témoins, les paroles qui ont été prononcées par M. Delorme :

« D'après les indications recueillies par moi, les résultats obtenus par la méthode Doyen dans l'armée n'ont pas été partout concordants.

Si plusieurs médecins militaires les ont considérés comme excellents, d'autres les ont jugés d'une manière différente.

L'heure n'est donc pas venue encore de se prononcer d'une façon absolue définitive. »

A la suite de ces explications, les témoins ont estimé qu'il n'y avait eu aucune offense. Par conséquent, l'incident est clos.

Fait double à Paris, le 14 octobre 1911.

Pour le docteur Doyen :
Signé : Dr A. EDOM, M. VALLÉ.
Pour le docteur Delorme :
Signé : M. LABBÉ, professeur P. SEGOND.

LES ENVOIS AUX LABORATOIRES. — Pour prévenir des accidents toujours à craindre, les envois aux laboratoires des substances morbides prélevées en vue d'un examen bactériologique viennent d'être soumis aux prescriptions suivantes par les conseils d'hygiène :

« Les prélèvements destinés aux examens bactériologiques, en cas de maladies transmissibles, doivent être, en principe, portés directement aux laboratoires qualifiés pour procéder à ces examens.

Lorsque leur transport ne peut être assuré que par la poste, le récipient les contenant ne saurait être accepté sans danger que s'il est renfermé lui-même dans une boîte ou tube métallique soudé, muni d'une étiquette ou enveloppe qui ne puisse en être séparée. » P.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 119. — JEUDI 19 OCTOBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 19 OCTOBRE 1911. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Questions restées dans l'urne.* — « Péricarde. — Symptômes, diagnostic et traitement de la hernie crurale étranglée. »

« Nerf sciatique poplité externe depuis son origine à la cuisse jusqu'à sa terminaison. — Signes et diagnostic des anévrismes de la crosse de l'aorte. »

Répartition des jurys. — Anatomie. — MM. les docteurs Wurtz, de Massary, Tuffier, Potherat et Brindeau.

Pathologie. — MM. les docteurs Bourcy, Lion, Le Gendre, Souligoux et Veau.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du n° 1 à 558.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures et demie, *en principe*, à l'hôpital Beaujon.

La première séance aura lieu le mercredi 18 octobre, à cinq heures et demie.

Pathologie. — Du n° 280 à 558, puis du n° 1 à 279.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, *en principe*, à l'hôpital de la Charité.

La première séance aura lieu le mercredi 18 octobre, à cinq heures et demie.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Durand (René), Penet, Vincentelli, Monnot (Paul), Renard, Cornet (Pierre), Beck, Deguignand, Rabreau, Dauptain,

11. Colleville, Lebrun, Lebée, Perrier, Loiseau, Eudel, Berthomieu-Lamer, Petit (Antoine), Sébillotte, Alary,

21. Lecerf, Delotte, Baudin, Fumet, Vignal, Mlle Trélat, MM. Bertaux, Duvelleroy, Drouet, Mlle Le Conte,

31. MM. Netter (René), Rabut, Lantier, Olivieri, Mlle Denis, MM. Picard (Pierre), Vigot, Arbassier, Dubois, Noël,

41. Gaume, Mérigot de Treigny, Phocas, Richard (André), Cambessédès, Trousset, Roubeau, Malet (Louis), Mlle Hœhberg, MM. Gastaud,

51. De Champs de Saint-Léger, Mercier (Fernand), Maréchal, Wiart, Chatenoud, Michel, Mandras, Powilewicz, Malgat, Hagueneau,

61. Mlle Blanchier, MM. Cavaillès, Thibierge, Grimbert, Maleyx, Hutinel, Gauthier, Renault, Baudouin, Kahn (Georges),

71. Philardeau, Vinit, Boulanger, Guinet, Laburthe-Tolra, Larroque, Rougier (Jean), Plichet, Evrard, Proust,

81. Liacre, Roussillon, Longevialle, Wallon (Emile), Pilatte, Lecocq, Boucher, Parat, Duval, Le Poittevin,

91. Ohier, Mlle Moiroud, MM. Hamonic, Oberlin, Mlle Besson (Hélène), MM. Teisset, Boirac, Richon, Mlle Albessard, MM. Ceillier,

101. Plaisant, Mlle Bredel, MM. Escudié, Peignaux, Dagnan-Bouveret, Carpanetti, Devaux, Marchak, Durand (Albert), Greyfié de Bellecombe,

111. Panciulesco, Tourneix, Marmier, Ledoux, Hartemann, Vinçotte, Daudet, Salès, Küss, Baudet,

121. Robinson, Durand (Jacques), Dardanne, Sibot, Mlle Monbiot, MM. Bardet (Daniel), Flandrin, Lévy, Alibert, Touflet,

131. Butin, Garcin, Hufnagel, Escallier, Mlle Landesmann, MM. Léger, Imbert (Georges), Mlles Peltier, Dons Kauffmann, MM. Guillaume,

141. Bouthillier, Gibert, Penot, Pierquin, Ferrand, Guillard, Sénèque, Fournier (Joseph), Rouché, Barat,

151. Krebs, Mlle Samet, MM. Debray, Péroni, Schulmann, Guennou, Claude, Lambert, Morin (Alexandre), Millet,

161. Giroux, Fischer, Trifaud, Calderon, Ziélinski, Coudray, Piémont, Dantrelle, Dedet, Bordet,

171. Manne, Le Roy (René), Jacquemin, Desaux, Lanos, Oulié, Chichmanian, Bourdeau, Touchard, Dauphin,

181. Gaumet, Woillez, Prunier, Leroy (Maxime), Mlle Delage, MM. Fris-Larrouy, Crétin, Walther, Cojan, Solente,

191. Ramadier (Henri), Adler, Lépine, Mlle Sériot, MM. Gardin, Besnard (Jean), Gras (Marcel), Lesage, Réglade, Ohanianz,

201. Marcassus, Audain, Aubin, Lannes, Fitte, Mickanievski, Costantini, Toupet, Libert, Lévi-Alvarès,

211. Chenet, Breger, Bisson, Levent, Mathieu, Mitton, Lefort (Alix), Ecot (Fernand), Jamin, Rousse,

221. Chasseray, Kahn (Henry), Balteau, Guillemet (Mar-

RENSEIGNEMENTS


L'ELIXIR DE VIRGINIE
SOUVERAIN CONTRE VARICES
HEMORRHOÏDES
VARICOCÈLES, PHLÉBITES
ACCIDENTS DU RETOUR D'AGE
CONGESTIONS ET HÉMORRAGIES DIVERSES
PORTE TOUJOURS LA SIGNATURE
NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
•Échantillon gratuit : PHARMACIE MORIDE, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris.

cel), Vesselle, Lantuéjoul, Boncompain, Mordret, Ollier, Clap,

231. Guillemet (Paul), Resmond, Bonnet, Magniel, Aujay de la Dure, Vincent, Boucheron, Paraf, Achard, Riberolles,

241. Percepied, Marcorelles, Duponchel, Lorain, Parent, Saint-Yves Ménard, Codet, Goy, Orphanidès, Falliès,

251. Auvigne, Berthod, Cleisz, Mlle Pouzin, MM. Lefèvre (Louis), Brachat, Bartement, Angot, Martin de Laulerie, Cathala,

261. Bel, Meugé, Peltier, Laget, Funck, Braine, Parcheminey, Reynaud, Charrier, Avezou,

271. Jacob, Barraud, Deffins, Faveret, Gambier, Lavat, Monod (Lorenz), Claverie, Gallois, Loré,

281. Cassan, Huc (Edouard), Tisné, Dragatzis, Mlle Pommay, MM. Kudelski, Bigot, Mlle Romme, MM. Portret, Buquet,

291. Mme Pertrat, MM. Lascombe, Pinard, Tartois, Bloch, Bechmann, Mlle Lang, MM. Ulmann, Lévi-Franckel, Pigney,

301. Galop. Truffert, Caron, Hissard, Renaud (Jean), Pena, Gresset, Delestre, Massart, de Nabias,

311. Mlle Bouderlique, MM. Robert, Dumet, Moricand, Gauchon, Cousin, Audebert, Guillouet, Gasiglia, Mélik-Parsadaniantz,

321. Netter (Fernand), Mme Hovelacque, MM. Goret, Brouet, Mlle Besson (Marianne), MM. Zivy, Mazzoléni, Parin, Alexandre, Berthelot,

331. Lory, Constantin, Bouchet, Gaujard, Houssiaux, Muller, Humbert, Mallet (Lucien), Bourgeois (Maurice), Quercy,

341. Barbary, Reilly, Cornet (André), Viguerie, Garnier, Neau, Rosset, Poissonnier, Charbonnier, Moulonguet,

351. De Butler d'Ormond, Lebossé, Houlbert, Wallon (Albert), Morisson-Lacombe, Gerber, Monod (André), Collette, Lemoine, Stiassnie,

361. Lempérière, Mlle Schapiro, MM. Dugué, Wurtz, Raison, Broussin (André), Quiquandon, Mlle Chauvet, MM. Mercier (Jacques), Queyroi,

371. Weiss, Périn, Mlle Giboulot, MM. Duclos, Petit (Louis), Janet, Guelfucci, Maurel, Sécheret, Ecot (Pierre),

381. Moutier, Romain, Borel (Adrien), Borel (Paul), Vallerant, Giraud, Herdner, Bouttier, Parturier, Goudet,

391. Saxe, Delavierre, Caux, Sasportès, Yoyotte, Langle, Lipschitz, Fouquet, Philip, Remilly,

401. Schoofs, Bricaire, Toutey, Marais, Chanut, Salles, Tarrius, Gheorghiu, Cléret, Cavaillon,

411. Jousseaume, Brun, Savidan, Lacau Saint-Guily, Duneau, Vazeux, Barthélemy, Mlle Leven, MM. Errard, Poisvert,

421. Feldstein, Moriez, Luquet, Stréhaïano, Leray, Réau, Baude, Antoine, Vicente, Bourdier,

431. Chaperon, Gineste, Moreau, Bonnard, Bardon (Clément), Léchelle, André, Dognon, Forestier, Richard (Georges),

441. Boyau, Vidal, Marie, Michaux, Papillon, Pichon, Hemmerdinger, Legras, Rousseau, Andral,

451. Boussi, Ignard, Dax, Beloux, Ramadier (Fernand), Jourdan-Corneille, Scheikevitch, Schmutz, Masmonteil, Frette,

461. Boissier, Morlot, Mlle Athanassiu, MM. Gallas, Lascaux, Marx, Benit, de Léobardy, Duroselle, Dupuy,

471, Wilmoth, Larrousse, Castex, Mlle Moulard, MM. Lavalée, Lucas-Championnière, Rabeau, Murga, Pataud-Devalencienne, Mugel,

481. Courtois, Marqueste, Hudelo, Rouffignac, Binet, Boyer, Bardet (Georges), Renardier, Toupance, Brizard,

491. Socquet, Chavasse, Hanriot, Monprofit, Robin, Nora, Thibon de Courtry, Blum, Brétégnier, Lefort (Robert),

501. Alajouanine, Weill, Chatellier, Mouquin, Furet, Fey, Malleterre, Regnauld de la Soudière, Sébald, Pimpaneau,

511. Verdenal, Bertrand, Vinay, Lacaze, Mlle Caesar, MM. Masselot, Huc (Georges), Lefranc, Busson, Morigny,

521. Meyer, Bourgeois (Francis), Benoist, Hertz, Rongier, Morin (Pierre), Kermorgant, Ruelle, Lamare, Grandjean,

531. Frédault, Marié, Huguet, Photiadès, Vivier, Gilson, Richoux, Logeais, Galland, Turnesco,

541. Rougeulle, Chaisemartin, Rouffiac, Valiadis, Monnier, Deron, Mlle Urion, MM. Pollet, Mozer, Leroux,

551. Lefèvre (Gaston), Vallery-Radot, Farhat, Dujarric de la Rivière, Polony, Mlle Thivolet, MM. Latour, Belloir.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Une coquille typographique a dénaturé l'énoncé de la question d'anatomie donnée dans la séance du 13 octobre. La question était : « Anatomie du muscle psoas iliaque. »

Anatomie. — Séance du 16 octobre 1911. — Question donnée : « Anatomie des muscles péroniers latéraux. »

MM. Ducomet, 11 1/2; Dell'Amore, 12; Cardot, 17; Enriquez, 14; Coffin et Doumer (Armand), 15; Cavaillès, 16; Colombet, 13; Chauvel, 13 1/2; Deschildre, 12; Charbonnier, 10; Dupretz, 4; Chirol et Dayras, 15.

Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports des reins. »

M. Coulaud, 14 1/2; Mlle Demadières, 17; MM. Davigo, 10; Dariau, 16; Deschamps (Jean), 20; Doubrère, 16 1/2; Clément, 17; Castéra, 14; Desfarges, 11; Dubois, 12; Demarne, 10; Caracostea, 8; Chrétien, 10 1/2; Dramez, 9; Deschamps (Pierre), 15; Daspres, 13; Esseca, 10; Chataignon, 9; Favrel, 10; Eloy, 13.

Pathologie— Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et causes des hématémèses. »

MM. Vigneron, 8; Séguin (Louis), 14; Waisberg, 15; Vallot, 14; de Siéramski, 15; Vallée, 7 1/2; Voisin, 12 1/2; Mme Vérillotte, 16; MM. Soubaigné, 12; Sédillot, 16; Viollet, 15; Thouvenot, 12; Mlle Zvigoul, 17; M. Tournay, 15; Mlle Troszynski, 12 1/2; M. Tesseyré, 15; Mlle Vinokour, 9; MM. Veaux, 12 1/2; Suyeux, 9; Thomas (Maxime), 18.

Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Signes, complications et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. »

M. Souplet, 5 1/2; Mlle Stakevitch, 6; MM. Souchay, 9; Selter, 15; Taberlet, 11; Winter, 12; Vachet, 11; Soret, 10; Thinh, 17; Mme de Tannenberg, 15; MM. Verger, 12; Touchard, 10; Surun, 13; Mlles Verrier, 15 1/2; Soupraskaïa, 5; MM. Tétard, 10; Traill, 5; Vignard, 14; Mlle Wischniak, 5.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Sévère, médecin-major de première classe des troupes coloniales.

CONCOURS DE L'INSPECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un arrêté du 2 octobre 1911 a modifié celui du 12 novembre 1909, relatif au concours d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

La disposition de l'article premier, *in fine*, de l'arrêté du 12 novembre 1909 (ancien article 5 de l'arrêté des 10 novembre 1906-17 août 1907) est remplacée par la disposition suivante :

« Les épreuves écrites et les épreuves orales sont passées à Paris, au ministère de l'intérieur. La surveillance des épreuves est assurée par la commission des concours. Les épreuves orales sont précédées d'un examen médical qui peut être éliminatoire. » P.

LE TÉTANOS ACCIDENT DU TRAVAIL.— Un ouvrier mort du tétanos, le 30 décembre 1908, doit-il être considéré comme victime d'un accident du travail, alors que sa veuve justifie seulement qu'il s'était fait en travaillant, le 20 décembre, dix jours avant sa mort, une légère piqûre au pied droit?

La 7e chambre de la cour, saisie, sur appel, de la question, après plaidoiries de Me Welsweiller pour l'assureur et de Me Louis Morand pour la veuve, a décidé le 4 octobre dernier que la preuve faite de la piqûre à une date coïncidant avec la période d'incubation du tétanos — dix jours — et à une partie du corps spécialement prédisposée, entraînait la responsabilité du patron.

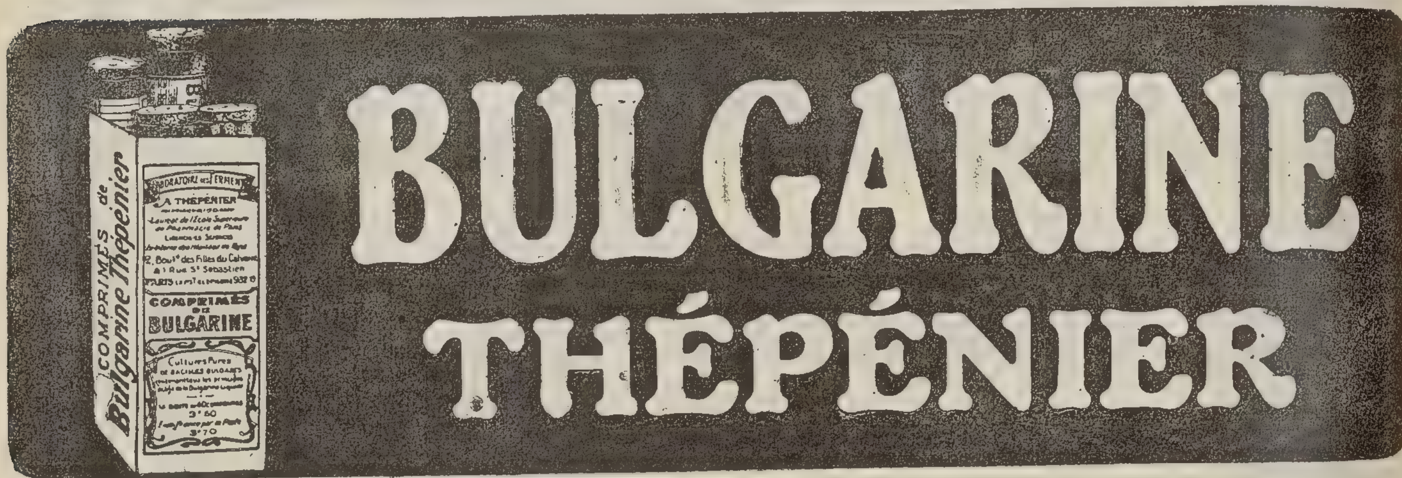
L'assureur devra donc payer à la veuve une rente viagère de 490 francs et une autre de 819 francs à ses trois enfants mineurs. P.

NÉCROLOGIE. — Les obsèques du docteur Lucien Auvert, médecin aide-major de première classe, glorieusement tué à l'ennemi au combat de Ras-el-Ma, dans l'engagement du Meknès (Maroc), le 2 juin 1911, dans sa trentième année, auront lieu à Paris le jeudi 19 octobre 1911, à deux heures très précises au temple protestant Sainte-Marie, 17, rue Saint-Antoine.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1705.)*

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

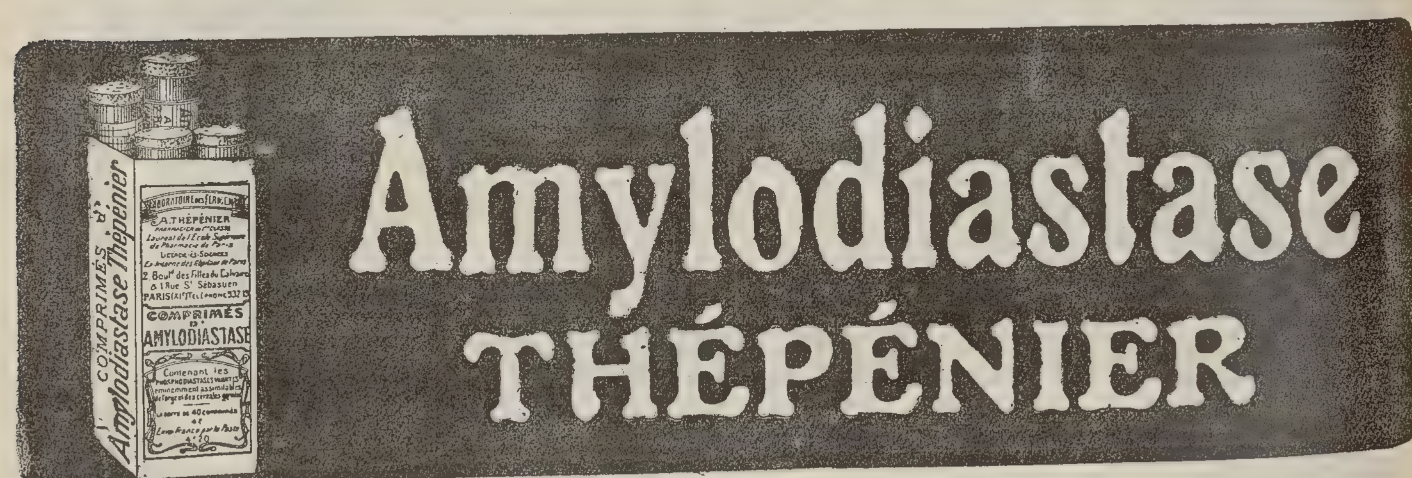
GINGIVO-STOMATITES
GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
DYSENTERIES
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES
Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
PALPITATIONS *d'origine digestive*
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES
SURALIMENTATION
DIGESTION RAPIDE *des* FECULENTS



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THEPENIER, 2, boul. des Filles-du-Calvaire, PARIS

DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL RELATIF
AU COURS DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE

PAR

J. CHALIER et L. NOVÉ-JOSSERAND
Chef de clinique — Chef des travaux anatomiques de clinique
à la Faculté de médecine de Lyon.

Le diagnostic du rétrécissement mitral expose le clinicien à de multiples erreurs.

On méconnaît parfois son existence; les signes sont trop frustes pour qu'on se permette d'affirmer l'affection cardiaque; ou bien un rythme à trois temps, d'interprétation délicate en raison de la tachycardie, est considéré à tort comme un galop. L'autopsie révèle une sténose indiscutable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

En d'autres circonstances, il paraît légitime d'admettre l'existence d'un rétrécissement mitral vrai. Il s'agit en réalité d'un *pseudo-rétrécissement mitral*.

Il convient de distinguer à ce propos deux ordres de faits.

D'une part, on se trouve en présence de personnes jeunes, des femmes habituellement, névropathes ou chlorotiques, sujettes à quelques palpitations, et à une légère dyspnée d'effort. On examine le cœur; un roulement présystolique, un petit frémissement perçus paraissent des signes suffisants — joints aux phénomènes fonctionnels déjà signalés — pour autoriser le diagnostic de sténose mitrale. Mais si l'on suit le malade, on voit souvent ces symptômes présenter d'un jour à l'autre les plus grandes variations. On émet des doutes sur l'existence d'une lésion organique, d'autant qu'il reste impossible de percevoir le moindre dédoublement du deuxième bruit; la vibration mitrale à son tour fait complètement défaut. Les symptômes venant un jour à disparaître complètement pour un temps plus ou moins long ou d'une manière définitive, on reconnaît qu'il s'agit là en somme de la « chlorose mitrale », du « pseudo-rétrécissement mitral fonctionnel » ou « spasmodique » des auteurs.

On ne conteste plus actuellement la réalité de tels faits. Leur explication varie; en règle générale, on invoque un spasme, localisé par les uns à l'oreillette, par d'autres à l'anneau mitral, par certains aux muscles papillaires. Récemment, dans l'une de ses cliniques, le professeur J. Teissier, se basant à la fois sur la clinique et sur l'expérimentation, a soutenu avec une grande vigueur cette idée qu'il n'existait pas à proprement parler un rétrécissement mitral spasmodique, mais que l'hyperkinésie cardiaque, chez les anémiques, pouvait simuler la sténose, et donner naissance à un syndrome mitral (1).

On connaît d'autre part un pseudo-rétrécissement mitral, que l'on qualifie couramment de *rétrécissement mitral relatif*, et dont le diagnostic peut être des plus délicats. Il s'agit alors de cardiaques avérés, porteurs d'une insuffisance aortique typique et prédominante; mais à la pointe, ou à son voisinage, on note un petit bruit présystolique, accompagné ou non d'une sensation de frémissement à la palpation. Le problème qui se pose alors est le suivant : existe-t-il vraiment un rétrécissement mitral surajouté à l'insuffisance aortique; il n'est pas sans importance de le résoudre, car la notion d'un rétrécissement mitral relatif provoqué par l'insuffisance aortique, ou au contraire d'une sténose réelle de l'orifice auriculo-ventriculaire associée à cette dernière entraîne des conséquences pronostiques différentes.

Chez notre malade, dont on lira plus loin l'observation, nous avions affirmé l'association du rétrécissement mitral vrai à l'insuffisance aortique. L'autopsie nous a donné tort. Dans ce cas, il ne peut être question que d'un rétrécissement mitral relatif, tout au moins d'après les idées régnantes à l'heure actuelle en pathologie cardiaque.

Ce rétrécissement mitral relatif, dont il convient de résumer brièvement l'histoire pour faire mieux comprendre l'intérêt qui s'attache à notre observation, semble avoir été signalé tout d'abord par Flint (1), en 1862, puis en 1883 et 1886. Le « souffle de Flint », d'abord contesté et même nié par la plupart des médecins, fut par la suite retrouvé au cours de l'insuffisance aortique par maints auteurs, notamment Steel, David Lees, Charlewood Turner, Osler, Maguire, Fischer, Renzi, Sansom, etc.

Potain, qui avait décrit dans la thèse de Lespérance (2), puis dans celle de Converse (3), « cette combinaison exceptionnelle d'un souffle cardiopulmonaire présystolique de la pointe avec le souffle diastolique de l'insuffisance aortique », admit aussi dans la thèse de Converse l'existence d'un roulement présystolique intracardiaque se produisant « chaque fois que la lésion des sigmoïdes aortiques est telle que le courant d'insuffisance est fortement dévié vers l'orifice mitral, c'est-à-dire chaque fois que le courant aortique rencontre le courant mitral à peu près à angle droit. Il en résulte une exagération des vibrations du courant aortique par le courant auriculaire, au moment où celui-ci atteint son maximum de vitesse, pendant la systole de l'oreillette. »

Actuellement les faits sont nombreux qui établissent la réalité du souffle présystolique apexien au cours de l'insuffisance aortique; ils ont été rassemblés et discutés dans la thèse très documentée de Tolot (4).

Nous n'avons pas l'intention de rapporter toutes les explications que l'on a fournies de ce phénomène. Nous avons donné celle de Potain. Flint admet que le reflux du sang par un plancher aortique percé soulève la grande valve de la mitrale, ce qui ferme ainsi plus ou moins la valvule, laquelle dès lors au moment de la systole auriculaire entrerait en vibration.

Phear (5); après avoir critiqué toutes les interpré-

(1) J. TEISSIER. Pseudo-rétrécissement mitral. *Province médicale*, 13 mai 1911, n° 19, p. 203.

(1) FLINT. *American Journ. of med. Sc.* 1862-1886.
(2) LESPÉRANCE. Th. de Paris, 1891-1892.
(3) CONVERSE. Th. de Paris, 1898-1899.
(4) TOLOT. *Signes physiques cardiaques du rétrécissement mitral et leur variabilité*. Th. de Lyon, 1902.
(5) PHEAR. On the presystolic murmur without mitral stenosis. *Lancet*, 1895.

tations proposées, insiste sur ce fait que le murmure présystolique — d'ailleurs aussi le souffle diastolique — se manifeste parfois en dehors de toute insuffisance aortique et de toute sténose mitrale. Dès lors les valvules ne sauraient entrer en jeu dans sa production. Il fait jouer un rôle actif aux piliers dans le jeu de la mitrale et il considère que leurs lésions, celles des cordages peuvent occasionner le bruit présystolique. « Lorsque les cordages tendineux sont raccourcis et épaissis, ces valves de la mitrale sont tenues en permanence dans la position que dans le cœur normal elles occupent rythmiquement par la contraction des muscles papillaires (ceux-ci en se contractant au moment de la systole assureraient l'occlusion de la mitrale, et convertiraient l'orifice mitral en une fente étroite). Ceci pratiquement aboutit à un rétrécissement de l'ouverture à travers laquelle le sang a à passer, et s'il survient une forte contraction auriculaire, sera accompagné pendant la vie d'un murmure présystolique, quoique après la mort on puisse introduire autant de doigts que normalement dans l'orifice mitral. »

Telles sont les principales pathogénies du rétrécissement mitral relatif et de sa traduction clinique, le roulement présystolique. Nous pensons que le roulement et le frémissement diastoliques, si l'on en juge du moins par notre observation, peuvent aussi faire partie du tableau symptomatique. Au surplus, voici les faits cliniques et anatomiques que nous avons constatés.

Diagnostic et résumé. — *Abcès froid à onze ans. Crises de rhumatisme articulaire subaigu, sans alitement, à quinze et quarante-cinq ans.*

Gros cœur. Endocardite chronique. Insuffisance aortique prédominante, avec signes périphériques. Léger rétrécissement aortique. Rétrécissement mitral (frémissement diastolique typique à la pointe et roulement diastolique).

Mort subite.

Autopsie. — *Hypertrophie cardiaque. Sclérose du myocarde. Insuffisance aortique avec léger rétrécissement. Pas de rétrécissement mitral ni d'insuffisance, mais sclérose des piliers et de la valvule.*

Charles B..., cinquante-six ans, serrurier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la clinique du professeur Roque, le 21 novembre 1910.

Père alcoolique, mère morte cardiaque. Un frère et une sœur en bonne santé. Veuf depuis cinq ans. Sa femme et l'un de ses enfants sont morts de tuberculose. Deux enfants vivants, en bonne santé.

Personnellement, en bas-âge, ou dans la première enfance, coqueluche, rougeole, scarlatine. A onze ans, abcès froid, costal semble-t-il, sous le mamelon droit et qui a donné pendant un an.

Deux attaques de rhumatisme articulaire subaigu : l'une à quinze ans, attribuée à l'humidité, fut peu intense et ne nécessita pas l'alitement. Poussée semblable à quarante-cinq ans.

Déjà tout jeune, le malade avait de l'oppression sous l'influence du moindre effort et sentait battre son cœur violemment. C'est surtout vers l'âge de trente ans que la respiration devint plus pénible et cette dyspnée d'effort alla en augmentant.

Au cœur, pointe dans le sixième espace intercostal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Choc large, mais pas de dôme vrai. Frémissement diastolique typique à la pointe. A la base souffle systolique bref, mais se propageant dans les vaisseaux du cou; et souffle diastolique descendant le long du sternum jusqu'à l'appendice xiphoïde et de là se prolongeant jusqu'à la pointe ; il est de timbre musical, aspiratif, de tonalité assez élevée, et couvre la plus grande partie de la diastole. Dans la région sus-apexienne on perçoit un murmure diastolique tout différent; c'est un roulement de tonalité assez basse et de peu d'intensité, qui se retrouve atténué dans la région axillaire ; on oppose ses caractères à ceux du souffle aortique.

Retard du pouls carotidien sur le choc de la pointe. Danse des carotides. Pouls de Corrigan marqué. Double souffle crural. Pouls capillaire.

Diminution de la sonorité au niveau du poumon droit. Pas de râles. Expectoration muqueuse.

Examen négatif des autres viscères.

Le malade a fait plusieurs séjours dans le service; on a constamment retrouvé les mêmes signes cardiaques ; le frémissement devenait très typique en faisant mettre le malade dans la station verticale, il changeait parfois de temps pour devenir présystolique, et on percevait toujours un roulement diastolique bien distinct du souffle aortique ; beaucoup plus rarement on entendit un bruit présystolique.

Le 15 avril 1911 le malade fit vers onze heures du matin un repas plus copieux qu'à l'ordinaire. A une heure de l'après-midi il se sentit mal à l'aise, accusa une sensation de plénitude gastrique, s'assit à côté de son lit. Tout d'un coup on le vit pâlir et s'affaisser. Cette syncope fut d'emblée mortelle; tous les soins usuels pour le ramener à la vie restèrent sans aucun effet.

Autopsie. *Aorte* très dilatée surtout à son origine et jusque sur la crosse. A l'ouverture, nombreuses plaques calcaires d'athérome, nombreuses ulcérations remplies de bouillie athéromateuse; quelques petites plaques papuleuses : surélevées, blanches, assez dures, légèrement criantes sous le bistouri; les orifices des intercostales et des coronaires sont perméables, mais l'orifice de la coronaire droite est légèrement rétréci.

Cœur. — Les commissures des valves sigmoïdes aortiques sont soudées. De plus, le bord libre de la valve postéro-interne est très épaissi et induré, et rétracté, tendu comme une corde; et c'est cela surtout qui crée l'insuffisance aortique si nette à l'épreuve de l'eau. Quant au rétrécissement aortique, il y a lieu d'en admettre anatomiquement un certain degré, à cause de l'état des commissures.

Pas d'insuffisance mitrale. Pas de rétrécissement mitral, car l'orifice admet aisément trois doigts. On note un état blanc, fibroïde, très marqué des valvules mitrales qui sont épaissies; le bord libre est ourlé, brillant, épaissi, mais rien d'anormal aux commissures. Les cordages tendineux sont durs, épais, fibreux; leur sclérose manifeste descend à la périphérie et dans l'intérieur des piliers charnus, eux-mêmes très scléreux.

Le myocarde est blanc, dur, criant sous le couteau. Des nappes, des îlots de sclérose apparaissent à l'œil nu jusqu'à la pointe, et même plus à la pointe qu'à la base. La région du faisceau de His a le même aspect, légèrement sclérosé, mais d'une manière discontinue.

Rien à noter du côté des autres viscères, ni du système nerveux. On relève seulement une teinte cyanique des reins et une symphyse pleurale celluleuse lâche du côté droit.

On ne saurait émettre aucun doute sur la réalité des « signes mitraux » que nous avons perçus chez Charles B... Le bruit diastolique sus-apexien s'opposait franchement, par sa tonalité basse et par son timbre roulant, au souffle aortique de tonalité nettement plus élevée et de timbre aspiratif. Le frémissement était tellement typique que l'on recommanda

aux jeunes stagiaires de la clinique d'éduquer sur ce point leur sensation tactile. A l'autopsie on ne retrouvait pas trace de sténose mitrale.

Il devenait donc probable que le roulement et le frémissement étaient le fait d'un rétrécissement mitral relatif provoqué par une large insuffisance aortique. C'est en ce sens du moins qu'il fallait conclure pour rester fidèle à des conceptions à l'heure actuelle classiques.

Cependant, en dehors de toute sténose, la valve mitrale se montrait épaissie et indurée; les piliers, manifestement atteints d'un certain degré de sclérose, donnaient attache à des cordages durs, épais, fibreux. N'étaient-ce point là des conditions anatomiques suffisantes pour provoquer des bruits surajoutés et des sensations tactiles anormales?

Il nous semble que ces modifications structurales, plus encore que l'existence vraisemblable mais hypothétique d'un rétrécissement mitral relatif, se trouvent à la base des signes mitraux que présentait notre malade.

En parcourant les observations d'insuffisance aortique avec « souffle de Flint », on se rend compte qu'en l'absence d'une sténose mitrale il existait le plus souvent des altérations certaines de la grande valve de la bicuspide : les faits rapportés par Flint, Charlewood Turner, Guiteras, Maguire Lees, ne laissent aucune place au doute à cet égard. Mais il convient d'ajouter que dans d'autres cas la mitrale était absolument normale, et dès lors seule l'hypothèse d'un rétrécissement mitral relatif est valable pour expliquer les signes relevés par Sansom, Fischer, Renzi, Converse, etc. Mais cette hypothèse ne saurait être admise pour toutes les observations; plusieurs auteurs ont noté un bruit présystolique en dehors de l'insuffisance aortique et du rétrécissement mitral, avec ou sans lésions péricardiques, chez des sujets trop jeunes pour qu'il soit permis d'incriminer des altérations rénales (Fischer, Phear, etc.), et il existait une induration de la mitrale. Cette induration de la mitrale explique également le souffle diastolique de la pointe constaté parfois en l'absence d'une insuffisance aortique et d'un rétrécissement mitral. Le frémissement cataire, à son tour, peut ne dépendre que d'une sclérose de la valvule et de ses piliers, ainsi que l'admet Tolot pour un certain nombre de cas.

Le frémissement et le roulement, diastoliques ou présystoliques, s'observant dans le rétrécissement mitral relatif, tout comme dans le rétrécissement vrai, ou même dans la simple sclérose de l'appareil valvulaire, il devient très difficile de rapporter avec certitude ces symptômes à leur véritable cause, surtout lorsqu'ils existent à l'état isolé. C'est en pareille occurrence que l'*électrocardiographie* est susceptible de rendre de grands services, car, de l'étude des tracés qu'elle fournit, on pourra parfois conclure à l'existence ou à l'absence d'un rétrécissement mitral associé à l'insuffisance aortique.

On sait qu'à l'état normal l'électrocardiogramme figure trois pointes d'inégale amplitude, dirigées toutes trois vers le haut et que l'on a l'habitude de désigner par les lettres A, I, F. Le schéma suivant est celui d'un électrocardiogramme normal (fig. 1). Il n'est pas utile, pour ce que nous voulons établir ici, d'indiquer les notations intercalaires. A est en rapport avec la contraction de l'oreillette; I indique l'oscillation initiale et F l'oscillation finale qui répondent à la contraction ventriculaire. On voit que la secousse A est peu accusée; la secousse I décrit un clocher assez aigu et assez élevé; la secousse F est relativement forte.



Fig. 1. — *Sujet normal* (m. d. et m. g.)

Rapprochons de l'électrocardiogramme normal celui que M. le professeur Cluzet a obtenu chez notre malade (fig. 2). Nous remarquons sur le tracé que A est sensiblement normal. I est peut-être un peu trop accusé. Quant à F il est d'amplitude normale, mais il s'inscrit en sens inverse de I, au-dessous de la ligne générale de la couche. En somme ce tracé traduit en I l'hypertrophie du cœur, le renforcement de la systole ventriculaire; quant à l'inversion de F il semble qu'elle s'observe dans l'insuffisance aortique, mais ce phénomène est loin d'être la règle en pareil cas. Il méritait toutefois d'être cité.

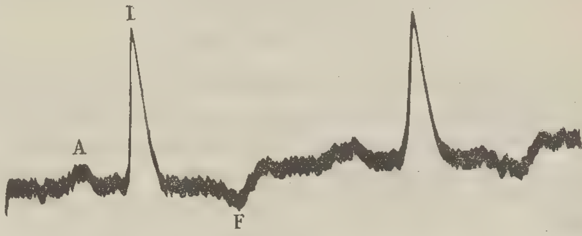


Fig. 2. — *Insuffisance aortique* (malade de l'observation ci-dessus).

Mais ce qu'il importe surtout de mettre en lumière c'est qu'il n'existe rien sur le tracé qui nous permette de songer au rétrécissement mitral. Celui-ci, en effet, donne un électrocardiogramme où l'ondulation A est habituellement très renforcée, très amplifiée (fig. 3); on chercherait en vain pareille modification de A chez notre malade.



Fig. 3. — *Rétrécissement mitral* (m. d. et p. g.).

Il ressort donc nettement que l'électrocardiographie aurait pu, dans le cas particulier, nous faire douter de l'existence d'un rétrécissement mitral vrai. C'est là une méthode d'investigation qu'il convient de ne pas négliger dans des cas douteux et d'interprétation malaisée.

Ce n'est pas simplement pour apporter plus de précision au diagnostic que le médecin doit s'efforcer de reconnaître si l'insuffisance aortique est associée à un rétrécissement mitral vrai, ou au con-

traire relatif. Le pronostic dépend, dans une certaine mesure, de la solution donnée à ce problème clinique épineux. Toute une école médicale, en effet, admet, comme le professeur J. Teissier, que l'adjonction d'un rétrécissement mitral vrai à une insuffisance aortique constitue « un signe de bon augure parce que ce rétrécissement concomitant équilibre dans une certaine mesure les accidents qui dépendent de la maladie de Corrigan elle-même. Mais le rétrécissement mitral relatif n'a pas la même signification favorable. Il comporte toujours un jugement sévère, en ce sens qu'il est toujours symptomatique d'une large insuffisance aortique et d'une insuffisance aortique mal compensée ». Il nous paraît inutile d'insister davantage sur ce point; mais l'on appréciera la justesse des remarques qui précèdent si l'on songe à la mort rapide qui a terrassé notre malade, alors qu'il semblait pourtant en un état relativement satisfaisant. C'est là un exemple de plus à citer, après tant d'autres, de la gravité du pronostic que comporte la notion d'un rétrécissement mitral relatif.

DU DROIT DE REPRODUCTION DES CLINIQUES

Par M. R.-Marcel PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

Un point de droit fort important sera prochainement discuté à l'Association des journalistes médicaux. M. le docteur Paul Claisse y fera un rapport sur *le droit de reproduction des cliniques*. Il nous a paru utile d'examiner au point de vue juridique une question dont l'intérêt n'échappera point à nos lecteurs.

Comme on le sait, certaines personnes se sont fait une spécialité d'assister aux cliniques des professeurs, de sténographier leurs paroles, et de les apporter à des journaux ou revues médicales qui les publient in extenso. Dans la plupart des cas, ces personnes livrent leur manuscrit sans l'autorisation du médecin qui a professé. Or cette pratique, si on l'envisage au point de vue droit, au point de vue légal, ne peut être admise.

La loi qui a protégé la propriété littéraire et artistique, qui a posé le principe du droit d'auteur, la loi du 19 juillet 1793, n'avait visé dans son article premier que les écrits en tous genres. Mais si l'on rapproche cet article des autres dispositions de la loi, on s'aperçoit qu'il n'a rien de limitatif et qu'il protège toutes les productions de l'esprit et du génie.

Cependant on s'est demandé si les productions orales (discours, sermons, leçons) étaient réellement protégées, un doute pouvant naître dans les esprits de ce fait que la loi ne parle que des écrits. Mais cette objection ne résiste pas à l'examen. En effet, si nous nous reportons au *Traité de la propriété littéraire et artistique*, d'Eugène Pouillet, nous y pouvons lire : « Quelle différence y a-t-il entre l'œuvre parlée et l'œuvre manuscrite ? La parole est un moyen d'exprimer et de fixer la pensée tout comme l'écriture. En parlant des écrits, la loi n'a pas voulu assurer sa protection à l'écriture, aux caractères qui la composent; c'est, sinon la pensée du moins la forme dans laquelle la pensée est rendue, qu'elle garantit à l'auteur; elle rend hommage à l'effort de l'esprit. Qu'importe donc que la composition, due au talent de l'auteur, soit écrite ou parlée; elle existe, elle est son ouvrage; elle devient sa propriété légale, et seul il est appelé à en recueillir les bénéfices. »

Cette opinion des auteurs a été consacrée par la jurisprudence : la reproduction d'une œuvre orale, par une personne autre que son auteur, porte à celui-ci un préjudice qui, selon nous, comporte une réparation légale. Les productions orales sont bien protégées; car elles contiennent en puissance des écrits, il suffit d'un sténographe pour les transformer en écrits.

A la vérité, la question même de la reproduction des cliniques n'a jamais été envisagée. Mais le point de droit a été tranché d'une façon absolue en ce qui concerne les cours et les conférences. Tous les auteurs, Pouillet, Renouard, Gastambide, Blanc, Rendu et Delorme, et toutes les décisions de jurisprudence sont unanimes à déclarer que les professeurs ont le droit exclusif d' « exploiter » leurs cours, leçons ou conférences, et d'en tirer bénéfice. Ils ont sur eux un « droit d'auteur »; le public n'a, lui, comme le dit Pouillet, « qu'un droit de jouissance intellectuelle ».

Par analogie, après avoir examiné la nature même de la clinique et les éléments dont elle se compose, on peut lui appliquer les mêmes principes. Qu'est-ce, en effet, qu'une « clinique » ? N'est-ce pas une véritable leçon, qu'un médecin fait à ceux auxquels il donne un enseignement pratique, au chevet d'un malade dont l'état lui suggère certaines réflexions qu'il communique à ses auditeurs en une improvisation plus ou moins étendue ? Mais cette improvisation, cette leçon, n'est-elle pas le résultat logique, personnel et comme spontané, des études, des recherches faites par le praticien ? Oui, certainement. Et qu'est-ce qu'un cours ? N'est-il pas lui-même le résultat réfléchi de recherches, de méditations, d'efforts ?

La clinique a les mêmes sources intellectuelles que les cours des professeurs; elle a droit à la même protection.

Ainsi donc la jurisprudence, faisant application du principe bien connu que nul ne peut s'enrichir au profit d'autrui, a toujours condamné la pratique que nous critiquons. Un auditeur quelconque ne peut sténographier le cours, la leçon, et les vendre à un journal qui les publiera sans l'autorisation expresse et formelle du professeur.

Le professeur doit simple [illegible] à ses élèves « la jouissance intellectuelle de son savoir ». Les auditeurs d'un cours ont le droit de prendre autant de notes qu'ils le peuvent; ils ont le droit absolu de les sténographier en entier et de s'en servir pour leur usage personnel, pour leurs études; mais ils ne peuvent le publier, le faire imprimer. Sinon la jouissance intellectuelle se changerait en jouissance matérielle illicite.

Et si nous nous reportons aux décisions rapportées dans les répertoires, nous constatons que toutes sont en ce sens.

C'est ainsi qu'il a été jugé à des époques différentes que, sans doute, un professeur doit à ses élèves, dans son cours, le tribut de ses études, de ses travaux, de ses méditations; mais qu'il les leur doit seulement pour leur instruction personnelle et non pour qu'ils puissent s'en emparer et les publier en corps d'ouvrage afin d'en recueillir le bénéfice pécuniaire; ces leçons, envisagées sous cet aspect, sont la propriété du professeur, le fruit de ses veilles, de ses recherches, de ses réflexions, de son génie, et nul n'a le droit de s'en emparer et de les publier contre sa volonté (Paris, 27 août 1828, *Gaz. des trib.*, 28 août 1828).

C'est encore ce que dit un arrêt de la Cour de Paris du 30 juin 1836 (*Gaz. des trib.*, 1er juillet 1836). Les leçons d'un professeur, « fruit de ses recherches, méditations de génie », sont une production de l'esprit qui forment pour lui une propriété littéraire. Il ne peut, en aucune manière, en être dépouillé, par telle publication que ce soit, sans sa volonté; reconnaître à toute personne le droit de faire imprimer et publier des cours publics serait évidemment méconnaître l'esprit et la lettre des lois et règlements qui assurent aux auteurs, en tous genres, la propriété de leurs ouvrages; il est

juste de remarquer, d'ailleurs, qu'un professeur étant responsable des ouvrages imprimés et publiés sous son nom, c'est lui porter préjudice que de faire imprimer des publications qui, plus tard, pourraient nuire à celles qu'il pourrait faire lui-même.

Pour le tribunal de la Seine, un cours écrit ou oral de médecine est protégé par la loi de 1793. D'après ses éléments, sa composition, le plan, la méthode, l'exposition des principes, la division, la diction même et le style, un cours forme, dans son ensemble, un corps d'ouvrage qui est l'œuvre du professeur et devient, pour lui, une véritable propriété dont il ne se dessaisit que pour l'instruction de ses élèves, et pas pour permettre à eux ou à des tiers d'en disposer dans un intérêt de spéculation (Trib. de la Seine, 2 mars 1843, *Dalloz* v. Propriété litt., n° 129).

Les leçons publiques d'un professeur constituent à son profit une œuvre d'intelligence dont la propriété lui appartient, et personne n'a le droit de les publier sans son aveu. En conséquence, celui qui, sans autorisation, reproduit, au moyen des notes qu'il a prises, et met en vente les cours faits par un professeur d'une faculté de droit à ses élèves, commet une contrefaçon des œuvres du professeur, et il doit à celui-ci, ainsi qu'à l'éditeur à qui le droit de publier les cours avait été cédé, la réparation du préjudice par eux souffert (Trib. de la Seine, 9 déc. 1893, *D. p.*, 1894, 2e partie, p. 262).

D'autres décisions (Trib. de Joigny, 9 mars 1861, *Pataille*, 1861, p. 166; Trib. de la Seine, 17 mars 1905, *La Loi*, 26 mars 1905) sont dans le même sens.

Cependant ceux à qui cette interprétation porterait préjudice pourraient tenter, également par analogie, de se prévaloir du caractère tout spécial des cliniques, et même de la loi, pour affirmer la légalité du droit de reproduction desdites cliniques.

On a voulu soutenir, en effet, devant les tribunaux, que les professeurs, chargés de cours publics, ne pouvaient empêcher qu'un éditeur fît sténographier leurs leçons et ne les publiât soit dans une revue, soit en un ouvrage complet. Et ce raisonnement s'appuyait sur cette thèse que le professeur, par le fait qu'il recevait un traitement pour transmettre par la parole le fruit de son savoir à ses élèves, à ses auditeurs, n'avait aucun droit de propriété.

Mais un pareil argument ne peut être pris en considération. En effet, si le traitement que reçoit le professeur est le prix de son enseignement, de sa parole, du temps qu'il consacre à son cours, il ne peut pas être considéré comme le prix d'achat de ses leçons. Et la jurisprudence en a décidé ainsi. Un arrêt de la Cour de Paris du 18 juin 1840 (*Dalloz* v. Propriété littéraire, n° 129) dit : « Les leçons qu'un professeur fait en public, et qui sont les fruits de longs travaux et de pénibles et studieuses recherches, constituent bien évidemment une œuvre de l'intelligence et le salaire qu'il reçoit de l'Etat ne peut pas donner à ses auditeurs le droit de les reproduire par la voie de la presse pour les vendre ensuite à leur profit. Ce salaire ne doit être considéré que comme la juste rémunération de l'obligation qu'il a contractée de faire un cours, et du temps qu'il y est obligé d'y consacrer... On ne peut pas supposer que la personne, qui consent à faire un cours public moyennant un salaire déterminé, consente par cela même à abdiquer la propriété des travaux auxquels elle a dû se livrer préalablement. »

Un second argument est celui qu'on pourrait tirer de la formalité du dépôt. Comme on le sait, la loi oblige les auteurs au dépôt de leurs ouvrages et ne leur accorde le droit d'agir en justice qu'autant que ce dépôt a été effectué.

Mais la réfutation est facile. En effet, la formalité du dépôt n'est exigée par la loi que dans les cas où il est possible de la remplir. Pour les œuvres sculpturales, par exemple, cette formalité n'existe pas. Il en est de même pour les leçons, pour les cliniques. Il est impossible de déposer des leçons orales, qui, la plupart du temps, sont improvisées et n'ont que l'existence fugitive que leur donne la parole du professeur. C'est précisément le cas des cliniques.

Et la jurisprudence a nettement déclaré que l'auteur d'une leçon professée publiquement était recevable à poursuivre la reproduction, sans qu'on puisse lui opposer l'absence de dépôt. Tant que l'œuvre n'est pas imprimée, il ne peut y avoir de dépôt : on ne peut déposer des paroles, des sons, des pensées (Cour de Paris, 27 août 1898, *Gaz. trib.*, 28 août).

L'impossibilité où le professeur se trouve, pour ses leçons, de satisfaire à la formalité du dépôt ne peut pas non plus faire obstacle à ce qu'il exerce tous les droits que cette loi garantit aux auteurs, puisqu'il est depuis longtemps reconnu et jugé que le dépôt n'est exigé que pour les ouvrages imprimés ou gravés; le texte de loi, d'accord avec la nature même des choses, indique que la propriété d'un discours, comme celle d'un manuscrit, se conserve indépendamment de tout dépôt (Cour de Lyon, 17 juillet 1845, *D. p.*, 1845, 2.128).

Il est enfin un troisième argument que les adversaires de notre thèse pourraient soulever. Ils pourraient dire que, du moment où la clinique a paru, celui qui l'a professée n'a plus de droit sur elle. La réponse se trouve dans un arrêt de la Cour de Paris du 28 mai 1852 (*Blanc*, p. 50) : le fait qu'une publication a paru sans opposition de l'auteur ne prouve pas qu'il ait abandonné la propriété même de son œuvre et que tout le monde a la faculté de la reproduire.

Il nous reste à dire, pour terminer, quelles sont les conséquences qui peuvent résulter de la reproduction non autorisée des cliniques et à quelles conditions un élève et un éditeur sont à l'abri des poursuites judiciaires.

Celui qui sténographie et qui apporte à un journal une clinique commet le délit de contrefaçon. L'éditeur le commet également (Paris, 30 juin 1836, *D.*, v. Propriété littéraire, n° 129); et l'auteur, en dehors des réparations pénales et civiles qu'il est en droit d'obtenir, peut demander la destruction des exemplaires du journal qui contiennent sa leçon clinique, ou que celle-ci disparaisse du corps du journal ou de la revue en cas de réimpression.

Pour éviter de tels dommages, les journaux ou revues de médecine n'ont qu'à demander à l'auteur l'autorisation de publier sa clinique et de lui en soumettre les épreuves; ou bien encore à ne pas accepter le manuscrit sans qu'il soit visé par le professeur — un certain nombre de journaux le font déjà. — Mais il reste bien entendu que le professeur, malgré cette publication, conserve le droit absolu de disposer pour l'avenir de sa clinique. Une décision en ce sens a été rendue concernant les thèses de doctorat en médecine. Le Tribunal de la Seine, le 25 novembre 1895 (*Pataille*, 06.100) a décidé en effet qu'une thèse soutenue devant la Faculté de médecine reste la propriété exclusive de l'auteur, et ne peut être publiée sans son autorisation dans une revue médicale.

Les principes qui viennent d'être rappelés trouvent leur application dans les cas où le délit serait commis dans un pays ayant adhéré à la convention de Berne du 9 septembre 1886, revisée par la convention de Berlin du 13 novembre 1908, laquelle a été promulguée en France par le décret du 2 septembre 1910.

MÉDECINE PRATIQUE

L'OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE (1)

L'opothérapie hépatique peut rendre de réels services dans le traitement de diverses affections. C'est d'ailleurs une méthode thérapeutique très ancienne, presque aussi vieille que le monde. Dioscoride soignait l'hydropisie par le foie de hérisson desséché au soleil et Galien préconisait le foie de loup dans l'ictère. Après avoir été longtemps en grand honneur, l'opothérapie fut complètement abandonnée; mais, depuis les travaux de Brown-Séquard, elle a fait une rentrée triomphale dans la thérapeutique ; on en use largement, peut-être même en abuse-t-on quelquefois, car on la prescrit souvent sans indications précises, d'après des données physiologiques encore mal connues ; et malgré que les citations latines ne soient plus guère à la mode, je rappellerais volontiers les vers d'Horace : *Sunt certi denique fines quos ultra citraque...*

Quelles sont les indications principales de l'opothérapie hépatique? Les cirrhoses doivent être naturellement citées tout d'abord, et, vraiment, toutes les fois qu'il existe de l'insuffisance hépatique, il est théoriquement rationnel d'introduire dans l'organisme du foie ou des extraits du foie; on supplée ainsi dans une certaine mesure à la défaillance de la glande et d'autre part on excite son pouvoir fonctionnel. Dans la cirrhose atrophique, l'opothérapie a donné souvent des résultats fort satisfaisants (observations de Galliard, Hirtz, Carles); on constate, à la suite de cette médication, une augmentation de la quantité d'urine, et une élimination plus abondante d'urée; l'ascite diminue ou se reproduit moins vite après ponction; les hémorragies diverses, complications fréquentes des cirrhoses, deviennent plus rares et finissent même par disparaître. Dans un cas de Salager et Pezet, des troubles délirants chez une cirrhotique furent heureusement influencés par l'opothérapie. A la période terminale des cirrhoses, quand l'insuffisance hépatique est devenue complète, quand le malade est dans le marasme et la cachexie, les résultats seront beaucoup moindres, parfois nuls; mais ces insuccès ne doivent pas faire abandonner, même dans ces cas, une médication qui peut toujours être essayée, puisqu'elle ne présente aucun danger.

Les fonctions hépatiques étant troublées non seulement dans les cirrhoses, mais dans beaucoup de maladies de la nutrition et de maladies générales, l'opothérapie hépatique a été préconisée pour le traitement d'affections diverses, par exemple de la goutte, du cancer, de la tuberculose. Dans le diabète sucré, l'opothérapie a procuré quelques succès; souvent, elle a paru n'avoir aucune action; ces différences ne doivent pas surprendre puisque la fonction du foie paraît être très différente dans les diverses formes de diabète, et puisque certains auteurs distinguent, avec M. Gilbert, un diabète avec hyperhépatie et un diabète avec anhépatie. Enfin, le foie ayant une action certaine sur la coagulation du sang, l'opothérapie hépatique est un mode de traitement des hémorragies, par exemple des épistaxis de la cirrhose et même des hémoptysies des tuberculeux.

La posologie de l'opothérapie hépatique est simple, bien que les modes d'emploi soient assez variés. Le mieux est d'essayer d'abord le foie frais, en pulpe ou en macération; pour la pulpe de foie, on prendra 100 à 200 grammes de foie frais (porc ou veau), on le râpera, après avoir enlevé la vésicule biliaire et les grosses travées conjonctives; le malade prendra cette pulpe dans du bouillon tiède. La macération se prépare en mélangeant 100 à 150 grammes de foie de porc pulpé avec une égale quantité d'eau; puis on décante et on passe sur une étamine.

La poudre de foie s'obtient par dessiccation de l'organe, dans une étuve à 40 degrés, ou dans le vide aux environs de 0; la poudre représente environ 15 à 17 p. 100 du poids de foie frais. Quant aux extraits de foie, on distingue les extraits aqueux, glycérinés, alcooliques, peptiques, salés, etc., on les trouve sous forme de spécialités, et le mode d'emploi (ingestion ou injection) varie selon chaque marque et chaque produit. M. BRELET.

(1) Voir à ce sujet : CARNOT. *Opothérapie* (1 vol. J.-B. Baillière, 1911), et la thèse de TUDEZ. *L'Opothérapie hépatique. Ses indications dans la cirrhose atrophique* (Montpellier, juillet 1911).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1911)

Les trypanosomes ont-ils des formes latentes chez leurs hôtes vertébrés? — M. A. LAVERAN. Pour les trypanosomes étudiés par M. Laveran, et notamment pour *Tr. gambiense*, il n'y a pas de stade d'évolution non flagellé dans l'organisme des vertébrés, et les éléments décrits sous le nom de *corps latents* correspondent à différents stades d'involution des trypanosomes; les premiers stades d'involution n'entraînent pas la mort des parasites qui, placés dans de bonnes conditions, inoculés par exemple à un animal sensible peuvent être revivifiés; les trypanosomes qui se sont immobilisés et mis en boules dans la rate et la moelle osseuse sont probablement plus résistants sous cette forme que sous la forme ordinaire, ce qui leur permet de jouer, dans une certaine mesure, le rôle que Fantham assigne aux *latent bodies*.

Constatation du tréponème dans la syphilis tertiaire du rein avec dégénérescence amyloïde. — M. G. FAROY. Observé fréquemment au cours de la syphilis héréditaire du rein et récemment par Le Play et Sézary dans un cas de néphrite syphilitique secondaire, le tréponème n'a pu, jusqu'à présent, être décelé dans les lésions tertiaires de cet organe.

M. Faroy a pu constater la présence de l'agent pathogène de la syphilis dans un rein syphilitique tertiaire. Mis en évidence par la méthode d'imprégnation argentique de Bertarelli et Volpino, les micro-organismes, peu nombreux, souvent atypiques, à tours de spire parfois peu serrés, de formes contournées, pourtant tout à fait caractéristiques par endroits, sont tous localisés dans les tubes sécréteurs, à l'intérieur d'un coagulum tantôt granuleux, tantôt hyalin qui en occupe la lumière.

M. Faroy n'a pu en trouver un seul dans les cellules épithéliales, dans le tissu conjonctif, dans les glomérules ou dans les parois vasculaires. Cette morphologie et cette localisation spéciales des tréponèmes rappellent celles que signalent Le Play et Sézary dans leur observation de néphrite secondaire.

C'est là, sans nul doute, la signature bactériologique dans le rein de la syphilis tertiaire viscérale; c'est aussi la confirmation microbiologique de la coexistence possible (signalée pourtant cliniquement par de nombreux auteurs) de la dégénérescence amyloïde et de la syphilis.

Identification par les rayons X de cadavres carbonisés. — M. FOVEAU DE COURMELLES, dans une note présentée par M. Branly, rappelle, à propos de la catastrophe du *Liberté*, sa communication à l'Institut du 24 mai 1897, lors de l'incendie du bazar de la Charité; on peut identifier maints cadavres carbonisés par la radiographie des os, en connaissant les fractures, ostéites ou autres affections faisant varier la composition minérale de certains points du squelette et qui ont atteint les individus en des régions connues de l'entourage. Actuelle-

ment, avec la radiographie instantanée, la radioscopie, on pourrait examiner rapidement plusieurs os, à la fois même, et avoir un procédé d'identification de cadavres, autrement méconnaissables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1911)

Résection de l'estomac pour cancers. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur un travail de M. Témoin (de Bourges) relatif à des résultats immédiats et éloignés de 160 cas de résection de l'estomac pour cancers. Il s'agit, dans un cas, de résections limitées au pylore ou à la première portion du duodénum. La plupart de ces malades ont subi la pylorectomie et une gastro-entérostomie postérieure.

La statistique de M. Témoin donne, comme résultats immédiats, une proportion de 92 p. 100 de guérisons. Quant aux résultats éloignés, ils ne sont favorables qu'à la condition que les malades soient opérés très largement et très précocement. La première de ces règles dépend du chirurgien, la seconde du médecin et M. Témoin fait observer avec forte raison, qu'on ne saurait trop insister auprès des médecins pour qu'ils envoient leurs malades aux chirurgiens avant la période cachectique de leur cancer.

M. Schwartz fait connaître la technique opératoire de M. Témoin. Il ne s'occupe pas des ganglions. Quand il y en a, il se contente de faire une simple gastro-entérostomie.

Au point de vue des résultats thérapeutiques, les tumeurs enlevées ayant été toutes examinées histologiquement et reconnues cancéreuses, M. Témoin compte un grand nombre de survivants après deux, trois, quatre ans et plus. Le plus ancien date de 1898. Il s'agissait d'un cancer très étendu. Ce malade se porte encore très bien et ne présente aucune trace de récidive.

Les résultats obtenus par M. Témoin sont donc des plus encourageants.

Gastroscopie par vision indirecte. — M. ROGER analyse un travail de M. Moure (de Bordeaux) sur ce sujet.

L'hérédité tuberculeuse. — M. LANDOUZY, en son nom et au nom de M. Laederich, fait une communication très intéressante sur ce sujet.

C'est le résumé de recherches expérimentales entreprises depuis trois ans en vue d'un rapport sur l'hérédo-tuberculose à la neuvième conférence internationale contre la tuberculose.

Ces expériences visent, d'une part, la transmission du bacille de Koch du générateur au fœtus (hérédité bacillaire ou de graisse) et, d'autre part, la transmission congénitale de viciations humorales, organiques et fonctionnelles (hérédité dystrophiante).

La place nous manque malheureusement pour résumer les expériences très intéressantes qui ont été faites sur des chiennes, des cobayes et des lapines, et nous sommes obligés de nous borner à donner les conclusions de M. Landouzy.

Conclusions. — « Une fois de plus la preuve expérimentale est donnée de la transmissibilité conceptionnelle de la bacillose.

Cette question de la tuberculose congénitale, comme l'étude de son polymorphisme, demeure donc l'un des problèmes les plus intéressants de la phtisiologie d'autant que sous l'influence des idées contagionnistes qui, à bon droit, mènent la clinique, on semblerait vouloir rayer de l'étiologie tuberculeuse, l'hérédité.

Nos anciens ne croyaient qu'à l'hérédité; assurément leurs petits-fils, n'ayant d'yeux que pour la contagion acquise, tombent-ils en excès opposé quand ils ne savent pas, dans la débilité congénitale de l'enfant, reconnaître l'hérédité de constitution et de tempérament; quand, dans la lignée disqualifiée de certains phtisiques, ils n'aperçoivent pas l'abâtardissement de l'individu, l'amoindrissement de la famille et la dégénérescence de la race.

La cruelle tuberculose n'est-elle pas avec la syphilis et l'alcoolisme une des trois forces destructrices de l'individu autant que de l'espèce. »

Conditions nécessaires à la valeur scientifique et pratique d'une sérothérapie antituberculeuse. — MM. L. GUINARD et L. RÉNON. Bien que donnant en clinique des résultats très inconstants, mais intéressants parfois, les sérums antituberculeux sont actuellement préparés d'après les principes les plus différents.

Les uns emploient exclusivement des produits solubles ou des extraits de bacilles débarrassés de tous éléments microbiens. Les autres utilisent des émulsions de corps bacillaires et des bacilles vivants et virulents. Pour obtenir un sérum actif, quatre, cinq, six mois seulement sont nécessaires aux uns. D'autres demandent treize et quatorze mois de préparation. Quelques-uns réclament trois, quatre ou cinq ans pour obtenir l'hyperimmunité de leurs animaux. Certains même viennent de dire que le sérum des animaux ainsi hyperimmunisés n'a aucune valeur curative et préventive expérimentale.

Quelques-uns des sérums antituberculeux actuels proviennent d'animaux très immunisés pouvant supporter sans dommage l'injection de très fortes doses de bacilles virulents. Par contre, d'autres sérums sont fournis par des animaux qui ne paraissent pas devoir résister à cette épreuve que leurs auteurs déclarent, d'ailleurs, n'avoir pas tentée. Comment ces animaux non immunisés et réceptifs à la tuberculose, peuvent-ils donner un sérum préventif et curateur?

Une sérothérapie antituberculeuse vraiment scientifique devrait procéder d'un principe unique d'immunisation complète des animaux, et ceux-ci devraient être réfractaires à toute tuberculose expérimentale. Chez l'homme, une sérothérapie réellement spécifique devrait avoir une action nette contre toutes les manifestations de la tuberculose; il est impossible de juger la valeur d'un sérum sur des tuberculoses légères, non évolutives, susceptibles de guérir seules ou par la simple cure d'air et de repos.

Présentation d'appareil. — M. GARIEL présente un appareil du docteur Raoult-Deslongchamps qui permet la recherche des corps étrangers, la réduction des fractures et luxations sous le contrôle simultané de la vision directe et des rayons X. L'opérateur, se plaçant l'appareil devant les yeux, dirige d'un œil son opération, pendant que de l'autre il a la vision des plans osseux ou du corps étranger sur un écran éclairé par les rayons X.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DES DIARRHÉES QUELLE QUE SOIT LEUR PATHOGÉNIE

Par M. M. LARDIÈRES.

L'ancienne médecine, peu familiarisée avec les recherches de la chimie physiologique, considérait la diarrhée comme un symptôme d'entérite et dirigeait contre elle un traitement symptomatique dont l'opium et le bismuth étaient la base.

On parvenait ainsi à éloigner momentanément ce trouble sécrétoire, mais sans en effacer la cause. Il a fallu pousser plus avant l'étude des fonctions digestives (chimisme, sécrétions, fermentations, phénomènes réflexes) pour découvrir l'origine réelle des diarrhées et, à l'heure actuelle, on les considère définitivement comme une manifestation, une conséquence d'anomalies physiologiques portant aussi bien sur le foie, le pancréas, l'estomac, que sur l'intestin lui-même. La

diarrhée est un trouble glandulaire provenant du tube digestif *ou de ses annexes*, voilà le fait.

Lorsque, en effet, les glandes chlorhydropeptiques de l'estomac sont en hypofonction, on observe fréquemment des crises diarrhéiques et l'on parle alors d'indigestion. Lorsque le foie sécrète une quantité insuffisante de bile ou que le suc pancréatique arrive en trop faible abondance dans l'intestin, il existe encore de la diarrhée et ce sont des selles graisseuses assez caractéristiques. La diarrhée dite nerveuse prend de plus en plus une origine pancréatique, et enfin les crises hypersécrétoires si fréquentes dans l'entérite chronique et qui succèdent à des périodes plus ou moins longues de constipation, reconnaissent pour origine un trouble fonctionnel des glandes muqueuses (diastase, invertine, entérokinase), conséquence et peut-être aussi origine des fermentations putrides.

Mais si l'on envisage dans son ensemble la pathogénie des diarrhées, on constate que les troubles organiques dont elles sont l'aboutissant sont dus à une diminution dans l'intestin d'une substance bien étudiée par Pawlow et qui s'appelle la *sécrétine*. La sécrétine est un excitant général des fonctions hépatique biliaire, pancréatique, intestinale et même gastrique ; elle est l'agent thérapeutique placé par la nature pour rétablir l'équilibre digestif rompu, elle est le régulateur des fonctions glandulaires.

Or, cette substance est engendrée dans le duodénum par l'action de HCL stomacal sur la *prosécrétine*, et, une fois produite, elle passe dans la circulation et va impressionner les organes digestifs en hypofonction.

Quand donc il existe de la diarrhée, c'est que la sécrétine n'a pu être produite en suffisante quantité par les moyens naturels et il faut faire appel à la thérapeutique. Nous savons qu'il suffit d'amener au contact de la muqueuse duodénale un acide quelconque pour transformer la prosécrétine inactive en sécrétine agissante. Chauffard l'a démontré en faisant absorber une pilule d'acide tartrique enrobée dans du gluten et qui abandonne son contenu en milieu alcalin intestinal.

Thérapeutiquement, on obtient le même résultat, mais d'une façon plus efficace, en soumettant les diarrhéiques à l'action de la fermentation lactique dont le produit actif est l'acide lactique naissant; et, comme le plus actif producteur d'acide lactique est le bacille bulgare *cultivé en milieu végétal*, c'est à cette médication qu'il faut s'adresser.

On fait donc absorber aux malades atteints de diarrhée, et quelle que soit son origine, six comprimés par jour de Bulgarine et l'on ensemence ainsi l'intestin avec un bacille bulgare cultivé en milieu végétal et qui, produisant une quantité suffisante d'acide lactique naissant, provoque bientôt l'apparition de la sécrétine. Cette substance passe alors dans la circulation et allant exciter, parmi les fonctions hépatique, pancréatique, intestinale, stomacale, celle qui est insuffisante, guérit rapidement la diarrhée.

On constate aussi, et comme conséquence du rétablissement normal des fonctions digestives, une amélioration de l'état général par meilleure assimilation des aliments absorbés. En outre, la substitution d'une flore favorable (bacille bulgare) à la flore putride exagérée de l'intestin exerce des effets favorables directs sur l'entérite elle-même, et, par suite, sur l'ensemble du tube digestif.

En résumé, production de sécrétine, d'une part, disparition des fermentations anormales, d'autre part, telle est l'explication des effets spécifiques du bacille bulgare sur les diarrhées dont le traitement pathogénique est en pratique représenté par la Bulgarine.

Traitement de la paralysie générale (*Consultations médicales françaises*, fascicule 33), par le docteur Eugène Gelma, médecin de l'Asile de Maréville, à Nancy. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale. — (N° 318, 25 sept. 1911.) Vaquez et Bordet : L'utilité de la radioscopie et de l'orthodiagraphie dans l'examen du cœur. — Fabre et Ostrovsky : Action du radium sur les toxines. — Rocher et Spéder : Sur un cas de calcification étendue de chaînes ganglionnaires.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 9, sept. 1911.) Chemin : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise (traduit du Japonais) [extraits] (*suite*). — Guéguen : Falsification d'une huile d'olive fine pour horlogerie par addition d'huile de coton soufflée ou oxydée. Discussion technique de cette analyse. — Porvès : Abcès du foie avec corps étranger. Abcès au poumon consécutif traité par le suc pulmonaire. Guérison. — Avérous : Un cas de phlegmon infectieux sus-hyoïdien traité par les incisions larges et le thermocautère. — Rideau : Rapport médical de fin d'instruction. Vaisseau-école *Calédonien* (école des gabiers).

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 9, sept. 1911.) G. Renaudin : Du rôle de la virginité dans l'étiologie de la neurasthénie. — M. Chaton : Un cas de mégacôlon congénital (maladie de Hirschprung).

Biologica. — (N° 9, 15 sept. 1911.) Grasset : Action bilatérale de chaque hémisphère cérébral chez l'homme. — Trouessart : L'origine préhistorique de nos mammifères domestiques.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 sept. 1911.) A. Bréchot : A propos du traitement du goitre exophtalmique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 17 août 1911.) Meuzer : Etude critique sur la doctrine de l'hypersensibilité dans la pathologie humaine. — Speyer : Clinique et pathogénie de l'ostéomalacie. — Patschke : Traitement de l'artério-sclérose du système nerveux central par la tiodine. — Nieden : Insufflation de l'estomac par l'acide carbonique pour la radioscopie et ses dangers. — Gottschalk : Ruptures de l'intestin et de la vessie. — Hahn : Contribution clinique à l'étude de la pachyméningite hémorragique interne chez l'enfant. — Bornstein : Sur le salvarsan dans le lait. — Geyer : Contribution à la therapia sterilisans magna par le salvarsan. — Wehner : Contribution à la question de la solution de NaCl dans les injections de salvarsan. — Dlabac : Nouvel appareil pour mesurer l'albumine d'après le procédé de Brandberg.

Echo médical du Nord. — (N° 39, 24 sept. 1911.) L. Dubar et E. Verhaeghe : A propos d'une tumeur du testicule droit en ectopie inguinale. — E. Wertheimer et L. Boulet : Action du chlorure de baryum sur les sécrétions pancréatique et salivaire.

Journal des praticiens. — (N° 39, 30 sept. 1911.) Sainton : Les syndromes en pathologie nerveuse. Les syndromes thalamiques. — Quénu : Les hémorrhoïdes et leur traitement chirurgical. — Claude : Une forme de psychasthénie (ancienne folie du doute). — Variot : Scorbut infantile.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 38, 23 sept. 1911.) Lavrand : Pansements laryngiens par les instillations à travers les fosses nasales. — J. Villette : Un cas de hernie directe.

Lyon médical. — (No 39, 24 sept. 1911.) J.-P. MORAT : Les sécrétions internes et le système nerveux. — (No 40, 1er oct.) DUROUX : Greffes et anastomoses nerveuses. — Robert RENDU : Résultats pondéraux de la cure marine de Giens.

Marseille médical. — (No 18, 1er oct. 1911.) F. CORSY : Foie avec atrophie du lobe gauche, du lobe carré et du lobe de Siegel. Foie avec atrophie du lobe droit. — P. FIOLLE : La voie coccy-périnéale (*fin*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

EXPOSITION INTERNATIONALE (SOFIA, 1912). — L'exposition internationale de Sofia 1912 s'ouvrira le 1-14 juin pour clôturer le 31-13 septembre 1912.

Placée sous la présidence d'honneur de M. le ministre royal du commerce et de l'agriculture, cette exposition embrassera les produits de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, des arts, de l'enseignement, de l'hygiène, de l'alimentation et des sports.

Cette entreprise, qui a obtenu l'approbation de la municipalité et de la chambre de commerce et d'industrie de Sofia, étant organisée en l'année jubilaire 1912, attirera un grand nombre de visiteurs dans la capitale bulgare.

Les intéressés sont priés de s'adresser, pour tous renseignements, au comité organisateur de l'exposition internationale 1912, no 5, place Alexandre I, à Sofia.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (14e année). — COURS DE VACANCES, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine, du dimanche 22 au dimanche 29 octobre 1911.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 22 octobre*, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 23 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

HOPITAL NECKER. — Sous la direction de M. le docteur Hirtz, MM. Salomon, Louste, Lemaire, Génévrier, Debré, Beaufumé, anciens internes des hôpitaux, feront des présentations de malades tous les mercredis, à dix heures et demie; chaque présentation sera suivie d'une critique par le chef de service.

Le docteur Lesage fera tous les samedis, à dix heures et demie, à partir de novembre, des conférences pratiques de thérapeutique physique.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Les médecins de la clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront le mardi 7 novembre des leçons cliniques d'ophtalmologie, qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites tous les mardis, à une heure et demie, successivement par les docteurs Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU CERVEAU (1)

CAUSES. SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Formes cliniques. — 1° SUIVANT LE GROUPEMENT DES SYMPTÔMES. — a. *Forme normale.* — Dans sa forme la plus classique, l'abcès du cerveau s'annonce au cours d'une otorrhée chronique, par des symptômes rappelant ceux d'une méningite ; le malade est pris de fièvre, de céphalée, d'un peu de raideur de la nuque, de vomissements, de délire ; en même temps le pouls et la respiration sont calmes ou ralentis ; cette phase dure environ quatre à cinq jours, exceptionnellement quinze ou vingt jours ; elle est suivie d'une phase de rémission pendant laquelle la céphalée persiste en même temps que s'accentuent la cachexie et l'amaigrissement. Cette période, qui peut être très longue, est souvent marquée par des *reprises* plus ou moins graves des symptômes généraux. Enfin survient la dernière période, elle s'annonce le plus souvent brusquement par un ictus apoplectique ; puis le malade présente de la *torpeur*, un *affaiblissement* intellectuel très marqué, de l'APHASIE. L'état comateux s'accentue rapidement, et le malade meurt en quelques jours. Cette évolution répond, assez exactement, à la successsion des lésions anatomiques : phase d'encéphalite, période d'enkystement du pus, extension brusque (par poussée d'encéphalite, rupture de la poche, hémorragie de voisinage).

b. *Forme typhoïde.* — L'allure est alors celle d'une infection aiguë, la température est très élevée, le malade est prostré, mais le pouls est calme, et sauf la constatation d'un léger délire, d'un peu d'aphasie, du ralentissement du pouls, et surtout la notion d'*otorrhée antérieure*, rien ne ferait penser à une localisation cérébrale.

c. *Forme méningitique.* — La température est très irrégulière, la céphalée est intense, les troubles pupillaires très marqués, il existe parfois des paralysies oculaires, tout porte à penser à une méningite ; dans ces cas les renseignements fournis par l'examen parallèle de la ponction lombaire et du sang sont très précieux en vue du diagnostic.

d. *Forme rémittente.* — Le début est à peine marqué par une légère ascension thermique ; la phase de rémission peut durer de longs mois et la mort survient brusquement par un ictus.

e. *Forme latente.* — Dans cette dernière variété le début a totalement passé inaperçu et l'abcès n'est souvent constaté qu'à l'autopsie, pratiquée dans un but médico-légal, après une mort subite inexpliquée.

Dans une dernière variété enfin, l'abcès du cerveau peut revêtir entièrement le *type d'une tumeur cérébrale* ; l'étiologie spéciale, seule, permet de soupçonner l'existence d'un abcès du cerveau.

Telles sont les différentes allures cliniques que peuvent revêtir les abcès du cerveau ; suivant le siège de ces abcès, différents symptômes pourront apparaître qui modifieront encore un peu cette allure générale.

2° FORMES SUIVANT LA LOCALISATION DE L'ABCÈS. — a. *L'abcès otogène* que nous avons pris comme type de description est le plus souvent localisé au *lobe temporo-sphénoïdal* ; les signes de localisation de cette variété d'abcès sont peu nombreux, le plus important est l'APHASIE ; nous n'insisterons pas plus longuement sur ce symptôme très important dont la fréquence s'explique d'autant mieux que l'on ne rapporte pas l'aphasie exclusivement à une lésion du centre de Broca ; il peut s'agir d'aphasie motrice, d'aphasie sensorielle, de surdité et de cécité verbales, toujours associées à l'hémianopsie.

L'*hémianopsie* que l'on observe fréquemment est une hémianopsie homonyme.

Les troubles moteurs consistent en *déviation conjuguée* de la tête et des yeux, quelquefois en crises d'épilepsie jacksonienne. Les troubles paralytiques qui s'expliquent par l'existence de troubles vaso-moteurs autour du foyer inflammatoire, consistent en parésie, hémiparésie (monoplégie faciale, facio-brachiale, quelquefois paralysie des nerfs craniens voisins, IIIe et VIe).

b. *Abcès du cervelet.* — Souvent l'abcès du cervelet reste latent, les symptômes de localisation faisant défaut ; lorsqu'ils existent on note surtout de l'ataxie cérébelleuse (vertige avec entraînement du corps d'un côté ; impossibilité de la station debout, démarche ébrieuse). Moins constants qu'en cas de tumeur sont les troubles de la diadococinésie et l'asynergie cérébelleuse. Il peut être d'ailleurs très difficile de différencier ce qui dépend de lésions labyrinthiques, de ce qui est lésion du cervelet, et il peut être difficile aussi, de rechercher des mouvements compliqués chez un malade en état de torpeur.

Il faut citer encore, parmi les autres signes d'abcès du cervelet, les vomissements accentués, la céphalée occipitale, la raideur de la nuque ; si l'abcès est volumineux, il peut provoquer à distance des symptômes de compression qui se traduiront différemment suivant le point où s'exerce spécialement cette compression (convulsions, paralysie, irritation des centres bulbaires). L'abcès peut enfin se rompre dans le canal rachidien, où il peut comprimer la moelle cervicale, déterminant l'apparition de quadriplégie ou de contracture par excitation du faisceau pyramidal.

c. L'*abcès du lobe frontal* peut être absolument latent, ou se présenter avec troubles localisés, ptosis, aphasie ; l'*abcès du centre ovale* se présente avec des troubles psychiques et paralytiques ; l'abcès du *lobe occipital* se caractérise par la prédominance des troubles visuels (hémianopsie, hallucinations visuelles, cécité psychique).

3° FORMES SUIVANT L'ÉTIOLOGIE SPÉCIALE. — Nous venons d'étudier l'ABCÈS OTOGÈNE ; il nous faut passer en revue, rapidement, l'allure spéciale des autres variétés d'abcès.

a. *Abcès traumatogènes.* — Ils peuvent être *précoces*, et s'observent alors peu après le traumatisme ; dans ce cas ils sont aigus et corticaux ; leur symptomatologie est noyée dans les signes de la méningo-encéphalite, les signes de localisation peuvent totalement faire défaut et le tableau clinique est alors celui d'une lepto-méningite ; ils peuvent être *tardifs* et s'observer longtemps après le traumatisme ; les signes généraux n'offrent rien de particulier, les signes de foyer consistent surtout en crises d'épilepsie bravais-jacksonienne, en aphasie motrice, parfois en troubles paralytiques (monoplégie, quelques fois hémiplégie, flasque le plus souvent, exceptionnellement avec contractures).

b. *Abcès rhinogènes,* — Ils sont assez rares et succèdent à une rhinite ou une sinusite suppurées ; l'abcès occupe le plus souvent le lobe frontal ; la céphalée est fronto-oculaire ; il est fréquent d'observer des troubles intellectuels.

c. *Abcès consécutifs à une infection généralisée,* ou à une *infection éloignée* ; il s'agit d'abcès dits *métastatiques* ; ils sont en somme assez rares, les mieux connus sont les abcès consécutifs à la *pneumonie,* ils s'observent en général à la suite d'une pneumonie arrivée à l'hépatisation grise, quelquefois à la période de résolution, l'abcès est rarement unique ; les signes généraux sont noyés dans ceux de l'affection primitive, ce sont seulement les signes de localisation qui attirent l'attention.

d. *Abcès cérébral primitif.* — Ils sont extrêmement rares, et il s'agit fort probablement dans ces cas d'infection dont la porte d'entrée a échappé au clinicien.

4° FORMES SUIVANT L'AGE. — Une seule particularité est à retenir, c'est la fréquence de l'*abcès du cervelet* chez l'enfant.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. — Abandonné à lui-même l'abcès se termine presque toujours par la mort, sauf de rares exceptions où la guérison est survenue après évacuation spontanée ou résorption. Parmi les complications qui précipitent cette évolution il faut signaler la méningite (qui coexiste si souvent avec l'abcès), les abcès sous dure-mériens. En ce qui concerne les *abcès otogènes,* on observe surtout comme complications la rupture ventriculaire, les méningites, l'abcès extra-dural, la thrombose des sinus. On a signalé l'apparition d'hémorragie, au voisinage de l'abcès, déterminant alors le plus souvent la mort avec ictus.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 116, p. 1661.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 18 octobre. — MM. Vincentelli, 5; Renard, 3; Deguignand, 8; Colleville, 7; Lebrun, 6; Lebée, 5; Perrier, 7; Eudel, 11.

Pathologie. — Séance du 18 octobre. — MM. Huc, 10; Tisné, 7; Kudelski, 11; Bigot, 7; Portret, 5; Mlle Romme, 7; M. Buquet, 11.

Erratum. — Dans notre carnet de l'internat, p. 3, n° 40, le nom de M. Noël, interne provisoire, doit être rétabli en *italique*.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Les veines jugulaires. »

MM. Chapotel, 12; Farrugia, 13; Daban, 14; Chamboissier, 7; Faure, 5; Cerf, 9; Chopinet, 11 1/2; Dautheuil, 14; Caracache, 12; Chabanier, 13; Couinaud, 18; Eusèbe, 11 1/2; Dartiguenave, 9; Dupret, 7; Eisenstein, 8; Doumer (Edmond), 16; Crocquefer, 9; Mlle Deuniel, 15.

Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Veine porte. »

MM. Duclos, 11; de Bony de Lavergne, 5; Djismedjian et Faiveley, 8; Duchon, 14; Burnand, 5; Cappelle, 16; Bozonet, 13 1/2; Ernst, 17 1/2; Exintaris, 14; Designole, 10; Dinoël, 11; Deguy, 10; Crantin, 14 1/2; Beaussillon, 4; de Brun du Bois-Noir, 6 1/2; Béhague, 10; Bernard (Roger), 6.

Pathologie— Séance du 18 octobre (matin). — Question donnée : « Des appareils plâtrés dans les fractures de jambe fermées. »

MM. Uzan (Emile), 8 1/2; Semelaigne, 17; Thébaut, 12; Soupault, 13; Moore, 18; Laurent (Marcel), 13; Majnoni d'Intignano et Medvédeff, 9; Lévesque, 13; Jacques, 7 1/2; Lehuche, 8; Latombe, 9; Malon, 10; Marquézy, 15; Laurent (Pierre-Théodore), 17; Lamarche, 10; Magnillat, 12; Klébansky, 10 1/2; Mordagne, 11.

Séance du 18 octobre (soir). — Question donnée : « Technique, indications et résultats de la ponction lombaire. »

MM. Hyvernaud, 6; Jorand et Leclerc, 10; Le Cocq, 8; Maupoix, 14; Mlles Le Bouédec, 9 1/2; Le Soudier, 16; MM. Jacquelin, 16; Kotsovos, 10; Moreau, 7 1/2; Iscovesco, 11 1/2; Mlle Kahn, 14; MM. Lauret, 7; Michon, 18; Mineur, 11; Le Chaux, 8; Labarraque et Montlaur, 13; Lepelletier, 10.

Prochaine séance, lundi 23 octobre, à quatre heures et demie, deuxième moitié, première série.

Avis. — Les candidats excusés sont prévenus qu'ils sont susceptibles d'être appelés à partir de mardi prochain, 24 octobre.

Ils devront donc être présents à la séance de pathologie qui aura lieu ce même jour, dont l'heure sera fixée à la séance précédente.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Soulié, agrégé libre, chargé d'un cours complémentaire d'anatomie topographique (fondation de l'Université), est chargé, à partir du 1er novembre 1911, d'un cours d'anatomie (cours d'État).

M. Jammes, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de zoologie médicale et micrographie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 21 avril 1912, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant la date d'ouverture dudit concours.

— Rennes. — Un congé, jusqu'au 31 mars 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

M. Millardet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, jusqu'au 31 mars 1912 (durée du congé accordé à M. Bertheux), d'un cours de clinique médicale.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au collège de France, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1911.

Par suite de nécessités de service, M. Ranvier cessera ses fonctions à partir de cette date.

LA CHAIRE DE MÉDECINE A TÉHÉRAN. — Le gouvernement persan vient de demander l'envoi en mission à Téhéran d'un médecin qui sera chargé de la chaire de médecine à l'institut polytechnique de cette capitale. Le ministre des affaires étrangères, par l'intermédiaire du ministre de la marine, fait appel aux médecins de marine. Le traitement est de 15000 francs, plus le voyage payé. Le départ aurait lieu au plus tard le 10 novembre.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1717.)*

REVUE GÉNÉRALE

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES CHEZ LE NOURRISSON

PAR MM.

A. SARGNON, Ancien interne lauréat
J. GATÉ, Interne
M. DURIF, Externe
des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — M. Lubet-Barbon, en 1891, dans un article publié par la *Revue des maladies de l'enfance*, attira le premier l'attention sur les végétations adénoïdes des nourrissons.

En 1894, dans les *Archiv of Pediatrie*, Huber (de New-York) reprend pour son compte la description des symptômes de cette affection. En 1897, M. le docteur Cuvilier (de Paris) apporte soixante-quatre observations démonstratives au Congrès de médecine et de chirurgie de Moscou. En 1903, M. le professeur Weill (de Lyon), dans la thèse de son élève Liberge, signale la fréquence des accès de laryngospasme au cours de l'évolution des végétations adénoïdes chez le tout jeune enfant. En 1906, dans les *Archives italiennes de laryngologie*, le professeur Massei (de Naples) s'attache à son tour à l'étude de cette affection et met en relief le traitement à y apporter.

Signalons, enfin, les communications de MM. Variot, Le Marc'Hadour et Roger à la Société de pédiatrie en 1905, l'article de M. le professeur Moure dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 27 août de la même année, ainsi que les thèses plus récentes de Casabianca (1905) et d'Elmerich (1906).

Aperçu sur l'amygdale pharyngée. — Pendant les premiers mois de la vie intra-utérine, l'amygdale pharyngée est représentée par une infiltration lymphoïde diffuse. C'est au neuvième mois seulement que se constituent les follicules. Eléments lymphoïdes et tissu conjonctif prolifèrent surtout au cours des premières années de la vie extra-utérine, l'amygdale pharyngée n'atteignant son complet développement qu'à l'âge de cinq ans.

Cette amygdale occupe la voûte du pharynx nasal et s'étend des choanes jusqu'à l'arc antérieur de l'atlas; latéralement, elle aboutit à la face postérieure du bourrelet tubaire. A douze mois, elle occupe la voûte tout entière, sans descendre au-dessous d'un plan horizontal passant par le bord supérieur des choanes. L'accroissement se fait ensuite suivant tous les diamètres. A noter que, chez le nouveau-né, le pavillon de la trompe est inférieur au plan de la voûte pharyngée; les fossettes de Rosenmüller sont à peine marquées à cet âge. Le vomer est cartilagineux et a une position très oblique.

La constitution histologique de la tonsille pharyngée est celle des amygdales palatines.

Des auteurs récents ont établi entre l'amygdale pharyngée et l'hypophyse des rapports que nous ne pouvons passer sous silence. Les troubles de l'adénoïdisme ne proviendraient pas d'une simple gêne mécanique ou de troubles réflexes, il faudrait faire intervenir, dans leur pathogénie, une perturbation de la sécrétion interne des glandes vasculaires sanguines.

En 1888, Killian constate l'existence, à la voûte du cavum du fœtus humain, d'un tissu manifestement hypophysaire. En 1904, Edheim affirme la présence constante d'une hypophyse pharyngée chez le nouveau-né. Araï et Civalleri, en 1907, confirment, dans des travaux plus complets, les données précédentes; le professeur Citelli fait, à ce sujet, une communication au Congrès international de Budapesth. A la même époque, Poppi, ignorant les travaux de Killian et d'Edheim, croyait à l'existence d'une hypophyse aberrante à la voûte du pharynx. Cet auteur, dans un ouvrage récent, rappelle les rapports vasculaires qui unissent l'hypophyse centrale, l'hypophyse pharyngée et la tonsille pharyngée; il parle de la persistance partielle du canal hypophysaire chez l'adulte, et insiste sur les relations de l'hypophyse avec les autres glandes à sécrétion interne : thyroïdisme, thymisme, adénoïdisme coexistent souvent chez le même sujet; de même on a pu voir les lésions ou l'ablation de l'hypophyse pharyngée confondue avec la tonsille de la voûte, coïncider avec le goitre exophtalmique ou avec la maladie bronzée d'Addison. Tantôt l'extirpation des végétations adénoïdes a amélioré ces états morbides; tantôt, au contraire, elle les a provoqués.

Les tumeurs adénoïdes des nourrissons sont d'une coloration rose pâle et de consistance molle; elles forment de petits nodules, du volume d'un pois chiche, dont l'ablation entraîne une hémorragie minime.

II

Etiologie. — Les végétations adénoïdes sont relativement fréquentes au cours des deux premières années de la vie. Guénau, dans sa thèse, dit avoir rencontré, sur 942 cas de végétations observées à la policlinique des Enfants-Malades à Paris, 48 cas concernant des nourrissons, soit une proportion de 5 p. 100. Casabianca donne des chiffres inférieurs. Ces discordances sont d'ailleurs suffisamment expliquées par la latence fréquente de cette affection, et, de ce fait, par la difficulté qu'on rencontre à délimiter dans la statistique générale la place exacte qui lui revient.

Les facteurs étiologiques sont nombreux et, avant de les passer en revue, il semble plus rationnel de fixer exactement les deux idées directrices qui ont guidé les esprits sur ce terrain.

Jusqu'à ces temps derniers on attribuait aux végétations un caractère congénital. M. Marfan voit les choses différemment. D'après cet auteur, il existe un rapport étroit entre le rachitisme et les végétations adénoïdes. Les différentes intoxications chroniques de l'enfance agiraient sur les organes hématopoiétiques, moelle osseuse, ganglions, rate, tissu lymphoïde, et détermineraient du même coup

l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et les symptômes du rachitisme. Végétations et rachitisme peuvent d'ailleurs exister à la naissance, mais dans ces cas, du reste exceptionnels, il s'agit, au dire de M. Marfan, d'intoxications survenues au cours de la vie intra-utérine. Ces diverses intoxications, ainsi mises en cause, peuvent tenir exclusivement au nourrisson et résulter directement, soit des nombreuses complications gastro-intestinales de l'allaitement (dyspepsie chronique), soit des infections multiples qui se peuvent rencontrer à cet âge. Mais les ascendants peuvent aussi être incriminés, et l'on ne saurait passer sous silence l'importance respective de la syphilis, de la tuberculose, ainsi que des diverses intoxications chroniques, en somme de toutes les causes débilitantes des parents.

III

Etude clinique. — Le début de l'affection est généralement insidieux et l'hypertrophie amygdalienne est depuis longtemps constituée quand la gêne de la respiration nasale, l'un quelconque des divers symptômes réflexes ou la cachexie, résultant de l'obstacle apporté à l'alimentation, vient attirer l'attention du médecin du côté du cavum. Ce sont généralement les symptômes respiratoires qui sont les premiers en date.

Lorsque le tableau clinique est définitivement constitué, on voit se réaliser tout un cortège symptomatique que nous allons décrire.

La situation de l'amygdale au confluent des cavités nasale et buccale, ainsi qu'au voisinage des orifices tubaires, permet de prévoir les troubles résultant de son hypertrophie.

Les nourrissons porteurs de végétations présentent très fréquemment du coryza avec enchifrènement, gêne, parfois même impossibilité de la respiration nasale, production incessante de croûtes et écoulement séreux rappelant un véritable jetage. Ce coryza est essentiellement chronique et ne cède définitivement qu'à l'extirpation des végétations qui compriment les veines de la muqueuse nasale et servent de point d'appel à d'incessantes poussées infectieuses. A côté de ce coryza se rencontre souvent un degré plus ou moins marqué de catarrhe tubaire avec parfois diminution de l'ouïe.

Ces troubles de la respiration nasale déterminent toute une série de phénomènes qui en découlent directement. C'est ainsi que la respiration, même à l'état de repos, est courte, fréquente, pénible, avec souvent du ronflement surtout nocturne et parfois un bruit comparable au « coassement de la grenouille », auquel M. Moure attribue une grosse valeur diagnostique. Par le même processus, l'alimentation de l'enfant est notablement troublée. On peut le voir téter pendant quelques secondes au cours desquelles il est obligé de faire de profondes inspirations; mais il ne tarde pas à se cyanoser, puis à lâcher le sein en se rejetant en arrière, secoué parfois par une secousse de toux due aux mucosités de l'arrière-gorge ou à une déglutition défectueuse.

Les troubles respiratoires, dont nous venons de parler, entraînent une insuffisance manifeste de la respiration, acte essentiel de la vie. L'hématose devient défectueuse, et, de plus, l'air n'étant plus épuré par le mucus nasal, entraîne avec lui des causes morbides multiples.

De plus, étant donnée l'absence d'un courant d'air expiratoire évacuateur, les sécrétions nasales stagnent dans le cavum et, par les mouvements qui peuvent leur être imprimés, déterminent de fréquents accès de toux, d'ailleurs peu pénibles. Dans ce cas particulier, la toux ne traduit qu'un besoin de désencombrer les voies aériennes.

Dans un autre ordre d'idées, on peut considérer les végétations adénoïdes comme l'épine irritative qui servira de point de départ à divers réflexes. C'est ainsi qu'on pourra voir survenir chez le petit malade la toux coqueluchoïde, la toux nocturne, le spasme de la glotte et même l'asthme réflexe. Nous nous contentons de signaler ces divers accidents; la symptomatologie en est suffisamment connue et tout l'intérêt réside dans la possibilité de leur production au cours de l'évolution des végétations adénoïdes chez le nourrisson.

Les troubles respiratoires d'une part, l'insuffisance de l'alimentation d'autre part, déterminent fatalement, si l'on n'y met bon ordre, une véritable cachexie adénoïdienne qui, dans certains cas, peut aller jusqu'à l'athrepsie.

Quand on examine ces petits malades, on est immédiatement frappé de leur aspect. « La bouche est toujours ouverte, les narines dilatées, ils ont ce qu'on peut appeler le facies inspiratoire, ils sont occupés à respirer. Leur visage est d'une pâleur livide, leurs traits sont tirés, émaciés, leurs gencives sèches, leur respiration bruyante, pénible; les ailes du nez sont animées de battements continuels. » (Lubet-Barbon.) L'enfant paraît anxieux et, si on l'observe pendant son sommeil, on constate que celui-ci est troublé par des cauchemars, une agitation continuelle.

Si on fait ouvrir la bouche d'un de ces nourrissons et qu'on pratique le toucher pharyngien, avec le petit doigt de préférence, en raison de l'exiguité du cavum à cet âge, on sent des masses bourgeonnantes occupant le naso-pharynx. Parfois on doit se contenter de percevoir la tumeur à travers le voile; c'est le toucher médiat qui réclame d'ailleurs une certaine habitude.

L'examen du sang des adénoïdiens montre une diminution presque constante du nombre des globules rouges, la valeur globulaire restant normale. En revanche, on note une hyperleucocytose manifeste, surtout en ce qui concerne les polynucléaires neutrophiles. Le nombre des éosinophiles ne varie pas.

IV

Formes cliniques. — Les symptômes que nous venons d'étudier peuvent tous se rencontrer, mais il est rare qu'ils se trouvent au complet chez le même malade. Ils peuvent se grouper diversement suivant les différents individus et donner à l'affection qu'ils traduisent une allure très variable. Ils n'en restent pas moins très caractéristiques et am-

plement suffisants pour diriger le médecin dans la voie du diagnostic.

En revanche, il est une forme clinique assez particulière dans laquelle prédomine ou même existe seul un symptôme très spécial, capable d'égarer, dans bien des cas, le praticien non averti, et dont il importe de reconnaître la véritable signification. C'est de cette forme clinique uniquement que nous allons parler. Il s'agit, dans ce cas, d'enfants nerveux, souvent exempts de troubles respiratoires et digestifs appréciables, et qui présentent différents phénomènes réflexes, dont le plus important et le plus caractéristique est le laryngospasme. M. le professeur Weill (de Lyon), qui s'est beaucoup occupé de cette question, pense qu'une cause insignifiante suffit à faire naître cet accident chez le nourrisson, et, d'après lui, si des troubles digestifs graves ne peuvent être mis en cause, c'est aux végétations adénoïdes qu'il faut attribuer le laryngospasme à répétition. « Il existe des cas, et la plupart des spasmes que j'ai observés rentrent dans cette catégorie, où la seule manifestation observée est le spasme du larynx, sans ronflement, sans signes d'obstruction nasale. Il s'agit de petites végétations qui ne sont pas oblitérantes. » (Weill.) Celles-ci produisent vraisemblablement par un effleurement de la muqueuse une excitation mécanique des rameaux terminaux du laryngé supérieur et du récurrent, et le réflexe trouve là les conditions de sa réalisation. Il suffit de signaler cette forme clinique; le praticien devra y songer toutes les fois qu'il ne trouve pas au laryngospasme de cause rationnelle.

V

Evolution. — Abandonnées à elles-mêmes les végétations adénoïdes s'accroissent jusqu'à l'âge de cinq ans pour rester ensuite stationnaires et régresser pendant l'adolescence. Mais cette évolution simple et favorable en apparence peut être traversée de nombreux incidents et, sans revenir sur la fréquence du spasme glottique, sur la possibilité de l'asthme réflexe et aussi de l'athrepsie, il est toute une série de complications que nous devons exposer.

VI

Complications. — Les poussées d'adénoïdite suppurée avec fièvre et mauvais état général ne sont point rares. A l'occasion d'une de ces poussées on peut même voir se déclarer un abcès rétro-pharyngien.

Par infection de voisinage, on note souvent du catarrhe tubaire, avec parfois de l'otite catarrhale sèche, avec tympan épaissi, de l'otite catarrhale exsudative, de l'otite moyenne suppurée avec perforation du tympan ou mastoïdite et même de la labyrinthite pouvant aller jusqu'à la surdité absolue. Les phénomènes d'otite, dans ces cas, sont d'ailleurs la plupart du temps bilatéraux. Dans le même ordre d'idées, on peut constater de l'inflammation des sinus et même des sinus frontaux.

Les mucosités purulentes du cavum, dégluties, peuvent aussi déterminer une forme de gastro-entérite très tenace. D'autre part le catarrhe rhino-pharyngien peut s'étendre aux premières voies respiratoires et provoquer des trachéites et trachéo-bronchites; il peut, en tous cas, constituer une cause d'appel sérieuse pour des infections pulmonaires plus graves.

Nous avons montré dans la symptomatologie comment le petit adénoïdien se trouvait obligé pour respirer de faire des inspirations profondes. Si l'on remarque que les secousses de toux, fréquentes chez lui, le forcent à faire des expirations énergiques et prolongées, on voit que toutes les conditions sont réalisées pour une distension progressive de l'alvéole pulmonaire, partant pour l'éclosion d'un emphysème.

Enfin rappelons en terminant le rôle attribué aux végétations adénoïdes dans la production du myxœdème.

VII

Pronostic. — Le pronostic est donc difficile à préciser. Bénignes par elles-mêmes, les végétations adénoïdes sont graves par les complications qui peuvent les accompagner et par les troubles qu'elles apportent au développement de l'enfant.

VIII

Diagnostic. — Il doit être basé sur l'existence des troubles respiratoires et des difficultés de l'alimentation; l'enfant a généralement le teint pâle, ne prend pas de poids; le toucher, qu'on peut pratiquer avec le petit doigt, permet de sentir des masses bourgeonnantes dans le cavum.

Des crises de laryngospasme survenant chez un nourrisson devront toujours, ainsi que nous l'avons dit, attirer l'attention sur la présence possible des végétations. De même pour les crises d'asthme ou les accès de toux nocturne.

L'athrésie des choanes sera reconnue en introduisant une sonde de petit calibre dans les fosses nasales.

L'idée d'une affection pleuro-pulmonaire, que peuvent dans certains cas éveiller la dyspnée et une légère élévation de température, sera écartée par l'absence de tout signe physique.

Le catarrhe nasal, par sa chronicité, peut offrir quelque analogie avec le coryza syphilitique, mais outre les anamnestiques, il est rare que celui-ci ne s'accompagne pas, à un moment donné de son évolution, de pemphigus, de syphilides, de troubles viscéraux, etc. Un léger suintement sanguin sera également en faveur du coryza spécifique.

Si la dyspnée est accentuée, l'alimentation pénible, l'affection peut en imposer pour un abcès rétro-pharyngien, mais l'allure plus aiguë, l'hyperthermie, la sensation de choc en retour lèveront le doute.

Le cornage peut faire penser au stridor congénital, mais dans ce cas l'occlusion des narines ne lui fait subir aucune modification.

Exceptionnellement l'association de la dyspnée, du ronflement et d'une adynamie profonde a pu faire craindre une laryngite diphtérique (Lubet-Barbon).

La toux ne sera pas confondue avec celle de la coqueluche, bien que revêtant parfois des caractères

analogues. Les reprises sont généralement moins nettes et les pressions exercées sur la trachée ne déterminent pas de crises.

La toux de compression (Garel) est caractéristique d'une tumeur médiastinale, le plus souvent d'une adénopathie trachéo-bronchique; chez le nourrisson elle fera donc rechercher les autres signes de cette affection.

L'existence de paroxysmes dyspnéiques et de crises de laryngospasme peut se voir également dans l'hypertrophie du thymus. Il sera toujours bon de vérifier l'état de cet organe et des ganglions médiastinaux par la radioscopie. Le signe de Rehn, regardé par certains auteurs comme caractéristique, n'a de valeur que si la saillie sus-sternale est très nette, ce qui est loin d'être la règle.

IX

Traitement. — Il peut être médical ou chirurgical.

Lorsque les troubles fonctionnels n'offrent pas de gravité immédiate et surtout si l'enfant présente journellement de petites poussées de température, il est préférable de recourir d'abord au traitement médical, quitte à le faire suivre, en cas de nécessité, du traitement chirurgical. Divers antiseptiques ont été préconisés : résorcine (1 p. 20), airol (1 p. 20), acide borique, vaseline pure, notamment la vaseline de Chesebrouk, menthol, etc. Ce dernier corps a été récemment l'objet de vives attaques et, après avoir été employé d'une façon presque exclusive, s'est vu relégué subitement au rang des médicaments dangereux. Dans un article, publié par *La Clinique* du 17 février 1911 (1), M. Laurens prend la défense du menthol et montre que la plupart des accidents observés sont dus au mauvais emploi fait de ce corps : alors que la formule la plus courante est à 1 p. 100, on l'a ordonné à 1 p. 50 et même à 1 p. 30! Nous croyons que, pour de jeunes enfants, il faut s'en tenir à la proportion de 1 p. 200, indiquée par le professeur Moure. L'un de nous l'utilise couramment à cette dose. Quelques bébés pourront encore manifester de l'intolérance, mais il n'y a pas d'accident à craindre, surtout si le menthol est associé à un autre médicament, le camphre par exemple.

Souvent ce traitement sera suffisant et fera disparaître les symptômes dus à une poussée congestive passagère. Mais il ne faut pas exagérer son importance; le véritable traitement des végétations adénoïdes, chez le bébé comme chez l'enfant plus âgé, c'est l'ablation. Celle-ci, dans certains cas où les symptômes fonctionnels revêtent une gravité particulière, peut du reste s'imposer d'urgence.

En aucun cas on n'aura recours à l'anesthésie générale. A partir de dix à douze mois, on pourra faire précéder l'intervention d'un badigeonnage local à la cocaïne (à 1 p. 30 ou 1 p. 50) en ayant soin de bien étancher par avance le coton imbibé de la solution.

L'instrument le plus commode est la pince classique. Le modèle offert ordinairement par les fabricants convient bien aux enfants de six mois, mais est encore trop gros pour les bébés de trois mois. L'un de nous en a fait un de dimensions un tiers moindres. M. Moure a préconisé un adénotome spécial à griffe.

Le bébé est soigneusement emmailloté et maintenu en bonne position par un aide. L'opération sera faite suivant le procédé classique; il faudra seulement avoir soin de faire plusieurs séances à quelques semaines d'intervalle, en se contentant d'enlever chaque fois les bourgeons les plus saillants. Vouloir faire une opération complète en un temps serait s'exposer à une hémorragie capable de mettre en danger la vie du nourrisson. Généralement tout se passe bien, mais si l'on veut agir en toute sécurité, il est absolument nécessaire de vérifier au moyen de la radioscopie, avant l'opération, l'état du thymus : il ne faut jamais toucher à un enfant porteur simultanément d'un gros thymus.

Moyennant ces quelques précautions, les suites de l'opération sont des plus simples ; les symptômes fonctionnels s'atténuent petit à petit pour disparaître et l'enfant se développe d'une façon normale. Il faut toutefois être prévenu du retour fréquent des végétations; plus la date de l'opération est rapprochée de celle de la naissance, plus les récidives sont à craindre. Ce n'est guère qu'à partir de deux ans, deux ans et demi, qu'il est possible de faire un curage complet du cavum.

(1) Georges LAURENS. « Sachons employer le menthol ». *La Clinique*, 17 février 1911, p. 108.

BIBLIOGRAPHIE

Abcès rétro-pharyngien chez un enfant de trois mois et demi, *Arch. nationales de laryngologie*, mars-avril 1903.

ASTIER. Observation de végétations adénoïdes chez un enfant de six semaines, *Bull. et mém. de la Soc. de laryngol.*, Paris 1898, n° 6.

BERTRAND. *Des Végétations adénoïdes aux différents âges.*

BONNIER. Maladies du nez, *Traité d'hygiène et de pathologie des enfants du premier âge* (sous la direction du docteur Henri de Rothschild), 1905, t. II.

BOULARD. *De la Respiration stridoreuse chez les nourrissons*, Th. de Paris, 1904.

BOYS. Le naso-pharynx des nouveau-nés. Etude d'anatomie, *Bull. et mém. de la Soc. belge d'otologie*, 1900.

BRISSAUD. De l'asthme, *Traité de méd.*, t. IV; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 1er juin 1897.

CASABIANCA. *Des Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez les nourrissons*, Th. de Bordeaux, 1905.

CITELLI. Vegetazioni adenoïdi e sordi mutismi, *Boll. delle malattie dell' orecchio, della gola et del naso*, Florence 1904, p. 141-150.

COURTADE. De l'examen du pharynx supérieur par le toucher médiat à l'aide d'explorateurs, *Arch. intern. de laryngol.*, Paris, janv.-fév. 1903; — Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale, *Arch. intern. de laryngol.*, Paris, mai-juin 1903.

CUVILIER. Etude sur les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance (forme de nourrissons), *Congrès de Moscou*, 1897 (section XII, maladies de l'oreille); — *Congrès de Madrid*, 1903 (section de rhino-laryngologie); — *Arch. intern. de laryngol.*, Paris 1903, n° 5; — *Traité des maladies de l'enfance* (sous la direction du professeur Grancher), Paris 1904.

DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, Paris 1904.

DEGLAIRE. *Troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx*, Th. de Paris, 1897.

DUPLAIX. Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme, *Gaz. des hôpit.*, oct. 1892.
DUTAUZET. *Des Végétations adénoïdes et de leurs rapports avec l'asthme*, Th. de Paris, 1894.
ELMERICH. *Végétations adénoïdes chez le nourrisson. Leur influence sur son développement*, Th. de Paris, 1906.
ESCAT. *Evolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne*, Th. de Paris, 1894.
J. GAREL. *Diagnostic et traitement des maladies du nez.*
GOMPERZ. Des otites aiguës chez les enfants à la mamelle, analysé in *Revue hebd. de laryngol.* par Jankelevitch, 1905.
GROSSARD (de Paris) et RAUFMANN (d'Angers). Des complications de l'adénoïdectomie. Rapport présenté à la Société française d'oto-rhino-laryngologie (Congrès de 1911). Paru dans les *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* de Lermoyez, 1911, t. XXXVI, 5e livraison.
GRADENIGO. Hyperplasie de la tonsille pharyngienne, *Congrès biennal des Soc. ital. de laryngol.*, Rome, oct. 1897.
GUÉNAU. *Etude clinique des végétations adénoïdes du pharynx nasal des nourrissons*, Th. de Paris, 1897.
JOUSSET. Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson, *Echo médical du Nord*, 1897, n° 40.
LAMBERT-LACK. Adenoïd growths and laryngeal stridor, *The Lancet*, 26 mars 1908.
R. LANNOIS. *Précis des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx*, t. II.
LANDOLT. *Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx*, Th. de Paris, 1901.
LERMOYEZ. *Thérapeutique des maladies des fosses nasales*, Paris 1896.
LUBET-BARBON. Quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, nov. 1891.
LUC et DUBIEF. Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, *Congrès de Berlin*, août 1890.
MARFAN. Le rachitisme dans ses rapports avec la déformation ogivale de la voûte palatine et l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx, *Semaine méd.*, 18 sept. 1907; — Pathologie du thymus, *C. r. de l'Assoc. franç. de pédiatrie*, 1910.
MARTIN. *Du Stridor laryngé congénital des nourrissons*, Th. de Bordeaux, 1902.
MASSEI. Le vegetazioni adenoïdi del cavo naso-faringeo nei poppanti, *Arch. ital. di laringol.*, Naples, juillet 1904, p. 108; — Vices de conformation congénitaux du nez et des fosses nasales, *Arch. ital. di laringol.*, Naples 1905, p. 16; — Nosographie du stridor dit congénital, rapport lu au *VIIIe Congrès de la Soc. ital. de laryngol.*, Sienne, 13-15 oct. 1904.
MENDEL. Physiologie et pathologie de la respiration nasale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1er juin 1897.
MOURE. Présentation d'un enfant guéri de coassement des nouveau-nés par l'ablation de végétations adénoïdes, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, séance du 25 mars 1898; — *Maladies des fosses nasales*, Paris 1893; — *Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx*, Paris 1904; — Les végétations adénoïdes chez les nourrissons, *Journ. de méd. de Bordeaux*, août 1905, n° 35.
MOURE et LAFARELLE. Sur quelques particularités morphologiques du naso-pharynx étudiées au point de vue clinique, *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'otol.*, Paris 1901.
POIRIER. *Traité d'anatomie descriptive*, Paris 1896, 1904.
SAUQUET. De l'adénotomie dans la première enfance, *Soc. belge d'otologie*, séance du 4 juin 1899.
SMITH. *The Lancet*, 25 mai et 8 juin 1895, p. 1298 et 1460; — Adenoïd growths and laryngeal stridor, *The Lancet*, 1er mars 1898.
SUTHERLAND et L. LACK. Congenital laryngeal obstruction, *The Lancet*, sept. 1897.
THOMAS. Végétations adénoïdes et myxœdème, *Revue hebd. de laryngol.*, Bordeaux 1900, n° 58; — Végétations adénoïdes chez les nouveau-nés, *Marseille méd.*, 1899, n° 3.
TILLAUX. *Traité d'anatomie topographique*, Paris 1900.
WEILL (E.). *Précis de médecine infantile*, Lyon 1911, t. I et II, 3e édition.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1911)

De la désobstruction des artères thrombosées. — M. MICHAUX partage l'avis de M. Lejars (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 117, p. 1677). Il s'est trouvé en présence de deux cas de thrombose traumatique des artères fémorale et poplitée dans lesquels il n'a pu intervenir que trop tard et où il s'est trouvé en présence des plus grandes difficultés pour déterminer le siège exact et l'étendue de la thrombose. Il arrive à cette conclusion que dans les thromboses traumatiques il est inutile d'aller à la recherche de l'artère thrombosée. M. Michaux croit également que, dans les cas purement médicaux, thromboses résultant d'une affection cardiaque ou autre, les interventions chirurgicales sont appelées à donner très peu de résultats.

M. LEJARS pense que l'opinion que vient d'exprimer M. Michaux pour les thromboses d'origine traumatique est très exacte. Quant aux embolies récentes chez des individus jeunes, dont le système artériel n'est pas altéré, et surtout dans les cas où il est assez facile de déterminer exactement le siège et l'étendue de l'embolie, M. Lejars estime que, peut-être, l'intervention chirurgicale aurait son utilité.

Colites graves. — M. MOTY, à l'occasion de l'intéressant rapport de M. Sieur sur un travail de M. Jacob, qui préconisait les avantages de l'appendicostomie dans les cas de dysenteries graves et rebelles, conclut d'une série de recherches auxquelles il s'est livré que cette intervention pourrait avoir son utilité dans tous les cas de dysenteries rebelles et répond à des indications plus étendues encore que celles qu'ont posées MM. Sieur et Jacob.

Cure radicale d'un spina bifida. — M. SAVARIAUD fait un rapport sur une observation de M. Brouyer (de Lille). Il s'agit de la cure radicale d'un spina bifida lombaire chez un enfant de vingt mois. Aucun antécédent tuberculeux ni syphilitique chez les parents, aucune autre malformation chez l'enfant lui-même, qui présente un état général excellent. Il porte dans la région lombaire une tumeur médiane, grosse comme une petite mandarine. Des tentatives de réduction restent sans effet. M. Brouyer pratique l'opération le 31 décembre. L'enfant guérit. La guérison date maintenant de trente mois. L'enfant n'a présenté aucun trouble cérébral, son intelligence est normale. On n'a constaté chez lui qu'un certain retard dans la marche.

A propos de cette observation, M. Savariaud pose la question des indications et des contre-indications des opérations dans le spina bifida. Il faut, pour juger la question, considérer les suites éloignées de cette intervention. Or les cas d'hydrocéphalie, d'idiotie, de troubles cérébraux, consécutifs à ces interventions contre le spina bifida, ne manquent pas. Dans un important rapport, M. Broca conclut que cette intervention ne doit pas trouver place dans la pratique d'un chirurgien raisonnable, puisque les conséquences, d'ailleurs fort tristes, en sont presque toujours les mêmes.

M. Savariaud rappelle cependant un cas de Walther, dans lequel le résultat obtenu a été assez favorable; un cas de

M. Potherat, dont les suites éloignées ne sont pas connues, et d'autres encore, qui prouvent que l'opération semble bien avoir donné quelques succès définitifs. Dans deux cas publiés par un chirurgien de Nancy, l'un, non opéré, s'améliora; l'autre, opéré, vit sa situation s'aggraver.

M. Savariaud analyse longuement une observation de M. Delagenière, dans laquelle le résultat final fut assez favorable, malgré quelques troubles tels que de l'incontinence d'urine, une déviation et des ulcérations des pieds, une diminution des facultés intellectuelles.

Les conclusions de M. Savariaud, se demandant quelles sont, en fin de compte, les indications de l'opération dans le spina bifida, semblent, en somme, se rapprocher de celles de M. Broca.

Greffes ovariennes. — M. Tuffier fait une intéressante communication sur ce sujet. D'octobre 1906 à octobre 1911, M. Tuffier a pratiqué 130 greffes d'ovaires. De ses recherches, il tire tout d'abord cette conclusion que, dans les cas de suppression des ovaires, les greffes ovariennes sont permises. C'est d'ailleurs dans un but thérapeutique que M. Tuffier a eu recours à ces greffes. Elles n'ont pas donné de très bons résultats à ce point de vue, mais elles ont donné lieu à des constatations physiologiques intéressantes.

M. Tuffier a pratiqué 109 autogreffes; dans 87 cas il n'a greffé qu'un ovaire, dans 12 cas il a greffé les deux ovaires, puis il a fait 5 hétérogreffes. Il n'a eu que 3 cas d'élimination. Des ovaires simplement scléreux ou kystiques conservent leur valeur fonctionnelle.

Au cours d'une laparotomie pour annexite double, M. Tuffier — si les ovaires lui paraissent conserver leur valeur fonctionnelle — les insère, non plus dans le tissu cellulaire souscutané, mais dans la graisse sous-péritonéale.

Il a pu constater que les ovaires conservés dans une glacière pouvaient encore être très bons après quarante à quarante-cinq jours.

Ces ovaires, ainsi greffés, peuvent être résorbés après un mois; mais le plus souvent ils augmentent de volume, deviennent douloureux à l'époque menstruelle et sont nettement le siège de phénomènes congestifs périodiques.

Chez les femmes qui n'ont plus d'utérus, les ovaires ainsi greffés, et tout en présentant cette congestion périodique, ne les mettent pas à l'abri des accidents de la ménopause. Il en est tout autrement chez les femmes qui ont conservé leur utérus; chez elles, les phénomènes d'ovulation sont suivis de ceux d'une menstruation régulière. Deux ou trois mois, ces femmes voient revenir leurs règles et la menstruation est régulière.

Des intéressantes recherches de M. Tuffier, il résulte ce fait de physiologie pathologique qu'un organe peut, pendant plusieurs mois, vivre d'une vie latente, indifférente, et retrouver ses fonctions au bout de ce temps. Ces recherches ont permis aussi de fixer les rapports de l'ovulation avec la menstruation. L'ovulation précède la menstruation d'au moins sept à huit jours. La suppression des ovaires entraîne certains accidents. Ces accidents ne sont pas conjurés par l'ovulation, mais ils le sont par la menstruation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1911)

L'acidose diabétique et son traitement. — M. Marcel Labbé a cherché à établir d'après ses observations personnelles le syndrome d'acidose qui s'observe chez certains diabétiques et aboutit au coma. Il en décrit les symptômes principaux : lassitude, amaigrissement, somnolence, vertiges, céphalée, troubles de la vue, épilepsie, anorexie, vomissements, diarrhée, dyspnée, etc., et montre la nécessité d'en faire le diagnostic de bonne heure d'après les stigmates urinaires suivants : élimination des corps acétoniques, ammoniurie, hyperacidité urinaire. Le traitement consiste dans l'alcalinisation intensive par ingestion ou injection intraveineuse de bicarbonate de soude; il donne de très bons résultats et est susceptible d'empêcher l'apparition du coma, exceptionnellement de le guérir.

M. Depasse s'étonne de la possibilité de faire accepter par les malades des quantités aussi grandes de bicarbonate de soude.

M. Toledano estime que les injections hypodermiques ou intra-musculaires seraient mieux tolérées et peut-être plus efficaces.

M. Lematte insiste sur la nécessité de mentionner le réactif employé lorsqu'on prend l'acidité des humeurs. Il rappelle à ce sujet ses travaux sur la mesure de l'acidité du suc gastrique : l'auteur a montré, en effet, que la phénolphtaléine était influencée par les acides aminés issus de la désintégration de l'albuminoïde; or, on prend les acidités urinaires avec la phénolphtaléine et, de la sorte, on mesure à la fois tous les acides (urates, phosphates, etc.), mais aussi tous les corps issus de la désintégration des albuminoïdes qui passent dans l'urine : cette remarque lui a permis de constater que, traitées par ce réactif et contrairement à ce que l'on enseigne depuis trente ans, les humeurs des bacillaires sont hyperacides et celles des arthritiques hypoacides.

Sténoses inflammatoires du cardia. — M. Guisez rapporte 16 observations de sténoses du cardia, à forme grave et nettement inflammatoire, toutes diagnostiquées par l'examen œsophagoscopique ou par l'examen biopsique et toutes améliorées ou guéries par un traitement local. Dans ces cas de sténose, l'aspect œsophagoscopique est celui d'un simple épaississement musculaire de la paroi ou d'un véritable rétrécissement cicatriciel et s'accompagne de grandes dilatations de l'œsophage, appelées autrefois dilatations idiopathiques. Le spasme est à l'origine de la plupart de ces rétrécissements : tous ont eu au début une phase spasmodique, mais, au moment où l'auteur les a observés, il s'agissait d'une sténose véritablement organique et la plupart du temps cicatricielle.

Ponction d'une ascite de 10 litres au niveau d'un prolapsus total de l'utérus. — MM. Dartigues et Mircouche présentent le cas d'une ascite de 10 litres qu'ils ont évacuée par une ponction faite au niveau et derrière l'utérus entièrement prolabé. Cette opération semble être la première de ce genre. Les auteurs en ont profité pour essayer la méthode autosérothérapique d'Audibert et Monges qui consiste à injecter 10 centimètres cubes environ de liquide prélevé sur l'ascite dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais ils n'ont pas constaté la diurèse et la rétrocession de l'ascite, signalées par les premiers expérimentateurs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CRÉATION D'UN CONSEIL SUPÉRIEUR DES ÉTUDES MÉDICALES OU DE LA MÉDECINE

Dans sa troisième assemblée générale, le 28 octobre 1910, l'*Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie de l'Etat*, a pris en considération une proposition relative à la création d'un Conseil supérieur des études médicales. Elle en renvoya l'étude à une commission des membres du Comité plus MM. Bouchard, Lepage et Truc. Cette commission a chargé M. le professeur Grasset (de Montpellier) de faire un rapport à ce sujet.

Dans ce rapport qui sera présenté les 30 et 31 octobre 1911 à la quatrième assemblée générale de l'association, M. Grasset

étudie et critique avec son bon sens habituel la représentation de l'enseignement médical dans les conseils actuels du ministère de l'Instruction publique.

« Dans le *Conseil supérieur de l'Instruction publique*, l'enseignement médical est actuellement représenté par deux membres élus obligatoires et un membre nommé par le ministre.

Les deux membres parisiens de cette délégation font partie de la *section permanente*.

Au *Comité consultatif de l'enseignement supérieur* (*section de médecine et de pharmacie*), le nombre des médecins est beaucoup plus grand; le ministre a accru ce nombre en y faisant représenter, en outre de la Faculté de Paris, les Facultés de Bordeaux, de Lyon et de Nancy. Tous ces membres sont professeurs et tous nommés par le ministre.

Cette organisation, d'ailleurs commune à toute l'Université, a soulevé beaucoup d'objections et certainement laisse, non comblés, de réels desiderata, pour ce qui concerne spécialement l'enseignement médical. »

Résumons ces objections :

1° Trop petit nombre des membres élus.

2° Les compétences sont en infime minorité.

3° Prédominance presque exclusive de l'élément parisien.

4° Ni les médecins enseignants non professeurs, ni les médecins praticiens ne sont représentés dans ces conseils.

5° Les conseils actuels n'ont pas le droit d'initiative.

« En somme, on souhaiterait auprès du ministre, un conseil formé par un plus grand nombre de membres *élus* et *compétents* où la *province* et les *praticiens* seraient représentés et qui auraient *droit d'initiative*. »

Les nombreuses manifestations qui se sont produites à ce sujet montrent que « personne n'a plus le droit, dans le corps médical, de se désintéresser de cette question, les professeurs moins que tous autres.

En condamnant les gestes, ridicules et inefficaces, de protestation violente qui ont sali la dernière campagne contre l'agrégation et pour éviter le retour de pareils procédés de discussion, notre association, qui ne doit pas pouvoir être soupçonnée d'exclusivisme et de misonéisme, doit essayer de proposer et de faire réussir un projet rationnel de réforme de l'organisation actuelle des conseils universitaires. »

Les trois types possibles de réforme. — On peut grouper sous trois chefs les divers types possibles de réforme : 1. transformation du Conseil supérieur; 2. transformation du Comité consultatif; 3. création d'un organisme nouveau : Conseil supérieur des études médicales ou de la médecine.

Conclusions. — La Commission après avoir examiné la question sous toutes ses faces s'est arrêtée aux trois propositions suivantes dont l'ensemble constitue le vœu que l'assemblée générale aura à discuter et à voter.

« 1. Il est *nécessaire* et *urgent* d'organiser, auprès du ministre de l'Instruction publique, un *Conseil supérieur des études médicales* ou *de la médecine*, qui serait composé d'hommes *compétents*, *élus* par leurs pairs (ou nommés par le ministre sur la présentation de leurs pairs) : professeurs et agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, praticiens, membres du Parlement médecins.

2. Ce Conseil supérieur constituerait un organisme nouveau, *à créer*, rien n'étant touché à l'organisation légale actuelle du Conseil supérieur de l'Instruction publique et du Comité consultatif de l'enseignement supérieur (avec cette réserve que, dans la section de médecine et de pharmacie de ce dernier, toutes les facultés de province seraient représentées).

3. Ce Conseil supérieur de la médecine aurait pour *attributions* : 1° d'éclairer l'administration sur toutes les affaires relatives à l'enseignement de la médecine; 2° de suivre la réalisation des améliorations et des réformes décidées et non encore exécutées. Il aurait *droit d'initiative*. »

A ces trois propositions présentées par la Commission, M. le professeur Grasset en ajoute personnellement une *quatrième*.

« Depuis trente ans que j'ai l'honneur d'être professeur, dit-il, j'ai vu délibérer et voter, en Conseil ou en assemblée de faculté, beaucoup de projets, de vœux et de réformes qui n'ont jamais abouti, quoiqu'on ne les ait pas condamnées, alors qu'elles avaient même été approuvées. C'est là la raison la plus puissante qui me fait désirer la création du Conseil supérieur de la médecine.

Dès lors, il serait profondément regrettable que notre vœu relatif à la création de ce Conseil reste ainsi lettre morte et soit simplement déposé honorablement dans les archives du ministère. Ce vœu, une fois voté par vous, représentera l'opinion des professeurs et agrégés de toutes les facultés de l'Etat de France, opinion déjà exprimée par le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, à diverses reprises par les praticiens et surtout par la Commission de réorganisation des études médicales composée de parlementaires, de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, de praticiens.

On ne peut pas faire, à la création de ce Conseil, d'objection budgétaire, puisque le fonctionnement ne coûtera qu'une somme insignifiante. Il n'y a aucun motif légitime d'ajourner la réalisation de votre vœu si vous le votez.

Je vous demande donc de décider à la suite des résolutions ci-dessus :

1° Que ce vœu sera présenté au ministre de l'Instruction publique, au directeur de l'enseignement supérieur et au vice-recteur de l'Université de Paris par votre bureau qui voudra bien en développer les motifs et en montrer l'urgence;

2° Que le vœu sera communiqué aussi à *tous* les membres du Parlement, la question intéressant non seulement les parlementaires médecins et les représentants des régions à Faculté ou Ecole de médecine, mais aussi les représentants de toutes les régions où il y a des praticiens, c'est-à-dire toute la France;

3° Que notre association ne se désintéressera pas de la suite donnée à sa proposition et que, s'il y a lieu, elle évoquera de nouveau la question dans ses prochaines réunions de Comité et dans ses assemblées générales. »

L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LA VISITE SANITAIRE DES PROSTITUÉES. — La Cour de cassation a rendu, dans son audience du 4 août 1911, un arrêt fort intéressant en la matière. Elle a décidé que l'inscription d'une prostituée sur les registres des filles publiques crée contre elle une présomption qui ne peut être détruite que par la preuve contraire. En conséquence, la fille dont le nom figure sur ces registres doit se soumettre aux visites sanitaires obligatoires prescrites par arrêté préfectoral, alors que le juge du fait, souverain appréciateur des circonstances de fait, décide, après une enquête minutieuse, que cette fille est toujours une prostituée et n'a pas réalisé sa réhabilitation. La fille ne peut prétendre que son inscription est nulle parce que l'original de l'acte de notification de l'arrêté municipal enjoignant son inscription sur les registres sanitaires ne porte pas la signature du maire. Cette formalité n'étant pas prescrite par la loi, seul est applicable l'article 96 de la loi du 5 avril 1884 : la notification en forme se suffit à elle-même et oblige la fille à se soumettre. P.

LES ÉMANATIONS DES PAVÉS DE BOIS. — Le Conseil d'Etat, dans un arrêt des 5-29 juillet 1911, fixe un point important au point de vue de l'hygiène des Parisiens. Après expertise, et réformant un arrêté du Conseil de préfecture de la Seine en date du 3 décembre 1907, il a condamné la

ville de Paris à l'allocation d'une indemnité en faveur d'un pâtissier par le motif que les émanations provenant de pavés de bois imprégnés d'un liquide antiseptique avaient détérioré ses marchandises et les avait rendues impropres à la consommation. P.

L'IMPORTATION DES SELS DE QUININE EN ITALIE. — L'Italie, où le paludisme est encore très répandu, fait une grande consommation de sels de quinine.

Naturellement, les plus fortes quantités sont vendues par l'Etat qui a rendu obligatoire la vente de ce produit dans tous les bureaux de la régie, aussi bien dans les zones indemnes de « malaria » que dans celles où cette maladie fait encore trop de victimes.

Les sels de quinine sont en très grande partie fournis par l'étranger, et spécialement par l'Allemagne. Voici, en effet, les chiffres de l'importation pendant les dernières années :

	TOTAL	IMPORTATION d'Allemagne.	de France.
1905....	22378k	13480	1918
1906....	28949	15138	956
1907....	36358	18969	2034
1908....	78805	53882	1021
1909....	25289	23246	994
1910....	38011	25179	1472

Comme on le voit, la France qui, dans les produits pharmaceutiques en général, fait un chiffre considérable, reste en arrière pour les sels de quinine dont l'importation totale, en valeur, a atteint presque 3 millions en 1908.

Après la baisse qui s'est produite l'année suivante, une reprise a eu lieu en 1910, et s'est accentuée pendant les premiers mois de cette année.

C'est donc un article intéressant sur lequel le *Bulletin de la Chambre de commerce française* de Milan attire l'attention de nos industriels exportateurs qui devraient essayer d'obtenir les grosses fournitures à l'Etat.

Les sels de quinine sont soumis au droit de douane de L. 5 les 100 kilos.

L'IMPORTATION DES PRODUITS CHIMIQUES, PHARMACEUTIQUES ET EAUX MINÉRALES AUX ILES PHILIPPINES. — D'après le *Bulletin de l'Office national du commerce extérieur*, notre importation en ces articles s'est chiffrée, en 1910, par 57715 dollars, sur un total de 539743 dollars. Les principaux pays fournisseurs sont : les Etats-Unis (193713 dollars), l'Allemagne (88392), le Royaume-Uni (83757).

Bien que nos eaux minérales, comme celles d'Espagne et du Royaume-Uni, soient en progression depuis un an (7806 dollars contre 4763 dollars), il est à craindre que la fabrication locale ne restreigne nos apports ultérieurs grâce à son bas prix de revient et à sa vogue parmi l'indigène.

Nos spécialités pharmaceutiques, par contre, ont quadruplé d'importance en deux ans.

LES PRODUITS CHIMIQUES EN RUSSIE. — D'après l'*Œsterreichisch-Ungarische Konsular-Korrespondenz*, de Vienne, les produits chimiques — dont l'importation en Russie s'est élevée, pendant l'année 1910, à plus de 50000000 de roubles — trouvent, dans ce pays, un débouché de plus en plus intéressant. L'acide phénique, qui provient d'Angleterre et d'Allemagne, est très demandé. Il en est de même pour le sulfate de soude et le tartre émétique. Ce dernier produit est coté de 16 roubles 80 à 19 roubles. Le sulfate de cuivre se vend de 4 roubles 60 à 4 roubles 70 le poud, et le sulfate d'ammonium trouve preneurs à 3 roubles le poud.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Cerise, Coutela et Pley, chefs de clinique et de laboratoire, commencera un cours pratique d'ophtalmologie, le mardi 24 octobre 1911, à trois heures à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren). Ce cours sera continué tous les jours à la même heure.

Chaque leçon est accompagnée de présentation de malades et de préparations. Les élèves seront exercés individuellement au maniement de l'ophtalmoscope et des divers instruments d'ophtalmologie.

MM. les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, seront admis à s'inscrire en vue de ce cours. — Le droit à verser est de 50 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

FONDATION PIERRE BUDIN (91 *bis*, rue Falguière, Paris 15e). — ECOLE DE PUÉRICULTURE. *Année scolaire 1911-1912.* — ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — L'enseignement clinique est fait à la consultation des nourrissons :

Le lundi à deux heures et demie par le docteur Binet, ancien moniteur à la clinique Tarnier.

Le mercredi à neuf heures et demie par le docteur Planchon, ancien moniteur à la clinique Tarnier.

Le vendredi à neuf heures et demie par le docteur Macé, accoucheur des hôpitaux.

ENSEIGNEMENT THÉORIQUE. — Leçons de puériculture du premier âge :

Ces leçons seront faites par les docteurs Devraigne, chef de clinique à la Faculté de médecine, et Aviragnet, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Elles commenceront le mercredi 8 novembre, à cinq heures, pour continuer les mercredis suivants à la même heure, avec interruption du 21 décembre au 23 janvier inclus.

Il y aura également des conférences de puériculture pour lesquelles on enverra des cartes d'invitation.

Les personnes qui auront suivi régulièrement les leçons de puériculture, ainsi que les consultations de nourrissons, pourront se faire inscrire pour l'obtention d'un certificat de puériculture délivré par la Fondation Pierre Budin, à la suite d'un examen qui aura lieu dans le courant du mois de juin 1912.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Blatin (de Clermont-Ferrand).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 OCTOBRE AU 4 NOVEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 31 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec.*

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Vendredi 3 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 3e (oral, 1re partie).

Samedi 4 novembre, à une heure. — 2e. — 4e.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Vendredi 3 novembre, à une heure. — M. PATOUREL. Les frictions de haute fréquence ou frictions hertziennes. (MM. Pouchet, président; Pierre Marie, Marfan et Richaud.) — M. ARNAUDON. L'Actinomycose cérébrale. (MM. Pierre Marie, président; Pouchet, Marfan et Richaud.) — M. ROBERT. Les Erythèmes scarlatiniformes observés à la suite des injections de sérum antidiphtérique. (MM. Marfan, président; Pierre Marie, Pouchet et Richaud.) — M. BRUSLÉ. Du traitement chirurgical de l'emphysème généralisé d'origine pulmonaire. (MM. Kirmisson, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. LEBRET. Contribution à l'étude des chorio-épithéliomes. (MM. Segond, président; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 20 octobre. — MM. Berthomieu-Lamer, 7; Petit (Antoine), 5; Sébillotte, 7; Alary, 8; Lecerf, 11; Delotte, 7; Baudin, 9; Fumet, 8; Baudouin, 5; Netter (René), 6.

Pathologie. — Séance du 20 octobre. — MM. Dragatzis, 3; Lascombe, 13; Tartois, 14; Bloch, 9; Mlle Lang, 8; MM. Lévi-Franckel, 11; Pigney, 9; Galop, 11; Truffert, 8; Caron, 3.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Muscles grands droits et pyramidaux de l'abdomen. »

MM. Berthon, 12; Binet (Alfred), 10 1/2; Brawarsky, 12; Bardy, 7; Beaudequin, Anasiewicz et Mlle Ber, 10; MM. Andréoli, 11; Borrien et Mlle Blechmann, 12 1/2; MM. Adam et Brousse, 10; Aulagnier, 9 1/2; Blondet et Adler, 12; Bavachi, 7; Alterman, 11 1/2; Alliot et Bouchard, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. E. Gamel, E. Badetti, J. Louge, R. de Vernejoul, Gaston Daniel, A. Tabet, E. Roux;

Internes provisoires : MM. Aynaud, Guérin et Cambon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par les nominations suivantes :

Aides d'anatomie titulaires : MM. Puncet, Villar et Nafrechon.

Aides d'anatomie suppléants : MM. Doré, Celles, Cavallier et Goéré.

GUERRE. — Un décret en date du 14 octobre étend aux officiers de l'armée coloniale l'augmentation de solde dont viennent d'être l'objet les capitaines et lieutenants de l'armée métropolitaine. D'autre part les tarifs de la solde coloniale subissent des modifications en rapport avec cette augmentation.

MARINE. — M. Mallein, étudiant en médecine, est nommé élève à l'Ecole principale du service de santé de la marine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Carron de la Carrière et Maurice Leprince (de Paris).

MM. Bélières, directeur de la pharmacie normale, Jean Faure et Trillat, chimistes (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Billon (de Paris), Calot (de Berck), Cathelin (de Paris), Dubois (de Saujon), Grünberg (de Paris), Guilloz (de Nancy), Lalesque (d'Arcachon), Laure (de Buenos-Ayres), Leval, Albert Mathieu médecin de l'hôpital Saint-Antoine, Radais et Saqui (de Paris).

MM. Girard et Vernade, fabricants de produits pharmaceutiques (de Paris).

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. B. Cunéo, chirurgien des hôpitaux, vient d'être désigné par la Société des chirurgiens des hôpitaux comme son représentant au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Nélaton, décédé.

MALADES PAYANTS DES HOPITAUX ET HONORAIRES MÉDICAUX. — Le médecin d'un hospice a le droit de réclamer des honoraires pour soins donnés à un pensionnaire payant, alors que le règlement de l'hospice n'interdit pas cette réclamation.

C'est ce qui résulte d'un jugement rendu par M. le juge de paix de Bellême (Orne) le 8 septembre 1911. En voici les principaux attendus :

« Attendu que si les hospices communaux sont autorisés à recevoir des pensionnaires payants à des conditions arrêtées, les médecins chargés du service de l'hospice pour une somme minime prêtent leur art à l'œuvre de charité pour laquelle l'hospice a été créé et à laquelle il doit être uniquement destiné, le devoir de ces médecins envers l'hospice ne saurait s'étendre au delà de l'engagement qu'ils ont pris de secourir les indigents, les pauvres, les malheureux, d'où la conséquence qu'ils ne sont pas obligés de soigner gratuitement les pensionnaires payants, surtout lorsqu'ils sont spécialement demandés par le malade ;

« Attendu qu'il résulte de la jurisprudence constante que les pensionnaires des hospices, lorsqu'ils ne sont pas des indigents, doivent payer les médecins ou chirurgiens qui leur ont donné des soins et surtout lorsqu'ils ont été spécialement demandés par eux, que notamment un arrêt de la Cour de cassation du 22 mars 1909, confirmant un jugement de la justice de paix de la Loupe du 4 février 1908, a de l'analogie avec l'affaire qui nous est soumise... » P.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1730.)*

LES DIFFÉRENTS MODES DE PRÉPARATION & D'ADMINISTRATION

DE

L'ARSENOBENZOL DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

(TECHNIQUES ET DOSES)

Par Ch. FOUQUET,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

L'arsénothérapie est devenue maintenant une médication courante au moins dans les grands centres. Depuis un an que le salvarsan ou dichlorhydrate de dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich est étudié, on a perfectionné les techniques après les avoir employées comparativement et dès maintenant, on peut, dans un travail d'ensemble, les passer en revue. Pour les doses, l'accord n'est pas encore entièrement fait. Alors que quelques-uns, nous le verrons, préconisent les doses massives qu'Ehrlich lui-même avait conseillées dès le début, d'autres préfèrent les faibles doses répétées.

Les bons résultats obtenus de tous côtés par l'emploi de la médication arsenicale font un devoir à tout médecin d'être au courant des différents modes d'administration de l'arsenobenzol, des différentes techniques qui sont actuellement en usage, ainsi que des doses employées par les uns et par les autres.

Il existe actuellement plusieurs préparations d'arsenobenzol. A côté de l'arsenobenzol d'Ehrlich, présenté en France, par la Compagnie parisienne des couleurs d'aniline de Creil, sous le nom de *salvarsan*, sont venus se placer de nouveaux produits de fabrication française : l'arsenobenzol Billon et l'arsenobenzol Ducatte ou *novarsan français*. En outre, Lévy-Bing et Lafay ont fait, avec le salvarsan de Creil, une préparation huileuse, conservée dans le vide, immédiatement injectable en injections intramusculaires qu'ils appellent le *curaluès*.

Le praticien a donc actuellement à sa disposition quatre préparations d'arsenobenzol : le salvarsan, le curaluès, l'arsenobenzol de Billon et le novarsan français.

Le curaluès de Lévy-Bing et Lafay est vendu tout préparé ; il n'y a qu'à charger la seringue et faire l'injection intramusculaire. Les autres produits nécessitent une préparation et la technique de cette préparation diffère suivant qu'il s'agit d'une injection intramusculaire ou d'une injection intraveineuse. L'arsenobenzol peut en effet être introduit sous la peau (I. sous-cutanée), dans le muscle (I. intramusculaire) ou dans la veine (I. intraveineuse).

I. Préparation des injections sous-cutanées. — La voie sous-cutanée, employée au début, est à peu près abandonnée de tous à cause de la douleur et surtout de la fréquence des escarres. Seul, Troisfontaines (de Liége) semble lui être resté fidèle. Cet auteur dissout simplement l'arsenobenzol par agitation dans du liquide physiologique à la dose de 20 centimètres cubes pour 60 centigrammes d'arsenobenzol. Il obtient ainsi une solution limpide, à réaction acide (1).

II. Préparation des injections intramusculaires. — 1° Salvarsan. — Très employées au début, les injections intramusculaires sont de plus en plus délaissées depuis qu'Iversen a montré les avantages de l'injection intraveineuse.

Les préparations solubilisées alcalines de Alt, les préparations solubilisées acides de Duhot, de Taege, ne sont guère employées en France où on donne la préférence à la préparation de l'arsenobenzol en suspension aqueuse ou en suspension huileuse.

a. *Suspension aqueuse.* — Pour faire la préparation du salvarsan en suspension aqueuse neutralisée (procédé de Wechselmann), on fait tomber avec soin, dans une petite cupule en porcelaine stérilisée, le contenu d'une ampoule de salvarsan (les ampoules sont de 10, 20, 30, 40, 50 ou 60 centigrammes). Pour une dose de 60 centigrammes, on triture le contenu de l'ampoule avec IX ou X gouttes de soude caustique liquide à 15 p. 100. On ajoute ensuite goutte à goutte, en triturant, la quantité nécessaire d'eau stérilisée (5 à 10 centimètres cubes). On examine la fine suspension au papier tournesol ; elle doit avoir une réaction neutre. Suivant le résultat, on ajoute encore une goutte de soude caustique liquide à 15 p. 100 ou une goutte d'acide chlorhydrique à 10 p. 100. On trouve dans la notice qui accompagne chaque ampoule un tableau indiquant la quantité de soude caustique nécessaire pour neutraliser une quantité donnée de salvarsan. La préparation doit être injectée aussitôt faite.

b. *Suspension huileuse.* — Volk et Kromayer essayèrent, les premiers, ce mode de préparation. On mélange, par exemple, trois grammes d'arsenobenzol dans un mortier stérilisé à un peu de paraffine liquide qu'on ajoute peu à peu, en écrasant et en mélangeant avec soin. Lorsque le volume total a atteint 30 centimètres cubes, on le transvase dans un flacon bouché à l'émeri d'une contenance de 50 centimètres cubes qu'on doit tenir à l'abri de la lumière. Chaque centimètre cube de l'émulsion contient un centigramme d'arsenobenzol.

Différents excipients ont été préconisés. Neisser a employé l'huile de sésame ; Isaac, l'huile d'olive ; Pasini, la graisse de laine avec addition d'huile de vaseline ; Carl Schindler, un mélange d'iodipin et de lanoline.

Lévy-Bing et Lafay donnent la préférence à un mélange de lanoline anhydre et d'huile d'œillette. Ils ont, nous l'avons déjà dit, fait une préparation qui se conserve, qui est toute prête à employer, et dont les résultats semblent satisfaisants. Cette préparation, le curaluès, est titrée à 20 centigrammes de salvarsan par centimètre cube de suspension huileuse. Il y a donc, dans une ampoule (bien agitée), autant de fois 20 centigrammes de principe actif

(1) Troisfontaines. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 24 avril 1911, p. 158.

qu'il y a de centimètres cubes de produit; autrement dit :

1^{cc}	de curaluès	contient	$0^{g}20$	de salvarsan
$1^{cc}1/2$	—	—	$0^{g}30$	—
2^{cc}	—	—	$0^{g}40$	—
$2^{cc}1/2$	—	—	$0^{g}50$	—
3^{cc}	—	—	$0^{g}60$	—

2° Arsenobenzol Billon. — Ce produit est présenté dans le commerce dans une boîte qui contient une ampoule de un centimètre cube renfermant une solution alcoolique (sans trace d'alcool méthylique) et une ampoule de 11 centimètres cubes renfermant une quantité de soude calculée exactement pour neutraliser l'arsenobenzol.

La dose du produit est contenue dans un petit ballon avec des billes de verre, le ballon est fermé par un bouchon de caoutchouc; le tout stérilisé. On commence par verser dans le ballon le contenu de la petite ampoule (solution alcoolique); on agite vivement pour bien humecter la poudre; on ajoute ensuite le contenu de la grande ampoule (soude) et on agite à nouveau jusqu'à ce que la bouillie soit bien homogène. On aspire les 12 centimètres cubes du mélange avec la seringue. On a obtenu ainsi une bouillie dosée à 5 centigrammes d'arsenobenzol par centimètre cube. Il est facile par conséquent d'injecter exactement la dose désirée.

3° Novarsan français. — Ce produit peut être injecté en suspension huileuse ou en suspension aqueuse neutre.

a. La suspension huileuse est toute préparée et présentée en ampoules qui contiennent le novarsan dans une huile spéciale stérile.

b. La suspension aqueuse neutre doit être préparée extemporanément de la façon suivante. Le nécessaire vendu dans le commerce comprend une ampoule alcaline numéro 1 (étiquette bleue), une ampoule acide numéro 2 (étiquette rouge) et une ampoule d'eau distillée stérilisée numéro 3 (étiquette blanche). A ces trois ampoules sont joints une capsule de porcelaine et un agitateur de verre, qu'on passe à l'eau bouillante.

On verse dans la capsule le contenu de l'ampoule numéro 1 (alcaline), puis la poudre de novarsan et on agite jusqu'à dissolution; on verse ensuite le contenu de l'ampoule numéro 2 (acide), on obtient un précipité qu'on rend homogène en agitant avec la baguette de verre. Enfin on verse le contenu de l'ampoule numéro 3 (eau) pour amener le produit à la dilution convenable. On obtient 7 centimètres cubes de liquide qu'on injecte.

III. **Préparation des injections intraveineuses.** — 1° Salvarsan. — La préparation de la solution alcaline est la suivante :

Dans un poudrier ordinaire de 60 centimètres cubes, stérilisé, contenant quelques billes de verre, on verse environ 30 centimètres cubes d'eau distillée stérile, puis le « salvarsan ». On agite une minute et l'on obtient une solution parfaitement limpide.

On ajoute ensuite à cette solution concentrée de « salvarsan » au moyen d'un *compte-gouttes normal* la quantité suivante de soude caustique à 15 p. 100 (lessive de soude du Codex diluée de moitié en poids) :

Pour :

$0^{g}10$ de salvarsan :	IV g^{tes}	de soude	caustique	à 15 %
$0^{g}20$	—	VIII g^{tes}	—	—	—
$0^{g}30$	—	XII g^{tes}	—	—	—
$0^{g}40$	—	XV g^{tes}	—	—	—
$0^{g}50$	—	XIX g^{tes}	—	—	—
$0^{g}60$	—	XXIII g^{tes}	—	—	—

On obtient d'abord un précipité jaune, puis, en agitant, immédiatement après, une solution parfaitement limpide.

A ce moment-là seulement, cette dissolution est étendue avec une solution de chlorure de sodium (contenant 5 grammes de chlorure de sodium chimiquement pur dans 1 litre d'eau fraîchement distillée) à raison de 50 centimètres cubes par $0^{g}10$ de « salvarsan ».

La dissolution est filtrée dans l'ampoule en communication avec l'aiguille et injectée lentement, en quinze à vingt minutes.

La quantité de soude caustique à ajouter est très importante. Après la communication de Darier et Cottenot qui attribuaient certaines altérations veineuses consécutives à l'injection intraveineuse de salvarsan à une trop grande quantité de soude, les médecins diminuèrent celle-ci et firent des préparations juxta-alcalines ou hypo-alcalines. Il en résulta des ennuis au moins aussi graves. Sitôt après l'injection, parfois même au cours de celle-ci, les malades sentaient un malaise, la face devenait rouge, les yeux étaient injectés, et dans quelques cas on a vu des syncopes.

Lafay (séance du 1er juin 1911 de la Société française de dermatologie) explique ces accidents de la façon suivante : « Le salvarsan est un produit deux fois sel et deux fois phénol. Quand après l'avoir dissous dans quelques centimètres cubes de sérum physiologique, on ajoute de la soude, il se forme un précipité soluble dans un excès d'alcali. Si l'on arrête l'addition de soude après la disparition du précipité, la proportion d'alcali ajoutée est insuffisante et voici pourquoi. Il faut, pour neutraliser exactement le sel d'Ehrlich, quatre équivalents de soude : deux pour lui enlever ses deux HCl, et deux pour saturer ses deux oxydriles phénoliques OH. Si l'on arrête l'addition de soude aussitôt le précipité disparu, il reste une fonction phénolique partiellement libre. Cet OH intervient alors en tant que phénol, susceptible par conséquent de provoquer, au contact du liquide sanguin, un certain coagulum, peu important il est vrai, se redissolvant assez vite, mais dont la formation n'est pas négligeable puisqu'elle paraît être la cause des accidents observés. »

La conclusion, c'est qu'il ne faut pas se contenter d'ajouter la soude avec une pipette bactériologique ou un compte-gouttes mal calibré, ni se baser sur ce que le précipité disparaît. Afin de ne pas faire d'erreur, il ne faut pas verser la quantité de soude strictement nécessaire, mais la dose théorique. En

outre, il faut la mesurer en centimètres cubes à l'aide d'une éprouvette graduée, et non en gouttes à cause des erreurs trop faciles. Du reste la dose théorique de soude est donnée dans un tableau qui accompagne les tubes de salvarsan :

A 20 centigrammes de salvarsan, il faut ajouter 38 centimètres cubes de lessive de soude à 15 p. 100.

A 30 centigrammes de salvarsan, il faut ajouter 57 centimètres cubes de lessive de soude à 15 p. 100.

A 40 centigrammes de salvarsan, il faut ajouter 76 centimètres cubes de lessive de soude à 15 p. 100.

A 50 centigrammes de salvarsan, il faut ajouter 95 centimètres cubes de lessive de soude à 15 p. 100.

A 60 centigrammes de salvarsan, il faut ajouter 114 centimètres cubes de lessive de soude à 15 p. 100.

Salvarsan en solution acide. — Le salvarsan est employé en solution alcaline par presque tous. Duhot (1), et après lui Fleig [de Montpellier (2)], le professeur Spiethoff [d'Iéna (3)], emploient le salvarsan en solution acide pour les injections intraveineuses. D'après les auteurs cette préparation ne serait pas plus toxique que la préparation alcaline; elle présenterait le maximum d'action. La seule précaution importante serait de diluer le salvarsan dans une grande quantité de sérum : 300 à 400 centimètres cubes pour une dose de 60 centigrammes de salvarsan.

Voici du reste la technique donnée par Duhot. Dans un matras d'Erlenmayer, on fait bouillir 300 à 400 centimètres cubes de sérum artificiel à 5 p. 1000 (4).

Dans un deuxième matras semblable, on verse une vingtaine de grammes du sérum chaud et on y ajoute la poudre de salvarsan. La dissolution est instantanée. Très soigneusement, on reverse cette solution dans le premier matras et on refroidit jusqu'à la température convenable sous un courant d'eau avant de mettre en préparation dans l'appareil à injection.

Duhot conseille de ne faire l'injection intraveineuse acide que trois heures après un repas léger. Toute alimentation solide sera interdite pendant trois ou quatre heures après l'injection.

2° ARSENOBENZOL BILLON. — On verse dans le petit ballon du nécessaire le contenu de la petite ampoule (alcool) et on agite vivement jusqu'à dissolution de la poudre. Il suffit ensuite de verser la grosse ampoule (soude). Cette solution sera mélangée à la quantité nécessaire (de 100 à 250 centimètres cubes) de sérum physiologique pour avoir la solution prête à être injectée dans les veines.

3° NOVARSAN FRANÇAIS. — On emploie un ballon stérilisé fermé d'un bouchon de caoutchouc à 2 tubulures, traversées par 2 tubes de verre stérilisés à scellés à leur extrémité extérieure. Dans le ballon, on verse le contenu d'une des deux ampoules n° 1 (étiquette bleue, alcaline), puis la dose de novarsan et on agite jusqu'à dissolution. On ajoute ensuite l'ampoule n° 2 (étiquette rouge, acide), on agite à nouveau. Enfin on verse le contenu de l'autre ampoule n° 1 (étiquette bleue, alcaline) pour redissoudre le précipité formé. Quand la dissolution est complète on ajoute l'ampoule n° 3 (étiquette blanche), c'est-à-dire le sérum préalablement tiédi au bain-marie. On bouche le ballon, on sectionne à la lime l'extrémité inférieure des deux tubes de verre et après avoir adapté au plus court un tube de caoutchouc stérilisé muni d'une aiguille on retourne le ballon.

Technique des injections.—INSTRUMENTATION.—Nous venons de décrire les différents modes de préparation des arsenobenzols. Les injections intramusculaires ne nécessitent pas d'appareil spécial, une bonne seringue facilement stérilisable, une forte et longue aiguille suffisent.

Pour les injections intraveineuses, on a imaginé un certain nombre d'appareils plus ou moins compliqués. Le dispositif le plus simple est celui de Gastou et Touton (1).

Il se compose d'un ballon de 400 centimètres cubes, d'un bouchon de caoutchouc, de deux tubes en verre, dont l'un très court affleure le bouchon à la surface qui regarde le ballon bouché, dont l'autre est courbé en S à branches inégales. L'une des branches va presque jusqu'au fond du ballon, l'autre reçoit la soufflerie d'un thermocautère. Sur le tube de verre court, on ajuste un tube de caoutchouc muni d'une pince de Mohr. L'extrémité de ce tube a un ajutage qui permet de l'introduire dans l'aiguille de platine. On fait la préparation d'arsenobenzol dans un flacon d'Erlenmayer stérilisé. Lorsque celle-ci est terminée, on débouche le ballon contenant 250 centimètres cubes de sérum artificiel isotonique, on ajuste un entonnoir muni d'un filtre, tous deux stérilisés et l'on verse le contenu du flacon d'Erlenmayer dans le liquide du ballon. On met le bouchon muni de ses tubes, on ajuste le caoutchouc et la soufflerie. Il n'y a plus qu'à renverser le ballon pour que le liquide s'écoule.

Milian se sert uniquement d'une éprouvette stérilisée d'une contenance d'environ 250 centimètres cubes de sérum dans lequel il verse la solution d'arsenobensol préparée dans un verre stérilisé. L'éprouvette à sa partie inférieure présente un robinet auquel on ajuste un tube de caoutchouc stérilisé.

D'autres appareils ont été proposés, celui de Azua [de Madrid (2)], celui d'Emery et Pepin (3).

L'appareil d'Emery et Pépin comprend un récipient à robinet bouché à l'émeri, d'une contenance de 60 centimètres cubes environ et d'une ampoule contenant un papier filtré stérilisé. Une des extrémités peut recevoir la douille du récipient à robinet,

(1) DUHOT. *Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles*, mai 1911-août 1911.
(2) FLEIG. *Montpellier médical*, 1911, nos 17 à 21.
(3) SPIETHOFF. *Münch. med. Woch.*, 8 août 1911, n° 32.
(4) Le sérum artificiel trop riche en NaCl donne un précipité qu'il faut éviter.

(1) GASTOU. *Bull. de la soc. de dermat. et de syphil.*, mars 1911, page 116.
(2) AZUA. *Bull. de la soc. de dermat. et de syphil.*, 4 mai 1911, p. 165.
(3) EMERY et PÉPIN. *Bull. de la soc. de dermat. et de syphil.*, 3 nov. 1910, p. 222.

l'autre est affilée suffisamment pour pénétrer dans une ampoule de sérum physiologique. On fait la préparation d'arsenobenzol dans le récipient à robinet, on la fait passer ensuite à travers l'ampoule filtrante et on la reçoit dans l'ampoule de sérum qui sert alors à faire l'injection comme on ferait une injection de sérum physiologique simple.

Pour éviter l'introduction d'arsenobenzol dans le tissu cellulaire dans le cas où l'aiguille serait mal introduite dans la veine, quelques auteurs ont imaginé des appareils à deux ampoules. L'une contient la solution d'arsenobenzol prête, l'autre du sérum physiologique. Ces deux ampoules, fixées côte à côte sur une planchette, sont reliées à l'aiguille par deux tubes de caoutchouc qui s'unissent en un endroit formant un Y. L'aiguille placée, on s'assure qu'elle est bien dans la veine en faisant passer d'abord du sérum. Si la ponction est bonne, si le liquide ne s'écoule pas au dehors de la veine, on arrête l'écoulement du sérum et on fait passer l'arsenobenzol. L'injection terminée, il est facile de faire passer quelques centimètres cubes de sérum pour laver la veine. Tels sont les appareils de Lévy-Bing (1), de Leredde (2), de Gereda (3).

Enfin, tout récemment, Duret (4) a présenté un appareil qui paraît simple et pratique. Cet appareil se compose d'une ampoule en verre dont le corps se prolonge à la partie supérieure par un tube courbé terminé en pointe, et à la partie inférieure par un tube droit avec renflement, une partie amincie et une chambre de filtrage se terminant elle-même par un tube effilé. Cette ampoule, ayant les extrémités des tubes supérieur et inférieur ouvertes, lorsqu'on veut la préparer pour l'emploi on garnit la chambre de filtrage de coton hydrophile fortement serré et on procède au lavage intérieur complet, à l'eau distillée, puis on soude à la lampe la pointe du tube effilé inférieur. On fait ensuite le vide dans l'ensemble de l'appareil et on soude à la lampe le tube supérieur pour avoir une obturation parfaite; on stérilise ensuite à l'autoclave à 120 degrés. Pour l'emploi, après avoir préparé la solution d'arsenobenzol dans un récipient stérilisé, on y plonge le tube effilé inférieur et on casse la pointe au sein du liquide. La solution pénètre alors automatiquement et instantanément dans l'appareil après avoir traversé le coton et s'être ainsi aseptisée. Il n'y a plus qu'à retourner l'ampoule après avoir sectionné l'autre extrémité et y avoir adapté un tube de caoutchouc qui va à l'aiguille. C'est l'ampoule-filtre aseptauton Duret.

Tous les appareils sont ingénieux et permettent de faire l'injection intraveineuse facilement. Quelques-uns sont peut-être trop compliqués. La double éprouvette qui permet d'injecter du sérum avant l'arsenobenzol n'est pas d'une utilité bien grande. Avec un peu d'habitude, il est généralement facile de s'apercevoir que l'injection passe à côté de la veine, il suffit alors d'arrêter. Il ne résulte aucun dommage appréciable, s'il ne s'est écoulé que quelques centimètres cubes de la préparation arsenicale dans le tissu cellulaire périveineux.

Un point plus important est la question du filtrage. Presque tous ces appareils ne sont pourvus d'aucun filtre ou opèrent la filtration sur un tampon d'ouate. Or, il suffit d'examiner avec attention la solution d'arsenobenzol dans le sérum physiologique pour voir qu'elle contient, ainsi que je l'ai fait remarquer à la Société de dermatologie, non seulement des particules d'arsenobenzol incomplètement dissous, mais, ce qui est plus grave, de fines brindilles d'ouate ou de fins débris de verre résultant de la section de l'ampoule de salvarsan à la lime. Il est donc, pour moi, absolument indispensable de filtrer la solution. Martin (de l'Institut Pasteur) filtre la solution sur bougie Chamberland, mais cela nécessite une installation impossible au lit du malade en ville. Le filtrage sur ouate est tout à fait défectueux. L'appareil d'Emery et Pépin me semble réaliser tous les desiderata. Toutes les manipulations se font en vase clos, la filtration a lieu sur papier filtre stérilisé placé dans une ampoule stérilisée.

Techniques. — A. *Injections intramusculaires.* — La technique de l'injection intramusculaire ne présente rien de particulier. Elle est pratiquée soit en plein muscle fessier, dans le quart supérieur et externe de la fesse, soit dans les muscles de la région lombaire en dehors de la colonne vertébrale. Après badigeonnage de la peau à la teinture d'iode ou désinfection à l'alcool, puis à l'éther, on enfonce l'aiguille qui doit être de gros calibre, afin de laisser passer la préparation arsenicale, et longue (6 à 7 centimètres afin d'arriver en plein muscle. Puis, après s'être assuré qu'aucun écoulement sanguin ne se produit, on adapte la seringue chargée à l'aiguille et on pousse le piston. On retire enfin vivement l'aiguille en obturant d'un doigt le pavillon, afin qu'il ne s'écoule pas de salvarsan dans le tissu cellulaire; il est à peine utile de protéger le petit orifice cutané qui résulte de la piqûre par une goutte de collodion ou un petit carré d'emplâtre boriqué.

Si la totalité du liquide à injecter dépasse 4 centimètres cubes, il est préférable de diviser la dose et de la répartir en deux injections qu'on fait l'une à gauche et l'autre à droite.

B. *Injections intraveineuses.* — L'injection intraveineuse est naturellement plus délicate à faire et demande une certaine habitude. La région choisie est le plus souvent le pli du coude; on a là, superficielles, visibles, un certain nombre de veines faciles à piquer. Cependant, chez certains individus, certaines femmes particulièrement, le tissu adipeux masque des veines petites et, même après compression, il est impossible de voir ou de sentir aucun cordon veineux. Dans ce cas, on peut pratiquer l'injection intraveineuse au pied, dans la huitième

(1) Lévy-Bing. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 24 avril 1911, p. 160.

(2) Leredde. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 24 avril 1911, p. 161.

(3) Gereda. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 4 mai 1911, p. 166.

(4) Duret. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil*, 6 juillet 1911, p. 297.

saphène interne à son passage au-devant de la malléole interne.

Après avoir posé un lien (tube de caoutchouc tenu par une pince à forcipressure) dans la région inférieure du bras, on fait la toilette (alcool et éther) de toute la région du pli du coude. Quand, après examen, on a choisi la veine dans laquelle on va faire l'injection, les mains étant soigneusement nettoyées ou gantées de caoutchouc, on saisit l'aiguille de la main droite et on fixe la veine entre le pouce et l'index de la main gauche. L'aiguille ne doit pas être de trop gros calibre, le biseau doit être court, la pointe bien piquante; elle aura naturellement été bouillie préalablement. On enfonce l'aiguille dans la veine, qu'on voit saillir sous la peau, en se souvenant qu'elle est très superficielle, qu'on doit entrer dans la veine, mais non la transfixer; c'est là le point délicat. Si l'aiguille est bien dans la veine, le sang s'écoule par le pavillon; il faut alors ajouter le tube de caoutchouc qui va à l'ampoule contenant le mélange de sérum et d'arsenobenzol (1).

Sitôt le tube, qui a été purgé de l'air qu'il pouvait contenir, adapté à l'aiguille, on enlève le lien qui serrait le bras et le liquide s'écoule dans la veine. L'écoulement doit se faire régulièrement; on ne doit observer aucune tuméfaction autour du point piqué. Si un soulèvement cutané se produit, c'est que le liquide est injecté dans le tissu cellulaire; il faut arrêter immédiatement et repiquer une autre veine. Quelques compresses d'eau chaude placées en cet endroit aideront à la résorption de l'arsenobenzol et calmeront la légère douleur que provoque ce petit incident.

Lorsque tout le liquide s'est écoulé dans la veine, on retire l'aiguille vivement et on place à l'endroit de la piqûre un carré d'emplâtre boriqué ou une goutte de collodion. Le malade ne doit accuser aucune sensation douloureuse en dehors de la sensibilité momentanée due à l'introduction de l'aiguille.

Il est préférable de pratiquer l'injection intraveineuse, le malade couché dans le lit, où il doit rester les six ou huit heures qui suivent la petite opération. Exceptionnellement, l'injection pourra être faite dans le cabinet du médecin, si le malade peut rentrer *immédiatement* chez lui pour s'y coucher en attendant la réaction.

A côté de l'administration du salvarsan en injections, quelques auteurs ont signalé des observations intéressantes, mais qui ne sont encore que des cas isolés où le salvarsan a été introduit différemment dans l'organisme.

C'est ainsi que Jesionek (2), après les succès obtenus chez des nourrissons hérédos nourris au sein par leur mère traitée par le salvarsan, essaya de nourrir de petits nourrissons avec le lait d'une chèvre qui avait reçu une injection intraveineuse de 60 centigrammes de salvarsan. Grâce à ce procédé, des lésions qui persistaient depuis trois mois sans tendance à la guérison disparurent en six jours.

(1) Le sang doit s'écouler franchement par le pavillon de l'aiguille, s'il ne s'échappe que quelques gouttes, c'est que l'aiguille n'a pas pénétré dans la cavité de la veine, mais est encore dans la paroi. Si l'aiguille a transfixé la veine, on observe un gonflement dû à l'épanchement du sang autour du vaisseau; dans ces cas, il ne faut pas essayer de revenir dans la veine, il faut retirer complètement l'aiguille et piquer ailleurs.

(2) JESIONEK. *Münch. med Woch*, 30 mai 1911, n° 22, p. 1169.

Gipps et Calthrop (1), ayant reçu dans un service de leur hôpital une jeune femme atteinte de lésions secondaires (syphilides papuleuses, syphilides vulvaires, etc.) et présentant une réaction de Wassermann positive, lui injectèrent 10 centimètres cubes d'un sérum obtenu en appliquant un vésicatoire sur le ventre d'un autre syphilitique qui avait reçu, quatre jours avant, une injection intraveineuse de 40 centigrammes de salvarsan. De semblables injections (cinq) furent faites à cette femme dont l'état général et local fut très amélioré.

Doses. — Ehrlich, dès le début, conseillait les doses de 40 à 60 centigrammes de salvarsan pour l'homme, de 30 à 40 centigrammes pour la femme. Il pensait à ce moment qu'une seule injection devait guérir définitivement.

On sait aujourd'hui qu'une seule injection ne suffit pas, même aux doses beaucoup plus élevées de 1g10 et de 1g20. Il est donc indispensable de faire les injections par séries comme on a coutume de le faire pour le mercure. La série doit être de combien d'injections? Chaque injection doit être de quelle dose? Les avis, à ce sujet, sont encore partagés.

Kromayer préconise les petites doses répétées : 20 centigrammes tous les deux ou trois jours en injections intramusculaires jusqu'à une dose totale de 1g20. En employant cette méthode, Kromayer a vu tomber le pourcentage des récidives de 32 p. 100 à 4 p. 100. Balzer préconise aussi les petites doses répétées.

Leredde, Milian, au contraire, préfèrent les doses massives, comme répondant plus aux idées d'Ehrlich. Leredde conseille trois injections intraveineuses de 60 centigrammes à dix jours d'intervalle. Milian fait quatre injections intraveineuses ainsi réparties :

Premier jour		0g30
Troisième jour	de 0g40 à	0g60
Douzième jour	de 0g50 à	0g60
Dix-neuvième jour		0g60

soit une dose totale de 1g80 à 2g10 en vingt jours.

Chez la femme, il faut s'en tenir aux doses maxima de 30 à 40 centigrammes. Cependant, il faut tenir compte du poids, et dans bien des cas une femme forte et robuste supportera une dose plus élevée qu'un homme chétif ou amaigri.

Malgré ces quelques divergences d'opinion, l'accord est, je crois, fait en ce qui concerne les doses à administrer à la période du chancre. Au début de la syphilis, il ne faut pas hésiter, et si aucune contre-indication ne l'empêche, il faut donner de hautes doses, par exemple trois injections intraveineuses de 60 centigrammes à dix jours d'intervalle.

Pendant la grossesse, un grand nombre d'auteurs déconseillaient l'emploi du salvarsan comme pou-

(1) GIBBS et CALTHROP. *The Brit. med. Journ.*, 8 avril 1911, n° 2623, p. 809.

vant provoquer l'avortement. Leredde pense que les femmes enceintes peuvent profiter de cette médication en l'administrant avec prudence. Après examen des urines, s'il n'y a pas d'albumine, on pourrait donner des doses progressivement croissantes de 20, 40 et même 60 centigrammes.

Chez les nourrissons, à la suite d'un certain nombre de décès consécutifs à l'administration du salvarsan, on hésitait à employer cette préparation. Leredde, chez des enfants de 6 à 8 kilos, conseille de ne pas injecter une dose supérieure à 2 centigrammes (2 à 3 milligrammes environ par kilo). Comme il est plutôt rare d'observer de petits nourrissons hérédo-syphilitiques d'un poids aussi élevé, mieux vaut ne pas avoir recours, au moins directement, à l'emploi du salvarsan. On peut en faire prendre à la mère, si elle nourrit son enfant, ou employer le procédé de la chèvre de Jesionek.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1911)

Paralysie du voile du palais et chancres indurés de la verge. — MM. Le Gendre et Garsaux présentent un jeune garçon de café âgé de vingt-cinq ans qui, le 20 août dernier, fut atteint d'une angine en apparence banale. Tous les symptômes disparurent en quinze jours environ sans traitement spécifique. Quinze jours après la guérison, apparut une paralysie typique du voile du palais. Actuellement le malade présente encore des signes nets de paralysie du voile prédominant du côté droit. Mais en plus, il porte depuis quelques jours quatre chancres indurés typiques de la verge : il s'agit donc d'un malade atteint de paralysie du voile consécutive à une angine de nature diphtérique probable et en même temps syphilitique.

Une question thérapeutique du plus haut intérêt se pose à ce sujet. Faut-il pratiquer à ce malade des injections de sérum antidiphtérique malgré le temps écoulé depuis le début et la syphilis récente n'est-elle pas une contre-indication à ce traitement? D'autre part, à quel moment et par quelle méthode convient-il de traiter la syphilis?

Un cas d'anaphylaxie à la suite d'injections chlorurées sodiques. — M. Léon Bernard. Au cours d'une rechute de fièvre typhoïde, une injection sous-cutanée de 100 centimètres cubes de sérum physiologique est suivie, deux heures après, de phénomènes locaux caractérisés par une douleur extrêmement intense, et une rougeur pseudo-phlegmoneuse, et des phénomènes généraux constitués par la chute du pouls, la dyspnée et l'angoisse, un état lipothymique. Les uns et les autres rétrocèdent spontanément et progressivement en deux jours.

Le malade avait reçu deux ans auparavant des injections de sérum marin, en deux séries pratiquées à un mois d'intervalle; la seconde avait dû être interrompue en raison d'accidents analogues mais moins violents.

Les symptômes observés, autant que leur enchaînement, imposent le diagnostic d'anaphylaxie, si contraire que soit ce diagnostic aux théories régnantes concernant ce phénomène. Cependant certains faits récents permettent d'accepter cette interprétation, qu'autorisent encore certaines réserves de M. Richet sur ces théories.

Sur un cas d'ascite lactescente graisseuse. — MM. Macaigne et Pasteur-Vallery-Radot. L'origine de la graisse dans les épanchements lactescents n'est pas encore définitivement établie. Les auteurs publient un cas dans lequel la graisse provenait de la dégénérescence granulo-graisseuse des néomembranes péritonéales. Il s'agissait d'une femme de cinquante-trois ans qui présenta une ascite d'aspect citrin clair; cette ascite devint secondairement hémorragique, enfin lactescente. Simultanément se produisit un épanchement pleural bilatéral qui passa également par ces trois stades. A l'autopsie le péritoine pariétal et la face convexe du foie se montrèrent recouverts d'une néomembrane lisse, blanchâtre, parsemée de points jaunâtres. L'examen histologique a montré que ces points jaunâtres étaient formés de masses graisseuses, provenant de la dégénérescence granulo-graisseuse de la membrane et se déversant dans la cavité péritonéale. D'où les auteurs concluent en admettant que, dans nombre de cas d'ascites lactescentes d'origine inflammatoire, il y a peut-être lieu d'admettre un processus pathogénique analogue.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1911)

Procédé de coloration des plaquettes sanguines dans les coupes d'organes. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez rappellent qu'il n'existe jusqu'à présent aucune méthode histologique permettant de différencier nettement les plaquettes sanguines dans les coupes.

Ils apportent une technique réalisant cette coloration sur des pièces fixées par le liquide de Dominici. La méthode est basée sur l'emploi de bains successifs de colorant de Giemsa dilué et sur l'utilisation de l'acétone comme agent de différenciation et de déshydratation.

Par ce procédé on peut reconnaître la présence constante de plaquettes dans la rate, mais toujours en dehors des follicules de Malpighi, chez le lapin, le cobaye, le chat. Cette technique est également applicable à la rate humaine. Les autres organes, sauf la moelle osseuse qui en contient quelques éléments, paraissent normalement dépourvus de plaquettes.

Etude de la résorption péritonéale à la suite de lésions de la séreuse. — MM. A. Le Play et S.-E. May étudient la résorption péritonéale à la suite de lésions de la séreuse. Dans une première série d'expériences, ils fixent les éléments de la séreuse avec une solution salée physiologique contenant 2,5 p. 100 de formol du commerce. Ils constatent que la résorption de l'eau salée physiologique et de l'eau distillée est nettement entravée; les échanges minéraux sont également ralentis. De même, l'intoxication par la strychnine est très retardée.

Dans une seconde série de recherches, ils ont étudié l'absorption après résection du grand épiploon. L'absorption des liquides isotoniques et anisotoniques se fait moins aisément, de même que l'équilibre de concentration des liquides. L'intoxication par la strychnine est également plus tardive; ce fait, en contradiction avec les conclusions d'autres auteurs, doit être mis sur le compte des troubles de l'absorption.

Autre communication :

De l'amino-acidurie chez les diabétiques. — MM. Marcel Labbé et Bith.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS ET LES INTÉRÊTS FRANÇAIS

Sous ce titre, l'excellente revue *France-Amérique* publie dans son numéro d'octobre (n° 22), une lettre vraiment fort intéressante et suggestive. Nous aimerions la reproduire intégralement, mais la place nous manque et force nous est d'en signaler seulement les passages principaux.

Cette lettre est du docteur Mulot, qui exerce à New-York, et la rédaction de *France-Amérique* la fait précéder de cet avertissement : « Le docteur Mulot, malgré son nom, ne parle pas notre langue; c'est un descendant de ces protestants français qui ont émigré aux États-Unis, après avoir passé par l'Allemagne. De ses origines il a conservé une vive sympathie pour les choses de notre pays, et il voudrait que la science médicale française soit mieux appréciée et estimée à sa juste valeur en Amérique. Nous laissons à la traduction de cet article son allure caractéristique... »

Donnons maintenant la parole à notre confrère américain.

« La littérature médicale américaine a subi, pendant les dernières vingt-cinq années, un changement considérable. Les noms français cités auparavant ont cédé le pas à des noms allemands. Les théories et conceptions françaises, qui tenaient une si grande place dans la littérature médicale américaine, il y a trente ou quarante ans, ont disparu et ont été remplacées par des idées allemandes et même par des termes allemands. Ceci ne porte pas préjudice seulement aux Américains, mais encore et beaucoup plus à la France. Ce préjudice entraîne en effet une perte d'estime pour la France scientifique, en ce que les noms de ses hommes de science sont à peine connus, ou connus seulement par un petit nombre d'Américains, et en même temps la France subit ainsi une perte financière directe.

Tous les ans un grand nombre de médecins s'absentent pour aller étudier en Europe, mais la Mecque de la plupart d'entre eux, c'est l'Allemagne, et les centres de science médicale française n'en voient qu'une très petite part. Depuis vingt-cinq ou trente ans, ces pèlerins de médecine ont porté des centaines de milliers de dollars en Allemagne. La perte est considérable, non seulement pour les écoles de médecine de France, mais aussi pour les habitants et marchands des villes où se trouvent ces écoles. Et ce n'est pas tout. Les auteurs et éditeurs de livres français ont perdu à un point considérable. Plusieurs auteurs et éditeurs allemands ont gagné de fortes sommes en vendant aux Etats-Unis des livres écrits en leur langue d'origine, ou en touchant des redevances pour la traduction de leurs œuvres, pour lesquelles ceux qui avaient visité l'Allemagne ont fait de la propagande. En outre, il se vend annuellement pour plusieurs milliers de dollars de produits chimiques et pharmaceutiques aux Etats-Unis. Pourquoi? Parce que tous ceux qui reviennent de ces pèlerinages médicaux font la propagande pour ces articles. »

Cherchant à élucider d'où vient cet état de choses, le docteur Mulot écrit :

« Le fait le plus puissant a certainement été la guerre franco-allemande, dont l'influence a agi de deux manières. En premier lieu, elle a constitué une puissante réclame pour les Allemands, et pour tout ce qui était allemand, et les savants de ce pays n'ont pas été longs à comprendre cet avantage et à en profiter. Ils ont saisi toutes les occasions pour démontrer aux Américains la supériorité de la science allemande et des méthodes d'instruction allemandes, qui, certes, étaient de beaucoup supérieures à celles dont les Américains jouissaient dans leur pays, de telle sorte que ces derniers revenaient enthousiasmés de tout ce qu'ils avaient vu. Il s'ensuivait naturellement que d'autres se laissaient facilement persuader de choisir l'Allemagne pour leurs études, d'où une chaîne sans fin. Ainsi les Allemands ont conquis facilement ce champ sans résistance, car à ce moment ils étaient sans concurrents parmi les nations du monde.

La seconde conséquence de la guerre se trouve dans l'état même de la France : accablée, écrasée par la défaite, chancelant sous la perte d'une partie de son territoire et sous le poids d'une dette nationale gigantesque, elle ne pouvait s'occuper que du rétablissement de ses affaires intérieures sur une base substantielle et durable. Sa suprématie scientifique et les avantages qu'elle avait à les maintenir ont dû s'éclipser en présence de devoirs plus onéreux et plus pressants. C'est ainsi que le prestige scientifique de la France s'est dérobé, et lorsque les nuages de désespoir se sont dissipés, des hommes nouveaux se trouvaient à la tête des affaires, les espoirs avaient changé de caractère, et un contentement nouveau s'était emparé d'elle. Ainsi occupée de ces conditions nouvelles, la France n'a pensé à faire aucun effort pour recouvrer son prestige scientifique perdu. L'état de contentement était accompagné d'une suffisance de soi. Par cette suffisance, je ne veux pas dire que la France était contente du médiocre. Non, son idéal était aussi élevé qu'auparavant, sinon plus élevé; vous avez cherché et vous avez atteint ce qu'il y avait de meilleur; ceux qui étudient votre littérature médicale savent que vous avez toujours contribué pour votre part au progrès scientifique médical réel. Mais ce que je veux dire, c'est que vous n'attachiez pas d'importance à ce que le reste du monde sût ce que vous faisiez. Vous avez fait preuve d'une bonne volonté parfaite pour montrer à ceux qui venaient chez vous tout ce que vous faisiez, pour leur dire ce que vous saviez, mais vous n'avez fait aucun effort pour porter le fruit de vos labeurs à la connaissance de ceux qui ne voulaient pas ou ne pouvaient pas venir chez vous. Vous n'avez pas fait proclamer par des trompettes, sur les toits de vos maisons, le bruit de vos découvertes, comme l'ont fait vos confrères d'outre-Rhin. »

Le docteur Mulot expose ensuite qu'il y a encore aux Etats-Unis un groupe, peu nombreux mais vaillant, « qui a échappé à la manie germanique générale » et qui est prêt à aider les Français à reconquérir là-bas leur prestige perdu, si du moins nous voulons bien y travailler avec eux de toutes nos forces. Pour cela le rôle de la presse apparaît à notre confrère comme de toute première importance. Il voudrait que les maîtres de la médecine française écrivissent pour les journaux de médecine américains des articles originaux, qu'il y eût entente entre les éditeurs scientifiques français et américains, qu'au besoin les premiers subventionnassent un journal américain où ne paraîtraient que des traductions des articles français les plus sérieux et les plus importants.

Il y a encore bien d'autres choses profitables à lire dans la lettre du docteur Mulot, mais je ne puis qu'y renvoyer les lecteurs. J'ai tenu surtout à la signaler et à en montrer l'esprit, car il est toujours bon d'entendre, et souvent d'écouter les conseils que vient donner une voix empreinte de sympathie désintéressée.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 OCTOBRE AU 4 NOVEMBRE 1911

THÈSES

Samedi 4 novembre, à une heure. — M. ROUX. Contribution à l'étude des néphrites au cours du purpura. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Gilbert Ballet et Lenormant.) — M. DERANCOURT. Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation. (MM. Pozzi, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Lenormant.) — M. GALLIOT. Notes sur le traitement des albuminuries de l'enfance. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Pozzi et Lenormant.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

LES ACCIDENTS CORPORELS ET LA CONFÉRENCE MARITIME INTERNATIONALE. — La conférence, dans sa séance du 10 octobre présidée par M. Charles Le Jeune (d'Anvers), a donné une solution à la question des responsabilités des armateurs en matière de mort d'homme ou de lésions corporelles.

M. Louis Franck (d'Anvers) a au début de la séance proposé la résolution suivante :

« La conférence est d'avis qu'il y a lieu de conclure une entente internationale sur la base d'une responsabilité additionnelle des propriétaires de navire en faveur des réclamations du chef de pertes de vies humaines ou de lésions corporelles.

Elle estime que cette responsabilité additionnelle peut être fixée à 7 livres sterling par tonne de jauge du navire. »

Cette résolution, contresignée par MM. Lyon-Caen, Echer (d'Hambourg), Loder (de la Haye), Berlingieri (de Gênes) et Ulrich (de Berlin), a été votée par les délégués de toutes les nations, sauf les Etats-Unis et le Japon.

On considère ce vote comme très important. Il apportera, si la conférence diplomatique le consacre, une amélioration sensible dans la situation des victimes des sinistres maritimes. P.

LES PUPILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LES RETRAITES OUVRIÈRES. — Nous avons signalé (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 115, p. 1644) une circulaire du 19 mai 1911, concernant l'application aux pupilles de l'assistance publique de la loi du 5 avril 1910. Une autre circulaire du ministre de l'intérieur du 17 juillet 1911 a précisé certains points de détails, notamment a déterminé les conditions matérielles dans lesquelles devront être effectués les versements des cotisations tant patronales qu'ouvrières, et a tranché les questions relatives au mode d'apposition des timbres destinés à constater ces versements, et à la garde des cartes des pupilles (v. *Bull. offic. int.*, 1911, p. 321). P.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante et unième semaine, 889 décès au lieu de 856 pendant la semaine précédente, et au lieu de 789, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde continue à dépasser la moyenne; elle a causé 15 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 106, au lieu de 118 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 120 décès, au lieu de 104 pendant la semaine précédente, et au lieu de 91, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès (moyenne 172).

La méningite tuberculeuse 16 décès (moyenne 18).

La méningite simple 16 décès (moyenne 16); parmi eux nous ne comptons aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique (3 cas nouveaux ont été signalés par les médecins).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Piettre, ancien sénateur, directeur de l'asile de Ville-Evrard, et Henri Félix, étudiant en médecine à Marseille.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC (professeur : M. L. LANDOUZY.) — M. le professeur Landouzy, reprenant son service le jeudi 2 novembre 1911, commencera ses leçons de clinique le vendredi 17 du même mois, à dix heures du matin (à l'amphithéâtre de la clinique médicale), et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins à neuf heures. — Salles Guersent (crèche), Grisolle (hommes), Rostan et Quesnay (femmes).

Lundi, après la visite à dix heures : Consultation, diagnostics et ordonnances commentés;

Mardi : Leçon dans les salles ;

Mercredi et samedi, après la visite, à dix heures un quart : Exercices de sémiotique par les élèves ;

Vendredi, après la visite, à dix heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre.

Les cliniques des vendredis du premier semestre se rapporteront particulièrement aux malades atteints de bacillo-tuberlose.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES. — Le docteur Henri Claude, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera son enseignement clinique, le samedi 4 novembre, à dix heures et demie, salle de consultation Axenfeld.

Programme: — Le mercredi à dix heures. Consultation externe.

Le samedi à dix heures et demie. Conférence clinique.

Les autres jours, visite dans les salles à dix heures.

COURS DE TECHNIQUE CLINIQUE ÉLÉMENTAIRE A L'USAGE DES ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE. — Le docteur P. Le Noir, assisté de MM. les docteurs Camus, Courcoux et Ambard, commencera le lundi 6 novembre une série de conférences à l'usage des étudiants de première année.

La première conférence aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, à neuf heures.

Le nombre des places étant limité, se faire inscrire dans le service du docteur Le Noir (hôpital Saint-Antoine).

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE (Professeur : M. LANNELONGUE.) — M. Okinczyc, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 6 novembre 1911, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Sujet du cours. — Maladies chirurgicales les plus communes des principaux tissus, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des os et des articulations. Maladies de l'appareil génital de la femme.

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (professeur : M. Pierre MARIE). — M. le professeur Pierre Marie commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 6 novembre 1911, à cinq heures de l'après-midi (salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique, deuxième étage de l'école pratique, escalier B), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans la même salle).

La séance du mercredi sera consacrée aux démonstrations pratiques, macroscopiques et microscopiques.

Objet du cours. — Anatomie pathologique générale et des différents organes.

COURS D'HISTOLOGIE (professeur : M. PRENANT). — M. Mulon, agrégé, commencera le cours d'histologie le lundi 6 novembre 1911, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera la cytologie générale.

M. Prenant, professeur, reprendra la suite de ce cours le lundi 4 décembre et le continuera aux mêmes jours et aux mêmes heures.

Sujet du cours. — Cytologie spéciale, tissus. Système nerveux et organes des sens. Organes génitaux.

M. Prenant fera en outre au début du semestre d'été, un cours spécial sur les appareils ciliés et leurs dérivés.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 26 octobre 1911 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 novembre, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 23 octobre. — MM. Bertaux, Duvelleroy et Mlle Le Conte, 3; MM. Rabut, 4; Olivieri, 6; Picard (Pierre), 7; Vigot, 8; Arbassier, 4; Dubois, 9; Noël, 7; Richard (André), 6.

Pathologie. — Séance du 23 octobre. — MM. Hissard, 6; Renaud (Jean), 9; Pena, 5; Gresset, 4; Massart, 10; de Nabias, 2; Robert, 10; Moricand, 5; Cousin et Audebert, 7.

Erratum. — Dans notre carnet de l'internat, outre le nom de M. Noël, déjà signalé, doivent être mis en italique les noms de MM. Angot (n° 258), Bardon [Clément] (n° 435), Goret (n° 323), Libert (n° 209), internes provisoires.

Notons que ne figurent pas sur la liste sept provisoires qui ne prennent pas part au concours.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 23 octobre. — Question donnée : « Os occipital. »

MM. Barreau, 15; Baye, 11 1/2; Barrière, 7; Blot, 14; Boulay, 15; Bigot, 11; Bucquet, 8; Mlle Bagot, 18; MM. Boutelier, 15 1/2; Boulva, 9 1/2; Bethoux, 11; Bureau, 8; Boiteux, 9; Caillet (André), 8; Bertrand, 11; Bazert, 8; Bernard (Pierre), 9.

Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Artère fémorale. »

MM. Bordier, 13; Bruant, 14; Boisnier, 13; Abrial et Caillet (Louis), 14; Benoit, 9; Apchin, 11; Aysaguer, 7; Bessan, 13 1/2; Bocage, 16 1/2; Cabouat, 12 1/2; Mlle Braïlovsky, 9; MM. Barry, 14; Grellety-Boisviel et Féron, 12 1/2; Flammarion, 4; Mlle Fremte, 12; MM. Guérin, 17; Hezard, 4; Foubert, 11.

Pathologie. — Séance du 23 octobre. — Question donnée : « Symptômes de la fièvre typhoïde au second septennaire. »

MM. Jacquet, 18; Ledrain, 12; Leroux, 10; Lange, 5; Lozès, 12; Ladroitte, 10; Jouet, 7; Mlle Labeaume, 16; MM. Joffroy, 13; Leroy, 8; Mlle Lévy, 9; MM. Léonet, 14; Kleinmann, 16; Lebègue, 8; Marceron, 15; Lefèvre, 16; Kouteschveller, 12; Isch-Wall, 13; Lautmann, 8; Lermoyez, 19.

Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Technique d'une autopsie. »

MM. Labro, 8; Marquand, 7; Kahn, 16; Mlle Kouriansky, 12 1/2; MM. Forest, 8; Defiol, 14; Morice (René), 10; de Rohan-Chabot, 14 1/2; Lewinsohn, 10; Perrier, 12; Pidoux, 11; Perrussel, 10; Luca, 9; Ill, 16; Tzancoff, 13; El-Chafei, 8; Thoyer, 13; Valiadis, 10.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Joubin, professeur au Muséum et à l'Institut d'océanographie.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Le Filliâtre (de Paris).

MÉDECIN AVIATEUR. — Notre sympathique confrère, le docteur Reymond, sénateur de la Loire et président du groupe parlementaire de l'aviation continue ses exploits. Après être allé il y a quelques semaines sur son monoplan d'Etampes à Saint-Étienne, il vient de refaire le parcours en sens inverse malgré la tempête. Parti de Saint-Etienne à 8 h. 40, il déjeunait à Nevers et atterrissait à l'aérodrome Blériot, à Etampes, à 4 h. 45.

ANNUAIRE DE L'INTERNAT. — Le bureau de l'Association amicale des anciens internes des hôpitaux de Paris a décidé la publication, en 1912, d'une nouvelle édition de l'*Annuaire*.

La Société d'Evian-Cachat a bien voulu prendre à sa charge les dépenses nécessitées par cette édition, qu'elle offrira gracieusement à tous les internes et anciens internes, sous la forme élégante qu'elle avait donnée à l'édition de 1907.

Pour arriver à une correction plus parfaite, le bureau de l'Association prie les collègues (de France et de l'Etranger), pour lesquels les mentions portées sur l'*Annuaire de 1907* sont incorrectes, incomplètes ou absentes, de vouloir bien adresser le plus tôt possible leur carte de visite, avec mention du prénom usuel, de la promotion d'internat et de l'adresse exacte, à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, qui concentre tous les éléments du volume.

RECTIFICATION. — M. le docteur Fouquet nous prie de signaler qu'il faut modifier comme suit le tableau qui figure p. 1725, col. 1, dans son article sur l'arsenobenzol :

A 20cg de salvarsan, il faut ajouter 0cc38 de lessive de soude.

30cg	—	—	0cc57	—
40cg	—	—	0cc76	—
50cg	—	—	0cc95	—
60cg	—	—	1cc14	—

Ce sont des *centièmes* de centimètres cubes et non des centimètres cubes. *(Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1740.)*

RENSEIGNEMENTS

430. — **EXTERNE CHIRURGIE** permuterait avec collègue médecine ou peau. — Ecrire R. L., 114, au journal.

431. — **MÉDECIN, LIBRE L'ÉTÉ,** cherche poste dans ville d'eau ou station d'altitude. — Ecrire à l'Intermédiaire médical (7, place Saint-Michel, à Paris), qui transmettra.

XXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 2-7 OCTOBRE 1911 (1)].

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT SANGLANT DES FRACTURES FERMÉES RÉCENTES

Nous ne sommes plus au temps où le traitement des fractures consistait à réduire tant bien que mal le déplacement et à immobiliser ensuite les parties dans un appareil plâtré pendant trente ou quarante jours. La radiographie est venue nous prouver l'insuffisance de la réduction et de la contention par cette méthode, dans beaucoup de cas, et même entre les mains les plus expertes ; la loi sur les accidents du travail a prouvé les résultats déplorables au point de vue fonctionnel, souvent constatés après cette manière de faire simpliste. Les malades, les compagnies d'assurances responsables exigent du médecin une réduction meilleure, une intégrité fonctionnelle du membre plus complète, et la radiographie qui permet toujours de vérifier le résultat doit inciter le praticien à se méfier des responsabilités personnelles que pourrait lui faire courir sa négligence ou son ignorance.

Depuis de longues années, Lucas-Championnière, avec sa méthode de mobilisation précoce des fractures qui sacrifie en partie la réduction anatomique au résultat fonctionnel, a mené une vigoureuse campagne contre l'immobilisation dans les appareils plâtrés. Depuis, deux autres méthodes qui visent à la fois à la réduction parfaite et à la possibilité de la mobilisation précoce se sont développées : l'extension continue qui, avec Bardenheuer, a conquis beaucoup d'adeptes en Allemagne; le traitement sanglant qui s'est considérablement perfectionné surtout grâce aux efforts d'Arbuthnot Lane et d'Albin Lambotte. C'est ce traitement qui a fait l'objet des deux rapports de MM. ALGLAVE (de Paris) et BÉRARD (de Lyon).

A M. Alglave revenait le lourd fardeau d'exposer la technique opératoire. Il a su exposer la question avec un ordre et une clarté dont on ne peut que le louer. Pour chaque méthode, il expose d'abord l'historique des tentatives anciennes pour s'arrêter plus longuement à celles plus récentes qui lui semblent dignes d'être vulgarisées. Nous ne parlerons ici que de ces dernières.

Le rapporteur constate que si on laisse de côté quelques-unes d'entre elles (crâne, rachis, mâchoires, certains os du carpe ou du tarse) les fractures n'ont été traitées d'une manière sanglante que selon quatre méthodes : 1° ostéo-synthèse avec appareil externe de contention; 2° ostéo-synthèse sans appareil externe; 3° réduction à ciel ouvert avec contention indirecte par un appareil externe; 4° réduction sans ouverture par extension avec enclouage des os et contention par l'extension.

La première méthode (ostéo-synthèse avec appareil de contention externe) comporte plusieurs temps. Il s'agit tout d'abord d'ouvrir le foyer de la fracture. Pour cela il faut inciser largement, écarter avec des pinces ou des crochets spéciaux les fragments et déterger avec soin le foyer des débris et caillots sanguins ; on fera aussi une hémostase soignée ; loin d'être utile, comme on le pensait autrefois, à la réparation de la fracture, le sang épanché ne peut que lui être nuisible. On aborde ensuite le temps capital, la réduction de la fracture. Or, déclare A. Lambotte, dans tous les cas récents, sauf lorsque l'os est écrasé en petits fragments multiples, la réduction mathématique est possible. Il suffit d'avoir une bonne instrumentation et une bonne technique. L'instrumentation comprend les tracteurs puissants du genre de la vis de Lorenz ou du tracteur à levier de Lambotte, qui agissent à distance du foyer de fracture, et des jeux de leviers et daviers droits et coudés, adaptés aux diverses conditions qu'on peut rencontrer et permettant l'action directe sur les fragments mis à nu. Pour les fractures diaphysaires, le déplacement sera soit transversal (dans un plan frontal), sagittal ou axial; dans ce dernier cas, il y a soit chevauchement, soit pénétration; enfin, si le trait de fracture est très oblique, on peut avoir de la rotation ou torsion. Il faudra réduire tous ces modes de déplacement, et l'on aura des difficultés surtout pour le chevauchement s'il est considérable. Lambotte conseille alors de recourir à la manœuvre de mise en angle des fragments qui consiste à les libérer avec soin, à exagérer leur angulation ; puis, ayant coapté avec soin les extrémités, de redresser l'angle en maintenant les fragments avec des daviers.

Dans les fractures épiphysaires, on observera surtout soit un écartement notable (olécrâne, calcanéum, rotule, etc.), soit un enfoncement par pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse.

Après avoir bien coapté les fragments il faut les maintenir rigoureusement dans cette situation et pour cela on peut employer des procédés dont la solidité n'est pas assez grande pour pouvoir supprimer l'appareil de contention externe, ou au contraire une ostéo-synthèse qui se suffit à elle-même. Les premiers sont la ligature, la suture, l'enchevillement, l'engainement des fragments, l'agrafage des os. La ligature des os, méthode très ancienne, renouvelée des... Arabes, est une méthode excellente quand elle peut être appliquée dans de bonnes conditions. Elle consiste à placer autour de l'os un certain nombre de cercles, qui réunissent les fragments comme les deux bouts d'un bâton brisé ; elle n'est donc applicable qu'aux fractures très obliques. Pour les empêcher de glisser, les divers cercles peuvent être réunis par des anses les réunissant entre eux. On emploiera soit des fils résorbables, de préférence tendon de renne, ou non résorbables, crin de Florence, fer doux recuit, et surtout bronze d'aluminium. La suture osseuse comporte plusieurs étapes : forage des fragments en bonne place, mise en place des fils, serrage des fils pendant qu'on maintient la coaptation. Quant à l'enchevillement, il comprend en réalité deux méthodes bien différentes : l'enchevillement central, qui consiste à ficher dans le canal médullaire d'un fragment, une cheville qui est ensuite enfoncée dans le canal médullaire de l'autre extrémité jusqu'à contact des deux fragments, ou parfois, en cas de perte de substance osseuse, en laissant un intervalle entre eux ; l'autre façon de procédé est l'enchevillement transversal, transfragmentaire, procédé d'assemblage bien connu de l'ancienne ébénisterie. Les chevilles employées seront d'ivoire, d'os décalcifié, ou pour l'enchevillement transversal un clou d'argent ou d'acier. L'engainement des fragments s'opère au moyen de viroles d'os décalcifié, ou de métal (feuille d'aluminium de Mouchet). L'agrafage des os, méthode assez répandue en France où elle est née (Jacoël, 1901) paraît très simple : forage dans les fragments à la distance exacte de l'écartement de l'agrafe de deux trous de diamètre un peu moindre que celle-ci, pose de l'agrafe qui est ensuite enfoncée à petits coups. En pratique, elle présente de grandes difficultés d'exécution correcte, que l'on trouvera indiquées dans le mémoire de Dujarier (*Rev. de chir.*, 1904, p. 180) pourtant l'un des défenseurs de la méthode.

Aucun des procédés précédents, sauf dans certains cas la ligature osseuse, ne donne une réunion assez solide pour qu'on puisse se passer d'un appareil de soutien, en général

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, nos 116, p. 1651 et 118, p. 1683.

un appareil plâtré, qui constitue un sérieux obstacle à la mobilisation précoce. C'est pour supprimer cet appareil qu'on a imaginé les procédés d'ostéo-synthèse sans appareil externe : le vissage des os, la prothèse métallique, le vissage avec fixateur externe. Le vissage, pour lequel Lambotte a fait construire une instrumentation spéciale, ne répond qu'à des cas particuliers, au contraire la prothèse, qui est le vissage dans des plaques métalliques perforées, répond à tous les cas ; A. Lane et Lambotte ont fait établir des jeux de plaques qui répondent à tous les os de l'organisme.

Par ce moyen on obtient une contention solide qui permet la mobilisation aussitôt après l'opération ; le gros inconvénient est de laisser dans la plaie un corps étranger qui s'éliminera d'autant plus facilement qu'il est volumineux. C'est pour tourner cette difficulté que A. Lambotte a imaginé un très bel appareil que le rapporteur présente au Congrès, dans lequel les vis sont réunies par un tuteur externe. Le temps nécessaire écoulé, tuteur et vis sont retirés sans difficulté.

C'est encore pour éviter les accidents que peut entraîner le séjour de corps étrangers à demeure, que certains chirurgiens (Willems, Tuffier, Walther, etc.) se contentent de réduire le déplacement à ciel ouvert, de refermer et de maintenir par un appareil plâtré. Si on ne laisse pas de corps étranger, on a à lutter contre les conséquences du séjour dans l'appareil plâtré. Enfin une quatrième manière de procéder, la dernière née, cherche à obtenir la réduction et la contention par l'extension continue sans ouvrir le foyer de fracture. Codivilla implante une tige dans le calcanéum pour pratiquer l'extension du fémur ; mais l'extension est encore plus efficace si le clou est implanté dans l'extrémité de l'os brisé lui-même, c'est ce qu'ont préconisé Steinmann, Becker, qui pratiquent ainsi la traction avec des poids. Mais la contre-extension, indispensable, peut être mal tolérée. C'est pour obtenir l'extension et la contre-extension sur l'os lui-même que Lambret a imaginé de transfixer l'os à ses deux extrémités par des broches réunies par des tiges longitudinales qui, allongées au moyen d'une crémaillère, exercent une traction en sens inverse sur les deux fragments. Cet appareil a été modifié depuis par M. Quénu. En terminant, le rapporteur rappelle qu'on ne doit jamais intervenir pour une fracture avant le huitième ou quinzième jour, que le sang épanché soit en partie résorbé, que les tissus aient repris leur vitalité ; en second lieu, les corps étrangers qui servent à la suture osseuse ne seront tolérés que s'ils sont d'une asepsie absolue et s'ils sont déposés dans un foyer aseptique. C'est sous ces conditions seules qu'on sera en droit d'espérer des résultats comme ceux qu'obtient M. Lambotte. Le rapporteur qui a été sur place voir opérer M. Lambotte, et qui a pu constater les résultats qu'il obtient rend hommage au magnifique effort du chirurgien anversois.

M. Bérard (de Lyon) étudie, dans son rapport, les indications et résultats du traitement sanglant dans les fractures fermées et récentes des membres, c'est-à-dire quand et comment, en présence d'un blessé qui vient de se faire une fracture des membres, sans plaie, il faut s'en tenir aux méthodes habituelles de réduction suivie d'extension continue, immobilisation précoce ou mobilisation précoce, ou quand et comment, au contraire, il faut pratiquer une intervention sanglante.

Après un historique rapide, l'auteur aborde la discussion, pour chaque fracture, de l'emploi des divers procédés et des résultats qu'il donne. Il donne ensuite une vue d'ensemble sur des résultats des différentes méthodes et nous pouvons en extraire des statistiques très intéressantes.

Par les méthodes classiques de traitement des fractures la restitutio ad integrum est exceptionnelle, la durée de l'incapacité temporaire est considérable, les incapacités permanentes partielles sout la règle. C'est ce que montrent les statistiques globales, et surtout les dossiers d'expertises pour accidents du travail. Sur 2.000 fractures anciennes Hœnel, en 1904, compte 20 p. 100 d'estropiés définitivement. En 1897, Kummel, sur 1.200 radiographies de 243 fractures, ne trouve qu'un nombre infime de réductions correctes. Mais M. Bérard nous met en garde contre ces chiffres: d'une part les accidentés du travail ont une tendance, dès qu'ils savent que la radiographie montre une persistance légère de la déviation, à accuser des douleurs; d'autre part si les statistiques englobant des catégories de malades soignés par tous les praticiens sont mauvaises, cela ne prouve pas forcément que les méthodes sont mauvaises, mais surtout que les praticiens sont en général fort peu instruits du traitement des fractures, dont l'enseignement est très négligé. Ce qui démontre ce fait c'est que, si on prend les statistiques de milieux plus instruits sur ce sujet, comme les hôpitaux militaires et de la marine, on arrive, avec les mêmes méthodes, à des chiffres plus encourageants. Par exemple pour les hôpitaux de marine de Brest et Toulon on relève : 42 cas de fractures de la clavicule sans réforme, 11 cas de fractures de l'humérus avec une réforme après traitement sanglant, 41 fractures de l'avant-bras sans réforme, 88 fractures de jambe avec 6 réformes, sans intervention sanglante. Les statistiques des hôpitaux militaires de Paris et de Lyon donnent des chiffres comparables.

Il faut donc surtout développer l'enseignement du traitement des fractures, vulgariser l'emploi de la radiographie, et faire connaître aux médecins qu'il existe des variétés de fractures graves, dont le traitement ne peut pas être mené par le simple praticien mal outillé, pas secondé, et qui doivent être dirigées sur les centres chirurgicaux, au même titre que les opérations les plus graves.

En regard des statistiques de fractures traitées par les moyens classiques M. Bérard n'a pu obtenir malgré ses efforts qu'une seule statistique intégrale de fractures traitées par les méthodes sanglantes, celle de A. Lambotte qui porte sur 567 cas dont 319 pour le membre inférieur (86 fois le fémur, 143 fractures de jambe) et 188 pour le membre supérieur (87 humérus). Toutes les méthodes sanglantes ont été employées mais surtout le fixateur à tuteur externe (171 cas), le vissage direct (153), le cerclage (71) et la prothèse (52). Il n'y a eu que 9 décès soit 1,7 p. 100, bien qu'il ait opéré depuis l'âge de six mois jusqu'à soixante-dix-neuf ans. L'intolérance des tissus s'est manifestée dans 23 p. 100 pour les cerclages et sutures, 37 p. 100 pour les vissages, 46 p. 100 pour les prothèses. Donc l'intolérance est d'autant plus marquée que les corps étrangers sont volumineux. La consolidation loin d'être retardée se fait dans le délai normal, et il n'y a eu que 3 fois absence de consolidation, due à l'état général du malade. Ces résultats sont fort beaux, et Lambotte a pu en 1909 montrer aux médecins belges 188 opérés qu'il avait pu retrouver, et qui étaient guéris intégralement anatomiquement et fonctionnellement.

Enfin M. Bérard termine son rapport par des conclusions d'une importance pratique considérable et que nous devons reproduire intégralement.

Première conclusion. — L'étude des méthodes non sanglantes, dans le traitement des fractures fermées et récentes des membres, loin d'être abandonnée au profit des méthodes opératoires, doit être approfondie par tous les médecins et chirurgiens, et scrupuleusement poursuivie dans les centres d'enseignement.

Ce qui ne veut pas dire que le traitement sanglant doive être de ce fait même toujours condamné.

Deuxième conclusion. — Il y a des fractures fermées que l'on est obligé d'ouvrir pour les réduire correctement ; il en est qu'on peut opérer afin d'obtenir, à peu de risques, une meilleure réduction.

I. *Les fractures dont l'irréductibilité peut exiger le traitement*

sanglant, en dehors de toute lésion vasculaire ou nerveuse et de toute interposition des parties molles, sont :

1° *Au membre inférieur* :

a. Les fractures sous-capitales du col du fémur ;

b. Les fractures sous-trochantériennes de la diaphyse fémorale ;

c. Beaucoup de fractures condyliennes du fémur ;

d. Beaucoup de fractures juxta-articulaires supérieures du tibia ;

e. Certaines fractures obliques ou spiroïdes du tibia à deux ou trois fragments ;

f. Certaines fractures sus-malléolaires du tibia avec un fragment marginal (surtout quand ce fragment est antérieur) ;

g. Les fractures de la tubérosité postérieure du calcanéum.

2° *Au membre supérieur* :

a. Certaines fractures du col anatomique et plus rarement du col chirurgical de l'humérus, avec bascule de la tête, décapitée dans l'articulation ;

b. Quelques fractures diaphysaires hautes de l'humérus ;

c. Parmi les fractures du coude, les fractures sus-condyliennes à grands déplacements, certaines fractures du condyle interne ou de l'épitrochlée avec un fragment basculé dans l'interligne articulaire, et de rares fractures du condyle externe ;

d. Les fractures du cubitus qui s'accompagnent de luxation de la tête du radius ;

e. Les fractures diaphysaires de l'avant-bras avec décalage, désaxage ou diastasis radio-cubitale ;

f. Enfin de rares fractures de l'extrémité inférieure du radius avec fragments marginaux.

Nous mettons à part dans cette première catégorie : 1° les fractures du carpe (scaphoïde, semi-lunaire) et de l'astragale, dans lesquelles l'ablation de l'os fracturé s'impose souvent sans qu'on puisse même tenter la réduction sanglante des fragments ; et 2° les fractures transversales de la rotule, dans lesquelles la consolidation osseuse spontanée ne s'observe jamais, mais dont le cal fibreux peut permettre cependant un rétablissement partiel des fonctions du genou. Si la plupart des chirurgiens ont actuellement recours avec raison à l'opération sanglante dans le traitement des fractures transversales de la rotule avec déchirure du surtout ligamenteux, c'est pour obtenir rapidement et sans grand risque un résultat presque toujours parfait.

II. *Les fractures dont le traitement sanglant peut améliorer notablement les suites au prix de risques minimes* sont rares au membre inférieur : en dehors de quelques fractures malléolaires, toute intervention portant sur les diaphyses tibiale, fémorale, ou au voisinage des articulations de la hanche, du genou et même du cou-de-pied comportent un élément de gravité qui n'est jamais négligeable. Au membre supérieur, on peut classer dans ce groupe les fractures de la clavicule, certaines fractures épiphysaires ou apophysaires de l'humérus à l'épaule ou au coude, les fractures de l'olécrâne, certaines fractures diaphysaires de l'avant-bras.

Troisième conclusion. — Si l'on opère, les méthodes sanglantes doivent être adaptées aux nécessités de chaque fracture, de façon à assurer un accolement des fragments aussi exact que possible.

Le *vissage simple* convient aux fractures du col fémoral, et en général aux fractures uni-fragmentaires des épiphyses dans lesquelles il importe de ne laisser aucun corps étranger articulaire.

Le *vissage sur plaque* s'adresse aux fractures diaphysaires transverses ou comminutives et aux fractures juxta-épiphysaires à plusieurs fragments. Dans les fractures diaphysaires transverses ou peu obliques, le vissage sur fixateur externe (Lambotte) offre sur ce dernier procédé l'avantage important de ne laisser aucun corps étranger à demeure dans l'os.

L'*encerclage par le fil métallique* revient aux fractures diaphysaires très obliques. Il doit être autant que possible évité dans les fractures juxta-articulaires ou articulaires, même dans les fractures de la rotule.

L'*agrafe à deux ou trois branches*, inférieure à la vis sur plaque ou sur tuteur externe dans les fractures diaphysaires trouve ses indications les moins discutables dans les fractures épiphysaires ou apophysaires.

L'*ancienne suture simple*, avec un fil métallique tordu, est insuffisante presque toujours pour réaliser une juxtaposition exacte des fragments ; il faut l'abandonner au profit des méthodes de contention plus précises énumérées plus haut. Même remarque pour l'enchevillement avec les tiges d'ivoire ou d'os décalcifiés. C'est pour être restés fidèles à ces deux méthodes, aujourd'hui tombées en désuétude, et pour en avoir obtenu des résultats forcément médiocres, que beaucoup de chirurgiens ont porté des jugements trop sévères ou faux sur la valeur de l'opération sanglante dans les fractures.

L'idéal serait d'obtenir la juxtaposition immédiate et définitive des fragments aussitôt après leur réduction, sans abandonner à demeure des corps étrangers métalliques, comme dans quelques fractures diaphysaires de la jambe, de la cuisse, du bras, plus rarement de l'avant-bras, lorsque l'obstacle à la réduction consiste simplement en une interposition fibro-musculaire ou en un coincement des fragments déplacés.

L'emploi de fils de catgut est indiqué dans les sutures fibro-périostiques de la rotule et de l'olécrâne ; son utilité n'est pas encore démontrée dans les autres fractures épiphysaires et diaphysaires.

Avec les moyens dont nous disposons aujourd'hui, si l'on désire obtenir sûrement une juxtaposition correcte et définitive des fragments, il faudra se résoudre presque toujours à employer l'*un des appareils de fixation à demeure*, vis, plaques, boulons, agrafes, malgré les inconvénients que comportent ces corps étrangers abandonnés dans l'os. Contrairement à l'opinion de Lambotte et de Lane, en dehors de toute faute d'asepsie opératoire, ces divers corps étrangers peuvent être mal tolérés, d'autant plus mal qu'ils sont plus volumineux, dans la proportion de un tiers à un cinquième, suivant la région, suivant le type des fractures, suivant les réactions individuelles. Nous avons tous vu des opérés de fractures qui avaient gardé sans s'en douter, pendant des mois ou des années, des pièces métalliques enclavées dans leurs os et qui ont dû se les faire enlever au bout de ce temps, à cause des douleurs qu'ils éprouvaient et des phénomènes inflammatoires qu'ils présentaient, depuis le simple gonflement jusqu'à l'élimination spontanée par la suppuration développée autour du corps étranger.

Par contre, les appareils métalliques de fixation osseuse, quand ils sont bien appliqués, *assurent d'ordinaire rapidement un contact solide entre les fragments* et permettent, dès la troisième ou quatrième semaine pour le membre supérieur, dès la cinquième ou la sixième pour le membre inférieur, des exercices de mobilisation méthodiques. C'est à tort que Walther, Willems, le professeur Pierre Delbet et la plupart des auteurs qui ont figuré dans les dernières discussions de la Société de chirurgie de Paris, prétendent qu'il y a toujours après l'opération sanglante un retard de consolidation ; en réalité, quand cette opération permet une restitution intégrale des formes de l'os, elle provoque souvent aussi une soudure rapide des fragments que Lambotte a appelée une véritable « réunion *per primam* ». Il n'est pas besoin d'un cal primitif en virole externe, antérieurement au cal secondaire interfragmentaire, comme le soutient Tuffier après Gosselin, pour favoriser et hâter la prise de celui-ci. Autrement dit, le chevauchement léger des fragments l'un sur l'autre n'est pas indispensable, comme on l'a prétendu, pour activer le travail de réparation en favorisant le développement d'un gros cal périostique. Il est exact que les retards de consolidation sont la règle après certaines méthodes de traitement sanglant ;

mais c'est précisément après les réductions approximatives, quand les fragments, placés simplement en contact au moyen d'un fil par leurs bords ou par leurs angles, restent en porte-à-faux et n'ont pas été véritablement engrenés ou accolés par les appareils destinés à assurer leur maintien. Les déplacements secondaires des fragments, les incurvations, les angulations du cal ont été surtout observés après la suture simple au fil métallique ou après un agrafage trop fragile.

Quatrième conclusion. — Aucune méthode de traitement sanglant des fractures récentes n'est absolument exempte de dangers, même après tous les progrès qui ont été réalisés dans le domaine de l'asepsie et de l'instrumentation. Très limités pour les fractures épiphysaires extra-articulaires, encore peu redoutables pour les fractures diaphysaires de la clavicule, des os de l'avant-bras et du péroné, les risques d'infection deviennent de plus en plus grands à mesure qu'on aborde les diaphyses de l'humérus, du tibia ou du fémur. Ils atteignent leur maximum dans les fractures articulaires du genou à plusieurs fragments et dans les fractures intra-articulaires du col fémoral. Lambotte, Lane répètent à l'envi qu'il suffit d'un peu d'entraînement personnel, d'une organisation aseptique et instrumentale bien ordonnée pour ne plus avoir à redouter aucun échec. Ces déclarations optimistes pourraient induire en erreur de jeunes chirurgiens, s'ils ne les mettaient pas, comme il convient, au compte de l'amour-propre paternel des promoteurs de la méthode. De leur aveu, ni Lambotte, ni Lane n'ont obtenu, dans leurs premières et déjà longues séries d'opérations, les superbes résultats qu'ils ont pu nous montrer plus tard. Au mois de mai dernier, Tuffier déclarait encore à la Société de chirurgie de Paris : « La chirurgie des fractures est actuellement la plus difficile dans son exécution, la plus dangereuse dans son application défectueuse, si elle est la plus féconde en résultats satisfaisants ; un foyer de fracture s'infecte plus facilement que n'importe quelle plaie : l'altération des tissus, leur vitalité et leur défense atténuées, la présence des caillots sanguins, des fragments de muscles, des parties fibreuses déchiquetées, sont autant de facteurs éminemment favorables au développement des microbes. » Cette chirurgie est aujourd'hui, elle restera sans doute l'apanage des opérateurs éprouvés que ne surprennent ni les difficultés imprévues, ni les plans opératoires remaniés en cours d'exécution. Laisser tous les médecins soigner toutes les fractures par les méthodes anciennes, c'est évidemment risquer des échecs ; mais les autoriser par notre exemple et surtout les encourager eux-mêmes à user du traitement sanglant sans raisons d'importance majeure, c'est vouloir provoquer des désastres.

Indépendamment des conditions locales énumérées plus haut, il y a certaines contre-indications absolues, et d'autres relatives dans l'emploi du traitement sanglant. La vieillesse n'est pas toujours une raison de s'abstenir, surtout s'il s'agit seulement d'ouvrir des plaies peu anfractueuses dans des tissus peu profonds, où l'on n'abandonnera aucun corps étranger (fractures de la rotule, pseudarthrose de l'humérus avec interposition fibro-musculaire) ; c'est même presque exclusivement dans la vieillesse que le professeur Pierre Delbet a effectué la plupart des vissages pour fractures du col fémoral. Mais le diabète, l'albuminurie, les cardiopathies, les scléroses viscérales mal compensées, sont autant d'obstacles définitifs ou du moins temporaires à la mise en œuvre de cette méthode.

Cinquième conclusion. — Dans tous les cas de fractures récentes fermées, le traitement doit être commencé par l'application des procédés non sanglants. Il faut, de l'avis unanime, laisser passer la période de shock traumatique, permettre l'évacuation ou la rétrocession partielle des hématomes musculaires et des épanchements articulaires, avant de causer de nouveaux dégâts à des tissus déjà altérés. Par cette précaution, on évitera en outre les surprises fâcheuses dues aux contusions et aux ruptures viscérales latentes, aux infections des voies respiratoires en incubation et à la pénétration possible de tous les germes dangereux par les excoriations des téguments.

Ce répit de huit ou dix jours sera mis à profit pour fixer par la radiographie (autant que possible au lit du malade) les premiers résultats obtenus dans les tentatives de réduction, et pour décider en connaissance de cause s'il faut persévérer dans la voie où l'on s'est engagé, ou prendre le bistouri pour aller lever les obstacles ainsi repérés. En y regardant de plus près, le chirurgien renoncera dans nombre de cas à une intervention qui lui aurait paru indispensable s'il s'était borné à la simple expectation des premiers jours, au lieu de faire tous ses efforts pour obtenir un résultat sérieux par l'emploi immédiat des manœuvres externes. Tuffier, en 1911, ne faisait plus par an qu'une dizaine de réductions sanglantes pour fractures de jambes, chiffre qui correspondait à 10 ou 15 p. 100 au maximum des fractures du tibia observées par lui.

Sixième conclusion. — Quel que soit le traitement employé, conservateur ou sanglant, avant d'abandonner le blessé convalescent à ses propres forces, il faut s'assurer par des mouvements actifs, par des marches d'épreuve, contrôlées au moyen de la radiographie, que la consolidation est effective. En recommandant la prudence dans la reprise des travaux, en renforçant le membre fracturé d'un tuteur amovible ou d'une chaussure appropriée, on s'opposera efficacement aux déformations secondaires par inflexion, incurvation ou angulation du cal. Ces déformations secondaires ne sont pas la rançon d'un traitement spécial, mais bien plutôt la suite logique d'une réduction incomplète ou trop peu longuement surveillée.

Discussion.

M. Koch (de Groningen), invité du congrès, ne croit pas, étant donnés les difficultés et les dangers, qu'on ait le droit de pratiquer des interventions sanglantes pour toutes les fractures fermées. On doit les limiter à quelques cas (fractures de la rotule, du condyle externe de l'humérus, du col huméral et fémoral avec déplacement, certaines fractures obliques de jambe). Sur 375 fractures qu'il a observées en 1910, 15 seulement ont été opérées. Pour les greffes osseuses, il se déclare partisan des greffes d'os vivant qu'il a employées avec succès deux fois. — M. Lucas-Championnière (de Paris) défend toujours avec la même ardeur le traitement des fractures par la mobilisation précoce ; la coaptation géométrique des fragments n'est pas indispensable à un bon fonctionnement, l'intégrité musculaire et articulaire est bien plus importante. Il remarque que, si dans le traitement sanglant les corps étrangers sont mal supportés, c'est que l'asepsie opératoire est insuffisante, il faut la remplacer par l'antisepsie avec laquelle il n'a pas eu d'éliminations après la suture. — M. Depage (de Bruxelles) pense aussi que l'indication de l'intervention sanglante est exceptionnelle. On améliorera les résultats obtenus par les méthodes classiques en confiant leur emploi à un assistant spécial dans chaque service. Depuis trois ans qu'il le fait, ses résultats sont bien meilleurs. Il faut bien savoir que la réduction géométrique n'est pas nécessaire à un fonctionnement très bon, et bien des accidentés du travail se plaignent de souffrir uniquement après avoir su par la radiographie qu'un léger déplacement persistait. Quand il est obligé d'intervenir il emploie son procédé personnel de boulonnage des os. — M. Lambotte (d'Anvers) se défend de faire de la méthode sanglante le traitement habituel des fractures fermées. Il n'opère pas plus de 20 p. 100 de ces cas, ceux où les déplacements entraînent des troubles permanents. Il expose les principes de ses méthodes et montre que les accidents sont tou-

jours dus à des erreurs de technique. Bien qu'on ait soutenu le contraire, la coaptation exacte des fragments n'entraîne pas de retard de la consolidation. Quant au reproche fait au traitement sanglant qu'il n'est pas à la portée de tous les praticiens il est « enfantin ». Quand les praticiens sauront que telle et telle fracture sont justiciables du traitement sanglant ils n'hésiteront pas plus à diriger ces cas vers des centres chirurgicaux qu'ils ne le font pour les autres opérations. — Pour M. WILLEMS (de Gand) le traitement non sanglant est surtout mal appliqué; entre des mains expertes les indications des méthodes opératoires sont rares. Il ne faut opérer que les fractures réellement irréductibles, et le plus souvent l'obstacle provient d'interposition aponévro-musculaire. Dans ces cas M. Willems emploie la méthode qu'il a exposée à la Société de chirurgie en 1909 : réduction à ciel ouvert, puis pose d'un appareil plâtré contentif. Cet appareil est fait avec des bandes circulaires, par-dessus une simple bande de flanelle. On a ainsi un moulage exact qui ne permet aucun déplacement. En douze ans sur plusieurs centaines de fractures il n'a eu à faire cette opération que 12 fois. — M. CECI (de Pise) malgré son admiration pour les résultats obtenus par l'intervention sanglante n'est pas interventionniste. La correction peut être presque toujours obtenue par les méthodes habituelles avec anesthésie locale ou générale. Ses échecs seuls forceront à opérer. M. Ceci ne croit pas que le traitement sanglant hâte beaucoup le rétablissement de la fonction du membre. Par contre il a pu empêcher la gangrène du membre distendu par l'épanchement sanguin. Il pense que l'expansion excessive actuelle des méthodes sanglantes est une réaction justifiée contre le laisser aller du traitement des fractures avec le massage à outrance. — Comme M. Depage, M. TUFFIER (de Paris) a confié dans son service à un assistant spécial le traitement des fractures par les méthodes non sanglantes, et par le perfectionnement de celles-ci, il a vu les indications des opérations diminuer. Il s'est convaincu que la réduction géométrique n'est pas indispensable pour obtenir un bon résultat fonctionnel. Aussi faut-il réserver l'intervention aux fractures où l'on sait d'avance que sans elle le résultat fonctionnel sera mauvais (fractures sus-condyliennes du fémur, de l'extrémité supérieure du tibia, de l'humérus, du coude). Il a opéré, comme M. Willems, sans maintenir la réduction par une suture quelconque, mais il a vu ainsi des déplacements secondaires se produire dans l'appareil. Aussi, à moins qu'il n'ait constaté un engainement solide des fragments, il les fixe avec un corps métallique le plus petit possible (fils, agrafes, rarement plaques vissées). — M. VAN STOCKUM (de Rotterdam) montre qu'on obtient d'ordinaire un résultat fonctionnel mauvais dans les fractures par écrasement du calcanéum. Dans 5 cas il est intervenu par résection et arthrodèse de la sous-astragalienne avec succès. — Bien que M. THIERRY (de Paris) reste partisan du traitement sanglant dans les fractures irréductibles ou difficiles à maintenir réduites, il n'a eu à intervenir que dans 45 cas. A toute autre méthode il préfère la ligature avec le fil de cuivre. Une attelle de Bœckel suffit pour immobiliser ensuite. Avec une coaptation parfaite on obtient une réunion analogue à celle des autres tissus sans formation d'un cal qui n'est qu'une difformité, une chéloïde osseuse.

M. DUJARIER (de Paris), depuis le mémoire qu'il a publié en 1904 sur l'agrafage dans le traitement des fractures, a eu l'occasion de l'appliquer 14 fois à des fractures de jambes; il insiste sur quelques points particuliers : ne pas opérer avant cinq à dix jours, opérer main gantée et ne toucher la plaie qu'avec les instruments. Il signale les difficultés qu'on peut rencontrer dans la coaptation des fragments, comme la présence d'un troisième fragment. Il essaye toujours de ne poser qu'une seule agrafe. Il n'a eu d'infection que dans un cas. Au début, il enlevait l'agrafe au bout d'un ou deux mois; mais comme elle est bien tolérée, il l'abandonne maintenant. Le rétablissement fonctionnel est toujours beaucoup plus long chez les accidentés du travail que chez les autres malades. Il pense que la fracture oblique de jambe relève le plus souvent de l'intervention sanglante.

Pour M. LAMBRET (de Lille), l'intervention sanglante n'est indispensable que dans les fractures des deux os de l'avant-bras avec déplacement. Les autres fractures du membre supérieur relèvent presque toutes des méthodes ordinaires. Pour les fractures de cuisse, la traction continue avec embrochage du calcanéum de Codivilla est la méthode de choix. Dans les fractures de jambe, il emploie l'appareil qu'il a présenté à la Société de chirurgie, auquel il a apporté un perfectionnement qui permet la correction de la rotation des fragments. Il montre, par des radiographies, la perfection des résultats obtenus avec cet appareil. — M. GOURDET (de Nantes) présente une pince excentrique qu'il emploie pour la réduction du chevauchement dans les fractures diaphysaires. Il ajoute à l'instrumentation de Lambotte une règle perforée avec trocarts et canules pour faciliter le placement des vis.

En deux ans et demi, sur 274 fractures observées dans son service d'enfants, M. HERMAN (d'Anvers) est intervenu 40 fois. Pour les fractures du coude, il a employé avec succès le vissage au niveau des diaphyses, il a utilisé le cerclage, la reposition sans fixation, le cerclage sur plaques d'aluminium. Il retire le plus souvent les fils métalliques de parti pris. Il faut intervenir pour les fractures irréductibles ou celles où la réduction ne se maintient pas.

Dans son service d'enfants, à Bordeaux, M. PRINCETEAU a aussi eu à utiliser l'ostéo-synthèse. Ses indications sont encore plus rares que chez l'adulte à cause de l'épaisseur du manchon périostique. Après cinq ans, il faut opérer toutes les fois que la fracture sera irréductible, difficile à maintenir réduite, que l'un des fragments gênera le jeu d'une articulation, que des vaisseaux ou nerfs seront comprimés, enfin dans les fractures comminutives. L'enclavement avec cheville d'ivoire lui a donné de beaux résultats dans la fracture sus-condylienne de l'humérus.

M. Paul DELBET (de Paris) qui est intervenu 18 fois pour des fractures fermées, sans accident, ne croit pas l'opération dangereuse, mais insiste sur les difficultés de la réduction et de la suture. On interviendra surtout dans les fractures de la clavicule, du col du fémur et les fractures articulaires. — M. SOUBEYRAN (de Montpellier) a eu à intervenir 5 fois pour des fractures de l'humérus, fémur, tibia et calcanéum. Il a pratiqué la suture avec fils métalliques. De la statistique de 27 cas d'interventions sanglantes qu'il a pratiquées pour des fractures, M. LARDENNOIS (de Reims) retire les enseignements suivants : éviter l'anesthésie générale à cause de la période d'excitation (rachistovaïnisation, anesthésie locale), traumatiser le moins possible le foyer de fracture, donc préférer l'emploi des leviers à celui des daviers et l'agrafe à la suture, prendre de grandes précautions pour éviter l'infection de la plaie lors de la confection de l'appareil plâtré. — Ce sont les insuccès des méthodes sanglantes qui constituent les indications des méthodes sanglantes, nous dit M. DUPUY (de Paris), aussi elles varient avec la pratique de chaque chirurgien. La réduction anatomique intégrale est le but que l'on doit chercher à atteindre, c'est la déviation angulaire surtout qui engendre les infirmités. M. Dupuy passe ensuite en revue les différentes méthodes sanglantes, avec les variétés auxquelles, selon lui, elles conviennent. Il ne faut pas faire supporter à ces méthodes les insuccès dus au défaut d'asepsie des opérateurs, ou à des erreurs de technique. Il présente un plante-vis qu'il a fait construire pour faciliter ce temps opératoire délicat. — M. JUDET (de Paris) préfère les fils résorbables pour la suture osseuse, il a employé le fil de magnésium pour la suture de l'olécrâne. — M. ROCHER (de Bordeaux) a pratiqué l'ostéosynthèse avec le fixateur de Lambotte dans 4 cas. Il souhaite que les méthodes non sanglantes se perfectionnent, et que la radiographie reçoive une extension beaucoup plus grande. —

M. Perdu (d'Amiens) résume ce qui pour lui constitue les bases physiologiques d'où découlent les indications de la méthode sanglante des fractures fermées. — M. Charbonnel (de Bordeaux) apporte la statistique du service du professeur Demons. Sur 58 fractures diaphysaires fermées à grand déplacement chez l'adulte on est intervenu 31 fois. Chez les malades non opérés on n'a obtenu la réduction anatomique intégrale dans aucun cas, le résultat fonctionnel a été suffisant dans 15 p. 100 des cas, mauvais dans 85 p. 100. Sur les 31 opérés on constate 76 p. 100 de réduction anatomique et fonctionnelle intégrale, résultat fonctionnel bon dans 19 p. 100, et insuffisant dans 3 p. 100. Dans aucun cas il n'y a eu d'infection et la durée du traitement consécutif est très abrégée.

Dans les fractures des diaphyses de l'adulte avec grand épanchement on aura un résultat insuffisant avec les méthodes ordinaires et on sera obligé d'intervenir dans 80 p. 100 des cas. A part les cas de cause générale, avec les interventions sanglantes, la pseudarthrose doit entièrement disparaître du cadre nosologique.

Si l'on peut tirer, en la rapprochant de la discussion qui a eu lieu en avril et mai derniers à la Société de chirurgie, une conclusion de ce long débat, il semble bien que ce soit la suivante : il est indéniable qu'entre les mains de chirurgiens de la valeur de Lane, de Lambotte, le traitement sanglant des fractures n'ait fait en ces dernières années des progrès immenses et qu'on ne soit arrivé à obtenir dans la grande majorité des cas un résultat irréprochable. Mais il ne semble pas que les indications de ces interventions doivent s'étendre de plus en plus, au contraire. Comme ces indications sont faites des échecs des méthodes non sanglantes, elles se restreindront au fur et à mesure que ces dernières se perfectionneront. Leur domaine se bornera aux cas assez rares d'irréductibilité absolue primitive ou des quelques fractures où toute méthode non sanglante est a priori appelée à échouer. L'avenir est donc aux méthodes non sanglantes, et c'est elles qu'on doit s'efforcer de perfectionner ou de compléter par des méthodes opératoires, peu dangereuses parce qu'elles n'ouvrent pas le foyer de la fracture, comme la traction de Codivilla, l'appareil de Lambret. On doit aussi modifier complètement l'enseignement très insuffisant du traitement non sanglant des fractures, la plupart des résultats déplorables que leur emploi entraîne actuellement étant dus bien plutôt au manque d'instruction des praticiens sur ce point, qu'à l'insuffisance des méthodes elles-mêmes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 24 octobre 1911)

La rachianesthésie. — M. Reclus, à propos de la communication de M. Jonnesco sur ce sujet, revient sur les observations qu'il a déjà faites à l'occasion d'un cas malheureux communiqué à l'Académie par M. Schwartz. M. Jonnesco fait de la rachianesthésie une méthode universelle et prétend l'élever sur les ruines de ses deux rivales, l'anesthésie générale et l'anesthésie locale. Tout arrive et il ne faut jurer de rien. Toutefois on ne saurait passer sous silence les mauvais résultats qui ont été, en France, fournis par la rachianesthésie. Les essais qui en ont été faits ont été souvent malheureux, parfois déplorables. M. Reclus rappelle ici la discussion qui a eu lieu, en 1908, à la Société de chirurgie où la grande majorité des chirurgiens qui l'avaient consciencieusement essayée sont venus déclarer qu'ils croyaient devoir l'abandonner. On a observé, non seulement des suites désastreuses, des troubles graves, mais aussi des cas de mort. Voilà où nous en étions quand M. Jonnesco nous a apporté une statistique de 5121 observations soit personnelles, soit dues à des collaborateurs, sans un insuccès. Il est à craindre, sans mettre en doute la bonne foi de M. Jonnesco, que plusieurs de ses collaborateurs n'aient omis de signaler de mauvais résultats.

Quoi qu'il en soit, il a fallu soixante années pour découvrir les inconvénients et les dangers, jusqu'ici méconnus, de l'anesthésie générale. Il faudrait donc attendre pour juger définitivement la rachianesthésie.

Chemin faisant, M. Jonnesco a fait, dans sa communication, une politesse à l'anesthésie locale à laquelle il préfère toutefois la rachianesthésie. Or, M. Reclus se fait fort d'opérer, à l'aide de l'anesthésie locale, les deux tiers des cas que M. Jonnesco a opérés à l'aide de la rachianesthésie. La statistique de M. Reclus repose sur plus de 12000 cas, et elle est vierge de tout accident. On peut donc dire que l'anesthésie locale a fait ses preuves, qu'elle est innocente et efficace. En pourrait-on dire autant de la rachianesthésie ?

Prix Hugo. — M. Capitan, dans un rapport sur ce prix, signale le nombre considérable de travaux de premier ordre qui ont été envoyés par des praticiens de la province. Il cite, entre autres, les mémoires de MM. Brice et Botet, Fournié, Coulon (de Cambrai), Caillet (d'Amboise), Martinez (de Saragosse), Aravantinos (d'Athènes), Deiber, Fay, Rouquette (de Nice) et Félix Regnault. Tous ces ouvrages ont trait à des questions d'histoire de la médecine.

Dangers des méthodes simplifiées opposées à la méthode clinique de l'exercice physiologique de respiration. — M. Georges Rosenthal oppose l'exercice physiologique de respiration, méthode vraiment médicale, à la gymnastique respiratoire ancienne et aux méthodes simplifiées. La gymnastique respiratoire des Suédois se ressent de son origine empirique. Merveilleuse méthode de développement des muscles du corps humain sain, elle considère l'acte respiratoire dans son ensemble, et ses meilleurs disciples l'ont reconnue incapable de s'appliquer aux malades.

L'exercice physiologique de respiration, tel que G. Rosenthal en a poursuivi l'étude, est une méthode qualitative qui s'inquiète de faire respirer le malade selon les lois naturelles et n'est pas un simple gavage d'oxygène.

Il est imprudent de faire exécuter des mouvements actifs de bras accompagnés de respirations sans étude clinique préalable et sans contrôle sévère par l'auscultation ; des tuberculeux latents pourraient en devenir des tuberculeux aigus.

L'emploi des méthodes simplifiées peut d'ailleurs convenir à tel ou tel cas spécial. Seul, l'exercice physiologique de respiration, dans sa complexité, peut s'adapter à l'universalité des cas.

La réaction de Wassermann. — M. Leredde lit un travail sur ce sujet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Stations hydrominérales et climatiques. — Décret du 28 juin 1911. — Une circulaire du ministre de l'Intérieur, du 29 juillet 1911, a indiqué les mesures qu'il convient de prendre pour permettre aux localités intéressées de recueillir le plus tôt possible le bénéfice de la loi du 13 avril 1910. Les taxes nouvelles ont pour but de faciliter le traitement des indigents par la création d'hôpitaux, de sanatoria ou de toutes autres organisations leur permettant de trouver, dans les meilleures conditions, les soins que réclame leur état de santé, les travaux d'assainissement, et les travaux d'embellissement.

Trois procédures sont instituées visant, l'une l'érection d'une commune en station hydrominérale ou climatique,

l'autre la création d'une Chambre d'industrie thermale, et la troisième l'autorisation de percevoir des taxes. Pour plus de rapidité, les deux premières procédures doivent être conduites simultanément. La troisième ne peut être engagée qu'après la création de la Chambre d'industrie thermale dont l'avis est nécessaire pour l'établissement d'une taxe (art. 7 § 5 de la loi).

Le décret constitutif de la Chambre d'industrie thermale doit répartir les places réservées aux membres élus entre les diverses catégories de professions qui y seront représentées (médecin, pharmacien, hôtelier, logeur, commerçant saisonnier et représentant des établissements thermaux). La demande de création de la Chambre devra contenir des propositions à ce sujet, ainsi que des propositions relatives à la liste électorale (art. 7 de la loi, 23 et 27 du décret).

L'Académie de médecine, le Conseil supérieur d'hygiène et la Commission permanente donneront ensuite leur avis sur ces trois procédures (v. *Bull. int.* 1911, p. 327). P.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (professeur : M. GILBERT). — ENSEIGNEMENT CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE, par MM. les docteurs Herscher, ancien chef de clinique ; Lippmann, Jomier et Maurice Villaret, chefs de clinique.

I. *Séméiologie* (tous les matins, à neuf heures, au lit du malade). — M. Herscher : Appareil respiratoire. - M. Lippmann : Appareil circulatoire. — M. Jomier : Tube digestif. Foie. Pancréas. Reins. — M. M. Villaret : Système nerveux. Peau.

II. *Consultation externe et rédaction d'ordonnances* (le jeudi, à neuf heures du matin).

III. *Technique de petite chirurgie médicale* (un jeudi sur deux, de onze heures à onze heures trois quarts). — M. Lippmann : Injections sous-cutanées, intramusculaires et veineuses. Injections épidurales et intrarachidiennes. Paracentèse de l'abdomen. — M. Jomier : Lavages. Emissions sanguines. Hémostase. Vaccination. Respiration artificielle. — M. M. Villaret : Révulsion, réfrigération, bains. Thoracentèse. Paracentèse du péricarde.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (professeur : M. HUTINEL). — M. le professeur Hutinel commencera son enseignement clinique sur les maladies infantiles le jeudi 2 novemvembre 1911, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres).

Les leçons à l'amphithéâtre auront lieu les mercredis et samedis, à dix heures.

La première leçon sera faite le samedi 11 novembre.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à neuf heures, visite des malades et interrogation des élèves dans les salles.

Lundi, à dix heures et demie, conférence sur l'alimentation des nourrissons, par M. le docteur Nobécourt, professeur agrégé.

Mardi, à dix heures et demie, conférence sur les maladies nerveuses chez les enfants, par M. le docteur Babonneix, ancien chef de clinique.

Mercredi, à dix heures, leçon clinique par M. le professeur Hutinel. — A onze heures, consultation des nourrissons.

Jeudi, à dix heures et demie, leçon pratique d'oto-rhino-laryngologie et examen des malades.

Vendredi, à dix heures et demie, conférence de dermatologie par M. le docteur Marcel Ferrand, chef de clinique adjoint.

Samedi, à dix heures, leçon clinique par M. le professeur Hutinel.

Des cours de perfectionnement seront faits, dans les deux semestres, sous la direction de M. le docteur Nobécourt.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU (professeur : M. F. DE LAPERSONNE). — M. le professeur F. de Lapersonne commencera son cours de clinique ophtalmologique le vendredi 3 novembre 1911.

Il fera sa première leçon clinique à l'amphithéâtre Dupuytren, le vendredi 10 novembre, à dix heures.

Ordre du service. — Lundi, à neuf heures : Policlinique (salle des consultations). — Mardi, à neuf heures : Opérations. Visites dans les salles. — Mercredis, à dix heures : Examens ophtalmoscopiques. — Jeudis, à neuf heures : Opérations. Visites dans les salles. — Vendredi, à dix heures : Leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren). — Samedi, à neuf heures : Laboratoire.

Tous les matins, à neuf heures : Consultation externe.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS (professeur : M. GAUCHER). — M. le professeur Gaucher commencera ce cours le dimanche 5 novembre 1911, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et le continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Le dimanche : Leçon didactique; dermatoses diathésiques. — Le mercredi : Leçon clinique.

Première leçon, dimanche 5 novembre : Le 606 et les médecins.

— M. Gougerot, agrégé, commencera le vendredi 10 novembre 1911, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre des cliniques, des conférences élémentaires sur la syphilis, et les continuera les vendredis suivants.

Il fera les lundis à la salle Saint-Louis, à neuf heures trente, les mardis à la salle Henri IV, à neuf heures trente, les samedis matin, à neuf heures, et les lundis soir, à deux heures, à la salle de consultation externe, des conférences cliniques à l'usage des élèves stagiaires et des médecins et étudiants en médecine.

COURS DE CLINIQUE ÉLÉMENTAIRE ET DE TECHNIQUE SÉMIOLOGIQUE. — Le docteur Am. Coyon fera chaque jour à l'hôpital Bichat (service de la consultation), avec la collaboration de l'interne du service, un cours de clinique élémentaire et de technique sémiologique.

Tous les matins à neuf heures et demie : Examen des malades.

Tous les vendredis à onze heures, courte leçon de Thérapeutique élémentaire.

Cet enseignement, destiné aux étudiants de première année, ne comprend qu'un nombre limité d'élèves.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU CERVEAU (1)

CAUSES. SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

DIAGNOSTIC. — Les nombreux symptômes et les diverses formes cliniques, que nous venons d'énumérer, font prévoir, combien difficile, impossible même quelquefois, sera le diagnostic : nous aurons tout d'abord en vue, dans la discussion qui va suivre, le diagnostic de l'*abcès d'origine otogène*; différentes éventualités sont à envisager; tout d'abord l'otite moyenne pourra être méconnue, et devant l'allure infectieuse de la période de début de l'abcès du cerveau, on pensera à une fièvre typhoïde, à une septicémie quelconque, à une encéphalite aiguë, à une méningite ; plus tard, si l'otite est toujours méconnue, en raison de la céphalée persistante, on pensera à la céphalée urémique, syphilitique, neurasthénique, ou parfois même à la céphalée qui accompagne une tumeur cérébrale.

Lorsqu'au contraire le clinicien connaît parfaitement l'existence de cette otite moyenne, la question qui se pose est de savoir à quelle complication de l'otite, il faut rattacher les accidents observés, et l'on devra passer en revue les différentes complications des otites, dont les symptômes rappellent ceux de l'abcès du cerveau.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 116, p. 1661, et n° 119, p. 1706.

Il peut s'agir simplement, surtout chez les sujets nerveux hystériques, d'une céphalée persistante, parfois même d'un syndrome clinique connu sous le nom de *méningisme*, qui surviennent en l'absence de toute complication méningée, ou, cérébrale, et qui sont liés uniquement à une légère accentuation des symptômes infectieux.

Il peut s'agir de *rétention de pus*, mais c'est là un diagnostic clinique facile; un simple examen otoscopique suffit. Les *labyrinthites*, bien étudiées ces dernières années, sont d'un diagnostic très difficile, surtout avec l'abcès du cervelet, en raison des vertiges, de la démarche ébrieuse, qui les accompagnent. Multiples sont les épreuves spéciales permettant d'affirmer la localisation labyrinthique (vertige voltaïque, épreuve de Barani, etc.).

La *mastoïdite*, bien que s'accompagnant de symptômes généraux rappelant ceux de la période de début de l'abcès du cerveau, est d'un diagnostic en général facile, en raison des signes physiques. Mais il convient de rappeler la coexistence possible de l'abcès du cerveau avec la mastoïdite aiguë et chronique.

La *thrombo-phlébite* des sinus est toujours d'un diagnostic difficile; lorsqu'elle réalise le tableau complet de l'oblitération et de l'infection veineuses (symptômes de pyohémie, et d'oblitération de l'un quelconque des sinus), le diagnostic est assez aisé, mais il est extrêmement difficile lorsque les signes ne sont que peu accusés, il nécessite alors pour s'affirmer, l'examen du *liquide céphalo-rachidien et du sang*.

La **méningite** localisée ou généralisée, purulente ou séreuse, est en général le diagnostic le plus difficile à établir. En faveur de la méningite généralisée, rappelons la raideur méningitique, le signe de Kernig, la plus grande fréquence des paralysies oculaires, des troubles sensitifs. En faveur de l'abcès, plaident surtout le ralentissement du pouls, et l'absence de troubles du rythme respiratoire. Mais il est des cas de méningite localisée, de méningite subaiguë ou séreuse, dont le diagnostic restera toujours très hésitant.

Dans tous ces cas l'examen parallèle du sang et du liquide céphalo-rachidien sera d'un très grand secours.

Ponction lombaire et examen du sang. — Si la ponction lombaire reste *négative*, deux cas peuvent se présenter : ou bien les signes cliniques n'impliquent pas la possibilité d'une complication endocranienne et dans ce cas, si la réaction leucocytaire sanguine est modérée (8 à 15.000), il s'agit alors vraisemblablement d'otite avec mastoïdite; ou bien les signes cliniques impliquent une complication endocranienne et alors, si la réaction leucocytaire sanguine est peu marquée (10 à 20.000 avec 75 p. 100 de polynucléaires), il s'agit d'abcès du cerveau, si, au contraire, elle est plus intense, avec 95 p. 100 de polynucléaires, il s'agit de *thrombose des sinus*.

Si la ponction lombaire est positive, et montre l'existence d'une polynucléose assez marquée, deux cas sont encore à envisager : si la réaction leucocytaire est très intense (35 à 40.000), il s'agit d'une méningite généralisée; si la réaction leucocytaire est plus modérée, l'on est en présence d'une méningite circonscrite, qui peut d'ailleurs coexister avec un abcès du cerveau.

A la suite de l'intervention chirurgicale, les résultats fournis par la ponction lombaire et l'examen du sang sont encore d'un précieux secours pour permettre d'établir un *pronostic* : celui-ci est favorable, si le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit et si la leucocytose sanguine diminue; il est au contraire sévère, s'il y a persistance de l'hyperleucocytose, et si le liquide céphalo-rachidien reste trouble.

Il est enfin encore un diagnostic à peu près impossible, c'est celui de l'*abcès extra-dural*; cet abcès s'accompagne de la plupart des signes de l'abcès du cerveau, mais en outre il détermine quelques symptômes d'irritation méningée; le diagnostic ne s'en fait le plus souvent qu'au cours de l'intervention chirurgicale. Sa présence n'exclut pas d'ailleurs absolument l'hypothèse d'un abcès du cerveau : les deux variétés d'abcès peuvent en effet coexister.

Souvent enfin, l'abcès du cerveau présente au complet la symptomatologie de la *tumeur cérébrale*, et seule la connaissance d'une otorrhée antérieure ou d'un traumatisme du crâne, etc., laisse supposer qu'il peut s'agir d'un abcès du cerveau.

Le diagnostic des abcès *traumatiques* est difficile, presque impossible, quelquefois. Lorsqu'il s'agit d'un abcès précoce, les symptômes de l'abcès sont en effet noyés au milieu de ceux de la lepto-méningite concomitante et l'abcès est méconnu. Lorsque l'abcès est tardif, il se révèle souvent par une crise d'épilepsie bravais-jacksonienne, qui fait penser plutôt à une irritation corticale, par plaque de méningite, exostose, etc.; il peut être latent et ne s'accompagner que de troubles psychiques, qui égareront le diagnostic. Il peut enfin déterminer brusquement un ictus souvent mortel ou une paralysie, dont la véritable cause échappera souvent, l'ictus ou la paralysie étant rapportés à une hémorragie cérébrale, à une gomme, à une plaque de méningite, etc.

L'abcès cérébral, apparaissant au cours d'une septicémie, comme au cours d'une infection pulmonaire, est souvent méconnu; on soupçonne, en raison de la recrudescence des symptômes généraux, une complication quelconque, et si l'attention est attirée du côté du système nerveux par certains symptômes, on pense tout d'abord plutôt à la méningite aiguë, chez l'enfant, à la thrombophlébite des sinus, enfin à l'encéphalite aiguë ou hémorragique. Le diagnostic ne se fera dans ces cas, que grâce aux résultats fournis par la ponction lombaire, l'examen du fond de l'œil, l'état du pouls, de la respiration.

En résumé, s'il existe lors de l'apparition des signes généraux qui accompagnent un abcès, une otite, on pensera d'abord à la rétention du pus dans la caisse et à la mastoïdite, puis à la phlébite suppurée, enfin à la méningite suppurée diffuse, à la méningite auriculaire subaiguë de Broca et Maubrac, enfin à la méningite séreuse, avant d'affirmer le diagnostic d'abcès du cerveau.

S'il y a eu un traumatisme, on éliminera l'hypothèse d'une méningite suppurée, d'une méningite séreuse enkystée, d'une exostose.

Si les symptômes apparaissent au cours d'une infection généralisée, on éliminera l'encéphalite et la méningite aiguës.

DIAGNOSTIC DU SIÈGE.— Ce diagnostic est d'une importance capitale en raison de l'intervention chirurgicale; nous n'y insisterons cependant pas longuement ici, puisque nous avons décrit des formes cliniques spéciales, suivant le siège de l'abcès. S'il s'agit d'un abcès otogène, le siège le plus fréquent sera le lobe temporo-sphénoïdal, et chez l'enfant assez souvent le cervelet; s'il s'agit d'un abcès consécutif à une infection du nez, du sinus maxillaire, la localisation se fera le plus souvent au niveau du lobe frontal; les abcès d'origine septicémique sont le plus souvent multiples; le diagnostic du siège, lors d'abcès traumatique (plaie, fractures, balles, etc.), peut se baser sur les résultats de la percussion cranienne, quelques fois sur la radiographie, sans que ces procédés donnent d'ailleurs une certitude absolue.

TRAITEMENT. — Le traitement doit être avant tout prophylactique; on ne doit jamais négliger une otite chronique suppurée; si la guérison tarde trop on pratiquera l'évidement pétro-mastoïdien. La ponction lombaire peut constituer un traitement palliatif d'urgence.

Tout abcès diagnostiqué doit être opéré, car abandonné à lui-même il est toujours fatal.

En cas d'abcès otogène on abordera par la voie attico-antrale. Si la dure-mère paraît saine, on se contentera momentanément de l'évidement des lésions otiques et mastoïdiennes et on attendra quarante-huit heures, sauf à pratiquer une trépanation indépendante du premier foyer, si les symptômes ne s'amendent pas; souvent le siège de l'abcès s'affirmera par le fait que la dure-mère bombe en un point, et ne présente à ce niveau aucun battement.

Le cerveau sera ponctionné après incision de la dure-mère, à l'aide d'un trocart à pointe émoussée, puis le trajet élargi au thermo et drainé. Si l'abcès s'est évacué dans les ventricules, on pourra parer aux accidents aigus par la ponction lombaire.

BIBLIOGRAPHIE. — BOURGEOIS : *Les abcès otitiques du cervelet*, Th. de Paris, 1902. — WICART : Th. de Paris, 1906. — F. LÉVY : Signes des abcès du cerveau. Revue générale. *Gaz. des hôp.*, 1907. — BOUCHEZ : Th. de Paris, 1907.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 123. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 28 OCTOBRE 1911. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 25 octobre. — MM. Powilewicz, 6; Hagueneau, 8; Mlle Blanchier, 7; MM. Cavaillès, 2; Thibierge, 9; Maleyx, 4; Renault (André), 5.

Pathologie. — Séance du 25 octobre. — Mme Hovelacque, 11; MM. Goret, 10; Brouet, 9; Mlle Besson (Marianne), 5; M. Zivy, 9.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — La séance qui devait avoir lieu le mercredi 26 octobre a été renvoyée au vendredi 3 novembre.

Pathologie. — Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Symptômes, complications et traitement du panaris. »

MM. Jalbaud, 9; Suarez de Mendoza, 8; Modiano, 15; Gur, 19; Théodoresco, 15; Ducas, 8; Goubert, 12; Poisson, 9 1/2; Tissot, 7; Vidal, 8; Breton, 15; Salase, 13 1/2; Laurent (Louis), 14; Lavaux, 8 1/2; Chazallet, 9; Pollet, 14; Dubourg, 9; Jeanjean, 15; Derricy et Nelze, 11.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'ouverture des concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine et des bourses de pharmacien de première classe, qui devait avoir lieu le 27 octobre 1911, est reportée à une date qui sera fixée ultérieurement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours s'ouvrira le 29 avril 1912 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy pour l'emploi de suppléant de la chaire de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

GUERRE — Le médecin principal de première classe Loup est nommé commissaire militaire près la société française de secours aux blessés militaires, en remplacement de M. le médecin inspecteur Polin.

— Le médecin inspecteur Calmette, des troupes coloniales, directeur de l'Institut Pasteur à Lille, est placé, sur sa demande, par anticipation, pour raisons de santé, dans la section de réserve.

— Le docteur Gigon, médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale (4e rég.) est inscrit d'office au tableau de concours pour le grade de chevalier de la légion d'honneur.

— Le médecin-major de première classe Beaussenat est nommé commissaire militaire près la Société l'Association des dames françaises, en remplacement du médecin principal de deuxième classe Ruotte.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 25 octobre 1911 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Lemoine est nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée; Salètes, sous-directeur de l'école d'application du service de santé et médecin chef de l'hôpit. milit. d'instruction du Val-de-Grâce.

Médecins-majors de première classe. — MM. Mouret passe au 60e d'art.; Cros, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Jenny passe au 44e d'art.; Augarde, au 138e d'inf.; Trutié de Vaucresson, aux hôpit. de la division de Tunisie; Josse, à la direction du service de santé du 2e corps d'armée; Delbru, aux hôpit. de la division d'Alger; Petit, au 15e chass. à cheval; Botte, au 123e d'inf.; Gilet, au 103e d'inf.; Caubet, au 30e d'art.; Dargein, au 7e cuirass.; Paître, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Balme passe au 45e d'inf.; Zemb, au 4e zouaves; Dizac, au 120e d'inf.; Ruchard, à l'école militaire préparatoire des Andelys; Anglade, au 5e génie; Millet, au 135e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Camo-Seine passe au 68e d'inf.; Nain, au 3e bat. d'inf. légère d'Afrique; Brusset, au 112e d'inf.; Tronyo, au 57e d'inf.; Vermelin, au 3e zouaves; Blondel, au 5e bat. de chass. à pied; Chappet, au 3e spahis; Muller, au 94e d'inf.; Abécassis, aux hôpit. de la division d'Oran; Achard, au 63e d'inf.; Albaret, au 100e d'inf.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Laurent, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale, et Gorisse, médecin-major de deuxième classe au 9e d'infanterie.

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 1757.)*

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LES ANGINES

Par M. PILOD,
Médecin aide-major au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

I

Aperçu historique et division du sujet. — L'histoire des angines peut se diviser en trois phases.

Dans la première, qui s'étend jusqu'au début du siècle dernier, on confond sous le terme générique d'angines toutes les affections du pharynx, de l'œsophage et du larynx qui donnent au malade la sensation de dysphagie ou de suffocation. En 1812, Renauldin (article Angines du *Dictionnaire des sciences médicales*) les distingue encore en tonsillaires, pharyngiennes, œsophagiennes, trachéales et bronchiales, auxquelles il ajoute l'angine gangréneuse.

A cette période de confusion clinique succède une deuxième phase, œuvre du siècle dernier, où l'on reprend l'étude de ce syndrome avec l'aide et le contrôle de l'anatomie pathologique : c'est la période anatomo-clinique illustrée par Bretonneau, Trousseau, Guersent, Bouillaud, Peter, Rillet et Barthez, Sanne, Gubler, Lasègue, etc. Ces auteurs réservent le nom d'angine à l'inflammation du pharynx. Se fondant sur des recherches cliniques et anatomo-pathologiques précises, ils arrivent à une classification des angines longuement exposée dans le Traité de Lasègue, classification que respectent encore les ouvrages classiques modernes où l'on décrit les formes catarrhale, phlegmoneuse, vésiculeuse, membraneuse, gangréneuse et chronique de cette affection.

Avec Pasteur et ses élèves s'ouvre l'ère bactériologique qui marque la troisième étape dans l'histoire des angines. Armés des méthodes pasteuriennes d'isolement et de culture des germes, les bactériologistes, considérant l'angine comme une maladie infectieuse, cherchent à déterminer les parasites qui l'engendrent. En 1883 et 1884, Klebs et Loeffler découvrent le bacille de la diphtérie dont Roux et Yersin étudient la toxine. Dès lors les recherches se multiplient : on sépare de la diphtérie les angines à coccus, à streptocoques, à staphylocoques, à pneumocoques, à bacilles de Friedlander, à tétragènes, à colibacilles, etc.

Le premier résultat de ces recherches fut de montrer que leur distinction anatomo-clinique en catarrhales, phlegmoneuses, vésiculeuses, membraneuses, gangréneuses, était sans fondement étiologique puisqu'un même agent pouvait donner naissance à ces divers types suivant sa localisation en profondeur dans l'amygdale. Ce fait, constaté d'abord pour l'angine diphtérique, le fut bientôt aussi pour l'angine à streptocoques (Veillon), puis pour les autres variétés connues. Une conclusion s'imposait : seule la bactériologie pouvait désormais nous fixer sur la nature d'une angine et seule une classification étiologique devenait rationnelle.

La seconde acquisition de la bactériologie fut de nous éclairer sur la pathogénie des complications des angines. On retrouva, dans le sang et dans les organes de sujets morts de septicémies angineuses, le microbe isolé dans la lésion pharyngienne primitive. On considéra dès lors l'angine comme une maladie infectieuse locale pouvant se généraliser par la diffusion de l'agent causal ou de ses toxines.

Comme conséquence de ces découvertes, on orienta la thérapeutique dans un sens nouveau et l'on chercha à opposer un traitement sérothérapique spécifique, antitoxique et antimicrobien, à l'infection angineuse. Alors fut créée la sérothérapie antidiphtérique, qui fit date dans l'histoire de la médecine.

Ainsi naissait une conception nouvelle des angines : c'est elle que nous avons pris à tâche d'exposer ici. Après avoir esquissé à grands traits l'étiologie et la pathogénie générale des angines, telles que la bactériologie nous permet de les concevoir aujourd'hui, nous exposerons les différentes variétés dont les agents pathogènes sont isolés à l'heure actuelle, en résumant en quelques mots leurs caractéristiques cliniques. Puis nous dirons ce qu'il faut entendre par complications des angines, nous réservant d'insister ensuite sur la nécessité d'un diagnostic bactériologique. Nous montrerons en terminant comment le traitement, éclairé par un diagnostic étiologique précis, devra bénéficier des récentes acquisitions de la médication spécifique.

II

Etiologie et pathogénie générales. — On entend par angine l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx. Le carrefour des voies respiratoires et digestives est défendu par un cercle de follicules lymphatiques qui constituent l'anneau de Waldeyer. Il est formé :

1° Par les *amygdales palatines*, logées de chaque côté de l'isthme du pharynx entre les piliers antérieurs et postérieurs. Elles représentent l'amas folliculaire le plus important et aussi le plus accessible à l'observation du clinicien.

2° Par l'*amygdale linguale* dont les modifications sont peu visibles par l'examen direct de la gorge.

3° Par l'*amygdale pharyngée*, très différenciée chez l'enfant, qui occupe la voûte du pharynx nasal, et que l'on ne peut voir que par la rhinoscopie postérieure.

4° Par des *traînées de follicules clos* qui réunissent les trois amygdales et occupent la paroi postérieure du pharynx.

Les lymphatiques qui drainent ces formations adénoïdes aboutissent aux ganglions sous-maxillaires, prévertébraux, parotidiens, sus-hyoïdiens et à ceux de la chaîne carotidienne.

L'angine est le résultat de l'inflammation simultanée de tout le tissu adénoïde pharyngien qui forme une nappe sous-muqueuse à peu près indivise. Mais généralement les phénomènes pathologiques pré-

dominent au niveau de l'amygdale palatine, où les follicules clos sont nombreux et agminés.

Situé à l'entrée des voies digestives et aériennes, le cercle lymphatique pharyngien est constamment exposé à l'attaque des microbes de la bouche et du nez. Les auteurs qui étudièrent la flore bactérienne de ces cavités (Widal et Bezançon) montrèrent que nous sommes sous la perpétuelle menace de leurs hôtes normaux : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, colibacilles, cocci, etc. Normalement ces microbes, peu virulents, vivent d'une vie purement saprophytique et l'amygdale est suffisamment défendue par l'intégrité de sa muqueuse (Gamaleia) et son phagocytisme physiologique (Metchnikoff). Mais survienne une cause seconde altérant cette muqueuse ou paralysant l'action défensive des phagocytes, survienne (pour des raisons encore obscures) une brusque augmentation de la virulence des microbes de la bouche, et le pharynx s'ensemence, la défense s'organise au niveau du tissu lymphoïde : l'angine est constituée.

L'attaque est donnée à l'organisme et, suivant la résistance de celui-ci et l'activité des germes pathogènes, la lésion amygdalienne sera plus ou moins profonde.

Tantôt, comme l'a bien vu Veillon, le microbe se bornera à léser la muqueuse, provoquant de la part de l'organisme une simple réaction congestive et une diapédèse active, et l'angine revêtira l'aspect *érythémateux ;* dans ces circonstances les glandes infectées, remplies de débris leucocytaires et microbiens, pourront donner à cette angine le type *pultacé.*

Tantôt franchissant cette première barrière l'agent infectant ira se loger dans la profondeur du chorion, entraînant une desquamation rapide de l'épithelium et la production d'un exsudat fibrineux qui donnera naissance, en emprisonnant les leucocytes vaincus, à la *pseudo-membrane.* Si le processus de désintégration des tissus devient plus important et gagne en profondeur, il aboutira à l'*ulcération* ou à la *gangrène.*

D'autres fois enfin, si l'attaque est plus profonde encore, les germes gagneront les follicules clos qui s'infecteront et empliront de pus les cryptes, constituant ainsi le *phlegmon amygdalien.*

Quelle que soit la nature de la lésion, le retentissement ganglionnaire sera précoce, marquant l'envahissement des lymphatiques du cou.

Mais là ne se borne pas l'action microbienne. Comme l'ont démontré les premiers Koennenberg et Bouchard, l'angine est une *maladie infectieuse générale.* Aux lésions locales précédemment décrites s'ajoute toujours la réaction de l'organisme qui se défend à son tour contre les microbes qui franchissent la barrière lymphatique et contre leurs toxines. La fièvre qui accompagne l'angine en témoigne, ainsi que la courbature, l'albuminurie, etc., qui font partie du tableau clinique de ce syndrome. Landouzy reprit quelques années plus tard les idées de Bouchard et vulgarisa la conception de la *fièvre amygdalienne.*

Cette infection, qui, dans les cas bénins, laisse au premier plan de la scène pathologique la lésion amygdalienne, peut, dans les cas graves, revêtir l'aspect de la septicémie ou de la toxémie avec ou sans localisation. Froelich, Metzner, Jurgensen, Furbringer les premiers citèrent des exemples où, après une angine, des malades étaient morts frappés de septico-pyohémies avec lésions des articulations, de la plèvre, de l'endocarde, du péritoine, des reins, etc.

Cette notion d'infection entraîne comme corollaire celle de transmissibilité possible. L'angine est *contagieuse* et l'on a décrit des épidémies de familles, de maisons ou de quartiers, qui démontrent la réelle contagiosité de cette affection. Mais ces épidémies ont parfois une allure particulièrement déconcertante. Les microbes qui les engendrent sont capables de s'ensemencer dans d'autres régions anatomiques et de créer des laryngites, des bronchites, des pneumonies, par localisations hétéromorphes d'un même agent pathogène, constituant de véritables équivalents épidémiologiques de l'angine. Cependant, à côté de ces épidémies vraies, il faut savoir qu'il en existe de fausses où un grand nombre d'individus soumis à une même influence favorisante telle que le froid ou le surmenage, présentent simultanément des angines d'origines bactériennes différentes.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que l'angine primitive. Cette affection peut être aussi *secondaire* à un état infectieux ; agissant comme follicule clos et contribuant à ce titre à la défense générale de l'organisme (comme les plaques de Peyer ou l'appendice), l'amygdale peut être le siège d'une localisation d'infection générale. L'exemple de l'angine typhique est connu de tous.

Primitive ou secondaire l'angine, à côté des états aigus que nous venons de décrire, peut prendre une allure *chronique.* C'est lorsque, aux prises avec un ennemi de virulence atténuée mais très résistant, le tissu lymphatique édifie progressivement autour de lui un mur de sclérose pour limiter sa pénétration. La sclérose est en effet l'aboutissant habituel des inflammations prolongées et ainsi sont lentement constituées les angines chroniques dont la *tuberculose larvée des trois amygdales* (Dieulafoy) reste le type le mieux isolé étiologiquement et le mieux décrit.

III

Variétés bactério-cliniques. — On peut, d'après la nature et la morphologie des agents infectieux qui leur ont donné naissance, classer les angines en quatre groupes principaux :

1° Les angines à microcoques;
2° Les angines à bacilles;
3° Les angines à spirilles;
4° Les angines mycosiques.

1. Angines à microcoques. — Ce sont les plus fréquentes. Les chiffres publiés par Guimezanes dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1907-1908) montrent que sur 1649 germes isolés des exsudats pharyngiens examinés pendant l'année 1899 à l'Institut

Pasteur de Bordeaux, 955 appartenaient au genre micrococcus, 670 au genre bacterium et 24 à des genres divers. En 1907, la même statistique indique, sur un total de 1429 germes, 958 micrococques pour 456 bacilles et 15 levures. Quoi qu'il en soit de leur fréquence, ces angines comprennent plusieurs variétés : celles à diplocoques, à streptocoques, à staphylocoques, à tétragènes et à pneumocoques. Examinons-les séparément.

Angines a diplocoques. — On groupe encore actuellement sous ce nom des angines dues à des espèces microbiennes différentes, mais qui ont comme caractère commun une relative bénignité. Très semblables cliniquement à la diphtérie, elles affectent le plus souvent le type pseudo-membraneux, encore que nous ayons noté assez fréquemment des diplocoques à l'état pur dans des angines érythémateuses ou pultacées. Elles ont une tendance très grande à la récidive, et Martin cite le cas d'un enfant qu'il revit cinq fois porteur d'angines à cocci.

L'évolution de ces angines, rapide dans la forme bénigne (cinq à six jours), se prolonge trois semaines au plus dans les formes les plus graves. La guérison sans séquelles est la règle absolue.

Roux et Yersin, puis Martin, décrivirent les premiers, comme agent de cette affection, un diplocoque résistant à la décoloration par la méthode différentielle de Gram, poussant en seize ou dix-huit heures sur sérum, en cultures plates, légèrement déprimées au centre. Ils l'appelèrent coccus Brisou du nom du petit malade sur lequel ils l'observèrent pour la première fois. Ils n'étudièrent pas son action pathogène sur les animaux de laboratoire.

En 1907 et 1908, Bellile et Guimezanes, à l'Institut Pasteur de Bordeaux, isolèrent et cultivèrent un diplocoque différent du précédent en ce qu'il se décolorait par la méthode de Gram. Ils le trouvèrent à l'état de pureté dans une angine à fausses membranes, l'inoculèrent au lapin pour lequel il se montra très pathogène, et reproduisirent la fausse membrane sur la face interne de l'oreille de cet animal après dénudation par un vésicatoire. Ils retrouvèrent toujours le diplocoque à l'état pur dans le sang et dans les organes des animaux sacrifiés ou morts de septicémie expérimentale. Malheureusement ils abordèrent l'identification de ce germe avec des moyens insuffisants et ne purent conclure qu'une fois à l'analogie d'un échantillon avec le micrococcus catarrhalis.

On le voit, cette variété d'angines est encore mal connue et appelle de nouvelles recherches.

Angines a streptocoques. — L'angine à streptocoques est banale. Nous n'insisterons pas sur sa description qui est actuellement classique. Signalée dès 1887 par Fraenkel dans un cas mortel, elle fut retrouvée par Furbringer, Metzner, Kurth, Sendtner, Hanot, von Ligelsheim, etc.

Elle affecte tous les types cliniques, donnant lieu, suivant la localisation en profondeur du streptocoque (Veillon) à l'angine érythémateuse, herpétique, pultacée, pseudo-membraneuse, phlegmoneuse.

Le plus souvent, elle se présente avec des allures bénignes et se caractérise alors par la brusquerie de son début avec une température voisinant 40 degrés, par une rougeur intense et diffuse du pharynx (Hallock, Barbier), par la précocité de l'engorgement ganglionnaire. Quelquefois le coryza membraneux, l'albuminurie s'y ajoutent, comme dans la diphtérie.

Dans quelques cas, au contraire, l'angine à streptocoques suit une marche d'une extrême malignité, s'accompagne de complications variées (sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin) et entraîne rapidement la mort par généralisation de l'agent pathogène par voie sanguine.

L'angine à streptocoques, qui se voit généralement sous la forme dite primitive et constitue par exemple à ce titre l'angine du début de la scarlatine, existe comme phénomène secondaire dans la rougeole, la grippe, la typhoïde, etc.

Est-ce à une seule et même variété de streptocoque que ressortissent toutes ces angines? On ne saurait le dire actuellement. M. Widal l'admet et d'autres avec lui. M. Lemoine croit que c'est le streptocoque de Fehleisen qui est le plus souvent en cause. Il faudrait, pour résoudre un tel problème, que l'accord fût fait sur la question, toujours pendante en bactériologie, de l'unité ou de la pluralité du streptocoque.

Le streptocoque, on le sait, pousse sur sérum en vingt ou vingt-quatre heures en petites colonies que Dieulafoy appelle « poussiéreuses ». On le trouve parfois en association avec d'autres germes, en particulier avec le bacille diphtérique, et il engendre alors des formes septico-toxémiques d'une extrême gravité.

Angines a staphylocoques. — C'est Fraenkel le premier qui, dès 1888, signala la présence de staphylocoques dans des « diphtéries » buccales et pharyngées. Cornil et Babès, Netter, Martin et Chaillou, etc., en citèrent des cas. Il s'agit d'angines à évolution bénigne, sans caractères cliniques bien particuliers. Elles affectent toutes les formes connues, et Roque cite une petite épidémie de famille où l'affection revêtait trois types cliniques différents dans les trois cas observés. Le pronostic est en général peu grave. Cependant Escat et plus tard Kretz ont signalé des cas mortels où le staphylocoque fut isolé à l'état pur.

Les variétés de staphylocoques les plus fréquemment observées dans les angines sont les staphylococcus albus et aureus.

Angines a tétragènes. — Le tétragène fut rencontré pour la première fois dans une angine par Boutron en 1894, puis par Chauffard, Faisans, Achard et Castaigne. En 1898, Dieulafoy et Apert décrivirent trois cas d'angines à tétragènes survenus chez des malades atteints de pleurésie ou de congestion pulmonaire. Carrière en reprit l'étude, en 1902, après en avoir observé sept cas primitifs.

C'est une angine de l'enfance (trois à douze ans) qui frappe surtout les sujets peu résistants, scrofuleux, rachitiques, affaiblis par des atteintes ou des tares antérieures. Sévissant parfois sous forme de petites épidémies, elle débute brusquement par des phénomènes gastriques, de la fièvre, et un retentissement ganglionnaire assez considérable qui survit parfois plusieurs mois à l'infection qui lui a donné naissance.

Sa durée est de trois jours en moyenne.

Elle emprunte le plus souvent la forme *érythémato-pultacée*, où l'amygdale rouge est semée de petits points grisâtres (angine sableuse de Dieulafoy), ou bien la forme *diphtéro-pultacée* qui ressemble à la diphtérie bénigne.

Autre caractéristique, l'angine à tétragènes est suivie, en règle générale, d'une hypertrophie amygdalienne sans tendance résolutive et d'une anémie parfois très marquée. Néanmoins son pronostic doit être considéré comme bénin selon Carrière, malgré les complications pleurales admises par Apert.

Le microbe isolé dans ces cas poussait lentement sur sérum, plus vite sur gélose, en colonies visqueuses, et se montrait très pathogène pour la souris.

Angines a pneumocoques. — C'est dans une angine phlegmoneuse que Cornil rencontra pour la première fois le pneumocoque en 1886. En 1889, Gabbi le trouva dans une amygdalite folliculaire, puis Jaccoud, en 1891 et 1893, décrivit la forme pseudo-membraneuse dans ses cliniques magistrales. Netter isola le microbe de Fraenkel-Talamon dans une angine inflammatoire simple et une angine herpétique.

On le voit, le pneumocoque peut, au niveau du pharynx, réaliser tous les types cliniques d'angine. Cependant c'est surtout les types *érythémato-pultacé* et *pseudo-membraneux* qu'il provoque d'ordinaire.

Jaccoud et Ménétrier, puis, dans leur thèse inaugurale, Mlle Weinberg et Durieux ont bien montré les caractéristiques cliniques de cette variété intéressante d'angines.

C'est une affection de l'adulte de dix-huit à trente ans. Elle débute brusquement, solennellement, par de l'agitation, un grand frisson, une température d'emblée élevée. Le malade s'alite et ce n'est que douze, vingt-quatre ou trente-six heures après que s'affirme la localisation gutturale par l'apparition d'une dysphagie intense qu'explique l'inflammation assez violente du pharynx avec ou sans fausse membrane. Généralement cette dernière se forme progressivement par la confluence des points blancs qui, dès la vingt-quatrième heure, garnissent les cryptes amygdaliennes. Des ganglions volumineux apparaissent, toujours douloureux, et l'affection évolue en six à huit jours au milieu de phénomènes généraux quelquefois impressionnants.

On voit bien là, comme le faisait justement ressortir Jaccoud, la signature du pneumocoque et, sans la dysphagie, l'attention du clinicien serait fatalement portée vers le poumon. Pneumonie et angine semblent emprunter un même début à une même cause : la septicémie à pneumocoques qui se localise tantôt aux poumons, tantôt, plus rarement, au pharynx.

Malgré la possibilité d'un croup pneumococcien (Netter) et de la suppuration des ganglions, le pronostic de l'angine à pneumocoques est généralement favorable.

II. **Angines à bacilles.** — Parmi celles-ci, l'angine à bacilles de Lœffler tient la première place par sa fréquence et son importance. Elle ne sera l'objet cependant que d'une courte description, car elle est de beaucoup la mieux connue. Nous avons également réservé une place restreinte à l'angine à bacilles de Koch, pour nous étendre davantage sur les angines à bacilles de Friedlander, à colibacilles et à bacilles typhiques. Nous avons consacré un court paragraphe à celles dont les agents furent naguère isolés par MM. Nicolas (de Lyon) et Boussenot (de Bordeaux) sous le titre d'*angines rares à bacilles spéciaux*.

Angines a bacilles diphtériques. — La connaissance de l'angine diphtérique est due aux successives découvertes de Klebs (1883), de Lœffler (1884-1887) qui isolèrent et étudièrent le bacille diphtérique, aux travaux de Roux et Yersin (1888-1889-1890) sur la toxine de ce microbe, et à de nombreuses contributions ultérieures dont celles de Martin sont les plus importantes.

Ces auteurs nous apprirent que le bacille diphtérique pouvait engendrer des angines de différents types anatomo-cliniques, et non pas uniquement l'angine à fausse membrane comme on le croyait avant eux. Ils montrèrent surtout que la caractéristique de cette affection était la localisation du microbe au niveau du pharynx, d'où il émet des toxines qui peuvent créer au loin les redoutables complications de cette maladie : la néphrite, la myocardite, les paralysies, les arthrites, etc., dans les formes graves à bacilles de Lœffler purs. Ils décrivirent enfin la forme septique maligne, due à l'association du bacille diphtérique avec d'autres microbes, le streptocoque le plus souvent.

Angines a bacilles tuberculeux. — La tuberculose peut frapper le pharynx suivant trois types cliniques :

1° *La forme suraiguë* (granulie d'Isambert) où le bacille de Koch charrié par la circulation se localise au pharynx en formant un semis de granulations grises. Elle est très douloureuse et tue très rapidement le malade par généralisation granulique.

2° *Le type secondaire chronique*, qui survient chez les tuberculeux avérés et qui se caractérise par le développement d'une ulcération généralement unique, encadrée de granulations jaunâtres. Elle est due à l'inoculation de la muqueuse par les crachats farcis de bacilles de Koch.

3° Enfin *la tuberculose larvée des amygdales*, bien décrite par Dieulafoy, où le tissu lymphoïde résiste par un processus de sclérose à l'envahissement du

bacille de Koch, l'enferme dans les cryptes et le tient pour ainsi dire en réserve, perpétuellement menaçant pour l'organisme. Dieulafoy a montré que, sans parler de sa généralisation possible par voie sanguine, le bacille de Koch envahissait à la longue les ganglions sous-maxillaires et carotidiens, pour ensemencer ultérieurement le poumon par la voie lymphatique.

Angines a bacille de Friedlander. — C'est aux travaux de Ch. Nicolle et Hebert que nous devons la première description de cette variété d'angines. Avant eux, en effet, on ne connaissait que le cas unique publié en 1895 par Max Stoos, médecin suisse.

Ils ont décrit deux formes principales : la *forme chronique* (la plus fréquente puisqu'elle représente les trois quarts des cas connus) et la *forme subaiguë*.

La forme chronique est tellement insidieuse qu'elle ne donne lieu, la plupart du temps, à aucun symptôme fonctionnel marqué. Le malade ressent simplement une sensation de gêne à la déglutition qui attire l'attention vers des amygdales légèrement rouges, et semées de petits points blancs, nacrés ou jaunâtres, très adhérents. L'évolution en est bénigne mais fort longue, dépassant le plus souvent trois mois.

La forme subaiguë, dont nous avons tout récemment observé un cas, s'annonce par des signes d'intensité médiocre. La température est peu élevée, il existe une légère courbature, de la céphalalgie, de la sécheresse de la gorge, avec quelques picotements. Quelquefois les signes fonctionnels sont nuls. L'adénite est peu importante et fait parfois défaut. La guérison survient spontanément au bout de cinq à sept jours.

Hors ces cas subaigus, assez rares, l'angine à bacilles de Friedlander se caractéris[illegible] par sa tendance à la chronicité et par sa bén[illegible]té remarquable.

L'ensemencement de l'exsudat en sérum ou en gélose donne au bout de vingt heures des colonies arrondies, grosses, visqueuses, qui renferment le pneumo-bacille encapsulé.

Angines a colibacilles. — L'histoire des angines à colibacilles n'est pas encore faite et réside presque tout entière dans l'observation très complète communiquée à la Société médicale des hôpitaux, le 22 juin 1894 par Lermoyez, Helme et Barbier. Quelques mois avant, Widal et Juhel-Renoy avaient signalé un cas d'angine phlegmoneuse à coli-bacilles avec association discrète de streptocoques. Rencontrée deux fois par Martin et Chaillou, trois fois par G.-H. Lemoine, elle demeure une rareté intéressante.

Voici, très résumée, l'observation fondamentale de Lermoyez. Un jeune homme de dix-sept ans fut pris en janvier 1894 d'une amygdalite intense. Au bout de deux jours les symptômes généraux avaient disparu. Cependant le malade continuait à être gêné dans la déglutition des aliments et deux mois après, malgré tous les traitements institués, il existait encore au niveau des amygdales des concrétions blanchâtres, sans lésions de la muqueuse et sans retentissement ganglionnaire. Il fallut recourir au morcellement des tonsilles. L'ensemencement, deux fois pratiqué, montra toujours du bacillus coli pur.

Les caractéristiques de ces angines sont bien mises en relief dans cette observation : évolution chronique après un début aigu très court, ténacité extrême, symptômes locaux peu intenses.

Sa rareté n'est peut-être qu'apparente et l'ensemencement systématique de toutes les angines en ferait certainement découvrir d'autres cas. Nous avons récemment isolé un bacillus coli pur d'une angine sur laquelle nous n'avons malheureusement pu recueillir que des renseignements cliniques insuffisants.

L'association du bacillus coli et du bacille diphtérique serait toujours mortelle d'après les observations de de Blasy et Russo-Travali. D'autres associations plus bénignes ont été signalées par Vincent, Lemoine, etc.

Angines a bacilles typhiques. — L'angine à bacilles d'Eberth a été l'objet de bien des controverses. Décrite anatomiquement par Louis, puis par Oulmont (*Mémoires de la Soc. méd. des hôp.*, 1869), son étude fut reprise par Bouveret, Duguet, Peter, Derignac, Lécorché, Vaisson, Kahn, Letulle, Tripier et Devic, etc.

Admise d'abord comme complication de la fièvre typhoïde et comme étant de même origine qu'elle, sa nature éberthienne fut ensuite mise en doute par Schmidt, Schæffer, Blum, Lüdin, qui trouvèrent au niveau des ulcérations de l'angine dite typhique du staphylocoque le plus souvent. Rarement, disent-ils, ils isolèrent le bacille typhique et seulement à la faveur du saignement de la muqueuse. Ils trouvèrent au contraire cette angine avec tous ses caractères cliniques chez un pleurétique et un granulique en 1908, puis chez deux autres tuberculeux en 1910.

Au total il ressort des différentes études entreprises à son sujet que l'angine typhique existe indépendamment des angines secondaires qui surviennent au décours de la typhoïde. Il resterait à savoir d'ailleurs si les staphylocoques isolés par Blum n'étaient pas des agents surajoutés à une lésion primitivement éberthienne. Enfin, le fait rapporté par Ludin, d'avoir rencontré chez des tuberculeux des angines cliniquement semblables à l'angine typhique et bactériologiquement staphylococciennes, n'infirme en rien l'existence autonome de l'angine typhique.

Le bacille typhique a été isolé à l'état pur par Bendix et Bickel (*Deutsche med. Wochen.*, 5 juin 1902) dans un cas qui nous servira de type de description. Une jeune fille, au dix-huitième jour d'une dothiénentérie, est prise de douleur à la gorge avec dysphagie et dyspnée très marquée. En même temps la température remonte et l'on voit apparaître sur le pilier antérieur une saillie grisâtre du volume d'un pois, entourée d'une auréole rouge, sans engorgement ganglionnaire; des parcelles ensemencées donnent du bacille d'Eberth typique. L'évolution se fait en dix jours par l'ulcération progressive et indolore de la lésion, qui prend alors un aspect ovalaire, à bords

saillants, saignant facilement. La guérison se fit par cicatrisation spontanée.

Telle est la physionomie clinique de cette affection. Nous ferons ressortir ses caractéristiques : son apparition vers la fin du deuxième septénaire de la dothiénentérie, son indolence habituelle, sa symétrie fréquente, son aspect ovalaire à bords saillants au stade ulcéreux, son saignement facile et la modicité du retentissement ganglionnaire qu'elle provoque.

ANGINES RARES A BACILLES SPÉCIAUX. — Nicolas (*Arch. méd. exp.*, 1898) et Vernet (Th. de Lyon, 1894 et 1895) ont décrit un bacille isolé dans un cas d'angine récidivante, présentant quelques analogies avec l'angine à bacilles de Friedlander. Il s'agissait d'un gros bacille de 10μ à 20μ de large sur 0μ8 à 1μ de long, immobile, capsulé, se décolorant par la méthode différentielle de Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, poussant en voile dans le bouillon, vite et abondamment sur sérum et sur pomme de terre, en colonies grisâtres, visqueuses. Ce microbe est pathogène pour les animaux.

Boussenot, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1900-1901), décrit 7 cas d'angines où il a pu déceler et cultiver un bacille de 4μ5 sur 0μ5 à 0μ8 de large, aérobie, peu mobile, à bouts arrondis, se présentant parfois sous l'aspect de strepto-bacille. Ce bacille qui garde fortement le violet par la méthode de coloration de Gram, pousse en voile dans le bouillon qu'il trouble rapidement. Sur gélose il donne de petites colonies blanchâtres, surélevées, concentriques ou se réunissant en amas à bords festonnés, d'aspect ridé. Ce bacille liquéfie la gélatine et, à la longue, le sérum. Il coagule le lait tardivement. Il ne fait pas fermenter les milieux sucrés.

Pathogène pour l'homme (où il fut isolé 4 fois sur 7 à l'état pur), il donne lieu à des angines d'allures assez sévères mais d'un pronostic bénin. Il paraît peu pathogène pour les animaux de laboratoire.

(*A suivre.*)

IIIe CONGRÈS DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

[TENU A BRUXELLES, 26-30 SEPTEMBRE 1911 (1)]

LA BRONCHECTASIE

M. le professeur SAUERBRUCH (de Berlin), rapporteur.

Après quelques mots d'historique, l'auteur dit que la conduite que doit tenir le chirurgien en face d'une bronchectasie est loin d'être élucidée, et l'on ne sait pas encore aujourd'hui d'une façon précise quand le traitement chirurgical est indiqué et quelle est la meilleure opération qu'on peut lui opposer. Cela tient surtout à ce que l'on ignore encore, en face d'une bronchectasie, quelle sera l'extension du processus et son pronostic. Certains auteurs ont essayé l'opération précoce, pensant qu'elle serait plus facile et que l'état général du malade serait meilleur ; ils n'ont pas obtenu les résultats qu'ils attendaient. D'autres auteurs, au contraire, se basant sur ce fait que les malades acceptent difficilement l'opération précoce, ont attendu d'avoir la main forcée pour opérer; c'est ainsi que Körte n'opère que lorsque le malade devient pour son entourage, par l'odeur qu'il dégage, un objet de répulsion, ou lorsqu'apparaissent des complications telles que la cachexie, la fièvre, les sueurs nocturnes, des pneumonies de déglutition répétées, des hémorragies successives ; les résultats ne sont pas meilleurs.

Avant d'entrer dans le détail des méthodes opératoires, M. Sauerbruch rappelle que l'anesthésie locale à la novocaïne, précédée d'une injection de morphine de 1 à 3 centimètres cubes faite une demi-heure avant, doit ici remplacer le plus souvent possible l'anesthésie générale, dont le grand danger est la déglutition presque forcée des sécrétions bronchiques. Le seul inconvénient de l'anesthésie locale est de créer une tendance plus grande aux hémorragies et de rendre l'infection plus facile. Si, au cours de l'opération, il arrive d'ouvrir la plèvre, il ne faut pas hésiter à recourir à l'anesthésie générale.

Chaque malade, avant l'opération, sait qu'il existe une position dans laquelle il vide plus facilement ses bronches; il importe donc, pendant l'opération, de mettre le sujet dans la même position afin d'éviter, autant que possible, le danger de la déglutition.

Si l'intervention reste tout le temps extrapleurale, il est tout à fait inutile d'utiliser les appareils à pression, mais si, au cours de l'intervention, on est amené à ouvrir une plèvre libre d'adhérences, l'emploi de ces appareils évitera presque toujours l'apparition du pneumothorax et permettra l'exploration manuelle du poumon, ce qui pourra renseigner sur le siège de la bronchectasie.

M. Sauerbruch, se basant sur une expérience déjà longue, reproche aux appareils à hypopression d'augmenter l'expectoration et, par là même, le danger de la déglutition, et de troubler l'évacuation des sécrétions bronchiques par des crises de toux; l'appareil de Brauer est certainement l'appareil qui réduit ces inconvénients au minimum, mais il ne peut les supprimer.

Dans les cas où l'on a affaire à une seule caverne bronchectasique, il faut recourir à la pneumotomie et au drainage de la caverne. Si la plèvre est cloisonnée, on est autorisé à opérer en un temps ; au contraire, si la plèvre est libre d'adhérences, on a le choix entre l'opération en un ou deux temps. M. Sauerbruch conseille l'opération en un seul temps parce qu'il est inutile de faire subir au patient, dont l'état général est le plus souvent mauvais, une seconde intervention.

Du reste, il est le plus souvent très difficile d'établir avec précision le siège des cavernes, le poumon étant presque toujours épaissi par du tissu de cicatrice. L'opération en deux temps doit être réservée au seul cas où l'ouverture immédiate des abcès serait pour le malade un shock trop considérable. En tout cas, il faut pratiquer une section cutanée permettant une résection costale étendue et l'incision du poumon; on résèque ainsi deux, trois côtes au plus, plutôt plus que moins, autour de la caverne et du tissu de cicatrice. Si l'on trouve des adhérences entre la plèvre et la surface du poumon, on opère en un seul temps ; par une ponction aseptique, on cherche à atteindre le foyer. Si l'on parvient à aspirer du pus, on incise sur l'aiguille même le tissu pulmonaire avec le bistouri ou le thermocautère jusqu'à ce que la caverne soit largement ouverte. Le seul écueil est de créer dans la profondeur un trajet fistuleux. L'opération est d'autant plus difficile et plus dangereuse que la caverne est plus près du hile; dans ces cas il est recommandé de ne pénétrer dans le tissu pulmonaire qu'avec une pince à pansement, car le bistouri ou le thermocautère exposeraient à des hémorragies

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 116, p. 1655, et n° 118, p. 1687.

graves. On place ensuite un drain et on tamponne à la gaze iodoformée.

Dans les cas où les adhérences pleurales manquent, on peut, grâce aux appareils à différences de pression, s'orienter sur la localisation de la bronche malade; on fixe le poumon à la paroi et on se comporte comme plus haut. Seule la gravité de l'état général du malade peut obliger le chirurgien à s'arrêter après la résection costale, à favoriser par divers moyens irritants la formation d'adhérences et à terminer son opération huit ou quinze jours après.

De grosses difficultés peuvent survenir par le fait du nombre des abcès pulmonaires qu'on peut rencontrer et de la grandeur des cavernes bronchiques; dans ces cas, en effet, une fistule pulmonaire persistante est presque constante et nécessite un drainage prolongé; aussi la pneumotomie est-elle alors abandonnée au profit de la thoracoplastie, c'est-à-dire de la mobilisation de la paroi thoracique, grâce à une résection costale étendue. Certains auteurs y ont ajouté, pour provoquer le collapsus pulmonaire, des injections intrapleurales d'azote; elles n'ont pas donné de bien brillants résultats; la thoracoplastie elle-même donne des résultats très variables.

Dans les cas de bronchectasie bilatérale, le traitement est encore plus difficile : la pneumotomie simple, la mobilisation de la paroi thoracique donnent de mauvais résultats, et il est bien difficile de pratiquer chez un malade une résection costale étendue bilatérale.

Dans les cas où la pneumotomie et la thoracoplastie ne donnent rien, certains auteurs ont essayé d'autres interventions : la résection du lobe pulmonaire malade. L'extirpation du poumon reste toujours une opération dangereuse à cause de l'état général du malade, de l'extension possible du processus à plusieurs lobes, voire même aux deux poumons; néanmoins, dans certains cas, on peut attendre d'elle éventuellement une guérison complète.

Les bronchectasies qui occupent tout un lobe et y sont bien localisées, le poumon lui-même n'ayant pas d'adhérence avec les parties voisines, relèvent, semble-t-il, tout à fait de l'extirpation pulmonaire partielle; et de fait l'opération a été pratiquée plusieurs fois : dans une chambre à hypopression, après ouverture de la paroi, on fait la ligature de la bronche et des vaisseaux isolés au niveau du hile lobaire, puis on extirpe le poumon malade et on ferme le thorax sans drainage. Mais constamment apparaissent, au bout de quatre ou cinq jours, des accidents brusques et graves dus à un pneumothorax à soupape et à de l'emphysème médiastinal, c'est que la ligature de la bronche cède toujours parce qu'elle coupe, et que la bronche s'est rétractée dans le médiastin; aussi l'extirpation pulmonaire dans les bronchectasies où la section hilaire n'est pas fixée par des adhérences, est absolument contre-indiquée à cause du danger du pneumothorax à soupape et de l'emphysème médiastinal.

Les résultats généraux du traitement chirurgical de la bronchectasie sont défavorables : peu de guérisons, quelques améliorations, beaucoup de morts; les statistiques sont du reste très difficiles à établir, parce que toutes les méthodes sont mélangées. Sur 123 cas de bronchectasie traités par la pneumotomie, on note :

33 p. 100 de guérisons,
6 p. 100 d'améliorations,
27 p. 100 d'insuccès,
35 p. 100 de morts.

On ne possède pas encore de statistique pour la thoracoplastie et la mobilisation thoracique : les cas sont encore trop peu nombreux.

M. Sauerbruch propose, en terminant, une opération nouvelle qu'il a pratiquée dans deux cas; il combine à une thoracoplastie partielle une ligature de quelques branches de l'artère pulmonaire, ce qui amènerait un recroquevillement du poumon, beaucoup plus marqué que dans aucune autre méthode. La ligature de l'artère pulmonaire se fait dans un premier temps, puis, dans un second, on enlève les côtes en regard du lobe pulmonaire malade; l'avenir dira la valeur de cette opération.

LE PNEUMOTHORAX. VOIES ET MODES D'ACCÈS

M. le professeur V. Garré (de Bonn), rapporteur.

L'auteur rappelle que la crainte du pneumothorax dans les opérations en plèvre libre a longtemps paralysé la chirurgie pulmonaire, et fait l'historique des méthodes qui permettent sans danger l'ouverture d'une plèvre indemne d'adhérences; il range les appareils destinés à faciliter les opérations sur le poumon en trois catégories :

1° Les appareils à chambre ou à cage;
2° Les appareils à masque;
3° Les appareils à insufflation.

Il repousse, comme la plupart des auteurs, les méthodes d'insufflation pour ne retenir que la méthode des pressions, et fait remarquer qu'il ne suffit pas de déterminer théoriquement et pratiquement la valeur respective de l'hypo ou de l'hyperpression en bloc; chaque appareil dans chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients; de plus, le prix même de l'appareil joue un grand rôle. Il préfère donc attirer l'attention du Congrès *sur les désagréments et les dangers des appareils à différence de pression en général.*

1° Dans les appareils à différence de pression, le maintien de l'asepsie est difficile à réaliser, ce qui n'arrive pas dans les appareils à masque ou à insufflation. En effet, la manchette de caoutchouc qui dans les chambres comble le vide entre le cou de l'opéré et la paroi même de l'appareil, tombe rapidement sur la poitrine du sujet, ce qui ne facilite pas l'asepsie de l'opération; on y a apporté des perfectionnements, néanmoins il y a encore à faire de ce côté.

2° A la moindre alerte chloroformique, si l'on est obligé de lever le masque, on change brusquement la pression de l'air dans la chambre, et si l'opérateur n'a pas soin d'obturer immédiatement la plèvre, un pneumothorax qui peut être grave s'ensuit. Aussi faut-il recommander surtout l'anesthésie à la scopolamine-morphine, qui réduit au minimum les interruptions dans la narcose. Dans la méthode d'insufflation, le pharynx reste libre et accessible.

3° Tous les appareils, même bien surveillés, sont à la merci d'un accident. Il peut donc toujours se produire un arrêt de la différence de pression; aussi tous les opérateurs doivent-ils avoir toujours sous la main de quoi tamponner la plèvre, afin d'éviter le danger d'un collapsus pulmonaire total.

4° On a souvent noté, à la suite de ces interventions dans les chambres, une dilatation aiguë de l'estomac : dans un cas celle-ci s'est terminée par la mort. Un météorisme violent empêche les mouvements du diaphragme, gêne les fonctions du cœur et devient la source d'affections secondaires du poumon.

5° Les différences de pression compriment les capillaires pulmonaires, ce qui amène de la difficulté dans la circulation; le cœur droit est alors très vite surchargé. Aussi Sauerbruch recommande-t-il, chez les malades dont le cœur est malade ou simplement faible, surtout chez les emphysémateux, de ne pas faire descendre la pression au-dessous de 4 à 5 millimètres de mercure. Chez les sujets sains il ne faut jamais dépasser une différence de pression de 10 ou 12 millimètres de mercure, sauf dans l'insufflation, où l'on supporte facilement une différence de 20 millimètres de mercure.

Toutes ces opérations dans les chambres durent fort longtemps. Cette longue durée est certainement, en dehors de la narcose et de toute hémorragie, un facteur énorme de gravité. La mort par le shock n'est pas rare dans ces interventions. Si l'anesthésie n'est pas faite avec l'appareil de Roth-Dræger, il faut que le chloroformisateur ait toujours près de lui un bal-

lon d'oxygène à insuffler, si le besoin s'en fait sentir, afin de décharger le sang de l'acide carbonique qui est en excédent.

L'EMPHYSÈME PULMONAIRE

M. le professeur GARRÉ (de Bonn), rapporteur.

Le syndrome clinique dénommé par Freund « thorax dilaté rigide » a été confirmé par l'anatomie et par la clinique.

L'immobilité des côtes est causée par une dégénérescence fibreuse des cartilages avec dépôt de chaux et formation de vacuoles qui amènent une diminution d'élasticité des cartilages.

La position d'inspiration fixée de la cage thoracique amène comme conséquence directe un emphysème pulmonaire.

La résection du deuxième au cinquième cartilage costal d'un côté peut amener le thorax à récupérer une limite expiratoire normale.

La capacité vitale du poumon est doublée par ces procédés et atteint même parfois une augmentation de volume encore plus considérable.

Des constatations cliniques dues à une observation de trois années démontrent l'effet utile de la mobilisation du thorax sur l'emphysème pulmonaire et sur les troubles circulatoires qui en sont la conséquence.

Les échecs sont dus à des opérations trop tardives ou à des opérations faites sur des indications insuffisantes (autre cause d'immobilité thoracique). Si l'on suit exactement les indications de l'opération et si l'on borne la chondrectomie au cas de thorax dilatés rigides, les résultats sont excellents.

ABCÈS ET GANGRÈNE PLEURO-PULMONAIRES

M. VAN STOCKUM (de Rotterdam), rapporteur.

Ce sont en réalité des suppurations pulmonaires. Les suppurations circonscrites seules intéressent le chirurgien. Ces foyers de suppurations pulmonaires contiennent toujours des microbes pyogènes et des microbes saprophytes. Selon la prédominance de l'une ou l'autre de ces deux espèces, l'aspect et les propriétés du foyer suscitent plutôt l'idée d'un abcès ou celle d'une gangrène.

Les cas sont aigus ou chroniques. Les cas chroniques sont ceux où une suppuration aiguë vient compliquer une affection chronique déterminée généralement par des dilatations bronchiques anciennes. Rarement ce sont des abcès pulmonaires dont la guérison complète est retardée par des complications.

Le diagnostic d'une suppuration pulmonaire est facile; les symptômes cardinaux sont la vomique et les crachats fétides, mais il est souvent très difficile de reconnaître le siège exact, le volume et le nombre des foyers.

La radiographie est d'une grande importance pour le diagnostic. Elle complète les résultats de l'auscultation.

Le traitement chirurgical est le seul qui donne souvent un bon résultat. C'est le drainage du foyer de suppuration à travers la paroi thoracique qui s'impose aussitôt que le diagnostic a été fait.

Lorsqu'on ne réussit pas à atteindre et à ouvrir le foyer, il faut se contenter d'instituer une voie de drainage au voisinage du foyer. Si les adhérences entre le poumon et la plèvre manquent, la suture costo-pulmonaire doit précéder la pneumotomie. Dans les cas de ce genre, l'application de la méthode de Sauerbruch (appareil de Brauer) pourra être de grand avantage. Dans quelques cas spéciaux la résection de la partie malade du poumon pourra être tentée.

Après l'opération, le chirurgien doit tout faire pour obtenir l'oblitération de la caverne dont la formation a été déterminée par la suppuration. Il doit surveiller la marche de la cicatrisation (examen au cystoscope), enlever les obstacles (cloisons, clapiers), la favoriser par un tamponnement exact et un drainage efficace. Lorsque, néanmoins, la guérison tarde à se produire, le rapporteur conseille d'avoir recours à la respiration d'air comprimé.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

M. le professeur FRIEDRICH (de Marburg), rapporteur.

Le professeur Friedrich, après avoir passé en revue les différentes méthodes chirurgicales qui ont été employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire : 1° l'augmentation de la ventilation du sommet du poumon par la résection de la première côte; 2° le pneumothorax artificiel ou opération de Forlanini; 3° la thoracoplastie, arrive aux conclusions suivantes :

a. Dans les cas de cavernes fibrosées, au cours d'une tuberculose pulmonaire unilatérale, à évolution subaiguë et apyrétique, qui malgré un traitement intérieur et climatérique sérieux fait des progrès, si bien que la guérison en devient problématique, la thoracoplastie est indiquée, à condition que l'état général du malade soit encore suffisant et son âge compris entre quinze et quarante ans au maximum.

b. Le recroquevillement du côté malade est une indication opératoire nette; il en est de même de l'aplatissement de la cage thoracique, du rétrécissement des espaces intercostaux, de la déformation du médiastin et du diaphragme, toutes choses faciles à voir. Les adhérences des deux feuillets de la plèvre contre-indiquent le traitement par le pneumothorax artificiel et commandent la thoracoplastie.

c. Des lésions plus légères et plus anciennes du poumon de l'autre côté ne contre-indiquent pas l'intervention; par contre, des lésions concomitantes du larynx, de l'intestin, des os, ainsi qu'un processus récent et étendu d'infiltration, la contre-indiquent.

d. Il faut examiner avec soin, dans chaque cas, la force de résistance du malade, la capacité du travail de son cœur afin de déterminer s'il est indiqué de pratiquer une thoracoplastie totale ou partielle ou même une opération en plusieurs temps. On diminuera les chances d'accidents inhérentes à toute opération par une anesthésie prudente, un emploi judicieux des remèdes cardiaques.

L'opération, dans les cas heureux, amène immédiatement une diminution de la fièvre et des crachats, une augmentation de poids notable et une amélioration très nette de l'état général.

e. Les malades les plus exposés sont ceux qui subissent des opérations partielles sur le sommet du poumon.

f. Il est indispensable, pour obtenir de bons résultats et pour améliorer les résultats actuels de la méthode, de bien choisir les cas.

M. MAC EWEN (de Glasgow) cite un cas d'extirpation de tout le poumon gauche. Son malade est guéri depuis quinze ans et peut accomplir chaque jour un travail très fatigant.

M. POWERS (de Denver) insiste sur la nécessité de bien choisir ses cas; à cette seule condition la mortalité diminuera. L'opération en deux temps lui paraît préférable; dans un premier temps, on pratique l'ablation de la paroi thoracique de la deuxième à la sixième côte, et dans un deuxième temps on aborde le poumon.

M. SCHUHMACKER, d'après son maître M. Sauerbruch, condamne les grandes ablations thoraciques et croit que les interventions les plus minimes possible sont les meilleures. Il faut choisir les malades; malheureusement, en Suisse, les tuberculeux ne sont envoyés au chirurgien que lorsque l'état est absolument désespéré; aussi, malgré quelques beaux succès, la mortalité est-elle encore très élevée.

M. FRIEDRICH (de Marburg) veut, au contraire, ne pas trop limiter les indications opératoires, et a eu, par des ablations totales du thorax, de très belles guérisons.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES COLITES CHRONIQUES

PREMIER RAPPORT

M. Paul Segond (de Paris), rapporteur.

1° Il faut d'abord, par un diagnostic précis, séparer nettement les *colites pures* des *colites symptomatiques* d'une affection de voisinage (affections utéro-ovariennes, appendicite, épiploïte).

2° Il n'est aucune catégorie de colites dans lesquelles le traitement chirurgical s'impose d'emblée, et que *l'unique indication opératoire valable* est, avec la *gravité* du cas, *l'échec avéré du traitement médical.*

3° L'indication d'intervenir une fois posée, on peut se contenter, pour choisir l'opération appropriée, d'envisager à part trois seuls groupes de faits :

a. Les colites graves diarrhéiques ou hémorragiques (colites dysentériques et dysentériformes, colites ulcéreuses des auteurs anglo-américains, colites muqueuses de Mathieu, colites muco-membraneuses avec poussées hémorragiques).

b. Colites de gravité moindre, avec fausse diarrhée (colites muco-membraneuses, ulcéreuses ou non).

c. Colites sèches avec prédominance plus ou moins accusée du symptôme constipation.

Il faut établir si l'affection intestinale n'est pas symptomatique d'une affection de voisinage et, notamment, d'une affection utéro-annexielle.

Il est aussi nécessaire de réserver une place à part aux colites entretenues ou provoquées par l'*appendicite chronique.*

Un autre renseignement très important est de savoir *s'il y a, oui ou non, intégrité de la région recto-sigmoïdienne.* De cette constatation dépend, en effet, le choix de l'opération.

Indications générales de l'intervention chirurgicale. — Les succès opératoires obtenus jusqu'ici dans toutes les variétés de colites, et notamment dans le traitement des colites dysentériques, dont la mortalité est cependant si élevée, prouvent qu'en maintes circonstances on doit considérer l'intervention opératoire comme tout à fait légitime.

L'opportunité de l'intervention n'est point subordonnée à la variété de la colite. Ce qui la conditionne exclusivement c'est, avec la réelle *gravité du cas*, *l'échec avéré d'un traitement médical bien dirigé.*

On aurait tort cependant de ne voir dans le traitement chirurgical que l'expédient terminal des situations désespérées. Il le faut d'autant moins que, pour donner à l'acte opératoire toute sa portée, la condition première est de prendre le bistouri à temps et avant l'apparition des complications irrémédiables.

Résultats actuels de l'intervention chirurgicale. Indications opératoires suivant les cas particuliers. — Mettre au repos l'organe malade par dérivation des matières.

Aseptiser et déterger la cavité intestinale par de larges irrigations.

Agir directement sur les lésions de la muqueuse par des lavages modificateurs.

Telles sont les indications premières que la thérapeutique chirurgicale cherche à remplir, isolément ou simultanément, dans le traitement des colites chroniques.

Pour remplir ce programme, quatre modes d'intervention ont été proposés :

1° L'*anus contre nature*, qui réalise au mieux le repos de l'organe par dérivation des matières et permet, en outre, de recourir aux lavages modificateurs;

2° Les *entéro-anastomoses*, et particulièrement l'exclusion du côlon par iléo-sigmoïdostomie, qui assurent uniquement la dérivation des matières, sans possibilité d'utiliser les lavages modificateurs;

3° L'*association des entéro-anastomoses et des résections coliques* complémentaires plus ou moins étendues;

4° La *fistulisation par cæcostomie valvulaire ou par appendicostomie*, opération qui donne les moyens de pratiquer des irrigations et des lavages modificateurs dans les meilleures conditions, mais qui n'est, à aucun titre, un procédé de dérivation des matières.

A. *Anus contre nature* (*cæcostomie, appendico-cæcostomie, colostomies*). — L'opération n'est pas grave par elle-même.

Presque toujours, la dérivation des matières a été associée à l'emploi des *lavages modificateurs*, et l'utilité de ces derniers s'est toujours montrée indiscutable.

Dans un grand nombre de cas, les *résultats thérapeutiques immédiats* de l'opération sont notés comme excellents. Les douleurs cessent, les évacuations purulentes et sanguinolentes se tarissent, l'état général se relève, et ce changement à vue est parfois tel qu'on assiste, le mot n'a rien d'exagéré, à de véritables résurrections.

On est moins documenté sur la qualité et surtout sur la durée des *résultats définitifs*. Les guérisons vérifiées plus d'un an ou deux après l'intervention sont, en effet, de véritables raretés. Néanmoins, il a été possible, plusieurs fois, de fermer avec succès l'anus contre nature, dans un délai qui a varié de six mois à un an.

Il existe aussi quelques faits dans lesquels, malgré l'impossibilité de rendre au gros intestin ses fonctions normales, l'iléo-sigmoïdostomie a permis de fermer l'anus artificiel et de donner aux patients l'illusion de la guérison.

En d'autres cas, malheureusement plus fréquents, on voit l'incurabilité des lésions ulcéreuses ou les rétrécissements qui succèdent à leur cicatrisation exiger le maintien de la dérivation, voire même la nécessité de résections coliques complémentaires plus ou moins étendues.

En cas d'anus définitif, les opérés ne sont pas aussi misérables qu'on a bien voulu le dire, et si quelques-uns ont préféré le suicide à leur infirmité, d'autres, au contraire, terrifiés par la crainte d'un retour offensif de leur mal, se refusent obstinément à la fermeture de leur anus artificiel, alors même qu'elle est possible.

Etant donnés les résultats qui précèdent, l'*opportunité de l'opération* peut être appréciée de la manière suivante. Exceptionnellement, une colostomie gauche ou une colostomie du transverse peuvent être indiquées par la localisation des lésions dans le côlon descendant ou dans la région recto-sigmoïdienne ; mais, comme on ne sait jamais positivement jusqu'où remontent les ulcérations de la muqueuse, le plus sûr est de recourir le moins souvent possible à ces deux opérations. Quant à l'iléostomie, elle est, de l'avis de tous, une opération peu recommandable.

L'anus artificiel cæcal, au contraire, placé à l'origine même du gros intestin, remplit au mieux les conditions requises, et, s'il est vrai que la vulgarisation de l'iléo-sigmoïdostomie et surtout de l'appendicostomie permette aujourd'hui de restreindre ses indications, M. Segond ne croit pas qu'il soit jamais possible de les éluder absolument.

Parfois, en effet, la mise au repos immédiate et le drainage du gros intestin s'imposent comme la seule chance de salut. C'est notamment ce qui a lieu quand on se trouve en présence des formes graves de la colite dysentéritique. La cæcostomie n'est pas seulement alors l'opération de choix, c'est vraiment une opération d'urgence.

L'opération, pour être vraiment bénigne, doit être faite en deux temps et, si l'appendice s'y prête, l'*appendico-cæcostomie*, telle que je l'ai décrite en 1904, est certainement le procédé le plus sûr.

Il est, en outre, indispensable d'assurer la cure par l'emploi des irrigations et des lavages modificateurs, dans les trois ou quatre jours qui suivent l'opération.

En cas de disparition des symptômes de colite, *quand peut-on procéder à la fermeture de l'anus contre nature?* C'est assurément quand l'examen clinique et la recto-sigmoïdos-

copie permettent de croire à la guérison des lésions intestinales, comme à l'absence de tout rétrécissement cicatriciel consécutif. On peut aussi se guider ainsi sur les résultats que donne l'occlusion orthopédique temporaire de l'anus. Mais, en dépit des soins qu'on y met, on risque encore d'agir trop tôt.

B. *Entéro-anastomose. Exclusion du gros intestin par iléo-sigmoïdostomie.* — Les observations publiées sont très rassurantes au point de vue du *pronostic opératoire*.

Les *résultats thérapeutiques immédiats* se sont, en général, montrés très satisfaisants. Les douleurs disparaissent, l'état général se relève et les selles se régularisent, dit-on, après quelques jours de diarrhée, dernière affirmation qui est peut-être sujette à caution. Quant aux *résultats éloignés*, nous sommes, à leur égard, encore moins documentés que pour la cæcostomie. Il faut donc attendre pour se prononcer.

Tels qu'ils sont, les résultats de l'iléo-sigmoïdostomie n'en démontrent pas moins la réelle valeur de cette intervention. C'est une manière fort élégante de dériver les matières, sans imposer aux patients les soucis d'un anus contre nature.

L'emploi rationnel de cette opération exige avant tout l'intégrité de la région recto-sigmoïdienne. Les colites dysentériques, sauf grande exception, n'en sont donc pas justiciables, et, comme elles constituent le groupe le plus fourni des colites chirurgicales, il en résulte que les indications vraies de l'iléo-sigmoïdostomie se rencontrent moins souvent que celles de la cæcostomie. Elles existent néanmoins.

Dans certaines colites muco-membraneuses s'accompagnant de phénomènes infectieux trop peu accusés pour exiger de grandes irrigations, et surtout dans celles dont la constipation constitue le symptôme prédominant, il n'est pas douteux qu'on puisse, avec succès, donner d'emblée aux patients les avantages de la dérivation, sans leur infliger la moindre infirmité apparente.

C. *Iléo-sigmoïdostomie avec résection colique complémentaire.* — Opérations graves, à indications exceptionnelles et sur lesquelles on ne peut encore formuler une appréciation définitive.

D. *Fistulisation du cæcum. Cæcostomie valvulaire et appendicostomie.* — Les observations de fistulations par appendicostomie donnent, en premier lieu, la certitude qu'il s'agit d'une opération remarquablement bénigne.

Les résultats immédiats obtenus dans les colites récentes, dans les formes de gravité moyenne et même dans les formes anciennes et sévères, se sont en général montrés très satisfaisants, et, tout comme la cæcostomie, l'appendicostomie compte à son actif, elle aussi, de véritables résurrections.

Sous réserve d'un pronostic d'avenir encore mal connu et que des opérations faites à temps ne pourront qu'améliorer, on peut donc tenir pour certain que les indications de l'appendicostomie méritent d'être prises de plus en plus en très sérieuse considération.

Exception faite des colites diarrhéiques et surtout des colites dysentériques assez graves pour qu'il faille, en toute évidence, procéder à la mise au repos immédiate et complète du gros intestin par cæcostomie ; il paraît rationnel, dans toutes les autres formes de colites chroniques aussi bien que chez les patients qui souffrent de constipation pure, de recourir d'abord à l'emploi des lavages modificateurs par simple fistulation cæcale.

Pour l'appendicostomie plus encore que pour la cæcostomie et l'iléo-sigmoïdostomie, il importe d'*intervenir à temps*. Il est même rationnel de penser que, dans l'acceptation de l'indication opératoire, on devrait à l'avenir se montrer moins sévère qu'à l'heure actuelle, intervenir plus tôt qu'il n'est raisonnable de le faire quand il s'agit de cæcostomie ou d'iléo-sigmoïdostomie, et voir, en définitive, dans l'appendicostomie, non pas un expédient, mais bien le *véritable adjuvant du traitement médical*.

En cas d'échec, il est toujours temps de transformer la fistule appendiculaire en cæcostomie, ou de procéder à telle ou telle autre opération nécessitée par la ténacité ou la gravité du cas particulier.

Le manuel opératoire de l'appendicostomie est des plus simples. Quand l'imperméabilité de l'appendice, ses adhérences ou quelque autre obstacle s'opposent à l'opération typique, il suffit, pour mener à bien l'intervention, de recourir à la fistulation valvulaire de Gibson. Mais cette impossibilité d'utiliser l'appendice comme drain naturel est exceptionnelle.

En règle générale, l'appendice se laisse aisément amener au dehors, et, après fixation de sa base à la boutonnière péritonéale, rien n'est plus aisé que de le cathétériser, de le dilater au besoin et d'en faire, extemporanément, le manchon d'une sonde en caoutchouc nº 10 ou 12. Cette mise en place immédiate de la sonde n'a pas été jusqu'ici de pratique courante, mais elle serait très avantageuse en ce sens qu'elle assure tout de suite la dérivation des gaz et qu'elle permet de procéder à des lavages précoces.

Dans la libération de l'appendice, il n'y a pas d'autre précaution à prendre que de respecter la petite étendue de méso qui répond au tronçon appendiculaire destiné à être emprisonné par le rapprochement des lèvres de l'incision faite à la paroi abdominale. Au moment de suturer, et pour éviter mieux encore la mortification de ce tronçon appendiculaire, il importe de tenir l'organe verticalement en évitant de le coucher entre les lèvres de l'incision abdominale.

Au bout de quelques jours, la sonde est extraite avec son manchon appendiculaire desséché. La fistule cæcale est dès lors constituée et très vite épidermisée. Elle se prête ensuite aux lavages nécessaires, pendant le temps voulu, et lorsque la guérison de la colite paraît assurée, rien de plus simple que d'en obtenir l'occlusion, soit par une simple cautérisation au thermo, soit par une intervention des plus bénignes. Il se peut d'ailleurs que la fistule se ferme d'elle-même, dès que le passage des sondes ne l'entretient plus.

DEUXIÈME RAPPORT

M. d'Arcy Power (de Londres), rapporteur.

M. d'Arcy Power divise les colites chroniques en trois classes : colite parasitaire, colite toxique, colite microbienne.

Le traitement de la colite chronique dépendant principalement de son étiologie, il importe d'examiner avec soin les malades.

L'anatomie pathologique et les symptômes étant bien étudiés dans les classiques, le rapporteur arrive de suite au traitement.

Le traitement de la colite chronique comporte deux indications : *a.* guérir les ulcérations par des médications appropriées; *b.* débarrasser par une opération l'intestin des produits septiques qui se sont formés en grande abondance et qui représentent le seul danger de la colite, leur résorption par l'intestin pouvant causer une intoxication septique et conduire à la pyémie. La destruction progressive de l'intestin peut conduire à une péritonite généralisée, ou bien il se forme des abcès locaux qui ne se traduisent par aucun signe de péritonite parce que le malade est incapable de présenter une réaction quelconque. Une poussée de température sans cause, suivie quelques jours après d'une décharge de pus, avec chute thermique, sont souvent les seuls symptômes.

Il est de la dernière importance, dans la colite chronique, d'instituer un traitement actif et de ne pas se contenter de donner aux malades de l'huile de ricin par la bouche et des injections de bismuth, amidon ou opium par le rectum jusqu'à ce que le gros intestin soit nettoyé ; les injections locales ont une valeur certaine dans quelques-unes des formes simples de la colite, mais elles sont tout à fait inutiles dans le traitement des formes graves de la maladie.

Le traitement de la colite doit être double :

1° Dans les stades de début de l'affection, la vaccinothérapie est tout à fait indiquée ; le vaccin doit être fait avec les micro-organismes qui ont causé la colite et il ne faut jamais injecter de sérum polyvalent ; l'effet du vaccin est d'habituer les tissus à résister aux produits toxiques qu'élaborent les ulcérations et, par conséquent, d'immuniser le sujet. Mais son emploi doit être prolongé pendant un temps considérable (les cas où le vaccin n'a pas donné de résultats sont dus à un emploi trop court). Le vaccin nettoie l'intestin en attendant le traitement chirurgical.

2° Deux opérations ont été pratiquées contre la colite : *a.* la colostomie valvulaire ; *b.* l'appendicostomie ; c'est une opération facile et rapide et qui tend à remplacer aujourd'hui la colostomie.

Mortalité. — La mortalité des colites non soumises au traitement chirurgical est considérable (40 morts sur 100 cas). La mort survient après des hémorragies et une diarrhée profuse, rarement par péritonite, parfois par pneumonie ou purpura. L'auteur a soigné dix colites chroniques d'abord par le traitement ordinaire, puis, voyant que ce traitement ne donnait pas de résultats, il a pratiqué l'appendicostomie qui lui a donné des résultats très satisfaisants : une diminution de la température, une réapparition de l'appétit et la cessation des douleurs ; mais l'appendicostomie dans la colite chronique ne peut pas supprimer brusquement les ulcérations intestinales ; l'inflammation de l'intestin continue tant que le malade n'est pas immunisé. Il n'en reste pas moins que l'amélioration apportée par l'appendicostomie dans l'état général du sujet donne du temps et permet aux autres remèdes d'agir. L'emploi prolongé des vaccins doit donner dans la colite chronique, à condition qu'on y ajoute l'appendicostomie, les meilleurs résultats.

TROISIÈME RAPPORT

Sir Ch. L. Gibson (de New-York), rapporteur.

Le traitement chirurgical de la colite, préconisé en 1900 par sir Gibson et destiné à remplacer l'anus artificiel, est aujourd'hui un des plus généralement employés, mais ses avantages primordiaux ont été considérablement diminués par une modification de technique introduite par Weir dans l'opération primitive en substituant l'appendicostomie à la cæcostomie valvulaire. Le présent rapport est destiné à exposer la pratique actuelle de l'auteur. Si l'on peut en effet appliquer au gros intestin les principes ordinaires de drainage propre avec dérivation des fèces loin des surfaces ulcérées, la guérison sera beaucoup plus rapide ; il suffit pour cela de pratiquer sur le cæcum une opération tout à fait analogue à la gastrotomie avec une incision intermusculaire qui fera clapet dans l'intervalle des évacuations et permettra au patient d'introduire lui-même de temps en temps un tube et d'irriguer son gros intestin.

Le docteur Weir a cru devoir préférer à cette cæcostomie le lavage par l'appendice, mais le gros inconvénient de cette pratique est la situation extrêmement variable de l'appendice qui est bien souvent rétrocæcal, il faut donc lui préférer la *cæcostomie valvulaire* dont voici la technique.

Incision petite — préférablement l'incision intermusculaire de Mac Burney — faite sous anesthésie générale ou mieux sous anesthésie locale. On place sur le cæcum deux sutures à la Lembert et on ouvre entre les deux. On met dans l'ouverture un drain mou n° 30 et on noue les sutures pendant qu'on fixe le drain par un catgut passant dans sa paroi; puis on enfouit en deux plans superposés la paroi intestinale autour du drain et avec le bout des fils superficiels on suture le cæcum aux plans musculo-aponévritiques; on rétrécit enfin la plaie cutanée à ses deux extrémités. Le lavage ne doit pas être commencé avant trois ou quatre jours. Au bout de huit à dix jours on peut enlever le drain et ne le mettre que momentanément pour le lavage intestinal, quand le côlon est visiblement distendu. Le traitement peut être continué jusqu'à la guérison complète de la colite; on cesse alors les lavages et la fistule guérit spontanément.

Cette cæcotomie guérit certaines formes de colite, mais elle ne saurait guérir la colite tuberculeuse, surtout si elle s'accompagne de lésions de l'intestin grêle. Elle permet en tout cas de nettoyer l'intestin avec une solution salée aussi souvent qu'on le veut et d'autant plus souvent que la gravité des symptômes le commande ; elle permet également l'introduction dans le côlon, après l'irrigation de propreté et l'évacuation de la solution saline, de substances destinées à exercer une influence directe sur les ulcérations coliques, la quinine ou le bleu de méthylène, spécialement dans les formes amibiennes.

Cette technique a donné à l'auteur sur 6 cas 4 guérisons, dont une inespérée chez un malade presque mourant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1911)

Sur un monstre humain bicéphale. — MM. R. Lacasse et A. Magnan ont observé la naissance d'un monstre à deux faces venu au huitième mois. Du sexe masculin, il pesait 2900 grammes. Le corps avait la forme ordinaire d'un fœtus humain. Le fait caractéristique était la présence d'une seule masse céphalique formée de deux têtes soudées ensemble.

La radiographie montrait une boîte cranienne unique. Les deux faces accolées étaient bien dessinées. Les maxillaires inférieurs seuls étaient indépendants. La colonne vertébrale unique à sa partie inférieure se bifurquait à partir de la huitième vertèbre dorsale.

Le monstre avait deux bouches et un seul pharynx.

Les auteurs considèrent ce monstre bicéphale comme un fœtus normal dont les trois premiers cerveaux primitifs se seraient divisés longitudinalement en deux, tandis que les deux derniers restaient intacts. Cette supposition amène à conclure que la formation des os du crâne est sous la dépendance directe du développement du cerveau et en particulier des hémisphères cérébraux. La bifurcation de la colonne vertébrale serait due ici à un étirement des vertèbres dans le sens latéral alors qu'elles n'étaient pas encore ossifiées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MARINE. — Par décision ministérielle du 25 octobre 1911, les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de professeur à l'école annexe de médecine navale de Brest, pour une période de cinq ans, à compter du 1er novembre 1911 :

1° A la chaire d'anatomie, M. le médecin de première classe Chabanne, du port de Cherbourg, actuellement médecin résident à l'hôpital maritime de Brest;

2° A la chaire d'histologie et de physiologie, M. le médecin de première classe Brunet, du port de Cherbourg, actuellement embarqué sur le *Requin*;

3° A la chaire de physique biologique, M. le pharmacien de première classe Foerster du port de Brest.

— Par la même décision, ont été nommés à l'emploi de prosecteur d'anatomie, pour une durée de deux ans, à compter du 1er novembre 1911 :

1° A l'école annexe de Brest, M. le médecin de deuxième classe Pellé, du port de Lorient, embarqué sur le *Magellan*;

2° A l'école annexe de Rochefort, M. le médecin de deuxième classe Chabé, du port de Rochefort, embarqué sur la *Vérité*.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 848 décès au lieu de 889 pendant la semaine précédente, et au lieu de 789, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde continue à dépasser légèrement la moyenne des cinq années précédentes; elle a causé 16 décès, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 81, au lieu de 105 pendant la semaine précédente, de 118 pendant la semaine antérieure (moyenne 45).

CLINIQUE MÉDICALE ÉLÉMENTAIRE. — CONFÉRENCES DESTINÉES AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PREMIÈRE ANNÉE. — Le docteur André Bergé commencera le samedi 4 novembre 1911, à dix heures du matin, à l'hôpital Broussais (96, rue Didot), salle Lasègue, ses Conférences de technique clinique et de séméiologie médicales élémentaires, avec présentation de malades et examen par les élèves, et les continuera les mardis et samedis de chaque semaine et à la même heure.

Tous les étudiants sont admis sans inscription préalable, sur simple présentation de leur carte.

COURS D'UROLOGIE (HÔPITAL LARIBOISIÈRE, SERVICE CIVIALE). — M. le docteur Marion, professeur agrégé, chef de service, commencera, le 6 novembre, un cours complet d'urologie.

Lundis, mercredis, vendredis à neuf heures, visite dans les salles Civiale et Lailler avec examens des entrants et leçons aux lits des malades.

Mardis, samedis, amphithéâtre Civiale : Opérations à dix heures et demie. — Avant les opérations, à neuf heures et demie : mardis, leçon de pathologie urinaire; samedis, leçon de technique opératoire.

Jeudis à neuf heures, salle de cystoscopie : Cystoscopie suivie des opérations endo-vésicales.

Tous les matins à neuf heures, à la salle de consultation : Examen et traitement des malades externes, par M. le docteur Germain, assistant du service.

Leçons de bactériologie et de chimie urinaires avec travaux pratiques, par MM. Guillaume et Aureille.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (professeur : M. DÉJERINE). — M. le professeur Déjerine commencera son enseignement clinique des maladies du système nerveux le mardi 7 novembre 1911, à dix heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE [fondation de la Ville de Paris] (professeur : M. KIRMISSON). — M. le professeur Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile le mardi 7 novembre 1911, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Mardi et vendredi, à dix heures : leçons du professeur.

Jeudi, de dix heures à midi : consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades). M. Perrin, chef de clinique, fera des conférences complémentaires sur la chirurgie infantile. La date de ces conférences sera fixée ultérieurement.

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-G. Avira-gnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mardi 7 novembre 1911, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite, examen des malades. — Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Etude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur Bloch-Michel, chef du laboratoire, et M. Huber, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

CONFÉRENCES D'OBSTÉTRIQUE. — M. Paul Guéniot, agrégé, commencera ces conférences le mardi 7 novembre 1911, à trois heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 NOVEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 7 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 8 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries). — 2e. — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

Jeudi 9 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 4e. — 1er (chirurgien-dentiste).

Vendredi 10 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 11 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 8 novembre, à une heure. — M. PATENOSTRE. Examen fonctionnel du labyrinthe chez le vieillard. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Segond et Ombrédanne.) — Mme DARBE-OBERLIN. Contribution à l'étude clinique des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses au début, chez l'enfant. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Segond et Ombrédanne.) — M. NAINSBRECQ. Contribution à l'étude des hydronéphroses d'origine traumatique. (MM. Segond, président; Pinard, Kirmisson et Ombrédanne.) — M. MARTINEZ. De l'étiologie de la pellagre. (MM. Blanchard, président; Roger, Desgrez et Gougerot.) — M. LARUE. Contribution à l'étude de la digestion des graisses animales et végétales. (MM. Roger, président; Blanchard, Desgrez et Gougerot.)

Jeudi 9 novembre, à une heure. — M. DESVAUX DE LYF. Les fistules pancréatiques et leur traitement. (MM. Quénu, président; Gilbert Ballet, Claude et Lecène.) — M. BONVALLET. Contribution à l'étude de l'asthénomanie post-apoplectique. (MM. Gilbert Ballet, président; Quénu, Claude et Lecène.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 124. — MARDI 31 OCTOBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 31 OCTOBRE 1911. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 25 octobre. — MM. Cambessédès, 7; Trousset, 4; Roubeau, 6; Malet (Louis), 2; de Champs de Saint-Léger, 5; Mercier (Fernand), 8; Maréchal, 9; Wiart, 8; Chatenoud, 4; Michel, 8.

Séance du 27 octobre. — MM. Kahn (Georges), 5; Philardeau, 7; Larroque, 10; Rougier, 7; Plichet, 4; Liacre, 3; Longevialle, 2; Wallon (Emile), 3; Pilatte, 8; Mlle Lecocq, 7.

Séance du 28 octobre. — MM. Parat, 3; Dûval, 11; Boirac, 7; Mlle Besson (Hélène), 4; MM. Richon, 5; Ceillier, 4; Plaisant, 10; Escudié, 6; Peignaux, 3.

Pathologie. — Séance du 27 octobre. — MM. Mazzoléni, 9; Parin, 7; Alexandre, 9; Berthelot, 8; Lory et Constantin, 6; Bouchet, 3; Humbert et Mallet, 6; Bourgeois (Maurice), 11.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu franc. »

M. Fauchay, 11; Mlle Baldiquès, 12; MM. Boissier, 7; Dalsace, 13 1/2; Maliniack, 16; Chatellier, 13; Cruchand, 9 1/2; Lapidus, 12 1/2; Buffet, 10; Coudy, 12; Favreau, 12 1/2; Capoulade, 9; Migot, 12 1/2; Koerner, 15; Giraud, 14.

PRIX FILLOUX. — Sont désignés pour faire partie du jury de ce concours : MM. Sébileau, Lemaître, Le Noir, qui ont accepté, et MM. Lombard et Campenon qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le lundi 20 novembre 1911, il sera ouvert, à l'hospice général, un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire en pharmacie dans les hôpitaux de Montpellier. Les internes titulaires sont nommés pour trois ans; les internes provisoires pour une année.

Seront admis à ce concours les candidats âgés de vingt ans au moins, célibataires et pouvant justifier de quatre inscriptions de pharmacien de première classe, et, s'ils sont de deuxième, d'un certificat constatant qu'ils ont obtenu la mention bien au précédent examen de fin d'année, ou qu'ils sont lauréats de l'école de pharmacie.

S'inscrire au secrétariat général des hospices, avant le samedi 18 novembre.

— Rouen. — Un concours pour la nomination d'une place d'interne en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 21 décembre 1911. Les épreuves commenceront à neuf heures du matin, à l'hospice général, salle des séances.

La commission administrative se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 1er décembre 1911. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, quinze jours avant la date fixée par le concours, soit le 6 décembre 1911 au plus tard. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

LES INTERNES DES HOPITAUX DE TOULON. — A la suite de la révocation de deux d'entre eux les internes des hôpitaux de Toulon se solidarisant avec leurs camarades ont tous démissionné il y a quelques jours.

L'administration des hospices nous communique aujourd'hui l'avis suivant :

« Des étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions de doctorat sont demandés aux hospices civils de Toulon pour y occuper les fonctions d'internes provisoires pendant deux mois.

Se faire inscrire au secrétariat desdits hospices, avant le 5 novembre prochain, en produisant : le bordereau des inscriptions, un certificat de bonnes vie et mœurs et une pièce justificative de leur qualité de Français.

Les internes provisoires reçoivent un traitement annuel de 300 francs. Ils sont logés et nourris dans les hospices.

Un concours pour six places d'internes titulaires aura lieu aux hospices civils le lundi 18 décembre 1911. »

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat des hospices.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du clinicat. — *Clinicat obstétrical.* — Sont nommés chefs de clinique titulaires : MM. Chirié, Pottet et Willette.

Chefs de clinique adjoints : MM. Lévy et Marioton.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1771.)*

LA PLEURITE SÈCHE PRÉCORDIALE

Par Ch. MANTOUX,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La pleurésie sèche, lorsqu'elle se localise à la région précordiale, peut donner lieu à une série de symptômes très particuliers qui ne paraissent pas avoir, jusqu'ici, fixé l'attention des cliniciens. Il nous a semblé intéressant de les étudier.

Les pleurésies sèches précordiales ont comme caractère essentiel d'être très discrètes en tant que signes physiques; elles se caractérisent uniquement par des petits frottements très fins, très secs, très superficiels, synchrones aux mouvements respiratoires et indépendants du rythme cardiaque; c'est là un caractère essentiel qui les distingue des frottements péricardiques; ils disparaissent par conséquent quand le malade retient sa respiration. On les entend mal au sthéthoscope; ils se perçoivent beaucoup mieux à l'auscultation directe, surtout quand on appuie fortement l'oreille contre le thorax du patient. Tantôt ils couvrent toute la surface précordiale; beaucoup plus souvent ils se groupent en petits foyers dont les dimensions peuvent ne pas excéder celles d'une pièce d'un franc. Leur siège de prédilection est la partie interne des premier, deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, il n'est pas rare de les trouver au niveau du sternum même, dans la région correspondant au fond des culs-de-sac pleuraux prépéricardiques.

Aux foyers de pleurites précordiales correspondent constamment des zones où la pression du doigt est douloureuse; la sensibilité est absolument limitée à la région des frottements.

A ces signes stéthoscopiques, à cette douleur provoquée qui marche de pair avec eux tant sa localisation est nette et sa présence constante, correspondent des *signes fonctionnels* très variables. Les plus habituels sont une *douleur spontanée* et des *palpitations* qui souvent s'associent, comme chez une de nos malades.

Observation I. — *Rhumatisme subaigu. Pleurite précordiale. Douleurs. Palpitations.* — Nous soignons depuis le début de janvier 1911 une jeune fille de vingt-cinq ans, Mlle D..., pour un rhumatisme subaigu; Mlle D... a une hérédité névropathique très chargée et présente elle-même tantôt des périodes d'excitation, tantôt des périodes de dépression.

Le 1er avril, elle ressent une *gêne douloureuse* dans la région précordiale et de fortes *palpitations.* Les palpitations persistent pendant toute la nuit, elles s'atténuent le lendemain ainsi que la douleur locale et disparaissent au bout de deux jours.

A l'auscultation, on trouve dans le quatrième espace intercostal du côté gauche, à quatre travers de doigt du bord du sternum, un petit foyer de pleurésie sèche, caractérisé par des frottements fins et de la douleur à la pression. Les bruits du cœur sont parfaitement normaux.

Le 7 avril, nouvelle crise de palpitations; nous trouvons à nouveau une plaque de pleurite sèche prépéricardique localisée dans le quatrième espace intercostal gauche, à quatre travers de doigt du sternum. Comme la première, elle disparaît rapidement.

Les palpitations peuvent, chez d'autres malades, s'accompagner d'angoisse très vive avec sensation d'étouffement.

Obs. II. — *Grippe. Pleurite précordiale. Palpitations. Angoisse. Sensation d'étouffement. Eréthisme cardiaque.* — Mlle R..., professeur, âgée de cinquante-cinq ans, est une petite scoliotique, de santé délicate, sujette aux bronchites et aux poussées d'entérite; surtout c'est une grande *nerveuse*, habituellement déprimée et très émotive.

Le 19 mars 1911, elle est prise subitement de *battements de cœur* extrêmement violents, avec sensation d'*étouffement* si pénible qu'elle se croit menacée d'une mort prochaine. Quand nous arrivons auprès d'elle, une heure environ après le début des accidents, elle est déjà un peu calmée; son pouls est à 84, tendu et bondissant; le cœur est légèrement éréthique. On trouve, dans le troisième espace intercostal gauche, tout près du bord sternal, une plaque de frottements fins, grande comme une pièce de 5 francs; à son niveau la pression est douloureuse; elle ne s'est cependant révélée à la malade par aucune douleur spontanée.

Un petit foyer symétrique existe à droite; on trouve enfin quelques frottements au niveau de l'angle de l'omoplate droite.

Interrogée, la malade raconte qu'elle est grippée depuis trois semaines; elle tousse, expectore, et sa température oscille entre 37°2 et 37°8. Nous rassurons Mlle R... en lui affirmant que son cœur n'est pas touché, et lui faisons appliquer des sinapismes sur la région précordiale.

La crise se calme rapidement; mais, à de nombreuses reprises, pendant les mois de mars et d'avril, Mlle R... fait de nouvelles poussées de pleurite précordiale, toujours accompagnées de palpitations. Elle fait également des poussées de pleurésie sèche en divers points des deux plèvres.

Chez deux autres de nos malades le tableau des réactions dues à la pleurésie précordiale rappelait celui de l'angine de poitrine.

Obs. III. — *Grippe. Pleurite précordiale. Palpitations. Douleurs irradiées au bras gauche. Angoisse. Eréthisme cardiaque.* — Mme L..., soixante-deux ans, de bonne santé habituelle, a cependant depuis plusieurs années un cœur un peu fatigable; elle s'essouffle facilement quand elle monte, et l'auscultation décèle l'existence de quelques intermittences cardiaques, d'extrasystoles peu nombreuses et très irrégulières dans leur apparition. Les artères ne sont pas parfaitement souples.

Mme L... était grippée, toussait et expectorait depuis deux ou trois jours, lorsque le 6 mars 1911, à six heures et demie du soir, elle est prise subitement de *douleurs* très violentes, à caractère constrictif, siégeant à la région précordiale, *irradiant dans le bras gauche* qui est dans sa partie supérieure comme serré d'un bracelet. Il n'y a ni pâleur du visage, ni angoisse proprement dite, ni sensation de mort prochaine. Cependant, Mme L... a la crainte très vive d'être menacée de mort, car elle se croit atteinte d'angine de poitrine.

Le pouls est fort, tendu, présentant quelques intermittences, mais pas plus nombreuses que d'habitude. Température : 36°6. Le cœur est un peu éréthique. On trouve dans la région précordiale, au niveau des deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux du côté gauche, à trois travers de doigt du bord sternal, des plaques de pleurite sèche. Le point médiosternal de Jousset est douloureux à la pression. Il existe aussi de la pleurite au niveau du rebord des fausses côtes gauches.

Des sinapismes appliqués à la région précordiale soulagent rapidement cette crise. Mais elle est suivie, dans le courant de mars et d'avril, d'une série de crises absolument analo-

gues : la révulsion les calme régulièrement et l'angoisse dont elles s'accompagnent est moins forte depuis que la malade sait le peu de gravité de ces accidents.

Le début des accidents est plus tragique encore chez un de nos malades.

Obs. IV. — *Grippe. Pleurite précordiale. Douleur violente avec sensation d'étouffement. Angoisse. Pâleur. Refroidissement des extrémités.* — Le docteur E..., âgé de cinquante-sept ans, grippé depuis quelques semaines, continuait néanmoins à se livrer à ses occupations habituelles, quand, le 13 avril 1911, à une heure et demie de l'après-midi, il ressent une *douleur* violente dans la région rétrosternale. Puis, il éprouve une sensation de plénitude cardiaque, d'étouffement telle qu'il croit qu'une poche anévrismale vient de se rompre dans son thorax. Il est *pâle, ses pieds et ses mains sont froids.*

On applique des sinapismes sur la région précordiale ; au bout d'un quart d'heure il est déjà soulagé. Nous le voyons une demi-heure après le début des accidents; le visage est rosé, le pouls à 72, normalement frappé; la température est normale.

Nous trouvons dans les premier, deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, tout près du sternum, de très fins et très nombreux frottements pleuraux.

Le lendemain, les frottements précordiaux sont plus nombreux : ils ne causent cependant qu'une simple gêne locale.

Les jours suivants, la pleurite gagne d'autres régions. Cette pleurite persiste pendant plusieurs semaines.

La genèse des accidents cardiaques était, dans le cas présent, d'autant plus importante à établir que le docteur E... est un hypertendu habituel dont la pression oscille entre 19 et 20, et dont le deuxième bruit à la base est légèrement exagéré. Il souffre souvent de son cœur. Les efforts provoquent fréquemment de la dyspnée, ainsi qu'une sensation de constriction cardiaque. Le docteur E... est d'ailleurs un nerveux, fort émotif et fort impressionnable, à tendance neurasthénique.

Un autre de nos malades, également médecin, a présenté une crise où la dyspnée, accompagnée de cyanose légère, d'irrégularité du pouls, constituait le phénomène dominant.

Obs. V. — *Tuberculose. Pleurite précordiale. Dyspnée. Cyanose. Accélération et intermittences du pouls.* — Le docteur J..., âgé de trente ans, est d'une souche où le neuro-arthritisme s'associe à la tuberculose. On a constaté chez lui, dès 1900, de l'infiltration du sommet droit. Il a fait, depuis, des poussées de bronchite, de la pleurésie sèche, et a dû s'arrêter complètement au mois de juillet 1905.

Il entre au sanatorium du Mont des Oiseaux le 11 novembre de la même année. Très fatigable, subfébrile, il ne présente comme symptôme fonctionnel qu'un peu de dyspnée d'effort. On trouve de l'infiltration des sommets surtout accentuée à gauche, et des foyers de congestion et de pleurite sèche aux deux bases. Ces signes sont variables et se modifient d'un jour à l'autre.

Brusquement, le 8 janvier vers midi, le docteur J... est pris d'une crise de *dyspnée* très forte, avec *anxiété respiratoire, teinte légèrement cyanotique du visage et des ongles, accélération considérable du pouls*, qui présente même quelques *irrégularités, douleur précordiale.* Sa crise dure environ une heure et s'atténue peu à peu. L'auscultation, presque impossible, ne donne alors aucun renseignement. Mais, dès le soir, on perçoit des frottements nombreux, et très fins, dans la région présternale gauche, au-devant du cœur, sur une surface grande comme une pièce de 5 francs; ces frottements s'entendent uniquement lors des mouvements respiratoires. La température rectale est de 37°5, supérieure d'environ un degré à la normale du malade. Les jours suivants la douleur précordiale diminue lentement, les frottements s'atténuent et disparaissent. Le malade fait encore de nombreuses poussées de congestion pleuro-pulmonaire, et finit par guérir.

Obs. VI. — *Tuberculose pulmonaire. Pleurite précordiale. Palpitations.* — Une autre de nos malades, tuberculeuse fébrile à forme pleurale, a fait à plusieurs reprises des crises de palpitations avec éréthisme cardiaque, accompagnées chaque fois de poussées de pleurite précordiale non douloureuse. L'association des deux phénomènes présentait chez elle la même évidence que chez nos malades précédents, aussi croyons-nous inutile de rapporter son observation détaillée.

Disons cependant que Mme M... était une nerveuse très craintive et très impressionnable.

La révulsion au moyen de pointes de feu sur la région précordiale calmait presque instantanément les palpitations.

Symptomatologie. — On voit, par les observations que nous venons de rapporter, que le tableau de la pleurite précordiale peut présenter des aspects bien différents.

Un de ses symptômes les plus habituels est constitué par les *palpitations*; sur nos six malades quatre sentaient les battements de leur cœur d'une façon plus ou moins accentuée : les uns en étaient simplement incommodés; chez d'autres les palpitations étaient fortes et pénibles; elles s'accompagnaient en général d'un certain degré d'*éréthisme cardiaque*, décelable à l'auscultation du cœur; le pouls était tendu et bondissant. Les palpitations peuvent constituer l'unique symptôme de la pleurite précordiale.

La *douleur spontanée* est aussi fréquente que les palpitations; elle peut être très violente ou ne constituer qu'une simple gêne. Habituellement localisée d'une façon exacte à la région précordiale, elle s'irradie parfois dans le bras gauche.

La *sensation d'étouffement* est assez difficile à distinguer des palpitations quand elle coexiste avec celle-ci, surtout, lorsque les deux phénomènes acquièrent une grande intensité. Mais les troubles respiratoires peuvent exister seuls, comme chez le docteur J... (obs. V), dont la dyspnée, assez vive pour le forcer à rester assis dans son lit, s'accompagnait de *cyanose* des extrémités.

A ces signes fonctionnels il faut ajouter ce que nous appellerions volontiers les *symptômes psychiques* de la pleurite précordiale. L'intensité des troubles cardiaques et respiratoires, le siège de la douleur impressionnent très vivement le malade; ils ont peur de mourir. Un de nos malades, un confrère, croit qu'un anévrisme vient de se rompre dans sa poitrine : peut-être la pâleur de la face et le refroidissement des extrémités qu'il présente à ce moment sont-ils d'origine émotive. D'autres malades font eux-mêmes le diagnostic d'angine de poitrine, et s'angoissent d'autant plus qu'ils se croient atteints d'une façon irrémédiable et menaçante.

A ces signes fonctionnels bruyants, à ces symptômes psychiques, s'opposent les *signes physiques* que nous avons décrits en commençant cette étude. Il faut rechercher de très près les foyers de pleurite précordiale : ils couvrent souvent, surtout au début, une surface insignifiante, et l'on hésiterait, si l'on

n'était prévenu, à rapporter un tableau symptomatique parfois si dramatique à une si petite localisation. En règle les frottements s'étendent au bout de quelques heures ou de quelques jours; on trouve de la pleurite sur une surface plus grande au-devant du cœur, et souvent en d'autres points du thorax. Dès lors, le diagnostic se confirme; il est plus assuré encore, si comme nous l'avons observé maintes fois, à une poussée nouvelle de pleurite correspond une recrudescence des symptômes fonctionnels.

Diagnostic différentiel. — Nous n'insisterons pas longuement sur le diagnostic différentiel de la pleurite précordiale. La *péricardite sèche* a d'autres caractères : ses frottements sont synchrones aux battements du cœur, non aux mouvements respiratoires. L'*angine de poitrine* n'est pas sans grandes analogies avec le tableau symptomatique véritablement *pseudo-angineux* que présentaient certains de nos malades; angoisse, douleurs, irradiations dans le bras gauche, pâleur du visage, refroidissements des extrémités : ce sont là des signes communs aux deux affections. Mais, dans la pleurite, la crise survient spontanément, sans effort; l'angoisse n'est pas une sensation organique et profonde de mort prochaine, c'est plutôt une *anxiété d'origine psychique*, qui tire son origine dans la peur de la mort qu'éprouvent les malades. Aussi, peut-on l'atténuer ou la faire disparaître en affirmant au malade le peu de gravité de son état, tandis que l'angoisse organique de l'angor pectoris vraie est inaccessible aux raisonnements les plus rassurants.

Etiologie et pathogénie. — Comment expliquer qu'une lésion pleurale très minime puisse donner lieu à des symptômes aussi divers?

Leur pathogénie n'est pas univoque. La *douleur précordiale* n'est qu'un point de côté à siège particulier, analogue à ceux auxquels donnent lieu toutes les pleurites. L'*angoisse*, ainsi que nous venons de le voir, est d'origine psychique. Quant aux *palpitations*, à l'*éréthisme cardiaque*, à la *dyspnée*, ils nous semblent devoir rentrer dans la catégorie des phénomènes réflexes. Leur intensité n'est pas faite pour surprendre si l'on se rappelle que des excitations, même légères, de la paroi thoracique, amènent immédiatement des changements de volume du cœur. Les travaux d'Abrams ont rendu classique l'existence de ces réflexes pariéto-cardiaques; il est légitime de les invoquer en présence d'une altération pathologique qui atteint brusquement, ainsi que le font les poussées de pleurite, la paroi précordiale.

La *nature* même de la pleurite ne paraît exercer aucune influence sur ses manifestations. Par contre le *terrain* sur lequel elle se développe semble avoir une très grande importance; presque tous nos malades étaient des *nerveux* avérés; deux d'entre eux présentaient des signes d'*artério-sclérose*. Nous avons, par contre, observé à plusieurs reprises des pleurites précordiales absolument silencieuses chez des malades dont le système nerveux et le système vasculaire étaient complètement normaux : l'état de ces appareils paraît jouer un très grand rôle dans le déterminisme des accidents de la pleurite précordiale.

Traitement. — Un même traitement est applicable à toutes les pleurites précordiales : la *révulsion* est toujours suivie d'un soulagement immédiat. On peut la pratiquer sous ses divers modes : ce sont les ventouses, sèches et scarifiées, et surtout les pointes de feu, qui nous ont paru agir le plus efficacement. La *thérapeutique psychique*, qui consiste à rassurer entièrement les malades, n'est pas non plus à négliger. Il faut enfin appliquer à chaque cas la médication qui paraît indiquée par l'affection causale, grippe, rhumatisme, tuberculose.

L'OLÉCRANE

POSSÈDE NORMALEMENT DEUX POINTS D'OSSIFICATION

Par M. J. ANDRIEU,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck.

Il est de règle en pathologie ostéo-articulaire que les os voisins d'une articulation malade voient leur ostéogénèse excitée. Ce fait peut être contrôlé dans tous les cas, tout au moins pendant la période d'activité de la culture infectieuse et d'ailleurs quelle que soit la nature de cette culture, tuberculose, syphylis, ostéomyélite, etc.

C'est au genou qu'on peut le plus facilement l'observer. Pendant les deux premières années d'une arthrite tuberculeuse, par exemple, les épiphyses tibiale et fémorale voisines sont plus volumineuses et l'irritation des cartilages de conjugaison donne un allongement du membre variant d'un 1/2 à 1 ou 2 centimètres. De même dans la coxalgie, quoique à un moindre degré, ce qui s'explique par ce fait que le cartilage supérieur du fémur est moins fertile que l'inférieur.

Souvent chez l'enfant qui n'a pas atteint l'âge où se manifestent normalement les points d'ossification, les ostéo-arthrites voisines excitent l'ostéogénèse de façon que ces points apparaissent prématurément. Tels les os du tarse ou du carpe au voisinage des ostéites métacarpiennes ou métatarsiennes chez les enfants de deux à quatre ans, telle l'épiphyse postérieure du calcanéum dans les inflammations de cet os vers l'âge de dix à onze ans.

Cette hyperostéogénèse s'observera au coude comme partout ailleurs.

Si l'on examine la radiographie d'une arthrite tuberculeuse du coude chez un enfant de dix à quatorze ans et dans quelques cas, à une époque beaucoup plus précoce, on remarquera que l'ossification de l'épiphyse cubitale est plus avancée que du côté sain. Si du côté normal le point osseux olécranien n'a pas encore paru, on voit du côté malade une ombre faisant suite à la diaphyse et semblant lui adhérer qui parachève en arrière le contour de la grande cavité sigmoïde et se prolonge

jusque dans la cavité olécranienne de l'humérus en formant une sorte de crochet (fig. 1).

Lorsque le point olécranien existe déjà du côté sain on peut voir du côté malade le crochet bien développé et quelquefois déjà soudé à la diaphyse, mais alors qu'on pourrait croire qu'il représente le

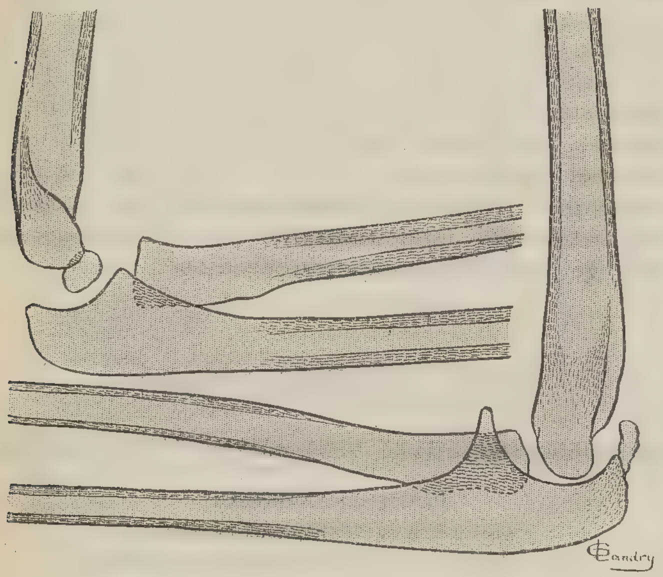


Fig. 1. — *Enfant de cinq ans.* — Arthrite du coude droit. Le point articulaire s'est développé du côté malade.

point normal prématurément apparu, on s'étonne de trouver en arrière de lui un second point paraissant bien l'analogue de celui du côté opposé quoique un peu plus volumineux (fig. 2).

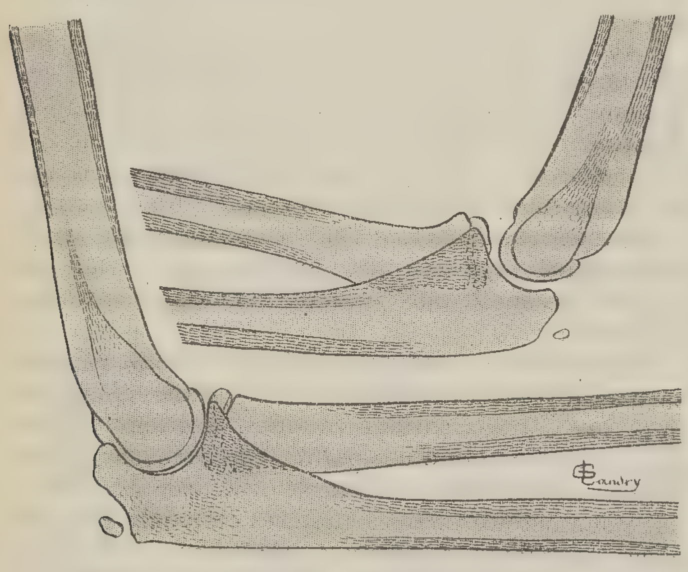


Fig. 2. — *Enfant de neuf ans.* — Arthrite du coude gauche. Le point articulaire s'est développé, puis soudé à la diaphyse. En arrière de lui paraît le point tricipital. Du côté sain, ce dernier apparaît, mais plus petit, et le point articulaire ne se manifeste pas encore.

Cette disposition ne peut s'expliquer que de deux façons : ou bien le crochet appartient à la diaphyse dont il n'est qu'un prolongement, ou bien il est formé par un point spécial épiphysaire et l'olécrâne compte deux points d'ossification.

Le crochet n'appartient pas à la diaphyse, parce qu'il en est séparé par le cartilage de conjugaison ; ce cartilage ne paraît pas le plus souvent dans les radiographies, parce que l'incidence des rayons ne lui est pas toujours rigoureusement parallèle et peut-être aussi parce que, dans le cas d'arthrite du coude, il se soude prématurément à la diaphyse. Mais on le retrouve dans quelques images (fig. 3)

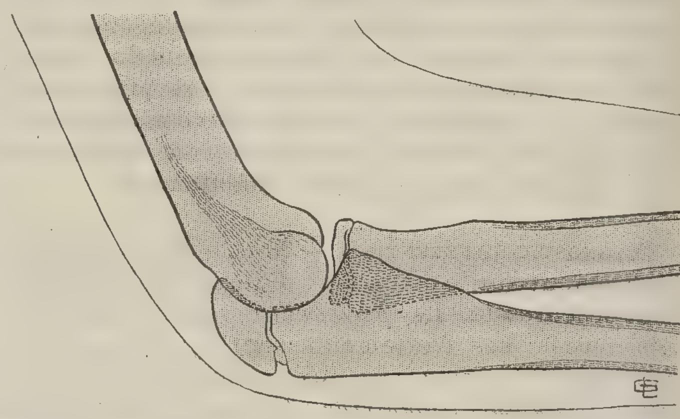


Fig. 3. — *Enfant de quatorze ans et demi.* — Coude sain montrant la situation et la direction du cartilage de conjugaison cubital supérieur.

et dans toutes les pièces anatomiques on voit ce cartilage antéro-postérieur faire saillie dans l'articulation sous forme d'un bourrelet horizontal situé dans la grande cavité sigmoïde un peu plus près du bec de l'olécrâne que de la pointe de la coronoïde.

Puisque le crochet n'appartient pas à la diaphyse et qu'en arrière de lui on voit un point d'ossification, il faut donc admettre que l'*olécrâne possède deux points d'ossification*.

Nous avons vérifié la réalité de cette hypothèse en recherchant les deux points olécraniens dans le riche matériel radiographique de l'hôpital maritime de Berck. Nous avons été assez heureux pour trouver quelques images démonstratives, nous en donnons deux seulement (fig. 4 et 5).

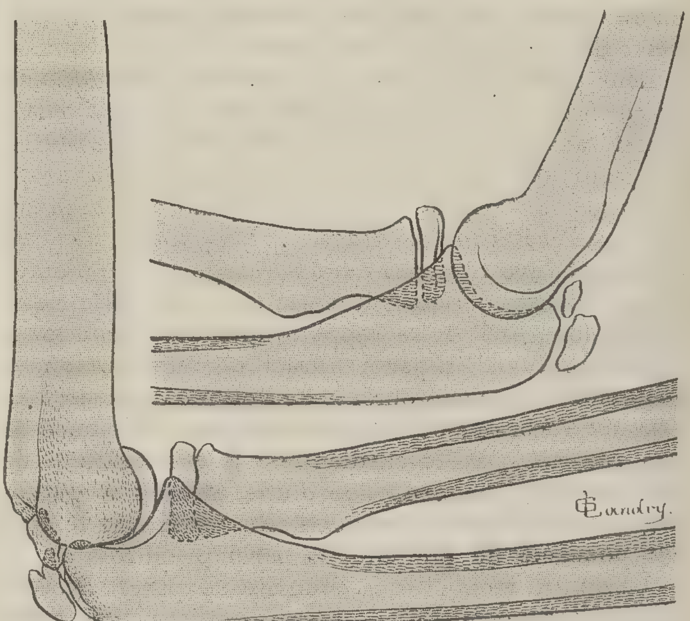


Fig. 4. — *Enfant de douze ans et demi.* — Arthrite du coude gauche. Du côté sain développement normal des deux points. Le postérieur, premier en date, plus volumineux que l'articulaire. Du côté malade (arthrite au début) les deux points sont de volume presque égal. De plus chacun est plus volumineux que le symétrique du côté sain.

Elles nous font voir que l'épiphyse supérieure du cubitus présente deux points d'ossification, l'un

en avant de l'autre. Celui que l'on voit habituellement est le postérieur, *point tricipital* si l'on veut, qui paraît de onze à quatorze ans. L'antérieur, *point articulaire*, parallèle à lui, se développe un peu plus tard et sa croissance, masquée par celle du précé-

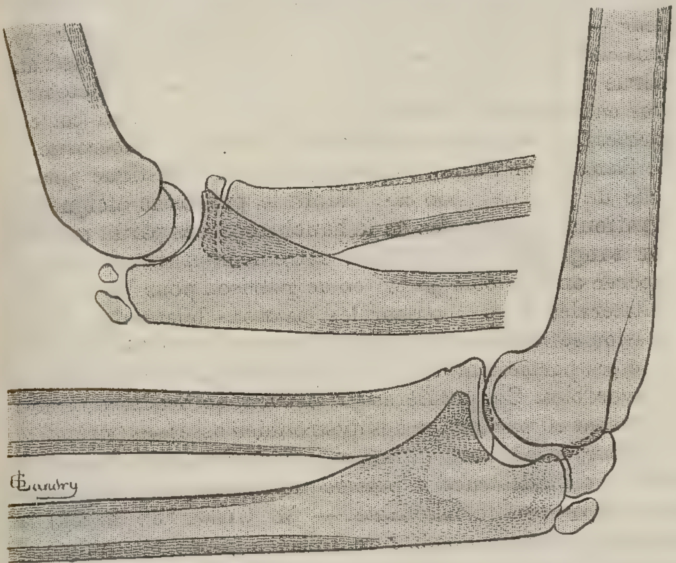


FIG. 5. — *Enfant de treize ans.* — Arthrite du coude droit. Du côté sain mêmes remarques que pour la figure précédente. Du côté malade le point articulaire très volumineux se soudera dans peu de temps à la diaphyse.

dent, passe inaperçue. Quand la jointure est le siège d'une inflammation chronique, le point articulaire se manifeste, au contraire, avant le point tricipital (fig. 1) et l'on voit bien la part que chacun d'eux prend à la formation de l'épiphyse, crochet articulaire d'une part, surface d'insertion du tendon du triceps d'autre part.

Nous avons recherché si les classiques ne faisaient pas mention de ce second point d'ossification. Poirier et Testut le donnent comme signalé par Sappey mais ne paraissent pas l'avoir eux-mêmes observé.

Sappey dit en effet (*Anatomie humaine*, t. I, p. 378) : « On voit naître, de douze à treize ans, l'épiphyse principale de l'olécrâne. Cette épiphyse répond à sa partie supérieure et postérieure c'est-à-dire à l'insertion du triceps brachial au sommet du coude. A treize ou quatorze ans un autre point osseux se développe au-devant du précédent et donne naissance au bec de l'olécrâne ; les deux points osseux se soudent l'un à l'autre de quatorze à quinze ans et au corps de l'os de quinze à seize le plus souvent... Leur soudure s'opère d'arrière en avant. »

En revanche Cruveilhier et Sée disent (*Anatomie humaine*, t. I) : « Un point d'ossification pour l'olécrâne qui apparaît vers sept ou huit ans. »

Rambaud et Renault (*Origine et développement des os*, 1864, pl. 20) ne figurent qu'un seul point.

De même Debierre (*Atlas d'ostéologie*, 1896) et Tillaux (*Traité d'anatomie topographique*, 1903).

Donc, à part l'ouvrage de Sappey, aucune des anatomies classiques ne mentionne le point articulaire et l'on pourrait supposer que c'est un point complémentaire inconstant. Nous pensons le contraire parce qu'on le trouve presque toujours dans les radiographies du coude faites vers l'âge de douze à quatorze ans et aussi parce qu'on le voit se manifester avec la plus grande régularité dans les arthrites un peu avant cet âge.

C'est encore à la radiographie que nous sommes redevables de cette constatation qu'on ne s'étonnera pas de n'avoir été faite que par un seul auteur, si l'on songe que pour cela il aurait fallu pratiquer des coupes dans les épiphyses cubitales supérieures d'enfants d'un âge bien déterminé. Et l'on sait que les sujets de cet âge ne se voient pour ainsi dire jamais dans les amphithéâtres.

XXIVe CONGRÈS DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 2-7 OCTOBRE 1911 (1)].

COMMUNICATIONS DIVERSES

La rubrique « communications diverses » a été cette année beaucoup moins chargée que les autres années, la plus grande partie de l'attention s'étant reportée sur les rapports et la discussion des trois grosses questions qu'ils traitaient. L'intérêt du Congrès n'a pas paru en souffrir, bien au contraire.

Ce sont les opérations sur la tête, le cou et le thorax qui viennent d'abord à l'ordre du jour. — M. MALHERBE (de Paris) démontre la nécessité d'intervenir rapidement dans l'**antrotympanite aiguë infectieuse**, pénétrer dans la caisse, nettoyer l'antre et drainer. — M. TAILHEFER (de Béziers) a pratiqué trois fois avec succès la suture métallique pour des fractures du maxillaire inférieur. — M. LIPPENS (de Bruxelles) estime que le seul traitement efficace de l'**hémispasme du facial** est l'élongation du nerf. Il a eu l'occasion de le pratiquer deux fois, l'anesthésie locale suffit. — Pour le **pansement du bec de lièvre** opéré, M. ESTOR (de Montpellier) passe un fil à distance de la ligne de suture, en le serrant on empêche celle-ci de couper, et on peut placer sous le fil un bourdonnet de gaze. — MM. BROCA, FRŒLICH, VIDAL remarquent que tout pansement est inutile après l'opération de bec de lièvre, de simples lavages suffisent. — M. VIANNAY (de Saint-Etienne) apporte une statistique de 11 cas de **laryngostomie avec dilatation** pour sténose du larynx selon la méthode de Sargnon. Il faut toujours tenter la fermeture complète d'emblée, bien que la réunion per primam soit l'exception. — M. BÉRARD (de Lyon) vante l'emploi de l'**anesthésie locale pour les laryngectomies totales.** Il a ainsi opéré en deux temps, selon le procédé de M. Le Bec, deux malades qui ont très bien guéri. — Dans un cas de **gangrène pulmonaire** opérée par M. GUYOT (de Bordeaux), la guérison fut obtenue par la seule opération de l'empyème; dans ce cas le foyer de gangrène était un placard superficiel.

Parmi les communications sur la chirurgie viscérale, nous avons noté celle de M. GOULLIOUD (de Lyon) sur les **complications pulmonaires en chirurgie gastrique.** A côté des autres causes banales de ces complications (refroidissement, embolies tardives, faiblesse du cœur), M. Goullioud pense que la cause principale revient à la pneumonie par aspiration due à la paralysie pharyngo-glottique dans l'anesthésie profonde et peut-être à des troubles réflexes glottiques dus aux manœuvres opératoires elles-mêmes. La position basse de la tête pendant l'opération obvierait de façon certaine à cette complication. — M. BUSCARLET (de Genève) vante les bienfaits de l'**héliothérapie dans le traitement de la cystite tu-**

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 116, p. 1651; n° 118, p. 1683, et n° 123, p. 1752.

berculeuse. On obtiendrait ainsi, non seulement la sédation rapide des douleurs, mais la guérison complète de la cystite. — MM. Rochet et Thévenot (de Lyon) nous parlent d'une complication heureusement rare des vieux rétrécissements : les **destructions de l'urètre profond en arrière d'anciens rétrécissements**. Dans ces cas, la muqueuse urétrale se détruit entièrement, et les glandes, la prostate subissent une fonte progressive. L'évolution est indolente. Ni les urétrotomies, ni les urétrectomies, ni le drainage par le périnée n'enrayent la marche de l'affection qui ne cède qu'à dérivation vésicale par une cystostomie sus-pubienne. — MM. Cathelin, Boulanger et Grandjean apportent au Congrès leur **statistique hospitalière d'un millier d'explorations cystoscopiques réno-vésicales**, soit 554 cystoscopies simples et 368 cathétérismes de l'uretère pratiqués depuis quatre ans à l'hôpital d'urologie. Outre quantité de détails que cette longue expérience leur a permis de signaler, ils en tirent les conclusions suivantes : α. prédominance du calcul et du cancer vésical chez l'homme; β. fréquence égale de la tuberculose rénale dans les deux sexes; γ. la déficience considérable du rein droit chez la femme (127 fois à droite, 65 fois à gauche); δ. la nécessité fréquente de l'examen cystoscopique chez l'homme après soixante-dix ans, qui ne se retrouve pas chez la femme; ε. la fréquence des rétentions pyélitiques chez la femme (36 femmes, 3 hommes); ζ. la fréquence du butage de la sonde uretérale à 4 ou 5 centimètres de la vessie (40 cas).

M. Kirmisson (de Paris) rapporte une observation curieuse de **calcul de l'uretère chez l'enfant**, enlevé et guéri par uretérotomie. Il ne connaît que 18 observations analogues; 11 fois le calcul était à droite, et 15 fois dans la région pelvienne au niveau du fond du cotyle. — M. Psaltoff (de Smyrne) a pu réunir neuf observations d'**enkystements pelvipéritonitiques antérieurs**. La plupart succédaient à l'accouchement, dans un cas il s'agissait d'un kyste hydatique antéutérin suppuré. — M. de Rouville (de Montpellier) a eu à opérer un **pyosalpinx non tuberculeux chez une vierge**. La culture démontra la présence de staphylocoques et de diplocoques que l'inoculation montra peu virulents. — M. de Boucaud (de Bordeaux) a eu à intervenir pour un cas de **fibrome utérin avec absence de vagin**. En raison de l'anomalie, l'opération fut très pénible. — M. Jayle (de Paris) montre que la laparotomie pour annexites présente l'inconvénient de ne pas permettre de soigner l'utérus, de faire un curettage par exemple. Dans certains cas, il préfère le **traitement conservateur opératoire, en un temps, des lésions inflammatoires des annexes et de l'utérus avec l'aide de la pélycoscopie**, ce qui peut se traduire ainsi : on pratique le curettage utérin, on résèque le col s'il est nécessaire, puis, exécutant une colpotomie, avec la valve éclairante de de Ott, on enlève l'une ou les deux trompes malades, ménageant les ovaires. Cette intervention qui traite toutes les lésions présente le minimum de shock et de dangers d'infection. — La **phlébite dans l'évolution des fibromes utérins** n'est pas très rare (115 p. 100) pour M. Duvergey (de Bordeaux). Tantôt c'est la compression des troncs veineux par un fibrome volumineux ou enclavé qui est en cause, plus rarement c'est l'infection qui est alors produite au niveau de la muqueuse utérine ulcérée (polypes); on conçoit l'intérêt qu'il y a à dépister une telle complication en évolution avant d'intervenir. — M. Lancial (d'Arras) cite trois observations d'**anurie par tumeur kystique de l'ovaire**. Il s'agissait de compression des deux uretères au niveau du détroit supérieur. L'ablation de la tumeur, et à son défaut la marsupialisation, constituent l'intervention logique dans ces cas.

Parmi les orateurs qui sont venus parler de la chirurgie des membres nous citerons M. Phocas qui nous rapporte l'histoire de deux malades ayant présenté à la suite de la pose d'appareils trop serrés de l'avant-bras de la **paralysie ischémique de Volkmann**. Chez l'un de ces malades il a pratiqué une myoplastie des corps musculaires avec élongation. Dans certains cas où l'on est amené à intervenir sur les os, M. Phocas propose la résection des os du carpe. — M. Mencière (de Reims) avec figures à l'appui expose les allongements tendineux, greffes tendineuses, ostéotomies destinées à combattre les déviations de la paralysie spasmodique du membre supérieur. — M. Dupuy de Frenelle (de Paris) nous montre que dans certaines **fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus** il y a intérêt dès le début du traitement à maintenir le bras en abduction, c'est la règle pour la fracture du col chirurgical, et pour la fracture isolée de la grosse tubérosité. — M. Redard (de Paris), s'appuyant sur sa statistique personnelle de près de 1 000 cas, établit le **pronostic éloigné des luxations congénitales de la hanche opérées par la méthode non sanglante**. Si l'on opère entre deux et six ans, on peut espérer obtenir 85 à 90 p. 100 de guérison pour les luxations unilatérales, 30 p. 100 pour les luxations bilatérales. L'articulation se reforme, mais très lentement, et les radiographies répétées permettent de suivre les modifications favorables ou défavorables. Ces dernières qui peuvent se produire tardivement sont en particulier des dystrophies osseuses portant sur le fémur et pouvant entraîner la coxa vara par affaissement de l'os, ou la destruction plus ou moins complète de la tête et du col par ostéite raréfiante. — M. Calot (de Berck) fait défiler un certain nombre de malades guéris de coxalgie, de mal de Pott, etc. — M. Judet (de Paris) nous montre une pince qu'il a imaginée pour le **redressement forcé des pieds bots**, qui rappelle un peu la vieille clef anglaise de O. Thomas. — Dans un cas de **sciatique rebelle**, M. Delangre (de Tournai) pratiqua la libération et la dissociation de la cinquième paire lombaire. Les nerfs furent ensuite isolés à la paraffine. La guérison persiste depuis dix ans.

Parmi les communications sur des sujets de chirurgie générale, notons le curieux emploi que M. Lardennois (de Reims) vient proposer du **liquide d'hydrocèle en thérapeutique**. Depuis deux ans il a eu l'occasion de l'employer 34 fois (2 cas d'hémophilie, 6 hémorragies, 26 cas d'infection), dans les cas où on emploie le sérum frais. C'est un sérum vivant qui est diurétique, mais surtout bactériolytique et leuco-activant. La difficulté est qu'il doit être employé frais, et il faut avoir sous la main un malade à ponctionner, on injecte dans la peau ou dans le péritoine 20 centimètres cubes, et plus au besoin, mais il ne faut pas renouveler l'injection à cause de l'anaphylaxie. Les résultats ont été très bons. — M. Reynès (de Marseille) vante les qualités de l'**enfumage iodé** par la méthode de Louge (1). Les vapeurs d'iode à l'état naissant constituent un puissant modificateur des tissus en particulier dans les tuberculoses locales et les cancers inopérables. La combustion d'un tampon de coton imprégné d'iodoforme suffit à les produire. On peut alors porter le tampon au voisinage des parties à enfumer, ou recueillir les vapeurs dans une ventouse, un entonnoir, un enfumoir spécial, une seringue. On peut encore saupoudrer d'iodoforme les tissus malades et l'enflammer avec le thermocautère. — MM. Guillot et Dehelly (du Havre) décrivent leur technique personnelle de l'**emploi de la tuberculine dans le traitement des tuberculoses chirurgicales**, en particulier la tuberculose rénale.

M. Calot (de Berck) pose cette question au Congrès : **doit-on opérer les tuberculoses externes chez l'enfant?** Inutile de dire la réponse que se fit à lui-même l'orthopédiste berckois. — M. Coley (de New-York) expose les résultats obtenus par sa méthode de **traitement conservateur des sarcomes des os longs** au moyen des toxines mêlées de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. Il possède maintenant 107 observations et des guérisons remontant à neuf ans, à treize ans. — M. Ceci

(1) Voir Louge. L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs d'iode en thérapeutique locale, *Gaz. des hôp.*, nº 86, 1er août 1911.

(de Pise) décrit une **méthode générale d'amputation des membres** favorable à la nutrition et à la fonction du moignon.

— Dans une salle du Congrès le docteur WALTHER avait exposé sa collection de pièces d'appendicite chronique, et le docteur LAMBOTTE les radiographies des fractures qu'il a opérées. Notons enfin des présentations d'instruments par MM. GOURDET (de Nantes), REYNÈS (de Marseille), DAM (de Bruxelles.

— Dans la séance plénière, qui terminait le Congrès, M. Delorme a été élu président du prochain Congrès, et le professeur Kirmisson, vice-président. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1911)

Etats physiologiques influençant les phénomènes d'anaphylaxie (grossesse). — M. DUFOUR fait remarquer que certains états physiologiques ont vraisemblablement une influence sur le développement des phénomènes anaphylactiques, la grossesse est au nombre de ceux-ci. En voici une observation typique. Une femme au cours de sa grossesse absorbe du poisson (raie) et présente à la suite une éruption érythémateuse et ortiée avec légère élévation de la température. Or jamais auparavant cette malade n'avait mal été impressionnée par le poisson. A deux autres reprises le même aliment reproduisit aggravés chaque fois les mêmes symptômes. Dès que cette femme eut accouché il fut impossible dans les mêmes conditions de reproduire la fièvre et l'urticaire.

Neurotropisme d'alarme du 606. — MM. SICARD et BIZARD relatent l'histoire clinique de trois sujets atteints de syphilides cutanées et chez lesquels une première injection intraveineuse de 50 centigrammes de 606 détermina de *petits* accidents neurotropiques consistant en céphalée, vertiges, bourdonnements d'oreille. Malgré la *persistance* de ces accidents, on pratiqua à huit ou dix jours d'intervalle une seconde injection intraveineuse au même taux. C'est alors que les auteurs furent appelés à voir les malades chez lesquels s'étaient déclarés de *grands* accidents neurotropiques, paralysie faciale et auditive, paralysies oculaires multiples, avec réaction cellulaire intense du liquide céphalo-rachidien. Ces accidents rétrocédèrent du reste, en quelques semaines, sous l'influence de minimes doses de salvarsan (10 centigrammes) associées au traitement mercuriel.

Ces faits montrent qu'il faut être prudent dans le maniement de cette très remarquable médication d'Ehrlich, qu'il faut s'adresser à la méthode des petites doses (30 centigrammes en moyenne), et que, si des accidents nerveux même légers se maintiennent *persistants* après une première injection, on doit tenir grand compte de ce neurotropisme d'alarme.

Pleurite sèche précordiale. — M. Ch. MANTOUX (v. p. 1763).

Psoriasis palmaire et plantaire généralisé. — M. THIROLOIX relate un cas de guérison en cinq jours par injection de 0gr60 de 606.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1911)

Spina bifida. — M. KIRMISSON rapporte quatre observations de spina bifida qu'il a opérés, dès la naissance, avec plus ou moins de succès. Il a pu suivre ces enfants pendant plusieurs années et c'est au point de vue des résultats éloignés de l'opération qu'il croit intéressant de joindre ces faits à ceux dont a parlé M. Savariaud dans son rapport.

L'enfant qui fait l'objet de la quatrième observation avait un spina lombo-sacré. Il fut opéré quelques mois après sa naissance. M. Kirmisson pratiqua l'extirpation de la poche. Dans les autres cas, il avait pu enlever la poche sans l'ouvrir. Dans ce dernier cas, elle se rompit; il la fendit alors. Ses parois contenaient des filets nerveux qu'il dut séparer de la poche et réduire. Il reconstitua le canal rachidien, fit trois plans de suture et ferma la plaie. Cet enfant a guéri. Il a marché à l'âge de deux ans et demi. Il marche bien avec seulement un peu d'abduction du pied gauche. L'intelligence est suffisante; il n'y a pas d'hydrocéphalie. Malheureusement les sphincters ne fonctionnent pas. Il y a incontinence des urines et des matières fécales.

L'examen histologique de la poche a été fait. Sur sa face antérieure se trouvait un tubercule qui a été coloré à l'acide osmique et qui n'est autre que le cône terminal de la moelle. On peut ainsi s'expliquer les troubles physiologiques qui persistent.

Ces faits, joints à d'autres qui n'appartiennent pas à la pratique personnelle de M. Kirmisson, plaident plutôt en faveur de l'intervention dans les cas de spina bifida.

Sur ces quatre enfants, deux ont guéri sans infirmités, deux ont également guéri mais en conservant certains troubles fonctionnels qui ont persisté, sans s'aggraver, après cinq ou six ans. Ces conclusions viennent donc à l'appui de celles de de M. Savariaud. L'intervention peut arriver à guérir les petits enfants atteints de spina bifida. Mais ce qui est surtout intéressant, ce sont les résultats éloignés de ces interventions. Il serait à désirer que les chirurgiens de province fissent connaître leurs observations à ce sujet.

M. PERIER a appris récemment qu'une jeune femme, qu'il a opérée à l'âge de six semaines d'un spina bifida, était actuellement dans un service d'hôpital sur le point d'accoucher. Il fera prochainement connaître cette observation.

M. POTHERAT rappelle que M. Savariaud a fait allusion, dans son rapport, à un cas qui lui appartient, en regrettant de ne pas connaître les résultats éloignés de l'opération. Il s'agit d'une jeune fille actuellement âgée de quinze ans, ne présentant aucun trouble moteur, ni sensitif, parfaitement intelligente et bien complètement guérie.

Dans un second cas, qui date de cinq ans, l'enfant a aussi bien guéri, mais est malheureusement hydrocéphale.

Colites graves. — M. MICHON communique l'intéressante observation d'un jeune homme qui était atteint depuis plusieurs années de colite rebelle, avec diarrhée, dysenterie, ténesme, amaigrissement, œdème des jambes, état général très mauvais. La radioscopie avait montré que les lésions occupaient tout le côlon. M. Michon fit une laparotomie exploratrice et constata que, en effet, tout le côlon était gravement atteint. Il fit un anus cæcal. Il s'ensuivit une grande amélioration. Toutefois, le gros intestin restait toujours enflammé. Après la bouche cæcale, M. Michon fit une iléo-rectostomie. Le malade fut amélioré encore, mais les selles venaient à la fois par l'anus naturel et par l'anus artificiel. M. Michon, trois ans après l'anus cæcal, voulut faire une exclusion complète de l'iléon. Le malade succomba subitement le lendemain.

Dans ces cas de colites rebelles très graves, la cæcostomie semble à M. Michon préférable à l'appendicostomie.

M. SOULIGOUX rappelle les expériences qu'il a faites, sur les animaux, au point de vue de l'écrasement de certaines portions de l'intestin et de leur enfouissement, expériences qui avaient donné de très bons résultats. Il faut reconnaître — et le cas de M. Michon en est la preuve — que les choses ne se passent pas toujours chez l'homme comme chez les animaux.

M. JACOB rappelle que M. Sieur, dans son rapport, a montré que ces cas de colites graves et rebelles demeurent incu-

rables par les moyens médicaux. M. Moty a encore étendu les indications de l'appendicostomie que MM. Jacob et Sieur avaient posées.

L'observation, très intéressante, de M. Michon montre tout le parti que l'on peut tirer de la cæcostomie dans ces cas. Enfin, dans un rapport au Congrès de Bruxelles, M. Segond s'est fait l'éloquent défenseur de l'intervention chirurgicale. L'appendicostomie et la cæcostomie peuvent donc trouver des indications plus fréquentes qu'on pouvait le croire.

Quant à l'iléo-sigmoïdostomie et autres opérations analogues, ce sont là des interventions d'une trop grande importance pour des malades affaiblis, amaigris, émaciés, comme le sont généralement ces malades atteints depuis de longues années de ces colites graves et rebelles. Ces malades supporteraient difficilement, pour la plupart, de pareilles interventions.

En terminant, M. Jacob complète l'observation d'appendicostomie qu'il a communiquée.

Bien que très amélioré, le malade avait conservé des douleurs au niveau de la portion gauche du côlon transverse. M. Jacob fit la laparotomie, trouva de nombreuses adhérences, dont quelques-unes fixaient le côté gauche du gros intestin à la face antérieure de la rate. M. Jacob détruisit ces adhérences. Le malade a parfaitement guéri, et l'appendicostomie s'est fermée d'elle-même.

La hanche à ressort. — M. Rieffel fait un rapport sur un travail de M. Mouchet relatif à cette question. Ce rapport est un document important qui met au point la pathogénie et l'histoire de la hanche à ressort, à laquelle M. Rieffel préférerait donner le nom de ressaut trochantérien.

De la carie costale consécutive aux abcès du foie. — M. Morestin fait un rapport sur un travail de M. Lecomte, médecin de l'armée. Dans ce travail l'auteur étudie les caries costales, les nécroses osseuses qu'on observe parfois à la suite des abcès du foie et de leur traitement chirurgical. M. Chauvel avait déjà appelé l'attention sur ces faits.

M. Lecomte rapporte l'observation suivante. Un malade atteint d'abcès hépatique a été opéré par voie transpleurale. Depuis l'opération, il reste une fistule intarissable. Ouverture, ablation de petits séquestres, grattage de la côte. Nouvelle fistule, nouveau grattage, nouvelle ablation de séquestres. Guérison très lente. M. Lecomte a pu rassembler trois autres observations analogues et il donne une bonne description de ces ostéomyélites costales. Les auteurs n'insistent pas assez sur ces complications fort pénibles qui peuvent résulter du traitement chirurgical des abcès du foie par la voie transpleurale. Il n'est même pas nécessaire que les côtes aient été sectionnées pour qu'elles s'infectent. Il faut distinguer ces infections secondaires de la paroi thoracique des infections tuberculeuses.

La conclusion à tirer de ces faits est que, dans les interventions pour les abcès de la face convexe du foie, il faut agir très largement et assurer un bon drainage. C'est là le meilleur moyen d'éviter ces infections costales secondaires.

M. Lejars pense que, dans certains cas de fistules persistantes, il faut incriminer la paroi thoracique et non le foie lui-même.

Plaies pénétrantes de poitrine. — M. Riche présente un jeune garçon qui a reçu trois coups de couteau dans la poitrine et qui a eu des accidents immédiats consécutifs assez graves. Cependant M. Baudet, comme chirurgien de garde, M. Riche lui-même, comme chirurgien traitant, n'ont pas cru devoir intervenir autrement que par des ponctions, et ce malade a fort bien guéri. Cela prouve qu'en ces matières il ne doit pas y avoir des interventionnistes ou des abstentionnistes, mais que tous doivent être opportunistes.

Paralysie radiale compliquant des fractures de l'humérus. — M. Morestin présente deux malades qui, étant atteintes de fractures de l'humérus, ont présenté de la paralysie radiale. M. Morestin a cru devoir immédiatement intervenir en ouvrant le foyer de la fracture et en dégageant le nerf radial de son enclavement ou de son pincement dans le foyer de la fracture. Résultat immédiat parfait.

MM. Quénu et Schwartz discutent la conduite de M. Morestin dans ces cas et pensent qu'il aurait pu attendre avant d'intervenir.

M. Morestin pense, au contraire, que, dans ces cas, l'indication opératoire était urgente et indiscutable.

Érection du monument Guinard. — M. le Président désigne M. Rochard pour représenter la Société de chirurgie au comité constitué pour l'érection d'un monument au regretté Guinard.

— M. le Président annonce qu'il n'y aura pas de séance mercredi prochain, à cause de la Toussaint.

JURISPRUDENCE

L'ENREGISTREMENT DES DIPLOMES

D'après l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910, les docteurs en médecine doivent, dès leur établissement dans une ville, faire enregistrer leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Mais lorsqu'il s'agit de débutants, qui viennent de passer leur thèse qui leur a conféré définitivement le titre de docteur en médecine, la situation est un peu différente. En effet il ne sont pas encore en possession de leur diplôme. Que doivent-ils faire ? Ils doivent simplement faire enregistrer et viser le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté ou l'école professionnelle dûment autorisée. Ce certificat, établi conformément aux instructions de la circulaire du ministre de l'Instruction publique du 15 octobre 1885, doit être rendu en échange du diplôme. (V. circulaire du ministre de l'Intérieur du 2 juillet 1910, *Bull. off. Min. Int.*, 1910, p. 308.) Cet enregistrement du certificat est en quelque sorte une mesure provisoire, permettant aux jeunes docteurs d'exercer immédiatement. Mais lorsqu'ils sont en possession de leur diplôme, ils doivent le faire enregistrer et viser aussitôt. Cet enregistrement est fait sans frais : il est, par conséquent, dispensé des droits de timbre et d'enregistrement. (Solution de l'enregistrement, 20 déc. 1893.)

Quelques difficultés d'interprétation se sont produites en ce qui concerne l'enregistrement des diplômes des médecins exerçant déjà l'art de guérir lors de la promulgation de la loi du 14 avril 1910. Doivent-ils ou non le faire viser et enregistrer? Une distinction est à établir. Le médecin a déjà fait enregistrer son diplôme sous l'empire de la loi de 1892, ou bien il l'a négligé avant l'application de la loi du 30 novembre.

Deux cas peuvent se présenter dans la première hypothèse. Le médecin ne change pas de ville : il n'a pas à se préoccuper de ces formalités; en effet, la loi du 14 avril 1910 ne prescrit que pour l'avenir. La Cour de cassation, qui a interprété les dispositions de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, l'a affirmé expressément. Le médecin change de ville, et transfère son domicile dans un autre département : il doit satisfaire aux prescriptions de la loi de 1910.

Dans la seconde hypothèse, le médecin exerce l'art de guérir avant l'application de la loi de 1892, et il n'a pas fait enregistrer son diplôme de docteur. Doit-il se soumettre aux prescriptions de la loi du 14 avril 1910? L'enregistrement du diplôme était déjà prescrit par la loi du 19 ventôse an XI pour les docteurs en médecine ou en chirurgie et les officiers de santé. Les médecins établis avant la mise en vigueur de la loi de 1892 devaient donc avoir fait enregistrer leur

diplôme. Mais certains pouvaient avoir négligé de le faire. Peuvent-ils y être contraints en vertu de la nouvelle loi ? Non, peut-on répondre avec certitude, en se basant sur la jurisprudence de la Cour de cassation. Cette cour, en effet, ayant à trancher la difficulté en ce qui concernait l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, a nettement déclaré, d'une part, que les médecins ne pouvaient tomber sous l'application de la loi de ventôse an XI, car elle était abrogée par celle de 1892 ; et, d'autre part, que celle-ci ne disposait que pour l'avenir, c'est-à-dire obligeait à faire enregistrer leur diplôme les médecins seulement qui pratiquent leur art depuis la mise en vigueur de la nouvelle loi ou qui ont, depuis cette date, soit interrompu l'exercice de leur profession, soit transféré leur domicile dans un autre département. (Cour de cassation, 5 juillet 1895, trois arrêts : *Sirey*, 1895, 1re part., p. 384. — Voir également Cour de Bourges, 4 avril 1895, *Dalloz périod.*, 1900, 1re part., p. 441.)

L'exercice de la médecine, sans l'enregistrement du diplôme dans les délais et conditions fixés par la loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs, susceptible de modération pour circonstances atténuantes (art. 27) [loi du 30 nov. 1892, art. 22].

Quant aux étudiants autorisés à exercer la médecine, l'obligation de l'enregistrement est remplacée par le contrôle préfectoral qui résulte de la nécessité pour eux d'obtenir un arrêté d'autorisation.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. André Lacoste, interne médaille d'or, pour la place de prosecteur titulaire, et la nomination de M. Kervraun, élève du service de santé de la marine pour la place de prosecteur adjoint.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le conseil supérieur. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeur sont réparties entre diverses catégories de savants, savoir : 1° les médecins; 2° les bactériologistes; 3° les chimistes physiciens et pharmaciens; 4° les fonctionnaires sanitaires; 5° les hydrologues et géologues; 6° les ingénieurs et architectes.

La vacance actuelle s'est produite, par la mort de M. le docteur Griffon, parmi les places d'auditeur réservées aux médecins; c'est donc parmi les médecins que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres dans un délai de quinze jours expirant le 12 novembre 1911, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) (4e bureau).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auffret, inspecteur général de première classe de la marine, du cadre de réserve, ancien président du Conseil supérieur de santé de la marine.

Nous adressons à son fils, le docteur Auffret, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, nos bien vives condoléances.

LA PRIME DE NATALITÉ A LA NOUVELLE-CALÉDONIE. — Par un récent arrêté, le gouverneur de la Nouvelle-Calédonie a accordé une prime à la natalité des indigènes.

Cette prime est de dix francs. Elle est versée à la mère, chaque fois qu'elle déclare la naissance d'un nouvel enfant.

Cette mesure, qui constitue un secours appréciable, aura pour but de faciliter le fonctionnement de l'état civil des tribus, récemment instauré.

Elle empêchera la femme canaque d'abandonner ses enfants, et de l'empêcher de se faire avorter : les pratiques abortives sont en effet courantes dans le Pacifique.

Le gouverneur de la Nouvelle-Calédonie vient aussi de créer l'assistance médicale. Il compte l'étendre au fur et à mesure de l'amélioration de la situation financière, déjà en excellente voie. P.

CONFÉRENCES POUR LES ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE. — M. le docteur E. Rist fera, dans son service de l'hôpital Laënnec, à partir du 4 novembre, une série de conférences pour les étudiants de première année, ayant pour objet :

1° Les méthodes stéthacoustiques et stéthoscopiques d'exploration des organes respiratoires (percussion, auscultation, radiologie);

2° L'interrogatoire des malades et la rédaction des observations cliniques.

Les conférences auront lieu les mardis, jeudis, samedis, à onze heures.

Au cours de la visite précédant chaque conférence, les élèves seront exercés individuellement à percuter et à ausculter.

S'inscrire dans le service auprès de M. Rolland, interne.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES. — Le docteur Henri Claude, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera son enseignement clinique le samedi 4 novembre, à dix heures et demie, salle de consultation Axenfeld.

Programme. — Le mercredi, à dix heures, consultation externe; le samedi, à dix heures et demie, conférence-clinique; les autres jours, visite dans les salles, à dix heures.

COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE (professeur : M. R. BLANCHARD). — M. le professeur R. Blanchard, actuellement en mission à la Faculté française de médecine de Beyrouth, commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale à une date qui sera ultérieurement indiquée. Il le continuera pendant le deuxième semestre, jusqu'à complet achèvement de son programme.

Programme du cours. — Parasitisme et infection. Animaux venimeux. Les récents progrès de la parasitologie.

MÉDECINE LÉGALE (professeur : M. THOINOT). — L'enseignement du semestre d'hiver comprendra : 1° l'enseignement théorique à la Faculté ; 2° l'enseignement pratique à la morgue, au laboratoire de toxicologie et à l'infirmerie spéciale du dépôt.

I. *Enseignement théorique.* — Cet enseignement théorique, qui sera complet en quatre mois, aura lieu les lundis, mardis, jeudis, vendredis et samedis de chaque semaine, à six heures du soir, amphithéâtre de pharmacologie, pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février, à partir du lundi 6 novembre 1911.

Le cours sera fait, en novembre et décembre, par M. le professeur Thoinot, en janvier et février, par M. Balthazard, agrégé.

II. *Enseignement pratique.* — *A.* Conférences de médecine légale pratique. Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine, à deux heures, à la morgue, à dater du 8 novembre 1911.

Elles seront faites, en novembre et décembre, par M. Vibert, chef des travaux; en janvier et février, par M. le professeur Thoinot.

Ces conférences sont réservées aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant subi le troisième examen de doctorat. — Les cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté.

B. Conférences pratiques d'anatomie pathologique et de chimie appliquée à la médecine légale et à la toxicologie. Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), les mardis, jeudis, samedis.

C. Conférences de médecine légale psychiatrique. Ces conférences seront faites le samedi, à dater du 18 novembre 1911, à trois heures, par M. Dupré, agrégé, médecin en chef adjoint de l'infirmerie du dépôt, 3, quai de l'Horloge (infirmerie spéciale).

Ces conférences sont réservées aux docteurs en médecine, aux internes des hôpitaux et aux étudiants ayant subi le troi-

sième examen de doctorat. — Les cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE (professeur : M. MARFAN). — M. le professeur Marfan commencera le cours de thérapeutique le jeudi 9 novembre 1911, à cinq heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Programme du cours. — Médications applicables aux affections des voies digestives et aux maladies de la nutrition. — Opothérapie.

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE. — M. Paul Carnot, agrégé, commencera ses conférences le lundi 6 novembre 1911, à cinq heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme des conférences. — 1° L'art de formuler. — 2° Médicaments non étudiés dans le cours du professeur. — 3° Crénothérapie (eaux minérales) et climatothérapie. — 4° Récapitulation générale sous forme de rédactions d'ordonnances et de régimes.

Les conférences de thérapeutiques complètent le cours du professeur Marfan, en sorte que l'enseignement de la thérapeutique sera terminé en quatre mois.

Le laboratoire d'enseignement est ouvert les lundis et vendredis de deux heures trois quarts à quatre heures trois quarts.

Le laboratoire de recherches est ouvert aux étudiants qui veulent approfondir, pour leur thèse, un sujet de thérapeutique.

CONSULTATION DE MÉDECINE (docteur PISSAVY, hôpital Necker). — A partir du 6 novembre 1911, tous les matins, à dix heures, examen de malades par les élèves du service. Le mercredi, à onze heures, présentation de malades. Le samedi, à onze heures, leçons de thérapeutique usuelle.

Cet enseignement est spécialement réservé aux élèves de première année. Leur nombre sera limité à dix.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Anselme Schwartz, agrégé, commencera ces conférences le mardi 7 novembre 1911, à quatre heures (grand amphithéâtre, école pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — Maladies chirurgicales de la tête, du cou et du rachis.

CONFÉRENCES DE CHIMIE BIOLOGIQUE. — M. L. C. Maillard, agrégé, commencera les conférences de chimie biologique le mardi 7 novembre 1911, à six heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Sujet des conférences. — Les constituants chimiques de l'organisme, étude des tissus.

NOTES POUR L'INTERNAT

ESPACES INTERCOSTAUX

DÉFINITION. — On désigne sous le nom d'espaces intercostaux les régions situées dans l'intervalle de deux côtes, entre la colonne vertébrale en arrière, le sternum en avant.

NOMBRE. — Aspect général. Au nombre de vingt-deux, onze de chaque côté (ce chiffre pouvant varier avec les anomalies costales), numérotés de haut en bas, les espaces intercostaux représentent à peu près des rectangles, convexes en dehors, à grand axe dirigé d'arrière en avant, de haut en bas. La largeur d'un même espace est plus étendue en arrière, portion intercostale proprement dite, qu'en avant, portion interchondrale.

Quant à la largeur des espaces les uns par rapport aux autres, les opinions diffèrent : pour Richet et Tillaux, le plus large est le troisième, puis le second et le premier, les derniers espaces étant les plus étroits ; pour Sappey, les deux premiers sont les plus larges, les suivants se rétrécissent progressivement pour s'élargir à nouveau à partir du huitième espace.

L'espace le plus long est le sixième espace intercostal.

CADRE ET LIMITES DE L'ESPACE. — L'espace intercostal forme une véritable boîte à pourtour solide ostéofibreux et à parois aponévrotiques. Le cadre osseux est représenté : *en haut* par la gouttière costale de la côte sus-jacente, limitée en dehors par le bord inférieur tranchant de la côte, lèvre inféro-externe ; et en dedans par la ligne oblique de la face interne de la côte, lèvre supéro-interne qui se perd dans le bord inférieur costal vers le tiers antérieur de l'espace ; *en bas* par le bord supérieur de la côte sous-jacente, mince dans son tiers antérieur, épais dans ses deux tiers postérieurs où il est soit excavé en gouttière, soit partagé en deux versants par une crête médiane ; *en arrière* par le rachis, articulations costo-vertébrales, ligament cervico-transversaire intercostal ou transverso-costal supérieur ; *en avant* par le sternum et les articulations chondrosternales pour les espaces supérieurs ; par les cartilages costaux pour les espaces inférieurs dont les deux derniers restent ouverts en avant.

Les parois aponévrotiques de l'espace sont représentées : *en dehors* par une aponévrose nacrée assez mince allant d'une face costale externe à l'autre, s'épaississant en avant pour former les ligaments interchondroïdes ; *en dedans* par une aponévrose dite aponévrose sous-pleurale, aponévrose endothoracique, plus mince que la précédente.

CONTENU DE L'ESPACE INTERCOSTAL. — C'est dans ce cadre que viennent se disposer les organes de l'espace et les muscles intercostaux.

Les **muscles intercostaux** sont au nombre de deux pour chaque espace : intercostal externe et interne, revêtant la forme de l'espace, mais plus courts que lui, les externes ne dépassant pas le cartilage costal en avant, les internes ne dépassant pas l'angle costal en arrière.

Les muscles intercostaux externes sont formés de fibres dirigées parallèlement de haut en bas, d'arrière en avant. Ils naissent par des fibres charnues et quelques fibres aponévrotiques de la lèvre externe de la gouttière de la côte sus-jacente pour s'insérer en bas sur le bord supérieur de la côte sous-jacente. Les muscles supérieurs arrivent presque au contact du sternum. Les muscles intercostaux internes ont des fibres dirigées obliquement de haut en bas, d'avant en arrière, en sens inverse du muscle précédent. Ils naissent classiquement de la lèvre interne de la gouttière de la côte supérieure pour s'insérer en bas sur le bord supérieur de la côte sous-jacente, derrière l'intercostal externe. Pour Souligoux, les insertions supérieures sont différentes. En arrière de l'espace les intercostaux manquent presque, remplacés par l'aponévrose interne épaissie, et leurs rares fibres s'insèrent sur la lèvre interne ; à la partie moyenne le muscle naît par des fibres nombreuses de la lèvre externe de la gouttière costale et par des fibres clairsemées de la lèvre interne de la même gouttière. Quelques fibres remontent sur la face interne de la côte sus-jacente, se continuant avec les fibres de l'intercostal de l'étage supérieur. Tout en avant l'intercostal interne supplée à l'absence de l'intercostal externe et naît surtout de la lèvre externe de la gouttière.

On ne peut guère admettre dans la description des espaces intercostaux les muscles surcostaux, grands et petits, allant d'une apophyse transverse à la face externe des ou de la côte sous-jacente, entre la tête et la tubérosité costale ; ni non plus les muscles sous-costaux allant de la face interne d'une côte à la face interne de la ou des côtes sous-jacentes.

La description des muscles intercostaux permet de comprendre qu'il existe un **ESPACE INTERMUSCULAIRE**. Les classiques le décrivaient comme étant triangulaire, à base supérieure, situé entre les deux intercostaux, s'amincissant progressivement en avant, rempli de tissu cellulo-graisseux, permettant le passage du paquet vasculonerveux. Pour Souligoux, l'espace intermusculaire n'existe qu'en arrière, et en avant l'on trouve entre les muscles une aponévrose, rendant la dissection des muscles difficiles et continuant dans l'espace

intercostal le bord externe du ligament cervico-transversaire intercostal. Et c'est alors dans un dédoublement de l'intercostal interne que vont cheminer, à ce niveau, vaisseaux et nerfs.

Les artères intercostales ont de multiples origines et sont plusieurs par espaces. 1° Les artères intercostales postérieures, au nombre de sept à neuf, naissent de l'aorte, et vont aux neuf derniers espaces. Dirigées en haut en dehors, elles se divisent en face des trous de conjugaison en deux branches : l'une, dorsospinale, se porte en arrière, se distribuant à la moelle, aux muscles spinaux, émettant un rameau vertébral et des perforants postérieurs, l'autre est l'intercostale proprement dite qui gagne l'extrémité postérieure de l'espace, au niveau du tiers moyen de sa hauteur. Elle se dirige alors d'arrière en avant, dans l'espace intermusculaire, se plaçant sous la gouttière costale au niveau de la partie moyenne de l'espace. Puis dans son tiers antérieur, elle chemine dans l'intercostal interne, s'abaissant de nouveau vers le tiers moyen de la hauteur de l'espace, et se termine par anastomose avec la branche supérieure de l'intercostale antérieure. Durant son trajet elle donne une branche, au niveau de l'extrémité postérieure de l'espace, qui va suivre le bord supérieur de la côte sous-jacente, des perforantes latérales, à leur partie moyenne, des perforantes antérieures en avant. 2° Les artères intercostales antérieures, branches de la mammaire interne, sont au nombre de deux par espace. Chacune suit respectivement le bord supérieur et inférieur de l'espace, s'anastomose avec son homologue venue de l'intercostale postérieure. Ainsi se trouve formé un cadre artériel, avec anastomoses réunissant les branches supérieures et inférieures à travers l'espace. D'autres anastomoses se font à la face interne des côtes entre étages voisins.

L'artère intercostale supérieure, née du tronc cervico-intercostal de la sous-clavière, donne trois branches pour les trois premiers espaces. Enfin accessoirement on peut trouver des rameaux de la thoracique postérieure (1er espace), de la mammaire externe (3e et 4e espaces), de la mammaire interne accessoire (1er, 2e, 3e espaces).

Les veines intercostales sont calquées sur les artères. Les veines postérieures gagnent la grande azygos à droite, les supérieures gauches gagnent la petite azygos supérieure gauche, les inférieures gauches la petite azygos inférieure. Les veines antérieures se jettent dans la mammaire interne ; et les veines intercostales supérieures se jettent à droite dans la veine intercostale supérieure droite, tributaire de l'azygos, à gauche dans la petite azygos supérieure gauche.

Les lymphatiques pour les classiques sont au nombre de deux par artère, aboutissant à des ganglions postérieurs qui forment deux chaînes droite et gauche paravertébrales. Pour Sébileau les lymphatiques se rendent à plusieurs groupes : les antérieurs vont au groupe des ganglions de la mammaire interne, situés dans les fossettes de Souligoux, les postérieurs se rendent au groupe prévertébral en avant des têtes costales, en dehors les lymphatiques se rendent au groupe axilllaire, en haut au groupe cervical ; certains atteindraient en bas le groupe inguinal.

Les nerfs intercostaux sont au nombre de douze, branches antérieures des nerfs dorsaux. Sorti du trou de conjugaison le nerf passe en avant du ligament transversocostal et se trouve au milieu de l'espace pour gagner ensuite la gouttière sous-costale. Il se termine en avant en traversant l'aponévrose externe, le grand pectoral ; c'est là le perforant antérieur. Latéralement il fournit un perforant latéral. Chaque nerf innerve les deux muscles de son espace. De plus le premier intercostal envoie un rameau au plexus brachial, le deuxième une anastomose au brachial cutané interne, le quatrième et le cinquième innervent le triangulaire sternal, les six derniers le diaphragme et les quatre derniers les muscles larges abdominaux.

Rapports intrinsèques des vaisseaux et nerfs : à la partie moyenne de l'espace on trouve sous la gouttière de haut en bas, de la profondeur à la superficie : la veine, l'artère, le nerf. Importance de cette donnée pour la ponction pleurale.

RAPPORTS. — Rapports des faces superficielles ; les espaces supérieurs répondent en arrière aux muscles grand dentelé, rhomboïde et trapèze ; sur les côtés au creux de l'aisselle, à la face interne au bras ; en avant aux muscles pectoraux, à la glande mammaire ; les espaces inférieurs répondent en arrière au grand dorsal et à l'iliocostal ; sur les côtés à la peau et au tissu cellulaire, en avant au grand dentelé, grand oblique et grand droit.

Rapports profonds. On trouve successivement le tissu sous-pleural, la plèvre et ses culs-de-sac ; à gauche on trouve encore le péricarde et le cœur. De plus par l'intermédiaire du diaphragme, il y a des rapports avec les organes abdominaux : foie à droite, estomac en avant et à gauche.

PHYSIOLOGIE. — Les espaces intercostaux se transforment avec le temps respiratoire : l'extrémité antérieure se relève dans l'inspiration, s'abaisse dans l'expiration. (Pour la physiologie des muscles intercostaux, voir Poirier, *myologie*.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 30 sept. 1911.) GALLEMAERTS : Perforation de la voûte orbitaire. — HERMAN : L'albumino-réaction des crachats chez les tuberculeux. — LAUWERS : L'exohystéropexie dans le traitement du prolapsus utérin ; — Utérus bicorne à grossesses multiples.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (Nos 8-9, août-sept. 1911.) L. JACQUET et DEBAT : Essai sur l'action trophique du mercure et du salvarsan chez les syphilitiques. — TEREBINSKY : Qu'est-ce que les bacilles « jaunes » (Unna) de la lèpre ? — P. G. UNNA : Réponse à M. Terebinsky sur les bacilles jaunes de la lèpre.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (No 9, sept. 1911.) CIVELLI : Sur une méthode personnelle relativement simple d'hypophysectomie par les voies naturelles. — MERMOD : Comment remédier à l'écartement du pavillon de l'oreille. — GAULT : De la voie buccale comme voie d'accès sur la région péri-amygdalienne et l'espace maxillo-pharyngien.

Annales médico-psychologiques. — (No 2, sept.-oct. 1911.) MAIRET : Le vagabondage constitutionnel des dégénérés. — Henri DAMAYE : La confusion mentale et ses associations.

Archives de médecine des enfants. — (No 10, oct. 1911.) Jules COMBY : L'asthme chez les enfants. — Victor VEAU : Les incurvations rachitiques de la jambe et leur traitement chirurgical. — Jules COMBY : Pneumokystes hydatiques du foie.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (No 9, sept. 1911.) LŒPER : La mort rapide dans les cancers du foie. — RIVA et SAMARANI : Contribution à l'étude de la digestion du lait naturel et du lait fermenté acide dans l'estomac des adultes.

Archives générales de chirurgie. — (No 9, 25 sept. 1911.) Ch. MONOD et J. VANVERTS : De l'anévrismorraphie. — L. DELBEZ : Les cicatrices péritonéales du canal inguinal et leur rôle dans l'étranglement herniaire et la rétention testiculaire. — René LE FORT : Technique opératoire de l'ectopie testiculaire inguinale ou iliaque. — MAUCLAIRE : Essais de traitement sanglant des fractures diaphysaires avec des bagues et des plaques amovibles engainantes.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 sept. 1911.) CRAWFORD : Revue des travaux et recherches chimiques faites en vue de la détermination des principes actifs de l'ergot de seigle. — CABANÈS : La vie aux eaux (*suite*).

Bulletin médical. — (No 75, 27 sept. 1911.) MÉRIEL : A propos d'un hémothorax à rechute dans une plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver et des indications thérapeutiques en pareil cas.

Bulletin médical de l'Algérie. — (No 15, 25 sept. 1911.) L. PRON : A propos du bord inférieur de l'estomac. — SCHOULL : L'hectine et l'hydrargyre dans le traitement de la syphilis. — CIAVALDINI : Projet de construction d'une salle de désinfection à l'hospice d'El Arrouch.

Centralblatt für innere Medizin. — (No 35, 2 sept. 1911.) HERZFELD : Méthode nouvelle pour le dosage des acides du suc gastrique et ses avantages cliniques.

Clinique. — (No 38, 22 sept. 1911.) TERRIEN : Signification et valeur pronostique de la kératite interstitielle. — MERKLEN : Comment distinguer les vomissements du nourrisson hyperalimenté de ceux du nourrisson hypoalimenté. — MAC-AULIFFE : A propos d'une revue générale sur le tempérament thyroïdien. — (No 39, 29 sept.) TRIBOULET : Syndrome péritonéal. Syndrome entérique. Leur valeur dans la septicémie à pneumocoque. — LEVEN : Faim, soif, sommeil et défécation. — BABONNEIX : Les albuminuries.

Echo médical du Nord. — (No 40, 1er oct. 1911.) Jean MINET et Jules LECLERQ : L'anaphylaxie en médecine légale. Son application à la détermination d'une tache de sperme. — L. DUBAR et E. VERHAEGHE : A propos d'une tumeur du testicule droit en ectopie inguinale (*fin*).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 34, 24 août 1911.) KRUSIUS : Tuberculose expérimentale de l'œil. — HOFFMANN : Transmission de la syphilis à l'aide d'une culture pure de spirochètes isolés de l'homme. — KROMAYER : Traitement chronique de la syphilis par le salvarsan. — HAHN : Traitement de la chorée par le salvarsan. — JOANNIDÈS : Action du salvarsan sur la bilharzia. — FOGARASI : Remarques sur la pathogénie de la pseudo-cirrhose péricardique de Pick. — REINHARDT : Le bouton d'Orient. — PERUSSIA : Intoxication saturnine et réaction de Wassermann. — HEYMANN : Sur la chirurgie des vaisseaux. — KRAEMER : Stérilisateur à vapeur pour les petites quantités de pansements.

Medizinische Blätter. — (No 17, 2 sept. 1911.) FUCHS : Question de demeure et état. — (No 18, 16 sept.) MAIXNER : Endocardite ulcéreuse maligne. — (No 19, 7 oct. 1911.) HOSKOVIC : L'enfant nerveux et aliéné à l'école.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (No 35, 29 août 1911.) V. BERGMANN et PLESCH : Sur l'hyperglobulie. — KATZENSTEIN : Thromboses veineuses et encéphalite hémorragique dans les thromboses des sinus. — RIELÄNDER : Importance de l'hydrocéphalie dans l'accouchement. — MANGOLD : Paralysie de l'estomac dans la narcose par inhalation. — TRÖMMER et DELBLANCO : Neuro-récidive après le salvarsan. — HARNAK : Quelques particularités du café et procédé de Thum pour la purification et l'amélioration du café. — FACKENHEIM : Nouvelles voies pour la guérison de l'épilepsie. — JACOBAEUS : Méthode simple pour évacuer complètement les exsudats pleuraux séreux ou purulents. — FORKEL : Indications pour l'emploi de l'hormonal. — PAYR : Pansement d'urgence et désinfection à la teinture d'iode. — KUHN : Augmentation du sang par défaut d'oxygène. — FRIEDLÄNDER : Contribution à l'intoxication par l'aniline.

Wiener klinische Wochenschrift. — (No 35, 31 août 1911.) PRIBRAM : Sur la présence de soufre neutre dans l'urine ; son utilisation dans le diagnostic du carcinome. — MAYRHOFER : Emploi du sérum de Deutsatmann dans les phlegmons dentaires graves. — FIEBER : Contribution à la connaissance du prolapsus intestinal. — VOLK : Les formes atypiques du psoriasis. — (No 36, 7 sept.) PASCHKS et NECKER : Nouvelles expériences sur l'emploi diagnostique de la réaction conjonctivale en urologie. — MICHELI : Effets immédiats de la splénectomie dans un cas d'ictère hémolytique acquis splénomégalique type Hayem-Widal. — WINKLER : Contribution à l'étude du méningocèle traumatique. — FRANK : Adénome prostatique enlevé par aspiration. — (No 37, 14 sept.) KAPPEL : Recherches sur la fixation du complément dans la scarlatine et la rougeole. — KOLLERT : Sur la forme scaphoïde de l'omoplate. — DANIELOPOLU : Sur la pathogénie de la bradycardie ictérique. — KANNGIESSER : Phytonoses. — N. HERZ : Le nouveau modèle de mon sphygmomanomètre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


L'ELIXIR DE VIRGINIE
SOUVERAIN CONTRE VARICES
HEMORRHOÏDES
VARICOCÈLES, PHLÉBITES
ACCIDENTS DU RETOUR D'AGE
CONGESTIONS ET HÉMORRAGIES DIVERSES
PORTE TOUJOURS LA SIGNATURE
NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
•Échantillon gratuit : PHARMACIE MORIDE, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 30 octobre (matin). — MM. Carpanetti, 7; Marchak, 4; Durand (Albert), 10; Hartemann, 6; Vinçotte et Daudet, 3; Salès, 6; Küss, 7; Baudet, 3.

Séance du 30 octobre (soir). — Mlle Monbiot, MM. Flandrin et Lévy, 7; Alibert, 4; Butin, 7; Garcin, 6; Escallier, 9; Mlle Landesmann, 7; M. Imbert (Georges), 3; Mlle Peltier, 8.

Séance du 31 octobre. — MM. Ferrand, 4; Sénèque, 5; Rouché, 2; Barat, 9; Krebs, 8; Debray, 5; Schulmann et Claude, 6.

Pathologie. — Séance du 30 octobre. — MM. Quercy, 11 1/2; Barbary, 10; Reilly, 12; Viguerie, 11; Charbonnier, 5; Moulonguet, 11; de Butler-d'Ormond et Houlbert, 6; Morisson-Lacombe, 10; Gerber, 6.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Dagorn, Denès, Gaudin, Gaborit, Pinel et Mlle Glotain, internes titulaires; de MM. Le Pendu et Blanchard, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Luneau, Allanic, Saquet, Rambaud, Rio, Coubard, Lesire, Duverger, Hervy, Monnier, Kerbrat, Marchand, Le Bourhis, Voyer, Guégan, Prévost, Barbanneau, Martin.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 10 novembre 1911.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé pour le premier semestre de l'année scolaire 1911-1912 est accordé sur sa demande et pour raisons de santé à M. le professeur Albarran. M. Chevassu, agrégé, est chargé pendant la durée de ce congé du cours de clinique des maladies des voies urinaires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Mme Lore-Marquet, décédée à Bordeaux le 16 juin 1910, a légué à l'Université de Bordeaux une somme de 100 000 francs pour l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat, dont les arrérages seront distribués chaque année aux jeunes gens qui auront obtenu, avant l'âge de vingt-cinq ans, le diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux avec la mention *très bien*.

En conséquence, les jeunes docteurs appelés, à partir du mois de novembre 1911, par leur âge et la note obtenue à l'examen de thèse, à bénéficier du legs, sont invités à faire constater au secrétariat de la Faculté, dans le plus bref délai après la soutenance, leurs droits au partage des arrérages de l'année.

Ces arrérages seront distribués à la fin de l'année scolaire dès que le Conseil de la Faculté ou la Commission scolaire déléguée à cet effet aura constaté, par l'examen des dates de naissance et des procès-verbaux des soutenances de thèses de l'année scolaire, que les jeunes docteurs bénéficiaires des avantages de la fondation remplissent exactement les conditions stipulées par la testatrice.

Les intéressés devront retirer au secrétariat de la Faculté de médecine, ou faire retirer par une personne munie de leur autorisation écrite, à partir du 5 août de chaque année, les mandats de paiement établis en leur nom.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 22 avril 1912, devant la Faculté de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Caen. — M. Danjou, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

M. Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

M. Rosset, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de l'Université de Caen, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, pendant la durée de la délégation de M. Chrétien dans la chaire de chimie et toxicologie (du 1er novembre au 31 décembre 1911).

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — La prochaine assemblée générale statutaire aura lieu le samedi 4 novembre prochain, à cinq heures précises, à la Faculté de médecine, salle des thèses n° 2.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente réunion; 2° allocution du président; 3° allocution du secrétaire général; 4° lecture de la correspondance, candidatures; 5° rapport de M. Claisse sur le droit de reproduction des cliniques; 6° mise à l'étude de questions nouvelles.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1790.)*

REVUE GÉNÉRALE

LES ANGINES (1)

Par M. PILOD,
Médecin aide-major au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

III. **Angines à spirilles.** — Ces angines sont représentées par deux types : l'*angine ulcéro-membraneuse de Vincent* et l'*angine syphilitique*.

Nous décrirons d'abord l'angine de Vincent, due à l'association d'un bacille fusiforme avec un spirille qui sert de transition naturelle entre l'étude des angines à bacilles et celles à spirilles.

ANGINE A SYMBIOSE FUSO-SPIRILLAIRE. — C'est M. le professeur Vincent, du Val-de-Grâce, qui, en 1898, a nettement séparé cette forme du groupe confus des angines *diphtéroïdes*, en en décrivant les agents : un bacille fusiforme et un spirille associés.

Dans sa forme légère, cette affection, qui frappe surtout les sujets de dix-huit à trente ans des deux sexes, est caractérisée par l'existence sur l'amygdale d'une ulcération en coup d'ongle, recouverte d'un enduit grisâtre fétide, sans retentissement marqué sur l'état général du malade.

Dans sa forme moyenne, la plus fréquente, elle débute par des phénomènes généraux : inappétence, fièvre (38 à 39 degrés), état saburral. La dysphagie apparaît bientôt avec du ptyalisme et l'on voit sur les deux amygdales, ou sur l'une d'elles, une fausse membrane blanc grisâtre qui cache une muqueuse érodée et saignante. Bientôt sa chute découvre une excavation ronde ou ovalaire, à base non indurée, à surface recouverte d'une pulpe grisâtre qui se reproduit quand on l'enlève. En même temps, on constate un engorgement marqué des ganglions sous-maxillaires. La dysphagie augmente et la fétidité de l'haleine apparaît. Sous l'influence de la teinture d'iode la lésion se répare en quelques jours.

La description de la forme grave se superpose à celle de la gangrène de la bouche et du pharynx : elle évolue vers la perforation de la joue, l'ulcération de la carotide, après envahissement de toute la cavité buccale.

Contagieuse, l'angine de Vincent est due à un bacille fusiforme presque constamment associé à un spirille. Le bacille fusiforme est très allongé, semé de vacuoles incolores, droit ou incurvé et se groupe par deux ou trois amas. Il se décolore par la méthode différentielle de Gram. Le spirille est long, flexueux, très mobile. Malgré des tentatives de cultures impures plus ou moins couronnées de succès, on n'a jamais pu isoler complètement le fusiforme et le spirille et faire la preuve de leur rôle pathogène respectif en les inoculant séparément ou associés.

Cependant, comme écrit Athanarice dans sa thèse inaugurale (Paris 1900), « le grand nombre de bacilles fusiformes et de spirilles dans la fausse membrane, la reproduction de la fausse membrane tout le temps que végètent abondamment les microbes, la détersion de la muqueuse dès que la flore bacillo-spirillaire commence à décroître, sont autant d'arguments propres à faire admettre le rôle de ces microbes dans la genèse de l'amygdalite ulcéro-membraneuse ».

ANGINES A TRÉPONÈMES. — Les seules connues sont les angines de la syphilis dans ses manifestations primaire, secondaires et tertiaires.

Nous n'entrerons pas dans leur description détaillée qui nous ferait sortir du cadre de cette étude. Rappelons simplement que le chancre de l'amygdale se diagnostique par sa dureté ligneuse, par l'adénopathie caractéristique, la gêne persistante à la déglutition, etc., et surtout que son développement peut se faire sous le masque trompeur de l'angine aiguë (Fournier), de l'angine diphtérique, de l'angine ulcéreuse, voire même de l'épithélioma. Parmi les accidents secondaires, à côté des banales plaques muqueuses, signalons l'amygdalite aiguë syphilitique qui correspond à une réaction en masse de l'amygdale, due vraisemblablement à une infection secondaire (Benoist, Thèse de Paris, 1890). Citons enfin les gommes et les ulcérations tertiaires.

Dans toutes ces manifestations on a pu retrouver le treponema pallidum de Schaudinn. On le décèle facilement à l'ultra-microscope dans la sérosité que l'on fait sourdre du chancre ou de la plaque muqueuse soigneusement détergés. On le met également en évidence dans la gomme en en grattant les parois et en examinant le produit de grattage à l'éclairage latéral. On n'a pas encore réussi à le cultiver.

IV. **Angines mycosiques.** — Les champignons parasites, que l'on trouve le plus souvent à la base du syndrome angineux, appartiennent au genre *saccharomyces*. Le *leptothrix* a été rencontré dans un certain nombre de cas. Quant à l'*actynomyces bovis*, il paraît exceptionnellement en cause.

ANGINES A SACCHAROMYCES. — Parmi les angines à saccharomyces, le muguet pharyngien est connu de longue date. L'*endomyces albicans* peut faire, au niveau des amygdales, un exsudat crémeux qui rappelle plus ou moins l'angine diphtérique.

Troisier et Achalme ont observé et décrit une angine analogue due au *saccharomyces anginæ Vuillemin 1901*. Citons encore les cas très rares d'angines dues au *saccharomyces membranogenes Steinhaus 1906* et au *saccharomyces hominis Klein et Gordon*.

Disons enfin que Clerc et Sartory (1908) ont signalé au cours d'angines, et en association avec le pneumocoque et le bacille de Friedlander, une levure ne fournissant pas de spores, déterminant la fermentation alcoolique, invertissant la saccharose, ne saccharifiant pas l'amidon, et donnant au cobaye un abcès circonscrit.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 123, p. 1747.

Angines a leptothrix. — Meunier et Bertheraud ont publié en 1898 (*Presse médicale*) une étude sur l'angine à leptothrix. Découverte par B. Fraenkel, cette affection fut bien étudiée par A. Colin dans sa thèse inaugurale (Paris 1893).

Elle s'observe surtout chez l'adulte et se traduit par une dysphagie tenace, une sensation de chatouillement incessant, et une toux réflexe qui peut être l'unique symptôme.

Cette mycose siège surtout sur la base de la langue et au voisinage de l'épiglotte, souvent sur les amygdales, se développant sur les ponts de muqueuse qui séparent les cryptes amygdaliennes et non dans les orifices cryptiques. Tantôt la lésion se présente sous l'aspect de points blanchâtres, pointus, résistants, en saillie sur la muqueuse ; tantôt sous forme d'îlots saillants, hérissés de petites piques lui donnant l'aspect en crête de coq. Exceptionnellement cette mycose se manifeste par un exsudat blanc jaunâtre rappelant la membrane diphtérique.

Cette affection est remarquable par sa ténacité, qui décourage et désespère les malades qui en sont atteints.

Dans tous les cas, l'examen microscopique montre les filaments de leptothrix qui prennent électivement la coloration de Gram.

IV

Complications. — Les complications des angines peuvent être de deux ordres :

1° Ou bien résulter d'*une simple extension du processus inflammatoire* aux organes voisins : l'angine reste alors une affection locale ;

2° Ou bien correspondre à *une généralisation par la voie sanguine de l'agent infectieux et de ses toxines :* l'angine devient une infection générale.

Parmi les *complications locales* par simple extension du processus inflammatoire, nous ne ferons que citer les phlegmons péri-amygdaliens et pharyngien, les adénophlegmons cervicaux, la stomatite, le coryza, la laryngo-trachéite, le catarrhe aigu de la trompe d'Eustache, l'otite moyenne.

Plus importantes sont les *complications par généralisation de l'agent infectieux ou de ses toxines.*

Ces généralisations infectieuses comportent deux types cliniques de gravité différente. Dans l'un, la quantité ou la virulence des germes sont telles que la septicémie engendrée est rapidement mortelle sans que le microbe ait eu le temps, pour ainsi dire, d'édifier des lésions locales. C'est la septicémie proprement dite. Dans l'autre, le microbe ou ses produits, moins virulents, se répandent dans l'organisme et vont atteindre au loin un organe plus ou moins prédisposé par des altérations antérieures, créant ainsi des lésions à distance qui évoluent en quelque sorte parallèlement à l'angine causale et semblent indépendantes d'elle. C'est ce que les anciens auteurs appelaient la pyohémie.

Parmi les angines qui peuvent être suivies de généralisation septicémique il faut citer au premier rang celles à streptocoques. Jurgensen, Furbringer, Fraenkel, Metzner, Hanot, Dubost, etc., en ont observé des exemples impressionnants. L'angine staphylococcique peut également donner lieu à des septicémies rapidement fatales. Récemment Schneider, Louis et Combe en ont publié deux cas très typiques dans les *Archives de médecine expérimentale* (novembre 1910).

Comme nous le disions tout à l'heure, à côté des manifestations presque foudroyantes se placent les localisations infectieuses ou toxiques à distance qui peuvent siéger dans tous les organes. Nous ne ferons que les énumérer.

Ce sont d'abord les altérations rénales ou périrénales : albuminurie légère, néphrites aiguës ou subaiguës (Sigogue), pyélonéphrites, abcès périnéphrétiques; puis, les localisations parfois multiples aux séreuses : arthrites, péricardites, péritonites, pleurésies (Hanot), méningites (Rendu); les complications nerveuses immédiates ou tardives : paralysies des muscles du voile du palais, de la musculature externe ou interne de l'œil (Fütterer), des membres inférieurs [diphtériques et non diphtériques (Pophillat)], le zona, les névralgies occipitales (Vincent), etc. Du côté de la peau on observe des érythèmes simples (Sallard), noueux (Pétillon), etc. Les atteintes du foie se manifestent sous forme de congestions, ictères infectieux bénins, ictères à forme typhoïde. Des lésions cardiaques et vasculaires ont été décrites par Busquet, Packard, Rœger, Fraenkel, Furbringer, etc.; ce sont la myocardite, l'endocardite, l'aortite, les phlébites. Du côté des glandes génitales, les orchites et les ovarites ont été étudiées par Joal, Teysseyre, Brumauld des Houlières.

Ces complications peuvent être l'œuvre d'un seul microbe ou, plus souvent, le résultat d'une association de deux ou plusieurs germes également virulents. Tel est le cas de la diphtérie à forme polymicrobienne dont on sait l'excessive malignité.

Mais on est allé plus loin : on a considéré que certaines maladies, autrefois regardées comme des entités morbides bien définies, n'étaient que de simples complications infectieuses d'une angine. Tel fut d'abord le cas de l'érysipèle. Peu après, ce fut le tour du rhumatisme articulaire aigu : reprenant la conception de Fidler (1891), de Ferras (1892), de Buss (1895), Charrin a soutenu (*Soc. de biol.*, 1900) que les différents microbes existant dans les exsudats pharyngiens pouvaient provoquer, en se généralisant par voie sanguine, des inflammations exsudatives multiples au niveau des séreuses, créant ainsi le syndrome rhumatismal. On a voulu également faire de l'angine prémonitoire de la scarlatine, de la rougeole, de la rubéole, de la grippe, etc., l'affection primitive dont la maladie ultérieure n'était qu'un prolongement infectieux.

N'y a-t-il pas dans ces cas quelque analogie pathogénique avec ce qui existe pour la méningite cérébro-spinale épidémique, considérée, à l'heure actuelle, comme une complication d'un coryza à méningocoques? Il est permis de le penser, mais on ne pourra l'affirmer que lorsque la bactériologie aura isolé, à la fois dans l'exsudat pharyngien et dans le sang des malades, les agents, encore inconnus, qui engendrent ces maladies infectieuses.

V

Diagnostic. — Il doit être *toujours* clinique et bactériologique. La clinique nous décrit la forme et l'étendue des lésions qu'elle découvre et nous fixe sur leur importance. Il revient à la bactériologie de désigner le microbe ou le parasite qui a provoqué ces lésions et de contribuer ainsi au pronostic et au traitement.

Il est inutile de défendre longuement la nécessité du diagnostic de laboratoire ; il est toujours indispensable, et l'omettre serait s'exposer à des erreurs qui pourraient être fatales au malade. Sans lui — pour ne citer que quelques exemples — combien d'angines diphtériques demeureraient méconnues, combien d'amygdalites syphilitiques seraient prises pour des angines de Vincent et réciproquement.

Nous ne parlerons pas ici du diagnostic clinique, bien étudié dans les classiques, pour examiner seulement comment doit être conduit le diagnostic bactériologique.

Il doit comprendre :

1° L'*examen direct* de l'exsudat, avec et sans coloration.

2° L'*isolement par la culture* (celle-ci pourra être suivie, s'il est nécessaire, de l'identification complète du germe par les moyens ordinaires de laboratoire : milieux différentiels, inoculation, etc.).

1° Examen direct de l'exsudat. — Il est rarement capable à lui seul de désigner, d'une manière définitive, la nature bactérienne d'une angine. En prélevant l'exsudat on prélève aussi le cortège inévitable des saprophytes buccaux et il est difficile de distinguer, au milieu des microbes que l'on a sous les yeux, celui qui a engendré les lésions.

Il faut le pratiquer cependant, car parfois il donne des résultats suffisants pour autoriser une injection de sérum antidiphtérique là où la clinique n'en voyait pas l'indication et surtout parce que cette méthode est la seule qui permette le diagnostic des angines à spirilles.

L'examen direct, sans coloration, sera réservé aux angines dont on soupçonnera l'origine spirillaire. On détergera avec soin la surface des lésions et on en grattera légèrement le fond, de façon à faire sourdre quelques gouttes de sérosité que l'on portera, entre lame et lamelle, sur la platine d'un microscope. On surprendra ainsi très nettement les mouvements caractéristiques du bacille fusiforme, du spirochæta Vincenti, du treponema pallidum. Notons en passant que la présence de l'association fuso-spirillaire n'est pas exclusive de celle du spirille de Schaudinn et que, plus profondément situé, le tréponème existe parfois dans l'ulcération diphtéroïde de l'angine de Vincent.

Quant à la coloration directe de l'exsudat, elle devra comprendre : une coloration simple et un « Gram » ; un « Ziehl » (bacille de Koch) et un « Giemsa » (spirilles), s'il y a lieu. Nous ne saurions trop répéter que ces procédés simples nous permettront rarement de tirer une conclusion ferme sur la nature de l'angine examinée.

2° Les cultures. — Seules les cultures donnent des certitudes. L'exsudat prélevé avec les précautions aseptiques nécessaires, au moyen d'une spatule ou d'un tampon stérile, sera étalé à la surface d'un tube de sérum gélatinisé, puis, sans recharger le tampon, sur un deuxième tube. Après seize à vingt-quatre heures de séjour à l'étuve à 37 degrés, on verra, nettement isolées, si l'ensemencement a été bien fait, les colonies du ou des microbes en cause.

Quelquefois, insuffisamment renseigné par leur aspect morphologique et leurs propriétés de coloration, on devra avoir recours à une identification plus précise du germe isolé.

Etant donné le peu de matériel nécessaire et la simplicité de la technique, il nous paraît indiqué de pratiquer systématiquement l'examen bactériologique de toutes les angines décelées par la clinique. Une telle pratique mettrait à l'abri d'erreurs grossières et permettrait l'emploi d'une thérapeutique opportune.

VI

Traitement. — Depuis que la nature infectieuse de l'angine a été reconnue, on a cherché à instituer une thérapeutique spécifique pour chacune de ses variétés.

Or, en l'état actuel de nos connaissances bactériologiques, le traitement spécifiqne des maladies infectieuses se résume à l'emploi de la *sérothérapie* et de la *vaccinothérapie*.

La sérothérapie antimicrobienne et antitoxique fut d'abord essayée avec grand succès contre l'angine diphtérique. Il est inutile d'insister sur son efficacité, actuellement reconnue par tous : elle constitue une arme précieuse contre la diphtérie toxémique. D'autres tentatives dans le même sens furent faites, notamment contre l'angine streptococcique avec le sérum de Marmoreck, dont l'emploi donna, d'après Dubois (Thèse de Lille, 1895-1896), des résultats encourageants.

La vaccinothérapie, mise en honneur par Wright n'a pas encore été appliquée au traitement des angines. Elle devrait être tentée cependant, semble-t-il, dans ces cas à formes chroniques, traînants, où les traitements ordinaires se montrent absolument inefficaces.

De même l'angine tuberculeuse à forme subaiguë ou chronique paraît justiciable de la tuberculinothérapie ou de l'emploi des corps immunisants de Spengler dont on a rapporté récemment les heureux résultats dans la cure des formes apyrétiques de la tuberculose pulmonaire et rénale (Gernsheim, Wolff, Selter, Hollos, Castaigne, Gouraud, etc.).

Mais on ne fait qu'entrer actuellement dans la voie des traitements spécifiques et on devra se borner dans la majeure partie des cas à la mise en œuvre des méthodes thérapeutiques usuelles : collutoires, gargarismes, lavages, etc.

Il faut mettre à part cependant l'angine syphilitique qui réclame le traitement mercuriel ordinaire et l'angine de Vincent qui cède rapidement à l'application biquotidienne de *teinture d'iode pure* sur l'ulcération amygdalienne.

Enfin on sait que les angines d'origine mycosique tirent le plus grand bénéfice de l'emploi de l'iode intus et extra.

*
* *

Telles sont, trop rapidement exposées en ce long article, les notions actuelles sur la question des angines qui appelle encore bien des recherches. Nous avons conscience d'avoir seulement effleuré ce sujet très vaste qui, pour être traité d'une façon complète, exigerait de considérables développements.

Notre but, plus modeste, était de montrer, dans une vue d'ensemble, l'état de nos connaissances sur cet important syndrome. Nous renvoyons le lecteur, s'il veut préciser les détails, aux travaux scientifiques énumérés dans notre bibliographie que nous avons essayé de rendre, pour cela, aussi complète et aussi claire que possible.

BIBLIOGRAPHIE

Généralités. — LASÈGUE. *Traité des angines.*
PETER. *Dict. encyclop. des sc. méd.*
KANNENBERG. *Zeit. f. klin. Med. von Frerichs und Leyden*, 1880, vol. I, fasc. 3.
BOUCHARD. *Revue de méd.*, 1883 et 1891.
LANDOUZY. *Progrès méd.*, 4-11 août 1883.
DAUCHEZ. *France méd.*, 7 déc. 1887.
BOBONE. *Boll. dell. malat. della gola*, 1er juillet 1888.
ROUSSEAU. Th. de Paris, 1888.
JURGENSEN. *Berl. klin. Woch.*, 1888.
DESCOUY. Th. de Paris, 1890.
JEANSELME. *Gaz. des hôpit.*, 25 janv. 1890.
RICHARDIÈRE. *Semaine méd.*, 2 sept. 1891.
VEILLON. Th. de Paris, 1893-1894, et *Arch. de méd. expérim.*, 1er mars 1894.
ROMANE. Th. de Paris, 1891-1892.
WIDAL et BEZANÇON. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1894, p. 627.
MANUEL. Th. de Paris, 1894-1895.
LEMOINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 déc. 1895; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895.
H. BOURGES. *Semaine méd.*, 1895, p. 293.
BOULLOCHE. *Les angines à fausses membranes*, coll. Charcot-Debove.
RUAULT. *Traité* Charcot, Bouchard, Brissaud.
ESCAT. *Maladies du pharynx*, 1901.
MOURE. *Traité des maladies de la gorge*, 1904.
ROQUES. *Traité* Brouardel et Gilbert, 1906.
GUÉRIN. Th. de Paris, 1906-1907.
DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne.*

Variétés bactério-cliniques. — I. ANGINES A MICROCOQUES.— 1° *Angines à diplocoques.* — ROUX et YERSIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888-1890.
MOREL. Th. de Paris, 1891.
MARTIN. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1892 et 24 mai 1893.
CHAILLOU et MARTIN. *Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1894.
MARFAN. *Semaine méd.*, 1902.
BELLILE. *Arch. de méd. navale*, 1907, t. XXVIII, n° 12, p. 317.
GUIMEZANES. Th. de Bordeaux, 1907-1908.

2° *Angines à streptocoques.* — FRAENKEL. *Soc. de méd. int. de Berlin*, juin 1887.
FÜRBRINGER. *Ibid.*
MANFREDE TRAVERSA. *Giorn. int.*, 1888.
METZNER. *Berl. klin. Woch.*, 22 juillet 1889.
KURTH. *Berl. klin. Woch.*, 11 nov. 1889.
BOURGES et WURTZ. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.
D'ESPINE et MARIGNAC. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890.
VON LIGELSHEIM. *Zeit. f. Hyg.*, 1891-1892.
HANOT. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mai 1891.
SEUDTNER. *Münch. med. Woch.*, 30 juin 1891.
BOURGES. Th. de Paris, 1891; — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1892, n° 15.
SALLARD. Th. de Paris, 1892.
LEGENDRE et P. CLAISSE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1892.
BAGINSKY. *Arch. f. Kind.*, t. XIV, 3-8, et *Berl. klin. Woch.*, 1892, n° 9.
MUSSY. Th. de Paris, 1892.
BARBIER. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1892.
William HALLOCK. *New-York Med. record*, 30 july et 6 aug. 1892.
MAROT. Th. de Paris, 1893.
VEILLON. *Arch. de méd. expérim.*, 1894.
DUBOIS. Th. de Lille, 1895-1896.
GOUGUENHEIM. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 juillet 1896.
LE DAMANY. *Acad. de méd.*, 19 sept. 1899.
Carl JANSON. *Hygiea*, juin 1902.
ŒTTINGER. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 fév. 1906.

3° *Angines à staphylocoques.* — FRAENKEL. *Arch. f. pathol. anat.*, sept. 1888.
CORNIL et BABÈS. *Les Bactéries.*
NETTER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, juin 1891.
MARTIN. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892.
REDON. *Gaz. hebd.*, 1892.
BAGINSKY. Loc. cit.
MARTIN et CHAILLOU. Loc. cit.
ROQUE. *Lyon méd.*, 1896.
KRETZ. *Soc. de méd. int. de Vienne*, 17 mai 1906.

4° *Angines à tétragènes.* — DIEULAFOY et APERT. *Presse méd.*, 1898.
APERT. *Soc. de biol.*, 20 janv. 1898.
CARRIÈRE. *Revue de méd.*, juin 1902.
GUILLAIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1907.

5° *Angines à pneumocoques.* — CORNIL. *Journ. des conn. méd.*, 1886.
GABBI. *Lo Sperim.*, 1889.
NETTER. *Soc. de biol.*, 1890; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1891, et *Revue d'hygiène*, 1899.
JACCOUD. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1891, et *Semaine méd.*, 1893, p. 346.
RENDU. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1891.
MÉNÉTRIER. *Semaine méd.*, mars 1891.
Mlle WEINBERG. Th. de Lille, 1894-1895, et *Soc. méd. des hôpit.*, 19 oct. 1900.
DURIEUX. Th. de Lille, 1901-1902.

II. ANGINES A BACILLES. — 1° *Angines à bacilles diphtériques.* — HOME. *Nature, cause and cure of the croup*, Edinburgh 1765.
S. BARD. *Risearches on the nature of the dure throat*, New-York 1771.
BRETONNEAU. *De la Diphtérite*, Paris 1826.
VIRCHOW. *Arch. f. pathol. anat. und physiol.*, 1847.
PETER. *Recherches sur la diphtérie*, 1859.
WAGNER. *Arch. der Heilk.*, 1866.
LABADIE-LAGRAVE. Th. de Paris, 1873.
KLEBS. *Congrès de Wiesbaden*, 1883.
LŒFFLER. *Mitt. aus dem Reichsgesund.*, 1884, Bd. II.
ROUX et YERSIN. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1888-1889-1890.
GRILLET. *Bull. méd.*, 1889.
HÜGUENIN. Th. de Paris, 1890.
WURTZ et BOURGES. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.
DAURIAC. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1890.
RABOT et PHILIPPE. *Arch. de méd. expérim.*, 1891.
GIRODE. *Revue de méd.*, 1891.
LYONNET. *Bull. méd.*, 1891.
BARBIER. *Arch. de méd. expérim.*, 1891.
HAUSHALTER. *Revue méd. de l'Est*, 1891.
KÖPLIK. *Arch. f. Ped.*, 1892.
MARTIN. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892, et *Bull. méd.*, 1894.
LONGUET. *Semaine méd.*, 1892.
FRAENKEL. *Berl. klin. Woch.*, 1892.
RABOT. *Lyon méd.*, 1893.
HAAS. Th. de Paris, 1894.
ABEL. *Deut. med. Woch.*, 1894.
ORLOWSKY. *Dent. med. Woch.*, 1894.
FISCHL. *Prager med. Woch.*, 1896.

FAGUET. Th. de Bordeaux, 1896-1897.
LESIEUR. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1901, et Th. de Lyon, 1902.
LEGROS. Th. de Paris, 1902.
GAUQUELIN. Th. de Paris, 1902.
BOURCART. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1903.
MAIRE. Th. de Paris, 1903-1904.
AUCHÉ. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux 1904.
MONNIER. *Gaz. méd.*, Nantes 1904.
DRIERGOWSKY. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1905.
MARFAN. *Leçons cliniques sur la diphtérie*, 1905.

2° *Angines à bacilles de Koch.* — BUZENET. Th. de Paris, 1858.
JULLIARD. Th. de Paris, 1865.
TRÉLAT. *Arch. gén. de méd.*, 1870.
ISAMBERT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1871.
MARTINEAU. *Soc. méd. des hôpit.*, 1874.
FERRÉOL. *Soc. méd. des hôpit.*, 1874.
BUCQUOY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1875.
SPILLMANN. Th. de Paris, 1878.
DUCROT. Th. de Paris, 1879.
BARTH. Th. de Paris, 1880.
BRUNEAU. Th. de Paris, 1887.
HERMONDIER. Th. de Paris, 1888.
RAULIN. Th. de Paris, 1889.
WITHMANN. Th. de Paris, 1893.
RETHI. *Presse méd.*, 1893.

3° *Angines à bacilles de Friedlander.* — Max STOOSS (Suisse), 1895.
HÉBERT. Th. de Paris, 1896.
WCC PAKES. *The med. Journ.*, 1897.
NICOLLE et HÉBERT. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1897, p. 67; — *Presse méd.*, 1899, n° 7, et 1902, n° 44.
A. BILLET. *Presse méd.*, 1899, n° 19.
CIONINI. *Riforma med.*, anno 19, n° 24.
DESCOS. *Presse méd.*, 1902, n° 19.
VALENTIN. Th. de Nancy, 1907-1908.

4° *Angines à bacillus coli.* — WIDAL et Juhel RÉNOY. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév. 1894.
LERMOYEZ, HELME et BARBIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin 1894.
MARTIN et CHAILLOU. Loc. cit.
LEMOINE. Loc. cit.
DE BLASI et RUSSO TRAVALI. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1896.

5° *Angines à bacilles typhiques.* — OULMONT. *Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1869.
PETER. Loc. cit.
DUGUET. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1883.
DÉRIGNAC. Th. de Paris, 1883.
SCHAEFFER. Th. de Paris, 1889.
BENDIX et BICKEL. *Deut. med. Woch.*, 5 juin 1902.
BLUM. *Semaine méd.*, 22 janv. 1908.
LÜDIN. *Corresp. Bl. f. Schweiz Ærtzte*, 20 août 1910.

6° *Angines rares à bacilles spéciaux.* — VERNET. Th. de Lyon, 1894-1895.
NICOLAS. *Arch. de méd. expérim.*, 1898.
BOUSSENOT. Th. de Bordeaux, 1900-1901.

III. ANGINES A SPIRILLES. — 1° *Angines à association fuso-spirillaire de Vincent.* — H. VINCENT. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 mars 1898.
LEMOINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1898.
BERNHEIM et ABEL. *Centralbl. f. Bact.*, 1898.
LEOARRET. *Revue hebd. de laryngol.*, 1898.
H. VINCENT et SACQUÉPÉE. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 janv. 1899.
H. VINCENT. *Ann. intern. de laryngol.*, 1898 et 1904.
CHAUCHARD. Th. de Paris, 1898.
PANOFF. Th. de Nancy, 1898-1899.
RAOULT et THIRY. *Soc. franç. de laryngol.*, 1899.
ATHANASIA. Th. de Paris, 1899-1900.
COSTARD. Th. de Paris, 1899-1900.
LESUEUR. Th. de Paris, 1900.
LETULLE. *Presse méd.*, 1900.
H. VINCENT. *Soc. méd. des hôpit.*, 1er fév. 1901, et *Soc. de biol.*, 1901.
CARNOT et FOURNIER. *Soc. de biol.*, 9 et 16 fév. 1901.
SIREDEY. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1901.
SALOMON. *Deut. med. Woch.*, 22 août 1901.
SIMONIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 déc. 1901.
DOPTER. *Gaz. des hôpit.*, 1902.
MONTIGNY. Th. de Paris, 1902-1903; — *Semaine méd.*, 1903, p. 181.
MOIZARD et GRENET. *Arch. de méd. des enf.*, 1904.
WIDAL et DARÉ. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1904, p. 388 et 205, et 1905, p. 341.

2° *Angines à tréponèmes.* — RODET. Th. de Lyon, 1857.
FOURNIER. *Union méd.*, 1858.
BUZENET. Th. de Paris, 1858.
NADAN DES HETES. Th. de Paris, 1858.
ROLLET. *Gaz. hebd.*, 1858, et *Arch. gén. de méd.*, 1859.
CULLERIER. *Précis iconogr.*, Paris 1862.
RICORD. *Lettres sur la syphilis.*
VIENNOIS. *Congrès méd.-chir.*, 1863.
DECHAUX. *Gaz. hebd.*, 1867.
JULLIEN. *Traité des maladies vénériennes*, 1879.
PARROT. *Congrès de l'Assoc. franç.*, Rennes 1880.
NIVET. Th. de Paris, 1887.
JUHEL-RENOY. *Arch. de laryngol.*, avril 1889.
BENOIT. Th. de Paris, 1890.
FOURNIER. *Leçons sur la syphilis.*
MATIER. *Ann. de la polyclinique*, 1891.
BOURGES. *Gaz. hebd.*, 1892.
VIARD. *Syphilis de l'arrière-gorge.*
LE GENDRE. *Arch. gén. de méd.*, janv.-mars 1894.
GAREL. *Soc. franç. d'oto et laryngol.*, 1895.
DIEULAFOY. *Semaine méd.*, 3 avril 1895.
NIVET. Th. de Paris, 1897.
FOURNIER. *Chancres extragénitaux*, 1897.
JULIEN. *Presse méd.*, 13 mars 1897.
DIEULAFOY. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1898.
BELLAN. Th. de Paris, 1901-1902.
GAZAVE. Th. de Paris, 1903-1904.

IV. ANGINES MYCOSIQUES. — 1° *Angines à saccharomyces.* — TROISIER et ACHALME. *Arch. de méd. expérim.*, 1er janv. 1893.
DE SŒCKLIN. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, janv. 1898.
CLERC et SARTORY. *Semaine méd.*, 1908, p. 59.

2° *Angines à leptothrix.* — A. COLIN. Th. de Paris, 1893.
MEUNIER et BERTHERAUD. *Presse méd.*, 1898.

Complications. — DUBOST. Th. de Paris, 1895-1896.
GUÉRIN. Th. de Paris, 1906-1907.

1° *Septicémiques.* — FRAENKEL. Loc. cit.
FÜRBRINGER. Loc. cit.
METZNER. Loc. cit.
HANOT. Loc. cit.
ROUSSEAU. Th. de Paris, 1888.
DESCOUY. Th. de Paris, 1890.
JÜRGENSEN. Loc. cit.
SCHNEIDER, LOUIS et COMBE. *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1910.

2° *Localisées : Reins.* — BARBIER. Th. de Paris, 1888.
SIGOGUE. Th. de Paris, 1901-1902.

Cœur et vaisseaux. — LABADIE-LAGRAVE. Th. de Paris, 1873.
HUGUENIN. Th. de Paris, 1890.
RABOT et PHILIPPE. *Arch. de méd. expérim.*, 1891.
RŒGER. *Münch. med. Woch.*, 20 fév. 1900.
PACKARD. *Amer. Journ. of the med. sc.*, janv. 1910.
MARFAN. *Semaine méd.*, 1902.
BUSQUET. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 19 juin 1904.

Peau. — G. SÉE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1858.
SALLARD. Th. de Paris, 1892.
MUSSY. Th. de Paris, 1892.
HUTINEL. *Arch. gén. de méd.*, 7-8 nov. 1892.
PÉTILLON. Th. de Lille, 1902-1903.

Système nerveux. — DÉJERINE. *Arch. de phys.*, 1878.
PITRES et VAILLARD. *Arch. de neurol.*, 1886.

BABINSKY. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.
FÜTTERER. *Ann. of ophtal. and otol.*, t. V, 3.
GUTHRIE. *The Lancet*, 18 et 25 avril 1891.
POPHILLAT. *Paralysies non diphtériques*, Th. de Paris, 1900-1901.

Méninges. Articulations. — DAURIAC. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1890.
LYONNET. *Bull. méd.*, 1891.
RENDU. *Soc. méd. des hôpit.*, 1891.

Appareil génital. — JOAL. *Arch. de méd.*, mai-juin 1886.
BRUMAULD DES HOULIÈRES. Th. de Paris, 1894-1895.
TEYSSEYRE. Th. de Paris, 1899-1900.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(*Lyon, 22-25 octobre 1911*).

La remise du livre jubilaire au professeur Lépine a été le digne prologue du XIIe Congrès de médecine ouvert à Lyon le 22 octobre 1911. Ce fut une véritable joute de discours, et successivement prirent la parole MM. les professeurs Roques, Collet, Cazeneuve au nom des Lyonnais; M. le professeur Landouzy au nom des Parisiens; M. le professeur Henrijean (de Liége) au nom des médecins étrangers; M. le recteur Joubin représentant le gouvernement.

L'après-midi avait lieu, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, la séance solennelle d'ouverture du Congrès, sous la présidence de M. Herriot, maire de Lyon.

Le Congrès avait réuni le chiffre, inconnu jusque-là, de près de 600 adhérents, et avait attiré un grand nombre de médecins étrangers parmi lesquels MM. les professeurs Patella (de Vienne), Maragliano (de Gênes), Henrijean (de Liége), Verhayen (de Bruxelles), His (de Berlin).

M. le professeur J. Teissier, président effectif du Congrès, a prononcé un magnifique discours dont l'éloge d'Octave Mayet a représenté la partie originale.

Après lui, M. le professeur Paul Courmont exposa l'utilité de l'association des médecins de langue française qui vient de se fonder et destinée à unir et à grouper dans un travail commun les médecins français et ceux des pays de langue française.

Le maire vint enfin clore la série des discours. Il salua les congressistes en termes heureux et spirituels, et termina par un éloge de la ville de Lyon qu'il voudrait voir « foyer d'intelligence et de pensée ».

Nos lecteurs trouveront dans ce numéro et dans ceux qui suivront et le résumé et la discussion des rapports et les principales communications.

Le Congrès de Lyon fut un grand succès auquel n'ont pas peu contribué le dévouement, l'affabilité, l'affectueuse bienveillance de M. le président J. Teissier.

Avant de se séparer, l'assemblée a décidé que le prochain Congrès se tiendrait à Paris en 1912.

Président : M. le professeur Chauffard ; vice-présidents : M. le professeur Gilbert Ballet et M. le docteur Galliard ; trésorier : M. le docteur Thibierge.

Sujets mis à l'ordre du jour :

Pathologie interne : *Etude des colites infectieuses aiguës.*

Pathologie générale : *L'oxalurie.*

Thérapeutique : *Thérapeutique des symptômes hémorragiques.*

FERNAND LÉVY.

PREMIÈRE QUESTION

DU COMA DIABÉTIQUE

Premier rapport.

Esquisse de l'histoire du coma diabétique. — M. R. LÉPINE (de Lyon). Le coma cause la mort d'un tiers des diabétiques et il ne dépend pas d'une lésion cérébrale préexistante. On a donc pensé tout naturellement à incriminer une intoxication que devait faire soupçonner du reste l'odeur singulière exhalée par les diabétiques comateux. Kussmaul reproduisit le coma par injection d'acétone. Cependant, les auteurs qui vinrent après mirent en cause l'acide diacétique (von Jacksch), l'acide β-oxybutyrique. Quels rapports chimiques rapprochaient ces substances? La majorité des auteurs inclinait à faire dériver l'acide diacétique et l'acétone de l'acide β-oxybutyrique. Seul, von Jacksch inclinait à penser que le processus était réversible; Blum devait plus tard confirmer ce fait d'une manière éclatante.

Ce qui est indiscutable, c'est que le coma diabétique paraît dépendre d'un processus d'acidose. Mais on ne doit pas pour autant rejeter l'intervention de l'acétonémie même (coma lipémique).

D'où proviennent les corps acétoniques? Il est connu depuis longtemps que la restriction des hydrates de carbone chez un diabétique engendre l'acétonémie. Aussi admit-on tout d'abord que l'acétone et ses dérivés proviennent des matières albuminoïdes. En réalité, cette théorie est trop absolue : les graisses surtout à l'état d'acides gras interviennent, et même indirectement les hydrates de carbone qui, dans certaines conditions, passent à l'état de graisse. On voit donc que l'origine des corps acétoniques est multiple.

Les expériences sur l'étude de la toxicité des corps acétoniques sont des plus délicates parce que l'acide diacétique et l'acide β-oxybutyrique se comportent tout différemment chez l'animal sain et chez le diabétique. A part les expériences de Wilbur on peut dire qu'on n'a pas pu expérimentalement reproduire jusqu'alors le tableau clinique du coma diabétique. Nous sommes du reste loin de connaître toutes les substances toxiques de l'acétonémie.

Quoi qu'il en soit, mis à part les cas peu nombreux où des lésions cérébrales, cardiaques ou rénales l'expliquent suffisamment, le coma diabétique relève d'une intoxication complexe caractérisée par la présence dans le sang d'une quantité anormale de corps acétoniques.

Stadelmann a préconisé l'injection sous-cutanée ou intraveineuse de bicarbonate de soude très rationnelle « si, dit-il, nous acceptons que le coma diabétique est une intoxication acide ». Pour ma part j'ai pratiqué ces injections intraveineuses dès 1887 et si je suis loin d'avoir eu des succès c'est que j'ai fini par m'expliquer que les acides en cause dans l'acétonémie sont toxiques, même complètement saturés par de la soude et qu'aussi les principes toxiques comatigènes déterminent dans les cellules nerveuses des lésions rapidement irréparables.

Aussi ai-je conseillé de ne pas attendre le coma, et dans ces conditions les résultats sont plus satisfaisants.

L'injection intraveineuse semble bien réaliser un véritable lavage des tissus ; aussi parfois observe-t-on une énorme élimination de corps acétoniques.

On prescrira le repos, car l'exercice est nuisible aux acétonémiques; on supprimera les graisses qui augmentent l'acétonurie; on donnera les hydrates de carbone dans la mesure où ils sont utilisés.

Le traitement vraiment curatif est encore à trouver.

Deuxième rapport.

La chimie du coma diabétique. — MM. HUGOUNENCQ et MOREL (de Lyon). Tout le monde s'accorde à dire que le coma diabétique est le résultat d'une intoxication, mais le désaccord commence dès qu'il s'agit de déterminer le principe toxique en cause. On a tour à tour incriminé l'acétone, l'acide acétylacétique et leur générateur, l'acide β-oxybutyrique. Ces corps agiraient ensemble ou séparément. Le terme d'acidose désigne la dyscrasie résultant, et de la présence dans le sang de ces divers principes, et de la diminution de l'alcalinité du liquide sanguin.

Acide β oxybutyrique, acide acétylacétique, acétone sont appelés corps acétoniques. Ils résultent d'une décomposition incomplète des acides gras (expériences de Dakin, de Knoop, d'Embden, etc.). Les corps acétoniques sont donc des produits physiologiques mais transitoires et périssables de la régression intraorganique des graisses. Les matières protéiques qui, on le sait aujourd'hui, résultent de l'agglutination d'un grand nombre d'acides aminés sont cétogènes. Il n'en est pas de même des hydrates de carbone, de la glycérine, des acides citrique et glutarique, de l'alcool éthylique, qui sont eux des corps anticétogènes. A l'état normal, les corps acétoniques intermédiaires, destinés à une combustion complète, disparaissent.

Chez le diabétique, au contraire, et chez tout sujet privé d'hydrates de carbone, les corps acétoniques ne se détruisent pas et ne se retrouvent pas dans les urines.

Sans contester les expériences de Desgrez et Saggio, il faut reconnaître que la toxicité des corps cétoniques est faible. Pour expliquer des accidents sérieux il faudrait chez l'homme plus de 90 grammes d'acide β-oxybutyrique, de 120 grammes d'acide acétylacétique, de 250 grammes d'acétone.

Bien que pratiquement inoffensifs, les corps acétoniques, de par leur fonction acide, diminuent l'alcalinité du sang. Voici sans doute l'organisme rendu plus vulnérable, mais l'acidose ne suffit pas à provoquer le coma. D'où vient l'agent comatigène?

Un principe qui souffre peu d'exceptions doit être posé. Les corps ternaires (graisses ou hydrocarbures) ne sont toxiques ni par eux-mêmes ni par leurs dérivés. Par contre, les corps quaternaires, dans la molécule desquels l'azote est présent, sont par cela même des poisons violents. Or, chez le diabétique, existe une destruction exagérée de protéines. L'azoturie est la règle, et lorsque le taux de l'élimination azotée se maintient au niveau normal, les processus de désassimilation peuvent être déviés et permettre la présence anormale des dérivés protéiques dont l'action toxique provoque le coma.

Les théories courantes sur le coma diabétique résultent de *ce qu'on voit*, c'est-à-dire des troubles si manifestes dans le métabolisme des corps ternaires. Elles doivent faire place à des théories basées sur tout *ce qu'on devrait voir*, c'est-à-dire les modifications si profondes, mais plus obscures qui se passent dans les corps azotés.

Le diabète traduit un trouble de la nutrition générale qui atteint toutes les espèces de composés organiques et non pas seulement les hydrates de carbone.

La fragmentation de la molécule, si complexe d'albumine, fournit des polypeptides.

Parmi ceux-ci, certains sont des corps violemment toxiques et on en connaît qui provoquent la narcose. Telle, par exemple, la peptone de Witte. On a même pu, dans l'intoxication peptonique, voir des troubles respiratoires précéder le coma (Grosjean).

Ceci n'est pas pour conclure à l'identité de la substance comatigène des diabétiques et des poisons narcotiques contenus dans la peptone de Witte, mais simplement pour montrer qu'il est possible de rattacher le coma du diabète aux troubles du métabolisme des protéiques.

Comment alors expliquer les succès à l'actif de la médication alcaline?

Tout d'abord nous ne nions pas l'intervention de l'acidose dans la production du coma. Cela n'est nullement contraire à la théorie de l'action des peptides qui sont des combinaisons d'acides amidés et même certaines de véritables acides.

Cependant, on ne peut guère assimiler l'action favorable des alcalis à une vulgaire saturation chimique. Ce qui est vrai dans une cornue est bien plus compliqué dans l'organisme. Ne savons-nous pas que le bicarbonate de soude favorise les oxydations organiques, que l'injection d'alcalis dans le sang accroît la résistance des animaux? Par quel mécanisme? Peut-être action de fragmentation des miscelles. Ceci est encore de l'hypothèse.

Nous sommes heureux d'avoir élargi le cadre de la discussion : la glycosurie ou l'acétonurie ne résument pas la pathogénie du coma, les modalités de l'azoturie ont à notre avis une bien autre importance.

Troisième rapport.

Clinique et thérapeutique du coma diabétique. — M. Marcel Labbé (de Paris). L'intoxication acide de Stadelmann-Naunyn est considérée aujourd'hui comme l'explication la plus vraisemblable du coma diabétique

Qu'il s'agisse d'une intoxication par l'acide β-oxybutyrique, l'acide aminobutyrique, les acides aminés de telle autre substance indéterminée, le principe en cause agit, et par sa spécificité toxique et par sa fonction acide. J'étudierai donc l'état d'acidose et le coma diabétique proprement dit.

I. État d'acidose. — L'acidose diabétique se traduit par des *stigmates chimiques* et des *symptômes cliniques*.

a. *Stigmates chimiques.* — Ils sont constants, faciles à reconnaître et doivent être recherchés systématiquement chez tout diabétique. Ils sont tirés de l'examen des urines et du sang.

1° *Urines.* — Elles sont constamment acides, mais non hyperacides, parce que saturées par de l'ammoniaque et d'autres bases empruntées à l'organisme. Leur résistance à l'alcalinisation, à la suite de l'ingestion d'alcalins, est des plus nettes.

L'acide β-oxybutyrique étant surtout incriminé dans le coma diabétique, son dosage est particulièrement important pour caractériser l'acidose.

C'est la méthode d'Embden modifiée qui est la meilleure. On trouve un maximum de 20 à 30 grammes. L'acide diacétique ou acétylacétique se reconnaît très rapidement par la réaction de Gerhardt (coloration porto par le perchlorure de fer). L'acétone se décèle par la méthode de Lieben (formation d'iodoforme en présence de lessive de potasse et de liqueur iodo-iodurée). Pour bien apprécier une acidose il est bon d'évaluer les différents stigmates. L'acétonurie n'indique pas le danger d'acidose, la diacéturie l'indique, l'excrétion d'acide β-oxybutyrique le mesure.

2° *État du sang.* — Il présente deux grandes modifications :

α. La diminution de l'alcalinité : n'existant pas dans le diabète ordinaire, elle est très marquée dans le coma diabétique où nulle part elle n'atteint un pareil degré ;

β. La lipémie plus intense qu'en n'importe quel autre état pathologique. Le sang a l'aspect de chocolat, et quand il coagule une couche de graisse se forme à la surface du caillot; le sérum est lactescent.

b. *Signes cliniques.* — Souvent frustes, inconstants, ils passent souvent inaperçus. Aussi, dans bien des cas, l'intoxication acide ne se révèle que par le coma. D'autres fois on observe un ou plusieurs des symptômes suivants : *dépression physique* et *fatigue* très marquée avec état de *malaise* et douleur dans tous les organes; *amaigrissement* rapide; *œdèmes* surtout des parties déclives; *odeur spéciale de l'haleine*; céphalée fréquente; *dépression psychique*; somnolence; troubles visuels; troubles nerveux : épilepsie, paralysie, tétanie, chorée; troubles digestifs : anorexie, langue sèche, vomissements alimentaires ou bilieux, diarrhée, douleurs abdominales; troubles respiratoires : dyspnée suspirieuse de Kussmaul; troubles urinaires : diminution de la diurèse, de la glycosurie, augmentation de l'albuminurie.

L'évolution de l'acidose est très irrégulière, souvent entrecoupée de poussées d'intoxication avec menaces de coma, suivie de rétrocession des accidents. Si, au début, elle peut rétrocéder, le plus souvent elle s'accroît et s'aggrave.

II. Coma. — C'est le terme fatal où aboutissent les états d'acidose.

Il débute en général après des accidents prémonitoires, parfois brusquement par une douleur épigastrique intense, par des vomissements, de la diarrhée, une céphalée pénible ou des vertiges, parfois à la suite d'une complication médicale ou chirurgicale (pneumonie, tuberculose, gangrène).

A partir du moment où le coma est déclaré, la mort survient en quelques heures.

Diagnostic. — a. *A la période d'acidose.* — Le clinicien ne doit pas se laisser imposer le diagnostic d'acidose par les événements; il doit le faire d'une façon précoce, par l'examen systématique des urines. Fort de ce diagnostic, il pourra instituer un traitement intensif sans attendre l'apparition du coma confirmé. Si, en effet, l'on a toutes les chances de guérir le coma à la période prémonitoire, il n'en est plus de même à la période de coma confirmé, où les succès restent encore bien rares. Attendre la confirmation, c'est laisser venir la mort.

Il faut se contenter de l'apparition d'un seul symptôme : vomissements, vertiges, douleur épigastrique et surtout somnolence, pour prévoir l'imminence du coma diabétique. Même averti, on hésite à voir une menace de mort dans les symptômes d'apparence bénigne que présente le diabétique, et l'on tarde trop à faire un traitement intensif. Il est bien difficile de ne pas se laisser prendre à cette illusion.

b. *A la période de coma.* — Le coma diabétique a ses symptômes, et surtout ses stigmates urinaires caractéristiques. Pour admettre l'existence d'un coma diabétique vrai, il faut aujourd'hui que l'on ait fait la preuve de l'acidose et que l'on

ait tout au moins constaté la réaction au perchlorure de fer. On s'efforcera donc d'obtenir de l'urine en sondant le malade. La dyspnée typique a de l'importance, certes, pour le diagnostic, mais n'a pas une valeur décisive.

La présence de glycose dans l'urine ne suffit pas à faire admettre le coma diabétique vrai. On sait, en effet, que la glycosurie peut se produire à la suite de l'hémorragie cérébrale ou de l'intoxication opiacée. De plus, un diabétique peut fort bien mourir dans le coma sans mourir d'acidose. Outre l'hémorragie cérébrale et l'urémie auxquelles ils sont exposés comme tout le monde, outre la dépression extrême voisine du coma, dans laquelle les plonge une infection comme la gangrène, la pneumonie ou la tuberculose, on signale, en effet, chez ces malades, un état de collapsus cardiaque qui peut induire en erreur. A ces états, Naunyn donne le nom de coma atypique. C'est encore, je le répète, la recherche des stigmates d'acidose qui permettra le diagnostic.

Pronostic. — Sur 140 morts, V. Noorden en compte 78, soit 55,7 p. 100, qui sont dues au coma. Magnus Lévy admet une proportion de 75 p. 100 environ.

A la période d'acidose, la survie peut être longue, si l'on prend de grandes précautions; même en face d'accidents menaçants, le pronostic est favorable, pourvu que l'on intervienne par un traitement actif. A la période de coma confirmé, le pronostic est presque fatal; quelques cas de guérison obtenus par les alcalins permettent seulement de conserver un léger espoir.

Causes occasionnelles du coma. — Les principales sont : 1° la fatigue physique et cérébrale; 2° le traumatisme; 3° les émotions violentes, les chagrins, les soucis; 4° les maladies infectieuses; 5° les opérations chirurgicales, surtout avec chloroformisation; 6° les fautes de traitement.

Il est enfin des cas où rien n'explique l'apparition du coma.

III. La Thérapeutique. — Malgré la multiplicité des traitements, les médecins ont été pendant longtemps désarmés en face du coma diabétique. Il n'en est plus de même aujourd'hui. La théorie de l'acidose a orienté la thérapeutique vers le traitement alcalin.

Traitement alcalin. — On ne se bornera pas aux alcalinisations timides des premiers auteurs. Comme l'intoxication est due à des doses d'acide β-oxybutyrique élevées, supérieures à 100 grammes, il est nécessaire de les saturer par des doses considérables d'alcalins.

Le sel le plus employé est le bicarbonate de soude. En *ingestion* on peut facilement le donner pendant longtemps aux doses de 20 à 40 grammes par jour. Si ce mode d'administration est mal supporté on recourra aux *lavements* : toutes les demi-heures une cuillerée à café de bicarbonate dissoute dans de l'eau ou du lait. Mais le plus souvent cette voie n'est pas non plus bien tolérée. On pratiquera l'*injection* non pas sous-cutanée qui irriterait les tissus et pourrait provoquer des escarres mais *intraveineuse*. C'est le procédé de choix dans le coma confirmé.

J'emploie habituellement des solutions déjà hypertoniques à 3 ou 5 p. 100 dans l'eau distillée. L'injection peut être faite dans une veine quelconque généralement au pli du coude. On pique la veine comme pour une injection ordinaire. La solution bicarbonatée doit être tiédie et ne pas dépasser 38 degrés. Quand on introduit des doses de un à deux litres M. Lépine conseille de ne pas injecter trop vite pour ne pas surcharger le cœur et de mettre une heure à une heure et demie pour l'injection. Les doses varieront et suivant le cas et suivant le mode de pénétration choisi. Dans l'acidose diabétique latente sans signes cliniques l'ingestion de doses journalières de 10 à 20 grammes est suffisante. S'il y a des accidents tels que somnolence, vertiges, grosse fatigue, il faut au moins faire absorber 40 grammes pro die. S'il y a menace de coma s'adresser aux injections qui seront indispensables au cas de coma confirmé. Il a voulu remplacer le bicarbonate par des sels de soude autres (citrate, tartrate, acétate) mais leur emploi est peu recommandable.

Le bicarbonate de soude agit sur les stigmates urinaires en diminuant d'abord puis en faisant disparaître l'acidité, en diminuant l'aminoniurie, en augmentant l'excrétion des corps cétoniques.

Régime alimentaire. — La diététique à opposer à l'acidose ne peut être réglée d'une manière toujours identique. Il faut tenir compte de ce que les malades atteints de diabète grave ont souvent des troubles hépatiques ou pancréatiques, et que leur alimentation, en raison de leur anorexie et de leur défaut de digestion, est très difficile. Les uns ne peuvent supporter que le lait, d'autres prennent encore de la viande, d'autres digèrent de la farine d'avoine; on les nourrit comme on peut.

S'ils supportent un régime mixte à prédominance carnée, on institue le régime de réduction hydrocarbonée, qui convient à tous les diabétiques, et l'on essaie de réduire l'hyperglycémie et même de faire cesser la glycosurie; ce faisant, on écarte le danger des accidents d'hyperglycémie. Pour Luthje, il n'y a pas à redouter l'acidose tant que les diabétiques ont encore une tolérance positive, par conséquent tant qu'il est possible, par la suppression des hydrates de carbone, de faire cesser leur glycosurie.

Magnus Lévy croit que l'on doit s'efforcer de faire cesser la glycosurie, à condition de procéder avec circonspection et persévérance. En n'imposant pas une modification brutale de régime, en ne permettant pas des doses de viande excessive, comme on le faisait autrefois, on n'a pas à redouter l'exagération de l'acidose. D'ailleurs, une dose de 10 à 20 grammes de bicarbonate de soude prévient les accidents.

Si l'on a affaire à un diabète avec dénutrition, dans lequel la glycosurie est à la fois alimentaire et tissulaire, il sera inutile d'imposer un régime draconien pour chercher à la faire disparaître. Le mieux est de permettre, sous forme de pommes de terre, de légumes verts, de fruits, de lait ou d'avoine, une petite quantité, 50 grammes environ, d'hydrates de carbone. Le fond du régime est fourni par l'albumine, sous forme de viande et d'œufs, par la graisse sous forme de beurre ou d'huile, donnés à haute dose, et par l'alcool, sous forme d'un quart à un demi-litre de vin. Le café, le thé, le bouillon sont, dans ce cas, des stimulants utiles. Le jus de citron, recommandé par Stadelmann, fournit des boissons désaltérantes.

Enfin, il est avantageux, pour rompre la monotomie du régime, d'intercaler de temps en temps, suivant la pratique allemande, un jour de légumes, ou bien un jour d'avoine, ou encore un jour de jeûne avec bouillon de légumes.

Médications accessoires. — Outre l'alcalinothérapie et la phagothérapie, diverses médications peuvent être utilisées.

Il est important de favoriser le travail digestif par des ferments gastriques, intestinaux, pancréatiques ou hépatiques. Peut-être même l'opothérapie hépatique serait-elle particulièrement utile contre l'acidose, qui paraît avant tout résulter d'une insuffisance du fonctionnement hépatique.

Les travaux modernes ont mis en lumière l'influence favorable de diverses substances anticétogènes. Eppinger a proposé de traiter le coma diabétique par des injections sous-cutanées d'urée ou d'acides aminés, afin de fournir l'ammoniaque nécessaire à la saturation de l'acide oxybutyrique.

L'acide glutarique qui, chez le chien dépancréaté, fait baisser la glycosurie et l'acétonurie, pourrait être utilisé chez le diabétique. L'acide glucosique à la dose de 30 à 100 grammes (Schwarz, Mohr et Loeb), la glycérine à la dose de 50 grammes (Hirschfeld, Meyer), le xylose (Mohr et Lob) ont exercé une action anticétogène chez des diabétiques. D'autres substances pourraient aussi être essayées. Il y a là un champ ouvert à la thérapeutique.

La vie d'un diabétique en état d'acidose doit être entourée d'une infinité de précautions hygiéniques; il est guetté par le coma et doit éviter toutes les causes occasionnelles qui pourraient l'y faire tomber. Comme le cardiaque qui sort d'une crise d'asystolie, c'est un infirme. Pour prolonger son existence, il faut une surveillance et des soins continus.

Quatrième rapport.

Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique. — M. Léon Blum (de Strasbourg). Dans ce travail nous chercherons à établir la symptomatologie et le traitement du coma, tels que l'étude des auteurs et notre expérience personnelle nous les ont fait connaître.

I. Etude clinique. — La forme classique du coma diabétique est caractérisée par deux symptômes :

1° Un état comateux augmentant progressivement et condui-

sant à la mort, à moins d'intervention encore trop rarement couronnée de succès;

2° Une dyspnée d'un genre particulier, différant des autres formes de gêne respiratoire.

Cette forme est dite *coma dyspnéique*.

A. *Coma dyspnéique*. — Ce qui distingue le coma diabétique d'autres formes de coma, c'est d'abord l'absence presque générale de complications. On n'observe nul signe d'une lésion des centres nerveux; dans la grande majorité des cas jamais de convulsions. De plus l'évolution de ce coma est bien particulière, et est d'ordinaire progressive : au début le malade éprouve un grand besoin de dormir, il s'assoupit facilement, mais répond à toutes les questions qu'on lui pose; peu à peu l'assoupissement devient plus profond et passe insensiblement à la perte de connaissance. Cependant il est des cas à début aigu.

La forme spéciale de la respiration est caractérisée par une inspiration bruyante, longue, profonde et une expiration brusque mais également prolongée. Les mouvements du thorax sont réguliers, très amples et presque toujours égaux. La fréquence des mouvements respiratoires varie fort, mais une légère accélération nous semble être la règle.

Il arrive souvent que la dyspnée précède le coma et en constitue le signal d'alarme.

Mais il y a un grand nombre de signes secondaires :

L'état cachectique des individus;

Un léger degré de cyanose assez précoce et indiquant l'imminence du coma : ce n'est pas la cyanose intense du cardiaque ou du pulmonaire; la face est plutôt violacée;

La température est sans grande valeur;

L'abolition des réflexes rotuliens si elle est fréquente est loin d'être constante. Si elle existe c'est un bon signe différentiel d'avec l'urémie dans laquelle la réflectivité est toujours exagérée;

La présence d'acétone dans le liquide céphalo-rachidien, témoin de l'acétonémie et qui, par conséquent, se rencontre en dehors du coma.

Les signes oculaires : état des pupilles variable; hypotension des bulbes oculaires (signe de Krause) qui est inconstante; altération de l'image du fond de l'œil provoquée par la lipémie.

La lipémie qui est fréquente mais non constante et n'a été rencontrée en dehors du diabète grave que dans l'alcoolisme chronique.

L'accélération du pouls qui se tient autour de 100 et la chute progressive de la pression artérielle.

Les signes digestifs qui sont souvent nuls. On a néanmoins signalé une intolérance gastrique absolue.

Les signes urinaires : diminution des urines, albuminurie légère, glycosurie, les corps acéturiques.

Cependant on peut observer dans le coma dyspnéique des symptômes anormaux. Par exemple la dyspnée dite « grande respiration de Kussmaul » peut être remplacée par le Cheyne-Stokes. Elle peut être précédée de crises asthmatiformes.

Exceptionnellement enfin on a pu signaler des accidents nerveux convulsifs.

B. *Coma cardiaque*. — Le symptôme prédominant, outre le coma, est la faiblesse cardiaque qui évolue plus ou moins rapidement et conduit à une issue fatale, que ne peuvent empêcher les médicaments cardiovasculaires. Il existe de l'acidose et les urines contiennent du sucre.

C. *Formes intermédiaires*. — Il est des cas où le coma débute comme un coma dyspnéique et se termine par des signes de faiblesse cardiovasculaire intense.

La durée du coma varie de quelques heures à quarante-huit heures.

Sa période prémonitoire est polymorphe : troubles gastro-intestinaux; troubles nerveux : sensation de fatigue, céphalée, troubles de la parole, phénomènes douloureux tels que épigastralgie.

D. *Diagnostic du coma diabétique*. — Le facteur du coma diabétique, c'est l'acidose. En effet :

1° Dans tous les cas de coma diabétique vrai on a trouvé des corps acétoniques, soit dans les urines, soit dans les organes;

2° Dans aucun cas de coma diabétique mortel on n'est parvenu à rendre les urines alcalines, malgré les doses souvent considérables d'alcali qui ont été ingérées;

3° Dans tous les cas où on est parvenu à rendre les urines alcalines ou à leur donner une réaction amphotère, le coma a disparu et les malades ont réchappé.

L'acidose est donc le lieu commun qui servira de trait d'union et sur lequel nous pouvons nous appuyer pour arriver à un diagnostic.

Comment évaluer cette acidose?

Au lieu d'employer pour cela des méthodes compliquées, on n'a qu'à confier à l'organisme même cette besogne. Il suffit de faire prendre à un individu normal de 5 à 10 grammes de bicarbonate de soude pour obtenir une réaction alcaline des urines. Est-il en puissance d'acidose, alors il faut de plus grandes quantités et, selon l'intensité de l'acidose, nous sommes obligés d'augmenter les doses de bicarbonate de soude. Lorsqu'elle est faible, 15 à 25 grammes suffisent pour neutraliser les acides et rendre les urines alcalines; est-elle plus forte, il faut 40 grammes, 50 grammes et davantage, jusqu'à 150 grammes et au delà. Nous avons donc un indicateur très précieux du degré d'acidose dans les quantités de bicarbonate de soude qu'il faut ingérer pour arriver à rendre les urines alcalines. Un simple essai avec du papier de tournesol suffit pour constater si ce résultat est atteint. Ce procédé a encore l'avantage de constituer immédiatement un traitement sans qu'il y ait perte de temps, dans une affection où tout retard peut avoir des conséquences irréparables.

En outre, l'ingestion de bicarbonate de soude ne présente pas de grands inconvénients; lorsqu'il est suffisamment pur, les malades le prennent assez facilement; ce n'est que dans des cas de néphrite que son ingestion pourrait amener quelques troubles de la diurèse. Mais, si l'on prend la précaution d'examiner chaque émission des urines et de cesser l'ingestion de bicarbonate de soude dès que la réaction alcaline est atteinte, on évite tout inconvénient sérieux.

C'est ainsi que nous avons procédé dans tous les cas où notre diagnostic fut hésitant, et nous avons pu nous rendre compte que quelquefois le diabète peut causer des troubles graves, ayant une grande ressemblance avec le coma ou ses stades prémonitoires, sans que l'acidose soit en cause. C'est alors une véritable intoxication hyperglycémique qui est en jeu.

E. *Traitement du coma diabétique*. — D'après la conception étiologique du coma diabétique, son traitement rationnel doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° Neutraliser les acides et contribuer à la reminéralisation des tissus, ou du moins à l'équilibre des substances minérales;

2° Amener l'élimination des acides, ou aider à leur combustion et empêcher leur formation;

3° Combattre la défaillance cardiaque et vasomotrice qui existe dans tout coma.

Pour atteindre ces résultats, voici comment il nous semble utile de procéder.

Dès que l'un des symptômes prédominants du coma se manifeste, il faut agir énergiquement sans aucun retard. Le coma au début peut être traité avec succès et rétrograder; le coma confirmé une fois établi, les chances de réussite sont, par contre, minimes, pour ainsi dire nulles. Aussi faut-il bien veiller à tous les symptômes qui paraissent annoncer l'imminence d'un coma et établir un traitement, au risque même de s'être trompé ou d'avoir été trop prudent. Dans toutes les complications du diabète dont on sait qu'elles provoquent facilement le coma, maladies infectieuses, traumatismes, opérations, il faut procéder selon les mêmes principes.

Les règles que nous établissons sont les suivantes :

1° Ecarter toute alimentation riche en albumine et en graisse, ne donner que du lait, 1 à 2 litres par vingt-quatre heures, ou encore des soupes à la farine d'avoine ou de froment, environ 100 grammes de farine avec 25 grammes de beurre, nous donnons la préférence au lait;

2° Donner de l'alcool, soit sous forme de champagne (brut et sec) ou de cognac ou de vin; 50 à 75 grammes d'alcool par jour sont des doses permises;

3° Faire prendre du bicarbonate de soude. Lorsque l'estomac est tolérant, le donner par la voie stomacale : toutes les demi-heures, 5 grammes dans de l'eau de Vichy froide. S'il y a tendance à la diarrhée, nous prescrivons un peu de laudanum, V à VI gouttes à plusieurs reprises.

Lorsque le malade est pris de vomissements ou de diarrhée,

nous recourons sans tarder aux injections intraveineuses. Pour ces solutions, nous recommandons l'emploi du bicarbonate de soude. La concentration la plus avantageuse nous paraît être de 5 à 6 p. 100; elle permet d'éviter les lésions veineuses provoquées par les solutions plus concentrées; d'autre part, elle apporte une quantité suffisante de bicarbonate à l'organisme, sans faire craindre les effets toxiques de la soude. Nous croyons qu'on fera bien de se borner d'abord à un demi-litre de cette solution, et de renouveler l'injection après une ou deux heures.

On procédera de même lorsque le malade se trouve déjà dans le coma et est incapable d'avaler.

Nous faisons maintenant les injections intraveineuses sans mettre les veines à nu; mais nous n'hésiterions pas à dénuder une veine lorsque des conditions anatomiques sont un obstacle à la pénétration dans la veine.

Dès que le coma est un peu avancé, nous faisons usage des médicaments cardiaques : injections de préparations de digitale, piqûres de caféine et d'huile camphrée.

Quoique nous ayons eu l'occasion de voir au moins 25 cas de coma diabétique et que nous nous soyons occupé particulièrement de son traitement, nous n'avons jamais observé une amélioration durable lorsqu'il s'agissait d'un coma confirmé et avancé. Dans tous ces cas, l'issue fatale ne put être retardée. Ces résultats sont conformes à ceux cités par tous les auteurs compétents.

Par contre, nous avons observé des améliorations passagères, comme d'autres auteurs.

Dans les cas de coma au début, nous avons réussi, à plusieurs reprises, à enrayer la marche fatale.

Nous estimons que ces guérisons ne sont pas exceptionnelles, lorsqu'on a recours à des mesures énergiques.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1911)

Diverses sortes de surdi-mutités. — M. MARAGE. On doit classer les sourds-muets d'après leur forme d'acuité auditive en sourds-muets comprenant et répétant ce qu'ils entendent (surdité régulière) et en sourds-muets ne comprenant pas et ne pouvant pas répéter ce qu'ils entendent (trous dans l'audition).

Chez les premiers, l'amélioration de l'audition est plus rapide que chez les seconds.

Quand on a développé suffisamment l'acuité auditive au moyen des vibrations fondamentales des voyelles, il faut souvent beaucoup de temps et de patience pour arriver à faire comprendre et retenir à l'élève ce qu'il entend.

En effet, quand un sourd-muet sait lire, écrire et lire sur les lèvres, il connaît la langue en tant que signe, mais il ne la connaît pas en tant que son ; c'est donc pour lui l'étude par l'oreille d'une langue nouvelle et l'on sait le temps qu'il faut à nos élèves de lycée pour arriver à apprendre et à parler une langue étrangère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1911)

Le 606. — M. GAUCHER signale un nouveau cas de mort par le 606, survenu le 23 septembre, dans le service de M. de Beurmann, à l'hôpital Saint-Louis.

Il s'agissait d'un garçon de dix-neuf ans, robuste et bien portant qui, étant atteint de syphilis, reçoit le 18 septembre une injection intraveineuse de 60 centigrammes de 606. A la suite de cette injection, rien de particulier à noter si ce n'est quelques nausées et quelques vomissements. Seconde injection de 60 centigrammes le 21 septembre. Malaise, température s'élevant à 38°6, vomissements, douleurs épigastriques. Le 23 septembre, convulsions, coma, mort par intoxication arsenicale bien caractérisée.

Ce nouveau cas vient confirmer les conclusions de M. Gaucher, savoir qu'il ne faut recourir au 606 que dans des cas exceptionnels et particulièrement dans les cas où le mercure n'est pas supporté.

M. HALLOPEAU prend la parole pour confirmer les conclusions de M. Gaucher et déclare, à nouveau, qu'il ne faut recourir au 606 que dans les cas tout à fait exceptionnels.

M. BAR fait une très intéressante communication sur l'emploi du 606 chez les femmes enceintes et les nourrissons.

Depuis un an, à la Maternité, toutes les femmes enceintes syphilitiques et les nouveau-nés syphilitiques ont été traités par le salvarsan. M. Bar fait connaître les résultats de ce mode de traitement.

La dose injectée n'a jamais dépassé 50 centigrammes pour les femmes et 3 centigrammes pour les enfants. C'est aux injections intraveineuses qu'a eu recours M. Bar. Comme accidents, il n'a constaté, chez les femmes enceintes, que des vomissements, des douleurs le long du rachis, et dans un cas de l'albuminurie. Voici l'histoire de cette femme : après l'injection, elle eut 25 centigrammes d'albumine. Cela disparut. Mais une quinzaine de jours après, elle eut une nouvelle poussée d'albuminurie, qui monta jusqu'à 6 grammes en moyenne, et jusqu'à 12 et 15 d'albumine par litre. Elle n'avait eu qu'un peu d'amygdalite suivie d'un état grippal. Elle accoucha d'un enfant mort, et trois jours après elle fut elle-même prise de pneumonie et succomba.

Comment s'élimine l'arsenic après une ou deux injections de salvarsan? M. Bar a fait des recherches à ce sujet. Jusqu'au douzième jour après l'injection il n'a pas trouvé d'arsenic dans le sang.

Quelle a été l'influence du traitement sur la marche de la syphilis? Les accidents disparurent très vite. Les spirochètes disparurent dans le sang, dans les quarante-huit heures. Les plaques muqueuses se cicatrisèrent très rapidement. L'accident initial, le chancre du col, par exemple, rétrocéda très vite.

Chez une femme enceinte syphilitique, il fit faire une injection de salvarsan au cinquième mois de sa grossesse. Cette femme accoucha, à terme, d'un enfant vivant. Chez une autre qui avait, au cours de sa grossesse, contracté un chancre énorme du col de l'utérus, ce chancre se cicatrisa très rapidement après une injection de 606; or cette femme accoucha très facilement à l'aide d'une simple incision du col. Après ces injections, du dixième au quinzième jour, la réaction de Wassermann est plus positive qu'avant l'injection. Il semble qu'il y ait une réaction biologique particulière. En outre on constate une diminution des battements du cœur de l'enfant. L'enfant souffre incontestablement après ces injections maternelles. Et cependant on a pu s'assurer que le sang fœtal ne contenait pas d'arsenic.

Une femme syphilitique enceinte reçoit une injection de salvarsan. Soixante-douze jours après, elle accouche à terme d'un enfant vivant et bien portant. La réaction de Wassermann opérée sur le sang de cet enfant est négative. Dans un autre cas, alors que chez la mère la réaction de Wassermann est devenue négative après l'injection, elle a été positive chez l'enfant.

En résumé, voici ce qui résulte des observations de M. Bar: le salvarsan fait disparaître très vite les lésions syphilitiques, primitives et secondaires, chez la femme enceinte atteinte de syphilis; mais il n'est pas tout à fait sans danger pour l'enfant. La guérison, au moins apparente de la mère, n'implique pas que l'enfant soit indemne. Le salvarsan, injecté dans la veine, n'a pas donné d'accidents immédiats. Il n'y a eu qu'un seul cas d'albuminurie grave.

L'arsenic qui passe dans le lait de la mère est insuffisant pour traiter l'enfant en pleine syphilis. C'est pourquoi au lait maternel M. Bar a ajouté, chez l'enfant lui-même, l'injection de salvarsan. Il n'y a pas eu, chez les enfants ainsi traités, de réaction immédiate grave. L'élimination de l'arsenic se fait bien par l'urine. Dans un seul cas l'enfant est mort, cinq jours après l'injection, de pneumonie. Le pemphigus disparaît très rapidement, chez les enfants, après l'injection; mais chez plusieurs d'entre eux, la réaction de Wassermann à l'égard de

leur sang et du liquide céphalo-rachidien est restée positive après la guérison complète du pemphygus.

Un enfant né à terme, bien portant, d'une mère syphilitique, a été atteint après quelques jours d'une paraplégie avec réaction de Wassermann positive. On fait une injection, l'état s'améliore sensiblement. Plus tard, il y a une récidive, nouvelle injection, amélioration, mais la réaction de Wassermann reste positive.

Toutefois, M. Bar conclut de ces faits que le salvarsan peut être utile chez l'enfant né en puissance de syphilis.

M. Pinard est resté fidèle au traitement classique par le mercure et les iodures qui lui a toujours donné de bons résultats. Aussi n'a-t-il eu recours exceptionnellement que deux fois au 606. Chez une femme enceinte, syphilitique, on fit une injection, réaction presque nulle ; seulement une légère hémorragie utérine, disparition rapide des plaques muqueuses, accouchement à terme d'un enfant vivant.

Chez une autre femme, les choses se passèrent de même après l'injection, mais elle accoucha d'un enfant mort.

En principe, M. Pinard reste fidèle au vieux traitement.

Traitement de l'eczéma infantile par les mutations lactées. — M. Variot fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 28 octobre 1911)

La réaction de l'antigène. — MM. Robert Debré et Jean Paraf publient une nouvelle série de cas où ils ont pratiqué la réaction de l'antigène dont ils ont indiqué dans des notes précédentes la technique et les premiers résultats.

Ils ont prouvé que la réaction de Bordet-Gengou appliquée à la recherche des anticorps tuberculeux ne fournissant guère d'indications utiles devait donner de meilleurs résultats appliquée à la recherche de l'antigène dans les tissus ou humeurs susceptibles d'en contenir.

Les auteurs ont pu vérifier que leur supposition était exacte en pratiquant la réaction de l'antigène dans 43 liquides pleuraux et ascitiques et dans 63 urines claires ou purulentes.

Les résultats que Robert Debré et Jean Paraf communiquent aujourd'hui montrent l'utilité de la réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose rénale.

Dans plusieurs cas, les malades ont été néphrectomisés sur les seules indications de la clinique et d'une réaction de l'antigène positive et après l'intervention l'examen histologique, l'inoculation des fragments de parenchyme ont confirmé la nature tuberculeuse des lésions.

Toxicité des extraits d'appendice. — M. Roger. En injectant dans les veines d'un lapin des extraits préparés avec l'appendice d'un animal de même espèce, on provoque le développement de thromboses qui oblitèrent les veines caves, se prolongent dans le cœur droit et l'artère pulmonaire et entraînent rapidement la mort.

Si l'on dilue l'extrait appendiculaire et si on l'injecte lentement, on pourra introduire, sans provoquer de troubles, une dose équivalente ou supérieure à celle qui primitivement amenait la mort. L'animal supportera ensuite des extraits de plus en plus concentrés et il pourra bientôt recevoir sans inconvénient une dose de l'extrait primitif égale ou même supérieure à celle qui tuait le témoin.

Cette accoutumance rapide qui se produit en moins d'une heure tient en grande partie aux modifications du sang. On peut en effet, suivant la dilution employée et la vitesse de l'injection, observer les quatre effets suivants :

1° Formation de caillots dans les veines chez l'animal vivant ; 2° sang fluide chez l'animal, se fixant dès qu'il sort des vaisseaux en une masse gélatineuse, non rétractile ; 3° formation extemporanée de caillots mous, plus ou moins volumineux, laissant une masse liquide qui coagule tardivement ; 4° retard de la coagulation ; le sang reste liquide pendant une heure ou deux.

Ainsi avec le même extrait, on peut observer deux états diamétralement opposés reliés par une série de transitions. C'est justement parce que, sous l'influence des extraits dilués, le sang devient incoagulable, que l'animal acquiert rapidement l'immunité contre l'action coagulante des extraits concentrés.

Action caséifiante de certains lipoïdes. — MM. Gaehlinger et Tilmant (de Lille) appellent, dans une première note, l'attention sur la formation, après injection de lipoïdes hépatiques au cobaye, de véritables abcès froids contenant, outre de nombreux leucocytes, des corps colorables par le rouge de Ziehl et ressemblant à du bacille de Koch. Si ces injections de lipoïdes sont destinées à rechercher leur action dans la tuberculose un esprit prévenu pourrait voir dans la production de ces nodosités de « véritables points de fixation à bacilles tuberculeux ». Il n'en est rien et l'expérimentation montre que ces nodosités se produisent avec les mêmes caractères microscopiques si l'animal n'est pas tuberculeux. Les particules colorées par le rouge de Ziehl ne sont que des cristaux de cholestérine et d'acides gras, et les auteurs rappellent que les réactions colorantes du bacille de Koch sont dues à la présence de ces acides gras.

La production de ces nodosités est à rapprocher des faits semblables de M. G. Lefebvre qui a obtenu des abcès analogues par injection de méconium bouilli, et surtout des expérimentations d'Auclair qui a étudié la production de ces nodosités par l'éthéro-bacilline.

Il semble donc que parmi les lipoïdes hépatiques se trouve un produit analogue à l'éthéro-bacilline ou poison caséifiant du bacille tuberculeux.

Recherches sur les voies d'absorption péritonéale. — MM. A. Le Play et S.-E. May, poursuivant leurs recherches sur la physiologie du péritoine, en présence des controverses soulevées à propos de la pathogénie de la résorption, sur la prépondérance du rôle des lymphatiques ou des vaisseaux veineux, ont repris ces expériences chez le chien. Par les opérations combinées de la fistule du canal lymphatique et d'une double fistule uretérale, ils sont arrivés à cette conclusion que l'absorption se fait par les deux systèmes, lymphatique et sanguin, mais que l'absorption par les veines est de beaucoup la plus marquée.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA SCROFULE

Par M. E. Viadel.

La scrofule n'est pas une maladie, elle est un état constitutionnel, caractérisé par la dilatation excessive des vaisseaux lymphatiques et par l'existence habituelle d'adénopathies chroniques et d'infections cutanées ou muqueuses. Le traitement de cette diathèse visera donc à modifier le terrain et à dissoudre ces hypertrophies ganglionnaires (adénites cervicales, crurales, etc.).

L'hygiène sera surveillée ; le grand air, l'exercice physique, les douches et les frictions seront toujours conseillées. L'alimentation sera riche en chlorure de sodium, en graisses, en phosphates. On se trouvera bien d'ajouter à l'alimentation journalière deux cuillerées à soupe de glidine (protéine végétale concentrée 95 p. 100 et lécithine végétale naturelle 1 p. 100). L'air marin est indiqué et à son défaut les bains salés.

Ces bains salés doivent être pris tous les deux jours pendant un quart d'heure et contiendront un kilogramme de sel de cuisine et 100 grammes de carbonate de chaux.

Le traitement médicamenteux consiste dans l'usage prolongé de l'iode, de l'arsenic et des phosphates.

L'iode sera utilisé de préférence sous la forme de pommade iodée. L'absorption en est plus rapide et plus complète. Toutes les fois par exemple qu'il existe de l'adénite, il faut frictionner les ganglions deux fois par jour avec gros comme une noisette d'iodex.

L'iodex est à l'heure actuelle, la pommade iodée la plus pratique et la plus active. Elle ne tache pas la peau, n'est pas caustique, n'irrite pas l'épiderme et renferme environ 5 p. 100 d'iode thérapeutiquement libre. Après deux à trois minutes de frictions douces sur les ganglions tout l'iode est absorbé, la coloration brunâtre a disparu. Au bout de huit à quinze

jours de ce traitement les hypertrophies ganglionnaires s'atténuent et disparaissent; peu à peu la diathèse strumeuse est modifiée. Aucun inconvénient n'existe avec les frictions d'iodex.

L'arsenic est utilisé sous la forme de liqueur de Fowler, de granules de Dioscoride ou bien de liqueur de Pearson.

Les phosphates sont les glycéro-phosphates habituels ou le lactophosphate de chaux.

C'est surtout pendant les périodes de croissance qu'il faut traiter énergiquement le scrofuleux et à cette époque de larges frictions iodées devront être faites très régulièrement et pendant longtemps.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LE IVe CONGRÈS D'ÉDUCATION PHYSIQUE se réunira à Rome, sous les auspices de la Commission permanente de l'éducation physique, du 8 au 11 novembre 1911, pendant les fêtes commémoratives de la proclamation de l'Unité italienne. Il sera présidé par M. le sénateur Lucchini. Les précédentes sessions du même Congrès ont eu lieu à Paris, Liége et Bruxelles, de 1900 à 1910.

Les principales questions inscrites à l'ordre du jour du IVe Congrès sont :

La méthode rationnelle d'éducation physique dans les diverses écoles, primaires, secondaires et supérieures, ses rapports avec le caractère national. — La valeur des sports dans l'éducation physique et leurs limites physiologiques. — L'école en plein air. — L'organisation de l'éducation physique au point de vue de la préparation militaire. — L'éducation physique de la femme en rapport avec sa fonction dans la famille et dans la société. — La gymnastique respiratoire et le chant. — Les exercices physiques à choisir en vue de la préservation contre la tuberculose.

MORT DU MODÈLE DE SHERLOCK HOLMES. — Le *Journal de médecine de Bordeaux* annonce la mort du docteur Joseph Bell (d'Edimbourg), médecin très réputé en Angleterre comme en Ecosse, et qui fut le modèle de sir Arthur Conan Doyle pour son Sherlock Holmes. La puissance d'induction du docteur Bell avait profondément impressionné l'écrivain anglais, qui mit dans la bouche de son héros tout le raisonnement de logique serrée qu'il avait appris de lui. Le docteur Bell était célèbre par toutes les remarques ingénieuses dont il faisait part à ses élèves lorsqu'il examinait un malade, et par l'acuité, la précision et la promptitude de ses appréciations.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — CONFÉRENCES SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS, par M. P. NOBÉCOURT, agrégé (les lundis matins, à dix heures et demie.) — 6 novembre 1911. Le nourrisson. Sa croissance. Ses besoins alimentaires. — 13 novembre 1911. Allaitement naturel. Le lait de femme. — 20 novembre 1911. Technique de l'allaitement naturel. — 27 novembre. Allaitement maternel et mercenaire. Examen et hygiène des nourrices. — 4 décembre. Troubles provoqués par un allaitement naturel défectueux. — 11 décembre. Allaitement artificiel. Le lait de vache. — 18 décembre. Production et conservation du lait pour nourrissons; hygiène de la vache laitière; lait cru; laits stérilisés. — 8 janvier 1912. Modifications de la composition du lait de vache. — 15 janvier 1912. Technique de l'allaitement artificiel. Allaitement mixte. — 22 janvier 1912. Troubles provoqués par un allaitement artificiel défectueux. — 29 janvier 1912. Laits de chèvres et d'ânesse. Comparaison des allaitements naturel et artificiel. — 5 février 1912. Ablactation et sevrage. Aliments utilisés. — 12 février 1912. Technique de l'ablactation. Troubles provoqués par une ablactation mal dirigée. — 19 février 1912. Protection de la mère nourrice et des nourrices mercenaires. — 26 février 1912. Protection des nourrissons.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — MM. Brocq, Thibierge et Darier reprendront le samedi 11 novembre à dix heures à la salle des conférences du musée de l'hôpital Saint-Louis, leurs conférences hebdomadaires et les continueront les samedis suivants.

CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôpital Cochin. Professeur : M. QUÉNU). — M. le professeur E. Quénu commencera son cours de clinique chirurgicale le mercredi 8 novembre 1911; il fera sa première leçon ce jour-là, à dix heures du matin, et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

COURS DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES (Hôpital Necker. Professeur : M. ALBARRAN; M. Maurice CHEVASSU, agrégé, chargé du cours). — M. Maurice Chevassu reprendra ses leçons le mercredi 8 novembre 1911, à l'amphithéâtre des cours, et le vendredi 10, à la salle de la Terrasse, à dix heures.

Opérations les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures et demie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 NOVEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 14 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 15 novembre, à une heure. — 2e. — 3e (oral, 1re partie). — 4e (1re et 2e séries).

Jeudi 16 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie). — 4e.

Vendredi 17 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 18 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 15 novembre, à une heure. — M. AUSSILLOUX. Quelques considérations sur l'anesthésie lombaire. (MM. Gautier, président; Reclus, Segond et Tiffeneau.) — M. MASSON Etude expérimentale sur le mécanisme des fractures du maxillaire inférieur. (MM. Reclus, président; Gautier, Segond et Tiffeneau.) — M. DI CHIARA. De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. (MM. Segond, président; Gautier, Reclus et Tiffeneau.) — M. STRAUSS. Les besoins alimentaires des diabétiques. Leur ration azotée. (MM. Roger, président; Desgrez, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. SILVE. Contribution à l'étude du craniotabes. (MM. Roger, président; Desgrez, Marcel Labbé et Léon Bernard.)

Jeudi 16 novembre, à une heure. — M. BAILLEUL. La valvulite uricémique. (MM. Debove, président; Gilbert, Achard et Carnot.) — M. LEHMANN. Les hématémèses et les crises gastriques du tabes. (MM. Gilbert, président; Debove, Achard et Carnot.) — M. ANDRIEUX. Considérations sur les boues thermales. (MM. Gilbert, président; Debove, Achard et Carnot.) — M. GOUGELET. Des épisodes méningés tuberculeux curables chez l'enfant. (MM. Achard, président; Debove, Gilbert et Carnot.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 126. — MARDI 7 NOVEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 7 NOVEMBRE 1911. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 3 novembre (matin). — MM. Lambert, 6; Trifaud, 4; Ziélinski, 3; Coudray, 5; Dantrelle, 7; Dedet, 6; Le Roy (René) et Jacquemin, 7; Desaux, 9.

Séance du 3 novembre (soir). — MM. Lanos et Oulié, 5; Chichmanian, Bourdeau et Touchard, 6; Dauphin, 2; Prunier, 5; Leroy (Maxime), 8; Mlle Delage, 2; MM. Crétin, 1; Ramadier, 5; Lépine, 7.

Séance du 4 novembre. — MM. Gardin, 6; Besnard (Jean), 7; Lesage, 3; Réglade, 2; Ohanianz, 3; Marcassus, 4; Audain et Aubin, 6; Fitte, 5.

Pathologie. — Séance du 3 novembre. — MM. Monod (André), 11; Stiassnie, 7; Lempérière, 5; Dugué et Quiquandon, 7; Mercier (Jacques), 4; Queyroi, 11; Weiss, 9; Périn, 5; Mlle Giboulot, 10.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.*. — Séance du 3 novembre. — Question donnée : « Anatomie du nerf cubital. »

M. Fourneau, 7; Mlles Herment et Harel, 9; Gœrtz, 13 1/2; MM. Garnier, 12 1/2; Folley et Guillaume (Alexandre), 10; Grille, 12; Mlle Hartmann, 13 1/2; MM. Feuillié, 6 1/2; Grasset, 5; Mlle Gaïtz, 11; MM. Forget, 9; Guilloux, 8; Mlle Gillot, 15; MM. Flot, 16 1/2; Fornairon, 14 1/2; Forgeron, 13; Gérard, 5.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lousteau, Pierre Laffargue, Bouzom, Daudin-Clavaud, Canuyt, Bouquet, Chenut, Fouquet, Mlle Mercier-Bellevue.

Internes provisoires : MM. Boursier, Bitot, Doré, André Lacroix, Lartigaut, Lafforgue, Nard, Duthil, Boisserie-Lacroix, Romefort.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon — M. Maldiney, chef des travaux pratiques à la Faculté des sciences, est chargé d'un cours de physique. M. Secrétant, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ses fonctions pour une période de trois ans.

— Grenoble. — M. Jacquemet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé, à partir du 1er novembre 1911, professeur de pathologie interne.

— Rouen. — M. Guerbet, suppléant d'un cours de pharmacie et matière médicale, est nommé, à partir du 1er novembre 1911, professeur de pharmacie et matière médicale.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — M. Delassus est nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. le professeur Duret en congé.

M. Voituriez est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie.

M. Camelot est nommé assistant de clinique chirurgicale et M. D. Augier chef des travaux anatomiques.

MARINE. — M. Jan, médecin chef de première classe, est nommé au grade de médecin général de deuxième classe.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-troisième semaine, 818 décès au lieu de 848 pendant la semaine précédente, et au lieu de 789, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde n'a causé que 9 décès, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 86, au lieu de 81 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

On peut supposer que la proportion des cas déclarés est augmentée par ce fait que l'attention publique est attirée sur cette fièvre, et que par suite on est plus diligent à la déclarer dès qu'elle se manifeste.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Monod, directeur honoraire de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de soixante-huit ans.

Après avoir débuté avec distinction dans l'administration et avoir été préfet du Gers, de l'Allier, du Calvados et du Finistère, M. Monod avait été nommé, en 1887, par M. Goblet, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

Il exerça ses fonctions avec une autorité et une compétence reconnues de tous, jusqu'en octobre 1905. A cette époque, il fut brusquement, et de la façon la plus imméritée, mis à la retraite par le ministre d'alors, au moment même où il représentait le gouvernement à un congrès à Venise.

Les obsèques de M. Henri Monod auront lieu mercredi matin à dix heures.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1806.)*

OBSERVATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA INFANTILE

PAR LES MUTATIONS LACTÉES (1)

Par le docteur G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

C'est un fait bien connu que l'eczéma des nourrissons coexiste habituellement avec des troubles digestifs plus ou moins accentués; dans ces circonstances, les déjections n'ont pas leur aspect normal; elles sont glaireuses, mélangées de vert, grumeleuses, demi-liquides et même parfois tout à fait liquides; il est bien plus rare d'observer la constipation vraie. Ces accidents entéritiques spéciaux se montrent dès les premières semaines chez les nourrissons eczémateux élevés au sein, et semblent bien en rapport avec la qualité même du lait des mères ou des nourrices, car il suffit, pour rendre aux selles leurs caractères normaux, ou bien d'ajouter quelques biberons de lait surchauffé ou homogénéisé aux tétées au sein, ou de substituer entièrement à l'allaitement maternel l'élevage artificiel, ou enfin de donner à l'enfant une autre nourrice.

Ces modifications favorables dans les fonctions digestives produites par les mutations lactées ont ordinairement comme conséquence une atténuation plus ou moins rapide des poussées eczémateuses qui semblent s'apaiser en même temps que les déjections reprennent une coloration et une consistance se rapprochant de la normale.

Les efflorescences cutanées paraissent nettement solidaires des troubles gastro-intestinaux; de là à supposer que le lait de certaines femmes a des propriétés eczématigènes, il n'y a pas loin.

En effet, contrairement aux idées admises, l'eczéma infantile, plus ou moins précoce, est bien plus répandu chez les enfants au sein que chez ceux nourris au biberon. Chez ces derniers, les érythèmes fessiers sont la règle après les diarrhées dues à l'ingestion du mauvais lait, mais ces érythèmes restent localisés sur les fesses, les cuisses et les jambes.

L'*eczéma vrai*, envahissant le tronc, se généralisant au visage et au cuir chevelu, est beaucoup plus fréquent, nous le répétons, chez l'enfant au sein que chez celui élevé artificiellement. A la Goutte de lait de Belleville, sur des milliers de nourrissons recevant des rations convenables de bon lait surchauffé ou homogénéisé, je n'ai observé qu'un petit nombre d'eczémateux, tandis qu'on nous y apporte très fréquemment des enfants au sein qui présentent des éruptions plus ou moins généralisées. Il arrive aussi que des enfants au biberon, depuis plus ou moins longtemps, conservent encore une éruption qui est apparue lorsqu'ils prenaient le sein de leur mère. Ces observations confirment donc indirectement l'opinion que j'ai émise plus haut, à savoir que le lait de certaines femmes est *eczématigène* pour le nourrisson, comme dans d'autres cas plus rares il semble être véritablement toxique.

J'ai relevé parfois que les mères des petits eczémateux étaient des femmes nerveuses, qu'elles avaient eu des contrariétés ou de grands chagrins. J'ai remarqué aussi que d'autres fois ces femmes avaient dépassé la quarantaine, qu'elles avaient eu leur retour de couches de bonne heure et qu'elles étaient réglées pendant leur allaitement. D'ailleurs, à chaque période menstruelle correspondait une poussée eczémateuse.

J'ai fait pratiquer souvent l'analyse chimique du lait de ces femmes; je n'ai pas trouvé constamment une augmentation de la quantité de beurre comme l'ont prétendu certains accoucheurs.

D'autre part, j'ai rencontré des laits très riches en beurre chez des mères dont les enfants n'étaient pas eczémateux.

On a incriminé aussi la suralimentation comme cause de l'eczéma chez les enfants au sein; je n'ai vu que rarement l'éruption céder et les selles se régulariser par le réglage seul des tétées.

C'est donc bien plus la qualité du lait des femmes que l'on est porté à incriminer que sa quantité. Je n'ai pas encore obtenu de résultats concluants dans les recherches que je poursuis sur ce sujet avec M. Lavialle, chef du laboratoire de chimie à l'Institut de puériculture; il est bien vraisemblable, cependant, que des substances eczématigènes, encore indéterminées, troublant les fonctions intestinales, sont éliminées par la glande mammaire.

Le *modus faciendi* que j'ai adopté pour traiter les petits eczémateux au sein, par les mutations lactées, est le suivant et le traitement adjuvant est des plus simples.

Je substitue d'abord deux ou trois prises de lait surchauffé ou homogénéisé, ou de lait frais aseptique, aux tétées au sein; j'additionne chaque biberon, suivant les indications que j'ai fournies antérieurement à l'Académie sur l'emploi du citrate de soude, d'une cuillerée à soupe de la solution suivante pour 100 grammes de lait:

Eau distillée............	125 grammes
Citrate de soude	3 —
Sirop simple	25 —

Je conseille un bain d'amidon à 36 degrés dont la durée ne doit pas excéder cinq minutes. Lorsque l'enfant est séché avec du coton hydrophile, je le fais saupoudrer avec du talc de Venise. Cependant sur les parties suintantes de l'eczéma, sur les cuisses et les fesses je fais appliquer une couche de vaseline à l'oxyde de zinc, pour protéger la peau excoriée superficiellement contre le contact des urines et des déjections.

Je fais aussi une onction avec cette pommade sur le cuir chevelu et sur les parties du visage où la sérosité de l'eczéma s'est concrétée en croûtes. Toutes ces régions sont recouvertes au besoin d'une couche de coton hydrophile.

Matin et soir je fais administrer à l'aide d'une poire en caoutchouc un lavement avec un verre d'infusion de camomille tiède ou plus simplement avec de l'eau bouillie.

Dans l'espace de quelques jours on voit ordinairement l'éruption s'amender sous l'influence de ce traitement. Les parties suintantes et livides s'épidermisent, bien que le derme conserve une coloration rouge vif pendant quelque temps. Les éruptions du visage se modifient plus vite en général que les érythèmes fessiers et cruraux. Dès le premier ou le deuxième jour après l'allaitement mixte les déjections présentent un aspect qui les

(1) Communication à l'Académie de médecine, 31 octobre 1911.

rapproche de la normale. Il n'est pas rare que le lait des mères, n'étant plus tété que toutes les quatre ou cinq heures, diminue de quantité et qu'on soit obligé de fournir après une semaine ou deux, quatre ou cinq biberons à l'enfant.

Si l'on manie des laits surchauffés et homogénéisés ou le lait frais trait aseptiquement de très bonne qualité, l'allaitement mixte ou même l'élevage artificiel peuvent être poursuivis sans danger; d'ailleurs, en cas de besoin on pourrait toujours recourir au lait d'une nourrice, si le développement de l'enfant était retardé.

J'ai vu ainsi un bon nombre de cures très heureuses par l'allaitement mixte qui permet un sevrage graduel, inoffensif aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

J'ai constaté également que l'eczéma infantile, atténué par l'allaitement mixte, réduit à quelques placards siégeant au visage, au cou, sur la peau des aisselles, guérissait très vite lorsque les mères cessaient complètement de donner le sein.

Dans d'autres cas où le lait des mères était très peu abondant, j'ai substitué d'emblée au sein, l'allaitement artificiel avec ration plutôt forte additionnée de citrate de soude. J'ai obtenu ainsi en trois ou quatre semaines la guérison à peu près complète d'eczémas remontant déjà à deux ou trois mois chez des enfants que l'on s'obstinait à laisser au sein, et qui étaient devenus atrophiques parce qu'on réduisait leur ration d'une manière excessive, ou parce que le lait des mères était insuffisant. On imputait à tort à la suralimentation des accidents, qui étaient dus en réalité à la qualité défectueuse de la sécrétion lactée.

Chez plusieurs enfants de la ville, et à la nourricerie Parrot, j'ai vu des eczémas céder assez vite à la *mutation lactée*, par un simple changement de nourrice.

La méthode des *mutations lactées* que je propose dans l'eczéma infantile s'appuie sur plus de cinquante observations cliniques poursuivies dans des milieux divers : à la Goutte de lait de Belleville, à l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés où j'ai pu montrer des exemples très probants d'amélioration et de guérison aux élèves de mon service et aux médecins qui suivent mon enseignement, enfin dans la clientèle privée.

Dans un petit nombre de cas, chez des enfants que j'ai pu suivre, la méthode des *mutations lactées* s'est montrée inefficace. Il n'est pas rare d'ailleurs, dans les premiers mois qui suivent la disparition de l'éruption, de voir survenir quelques poussées fugaces qui cèdent aisément au traitement local.

Cette méthode est certainement inoffensive et ne peut produire aucun accident grave immédiat, car la guérison de l'éruption est lente et progressive et marche de pair avec le retour à la normale des fonctions digestives.

On redoute, non sans raison, les répercussions viscérales des grandes éruptions eczémateuses lorsqu'elles sont traitées par des topiques intempestifs, qui font rétrocéder soudainement les efflorescences cutanées; la mort subite même n'est pas rare dans ces circonstances. Rien de pareil n'est à craindre avec les *mutations lactées*.

Peut-être pourrait-on reculer devant la substitution de l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel pour guérir une affection qui ne menace pas immédiatement la vie du nouveau-né?

Dans la classe riche, on a toujours la ressource de la nourrice sur lieu pour remplacer le lait de la mère.

Mais l'allaitement artificiel a fait de si admirables progrès, dus à la stérilisation, à la surchauffe, à l'homogénéisation, à la traite aseptique, que nous sommes autorisés à tenter aujourd'hui l'élevage au biberon avec une sécurité qui était inconnue de nos devanciers. Si l'on veut prolonger l'allaitement mixte, avec l'espoir que le lait de la mère s'améliorera qualitativement, on emploiera le tire-lait ou la succi-pompe pour activer la sécrétion du lait qui ne sera que partiellement absorbé par le nourrisson.

Dans le cas où l'on échouerait dans le traitement de l'eczéma infantile par les *mutations lactées*, on pourrait recourir aux injections sous-cutanées d'eau de mer isotoniques. Les premières recherches que nous avons présentées sur ce traitement à l'Académie de médecine en 1907, en collaboration avec M. Quinton, ont été confirmées par un bon nombre d'observateurs, et notamment par MM. Tennesson, Jeanselme, etc. (1).

MÉDECINE PRATIQUE

LA MÉDICATION ARSENICALE CHEZ L'ENFANT

Les préparations arsenicales utilisées en médecine infantile sont nombreuses et doivent être bien connues, car leur emploi est indiqué dans beaucoup d'affections fréquentes et cette médication, bien maniée, donnera souvent des résultats très appréciables. Je rappellerai d'abord la posologie des principaux composés arsenicaux :

L'*acide arsénieux*, très actif, mais aussi très toxique, est administré sous deux formes principales : granules de Dioscoride, à un milligramme d'acide arsénieux pour un granule; liqueur de Boudin, solution au millième d'acide arsénieux, dont un gramme contient un milligramme d'acide arsénieux. A un enfant de deux à cinq ans, on peut donner, par jour, un milligramme d'acide arsénieux, à un enfant de cinq à dix ans, 5 à 10 milligrammes; ces doses seront même souvent dépassées, comme nous le verrons à propos du traitement de la chorée par la liqueur de Boudin.

L'*arséniate de soude* est prescrit en solution, par exemple :

Arséniate de soude	0g02
Eau distillée	100 grammes,

ce qui fait un milligramme par cuillerée à café; la liqueur de Pearson est une solution forte dont XII gouttes contiennent un milligramme d'arséniate de soude. Un enfant de deux à cinq ans peut prendre, chaque jour, 2 milligrammes d'arséniate de soude et les enfants de cinq à dix ans, 5 milligrammes à 1 centigramme.

L'*arsénite de potasse* fournit, en soluté aqueux, la liqueur de Fowler; XXXIV gouttes de liqueur de Fowler représentent 1 gramme et renferment 1 centigramme d'arsénite de potasse. Chez des enfants de huit à dix ans, on en peut donner X gouttes par jour; quelques auteurs élèvent rapidement la dose, pour atteindre XXX et XL gouttes par jour, dans le traitement de la chorée, mais on risque alors des accidents d'intoxication.

L'*iodure d'arsenic* est plus rarement prescrit en solution aqueuse au centième, dont on donnera, par jour, de IV à X gouttes.

Toutes ces préparations arsenicales, employées depuis fort longtemps, ont été un peu délaissées, depuis l'introduction dans la thérapeutique des composés arsenicaux organo-métalliques : cacodylate de soude, arrhénal, atoxyl. Le *cacodylate de soude* ne peut guère être administré qu'en injections hypodermiques, l'ingestion étant suivie de troubles digestifs avec

(1) Variot et Quinton. *Traitement de l'eczéma du nourrisson par l'eau de mer*, juin 1907.

odeur alliacée de l'haleine; les doses moyennes sont : pour un enfant de trois à cinq ans, 1 centigramme; de cinq à dix ans, 2 à trois centigrammes; de dix à quinze ans, 5 centigrammes.

L'anilarséniate de soude, *atoxyl*, n'a pas eu, jusqu'à ce jour, beaucoup d'applications en thérapeutique infantile; on le maniera avec précautions. Il n'en est pas de même pour l'*arrhénal* ou méthylarsinate de soude; peu toxique, très soluble dans l'eau, l'arrhénal est administré par la bouche, et les enfants le supportent admirablement bien; c'est un des meilleurs procédés pour donner de l'arsenic aux très jeunes enfants. On pourra prendre comme base la formule de Variot :

Arrhénal...................	0g10
Sirop de quinquina..........	50 grammes,
Eau distillée................	100 —

deux cuillerées à café par jour, pour un enfant de dix-huit mois à deux ans. Pour les enfants plus âgés, on arrivera facilement à leur donner la dose suffisante d'arsenic en augmentant la quantité d'arrhénal dans cette solution que les enfants prennent très volontiers. Pour toutes ces préparations arsenicales, il est bon de conseiller de suspendre la médication après quelques jours de traitement; en les prescrivant, chez les très jeunes enfants surtout, on notera toujours : faire prendre à l'enfant pendant trois jours telle ou telle dose, cesser trois jours, puis reprendre.

Il est enfin un dernier mode d'emploi de l'arsenic, c'est l'eau de la Bourboule, qui est très arsenicale, puisque l'eau de Choussy-Perrière contient par litre 28 milligrammes d'arséniate de soude.

La Bourboule reçoit beaucoup de jeunes malades lymphatiques, adénoïdiens, des enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, des convalescents d'affections diverses des voies respiratoires; ils se trouvent fort bien de cette cure thermale. A ceux qui, pour une raison quelconque, ne peuvent aller à la source même, on fera faire une cure à domicile : eau de la Bourboule chauffée au bain-marie, en boisson, inhalation, ou pulvérisation.

En principe, la médication arsenicale ne doit pas être employée ou n'est employée qu'avec prudence chez les enfants ayant de la fièvre; pour quelques thérapeutes, la fièvre est une contre-indication absolue du traitement arsenical, par exemple des injections de cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire. Je crois qu'on doit manier l'arsenic avec précautions chez les fébricitants, mais qu'il serait exagéré d'admettre cette contre-indication pour tous les cas. J'ai vu plusieurs de mes maîtres faire des injections de cacodylate à des tuberculeux hyperthermiques; j'ai plusieurs fois donné de l'arrhénal à de très jeunes enfants ayant des poussées fébriles qui me paraissaient dépendre de bacillose ganglionnaire et de bacillémie, et je n'ai constaté que d'heureux résultats à la suite de cette médication.

Comment agit l'arsenic introduit dans l'organisme? On ne le sait pas d'une façon très précise; tout ce qu'on peut dire, c'est que l'arsenic, très facilement absorbé, s'élimine en partie par l'urine, les diverses sécrétions, par la peau et ses dérivés, que le reste se fixe dans le foie, les centres nerveux. Sur le sang et les organes hématopoiétiques, l'arsenic a une influence très curieuse; car, d'après les recherches expérimentales de Bloch (1), l'arsenic est d'abord un poison du sang, un poison déglobulisant, qui exerce une action destructive sur les différentes cellules du sang et des organes hématopoiétiques; mais à cette destruction cellulaire, succède un processus de rénovation intense et l'arsenic devient ainsi un médicament excitateur de l'hématopoièse. Il agit aussi sur la nutrition générale et paraît avoir un rôle dans la fixation de l'oxygène.

Quoi qu'il en soit, les indications de la médication arsenicale sont très nombreuses; et j'en indiquerai seulement les principales. Pour les maladies de l'appareil respiratoire, on aura souvent à prescrire l'arsenic. Voici par exemple un lymphatique avec des végétations adénoïdes et de grosses amygdales, nous pourrons lui prescrire des gargarismes à l'eau de Bourboule et la solution d'arrhénal. Voici un enfant ayant de l'asthme; après avoir traité l'accès, nous alternerons, dans l'intervalle des accès, la médication iodurée et la médication

(1) Louis Bloch. Th. de Paris 1908.

arsenicale; de même dans l'emphysème. L'arsenic est un médicament très utile dans l'adénopathie trachéo-bronchique, dans la tuberculose pulmonaire; une série de bonnes piqûres de cacodylate de soude, avec les paquets recalcifiants de Ferrier, constitue encore aujourd'hui une des plus recommandables méthodes de traitement de la tuberculose pulmonaire, ceci bien entendu avec la cure d'air et de repos.

Aux enfants anémiques, deux médicaments principaux sont à conseiller : le fer et l'arsenic, soit sous la forme de diverses préparations pharmaceutiques, soit sous la forme d'eau ferrugineuse (Forges, Bussang, Pougues), ou d'eau arsenicale (La Bourboule). Dans la leucémie myélogène, on combattra la déchéance de l'organisme par l'arsenic, liqueur de Boudin ou cacodylate de soude. On se souviendra toutefois à propos de l'emploi de l'arsenic dans l'anémie des très jeunes enfants, par exemple dans l'anémie de cause digestive, que ce traitement doit être surveillé de près. On a vu en effet des anémies graves aggravées par l'arsenic, et ceci ne surprend pas puisque l'arsenic amène d'abord une diminution des hématies; l'arsenic doit, en pareil cas, céder le pas au protoxalate de fer (1).

Dans la syphilis héréditaire, l'arsenic est un adjuvant très utile du traitement mercuriel. Aux enfants diabétiques, aux enfants atteints de rhumatisme chronique, on prescrit aussi souvent de l'arsenic; pour le rhumatisme chronique, Guéneau de Mussy préconisait les bains d'arséniate : 2 à 10 grammes d'arséniate de soude pour un bain très chaud.

Beaucoup de dermatoses chroniques peuvent être améliorées par l'emploi de l'arsenic; il suffira de citer l'eczéma sec lichenifié, le lichen plan, le psoriasis, l'acné, les névrodermites et le prurigo de Hébra. Pour un grand nombre de ces affections, une saison à La Bourboule est très indiquée.

Dans la chorée (2), l'arsenic a été préconisé dès 1811 et aujourd'hui il est très en faveur, surtout depuis les travaux de Comby, et de Marfan. On peut employer la liqueur de Fowler, une solution d'arséniate de soude, les injections de cacodylate, l'arrhénal, le beurre arsenical (méthode de Weill), mais on utilise surtout la liqueur de Boudin. Pour un enfant de huit ans, Comby commence par donner 10 grammes de liqueur de Boudin le premier jour, puis il augmente de 5 grammes par jour jusqu'à 30; cette liqueur est administrée soit dans du lait, soit dans un julep gommeux de 120 grammes, en plusieurs fois dans la journée, l'enfant prenant toujours immédiatement après un peu de lait; arrivé à 30 grammes, on descend alors parallèlement l'échelle qu'on avait gravie et la maladie est à peu près terminée quand on est revenu à 10 grammes. Si l'enfant a moins de huit ans, Comby commence par 2 grammes de liqueur de Boudin et augmente de 2 grammes par jour jusqu'à 10 grammes ou de 3 grammes par jour jusqu'à 15 grammes. Pour que ces doses soient supportées, l'enfant sera maintenu au lit, isolé si possible et ne prendra que du lait. Cette méthode, très efficace, exige une surveillance quotidienne, car des accidents d'intoxication se produisent quelquefois : troubles digestifs, accidents cutanés, phénomènes nerveux, anémie; on a même signalé des néphrites et des symptômes d'urémie convulsive. Aussi Hutinel et Babonneix ont-ils modifié l'emploi de la liqueur de Boudin; ils ne la donnent que chez des enfants âgés de plus de six ans, et seulement chez ceux qui ne présentent aucun trouble digestif, hépatique, ni aucune lésion rénale. Ils conseillent de commencer par 3 ou 4 grammes *pro die*, et d'augmenter d'un gramme tous les jours ou tous les deux jours sans jamais dépasser 15 à 18 grammes; si l'on constate de l'anorexie, il faut baisser les doses ou même suspendre la médication pendant un ou deux jours et purger légèrement le malade. Hutinel et Babonneix font encore remarquer que le traitement de la chorée par la liqueur de Boudin nécessite une surveillance très minutieuse et que par conséquent il doit être plutôt réservé pour les cas soignés à l'hôpital; en ville, surtout si le malade ne peut être vu qu'à intervalles éloignés, on recourra de préférence à l'arrhénal, à la liqueur de Fowler ou à l'arséniate de soude.

Signalons encore un effet curieux de l'arsenic chez les

(1) Tixier. *Rapports entre les fonctions digestives et l'hématopoièse*. Th. de Paris 1907.

(2) Voir à ce sujet Hutinel et Babonneix. *Les maladies des enfants*, t. V, p. 772.

enfants soumis à l'opothérapie thyroïdienne; on a constaté que si on leur donnait l'arsenic en même temps que la médication thyroïdienne, les accidents de celle-ci étaient beaucoup plus rares.

Cet exposé succinct des nombreux cas dans lesquels l'arsenic est depuis fort longtemps employé montre bien que ce médicament est véritablement utile, mais il ne faut jamais oublier que les préparations arsenicales sont, pour la plupart, plus ou moins toxiques; on les prescrira toujours avec prudence et en examinant souvent les malades soumis à ces traitements, afin de reconnaître les premiers symptômes d'intoxication, s'il en survient. M. BRELET.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

PREMIÈRE QUESTION

DU COMA DIABÉTIQUE (*fin*)

Discussion.

M. BLUMENTHAL (de Berlin). L'organisme en usant les albuminoïdes forme les corps cétoniques. L'acidose n'est pas la seule cause du coma diabétique, mais elle n'est qu'accessoire. Avec MM. Hugounencq et Morel il pense que ni l'acétone, ni l'acide β-oxybutyrique n'ont produit un état qui ressemble au coma. D'autre part la neutralisation des humeurs n'amène pas la guérison. Le coma est dû plutôt au dédoublement des crises protéiques.

Par conséquent il ne faut pas exagérer les effets de la thérapeutique alcaline. Le lait combiné à une nourriture végétale est très bon pour combattre les symptômes précomateux.

M. Pierre LEREBOULLET (de Paris) insiste sur la signification de la douleur épigastralgique qui dans l'intoxication diabétique, comme dans d'autres états autotoxiques et notamment l'urémie, peut marquer le début clinique de l'intoxication. Il rapporte deux cas dans lesquels l'épigastralgie fut pendant plusieurs heures le seul signe apparent et montre les erreurs de diagnostic auxquelles peuvent exposer ces *formes épigastralgiques*, comparables aux formes péritonitiques du coma diabétique jadis décrites. Dans l'une la douleur épigastrique très violente simulait la douleur d'une crise de colique hépatique et surtout celle d'une crise gastrique hépatique, mais un examen attentif fit démentir ce double diagnostic et par la constatation de la dyspnée de Kussmaul l'orienta vers celui de coma diabétique que l'évolution des accidents confirma, la durée totale ayant été de trente-six heures. Dans un second cas, l'évolution fut plus rapide encore, la mort étant survenue dix-huit heures après l'apparition d'une épigastralgie intense, sans vomissements, mais qui, en raison de son intensité et du léger météorisme qui l'accompagnait, avait pu faire penser à des accidents d'obstruction intestinale. Ici encore la dyspnée de Kussmaul ébauchée mais nette aida au diagnostic bientôt vérifié par l'apparition du coma et de ses signes habituels. La notion de cette épigastralgie prémonitoire doit être retenue, car elle peut faciliter un diagnostic rapide et permettre au traitement d'intervenir plusieurs heures avant l'apparition du coma confirmé.

M. TEISSIER (de Lyon) pense qu'il y a des acétonuries sans acétonémie très bénignes. Il émet une hypothèse rentrant dans le cadre des faits exposés par M. Hugounencq. L'acétonurie n'a de valeur pronostique grave que quand elle s'accompagne d'une diminution considérable des albumines du sang. Le coma proviendrait donc d'une diminution des albumines du sang.

M. RUBINO (de Naples) nie à l'acidose la part importante qu'on a l'habitude de lui donner dans l'intoxication diabétique. Si les alcalins peuvent être utiles aux périodes prémonitoires, il faut les abandonner dans le coma diabétique confirmé. Il vaut mieux traiter ce syndrome par les méthodes de désintoxication générale (jeûne, bains chauds, lavage du sang).

M. MARIANI (de Gènes). On ne peut pas affirmer que l'acidose est la cause unique du coma diabétique.

Pour le traitement je suis heureux de constater que les rapporteurs ont préconisé la méthode de Baccelli c'est-à-dire l'injection intraveineuse de solutions alcalines.

C'est Baccelli aussi qui a préconisé les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète. Elles activent les échanges azoturiques. On voit des glycosuries alimentaires disparaître par le *vermout d'oxygène* c'est-à-dire de petites quantités d'oxygène inhalées avant les repas.

M. MARAGLIANO (de Gênes). Dans les divers comas, coma des hépatiques, coma des cancéreux, on trouve, comme dans le coma diabétique une grande quantité d'acides aminés dans le sang. Il s'agit donc vraisemblablement d'un phénomène d'altération histogénique qui n'est pas spécial au diabète. Beaucoup de diabétiques ne font pas de coma ou s'ils deviennent comateux c'est à l'occasion d'une maladie intercurrente alors que le métabolisme cellulaire est incapable de provoquer l'élaboration des matières albuminoïdes. L'effet des alcalins est temporaire, car le malade peut succomber deux ou trois jours après la guérison du coma et sans coma. L'étude quantitative des albuminoïdes du sang doit nous donner comme vient de le dire M. Teissier des indications pronostiques très importantes.

Un régime très sévère fait disparaître le sucre, mais par la suite les malades meurent intoxiqués : il faut donner aux diabétiques une nourriture mixte.

MM H. LABBÉ et G. VITRY (de Paris), à propos du rapport de MM. Hugounencq et Morel qui font jouer un rôle aux polypeptides dans la pathogénie du coma diabétique, rappellent leurs recherches antérieures sur l'augmentation de l'indosé organique urinaire chez le diabétique. L'azote contenu dans cet indosé provient probablement des polypeptides dont parlent les rapporteurs. Il existe un moyen d'isoler ces corps azotés mal connus, c'est la dialyse continue de l'urine. L'expérience montre que l'azote indosé est sensiblement égal à l'azote indialysable aussi bien à l'état normal que chez les diabétiques où les quantités sont simplement plus considérables. On pourra donc par la dialyse séparer ces corps azotés dans l'urine des diabétiques, surtout au moment du coma, apprécier ainsi leur importance et expérimenter leur toxicité.

M. COURTELLEMONT (d'Amiens) insiste sur les difficultés de stérilisation du sérum bicarbonaté aseptique.

M. MEYER (de Laon) parle sur la nécessité d'instituer un traitement préventif du coma au cas de traumatismes chirurgicaux.

M. CHALIER (de Lyon) a noté, dans un cas de coma, l'hémolyse à 0,54. La fragilité globulaire ne dépendait pas de l'hyperglycémie, puisque, au cours du diabète non compliqué, la résistance globulaire est presque normale. Il est vraisemblable que c'est l'acétone qui favorise la fragilité globulaire. L'oxygène aurait la résistance globulaire : on doit donc l'employer comme l'a indiqué M. Mariani.

M. JANOWSKI (de Varsovie) attire l'attention sur plusieurs points du début du coma : les phénomènes nerveux, l'hyperthermie, la paralysie vaso-motrice de l'appareil vasculaire.

Les accès épileptiques dans le coma sont discutés, parce qu'ils varient non seulement selon les cas, mais aussi suivant les pays où on observe.

« Chez nous, en Pologne, ces accidents sont relativement très fréquents, c'est pourquoi on n'oublie jamais de chercher le glucose dans les urines des personnes prises d'accès épileptiques, et qu'on ne soupçonne pas être diabétiques.

Les élévations de température se rencontrent, chez nous, aussi souvent chez les pré-comatiques que chez les comatiques.

L'haleine acétonique est très caractéristique pour les malades en état de pré-coma, si on a besoin d'exclure l'acétonémie périodique des enfants et l'état de jeûne prolongé causé par de graves maladies, comme les vomissements incoercibles.

La pression artérielle chez les comatiques tombe, selon moi, non à raison de l'action immédiate de l'acidose du sang sur le cœur même, mais plutôt à raison de son action paralysante sur l'appareil vasculaire périphérique. C'est pourquoi, dans un certain nombre de cas, l'adrénaline a une influence favorable quoique passagère.

J'insiste sur le traitement lacté périodique (un ou deux jours par semaine, avec prescription de 20 à 50 grammes de bicar-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784.

bonate) chez les diabétiques menacés de coma. Ce traitement met l'organisme, extrêmement surchargé par le travail métabolique, en état de repos relatif, ce qui a, dans beaucoup de cas, une influence très favorable, comme je l'ai observé de nombreuses fois. »

M. TAILLENS (de Lausanne) pense que les boissons très abondantes, quelle que soit leur nature, sont un excellent traitement. Il fait absorber 3 à 4 litres d'eau de Vichy en vingt-quatre heures, soit 25 grammes au maximum, du lait, des boissons légèrement alcooliques.

M. HENRIJEAN (de Liége) ne considère pas que la diurèse soit à rechercher dans toutes les intoxications.

M. HUGOUNENCQ ne conteste pas les faits cliniques et une certaine efficacité transitoire de la thérapeutique alcaline.

Il ne s'agit pas en effet dans le traitement du diabète de la saturation d'un acide par un alcali : le phénomène est moins simple. Cependant il rappelle les expériences qu'il fit sur la filtration de la caséine dont la diffusion est facilitée par les alcalis. Les miscelles colloïdales sont diffusées grâce à la sursaturation de l'économie par les alcalis.

M. Marcel LABBÉ. La théorie de l'acidose vient de passer un mauvais quart d'heure. Néanmoins elle a un fondement clinique et thérapeutique. L'acidose dans le coma est peut-être ce qui apparaît le plus net : c'est une notion qu'il faut garder. Je ne rejette pourtant pas la formation des matières toxiques aux dépens des albumines.

M. MOREL. Nous n'avons pas nié le rôle de l'acidose dans le diabète, mais dans la production du coma. Sous l'influence de l'acidose, des substances provenant du métabolisme des albumines provoquent le coma. Par conséquent, pour prévenir le coma, il faut traiter l'acidose.

Nous admettons, en effet, que les corps acétoniques, dus à la désintégration des graisses et des albumines, *préparent le coma* en troublant l'équilibre des humeurs, en déminéralisant l'organisme, en diminuant l'activité des diastases, mais ce sont des substances azotées formées dans l'organisme à la faveur de l'acidose qui sont *la cause du coma*. Ces substances azotées se rapprochent des peptides (combinaison d'amido-acides) ou même des peptones.

Pour ce qui est de la toxicité des corps cétoniques, elle est très faible.

L'acide β-oxybutyrique n'est toxique qu'à très hautes doses pour l'animal.

M. BLUM. Ce débat a opposé les partisans et les adversaires de l'acidose. Evidemment, les corps acétoniques ne sont pas spécifiques dans le coma diabétique.

Pour ce qui est de la stérilisation du bicarbonate, elle est possible, mais il y a décomposition du sel, et en réalité on emploie du sesquicarbonate de soude, ce qui n'a pas d'autre inconvénient.

Les cures de jeûne sont néfastes dans le diabète gras car elles augmentent l'acidose et favorisent le coma.

DEUXIÈME QUESTION

Premier rapport.

DU ROLE DES HÉMOLYSINES EN PATHOLOGIE

Exposé général du sujet. — MM. Georges GUILLAIN et Jean TROISIER (de Paris). La présence d'hémolysines dans l'organisme n'a été reconnue biologiquement que depuis peu d'années, c'est-à-dire à l'époque récente où la physiologie a pu fournir les données qui régissent l'hémolyse. Toutefois, la lecture des anciens auteurs sur les causes et les résultats des destructions globulaires est édifiante et donne parfois des conceptions très exactes de ces phénomènes. C'est ce qu'on constate par exemple dans les travaux anciens de Bianchi, Reil, Preschet et dans des mémoires plus récents de Gubler, Robin, Dreyfus-Brisac.

Malgré ces travaux où la question de l'hémolyse était incontestablement posée, tous les auteurs rejettaient la notion des ictères hématogènes.

M. Chauffard en 1907, attira cependant l'attention sur l'existence de certains ictères d'origine hémolytique : il montra que les hématies de l'ictère congénital de l'adulte présentaient une fragilité remarquable vis-à-vis des solutions chlorurées sodiques, et c'est en raison de cette altération sanguine qu'il proposa pour cette maladie le nom d'ictère hémolytique.

M. Widal, avec ses élèves, MM. Abrami et Brulé, décrivit à côté de l'ictère hémolytique congénital de M. Chauffard des ictères hémolytiques acquis présentant la même fragilité globulaire. MM. Widal, Abrami et Brulé, par une modification de la technique consistant à employer les hématies déplasmatisées, montrèrent qu'on pouvait rendre plus sensible la méthode de mensuration de la résistance globulaire et ils purent ainsi reconnaître l'origine hémolytique de certains ictères acquis de l'adulte.

L'hémoglobinurie paroxystique fut une autre maladie où l'on chercha à déceler des phénomènes hémolytiques; c'est dans le sang des hémoglobinuriques que MM. J. Donath et M. Landsteiner purent mettre en évidence la présence d'une autolysine très particulière.

Au début de l'étude des ictères hémolytiques, il ne fut pas question des cytoxines hématiques. MM. Widal, Abrami et Brulé avaient même accentué l'opposition entre l'hémolyse par fragilité globulaire des ictères hémolytiques, et l'hémolyse par action plasmatique de l'hémoglobinurie paroxystique. Plusieurs travaux ont montré qu'il ne fallait pas établir des différenciations trop absolues entre ces divers syndromes : ainsi MM. Chauffard et J. Troisier ont rapporté une variété d'*ictère hémolytique sans fragilité globulaire* caractérisée par la présence d'une hémolysine dans le sérum sanguin (*ictère hémolysinique*).

Dans toute une série de recherches MM. Guillain et J. Troisier ont étudié la biligénie hémolytique locale, la formation des pigments biliaires par hémolyse en dehors du foie, dans les hémorragies des diverses séreuses; ils ont montré que les hématies extravasées dans les séreuses sont fragiles, et ont assimilé le processus des ictères hémolytiques locaux à celui des ictères hémolytiques généralisés.

M. J. Troisier, dans sa thèse inaugurale, fit une synthèse de ces différents travaux et mit en valeur le rôle des hémolysines dans la genèse des pigments biliaires et de l'urobiline; il montra qu'à l'origine de tout ictère hématogène il y a production d'hémolysines par l'organisme. Dans les états hémolytiques, les hémolysines peuvent être libres dans le sérum comme dans l'ictère hémolysinique ou bien être fixées sur les hématies; c'est ainsi que les hématies fragiles de l'ictère congénital de M. Chauffard paraissent des hématies sensibilisées ayant fixé des hémolysines. Grâce à cette conception, le rôle des hémolysines en pathologie s'élargit et ne se limite plus aux seuls cas où les hémolysines sont directement décelables.

Les rapporteurs étudient ensuite l'évolution des idées sur d'autres états hémolytiques, car le rôle des hémolysines en pathologie est un sujet dont la compréhension est vaste et les limites encore peu précises.

Les rapporteurs passent tout d'abord en revue les méthodes qui décèlent la résistance globulaire et la présence des hémolysines. Après avoir rappelé la méthode classique de la résistance aux solutions chlorurées sodiques hypotoniques, ils exposent plusieurs techniques qui sont encore à l'étude (techniques de Peyton Rous, de Hijmans van ven Bergh, de Kraus, Potzl, Ranzi et Ehrlich, de Charles M'Neil) et montrent que la résistance des hématies varie suivant les méthodes employées.

La détermination de la résistance vis-à-vis des solutions de NaCl paraît être la méthode la plus pratique pour les examens cliniques.

Pour la recherche des hémolysines dans le sérum, les rapporteurs préconisent une technique rigoureuse. Ils estiment qu'en cette matière il ne faut tenir compte que des phénomènes hémolytiques massifs et immédiats. Ils rappellent que les conditions expérimentales de l'hémolyse sont extrêmement complexes.

MM. Guilain et Troisier envisagent ensuite le rôle des hémolysines dans le déterminisme des ictères. Ils groupent en des paragraphes distincts les faits et les observations qui leur ont paru connexes.

Ils distinguent :

1° *Les ictères hémolytiques avec fragilité globulaire (congénitaux et acquis).* — Ces ictères ont dans leur ensemble des caractères communs; l'ictère a une intensité variable : parfois la coloration des téguments est très pâle, parfois très foncée. Cette coloration n'est pas fixe, elle augmente toujours à la suite de troubles intestinaux, des émotions, des fatigues. Les matières

fécales ne sont pas décolorées comme dans les ictères par rétention; parfois, au contraire, elles sont verdâtres, pleichromiques, avec un excès de stercobiline. On ne constate en général aucun signe d'intoxication biliaire, car les sels biliaires font défaut dans le sérum sanguin; les malades n'ont ni bradycardie, ni prurit, ni xanthélasma, ils ne présentent pas cet amaigrissement si fréquent dans les ictères infectieux ou les ictères par rétention. Les urines sont foncées, de teinte acajou, ne contiennent pas de pigments biliaires vrais; la réaction de Gmelin est négative, mais l'urobilinurie est constante et toujours facile à mettre en évidence. Le foie est de volume normal et il n'y a aucun des signes habituels de l'insuffisance hépatique. Parfois, les malades ont des crises douloureuses dans la région du foie, crises simulant la colique hépatique et qui sont suivies d'une exacerbation de l'ictère. La splénomégalie est toujours décelable. Les ictériques par hémolyse sont des anémiques; parfois, malgré l'ictère, on peut soupçonner la pâleur des muqueuses et des téguments; on constate souvent chez ces sujets de l'essoufflement, de la fatigue, des palpitations, des vertiges et on peut entendre des souffles cardio-vasculaires anémiques anorganiques. L'examen hématologique démontre cette anémie; il est fréquent de trouver, dans le sang de ces malades, 2 500 000 à 3 000 000 d'hématies par millimètre cube; à certains moments, il se produit des crises de déglobulisation et l'ictère devient alors plus foncé. L'anisocytose et la polychromatophilie sont habituelles, parfois une légère réaction myéloïde est ébauchée.

Tandis que, dans la plupart des ictères, on observe une résistance globulaire augmentée, au contraire, dans les ictères d'origine hémolytique, la résistance globulaire, examinée vis-à-vis de solutions hypotoniques de chlorure de sodium, avec la technique que nous avons indiquée, est diminuée. Ce caractère hématologique, sur lequel M. Chauffard a attiré l'attention, est d'une importance capitale; l'hémolyse peut débuter dans les solutions de chlorure de sodium à 0,66, 0,64 p. 100 et parfois il faut, pour les examens exacts, avoir des solutions de chlorure de sodium titrées à 0,9 p. 100. Il est, dans certains cas, utile de rechercher la résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées; on peut ainsi constater une diminution de la résistance globulaire qui ne saurait être mise en évidence avec le sang total.

Une autre particularité hématologique importante à connaître pour le diagnostic des ictères hémolytiques, particularité signalée pour la première fois par MM. Chauffard et Fiessinger, est la présence d'hématies granuleuses. Dans certains ictères hémolytiques, on peut en trouver 10, 20, 30 et 50 p. 100.

Le sérum sanguin a une coloration souvent plus foncée que normalement, il contient des pigments, mais on n'y constate pas de sels biliaires. M. J. Troisier, par la méthode de Grigaut, a montré que le sérum contenait également de l'urobiline

M. Starckievicz a insisté sur l'hypertonie du sérum sanguin dans les ictères hémolytiques. MM. Chauffard, Laroche et Grigaut ont montré que le taux de la cholestérine est normal au cours des ictères hémolytiques congénitaux et acquis, tandis que les autres variétés d'ictères s'accompagnent d'hypercholestérinémie.

Tels sont les caractères communs aux différents ictères hémolytiques. Quelques particularités sont à préciser dans l'ictère hémolytique congénital et dans l'ictère hémolytique acquis.

L'*ictère hémolytique congénital* est une affection souvent héréditaire et familiale. Malgré qu'il date de la naissance, cet ictère n'est souvent décelé que vers quatre ans, dix ans, ou même plus tardivement.

Les téguments ont une coloration jaune d'or et non verdâtre comme dans les ictères par rétention; la coloration peut, par intervalles, présenter une augmentation d'intensité, soit spontanée, soit en rapport avec des influences variées (fatigues, émotions, crises douloureuses).

Le foie a un volume normal; il n'existe de signes ni d'insuffisance hépatique ni d'intoxication biliaire. La splénomégalie est particulièrement prononcée. L'anémie est relativement peu accentuée, d'ailleurs les ictériques congénitaux sont plus ictériques que pâles. La diminution de la résistance globulaire est le symptôme le plus important à noter ainsi que la présence des hématies granuleuses, le diamètre moyen des hématies est diminué, l'autoagglutination des hématies fait défaut, et on ne constate pas dans le sérum d'hémolysines libres.

L'état général de ces ictériques est souvent satisfaisant, ces sujets sont capables d'exercer des professions même fatigantes et peuvent atteindre un âge avancé.

Depuis la description de M. Chauffard, de nombreux cas d'ictère hémolytique congénital ont été rapportés en France et à l'étranger (S. Möller, Starkiewicz, Verhoogen et Renaux, Mamerto Acuna Parkes Weber et Dorner). Tous les cas publiés sont superposables.

Les *ictères hémolytiques acquis* faisant le sujet du rapport de MM. Widal et Abrami, nous les signalerons très brièvement.

Les ictères hémolytiques acquis ont des allures cliniques beaucoup plus variables que les ictères congénitaux.

L'ictère présente une coloration moins accentuée, moins foncée que dans les formes congénitales, l'anémie est beaucoup plus apparente et nombre de ces malades sont plus pâles qu'ictériques : les symptômes anémiques, l'essoufflement, les palpitations, les vertiges, les souffles cardio-vasculaires sont souvent constatés. L'ictère a une intensité très variable et très rapidement variable, car, d'un jour à l'autre, on peut déceler des changements de coloration très sensibles.

M. Widal a insisté, avec ses élèves, sur les crises douloureuses abdominales violentes observées chez certains de ces malades; ces crises simulent la lithiase biliaire et peuvent être la cause d'interventions chirurgicales par les erreurs de diagnostic qu'elles entraînent. La splénomégalie est en général moins accentuée que dans l'ictère hémolytique congénital.

L'examen hématologique montre l'anémie (parfois 2 000 000, 1 500 000, 1 000 000 d'hématies), l'augmentation du diamètre moyen des hématies, la polychromatophilie, l'anisocytose, la diminution de la résistance globulaire, la présence d'hématies granuleuses souvent très nombreuses, parfois une réaction myéloïde avec constatation de myélocytes et d'hématies nucléées. L'autoagglutination des hématies se rencontre enfin couramment.

Les ictères hémolytiques acquis ont un retentissement plus marqué sur l'état général que les ictères hémolytiques congénitaux; il s'agit de véritables malades, souvent profondément anémiés, atteints d'ailleurs de maladies plus ou moins graves, causes de l'ictère.

Ces ictères ont des formes évolutives différentes : formes aiguës bénignes qui guérissent rapidement, formes subaiguës qui durent plusieurs semaines ou plusieurs mois, formes chroniques susceptibles d'amélioration, de longues rémissions, peut-être aussi de guérison.

2° *Les ictères hémolysiniques.* — A côté de ces ictères hémolytiques, dus en apparence à la fragilité du globule, MM. Chauffard et J. Troisier ont décrit des ictères hémolysiniques dans lesquels la résistance globulaire reste normale, mais où l'on décèle dans le sérum la présence d'hémolysines actives. M. J. Troisier a signalé dans sa thèse plusieurs cas d'ictère hémolysinique. D'autres cas ont été publiés (Darré, Chauffard et Vincent, Gaucher et Giroux).

Au point de vue de la pathologie générale, il serait erroné, croyons-nous, d'opposer les ictères dits hémolysiniques aux ictères dits hémolytiques. Par leur physiologie pathologique, les ictères hémolysiniques se rapprochent des ictères hémolytiques locaux que nous avons étudiés au niveau des séreuses. Les ictères dits hémolysiniques sont peut-être dus à des destructions globulaires limitées à un territoire de l'organisme; on s'expliquerait ainsi que les hématies du sang périphérique aient conservé une résistance normale aux différents procédés d'exploration; il en était de même de nos cas d'hémothorax traumatique, où les hématies du sang périphérique ne fixaient pas l'hémolysine et avaient une résistance normale.

Dans les ictères dits hémolysiniques, l'hémolysine est libre dans le plasma sanguin; dans l'ictère hémolytique avec fragilité globulaire, il semble qu'une hémolysine se soit fixée sur les hématies, le sérum est inactif et les hématies se comportent comme des hématies sensibilisées. Ces hématies, en effet, sont fragiles et hémolysent sous l'influence du sérum humain; on peut les comparer aux hématies extravasées des épanche-

ments pleuraux qui, comme nous l'avons montré, ne sont devenues fragiles que parce qu'elles ont fixé des hémolysines. On constate, en outre, dans l'ictère hémolytique acquis, l'auto-agglutination des hématies; or, l'auto-agglutination paraît n'être que la première phase de l'autolyse, comme nous l'avons vu dans un cas d'hémothorax; il est donc vraisemblable d'admettre, dans l'ictère hémolytique acquis, l'intervention d'une autolysine humorale capable d'altérer les globules rouges.

D'après cette conception, il y aurait, conformément aux idées de M. Nolf, une unité complète dans les processus hémolytiques. La première phase de l'hémolyse consiste dans la production d'hémolysine sur les hématies qui deviennent fragiles. C'est la première de ces phases que l'on observe dans l'ictère hémolysinique, et la seconde dans l'ictère hémolytique.

3° *Les ictères hémolytiques locaux.* — Les hémolysines ont un rôle important dans la genèse des pigments biliaires et de l'urobiline au niveau des extravasations sanguines, lorsqu'ils se trouvent formés par ce que MM. Guillain et Troisier ont appelé par comparaison l'ictère hémolytique local. Dans les recherches qu'ils ont poursuivies sur ce sujet, ils sont arrivés à des conclusions très utiles pour la compréhension du rôle des hémolysines dans les différents syndromes hémolysants.

Ils ont étudié le mécanisme de la formation des pigments biliaires par hémolyse dans la plèvre à la suite d'hémothorax traumatiques et de pleurésies hémorragiques, dans le liquide céphalo-rachidien à la suite d'hémorragies méningées, dans les hématomes sous-cutanés. Ils ont montré que, consécutivement à des extravasations sanguines, l'organisme produit des anticorps hématiques, des hémolysines qui se fixent sur les globules rouges. Dans ces conditions, à mesure que les hémolysines se fixent sur les hématies, on peut les voir disparaître des liquides, ce qui explique cette constatation en apparence paradoxale d'une humeur inactive, dénuée de pouvoir hémolytique, tandis que les phénomènes hémolytiques locaux sont évidents. MM. Widal et Joltrain, MM. Follet et Chevrel ont constaté aussi cette inactivité hémolytique des liquides hémorragiques.

La présence chez l'homme de sensibilisatrices hémolysantes consécutives à des hémorragies n'a été que très rarement signalée par MM. Camus et Pagniez, Guillain et Troisier, Castaigne et Weill, ce qui semble dû, comme nous l'avons dit, à ce que ces hémolysines se fixent sur les hématies. MM. Guillain et Laroche ont pu étudier le cycle évolutif des hémolysines dans deux cas d'hémorragie méningée aseptique; ils ont mis en évidence, dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum de leurs malades, une isoautosensibilisatrice qui apparut d'abord dans le liquide céphalo-rachidien, qui fut constatée ensuite dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum sanguin, qui disparut plus tard du liquide céphalo-rachidien, quoique persistant dans le sérum sanguin, et qui, enfin, disparut du sérum sanguin lui-même.

Dans les épanchements hémorragiques, MM. Guillain et Troisier ont montré que la fragilité globulaire est un phénomène pour ainsi dire constant. Seules font exception les hémorragies récentes; dans ces conditions, les hématies conservent leur résistance normale, mais, si on les éprouve au bout de quelques jours, on voit qu'elle est plus ou moins diminuée. Les chiffres indiquant la fragilité globulaire sont assez variables.

Cette notion de la fragilité globulaire des épanchements hématologiques a été confirmée par MM. Widal et Joltrain, Castaigne et Weill, Follet et Chevrel dans l'hémorragie méningée.

Dans les épanchements sanguins, Guillain et Troisier n'ont pas trouvé d'hématies granuleuses, Il y a donc une dissociation très nette entre ces deux phénomènes, l'hyporésistance globulaire et l'état granuleux des hématies.

Dans leurs études sur les phénomènes hémolytiques qui se produisent dans les épanchements pleuraux, ils ont remarqué que ces liquides présentent parfois une hypertonie très manifeste, et ils ont rapproché ce fait de l'hypertonie du sérum sanguin, que l'on peut constater dans les ictères hémolytiques.

M. J. Troisier pense que l'hypertonie des liquides hémorragiques et du sérum sanguin des ictères hémolytiques est liée aux modifications osmotiques des hématies; elle indique l'issue des sels globulaires dans le liquide ambiant à la faveur de l'altération de la paroi. Les globules rouges, en effet, contiennent avec l'hémoglobine des sels qui sont les facteurs de leur pression osmotique; cette pression est égale à celle du plasma. A l'état normal, la paroi globulaire est imperméable à l'hémoglobine et aux sels; elle ne laisse passer que l'eau. Lorsque cette paroi est altérée, elle laisse diffuser les deux substances; il est même démontré que les sels peuvent diffuser seuls. Il existe donc une diffusion saline en même temps qu'une diffusion hémoglobinique consécutives l'une et l'autre à la fragilité globulaire.

Les hématies qui présentent de la fragilité globulaire sont des hématies sensibilisées, ayant fixé des hémolysines. De nombreux arguments le prouvent. On sait que les hématies sensibilisées artificiellement hémolysent facilement lorsqu'elles sont mises au contact du sérum frais; elles trouvent dans ce sérum le complément nécessaire pour produire l'hémolyse; or, les hématies extravasées traitées par le sérum humain frais se comportent souvent comme des hématies sensibilisées artificiellement.

M. J. Troisier et M. G. Laroche ont prouvé expérimentalement que la sensibilisation des hématies pouvait dans certains cas les rendre fragiles. Les rapporteurs rappellent des expériences antérieures qui permettent de prévoir ces résultats (Landsteiner et Jagie, Ehrlich, Nolf).

De toutes ces recherches, on peut conclure que *les hématies sensibilisées sont devenues fragiles*; ce point était important à préciser pour comprendre l'action des hémolysines.

Les hémolysines, en se fixant sur les hématies extravasées, modifient les propriétés osmotiques de leur paroi et les rendent fragiles. L'exosmose de l'hémoglobine est alors facile.

Une fois mise en liberté, l'hémoglobine se transforme en bilirubine et en urobiline. Dans les épanchements hémorragiques, cette mutation pigmentaire se fait localement sans que le foie intervienne. Il se produit un véritable « ictère hémolytique local ».

Dans cet ictère hémolytique local des hématomes pleuraux, tous les termes constatés dans l'ictère hémolytique se rencontrent, depuis la fragilité globulaire jusqu'aux phases terminales de l'hémolyse et, pour compléter la similitude, il est à remarquer, comme nous l'avons indiqué, que les plasmas de ces hématomes sont dépourvus de tout pouvoir hémolytique, de même que le sérum sanguin dans les ictères par fragilité globulaire.

Les rapporteurs exposent ensuite la parenté de l'hémoglobine avec la bilirubine et l'urobiline. Ils montrent qu'on peut facilement transformer les pigments sanguins en pigments biliaires ou en pigments urinaires (urobiline). La bilirubine est un pigment dérivé de l'hémoglobine, l'urobiline est un pigment encore plus dégradé de ce même corps.

Ils insistent ensuite sur la production de ces pigments dégradés à l'intérieur même des séreuses et viennent soutenir l'opinion de Froin, Milian, Bard, etc., sur l'origine locale de ces pigments biliaires nés de l'hémoglobine.

MM. Guillain et Troisier ont pu préciser le mécanisme intime de ce processus hémolytique local. Ils ont montré que les hématies extravasées étaient fragiles et qu'il était fréquent de déceler l'oxyhémoglobine libre dans le liquide centrifugé. Cette dernière constatation prouve bien que les modifications osmotiques de la paroi des hématies sont réelles et que l'exosmose de l'hémoglobine constitue un des actes normaux du processus hémolytique. Une fois mise en liberté dans le liquide ambiant, l'hémoglobine est transformée en pigments biliaires identiques à ceux que l'on trouve dans la bile et en urobiline identique à celle que l'on trouve dans l'urine.

Il resterait à déterminer sous quelle influence l'hémoglobine est ainsi transformée en bilirubine et en urobiline. L'hypothèse la plus vraisemblable serait d'admettre la prolongation de l'action de l'hémolysine qui amènerait ainsi progressivement la dégradation de l'hémoglobine en pigments biliaires et dérivés.

4° *Les ictères hémolytiques au cours des maladies infectieuses et parasitaires.* — M. Sacquépée a attiré l'attention, au cours du paludisme, sur le syndrome des ictères hémolytiques (ictères acholuriques et urobilinuriques sans décoloration des matières fécales, anémie, fragilité globulaire, présence dans

le sang d'hématies granuleuses); cet auteur fait très justement remarquer que l'hématozoaire, poison du globule rouge, peut provoquer chez l'homme l'ictère hémolytique au même titre que le provoquent chez l'animal le sérum d'anguille ou la toluylène-diamine. M. Chauffard a fait simultanément les mêmes constatations.

M. de Blasi a trouvé des hémolysines thermostabiles fréquentes dans le sang des paludéens.

L'anémie ankylostomiasique peut s'accompagner de fragilité globulaire et d'un ictère hémolytique, disparaissant après l'expulsion du parasite (Darré).

Les états hémolytiques avec ictère au cours de la syphilis ont été décrits par MM. Gaucher et Giroux, de Beurmann, Bith et Cain.

L'ictère hémolytique de la syphilis est un ictère précoce, coïncidant avec l'éclosion des accidents secondaires : roséole, syphilides muqueuses et cutanées, et évoluant avec les caractères cliniques et hématologiques des ictères hémolytiques acquis.

La présence d'isolysines dans le sérum des tuberculeux a été constatée par de nombreux auteurs, sans que d'ailleurs ces malades aient présenté d'ictère. M. Crile a signalé une particularité d'hémolyse fréquente dans la tuberculose, la « reverse hemolysis », le sérum du malade hémolyse les globules rouges d'autres individus et ses propres hématies sont hémolysées par les sérums sains.

Des ictères hémolytiques acquis ont été observés dans d'autres maladies infectieuses : la pneumonie, la fièvre typhoïde, les infections gastro-intestinales. La présence d'isolysines a d'ailleurs été notée parfois au cours de ces diverses infections.

5° *Les ictères hémolytiques au cours des intoxications.* — On a décrit, au cours de certaines intoxications, des ictères hémolytiques; il serait peut-être plus rationnel de dire qu'au cours de ces intoxications les phénomènes d'hémolyse peuvent jouer un rôle dans la pathogénie des syndromes ictériques, car il faut prendre en considération, dans la majorité des cas, les lésions directes des cellules hépatiques ou des voies biliaires.

Ces ictères hémolytiques toxiques ont été spécialement observés dans l'intoxication saturnine et dans l'intoxication chloroformique; peut-être le salvarsan est-il capable aussi de déterminer des états hémolytiques. Il serait intéressant de rechercher les phénomènes d'hémolyse au cours de la maladie de Basedow et dans l'éclampsie.

6° *Les ictères hémolytiques au cours des cirrhoses du foie. Le rôle des hémolysines dans la cirrhose bronzée.* — Les ictères hémolytiques, au cours des cirrhoses veineuses du foie, sont rares. M. Castaigne les a signalés, mais il fait remarquer que sur 30 cas de cirrhose, 3 seulement se rapportaient à des faits d'ictère hémolytique.

M. Chalier, dans sa thèse inaugurale, en donne trois observations.

MM. A. Robin et M. Fiessinger ont rapporté également une observation d'ictère hémolytique acquis avec fragilité globulaire au cours d'une cirrhose alcoolique; cet ictère hémolytique était apparu à la suite d'hémorragies abondantes.

M. Gouget, étudiant un cas de cirrhose alcoolique hypertrophique avec teinte bronzée des téguments, a recherché si les hématies n'étaient pas modifiées dans leur résistance. Il est arrivé à un résultat négatif.

Son observation est intéressante à considérer, car elle conduit à se demander si la cirrhose bronzée doit être rangée parmi les maladies hémolysantes. M. Letulle, depuis longtemps, a admis le rôle de la dissolution de l'hémoglobine dans la pathogénie du diabète bronzé et a expliqué les infiltrations ferrugineuses et pigmentaires des organes par une lésion du sang.

7° *Les ictères hémolytiques au cours des syndromes anémiques et des leucémies. Les hémolysines dans les anémies.* — Les rapporteurs groupent dans ce chapitre un certain nombre d'observations assez différentes les unes des autres. L'anémie, en effet, n'est pas une entité clinique; il existe en pathologie des syndromes anémiques, les uns de pronostic bénin, les autres de pronostic grave, qui reconnaissent pour origine des causes très diverses.

Certains ictères hémolytiques paraissent se développer à la suite d'hémorragies plus ou moins abondantes ou répétées.

Il convient de remarquer aussi que certains de ces ictères hémolytiques, apparus au cours d'anémies post-hémorragiques, se sont produits chez des individus atteints de cancer. Il nous semble que ce facteur cancer doit être pris en considération, car il a de l'importance, parfois, pour la genèse des hémolysines.

Les anémies observées au cours de troubles gastro-intestinaux ont peut-être, dans certains cas, une origine hémolytique. M. L. Tixier, à la suite d'ulcérations expérimentales du pylore chez le lapin, a constaté le passage dans le sérum sanguin d'une substance hémolysante; l'élaboration de cette hémolysine serait la conséquence des troubles fonctionnels du tube digestif.

Dans l'anémie pernicieuse, le syndrome hémolytique suivi de cholémie est très fréquent; parfois même l'intensité de l'ictère est telle que le diagnostic d'anémie pernicieuse peut passer inaperçu sans l'examen du sang, et MM. Chauffard et Læderich ont pu décrire une « forme ictérique » de l'anémie pernicieuse. Certaines anémies pernicieuses rentrent incontestablement dans le cadre des maladies hémolysantes et souvent il est possible d'en donner la preuve. La fragilité globulaire a été signalée dans cette maladie par Maragliano et Castellino, par Veyrassat, par Ehni et Alexeief, par J. Troisier. Cette fragilité globulaire n'est pas la règle au cours des anémies graves et pernicieuses (V. Brulé). Dans certains cas d'anémie pernicieuse, on a trouvé de l'hyperrésistance globulaire. Cette hyperrésistance est peut-être explicable par la destruction de certains globules et l'intégrité des globules les plus résistants, ce qui laisse soupçonner encore l'intervention d'un processus hémolytique. Des hémolysines ont pu être constatées dans le sérum de certains malades atteints d'anémie grave. MM. Chauffard et Troisier ont signalé une observation d'anémie grave du type pernicieux avec subictère, il existait une isosensibilisatrice active dans le sérum sanguin. M. Troisier, dans sa thèse, a rapporté quelques autres observations dans lesquelles il a été possible de déceler des hémolysines actives dans le sérum.

Les rapporteurs rapprochent de ces faits les recherches de M. R. S. Morris sur les hémolysines de l'urine humaine. Cet auteur a examiné à ce point de vue les urines de 92 malades et n'a constaté des hémolysines dans les urines que dans les cas d'anémie pernicieuse.

MM. L. Tixier et J. Troisier ont décrit la forme ictérique de la leucémie myéloïde, forme qui rentre dans le cadre des ictères hémolytiques.

MM. Armand-Delille et Feuillée, A. Chauffard et J. Troisier ont montré que l'anémie splénomégalique avec ictère rentrait dans le cadre de l'ictère hémolytique congénital.

8° *Les ictères hémolytiques avec polylobulies.* — MM. L. Tixier et J. Troisier ont noté, dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique, une polyglobulie très apparente se superposant à un ictère hémolysinique. Au moment des crises, le nombre des globules rouges était de 5 240 000; en dehors de ces crises, ce nombre s'élevait à 6 304 000 avec 98 p. 100 d'hémoglobine. Une autolysine était décelable dans le sérum, il n'y avait pas de cyanose.

M. J. Troisier, en étudiant systématiquement divers cas de cyanose de l'adulte, a trouvé cinq fois un syndrome hémolytique ictérigène (fragilité globulaire, état granuleux des hématies, ictère polycholique).

Le syndrome hémolytique ictérigène peut accompagner le syndrome cyanique avec polyglobulie et disparaître en même temps que lui, ce qui prouve la corrélation intime des deux syndromes.

9° *L'ictère hémolytique des nouveau-nés.* — L'ictère simple des nouveau-nés paraît dépendre d'une hémolyse excessive. Classé par Gubler dans le groupe des ictères hémaphéiques, il était considéré par la plupart des accoucheurs comme un ictère hématogène. MM. Leuret, Sabrazès, Moussous, Cathala et Daunay en ont précisé la séméiologie. Cet ictère présente une évolution cyclique en trois périodes : période préictérique avec érythrodermie, période ictérique, période de déclin.

On observe la fragilité globulaire, la cholémie et l'état granuleux des hématies.

Rôle des hémolysines et de l'hémolyse dans la pathogénie des hémoglobinuries. — Le rôle de l'hémolyse dans la pathogénie des hémoglobinuries est une question extrêmement complexe. Les hémoglobinuries, en effet, reconnaissent incontestablement, au point de vue de leur étiologie, des facteurs très différents. Une pathogénie univoque ne peut convenir à tous les cas. Le raisonnement théorique laisse supposer l'existence d'états hémolytiques à l'origine de certaines hémoglobinuries; cette hypothèse, satisfaisante pour l'esprit, semble avoir été démontrée pour quelques cas qui, nous le dirons de suite, sont loin d'être nombreux dans la littérature médicale.

Nous envisagerons successivement les modifications de la résistance globulaire observées chez les hémoglobinuriques, et les recherches poursuivies chez eux sur la présence des hémolysines.

Les altérations de la résistance sont fréquentes (Vaquez et Marcano, Hijmans van den Bergh, Foix et Salin, Gilbert et Chabrol). Cette fragilité dépend sans doute de la fixation d'hémolysines.

D'ailleurs, l'ictère hémolytique et l'hémoglobinurie peuvent coexister chez le même malade (Bettmann, Chauffard et J. Troisier, Chauffard et Vincent, Hijmans van der Bergh). Après la crise d'hémoglobinurie paroxystique, les malades sont souvent ictériques.

Les rapporteurs étudient ensuite l'épreuve de Donath et Landsteiner. Cette épreuve, on le sait, avait été donnée autrefois comme caractéristique de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore, ainsi que l'épreuve d'Ehrlich. Ces deux réactions manquent dans les ictères hémolytiques et hémolysiniques. Néanmoins les rapporteurs estiment qu'il ne faut pas voir là un caractère différentiel absolu.

De plus, ils relatent des travaux récents qui tendent à montrer que l'épreuve de Donath et Landsteiner n'est pas spécifique et qu'elle se rencontrerait dans d'autres affections (Frank, Vogt, Czernecki). D'autre part, le phénomène n'est pas constant dans l'hémoglobinurie paroxystique. Même en ajoutant du complément, l'épreuve reste négative. Les faits de cet ordre sont aujourd'hui très nombreux.

Néanmoins, la preuve des phénomènes hémolytiques dans le sang, qu'il s'agisse de fragilité globulaire ou de la présence d'autolysines, peut être assez souvent donnée et la pathogénie de l'hémoglobinurie doit dans ces cas être rapprochée de celle des ictères hémolytiques. On peut comparer ces faits cliniques avec les expériences de Vast, de Lesné et Ravaut, de Brulé qui ont vu coïncider l'hématolyse, l'hémoglobinémie et la cholémie. Les faits cliniques et les constatations expérimentales semblent montrer que, dans la pathogénie de certaines hémoglobinuries, le rôle des hémolysines est incontestable, mais il faut encore beaucoup de recherches nouvelles pour que l'on puisse déterminer tous les facteurs qui conditionnent le phénomène.

Très souvent, dans le sérum des hémoglobinuriques, on ne décèle pas d'hémolysines libres, peut-être parce que celles-ci sont fixées et qu'aussi l'hémolyse peut se produire, non dans le sang circulant mais dans un parenchyme viscéral tel que la rate.

Il y aurait lieu aussi de se demander si certains cas d'hématoporphyrinurie ne rentrent pas dans le cadre des syndromes hémolytiques, à côté des hémoglobinuries. En présence d'urine colorée, il faut toujours rechercher les corps voisins de l'hémoglobine tel que l'hématoporphyrine. M. Pal a rapporté ainsi un cas d'hématoporphyrinurie paroxystique qui avait l'apparence d'une hémoglobinurie paroxystique. Les rapporteurs relatent également les observations d' « ictère hématique » et d' « ictère methemoglobinémique » décrits par M. Hayem. Les pigments producteurs d'ictère (ou de faux ictère) ne seraient pas des pigments biliaires.

Les hémolysines dans le sérum des cancéreux. — De très nombreuses expériences ont été poursuivies sur la présence d'hémolysine dans le sérum des cancéreux.

Les isolysines ont été constatées très souvent (42,01 p. 100 sur 714 observations réunies par Weinberg). Il est important de signaler que les sérums cancéreux sont également très riches en hétérolysines (hétérolysines antipoule, 30,1 p. 100; hétérolysines antimouton, 42 p. 100).

Les isolysines ont été constatées dans les tumeurs épithéliales et dans les sarcomes; le siège de la tumeur ne paraît pas avoir d'importance. On a trouvé des hémolysines dans le sérum de porteurs de tumeurs malignes, quel qu'ait été le siège du noyau primitif. Les isolysines existent surtout quand la tumeur est en évolution et présente des métastases; après l'ablation de la tumeur, elles disparaissent. Crile a noté 11 fois sur 11 cas, que lorsque les métastases se développent, les hémolysines apparaissent.

M. Alessandri a publié récemment le résultat de recherches nouvelles sur ce sujet. Sur 50 épithéliomas de diagnostic certain; il a obtenu 24 fois une réaction positive. L'auteur a constaté la présence d'autolysine dans un cas de cancer de l'estomac. Nous signalerons aussi que les isolysines ont été trouvées chez des animaux porteurs de tumeurs malignes.

Les isolysines s'observent donc très fréquemment dans les cancers et possèdent une réelle valeur diagnostique mais cette valeur diagnostique est loin d'être aussi absolue que certains auteurs l'ont dit. Elle nous paraît même très relative, étant donnée la fréquence des isolysines dans d'autres maladies.

Etude synthétique. Les causes des processus hémolytiques. L'origine des hémolysines et leur mode d'action dans l'organisme. — En clinique humaine le rôle des hémolysines semble extrêmement vaste. Il nous paraît certain dans la genèse des pigments biliaires de l'urobiline. Nous avons vu en effet, par des recherches sur les hémorragies des séreuses, que l'organisme, pour détruire les globules rouges, élabore des hémolysines qui présentent les caractères des anticorps; ces hémolysines se fixent sur les hématies, déterminent des modifications de leurs parois et les rendent fragiles; la fragilité globulaire est fonction de la sensibilisation des hématies. L'hémoglobine issue des hématies fragiles peut se transformer en bilirubine et en urobiline, en dehors de toute participation hépatique.

Dans les ictères hémolytiques généralisés, le rôle des hémolysines apparaît moins évident. Tantôt, en effet, les hémolysines sont libres, mais bien souvent elles sont fixées sur les globules. Si l'hyporésistance globulaire est si fréquente dans les ictères hémolytiques, c'est que, croyons-nous, les hématies ont été sensibilisées par les hémolysines. Il ne faut pas, au point de la pathologie générale, opposer l'ictère hémolysinique à l'ictère hémolytique, ce sont des maladies identiques dont la parenté nous paraît évidente.

En ce qui concerne les hémoglobinuries, nous avons vu que le rôle des hémolysines et de l'hémolyse est à prendre en considération pour certaines d'entre elles, et qu'il existe des corrélations étiologiques entre l'hémoglobinurie, la cholurie, l'urobilinurie et l'anémie.

Le rôle des hémolysines est encore prouvé dans le déterminisme de certaines anémies légères, moyennes, ou pernicieuses, anémies par destruction globulaire qu'il faut opposer aux anémies par anhématopoïèse.

En clinique humaine, la synthèse générale de l'action agressive toxique des lysines sur les hématies considérées en tant qu'antigènes pourrait se schématiser provisoirement ainsi : l'agression toxique aiguë transitoire détermine l'hémoglobinurie paroxystique avec ou sans ictère, l'agression toxique subaiguë détermine les différentes formes d'ictères hémolytiques acquis; l'agression toxique chronique détermine les ictères hémolytiques congénitaux et peut-être le type clinique du diabète bronzé.

Dans l'étude de ces syndromes hémolytiques, il est impossible malheureusement d'établir un parallélisme entre la clinique et certains procédés de laboratoire. Il est évident que la recherche de la fragilité globulaire ou des hémolysines ne correspond pas à l'agression hémolytique dont est victime l'organisme.

La fragilité globulaire, d'ailleurs, peut rester localisée dans certains territoires de l'organisme et ne pas s'extérioriser toujours dans le sang circulant. De même les hémolysines agissant dans un point quelconque de l'organisme peuvent fort bien ne pas s'extérioriser dans le sang circulant. Il existe, croyons-nous, des états hémolytiques avec ictère, anémie ou hémoglobinurie qui ne peuvent donner leur preuve; une recherche minutieuse des hémolysines ou des altérations globulaires reste négative. Sans doute, dans l'avenir des méthodes plus précises permettront d'étudier ces états hémolytiques, qui ne peuvent qu'être soupçonnés.

De plus, il ne faut pas négliger l'étude du facteur hépatique

dans les ictères hémolytiques. Le foie peut devenir insuffisant dans son rôle d'éliminateur des pigments et dès lors se trouver lésé : un ictère hématogène peut se doubler d'un ictère hépatogène.

Ces ictères mixtes hémato-hépatogènes sont peut-être plus fréquents qu'on ne le croit. Si l'action des hémolysines est prouvée dans la genèse de certains états morbides, il ne faudrait pas croire que cette constatation soit une explication dernière. Dire qu'un ictère ou une hémoglobinurie ou une anémie sont d'origine hémolytique ne constitue pas une pathogénie précise de la maladie. Il serait utile de déterminer dans les ictères hémolytiques et dans les autres syndromes hémolytiques l'origine des hémolysines.

L'origine des hémolysines à la suite des hémorragies est facile à comprendre. L'organisme réagit à sa propre hémorragie par la création d'anticorps assimilable aux anticorps créés par l'injection des toxiques ou des virus. Les hémolysines ont dans ces cas une origine locale car on les voit apparaître d'abord localement avant de pénétrer dans la circulation.

Les isolysines décelées chez les cancéreux ont une origine difficile à préciser, mais dont les relations avec les sécrétions de la tumeur ou de son parasite paraissent certaines.

Pour ce qui est des syndromes hémolytiques accompagnés d'ictère, d'hémoglobinurie, d'anémie, dire que les globules sont fragiles parce que mal formées et que l'hématopoïèse est insuffisante, n'est pas une explication, mais simplement la constatation d'un fait. Il faut remonter plus haut et l'origine de ces états hémolytiques nous paraît dépendre d'infections, d'intoxications ou d'auto-intoxications génératrices d'hémolysine.

Parmi ces hémolysines qui se fixent sur les globules rouges et les rendent fragiles, il faut différencier les hémolysines produites par l'organisme lui-même et les hémolysines étrangères d'origine infectieuse ou parasitaires.

Les hémolysines bactériennes et parasitaires sont fort nombreuses. La plupart n'ont été observées qu'in vitro (tétanolysine, pyocyanolysine, staphylolysine, colilysine, diphtérolysine, etc.). La mieux connue et la plus étudiée est la streptocolysine (Besredka). Injectée au lapin, elle produit des phénomènes hémolytiques graves. Il en est de même de l'hémolysine du bacillus megaterium (Vincent). Les microbes chromogènes, les acido-résistants produisent des hémolysines solubles dans l'alcool. Les parasites endoglobulaires provoquent l'apparition d'hémolysine dans l'organisme atteint (piroplasma bigeminum, hématozoaire de Laveran, tréponème de Schaudinn).

Les anneaux du bothriocéphale, les glandes cervicales de l'ankylostomum duodenale, les sclérostomes du cheval sécrètent des substances hémolysantes. Les venins des abeilles, des araignées, des serpents sont fortement hémolytiques.

Certains champignons possèdent des hémolysines. L'action hémolytique de la toluylène-diamine est aujourd'hui bien connue. Cette substance n'agit qu'indirectement sur l'organisme (par l'intermédiaire du foie pour Joannovics et Pick, de la rate pour Gilbert et Chabrol).

En pathologie d'ailleurs, il faut envisager deux modalités de l'hémolyse. Presque toujours il s'agit d'actions hémolytiques indirectes par l'intermédiaire d'hémolysine organique. Parfois, il faut songer à l'action directe des hémolysines bactériennes ou toxiques (expériences de J. Troisier et Ch. Richet fils avec le venin de cobra).

Les hémolysines organiques ne nous paraissent pas avoir une origine unique; elles peuvent prendre naissance, croyons-nous, dans tout l'organisme; il est possible, d'ailleurs, que les éléments leucocytaires aient une action dans la genèse de ces anticorps. Parmi les multiples territoires où sans doute les hémolysines se forment, il paraît ressortir de toute une série de travaux que la rate doit être mise au premier rang. M. Pugliese a montré, au point de vue expérimental, que les poisons hémolysants produisent une accentuation de la biligénie, mais après ablation de la rate, malgré l'emploi des mêmes poisons aux mêmes doses, cette accentuation ne se constate pas. D'après beaucoup d'auteurs, la rate joue un rôle dans le processus de l'élaboration des anticorps bactériens; aussi était-il naturel que l'on cherchât la part que prend cet organe dans la production des hémolysines.

M. London aurait constaté que les animaux dératés et immunisés par des injections de globules rouges ne produisaient aucune hémolysine. L'hyperactivité splénique est manifeste dans l'intoxication par la toluylène-diamine. La rate paraît sécréter en excès des hémolysines puissantes (Gilbert et Chabrol). Il en est de même dans l'intoxication par le venin de cobra (Nolf).

Néanmoins, il est excessif de rapporter à la fonction splénique seule les propriétés hémolytiques. Plusieurs auteurs ont vu que des animaux dératés produisaient, malgré cette intervention, des hémolysines. MM. Guillain et Troisier ont montré d'ailleurs que les hémolysines paraissent prendre naissance directement dans les séreuses en cas d'hémorragie.

Le lieu de formation des pigments biliaires dans les états hémolytiques avec ictère n'est pas unique; il faut, à ce sujet, être éclectique. Il existe des hémolyses locales avec formation de pigments biliaires sans aucune participation hépatique; il existe des hémolyses intravasculaires avec formation de pigments biliaires dans le sang circulant comme l'a admis M. Widal; il existe aussi des hémolyses intraspléniques, des splénomégalies hémolysantes qui ont une action sur la cholémie par l'intermédiaire du foie, car alors les cellules hépatiques sont incapables de transformer de trop grandes quantités d'hémoglobine en pigments biliaires s'éliminant par la bile. Dans les états hémolytiques avec ictère le facteur hépatique doit souvent être pris en considération.

Les syndromes hémolytiques, les splénomégalies hémolysantes sont sans doute sous la dépendance d'infections, d'intoxications, d'auto-intoxications, nous avons montré toutes les données cliniques et expérimentales qui conduisent à cette conclusion. C'est dans ce sens, croyons-nous, que doivent être orientées les recherches futures.

Dans ce rapport sur le rôle des hémolysines en pathologie, nous nous sommes efforcés de montrer quels sont, dans l'état actuel de la science médicale, les faits acquis, quelles sont les hypothèses les plus plausibles, quels sont aussi les points encore obscurs.

Cependant, en envisageant à un point de vue général tous les documents que nous avons recueillis, deux conclusions provisoires nous semblent s'imposer.

D'une part, il existe actuellement, en pathologie humaine et expérimentale, un groupe de faits très nombreux, mais souvent disparates et d'apparence contradictoire, faits concernant les hémolysines des cancéreux, des tuberculeux, de certaines infections. Les multiples recherches des auteurs sont certes très intéressantes, mais elles ne peuvent être synthétisées, il faut attendre des documents nouveaux qui nous permettront plus tard, avec un certain recul, de nous orienter et d'apercevoir le lien commun, la raison explicative de toutes ces constatations biologiques.

D'autre part, il existe, sur le rôle des hémolysines en pathologie, un autre chapitre déjà cohérent, comprenant des faits démontrés et indiscutables, quelles que soient les théories qui les expliquent, c'est le chapitre concernant les rapports des processus hémolytiques avec les états ictériques et avec les états hémoglobinuriques dont la parenté est souvent si proche. Ici nous sommes sur un terrain plus solide avec des faits précis.

Il est incontestable que l'hémolyse est un des grands processus de la physiologie pathologique humorale moderne. En envisageant les très nombreux travaux récemment publiés, en regardant le chemin parcouru depuis quelques années, on peut voir combien certes la notion des hémolysines a excité d'intérêt au point de vue clinique, expérimental et thérapeutique.

(A suivre.) FERNAND LÉVY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1911)

Méningite cérébro-spinale éberthienne aiguë, primitive, isolée et bénigne. Réactions humorales spécifiques. — MM. BERGÉ et WEISSENBACH présentent une jeune femme guérie d'une méningite cérébro-spinale éberthienne qui a

évolué avec l'allure d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques (début brusque, éruption muqueuse et cutanée d'herpès, etc.), sans être précédée, accompagnée ou suivie d'un syndrome de fièvre typhoïde. Ils ont décelé le bacille d'Eberth à l'état de pureté, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, où il n'a fait d'ailleurs qu'une apparition fugace, mais où la trace de son passage s'est manifestée par des réactions humorales spécifiques (pouvoir agglutinant, présence de sensibilisatrice dans le sang et le liquide céphalo-rachidien) relativement persistantes, susceptibles de permettre encore, quelque temps après la guérison, le diagnostic rétrospectif de l'affection méningée. Au point de vue cytologique, le liquide céphalo-rachidien a présenté de la polynucléose rapidement suivie d'une lymphocytose d'abord égale, puis exclusive, graduellement décroissante, mais qui n'est pas encore effacée actuellement, plus de deux mois et demi après la maladie.

Empoisonnement par des champignons (amanita phalloïdes). — M. Paul Claisse. Un homme adulte, en pleine santé, mange mercredi soir des champignons. La nuit se passe sans incident. Dans la matinée de jeudi surviennent des vomissements, de la diarrhée, des crampes dans les membres. La cyanose, les troubles circulatoires s'accentuent rapidement, et le malade meurt dans la soirée de ce même jour.

D'après l'évolution, on pouvait soupçonner la nature de l'agent toxique. Les deux principales substances toxiques dues aux champignons, la muscarine et la phalline, ont des effets différents. La muscarine (amanita muscaria, fausse oronge) produit très rapidement des vomissements et des troubles nerveux délirants, une sorte d'ébriété; mais ces désordres sont ordinairement de courte durée, et le sujet guérit. La phalline (amanita phallaoïdes, mappa, etc.) agit tardivement, douze à vingt-quatre heures après l'ingestion, et détermine un syndrome cholériforme qui peut être troublant en temps d'épidémie et dont l'issue est presque toujours la mort.

Le cas actuel devait être dû à la phalline, et, en effet, nous avons pu retrouver un des champignons incriminés : c'est un amanita phalloïdes.

La longue durée d'incubation rend illusoire toute tentative thérapeutique. Les vomitifs sont inutiles, puisque le poison a depuis longtemps quitté l'estomac. Les purgatifs ne peuvent non plus avoir d'effet, le poison étant déjà répandu dans l'organisme. Les tentatives (injections de sérum, huile camphrée) sont restées inefficaces. Des expériences entreprises jadis par M. Claisse (Soc. de biol., 1898) avaient montré la possibilité d'une sérothérapie par accoutumance progressive des animaux à la phalline. Mais cette idée théorique n'a pas été suivie.

Il est utile de signaler un cas de ce genre pour mettre en garde contre une intoxication qui est mortelle 95 fois sur 100 et pour réclamer une surveillance plus efficace des marchés.

Myélite bulbaire aiguë de Leyden ou paralysie diphtérique? Guérison rapide par le sérum antidiphtérique de Roux. — MM. Galliard et Donzelot. Une femme de vingt-quatre ans, jusqu'alors bien portante, soignée depuis deux mois, d'abord pour deux éruptions zostériformes, puis pour des vomissements incoercibles dont la cause échappe, semble entrer en convalescence lorsque, le 1er juin 1911, les vomissements reparaissent avec céphalalgie, nystagmus, paralysie du moteur oculaire externe à droite, légère raideur de la nuque et des membres inférieurs, tachycardie. Affaiblissement de la vision, bien que, d'après M. Morax, le fond de l'œil soit absolument normal. Apyrexie.

Ponction lombaire : liquide limpide, hypertendu, sans réaction leucocytaire et sans microbes.

Le 4 juin, paralysie du voile du palais.

Le 6 juin, hémiparalysie faciale et trismus.

Le 7 juin, à deux heures après midi, symptômes de paralysie vaso-spinale faisant craindre la mort à bref délai. A quatre heures, 39°8. Dans la soirée, sous l'influence d'une injection de strychnine, la crise s'atténue.

Le 8 juin, apyrexie. MM. Galliard et Donzelot ont admis jusqu'ici une myélite bulbaire aiguë de cause indéterminée. Mais il faut penser à la diphtérie, bien que les commémoratifs, chez cette femme surveillée par des médecins depuis deux mois, soient absolument négatifs. Ils pratiquent une injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique de Roux de 20 centimètres cubes.

Le 9 juin, amélioration déjà notable. L'atténuation du trismus permet de prélever des mucosités du naso-pharynx pour l'examen bactériologique, qui demeure négatif au point de vue des bacilles de Löffler.

On continue néanmoins le sérum; après cinq doses de 20 centimètres cubes, un jour d'arrêt, deux doses de 20 centimètres cubes et une de 10 (en tout 150 centimètres cubes), léger érythème sérique le 17 juin.

Le traitement amène si rapidement la disparition des accidents paralytiques et spasmodiques que, le 10 juillet, la malade est autorisée à quitter l'hôpital Lariboisière, ayant eu une quatrième éruption zostériforme (la troisième s'est manifestée au mois de mai) et ne conservant qu'un peu de faiblesse des membres inférieurs.

Le 10 septembre, elle revient voir MM. Galliard et Donzelot, complètement guérie.

A propos du traitement de l'arthrite blennorragique. — M. Félix Ramond, lorsque tous les moyens thérapeutiques classiques ont échoué, et avant de recourir à l'intervention chirurgicale, conseille d'appliquer à l'hydarthrose blennoragique une technique analogue à celle que M. Gilbert (de Genève) recommande pour traiter la pleurésie. On retire par ponction 3 à 5 centimètres cubes du liquide synovial, que l'on réinjecte aussitôt sous la peau de l'articulation; puis on applique un pansement ouaté compressif. L'injection peut être répétée tous les deux ou trois jours, si nécessaire. La guérison survient le plus souvent en huit à dix jours, sans ankylose. M. Félix Ramond a eu l'occasion de traiter ainsi, avec succès, cinq cas d'arthrite du genou, dont deux paraissaient graves, puisque le liquide en était franchement purulent. Néanmoins, l'examen microscopique n'ayant pas montré la présence du gonocoque parmi les globules de pus, M. F. Ramond n'hésita pas à injecter le contenu de l'articulation, mais à la dose d'un centimètre cube pour la première fois. L'injection fut parfaitement tolérée, ainsi que les suivantes, faites aux doses de 3 et même de 5 centimètres cubes. Le même procédé donne des résultats également encourageants pour les hydarthroses de toute nature.

JURISPRUDENCE

DE L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR PAR LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Les étudiants en médecine peuvent, avant la fin de leurs études, exercer l'art de guérir. Cependant certaines restrictions à ce droit ont été apportées soit par le législateur, soit par la pratique médicale consacrée par la jurisprudence.

La première de ces restrictions, est celle qui oblige l'étudiant à ne donner des soins médicaux aux malades que sous la direction et la surveillance. Cette obligation est absolue, et elle a été érigée en principe par de nombreuses décisions judiciaires (Trib. Lyon, 15 déc. 1859, *Dalloz périod.*, 1859, 3e part. p. 87; Cour de Paris, 15 mars 1865, *Gaz. trib.*, 19 mars 1865; Trib. Seine, 29 juil. 1881, *Sirey*, 81, 2.247; Cassation, 16 sept. 1886, *S.*, 87, 1.397; Trib. Bordeaux, 22 juin 1898, *La Loi*, 8 juil. 1898; Cour de Paris, 8 mars 1905, *Gaz. trib.*, 05, 1.443).

Mais leur champ d'action est fort large, et ils peuvent exercer la médecine, non seulement dans les hôpitaux, comme c'est le cas le plus habituel, mais encore auprès d'une clientèle de ville (Trib. Seine, 29 juillet 1801, précité). Ils peuvent donner tous les soins exigeant des connaissances professionnelles assez développées et qui sont interdits d'une façon absolue aux simples infirmiers, comme les pansements (Cassation, 16 sept. 1886, précité), les inoculations (Trib. Lyon, 15 déc. 1859, précité), les opérations chirurgicales, etc. (Trib. Bordeaux, 22 juin 1898 et Cassation, 16 sept. 1886, précités).

Les étudiants ne doivent pas oublier cependant qu'ils ne peuvent accomplir ces actes de la profession que sous la surveillance d'un docteur. Comment doit être comprise cette surveillance ? Elle doit être effective ; il ne suffirait donc pas que le médecin confie le malade à l'élève, en le laissant libre de le traiter à sa guise sans plus s'en occuper, par exemple que le

médecin dirigeant une maison de santé se contente de distribuer les malades entre les divers élèves par lui choisis comme collaborateurs (Paris, 29 oct. 1904, *La Loi*, 1904, p. 178). Mais peu importe la façon dont ce contrôle s'exerce, soit qu'en présence du docteur l'élève se borne au rôle d'aide ou qu'il opère lui-même (Trib. Lyon, 15 déc. 1859, précité); soit qu'en l'absence du médecin il exécute les prescriptions de celui-ci (Trib. Seine, 29 juil. 1891 et Cassation, 16 sept. 1887, précité), ou donne spontanément les soins nécessaires sauf à en rendre compte le plus tôt possible au médecin (Paris, 15 mars 1865, précité).

De ces dernières décisions, celle de la Cour de Paris, du 29 octobre 1904, paraît avoir dépassé la pensée de la Cour. L'arrêt semble refuser à l'élève le droit absolu de faire toutes opérations exigeant une habileté spéciale; mais la pratique va à l'encontre de cette dernière jurisprudence. Il est vrai que dans l'espèce il y avait eu manque absolu de surveillance de la part du médecin.

La seconde restriction légale est contenue dans l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. Il dispose, en effet, que « les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie à titre de remplaçant de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions ».

Ainsi donc, une double condition est prescrite dans cette seconde hypothèse : 1° avoir douze inscriptions et le titre d'interne dans un hôpital ou hospice français où il est acquis au concours, ou bien avoir terminé sa scolarité, c'est-à-dire posséder seize inscriptions; 2° être autorisé par un arrêté préfectoral.

La demande d'autorisation doit être faite sur une feuille de papier timbré à 0 fr. 60, accompagnée d'un certificat du doyen constatant le nombre des inscriptions prises, et pour les internes d'une attestation de l'administration de l'hospice témoignant qu'ils possèdent effectivement le titre d'interne.

Les actes d'un préfet n'ayant pas d'autorité hors du territoire qu'il administre, l'étudiant doit s'adresser à celui, non pas du siège de la Faculté, mais du département où il doit exercer; et s'il désire exercer dans plusieurs départements — par exemple dans l'hypothèse d'une commune limitrophe de plusieurs départements — aux préfets de chacun d'eux. A Paris, l'autorisation doit être demandée au préfet de la Seine et non au préfet de police, étant une mesure administrative proprement dite et non pas un acte relatif à la salubrité de la ville.

L'autorisation préfectorale ne doit pas être donnée sous la forme d'arrêté, lorsqu'il s'agit d'un remplacement pur et simple. Il en est autrement lorsqu'un étudiant est chargé des fonctions de médecin de l'assistance médicale gratuite et d'inspecteur des enfants du premier âge (Trib. de Dieppe, 2 janv. 1899, *Semaine méd.*, 18 juin 1899).

Lorsque l'étudiant n'est pas autorisé, il commet un acte d'exercice illégal de la médecine. Ainsi, a été condamné un interne d'hôpital qui, sans autorisation, avait, durant les inondations, remplacé un médecin parisien (Trib. de la Seine, 3 juillet 1910).

Ces règles s'appliquent-elles aux étudiants étrangers qui poursuivent leur scolarité dans les conditions prévues par l'article 7 de la loi de 1892. On peut répondre par l'affirmative, en se basant d'une part sur la pratique et sur un jugement du tribunal de Carcassonne du 26 décembre 1905 (*Le Droit*, 12 janv. 1906).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

EMPOISONNEMENTS PAR DES CHAMPIGNONS. — Plusieurs cas d'empoisonnements, dont deux mortels (voir plus haut, *C. r. de la Soc. méd. des hôpit.*), viennent de se produire à la suite de l'ingestion de champignons vénéneux, en particulier d'amanites phalloïdes.

A ce sujet, la préfecture de police communique la note suivante :

« Des cas d'empoisonnement par les champignons viennent de se produire à Paris.

Ces champignons, d'une espèce très vénéneuse, n'avaient pas été achetés aux Halles centrales, mais chez un commerçant de la rue des Halles.

Or, le service d'inspection des champignons est assuré d'une façon constante aux Halles centrales.

Aux termes d'une ordonnance de police toujours en vigueur, les commerçants recevant directement des champignons sauvages ne doivent pas les mettre en vente dans leur magasin sans les avoir préalablement apportés au bureau du service d'inspection des Halles centrales.

Cette prescription n'a pas été suivie par le vendeur qui, ayant reçu directement un panier de champignons sauvages, les a livrés aussitôt à l'acheteur.

Les commerçants qui mettent directement en vente des champignons sans cette formalité peuvent être passibles d'un procès-verbal qui les mène en simple police.

D'autre part, les familles intoxiquées ont le recours d'intenter une action en justice contre ces commerçants, en invoquant l'homicide par imprudence, et de réclamer des dommages-intérêts. »

Ajoutons que le service d'inspection est confié à un commissaire de police et à des adjoints d'une compétence réputée en matière de mycographie. Aussi tous les champignons qui *passent par les Halles* peuvent-ils être mangés en toute sécurité.

UNE « CLINIQUE DU DÉLIT ». — Le garde des sceaux vient de décider la création d'un laboratoire d'anthropologie criminelle dont la création a été plusieurs fois demandée par le Parlement et qui constituera une véritable « clinique du délit ».

En vue de rechercher les conditions pratiques dans lesquelles ce service pourrait être organisé au ministère de la justice une commission vient d'être instituée dont voici la composition :

Le garde des sceaux, MM. Léon Bourgeois, sénateur; le docteur Dron, député; Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Gilbert Ballet, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris; Dastre, professeur à la Faculté des sciences de l'université de Paris.

MM. le docteur Papillault, professeur à l'école d'anthropologie; Le Poittevin, conseiller à la cour d'appel de Paris; Paul Boulloche, directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice; Just, directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice; Granier, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur; Yvernes, chef du service de la statistique au ministère de la justice.

LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE tiendra sa prochaine séance mercredi 8 novembre 1911, à cinq heures (amphithéâtre de chimie).

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE INFANTILES, par le docteur G. VARIOT (Hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — Le docteur Variot reprendra ses conférences le lundi 13 novembre, à dix heures et demie du matin, pavillon Pasteur, salle de cours de l'Institut de puériculture, et les continuera chaque lundi à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 127. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 9 NOVEMBRE 1911. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 6 novembre. — MM. Costantini, 6; Libert, 8; Chenet, 4; Bisson, 7; Levent, 5; Ecot (Fernand), 7; Jamin, 4; Chasseray et Lantuéjoul, 7.

Pathologie. — Séance du 6 novembre. — MM. Janet, 9; Guelfucci, 11; Maurel, 10; Sécheret, 5; Ecot (Pierre), 10; Romain, 4; Borel (Adrien), 11; Borel (Paul) et Vallerant, 10.

Séance du 7 novembre. — MM. Bouttier, 9; Saxe, 6; Delavierre, 9; Caux, 10; Sasportès, 5; Philip, 8.

— Concours de l'externat. — *Anatomie..* — Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Anatomie des muscles masticateurs. »

MM. Granet, 11; Gourdin et Ferriot, 12; de Galard, 7 1/2; Gerschenovitsch, 15; Guillaume (André), 17 1/2; Girardin, Heitz et Gand, 12; Gally, 9; de Gaudart d'Allaines, 19; Ganachaud, 16; Fouchard, 15; Mlle Hourvitz, 16; M. El-Chafei, 7.

Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Rapports de l'œsophage. »

MM. Coudy, 13; Valiadis, 12; Chazallet, 5; Morice (René), 11 1/2; Jalbaud, 11; Fauchay, 7; Boissier, 14; Barrieu, 10 1/2; Brocheré, 9; Gur, 18; Vidal, 5; Salase, 14; Mlle Badilquès, 5.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Un concours pour une place de chirurgien des hospices et hôpitaux d'Avignon sera ouvert le 14 mai 1912 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats devront se faire inscrire un mois avant l'ouverture du concours.

— Bordeaux. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Viéron, Mathieu, Chamaillard, Paris, Michelet, Lasserre, Arnould, Lagrave, Pierre Aubac, Boé, Piéchaud, Puel, Durieux, Léger, Levrier, Gascougnolle, Labrousse, Fiderlay, Portmann, Merlet, Pauzat, Godet, Hertzoq, Fabier, Despin, Labeylies, Boudet, Capéran, Putnam, Nafréchou, Mlle Duval, MM. Dumas, Soulié, Bernard, Le Magourou, Massias, Julien, Grellier, Salignac, Naudin, Le Bloch, Lachaume, Coffinières, Philipp, Giffo, Burucoa, de Fajolle, Jacquemet, Alinat, Lamothe, Jean Aubac, Goizet, Dufourg.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1911-1912, des cours complémentaires ci-après désignés :

Chimie biologique : M. Moitessier, professeur.

Histoire naturelle coloniale : M. Jacob de Cordemoy, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles.

Hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales : M. Reynaud, docteur en médecine.

Clinique annexe des maladies des voies urinaires : M. Escat, docteur en médecine.

Accouchements : M. Lop, docteur en médecine.

Pathologie et bactériologie des maladies exotiques : M. Gauthier, docteur en médecine.

— Reims. — M. Henry, agrégé des sciences physiques, chargé des fonctions de suppléant de la chaire de chimie pour l'année scolaire 1911-1912, est chargé, pour la même année scolaire, des fonctions de suppléant de la chaire de physique, en remplacement de M. Bagnéris, appelé à d'autres fonctions.

M. Henry, agrégé des sciences physiques, chargé, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de suppléant de la chaire de physique, est chargé, en outre et pendant la même année scolaire, des fonctions de chef des travaux de physique (P. C. N.), en remplacement de M. Bagnéris, appelé à d'autres fonctions.

M. Grau, agrégé des sciences physiques, chargé, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux chimiques (pharmacie), est chargé, pour la même année scolaire, des fonctions de chef de travaux de chimie (P. C. N.), en remplacement de M. Henry, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Harman, ancien professeur d'anatomie,

est remis en activité, à partir du 1er novembre 1911 et pour l'année scolaire 1911-1912, par application de l'article 28 de la loi du 9 juin 1853.

CHAIRE DE MÉDECINE DE TÉHÉRAN. — M. le docteur Sacquépée, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été désigné pour occuper la chaire de professeur de médecine à l'Ecole polytechnique de Téhéran (mission officielle).

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés répétiteurs à l'Ecole du service de santé militaire.

Anatomie descriptive et topographique, M. le médecin-major de deuxième classe Billet, de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé.

Médecine opératoire et accouchements, M. le médecin-major de deuxième classe de Gaulejac, surveillant à l'école du service de santé militaire.

Physiologie, histologie et anatomie pathologique, M. le médecin-major de deuxième classe Tournade, du 38e d'infanterie.

Microbiologie, parasitologie, chimie et physique biologiques (laboratoire d'expertises bactériologiques), M. le médecin-major de deuxième classe Baur, de l'hôpital militaire de Bourges.

MARINE. — Sont nommés professeurs aux écoles annexes de médecine, pour une période de cinq ans, MM. les pharmaciens de première classe dont les noms suivent :

Ecole de Rochefort. — Chaire de chimie biologique, M. Lassalle. — Chaire de physique biologique, M. Perdrigeat.

Ecole de Toulon. — Chaire de physique biologique, M. Chaix.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. le docteur Gigon, médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 16 novembre 1911, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

SOUSCRIPTION. — Les collègues et amis du docteur Billon, secrétaire général de la Société des bureaux de bienfaisance, ont décidé de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur.

Les souscriptions sont reçues chez le docteur Chaumont, 63, rue de Vaugirard.

LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE EN BRETAGNE. — Le préfet du Finistère vient d'attirer l'attention des mères de son département sur les soins qu'elles doivent donner à leurs tout jeunes enfants. Il a fait placarder dans toutes les communes qu'il administre l'avis suivant rédigé en français et en breton.

« Il meurt trop de petits enfants, et par notre faute.

Sur cent enfants qui meurent dans leur première année, il y en a quarante qui sont tués par une alimentation mal comprise, parce qu'on leur a donné à manger bien trop tôt.

Jusqu'à six mois au moins, on ne doit nourrir l'enfant qu'avec du lait et, de préférence, avec le lait de sa mère ; il n'y a pas d'inconvénient à prolonger l'allaitement plus longtemps.

Les animaux sont plus raisonnables que nous : ils allaitent leurs petits et ne les font pas manger avant que les dents leur soient poussées.

Il faut soigner l'enfant dès la première apparition d'un dérangement de corps ; on ne sait jamais ce que celui-ci peut devenir ; en attendant le médecin, mettre l'enfant à la diète absolue. »

Félicitons M. J. Chaleil, de son initiative qui, nous le souhaitons, sera suivie par ses collègues des autres départements. P.

LES JUMELLES RÉGLEMENTAIRES POUR LES MÉDECINS MILITAIRES. — On sait que le port de la jumelle est obligatoire en campagne pour tous les officiers de troupe, y compris les médecins.

Une récente décision ministérielle dispose que les officiers de tous grades de l'armée métropolitaine et coloniale, appartenant aux armes de l'infanterie, de la cavalerie et du génie, devront, dans un délai de trois ans, à partir du 1er janvier 1912, être en possession d'une jumelle à prismes.

Les élèves des écoles militaires et les adjudants promus sous-lieutenants dans l'une des armes désignées ci-dessus devront justifier, dans un délai de trois mois partant du jour de leur promotion, de la possession d'une jumelle remplissant les conditions déterminées pour l'arme à laquelle ils appartiennent.

Les officiers de réserve devront être pourvus d'une bonne jumelle, de préférence du type réglementaire dans leur arme.

Les officiers déjà pourvus de jumelles à prismes pourront continuer à en faire usage, même si elles ne remplissent pas toutes les conditions requises.

COURS DE CLINIQUE MÉDICALE (hôpital Saint-Antoine. Professeur : M. Georges Hayem). — M. Georges Hayem commencera le cours de clinique médicale le jeudi 9 novembre 1911, à dix heures, au pavillon Moïana, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants.

Tous les jours, visite à neuf heures.

M. le professeur Georges Hayem fera sa dernière leçon le jeudi 23 novembre.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE (hôpital Necker. Professeur : M. Pierre Delbet). — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 9 novembre 1911, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

COURS DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE (Faculté de médecine. Professeur : M. G. Pouchet). — M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie le jeudi 9 novembre 1911, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE (professeur : M. Roger). — M. le professeur Roger commencera son cours le jeudi 9 novembre 1911, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Maladies communes à l'homme et aux animaux (charbon, morve, rage, fièvre aphteuse, tuberculose, cancer, etc).

CONFÉRENCES DE PARASITOLOGIE ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. Brumpt, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 9 novembre 1911, à cinq heures (amphithéâtre de pharmacologie de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Protozoaires, vers, arthropodes, champignons parasites de l'homme.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. Léon Bernard, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 9 novembre 1911, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Les maladies infectieuses.

HOPITAL HÉROLD. — M. le docteur H. Barbier commencera, le vendredi 10 novembre à dix heures au pavillon Grancher, des leçons de pathologie infantile et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

HOTEL-DIEU (service de M. le professeur Roger). — M. le docteur P.-Emile Weil, médecin des hôpitaux, fera tous les lundis matin à dix heures et demie à l'amphithéâtre Trousseau une leçon clinique.

La première leçon aura lieu le 13 novembre 1911.

MALADIES DES VOIES URINAIRES (clinique des docteurs Desnos et Minet, 15, rue Malebranche). — MM. Desnos et Minet commenceront, le lundi 13 novembre, une série de conférences formant un cours complet d'urologie, avec applications des méthodes modernes de diagnostic et de traitement : urétroscopie, cystoscopie, examen fonctionnel des reins, radiographie (avec la collaboration de M. le docteur Lomon), etc.

Les conférences ont lieu les lundis et vendredis à quatre heures.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON
Professeur A. PONCET.

KYSTE HÉMORRAGIQUE DU CREUX POPLITÉ

(*Pachysynovite hémorragique*),

PAR MM.
G. COTTE et M. PILLON,
Chef de clinique chirurgicale. Interne des hôpitaux.

Les pachysynovites hémorragiques représentent un type rare de l'inflammation des séreuses articulaires ou tendineuses. Leur existence a été signalée quelquefois au niveau de certaines bourses séreuses sous-cutanées ; au coude, dans la bourse rétro-olécranienne ; au genou, dans la bourse pré-rotulienne ; mais dans les bourses séreuses articulaires, et, au creux poplité, en particulier, où les kystes simples sont très fréquents, il est rare qu'on en ait rencontré. A ce point de vue, il nous a donc paru intéressant de publier ici l'observation suivante, que nous avons recueillie, il y a quelque temps, à la clinique de M. le professeur Poncet.

OBSERVATION. — B... Jacques, dix-sept ans, entre à la salle Saint-Philippe le 25 avril 1911 pour une arthrite du genou droit.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels et dit n'avoir jamais été malade. Il exerce depuis deux ans le métier de blanchisseur et n'a jamais été arrêté dans son travail.

L'affection actuelle a débuté, il y a huit mois environ, à la suite d'un *traumatisme insignifiant*. Le malade, en descendant de voiture, fit un faux mouvement et dit s'être tordu la jambe droite, mais il ne fit pas de chute.

Dans les jours qui suivirent cet accident, il ne ressentit aucune douleur dans le genou. Il put continuer à aller et venir sans aucune peine et ne fut jamais obligé de se reposer. Au point de vue objectif, il remarqua seulement, en arrière du genou, en plein creux poplité, une *tuméfaction légère* dont il ne s'était jamais aperçu auparavant.

Les choses en étaient restées là et le malade vaquait régulièrement à ses occupations, lorsqu'il y a deux mois environ il remarqua une notable augmentation de volume de son genou. Cette tuméfaction ne s'était jamais accompagnée d'aucune douleur. Actuellement même, le malade n'éprouve que de la gêne des mouvements et c'est en raison de cette raideur articulaire qu'il entre à l'hôpital.

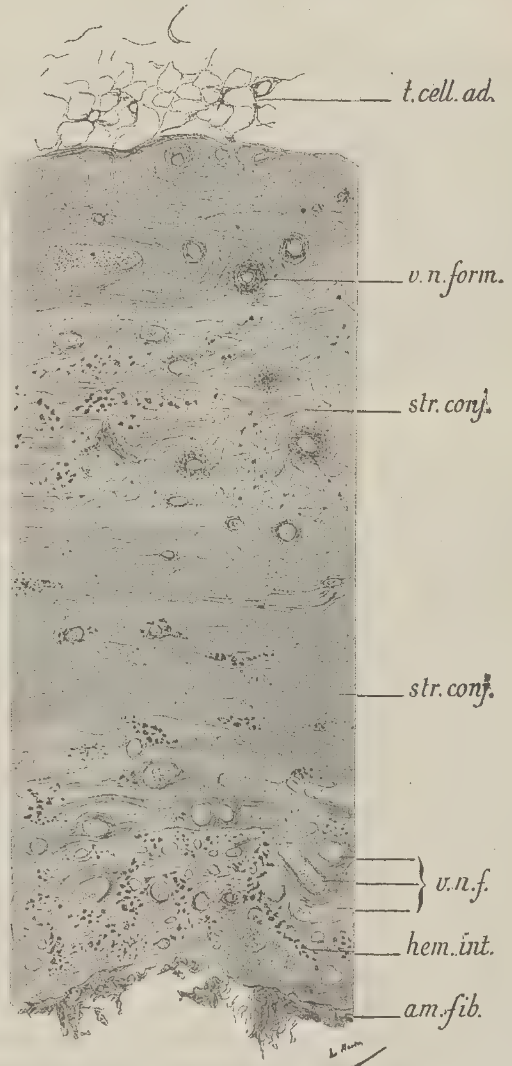
A l'examen, du côté du genou droit, on constate les particularités suivantes.

A l'inspection, le genou est globuleux. Les culs-de-sacs articulaires sont distendus et les méplats péri-rotuliens sont remplacés par une tuméfaction qui rend les contours du genou très arrondis. A la palpation, il existe une fluctuation évidente. Le *choc rotulien* est très facile à percevoir. La synoviale ne paraît pas épaissie. Les extrémités osseuses articulaires ne sont pas douloureuses. Enfin dans le creux poplité, il existe, en dedans du demi-membraneux, un kyste ayant les dimensions d'une mandarine, mais assez étalé. Cliniquement, il est impossible de savoir si cette poche poplitée communique avec la synoviale articulaire. Les mouvements du genou sont gênés par l'existence de l'épanchement articulaire.

En présence de ces symptômes, on fait le diagnostic de kyste du creux poplité avec hydarthrose.

Avant d'intervenir pour enlever le kyste poplité, on fait une ponction évacuatrice de l'hydarthrose. Or, au grand étonnement de l'assistance, étant donnés les signes cliniques constatés, il s'écoule par le trocart un *liquide très hémorragique* ayant presque l'aspect et la consistance de sang pur, dont on retire 200 grammes environ. L'articulation vidée, on retire le trocart et on fait un pansement compressif.

Dans les jours qui suivent, l'épanchement articulaire se reproduit avec rapidité. Le deuxième jour il présente déjà un volume considérable et, le lendemain, le genou est tellement distendu qu'on fait une nouvelle ponction exploratrice. Celle-ci ramène encore un *liquide fortement hémorragique*. Quant au kyste qu'on avait décidé d'enlever dans la même séance, voici les particularités que nous avons pu noter au cours de l'opération.



KYSTE HÉMORRAGIQUE DU CREUX POPLITÉ. — *t. cell. ad.*, tissu cellulo-adipeux ; *v. n. f.*, vaisseaux de nouvelle formation ; *str. conj.*, stroma conjonctif ; *hém. int.*, hémorragies interstitielles ; *am. fib.*, amas fibrineux.

La poche qui constitue le kyste ne présente extérieurement aucune particularité. Elle se laisse facilement isoler des organes voisins, mais à peine l'a-t-on découverte sur une certaine étendue qu'on est frappé par l'épaisseur de ses parois. Celle-ci, d'ailleurs, est encore beaucoup plus nette après l'ouverture et l'ablation de la poche : elle mesure dans presque toute son étendue de 10 à 15 millimètres. A l'intérieur du kyste, il existe un liquide sanguinolent ayant les mêmes caractères que celui qu'on avait retiré de l'articulation par le trocart. A la face interne de la poche, il existe quelques amas fibrineux qui forment par endroits une couenne analogue à celle qu'on trouve dans de vieilles hématocèles. Mais, dans toute l'étendue de la poche, les parois ont conservé, malgré

cela, une certaine souplesse et, en aucun point, il n'existe ni transformation fibreuse, ni infiltration calcaire de leurs éléments.

Le kyste, enfin, communique avec l'articulation par un orifice laissant passer l'extrémité du petit doigt.

Les *suites immédiates* de l'intervention ne présentent aucune particularité. Réunion de la plaie par première intention. Dès le dixième jour le malade commence à se lever, et malgré cela, son genou reste absolument sec. Il sort complètement guéri au bout de trois semaines, ne présentant aucune trace d'épanchement dans son articulation. Depuis, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

L'*examen histologique* pratiqué par le docteur Alamartine au laboratoire de M. Poncet a montré les particularités suivantes :

La paroi est constituée de dehors en dedans par une série de lamelles formées de tissu conjonctif ayant par endroits un aspect fibreux, en d'autres points, au contraire, un aspect fibro-hyalin ou muqueux. En dedans, il n'y a plus aucun endothélium et la paroi est seulement recouverte de quelques amas fibrineux. Mais ce qui frappe surtout, c'est que, dans toute l'étendue du fragment soumis à l'examen histologique, il existe des vaisseaux de nouvelle formation très nombreux. En certains endroits ceux-ci ont une structure artérielle ou veineuse très caractérisée ; en d'autres points, au contraire, ce sont des vaisseaux tout à fait embryonnaires. Enfin, il faut également signaler par endroits une infiltration sanguine qui est un reliquat d'hémorragies interstitielles plus ou moins anciennes.

Les caractères anatomiques ou cliniques qui précèdent montrent qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une véritable *pachysynovite hémorragique du creux poplité*. Il serait facile de montrer les analogies qui existent entre la structure de cette poche et celle d'une pachyvaginalite hémorragique ou d'une pachypleurite. Mais la description macroscopique ou le compte rendu histologique que nous avons donnés plus haut suffisent à faire ressortir ces caractères. Pour être plus rare qu'au niveau de la vaginale, le processus qui a donné naissance à ce kyste hémorragique est exactement le même que celui qui aboutit à la plupart des hématocèles vaginales. Il reste donc seulement à en interpréter la nature et la pathogénie.

Etant données les circonstances dans lesquelles la lésion a fait son apparition, on pourrait faire du *traumatisme* la cause de cette pachysynovite hémorragique. Mais ici, de même que dans la plupart des vaginalites, nous ne croyons pas que ce facteur soit seul en cause. Il est difficile d'admettre en effet qu'un épanchement de sang seul dans une bourse séreuse préalablement saine soit suffisant pour provoquer une inflammation pareille de ses parois et nous admettons plutôt qu'il existait depuis plus ou moins longtemps, chez ce malade, un kyste simple du creux poplité. Sous l'influence du traumatisme des hémorragies se sont peut-être produites dans ce kyste pour en modifier les caractères ; mais il est beaucoup plus probable que le traumatisme n'a fait que réveiller le processus inflammatoire qui sommeillait à son intérieur et a provoqué le développement des lésions que nous avons observées. L'absence de toute réaction inflammatoire du côté de la synoviale articulaire confirme, d'ailleurs, cette opinion. Nous avons vu tout à l'heure que l'épanchement qui existait au niveau du genou s'était reproduit immédiatement après la ponction : après l'ablation du kyste, au contraire, le genou resta complètement sec, et ne présenta jamais aucun signe d'arthrite. Cette double constatation permet donc d'affirmer que non seulement, dans ce cas, l'hémarthrose du genou était secondaire à l'existence du kyste poplité, mais encore que l'épanchement de sang dans une séreuse, ainsi que le disait déjà Trousseau, ne suffit pas à lui seul à provoquer une réaction inflammatoire de ses parois.

On pourrait reprendre ici tous les arguments qui ont été donnés dans la pathogénie des hématocèles, sur le rôle plus ou moins réel du traumatisme dans l'apparition des lésions ; mais ce serait faire là un travail inutile. Reclus admet que le plus souvent, à l'origine des hématocèles, il existe une inflammation « latente » ou « patente » de la vaginale ou des organes qui y sont contenus. Pour le kyste hémorragique du creux poplité que nous avons observés, nous croyons que l'histoire du malade permet de défendre la même opinion. Notre malade était vraisemblablement porteur depuis plus ou moins longtemps d'un kyste simple du creux poplité, qui a été découvert à l'occasion d'un traumatisme et qui s'est mis à évoluer à partir de ce moment en subissant une transformation hémorragique due à l'épaississement de ses parois et à la formation de vaisseaux nombreux dans leur épaisseur. Quant à la nature même de ce kyste survenu spontanément et en dehors de toute poussée infectieuse, nous serions très tentés de le rattacher à la bacillose. Nous avons maintes fois montré, en effet, à la clinique de M. Poncet, que toutes les réactions inflammatoires simples de la vaginale ou des bourses séreuses ne sont comme la pleurésie a frigore ou l'hydarthrose essentielle du genou que des manifestations atténuées d'une bacillose peu virulente, purement inflammatoire. Les antécédents de notre malade ne présentent aucune tare de bacillose ; mais son sérodiagnostic à l'entrée était extrêmement positif (agglutination à 1/15). Aussi n'hésitons-nous pas à rendre la tuberculose responsable des accidents qu'il a présentés.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

DEUXIÈME QUESTION (*fin*)

Deuxième rapport.

LES HÉMOLYSINES AU POINT DE VUE EXPÉRIMENTAL

M. Nolf (de Liége). Dans les limites de ce titre, je me bornerai à attirer l'attention sur quelques points qui me paraissent essentiels et à insister surtout sur ce que je sais personnellement.

Nos connaissances touchant l'hémolyse par les sérums dérivent presque toutes de l'expérience in vitro ; les observations sur l'animal vivant sont assez rares. L'hématolyse a donc été étudiée à la façon d'un phénomène chimique.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, nos 125, p. 1784 et 126, p. 1798.

La majorité des auteurs se basant sur les expériences d'Hoppe Seyler continue à admettre que l'hémoglobine de l'hématie vivante est unie chimiquement au stroma. Aussi pour eux l'action de l'agent hémolytique se mesure à la quantité d'hémoglobine diffusée au bout d'un temps déterminé.

Cette manière de voir est, à mon avis, en contradiction avec un fait d'observation courante, je veux dire *la destruction mécanique des hématies*. Une expérience bien simple permet de s'en rendre compte. Si l'on triture une émulsion globulaire épaisse avec du sable lavé, on observe un laquage rapide et complet du sang. Les grains de sable en effet déchirent mécaniquement la paroi des hématies dont le contenu s'écoule. Dans cette expérience n'intervient aucune réaction chimique. On a l'habitude d'identifier l'hémolyse avec la mise en liberté de l'hémoglobine. En réalité, l'issue de l'hémoglobine est un simple fait de diffusion se produisant chaque fois que, pour une raison ou pour une autre, la paroi du globule normalement imperméable à l'hémoglobine se laisse traverser par le pigment rouge.

Il y a deux actes consécutifs dans l'hémolyse :

1° Un phénomène essentiel, l'altération globulaire;

2° Un phénomène accessoire, qui est l'apparition de l'hémoglobine dans le liquide baignant les hématies.

On appelle communément *agents hémolytiques* toutes les substances qui, mélangées aux hématies en milieu salin isotonique, provoquent plus ou moins rapidement l'issue de l'hémoglobine. On peut démontrer très facilement que la plupart de ces corps sont doués d'affinité pour le stroma globulaire. Cette affinité de nature physique pour certains, chimique pour d'autres, provoque la fixation de l'hémolysine par le stroma. Celui-ci ainsi chargé d'une substance étrangère a acquis des propriétés physico-chimiques nouvelles. Sa perméabilité n'est plus normale, elle est augmentée ou diminuée vis-à-vis de l'hémoglobine. Dans le premier cas, il y a fixation (fixateurs histologiques); dans le second cas, hémolyse. Voici donc deux effets contraires. D'ailleurs un même agent agit dans l'un ou l'autre sens suivant la concentration à laquelle on l'emploie. Par exemple, le chlorure mercurique à doses faibles est hémolytique, à doses fortes fixateur. De même l'alcool éthylique.

Si on admet qu'il y a hémolyse toutes les fois que l'hémoglobine endoglobulaire est mise en liberté, on pourra définir l'hémolyse *une altération de la paroi globulaire qui a pour effet de supprimer l'imperméabilité de cette paroi à l'hémoglobine.*

Suivant la nature chimique des différentes hémolysines, leurs rapports avec les éléments de la paroi varieront. Je me bornerai à étudier les hémolysines contenues dans les humeurs et plus spécialement celle qu'on obtient en injectant à un animal les hématies d'une autre espèce.

On sait, à la suite des travaux de Bordet, que les propriétés hémolytiques du sérum frais d'un animal vacciné avec des hématies d'une espèce étrangère est due à la coopération d'un *anticorps* spécifique produit par le traitement (sensibilisatrice) et d'un complément préexistant commun à tout sérum et détruit par la chaleur à 56 degrés. Pour amener l'hémolyse il faut l'action combinée de la sensibilisatrice et du complément, qui isolés sont inactifs.

Employé seul, l'anticorps se fixe sur les hématies sans les hémolyser, mais il se fixe d'une façon qui n'est pas définitive, puisqu'il suffit de laver ces hématies avec de grandes quantités d'eau salée isotonique, pour les débarrasser de l'anticorps.

Si au contraire on met un peu de complément au contact d'hématies imprégnées d'anticorps, tous les lavages à l'eau salée seront impuissants à extraire la moindre trace d'anticorps.

Par conséquent, l'union hématie-anticorps est réversible, l'union hématie-anticorps-complément est définitive.

Anticorps et complément qui sont des colloïdes solubles se coagulent dès qu'ils se fixent ensemble sur l'hématie. L'union antigène-anticorps-complément est essentiellement une coagulation réciproque de colloïdes, qui, l'expérience le montre, se localise dans la substance du stroma, c'est-à-dire dans la partie de l'hématie qui en forme et l'enveloppe et le réticulum intracellulaire. Cette coagulation, il faut le savoir n'est pas toujours suivie d'hémolyse.

Du reste l'hémolyse par le sérum n'est pas le résultat d'une association à deux mais à trois, car on a prouvé que le complément est formé d'au moins deux constituants dont l'un est une globuline, l'autre une albumine du sérum.

A côté de ces *hétérolysines* que nous venons d'étudier, il existe des *isolysines* qui, sans action sur les hématies de l'individu détruisent les hématies d'individus de la même espèce et des *autolysines* qui agissent sur les hématies de l'individu lui-même. Ehrlich et Morgenroth qui les premiers fabriquèrent des isolysines chez la chèvre purent établir qu'elles sont constituées à l'instar des hétérolysines par un anticorps spécifique et un complément.

On n'a jamais pu par la même méthode obtenir des autolysines. C'est pourquoi Bordet prétend que l'organisme normal est incapable de les produire. En réalité ce n'est pas parce que l'autolysine ne se se trouve pas dans le sang qu'il faut nier son existence. Par exemple, comment expliquera-t-on sinon par action d'autolysines les observations cliniques de Michaelis, Tauber, Kober, où des accès d'hémoglobinurie se produisirent plusieurs jours après une hémorragie intrapéritonéale abondante chez des sujets tout à fait indemnes jusqu'alors d'hémoglobinurie et n'en ayant plus présenté dans la suite?

Il paraît se former une autohémolysine dans tous les cas où les hématies sont détruites en quantité plus ou moins considérable en un point quelconque de l'organisme. Cette autolysine comprend comme les hétérolysines un anticorps spécifique et un complément. Mais à l'encontre des hétérolysines, elle ne se trouve jamais à l'état libre dans le sang (tout au moins en quantité telle qu'on puisse l'y déceler), parce que son affinité pour les hématies du sang circulant détermine sa fixation sur elles dès le moment où l'autolysine dépasse une concentration déterminée. J'ai recherché la présence d'autolysine dans les différents organes. Après de multiples essais infructueux, j'ai pu chez le chien normal, en employant des *extraits dilués* et non purs, mettre en évidence un extrait actif dans la *rate*. Le pouvoir hémolytique de cet extrait est spécifique c'est-à-dire qu'il ne s'exerce que sur les hématies du chien. J'ai trouvé aussi souvent une autolysine dans les ganglions mésentériques et dans le foie. Il s'agit là d'une formation d'anticorps consécutive à une destruction locale d'hématies.

Expérimentalement la rate du chien est donc bien l'organe où normalement se détruisent les hématies vieillies. Quant au complément hémolytique d'autres expériences m'ont permis de voir qu'il est produit par le foie. Mais d'autre part le foie sécrète en outre une ou des substances qui entravent l'hémolyse.

On peut donc conclure que les activités du foie et de la rate sont en même temps corrélatives et antagonistes.

L'association fonctionnelle du foie et de la rate règle la nutrition protéique des hématies en circulation. En effet la rate détruit continuellement les hématies vieilles dont la substance lui sert à produire une autohémolysine. L'excès de cette autohémolysine est déversée dans le sang où elle est fixée en grande partie par les globules rouges, en petite partie par le foie. Elle ne peut donc jamais s'accumuler dans le sang de façon à pouvoir être mise en évidence par des expériences in vitro. Si sa fixation sur les hématies n'est pas trop considérable, elle agit à la façon des doses faibles d'hétérolysines et active la nutrition de ces hématies. Si au contraire sa fixation devient massive, elle produit l'hémolyse.

L'antagonisme du foie et de la rate, plus apparent que réel

résulte de ce que le foie centre du métabolisme protéique fournit à la fois les matériaux de ce métabolisme et les agents qui le tempèrent.

En clinique la variété la plus fréquente et la plus intéressante des autohémolyses humaines pathologiques est l'hémoglobinurie paroxystique a frigore. On ne peut faire jusqu'à présent que la critique des théories fournies sur cette bizarre maladie. C'est l'avenir qui nous fournira les faits nouveaux qui édifieront la conception pathogénique définitive de cette maladie si curieuse.

Troisième rapport.

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES ACQUIS (RAPPORTS ENTRE L'HÉMOLYSE ET LA BILIGÉNIE EXTRAHÉPATIQUE)

MM. WIDAL, ABRAMI, BRULÉ (de Paris). — I. CLINIQUE. Contrairement aux ictères hémolytiques congénitaux, dont le type clinique est toujours identique à lui-même, les ictères hémolytiques acquis offrent une symptomatologie et une évolution sujettes à des variations très notables, suivant les conditions étiologiques qui les commandent, suivant leur association à d'autres syndromes pathologiques, suivant leur mode de terminaison.

Mais, dans tous les cas, les caractères fondamentaux de l'affection se retrouvent identiques. Le fond de la symptomatologie est représenté par un syndrome bien précis et bien spécial qui s'observe également dans l'ictère congénital et qui traduit ainsi par sa constance l'identité du processus qui est à la base de tous ces ictères. Le syndrome de l'ictère hémolytique est lui-même composé de deux syndromes secondaires : 1° l'ictère ; 2° le syndrome hématologique.

1° L'*ictère*, qui varie du jaune foncé, au jaune d'or, au citron pâle, est généralisé à tout le corps, à la peau et aux muqueuses. C'est habituellement une coloration d'un jaune franc qui ne rappelle en rien la teinte sale de certains cirrhotiques.

Elle *varie* chez le même sujet d'une période à l'autre, souvent même d'un jour à l'autre : les émotions, les fatigues surtout semblent l'accentuer, tandis que le repos, le séjour à l'altitude (Chauffard) la font nettement diminuer.

En outre l'ictère ne s'*accompagne jamais de décoloration des matières fécales* et est *acholurique* avec présence d'urobiline dans les urines.

Enfin on ne voit *jamais le moindre symptôme en rapport avec l'intoxication par les sels biliaires* à moins que, comme dans le cas de M. Œttinger, il y ait une affection hépatique concomitante. On n'observe pas non plus de signes d'insuffisance hépatique par les méthodes habituelles.

Parfois il y a des *crises douloureuses vésiculaires*.

Le *foie* est normal.

La *rate* est presque toujours hypertrophiée ; mais cette splénomégalie varie avec l'intensité de l'ictère.

2° Le *syndrome hématologique* comprend :

a. l'*anémie* constante, mais d'intensité variable qui évolue parallèlement à la jaunisse. Aux périodes d'aggravation où l'ictère et la splénomégalie s'accroissent, on voit rapidement baisser le nombre des hématies (parfois jusqu'à 850.000) qui ne se relève que lentement lorsque l'ictère rétrocède.

Pendant les périodes aiguës de l'affection les anomalies sanguines sont à leur maximum rappelant le tableau de l'anémie pernicieuse : diminution du chiffre des hématies, la valeur globulaire restant normale, leucocytose, réaction myéloïde, polychromatophie, anisocytose. Aux périodes d'amélioration, l'anémie rétrocède mais les signes de réparation sanguine persistent toujours intenses.

b. La *fragilité globulaire* peut se démontrer soit par le procédé Vaquez-Ribière, soit par la méthode des hématies déplasmatisées. On peut aussi la mettre en évidence en milieux isotoniques avec des sérums humains, normaux et pathologiques (Widal et Philibert), avec des sérums expérimentaux antihumains et de l'extrait concentré de têtes de sangsues (Widal, Abrami et Brulé).

c. Les *hématies granuleuses* mises en évidence dans le sang non fixé par le réactif de Pappenheim (pyronine, vert de méthyle) par MM. Chauffard et Fiessinger, par MM. Widal et Brulé à l'aide d'une autre coloration vitale au bleu de Unna.

d. La *propriété autoagglutinante du sérum sanguin* qui agglomère en paquets les globules du porteur.

L'*évolution* des ictères hémolytiques acquis semble subordonnée surtout à la nature même de la cause qui leur a donné naissance.

Dans un premier groupe de faits l'ictère hémolytique se présente sous un *mode aigu* et, après une durée de quelques jours ou de quelques semaines, se termine soit par la guérison, soit par la mort. Il s'agit presque toujours en pareil cas de véritables poussées hémolytiques avec ictère, déterminées avant tout par des *infections*, plus rarement par des *intoxications* hémotoxiques (streptocoque, tréponèmes, bacille de Koch, bacille perfringens, paludisme, intoxication chloroformique).

Dans un second groupe il y a les *formes chroniques* persistant plusieurs années, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation et pouvant revêtir les types cliniques les plus divers.

Il en est qui simulent l'anémie pernicieuse ictérique, l'ictère chronique, lithiase. Il en est qui *s'associent* à d'autres syndromes morbides : cirrhose du foie, cancer de la vessie, de l'estomac, etc.

II. PATHOGÉNIE. — L'ictère hémolytique dépend de toute évidence d'un processus de destruction sanguine.

Les preuves abondent :

1° Hématologiques : anémie intense et constante ; signe de rénovation sanguine incessante ;

2° Anatomo-pathologiques : reviviscence de la moelle osseuse ; surcharge pigmentaire énorme de la plupart des organes : foie, rate, rein (Minkowski, Castaigne).

Cependant M. Hayem conteste ces faits. Pour lui la destruction globulaire ne produit in vivo qu'un symptôme : l'hémoglobinurie, et celle-ci ne s'accompagne ni d'ictère cutané ni de pigments biliaires dans le sang.

Or, *cliniquement*, l'hémoglobinhémie a pu être observée au cours des ictères avec fragilité globulaire (von Bettmann, Chauffard et Troisier, Widal, Lemierre, Abrami et Kindberg).

Expérimentalement, l'existence d'ictères consécutifs à des poisons hémolysants, toluylène-diamine, hydrogène arsénié, cyclamine, morille rouge, n'est plus discutée. En variant les doses on peut obtenir soit l'hémoglobinhémie, soit l'ictère avec cholurie, soit la simple urobilinurie.

Si l'hémoglobinhémie n'est pas plus souvent observée au cours des ictères hémolytiques et si inversement l'ictère n'est que très rarement noté dans les affections qui s'accompagnent d'hémoglobinhémie, c'est que l'un et l'autre de ces symptômes correspondent à des modalités différentes de l'hémolyse. Or l'étude du processus de l'ictère hémolytique montre qu'il s'agit d'une *hémolyse lente mais continue*.

Par quel mécanisme l'hémolyse aboutit-elle à l'ictère? L'opinion classique affirmée récemment encore par M. Gilbert est que le *foie* intervient toujours.

Mais alors pourquoi n'observe-t-on pas l'ictère par résorption d'une bile totale ? Or précisément l'ictère hémolytique est un ictère dissocié. Il y a bien imprégnation de l'organisme par les pigments biliaires, mais non par les sels biliaires et la cholestérine. La clinique le démontre bien aussi puisqu'on n'observe aucun des signes qui dénotent la rétention des sels biliaires : prurit, bradycardie, amaigrissement, entrave à l'absorption des graisses intestinales font défaut.

Tout se passe comme s'il s'agissait d'une cholémie purement pigmentaire.

L'étude des transformations subies par tous les épanche-

ments sanguins de l'organisme en voie de destruction, met hors de conteste l'existence d'une biligénie hémolytique extra-hépatique, d'un véritable ictère hémolytique local. Il se forme des pigments biliaires, bilirubine et urobiline, aux dépens d'hémoglobine extravasée en dehors de toute intervention hépatique. Dès lors on est en droit de penser qu'un semblable processus se produit dans l'organisme au cours des ictères hémolytiques.

Quelle est *l'origine de la fragilité globulaire et de l'hémolyse?*

Il y a deux théories :

1° *Théorie splénogène* (Minkowski, Bettmann, von Krannhals, Gilbert et Chabrol);

2° *Théorie pluraliste* (Widal, Abrami et Brulé) admettant la pluralité d'origine.

Pour notre part, nous ne pensons pas qu'il soit actuellement possible de considérer comme démontrée l'origine splénogène des ictères hémolytiques. D'une part, en effet, pour un grand nombre d'entre eux, la splénomégalie est manifestement la conséquence et non la cause de la destruction sanguine; pour les autres, qui semblent d'apparence protopathique, aucun argument décisif d'ordre clinique ou expérimental ne nous paraît avoir été apporté en faveur de leur origine splénique. L'hémolyse dans l'ictère expérimental par toluylène-diamine, qui représente, pour MM. Gilbert et Chabrol, le type de l'ictère hémolytique d'origine splénique, relève en réalité de l'action directe du poison hématique sur les globules rouges.

Etant admis que la splénomégalie, que l'ictère ne sont que conséquences, quels sont les processus originels de l'hémolyse?

Il y a vraisemblablement intervention d'hémolysines. C'est très évident pour les ictères hémolytiques, infectieux, parasitaires. Dans un grand nombre de cas, par contre, on ne peut même soupçonner l'origine de ces hémolysines.

III. Traitement. — La véritable thérapeutique de l'affection serait une thérapeutique pathogénique qui supprimerait la cause même du processus hémolytique. Mais s'il a été parfois possible de l'appliquer dans les ictères consécutifs à l'ankylostomiase, au paludisme, à la syphilis, dans la majorité des cas l'étiologie réelle demeurant inconnue, la thérapeutique efficace se réduit à la *médication ferrugineuse* qui, venant en aide à la réparation sanguine, permet à l'organisme de surmonter les étapes parfois redoutables auxquelles l'expose l'anémie hémolytique.

Discussion.

M. Chauffard (de Paris) considère que dans les travaux exposés il y a un apport personnel de notions expérimentales suggestives pour le clinicien. Quelles conclusions tirer? Sur la question des faits, tout le monde est d'accord. Ce qui est ne évolution et instable, c'est l'interprétation de ces faits. On discute, il semble, sur des points trop délicats.

Au début, M. Chauffard a pris très rapidement parti et a parlé de la spléno-hémolyse. Les expériences de M. Nolf permettent d'aller plus loin dans la conception des ictères hémolytiques. Dès maintenant il y a deux ou trois solutions possibles du problème.

Sur la bilirubigénie locale, M. Chauffard admet qu'évidemment tout symptôme d'intoxication locale fait défaut; il n'y a pas résorption de sels biliaires. Cependant il y a une intervention de la cellule hépatique. Parce que se résorbent des pigments au niveau du foie, il ne s'ensuit pas que fatalement les sels biliaires doivent passer dans la circulation. Il n'y a donc pas lieu d'éliminer le foie de la pathogénie de ces ictères hémolytiques.

Si l'on admet l'origine splénique des produits hémolysants, par l'ablation de la rate on devrait pouvoir guérir ces sujets. Ce serait une tentative dangereuse en matière d'ictère hémolytique congénital tout au moins.

M. Troisier confirme les conclusions du rapport de M. Nolf. Comme ce dernier l'a dit, c'est dans la technique avec pulpe splénique diluée qu'on obtient seulement des résultats positifs d'hémolyse. Chez le rat décapité l'expérience est frappante. Il s'agit donc vraisemblablement d'un phénomène physiologique général.

M. J. Chalier (de Lyon). Dans leur rapport très documenté, MM. Guillain et Troisier ont rappelé dans ses grandes lignes la symptomatologie des ictères hémolytiques congénitaux.

Elle reste telle que l'avait développée M. Chauffard.

Je désire toutefois insister sur un point particulier, à savoir les *crises douloureuses abdominales*. Chez un malade examiné avec M. Cade dans la clinique du professeur J. Teissier, les paroxysmes douloureux sont fréquents. Les douleurs siègent à l'épigastre et dans les deux hypocondres, atteignent une acuité très vive, donnent une sensation de forte constriction à la base du thorax. Elles sont indépendantes de toute colique hépatique, et dues selon toute vraisemblance à la formation de calculs, non pas lithiasiques, mais pigmentaires dans la vésicule.

Ces crises sont fréquemment accompagnées de hoquets, de vomissements muco-bilieux, d'une diarrhée abondante avec pleiochromie, tandis que les urines se foncent, que l'ictère s'accentue, et que la rate, très douloureuse, grossit davantage. Souvent une asthénie plus grande, une diarrhée abondante durant deux ou trois jours font prévoir au malade l'imminence d'un paroxysme douloureux.

Un autre fait me paraît digne de retenir l'attention : ce *sont les rapports de l'ictère hémolytique congénital et de la cholémie familiale*. Il n'est pas douteux qu'au point de vue purement clinique les analogies ne soient frappantes entre l'ictère hémolytique congénital et la cholémie du type ictère chronique à forme splénomégalique ou hépato-splénomégalique décrite à plusieurs reprises par MM. Gilbert et Lereboullet; et ces auteurs ont signalé ces analogies.

Cependant, MM. Chauffard et Widal, dès leurs premières communications, ont soutenu l'autonomie clinique de l'une et l'autre affection.

En présence d'opinions émanant de tels maîtres la question peut sembler définitivement jugée, et l'on devrait admettre des cadres bien distincts et de pathogénie bien différente dans la grande famille des ictères acholuriques. Je ne puis souscrire sans réserve à pareille conception. Avec M. Cade, j'ai déjà soutenu cette idée que la cholémie familiale dans sa forme la plus accentuée présente les relations les plus étroites avec l'ictère hémolytique; l'ictère hémolytique, dirai-je volontiers, n'est que l'*exagération de la cholémie familiale*. Il ne s'agit pas ici d'une simple hypothèse. Des faits précis viennent appuyer cette affirmation. Dans une famille que j'ai observée à la clinique du professeur J. Teissier, trois cas d'ictère hémolytique congénital ont été notés. Or, le père de ces trois malades, ictérique acholurique depuis fort longtemps, déjà jaune avant la naissance d'aucun de ses enfants, présente une grosse rate, son sang renferme quelques hématies granuleuses; néanmoins, la résistance globulaire, recherchée à plusieurs reprises, s'est toujours montrée normale. Un quatrième enfant offre aussi le tableau clinique d'un ictère acholurique atténué avec splénomégalie légère. Or, la résistance minima est à peine au-dessous de la normale. Peut-être plus tard l'ictère hémolytique sera incontestable ; actuellement, on ne peut poser un tel diagnostic; celui qui s'impose, pour cette enfant comme pour son père, est celui de cholémie familiale splénomégalique.

Rapprochons les faits que je viens de signaler. On conviendra sans peine que le père et ses quatre enfants sont porteurs de la même tare, de la même maladie. Mais trois enfants présentent de la fragilité globulaire; dans deux autres cas, celle-ci fait défaut ou est à peine ébauchée, précisément

chez les deux sujets qui offrent le meilleur état général. *Il faut donc conclure qu'il n'y a au fond qu'une question de degré et que, par des transitions insensibles, on peut passer d'un état cholémique accentué à l'ictère hémolytique. L'ictère hémolytique congénital représente, à mon sens, l'expression symptomatique la plus accusée de la cholémie familiale.*

Partant de cette donnée, et fermement convaincu que, dans tous ces cas, l'hémolyse est à la base de l'ictère, je disais dans ma thèse inaugurale qu'il convenait de reviser la pathogénie de la cholémie familiale et d'en chercher la cause dans une altération primitivement sanguine ou des organes hématopoiétiques. Il semble bien actuellement que M. Gilbert et ses élèves aient reconnu et démontré toute l'importance qu'il convient d'attribuer à la rate dans la genèse des états morbides que nous avons en vue, et se rapprochent par plusieurs points de la théorie spléno-hémolytique primitivement soutenue par M. Chauffard.

Le rôle de la rate dans l'hémolyse est de plus en plus évident, et avec Charlet j'ai eu l'occasion d'en démontrer expérimentalement toute l'étendue.

Au surplus, comme l'ont bien établi à l'aide de leurs propres recherches ou par l'analyse des travaux de divers auteurs, MM. Guillain et Troisier, Widal, Abrami et Brulé, l'hémolyse, source de biligénie, peut s'effectuer partout dans l'organisme. Je signalerai à ce propos que dans un cas de pleurésie hémorragique les pigments biliaires existaient dans l'épanchement. La résistance des globules épanchés était très diminuée ; et, fait intéressant, on notait corrélativement une diminution manifeste, mais moins accusée, de la résistance des globules du sang circulant et un léger ictère conjonctival.

L'ictère hémolytique acquis se présente sous des aspects très variés. A l'aide de six observations du plus haut intérêt j'ai pu avec M. Roque décrire *l'ictère hémolytique à type ictère grave*.

Tantôt l'ictère est grave d'emblée, tantôt seulement à la période terminale de son évolution. Il importe d'ailleurs de faire remarquer qu'il ne comporte pas toujours le pronostic habituellement fatal de l'ictère grave commun. Dans trois cas seulement la mort est survenue et il semble bien qu'il faille incriminer non pas l'ictère, mais des processus morbides autrement sérieux qui tenaient le pronostic sous leur dépendance (cancer de l'estomac, cirrhoses hépatiques alcooliques des plus accusées). Dans les trois autres cas, malgré l'apparition du tableau symptomatique de l'ictère grave, l'évolution fut favorable. L'apparition d'un syndrome d'ictère grave est donc possible en dehors de toute atteinte hépatique sérieuse. Plus récemment M. Abrami a publié une intéressante observation d'ictère grave mortel, d'origine hémolytique, qui vient à l'appui de la forme clinique que M. Roque et moi avons individualisée.

M. Leuret (de Bordeaux) regrette que la question des ictères hémolytiques ne soit pas envisagée sous un jour plus large à savoir : *quelles limites accorder aux ictères hémolytiques ?*

Aucun des trois caractères suivants, présence dans le sang d'hématies granuleuses, diminution de résistance globulaire, présence d'hémolysines dans le sang, ne constitue la caractéristique suffisante et indispensable d'un ictère hémolytique.

Pour lui ce caractère indispensable est l'*hyperpigmentation du sérum sanguin,* antécédente à tout phénomène d'ictère, résultat direct de la dissolution globulaire, qui amène secondairement une hyperpigmentation des urines : ces colorations doivent être évaluées par la méthode pigmentométrique.

Aux autres questions qui se posent à la suite de la lecture du rapport : y a-t-il des biligénies locales ? L'ictère est-il toujours dû à la présence anormale de bilirubine dans le sérum sanguin ? M. Leuret répond non.

L'hémoglobine en se réduisant produit un ou des pigments intermédiaires à l'hémoglobine et à la bilirubine qui est le pigment générateur de la jaunisse.

Pour lui d'ailleurs la bilirubine ne peut se former en dehors de la cellule hépatique ; il ne croit pas que l'identification des pigments contenus dans le sérum sanguin, milieu albumineux, puisse se faire d'une façon certaine dans l'état actuel de la science ni par l'examen direct, ni par l'examen spécial ni par les réactions chimiques. Il y a des pigmentogénies locales et non des biligénies.

Cette manière de voir est la seule manière d'expliquer la cholurée ou l'acholurie des ictères ; car cette question ne peut s'expliquer par une différence de quantité de pigments du sang, mais par une différence de qualité. En effet, il est impossible de réaliser expérimentalement une obstruction biliaire nette, aussi minime soit-elle, sans obtenir un ictère cholurique par une hémolyse même très intense si on ne se disloque pas en même temps la travée hépatique.

Il faut donc en revenir à cette conception : l'ictère acholurique est toujours hémolytique, l'ictère hémolytique est toujours acholurique. Et par réciproque l'ictère par rétention est toujours cholurique ; l'ictère cholurique est toujours un ictère par rétention.

Les ictères acholuriques sont tels parce qu'ils sont acholémiques.

M. Leuret admet que le leucocyte macrophage est l'agent anatomique de l'hémolyse : ce serait lui qui s'empare de l'hémoglobine, en sépare le fer, réalise la formation du pigment et fait le premier travail préparatoire de la biligénie.

Normalement ce travail a lieu en grande partie dans la rate, colonie de macrophages ; survienne un épanchement de sang extravasculaire, il se fait secondairement un afflux de macrophages qui transportera anormalement un gros foyer de pigmentogénie locale hors de la rate, son lieu de prédominance habituelle. (*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1911)

Leucogénèse et épithélium intestinal. — MM. A. Marie et A. Donnadieu pensent que « la leucogénèse doit être placée sous la dépendance de l'épithélium intestinal ; c'est parce que le leucocyte est d'origine intestinale qu'il « digère ». L'épithélium intestinal fait la synthèse du protoplasma spécifique et individuel qui pénètre dans l'organisme sous la forme d'un plasmode désigné sous le nom de *leucocyte*.

Les albuminoïdes étant les fixateurs des graisses, le plasmode leucocytaire dont le protoplasma est très fortement chargé de granulations graisseuses, prend sous l'action de l'acide osmique la coloration noire caractéristique des substances grasses.

Nous vieillissons par le ventre, a dit M. Metchnikoff, et c'est parce que la synthèse protoplasmique qui s'effectue au niveau de l'épithélium des voies digestives se fait dans de mauvaises conditions que nos cellules se défendent mal contre les actions pathogènes que nous vieillissons vite et que nous mourons prématurément. »

Xiphophages humains. — M. A. Magnan décrit un monstre formé de deux fœtus normalement constitués extérieurement, mais réunis par la face ventrale sur une très grande longueur. Ce monstre est un exemple d'accolement de deux embryons par leur partie sous-céphalique, tout à fait au début du développement. C'est pourquoi tous les organes qui se forment dans la région céphalique, comme l'œsophage, le foie, le cœur, les poumons, l'estomac, se sont soudés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1911)

De quelques conséquences de la grande chaleur. — M. Maurice DE FLEURY fait une communication sur ce sujet.

Les chaleurs exceptionnelles de cet été ont provoqué, non pas seulement chez les nourrissons mais chez les adultes, des troubles gastro-intestinaux et hépatiques dont l'observation attentive comporte un enseignement.

Ces manifestations morbides, parfois très importantes (cholérine, entérite dysentériforme ou muco-membraneuse, paratyphoïde, appendicite), parfois légères et passant presque inaperçues, ont laissé après elles des troubles digestifs gastriques et intestinaux qui persistent encore; chez ces malades, on observe invariablement un foie gros (surtout de son lobe gauche), de l'indicanurie et de l'urobilinurie. Parfois aussi, le rein semble avoir été fatigué (traces d'albumine, cylindres muqueux, cristaux d'oxalates et d'urates). On attribue généralement les accidents dits de chaleur à l'abus des boissons glacées, et il est probable que cette cause joue un rôle important par dilution extrême de suc gastrique et des sécrétions intestinales dont on connaît l'action antiputréfiante. Mais d'autres causes rentrent probablement en jeu :

1° La grande chaleur doit agir sur les aliments d'origine animale en hâtant le faisandage;

2° Elle exalte sans doute la virulence des microbes pathogènes de l'intestin;

3° Elle paraît agir à la façon d'un surmenage sur les appareils glandulaires, et diminue ainsi nos moyens de protection;

4° La grande chaleur provoque une substitution presque totale de la transpiration à la miction.

Or, la sueur, très pauvre en matières extractives, très peu toxique, ne peut suppléer à l'insuffisance rénale. Il doit donc se produire de ce fait une intoxication par insuffisance d'élimination.

L'auteur propose pour remédier à cet ensemble pathologique :

1° Le régime supprimant tous les aliments d'origine animale : lait, œufs, poisson et viande;

2° L'antisepsie gastro-intestinale au moyen des ferments lactiques;

3° Le relèvement de la pression sanguine, dans l'artère rénale, par la théobromine associée à de petites doses de caféine.

C'est là un moyen excellent d'augmenter la sécrétion rénale aux dépens de la sécrétion sudorale.

Rééducation de l'ouïe chez les sourds-muets. — M. LAIMÉ lit un travail dans lequel il fait connaître les résultats très avantageux qu'il a obtenus par la rééducation de l'oreille à l'aide d'un microphone de son invention.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers. MM. Marinesco (de Bucarest) et Finlay (de la Havane) sont élus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1911)

Affinités tissulaires du tréponème dans la syphilis secondaire. — M. A. SÉZARY montre que, à l'encontre de l'opinion classique, les lésions conjonctives et vasculaires ne sont pas constantes dans la syphilis acquise : l'étude histo-microbiologique de lésions viscérales montre, en effet, l'absence de lésions vasculaires dans les organes dont les cellules nobles sont envahies par les tréponèmes (surrénales, reins). Elles semblent conditionnées par la richesse en tissu conjonctif de l'organe atteint. Comme dans la syphilis héréditaire, l'affinité épithéliale est manifeste.

Influence de la constitution chimique sur la toxicité des nitriles et des amides. — Les recherches antérieures de M. DESGREZ sur les nitriles l'ont amené à déterminer comparativement la toxicité des nitriles acétyléniques, éthyléniques et saturés. Ces déterminations, effectuées à la fois sur le lapin et le cobaye, établissent que le caractère de non saturation de la molécule chimique augmente la toxicité des nitriles suivant une proportion d'autant plus élevée que la saturation est moindre. Et c'est bien à ce caractère qu'est dû l'accroissement de la toxicité, car, en répétant les mêmes recherches sur les amides correspondants aux nitriles essayés, M. Desgrez a obtenu des toxicités variant dans le même sens.

Modifications du poids des organes lymphoïdes à la suite du jeûne. — MM. JOLLY et LEVIN. A la suite du jeûne, la plupart des organes lymphoïdes s'atrophient. Cette atrophie est surtout considérable pour le thymus, un peu moindre pour la bourse de Fabricius, un peu moindre encore pour la rate. Elle consiste essentiellement en une diminution des lymphocytes pouvant aller jusqu'à la disparition complète.

Modifications histologiques de la bourse de Fabricius à la suite du jeûne. — M. JOLLY. A la suite d'un jeûne suffisant, les lymphocytes de la bourse de Fabricius disparaissent graduellement, tandis que le bourgeon épithélial qui forme la trame de la substance médullaire persiste. Ces faits permettent de rapprocher du thymus la bourse de Fabricius. Ils montrent la possibilité d'atteindre, dans ces conditions déterminées, dans un organe complexe, un seul tissu, le tissu lymphoïde. Ils nous prouvent, enfin, que le tissu lymphoïde est très sensible aux variations de sa nutrition.

Evolution des corpuscules de Hassal dans le tissu rœntgénisé du chat. — MM. REGAUD et CRÉMIEUX. Lorsqu'on fait agir sur le thymus de jeunes chats une dose moyenne unique de rayons X, cet organe devient le siège d'un processus, d'abord régressif, puis régénératif. Dans les trente-six premières heures, les lymphocytes sont détruits et résorbés; le stroma, au contraire, est absolument respecté. Du deuxième au douzième jour, le parenchyme lobulaire s'atrophie et le stroma subsistant subit des modifications considérables. Puis des phénomènes de reconstitution apparaissent, qui aboutissent, du vingt-cinquième au trentième jour, à la *restitutio ad integrum*. Au cours de ce processus, les corpuscules de Hassal augmentent de volume, dès la trente-sixième - quarante-huitième heure; ils paraissent infiltrés par des leucocytes polynucléaires éosinophiles ou neutrophiles. Cet accroissement est dû aux transformations progressives des cellules du réticulum. Les corpuscules de Hassal dérivent donc des cellules du réticulum thymique.

Réactions de la moelle osseuse dans l'hyperthyroïdation expérimentale. — M. et Mme PARHON. Ces réactions sont d'ordre macroscopique : coloration rouge brun de la moelle; et microscopique : *a.* intense prolifération cellulaire ; *b.* vasodilatation très prononcée; *c.* diminution de nombre des vésicules adipeuses.

Echinococcose primitive expérimentale. — M. DÉVÉ. La veine porte représente la porte d'entrée principale, sinon exclusive, du kyste hydatique dans le foie.

Action caséifiante de certains lipoïdes. — MM. GACHLINGER et TILMANT. Il existe dans les lipoïdes, et surtout les lipoïdes hépatiques, des acides gras acido-résistants, capables de déterminer la caséification.

Sur la skeptophylaxie. — MM. LAMBERT, ANCEL et BOUIN. L'injection intraveineuse d'une dose hypotoxique d'extrait de corps jaune à un lapin le protège presque instantanément contre des doses mortelles de ce même extrait (Champy et Gley). Les auteurs démontrent : 1° que cette action, qu'ils désignent du nom de *skeptophylaxie*, peut être obtenue avec

la plupart des extraits organiques; 2° que la voie intraveineuse n'est pas indispensable pour la déterminer.

Section des cordes vocales chez le chien. — M. Frouin.

L'alimentation hydrocarbonée du bacille tuberculeux. — MM. Massol et Breton. Pour la culture du bacille tuberculeux sur pomme de terre, on peut remplacer la glycérine par le glucose, le lévulose ou le sucre interverti.

Préparation des antigènes tuberculeux. — MM. Calmette et Massol. La préparation d'un extrait bacillaire, par l'eau distillée et par l'eau peptonée à 10 p. 100, permet de séparer des bacilles deux antigènes, l'un capable de fixer les anticorps contenus dans les sérums du premier groupe, l'autre capable de fixer les anticorps contenus dans les sérums du deuxième groupe, lesquels contiennent une inhibitrice masquant la réaction des anticorps.

Autres communications :

Un exemple bien net d'architecture lamellaire du tissu conjonctif lâche. — M. Laguesse.

Les mitoses dans la dégénération wallérienne. — M. Nageotte.

Dosage de l'urée dans le sang. — M. Arohnson.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 28 octobre 1911)

Instabilité thyroïdienne infantile à rechutes. — M. Léopold-Lévi présente un enfant de douze ans, atteint de migraine, de pelade, de rhumatisme avec troubles cutanés, constipation, inappétence, nervosisme, crises épileptiques, etc., et chez lequel l'analyse conduit à l'étiquette d'instabilité thyroïdienne avec paroxysme d'hyperthyroïdie réactionnelle.

Le traitement thyroïdien, utilisé deux mois, transforma le sujet; une rechute, survenue après une rémission de deux ans et demi, cède de nouveau à l'emploi du corps thyroïde.

Identification rapide et contrôle des eaux minérales transportées au moyen du réfractomètre. — M. Chassevant montre qu'au moyen du réfractomètre à immersion de Zeiss, on peut identifier et surveiller les eaux minérales transportées : l'indice de réfraction d'une solution saline dépend de sa concentration; les eaux minérales étant des solutions salines complexes, de composition constante, l'indice de réfraction peut servir à les identifier, à constater leur altération, comme il permet de constater la fraude.

L'air chaud en thérapeutique. — M. Vignat présente des appareils que M. Deperdussin a fait construire par la maison Gaiffe pour des applications thérapeutiques de l'air chaud, et avec lesquels il a pu faire disparaître rapidement des taches naturelles (nævi pigmentaires, vasculaires, angiomes) qui étaient inopérables chirurgicalement de par leur étendue et leur siège. Cette méthode, bien plus rapide que la radiumthérapie, donne des résultats intéressants et des cicatrices invisibles.

M. Mouchet insiste sur la rapidité d'action de la méthode de l'air surchauffé dans le traitement des angiomes et les résultats ainsi obtenus lui semblent réaliser une esthétique tout à fait remarquable.

Nécessité de subordonner l'opération de Freund chez les asthmatiques à l'échec du traitement kinésithérapique. — Pour M. G. Rosenthal, l'immobilité du thorax, si souvent constatée chez les adultes en dehors de tout processus morbide grave, ne suffit pas à créer une indication opératoire.

Souvent les troubles graves observés régressent par le traitement kinésithérapique qui mobilise le thorax par le procédé des trois tabourets ou crée, par l'exercice respiratoire diaphragmatique d'exclusion, une suppléance du jeu des côtes annulé par l'exagération du jeu du diaphragme.

Seul, l'échec du traitement kinésique pose l'indication de l'opération de Freund, dont la mortalité est encore élevée.

Tension artérielle et bains de lumière. — MM. Dausset et Durand, après 200 cas observés par eux, concluent à la nécessité de prendre la tension artérielle des malades avant et après le bain de lumière; ces bains seront avantageux pour les malades dont la pression variable sera petite et la pression minima élevée, la pression maxima n'ayant de valeur que comparativement à la minima.

Nouvelle contribution à la radiothérapie des fibromes. — M. Laquerrière rappelle que la radiothérapie ne doit jamais employer de doses dangereuses pour l'épiderme; aussi repousse-t-il le traitement au-dessous de quarante ans; à quarante-cinq ans, la radiothérapie devient le traitement de choix, et, entre quarante et quarante-cinq ans, il est préférable de lui associer l'électrothérapie.

VARIÉTÉS

LA CONSERVATION DES ŒUFS

Les procédés de conservation des œufs doivent répondre à deux desiderata principaux : 1° empêcher la déshydratation, l'évaporation de l'œuf; 2° s'opposer à la pénétration et au développement des bactéries et moisissures.

C'est dire que l'intégrité de la coquille est extrêmement importante et que même avec les moyens artificiels un œuf fissuré ne doit pas être conservé.

Ces points ont été parfaitement mis en lumière tout récemment par M. le docteur Miramond de Laroquette, au Congrès pour l'avancement des sciences de Dijon où il a fait une intéressante communication sur les moyens de conserver les œufs.

Procédés à sec : le procédé le plus simple et aussi le plus répandu est celui qu'on emploie à la campagne. Les œufs sont enfouis dans des tas de blé, dans du son ou dans du sable sec. Ce procédé à sec met les œufs à l'abri de l'air et de l'humidité et permet de les conserver pendant quelques semaines.

Certaines poudres inertes d'usage moins courant pourraient être utilisées dans des conditions analogues : avec la poudre de talc qui adhère bien à la coquille et en obstrue les pores, l'évaporation ne dépasse pas 1 à 2 centimètres par jour et le vieillissement est retardé jusqu'à quatre ou cinq mois; mais le talc coûte relativement cher et se laisse facilement pénétrer par les moisissures. Avec la craie, l'évaporation moyenne journalière est de 4 à 6 centigrammes et la conservation de deux mois environ. Dans la chaux éteinte, l'œuf est à l'abri de toute infection ou moisissure, mais la déshydratation atteint 8 à 10 centigrammes par jour : le vieillissement est ainsi à peu près aussi rapide qu'à l'air libre.

Un autre moyen simple est d'envelopper chaque œuf dans du papier et de les mettre au frais, à la cave. Pour augmenter la durée et la garantie de conservation, on plonge tout d'abord les œufs dans l'eau bouillante salée à 10 p. 100 pendant cinquante à soixante secondes. Cette pratique a pour effet de détruire les micro-organismes de la coque et des enveloppes et de coaguler l'albumine sur une épaisseur d'un millimètre.

Les procédés industriels à sec ne semblent pas encore parfaits; on peut conserver les œufs en grande quantité et un assez long temps, quatre à cinq mois, dans des chambres frigorifiques à une température de 0 à 2 degrés. Cependant, parmi les œufs ainsi conservés, se rencontre encore un déchet de 4 à 5 p. 100 d'œufs pourris ou moisis.

Lescardé a préconisé la conservation des œufs grâce à un traitement mixte par le froid et l'acide carbonique sous pres-

sion, mais ce procédé demande une installation et une technique compliquée.

Procédés liquides : la conservation par les corps gras et les liquides donne des résultats plus réguliers. Les œufs immergés dans la graisse salée animale ou végétale, après stérilisation de la coque et des enveloppes dans l'eau bouillante, et maintenus en boîtes métalliques fermées, peuvent se conserver très longtemps à l'état frais : la déperdition d'eau est nulle, la putréfaction et la moisissure sont exceptionnelles, le goût de l'œuf n'en est en aucune manière altéré. Ce procédé a toutefois l'inconvénient d'être coûteux et peu commode.

Parmi les procédés liquides, il faut signaler l'*eau saléc*. M. Miramond de Laroquette a observé qu'au-dessous de 5 p. 100 la solution est insuffisante ; au-dessus de 5 p. 100 l'œuf prend un goût de saumure et le jaune un aspect granuleux ; l'eau boriquée ramollit la coquille et donne au blanc un aspect dilué et un goût fade ; la solution mixte de silicate de potasse ou de soude à 90 p. 100 d'eau donne à l'œuf un léger goût alcalin, enfin l'eau de chaux est le procédé le plus employé industriellement et dans les ménages ; c'est aussi le plus simple et le plus sûr.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 39, 24 sept. 1911.) Jacques BONNES : Traitement rapide des ulcères variqueux, des brûlures et des plaies atones par les applications locales de gélatine, glycérine et oxyde de zinc. — (N° 40, 1er oct.) Paul LEMAIRE : Sur la technique, les modifications et le principe de la desmoïd-réaction (6 fig.). — SABRAZÈS : Bactériothérapie lactique locale dans les affections bucco-pharyngées ; — Bactériothérapie endo-nasale dans la lèpre.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 39, 24 sept. 1911.) L. ROCHER : Carie sèche de l'épaule chez un enfant de neuf ans ; résection atypique, plombage au mélange de Mosetig-Moorhof ; guérison rapide. — LÉVY : La fin du traitement de Weir-Mitchell. Le traitement éducateur des névroses en cure libre. — (N° 40, 1er oct.) A. CHARRIER : Accident du travail. Tuberculose ostéo-articulaire du genou. Tuberculose pulmonaire. Mort. — BOURGEOIS et GOT : Grasse, station climatothérapique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 39, 28 sept. 1911.) BUYS : Les applications cliniques de la nystagmographie.

Semaine médicale. — (N° 39, 27 sept. 1911.) DE PEYRELONGUE : Etat de nos connaissances sur l'anaphylaxie au cours des deux dernières années. — (N° 41, 11 oct.) Félix ROSE : Les réflexes conditionnels en physiologie et en pathologie. — (N° 42, 18 oct.) F. MOTY : Doit-on admettre l'existence de l'orchite traumatique ?

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1911.) A. PRINCE : Traumatisme remontant à huit ans suivi de méningite. Troubles mentaux. Deux craniectomies. Guérison. — Lucien LEFAS : Sur un cas de syndrome.

NOTES POUR L'INTERNAT

MORT DU FŒTUS IN UTERO

(ANATOMIE PATHOLOGIQUE EXCEPTÉE)

DÉFINITION. — La mort du produit de conception pendant la grossesse s'entend dans tous les cas où l'œuf cesse de se développer, par conséquent dès les premières semaines.

ÉTIOLOGIE. — Causes multiples et d'origines diverses : deux grandes divisions : 1° mort par MALADIES DES PROCRÉATEURS ; 2° mort par MALADIES DE L'ŒUF lui-même. Ces dernières ont du reste souvent pour cause indirecte les maladies des procréateurs.

1° Maladies des procréateurs. — a. *Influence paternelle* ; b. *Influence maternelle.* — a. *Influence paternelle* : moindre que l'autre, concerne surtout la syphilis, même insuffisamment traitée, la mère pouvant rester indemne d'accidents : secondairement intoxications par le plomb, l'alcool, le tabac, ou tuberculose (il est rare qu'il n'y ait pas, dans ce cas, maladie maternelle concomitante). — b. *Influence maternelle* : la plus importante ; α. les plus habituelles, les plus graves, syphilis, néphrite chronique ou aiguë alors souvent infectieuse (albuminurie variable) ; β. les maladies infectieuses aiguës : variole, typhoïde, pneumonie, grippe, scarlatine, etc., qui tuent le fœtus non tant par l'hyperthermie que par la toxhémie ; γ. moins fréquentes et agissant plus directement sur la mère que sur le produit : cancer utérin ou à distance, diabète, tuberculose, maladies du cœur, cachexies, ictères, anémie pernicieuse, vomissements incoercibles ; δ. intoxications maternelles : plomb, sulfure de carbone, oxyde de carbone, tabac, surtout pendant les premiers mois de la grossesse ; ε. fréquente dans les premiers mois, l'endométrite qui amène le décollement plus ou moins étendu de l'œuf.

2° Maladies de l'œuf lui-même. — *a.* Du *côté du fœtus* : vices de conformation, arrêt de développement, dus ou non à une influence héréditaire ; *b.* surtout lésions des *annexes de l'œuf* : α. du côté funiculaire : circulaires serrées, torsion exagérée, nœuds, structure ou sténose des vaisseaux du cordon ; β. du côté placentaire : insertion basse entraînant une insuffisance de nutrition du fœtus, maladies des villosités choriales (dégénérescence molaire), hémorragies intraplacentaires (en général par albuminurie maternelle) ; γ. du côté utéro-placentaire : hémorragie rétroplacentaire avec décollement plus ou moins étendu de l'œuf, souvent d'origine maternelle (albuminurie, endométrite, fibrome ou cancer utérin).

Mort habituelle du fœtus. — La difficulté possible de trouver la cause de la mort du produit a fait adopter cette expression ; en réalité elle relève toujours d'une des causes énumérées mais passée inaperçue. Ce sont surtout la syphilis héréditaire en particulier paternelle, les sténoses ou strictures du cordon, puis les inflammations utérines chroniques, les déviations utérines, les intoxications.

ÉVOLUTION. — Deux éventualités : *a.* le plus souvent, la cause de la mort du fœtus en amène l'*expulsion* immédiate (avortement ou accouchement prématuré) favorisée par les causes aiguës : maladies infectieuses, asphyxie de la mère, hémorragie rétroplacentaire grave, etc. ; *b.* ou la grossesse *continue* pendant un temps variable (rétention de fœtus mort favorisée par les maladies chroniques, les maladies de l'œuf, dont l'action est plus lente, donc dans les cas de syphilis, néphrite chronique, endométrite). La rétention ne dure en général pas au delà de quinze jours : cependant peut aller jusqu'à plusieurs mois. Il existe des cas discutés et rares de *prolongation* de grossesse après terme par obstacle à la dilatation du col (cancer, fibrome, sténose du col), par adhérences intimes des membranes à l'utérus, par rétrodéviation utérine.

Dans les premiers mois, missed abortion, dans les autres missed labour.

SYMPTOMES. — De façon générale, signes de régression, y compris les varices et l'albuminurie s'il en existe. *α. Pendant les quatre premiers mois*, presque absence de signes de certitude, difficulté de diagnostic. Volume utérin ne correspondant

pas à l'âge de la grossesse. Utérus plus mou, parfois presque fluctuant. Col mou, sauf quelquefois dur et scléreux chez des multipares.

Si le fœtus est mort depuis longtemps, possibilité de régression utérine marquée, diminution de circulation locale, résorption du liquide amniotique. Utérus reste gros, mais trop petit par rapport à la date des dernières époques; piriforme, non sphérique donnant sensation d'utérus fibromateux. Diagnostic difficile si léger écoulement sanguin concomitant. Disparition de tous les signes de grossesee.

β. Dans la *deuxième moitié* de la grossesse. Symptômes beaucoup plus nets. 1° Absence de bruits du cœur fœtal; signe capital mais contrôle absolu par auscultation très attentive. Persistance possible du souffle utérin. 2° Disparition contrôlée des mouvements actifs. 3° Utérus arrêté dans son développement, plus petit qu'il ne devrait, plus mou, dépressible, plus mobile, se contractant difficilement sous la main. 4° Sensations par palper beaucoup moins nettes, diminuant avec temps de rétention. Dans rétention ancienne on devine plus qu'on ne sent. Tête plus résistante que le reste, cependant moins dure, paraît réductible, se déplaçant sans ballottement. Parfois perception par palper ou toucher de crépitation des os du crâne, de chevauchement; sensation possible perçue par la femme de déplacement en masse de l'utérus à l'occasion de mouvements.

Si fœtus mort récemment, l'absence de bruits du cœur est le gros symptôme. Si mort depuis plusieurs semaines, l'utérus peut prendre deux formes : *a.* mollesse extrême le rendant presque impalpable : impression d'abdomen distendu par intestin, disparition du segment inférieur; *b.* dureté ligneuse, irrégulière, aspect de fibrome.

Modification des seins, moins tendus, abondance marquée de colostrum, ébauche de montée laiteuse, surtout chez les femmes ayant déjà allaité.

Acétonurie possible par destruction des matières albuminoïdes du fœtus.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — α. *Nuls* tant que les membranes sont intactes. Les céphalée, œdème, albuminurie, s'ils existent, diminuent ou disparaissent. β. De *toute gravité* si l'œuf est ouvert. Infection locale et générale rapide. La putréfaction fœtale presque immédiate entraîne l'inertie utérine par paralysie musculaire toxique. Utérus sonore, distendu par les gaz (physométrie). Œdème rougeâtre des organes génitaux. Liquide utérin atrocement fétide souvent expulsé en même temps que des gaz. Toucher utérin souvent très douloureux, avec sensation de crépitation de la partie fœtale accessible. Etat général très mauvais, très vite très grave. Intoxication maxima : élévation de température habituelle, frissons, pouls petit, facies grippé, bouche et langue sèches. Mort souvent rapide après extraction de l'œuf.

DIAGNOSTIC. — Nombreuses causes d'erreurs. 1° *Diagnostic différentiel.* — *a.* Croire à la non existence d'une grossesse alors qu'elle existe, pour les grossesses au début et chez les femmes irrégulièrement réglées. *b.* Croire à grossesse par utérus augmenté de volume dans les cas : *ou* de métrite ancienne, mais alors existence de phénomènes inflammatoires, de douleurs provoquées ou spontanées, persistance d'écoulements sanguins réguliers; *ou* de fibrome ou fibromatose utérine, mais interrogatoire surtout au point de vue époques et leurs modifications. Dans les rétentions prolongées, diagnostic très difficile; attendre l'expulsion est mieux. Se rappeler la dissolution du fœtus dans les grossesses jeunes. *c.* Dans les derniers mois, l'extrême mollesse utérine peut tromper (utérus difficile à percevoir), ou l'extrême dureté (interrogatoire, anamnestiques).

2° *Diagnostic de vie ou de mort de l'œuf.* — *a.* Erreur de date de grossesse. Croire la grossesse plus avancée qu'elle n'est : croire le fœtus mort alors que la grossesse est trop récente pour permettre d'entendre les bruits du cœur. *b.* Erreur d'auscultation, confusion avec les battements artériels de la mère, erreur de foyer d'auscultation, contraction utérine empêchant la perception des bruits du cœur, de même que l'hydropisie de l'amnios. *c.* Par contre : croire le fœtus vivant alors qu'il est mort, examen très minutieux, avec auscultations répétées et espacées, signes généraux et totaux de régression. Ne se baser ni sur l'interrogatoire (erreurs involontaires de la mère), ni sur la cessation apparente des mouvements actifs, ni sur la présence d'acétonurie.

3° *Diagnostic dans les grossesses gémellaires.* — Très difficile dans le cas de mort de l'un des fœtus surtout si l'on perçoit les bruits du cœur de l'autre. En cas de mort des deux, le diagnostic de gémellité est très ardu. Si l'un des fœtus est à l'état de fœtus compressus, diagnostic de gémellité impossible (surprise de délivrance).

4° Dans les cas de putréfaction fœtale, diagnostic simple. Certains enfants cependant vivent encore dans liquide putride.

ACCOUCHEMENT. — En général normal. *a.* Si mort récente possibilité de rigidité cadavérique avec membres en flexion, ne gênant guère accouchement, sauf parfois résistance passagère surtout dans version ou dégagement de bras. *b.* Dans les cas d'œufs jeunes, dilatation du canal cervical moins grande, plus lente; expulsion de l'œuf avec ou sans hémorragie, en un ou deux temps : la rétention placentaire assez fréquente. *c.* Près du terme. Si le fœtus est mort depuis quelque temps : résorption de liquide amniotique et ramollissement du fœtus peuvent retarder un peu. Phénomènes fréquents : dilatation de l'orifice un peu plus lente, poche des eaux en bissac, en 8; si les membranes rompues, bosse séro-sanguine qui peut tromper, et d'où peuvent sortir après rupture fragments osseux, matière cérébrale. Liquide amniotique foncé de couleur et d'aspect variant avec rétention. Passage souvent plus facile de fœtus amoindri à travers l'orifice utérin incomplètement dilaté (évolution spontanée possible dans les présentations transversales, quelquefois tête retenue dernière par l'orifice utérin insuffisamment dilaté).

Dans le cas de putréfaction fœtale, accouchement souvent plus lent par inertie utérine, dilatation insuffisante possible et intervention obligée fréquente.

DÉLIVRANCE. — Hémorragie variable, souvent faible, parfois violente par inertie utérine. Nécessité de délivrance artificielle dans 2 p. 100 des cas. Rétention fréquente totale ou plus souvent partielle de membranes (surtout la caduque) d'où complications ultérieures possibles.

SUITES DE COUCHES. — Dépend de l'intégrité de l'œuf et de la rétention variable des membranes. Plus précoce la rupture des membranes, plus rapide l'infection. Gravité absolue dans la putréfaction fœtale.

PRONOSTIC. — Souvent la mort du fœtus, l'œuf intact, amène amélioration de l'état de la mère. Mêmes influences que dans les suites de couches.

CONDUITE A TENIR. — *a.* Si une ou plusieurs grossesses antérieures terminées par la mort du fœtus in utero, recherche attentive de la cause et traitement en conséquence (sans cause connue, toujours traitement spécifique). *b.* Accouchement provoqué avant la naissance prématurée ordinaire : discutable. *c.* Dans les premiers mois, si hémorragie abondante (décollement d'œuf) : terminaison la plus rapide, intervention manuelle ou instrumentale, nettoyage de la cavité utérine. Dans les rétentions placentaires, extraction la plus rapide du reliquat utérin. Sans symptômes, attendre l'avortement spontané. *d.* Au delà de quatre mois. Si l'œuf intact, attendre (asepsie vaginale). N'agir que si la rétention est très longue et certaine. Si l'œuf est ouvert, observation stricte et, en cas de symptôme d'infection, terminer le plus vite possible (dilatation, extraction) : a fortiori dans la putréfaction fœtale. *e.* Pendant l'accouchement : respecter l'intégrité des membranes. Rompues, laisser faire. Ne pas tirer sur la partie fœtale : possibilité de rupture, surtout dans siège (décollement de tête dernière). Dans la putréfaction, si dilatation incomplète, compléter d'urgence doucement (crainte de rupture utérine) et vider l'utérus d'urgence avec ou sans ponction ou mutilation du fœtus, et délivrance artificielle.

En tous cas, toujours lavage utérin surabondant. Traiter l'*état général* de la femme; soins plus attentifs encore dans les suites de couches (lavages utérins répétés ou continus, traitement de l'infection locale et générale, écouvillonnage, curettage, injections d'argent colloïdal, etc.).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


Sirop Roche
Comprimés Roche
Thiocol

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 8 novembre (matin). — MM. Boncompain, 5; Mordret, 4; Ollier, 3; Breger, 5; Clap, 11; Guillemet (Paul), 4; Bonnet, 9; Magniel, 2; Aujay de la Dure et Boucheron, 3.

Séance du 8 novembre (soir). — MM. Paraf, 5; Achard, 6; Percepied, 8; Marcorelles, 7; Duponchel, 4; Parent, 6; Orphanidès, 2; Auvigne, 6.

Pathologie. — Séance du 8 novembre. — MM. Schoofs, 13; Bricaire, 7; Toutey, 8; Chanut, 2; Salles, 6; Gheorghiu, 10 1/2; Cléret, 7; Cavaillon, 5; Jousseaume, 4; Brun, 7.

— Concours de l'externat. — *Anatomie..* — Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Os iliaque. »

MM. Defiol, 7; Lewinsohn, 12 1/2; Calvet, 13 1/2; Capoulade, 13; Buffet, 14; Favreau, 7; Pollet, 12 1/2; Châtellier, 14; Blankstein, 8; Breton, 10; Modiano, 16; Goubert, 13; Giraud, 15; Hervouët, 9; Dalsace, 12 1/2; Suarez de Mendoza, 8.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat médical. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 4 décembre 1911, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 25 novembre, inclusivement. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — MM. les médecins en chef de deuxième classe Girard et Pungier.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Bourit et Durand.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Avérous, Preboist et Souls.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Bouthillier, Delahet et Laurès.

— Un concours, pour l'emploi de professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Brest, aura lieu au port de Toulon le 11 février 1912.

— M. le médecin de deuxième classe Guimezanes est désigné pour embarquer sur l'*Edgar-Quinet.*

M. le médecin général de deuxième classe Jan a été nommé aux fonctions de directeur du service de santé du 4e arrondissement maritime, en remplacement de M. le médecin général de deuxième classe Burot, placé dans la 2e section (réserve).

M. le médecin de première classe Bourges embarquera sur le *Bouvet.*

M. le médecin de deuxième classe Pelissier est désigné pour embarquer sur la *Marseillaise.*

M. le médecin de première classe Lallemant est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de Brest.

M. le médecin principal Avérous est désigné au choix pour remplir les fonctions de médecin de la division navale du Maroc.

ASILE DE VILLE-EVRARD. — M. Paul Brousse, ancien député de Paris, ancien président du Conseil municipal, vient d'être nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement du docteur Piettre, décédé.

LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation en date du 17 octobre 1911 a admis, au rapport de M. le conseiller Denis, et sur les conclusions de M. l'avocat général Blondel, et plaidoiries de Me Auger, que l'autorité judiciaire était incompétente *ratione materiæ* pour connaître d'une action en responsabilité dirigée contre l'Assistance publique et un hospice, à raison de fautes commises par leurs préposés dans l'accomplissement d'un service public. P.

LA COMMISSION CONSULTATIVE D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Par un arrêté du 28 juillet 1911, M. le préfet de la Seine a

RENSEIGNEMENTS

créé auprès de la direction de l'enseignement primaire une Commission consultative d'hygiène scolaire. Cet arrêté a été pris à la suite d'une délibération du Conseil municipal de la ville de Paris du 12 juillet 1909, qui avait décidé sa création.

Cette commission : 1° est chargée de donner son avis : *a.* sur le projet de règlement de l'inspection médicale des écoles, les difficultés qui pourraient naître de l'application de ce règlement et les modifications qu'il conviendra d'apporter ultérieurement audit règlement; *b.* sur les questions relatives à l'inspection médicale et à l'hygiène scolaire dont l'Administration lui confiera l'examen et qui ne seront pas de la compétence du Conseil départemental de l'enseignement primaire, de la Commission des logements insalubres et de la Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène.

2° Elle pourra, en outre, être appelée par l'Administration à fournir, sur les questions ressortissant à ces trois dernières commissions, des études qui seront soumises à celles-ci.

3° Elle désignera deux délégués qui s'adjoindront aux membres de la Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène ayant voix consultative, énumérés dans l'arrêté du 1er décembre 1907 (art. 2), présidée par M. Bedorez, directeur.

Cette commission de l'enseignement primaire, comprend dix-sept membres qui sont : MM. Rébeillard et docteur Guibert, conseillers municipaux; MM. les docteurs Mosny et Méry, médecins des hôpitaux; Cayla, Butte, Dufestel, Gillet, Louis Gourichon, de Pradel, Darré et Genévrier, médecins inspecteurs des écoles, et cinq fonctionnaires de l'administration. P.

L'HYGIÈNE A L'ÉCOLE. — Une heureuse innovation, en ce qui concerne la santé des écoliers des écoles de Paris du XVIe arrondissement, vient d'être réalisée par MM. les docteurs Laurand, Rafinesque et Raymond, et par M. Pizon, maire adjoint. Ces amis de l'enfance scolaire, pour lutter contre la saleté de la chevelure des élèves, font distribuer aux écoliers, et notamment à ceux qui ont des poux ou des lentes cette note :

« La présence des poux et de leurs œufs dans la chevelure des enfants constitue une affection contagieuse, malpropre, toujours malsaine et parfois dangereuse.

Elle est répugnante et cause aux enfants bien tenus, qu'elle risque de contagionner, une répulsion légitime et justifiée. Elle entraîne fréquemment des lésions du cuir chevelu (eczéma, gourme, ulcérations, engorgement des glandes, abcès...). Elle peut causer par ses complications des infections profondes et même amener des maladies graves. Elle engendre en tous cas, à la longue, des troubles de la santé générale, contrairement au préjugé absurde qui en fait une cause de santé.

La destruction des parasites et de leurs œufs est donc indispensable; elle est facile. Elle est une obligation pour les parents conscients de leurs devoirs vis-à-vis de leurs enfants.

Les élèves, chez lesquels cette mesure de propreté ne serait pas observée, ne pourraient être conservés à l'école.

Pour détruire les poux, il suffit d'imbiber abondamment les cheveux avec un mélange par parties égales d'huile d'olive et de pétrole ordinaire (non pas d'essence); puis le lendemain faire un savonnage de la tête avec le savon noir. Les œufs ou lentes qui restent adhérents à la chevelure seront alors enlevés en peignant soigneusement les cheveux à plusieurs reprises avec un peigne fin largement et fréquemment trempé dans du vinaigre ordinaire chaud. Il sera utile ensuite, tous les huit jours, de savonner la tête des enfants, puis de lotionner les cheveux avec de l'alcool camphré.

Naturellement tous les enfants d'une même famille devront être débarrassés en même temps de leurs parasites. » P.

L'EXERCICE ILLÉGAL DANS LES JOURNAUX DE MODES. — Découpée cette perle dans un des journaux de modes les plus répandus :

« A la lectrice qui demandait un remède pour sa fillette tuberculeuse. J'ai vu des gens arrivés au dernier degré de tuberculose radicalement guéris par le simple moyen de leur faire manger trois ou quatre fois un petit chien nouveau-né et boire du lait d'ânesse. On peut cacher que c'est un chien pour ne pas dégoûter la personne. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 822 décès au lieu de 818 pendant la semaine précédente, et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, comme pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 6. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 69 (au lieu de 86 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 39). Le nombre des cas déclarés est donc en baisse, comme l'est aussi le nombre des décès; celui-ci dépasse à peine la moyenne. La fièvre typhoïde est actuellement à peu près aussi rare que dans les autres grandes capitales de l'Europe.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — M. le professeur Paul Bar reprendra le cours de clinique d'accouchements le samedi 11 novembre 1911, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pratique obstétricale, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne, ancien chef de clinique; Chirié et Lemeland, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Marioton, Roullier, Pénard, Pellissier, Brisson, Gaujoux et Siguret, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 13 novembre 1911. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 13 novembre 1911. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 14 novembre, à trois heures. Exercices de palper au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 15 novembre, de neuf heures du matin à onze heures et demie, examen des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; — à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 16 novembre, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 17 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Samedi 18 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Lundi 20 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 21 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lequeux, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Mercredi 22 novembre, de neuf heures du matin à onze heures et demie, examen des femmes enceintes par M. le professeur Bar; — à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 23 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (extraction).

Vendredi 24 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Guéniot, à cinq heures. La version par manœuvres internes (difficultés de l'extraction).

Samedi 25 novembre, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Lundi 27 novembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Mardi 28 novembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés

au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

COURS DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (FONDATION DE LA VILLE DE PARIS [hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. S. Pozzi]. — M. le professeur S. Pozzi commencera ses leçons de clinique le lundi 13 novembre 1911, à dix heures du matin, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme de l'enseignement. — Lundi : dix heures, leçon clinique (amphithéâtre des cours) par le professeur; onze heures, visite des malades (salles Broca, Alphonse Guérin, Récamier, Huguier).

Mardi : neuf heures, séméiologie de l'appareil digestif, par le docteur R. Gaultier; dix heures, opérations, par le professeur.

Mercredi : neuf heures, électrothérapie gynécologique (laboratoire d'électrothérapie), par le docteur Dimier; dix heures, examen clinique des malades du service par les élèves, sous la direction du docteur G. Deverre, chef de clinique (amphithéâtre des cours).

Jeudi : neuf heures, démonstrations de technique gynécologique, par le docteur G. Rouhier, chef de clinique adjoint; dix heures, opérations, par le professeur.

Vendredi : neuf heures, maladies des voies urinaires de la femme : cystoscopie, uroscopie, par M. le docteur Luys (salle des pansements); dix heures, leçon clinique, par le professeur, au lit des malades et à la consultation.

Samedi : neuf heures, anatomie pathologique et démonstrations histologiques avec projections (laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie), par M. le docteur Latteux, chef du laboratoire; dix heures, opérations, par le professeur.

Consultation tous les matins, de neuf heures à dix heures, sous la direction de M. le docteur F. Jayle.

CLINIQUE CHIRURGICALE (hôpital de la Salpêtrière. Professeur : M. Paul SEGOND). — M. le professeur Paul Segond commencera ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 11 novembre 1911, à la Salpêtrière, à dix heures et demie, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire. — Lundi et vendredi : examen des malades et leçons cliniques, par M. le docteur Sauvé, chef de clinique, ancien prosecteur à la Faculté, et M. Deniker, prosecteur.

Mardi : conférence d'anatomie pathologique avec présentation de pièces, par M. le docteur M. Renaud, chef de laboratoire.

Mercredi : opérations par le professeur avant la leçon clinique.

Jeudi : leçons sur les accidents du travail, par M. le docteur Olivier Lenoir, ancien préparateur à la Faculté.

Samedi : opérations par le professeur avant la leçon clinique.

Tous les jours, à neuf heures et demie, les élèves seront exercés à l'examen des malades par le chef de clinique et les internes du service, sous la direction du professeur.

Une série de conférences de chimie pathologique appliquée au diagnostic chirurgical seront faites par M. Desgrez, agrégé de la Faculté, et auront lieu à la clinique à une date qui sera fixée ultérieurement.

COURS D'ANATOMIE (Faculté de médecine. Professeur : M. A. NICOLAS). — M. le professeur A. Nicolas commencera le cours d'anatomie le samedi 11 novembre 1911, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Appareil circulatoire. Tube digestif.

COURS DE PHYSIOLOGIE (Faculté de médecine. Professeur : M. Ch. RICHET). — M. le professeur Ch. Richet commencera le cours de physiologie le samedi 11 novembre 1911, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Respiration. Circulation. Digestion.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE (Faculté de médecine. Professeur : M. Fernand WIDAL). — M. le professeur F. Widal commencera le cours de pathologie interne le lundi 13 novembre 1911, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas.

CONFÉRENCES ICONOGRAPHIQUES SUR LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE (Faculté de médecine). — M. le docteur Auguste Broca, agrégé, commencera une série de conférences avec projections sur la tuberculose ostéo-articulaire le lundi 13 novembre 1911, à six heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et la continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôtel-Dieu. Professeur : M. Paul RECLUS). — M. le professeur Reclus fera sa première leçon théorique (amphithéâtre Chomel) le vendredi 17 novembre, à dix heures un quart. Il continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Lundi : technique des opérations qui doivent être pratiquées sous l'anesthésie locale et exécution de ces opérations sous les yeux des élèves.

Mercredi : examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre.

Vendredi : leçons théoriques (une série le leçons seront consacrées aux accidents du travail).

Les autres jours : à neuf heures, examen clinique au lit des malades; à dix heures, opérations à l'amphithéâtre Chomel.

Les conférences complémentaires seront faites par les docteurs Piquand, Kendirdgy, Poupardin, chefs de clinique; Lesné, médecin des hôpitaux, et Dreyfus, chef de laboratoire.

COURS D'HYGIÈNE (Faculté de médecine. Professeur : M. CHANTEMESSE). — M. le professeur Chantemesse commencera le cours d'hygiène le jeudi 16 novembre 1911, à trois heures (laboratoire d'hygiène), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Prophylaxie des maladies transmissibles. Hygiène industrielle.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. le docteur Savariaud fera tous les samedis à onze heures, à partir du 11 novembre, une série de leçons sur les sujets suivants :

Luxation congénitale de la hanche; — Coxalgie; — Pied bot congénital; — Paralysie infantile; — Principales fractures chez les enfants; — Rachitisme; — Ostéomyélite; — Spina bifida; — Bec de lièvre et fentes palatines; — Hernies.

Moyens de communication : Tramway : Louvre-Vincennes; Métropolitain : Station de Vincennes.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE (hôpital des enfants-malades). — M. le docteur F. Terrien, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ophtalmologiste de l'hôpital des enfants-malades, fera tous les lundis, à dix heures du matin, dans son service, des présentations de malades.

Les jeudis à dix heures : Consultation et opérations.

EXERCICES PRATIQUES DE PSYCHIATRIE ÉLÉMENTAIRE (hospice de Bicêtre. Docteur J. ROUBINOVITCH). — M. le docteur J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, dirige dans son service, tous les jeudis, de neuf heures à onze heures et demie du matin, des exercices pratiques individuels de psychiatrie, à l'usage des étudiants et des docteurs désireux d'acquérir les notions élémentaires de pathologie mentale.

Programme des exercices.— 1° Interrogatoire et examen des malades (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses;

2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, médico-pédagogiques et médico-légales;

3° Rédaction de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Nota. — Pour suivre ces exercices, prière de s'inscrire à Bicêtre, dans le cabinet de consultation du chef de service.

COURS DE PSYCHOTHÉRAPIE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront le jeudi 16 novembre, de dix heures et demie à midi, et continueront, chaque jeudi, aux mêmes heures, à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, une série de leçons sur la psychothérapie et sur la psychopathologie des enfants anormaux, avec présentation de malades.

REVUE GÉNÉRALE

LE POUMON SYPHILITIQUE
CHEZ L'ADULTE

Par le docteur G. MASSIA,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon et de la Clinique dermatologique,
Préparateur à la Faculté.

Les pneumopathies syphilitiques, si elles ne sont pas très fréquentes, présentent cependant une assez grosse importance; trop souvent, elles ont été confondues avec les lésions tuberculeuses, et si depuis longtemps on en connaît l'existence, on les oublie trop en clinique.

En réalité, ce sont des affections diagnosticables, souvent susceptibles de guérison. On conçoit tout l'intérêt qu'il peut y avoir à dépister l'affection chez des malades regardés comme des tuberculeux : le pronostic est tout différent.

La possibilité de guérison dans des cas de ce genre suffirait à légitimer l'opportunité d'une telle étude. D'autre part, de nombreux travaux ont surgi dans ces dernières années, et, sans être parfaitement connues, les pneumosyphiloses prennent en pathologie une importance de plus en plus grande.

Le point important de la question sera donc une étude de diagnostic ; nous nous étendrons aussi sur l'anatomie pathologique qui présente également un intérêt considérable.

Nous ne ferons que signaler les dilatations bronchiques dont l'étude complète, pour importante qu'elle soit, sort un peu de notre cadre et ne peut trouver place ici.

I

Historique. — Nous donnerons ici un court historique; le nombre considérable des travaux parus nous oblige à le résumer; on trouvera dans les monographies de Pancritius, Landrieux, Jacquin, Bériel, des exposés plus complets. On peut diviser en trois périodes l'évolution de la question des pneumosyphiloses.

1° Avant Laënnec, on ne possédait que des notions assez vagues; la phtisie syphilitique, seule étudiée, était responsable de nombreux méfaits; il suffisait d'avoir eu une maladie vénérienne pour que toute consomption passât pour une manifestation de « phtisis a lue venerea ». Paré, Astruc, Morgagni la signalent.

2° Au commencement du XIXe siècle, vers 1810, Beyle reporte la question sur le terrain anatomique; puis Laënnec établissait l'unité anatomique de la tuberculose; dès lors, la syphilis pulmonaire était à peu près complètement dépossédée. Vainement, après Laënnec, surviennent les travaux de Lagneau, Yvaren, et surtout de Mac Carthy (1844) et de Ricord qui essaient de donner une individualité aux lésions pulmonaires syphilitiques; pendant de longues années encore, elles sont parfois soupçonnées, la plupart du temps complètement niées.

3° *Période moderne.* — C'est vers le milieu du XIXe siècle que commence véritablement l'histoire des pneumosyphiloses. Depaul, Vidal, Dittrich, Virchow surtout, s'attachent à décrire les pneumonies syphilitiques (pneumonia alba de Virchow) en se basant sur l'anatomie pathologique. En France, Cornil et Ranvier essayent d'individualiser les gommes pulmonaires; Lancereaux (1864-1866) apporte des observations précises marquant une étape importante.

L'existence des pneumopathies syphilitiques est alors à peu près démontrée; de nombreux travaux cliniques ou anatomiques surgissent, qui vont en éclaircir l'histoire : Fournier, Landrieux (1872), Schnitzler, Gamberini, Pancritius apportent des monographies; citons encore les thèses de Carlier (1882), de Jacquin (1884), et les travaux de Mauriac, Potain, Dieulafoy; mais pour la plupart, ces travaux, comme ceux de Cube, Langerhans, Berg, Halpern, Lerch, Lévy, Wadsack, Sacharjin, n'ont guère pour base que l'observation clinique. Les cas anatomiquement constatés (Virchow, Wadsack, Remsen, Herz, Diehl, Georg, Pavlinoff) restent relativement rares; ils ne sont pas toujours exempts d'objections, car le diagnostic anatomique n'est pas toujours évident (Berg, Ziegler). Tout récemment enfin, citons les articles des traités (Balzer, Marfan, Enriquez, Milian); les revues de Clayton et de Kokawa, de Vires, les cas de Mosny et Malloizel et de Buchanan en 1907; les revues importantes de Brandenburg, Hedren, Henske; l'article « Syphilis du poumon » dans le traité récent de Gaucher (Sergent) ; une revue de Derscheid; des cas de Sugaï, Shingu, Grindon, Sforza; les livres récents de Bériel et d'Audrain ; nous avons nous-même rapporté quelques cas inédits dans notre thèse.

II

Etiologie. — Les données étiologiques que nous possédons ne sont pas très précises, tant au point de vue de la fréquence qu'au point de vue des causes de la localisation au poumon.

Fréquence. — Le poumon est touché plus rarement que les autres organes par la syphilis; et l'affection est relativement peu fréquente si on ne relève que les formes pures et indubitables.

On ne peut se faire une idée réelle de sa fréquence en se basant sur les statistiques. Sur 6000 cas de syphilis, on relève 2 cas seulement (hôpital de Copenhague); Petersen relève 11 cas sur 88 autopsies : on voit combien divergent les auteurs. Nous ne citerons pas de longues séries de statistiques; elles ont toutes, disons-le, des différences énormes.

A notre avis, ceci tient à ce que les auteurs interprètent les lésions de façons différentes (dilatations bronchiques par exemple); de plus, les causes d'erreur sont assez grandes, surtout vis-à vis de la tuberculose. Il y a des cas mixtes que les uns excluent de la syphilis pulmonaire, tandis que les autres les rangent dans cette affection. Enfin, toutes les observations ne sont pas à l'abri de la critique : sur 128 cas de Vierling, Conner et Lœwis,

publiés comme syphilis pulmonaire, 52 seulement ont une vérification anatomique et 10 seulement présentent les lésions caractéristiques : cette proportion donnée par Sugaï est assez démonstrative.

Il semble cependant actuellement que l'on doive considérer la syphilis pulmonaire non plus comme une rareté, mais comme une affection bien limitée, diagnosticable au moins quelquefois.

Nous verrons cliniquement que l'affection peut passer souvent pour de la tuberculose; et certains auteurs (Roque, Paviot), qui usent largement, dans ces cas plus ou moins douteux, du traitement antisyphilitique, voient assez souvent guérir des malades considérés comme des tuberculeux.

Au point de vue des formes, la gomme est sûrement la plus rare; Bériel, en 1906, n'en citait qu'une quinzaine de cas authentiques; nous en rapportons dans notre thèse encore trois cas indubitables (Shingu, Sugaï, Brandenburg). Nous ne parlons ici que des gommes volumineuses que certains considèrent seuls comme véritables; les gommes miliaires sont bien plus fréquentes.

Les pneumonies massives seraient encore plus rares; on voit plus souvent les formes bronchopneumoniques et surtout les scléroses et les dilatations bronchiques.

Les questions d'âge et de sexe sont peu importantes, les statistiques sont insuffisantes : on la donne comme plus fréquente vers quarante ans, et chez l'homme. Mais ceci est bien loin d'être absolu : on voit des sujets de vingt-cinq ans porteurs de l'affection.

Période de la syphilis. — Quand apparaissent les accidents pulmonaires au cours de la syphilis? Ils sont rares dans la période secondaire, de l'avis de tous. Ce sont le plus souvent des lésions tertiaires, et pour la plupart des auteurs elles sont très tardives : quinze, vingt, vingt-cinq ans après l'accident primitif. En réalité, il semble que la règle n'est pas non plus absolue : Dann relève l'invasion précoce dans un certain nombre de cas; il en rapporte quinze observations; Henop, Mauriac citent des cas où l'accident primitif remonte à quelques mois.

Syphilis héréditaire. — La syphilis acquise, chez l'adulte, est le plus souvent en cause. Fournier accorde une place importante à la syphilis héréditaire; elle serait capable de produire toutes les lésions des pneumosyphiloses, et il en signale un certain nombre d'observations; nous en avons rapporté une également.

Mais toutes ces observations ne sont pas à l'abri de la critique; en tous cas, avec Fournier, on doit recommander d'y penser le cas échéant; l'enquête faite à ce sujet « pourra parfois sauver la vie d'un malade ».

Causes. — Les raisons de la localisation de la syphilis sur le poumon nous échappent complètement. Les affections antérieures sont-elles un appel? Il ne semble pas en être ainsi.

La virulence semble, d'après Fournier, une condition favorable; on a, en général, des syphilis assez graves frappant des organes multiples; Pancritius, sur 105 cas, n'en donne qu'un avec syphilis pulmonaire isolée.

On doit considérer la virulence comme un élément d'une certaine valeur.

Quant à l'influence du traitement antérieur, il serait important pour Fournier; de fait, presque tous les malades n'ont pas eu de traitement; ceci rentre dans les faits de syphilis méconnues, coupables déjà de nombreux méfaits.

Telles sont les données étiologiques : elles sont bien peu précises; on voit surtout la syphilis du poumon dans les syphilis graves et non traitées; d'autre part, on doit la considérer actuellement comme assez fréquente pour qu'on ait le devoir de chercher à la dépister et à la guérir.

III

Manifestations pulmonaires dans la syphilis secondaire. — On doit considérer les manifestations pulmonaires de la syphilis secondaire comme très rares. On a décrit plusieurs modalités que nous rapporterons sommairement.

1° Dyspnée secondaire. — Elle consiste en sensations passagères de gêne respiratoire, s'observant surtout chez les personnes nerveuses, sous forme d'accès dyspnéiques assez peu marqués, disparaissant spontanément. L'origine de ces troubles sans gravité réside dans des points de névralgie intercostale ou des points douloureux quelconques; le plus souvent c'est une dyspnée sine materia, sans signe physique, et que Fournier considère comme uniquement du domaine nerveux.

2° Bronchite secondaire. — Fournier la considère comme hypothétique. Schnitzler l'a décrite le premier en 1880 (catarrhe secondaire de Schnitzler). Taberlet en a donné les aspects cliniques; cette bronchite a été discutée; simple accident concomitant des éruptions cutanéo-muqueuses, il n'est pas prouvé pour Lépine (1907) qu'elle soit spécifique, bien que le traitement l'améliore.

Lancereaux a pu observer, dans les formes qualifiées de bronchite secondaire, des éléments maculeux et papuleux, localisés aux voies respiratoires supérieures, et qu'il assimile aux exanthèmes cutanés; mais il faudrait y trouver le tréponème pour en faire une altération anatomique caractéristique de cette affection.

Cliniquement, la bronchite secondaire est rare, d'après Carra; Schnitzler, Taberlet ont pu l'observer à l'état pur. C'est une bronchite diffuse, parfois fébrile, avec quelques râles au sommet; cette simple localisation peut déjà la faire tenir pour suspecte; on voit en somme qu'elle est discutable; cependant il semble bien que la bronchite, survenant en même temps que la pleurésie secondaire, décrite par M. Chantemesse, doive être de nature syphilitique.

3° Accidents sans caractères. — Il existe des exemples de manifestations pulmonaires guéries par le traitement syphilitique pendant la période

secondaire; d'autre part, il arrive que des syphilitiques secondaires meurent avec des signes pulmonaires de diverse nature; mais il semble bien qu'on ait affaire à des lésions banales.

De ceci, il ressort que les manifestations pulmonaires syphilitiques de la période secondaire sont rares; si dans quelques cas on doit leur accorder une certaine valeur, on devra se garder de qualifier ainsi toute manifestation pulmonaire de cette période.

IV

Syphilis tertiaire du poumon. — C'est la véritable forme de syphilis pulmonaire, avec ses diverses modalités que nous allons passer en revue.

Anatomie pathologique. — Ce sont certainement les lésions anatomiques qui ont suscité le plus grand nombre de recherches, sans que l'accord soit fait sur tous les points; on a décrit de multiples lésions, et on doit examiner si elles ont toutes une authenticité véritable.

On peut diviser les lésions en plusieurs groupes : formes pneumoniques, formes gommeuses, d'une part; scléroses et cicatrices d'autre part; fréquemment enfin, on voit coexister la dilatation des bronches. Nous étudierons successivement ces formes, en passant rapidement sur les bronchectasies.

1° Processus pneumoniques. — Fréquentes chez le nouveau-né hérédo-syphilitique, où elles sont bien décrites, toujours assez semblables à elles-mêmes, elles sont plus rares chez l'adulte, et on a décrit un certain nombre de types différents, parfois discutables, que nous allons exposer.

a. *Infiltration gélatineuse de Hiller.* — Cette forme, décrite par Hiller, puis signalée par Schnitzler, Orth, Tiffany, Herz, Ramdohr, consiste en un processus catharral, auquel certains auteurs (Bériel) ne reconnaissent pas une spécificité bien nette. Elle se présente de la façon suivante : tout un lobe du poumon paraît dur et lourd, vide d'air, décoloré ou d'un gris rougeâtre; la tranche est brillante, homogène, d'aspect gélatineux ; par la pression, on fait sourdre un liquide abondant, visqueux, riche en cellules. Le microscope montre une abondante infiltration à petites cellules des parois alvéolaires, pendant que les alvéoles paraissent remplis par l'épithélium desquamé, avec quelques cellules inflammatoires. Dans un stade plus avancé, il pourrait se produire une nécrose du contenu alvéolaire; on constaterait presque toujours des zones scléreuses. Hiller considère l'exsudat liquide comme une exsudation du plasma sanguin hors des vaisseaux, comprimés par l'infiltration interstitielle : l'œdème serait mécanique.

Cette lésion, en tous cas rare, est-elle réellement spécifique? Hiller lui-même ne l'admet qu'en partie : pour lui, la prolifération interstitielle et l'infiltration interalvéolaire seraient de nature syphilitique; les lésions alvéolaires, parenchymateuses, seraient dues à un processus catharral; c'est une combinaison des deux processus. Schnitzler croit qu'il s'agit d'une simple modalité de la pneumonie indurative des auteurs. Cette lésion serait grave, et se manifesterait souvent chez des malades affaiblis, qu'elle conduit rapidement à la mort. Nous sommes amenés à supposer qu'il faut peut-être voir là un processus banal de pneumonie catharrale, pouvant survenir chez un syphilitique; car la coexistence de la syphilis ne peut nous faire affirmer la nature spécifique de la lésion.

b. *Pneumonie syphilitique interstitielle.* — Ce sont d'après Bériel, les seules formes véritables de l'inflammation syphilitique pulmonaire. On peut en décrire plusieurs formes.

α. *Etude macroscopique.* — Macroscopiquement, on a pu voir des cas de pneumonie massive réunissant en un seul bloc un poumon entier; de même on peut trouver aussi des pneumonies lobaires, indurations chroniques occupant tout un lobe, comme les cas rapportés par Henske Sforza tout récemment. Mais la pneumonie chronique lobaire est très rare ; elle se présente sous forme d'une masse indurée, grisâtre ou rougeâtre ; la coupe est charnue; la pression fait sortir un peu de liquide, et les fragments gagnent le fond. Quant à la pneumonie massive, elle est exceptionnelle, et d'interprétation assez difficile, pour qu'on puisse contester son existence. Les formes qu'on rencontre le plus souvent, sont des pneumonies lobulaires. Elles se présentent sous deux formes :

Pneumonie blanche de l'adulte. — Forme rare, on n'en connaît guère que 5 cas publiés (Vierling, Malassez, Cade et Jambon, Bériel et Cade, Mosny et Malloizel). Le seul point qui la différencie de l'induration grise ordinaire, c'est la couleur blanchâtre des îlots lobulaires, semblable aux îlots de pneumonie blanche des nouveau-nés.

Induration grise. — On constate dans le parenchyme pulmonaire des îlots indurés, grisâtres ou gris rosé, allant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. La situation pour Nothnagel, Kaposi, Schnitzler, a une importance : les foyers siégeraient le plus souvent dans le lobe moyen. Ils apparaissent parfois sous la plèvre, toujours bien sentis à la palpation ; la coupe montre des noyaux limités, de dureté élastique; le tissu ne crépite pas à la pression, qui fait sourdre un peu de liquide; les fragments gagnent le fond de l'eau; de plus constamment on voit des travées de tissu conjonctif, irrégulières, montrant déjà la sclérose macroscopiquement.

β. *Etude microscopique.* — Ces pneumonies, grises ou blanches, lobaires ou lobulaires, vont nous présenter les mêmes caractères microscopiques. On a d'abord une infiltration cellulaire considérable de tout le tissu interstitiel très épaissi; les alvéoles, entourés par cette prolifération sont aplatis, comme étouffés. A l'intérieur, quelques éléments cellulaires desquamés, parfois aussi de grosses cellules claires, que Mosny et Malloizel considèrent comme des macrophages. L'épithélium est transformé ; d'aplati, il est devenu cubique, fait important d'après Tripier, Bériel. En certains points de l'infiltration péri-alvéolaire, on voit des formations spéciales : ce sont de petites cavités, parfois arrondies, ailleurs allongées, linéaires même, tapissées d'une couche

de cellules cubiques, véritables néoformations alvéolaires, d'une très grosse importance d'après R. Tripier, pour le diagnostic de syphilis pulmonaire.

Dans certains points on voit les foyers inflammatoires devenir plus denses, les cellules étant plus grosses et plus claires, formant des amas de véritables cellules épithélioïdes; enfin, parfois, au centre de ces formations tuberculoïdes, on voit des cellules géantes parfaitement constituées, comme MM. Nicolas et Favre les ont décrites dans la syphilis. Pour certains auteurs (Mosny et Malloizel) on a affaire à des macrophages polynucléés ; pour d'autres (Ströbe Hochsinger, Kokawa) ce sont de fausses cellules géantes, dont les noyaux sont épars dans l'élément. Ceci ne suffit pas à éliminer l'existence de cellules géantes : nous croyons qu'il s'agit bien de ces formations véritables.

A côté des lésions du parenchyme pulmonaire il faut citer l'infiltration des petites bronches; les lésions artérielles (endartérite, périartérite), qui sont importantes; enfin les lésions pleurales (infiltration, sclérose). Signalons aussi un fait que nous n'avons pas trouvé décrit, bien qu'on en connaisse l'existence ; c'est l'existence de petits paquets de fibres musculaires, épars dans les préparations don la provenance n'est pas clairement démontrée; ce fait assez rare a son importance, et nécessite des travaux nouveaux, nous y reviendrons plus loin.

Nous devons aussi signaler des formes très rares chez l'adulte ; ce sont les formes adénomateuses. On voit des cavités bien régulières, tapissées de cellules cubiques, sans autre altération qu'un tissu fibreux dense en dehors d'elles. On les constate dans les lésions évoluant longuement; ces cas sont parfois discutables; chez le nouveau-né ils sont beaucoup moins rares.

c. *Pneumonie caséeuse.* — Certains auteurs (Fournier) pensent qu'il existe une véritable pneumonie caséeuse, transformation nécrotique des pneumonies syphilitiques (pneumonie gélatineuse de Hiller) Actuellement, hors le cas de Salomon, on en trouve très peu de signalées, et d'après Bériel il n'en existerait pas de cas à l'abri de la critique. Hochsinger Orth, Tiffany et Hertz, Neumann, qui ont envisagé la question, restent dans le doute ; pour tous le fait est possible, probable même (Dann); mais on n'en possède pas d'observation nette.

2° Processus gommeux. — Les gommes du poumon, lésions, en somme, rares, étudiées par Dittrich, Lebert, Virchow, sont des formations nodulaires, limitées par un anneau de tissu scléreux, et dont la masse est en voie de nécrose.

a. *Etude macroscopique.* — Les caractères macroscopiques sont assez nombreux, et chaque auteur insiste sur tel ou tel d'entre eux, bien qu'aucun ne soit absolument caractéristique.

Siège. — La localisation la plus fréquente est la partie moyenne des poumons (lobe médian droit). De nombreux auteurs (Ziegler, Kaufmann, Herz, Langerhans, Eichorst, Cube, Fournier) attachent une grosse importance à ce fait; en réalité, si les gommes sont plus fréquentes à la partie moyenne, elles peuvent se rencontrer n'importe où, comme les autres lésions syphilitiques. On les a signalées même au sommet. On a donné aussi comme siège : le hile ou la base ; le siège sous-pleural, la situation sur une ramification bronchique ont été notés. Aucun de ces caractères n'a une importance primordiale.

Coloration, consistance. — Nodules arrondis, consistance dure (marron cru) ; à un stade plus avancé elles peuvent être ramollies ; la coloration est blanchâtre, parfois brunâtre; les masses tuberculeuses seraient beaucoup plus friables et plus jaunâtres. Ces caractères, on le conçoit, sont bien peu importants et ne permettront jamais d'affirmer un diagnostic.

Nombre, volume. — Le nombre parfois réduit peut aller à 8 ou 10; elles sont rarement uniques. Le volume va de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. On en a vu de gros comme des œufs d'oie; d'autre part il existe des gommules minuscules, gommes miliaires indubitables, dont l'existence a pu être discutée.

Aspect des lésions. — La présence constante de tissu fibreux, donnant des dépressions à la surface de la plèvre (poumon lobé de Councilmann), a été donnée comme spéciale. Dans le parenchyme, on peut avoir les différentes dispositions du tissu fibreux que nous verrons plus loin; elles n'ont au fond rien de caractéristique.

On a dit que les nodules gommeux relevant de la syphilis s'imprégnaient rarement, et très peu, de sels calcaires, contrairement aux tubercules; ce caractère n'a rien d'absolu; on a vu des gommes crétacées.

On peut déjà voir macroscopiquement la structure des foyers gommeux : on a des masses nécrotiques entourées par une capsule des plus nettes, que Virchow considérait comme un élément essentiel; on peut même voir un sillon entre les deux substances. Dans d'autres cas, surtout quand, au pourtour de la gomme principale, existent des gommes miliaires, formant une véritable zone d'accroissement, la capsule est moins nette ; ceci ne peut être non plus un caractère pathognomonique.

Telles sont les dispositions macroscopiques des gommes; on voit qu'il n'y a aucun signe vraiment essentiel qui nous permette de les différencier de façon absolue; ce n'est que la réunion des différents caractères, qui pourra faire pencher vers le diagnostic de syphilis.

b. *Etude microscopique.* — On voit d'abord deux zones nettes : la partie centrale nécrosée, et la partie périphérique, plus ou moins sclérosée, qui constitue la capsule.

1° Zone nécrosée. — C'est un amas granuleux, amorphe, souvent sans structure, mais qui le plus souvent laisse encore entrevoir le dessin des alvéoles pulmonaires, dont les travées sont plus ou moins rompues et discontinues; de même on peut encore voir quelques noyaux dégénérés. Ce fait de la persistance de quelques caractères structuraux a été donné comme signe diagnostic de certaine importance. On peut y voir aussi des vaisseaux, dont les

caractères morphologiques essentiels sont conservés, bien qu'oblitérés et scléreux.

2° ZONE PÉRIPHÉRIQUE. — Tout près de la masse nécrosée, la capsule se compose d'un tissu fibrillaire dense, bien colorable, pauvre en cellules. Parfois nettement séparées, on peut voir dans certains cas, les deux substances se continuer sans ligne de démarcation bien nette ; ceci se voit dans les gommes se formant progressivement par des nodules périphériques.

La partie extérieure est des plus intéressantes et nous retiendra plus longtemps : c'est elle qui contient les formations données comme caractéristiques de la syphilis pulmonaire. Elle se montre formée, elle aussi, de tissu fibrillaire, moins régulièrement disposé, plus ou moins masqué par l'infiltration à petites cellules, témoins de l'inflammation subaiguë ou chronique. En certains points, ce tissu granuleux devient plus dense, les cellules plus grosses et plus claires : on a ainsi des nodules de cellules épithélioïdes, véritables formations tuberculoïdes, que l'on peut considérer comme des follicules syphilitiques. Ces formations, pour être moins fréquentes que dans la tuberculose, existent indubitablement (Baumgarten, Nicolas). On a discuté sur la forme des cellules épithélioïdes, qui seraient plus petites, moins régulièrement ovales que dans les lésions bacillaires : ce ne peut être là un caractère différentiel.

Dans cette zone inflammatoire, à nodules tuberculoïdes, se trouvent des formations importantes :

A. *Néoformations alvéolaires.* — On y trouve, d'après le professeur Tripier, des lésions constantes et caractéristiques. La gomme n'est jamais isolée ; toujours coexistent des lésions hyperplasiques, témoins de l'inflammation chronique, se manifestant par des scléroses, l'épaississement des cloisons inter-alvéolaires, surtout par les néoformations alvéolaires. On trouve de petites cavités, plus ou moins arrondies, tapissées par un épithélium devenu cubique ; parfois, on trouvera seulement des îlots allongés de cellules cubiques, où la cavité n'est pas encore formée ; mais toujours il existerait des figures plus ou moins rudimentaires d'alvéoles.

B. *Cellules géantes.* — Très importante est la question de la présence des cellules géantes. On les a trouvées dans différentes lésions autres que la tuberculose. Dans la syphilis, en particulier, elles furent constatées par Jacobson et Baumgarten les premiers, puis Renaut, Brodowski et Browick, Lubach et Morpurgo, Letulle, après eux. Depuis 1907, MM. Nicolas et Favre, ont montré la présence fréquente dans les follicules syphilitiques de cellules géantes des plus nettes, lésions dont l'inoculation au cobaye n'a pas donné de tuberculisation (Thèses d'Allibe, Bonnaud). Les figures de Letulle montrant des cellules géantes nettes dans des lésions qui ont guéri par le traitement syphilitique ne laissent aucun doute à cet égard. Nous ne pouvons ici faire l'exposé de cette question.

Dans la syphilis pulmonaire, on a souvent aussi trouvé des cellules géantes : Ramdhor, Kokawa, Braudenburg, Paviot en ont trouvées dans les lésions qu'ils ont observées. On pourra objecter qu'il s'agissait de tuberculose : Hedren publie une observation, où les lésions, comprenant follicules et cellules géantes, n'ont amené aucune trace de tuberculose chez trois cobayes. Il n'existe d'ailleurs à notre connaissance que cette seule observation avec inoculation ; on ne songe en effet à inoculer que lorsqu'on voit les lésions sous le microscope. Des expériences ultérieures sont encore nécessaires. Cependant, il semble bien actuellement que dans la syphilis pulmonaire puisse exister des cellules géantes parfaitement nettes, et que leur présence ne puisse faire éliminer le diagnostic de syphilis.

C. *Lésions vasculaires.* — Elles sont constantes ; on a des processus de périartérite, et aussi d'endartérite oblitérante ; on peut presque toujours voir à proximité des gommes des artères complètement obstruées. Les capillaires sont souvent augmentés de volume.

D. *Néoformations musculaires.* — On peut voir aussi, quoique jusqu'à présent on l'ait à peine signalé, des formations un peu particulières : on voit de petits trousseaux de fibres musculaires lisses, allant un peu dans tous les sens ; d'où proviennent-ils ? Des bronches ou des vaisseaux ? La question n'est pas résolue et appelle encore de nouvelles recherches. Il semble qu'on ait affaire à des néoformations musculaires, venant probablement des bronches, et sous la dépendance elles aussi de l'inflammation chronique qui a touché tout le tissu.

On peut constater aussi de l'inflammation des petites bronches.

Telles sont les lésions que l'on rencontre dans la forme gommeuse de la syphilis pulmonaire. On voit qu'elles sont en somme un mélange de lésions gommeuses et inflammatoires : jamais, en effet, la syphilis pulmonaire n'affecte une forme unique.

3° SCLÉROSES PULMONAIRES SYPHILITIQUES. — Nous serons brefs sur cette forme : c'est la terminaison cicatricielle des différentes lésions.

Aspect macroscopique. — La sclérose peut se manifester en des points variables. Elle se trouve chez les adultes d'âge moyen, et forme des bandes ou des nodules blanchâtres et durs, criant sous le couteau ; bref, c'est le tissu scléreux qu'il est banal de rencontrer dans des cas de toute sorte. La disposition en serait caractéristique ; mais elle varie avec chaque auteur : fin réseau de tissu fibreux (Parry) ; travées conjonctives suivant les bronches ; pour Hiller, la sclérose syphilitique existe surtout dans les espaces interalvéolaires ; Hansemann tient pour caractéristique la disposition rayonnée du tissu fibreux partant du hile pulmonaire (« péribronchitis syphilitica fibrosa » des auteurs allemands). La disposition du tissu fibreux à la surface de la plèvre (pulmo lobulatus, poumon ficelé) serait, elle aussi, caractéristique.

Aspect histologique. — Il n'a rien de particulier ; ce sont des travées de tissu fibreux ordinaire, formé de fibres serrées, hyalines, pauvres en cellules, avec de l'authracose. La présence des néoformations

alvéolaires pourra seule nous faire poser le diagnostic de syphilis; mais elles sont inconstantes. La plupart du temps, la présence d'autres lésions (gommes, pneumonie) nous fera penser à la syphilis. Mais nous devons dire que les scléroses peuvent se constater seules, étant le reliquat de lésions ayant évolué très anciennement.

4° Dilatations bronchiques. — Nous ne ferons que signaler cette forme, ne voulant pas soulever ici le problème étiologique de cette affection. On connaît les lésions de cette affection : cavités plus ou moins vastes, tapissées d'un épithélium, etc. La présence des néoformations alvéolaires est constante pour le professeur Tripier, dans les parois plus ou moins fibreuses de la bronchectasie; c'est, avec la présence d'autres lésions syphilitiques (gommes, scléroses, pneumonie), ce qui peut faire entrer la dilatation bronchiqne dans l'exposé de l'histoire de la syphilis pulmonaire.

5° Autres lésions. — A part les pneumonies et broncho-pneumonies banales, souvent processus terminaux chez des malades affaiblis, il faut citer l'induration brune de Virchow, affection ne coexistant avec aucune affection cardiaque. Pour la plupart des auteurs, elle ne serait pas sûrement sous la dépendance de la syphilis. On peut aussi constater de la bronchite se manifestant par la présence de pus dans les canaux aériens. Quant à l'ulcération des gommes pulmonaires, et à leur évacuation dans les bronches, si beaucoup d'auteurs l'admettent, ce processus ne semble pas fréquent (Bériel) ; il n'en existerait qu'un cas bien net. De même pour la gangrène pulmonaire syphilitique ; il semble bien que ce soit toujours un phénomène surajouté, et bien souvent il survient dans des bronchectasies : ces cavités suppurantes représenteraient d'après Bériel la majorité des gangrènes syphilitiques.

6° Lésions concomitantes. — Nous ne voulons pas ici signaler toutes les autres lésions qu'on peut rencontrer en même temps (laryngées, cutanées, hépatiques, etc.). On sait que leur coexistence avec le poumon syphilitique est assez fréquente. Nous voulons seulement signaler une lésion qu'on constate souvent, sinon toujours, c'est la dégénérescence amyloïde du foie et surtout des reins. Dans presque toutes les observations, on la trouve notée, et Virchow en avait fait un signe de très grosse importance en faveur de la syphilis; quand on trouve l'amylose, dit-il, en dehors d'une suppuration ou de la tuberculose, on est à peu près certain d'être en présence de syphilis. Le fait a son importance.

V

Pathogénie et évolution des lésions. — Les conditions primordiales des formations syphilitiques se trouvent dans les lésions vasculaires, ceci en dehors de l'action des virus, encore bien obscure. Ce sont elles qui expliquent la production des lésions.

1° Processus pneumoniques. — Le point le plus frappant, c'est l'hyperplasie des tissus ; on ne doit pas considérer les lésions comme des processus régressifs, mais bien comme formations actives. Elles sont fonctions de la nutrition exagérée des tissus. On peut alors concevoir ainsi leur formation: d'abord vascularisation exagérée, dilatation et néoformation des capillaires, exsudation légère d'où splénisation, puis infiltration de petites cellules, et enfin constitution des néoformations alvéolaires par nutrition exagérée des tissus, nous aurons les foyers de pneumonie ordinaire ; si l'évolution continue, nous aurons les formes adénomateuses, ou même les bronchectasies. La sclérose sera le terme ultime de l'évolution.

2° Processus gommeux. — Pour Virchow les gommes étaient le produit d'une prolifération cellulaire limitée, en somme un véritable néoplasme, une néoformation de cellules embryonnaires (Cornil, Brissaud), un processus hyperplasique si intense qu'il a été envahi par la nécrose.

Pour Tripier, et pour nombre d'auteurs actuels, on doit les considérer comme une portion nécrosée du tissu pneumonique: l'oblitération vasculaire de voisinage la commande, et elle est de tous points comparable à un infarctus ; elle aurait ainsi du premier coup son volume, mais il n'y aurait aucun apport nouveau de cellules.

Ce processus est souvent constaté; mais on doit considérer un autre mode de formation qui est non moins réel ; nous avons vu la présence des formations tuberculoïdes ; de là dérivent des gommes minuscules (miliaires) par oblitérations vasculaires elles aussi; puis à leur périphérie se forment d'autres gommules qui augmentent le volume de la première, etc. On voit donc que dans ce cas elles ont un développement excentrique et progressif (Nicolas, Balzer).

Il y aurait donc en somme deux processus qui aboutiraient à la formation des gommes. Celles-ci vont subir la dégénérescence fibreuse, à moins qu'elles ne s'ulcèrent, ce qu'on peut considérer comme très rare.

3° Processus scléreux. — C'est le terme ultime de toutes les lésions ; nous n'avons pas à décrire ici leur formation qui est semblable à celle qu'on retrouve partout ailleurs.

VI

Diagnostic anatomique. — La différenciation anatomique est loin d'être toujours facile (Berg, Ziegler). Quels sont les éléments qui vont nous permettre de le faire ?

1° Lésions pneumoniques. — Là, les signes macroscopiques pourront nous permettre de les différencier de l'atélectasie, du poumon cardiaque (coloration, affaissement). La pneumonie chronique sera différenciée microscopiquement (contenu des lobules, absence des néoformations alvéolaires).

Le seul diagnostic difficile sera celui des lésions tuberculeuses, et nous en parlerons à propos des gommes.

2° Lésions gommeuses. — Les caractères macroscopiques : situation, coloration, consistance, pré-

sence de sclérose, d'une capsule ne seront que d'un secours bien minime pour le diagnostic, on le conçoit facilement.

L'aspect microscopique pourra plus souvent éclairer le diagnostic ; mais la structure elle-même ne sera que d'une faible valeur ; il reste la présence des néoformations alvéolaires : de l'avis même de Tripier, ces formations se verraient dans d'autres processus chroniques (tuberculose) quoique très rarement. De même les lésions vasculaires ne sont pas spéciales aux formations syphilitiques. Quant aux cellules géantes elles peuvent se rencontrer dans la syphilis comme dans la tuberculose. Il n'y a donc aucun caractère histologique absolument spécifique.

Le diagnostic parasitologique et expérimental pourra-t-il mieux nous renseigner? L'absence du bacille de Koch fera pencher du côté de la syphilis ; cependant ceci n'est pas absolu, et on peut ne pas le rencontrer dans les lésions tuberculeuses. La recherche du spirochète est encore trop rarement suivie de succès dans les lésions tertiaires pour avoir de l'importance.

Bien supérieure sera l'inoculation au cobaye : quand elle sera négative dans des lésions douteuses, elle pourra faire pencher avec beaucoup de vraisemblance vers la syphilis. Dans des cas rares, la tuberculose peut être réelle, et l'inoculation négative ; mais actuellement, c'est le moyen le meilleur que nous possédions, bien qu'il ne soit pas absolu.

D'autre part la présence des lésions associées assez fréquentes vient encore compliquer le diagnostic : souvent tuberculose et syphilis coexistent; l'inoculation sera encore d'un grand secours, et elle seule, car il n'existe aucun caractère absolu. Les points les plus importants pour le diagnostic seront la constatation de néoformations alvéolaires avec inoculation négative : ceci en faveur de la syphilis, les autres lésions étant d'ailleurs constatées.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1911)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Auffret, inspecteur général de la marine, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Greffes ovariennes. — M. HARTMANN rappelle les principales phases de l'histoire des greffes ovariennes, les quelques expériences qu'ont pu donner les autogreffes, les résultats nuls des hétérogreffes. Il arrive aux communications de M. Tuffier qui reconnaît tout d'abord que les greffes ovariennes n'empêchent pas les troubles de ménopause anticipée et donnent des résultats thérapeutiques à peu près nuls. De plus, les greffes ovariennes peuvent être non seulement inutiles, mais même nuisibles. Certains ovaires greffés deviennent douloureux. Pour toutes ces raisons, il faut même, autant que possible, maintenir en place les ovaires, ou, en tous cas, abandonner complètement les greffes ovariennes.

M. ROUTIER n'a jamais pratiqué de greffes ovariennes et ce ne sont pas les résultats des expériences de M. Tuffier qui lui feront changer d'avis. Toutefois, comme tous les chirurgiens gynécologues, M. Routier s'est beaucoup préoccupé des troubles de ménopause anticipée qu'on observe chez les femmes qui ont subi la castration ovarienne ou utéro-ovarienne. Il semble que ces troubles soient encore plus marqués quand on a enlevé des ovaires simplement scléro-kystiques ou très peu malades, que lorsqu'on a eu affaire à des suppurations pelviennes ou d'autres lésions graves. C'est cette constatation qui a poussé les chirurgiens à faire de préférence des opérations économiques sur les ovaires, on a cherché à conserver, le plus possible, tout ou partie des ovaires. Il ne faudrait cependant pas tomber dans une exagération regrettable et laisser en place des organes qu'on soit obligé d'enlever ultérieurement. Quoi qu'il en soit, les troubles de ménopause anticipée sont parfois bien pénibles pour les jeunes femmes opérées, soit de l'utérus, soit des annexes, et il y a lieu de remédier à ces troubles, soit par des sangsues, soit par tout autre procédé d'émission sanguine, qui remplaceraient les règles supprimées par l'opérateur.

M. MAUCLAIRE fait observer qu'au point de vue des greffes ovariennes il y a une question de technique qui est très importante. Toutefois les résultats restent toujours bien hypothétiques.

Grossesse et fibrome. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation de M. Legrand : il s'agit d'une femme enceinte qui fut prise d'une violente douleur abdominale à droite. On crut à une appendicite. On fit l'incision ; on trouva deux fibromes pédiculés sur l'utérus et un fibrome du ligament large, les tumeurs furent enlevées. La grossesse suivit son cours et la malade accoucha à terme. Il fallut recourir au forceps à cause de la rigidité fibreuse du col.

Le masque ecchymotique. — M. LEJARS, à propos d'un travail adressé par M. Guillaume Louis (de Tours) fait une intéressante dissertation sur l'infiltration de la face et du cou à laquelle on a donné le nom de masque ecchymotique. M. Guillaume Louis a pu, dans ses recherches, réunir 58 observations de masque ecchymotique consécutif à une compression brusque du tronc. En général le pronostic en est bénin et ces malades guérissent bien. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Témoin la première observation de M. Guillaume Louis : jeune homme aidant son père à abattre un poirier. Par suite d'une mauvaise manœuvre, l'arbre tomba sur le jeune homme qui perdit connaissance. Le père le dégage et constate tout de suite qu'il a la face toute noire ainsi que les paupières et les parties supérieures du cou. On constate trois fractures de côtes, pas d'hémoptysies, aucun signe de lésion interne. Le blessé est seulement agité. On l'asseoit dans son lit, on fait une piqûre de morphine. La respiration devient difficile, stertoreuse, et le jeune homme meurt six heures après l'accident.

M. Lejars rapproche de ce fait un cas tiré de sa pratique personnelle et qui est superposable à celui de M. Guillaume Louis : mort quelques heures après une violente compression du thorax, sans lésions internes, et après l'apparition du masque ecchymotique et une sorte d'asphyxie généralisée.

Quelle est la cause de la mort dans ces cas? Il est difficile de l'expliquer. M. Lejars croit qu'il s'agit là surtout de désordres asphyxiques.

M. Lejars rapproche de ces faits certaines formes partielles, dans lesquelles les deux yeux, les paupières, sont seuls ecchymosés. Ces formes partielles du masque ecchymotique guérissent généralement très vite.

M. SOULIGOUX rappelle avoir donné une description du masque ecchymotique, dès 1896, dans le *Traité de chirurgie*. Il ne lui donnait pas ce nom, mais il a décrit la maladie bien avant tous les auteurs qui ont été cités.

M. MAUCLAIRE a vu se produire ce masque ecchymotique,

avec ecchymose du tronc s'étendant jusqu'à l'ombilic, chez des femmes en travail, au moment des efforts de l'accouchement.

M. Broca fait observer qu'on pourrait aussi faire intervenir la coqueluche comme cause de ces états ecchymotiques.

M. Mauclaire trouve qu'il n'y a rien de comparable entre la coqueluche et les efforts de l'accouchement, les enfants atteints de coqueluche n'ayant pas les ecchymoses jusqu'à l'ombilic.

M. Arrou a observé deux cas de masque ecchymotique sur lesquels il reviendra dans la prochaine séance.

M. Lejars, en résumant cette discussion, pense que le mécanisme de cette ecchymose peut s'expliquer par le reflux du sang veineux dans la face résultant de la compression du thorax. Le mécanisme de la mort, dans ces cas, sans lésions cérébrales, ni thoraciques, est plus difficile à expliquer.

Injections intrapleurales d'huile camphrée. — M. Delbet fait une importante et longue communication sur ce sujet. On a parlé d'injections d'huile stérilisée dans la cavité péritonéale pour prévenir l'infection de la séreuse. Or, il y a déjà vingt ans, M. Delbet a fait sur les animaux une série d'expériences d'où il résulte que ces injections ont plus d'inconvénients que d'avantages. L'idée directrice était celle-ci : enduire le péritoine d'un vernis constituant un milieu défavorable aux cultures microbiennes. M. Delbet a essayé l'huile simple et l'huile salolée à 10 p. 100. Les expériences consistaient à perforer, chez des chiens, l'intestin et à faire ensuite cette injection intrapéritonéale d'huile.

La conclusion à tirer de ces expériences est que l'huile ne constitue pas un obstacle à l'absorption des liquides septiques.

VARIÉTÉS

LES PERFECTIONNEMENTS QU'EXIGERAIT L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS

L'Institut de médecine coloniale de Paris a inauguré ces jours-ci la dixième session de son enseignement. La *Gazette des hôpitaux* a déjà, on se le rappelle, consacré une étude à ce dernier (1), mais il s'agit vraiment d'une œuvre si importante pour la science et l'influence françaises que nous tenons à attirer encore sur elle l'attention de nos lecteurs.

Nous ne reviendrons pas sur le détail des matières qui sont enseignées à l'Institut de médecine coloniale, le programme en a été publié tout dernièrement, et il est facile à chacun de s'y reporter ; nous préférons insister aujourd'hui sur les desiderata qu'il faudrait remplir pour rendre enfin l'institution digne de notre pays, de notre bon renom scientifique à l'étranger, de notre vaste empire colonial.

Il convient tout d'abord de rappeler que sur les 249 médecins qui ont suivi les neuf premières sessions, les Français ne figurent que pour un peu moins de 50 p. 100. Les étrangers sont pour la plupart des hispano-américains et proviennent souvent de pays où existe un enseignement de médecine coloniale, ce qui prouve l'estime en laquelle est tenu le nôtre. « La France, dit M. le professeur R. Blanchard, y gagne en notoriété scientifique et en influence morale; elle voit ainsi son prestige grandir, en même temps que s'établissent des relations amicales, prélude des transactions commerciales. »

Il semble donc que pouvoirs publics, institutions privées et riches particuliers dussent avoir à cœur d'encourager et de soutenir une œuvre aussi éminemment nationale. Mais hélas! il n'en est rien. Nous ne sommes pas en Angleterre où l'initiative privée a permis de fonder les deux écoles de médecine tropicale de Londres et de Liverpool, et de leur assurer une large existence, nous sommes en France où tant d'œuvres utiles végètent ou meurent par suite de notre éternel travers, la foie superstitieuse en l'Etat-Providence.

Aussi conçoit-on les appréhensions du professeur Raphaël Blanchard, à l'initiative énergique et patiente duquel l'Institut de médecine coloniale doit la vie, lorsqu'il constate « que l'existence même de l'Institut est mise en question! » et qu'il nous le démontre chiffres en main. « Les cinq annuités de 30 000 francs, inscrites au budget de l'Indochine par M. Paul Doumer, ont été régulièrement payées de 1902 à 1906; M. Beau, successeur de M. Doumer, supprima la subvention en 1907. Celle-ci a été réinscrite au budget, grâce à mes instances auprès du ministre des colonies, mais elle n'a été réintroduite que pour 15 000 francs et seulement pour l'année 1908. Depuis lors, le gouverneur général de l'Indochine a refusé toute subvention. Le général Galliéni, gouverneur de Madagascar, nous a inscrits à son budget pour 1000 francs en 1906, mais son successeur, le docteur Augagneur, pourtant ancien professeur à la Faculté de médecine de Lyon, supprima cette modique subvention. J'obtins du ministre des colonies, en 1908, une petite subvention de 500 francs qui fut portée à 5000 francs l'année suivante; on espérait que cette inscription serait définitive; mais les ministres se succèdent et ne se ressemblent pas; la subvention fut supprimée.

En 1907 et 1910, années sans subventions, l'Institut a pu vivre, grâce aux faibles économies réalisées sur les budgets antérieurs et grâce aux droits de laboratoire payés par les élèves, à raison de 150 francs par élève. Si toute subvention continue à lui faire défaut, ses réserves et ses recettes annuelles, pour droits de laboratoire, pourront lui permettre de vivre encore deux ou trois ans, puis ce sera la fin. »

Et cependant M. Raphaël Blanchard ne peut se résigner à la perspective de voir disparaître cet Institut de médecine coloniale qu'il chérit avec juste raison, et on ne saurait trop s'associer à lui lorsqu'il dit : « Une éventualité telle que la disparition de l'Institut, faute de ressources, ne peut être sérieusement envisagée : il est impossible qu'il ne se rencontre pas des personnes généreuses qui viennent à son secours; il est impossible que l'Etat, les colonies, les banques coloniales, les commerçants et industriels ayant des relations avec les colonies et s'enrichissant par elles, ne lui assurent pas les ressources indispensables à son entretien et à son développement. » D'ailleurs M. R. Blanchard ne veut pas seulement que l'Institut de médecine coloniale vive, il veut le voir se perfectionner, et il indique lui-même les améliorations désirables à son avis. Tout d'abord la date de la session devrait être changée, et de l'automne reportée au printemps; la longueur plus grande des jours, l'apparition des moustiques et autres animaux suceurs de sang, la température plus favorable aux élèves venant des pays chauds d'Amérique, militent en faveur de cette modification. Les récentes acquisitions de la science rendent indispensable aussi d'augmenter le nombre de leçons et d'exercices pratiques consacrés à la parasitologie. Il faudrait d'ailleurs répartir la tâche entre plusieurs personnes, le professeur ayant le droit de faire appel aux capacités disponibles, sous sa responsabilité, comme cela se pratique depuis plusieurs années en Angleterre.

D'autre part une nécessité s'impose, c'est que l'Institut de médecine coloniale possède un local en propre et ne soit plus errant à travers les différents laboratoires de la Faculté. M. Raphaël Blanchard propose plusieurs solutions à ce problème, et il faut espérer que l'une d'elles finira par aboutir.

Enfin il considère comme très désirable un Comité de patronage constitué par un « groupement de capitalistes ayant des intérêts engagés dans les entreprises coloniales, appréciant les services rendus par l'Institut, désireux de consolider son existence précaire et réunissant dans ce but des sommes

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 16 mai 1911, n° 56.

importantes. Ces capitalistes feraient tout à la fois une œuvre patriotique et utilitaire. Il conviendrait qu'ils se constituassent en un Comité de patronage, auquel serait présenté chaque année, par le directeur de l'Institut, un rapport sur sa gestion administrative, ainsi que sur les travaux, les progrès et les besoins de l'Institut. »

Nous n'avons pu qu'indiquer sommairement ces questions, mais nous tenions à attirer dans la mesure de nos forces l'attention du public médical sur une œuvre qui intéresse au plus haut point la science française, et nous serions trop heureux si nous pouvions contribuer ainsi au maintien et au perfectionnement de l'Institut de médecine coloniale de Paris.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

LES DÉBUTS DE LA GRIPPE CHEZ L'ENFANT

Par M. Maxime Roy.

En général, l'invasion de la grippe chez les enfants est brutale et s'annonce par des symptômes de bruyante intensité. C'est d'abord, une céphalalgie frontale vive, parfois atroce, arrachant des cris au malade et pouvant faire croire à la méningite. Les douleurs lombaires sont moins fréquentes que chez l'adulte, mais peuvent cependant être très accusées et faire songer à la variole. Une courbature générale existe avec douleurs dans les membres et les articulations.

L'agitation, le délire même, ont parfois une intensité telle que les autres signes passent au second plan; enfin chez les tout petits enfants, la somnolence et l'abattement peuvent remplacer tout autre symptôme.

Au début de la grippe, on constate encore, et très souvent, des symptômes digestifs consistant en vomissements et constipation.

Enfin les fosses nasales sont congestionnées et laissent couler un mucus d'abondance variable, la gorge est enflammée, les amygdales rouges et le malade commence à tousser.

Dès ce début, le pouls est fréquent, mais régulier, la fièvre est constante et peut atteindre 40 et 41 degrés.

Il semble que le repos au lit, les précautions hygiéniques habituelles, l'antisepsie des orifices naturels devraient suffire à enrayer l'évolution morbide. Mais il faut se souvenir que cette maladie est essentiellement infectieuse et que, à côté du bacille de Pfeiffer qui semble spécifique, il existe des agents figurés de gravité réelle et, par exemple, le pneumocoque, le streptocoque qui représentent un danger constant de complications broncho-pulmonaires ou pleurétiques.

Dès que la toux commence chez les enfants grippés, il faut donc songer à préserver l'appareil respiratoire et à ce moment où la trachéite existe seule (du moins on est en droit de le penser en présence de l'état pulmonaire favorable) il est indiqué de faire absorber pendant quelques jours, deux à quatre ou six (suivant l'âge) cuillerées à café de sirop Roche au thiocol. Les comprimés ou les cachets Roche à 50 centigrammes sont plutôt réservés aux adultes.

Sous l'influence de ce médicament à la fois antiseptique pulmonaire, excito-défensif, hyperphagocytaire et tonique, on localise l'infection aux voies aériennes supérieures et la grippe évolue rapidement vers la guérison. Si la toux était trop violente ou si des phénomènes nerveux apparaissaient, on aurait intérêt à ordonner du Pantopon Roche (sirop) qui, dosé à un tiers de centigramme par cuillerée à café, permet d'administrer le pantopon ou opium total soluble, à doses fractionnées, point très important en thérapeutique infantile.

Grâce à ce traitement, on guérit la grippe rapidement et on abrège sa convalescence.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 NOVEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 21 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 22 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries). — 4e.

Jeudi 23 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

1er (oral). — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries). — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

Vendredi 24 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 25 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 22 novembre, à une heure. — M. Olivier. Anatomie topographique et chirurgie du thymus. (MM. Kirmisson, président; Segond, Hartmann et Rouvière.) — M. Zaepffel. Lymphangite, adénite et adéno-phlegmon de la région mastoïdienne. (MM. Segond, président; Kirmisson, Hartmann et Rouvière.) — M. Delagénière. Des indications de luxation du pylore dans les affections bénignes de l'estomac et du duodénum. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Segond et Rouvière.) — M. Richard. Contribution à l'étude des phlegmons ligneux de Reclus. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Segond et Rouvière.) — M. Lataillade. Blépharospasme, biémispasme facial et leur traitement. (MM. Déjerine, président; Pierre Marie, Laignel-Lavastine et André Léri.) — M. Garban. Les déviations morbides du sentiment religieux à l'origine et au cours de la psychasthénie. (MM. Déjerine, président; Pierre Marie, Laignel-Lavastine et André Léri.) — M. Ribo. Les troubles mentaux dans la chorée de Huntington. (MM. Pierre Marie, président; Déjerine, Laignel-Lavastine et André Léri.) — M. Teisset. De l'ictère hémolytique hypholitique. (MM. Gaucher, président; Roger, Marfan et Gougerot.) — M. Fau. Contribution à l'étiologie de la rétinite albuminurique. (MM. Roger, président; Gaucher, Marfan et Gougerot.) — M. Blacque. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale suppurée à bacille de Pfeiffer. (MM. Marfan, président; Gaucher, Roger et Gougerot.)

Jeudi 23 novembre, à une heure. — M. Guénet. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la phlébite tuberculeuse primitive. (MM. Debove, président; Hutinel, Castaigne et Nobécourt.) — M. Perrier. Méningite tuberculeuse chez l'enfant. Contribution à l'étude des symptômes gastro-intestinaux au début. (MM. Hutinel, président; Debove, Castaigne et Nobécourt.) — M. Collignon. Contribution à l'étude de la dothiénentérie abortive chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Debove, Couvelaire et Nobécourt.) — M. Testard. De la tache bleue congénitale à pigment dermique dite mongolique. (MM. Hutinel, président; Debove, Castaigne et Nobécourt.) — M. Desvignes. Etude critique du traitement de la rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire. (MM. Quénu, président; Gilbert Ballet, Widal et Chevassu.) — M. Jaisson. Les perforations du cancer de l'estomac. (MM. Quénu, président; Gilbert Ballet, Widal et Chevassu.) — M. Boutet. Contribution clinique à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. (Gilbert Ballet, président; Quénu, Widal et Chevassu.) — M. Benazet. Syphilis héréditaire tardive des os longs. (MM. Widal, président; Quénu, Gilbert Ballet et Chevassu.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 9, sept. 1911.) GRASSET : Un demi-fou : Auguste Comte. — AMEUILLE : Le docteur Villandre, chirurgien et peintre. — FAY : Les cagots. — FILLASSIER : Les zoophiles. — Paul LAFFONT : Saint-Lazare. — Paul GSELL : La tristesse, la douleur et la mort dans l'œuvre de Charles Cottet. — Jules REGNAULT : Les causes déterminantes du sexe. Peut-on avoir fille ou garçon à volonté?

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1911.) E. SACQUÉPÉE : Etude sur les empoisonnements alimentaires provoqués par les salmonelloses. — Séverin ICARD : Un service complet d'identification judiciaire par l'emploi de la méthode de la fiche-numéro et du registre digital.

Archives d'électricité médicale. — (N° 319, 10 oct. 1911.) C. Max ROQUES et JUNCA : Nouvelles recherches sur l'électrodiagnostic en otologie. — Francis BÉRAUD : Il y a fulguration et fulguration. — Phil. Dip. Ing. Joseph ROSENTHAL : La radiographie de précision. — J. BELOT : Nouveaux électrocautères à pointe fine. — MALAQUIN et DUTERTRE : Dispositif pour l'alimentation de deux ou plusieurs ampoules avec une seule source de haute tension.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (1er oct. 1911.) SIEUR : Œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage (fragment d'adénotome). — H. DE STELLA : Diagnostic différentiel entre la pyolabyrinthite et l'abcès cérébelleux. — CASTEX et BERRUYER : L'hectine en oto-rhino-laryngologie. — BLOCH : Syphilis du larynx.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 oct. 1911.) F.-X. GOURAUD : Hygiène du tuberculeux guéri.

Clinique. — (N° 40, 6 oct. 1911.) G. LYON : Le mouvement médical, scientifique et professionnel. — TERRIEN : Ophtalmie sympathique. — R. ROBINSON : Sur le syndrome « cnémalgie » ou douleur des jambes. Un conseil de clinique médicale. — (N° 41, 13 oct. 1911.) A. GUILLON : Autour du bagne guyanais. — L. WICKHAM et P. DEGRAIS : De la méthode dite du « feu croisé ». Son utilité dans le traitement du cancer. — A. THOORIS : La visite d'incorporation. — G. DAGRON : Inconvénients de la mode actuelle de la chaussure féminine. — BANZET : Fièvre typhoïde et appendicite. — G. LEVEN : A propos des urines normales.

Echo médical du Nord. — (N° 41, 8 oct. 1911.) G. RAVIART et G. DUBUISSON : L'aliénation mentale dans le département du Nord, de 1875 à 1909. — (N° 42, 15 oct. 1911.) GELLÉ : Le tissu endocrine du pancréas dans les pancréatites. — OUI : Grossesses compliquées, l'une du kyste du parovaire, l'autre du kyste de l'ovaire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 41, 8 oct. 1911.) CASSAËT et DE RAQUINE : Trois cas de guérison de tétanos grave par le sérum antitétanique. — (N° 42, 15 oct.) SABRAZÈS : Evolution et séquelle chez un même malade, d'un kyste hydatique du foie et d'un kyste hydatique du poumon droit. — J. BUSQUET : Guérison de tétanos grave, par les injections sous cutanées de sérum antitétanique et d'hydrate de chloral à hautes doses.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 41, 14 oct. 1911.) Henri MALHERBE : Un cas de blennorragie buccale. — V. PAUCHET : Ulcère duodénal.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 31 août 1911.) KILLIAN : Histoire de la broncho et de l'œsophagoscopie. — STENGER : Sur l'indication de l'ouverture endonasale opératoire. — MARTENS : Décanulement difficile et atrésie laryngée après la diphtérie. — STACKE : Opération radicale conservative de l'oreille moyenne. — GYERGYAC : Nouvelle méthode et nouvel instrument pour l'éclairage du labyrinthe ethmoïdal, du sinus maxillaire de l'oreille moyenne et de l'orbite. — ROSENBERG : Rapports de la sténose nasale chronique avec la tuberculose pulmonaire. — M. LEVY : Diagnostic et traitement de la péritonsillite. — FLEMMING et KRUSIUS : Action de l'énergie radiante sur la tuberculose expérimentale de l'œil. — HINZE : Spécificité de l'endotine au point de vue expérimental. — AUSSMANN : Expériences sur le traitement par le salvarsan des affections syphilitiques et métasyphilitiques du système nerveux sous le contrôle de la ponction lombaire. — WALEDINSKY : Modifications du sang dans l'achylie gastrique simple. — SCHWARTZ : Fixation de l'acidité gastrique au moyen des rayons Röntgen. — SCHALL : Nouveautés techniques sur le territoire de la médecine, de l'hygiène et de la thérapeutique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 5 sept. 1911.) CZERNY : Sur la thérapie des cancers. — WERNER et CAAN : Sur la valeur de la combinaison des Röntgen et des courants à haute fréquence dans les tumeurs malignes. — WILMS et HODEN : Sur l'étiologie de l'hypertrophie prostatique et son traitement par l'irradiation des testicules. — JACOBI : Mécanisme de la sécrétion rénale. — STIERLIN : Sur la constipation du type ascendant. — MANN : Observations cliniques de méningite. — SALGE : Contribution à la pathogénie des troubles causés chez les enfants par la nutrition par les farines. — AVELLIS : La pseudo-fièvre des enfants. — GEISSLER : Méthode objective pour l'estimation de l'augmentation pathologique des cellules du liquide céphalo-rachidien. — TRENDELENBURG : Dosage de l'adrénaline dans le sang. — HAHN : Appareil à sutures pour les résections gastriques et intestinales. — TRÖMER et DELBLANCO : Sur la neuro-récidive après le salvarsan.

Revue médicale de l'Est. — (N° 17, 1er sept. 1911.) BERNHEIM : Sur la pathogénie de la chlorose. — SCHNEIDER : La médecine persane. — (N° 18, 15 sept.) SCHNEIDER : La médecine persane (*fin*). — André BŒCKEL : Résultats immédiats et éloignés de 57 néphrectomies pour tuberculose rénale. — (N° 19, 1er oct.) FLORENTIN : Les œuvres de protection de l'enfance en Lorraine (*suite*).

Semaine gynécologique. — (N° 39, 26 sept. 1911.) PICHEVIN : De l'avenir des femmes atteintes d'appendicite et d'ovaro-salpingite; — La lutte contre l'avortement. — (N° 40, 3 oct.) Paul SEGOND : Le traitement chirurgical des colites chroniques. — (N° 41, 10 oct.) P. SEGOND : Le traitement chirurgical des colites chroniques (*fin*). — (N° 42, 17 oct.) R. PICHEVIN : L'appendicite au Congrès de chirurgie.

Tunisie médicale. — (N° 9, 15 sept. 1911.) POROT : Endocardites sans souffles.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 10 novembre (matin). — MM. Berthod, 6; Cleisz, 7; Mlle Pouzin, 6; MM. Bartement, 3; Angot, 7; Bel, 6; Meugé, 4; Peltier et Braine, 7.

Séance du 10 novembre (soir). — MM. Parcheminey, 3; Charrier et Avezou, 6; Jacob, 4; Barraud, 5; Faveret, 6; Monod (Lorenz), 5; Huc (Edouard) et Tisné, 4; Dragatzis, 7.

Séance du 11 novembre. — MM. Kudelski, 10; Bigot, 6; Buquet, 5; Lascombe, 3; Tartois, 6; Bloch, 4; Mlle Lang et M. Lévi-Franckel, 5.

Pathologie. — Séance du 10 novembre. — MM. Savidan et Lacau Saint-Guily, 8; Duneau, 5; Vazeux, 11; Barthélemy, 10; Mlle Leven, 11; MM. Errard, 5; Poisvert, 8; Feldstein et Moriez, 9.

Séance du 11 novembre. — MM. Luquet, 11; Stréhaïano, 9; Baude, 11; Antoine, 8; Gineste, 9; Moreau, 11; Bardon (Clément), 7; Léchelle, 11.

— Concours de l'externat. — Séance supplémentaire du 10 novembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des ictères chroniques par rétention. »

MM. Ruppe, 18; Paris, 19; Lermoyez, 17; Renard (Jacques), 20; Deschamps (Louis), 15; de Gaudart d'Allaines, 16.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Renard (Jacques), Paris, Ruppe, Lermoyez, de Gaudart d'Allaines, Deschamps (J.-L.), Gur, Thomas (Maxime), Couinaud, Michon (Louis), Mlles Bagot, Demadières, MM. Moore, Debray, Marquézy, Hahn, Mlle Labeaume, MM. Laurent (Pierre), Flot, Guillaume (André),

21. Cardot, Clément, Kleimann, Pierre, Semelaigne, Bocage, Pinel, Dariau, Sédillot, Cornudet, Tournay, Doubrère, Boulay, Coulaud, Blot, Jacquet, Mlle Verrier, MM. Dayras, Levesque, Modiano,

41. Ravina, Selter, de Sieramski, Wallet, Barreau, Gerschenowitsch, Ill, Jacquelin, Perier, Roberti, Lagrange, Mouzon, Thinh, Guérin, Huaas, Deschamps (Pierre), Fornaison, Woirin, Jeanjean, Picard,

61. Viollet, Doumer (Edouard), de Gennes, Mme Vve Verillotte née Maixandeau, MM. Chabanier, Colombet, Daspres, Mlles Blechmann, Romanet, MM. Maupoix, Théodoresco, Luneau, Besson, Mlle Hartmann, M. Sabadini, Mlle Zvigoul, MM. Breitman, Magnillat, Cappelle, Boutelier,

81. Mlle Gillot, MM. Giraud, Abrial, Canoz, Exintaris, Marceron, Oddo, Ernst, Winter, Mlle Hourvitz, MM. Thoyer, Vignard, Eloy, Cantegril, Nast, Frélezeau, Morlot, Vallot, Ganachaud, Koerner,

101. Lignac, de Pontich, Tesseyre, Kurzenne, Engelbach, Salasc, Mlle Hahn, MM. Léonet, Calvet, Rivalier, Cavaillés, Merlin, Coffin, Mlle Deuniel, MM. Fouchard, Boussin, Bruant, Chatellier, Proust, Tzancoff,

121. Bordier, Pecker, Roubakine, Martin, Waisberg, Mlle Le Soudier, MM. Maliniak, Bozonet, Boisnier, Cabouat, Féron, Pollet, Gourdin, Desfarges, Adam, Salanier, Soret, Chirol, Barry, Duchon,

141. Kouteschveller, Morice (André), Raout, Soubaigné, Samoyeau, Dalsace, Berthon, Blondet, Pradignac, Andréoli, Granet, Mme de Tannenberg, M. Lefèvre, Mlle Harel, MM. Taberlet, Dautheuil, Perrin, Soupault, Duclos, Foubert,

161. Guillaume (Alexandre), Borrien, Grellety-Bosviel, Lapidus, Migot, Gay, Leroux, Mineur, Pidoux, Coudy, Goubert, Langagne, Ferriot, Gand, Isch-Wall, Bertrand, Bithoux, Laurent (Louis), Breton, Piedelièvre,

181. Crantin, Enriquez, Roullé, Garnier, Mlle Rappoport, MM. Chapotel, Joffroy, Laurent (Marcel), Bigot, Collette, Demarne, Crocquefer, Mlle Herment, MM. Heitz, de Peretti della Rocca, Perrier, Roullaud, Odinet, Buffet, Kotsovos,

201. Labarraque, Dujardin, Pierson, Deschildre, Alterman Apchin, Binet (Alfred), Surun, Mlle Ber, MM. Esseca, Petetin, Pasquier, Castéra, Leclerc, Adler, Dubois, Fresney, Grille, Leblanc, Ledrain,

221. Béhague, Designole, Bernard (Pierre), Boiteux, Cerf, Forget, Charpentier (Jean), Lewinsohn, Plait, Caracache, Eusèbe, Prieur, Lozès, Anasiewicz, de Brun du Bois-Noir, Feuillié, Mordagne, Mme Schechter née Revoutzky, Mlle Stakevitch, MM. Doumer (Armand),

241. Le Cocq, Vigneron, Capoulade, Farrugia, Forgeron, Mlle Lévy, MM. Jorand, Lamarche, Valiadis, Barrieu, Beaudequin, Brousse, Paturet, Pinalie, Prunier, Rousseau (Jean), Thibaut, Payen, Bouchard, Souplet,

261. Lauret, Jacques, Moreau, Vallée, Chauvel, Mlle Gœrtz, MM. Lautmann, Lavaux, Rémouit, Uzan (Emile), Suyeux, Mlles Vinokour, Le Bouëdec, MM. Poisson, Baye, Chopinet, Ladroitte, Morice (René), Denoël, Klébansky,

281. Schwarzfeld, Caillet (Louis), Iscovesco, Para, Aulagnier, Boulva, Brocheré, Mlles Kouriansky, Troszynski, MM. Veaux, de Galard, de Rohan-Chabot, Boissier, Daban,


L'ELIXIR DE VIRGINIE
SOUVERAIN CONTRE VARICES
HEMORRHOÏDES
VARICOCÈLES, PHLÉBITES
ACCIDENTS DU RETOUR D'AGE
CONGESTIONS ET HÉMORRAGIES DIVERSES
PORTE TOUJOURS LA SIGNATURE
NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
•Échantillon gratuit : PHARMACIE MORIDE, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris.

Jouet, Lehuche, Leroy, Dell'Amore, Mlle Freinte, MM. Majnoni d'Intignano,

301. Plotkine, Lepelletier, Eisenstein, Bavachi, Defiol.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1911-1912, chefs de travaux et de laboratoires :

I. *Travaux pratiques.* — Physique : M. le docteur Guilleminot, chef.

II. *Laboratoires des cliniques.* — Clinique thérapeutique (Beaujon) : M. Bournigault, chef; clinique médicale (Laënnec) : MM. les docteurs Loederich, chef, et Labbé (Henri), chef adjoint.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 novembre 1911 :

Médecin principal de première classe. — M. Sangle-Ferrière passe à l'hôpit. milit. de Bordeaux (médecin chef).

Médecins-majors de première classe. — MM. Douzans passe au 54e d'art.; Langlois, au 55e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Marlier passe au 153e d'inf.; Pla, au 19e d'inf.; Neumann, au 3e chass. d'Afrique; Natalelli, au 2e bat. d'inf. légère d'Afrique; Weitzel, à l'école spéciale militaire de Saint-Cyr; Demard, au 12e bat. de chass. à pied; Pierre, au 26e dragons; Vennat, au 57e d'inf.; Garcin est rappelé aux hôpit. de la division d'Alger; Dautheville passe au 11e dragons; Marchetti, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Ségui, au 1er groupe d'artillerie d'Afrique; Mahaut est nommé surveillant à l'école du service de santé militaire de Lyon.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Beaumont passe au 94e d'inf.; Bonnel, à l'hôpit. milit. de Bourges.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Raymondaud passe au 95e d'inf.

PRIX NOBEL. — L'Académie suédoise des sciences a décerné le prix Nobel pour la chimie à Mme Curie, qui avait été présentée par l'Académie française des sciences. Le prix lui est décerné pour l'ensemble de son œuvre.

On se rappelle que déjà, en 1903, Mme Curie a reçu, en même temps que son mari, le prix Nobel pour la physique, en partage avec M. Becquerel.

Mme Curie se trouve donc deux fois lauréate du prix Nobel, ce qui ne s'est encore jamais présenté.

Son concurrent était le chimiste allemand Nernst.

Chacun des prix Nobel s'élève cette année à la somme de 194330 francs.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL CHEZ LES PRISONNIERS. — A la dernière réunion du Conseil supérieur des prisons, qui s'est réuni le mardi 17 octobre 1911 au ministère de la justice sous la présidence de M. le garde des sceaux, il a été procédé à la nomination d'une commission pour étudier la possibilité d'accorder une indemnité aux prisonniers victimes d'un accident du travail.

P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Ménard (de Paris). Nous adressons à son fils, le docteur Pierre Ménard, nos très vives condoléances.

COURS DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES (Faculté de médecine. Professeur : M. ACHARD). — M. le professeur Achard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le 14 novembre 1911, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Immunités et prédispositions morbides. Applications thérapeutiques.

COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE [fondation de M. le duc de Loubat] (hôpital Beaujon. Professeur : M. Albert ROBIN). — M. le professeur Albert Robin commencera son cours de clinique thérapeutique le jeudi 16 novembre 1911, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Les leçons du premier semestre seront consacrées au traitement de la tuberculose. — Tous les jours, à neuf heures du matin, leçon de clinique thérapeutique au lit du malade.

CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES A L'ÉCOLE DE LYON. — MM. les docteurs Garrelon, chef adjoint des travaux physiologiques, et Villandre, ancien aide d'anatomie à la Faculté, commenceront en novembre leurs conférences préparatoires à l'École de Lyon.

Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire des travaux physiologiques de la Faculté de médecine de Paris, les mardis, jeudis et samedis, de deux à cinq heures.

JURISPRUDENCE

LES CHIRURGIENS DENTISTES ET LA LOI DU 9 AVRIL 1898 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un jugement des plus intéressants a été rendu le 5 juillet 1911 par le Tribunal civil de la Seine (4e Chambre, 3e section, accidents du travail) sur le caractère libéral de la profession de dentiste. Voici les faits. Un mécanicien, travaillant dans le cabinet d'un chirurgien dentiste à la retouche d'un appareil qui avait été essayé dans la bouche d'un client atteint de syphilis, se piqua un doigt à une des chevilles du dentier. Quelques semaines après il eut au doigt une éruption de roséole syphilitique. A la suite de cet accident, le mécanicien dentiste assigna le chirurgien dentiste devant les tribunaux, en raison de cet accident même, qu'il considéra comme étant un accident soumis au régime de la loi du 9 avril 1898. Mais le tribunal débouta le mécanicien de sa demande; il estima que la profession de chirurgien dentiste étant une profession libérale elle ne pouvait être assujettie à la loi de 1898.

Voici d'ailleurs les principaux attendus de ce jugement.

« ... Attendu que si les faits ainsi exposés paraissent être confirmés par la déposition de R..., chirurgien dentiste au service de L..., il ne saurait toutefois y avoir lieu à application de la loi du 9 avril 1898, que s'il s'agit d'un accident assujetti à cette loi ;

« Attendu qu'en l'espèce il n'est pas allégué qu'à côté de son cabinet dentaire L... ait exploité un atelier de fabrication de dents et rateliers artificiels ; que B... n'était chargé, d'après ce qu'il ressort des documents versés aux débats, que de l'adaptation de pièces pour la confection d'appareils et de retouches d'appareils destinés aux clients du cabinet dentaire auquel il était attaché dans les conditions où ces adaptations et retouches s'effectuent dans tout autre cabinet similaire ;

« Attendu que la profession de dentiste étant une profession libérale, et L..., n'ayant exercé en même temps aucune profession pouvant revêtir un caractère industriel ou commercial, ne saurait être assujetti à la loi du 9 avril 1898.

« Par ces motifs, dit que l'accident, objet de la demande, n'est pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, et que par suite cette demande n'est pas recevable, déboute. »

Ce jugement a fait sainement l'application des principes établis à la fois par la déontologie et la jurisprudence. En général les dentistes ne sont pas commerçants. Et si nous nous reportons aux décisions rapportées depuis 1895 dans les répertoires, nous pouvons constater que le fait de réparer des dentiers, de les confectionner même, est l'accessoire de la profession.

Le fait de vendre à leurs clients des dentiers qu'ils confectionnent eux-mêmes, ainsi que divers produits pour les soins de la bouche, revêt le caractère d'accessoire de la profession de dentiste et non celui d'actes de commerce. (Trib. commerce, Seine, 28 juin 1901, *J. Trib. Com.* 1903, 191; — 4 août 1905, *J. Trib. Com.* 1907, 127.) Les dentistes ne font non plus acte de commerce, en signant un contrat dont l'objet est uniquement une réclame professionnelle. (Trib. Com., Seine, 1er août 1902, *J. Trib. Com.* 1904, 212.) On ne saurait également ranger parmi les marchands fabricants les chirurgiens dentistes, pour le seul fait de la confection de pièces ou d'appareils destinés aux clients qu'ils soignent, et ils ne sont soumis à la loi prud'homale du 27 mars 1907 (Trib. Seine, 5 janv. 1909, *Gaz. Trib.*, 16 février 1909).

Cependant la qualité de commerçants leur est attribuée lorsqu'ils vendent des marchandises même utiles à leurs professions, c'est-à-dire fabriquent des spécialités qu'ils vendent tant en leur cabinet que dans des pharmacies dépositaires (Alger, 9 nov. 1904, D. P., 1905, 2. 100; Paris, 24 oct. 1908, *Gaz. Trib.*, 16 février 1909).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LE « RAPPORT AFFECTIF »

DANS LA CURE DES PSYCHONÉVROSES

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT,
Professeur à l'École de médecine de Poitiers.

Pendant une cure de psychothérapie le sujet ne subit pas passivement l'influence du médecin. Bien au contraire on voit, et cela quelle que soit la technique employée, se développer chez lui des courants d'idées et de sentiments qui exercent un rôle capital sur le résultat du traitement.

Nous voudrions étudier dans ce travail l'attitude sentimentale toute particulière du malade à l'égard de celui qui le traite et montrer l'influence qu'a sur la cure le *rapport affectif* qui l'unit à lui.

A vrai dire, le sujet a déjà été traité, et magistralement, par le professeur Janet (1) qu'il faut toujours citer lorsqu'on parle des psychonévroses. La description qu'il a donnée de l'*influence* et de la *passion somnambulique* est tout à fait hors de pair, et nous ne pouvons mieux faire que de citer ses propres termes :

« Le sommeil hypnotique ne ressemble pas au sommeil chloroformique; il n'est pas déterminé brutalement par un agent chimique, il est déterminé par une autre personne, et le sujet qui a subi cette transformation ne reste pas indifférent vis-à-vis de la personne qui la lui a imposée. Il conserve pour son hypnotiseur des sentiments et des pensées qu'il n'avait pas auparavant...

Ce que l'on observe le plus souvent c'est un sentiment d'affection qui peut très rapidement devenir extrêmement vif. Le sujet se sent heureux quand il voit son hypnotiseur et quand il lui parle; il éprouve du plaisir à penser à lui, et par conséquent ne tarde pas à l'aimer beaucoup...

Celui qui s'occupe d'elles n'est plus à leurs yeux un homme ordinaire, il prend une situation prépondérante auprès de laquelle rien ne peut entrer en balance. Pour lui elles sont résolues à tout faire, car elles semblent avoir pris une fois pour toutes la résolution de lui obéir aveuglément. »

Janet ne se borne pas à décrire les sentiments particuliers que le malade éprouve pour son médecin, il n'hésite pas à leur attribuer un rôle prépondérant dans l'amélioration des symptômes.

« Je crois que cette pensée persistante de l'hypnotiseur joue un grand rôle dans les phénomènes qui caractérisent la période d'influence somnambulique, et en particulier dans la disparition des accidents et dans le développement intellectuel que l'on constate à ce moment. Chez les sujets qui ne présentent pas cette affection spéciale pour leur hypnotiseur, le somnambulisme n'a guère chez eux aucune influence thérapeutique. »

Dans ce rapport affectif, il voit l'essence même de la suggestion :

« Je crois même que ces phénomènes jouent un rôle considérable dans la suggestion elle-même... Sauf chez quelques sujets très malades qui sont suggestionnés par n'importe qui, la plupart n'obéissent de cette manière qu'à une certaine personne... Ce n'est donc pas uniquement la suggestion qui détermine tous les phénomènes de l'influence somnambulique, ce serait au contraire dans bien des cas cette influence, cette domination de l'hypnotiseur qui déterminerait la suggestion elle-même. »

(1) JANET. *Névroses et idées fixes*, p. 423.

Ainsi la suggestion ne serait pas seulement « l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui » (Bernheim), elle supposerait comme condition essentielle et préalable une sympathie particulière du malade vis-à-vis de celui qui le traite et c'est seulement lorsque celle-ci se trouve réalisée que la suggestion fait son œuvre. Le sujet obéit au médecin comme il obéit à un être aimé. Bleuler a exprimé cette idée en disant : « La suggestion est un processus affectif (1). »

Dans ses remarquables travaux, Janet n'avait en vue que les malades soumis à la cure hypnotique, mais les mêmes considérations s'appliquent quelle que soit la méthode employée dans le traitement des psychonévroses. Si l'hypnotisme est la forme la plus parfaite de la suggestion, celle-ci intervient d'une façon ouverte ou déguisée dans toutes les modalités de la psychothérapie (2), et c'est bien plus la personne du médecin que les raisonnements qu'il tient qui influence les manifestations morbides.

En fait, il suffit de savoir observer pour retrouver, chez les sujets soumis à la cure dite de persuasion, les traits essentiels du tableau si magistralement tracé par Janet.

Le médecin qui les soigne est un être à part qu'ils placent au-dessus de tout et dont ils s'occupent exclusivement. Lui seul sait les comprendre; sa pensée ne les quitte pas. Ils veulent guérir pour lui être agréables. Leur affection envers lui se manifeste de mille manières : rêves, lettres, attentions de toutes sortes, jalousie aussi, car si le médecin est tout pour eux ils veulent aussi être payés de retour et passer avant tous les autres malades.

*
* *

Il n'est pas sans intérêt pour le médecin psychologue de chercher quelle est la nature de ce lien affectif qui est à la base de tout traitement psychothérapique. Janet, parlant « du besoin singulier qu'ont les malades de revoir celui qui les a endormis et de parler avec lui », compare ce besoin à une passion dont les symptômes sont bien connus, la morphinomanie. Mais une autre comparaison ne serait-elle pas plus exacte? Le malade qui désire si ardemment revoir son médecin ne nous fait-il pas songer plutôt à l'amant dont l'unique désir est de se rapprocher de l'être aimé? Un sujet qui ne peut se passer d'une autre personne, qui ne voit le monde que par ses yeux, qui lui obéit aveuglément et n'attend de récompense que de lui, peut-il présenter autre chose que de la passion amoureuse? Si Janet ne voit, entre l'amour sexuel et les phénomènes

(1) BLEULER. *Affektivität, Suggestibilität, Paranoia*, 1906, p. 53.
(2) Ceci ne s'applique pas à la psycho-analyse de Freud.

qu'il a si merveilleusement décrits, qu'une « certaine analogie », c'est que (d'accord en cela avec l'immense majorité des contemporains) il se fait de celui-ci une conception beaucoup trop étroite. L'amour n'est pas seulement ce qui tend à l'acte physique du rapprochement sexuel, son domaine est bien plus vaste, par les éléments qui le composent, par les formes qu'il revêt et surtout par celles derrière lesquelles il se masque, il constitue la personnalité humaine et intervient dans toutes ses manifestations. Freud, dont les travaux sont chez nous ou ignorés ou si injustement décriés, a eu l'immense mérite de le montrer. Compris de la sorte, il y a une incontestable identité entre l'amour sexuel et les phénomènes qui font l'objet de notre travail.

Janet a signalé, en en tirant argument, que les phénomènes d'influence se produisaient aussi bien chez les personnes âgées que chez les jeunes, et chez les hommes comme chez les femmes. Pour qui connaît les travaux de Freud, il n'y a rien là qui puisse faire exclure l'origine sexuelle de ces sentiments.

On s'imagine volontiers que la sexualité est limitée à la période d'activité génitale; qu'elle s'éveille à la puberté et qu'elle s'éteint après un laps de temps variable pour chaque individu, mais qui précède et parfois de longtemps le moment de la régression sénile. Freud a montré combien cette opinion était fausse; la sexualité ne connaît pas d'âge, les manifestations en sont des plus évidentes chez l'enfant même normal, et se poursuivent, avérées ou déguisées, jusqu'à l'âge le plus avancé.

Cette proposition paraîtra à beaucoup exacte en ce qui concerne l'homme, et c'est à lui surtout que, croit-on, s'applique la phrase : « L'âge n'éteint pas le feu des passions. » Elle est tout aussi exacte, bien que d'observation plus difficile, chez la femme. C'est là un sujet que l'on trouve plus volontiers traité par les romanciers (1) que par les médecins. Et il n'y a nullement lieu de s'étonner lorsque l'on voit des femmes, même ayant dépassé l'âge de la maturité, témoigner à leur médecin des sentiments qui ne sont guère différents de ceux de la passion amoureuse. Et cela d'autant plus qu'il s'agit de malades atteintes de psychonévroses; on sait en effet le rôle capital et peut-être unique que joue la sexualité non satisfaite dans la genèse de ces états morbides, nous y reviendrons d'ailleurs dans un instant.

Il paraîtra peut-être plus singulier que les sentiments d'affection éprouvés à l'égard du médecin ne soient pas l'apanage exclusif des femmes, mais, ainsi que Janet l'a expressément signalé, puissent être ressentis avec une égale intensité de la part des hommes au cours de la cure psychothérapique. Janet n'a donné aucune explication de ce phénomène si particulier, qui lui a paru témoigner contre l'origine sexuelle de ces sentiments. C'est à la lumière des travaux de Freud qu'il convient de les interpréter.

Cet auteur a montré qu'avant la puberté l'enfant fixait ses désirs aussi bien sur les personnes du même sexe que sur celles du sexe opposé; qu'en un mot il existait — et cela même à l'état normal — dans la sexualité infantile un élément homosexuel (1). Au moment de la puberté, cet élément entre en régression et le désir sexuel n'a plus en vue que l'acte générateur. Les psychonévrotiques qui cherchent toujours à revivre leurs premières impressions d'enfance conservent, par contre, cette tendance à ne pas fixer exclusivement leurs affections sur les personnes du sexe opposé, mais aussi sur celles du même sexe. Dans notre expérience peu étendue, nous avons pu, chez trois malades soumis à la psycho-analyse (deux hommes et une femme), déceler l'existence d'affections passionnées à l'égard de personnes de leur sexe, passions purement platoniques d'ailleurs, et qu'ignoraient même souvent celui ou celle qui en était l'objet.

Lors donc qu'au cours du traitement le médecin verra apparaître, chez un malade homme, les symptômes que nous décrivions au début et qui, pour être plus rarement observés, peuvent être tout aussi intenses que chez des sujets de l'autre sexe, il en trouvera l'explication dans la fixation sur sa personne des tendances homosexuelles communes à tous les psychonévrotiques, tendances que l'on pourra d'ailleurs également découvrir dans le passé du malade en le soumettant à un procédé d'investigation dont nous parlerons tout à l'heure, la psycho-analyse.

Si nous poursuivons l'analyse des sentiments éprouvés par les malades vis-à-vis de leur médecin, nous y trouvons un nouvel élément qui n'est pas sans importance. C'est le besoin d'être dominé par une volonté plus forte, de se laisser conduire et diriger dans les circonstances les plus futiles de la vie. Janet a signalé le fait chez des malades qu'il hypnotisait, nous l'avons observé nous-même de la façon la plus nette. Une malade, atteinte d'obsessions des plus graves, nous disait : « Je voudrais être hypnotisée par quelqu'un qui puisse me dominer, par Pickman par exemple; je sens alors que j'irais mieux. » Un autre malade, un homme qui présentait une phobie à caractère bien curieux, recherchait la présence d'un de ses camarades « énergique », disait-il; il aimait à recevoir des ordres de lui et voyait alors disparaître ses troubles en partie. Ce besoin de s'humilier, de se plier à toutes les exigences de l'être aimé, ne rappelle-t-il pas ces cas pathologiques dans lesquels la souffrance devient une volupté quand elle est infligée par un être aimé?

(1) Dans un roman paru récemment et intéressant pour le médecin à plus d'un titre, l'auteur met dans la bouche de l'héroïne les paroles suivantes : « Personne n'a jamais proclamé cette grande vérité que la femme, à mesure qu'elle avance en âge, devient de plus en plus femme. Oui, sa féminité va sans cesse en augmentant : la femme mûrit jusqu'au plus profond de l'hiver. » MICHAELIS. *L'Age dangereux* (traduction de Marcel Prévost), p. 103. Balzac a traité d'une façon analogue le même sujet.

(1) Lire, dans *Jean Christophe*, une des œuvres les plus fortes et certainement les plus vraies du roman contemporain, la description, qui ne saurait être surpassée, d'une de ces affections passionnées d'enfants « qui devancent l'amour et qui sont déjà de l'amour ». Dans le livre de Romain Rolland, bien des pages viendraient apporter une confirmation inattendue aux théories de Freud.

Cette tendance se retrouve très souvent dans les psychonévroses, intimement unie d'ailleurs à la tendance contraire, celle où l'on se complaît à faire souffrir celui que l'on aime. *Masochisme* et *sadisme* sont les expressions par lesquelles on désigne ces deux tendances opposées, souvent unies d'ailleurs. Lorsqu'elles sont poussées à l'extrême, elles appartiennent certainement à la pathologie de l'amour et constituent des formes à part de perversions sexuelles; il n'en est pas moins vrai qu'on les retrouve plus ou moins ébauchées comme éléments de l'amour normal et qu'elles peuvent toutes les deux s'exercer sur le médecin.

Ce serait méconnaître la complexité des sentiments éprouvés par le malade si nous nous refusions à y voir encore autre chose que ce qui a été dit jusqu'ici. Bien des sujets éprouveraient plus que de l'étonnement si on leur dévoilait la vraie nature des pensées qu'ils nourrissent à l'égard de leur médecin. Ils protesteraient vivement et sincèrement en disant qu'aucune idée « impure » ne les a jamais effleurés et que leurs sentiments sont faits de vénération et de respect, que le médecin est pour eux un père, un prophète, presque un Dieu (1). Et pourtant, c'est bien encore là de l'amour, mais de l'amour « *sublimé* » (2), c'est-à-dire dépouillé de ses fins égoïstes et transporté sur un autre plan.

*
* *

Nous avons vu quelle était la véritable nature des sentiments d'affection éprouvés par le malade à l'égard du médecin pendant la cure de psychothérapie.

Nous devons nous demander maintenant quelle est leur signification et comment il se fait que leur apparition soit régulièrement suivie d'une amélioration notable des symptômes morbides. Pour cela il nous devient nécessaire d'aborder le grand problème de l'étiologie des névroses, et écartant les conceptions aussi nombreuses que peu satisfaisantes qui ont été proposées, de nous attacher à une seule, celle de Freud, qui va nous donner la solution du problème.

Freud a parfaitement étudié et décrit les phénomènes dont nous nous occupons. Il a montré leur contenu sexuel; enfin, mieux que tout autre, il a pénétré le mécanisme qui préside à leur formation. Les sentiments passionnés témoignés au médecin représentent les désirs anciens du malade devenus inconscients, que celui-ci a *transférés* (3) sur celui qui le traite. Sur lui, le malade transporte l'affection et la haine qu'il a déjà éprouvées pour d'autres personnes. Freud a en effet montré que ce n'étaient pas seulement des sentiments d'affection qui se faisaient jour pendant la cure, mais aussi des sentiments inverses, et il parle d'un transfert positif et

(1) Les sentiments passionnés qu'éprouvent certains sujets pour le prêtre rappellent singulièrement ceux que nous étudions dans ce travail et prêtent aux mêmes considérations.

(2) L'expression est de Freud.

(3) Freud emploie le terme *übertragung* pour désigner l'ensemble des sentiments affectifs déployés sur le médecin pendant la cure. On peut le traduire par « report » ou « transfert ».

négatif; toutefois, celui-ci a moins d'importance, car si le malade éprouve une hostilité persistante pour son médecin il le quitte et la cure prend fin.

La psycho-analyse révélera toute la série des personnes à propos desquelles le malade a éprouvé des sentiments d'amour ou de haine, d'abord celles du passé immédiat : amant, femme, maîtresse, puis les affections de jeunesse (maîtres, amis), et enfin les premières pensées sexuelles à contenu de désir, de violence ou d'angoisse remontant à l'enfance et ayant trait aux parents. Nous touchons ici au cœur même de la névrose. Une analyse approfondie permettra toujours, d'après Freud, de retrouver au cours de l'enfance, chez les malades atteints de psychonévroses, des désirs sexuels sous forme d'amour ou de haine, ou exprimant diverses perversions, désirs ayant comme objets les parents ou les personnes de leur entourage immédiat. Ces désirs sont *réprimés* (1) par le sujet et sont exclus de la conscience, mais la charge émotive qu'ils renferment, ne pouvant s'exercer d'une façon normale, va se porter dans d'autres directions et se fixer sur d'autres objets plus acceptables, soit qu'elle se convertisse en manifestations somatiques (hystérie) ou qu'elle se transforme en phénomènes physiques (obsessions, angoisses, phobies, processus de contrainte). Ainsi, d'après Freud, les symptômes des psychonévroses ne seraient autre chose que des formations de remplacement, que des attitudes de compensation qui prendraient la place des *complexes* (2) douloureux et réprimés. A la base de tout le processus, on note une tendance au *déplacement* (3), à la transformation d'une émotion d'un concept sur un autre moins inacceptable. Ce concept secondaire, investi de l'émotion originale, tient la place du complexe primitif douloureux qui a été réprimé et exclu de la conscience.

Mais ce *déplacement* ou ce *transfert* qui représente un processus de défense ne réussit jamais complètement. L'objet secondaire sur lequel s'est fixée l'émotion primitive ne suffit pas pour la saturer, et il reste toujours une certaine quantité d'émotion libre n'ayant pas eu une issue satisfaisante et qui cherche une occasion pour se fixer. Aussi, voyons-

(1) L'acte de répression que Freud désigne sous le nom de *Verdrangung* est le *primum movens* de la névrose. Une idée est « réprimée » parce que, étant incompatible avec les sentiments et la personnalité du sujet, elle serait douloureusement perçue. La répression d'une idée a pour conséquence l'oubli. Dans la vie ordinaire, il se passe quelque chose d'analogue lorsque nous cherchons à oublier les événements pénibles qui nous sont arrivés. Dans son livre *Ueber Psychoanalyse*, Freud donne l'exemple suivant comme un type de « répression ». Une jeune fille aimait sans se l'avouer le mari de sa sœur; celle-ci mourut après une courte maladie. Près du lit de mort une pensée subite lui traversa l'esprit : « Maintenant il est libre et il peut m'épouser. » Cette pensée fut certainement « réprimée » aussitôt que conçue. La jeune fille présenta des symptômes graves d'hystérie. Freud qui la traitait constata qu'elle avait totalement oublié le vœu égoïste formulé au lit de mort de sa sœur. Lorsque pendant la cure la mémoire lui en revint, elle revécut ce moment avec les signes de l'émotion la plus vive et les symptômes disparurent.

(2) Sous le nom de complexe, Jung désigne un groupe d'idées ayant même contenu et doué d'une forte tonalité émotive : complexe de l'amour, complexe de la haine, complexe de l'or, etc.

(3) *Verschiebung*, suivant l'expression de Freud.

nous les nerveux toujours à la recherche d'objets sur lesquels ils puissent transporter leurs sentiments; les réactions émotionnelles inconsidérées, la sympathie excessive, l'amour ou la haine déployés pour des occasions banales trouvent leur explication dans ce processus.

La psychothérapie, surtout celle entendue au sens de Freud qui ne craint pas de scruter tout le passé sexuel du malade, est éminemment propre à provoquer le transfert sur le médecin des sentiments affectifs antérieurement éprouvés par le sujet.

« Les émotions autrefois réprimées, lorsqu'elles redeviennent conscientes par la psycho-analyse, arrivent en présence du médecin à l'état naissant et cherchent à saturer leur valence sur sa personne. » (Ferenczi.)

Mais ainsi que nous l'avons déjà dit les sentiments éprouvés par le malade à l'égard du médecin ne peuvent être entièrement compris que si on les considère comme une reviviscence des premières impressions infantiles. « Le médecin est un des revenants dans lesquels le névropathe espère retrouver les visages disparus de l'enfance. » (Ferenczi.)

Il est dès lors facile de se rendre compte pourquoi l'affection témoignée au médecin pendant la cure s'accompagnera d'une notable amélioration ou d'une disparition des symptômes de la névrose. Les désirs du malade étant fixés sur le médecin ne cherchent plus à s'exprimer par des manifestations morbides devenues inutiles.

Jusqu'à quel point le malade peut-il bénéficier de l'influence exercée sur lui par le médecin, c'est ce qu'il convient maintenant d'étudier. Sans doute tout d'abord les résultats semblent satisfaisants puisqu'ils se traduisent par la disparition des symptômes antérieurement observés. A y bien réfléchir on ne tarde [illegible] se rendre compte que la réaction émotionnelle éprouvée sur le médecin est inadéquate et que le malade n'a fait qu'échanger un symptôme contre un autre puisqu'il est désormais sous la dépendance de celui qui le traite. Sans doute il est des cas où le bénéfice peut être permanent, le médecin peut conserver son influence, mais au prix de quelles difficultés et de quelle patience! Le plus souvent lorsque la cure a pris fin et que les malades sont soustraits à l'influence du médecin les rechutes se produisent, les mêmes symptômes ou des symptômes équivalents se reproduisent après un temps plus ou moins long. Mais il est des cas où les phénomènes dont nous avons parlé dans ce travail peuvent être pour le médecin la cause de bien des ennuis. L'affection que leur témoignent les malades se change souvent en sentiment inverse : chez les névropathes l'amour est près de la haine et il suffit que le médecin prenne une attitude plus ferme ou qu'il fasse quelques observations pour que celle-ci apparaisse portée au paroxysme. Mais il est un danger plus grand encore ; les hystériques qui prennent le médecin comme objet de leurs désirs sont quelquefois tentées, croyant à la réalité de leurs fantaisies ou de leurs rêves érotiques, de les accuser d'attentats imaginaires et la cure peut avoir un épilogue judiciaire.

La connaissance des faits précédents nous paraît avoir une utilité incontestable. Ils montrent que ce que nous avons appelé le « rapport affectif » est en lui-même un processus aveugle qui a besoin d'être dirigé et contrôlé. Il est bon, croyons-nous, de prévenir les malades lorsque l'on voit leurs sentiments passer une certaine mesure. Une remarque est ici intéressante à faire. Il est possible que le sujet ne se rende pas compte de la nature de l'affection qu'il porte à son médecin, mais cela n'est pas toujours vrai et il en est beaucoup qui ne s'y trompent pas. Cela peut être pour eux une cause de trouble et éveiller des scrupules religieux. Le médecin aura tout intérêt dès qu'il verra que l'attitude du malade change à son égard et qu'il occupe dans ses pensées une place trop exclusive, à l'éclairer sur les sentiments qu'il éprouve, à lui montrer qu'il s'agit là de phénomènes qui font partie intégrante de la cure et dont la durée ne sera d'ailleurs que passagère.

Le rapport affectif doit donc être considéré comme un élément indispensable de la cure de psychothérapie, mais incapable par lui-même de la réaliser. Il sera la condition nécessaire pour permettre à celle-ci de se poursuivre. Mais c'est le traitement psychologique qui seul permettra d'atteindre la névrose, non plus dans telle ou telle de ses manifestations, mais dans son fondement même.

Les symptômes si extraordinaires et en apparence si absurdes que nous voyons se développer au cours de ces états morbides ne sont en aucune façon le produit du hasard ; celui-ci n'existe pas plus dans le monde psychique que dans l'organique, dans celui-ci comme dans celui-là tout est strictement déterminé. On ne guérira pas un nerveux en lui prodiguant les paroles d'espoir et d'encouragement, en lui disant de laisser de côté le passé pour ne considérer qu'un avenir meilleur, en faisant appel à sa raison et à sa volonté. Les psychonévroses ont des causes profondes, elles découlent logiquement de certaines situations, étant données les circonstances elles constituent pour le malade la seule attitude possible.

Le traitement psychologique consistera donc à pénétrer dans la vie intime du sujet, à faire revivre toutes les circonstances du passé qui ont été le point de départ des accidents. Parmi ces circonstances celles qui ont trait au passé sexuel du malade sont les plus importantes ; ce sont même les seules qui comptent si l'on admet la théorie de Freud. La méthode dont celui-ci est l'auteur, la psycho-analyse, a précisément pour but de rechercher dans le passé du malade les diverses expériences sexuelles « réprimées », en particulier les premières manifestations de la sexualité infantile ayant pour objet les parents, de les rendre à nouveau conscientes, de leur restituer la charge émotive qui, ne trouvant pas d'issue d'une façon satisfaisante dans les voies normales, avait cherché un écoulement dans des voies anormales, somatiques ou psychiques constituant ainsi les symptômes de l'hystérie et des autres psychonévroses. Dans ces conditions et dans ces conditions seules on peut espérer une guérison totale et définitive.

BIBLIOGRAPHIE

On consultera avec fruit les travaux de Janet, en particulier « Névroses ou idées fixes » où tout un chapitre est consacré à l'influence somnambulique. A ceux qui voudront s'initier aux théories de Freud nous conseillons de lire avant tout son œuvre cruciale *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Son ouvrage récent *Ueber Psychoanalyse* peut servir d'introduction à la lecture des autres travaux de l'auteur. En ce qui concerne plus spécialement le rapport affectif, nous attirons l'attention sur deux excellents mémoires que nous avons utilisés pour notre travail. Le premier est de Ferenczi, intitulé « Introjektion und übertragung », il a paru dans le *Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen*, 1909, p. 422. L'autre, « The action of suggestion in psychotherapy », a pour auteur le médecin américain E. Jones et a été publié dans *The Journal of abnormal psychology*, janvier 1911. Ferenczi et Jones sont des élèves de Freud.

MÉDECINE PRATIQUE

LES FRACTURES LATENTES DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Jusqu'à ces dernières années, le pronostic des fractures du rachis était regardé comme très sombre, fatal dans la grande majorité des cas, et d'autant plus sûrement que la lésion siégeait dans une région élevée, à cause des lésions de l'axe médullaire. Dans les rares cas de guérison rapportés, la guérison n'était jamais complète et le malade conservait le plus souvent des troubles médullaires plus ou moins marqués et étendus faisant de lui un impotent, voire un infirme (Tuffier et Hallion, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1888, p. 217; — Heurteau, Th. de Paris, 1890, n° 69).

Depuis cette époque, d'une part l'emploi de la radiographie, d'autre part, l'importance que les suites éloignées des traumatismes ont pris depuis la loi sur les accidents du travail, ont permis de reviser les données anciennes.

A côté des fractures du rachis à pronostic sévère, il en existe un nombre assez considérable, à symptomatologie nulle ou très atténuée au début, les fractures *latentes* dont le diagnostic est très difficile sans examen radiographique. L'étude de ces lésions n'est pas négligeable, car la bénignité des symptômes du début ne met pas le malade à l'abri de déformations et de complications graves ultérieures. Or, comme un traitement actif et rationnel, pratiqué dès l'origine, peut enrayer la marche de l'affection, on conçoit l'intérêt qui s'attache à ce diagnostic précoce.

On peut distinguer trois types différents de ces fractures rachidiennes *latentes* qui peuvent d'ailleurs se combiner :

1° *Le tassement des corps vertébraux avec raréfaction osseuse et affaissement ultérieur ou maladie de Kümmel-Verneuil;*

2° *Les fractures du corps et des arcs vertébraux sans symptômes médullaires d'emblée;*

3° *Les fractures apophysaires, fractures des apophyses épineuses et des apophyses transverses.*

Passons-les en revue successivement.

1° *Maladie de Kümmel-Verneuil.* — C'est en 1891, au Congrès de Halle, que Kümmel présenta cinq observations de déformations vertébrales post-traumatiques. Pour lui, il ne s'agit pas d'une fracture d'un corps vertébral, mais bien de troubles de nutrition de l'os consécutifs à une compression lors d'un traumatisme antérieur.

L'année suivante, Verneuil présenta à l'Académie de médecine (27 sept. 1892) une observation analogue, mais qu'il interprète très différemment comme l'indique le titre même de sa communication « Fracture de la colonne vertébrale, par cause musculaire, longtemps méconnue et révélée par l'apparition de douleurs névralgiques en ceinture et d'une gibbosité tardive ». Depuis, les travaux se sont multipliés sur la question. En Allemagne, il faut citer les noms de Heule, Kaufmann, Mickulicz, Virchow et Recklinghausen, Heidenhain, etc. En France, on trouve comme travaux d'ensemble les thèses de Godonèche (Paris 1897), Chappat (Th. de Nancy, 1905), les articles de Kirmisson (*Revue d'orthopédie*, 1896, p. 481), de Grisel (*Revue d'orthopédie*, 1907, p. 167), de Redard (*Congrès international des accidents du travail*, Rome 1909, et *Revue clinique*, mars 1910, n° 3), de Imbert et Vial (*Presse méd.*, 5 juillet 1911, p. 561), de Pauchet (*La Clinique*, 8 sept. 1911, n° 36, p. 572).

L'affection présente cliniquement trois stades bien distincts. Le malade est l'objet d'un traumatisme mettant en jeu les deux grands mécanismes des fractures rachidiennes : le tassement (chute sur les ischions, chute sur la tête, poids tombant sur la nuque, sur le dos) ou l'arrachement (contraction musculaire violente pour éviter une chute, un faux pas, soulever du sol une lourde charge).

Mais si la nature du traumatisme est la même que dans les fractures du rachis, son intensité est en général moindre et parfois minime (cas de Grisel, enfant de six ans tombant sur le dos de sa hauteur).

Sur le moment même, le malade ressent une douleur plus ou moins vive au point lésé, parfois assez forte pour qu'il perde connaissance. Puis, pendant quelques jours, il ne peut marcher, il est obligé de garder le lit. On le trouve le dos courbé en avant, pouvant le redresser sans de grandes douleurs. L'examen ne révèle aucune gibbosité appréciable, mais on note souvent des réflexes rotuliens exagérés et des troubles sphinctériens passagers.

Après quelques jours de repos, les symptômes s'amendent, le malade se lève et va à ses occupations. Il est entré dans la deuxième période, latente, le « frei interwall » des Allemands qui dure en général quelques semaines, mais peut atteindre quatre à six mois (Grisel). C'est alors qu'apparaissent les nouveaux troubles qui constituent la troisième période. Le blessé se plaint de raideur du tronc, de douleurs dans le dos, de crises de névralgies en ceinture, de troubles sphinctériens. L'examen révèle alors la présence d'une inflexion rachidienne avec saillie angulaire médiane. La pression sur le sommet de la gibbosité réveille une douleur très nette.

A la région dorsale, on peut trouver une gibbosité irrégulièrement arrondie, et, exceptionnellement, une incurvation latérale avec rotation vertébrale (cas de Grisel). On peut trouver tous les troubles sensitivo-moteurs que produit la compression radiculaire. Dans un seul cas (cas de Bourdon), on a relevé de la compression médullaire.

La nature de cette affection a été l'objet de longues discussions.

Au début, en Allemagne, arguant de l'absence de déformation primitive, on n'admettait pas la présence d'une fracture initiale et la maladie était considérée comme un trouble trophique par compression osseuse ou nerveuse (hématorachis, etc.). Actuellement, que la radiographie a permis de constater la présence de la fracture primitive, on est revenu à la conception de Verneuil : le tassement traumatique d'un corps vertébral. Quant aux lésions secondaires d'inflexion rachidienne, d'affaissement, après en avoir cherché l'explication dans des troubles trophiques d'origine nerveuse (analogie avec les lésions vertébrales dans le tabes) ou inflammatoire (analogie avec les rigidités vertébrales, les spondyloses), on est revenu à la conception plus simple de l'évolution habituelle, scléreuse, du cal des fractures et de la décalcification progressive que l'on observe souvent au niveau des os frappés par un traumatisme antérieur. Le diagnostic de l'affection est souvent délicat et prend une importance capitale s'il s'agit, comme c'est le plus souvent le cas, d'un accident du travail.

Ce diagnostic se posera à deux périodes, à la première et à la troisième période.

On comprend l'intérêt qui s'attacherait à la possibilité du diagnostic dès le début, car avec un traitement énergique et prolongé (repos au lit, immobilisation dans un corset plâtré, reprise très tardive d'un travail sérieux pouvant causer une fatigue vertébrale), on peut obtenir la formation d'un cal solide et prévenir la déviation consécutive. Or, à cette période, le diagnostic n'est jamais fait. On se contentera de poser l'étiquette de lumbago, de contusion ou entorse vertébrale, si on ne fait pas rentrer le cas dans la vaste et commode classe des épines hystériques, du « railway spine ». Et la tendance du médecin, et encore bien plus de la compagnie d'assurances, ne sera-t-elle pas d'encourager le malade à se lever et à reprendre le plus tôt possible son travail. On le conduit ainsi par le chemin le plus sûr à une infirmité définitive et à une incapacité permanente que MM. Imbert et Vial n'estiment pas à moins de 25 à 50 p. 100, susceptible, il est vrai, de revision. Or, le diagnostic à cette période n'est possible qu'au moyen de la radiographie, d'épreuves répétées (Grisel) et au besoin stéréoscopiques.

A la troisième période, le problème se pose d'une façon différente. La lésion rachidienne n'est pas douteuse, mais s'agit-il bien d'un tassement traumatique avec inflexion rachidienne consécutive, ou bien d'un mal de Pott qui, dans le cours de son évolution naturelle, a subi un traumatisme, lequel a pu plus ou moins accélérer son évolution? La bénignité du traumatisme peut être invoquée en faveur du mal de Pott, mais il faut se rappeler qu'un traumatisme peu violent peut aussi devenir le point de départ de la maladie de Kümmel-Verneuil. L'apparition d'un abcès froid trancherait la question, mais tous les maux de Pott n'ont pas d'abcès froid. C'est encore la radiographie qui permettra de trancher le différent de façon indiscutable.

2° Dans la deuxième classe des fractures latentes de la colonne vertébrale se groupent les *fractures du corps et des arcs vertébraux ne s'accompagnant pas*, AU DÉBUT, *de signes médullaires.*

L'importance capitale des troubles nerveux dans les fractures du rachis a tellement attiré l'attention des médecins qu'on concevait difficilement une fracture rachidienne en dehors de leur présence. Cependant, à la suite des communications de Sonnenburg (*Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 4, p. 61; n° 6, p. 121; n° 12, p. 263, et *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1892, p. 395), Lejars publia, en 1894, une Revue générale (*Gaz. des hôpit.*, 2 juin, n° 64, p. 593) sur la curabilité des traumatismes du rachis où il admet une variété sans signes de fracture et sans signes médullaires au début, et pouvant présenter par la suite des accidents médullaires très graves. Si une partie de ces accidents peut revenir à l'hématorachis, à la contusion ou commotion médullaire (voir Duménil et Petel, *Arch. de neurol.*, t. IX; — Gombault et Wallich, *Arch. gén. de méd.*, avril-mai 1889; — Schmaus, *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, Bd. XLII, p. 113; — Chipault, *Etudes de chirurgie médullaire*, Alcan, 1893, t. II), la radiographie est venue démontrer que nombre de ces cas sont des fractures vertébrales parfois étendues, méconnues au début et non traitées. Il en résulte, par la suite, soit des déplacements avec compressions médullaires rapides ou même brusques, soit des inflexions rachidiennes lentes.

A mesure que l'exploration radiographique se vulgarise, des cas semblables sont publiés, de plus en plus nombreux.

Certains auteurs ont pu en observer personnellement un nombre considérable si l'on se rappelle la rareté générale des fractures du rachis (de 0,5 à 1 p. 100 de toutes les fractures).

A quelques mois de distance, F. J. Cotton a vu 3 cas de ces fractures latentes (*Surg. gyn. and obst.*, mai 1911, n° 3, vol. XII, p. 295), et, pour les fractures des vertèbres cervicales seules, Sonnenburg, Madelung ont pu en observer chacun 7 cas en quelques années, et en deux ans Bœckel en a relevé 5 cas dans les hôpitaux de Nancy, dont 3 dans le service du professeur Gross.

C'est dans les régions où le canal rachidien est le plus large que la moelle échappe le plus facilement à la compression dans les fractures, donc au cou et aux lombes, encore plus au niveau des dernières lombaires où l'on ne trouve que la queue de cheval. Si, pour la région lombaire, aucune étude d'ensemble de ces fractures n'est encore parue, pour la région cervicale nous possédons la magistrale étude que J. et A. Bœckel viennent de faire paraître dans la *Revue de chirurgie* (juin, juillet et août 1911). Ce travail très complet, dont nous ne pouvons donner que les grandes lignes, est basé sur l'étude de 95 observations de fracture des vertèbres cervicales sans symptômes médullaires. Nous pouvons y ajouter une observation de J. Cotton (Loc. cit.) et une autre de Taylor (*Ann. of surg.*, fév. 1911, t. IV, n° 2, p. 268-291).

Les fractures des corps vertébraux reconnaissent rarement pour cause un choc direct (1), le plus souvent il s'agit d'hyperflexion ou d'hyperextension de la colonne cervicale dans une chute ou par le choc d'une lourde charge.

Les vertèbres le plus souvent atteintes sont les dernières, au point où la colonne cervicale mobile rencontre la colonne dorsale plus fixe. Il s'agit parfois de fractures partielles, mais souvent de fractures complètes, multiples même, et compliquées de subluxations. J. et A. Bœckel citent 4 cas de ces lésions multiples, et dans l'un on trouvait à la fois une fracture des corps des quatrième, cinquième, sixième vertèbres cervicales avec luxation bilatérale de la quatrième et cinquième, fracture de l'axe postérieur de la sixième et luxation complète de la sixième en avant, luxation de l'apophyse articulaire entre la sixième et la septième vertèbre cervicale; néanmoins on n'observait aucun signe de compression médullaire.

Toutes les formes de fractures peuvent être observées.

Les fractures de l'atlas et de l'axis fournissent des cas analogues, et J. et A. Bœckel en rapportent 16 observations avec des fractures étendues du corps de l'atlas, de l'axis, de l'apophyse odontoïde, subluxation des fragments les uns sur les autres, lésions qui ont pu exister au début sans occasionner de troubles médullaires.

Les symptômes de ces fractures sont variables à l'infini comme leurs modalités, mais, voici, en général, comment se passent les choses. L'accident s'est produit, le malade, quelquefois seulement étourdi par le choc, ne perd pas connaissance, le plus souvent cependant on observe des phénomènes de commotion plus ou moins prononcés et prolongés. Lorsqu'il est revenu à lui, il se plaint d'une douleur violente dans le cou, exaspérée par les mouvements, le transport du blessé, la pression sur le cou, s'irradiant vers la nuque, le bras, les épaules.

La tête est immobilisée en flexion directe ou latérale, quelquefois en extension forcée, les malades cherchent instinctivement à la soutenir avec leurs mains. Tous les mouvements de la tête sont supprimés dans la fracture des deux premières vertèbres, tandis que la rotation est conservée dans une certaine étendue dans les fractures des autres vertèbres. L'examen révèle le plus souvent, sauf dans les cas de fracture de l'atlas et de l'axis, la présence d'une gibbosité. L'inflexion du rachis, au niveau du siège de la fracture, se traduit par un écartement en éventail des apophyses épineuses, et le sommet est formé par l'apophyse de la vertèbre brisée. En ce point la pression réveille le maximum de la douleur. L'exploration digitale de la paroi postérieure du pharynx peut révéler la saillie anormale de l'un des fragments, depuis la première

(1) Nous ne pouvons citer que pour mémoire les fractures par armes à feu dont J. et A. Bœckel ont réuni 15 observations et qui forment une variété bien distincte.

jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale. Parfois cette saillie peut entraîner des troubles de la déglutition, exceptionnellement (Sonnenburg) de la respiration. On note souvent des fractures concomitantes des côtes ou la fracture transversale du sternum (Kocher).

Il semble, d'après ces données, que le diagnostic de la lésion soit relativement facile. Et cependant, sur 20 cas de fracture du corps des cinq dernières vertèbres cervicales réunis par J. et A. Bœckel, le diagnostic n'a été fait, avec des réserves, que dans 4 cas, plus rarement encore dans les fractures de l'atlas et de l'axis. Elles ont été, le plus souvent, étiquetées entorses ou contusions, uniquement parce que l'on ne pouvait pas supposer que de tels délabrements osseux pouvaient exister sans lésions médullaires.

La radiographie est ici indispensable et viendra montrer de façon indiscutable les lésions, permettant de distinguer les fractures des luxations ou la combinaison des deux lésions. Il suffit de regarder les fort belles radiographies reproduites dans le travail de J. et A. Bœckel pour comprendre la précision que peut offrir alors le diagnostic. Pour l'atlas et l'axis, la radiographie devient fort difficile. On obtient cependant des épreuves satisfaisantes en plaçant la tête en hyperextension ou en exécutant la radiographie instantanée la bouche ouverte (Tuffier, *Soc. de chir.*, séance du 1er juin 1910).

Ce diagnostic précoce a une importance capitale, car une fois posé et le traitement institué (immobilisation complète au lit avec une minerve, exceptionnellement suture osseuse comme dans les cas de Hadra et de Cotton), la guérison peut être obtenue en quelques semaines ou quelques mois.

Non traitée, la lésion peut entraîner des complications précoces ou éloignées. Les premières sont d'une gravité redoutable, c'est parfois la mort subite ; dans d'autres cas des paralysies multiples se produisant brusquement ou progressivement et finissant par entraîner la mort.

Les malades qui ont pu échapper à ces accidents peuvent voir apparaître plus tard des compressions radiculaires ou médullaires résultant de la formation de cals volumineux, d'inflexions par raréfaction osseuse, par spondylite traumatique comme dans la maladie de Kümmel-Verneuil, accidents qui peuvent être mortels et, en tout cas, font d'eux des infirmes.

La statistique de J. et A. Bœckel est particulièrement probante pour la nécessité absolue de ce diagnostic précoce par la radiographie : 31 cas de fractures cervicales (atlas et axis, 14 ; vertèbres de la troisième à la septième, 17) observées et traitées depuis la radiographie n'ont pas fourni un seul décès, alors que 36 cas datant d'avant la radiographie (atlas et axis, 17; vertèbres de la troisième à la septième, 19) ont occasionné 22 décès, soit 63,8 p. 100 de mortalité.

Enfin, il est facile de comprendre l'importance que prend dans les accidents du travail la reconnaissance d'une affection qui, traitée à temps, guérit presque sûrement, ne laissant qu'une impotence minime, tandis que si elle passe inaperçue elle entraîne la mort dans plus de la moitié des cas, et fait des survivants des estropiés incapables de tout travail.

3° Le troisième groupe des fractures latentes de la colonne vertébrale comprend les *fractures isolées des apophyses*.

Les *apophyses épineuses* peuvent présenter quelquefois des fractures isolées soit par choc direct, et alors elles se produisent en un point quelconque du rachis, soit par contraction musculaire. Dans ce dernier cas, c'est presque toujours entre la sixième vertèbre cervicale et la quatrième vertèbre dorsale que porte la fracture, et surtout sur la septième vertèbre cervicale. Il s'agit soit d'un mouvement violent d'hyperextension de la tête, soit plus souvent de l'action de soulever un lourd fardeau avec les bras (terrassiers, porteurs). Saüer a bien montré que, dans cette action, la charge tend, par l'intermédiaire du bras, à déplacer l'omoplate en avant et que, pour résister à cette force, une violente contraction des muscles qui fixent l'omoplate à la colonne vertébrale (trapèze, rhomboïde) était nécessaire. Ces deux groupes musculaires ne s'insèrent au même niveau sur la colonne vertébrale que de la septième vertèbre cervicale à la sixième vertèbre dorsale, c'est la région qui subit le maximum d'effort. L'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, plus longue, plus mince, est la plus fragile ; c'est elle qui cédera le plus souvent.

L'ouvrier ressent alors une douleur subite, accompagnée parfois d'un petit craquement dans la nuque, douleur irradiée dans le dos et les bras, assez vive pour l'obliger à cesser le travail. Elle s'exagère dans la flexion du tronc en avant; l'attitude cambrée la soulage au contraire. Pour rechercher le déplacement du fragment, il ne faut pas, ainsi que Saüer et Kirmisson l'ont montré, pratiquer l'examen debout, car instinctivement le malade contracte les muscles du dos et de la nuque, et le fragment fixé, immobilisé, ne sera pas perçu. Il faut, le malade étant couché, glisser la main sous sa nuque en lui recommandant de bien se laisser aller et reposer dessus. On sentira alors, au niveau de la vertèbre fracturée, une dépression, et, sur le côté, le fragment d'apophyse épineuse que l'on peut mobiliser, en produisant parfois de la crépitation.

La guérison guérit d'elle-même assez rapidement; en trois ou quatre semaines le blessé est en état de reprendre son travail. Mais la formation d'un cal est l'exception.

Dans certains cas, le blessé ne recouvre pas l'intégrité de ses mouvements, le fragment a pu se fixer en position vicieuse et détermine des douleurs dans les mouvements de la nuque et des bras.

Le diagnostic sera facile si l'on songe à la possibilité de cet accident qui doit être le plus souvent étiqueté entorse, rhumatisme musculaire, rupture musculaire. J. et A. Bœckel pensent que le « mouton » des terrassiers (Bourguignon, Th. de Paris, 1875), attribué à une déchirure des muscles cervicaux profonds, survenant dans l'action de lancer de lourdes pelletées dans les tombereaux, doit bien souvent comprendre des cas de fracture des apophyses épineuses. La vérification du diagnostic est facilement obtenue par la radiographie.

Le traitement se borne à prescrire le repos en décubitus dorsal et le massage. On n'interviendra qu'au cas où la situation du fragment amènerait des complications (pénétration dans le canal rachidien entre les muscles).

Les *apophyses transverses* peuvent aussi être le siège de fracture isolée. On peut en citer quelques cas à la région cervicale : Grümbell (apophyse transverse de l'axis), Fayrer (sixième cervicale), Stolper (septième cervicale), Taylor (septième cervicale). Mais la lésion présente son siège habituel à la région lombaire, formant un type clinique très particulier.

Cette lésion est certainement fréquente car, si quelques cas isolés ont été seulement publiés avant 1908 (Kalthöner, 1891 ; Goskynski, 1897 ; Thomsen, 1902), depuis trois ans un grand nombre d'observations ont paru : Ehrlich et Payr (2 cas), Alben Schömberg, Kohler, Conrad (2 cas), Hoffmann (2 cas), Hagland (6 cas personnels en six ans), Lange (2 cas). En France, nous pouvons citer 2 cas de Gallez (*Semaine méd.*, août 1909), 2 cas de Tanton (*Revue de chir.*, déc. 1909), 1 cas de Douarre (*Arch. d'électricité médicale*, 25 mai 1911).

La fracture siège le plus souvent sur les premières lombaires; cependant c'est à tort qu'Ehrlich pensait que la cinquième vertèbre lombaire n'était jamais atteinte, car elle figure dans 3 observations (2 cas de Tanton, 1 cas de Lange). La fracture peut ne porter que sur une seule vertèbre, mais le plus souvent elle intéresse deux ou trois apophyses transverses et même la douzième côte (Douarre, Hoffmann, etc.).

Quelquefois il s'agit d'une fracture par choc direct, coup violent ou chute d'un corps pesant, bien que dans ces cas on puisse aussi invoquer la contraction musculaire par suite de l'effort violent, instinctif, fait pour se rejeter en arrière (obs. de Gallez, de Douarre). Le plus souvent, il s'agit d'arrache-

ment musculaire par la mise en tension brusque du psoas, du carré des lombes et des rotateurs de la colonne vertébrale. Ce qui le prouve, c'est qu'elle se produit surtout chez des hommes jeunes, bien musclés; c'est parfois la nature même du traumatisme : le malade d'Hoffmann poussait un charriot pesamment chargé, un des malades de Lange essayait de soulever du sol un colis très lourd; c'est enfin la multiplicité des apophyses atteintes.

Il se produit une douleur vive, d'abord assez diffuse, puis peu à peu nettement localisée à la région atteinte, avec irradiations coccygienne, sciatique, abdominale.

Réveillée par la pression, elle s'exagère par tous les mouvements de la colonne vertébrale : rotation, inflexion en avant, et surtout l'inflexion latérale du côté opposé. La contraction musculaire de défense entraîne une scoliose à concavité du côté malade, attitude qui peut devenir permanente. Le malade se tient couché sur le dos ou sur le côté, en chien de fusil, dans l'attitude qui relâche le psoas. Le décubitus ventral est impossible et provoque de vives douleurs. Debout, toute la colonne lombaire est immobile, et si on lui fait ramasser un objet à terre il le fait en fléchissant les genoux comme un pottique. Rarement on note des troubles sensitifs.

Nul doute que ces fractures, le plus souvent méconnues, n'expliquent certains lumbagos traumatiques persistants, cause fréquente de litige en cas d'accident du travail.

Le diagnostic est possible en se basant sur la localisation des points douloureux, la douleur provoquée par l'inflexion du côté opposé; mais il sera dû surtout à l'examen radiographique. Douarre met en garde contre l'erreur qui consisterait à prendre pour un fragment d'apophyse transverse une côte snpplémentaire ou rudimentaire lombaire (Forsell, 7 cas sur 200 radiographies de colonnes lombaires, *Congrès de Bruxelles*, 1910).

Le traitement consistera dans l'immobilisation dans le décubitus dorsal prolongé aussi longtemps que la douleur et la contracture persisteront. On ne sera autorisé à intervenir pour extirper ces fragments qu'en cas de déviation permanente du rachis ou de douleurs tenaces par compression nerveuse.

Nous insisterons encore, en terminant, sur l'importance de la radiographie pour le diagnostic de ces fractures rachidiennes latentes. Son emploi devrait être systématique dans tous les cas de traumatisme rachidien de quelque importance, en particulier dans les accidents du travail. On verrait ainsi diminuer considérablement le nombre des impotences permanentes qui sont la conséquence de l'absence de traitement, et les compagnies d'assurances qui se montrent, contre leur intérêt véritable, si parcimonieuses des examens radiographiques, verraient le nombre des rentes qu'elles ont à allouer aux blessés décroître parallèlement. M. LANCE.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

TROISIÈME QUESTION

LES DIURÉTIQUES

Premier rapport.

La diurèse et les agents diurétiques. — M. HENRIJEAN (de Liége) s'excuse de présenter un travail expérimental incomplet.

L'étude des diurétiques est liée intimement à celle de la sécrétion urinaire normale. Mais il y a une question primordiale à résoudre : la sécrétion urinaire est-elle une filtration, phénomène passif, ou une sécrétion vraie, phénomène actif ?

La fonction des reins est :

1° Le maintien constant de la pression osmotique du sang;

2° L'élimination des produits de destruction des matières albuminoïdes ainsi que de substances étrangères.

Par conséquent, a priori, le rôle du rein n'est pas exclusivement sécréteur. Il ne possède pas non plus une fonction banale de filtre.

La circulation joue un rôle important dans la formation quantitative et qualitative de l'urine.

Les diurétiques interviennent :

Soit en modifiant la pression osmotique du sang;

Soit en agissant sur la pression hydrostatique;

Soit en agissant sur la sécrétion propre du rein.

L'auteur donne une série de tableaux expérimentaux portant sur dix-sept expériences. Il a injecté à des chiens de la théocine, de l'urée, du chlorure de sodium, du sulfate de soude seuls ou mélangés.

Il conclut que tout d'abord le rein a pour fonction de maintenir constante la teneur du sang en sel, c'est-à-dire son point cryoscopique.

La *théocine* augmente l'élimination du sel, probablement en modifiant les membranes à travers lesquelles elle doit passer.

L'*urée* ne paraît pas avoir une action analogue.

Le *chlorure de sodium*, introduit rapidement en grande quantité, modifie le point cryoscopique. Les membranes par lesquelles se fait l'osmose et qui sont des colloïdes voient leurs propriétés profondément modifiées par l'action des cristalloïdes (chlorure).

On conçoit très bien que l'administration d'un diurétique qui produirait une élimination plus considérable d'eau que de substances dissoutes puisse troubler un équilibre encore compatible avec la vie et déterminer des phénomènes graves, par exemple de l'urémie.

L'équilibre osmotique des solutions de l'organisme dépend vraisemblablement des modifications encore peu connues des membranes depuis celles qui entourent les organes excréteurs jusqu'à celles des parois vasculaires.

Deuxième rapport.

M. A. MAYOR (de Genève). La fonction urinaire a un double rôle :

1° Régulateur de l'équilibre des humeurs;

2° Protecteur parce qu'éliminateur des substances toxiques.

Quand le rein est malade, il y a donc accumulation dans l'organisme et de liquide et de poisons. La diurèse qui aura pour but d'y remédier sera donc, suivant le cas, ou *déplétive* ou *désintoxicante*. Accessoirement elle *diluera* des urines trop concentrées.

Il importe auparavant d'étudier le mécanisme physiologique de la sécrétion urinaire et les principales théories qui ont tenté de l'expliquer.

Il est indiscutable que c'est le *glomérule* ou peloton vasculaire qui joue un rôle primordial. On discute uniquement sur la composition du liquide glomérulaire primitif par rapport à l'urine définitive qui s'accumule dans le bassinet.

Le facteur circulatoire qui peut favoriser la diurèse n'est point la *surpression glomérulaire* (exemple ligature de la veine rénale), mais l'*accélération du courant sanguin* dans le peloton vasculaire. Cependant une certaine *augmentation de la pression* (40 milligrammes de Hg) avec *vaso-dilatation notable* est nécessaire.

Pour ce qui est de définir le rôle sécréteur de chacun des départements du lobule rénal, les opinions divergent et les théories abondent. Ce sont toujours, mais renaissant sous la forme nouvelle que leur procurent les dernières données scientifiques, plus ou moins rajeunies par conséquent, les vieilles théories de *Ludwig* ou de la filtration totale avec ré-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814.

sorption ultérieure, et de *Bowmann-Heidenhain* ou de la sécrétion pure et simple.

Qu'il s'agisse de la théorie de *Koranyi*, où seul d'entre les sels de l'urine le chlorure de sodium filtre au glomérule, de la théorie osmotique de Tammann, de la théorie de Frey, de celle de Johannes Bock, il y a un élément d'hypothèse invérifiable qui empêche jusqu'alors l'adoption d'une de ces théories à l'exclusion des autres.

Toute théorie de la diurèse représente un système où l'hypothèse apparaît à chaque ligne, et l'hypothèse impossible à vérifier directement. Or, pour exposer scientifiquement les actions thérapeutiques des médicaments, il faut en connaître les actions physiologiques (pharmacodynamiques). Et ces dernières exigent, pour être sûrement analysées, que le phénomène physiologique qu'elles influencent soit connu dans son essence.

Force est donc de partir du problème clinique qui permet, dans une certaine mesure, de donner une explication scientifique suffisante de l'emploi des diurétiques.

A. La diurèse déplétive. — C'est celle qui recherche la résorption des œdèmes. Ceux-ci sont ou d'origine mécanique ou d'origine osmotique.

Le type des œdèmes mécaniques est celui dû à l'insuffisance cardiaque lorsqu'il s'agit d'une asystolie récente. On doit lui opposer le toni-cardiaque idéal, la *digitale*. Ce médicament provoque la diurèse en accélérant le courant sanguin au glomérule. Cette accélération provient, d'une part du relèvement de l'énergie des contractions cardiaques, d'autre part de ce que les artères rénales demeurent ouvertes, tandis qu'à l'opposé, celles des autres réseaux, particulièrement celles des viscères abdominaux, tendent à réduire leur calibre, et de ce fait à provoquer un relèvement de la pression aortique. Enfin, l'action vaso-motrice de la digitale produit une amélioration de la circulation périphérique qui va aider à la résorption des œdèmes.

Du fait de cette circulation activée, le sang récupère, au fur et à mesure des besoins créés par la déplétion rénale, le liquide nécessaire à empêcher sa concentration.

Une fois le cycle constitué, il serait fort possible qu'entrât en jeu une nouvelle incitation à la diurèse, incitation portant sur la cellule. Ainsi se trouverait assurée une *diurèse cellulaire*, complémentaire de la diurèse cardio-vasculaire de la digitale et mise en train par elle.

Succédanés de la digitale. — La digitale compte un certain nombre de succédanés dont les propriétés cardio-vasculaires sont semblables aux siennes propres mais qui, lorsque leur chef de file semble avoir épuisé ses moyens, sont capables de ramener la diurèse.

C'est que toutes ces substances contiennent des éléments irritants et leur action dérivative provoquent la diurèse. A côté de leur action myocardo-vasculaire, de leur influence dérivative sur l'abondant lacis des organes digestifs (congestion intestinale), certains de ces succédanés ont une action diurétique cellulaire directe.

Ainsi le *strophantus* peut être irritant (albuminurie, hématurie); la *scille* agit par sa *scillotoxine*.

Citons aussi l'*extrait hypophysaire* qui jouit de la propriété d'augmenter notablement la pression sanguine, agissant moins brusquement que l'adrénaline et est en outre diurétique.

Comme la scille, le *calomel* provoque aussi une diurèse d'origine irritative, avec une dérivation abdominale. On donne pendant trois jours 20 centigrammes de calomel, deux à trois fois par jour. Cette cure doit être réservée aux personnes chez lesquelles tout a été préalablement tenté et sans succès (par exemple cirrhose d'origine cardiaque).

Les sels diurétiques. — L'action diurétique des sels semble devoir être attribuée presque exclusivement à leurs propriétés physiques. Ils agissent par hydrémie.

Les *sulfates alcalins* sont des plus actifs; injectés dans les veines, ils agissent très énergiquement; mais si on les fait ingérer ils seront d'excellents purgatifs sans pouvoir diurétique.

Les *phosphates*, les *tartrates*, les *citrates* méritent les mêmes remarques.

Mais en pratique on recherche surtout la diurèse par les *chlorures*, les *carbonates*, les *nitrates*, les *acétates*.

Les œdèmes d'origine osmotique sont dus à la rétention dans l'organisme de substances qui, s'y accumulant, retiennent l'eau nécessaire à leur maintien en solution isotonique. C'est le chlorure de sodium, régulateur de la tension osmotique, qui joue le rôle essentiel, sinon dans la genèse, du moins dans la constitution de ces œdèmes. Il n'y a qu'à restreindre l'apport du sel pour voir les hydropisies se résoudre. Pour ce, deux pratiques sont nécessaires :

1° Pratiques diététiques : c'est le régime achloruré ;

2° Pratiques médicamenteuses et physico-mécaniques. Ce sont : *a.* les médicaments dérivant du groupe des bases xanthiques : *caféine*, *théobromine* (diurèse lente à s'établir et lente à s'éteindre), *théophylline*; *b.* l'*urée*; *c.* les *diurétiques sucrés* dont le type est la lactose et qui n'ont pris, par la voie gastrique, « aucune action diurétique » (Fleig); *d.* la *saignée* générale ou lombaire; *e.* la *décapsulation des reins*; *f.* la *néphrotomie*; *g.* les *bains chauds* quand leur degré thermique n'est point assez élevé pour abaisser la pression, et surtout quand on les fait suivre d'un enveloppement qui constitue, pour le malade, un milieu proche de la température indifférente.

B. La diurèse désintoxicante. — Elle doit agir :

1° Contre les *poisons exogènes* (Hg, Fe, Pb, Ai, As, Sb, Ph) qui réalisent des intoxications professionnelles, médicamenteuses, alimentaires ou accidentelles.

On conseille alors les boissons abondantes : régime lacté, tisanes diurétiques (chiendent, stigmate de maïs, etc.). Ce faisant, on procède par lavage.

Il faut aussi faire intervenir d'une façon intermittente les bases xanthiques, surtout la théobromine.

2° Contre les *déchets des actes vitaux physiologiques* retenus par un rein malade. C'est le cas d'employer la théobromine. On se trouvera bien aussi de l'opothérapie rénale (Renaut) et de l'injection du sang retiré de la veine rénale d'animaux sains (J. Teissier).

3° Contre les *auto-intoxications diathésiques* (uricémie). Ici on se trouvera bien de l'emploi de certaines amines (piperazine, urotropine ou formine, helmitol) et surtout des *cures hydrominérales*. Celles-ci se divisent en deux groupes : les cures de lavage et les cures alcalines. La cure de fruits, par le fait de la transformation des sels végétaux en carbonates opérée par l'organisme, donne à peu de chose près les effets des eaux alcalines.

4° Contre les *poisons des maladies infectieuses*. Parmi les traitements qui ont donné des résultats excellents se trouvent la balnéation froide ou tiède (fièvre typhoïde, bronchopneumonie infantile) et l'injection intraveineuse ou sous-cutanée de solutions salines isotoniques.

C. La diurèse de dilution et la diurèse antiseptique. — La première sera à employer dans la lithiase pour éviter les précipitations calculeuses. Ce sont surtout les eaux alcalino-terreuses (Evian, Vittel, Contrexéville, Wildungen, etc.), les eaux chargées en sels alcalins qui seront recommandées. De même les cures de fruits.

La diurèse antiseptique est une diurèse de dilution à laquelle on ajoute les antiseptiques urinaires, agissant soit chimiquement : *urotropine*; soit chimiquement et physiquement : *tisane d'uva ursi* produisant de l'arbutine et du phénol; *térébenthines* très irritantes mais dont l'action antiseptique est due à l'acide résineux qu'elles contiennent.

(*A suivre.*) Fernand Lévy.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1911)

Ictère grave, d'origine hémolytique, dû au bacillus perfringens. — MM. F. WIDAL, A. LEMIERRE, P. ABRAMI et L. KINDBERG rapportent l'observation d'une malade, atteinte de septicémie puerpérale à bacillus perfringens et chez laquelle se développa un ictère grave typique qui, en trois jours, aboutit à la mort.

Il était naturel de penser que ce syndrome était sous la dépendance d'une lésion infectieuse du foie et qu'il s'agissait d'un ictère grave hépatogène. Or il n'en était rien. L'étude très complète de cette malade a montré qu'il s'agissait d'un ictère grave hémolytique, avec destruction si massive des globules rouges qu'il y avait hémoglobinémie intense et hémoglobinurie. Les caractères cliniques et hématologiques de l'ictère étaient ceux des ictères hémolytiques Le foie était en parfaite intégrité.

Enfin l'étude expérimentale du bacillus perfringens isolé, pendant la vie, du sang et du liquide céphalo-rachidien, a permis de reproduire à la fois, in vitro, les deux stades du processus : l'hémolyse et la biligénie pigmentaire. L'inoculation a provoqué chez les animaux des phénomènes d'hémolyse intravasculaire.

Ostéomalacie ancienne. Tuberculose d'inoculation récente à localisations gommeuses et osseuses multiples, avec fracture spontanée. — M. André LÉRI présente une malade intéressante à deux points de vue :

1° A la suite d'une piqûre accidentelle au pied droit, elle a eu à ce pied des abcès qui se sont terminés par de larges ulcérations chroniques; puis elle a eu deux larges gommes sous-cutanées au niveau du fémur gauche, gommes dont l'une a régressé et presque complètement disparu ; elle a eu ensuite une gomme suppurée de l'avant-bras gauche, gomme qui s'est fistulisée et au niveau de laquelle il s'est fait une fracture spontanée du cubitus; enfin une nouvelle gomme sous-cutanée vient d'apparaître au niveau de la jambe gauche, ainsi qu'une ostéo-périostite du gros orteil gauche. Toutes ces manifestations semblent ressortir bien plus à la sporotrichose qu'à la tuberculose ; et pourtant la culture du pus en milieu de Sabouraud et la sporo-agglutination sont restées négatives, alors que l'inoculation au cobaye a montré qu'il s'agissait de bacilles de Koch.

2° La malade avait été atteinte il y a trente ans d'une ostéomalacie d'origine puerpérale qui était restée limitée aux os du tronc. Or la radiographie montre qu'il y a non seulement une fracture spontanée du cubitus gauche et une périostite du gros orteil gauche, mais encore de la périostite du radius gauche, de l'ostéo-périostite du gros orteil droit et de la périostite du fémur gauche au niveau de l'une des deux gommes. La multiplicité de ces lésions osseuses semble indiquer que l'ostéomalacie ancienne, quoique n'ayant pas déformé les os des membres, les avait sans doute rendus moins résistants et les avait prédisposés à une atteinte infectieuse ultérieure : c'est peut-être à cause de l'ostéomalacie ancienne qu'une tuberculose accidentellement inoculée a déterminé ces lésions périphériques multiples qui lui ont donné le masque de la sporotrichose.

Un cas de chondromes multiples de la main et des doigts. — MM. André LÉRI et Gaston LEGROS présentent une jeune fille de vingt ans qui a depuis l'âge de huit ans trois tumeurs de la main gauche, dures, bosselées et indolentes, situées sur la première et sur la deuxième phalange du médius et sur le quatrième métacarpien; une quatrième tumeur a paru sur la première phalange de l'annulaire il y a quelques mois seulement. Ces quatre tumeurs sont tout à fait indépendantes les unes des autres; elles sont situées sur la diaphyse des os et n'empiètent aucunement sur l'articulation. Il s'agit manifestement de chondromes multiples.

La radiographie montre que la tumeur tient le milieu comme opacité entre l'os normal et les tissus mous; elle est plus claire que les exostoses et les nodules rhumatismaux, plus foncée que les dépôts goutteux et les ostéo-sarcomes. La radiographie permet de plus de différencier les chondromes d'origine centrale ou médullaire et les chondromes d'origine périphérique ou périostique : dans leur cas, on voit qu'il ne s'agit pas d'un chondrome d'origine périostique qui constituerait une tumeur pour ainsi dire surajoutée à l'os, mais bien d'un chondrome d'origine centrale qui naît dans la profondeur de l'os et ne se développe qu'en détruisant cet os. Cette constatation a une grande importance pratique puisqu'elle montre que la seule opération possible serait une amputation, ce qui, vu la faible malignité ordinaire des chondromes et le peu de gêne fonctionnelle qu'ils déterminent chez leur malade, contre-indique dans ce cas toute intervention.

Septicémie à bacille paratyphique B. Infection de laboratoire. — MM. Fernand TRÉMOLIÈRES et TOURAINE rapportent l'observation d'un étudiant en médecine, vigoureux et sans tare, qui absorba involontairement quelques gouttes de culture de paratyphique B.

Après une période d'incubation de huit jours exactement, il fut atteint d'une paratyphoïde à forme septicémique qui, suivie de trois rechutes et troublée par de nombreuses complications (surdité, myocardite, crise appendiculaire, cystite aiguë, arthralgies, névrite sciatique et paralysie du sciatique poplité externe, etc.), dura près de quatre mois. L'hémoculture et l'agglutination, pratiquées à plusieurs périodes de la maladie, spécifièrent la nature de l'infection. L'emploi d'autovaccin parut sans action.

Cette observation, qui a la valeur d'une quasi-expérience, permet d'apprécier la durée de l'incubation et montre que le pronostic de la paratyphoïde B doit être plus réservé qu'on ne l'admet généralement.

Sur la généralisation à toute l'attache intestinale du mésentère d'un cancer vésiculaire primitif. — MM. P. CARNOT et P. BAUFLE relatent un cas de cancer primitif de la vésicule biliaire, intéressant au point de vue anatomo-pathologique, en raison des métastases péritonéales concomitantes.

La structure de la tumeur vésiculaire n'a rien de spécial. Elle est constituée par des cellules épithéliomateuses peu modifiées, groupées dans des alvéoles ou alignées en palissade, et par des cellules muqueuses dont quelques-unes rappellent les formes pseudo-parasitaires de certains cancers à cause de la disposition même des boules de mucus traversées par un fin réticulum avec renflements nodaux.

La particularité à signaler est la localisation du cancer secondaire du péritoine. Le bord libre du grand épiploon est rétracté en boudin. Le mésentère est envahi sur toute sa longueur, mais exclusivement dans la partie adjacente à l'intestin, formant ainsi une vraie bande d'infiltration cancéreuse, comparée par les auteurs à une jante appliquée contre un pneumatique; sur une coupe, cette zone coiffe l'intestin en accent circonflexe, mais ne semble pas l'envahir.

A l'examen microscopique, on retrouve des cellules de tout point identiques à celles du cancer primitif; mais on remarque surtout la limitation étroite du cancer au mésentère, le néoplasme paraissant arrêté en certains points par la musculeuse, arrivant en d'autres jusqu'à la sous-muqueuse, mais respectant toujours la muqueuse qui est partout intacte, sans ulcérations ni bourgeons cancéreux.

Localisation exclusive au segment para-intestinal du mésentère, grande étendue de l'infiltration cancéreuse qui suit sans interruption tout l'intestin grêle, tels sont les deux faits qui donnent à cette forme un aspect particulier, difficile d'ailleurs à expliquer, car on ne constate en aucun point de lymphangite cancéreuse permettant d'admettre une thrombose rétrograde étendue jusqu'au groupe des ganglions juxta-intestinaux.

M. SIREDEY publie une observation très intéressante de **fièvre typhoïde** que nous analyserons ultérieurement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 13 novembre. — MM. Pigney, 3; Galop, 6; Truffert, 8; Renaud (Jean), Penà et Gresset, 4.

HOPITAL D'ALGER-MUSTAPHA. — *Prix Poisson.* — Le prix est décerné à M. Coudray Max.

Internat de première classe. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Masselot.

Internat de deuxième classe. — Ont été nommés titulaires : MM. Sénevet, Wittas, Aguilon, Bardy et Lemoine.

Provisoires : MM. Lavillat, Cohen Adad, Rançon, Biscos et Bernard.

Externat. — Ont été nommés titulaires : Mme Delfau, MM. Duboucher, Azoulay, Piéri, Carnet, Fenouillet, Lévy-Valensin, Legroux, Delas et Gruny.

Provisoires : MM. Collignon, Morali, Ceccaldi, Peyre, Baudin, Funel, Couput et Fourrier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Un congé, pour l'année scolaire 1911-1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Caubet, professeur de clinique médicale.

M. R. Cestan, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912 (durée du congé accordé à M. Caubet), d'un cours de clinique médicale.

M. Cestan (Etienne), professeur de clinique chirurgicale, et M. Desforges-Mériel, chargé d'un cours de médecine opératoire, sont autorisés à faire échange d'enseignements pendant l'année scolaire 1911-1912.

Un congé, pour l'année scolaire 1911-1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Cestan (Etienne), professeur autorisé à faire un cours de médecine opératoire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE. — L'assemblée générale de la Société de médecine militaire française aura lieu au Val-de-Grâce, le jeudi 16 novembre 1911, à quatre heures de l'après-midi.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC (Faculté de médecine). — Vendredi prochain, à dix heures, à l'amphithéâtre de la clinique, le professeur Landouzy commencera ses leçons spécialement consacrées aux malades du service affectés de bacillo-tuberculose.

Objet de la leçon du 17 novembre : Aperçu historique de phtisiologie. Concept moderne de la bacillo-tuberculose.

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE D'HISTOLOGIE, sous la direction de M. le professeur Prenant (Faculté de médecine). — Un laboratoire de technique histologique est ouvert salle Ranvier, à partir du 16 novembre 1911, sous la direction de M. Mulon, agrégé et préparateur.

Les élèves y accompliront des manipulations histologiques complémentaires de celles de première et de deuxième années.

Le but de ce laboratoire est surtout d'offrir aux travailleurs un moyen de se familiariser avec les méthodes de recherches générales et spéciales, et de se perfectionner dans la pratique d'une technique particulière dont ils peuvent juger la connaissance utile à leurs recherches personnelles (technique de cytologie fine; mitochondries; coupes par congélation et méthodes histochimiques; technique du système nerveux, etc.).

Ce laboratoire est ouvert tous les jours.

Le droit à verser est de 50 francs par trimestre. Le nombre des places est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis.

COURS DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE (Faculté de médecine. Professeur : M. Weiss). — M. le professeur Weiss commencera le cours de physique biologique le vendredi 17 novembre 1911, à quatre heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Physique médicale générale. Principales applications de la mécanique, de la physique moléculaire, de la chaleur, de l'optique, des radiations et de l'électricité aux sciences médicales.

Ce cours est destiné aux élèves de première et de deuxième années.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delamare, médecin-major de première classe; Claudius-Eugène Garcin (de Crémieu); Albert Louis, médecin-major, décédé à l'hôpital de campagne de Casablanca.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
(Hôpital des Enfants-Malades).

SEPTICÉMIE TUBERCULEUSE
ET TYPHO-BACILLOSE

Par le professeur HUTINEL (1).

Il n'est pas un médecin qui, en présence de certains enfants, atteints de fièvres continues, mal caractérisées, ne soit forcé, pendant un temps plus ou moins long, de réserver son diagnostic. S'agit-il d'une fièvre typhoïde, d'un paratyphus, d'une mélitococcie? N'est-ce pas plutôt une de ces formes de tuberculose dont mon ami Landouzy a été le parrain et qu'il a baptisées du nom si juste et si pittoresque de *typho-bacilloses ?*

Ces formes de l'infection bacillaire sont particulièrement communes dans le jeune âge; elles sont intéressantes pour nous, non seulement parce qu'elles mettent souvent en échec la sagacité des cliniciens les mieux avertis et les plus expérimentés, mais surtout parce que leur étude est de nature à éclairer plusieurs points de l'histoire de la tuberculose. C'est d'elles que je désire vous entretenir aujourd'hui. Je ne m'attarderai pas à refaire leur description clinique; ce serait peine perdue, car je n'ajouterais aucun trait saillant au tableau magistralement brossé par Landouzy et par ses élèves. Je désire seulement discuter avec vous la façon de comprendre ces états morbides.

Le sujet que je vais aborder est délicat et controversé, je ne me le dissimule pas. Peut-être ne serai-je pas d'accord avec quelques-uns de mes collègues. Qu'importe! Aucun de nous ne doit avoir de prétentions à l'infaillibilité et, quand nous nous trompons, c'est de bonne foi.

Depuis quelques années j'ai entendu répéter maintes fois et j'ai sans doute prononcé moi-même le mot de septicémie tuberculeuse quand il m'arrivait d'assister à l'évolution d'une forme fébrile de l'infection bacillaire sans lésions apparentes. La bacillémie tuberculeuse se rapprochait ainsi de la septicémie éberthienne et ce rapprochement, qui satisfaisait l'esprit, éclairait, semblait-il, jusqu'à un certain point la pathogénie des accidents.

Or, pour beaucoup de médecins, ces deux dénominations, septicémie tuberculeuse et typho-bacillose, sont devenues presque synonymes et, sans y prendre garde, on les emploie indifféremment. Lisez un article récent et fort intéressant de M. Calmette, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, et vous verrez que les expérimentateurs, comme les médecins, confondent volontiers les deux termes. Le moment me semble venu de me demander si cette confusion est légitime et si la septicémie tuberculeuse tient dans l'histoire des formes fébriles de l'infection bacillaire toute la place qu'on lui accorde aujourd'hui.

* * *

Le bacille de Koch peut, dans certaines conditions, passer dans le sang et y séjourner plus ou moins longtemps avant de disparaître ou de se fixer dans les organes. Le fait a été constaté tant de fois qu'il serait puéril aujourd'hui de chercher à le mettre en doute; mais pendant longtemps il a été difficile de saisir la bacillémie sur le fait et plus difficile encore d'établir le degré de sa fréquence.

Villemin avait montré qu'en inoculant à des cobayes le sang de certains tuberculeux, on obtenait parfois des résultats positifs. Cornil et Babès, Benda et Durand-Fardel avaient pu constater histologiquement la présence du bacille de Koch soit dans les caillots des veines, soit dans les vaisseaux sanguins. Meisels, en 1884, était allé plus loin. Ayant fait douze préparations avec du sang prélevé pendant la vie, sur un jeune homme de seize ans, emporté rapidement par une granulie à la fin d'une phtisie cavitaire, il avait trouvé des bacilles dans cinq d'entre elles. Weichselbaum, Lustig, Sticker, Rütimeyer avaient réussi à tuberculiser des cobayes avec le sang de sujets tuberculeux; ce dernier auteur avait trouvé de deux à onze bacilles sur onze préparations faites avec le sang puisé, un quart d'heure avant la mort, dans la rate d'un jeune homme atteint de granulie.

Ces faits étaient curieux sans doute, mais ils restaient isolés et semblaient tellement exceptionnels quand on les opposait aux résultats négatifs obtenus par Nocard, Etlinger, Vaquez, Prior, Ehrlich, Guttmann, etc. qu'on croyait pouvoir, il y a huit ans à peine, les tenir pour à peu près négligeables. Et pourtant il était difficile d'expliquer autrement que par une infection sanguine la dissémination capricieuse des granulations, au cours des poussées tuberculeuses!

Une technique nouvelle et des recherches bien dirigées allaient tout à coup modifier nos idées. En 1903, A. Jousset présenta à la Société médicale des hôpitaux un mémoire dans lequel il établissait que la septicémie tuberculeuse était beaucoup moins rare qu'on ne l'avait supposé. Vous connaissez sa technique; elle était basée sur l'*inoscopie* qui permettait de rechercher facilement, dans le caillot fibrineux d'un exsudat, le plus grand nombre, sinon la totalité des microbes qu'il avait englobés et sur l'utilisation exclusive de la fibrine pour les inoculations aux cobayes du sang et des sérosités.

Après de patientes et délicates recherches, sur une cinquantaine de sujets, il était arrivé à reconnaître que le sang est rarement bacillifère dans la phtisie ulcéreuse chronique; qu'au contraire, dans la phtisie aiguë ou subaiguë, le sang se charge de bacilles avec une grande fréquence, presque dans la moitié des cas. Ce phénomène se produit plus souvent dans la pneumonie caséeuse que dans la phtisie ulcéreuse galopante, si bien que la bacillémie semble plutôt en rapport avec l'étendue qu'avec la profondeur des lésions.

Peu de temps après, Lesieur et Bergeron obtinrent des résultats à peu près concordants.

L'examen du sang de 30 tuberculeux adultes avait donné à Lesieur 5 résultats positifs et 25 négatifs. Bergeron n'avait eu qu'un résultat positif sur 26 cas.

Bientôt on alla plus loin. Pour certains auteurs, rien ne serait plus banal que la bacillémie tuberculeuse. Rosenberger (*Americ. journ. of med. scien.*, février 1909), ayant examiné directement le sang de 312 tuberculeux, y trouva 312 fois des bacilles. Il se contentait de centrifuger du sang citraté ou oxalaté et rendu ainsi non coagulable, ou simplement de le laisser déposer et d'en examiner le dépôt. C'était trop beau! Les inoculations, il est vrai, ne donnaient pas des résultats aussi brillants et l'au-

(1) Leçon du 11 novembre 1911.

teur n'avait pas fait de cultures du sang. Il est donc possible, bien qu'il s'en défende, qu'il ait rencontré souvent de vulgaires bacilles acido-résistants.

Forsyth (24 avril 1909, *Brit. med. jour.*), appliquant à l'étude du sang des tuberculeux la même méthode un peu modifiée, trouva des bacilles 10 fois sur 12.

Mais bientôt d'autres auteurs, Bernstein et Fried, Hewat et Sutherland, Schrœder et Cotton, n'obtinrent par le même procédé que des résultats négatifs. D'autre part les recherches récentes de Schnitter (*Deut. med. Woch.*, n° 36, 1909) ont donné des résultats analogues à ceux qu'avaient obtenus les auteurs français. Il convient donc maintenant d'être plus réservé et de ne pas dire comme Rosenberger que la tuberculose est toujours et avant tout une bactériémie.

La plupart de ces recherches ont été faites sur l'adulte. Weill, Lesieur et Mouriquand ont étudié plus spécialement les enfants. Ils prélevaient le sang au moyen de sangsues et ils l'examinaient directement. Ils ne trouvèrent ainsi des bacilles que chez deux enfants atteints de méningites tuberculeuses. Sabrazès, Eckenstein et Muratet, employant le procédé de Rosenberger, découvrirent le bacille de Koch chez une malade de seize ans atteinte de septicopyohémie tuberculeuse.

L'inoculation au cobaye d'une certaine quantité de sang était évidemment le procédé de choix pour révéler la bacillémie. Ettlinger, en 1893, avait, de cette façon, tuberculisé un cobaye en lui injectant un centimètre cube de sang, prélevé vingt-quatre heures avant la mort sur une jeune fille de seize ans atteinte de péritonite tuberculeuse.

Nobécourt et Darré inoculèrent à des cobayes le sang de 48 enfants de notre service, parmi lesquels 32 étaient manifestement atteints de tuberculose en évolution. Dans 11 cas de tuberculose chronique mais fébrile, les résultats furent négatifs ; dans 3 cas de tuberculose subaiguë, fébrile, les résultats furent également négatifs ; dans 18 cas de tuberculose aiguë, les inoculations furent 14 fois négatives et 4 fois positives. Les doses injectées avaient varié de 2 à 10 centimètres cubes ; elles étaient en moyenne de 5 à 7 centimètres cubes. Le sang était habituellement puisé dans une veine, quelquefois cependant il avait été prélevé par des sangsues. Le cas le plus intéressant fut celui d'une fille de quatorze ans et demi, atteinte auparavan de trhumatisme articulaire aigu et d'endocardite. Elle présenta de la tachycardie, des signes de bronchite et de congestion pulmonaire, avec un amaigrissement rapide. Un cobaye à qui on avait inoculé 6 centimètres cubes de son sang mourut tuberculeux. Elle guérit cependant, mais conserva une lésion mitrale. L'analyse de ces observations pourrait faire croire que la bacillémie est une chose rare. Cette conclusion serait peut-être erronée. Ce qui fait paraître la bacillémie exceptionnelle, c'est qu'elle est ordinairement fugace et qu'on n'a pas toujours la chance de saisir les bacilles au passage.

*
* *

D'où viennent les bacilles qui passent ainsi dans la circulation ?

Dans la plupart des cas, l'infection sanguine est manifestement secondaire ; elle se produit chez des sujets qui présentent des lésions très étendues des poumons, des plèvres, des reins, des méninges, du péritoine, etc. Il ne manque pas alors de foyers caséeux en voie de ramollissement d'où les bacilles puissent partir pour se répandre dans la circulation, sans compter que les malades ingèrent des crachats virulents susceptibles d'être résorbés par l'intestin, surtout si l'intégrité de sa muqueuse a été compromise.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, la septicémie tuberculeuse semble primitive, du moins cliniquement, et ce sont ces cas qui nous intéressent particulièrement. La typho-bacillose, en effet, apparaît ordinairement chez des sujets qui ne présentent pas de lésions tuberculeuses évidentes, parfois même chez des enfants dont la santé est vraiment satisfaisante. Comment, dans ces conditions, la bacillémie peut-elle se produire ?

A entendre certains auteurs, on croirait volontiers que les bacilles viennent directement de l'extérieur et qu'ils pénètrent par effraction à travers le revêtement cutané ou muqueux. Cette conception me paraît un peu simpliste. En réalité, ce mode de pénétration, si facile à provoquer expérimentalement au moyen d'une seringue de Pravaz et d'un liquide bacillifère, se conçoit assez mal en pathologie humaine. Ce n'est ni par la peau, ni par la bouche, ni par le pharynx, ni par les divers segments des voies respiratoires, notamment par les lobules pulmonaires que l'on peut comprendre une entrée massive et continue de germes tuberculeux, si ces organes sont indemnes de lésions. L'absorption par l'intestin semble plus facile à admettre et elle se réalise sans doute quelquefois, du moins pour des bacilles bovins ; mais combien, dans ces dernières années n'a-t-on pas exagéré l'importance de ce mode de pénétration ! L'examen attentif des lésions tuberculeuses, chez les jeunes enfants, plus exposés certainement que les adultes à ce mode de contamination, démontre cependant que, dans les neuf dixièmes des cas, sinon plus, la tuberculose infantile n'a pas cette origine.

Au contraire, l'étude des lésions qu'on rencontre chez les jeunes sujets montre que les bacilles qui envahissent l'appareil circulatoire proviennent, dans la plupart des cas, de foyers tuberculeux déjà constitués. Ces foyers siègent soit dans les ganglions (ici nous parlons des enfants), soit dans les poumons, soit dans les os, dans les articulations, dans les reins, dans les centres nerveux, etc. Ils peuvent être absolument latents. Un noyau caséeux plus ou moins isolé des tissus voisins par du tissu fibreux nous a paru être la source la plus habituelle de la bacillémie. Après être resté longtemps silencieux, sinon méconnu, il se ramollit un jour ; alors la matière virulente passe dans la circulation et voilà constituée une septicémie tuberculeuse !

Comment s'opère ce ramollissement ? A la rigueur, un choc, un traumatisme, une opération chirurgicale peuvent en être la cause, quand il s'agit de foyers superficiels ; c'est pour cela qu'on voit parfois exploser une méningite ou une granulie, à la suite de certaines opérations pratiquées chez des tuberculeux. Quand il s'agit de foyers viscéraux, c'est ordinairement une infection surajoutée, par exemple une rougeole, une coqueluche ou une bronchite simple qui fluxionne la zone malade et détermine le ramollissement de la masse caséeuse concrète. Ceci n'est pas une vue de l'esprit. Je vous ai montré maintes fois, à l'autopsie d'enfants morts de méningite ou de granulie, une substance crémeuse, puriforme, riche en bacilles, contenue dans un foyer gan-

glionnaire ou pulmonaire et dans laquelle les vaisseaux avaient pompé la matière virulente. Ce ramollissement n'est pas constant; mais il facilite sans doute la résorption des germes tuberculeux.

Les bacilles peuvent pénétrer dans les lymphatiques. Les lésions des ganglions qui jalonnent en quelque sorte les étapes de l'infection le prouvent suffisamment. La pénétration peut également se faire par les veines, soit que la paroi vasculaire ait été altérée, ramollie, caséifiée, ulcérée, sans que le vaisseau fût oblitéré, soit qu'une veinule ait été en quelque sorte tranchée au point où elle émergeait du foyer ramolli. Sur une coupe faite par Tixier on voyait nettement un vaisseau veineux s'ouvrir à plein canal dans la cavité d'un ganglion tuberculeux ramolli et en grande partie vidé de son contenu. Dittrich a publié un cas analogue. Dans ces conditions, la matière tuberculeuse peut directement faire irruption dans le torrent sanguin.

Le passage des bacilles dans la circulation ne s'opère pas toujours de la même manière; il est plus ou moins rapide, plus ou moins massif, mais comme il explique bien la coïncidence depuis longtemps entrevue par Laënnec et signalée par Buhl des lésions granuliques avec d'anciens foyers tuberculeux!

*
* *

Quand les bacilles ont pénétré dans le sang, une septicémie tuberculeuse est vraiment constituée; mais cette septicémie ressemble-t-elle à quelques-unes de celles que réalisent d'autres microbes? C'est peu probable. Voyons donc ce que va devenir cette bacillémie.

Tous les documents que nous possédons sur ce sujet ne sont certainement pas irréfutables, mais ils sont déjà fort intéressants. Ils concordent pour la plupart et ils semblent prouver que le séjour des bacilles dans le sang n'est pas de très longue durée.

Expérimentalement, la bacillémie est difficilement réalisée par l'inoculation de produits bacillifères dans des tissus fixes, hypoderme, péritoine, poumons, chambre antérieure de l'œil; elle s'obtient au contraire facilement par l'injection dans le sang d'émulsions bacillaires; mais elle semble souvent fugace.

Nocard ne la trouvait plus, quatre heures après l'injection, dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, et il admettait que le sang se débarrasse très facilement des bacilles. Gærtner, dans des conditions pareilles, retrouvait des bacilles dans le sang deux jours après; il est vrai que la quantité de sang prélevée par lui était cinq fois plus forte. Bergeron, avec une quantité de sang huit fois plus forte que celle de Nocard, voyait les bacilles séjourner sept jours dans le sang.

Le bacille tuberculeux, dit Jousset, semble se comporter dans le sang, comme dans les milieux de culture : sa pullulation y est lente et pénible. Lorsqu'on veut rechercher quelques germes erratiques dans la masse sanguine, il importe d'injecter une quantité aussi considérable que possible de cette masse.

Il vaut mieux injecter le coagulum fibrineux que le sang total qui peut être bactéricide ou toxique.

Jousset conclut de ses expériences que les bacilles peuvent se retrouver dans le sang, douze jours après l'inoculation. Le sang ne s'en débarrasse pas rapidement ni complètement, mais au contraire lentement et progressivement, puisqu'il faut, avec le temps, élever les doses si l'on veut tuberculiser le cobaye. En tout cas, les bacilles finissent par disparaître de la circulation.

En pathologie humaine, la bacillémie a généralement paru éphémère; elle s'est montrée comme un accident passager dont la durée n'excédait pas quelques jours. Il y a cependant des cas où elle a persisté assez longtemps. Ainsi, chez une jeune femme atteinte de tuberculose aiguë, à forme typhoïde, Jousset trouva, trois fois en deux mois, des bacilles dans le sang; et chez une autre, trois prélèvements, faits de quinze jours en quinze jours, donnèrent trois résultats positifs. Ne s'agit-il pas, dans ces cas, de passages réitérés et en quelque sorte subintrants de bacilles dans le sang plutôt que d'une véritable septicémie prolongée, car, dans la plupart des cas, les résultats positifs ne se reproduisent pas si l'on fait des inoculations successives!

Que deviennent les bacilles introduits dans la circulation? Ils ne restent pas longtemps dans le sang qui est, pour eux, un milieu peu favorable; ils sont détruits, ils s'éliminent ou ils se fixent.

Le sang n'est pas un liquide inerte, il peut donc jouir de propriétés bactéricides; il est possible aussi qu'un certain nombre de bacilles soient détruits par la phagocytose; mais tel n'est probablement pas le mode le plus habituel de leur disparition.

Leur élimination par différents émonctoires paraît, au contraire, être un phénomène habituel. Ils se fixent volontiers dans le rein et passent ensuite dans l'urine. Cette bacillurie n'est pas exceptionnelle chez les tuberculeux. Calmette, dans ses expérimentations sur les animaux, a fréquemment constaté l'élimination des bacilles par l'intestin, et il lui attribue une grande importance. Il a pu facilement déceler des bacilles virulents dans les matières fécales des animaux en expérience. Cette élimination peut sans doute se faire encore par d'autres voies, mais il semble bien qu'elle ait lieu surtout par l'urine et les matières fécales.

D'autres bacilles se fixent, et cette fixation n'est pas aussi capricieuse qu'on pourrait le supposer. Bien que nous ne connaissions pas encore les lois qui la régissent, on peut affirmer qu'elle ne se fait pas au hasard. Elle s'opère là où les germes tuberculeux trouvent des conditions favorables à leur développement. Les bacilles de Koch semblent avoir une prédilection spéciale pour la rate et les reins; ils s'arrêtent en moins grand nombre dans les poumons; mais là où ils se fixent, ils ne déterminent pas toujours des lésions caractéristiques. Les points où germent les tubercules ne sont d'ailleurs pas les mêmes aux différents âges. Chez un sujet jeune dont les os sont en voie de développement, dont le travail d'ossification présente au niveau des épiphyses une activité presque pathologique, vous savez combien sont fréquentes les lésions osseuses ou articulaires. Chez un enfant nerveux, impressionnable, fatigué par un travail prématuré, les lésions apparaissent de préférence le long des vaisseaux pie-mériens. Par contre, dans les muscles, cette fixation est si rare qu'on a pu considérer la chair des animaux tuberculeux comme très peu nocive.

L'importance des généralisations tuberculeuses n'est pas forcément en rapport avec celle des poussées de bacillémie.

Les lésions que provoque la fixation des bacilles dans les organes ne sont pas toujours pareilles et surtout elles n'ont pas toutes des caractères spécifiques.

Les unes disparaissent bientôt sans presque laisser de traces, les autres consistent en réactions banales, fluxionnaires ou interstitielles. Gougerot, ayant inoculé à un lapin une culture de tuberculose humaine, le sacrifia trente jours après, au moment où après avoir présenté une fièvre continue il semblait en voie d'amélioration. Il existait dans les organes des lésions du type Yersin : congestion des poumons, du foie, des reins, sans tubercules macroscopiques ou microscopiques; de nombreux bacilles se voyaient sur les coupes, et cependant il n'y en avait pas dans le sang.

Nous ne savons pas toujours très bien, au moment d'une poussée de bacillémie, ce qui adviendra de la dissémination dans l'organisme des germes tuberculeux. Il faut avoir assisté à la réparation de certaines lésions des plèvres, du péritoine ou des parenchymes pour savoir que les fluxions ou les néoformations plus ou moins tumultueuses causées par la présence des bacilles n'aboutissent pas fatalement à la caséification. Il peut n'en rester que des adhérences passagères ou des proliférations conjonctives susceptibles de disparaître quand elles n'évoluent pas vers la sclérose. Le nombre des nodules destinés à se transformer en détritus caséeux n'est certainement pas en rapport avec le nombre des bacilles charriés par le sang.

Quand les lésions fluxionnaires, conjonctives ou nodulaires sont constituées, on peut dire qu'il n'y a plus de bacillémie. L'orage est passé, mais il peut éclater de nouveau. Quand? On ne le sait pas. Ce sera dans quelques jours peut-être, à moins que ce ne soit dans quelques mois. En attendant, les lésions tuberculeuses accompliront souvent leur œuvre destructive.

La fillette que nous avons vue avec Nobécourt et Darré est revenue dans le service, un an après son atteinte de bacillémie, brillante de santé, mais conservant une lésion mitrale. C'est là un résultat exceptionnel. La bacillémie laisse presque toujours des traces plus ou moins profondes de son passage. Souvent elle conduit rapidement à la mort; dans presque tous les cas elle provoque une dissémination redoutable et une aggravation des lésions déjà existantes.

* * *

Quelles sont donc les manifestations cliniques qui traduisent la bacillémie?

C'est d'abord la fièvre. Parfois, il est vrai, la température reste normale, mais le plus souvent la courbe thermique est assez élevée et oscille entre 39 et 40 degrés. Jousset ne considère nullement comme imputables au passage des bacilles dans le sang les fièvres rémittentes à grandes oscillations, véritables fièvres hectiques « qui ne relèvent pas plus de la septicémie tuberculeuse que des infections associées et qui apparaissent comme une manifestation d'ordre toxique indéterminé ».

Ni la cachexie progressive, ni les sueurs profuses ni les symptômes cérébraux, ni les hémorragies ne peuvent être considérés comme liés à la bacillémie. Il n'en est pas de même de la polypnée, des arthralgies, des splénomégalies et surtout de l'albuminurie.

Jousset a trouvé 7 fois sur 8 de l'albuminurie dans les bacillémies survenues au cours des tuberculoses aiguës et 2 fois sur 3 dans les tuberculoses chroniques. Ces albuminuries sont d'ailleurs légères et s'accompagnent de cylindrurie.

Nous sommes assez loin, on le voit, du tableau de la typho-bacillose. Est-ce donc exclusivement à la bacillémie qu'il faut attribuer l'ensemble symptomatique qui caractérise cliniquement cette forme de l'infection tuberculeuse? Je ne le crois pas. Sans doute Jousset a décrit une forme gastrique de bacillémie qui correspondrait à la typho-bacillose de Landouzy; mais il est certain que dans un grand nombre de cas, où le diagnostic de typho-bacillose s'impose, on ne découvre à aucun moment des bacilles dans le sang. Certes, la bacillémie peut se rencontrer dans la typho-bacillose, comme dans les autres formes de l'infection tuberculeuse, mais elle ne la caractérise pas. Voici deux exemples publiés par Gougerot où des bacilles ont été rencontrés dans le sang ou dans les urines (*Presse méd.*, 1908, p. 537).

Chez un malade du service de Teissier, l'inoculation au cobaye du culot de centrifugation des urines a tuberculisé l'animal. Dans un autre cas, du service de Widal, l'inoculation au cobaye de 5 centimètres cubes de sang pris dans une veine du pli du coude eut également un résultat positif. Mais, à côté de ces faits qu'il faut enregistrer, combien d'autres sont négatifs et il semble décidément que ces derniers soient en majorité. On peut objecter, il est vrai, que si l'on ne trouve pas de bacilles dans le sang c'est parce qu'on les cherche mal ou parce qu'on arrive au mauvais moment et on est en droit d'ajouter que plus les procédés d'investigation se sont perfectionnés, plus les bacillémies sont devenues fréquentes; mais il faudrait prouver ces assertions. Ce que nous avons vu nous permet de dire que si la bacillémie est une chose, la typho-bacillose en est une autre et qu'on ne doit pas subordonner l'une à l'autre. Il ne faut pas généraliser trop hâtivement cette conception d'une septicémie tuberculeuse, venue on ne sait d'où, qui passerait sans se fixer, qui traverserait le sang sans léser les organes et qui causerait des réactions générales indépendantes de toutes lésions en foyer. En clinique ces bacillémies idéales sont certainement très rares, si on veut bien examiner avec soin tous les organes des sujets qui succombent. Ne sait-on pas que, chez un tuberculeux, on découvre toujours, à l'autopsie, plus de lésions qu'on n'en avait pu soupçonner pendant la vie?

Cliniquement, quand on est en présence d'une typho-bacillose, il ne faut pas se contenter de l'hypothèse d'une septicémie tuberculeuse, il faut chercher s'il n'existe pas quelque part une lésion et presque toujours on arrive à la découvrir. Chez l'enfant, c'est dans les ganglions du médiastin qu'elle est le plus fréquente; c'est là qu'après un temps plus ou moins long d'hésitation un examen minutieux vous la fera reconnaître neuf fois sur dix.

Chez l'adulte, les ganglions sont des filtres percés, comme le dit avec raison Calmette; ils ont donc moins d'importance. C'est surtout dans les poumons ou dans les plèvres que les lésions doivent être cherchées et, quand elles ne s'y découvrent pas, l'autopsie les montre parfois dans un interlobe ou dans le médiastin.

* * *

Je n'aurais pas abordé cette discussion si elle ne devait pas avoir pour vous un résultat pratique. Ne

vous contentez pas trop facilement, pour expliquer les accidents fébriles causés par une infection tuberculeuse, évidente ou latente, de l'hypothèse d'une septicémie bacillaire, alors même que vous auriez découvert des bacilles dans le sang. Sachez que ces bacilles ont bien des chances pour provenir d'un foyer tuberculeux latent et c'est surtout dans l'état de ce foyer qu'il est utile de rechercher non seulement la cause de l'élévation thermique, mais les éléments du pronostic. Si, en pareil cas, vous découvrez, chez un enfant, une adénopathie médiastine, votre pronostic ne sera pas, de ce fait, définitivement établi car les foyers tuberculeux nous réservent souvent des surprises; mais, du moins, il aura une base solide. En effet, une tuberculisation ganglionnaire, malgré ses allures menaçantes, guérit souvent. Si l'on soigne l'enfant comme il doit l'être, on peut, dans bon nombre de cas, éviter l'explosion d'une granulie ou d'une méningite. Il n'est d'ailleurs pas indifférent de savoir qu'il existe en un point de l'organisme une réserve de bacilles dont il faut se méfier.

La bacillémie est rarement l'accident initial d'une infection tuberculeuse, c'est généralement un accident secondaire. Et c'est précisément parce qu'elle apparaît à titre accidentel qu'il faut la redouter chez un enfant atteint de lésions tuberculeuses plus ou moins latentes. Dans ce cas, une rougeole, une grippe, une coqueluche, ne sont pas des affections à dédaigner. Sans doute elles peuvent évoluer sans amener une généralisation tuberculeuse; mais on ne peut jamais être certain que les choses ne prendront pas une tournure défavorable.

Le passage des bacilles dans le sang est un fait curieux et indiscutable. Il explique admirablement le mode de dissémination des lésions tuberculeuses; par contre, il explique moins bien les accidents fébriles et les malaises qui apparaissent tout à coup dans le cours de certaines tuberculoses, car les réactions générales sont causées plutôt par les poisons microbiens que par les microbes eux-mêmes. Il peut certainement provoquer une élévation de température; mais je ne crois pas, qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de subordonner une expression symptomatique aussi nette que la typho-bacillose à la bacillémie.

Je vous engage donc à ne plus confondre ces deux termes qui doivent conserver des significations différentes. Donnez à chacun d'eux le sens qu'il doit avoir et, en présence d'un malade atteint d'une infection tuberculeuse, ne vous contentez pas trop facilement de l'hypothèse d'un passage accidentel de bacilles, alors que vous pourriez, avec un peu d'attention, découvrir une lésion sur laquelle il serait peut-être possible d'agir utilement.

FORMULAIRE

RHUME ORDINAIRE

(TRACHÉO-BRONCHITE *a frigore.*)

Pour réaliser l'antisepsie des voies aériennes, calmer la toux, faciliter l'expectoration, prévenir la généralisation et l'infection, prescrire de prendre à chaque repas, entre deux plats, deux des capsules suivantes :

Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : Un flacon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1911)

Sur la digestion de la caséine. — M. Louis GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, a déjà montré dans une note précédente que, chez le chien, la caséine du lait franchit l'estomac sans y être peptonisée.

Il a pu répéter cette expérience sur l'homme grâce à un enfant de quatorze ans auquel on avait pratiqué une fistule, en vue d'une opération ultérieure, au niveau du jéjunum.

Le lait donné à l'enfant sortant en partie par cet orifice, il était facile de le recueillir et de suivre toutes les phases de la digestion.

Ces expériences effectuées chez l'homme le conduisent donc à des conclusions semblables à celles qu'il avait déjà formulées :

1° Le lait arrivant dans l'estomac n'y est coagulé qu'un moment après, lorsque le suc gastrique a été sécrété. Une partie franchit donc l'estomac à l'état liquide. Le restant s'y coagule, et les caillots formés sont peu à peu broyés par les contractions de l'estomac et réduits finalement en particules très ténues. C'est là, semble-t-il, l'unique rôle de cet organe. En tout cas, la peptonisation n'a lieu que dans l'intestin et ne s'effectue même qu'après le duodénum.

2° La coagulation du lait dans l'estomac n'est pas nécessaire à sa digestion; elle paraît même n'être qu'accidentelle, puisqu'une partie seulement du lait s'y coagule. Loin d'être utile, ce phénomène peut, au contraire, nuire à la digestion quand l'estomac n'est pas capable d'effectuer le travail de broyage qui lui incombe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1911)

Vertige auriculaire. — M. Eugène DUPUY montre que le vertige de Ménière reconnaît pour cause, non l'état pathologique des canaux semi-circulaires, mais une irritation des terminaisons du nerf de la huitième paire. Cette irritation produit des accidents réflexes dans certains groupes de segments musculaires d'où rupture d'équilibre et chute forcée.

Le traitement consiste à inhiber par une action irritative les mouvements réflexes anormaux. Dans ce but on applique sur la région mastoïdienne une vessie de glace pendant trente à quarante minutes tous les soirs à l'heure du coucher pendant une quinzaine de jours.

Migraine thyroïdienne. — M. NETTER donne lecture d'un rapport sur un travail de MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild.

— Au début de la séance, M. DE FLEURY a donné lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. H. Monod, et M. Gariel a lu une notice nécrologique sur M. Auffret, correspondant national.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1911)

Influence du glucose sur la vitalité des trypanosoma Lewisi in vitro. — MM. C. BIOT, R. BIOT et G. RICHARD. Le glucose joue, vis-à-vis des *T. Lewisi*, un rôle, soit direct de nutrition, soit indirect par le retard que sa présence apporte à l'action des substances trypanolytiques.

Effets physiologiques du sang urémique. — MM. PI-SUÑER et ALOMAR. Le sang urémique, en faible quantité, est un excitant de la sécrétion rénale. Cette action persiste pendant toute la durée du traitement. A côté de ces effets urinaires, on observe des phénomènes nutritifs intéressants : augmentation de poids, activité, gaieté, dans une première

phase; tristesse, diarrhée, amaigrissement, dans une seconde, qui aboutit à la mort par cachexie.

Modifications histologiques du thymus à la suite du jeûne. — MM. Jolly et Levin. La diminution de poids et de volume des lobes thymiques est surtout due à la disparition de la substance corticale, tenant surtout à la raréfaction des lymphocytes.

Preuves expérimentales de l'existence d'extrasystoles interpolées. — M. H. Busquet. Divers cardiologistes ont décrit chez l'homme, au cours des arythmies, des systoles supplémentaires non suivies de repos compensateur, et qu'ils ont appelées *interpolées*. Celles-ci ont été niées par quelques auteurs et d'autres les ont considérées comme exclusivement d'origine *auriculaire*, ce qui comporterait un fâcheux pronostic. L'expérimentation animale met hors de doute leur existence et leur origine *ventriculaire*; on obtient facilement des extrasystoles interpolées par excitation électrique (choc d'induction) du ventricule sur des cœurs *affaiblis* par des toxiques ou artificiellement *ralentis*. Certains cœurs intoxiqués présentent encore le phénomène du repos compensateur après une extrasystole *unique* et peuvent ne plus le présenter après une série d'extrasystoles successives et greffées les unes sur les autres, alors que, dans les mêmes conditions, le repos compensateur existe sur le cœur normal après la dernière des contractions supplémentaires.

Innervation vaso-motrice du thymus. — MM. Hallion et Morel. 1° Le thymus reçoit des filets vaso-constricteurs qui lui viennent de la chaîne thoracique; 2° cette dernière les reçoit, à son tour, par les quatre ou cinq premiers rameaux communicants dorsaux.

Evolution des corpuscules de Hassal dans le thymus rœntgénisé du chat. — MM. Regaud et Crémieux. Les corpuscules de Hassal, qui étaient devenus énormes pendant la phase d'involution röntgénienne, diminuent et disparaissent en grande partie pendant la phase de reconstitution du parenchyme. Les phénomènes de phagocytose ne jouent aucun rôle dans la régression des corpuscules. Ceux-ci sont donc loin d'avoir la stabilité qu'il est classique de leur attribuer chez les mammifères. Ils sont vraisemblablement en état d'évolution constante. Quant aux cellules du réticulum, elles évoluent de la périphérie du lobule thymique vers son centre, où sont les corpuscules de Hassal.

Échinococcose primitive expérimentale. — M. Dévé. Le kyste adventice de la vésicule résulte d'une édification réactionnelle locale, à laquelle participent seuls les éléments conjonctivo-vasculaires et migrateurs. Cette réaction, d'abord très active, ne tarde pas à s'atténuer; dès lors, les lésions mécaniques (atrophie fibreuse excentrique) causées par l'expansion progressive de la vésicule échinococcique, prennent définitivement le dessus.

Sur les causes de variations de la molécule élaborée moyenne à l'état physiologique. — MM. Desgrez et Canis. Les déterminations qu'ils ont faites de la valeur de la molécule élaborée moyenne chez l'adulte à l'état normal et avec le régime mixte carné-végétarien leur ont donné une molécule de 75. Si la quantité des aliments dépasse l'entretien moyen, le poids de la molécule peut monter rapidement jusque vers 90. La molécule de la nuit est toujours supérieure de 3 à 4 unités à celle du jour. L'enfant a une molécule moyenne de 69, donc notablement plus petite que celle de l'adulte. Chose curieuse, l'augmentation du taux du chlorure de sodium dans l'alimentation fait grossir notablement le poids de la molécule qui passe, par exemple, de 78 à 97. Ils étudient les causes de cette particularité, mais ils pensent que l'on ne pourra affirmer qu'il y a un ralentissement de l'élaboration que quand on aura trouvé, avec le régime mixte, trois molécules consécutives supérieures à 80.

Pouvoir antihémolytique des sérums humains vis-à-vis de la saponine dans ses rapports avec le taux de la cholestérinémie. — MM. L. Boidin et Ch. Flandin ont recherché si l'on pouvait tirer de l'action antihémolytique de la cholestérine vis-à-vis de la saponine, action mise en lumière par Rausom, un procédé rapide et simple d'évaluation tout au moins approximative du taux de la cholestérine dans le sérum.

Les sérums, normaux quant à leur teneur en cholestérine, ont déjà une activité suspensive assez élevée vis-à-vis de l'hémolyse par la saponine; elle se montre plus élevée encore dans les sérums contenant une forte proportion de cholestérine. La difficulté de la technique réside dans les variations de résistance des différentes hématies. Cependant en faisant les expériences en séries avec les mêmes hématies dans chaque série, les auteurs ont constaté que les sérums à activité suspensive marquée de l'hémolyse par la saponine contenaient une forte proportion de cholestérine.

Autres communications :

Processus pathologique de la carie dentaire. — MM. Dieulafé et Herpin.

Terminaisons artérielles de la rate. — M. Jolly.

Sur une méthode de diagnostic possible de la sporotrichose par inoculation directe de pus au cobaye. — MM. Pinoy et Magrou.

Communication faite à la réunion biologique de Bordeaux (7 novembre 1911) :

Etat de l'appendice iléo-cæcal dans le pseudo-myxome péritonéal à point de départ appendiculaire. — M. J. Sabrazès (de Bordeaux). L'appendice est tantôt perforé, tantôt plus ou moins apparemment fissuré. Le mucus, intérieur et extérieur à l'organe en plein péritoine, a l'aspect soit de sphérules en frai de grenouille, d'un blanc un peu ambré, soit de grumeaux compacts plus irréguliers de forme. Ce mucus provient d'un hyperfonctionnement mucipare de la muqueuse et de ses glandes dont l'hyperplasie peut aller jusqu'au polyadénome. Dans un cas de l'auteur, l'appendice, très modifié dans sa structure à la suite d'une atteinte d'appendicite, vingt ans avant, était sclérosé et calcifié, infiltré de mastzellen, transformé en une cavité close pleine de mucus issu de végétations polypiformes glandulaires de la muqueuse. Une perforation nécessita, en 1910, une intervention chirurgicale pratiquée par le docteur de Lostalot (de Biarritz). Le malade, dont l'observation a paru dans *The Lancet* (1911), en collaboration avec notre confrère anglais, le docteur Malpas, a guéri. Dans un autre cas, relatif à un syphilitique ancien atteint d'entérocolite muco-membraneuse, l'appendice volumineux ne présentant aucune brèche apparente, hypersécrétait du mucus par une moitié hyperplasiée de son revêtement muqueux et glandulaire; l'autre moitié, dépourvue d'épithélium de revêtement et de glandes, avait subi, au contact des agglomérats de grains mucineux sous tension dans la cavité appendiculaire, une transformation en un tissu de plasmodes géants et polymorphes, extraordinairement multinucléés. Ce malade, opéré en 1904 par M. le professeur Chavannaz qui a communiqué son observation à la Société de chirurgie, a parfaitement guéri. Ces cavités appendiculaires, closes ou atrésiées dans leur orifice de communication intestinal, à parois chroniquement enflammées, sclérosées ou calcifiées, favorisent, lorsque leur microbisme s'atténue ou s'éteint, la prolifération et en quelque sorte la culture des cellules épithéliales de la muqueuse; celles-ci peuvent dès lors former de véritables adénomes. Il se produit aussi parfois, comme dans le second cas de M. Sabrazès, une énorme hyperplasie des éléments conjonctifs du chorion et du réticulum adénoïde; ces cellules conjonctives prolifèrent et se transforment en plasmodes volumineux qui cernent les grains de mucus concrété accumulés dans la lumière de l'appendice. La mucinase, ferment coagulant du mucus, émanée des tissus de l'appendice malade, donne au mucus hypersécrété et concrété une compacité anormale, d'où l'aspect de pseudo-myxome. La bile, qui neutralise normalement l'action de la mucinase, ne pouvait influencer le contenu muqueux de l'appendice, transformé en un vase clos, dans le premier cas; les éléments de la bile et leurs dérivés étaient, dans le second cas où il s'agissait d'entérocolite muco-membraneuse, insuffisants à annihiler les propriétés coagulantes de la mucinase.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : XX gouttes le 1er jour et X gouttes les 3 jours suivants. Ensuite, on laisse reposer le malade quinze jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

LIVRES NOUVEAUX

Travaux de la deuxième conférence internationale pour l'étude du cancer tenue à Paris, du 1er au 5 octobre 1910 (2), publiés sous la direction de MM. le professeur Pierre DELBET, secrétaire général, et le docteur LEDOUX-LEBARD, secrétaire de l'Association française pour l'étude du cancer.

Un ouvrage comme celui-ci défie toute analyse, et d'autre part il n'est pas besoin d'en faire ressortir l'importance considérable. L'accroissement de fréquence du cancer, les travaux multiples auxquels il a donné lieu dans ces dernières années, les efforts de la thérapeutique pour arriver à le vaincre, tout cela fait de l'ouvrage que nous présentons un recueil du plus haut intérêt ainsi qu'un instrument de travail indispensable.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Vierges qui tuent (3), par le docteur Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC.

Le docteur Duplessis de Pouzilhac (de Narbonne), qui avait écrit il y a quelques mois deux actes, *Les Enjolées*, où il mettait en scène un empoisonnement par l'atropine, publie aujourd'hui chez Maloine un nouveau roman à thèse médicale : *Les Vierges qui tuent*.

Les vierges qui tuent, « les femmes à utérus infantiles sont des gamines, des coquettes, des femmes qui font souffrir. Elles sont incapables d'aimer. Elles se laissent courtiser, font des promesses, attirent l'homme, le poussent à bout. Lorsqu'ils sont fous d'amour, elles se refusent. Nous ne saurons jamais combien de suicides elles ont causés » !

Telle est la définition que l'auteur met dans la bouche de l'un de ses personnages, elle indique les situations émouvantes ou tragiques qui se sont offertes à sa plume.

L. GAYARD.

La Médecine et la chirurgie dans les temps préhistoriques et protohistoriques (4), par le professeur LE DOUBLE (de Tours.)

La brochure que nous présentons ici, dépasse de beaucoup ce que son titre promet, et la vaste érudition du professeur Le Double a su concentrer en peu de pages, soit dans le texte lui-même, soit dans de nombreuses et substantielles annotations, tout un ensemble de connaissances relatives à la préhistoire, à l'ethnologie et à la sociologie.

Nombreux sont les médecins que leur tournure d'esprit attirerait vers ce genre d'études, mais à qui le temps manque pour s'y livrer. Pour ceux-là, le travail du professeur Le Double sera un véritable régal, et d'autant plus grand que la forme est digne de la haute valeur du fond.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.
(2) In-8 de 802 pages. — Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.
(3) In-8. — Paris, Maloine.
(4) In-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Rapport sur les eaux minérales et stations climatiques (section française, classe III, B, exposition de Bruxelles, 1910).

Le rapport de M. CARRON DE LA CARRIÈRE, qui vient d'être publié par le comité français des expositions à l'étranger (1) constitue un travail considérable qui montre la belle participation des stations françaises à l'exposition de Bruxelles.

Cette participation ne fut pas seulement belle, elle fut aussi unique, car la France seule a pu présenter une section spéciale d'eaux minérales. « Les quelques rares stations étrangères étaient tellement disséminées dans le reste de l'exposition qu'au moment de la réunion du jury il fallut que le jury se transportât dans toutes les sections étrangères pour chercher s'il y avait des eaux minérales exposées, et le résultat de ses recherches aboutit à fort peu de chose. »

Cette abstention presque complète des stations étrangères peut surprendre, elle ne réussit que mieux à mettre en valeur l'effort considérable des stations françaises et la merveilleuse organisation due aux efforts de MM. Corbeil, le docteur Beurnier, le professeur Pinard et du docteur Carron de la Carrière qui, une fois de plus, soutint brillamment l'honneur de l'hydrologie française.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

CORDON SPERMATIQUE

DÉFINITION. — Le cordon spermatique comprend l'ensemble des organes qui ont accompagné le testicule dans sa migration de l'abdomen dans les bourses.

EMBRYOLOLOGIE. — Primitivement situé sur le flanc de la colonne lombaire, au fur et à mesure qu'il progresse, le testicule entraîne avec lui ses artères, ses veines, ses lymphatiques, ses plexus nerveux, et refoulant devant lui une toile cellulaire qui va engainer tous ces éléments de son pédicule, il descend dans les bourses où nous le retrouvons à peu près fixé dès le huitième mois.

CONSTITUTION. — Dans cette position le canal déférent pour se rendre aux vésicules séminales doit suivre un trajet rétrograde à partir de l'épididyme. Deux courants se partagent donc le cordon spermatique : l'un afférent, amenant au testicule le sang artériel et les nerfs, l'autre efférent, ramenant le sang veineux et les sécrétions internes et séminale. Il faut encore ajouter les restes embryologiques du canal vagino-péritonéal, qui peut anormalement persister ; des débris embryonnaires, tels que l'organe de Giraldès, etc. Pathologiquement enfin ce cordon peut renfermer un sac herniaire (susceptible d'éparpiller les éléments du cordon) ou des kystes dont l'origine vaginale semble démontrée.

Nous étudierons successivement : 1° chacun des organes constituants en montrant d'où il vient et quelle est sa destinée ; 2° le mode de groupement des éléments selon la hauteur du cordon ; 3° les rapports du cordon. Nous terminerons par un mot de physiologie.

ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU CORDON. — **1° Canal déférent.** — Il naît de la queue de l'épididyme, continuant le canal épididymaire, au niveau du pôle inférieur du testicule. D'abord flexueux il remonte sur le bord postérosupérieur de l'épididyme, arrive à l'union de la tête et du corps, sur la face interne, et s'infléchit en haut, montant verticalement dans le cordon dont il partage les rapports. Il quitte le cordon au

(1) Paris, Vermot, 42, rue du Louvre.

niveau de l'orifice inguinal profond et plonge dans le pelvis, se coudant sur le repli lunaire, croisant en X l'artère épigastrique qui se réfléchit en crosse sous lui. Il gagne ainsi la face latérale de la vessie en passant au-dessus de l'artère ombilicale; puis s'infléchissant il croise l'uretère en passant au-dessus de lui et, devenant horizontal sur la face postérieure de la vessie, il forme l'angle inter-déférentiel avec son homologue et se termine dans la vésicule séminale au niveau de son col. Assez régulièrement cylindrique, le canal déférent a une consistance toute spéciale (grande importance opératoire) expliquée par son histologie.

2° **Artère spermatique.** — Née à angle très aigu de l'aorte abdominale l'artère spermatique se dirige en bas en dehors croisant l'uretère, la veine cave inférieure à droite, situés en arrière d'elle, croisée elle-même en avant par les vaisseaux coliques de chaque côté. Elle s'engage dans l'orifice profond du canal inguinal et devient organe du cordon. Elle gagne ainsi la face interne de l'épididyme, dont elle croise le corps, se dirigeant obliquement en bas en arrière, pour se diviser au niveau du pôle postérieur du testicule en deux branches terminales pour cette glande. Elle donne deux artères épididymaires, antérieure et postérieure, celle-ci s'anastomosant avec la déférentielle.

3° **Artère déférentielle.** — Née de la vésiculo-déférentielle, venue du tronc antérieur de bifurcation de l'hypogastrique, cette artère chemine avec le cordon pour se terminer au niveau de l'épididyme par une anastomose en arc avec la spermatique, anastomose d'où naissent des rameaux épididymaires et testiculaires. Elle fournit un rameau spécial au canal déférent.

4° **Artère funiculaire.** — Née de la crosse égigastrique (parfois anormalement de l'obturatrice) cette artère pénètre dans le canal inguinal, quelquefois par un orifice propre. Cette artère chemine *en dehors* de l'enveloppe fibreuse du cordon, et au niveau de la queue de l'épididyme elle se termine par anastomose avec les deux précédentes. Elle fournit des rameaux aux éléments et enveloppes du cordon.

5° **Veines spermatiques.** — Elles sont divisées en deux groupes par rapport au canal déférent, antérieur et postérieur. Le *groupe antérieur* ou spermatique proprement dit, le plus souvent atteint par le varicocèle, entoure l'artère spermatique, forme le plexus pampiniforme et se jette à droite dans la veine cave inférieure, à gauche dans la veine rénale gauche à angle droit (prédominance du varicocèle gauche). Il existe des anastomoses avec les veines scrotales inférieures, veines honteuses externes et veine dorsale de la verge. Le *groupe postérieur* ou déférentiel ou funiculaire également richement anastomosé, vient surtout de la queue de l'épididyme (varicocèle localisé de Doumenge) et va se jeter dans la veine épigastrique.

6° **Lymphatiques.** — Nés du testicule, de l'épididyme, et du feuillet viscéral de la vaginale, les lymphatiques forment quatre à huit troncs qui vont gagner la région lombaire : ceux du côté droit se jettent dans l'amas lombaire droit, ceux du côté gauche dans les ganglions les plus élevés du groupe lombaire gauche. En outre quelques-uns se jettent dans les ganglions préaortiques (Cunéo et Most). C'est là qu'il faut rechercher l'adénopathie accompagnant les lésions testiculaires.

7° **Nerfs.** — Ils viennent du plexus spermatique et du plexus déférentiel, enlacés par les veines. Leurs anastomoses avec le plexus rénal explique le réflexe rénotesticulaire. Quant aux branches génitales des abdominogénitaux et du génitocrural, elles sont en dehors du cordon, affectant des rapports avec ce dernier dans le trajet inguinal.

8° Tous ces éléments sont noyés dans un *tissu cellulaire* lâche, siège des hématomes et des funiculites.

GROUPEMENT DES ÉLÉMENTS. — **Généralités.** — Tous les éléments constitutifs, que nous venons d'étudier, unis les uns aux autres par le tissu cellulaire lâche, forment un véritable faisceau ou cordon qui se trouve contenu dans une gaine commune fibreuse, qui n'est autre que la tunique fibreuse des bourses, continue en haut avec le fascia transversalis. Le cordon figure dès lors un tube cylindroïde, de 12 à 14 centimètres de long, du volume moyen du petit doigt, s'étendant de l'extrémité supéroantérieure du testicule à l'orifice profond du canal inguinal. La disposition des éléments varie avec l'étage du cordon. *a.* Au niveau de l'extrémité inférieure le canal déférent est postérieur, les vaisseaux se dirigent vers la face interne de l'épididyme. *b.* Une coupe au niveau du tiers moyen montre que le cordon est divisé à l'intérieur de la gaine fibreuse en deux portions antérieure et postérieure. La postérieure, moins développée, est formée par quelques veines du groupe postérieur qui entourent le canal déférent et l'artère déférentielle cheminant sur ce dernier. Signalons encore la présence de fibres musculaires lisses faisant partie du crémaster interne. La partie antérieure, volumineuse, renferme les veines du groupe antérieur, formant un énorme paquet, qui entoure et rejette en arrière l'artère spermatique. On trouve, en plus des lymphatiques et des filets nerveux, le vestige du canal vagino-péritonéal oblitéré. *c.* A son extrémité supérieure le cordon voit sa fibreuse s'épanouir, se continuant avec le fascia superficialis, et tous les organes s'éparpillent, allant gagner leur point terminal, ou arrivant de leur point de naissance : régions pelvienne, lombaire, iliaque.

RAPPORTS. — Durant son trajet le cordon est d'abord vertical : c'est sa portion scrotale ; puis il devient oblique en haut, en dehors, en arrière; c'est sa portion inguinale.

1° **Portion scrotale.** — Dans sa portion scrotale le cordon est recouvert par les enveloppes des bourses : peau, dartos, celluleuse, crémaster externe et fibreuse commune qui forme sa gaine propre. Mais il existe au niveau du testicule une enveloppe séreuse, la vaginale, directement appliquée sur la glande. Or après avoir tapissé la face interne du testicule en dedans, la face externe de l'épididyme en dehors, les deux feuillets viscéral et pariétal en se continuant l'un avec l'autre forment un cul-de-sac inférieur qui tapisse les faces antérieures et latérales du cordon. Ce cul-de-sac anté et latérofuniculaire remonte plus haut en dehors (15 millimètres) qu'en avant (10 millimètres). La présence de la celluleuse sus-jacente à la fibreuse rend facile l'énucléation du cordon.

2° **Portion inguinale.** — Le cordon pénètre dans le canal inguinal par son orifice externe, ovalaire, limité superficiellement par les piliers interne et externe du grand oblique, les fibres arciformes de Nicaise, et profondément par le pilier postérieur. Dans le canal le cordon répond : *en avant* à la paroi antérieure, tendon du grand oblique en dedans, muscles grand oblique, petit oblique et transverse en dehors; *en arrière*, de dedans en dehors, au pilier profond (ligament de Colles), au tendon conjoint du petit oblique et du transverse, au fascia transversalis renforcé par le ligament de Hesselbach; *en haut*, le bord supérieur du canal est formé en dedans par l'accollement du tendon conjoint et du grand oblique, au milieu par l'enjambement des petit oblique et transverse, en dehors par l'accollement des petit oblique et transverse avec le fascia tranversalis; *en bas*, le bord inférieur est formé par l'arcade crurale et le renforcement inférieur postérieur dit bandelette iliopubienne.

Dans ce trajet l'on voit cheminer sur la gaine du cordon trois filets nerveux : rameau génital du grand abdominogénital qui suit sa face supérieure; rameau génital du petit abdominogénital qui suit sa face antéroexterne; rameau génital du génitocrural qui suit la paroi inférieure.

DÉDUCTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. — Si l'on se rappelle qu'au niveau de la paroi postérieure du canal existe trois fossettes dites inguinales externe, moyenne, interne, on comprendra la disposition du cordon dans les hernies. Dans la hernie oblique externe le sac se trouve situé au milieu des éléments du cordon qui lui adhèrent. Dans la hernie inguinale directe, le cordon est refoulé en bas et n'a que des rapports médiats avec le sac. Dans la hernie oblique interne le sac herniaire vient s'échapper au niveau de l'orifice superficiel presque directement, c'est-à-dire en dedans du cordon.

Par suite de ses éléments constitutifs le cordon a un triple rôle de suspension, de nutrition, de conduite du sperme.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 15 novembre. — MM. Massart, 8; Robert, 7; Cousin, 6; Audebert, 5; Mme Hovelacque, 12; MM. Goret et Brouet, 6; Mlle Besson (M.), 4.

Pathologie. — Séance du 15 novembre. — MM. Dognon, 9; Richard (Georges), 6; Michaux, 11; Papillon, 9; Pichon, 7; Hemmerdinger, Rousseau et Andral, 5; Boussi, 6; Ignard, 9.

Séance du 16 novembre. — MM. Beloux, 10; Scheikevitch, 8; Schmutz, 7; Masmonteil et Frette, 10; Morlot, 8; Mlle Athanassiu, 6; MM. Marx, 3; Bénit, 4; de Léobardy, 4.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1911-1912, concours de médecine) aura lieu le lundi 11 mars 1912, à quatre heures, dans la salle de concours de l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 8 janvier 1912 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel, au plus tard le lundi 8 janvier 1912, à trois heures, dernier délai.

A l'ouverture du concours, le 11 mars 1912, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort le nom des candidats qui seront appelés à subir une épreuve théorique orale dans cette séance.

— Hommage au professeur Hayem. — A l'occasion de sa retraite, les élèves, anciens élèves et amis du professeur Hayem, se réuniront dimanche prochain, à dix heures précises, à l'amphithéâtre Moïana, à l'hôpital Saint-Antoine (entrée n° 53, boulevard Diderot). Ils lui remettront une médaille commémorative.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Le concours du clinicat médical s'est terminé par la nomination de M. le docteur Raynaud.

— Toulouse. — M. Martin, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1911-1912 (durée du congé accordé à M. Cestan), d'un cours de médecine opératoire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — M. Perrin, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, est nommé, à partir du 1er novembre 1911, professeur d'histoire naturelle.

— Grenoble. — M. Bosquette, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Nantes. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1911-1912, des cours complémentaires ci-après désignés :

M. le docteur Biaute : maladies mentales.

M. le docteur Texier : oto-rhino-laryngologie.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Mareschal, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, membre du comité technique de santé, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

MARINE. — Par décision ministérielle du 13 novembre 1911, M. le docteur Pungier, du port de Brest, promu au grade de médecin en chef de première classe, pour compter du 27 novembre 1911, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin chef à l'hôpital maritime de Port-Louis.

Par la même décision, M. le docteur Girard, promu au grade de médecin en chef de première classe, pour compter du 1er décembre 1911, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin chef de l'hôpital maritine de Cherbourg.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — M. Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires, démissionnaire, est nommé inspecteur général honoraire des écoles vétérinaires.

M. Barrier, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, est nommé inspecteur général des écoles vétérinaires, en remplacement de M. Chauveau.

M. Vallée, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Barrier.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Un concours pour le poste de médecin à la prison de la Santé est fixé au 1er décembre 1911, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine.

Le registre d'inscription sera ouvert au ministère de la Justice (administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès) jusqu'au 20 novembre 1911.

Les candidats qui désireront être admis à concourir devront être Français, titulaires du diplôme de doctorat en médecine d'Etat, être âgés de vingt-cinq ans au moins lors de l'ouverture du concours. Ils devront fournir leur acte de naissance, leur diplôme et un exposé de leurs titres et services, manuscrit, dactylographié ou imprimé.

Les conditions du concours ont été fixées par un arrêté du ministre de la Justice, paru à l'*Officiel* du 5 novembre.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs pompiers :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les docteurs Delboz, à Bonneville-la-Louvet, et Bouchacourt à Mâcon.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 1877.)*

VENTE en l'Etude de Me Baudrier, notaire à Paris, 68, rue de la Chaussée-d'Antin, le 30 novembre 1911, à une heure, en un seul lot, d'une **OFFICINE DE PHARMACIE** exploitée à Paris **37, rue Lapérouse** (16e), comprenant clientèle, achalandage, matériel et agencement servant à son exploitation, droit au bail, obligation par l'adjudicataire de reprendre les marchandises pour le montant de la prisée de l'inventaire; loyers d'avance à rembourser : 2000 francs; **mise à prix : 100.000 francs**; consignation pour enchérir : 20000 francs.

S'adresser pour les renseignements : à Me Baudrier, notaire, et à Me Pelletier, avoué, 44, Chaussée-d'Antin.

REVUE GÉNÉRALE

LE POUMON SYPHILITIQUE

CHEZ L'ADULTE (1)

Par le docteur G. MASSIA,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon et de la Clinique dermatologique,
Préparateur à la Faculté.

VII

Etude clinique. — L'imprécision se montrera ici comme dans l'anatomie pathologique : les formes comme nous l'avons vu sont réunies et combinées; nous ne pourrons donc superposer des formes cliniques aux formes anatomiques.

On a classé différemment les formes de pneumo-syphilose : phtisie syphilitique, syphilis gommeuse, scléro-gommeuse, scléro-pneumonique, ulcéreuse, constituent des formes qui, à notre avis, sont trop tranchées encore à l'heure actuelle. Avec Fournier, Balzer, Enriquez, Dieulafoy nous exposerons des formes purement cliniques, basées sur l'évolution :

1° Forme latente, sans signes fonctionnels nets.

2° Forme aiguë ou subaiguë (broncho-pneumonique).

3° Forme chronique (ancienne phtisie syphilitique).

A ce dernier groupe nous rattacherons les formes secondaires suivantes qui en sont les complications : forme gangréneuse, forme pleuro-pulmonaire, forme laryngo-pulmonaire, forme de sclérose pulmonaire avec ou sans bronchectasie.

4° Forme de pneumonie chronique.

5° Forme d'association avec la tuberculose que nous signalerons brièvement.

1° Pneumopathies syphilitiques latentes. — Cette forme constituant le plus souvent une trouvaille d'autopsie correspondrait surtout à la présence de gommes, ces lésions, en effet, ne peuvent en elles-mêmes donner de signes nets. Tout au plus, dans les observations où l'autopsie les révéla, a-t-on trouvé une submatité limitée avec résistance au doigt, obscurité respiratoire ou respiration soufflante, quelques râles disséminés. Les signes fonctionnels n'existent pas, à peine une légère dyspnée, symptômes pouvant se rapporter d'ailleurs à des lésions scléreuses. Les malades viennent pour tout autre chose. Le diagnostic ne pourra généralement pas être posé, on pourra cependant y penser dans des cas où des syphilitiques porteurs de diverses lésions auront quelques signes pulmonaires. La radiographie pourra rendre quelques services.

2° Forme aigue (broncho-pneumonie caséeuse syphilitique. — Tous les auteurs, Marfan, Balzer, Darier, Milian, Enriquez, Dieulafoy lui consacrent des descriptions : on sait qu'anatomiquement son existence est discutable. Elle simule une broncho-pneumonie tuberculeuse. Le début est brusque, on a signalé un peu de toux et de gêne thoracique comme prodromes. Une fièvre élevée et des signes généraux marqués s'installent en même temps qu'une toux fréquente, la dyspnée est violente, l'expectoration muco-purulente moyenne, parfois quelques hémoptysies, la courbe de température n'a rien de caractéristique. A l'examen, signes très localisés d'induration pulmonaire : submatité, augmentation des vibrations, souffle, quelques râles sans caractère, on a même décrit des signes cavitaires.

L'affection traîne quelques semaines, le malade se cachectise et la mort survient, à moins qu'un traitement antisyphilitique n'enraye la maladie. Il en a été ainsi dans les rares cas rapportés.

Le diagnostic, on le conçoit est bien difficile. Le siège des signes à la partie moyenne des poumons (Milian) n'a qu'une faible valeur, le traitement hydrargyro-ioduré sera le seul moyen de dépister l'affection, c'est d'ailleurs la seule raison qu'on ait semblé avoir de porter le diagnostic de broncho-pneumonie syphilitique.

3e Forme chronique. — C'est la phtisie syphilitique des auteurs. Toutes les lésions anatomiques plus ou moins associées s'y rencontrent, les formes cavitaires sont probablement des bronchectasies. Les faits les plus certains sont : sa fréquence, sa chronicité et sa ressemblance avec la tuberculose pulmonaire.

a. *Période de début.* — Il est toujours insidieux, sans ces incidents, hémoptysie, toux, anémie, etc. qui donnent l'éveil dans la tuberculose, les toxines seraient moins anémiantes et il n'y aurait pas de compression du pneumo-gastrique par les ganglions bronchiques (Milian). C'est ainsi qu'apparaissent les signes d'une légère bronchite : un peu de toux, sans expectoration, dyspnée souvent nette, la température reste normale, l'appétit bon. Ce n'est qu'au bout de longs mois que le malade se décide à se faire examiner devant l'augmentation ou la persistance des symptômes.

b. *Période d'état.* — Le malade se présente comme un bronchitique, toux peu fréquente avec expectoration moyenne, dyspnée notable avec généralement des symptômes généraux très peu marqués. Passons en revue ces différents symptômes :

La toux n'a rien de spécial, jamais quinteuse, elle est peu pénible pour le malade.

L'expectoration a une assez grande importance, souvent muqueuse elle peut présenter des îlots purulents, la recherche du bacille de Koch se montrera négative du moins dans les formes pures. Cette recherche devra être soigneuse et fréquemment répétée.

La recherche du tréponème pâle ne donnera aucun résultat bien que Buchanan ait cru le découvrir dans un cas.

La présence de petites masses de tissu pulmonaire a été donnée comme signe de syphilis, le miscroscope montre les fragments de substance nécrotique ou infiltrés de petites cellules rondes. Les observations signalent rarement ce fait admis par Lancereaux, Schech, Orth, Bourdieu, avec grande réserve par Lang.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 128, p. 1829.

Les hémoptysies vraies sont rares, à peine quelques crachats teintés de sang. Dieulafoy a signalé un cas à grandes hémoptysies.

La dyspnée est assez marquée, souvent avec paroxysme survenant le soir et la nuit; en général elle est hors de proportions avec les signes physiques. Cette contradiction s'explique d'après Pancritius, par ce fait que l'infiltration syphilitique amène la constriction et l'inhibition du vague au hile pulmonaire.

Pour Sokolowski il s'agit d'un asthme circulatoire dû à l'aortite. D'après Rosner la dyspnée provient de la compression des bronches par le tissu pulmonaire rétracté. Il est probable que ces causes se combinent.

Rarement les signes physiques sont perceptibles alors que le malade n'a aucun trouble fonctionnel. Signalons quelques douleurs thoraciques fugaces.

Les symptômes généraux sont peu marqués. Le syphilitique pulmonaire est un caverneux bien portant, a dit Bazin. L'appétit est conservé, l'amaigrissement nul, les forces restent normales, tout ceci du moins au début.

La température reste longtemps normale, ce serait un signe important, cependant Imhof-Brion, Soberheim ont signalé des cas de syphilis tertiaire avec fièvre, même des syphilis pulmonaires. Peut-être a-t-on affaire à des associations microbiennes, en tout cas l'absence de fièvre semble un bon signe.

Les signes physiques seront des plus variables étant donnée la variété des lésions pulmonaires. La percussion donne des zones de submatité correspondant à la sclérose ou aux gommes. Les vibrations sont souvent peu modifiées. L'auscultation révèle des zones d'obscurité, de rudesse respiratoire, parfois du souffle. Souvent on a des râles muqueux plus ou moins nombreux, plus ou moins localisés. La localisation des signes à la partie moyenne du poumon, nous l'avons vu, n'a qu'une importance bien relative. On peut percevoir également des signes cavitaires souvent localisés à la base, ils relèvent en général d'une bronchectasie, dans ce cas ils sont accompagnés d'une abondante expectoration purulente.

Ces signes se combinent plus ou moins, donnant des symptômes de congestion, d'induration, de ramollissement, de cavernes. Ils sont tout à fait superposables aux signes d'une infection tuberculeuse au stade d'invasion, d'infiltration ou d'ulcération.

c. Période cachectique. — L'affection va durer ainsi un temps variable souvent long, peu à peu l'état général surviendra ainsi que l'amaigrissement, la fièvre va s'installer avec les caractères d'une fièvre hectique à grandes oscillations, les sueurs nocturnes apparaissent, l'expectoration devient abondante parfois nummulaire, les doigts se déforment (ostéopathie hypertrophiante pneumique), finalement le malade peut arriver à mourir comme un tuberculeux; il ne faut donc pas exagérer l'optimisme de Bazin. A cette forme chronique nous devons rattacher un certain nombre de complications.

1. *Forme avec gangrène pulmonaire*, les cas sont rares, il n'est pas certain que cette gangrène soit spécifique, rien ne s'oppose à ce que cette lésion évolue chez des malades à lésions pulmonaires souvent considérables. Elle serait surtout fréquente sur les parois de bronchectasie. On voit apparaître brusquement les symptômes généraux et fonctionnels graves : douleurs, toux, expectoration qui devient plus ou moins noirâtre ou striée de sang.

L'odeur fétide caractéristique apparaît. Dans certains cas le diagnostic fut porté (Mauriac, Feulard, Dieulafoy, Fournier) et le traitement amena la guérison.

Dans d'autres cas la terminaison fatale survient par cachexie, hémoptysie, pleurésie gangréneuse.

2. *Forme pleuro-pulmonaire.* — On constate, au cours de l'affection, l'apparition d'un épanchement, dont la nature peut être discutable. Nous n'avons pas à faire ici l'histoire des pleurésies syphilitiques, question qui appelle de nouvelles recherches.

3. *Forme laryngo-pulmonaire.* — Un fait indéniable c'est la fréquence des lésions laryngées dans les cas de syphilis du poumon. Nous ne ferons que signaler ici ces faits qui sont d'une importance considérable pour le diagnostic.

4. *Forme de sclérose avec bronchectasie.* — La sclérose n'est pas à la vérité une complication, elle se manifeste par les signes d'une bronchite chronique, submatité, augmentation des vibrations, respiration rude ou soufflante, expiration prolongée, parfois aussi obscurité localisée. En même temps un peu de toux et d'expectoration.

Les dilatations bronchiques peuvent passer pour des complications, elles se développent souvent parallèlement aux scléroses. Nous ne voulons pas en décrire les signes qui sont bien connus; leur pronostic assombrit un peu celui de la sclérose, on sait qu'elles ont peu de tendance à la guérison.

Telles sont les principales complications de la syphilis pulmonaire chronique qui peuvent parfois passer pour des formes spéciales. Signalons encore une complication fréquente, c'est la présence de l'albumine et de cylindres dans les urines avec les autres signes d'insuffisance rénale (œdèmes). On a probablement affaire dans ces cas à l'amylose rénale.

4° Forme de pneumonie chronique. — Forme très rare à l'état pur, elle donne les signes d'une induration, obscurité et souffle parfois intense avec un peu de matité.

Les signes fonctionnels sont la dyspnée, la toux, un point de côté plus ou moins violent, l'expectoration est rare, la température est régulière. L'affection conduit à la cachexie et à la mort. Le traitement n'a pas toujours un résultat appréciable. La durée est assez longue, souvent de plusieurs mois.

Comme on le voit, on n'a guère que des signes de pneumonie chronique ordinaires. Le diagnostic ne peut être soupçonné que par la présence d'autres lésions syphilitiques en évolution.

5° Forme d'association avec la tuberculose. — Un point très important à étudier serait le rapport de

la syphilis et de la tuberculose. Nous ne voulons pas insister sur le rôle de la syphilis en général dans le développement de la tuberculose. Pour Sergent dont le livre récent donnera toutes les indications à ce sujet, la syphilis serait une cause d'appel bien nette pour la tuberculose et la rendrait plus grave.

L'âge de la syphilis aurait aussi une grosse importance : chez les syphilitiques anciens, la tuberculose aurait volontiers une marche torpide (Stieffel). De l'avis de tous la syphilis primaire et secondaire est grave pour un tuberculeux et, pour certains même, la syphilis tertiaire aurait une influence plutôt favorable. Nous ne voulons pas insister davantage sur ces faits.

Quant à l'association de la syphilis et de la tuberculose, elle semble assez fréquente. Gougenheim, Balzer, Chiari, croient que les coïncidences sont rares. La syphilis localisée au poumon n'appellerait que très rarement la tuberculose. Actuellement la plupart des auteurs considèrent l'association comme fréquente. Sergent arrive aux conclusions suivantes à cet égard :

1° Il est probable que l'hybride de syphilis et tuberculose est plus fréquent qu'on ne le croit.

2° C'est probablement pour ces raisons que le traitement mercuriel améliore et guérit souvent la tuberculose des syphilitiques.

VIII

Evolution et pronostic — En général, l'affection se montre sous sa forme chronique; la durée de l'évolution est longue, plusieurs mois, parfois plusieurs années. On doit signaler l'apparition de poussées aiguës assez fréquentes, les unes relevant d'une infection banale, les autres dues à la syphilis. Ces poussées aiguës assombrissent le pronostic, surtout chez les malades en état de cachexie. Ailleurs, on voit les malades cachectiques s'affaiblir peu à peu et mourir comme des tuberculeux. C'est dans ces cas qu'on peut voir aussi les manifestations gangréneuses généralement de la plus haute gravité. Les hémoptysies, les pleurésies, l'infection secondaire tuberculeuse sont également des facteurs de gravité qui assombrissent le pronostic. L'asystolie qu'on a signalée comme terminaison des pneumosyphiloses est, en tout cas, très rare. Enfin, les accidents urémiques dus à l'amylose doivent entrer aussi en ligne de compte.

Comme on le voit, il y a lieu de faire certaines réserves au point de vue du pronostic de la syphilis pulmonaire. Celle-ci peut entraîner la mort, soit par son évolution naturelle, soit par les complications qui peuvent survenir et on ne doit pas exagérer l'optimisme qu'on a parfois montré à l'égard de cette affection.

IX

Diagnostic général des pneumosyphiloses. — L'importance d'un diagnostic clinique aussi précoce que possible est donc de toute évidence. En général, les malades se présentent comme des tuberculeux et sont soignés comme tels, jusqu'à ce qu'une lésion syphilitique apparente survienne qui fasse poser le diagnostic possible de pneumopathie syphilitique. Quelles sont les particularités qui pourront donner une vraisemblance à ce diagnostic?

1° Localisation. — La présence des lésions à la partie moyenne des poumons ou à la base aurait une certaine valeur. En réalité, on ne devra pas en tenir un trop grand compte, comme nous l'avons vu.

2° Antécédents. — Ils ont une grande importance. Quand le malade avoue un chancre, il n'y a pas de difficultés; mais il est bien souvent nié ou ignoré. On ne devra guère tenir compte d'une cicatrice de chancre sur les organes génitaux. Plus importante sera la présence à un moment donné d'accidents (bubon, alopécie, plaques muqueuses, fausses couches). Enfin, on devra, à l'heure actuelle, pratiquer les réactions de laboratoire : la réaction de Wassermann aura une grosse importance; mais il ne faut lui demander que ce qu'elle peut donner. Le sérodiagnostic tuberculeux pourra rendre, lui aussi, quelques services.

3° Lenteur d'évolution. — Ce caractère n'a qu'une importance relative; dans la tuberculose, il y a des formes lentes.

4° Signes généraux. — Ils passent pour être moins prononcés dans la syphilis; mais là encore, rien d'absolu : on connaît les phtisies tuberculeuses florides et dans la syphilis, la fièvre n'est pas exceptionnelle. Cependant, en général, ces tuberculeux bien portants doivent être l'objet d'un examen approfondi.

5° Accidents syphilitiques concomitants. — On devra leur accorder une très grosse importance. Chez un phtisique, la syphilis pulmonaire devra être soupçonnée quand on verra survenir les gommes, les syphilides diverses, les accidents laryngés et même les lésions parasyphilitiques (tabes, lésions aortiques).

6° Hyperthermie locale. — Ce signe serait constant dans la tuberculose, toujours absent dans la syphilis. Des recherches à cet égard seraient encore nécessaires pour élucider ce point (Güntz).

7° Examen des crachats. — La recherche du bacille de Koch devra toujours être pratiquée; son absence, constatée à plusieurs reprises et à des moments différents, sera en faveur de la syphilis; mais cet élément de diagnostic, on le conçoit, ne sera pas absolu. On peut avoir une tuberculose fermée. L'inoculation au cobaye sera, à ce point de vue, supérieure à la recherche directe. L'albumino-réaction pourra être faite; dans trois cas de syphilis pulmonaire, MM. Roger et Lévy-Valensi l'ont trouvée négative; de nouvelles recherches à cet égard seraient nécessaires.

La présence de fragments de poumons dans les crachats quand, par hasard, elle sera constatée, aura une certaine importance. L'examen microscopique des fragments devra être pratiqué. Encore faudra-t-il éliminer la possibilité d'une gangrène ou d'un abcès pulmonaire.

8° TRAITEMENT D'ÉPREUVE. — C'est un signe de très grande valeur, mais la difficulté est justement d'être conduit à le faire. A condition de se mettre à l'abri des causes d'erreurs, il reste le meilleur signe clinique que nous possédions actuellement.

Tels sont les principaux éléments de diagnostic que nous aurons à employer.

Quant au diagnostic différentiel avec les autres affections pulmonaires, il ne sera généralement pas très difficile à établir. Les pleurésies enkystées, les kystes hydatiques, les cancers du poumon, l'adénopathie trachéo-bronchique, les tumeurs du médiastin, la médiastinite syphilitique récemment étudiée par Dieulafoy pourront ressembler aux diverses formes de pneumosyphilose. Un examen soigneux fera éviter ces confusions. C'est la tuberculose qui reste le diagnostic essentiel.

X

Traitement. — Nous ne ferons qu'exposer ses principes généraux. L'influence du mercure sur les lésions pulmonaires syphilitiques est très nette, comme le montre l'histoire du malade de Brambilla, mais nous ne devons plus attendre du hasard le soin d'instituer ce traitement.

C'est le traitement mixte qu'il conviendra d'employer comme le pensent de nombreux auteurs. Le mercure et l'iodure devront être donnés à doses suffisantes et continués assez longtemps; ces deux conditions sont essentielles dans l'application d'un traitement d'épreuve. Dieulafoy a donné jusqu'à 12 ou 15 grammes d'iodure; la dose moyenne sera de 4 grammes environ et de 2 centigrammes de biiodure par jour. La forme variera suivant les cas (sirop mixte, injections, frictions, etc.). Certains auteurs emploient uniquement le mercure, ne laissant l'iodure qu'aux cas certains. Nous n'insisterons pas sur les précautions à prendre pendant le traitement.

Dans quel cas le traitement est-il efficace? Certains auteurs (Landouzy, Jaquinet) sont d'avis d'essayer avec prudence le traitement spécifique chez tous les tuberculeux. Nous pensons qu'on ne doit pas suivre cette règle qui ne serait pas sans inconvénients.

Il semble plus admissible d'instituer le traitement chez tous les tuberculeux ayant la syphilis dans leurs antécédents; là encore, nous pensons qu'il ne faut pas d'exagération; à notre avis, on devra instituer le traitement dans tous les cas douteux et après un examen approfondi des symptômes pour peu que ceux-ci puissent faire penser à la vraisemblance d'une syphilis pulmonaire. Quant à l'influence du traitement, on doit dire qu'un certain nombre de formes ne sont pas améliorées, les scléroses, les bronchectasies sont dans ce cas; un certain nombre de cas de syphilis authentique ne sont pas influencés; mais, en général, le traitement a une influence bienfaisante soit dans les formes aiguës, soit surtout dans les formes chroniques.

Nous ne dirons rien du traitement par l'arsenobenzol; le 606, à notre connaissance, n'a pas encore été employé dans la syphilis pulmonaire.

Enfin, les formes d'association seront justiciables, elles aussi, du traitement mercuriel; même chez les tuberculeux ayant eu la syphilis, on voit souvent ce traitement donner les meilleurs résultats.

Le traitement général local devra être appliqué également à titre d'adjuvant.

BIBLIOGRAPHIE

Les travaux antérieurs à 1895 pourront être consultés dans les revues antérieures de Marfan (1892) et de Vires (1895).

1896. DIEHL. *Gommes du poumon*, inaug. dissert., Erlangen. — FAGET. Th. de Paris. — NEUMANN. Maladie syphilitique des poumons, *Arch. de Nothnagel*, vol. XXII. — STOLPER. *Syphilis viscérale*, Cassel.

1897. LETULLE. *Cœur, vaisseaux, poumons, anatomie pathologique*.

1898. BORST. *Münch. med. Woch.*, n° 30.

1899. AUFRECHT. Lungenentzündungen, *Noth. Path. u. Ther.*, t. XIV. — FLOCKEMANN. Arbeiten über Lungensyphilis, *Centralbl. f. allg. Path.*, Bd. X.

1900. ALIBERT. Th. de Paris.

1901. ASKANZY, BAUMGARTEN, HANSEMANN, MARCHAND et ORTH. *Congrès d'Aix-la-Chapelle*. — KAUFMANN. *Livre d'anatomie pathologique spéciale*. — LERCH. Syphilis acquise du poumon, *Phild. med. Journ.*

1902. ZIEGLER. *Anatomie pathologique spéciale*. — BERG (H. W.). Syphilis pulmonaire simulant la tuberculose, *Med. record*, New-York. — MARZ. *Association de syphilis et de tuberculose*, Inaug. dissert., Würzburg. — GRIFFON et TRASTOUR. Syphilis et tuberculose, *Soc. anat. de Paris*. — BLÖGMLIN. Tuberculose et syphilis, *Soc. dermat. de Moscou*.

1903. CONNER et LEWIS. Syphilis pleuro-pulmonaire, *Med. Obosr*. — REMSEN. Syphilis du poumon, *John's Hopk. hop. Bull.*

1904. QUINCKE. Cas de syphilis viscérale, *Arch. f. Dermat. und Syph.*, Bd. LXXII. — TRINKLER et CHARKOW. Syphilis viscérale, *Arch. f. Dermat. und Syph.* — WODSACK. Syphilis des bronches, *Charité Ann.* — BAUMEL. Syphilis pulmonaire, *Gaz. des hôpit.*; — Syphilis pulmonaire du sommet à type cavitaire, *Marseille méd.* — GAUCHER. Hérédo-syphilis des voies respiratoires, *Gaz. des hôpit.*

1905. AUDRAIN. *Syphilis pulmonaire*, Caen. — SERGENT. *Syphilis et tuberculose*. — FINGER et LANGSTEINER. *Kaiserl. Akad. d. Wissensch.*, Wien. — GAUCHER. *Ann. de méd. et de chir. inf.* — DARIER. *Diagnostic anatomique des lésions tertiaires*, in tr. de Fournier. — BABÈS. Syphilis héréditaire et syphilis du poumon, *Arch. gén. de méd.* — WILSON et HUGHES. Syph. of the Lung, simulating phtisis, *Med. News*. — SOBERHEIM. Fièvre dans la syphilis du poumon, *Therap. d. Gegen.* — STOICESCU et BACALOGLU. Syphilis du poumon, *Rev. stiwlor med.* — BOURÉE. Th. de Paris. — CADE et JAMBON. Lésions pulmonaires de la syphilis tertiaire, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.* — CLAYTON. Syph. of the Lung, *Amer. Journ. of the med. sc.* — REVOL. *Syphilis tertiaire du larynx*, Th. de Lyon.

1906. BÉRIEL. *Syphilis du poumon*. — FOURNIER. *Traité de la syphilis*. — DOUTRELEPONT et GROUVEN. *Deut. med. Woch.* — FERRÉ. *C. r. de la Soc. de biol.* — HERXHEIMER. Etiologie et pathogénie de la syphilis, *Ergeb. d. Allg. Path. des Mensch. u. Thier.* — KOHL. Syphilis congénitale du poumon, *Arch. f. Kind.* — BÉRIEL et FAVRE. Spirochète dans la pneumonie blanche, *Lyon méd.* — ROUJARD. Syphilis laryngée et pulmonaire, *Bull. de laryngol. et rhinol.* — KOKAWA. Syphilis du poumon, *Arch. f. Dermat. u. Syph.*

1907. NICOLAS et FAVRE. Contribution à l'étude des syphilides tertiaires cutanées, *Ann. des mal. vénér.*; — Cellules géantes et follicule syphilitique, *Prov. méd.* — MOSNY et MALLOIZEL. *Un cas de pneumonie blanche chez l'adulte*. — LÉPINE. Th. de Paris. — SÉZARY. *Déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire*, Paris. — BUCHANAN. Syph. of the Lung, *Brit. med. Journ.*

1908. Braudenburg. Syphilis du poumon, *Beitr. z. klin. der Tubercul.*, Bd. X. — Dann. Syphilis pulmonaires précoces, *Dermat. Zeit.* — Hedren. Syphilis pulmonaire chez l'adulte, *Nord. med. Arch.* — Henske. Pneumonie syphilitique lobaire, *Med. Fortnighly.* — Vatraszewski. Température dans les affections pulmonaires syphilitiques, *Allg. med. Centralbl.*, n° 7. — Mathieu. Syphilis et tuberculose, *Congrès franç. d'oto-rhino-laryng.* — Sergent. Syphilis et tuberculose, *Presse méd.*

1909. Gaucher. *Syphilis des viscères.* — Goehlinger. Th. de Lille. — Ribadeau-Dumas et Ameuille. *Bull. de la Soc. anat.* — Derscheid. Lungensyphilis, *Policlinique,* n° 2. — Imhof-Brion. La fièvre dans les périodes tardives de la syphilis, *Med. Klin.*, n° 21. — Sugai. Syphilis acquise du poumon, *Centralbl. f. allg. Pathol.* — Gerest et Wiess. Syphilis du poumon, *Loire méd.* — Bonnaud. Th. de Lyon. — Letulle. Cellules géantes dans la syphilis, *Presse méd.* — Estrada. Un cas de syphilis pulmonaire, *Rev. clin. de Madrid.* — Duque. Un cas de syphilis pulmonaire, *Acta dermo-sifiliographica,* Madrid.

1910. Bernig. Syphilis et tuberculose, *Med. Klin.* — Shiugu. Gommes du poumon, *Wiener klin. Woch.* — Grindon. Syphilis pulmonaire anormale, *Journ. of cut. dis.* — Dieulafoy. Médiastinite syphilitique, *Presse méd.* — Nicolas, Favre et Charlet. Réaction des syphilitiques à la tuberculine, *Soc. méd. des hôpit. de Paris.*

1911. Hansemann. Cas rare de syphilis pulmonaire, *Berl. klin. Woch.* — Sforza. Pneumonie chronique syphilitique, *Riv. osped.* — Massia. Th. de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 9 novembre 1911)

Paralysie des nerfs de la base, tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. Kindberg et Foix montrent une femme de soixante et onze ans présentant depuis deux à trois ans une surdité double avec paralysie atrophique des muscles de la langue, des lèvres, du facial gauche à type périphérique, difficulté de déglutir et de souffler, voile inerte, perte des réflexes pharyngés, absence de goût, douleurs surtout occipito-nucales. Aux membres, clonus et Babinski bilatéraux, spasmodicité, pas de troubles intellectuels ni de troubles cérébelleux, épreuve de Barany négative. Malgré l'absence complète de signes de stase intracranienne, les auteurs se croient fondés à penser avant tout à une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux et montrent un fait anatomique où le néoplasme n'avait donné que des symptômes analogues à celui du cas présent, mais unilatéraux.

Diplégie faciale et leucémie lymphogène. — Homme ayant présenté, au cours de la leucémie, une paralysie faciale brusque, à type périphérique. En l'absence d'autres troubles des nerfs craniens, peut-on incriminer la leucémie ?

Paralysie ischénique de Wolkmann. — M. A. Thomas montre une fillette qui, après l'application d'un appareil plâtré trop serré pour fracture du cubitus, fit une paralysie de Wolkmann, l'appareil n'étant resté en place que trois jours, au bout desquels il fut remplacé par un autre moins serré. La main est insensible jusqu'au poignet. L'auteur pense que le rôle étiologique principal revient à la compression des vaisseaux plus qu'à celle des nerfs.

Paralysie du grand dentelé. — Le même auteur présente un coiffeur qui, après un surmenage professionnel qui a dû jouer le rôle de cause déterminante, fit une paralysie du grand dentelé, actuellement très améliorée. M. Guillain pense que derrière le surmenage doit se cacher quelque infection, et rappelle les bons résultats que donne, dans les cas graves de paralysie du grand dentelé, la fixation de l'omoplate au thorax.

Modification des réflexes tendineux et cutanés par l'application de la bande d'Esmarch. — M. Babinski montre deux malades atteints de contracture organique avec orteil en extension chez lesquels, après vingt minutes de constriction par la bande élastique, la contracture disparaît momentanément, l'orteil est en flexion, et les réflexes cutanés de défense sont momentanément très exagérés.

Tumeur des méninges spinales. Paraplégie spasmodique guérie complètement par l'extirpation du néoplasme. — MM. Babinski, Lecène et Bourlot. Les douleurs en ceinture initiales dataient de deux ans. La paraplégie était presque complète, avec anesthésie des membres inférieurs et du bassin, sauf la région sacrée. L'ablation des lames vertébrales, septième à dixième dorsales, permit d'extirper le néoplasme, fibro-sarcome méningé, comprimant la moelle. Amélioration le jour même ; il ne reste plus que l'anesthésie accompagnée de quelques douleurs due à la résection des racines postérieures recouvrant la tumeur.

Recherches dynamométriques dans les paraplégies spasmodiques. — MM. Baudouin et Français. Il y a déficit global de la force musculaire, la force résiduelle de chaque muscle restant proportionnelle à sa force antérieure. Dans la syphilis médullaire, grandes variations tenant sans doute à l'adjonction de lésions méningo-radiculaires à celles de la voie pyramidale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 10 novembre 1911)

M. Carron de la Carrière offre à la Société son rapport sur les eaux minérales et stations climatiques de France à l'exposition universelle et internationale de Bruxelles ; il rappelle le grand succès remporté par la section des eaux minérales françaises, les nombreuses récompenses décernées et les seize conférences faites au palais des Fêtes par les médecins français les plus compétents en hydrologie.

L'hyperacidité et la déminéralisation du sol tuberculeux. — M. Lematte estime que dans le sang des tuberculeux l'acide carbonique en trop grande quantité draine la chaux, la magnésie, le phosphore du tissu osseux ou des parenchymes, et le terrain est ainsi préparé à l'infection bacillaire. Pour l'auteur aussi, l'hyperacidité des urines prise à la phénolphtaléine est chez les tuberculeux fonction des acides amidés provenant de la fonte des tissus.

M. Marcel Labbé ne considère pas la déminéralisation et la décalcification comme les apanages du terrain prédisposé à la tuberculose ; ces troubles morbides n'ont rien de spécifique ; ils sont au contraire consécutifs à l'évolution du bacille tuberculeux dans l'organisme, toute affection cachectisante s'accompagnant d'une déperdition d'éléments à la fois minéraux et organiques.

Ostéomyélite des nacriers. — M. A. Mouchet présente un jeune homme, éventailliste, qui accuse une ostéomyélite du cinquième métatarsien, affection bénigne, peu connue en France et due à l'inhalation de poussières de nacre.

Hématome du grand fessier chez un hémophile. — M. A. Mouchet expose le cas d'un sujet que l'on ne pouvait soupçonner d'hémophilie, chez lequel la ponction d'un hématome donne lieu à une hémorragie très abondante et difficile à arrêter.

M. Boursier rappelle l'histoire d'un malade, hémophile méconnu, chez lequel une avulsion dentaire détermina une hémorragie abondante qui ne fut arrêtée que par des cautérisations profondes.

M. Nigay, après l'incision d'un abcès dentaire, chez un jeune homme, eut à combattre une hémorragie d'une extrême gravité.

M. Cayla a constaté chez une jeune fille, atteinte d'une simple amygdalite, une hémorragie abondante et difficile à arrêter.

L'extraction des corps étrangers et la réduction des fractures. — M. Raoult-Deslongchamps présente un appareil portatif permettant par une ingénieuse disposition d'opérer et de réduire des fractures sous le contrôle simultané des rayons X et de la vision directe.

Acidose diabétique. — Pour M. Guelpa, le diabète est une des formes de défense de l'organisme contre les effets pernicieux d'une alimentation exagérée et trop carnée, l'organisme manifeste ses moyens de défense, d'abord par l'exagération de l'urée et de l'acide urique, ensuite par l'indose organique, la glycosurie, l'ammoniurie, l'acétonurie, et enfin le coma. Le traitement de choix, certain, et le plus rapide, réside toujours dans la désintoxication organique, quelles que soient les complications qui entrent en jeu.

M. Lematte considère les acides β. oxybutyriques, acétylacétiques, et l'acétone comme les témoins de la fermentation du glucose dans l'organisme, mais ces corps sont peu toxiques, tandis que les peptones libérées par la fonte des tissus peuvent agir comme des poisons violents et déterminer en partie le coma diabétique.

Si M. Marcel Labbé estime que la suralimentation carnée est dangereuse chez les diabétiques en acidose, et impose à ces malades des régimes réduits, il n'en considère pas moins comme impossible de continuer indéfiniment le traitement préconisé par M. Guelpa ; ces cures de désintoxication organique ne donnent pas du reste les résultats promis et n'empêchent pas les malades d'être diabétiques après comme avant.

Dans le diabète grave, comme le montrent certains indices, le métabolisme des albuminoïdes est nettement troublé : l'acide β. oxybutyrique fait partie des substances nocives formées et se trouve dans les urines des comateux à des doses élevées correspondant à celles qui sont reconnues expérimentalement comme toxiques.

Pour M. A. Leclercq, les corps acétoniques sont fournis par le foie glycogénique, et, grâce à leur radical carbone, sont appelés à neutraliser les molécules azotées provenant des polypeptides; ceci explique le bon effet des hydrocarbures dans le coma diabétique.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BUCCHU-BASMA EN THÉRAPEUTIQUE

Le bucchu ou bucco ou bocco a été introduit en France par le voyageur Burchell qui avait constaté la réputation dont jouit ce médicament chez les Hottentots comme vulnéraire et comme remède des affections vésicales. Sa composition a été étudiée ensuite par sir William Hocker et par Lindley.

Ce médicament qui est très usité dans les pharmacopées étrangères, notamment en Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis, n'est pas encore très répandu chez nous.

Il est constitué, on le sait, par les feuilles de diverses diosmées originaires de l'Afrique australe, et il est d'ailleurs signalé dans la plupart des formulaires (Bouchardat, Paul Robin). Dorvault dit que ses feuilles ont une saveur qui rappelle celle de la menthe poivrée ou de la fraxinelle.

Elles contiennent, d'après cet auteur, une huile volatile, la rutine, dans la proportion de 15 p. 100 et on leur attribue des propriétés sudorifiques, antispasmodiques, antirhumatismales très nettes : il paraît également constituer un excellent balsamique, un *diurétique puissant* et un excellent désinfectant.

Pouchet, dans son *Précis de pharmacologie*, le classe parmi les diurétiques directs, ou cellulaires, agissant par stimulation de l'épithélium rénal grâce aux résines et aux essences qu'il renferme.

Le bucchu fut employé autrefois par les médecins du Cap dans la gonorrhée, dans les cystites et les urétrites chroniques et préconisé notamment par Brodie (*Lect. of Diseases of the Urin. Org.*) et par Coulson (*On Diseases of the Bladder*).

Actuellement on le prescrit surtout dans les cystites de toute nature, dans la blennorragie, ainsi que dans les pyélites et les pyélo-néphrites. Il peut aussi rendre service dans toutes les maladies où il est indiqué de relever les forces générales, d'exciter et de modifier l'exhalation de la peau et de la muqueuse pulmonaire ou la sécrétion rénale. Il convient particulièrement dans la bronchite chronique (Dechambre).

G. de Servière, qui l'a étudié en 1863 dans la *Gazette hebdomadaire*, constatait que la poudre de bucchu perd au bout de quelques semaines son odeur aromatique et, sans doute aussi, ses principes volatils, aussi préférait-il prescrire le bucchu sous forme d'infusion aqueuse à raison de 10 à 15 grammes de la plante dans 1 litre d'eau bouillante, jusqu'à refroidissement.

Trousseau et Pidoux (*Traité de thérap. et de mat. méd.*, t. II, p. 182) l'indiquent dans les maladies de la vessie et le formulent en eau distillée de bucchu, en élixir et en infusion à 30 p. 500.

Dorvault conseille son emploi sous forme d'infusé à 10 p. 1000 et de teinture à 1 p. 8.

Le formulaire de Lyon et Loiseau indique, indépendamment de ces formes, comme posologie : la poudre de feuilles à la dose de 1 gramme à 1g50, en cachets, ou l'extrait fluide à la dose de 1 à 2 grammes.

O. Martin, dans son formulaire, indique également les mêmes préparations : poudre et infusé.

On peut le prescrire encore sous forme de perles d'extrait éthéré de bucchu-basma qui traversent le tube digestif sans être désagrégées puisqu'elles sont *enveloppées de kératine*, et c'est seulement au contact de la muqueuse de l'intestin grêle qu'elles se dissolvent : l'extrait éthéré de bucchu est mis alors en liberté, et son action bienfaisante est presque immédiate, constante et sûre.

Notons qu'il est indispensable pour que l'influence diurétique se produise qu'elle soit aidée par l'administration concomitante d'une certaine quantité d'eau. Négliger cette remarque, dit Pouchet dans son *Précis de pharmacologie*, c'est aller au-devant d'un échec et en même temps fatiguer l'épithélium rénal par un travail inutile.

LIVRES NOUVEAUX

Medicus. Guide-annuaire des étudiants et des praticiens [médecine, chirurgie, odontologie, pharmacie (1)].

Medicus pour 1912 vient de paraître. On sait avec quelle impatience est attendu ce guide-annuaire dont le sympathique éditeur Rouzaud a su faire le continuateur heureux du numéro des étudiants, que notre confrère le *Progrès médical* publia avec succès depuis 1873.

Il s'adresse aux étudiants et surtout au corps médical tout entier : médecins, dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Tous y trouveront les renseignements dont ils auront besoin,

(1) Elégant volume relié pleine toile de 1700 pages, grand in-8 raisin. — Prix : 5 francs. — Paris, Aimé Rouzaud.

soit au sujet de tout ce qui régit l'enseignement, soit au sujet des différents concours hospitaliers ou universitaires, soit, aussi, au sujet des questions de jurisprudence médicale auxquelles ceux qui soignent se heurtent de plus en plus, chaque jour, grâce aux mœurs régnantes.

Les renseignements multiples que contient *Medicus* ont été soigneusement vérifiés, colligés et mis à jour et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, que cette publication est, cette année, présentée d'une façon qui voisine la perfection.

Le praticien, toujours heureux de s'instruire et de faire son métier en toute conscience avait besoin d'un guide ; on ne pouvait lui en donner un meilleur et un plus pratique que celui-ci.

Medicus est divisé en six parties : dans les deux premières sont contenus tous les documents relatifs à l'enseignement de la médecine, de la pharmacie et de l'odontologie tant à Paris qu'en province. Une large place est réservée aux hôpitaux et hospices, « aux établissements et asiles d'aliénés », sociétés savantes, associations des étudiants, médecine militaire, navale et coloniale, etc.

La troisième partie comprend la liste des Facultés et écoles de l'étranger : historique, aperçu des études, et noms des professeurs.

La quatrième partie contient un dictionnaire de droit et de jurisprudence médicale de 180 pages, rédigé spécialement pour *Medicus*, par M. Marcel Petit, avocat à la cour d'appel de Paris, dont les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* apprécient si grandement la science juridique et la clarté d'exposition.

Ce dictionnaire a fait, l'année dernière, l'objet des commentaires les plus élogieux sur les services qu'il ne manquera pas de rendre.

La cinquième partie, à elle seule, constitue un recueil des lois, décrets, arrêtés concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie en France et aux colonies, la santé publique, l'hygiène, la police sanitaire, l'assistance publique, services médicaux de la préfecture de la Seine et de la préfecture de police, les accidents du travail, les sociétés d'assistance, de retraite et de secours en cas de maladie, la législation relative à la répression des fraudes, législation des stations et eaux minérales, les syndicats médicaux, les médecins sanitaires maritimes, les médecins de colonisation, etc.

Enfin la sixième partie est un annuaire complet des docteurs en médecine, chirurgiens dentistes, dentistes et pharmaciens de France et la liste des médecins civils et militaires des colonies que l'on trouverait en vain ailleurs. Un supplément trimestriel qui paraîtra en janvier, avril et juillet de chaque année, permettra la mise à jour de cet annuaire. Tous les souscripteurs de *Medicus* le recevront gratuitement.

L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CONVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE. — Le *Journal officiel* du 15 novembre publie une convention qui vient d'être conclue, entre la France et l'Allemagne, sur la base suivante :

1° Les maladies contagieuses suivantes, qui atteignent les hommes, sont soumises à l'obligation de l'avis réciproque :

I. Lèpre, choléra asiatique, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole ;

II. Fièvre typhoïde, dysenterie, diphtérie, fièvre scarlatine, méningite cérébro-spinale, fièvre récurrente, ophtalmie granuleuse.

L'avis est donné en ce qui concerne la section I, dès l'apparition des premiers cas, soit en Alsace-Lorraine, soit dans les départements français limitrophes. Pour les maladies de la section II, lorsqu'il se produit de nombreux cas dans les régions ci-dessus indiquées.

Ces informations sont données à titre d'indications confidentielles et ne sont pas destinées à remplacer les communications prévues par la convention internationale de Paris (1903).

2° Les maladies contagieuses affectant les animaux qui seront l'objet des mêmes obligations sont : peste bovine, rage, morve et farcin, fièvre aphteuse, péripneumonie contagieuse, clavelée, dourine, gale du mouton, pneumo-entérite infectieuse.

MAISON DU MÉDECIN. — Le Conseil d'administration de la Maison du médecin vient d'élire président, en remplacement du docteur Courtault, si tragiquement disparu, le docteur Paul Reynier, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine.

C'est un grand honneur pour la Maison du médecin d'avoir désormais à sa tête un des maîtres les plus aimés et les plus respectés du corps médical.

Il n'est personne qui n'applaudisse à ce choix et ne remercie M. Paul Reynier d'avoir bien voulu répondre à l'appel du Conseil d'administration. C'est en quelque sorte une consécration que le nouveau président donne à cette œuvre, précédant l'autre consécration qui ne saurait tarder, la reconnaissance d'utilité publique.

LA CESSION GRATUITE DE L'OPIUM EST PUNISSABLE. — Un arrêt de la Cour de cassation du 28 juillet 1911 a affirmé la légalité de la disposition de l'article 8 du décret du 1er octobre 1908 qui prohibe, sous la sanction des peines édictées par la loi du 19 juillet 1845, la cession de l'opium même à titre gratuit.

Doit être annulé pour insuffisance de motifs l'arrêt qui condamne le prévenu pour cession d'opium à titre gratuit, sans préciser que les personnes auxquelles cette substance a été remise n'étaient pas de celles à qui la fourniture pouvait être faite, et que l'opium leur avait été cédé pour un emploi autre que l'un de ceux qui sont spécifiés par le décret. P.

L'HYGIÈNE DANS L'INDUSTRIE DU CIMENT. — Un décret du 12 octobre 1911 (*Journal officiel*, 21 octobre 1911) décide :

ARTICLE PREMIER. — Les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus de faire distribuer aux ouvriers qui emploient le ciment à prise rapide un avis leur indiquant les précautions hygiéniques à prendre.

Le texte de cet avis est déterminé par arrêté ministériel.

P.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Fernand BEZANÇON, agrégé, commencera, le jeudi 23 novembre, à onze heures, à l'amphithéâtre des concours, une série de vingt et une leçons cliniques sur la tuberculose pulmonaire chronique, et continuera ces leçons les jeudis suivants, à la même heure.

Programme des leçons. — 1. Caractères généraux de la tuberculose pulmonaire. — 2. Tuberculose pulmonaire latente. — 3. Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — 4. Le début de la tuberculose pulmonaire chronique. — 5. Classification de la tuberculose pulmonaire chronique en forme et en degrés. — 6. Notation graphique des signes d'auscultation et de percussion. — 7. Le thorax des tuberculeux. — 8. Valeur séméiologique de la diminution du murmure vésiculaire dans la tuberculose. — 9. Les hémoptysies des tuberculeux. — 10. La température normale. L'hyperthermie des tuberculeux. — 11. La fièvre des tuberculeux. — 12. Le poids des tuberculeux. — 13. L'expectoration des tuberculeux. — 14. Le sang des tuberculeux. — 15. La période menstruelle chez les tuberculeux. — 16. Le doigt hippocratique. — 17. La tuberculose fibreuse. — 18. Les tuberculeux gras. — 19. Emphysème et tuberculose. — 20. La pneumonie caséeuse et les foyers pneumoniques localisés. — 21. Splénopneumonie aiguë et chronique.

Examen des malades, à dix heures et demie : mardi et samedi, salle Frère Côme ; mercredi et vendredi, salle Laënnec.

— M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours de clinique annexe, fera sa première leçon le mardi 21 novembre, à neuf heures et demie (amphithéâtre Boyer), et les suivantes tous les mardis, à la même heure.

Les premières leçons concerneront les principales tuberculoses chirurgicales.

Visites dans les salles, le matin, à neuf heures un quart. Opérations tous les jours, à dix heures et demie.

Consultation pour les maladies des os et des articulations

les lundis et vendredis. — Consultations de gynécologie les mercredis et samedis.

— M. le docteur LEGRY, agrégé, fera sa première leçon de clinique médicale sur les maladies du foie et des reins le samedi 25 novembre, à onze heures, à l'amphithéâtre des concours.

— M. le docteur Marcel LABBÉ, agrégé, fera sa première leçon de clinique sur les maladies de la nutrition le vendredi 24 novembre, à onze heures, à l'amphithéâtre des concours.

Programme-horaire des visites et leçons. — Lundi, neuf heures trois quarts. M. Mauclaire : Consultation pour les maladies des os et articulations (salle Boyer); — dix heures. M. Labbé : Examens des malades nouveaux (salle Rayer).

Mardi, neuf heures et demie. M. Mauclaire : Leçons de clinique (amphithéâtre Boyer); — dix heures et demie: M. Bezançon : Examen des malades (salle Frère Côme).

Mercredi, neuf heures trois quarts. M. Mauclaire : Consultations de gynécologie (salle Petit); — dix heures. M. Labbé : Consultations pour les maladies de la nutrition (salle Briquet); — dix heures et demie. M. Bezançon : Examen des malades (salle Laënnec).

Jeudi, dix heures. M. Legry : Consultations pour les maladies du foie et des reins (salle Bouillaud); — onze heures. M. Bezançon : Leçon de clinique (amphithéâtre des concours).

Vendredi, neuf heures trois quarts. M. Mauclaire : Consultations des os et des articulations (amphithéâtre Boyer); — dix heures et demie. M. Bezançon : Examen des malades (salle Laënnec); — onze heures. M. Labbé : Leçon sur les maladies de la nutrition (amphithéâtre des concours).

Samedi, dix heures. M. Labbé : Examen des malades nouveaux (salle Briquet); — dix heures et demie. M. Bezançon : Examen des malades (salle Frère Côme); — onze heures. M. Legry : Leçons de clinique (amphithéâtre des concours).

COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE [fondation de M. le duc de Loubat] (hôpital Beaujon. Professeur : M. Albert ROBIN). — *Conférences pratiques.* — Pour compléter l'enseignement de la clinique thérapeutique, des conférences pratiques seront faites à l'hôpital Beaujon, du 20 novembre 1911 au 26 février 1912, les lundis, mercredis, vendredis, à dix heures du matin, salles Barth et Gubler, sous la direction de M. le professeur Albert Robin, par :

M. le docteur Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique : Des régimes alimentaires;

M. le docteur Baudouin, ancien interne des hôpitaux : Thérapeutique des affections cutanées;

M. Bournigault, chef de laboratoire de la Faculté : Etude du chimisme gastrique et du chimisme respiratoire;

M. le docteur Cathelin, ancien chef de clinique de la Faculté : Thérapeutique des maladies des voies urinaires;

M. le docteur Cawadias, chef de clinique adjoint de la Faculté : Thérapeutique des maladies des reins et des capsules surrénales;

M. le docteur Claret, ancien chef de clinique de la Faculté : Thérapeutique des maladies de l'estomac;

M. le docteur Coyon, médecin des hôpitaux : Thérapeutique des maladies de la nutrition;

M. le docteur Delherm, ancien interne des hôpitaux : Electrothérapie;

M. le docteur Durey : Principes de massage;

M. le docteur Fiessinger (Noël), chef de clinique adjoint de la Faculté : Thérapeutique des maladies du foie;

M. le docteur Gaultier, ancien chef de clinique de la Faculté : Thérapeutique des maladies de l'intestin;

M. le docteur Gy, chef de clinique de la Faculté : Thérapeutique des maladies nerveuses;

M. le docteur Lyon-Caen, ancien interne des hôpitaux : Thérapeutique des maladies des vaisseaux;

M. le docteur Michel, médecin des hôpitaux : Thérapeutique des affections cardiaques;

M. le docteur Sainton, médecin des hôpitaux : Thérapeutique des maladies mentales;

M. le docteur Sauvineau, ancien interne des hôpitaux : Thérapeutique des maladies des yeux;

M. le docteur Weil, ancien interne des hôpitaux : Thérapeutique des maladies du sang et des glandes vasculaires sanguines.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 28 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 29 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 2e (chirurgien-dentiste, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 30 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie). — 4e.

2e (chirurgien-dentiste, 1re, 2e, 3e, 4e et 5e séries).

Vendredi 1er décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 2 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 29 novembre, à une heure. — M. NETTER. L'insertion du placenta dans les utérus fibromateux. (MM. Pinard, président; Segond, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. LE BESQUE. De la délivrance dans les malformations utérines. (MM. Pinard, président; Segond, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. FESQ. Grossesse extra-utérine et appendicite. (Diagnostic différentiel et coexistence). (MM. Segond, président; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. VERNIÉ. Contribution à l'étude de la torsion de l'hydrosalpin. (MM. Segond, président; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. MOISAN. Etude clinique des crises entéralgiques du tabes. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.) — M. BAUD. La Diathermie. Applications thérapeutiques de l'effet Joule. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Zimmern et Gougerot.) — M. DOGNY. Histoire de l'hôpital Saint-Louis depuis sa fondation jusqu'au XIXe siècle. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Zimmern et Gougerot.) — M. TRIBES. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses externes par les injections modificatrices. Les injections d'huile gommelée. (MM. Reclus, président; Delbet, Weiss et Ombrédanne.) — M. BLUTEL. Contribution à l'étude de l'extension continue. Nouveaux appareils. (MM. Delbet, président; Reclus, Weiss et Ombrédanne.) — M. LAPEYRE. Considérations chimiques sur l'évolution de la diphtérie survenant pendant ou au décours de la rougeole. (MM. Marfan, président; Teissier, Letulle et Guillain.) — M. RIGOULET. Nécessité et excellence des humanités en vue des études médicales. (MM. Teissier, président; Marfan, Letulle et Guillain.) — M. ROUÈCHE. Neuf cas d'éruptions scarlatiniformes secondaires, tardives chez des enfants convalescents de scarlatine. (MM. Letulle, président; Marfan, Teissier et Guillain.)

Faculté de Paris. — La maison Jouve et Cie, imprimeurs-éditeurs, 15, rue Racine, Paris, tient gratuitement à la disposition de MM. les docteurs et étudiants, qui en feront la demande, le *Catalogue des thèses* (année 1910-1911).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

LE MARDI 12 DÉCEMBRE 1911

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49. rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 83 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1912.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3 avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 17 novembre. — MM. Zivy, 2; Mazzoléni, 5; Parin, 6; Alexandre, 5; Berthelot, 6; Lory, 7; Constantin, 6; Mallet, 5; Bourgeois (Maurice) et Quercy, 7; Barbary, 6.

Prochaine séance, lundi 4 décembre, à quatre heures et demie, à Beaujon.

Pathologie. — Séance du 17 novembre. — MM. Wilmoth, 10; Castex, 9; Lavalée, 8; Lucas-Championnière, 9; Murga, 5; Pataud-Devalencienne, 3; Courtois, 1; Marqueste, 7; Hudelo, 4; Rouffignac, 12.

Séance du 18 novembre. — MM. Binet, 10; Boyer et Bardet (Georges), 8; Brizard, 10; Socquet et Chavasse, 5; Hanriot, 2; Thibon de Courtry, 3; Blum et Bretégnier, 8.

MARINE. — Sont nommés membres des commissions de classement, chargées de dresser pour 1912 les tableaux d'avancement en grade et de concours pour la Légion d'honneur des officiers du corps de santé de la marine :

Membres titulaires. — MM. le médecin général de première classe Bertrand; le médecin en chef de première classe Bellot.

Pour la ligne médicale : MM. les médecins généraux de deuxième classe Hyades et Jan.

Membre suppléant. — M. le médecin général de deuxième classe Duchateau.

Pour la ligne pharmaceutique : MM. les pharmaciens en chef de première classe Sauvaire et Bourdou.

Membre suppléant. — M. le pharmacien en chef de première classe Billaudeau.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — La Société de neurologie de Paris tiendra une séance supplémentaire le jeudi 14 décembre 1911, à neuf heures du matin, 12, rue de Seine.

Cette séance sera exclusivement consacrée à la discussion de la question : Délimitation clinique du tabes.

Un rapport sommaire, rédigé par M. de Massary, servira de programme de discussion.

LA « CROIX-ROUGE » CONTRE LA TUBERCULOSE A LA CASERNE. — Depuis longtemps, l'Union des Femmes de France (Croix-Rouge française) étudiait le moyen de venir au secours des jeunes soldats qui, placés en situation de réforme temporaire, ne trouvent pas dans leurs familles les soins nécessaires à leur guérison et y colportent les germes de la tuberculose.

Un legs important va lui permettre de réaliser cette belle idée.

S'entourant des conseils les plus autorisés, l Union des Femmes de France a fait appel à la plupart des hommes éminents qui se sont occupés de cette grave question : les sénateurs Léon Bourgeois, Strauss, docteur Léon Labbé, Gervais; les docteurs Landouzy, doyen de la faculté; Roux, directeur de l'Institut Pasteur; les professeurs Reclus, Letulle, Robin, Calmette (de Lille); les docteurs Faisans, Rénon, Marcel Labbé, Bouloumié, secrétaire général; le docteur Vuillet a été désigné comme secrétaire.

La première réunion a eu lieu hier, 29, chaussée d'Antin, et les bases de l'organisation nouvelle ont été jetées. Il n'est pas douteux que le pays tout entier ne s'intéresse à une œuvre destinée à combattre le plus terrible des fléaux et à laquelle la Croix-Rouge doit, chez nos voisins, sa plus grande popularité.

CROIX-ROUGE FRANÇAISE. — Concours pour le fonds international Maria Féodorovna. — S. M. l'Impératrice douairière Maria Féodorovna a constitué un fonds inaliénable de 100.000 roubles (266.000 fr.) dont le revenu est destiné à récompenser les inventeurs des meilleurs procédés d'évacuation des blessés du champ de bataille sur les hôpitaux de l'arrière des armées.

Un concours est ouvert à cet effet pour le 1er mai 1912 à Washington, où se tiendra la prochaine conférence internationale de la Croix-Rouge.

Les inventeurs français, qui désireraient y prendre part, sont invités à remettre leurs inventions, accompagnées d'un mémoire explicatif, au siège du Comité central de la Croix-Rouge française, 19, rue Matignon, avant le 31 décembre 1911.

DIMINUTION DE LA POPULATION EN FRANCE. — Le ministère du travail vient de publier au *Journal officiel* la statistique du mouvement de la population en France, du 1er janvier au 30 juin 1911.

Nous sommes revenus à la diminution, et d'une façon très grave.

Il en résulte que le nombre des décès a dépassé de 18279 le

nombre des naissances. Ces résultats sont d'autant plus désolants que l'an dernier le premier semestre avait donné un excédent de 21 189 naissances.

Les naissances ont diminué de près de 14000, alors que les décès augmentent de 26000.

Le nombre des mariages a fléchi dans une proportion un peu moindre. Il était de 156761 l'an dernier; il n'est plus que de 153931 cette année.

En revanche, les divorces, qui étaient, l'an dernier, au nombre de 6303, ont passé en 1911 à 6374.

Enfin, 20693 enfants ont été légitimés et il y a eu 17770 mort-nés.

LA MÉDAILLE DE 1870-1871 AUX MÉDECINS, INFIRMIERS ET AUMONIERS. — M. Driant a déposé et développé une proposition de loi tendant à faire obtenir la médaille de 1870-1871 aux médecins, infirmiers et aumôniers qui ont pris part à cette campagne.

Voici l'article unique de cette proposition :

« ARTICLE UNIQUE. — Les médecins, les infirmiers, les infirmières et les aumôniers qui ont prêté un concours effectif aux opérations de la guerre de 1870 et qui ont soigné les blessés dans les ambulances recevront la médaille commémorative de la campagne de 1870-1871. »

Après une chaude allocution de M. Driant et un appel pressant de M. Fournier-Sarlovèze l'urgence est déclarée, et sur la demande du ministre de la guerre la proposition a été renvoyée à la commission de l'armée (v. *Journal officiel*, 14 nov. 1911, débats parlementaires, Chambre, p. 3008).

P.

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES (hôpital Necker. Professeur : M. ALBARRAN; M. Maurice CHEVASSU, agrégé, chargé du cours). — *Programme de l'enseignement.* — *A.* Leçons cliniques à l'amphithéâtre, par M. Maurice Chevassu (mercredi à dix heures).

B. Polycliniques à la salle de la Terrasse. Examen de malades. Discussion d'explorations fonctionnelles des reins. Présentation d'opérés et de pièces, par M. Maurice Chevassu (vendredi à dix heures).

C. Opérations à la salle Laugier, par M. Maurice Chevassu (mardi, jeudi et samedi à neuf heures et demie).

D. Leçons complémentaires du soir, avec présentation de malades (réservées aux docteurs et aux étudiants ayant terminé leur scolarité), par MM. Picot, chef de clinique, et Marsan, chef de clinique adjoint (samedi à cinq heures, salle de la Terrasse)

E. Conférences élémentaires sur la pathologie des voies urinaires suivies de la consultation et du traitement des malades externes, par M. Marsan (lundi, mardi, jeudi et samedi à neuf heures, salle de la Terrasse).

F. Conférences pratiques sur l'examen chimique des urines, par M. Ambard, chef du laboratoire de chimie (mardi à onze heures, au laboratoire).

G. Conférences pratiques de bactériologie et d'anatomie pathologique appliquées à l'étude des urinaires, par M. Braun, chef du laboratoire d'histo-bactériologie (samedi à onze heures, au laboratoire).

H. Principes généraux de la cystoscopie. Les procédés cystoscopiques d'exploration et de traitement, par M. Pasteau, ancien chef de clinique (jeudi à onze heures, salle de cystoscopie).

I. Cours de perfectionnement sur la cystoscopie et le cathétérisme des uretères, par MM. Picot et Marsan. (Une affiche spéciale en fera connaître ultérieurement la date.)

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service de M. le docteur Albert MATHIEU). — M. le docteur Albert Mathieu, médecin des hôpitaux et M. le docteur Jean-Charles Roux commenceront, le 25 novembre, une série de vingt conférences dans lesquelles ils étudieront les grandes médications gastro-intestinales.

Ces conférences auront lieu le samedi, à dix heures trois quarts, à la salle de la consultation, 20, rue de Citeaux.

— *Leçons sur les méthodes d'exploration de l'appareil digestif.* — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le 27 novembre.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la salle de consultation, de onze heures à midi, les lundi, mercredi, jeudi et vendredi.

Les exercices pratiques auront lieu tous les jours, de deux heures et demie à quatre heures et demie, au laboratoire.

S'inscrire au service de la consultation tous les matins, de huit heures à midi, 22, rue de Citeaux.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — M. le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, service du professeur de Lapersonne, le mardi 28 novembre 1911, à trois heures (amphithéâtre Dupuytren), une série de dix conférences, avec présentation de malades, sur les maladies des yeux (affections courantes et traumatismes) que tout praticien doit connaître et savoir traiter. Il les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

Ces conférences sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique pour le semestre d'hiver. Les étudiants pourvus de douze inscriptions peuvent les suivre.

Ces conférences sont gratuites.

COURS LIBRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES (Ecole de médecine pratique). — Le docteur Dupuy de Frenelle fera son cours le jeudi 23 novembre à cinq heures à l'amphithéâtre Cruvelhier sur la confection et l'application des attelles plâtrées dans le traitement des fractures.

COURS D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE (Faculté de Bordeaux). — Un cours complet d'électricité médicale aura lieu à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Bergonié et sous sa direction, du lundi 4 décembre au samedi 16 décembre inclus.

Le cours comprendra des leçons théoriques et cliniques faites par le professeur et ses assistants, MM. les docteurs Roques, Spéder, Réchou et Labeau. Ces leçons seront suivies d'exercices pratiques et d'applications cliniques portant sur toute l'électricité médicale.

Ce cours est destiné aux étudiants en médecine de quatrième année, régulièrement inscrits à la Faculté de Bordeaux, et aux docteurs en médecine qui se feront inscrire au secrétariat de cette Faculté en versant un droit d'inscription de 100 francs. Le nombre d'auditeurs ne pourra dépasser vingt.

Un cours semblable aura lieu en mars et en juin 1912.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE 1911

THÈSES

Jeudi 30 novembre, à une heure. — M. DETAPE. Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques. (MM. Debove, président; Hutinel, Langlois et Castaigne.) — M. TERAI. Des injections intrapéritonéales de strophantine dans le traitement des ascites d'origine hépatique et cardiaque. (MM. Debove, président; Hutinel, Langlois et Castaigne.) — M. GUIGNARD. Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. Leurs causes et les moyens de les éviter. (MM. Hutinel, président; Debove, Langlois et Castaigne.) — M. ROUSSEAU. De quelques formes et cas rares du cancer de l'estomac. (MM. Gilbert, président; Widal, Retterer et Balthazard.) — M. GUINAUD. Sur les pancréatites chroniques avec ictère. (MM. Gilbert, président; Widal, Retterer et Balthazard.) — M. FATACCIOLI. L'organothérapie humaine en thérapeutique. (MM. Gilbert, président; Widal, Retterer et Balthazard.) — M. FRENKEL. La position genu-pectorale, signe pathognomonique de la forme dyspnéique des péricardites à gros épanchement. (MM. Widal, président; Gilbert, Retterer et Balthazard.) — M. VIDAL. Le melæna du nouveau-né. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. GRASSET. Etude clinique sur la rétention placentaire dans les utérus fibromenteux. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin). — M. MONTET. Contribution à l'étude des hémorragies méningées chez le nouveau-né. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Brindeau et Jeannin.)

LES MITOSES ABERRANTES

Par M. J. LAUMONIER.

Tout le monde connaît les expériences de J. Lœb et de Y. Delage sur la parthénogénèse artificielle. Il me suffira donc d'en rappeler une, due au savant et ingénieux professeur de l'Université de Berkeley.

Si l'on met des œufs mûrs d'oursins dans de l'eau de mer additionnée d'une petite quantité d'acide gras (butyrique, valérianique, etc.) et qu'on les reporte, au bout de trente à soixante secondes, dans l'eau de mer ordinaire, tous ces œufs forment des membranes semblables à celles que présentent les œufs fécondés. Pour obtenir un développement complet, il faut ensuite, dix minutes environ après que la membrane s'est formée, replacer les œufs dans de l'eau de mer hypertonique (100 centimètres cubes eau de mer + 15 centimètres cubes NaCl 2 1/2 N) à 18°C, et où ils restent de vingt à quarante-cinq minutes. On voit alors les œufs se segmenter régulièrement et produire rapidement des larves tout à fait normales qui nagent à la surface de l'eau. J. Lœb conclut, de cette expérience, que nous possédons maintenant une méthode capable de reproduire les processus résultant de la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule.

Une autre conclusion s'impose aussi, et des plus importantes : c'est que le pouvoir « développant » du spermatozoïde n'appartient pas qu'à lui seul ; il peut apparaître sous l'influence de simples excitations physico-chimiques. La fécondation et la néoformation qui en est la conséquence perdent ainsi en partie leur caractère mystérieux.

Il y a longtemps déjà qu'on a songé à des influences de même ordre (irritations répétées, actions toxiques ou infectieuses) pour expliquer les néoplasies proliférantes et désordonnées et en particulier le cancer épithélial. Depuis Cohnheim, beaucoup d'auteurs ont, en effet, fait appel à l'existence d'éléments aberrants du tissu germinal, seuls capables, pensaient-ils, en vertu même de leur origine, de fournir une succession indéfinie de mitoses. Récemment, John Beard incriminait encore les *germ-cells*, issues du trophoblaste, qui, lorsqu'elles n'arrivent pas à se localiser dans la région génitale, envahissent l'embryon et peuvent ultérieurement s'y développer en tumeurs. *A priori*, ces théories ne paraissaient pas invraisemblables, puisque d'une part les kystes dermoïdes attestaient la possibilité d'enclavements embryonnaires, et que d'autre part le déciduome malin semblait montrer les dérivés des germ-cells en état de prolifération. Mais, en outre des autres objections soulevées contre elles, les expériences de J. Lœb et de Y. Delage vont absolument à l'encontre de cette manière de voir.

Le développement, sous l'incitation d'agents physico-chimiques, des œufs non fécondés aboutit à une évolution à peu près régulière, à une structure organisée et quelquefois viable. Il en est de même chez les premiers blastomères, quand on parvient à les isoler de la masse en segmentation. La raison en est que ces cellules ont des possibilités de développement fixes et conditionnées : dans l'œuf, par l'hérédité totale ; dans les blastomères des premiers stades, par les déterminants qu'ils renferment. Les limites ainsi imposées, en étendue et en organisation, à l'activité formatrice constituent précisément ce « frein », dont l'absence est invoquée par Dungern et Werner pour expliquer la production des néoplasmes. Car ce qui fait du cancer le type des mitoses aberrantes, c'est qu'il n'est ni organisé véritablement (même dans les tumeurs histioïdes ou organoïdes), ni coordonné et que ses noyaux secondaires présentent avec son noyau primitif, une identité histologique presque absolue. Et l'interprétation de ces caractères paraît si difficile qu'aucune des hypothèses jusqu'ici proposées n'a pu être acceptée sans réserves, comme le constatent MM. Brault et Faroy dans leur rapport à la *Deuxième conférence internationale du cancer*, réunie à Paris l'an dernier. « Le cancer nous apparaît, disent-ils en terminant, comme une déviation aux lois du développement normal et aux actes qui régissent l'entretien, la réparation et la rénovation des tissus, sans que nous puissions dire exactement quel est le mobile de cette métamorphose. »

Mais est-il nécessaire d'admettre toujours, à l'origine du néoplasme, un élément germinal ? En d'autres termes, l'élément germinal jouit-il, seul, de la propriété de donner, sous certaines influences, une série proliférante ? Nullement, ainsi que le prouvent les faits de régénération interprétés à la lumière des conceptions de Sachs, lesquelles ont postérieurement trouvé leur confirmation dans les travaux de Mendel, de Weismann et de de Vries. Mais, ici encore, une difficulté surgit. Les cellules traumatisées, soit naturellement (autotomie), soit artificiellement (section, ligature, etc.) ne fournissent point les mitoses désordonnées aboutissant à des tissus non organisés que l'on voit dans le cancer ; tout au contraire, elles régénèrent, elles refont les parties disparues et tendent ainsi à rétablir, dans l'organisme lésé, l'équilibre morphologique et fonctionnel. Flexner a montré, en effet, que, si on coupe la tête d'une planaire, il se forme d'abord, à la surface de section, une masse de cellules indifférentes qui, par leurs divisions et leur croissance, donnent lieu ensuite aux différents tissus nécessaires à la régénération, ces cellules produisant l'espèce de tissu avec lequel elles se trouvent en contact. Ainsi, celles qui se trouvent en contact avec le système nerveux produisent des cellules nerveuses, desquelles naissent ultérieurement des prolongements, etc. Par conséquent, et même s'il s'agit d'hétéromorphose (par exemple une antenne se régénérant à la place d'un œil enlevé, comme dans l'expérience de Herbst), la régénération aboutit toujours à des tissus différenciés et organisés, dont l'extension reste sensiblement limitée aux conditions de l'équilibre organique.

Ainsi les caractères essentiels de la mitose aberrante, dont le cancer épithélial est le type, ne peuvent s'expliquer ni par la mise en activité, chez les éléments germinaux, de leur pouvoir de développement latent, ni par le réveil de l'activité pro-

liférante qui appartient à divers éléments somatiques, puisque, dans les deux cas, la prolifération aboutit à une organisation réglée et parfois viable. Il faut donc chercher ailleurs.

C'est ici que doit prendre place la très ingénieuse hypothèse de M. Hallion, émise également, avec quelques variantes, par Schleich, J. Roux et Dor. Pour M. Hallion, le cancer résulte de la fusion accidentelle (et anormale) des noyaux de deux cellules, idée empruntée à la découverte, par Maupas, du rajeunissement des infusoires sénescents par karyogamie. Cette karyogamie, en excitant l'activité proliférante des cellules qui ont échangé leur noyau, aboutit à une multiplication abondante, et, naturellement, le tissu ainsi produit doit présenter les caractères histologiques de l'élément cellulaire qui lui a donné naissance. Sous quelle influence, dans quelles circonstances se fait une telle karyogamie ? C'est ce qui n'apparaît pas très clairement. J. Lœb a rappelé que la théorie karyogamique n'est qu'une interprétation morphologique, mais point du tout une explication. D'ailleurs, même en admettant que l'échange des noyaux puisse avoir lieu entre cellules d'espèces différentes (ce qui expliquerait, par disjonction des caractères, la constitution des tumeurs composées), il resterait à expliquer comment des cellules appartenant à un organisme coordonné et douées d'une hérédité définie sont capables de produire une prolifération indéfinie et désordonnée, et pour quelle raison les éléments issus de cette prolifération l'emportent sur tous les autres et résistent à la cytolyse et à l'enkystement, comme l'a fait remarquer le docteur Dor (de Lyon). A la vérité, on peut invoquer l'action protectrice de ces poisons spéciaux dont le professeur Roger et Mme Girard-Mangin ont montré l'existence dans les tumeurs molles, bien qu'ils ne semblent pas s'observer dans tous les néoplasmes.

Il ne reste plus à envisager qu'une éventualité : le parasitisme. L'origine parasitaire du cancer est une des théories qui, aujourd'hui encore, comptent le plus de partisans, parce qu'elle explique beaucoup de faits, les récidives et les métastases, la tendance envahissante, l'absence de cytolyse notable, la glycogénèse périphérique, la localisation en des points de moindre résistance (lésions irritatives, radiodermites, brûlures, cicatrices, contusions, etc.), la cachectisation progressive, l'hérédité ou, du moins, la fréquence dans certaines familles et dans certains milieux, la réussite de quelques greffes, etc. La littérature contient, à cet égard, des observations très impressionnantes ; telle est celle d'un adénokystome provoqué, chez un poisson, par une myxosporidie (*myxobolus piriformis*). « Il semble, dit Mlle Plehn, dans son rapport à la conférence internationale de 1910, qu'il existait des rapports mutuels entre le tissu du poisson et le parasite, l'un excitant l'autre à une prolifération impétueuse. » Après Bénard, Weil, Gaylor, Doyen, le docteur Borrel soutient, lui aussi, la théorie parasitaire du cancer, mais sa conception a été généralement mal comprise. De ce qu'il trouve, à l'origine de certaines tumeurs, des helminthes ou des acariens (demodex), il ne s'ensuit nullement qu'il incrimine ces parasites eux-mêmes ; avec beaucoup plus de vraisemblance, il les accuse seulement de véhiculer parfois l'agent infectieux, le virus, dont la présence est la condition de la prolifération désordonnée. Cet agent est inconnu, mais M. Borrel estime qu'il peut s'attaquer à des tissus différents, avec une prédilection cependant pour les cellules pigmentaires de la couche basale de l'épiderme.

« La plus grande objection, dit le professeur Debove (1), qu'on puisse faire à la théorie parasitaire est la ressemblance des foyers secondaires et du foyer principal. Aucun exemple n'est plus probant que celui du cancer mélanique. Un cancer se développe dans l'œil, dans la choroïde, qui est chargée de pigment. Ce cancer pourra se généraliser à un grand nombre d'organes, peau, poumon, cœur, foie, etc., et les tumeurs seront constituées par des éléments tellement semblables au tissu de l'organe primitivement atteint que les tumeurs secondaires seront noires. Vous imaginez-vous une affection parasitaire se développant dans un organe, puis allant produire, dans un organe éloigné, des éléments analogues à ceux sur lesquels il s'est primitivement développé ? » Cette difficulté pourtant n'est pas, biologiquement, insoluble.

Admettons, en effet, le parasitisme. Deux interprétations sont possibles. Dans la première, celle qui vient de suite à l'esprit, le microbe agit beaucoup moins par lui-même que par ses toxines, comme le font du reste la plupart des bactéries pathogènes ; c'est donc qu'il vit de préférence dans le milieu humoral, encore qu'il puisse se rencontrer, soit activement s'il est mobile, soit passivement s'il a été phagocyté, à l'intérieur de certaines cellules. Mais, en aucun cas, il ne peut jouer le rôle de symbiote, sa virulence s'y oppose. Tout en provoquant des réactions défensives, il tue la cellule et ne saurait donc lui communiquer un *caractère héritable* dans la série des proliférations. Et alors, en effet, la ressemblance histologique entre le noyau primitif et les foyers secondaires ne s'explique pas.

Il en est autrement dans la seconde interprétation. Ici, le microbe agit par lui-même, à la manière d'un déterminant weismannien. C'est un parasite endocellulaire très spécial, puisqu'il est apte à contracter avec son hôte, la cellule épithéliale ou conjonctive ou même toute autre, une sorte de symbiose. De là la difficulté de le cultiver et l'adaptation très étroite de l'élément cancérisé (2) ; de là aussi l'incertitude qui règne, malgré les faits de greffe et de propagation, à l'égard de la contagiosité, la cellule symbiote n'étant pas infectieuse au même degré que le microbe pathogène libre. Sans doute, il est fort petit et difficile à apercevoir, mais un de ces caractères objectifs est néanmoins de provoquer la multiplication des granulations chromatiques et de changer le nombre des chromosomes. A ce titre, il exerce une double influence : d'après J. Lœb,

(1) Debove. De la nature du cancer, *Presse méd.*, 3 nov. 1906.

(2) On ne peut greffer le cancer de la souris, par exemple, que sur une souris de la même race.

l'augmentation de la chromatine accroît (ou réveille) le pouvoir proliférant; d'après Weismann et de Vries, la variation chromosonienne est héritable et aboutit à une vraie mutation. On comprend donc très bien que les foyers secondaires résultant de l'essaimage de cellules mutantes revêtent les mêmes caractères histologiques que le foyer originel. Par conséquent les métastases du cancer ne constituent pas, par elles-mêmes, un argument irréfutable contre la théorie parasitaire. Mais il y a plus. L'apport parasitaire a une signification importante, au point de vue des oxydations qui jouent un si grand rôle dans la division cellulaire et la segmentation continue, car la cytolyse périphérique, qui détermine le développement de l'œuf, peut être le résultat de sucs organiques d'espèces étrangères, ainsi que J. Lœb l'a prouvé expérimentalement (1).

En tout cas et quant à présent, les mitoses aberrantes (dans le sens large et non dans celui de mitoses anormales), et partant le cancer, ne semblent pas pouvoir s'expliquer par le jeu d'une hérédité unique (parthénogénèse naturelle ou artificielle) ou d'hérédités parallèles (karyogamie, fécondation). La nécessité s'impose donc de faire intervenir, sinon des hérédités divergentes, au moins l'adjonction d'un déterminant étranger au cycle évolutif normal de l'espèce. De cette superposition, naît une mutation stable mais anarchique, en ce sens que, par suite de la différence et de l'inadéquation des tendances, histogènes d'une part, et monocytogènes de l'autre, la descendance est incapable de s'organiser en tissus coordonnés et garde le caractère d'une production parasite, envahissante et désordonnée.

MÉDECINE PRATIQUE

LA CARDIOPTOSE

M. Ernest Barié vient de publier la troisième édition de son *Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte* (2). En réalité il s'agit d'un livre nouveau, car, dit l'auteur, « cette édition n'est point une simple réimpression des précédentes, mais constitue un *Traité des maladies du cœur* entièrement refondu, complété par de nombreux chapitres, dans lesquels sont exposées les recherches récentes qui, dans ces dernières années, ont modifié sensiblement l'orientation de la cardiologie ».

M. Ernest Barié disait récemment à son éditeur : « J'ai mis dans cet ouvrage l'expérience de toute ma vie », et nous le prions de nous pardonner cette indiscrétion. N'ayant point qualité, en effet, pour faire l'éloge de l'œuvre de M. Barié, nous avons pensé que cette simple phrase de l'auteur serait infiniment plus typique et démonstrative aux yeux de nos lecteurs.

De l'ouvrage nouveau nous résumerons aujourd'hui un chapitre, celui qui a trait à l'intéressante question de la cardioptose.

Il ne faut pas confondre la cardioptose avec le cœur mobile. Ce dernier phénomène est une simple disposition anormale où le cœur jouit d'une grande mobilité relative, tandis que la *cardioptose* est un état *morbide* particulier et bien défini, caractérisé par une ptose vraie, protopathique du cœur.

Faut-il rattacher la cardioptose à la splanchnoptose de Glénard, et d'autres chutes viscérales accompagnent-elles fréquemment celle du cœur? La question est discutée. Rummo, Leusser disent non, Einhorn répond par l'affirmative. En tous cas, Rummo pense que le facteur principal de la cardioptose réside dans une malformation du tissu élastique des gros vaisseaux, soutiens du cœur, dystrophie congénitale qui peut être une manifestation hérédo-familiale. Glénard invoque la phrénoptose, d'autres comme Rénon mettent en cause, dans certains cas, la dénutrition prolongée.

La cardioptose est beaucoup *plus fréquente chez l'homme*, soit 18 hommes et 4 femmes sur 22 cas observés, la femme semblant protégée par l'usage habituel du corset. L'affection atteint surtout les sujets jeunes, maigres, à squelette faible, à thorax allongé, à muscles flasques; elle s'accompagne généralement de manifestations névropathiques accusées, neurasthénie, excitation fonctionnelle du cœur, et Rummo considère que ces malades sont souvent exposés aux hémoptysies et aux dilatations veineuses périphériques.

La ptose cardiaque présente deux variétés, *incomplète* et *complète*. Dans la première, le cœur est simplement un peu abaissé et glisse vers le côté gauche ; dans la seconde, le cœur très abaissé refoule en bas le diaphragme, d'où élongation de la crosse de l'aorte et de sa portion thoracique, et abaissement du foyer des bruits aortiques dans le troisième et même le quatrième espace intercostal. Dans la variété complète l'aire de Traube est notablement réduite et le lobe gauche du foie descendu : enfin, comme dans l'emphysème il peut y avoir abaissement du poumon.

Le plus souvent le cœur conserve son volume normal, mais ses rapports avec la paroi thoracique sont très modifiés; non seulement il est abaissé, mais sa mobilité physiologique est considérablement accrue. Aussi, dans le décubitus latéral gauche, la pointe peut-elle venir battre à près de 5 centimètres en dehors de la région qu'elle occupe lors du décubitus dorsal.

La symptomatologie comprend des *phénomènes douloureux*, des *troubles cardiaques* et surtout des *troubles nerveux*.

Parmi les premiers prédomine la gêne extrême qu'éprouvent les malades à *se coucher sur le côté gauche*, le décubitus dorsal restant normal. De même la position inclinée en avant est extrêmement pénible.

Il faut citer aussi une *douleur costale gauche non spontanée mais provoquée par la pression*, prédominant sur la septième côte, au voisinage de la ligne axillaire antérieure sur un espace de 1 à 2 centimètres. L'absence de point douloureux au niveau de la vertèbre correspondante et de l'extrémité antérieure de la côte, indique que cette douleur n'est pas une névralgie intercostale, mais se rattache à l'irritabilité du cœur déplacé.

Plus rare est une douleur provoquée, le malade étant debout, par la percussion du lobe gauche du foie, sur la ligne médiane du corps en allant un peu vers la gauche ; elle s'irradie vers le cœur et disparait dans le décubitus dorsal. A noter que les dimensions du foie peuvent rester normales.

Les troubles cardiaques, très variables, peuvent être à peu près nuls, d'autres fois il y a des *palpitations*, des *précordialgies*, de la *tachycardie* ou de la *bradycardie*, de l'*arythmie*. On peut noter des tendances syncopales, des lipothymies, de la respiration courte ou de la dyspnée véritable sans phénomènes stéthoscopiques. Parfois la tension artérielle est au-dessus de la normale.

Les troubles nerveux apparaissent généralement les premiers : *céphalée*, *vertiges*, *difficulté du travail*, *fatigue*, *asthénie*, toutes manifestations neurasthéniques en un mot. On signale encore des *battements douloureux de l'aorte* au niveau de l'épigastre.

En ce qui concerne les signes physiques, la *percussion*

(1) J. Lœb. *La fécondation chimique*, p. 17.

(2) Vol. in-8° de 1125 p. avec 82 fig. — Paris, Vigot frères.

révèle des modifications importantes des deux matités cardiaques. La matité relative, abaissée, commence vers la quatrième côte, la matité absolue vers la cinquième. En cas de ptose complète, et dans le décubitus latéral droit, la matité absolue se déplace et se prolonge à droite du sternum.

Sauf quelques cas où il y avait coïncidence de rétrécissement mitral — affection associée ou complication véritable — le cœur est généralement normal, aussi l'*auscultation* ne révèle-t-elle que des bruits fortement frappés, par suite de l'éréthisme cardiaque.

Le diagnostic ne saurait prêter à confusion, sauf avec la *bathycardie* décrite par Mendelsohn chez onze sujets, affection qui ne se rencontre que chez des individus d'âge mûr et qui ne s'accompagne pas de mobilité anormale du cœur. D'autre part Cassaët a montré que certaines sténoses laryngées peuvent allonger le pédicule cardiaque et simuler la cardioptose.

Le pronostic est bénin quoad vitam, mais la multiplicité des désordres nerveux rend la vie très pénible. Le traitement devra donc calmer les manifestations névropathiques du malade, puis agir contre les troubles mécaniques résultant de la ptose elle-même.

La première indication sera remplie par toutes les méthodes diététiques, pharmaco-thérapiques, physio et psychothérapiques dont le médecin dispose à l'heure actuelle.

Contre la ptose proprement dite on conseillera au malade d'éviter la position inclinée longtemps conservée, et les efforts dans cette position. Il devra se coucher horizontalement, la tête très peu élevée. On pourra en outre avoir recours à des moyens artificiels de contention et de soutien pour le cœur déplacé, et utiliser les diverses pelotes ou ceintures cardiaques dont on trouvera la descriptiou détaillée dans l'ouvrage de M. Barié.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE MILITAIRE

LE SUPPORT-BRANCARD DU DOCTEUR LE MAGUET

Dans la prochaine guerre, avec les effectifs formidables qui seront engagés, avec les fronts étendus occupés par ces effectifs, le relèvement des blessés constituera pour le service de santé une tâche formidable.

On estime, en effet, qu'un groupe d'armées, fort de 500 000 hommes, aurait 50 000 hommes mis hors de combat. Ce chiffre de 10 p. 100 est indiqué par von der Goltz. Il serait trop faible même, d'après l'estimation de M. le médecin principal Troussaint dans son excellent livre sur *la Direction du service de santé en campagne*, et pourrait atteindre 15, 25 et même 30 p. 100 pour des unités non encadrées.

Comment les brancardiers pourront-ils assurer convenablement le transport des blessés couchés de la ligne de feu jusqu'au poste de secours?

La longueur du parcours qui sera en moyenne de 3 kilomètres et demandera plus d'une heure à l'équipe de brancardiers, si nous la présumons robuste et exercée, le poids du brancard qui, avec le blessé, son fourniment, atteindra un poids de 90 à 100 kilos, forceront les brancardiers à se reposer tous les 100 mètres environ, disent les techniciens.

Le brancard et le blessé seront donc posés à terre trente fois au moins avant d'arriver au poste de secours, et ces trente déposés et rechargements du brancard entraîneront, outre une fatigue excessive pour les brancardiers, des conséquences souvent très graves pour le blessé.

C'est pour remédier à cet état de choses que le docteur Le Maguet a eu l'heureuse idée, dans une brochure dédiée à S. M. la reine de Bulgarie, la royale infirmière de Moukden, de proposer le *support-brancard* (1).

Cet appareil a pour but de permettre aux brancardiers de se reposer sans avoir à déposer le brancard sur le sol pour le recharger ensuite (fig. 1).

Ce qui caractérise le nouveau support, si on le compare aux dispositifs antérieurement fabriqués, c'est qu'il est étudié en vue de permettre une manœuvre facile et régulière avec un modèle unique d'appareil convenant également tant aux brancardiers d'avant qu'aux brancardiers arrière.

Le support se compose d'une hampe ou potelet, munie d'une fourche destinée à embrasser le brancard. La hampe a une hauteur telle qu'elle dépasse la hauteur des épaules des brancardiers, de telle façon que ces derniers n'aient pas à se baisser pour faire reposer le brancard sur ses supports, mais qu'ils soient au contraire obligés d'introduire obliquement les supports sous le brancard (fig. 2).

Il est inutile d'insister plus longuement sur la construction du support. Il est d'autant plus facile à réaliser que le service de santé pourrait utiliser pour sa fabrication les lances de bambou de la cavalerie, remplacées récemment par des lances en tôle d'acier avec pointe d'arrêt analogues à celles de la cavalerie allemande.

Quant à la manœuvre du support, elle se comprend de suite par l'examen des figures.

Pendant la marche, les brancardiers conservent à la main

(1) *Le Support-brancard*, par le docteur P.-E. Le Maguet. Une brochure illustrée avec une préface de M. Jules Claretie, de l'Académie française — Paris, Maloine.



Fig. 1.

le support et au besoin l'utilisent comme une canne surtout sur les terrains accidentés.

Au commandement de *halte*, les brancardiers engagent respectivement la hampe du brancard sur le support incliné d'avant en arrière et de bas en haut. Au commandement *chargez* les quatre brancardiers tenant d'une main le support et de l'autre la hampe du brancard font un pas en avant en redressant le support qui devient perpendiculaire à la hampe, formant avec celle-ci deux angles droits. Cette manœuvre devra être faite sans précipitation, avec douceur, et en évitant tout mouvement brusque qui pourrait causer des souffrances ou aggraver l'état du blessé.



Fig. 2.

En résumé, grâce au support-brancard, nous voyons que le transport est beaucoup moins douloureux pour le blessé. Il fatigue moins les brancardiers pour lesquels le remplacement des porteurs, le passage des obstacles (fossés, haies), le chargement dans les voitures ou les trains est grandement facilité.

Grâce à lui, l'évacuation des blessés est rendue notablement plus rapide, n'en est-ce pas assez pour retenir l'attention du comité technique de santé et lui faire adopter ce dispositif vraiment humanitaire que les armées anglaise, suisse et bulgare n'ont pas hésité à expérimenter sans délai. L. G.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

TROISIÈME QUESTION

LES DIURÉTIQUES

Troisième rapport.

Les médicaments diurétiques. — M. A. Pic (de Lyon). Dès les âges les plus reculés les anciens médecins reconnurent l'importance des médicaments diurétiques ; parmi ceux dont ils vantent les propriétés, quelques-uns ont résisté à l'épreuve du temps, d'autres sont des drogues depuis longtemps désuètes.

Les auteurs modernes, parvenus à des conceptions plus justes, grâce aux progrès réalisés par l'anatomo-histophysiologie de l'appareil urinaire n'ont cependant aucune base vraiment scientifique pour leur classification.

Après avoir énuméré les classifications anciennes et récentes le rapporteur fait remarquer qu'il n'en est pas de stable sans une base physiologique inébranlable fondée sur une connaissance précise du mécanisme de la sécrétion urinaire. Or on discute encore sur des expériences qu'on interprète dans des sens différents. On n'est pas plus d'accord qu'au début sur le rôle des glomérules et de l'épithélium des tubuli. Par conséquent aucune classification physiologique ni chimique ne peut échapper à la critique. Mieux vaut essayer de donner une explication biochimique de la diurèse normale et pathologique, spontanée et provoquée. Dans l'état actuel de la science, au lieu de s'obstiner à classer les diurétiques d'après leur mode d'action encore insuffisamment connu, il serait préférable de baser la classification sur les résultats de leur action globale ou élective eu égard à l'élimination de tel ou tel des éléments constitutifs de l'urine normale.

M. Pic propose une classification d'attente en trois groupes de diurétiques : les *hydruriques*, les *chloruriques*, les *azoturiques*.

I. Diurétiques hydruriques. — Les principaux sont l'eau, les liquides aqueux, la plupart des tisanes dites diurétiques, les sucres. Théoriquement ils n'élèveraient la quantité totale d'urine que par augmentation d'eau.

1° *L'eau.* — La diurèse qu'elle provoque loin d'être un phénomène passif est un phénomène actif, essentiellement vital. Son action est double : augmentation de la masse du sang, excitation de l'épithélium rénal. L'eau provoque un véritable travail cellulaire de l'épithélium rénal (Lamy et A. Mayer). L'eau est d'autant plus diurétique qu'elle est plus froide, qu'elle est plus pure (eau distillée). L'action aussi diffère suivant le mode d'introduction : l'ingestion provoque une diurèse aqueuse, de même que l'injection si elle est faite très lentement.

2° *Les tisanes.* — L'excipient hydrique y est beaucoup plus actif que le principe. Cependant il faut tenir compte que beaucoup de plantes à tisane contiennent des diurétiques minéraux, tels en particulier que les sels de potasse et surtout le nitrate de potasse, très répandu dans la nature. Il faut aussi se rappeler de l'action irritative sur l'épithélium rénal de toute une série d'huiles essentielles mal étudiées encore à ce point de vue. Telles les graines apéritives du sirop diurétique dit des cinq racines (hache, asperge, fenouil doux, persil, petit horex); les baies de genièvre, les pissenlits, les racines de fraisiers, les queues de cerise, de garance, certaines légumineuses (fève des marais, pois chiche, bugrane), la centaurée, le chardon, l'écorce de bouleau, etc. Les tisanes les plus employées en France sont à base de stigmates de maïs, d'uva ursi, de genêt, de chiendent. Les bouillons d'oignons, de

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852.

poireaux, de rave ont une vertu diurétique, mais la nécessité de les saler rend leur emploi difficile dans la plupart des cas, où est indiquée la médication diurétique. La tisane de céréales de Springer n'est pas mauvaise et est presque un succédané du lait.

II. Diurétiques chloruriques et déchlorurants. — Ce sont ceux qui augmentent l'élimination du chlorure de sodium proportionnellement plus que celle des autres éléments constituants de l'urine.

1° Au premier rang se placent les *diurétiques de la série xanthique* : théobromine, théocine, caféine.

a. *Théobromine.* — Le plus anciennement connu des diurétiques xanthiques (1888) l'alcaloïde du théobroma cacao est aussi le plus actif et le plus fidèle. L'expérimentation a prouvé que ce dérivé xanthique est vasodilatateur, excitosécrétoire de l'épithélium rénal en même temps que cardiotonique. La diurèse qu'elle provoque est parfois énorme et peut aller jusqu'à 10 p. 100 du poids du corps; elle est aussi fortement déchlorurante (Widal et Javal). La théobromine, poudre blanche, cristalline, insoluble ou presque dans l'eau, s'administre à la dose de 1 à 2 grammes par vingt-quatre heures en cachets de 50 centigrammes.

On lui a cherché des dérivés solubles. Ce sont :

La *diurétine*, salicylate bisodique de théobromine, de même action et se prescrivant aux mêmes doses, mais on peut la donner en potion;

La *théophorine*, qui réunirait les propriétés diurétiques de la théobromine et de l'acide formique;

La *théolactine*, où l'acide lactique est associé à la théobromine;

L'*anésothéobromine*, peu étudiée.

b. *Théocine.* — Appelée encore *théophylline* parce que extraite primitivement des feuilles de thé.

C'est un diurétique trop puissant, à action peu durable, ce qui oblige à renouveler rapidement les doses, et doué d'effets secondaires fâcheux sur le tube digestif et quelquefois sur les centres nerveux. On la donne à raison de 0g75 par jour en trois prises pendant trois jours consécutifs. Elle serait indiquée quand on veut obtenir une action diurétique très intense et très rapide pour laquelle on a essayé en vain tous les autres diurétiques (Roch et Mlle Cottin).

Elle est aussi douée d'un grand pouvoir déchlorurant.

Ses dérivés sont :

L'*agurine*, acétate double de théocine et de sodium;

L'*euphylline* indiquée chez les cardiaques, mais non chez les néphritiques interstitiels : elle sera donnée en suppositoires de 0g35 l'un (deux à quatre par jour).

c. *Caféine.* — Le plus anciennement connu des diurétiques xanthiques, elle est extraite du café, du thé, de la kola. Alors que la théobromine et la théocine sont principalement diurétiques et accessoirement cardiotoniques, la caféine est principalement cardiotonique et accessoirement diurétique.

Mais l'action diurétique est surtout évidente aux fortes doses. Les aiguilles blanches soyeuses de caféine ne se dissolvent bien dans l'eau qu'en présence de benzoate et de salicylate de soude (Tauret). La dose pro die est de 0g40 à 1 gramme en potion; 0g20 à 0g50 en injections.

Viennent ensuite :

2° Les *diurétiques cardiotoniques.*

La *digitale* en est le type. Jusqu'à ces dernières années on admit que la diurèse digitalique dépendait surtout de la pression sanguine générale : la digitale était considérée comme diurétique parce que hypertenseur. En 1908 Jonescu et Loewi démontrent qu'elle a une action spécifique sur le rein : vasodilatation rénale. J. Courmont et Genet remarquent qu'elle provoque aussi une diurèse épithéliale analogue à celle de la théobromine.

La diurèse digitalique est tardive (vingt-quatre ou trente-six heures après l'administration), moyenne, prolongée. Il vaut mieux se servir des feuilles de digitale en macération ou en infusion que de digitaline. Suivant le précepte de Huchard on n'en donnera « ni trop, ni trop peu, ni trop souvent, ni trop longtemps ».

La digitaline s'emploie cristallisée soit en granules de fractions de milligrammes, soit en solution (L gouttes = 1 milligramme). Il est aussi des huiles digitaliques injectables soit par voie sous-cutanée, soit par voie intraveineuse (digalène de Cloetta). Ce seront des médications d'exception.

Parmi les succédanés de la digitale sont à citer :

α. Le *strophantus* et la strophantine. Son action est capricieuse quand on l'administre par la bouche. En injections intraveineuses, surtout chez les cardiaques, elle jouit de propriétés diurétiques extraordinaires. Un demi à un milligramme de strophantine dans la veine produit, au bout d'une heure et demie, une forte diurèse et fait disparaître les symptômes plus vite que plusieurs jours de digitale. On espacera d'au moins quatre jours deux doses consécutives; on ne l'injectera jamais après la digitale ni en cas d'extrême faiblesse du cœur.

Cependant les auteurs ne sont pas d'accord vu la différence des strophantines.

β. Le *muguet* ou convallaria maïalis est diurétique plutôt par la convallarine que par la convallamarine. On donne par vingt-quatre heures 1 à 3 grammes d'extrait aqueux de plante entière.

γ. L'*adonis vernalis* en infusion de feuilles à 2 p. 100 a une action inconstante.

δ. L'*apocynum cannabinum* ou chanvre du Canada est un diurétique populaire en Asie et en Amérique; il serait même aphrodisiaque. Dose, X à XV gouttes d'extrait fluide trois fois par jour pendant trois à cinq jours.

3. *Les chlorures.* — a. Le *chlorure de calcium* a été donné en vertu de cette idée théorique qu'étant un coagulant il empêcherait la transsudation d'albumine au travers du rein. Son action diurétique proprement dite ne fut mise en évidence qu'en 1908 par Porges et Pribram qui constatent qu'en injection intraveineuse il a une action égale à celle du chlorure de sodium. De plus, il est doué d'un grand pouvoir déchlorurant (Bonnamour et Imbert). Donc le chlorure de calcium est comparable aux corps de la série purinoxanthique. On le donne aux doses de 0g50 à 2 grammes par jour.

b. Le *chlorure de sodium* est dans de certaines conditions diurétique hydrurique (Lamy et Mayer), surtout en solutions hypertoniques. Mais il possède aussi des propriétés contraires, et dans la grande majorité des cas d'insuffisance rénale c'est un puissant agent de rétention chlorurée et d'oligurie (Widal et Javal). Il ne peut être utile que dans certaines néphrites à rétention azotée, au cours des maladies infectieuses (lavage du sang).

c. Le *chlorure de baryum*, à la dose de 0g15 par jour, est un diurétique azoturique, mais c'est un poison dangereux à éliminer de l'arsenal thérapeutique.

III. Diurétiques azoturiques. — La *scille* est un puissant diurétique dans les hydropisies : si elle ne modifie pas l'élimination chlorurée, elle accroît la quantité des urines et l'excrétion de l'urée. Dose, 0g60 par jour.

L'*acide formique* et ses sels semblent avoir le même effet mais doivent être employés avec circonspection.

Les *sucres*, et en particulier le sucre de lait ou lactose, sont des diurétiques plus ou moins actifs : en injection intraveineuse ils ont une action épithéliale. On donne 50 à 100 grammes de lactose par jour.

En dehors de ces trois classes de diurétiques on peut en signaler une quatrième.

IV. Diurétiques a action indéterminée. — Actuellement mal étudiés et peu employés; ce sont les nitrates de potasse et de soude, les sulfates de soude, de potasse, de magnésie, les

carbonates, acétates, tartrates, citrates des mêmes bases.

C'est aussi l'*urée* et le nitrate d'urée, à peu près délaissés en pratique.

Les *métaux colloïdaux*, en particulier le collargol, pourraient être utilisés comme diurétiques véritables dans les hydropisies et surtout dans l'ascite des cirrhoses (Riehl); l'argent colloïdal agirait par excitation directe de l'épithélium rénal.

Pour terminer on pourrait faire une cinquième classe.

V. Médicaments accessoirement diurétiques. — Ceci se comprend. En effet, la plupart des médicaments ont plusieurs actions sur l'organisme : une action principale et des actions accessoires qui peuvent pour un grand nombre d'entre eux influer la diurèse.

Citons les *médicaments réno-congestionnants* : cantharides; les *urolithiques* : citharine, lycétol, colchique; les *antiseptiques urinaires* : acide salicylique, salicylate de soude, urotropine, helmitol, térébenthine, terpine, acide benzoïque; les *diaphorétiques* : infusion de gaïac froide, salsepareille, etc.; les *purgatifs* : sulfate de soude, calomel.

La *polypharmacie*, en matière de diurétiques, peut offrir certains avantages. Dans bien des cas l'association de certains remèdes donne une résultante thérapeutique supérieure à la somme arithmétique des divers composants pris à part. Signalons comme associations de diurétiques les vins de Debreyne (scille, nitrate de potasse), de Trousseau (digitale, scille, acétate de potasse), les pilules de Bouchardat, de Lancereaux, etc.

Existe-t-il des *rapports entre les propriétés pharmacodynamiques des médicaments et leur constitution moléculaire?* Ils sont en tout cas moins nets que pour les antiseptiques dérivés du benzène, les antithermiques provenant du p. amidobenzol, les hypnotiques issus de la malonylurée, les purgatifs à base d'anthracène, les anesthésiques locaux provenant de la cocaïne et de ses dérivés.

Cependant le *noyau purinique* se retrouve à la base de toute une série de diurétiques, les diurétiques de la série xanthique. Martinet a montré qu'on pouvait mettre en évidence le rôle : 1° du noyau xanthique ou xanthine ou dioxypurine; 2° de l'introduction de radicaux méthylés $CH^3 3^0$ de l'isomérie.

Il nous reste à étudier les rapports des médicaments diurétiques avec la médication diurétique envisagée dans son ensemble, nous voulons parler des agents opothérapiques, de l'*organothérapie rénale*. Nul n'ignore que dans une série de cas où l'oligurie est fonction d'insuffisance rénale les diurétiques pharmacodynamiques et chimiques seront inutiles, sinon nuisibles, alors que les méthodes bio-chimiques agiront puissamment. C'est à la cause de la diurèse que s'attaque l'*opothérapie rénale* sous toutes ses formes, la *sérothérapie rénale* [injection de sérum de veine rénale (J. Teissier)].

N'est-ce pas au reste par une pure abstraction qu'on isole les agents diurétiques de l'ensemble de la médication diurétique, et viendra-t-il jamais à l'idée d'un clinicien digne de ce nom d'ordonner isolément un ou des médicaments diurétiques sans se préoccuper des prescriptions physiques et diététiques capitales?

Les moyens diurétiques de la matière médicale et de la chimie synthétique ne sauraient être employés isolément : ils ne sont qu'une parcelle de la médication diurétique. Ainsi comprise, celle-ci est une des méthodes les plus puissantes dont nous disposons en thérapeutique pour aider l'organisme dans sa lutte contre la maladie et préparer la guérison.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1911)

Grande azotémie avec survie exceptionnellement prolongée. — MM. Mosny, Javal et Lévy-Bruhl rapportent le cas d'un malade, saturnin et brightique, qui a présenté au début des accidents cérébraux avec hémiplégie gauche, hémianopsie et réaction congestive des méninges (polynucléose). Entré dans le coma urémique, son état s'est amélioré peu à peu et il a pu quitter l'hôpital au mois de juin; mais a dû bientôt revenir pour des crises épileptiformes avec aphasie passagère qui surviennent encore actuellement de temps en temps.

Le point particulier de cette observation est que l'on a constaté au mois d'avril, au moment où le malade était dans le coma, le chiffre exceptionnellement élevé de 4g22 d'urée par litre de sérum, chiffre qui habituellement indique un pronostic fatal à très brève échéance. Actuellement son azotémie sanguine se maintient entre 1 gramme et 1g50, ce qui, d'accord avec l'état clinique, montre que cet homme est toujours en imminence d'urémie.

Technique opsonique. — MM. Canel et Parturier ont modifié quelques détails de la technique opsonique. Ils opèrent sur un sang total ou presque total recueilli sur une surface scarifiée dans une ventouse contenant de la solution de citrate de soude.

L'ensemble est centrifugé et lavé à la solution chlorurée.

Le mélange : globules + émulsion microbienne + sérum à examiner, au lieu d'être fait dans une pipette, est effectué dans un tube à essais stérile et à des proportions assez importantes (un centimètre cube).

Au sortir de l'étuve, le mélange est centrifugé, lavé, récentrifugé et après décantation on trouve un culot sur lequel on peut faire des prises d'un étalement et d'une dessiccation faciles.

A l'aide de cette méthode les auteurs ont recherché in vitro et en clinique la puissance opsonique des eaux minérales.

Les résultats obtenus à l'heure actuelle montrent que les eaux de Vichy ou leurs éléments constituants n'activent pas par elles-mêmes la phagocytose, ne *contiennent pas d'opsonine*, mais qu'elles sont susceptibles d'exciter la puissance phagocytaire de l'organisme, de *faire naître les opsonines*.

Cas de méningites survenues chez des syphilitiques traités par le salvarsan et le mercure. — MM. A. Fage et André Gendron rapportent deux cas de neuro-récidives observés dans le service de M. Brocq. Dans l'un de ces cas il s'agit d'une femme ayant reçu après le salvarsan (doses faibles) 12 injections de cyanure de Hg de 1 centigramme et demi, ce qui constitue un traitement très intensif. Le second cas a trait à un homme ayant reçu du bi-iodure avant le salvarsan (doses très faibles de salvarsan : 1re injection 30 centigrammes; 2e à huit jours d'intervalle 15 centigrammes), et du bi-chlorure de mercure par la bouche après le 606.

Paralysies diphtériques à répétition. — M. Lafforgue (du Val-de-Grâce) cite un cas de paralysies diphtériques à répétition qui ont successivement intéressé le voile du palais, le pharynx, les membres inférieurs, les membres supérieurs et traitées par la sérothérapie intensive prolongée pendant trois mois. Ce traitement fut admirablement toléré par le malade et aboutit à la guérison définitive des accidents. Mais la caractéristique de cette observation réside surtout dans ce fait qu'un certain nombre des paralysies signalées apparurent en cours de traitement sérothérapique. Malgré ces épisodes paradoxaux, l'évolution générale du cas montre que la guérison définitive est à l'actif de la sérothérapie.

Sur un type spécial d'accidents nerveux et cutanés survenant brusquement trois à cinq jours après la seconde injection de « 606 ». Leur rapport avec l'anaphylaxie. — M. Paul Ravaut rapproche sept observations publiées par différents auteurs dans lesquelles, trois à cinq jours après une seconde injection de « 606 », sont survenues brusquement des crises épileptiformes suivies de coma et de mort. Chez d'autres malades sont apparues dans les mêmes conditions et les mêmes délais des éruptions cutanées de types divers.

Il discute la cause de ces accidents, montre qu'il ne s'agit pas d'une question de doses ni de technique et les explique par des phénomènes humoraux analogues à ceux que provoque l'anaphylaxie.

Pour les éviter ou tout au moins pour en diminuer la violence il conseille l'emploi de faibles doses répétées et suffisamment espacées pour que l'on puisse intercaler entre chacune d'elles un traitement mercuriel par des sels solubles de préférence.

Fièvre typhoïde à début brusque. Agglutination tardive. — MM. A. Siredey et H. Petit. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, en traitement à l'hôpital Saint-Antoine depuis le mois de février dernier, pour une sacro-coxalgie, et dont la température rectale était prise et inscrite chaque jour. Durant les mois d'août et de septembre 1911, le thermomètre n'avait pas une seule fois dépassé, le soir, 37°5; la malade avait engraissé de plus de 5 kilos; elle se trouvait tout à fait bien le 1er octobre au matin, et elle demandait à quitter l'hôpital. Le lendemain elle accusait le même bien-être, et, avant de la laisser rentrer chez elle, on lui fit subir un examen complet qui fut favorable à tous les points de vue. Son départ fut décidé pour la fin de la semaine.

Le 30 septembre et le 1er octobre, la température rectale qui était de 37°2 le matin atteignait le soir 37°6, mais la malade n'accusait pas le plus petit malaise. Le 2 octobre, dans l'après-midi, elle eut un frisson et le soir même le thermomètre montait à 40°1; il se maintint à ce niveau les jours suivants, matin et soir, n'oscillant que de quelques dixièmes. Aucune localisation en dehors d'un mal de tête accompagné d'un état saburral très marqué de la langue. Séro-diagnostic négatif le huitième et le dix-septième jour.

Néanmoins, on constata des taches rosées très nettes à partir du dixième jour. La diarrhée survint à ce moment et la fièvre typhoïde évolua normalement. Les oscillations fixes durèrent dix-sept jours et il n'y eut pas de stade amphibole. Les oscillations descendantes ramenèrent en sept jours la température au chiffre normal. Ce n'est que le vingt-quatrième jour que le séro-diagnostic fut positif. Contrairement à ce qui se passa chez un de leurs collègues qui, après des prodromes ayant duré plus de six semaines, présentait une agglutination très intense et très rapide le troisième jour, il semble que le sérum de leur malade ne fut chargé notablement de toxines éberthiennes qu'au déclin de la maladie, en raison même de la soudaineté du début.

JURISPRUDENCE

DE LA REPRODUCTION DES DOCTRINES MÉDICALES

Un jugement rendu par la troisième chambre du Tribunal de la Seine le 8 juillet 1911 a, d'une façon très nette et très précise, déterminé et fixé les conditions du droit de reproduction des doctrines médicales.

Voici à quelle occasion ce jugement est intervenu. Un médecin, auteur de diverses publications scientifiques, avait écrit deux ouvrages concernant le traitement des maladies nerveuses ; l'un d'eux contenait l'exposé d'une méthode scientifique dont le médecin est un des promoteurs reconnus pour la guérison en cure libre de la neurasthénie et des névroses. Un jour, il apprit qu'une société d'édition avait publié et annoncé dans un bulletin bibliographique un livre portant son nom et auquel il était étranger. Il se rendit compte que la forme de cette annonce était de nature à donner à penser au public qu'il était intéressé à la vente de l'ouvrage. Il constata également que ce livre invoquait non seulement son nom dans de nombreux passages, mais qu'il le portait également, imprimé en gros caractères sur la couverture et sur la feuille du titre de la seconde partie, de façon à donner le change sur le nom de l'auteur. Il constata enfin que, loin de reproduire ses idées et sa méthode, l'auteur de ce démarquage n'avait fait que les dénaturer et les travestir. Ayant porté les faits devant le tribunal, celui-ci a rendu un jugement intéressant dont voici les principaux attendus :

« Attendu que s'il est vrai de dire qu'une doctrine émise, des opinions professées ou des systèmes proposés ne constituent pas une propriété privative et que chacun peut s'approprier une méthode, un système ou des opinions que leur divulgation même a fait tomber dans le domaine de tous, à la condition toutefois de ne pas copier servilement la composition, le texte de leur auteur, il est inadmissible que l'on puisse reproduire des méthodes, systèmes ou opinions en les dénaturant, en les présentant au public sous une forme inexacte incomplète ou de nature à les travestir ou à les ridiculiser ;

« Attendu que le docteur L... ne se plaint pas précisément d'une contrefaçon littéraire ; qu'il reproche surtout à D... d'avoir édité un livre qui lui attribue des idées qui ne sont pas les siennes, qui lui prête des affirmations inexactes, et d'avoir travesti son ouvrage scientifique en le paraphrasant maladroitement et dans un style parfois ridicule ;

« Attendu qu'il suffit de parcourir l'ouvrage incriminé en le rapprochant de celui du docteur L... pour reconnaître le bien fondé de ce reproche ; que si l'on compare notamment dans le livre du docteur L... « l'Education rationnelle de la Volonté » le chapitre intitulé « Du recueillement », avec le chapitre similaire de l'ouvrage édité, on s'aperçoit que sous prétexte de reproduire la théorie scientifique de L... marquée au coin du bon sens et de la psychologie la plus avisée, l'auteur de ce livre la dénature par des développements personnels d'un caractère puéril ou empirique qui en sont comme la parodie ; qu'en éditant un semblable ouvrage et en abusant ainsi du nom de L..., D... a commis une faute dont il lui doit réparation ; que le préjudice qui a été ainsi incontestablement causé à L... est encore aggravé : 1° par le fait d'avoir imprimé son nom en gros caractères sur la couverture où le nom de V..., le véritable auteur, ne figure même pas, et sur le titre intérieur de telle façon qu'une confusion est presque inévitable et que beaucoup de lecteurs ont pu croire que le docteur L... était l'auteur du livre ; 2° par l'apposition de son nom sur des prospectus ou des réclames à allure charlatanesque, laissant penser au public que le docteur L... a présidé à une publicité incompatible avec sa dignité professionnelle ou l'a tout au moins tolérée ;

« Attendu que l'excuse invoquée par D... et l'autorisation qu'il aurait reçue de W... de traduire en français un livre édité en Allemagne est sans valeur à l'égard de L..., qui n'a donné ni à l'un ni à l'autre l'autorisation de se servir ainsi de son nom et de jeter le discrédit sur son œuvre scientifique ;

« Par ces motifs,

« Condamne D..., exerçant la profession de libraire, sous la raison sociale R... et Cie, à supprimer de ses annonces et de l'ouvrage intitulé « Comment obtenir un cerveau lucide et de la clarté d'esprit » le nom du docteur L..., tant sur la couverture que sur la page annonçant la deuxième partie, intitulée « De l'Autosuggestion » ;

« Fait défense à D... de continuer la vente à Paris et en province dudit ouvrage tant que lesdites suppressions n'auront pas été faites, et ce, à peine de dix francs par chaque infrac-

tion constatée à compter de l'expiration d'un délai de quinzaine à courir de la signification du présent jugement;

« Autorise, passé le même délai, la saisie de tous exemplaires mis en vente et dans lesquels lesdites suppressions n'auraient pas été faites ;

« Et pour le préjudice causé : condamne D... à payer à L... la somme de un franc à titre de dommages-intérêts. »

Ce jugement a envisagé sous un certain point de vue la question de propriété. Le fait de reproduire sous le nom de leur auteur en les démarquant et en les dénaturant certaines doctrines médicales, constitue, en dehors même de toute contrefaçon littéraire et de tout plagiat, une faute dont il est dû réparation. En effet, l'action du médecin ne peut être basée que sur l'article 1382 du Code civil, car loin de s'approprier en les faisant passer pour siennes les idées, les méthodes et le système du médecin, l'éditeur de l'ouvrage incriminé cherchait à faire peser sur ce docteur une paternité et une responsabilité, à la fois morale et scientifique, d'élucubrations fantaisistes, « travestissement et parodie de la pensée et de l'œuvre du docteur L... ».

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'HYGIÈNE DES TRAVAILLEURS ET LE TRAVAIL DES ENFANTS DANS LES VERRERIES

Deux décrets du 8 octobre 1911 (*Journal officiel*, 14 octobre) viennent d'améliorer les conditions d'hygiène et de protéger l'enfance travailleuse dans les verreries.

Le premier de ces projets, pris en exécution de l'article 3, 2° de la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs, a pour but de garantir les ouvriers verriers de tout âge contre les risques de contagion auxquels les expose le soufflage à la bouche. Il généralise des mesures qui ont été déjà prises spontanément par beaucoup de maîtres verriers. Le texte de ce projet est celui qui a été adopté par le comité consultatif des arts et manufactures et le conseil d'Etat.

Le second projet de décret modifie le décret du 13 mai 1893 en ce qui concerne les travaux interdits aux enfants dans les verreries. Il apporte une amélioration notable aux conditions de travail imposées dans cette industrie aux enfants. Il porte notamment de treize ans à quinze ans dans les verreries à bouteilles et à vitres, et à quatorze ans dans les autres verreries, l'âge auquel les enfants peuvent être admis au cueillage du verre ; il porte de treize à quatorze ans l'âge auquel les enfants peuvent souffler le verre dans les verreries autres que les verreries à bouteilles et à vitres, dans lesquelles l'emploi des enfants au soufflage reste interdit jusqu'à seize ans. Il fixe également l'âge d'admission des enfants à certains travaux qui n'étaient pas prévus par le décret du 13 mai 1893.

La commission supérieure du travail avait pensé qu'il était possible d'aller plus loin et elle avait prévu dans un article additionnel que dans un délai de deux ans l'âge d'admission des enfants tant au cueillage qu'au soufflage du verre serait porté à quinze ans dans les verreries autres que les fabriques de bouteilles et de verreries à vitres.

Le conseil d'Etat, sans se prononcer sur l'opportunité d'introduire une telle disposition dans le projet de décret, a émis l'avis qu'il était plus expédient de laisser à un décret ultérieur le soin d'imposer à l'industrie verrière cette restriction supplémentaire.

Voici quelles sont les dispositions du premier décret :

ARTICLE PREMIER. — Dans les verreries où le soufflage se fait à la bouche, les chefs d'industrie, directeurs ou gérants, sont tenus, indépendamment des mesures générales prescrites par les lois et les règlements concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs, de prendre les mesures particulières de protection et de salubrité énoncées aux articles suivants :

ART. 2. — Un médecin désigné par le chef d'établissement est chargé du service médical. La rémunération de ce médecin est à la charge de l'entreprise.

Les ouvriers ne peuvent être admis à un travail comportant l'usage en commun des cannes que sur l'attestation écrite de ce médecin constatant qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse à une période où cette maladie est susceptible de se transmettre par la canne.

Cette attestation doit être renouvelée : 1° dans les verreries à bouteilles, une fois chaque quinzaine ; 2° dans les autres verreries, toutes les fois que l'ouvrier aura interrompu son travail pendant plus de quinze jours pour cause de maladie.

ART. 3. — Un registre spécial mis constamment à jour et tenu à la disposition de l'inspecteur du travail mentionne pour chaque ouvrier :

1° Les dates et durées d'absence pour cause de maladie quelconque ;

2° Les dates des certificats présentés pour justifier de ces absences, les indications d'ordre médical qu'ils contiennent, précisées par la mention « apte » ou « inapte », le nom du médecin qui les a délivrés, ainsi que le nom, l'âge et la spécialité professionnelle de chaque ouvrier examiné.

ART. 4. — Dans les verreries où le soufflage est exécuté successivement par plusieurs ouvriers à l'aide d'une même canne, il doit être procédé, avant le commencement du travail de chaque équipe, à la désinfection de toutes les cannes ayant servi au travail de l'équipe précédente. Cette désinfection est effectuée soit par le passage au feu des cannes, soit par tout autre moyen efficace.

ART. 5. — Les prescriptions qui précèdent ne sont point exigibles lorsqu'une même canne n'est utilisée que par un seul et même ouvrier. Les chefs d'établissement, directeurs ou gérants sont alors tenus de mettre à la disposition exclusive de chacun des ouvriers occupés dans ces conditions une ou plusieurs cannes portant une marque distinctive spéciale. Chacun de ces ouvriers doit également avoir à sa disposition exclusive une boîte ou armoire fermant à clef pour y enfermer ses cannes.

— Le deuxième décret dispose que « les enfants ne peuvent être employés à cueillir le verre avant l'âge de quinze ans dans les fabriques de bouteilles et de verre à vitre, ni avant l'âge de quatorze ans dans les autres verreries ;

Les enfants ne peuvent être employés à souffler le verre avant l'âge de seize ans dans les fabriques de bouteilles et de verre à vitres, ni avant l'âge de quatorze ans dans les autres verreries.

Le poids du verre mis en œuvre par les enfants de quatorze à seize ans ne peut dépasser 1 000 grammes.

Dans les verreries où s'effectue la fabrication des bouteilles par procédés mécaniques, les enfants ne peuvent ni cueillir le verre pour alimenter les machines, ni faire fonctionner celles-ci avant l'âge de seize ans.

Les enfants ne peuvent être employés à l'étirage du verre sous forme de tubes ou baguettes avant l'âge de quinze ans. Toutefois, et sauf dans les fabriques de perles vénitiennes, les enfants peuvent être employés à l'étirage du verre à partir de quatorze ans, sous la condition que la charge portée par l'enfant n'excède pas 5 kilogrammes, canne comprise.

Les enfants jusqu'à dix-huit ans doivent être mis à même de se protéger la face contre le rayonnement des ouvreaux pendant l'opération du cueillage ou celle du réchauffage des pièces ; à cet effet, les industriels sont tenus de mettre à leur disposition des appareils protecteurs appropriés, d'en prescrire l'emploi et d'en assurer l'entretien ».

Les dispositions de ce décret entreront en vigueur le 14 octobre 1912.

P.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1911.) LANTEAUME : Du délire d'interprétation chez les militaires en traitement à l'asile Saint-Pierre de Marseille. — FROMONT : Analyse rapide des eaux en campagne.

Archives internationales de neurologie. — (Oct. 1911.) A. GOTTSCHALK et A. MARIE : La maladie et la mort du roi Louis II de Bavière. — Mlle HOLLAENDER : Démence précoce infantile. — J. GIOVANETTI : Etude sur le moine florentin Jérôme Savonarole.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 10, 7 sept. 1911.) George W. GAY : Les conséquences légales d'une accusation de mauvaise médication. — H. W. MARSHALL : Quelques commentaires sur la direction probable des futurs progrès dans le traitement des affections chroniques des articulations. — P. W. GOLDSBURG : L'humidité et la santé. — C. H. DEAU : Un cas de pellagre. — (N° 11, 14 sept.) James C. MUMFARD : La chirurgie thoracique. Notions générales. — F. B. LUND : Le traitement de l'empyème. — Samuel ROBINSON : La dilatation des bronches et les abcès du poumon (avec 3 fig.). — F. T. MURPHY : Les traumatismes de la poitrine. — Harris Peyton MOSHER : L'emploi de l'œsophagoscope dans la chirurgie œsophagienne. — Howard A. LOTHROP : La valeur des rayons X dans le diagnostic et le traitement des fractures : obligations morales et légales. — George W. GAY : Les conséquences légales d'une accusation de mauvaise médication (fin du n° 10, p. 358). — (N° 12, 21 sept.) Oliver H. HOVE : Les progrès et les tendances dans la pratique de la médecine. — David W. CHEEVER : Les souvenirs de ma vie (*à suivre*). — Hermann W. MARSHALL et Louis A. O. GODDU : Quelques commentaires sur les résultats des opérations pour les affections du genou. — Edward O. OTIS : Ce que doit être un sanatorium pour tuberculeux. — Rockwell A. COFFIN : Nouvelle combinaison d'abaisse-langue et ouvre-bouche (1 fig.).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 7 sept. 1911.) SCHLOSSMANN : Sur les échanges respiratoires du nourrisson. — WILMS : Importance diagnostique et pronostique de la réaction de Pirquet. — ENGEL : Contribution au diagnostic de la tuberculose dans l'enfance. — HOHLFELD : Les vues de la puériculture. — BRÜNING : Les expositions pour la pédiatrie. — RISEL : Contribution à l'activité de la vaccination et au diagnostic de la varioloïde. — DOLD : Nouvelles recherches sur les extraits aqueux toxiques d'organes et sur l'action antitoxique du sérum frais. — GROUVEN : Tentatives de vaccination chez le lapin syphilitique. — ASSMANN : Expériences sur le traitement par le salvarsan des affections syphilitiques et métasyphilitiques du système nerveux sous le contrôle de la ponction lombaire. — DEMBOWSKI : Sur l'absence de réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum dans les affections du système nerveux, avec considérations sur les différents antigènes. — HIROSE : Le superoxyde de magnésium a-t-il une influence favorable sur l'excrétion du sucre dans le diabète sucré. — MARTENS : Traitement des hernies ombilicales par la paraffine. — SIEBER : Un cas d'hématométrie dans une corne d'utérus bicorne. — WOCKENFUSS : La fibrolysine dans les cicatrices d'acné nécrotique. — SCHALL : Nouveautés techniques sur le terrain de la médecine, de l'hygiène et de la thérapeutique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 41, 8 oct. 1911.) RATHERY : Le régime de Bouchardat dans le diabète. — ANGLADE et ROBERT : Gliomes de la région pariéto-occipitale chez une vieille démente. — (N° 42, 15 oct.) RÉGIS : Opiomanie et opiumisme. — G. PETIT : Mort subite par rupture spontanée du cœur chez une mélancolique anxieuse atteinte de diabète sucré.

Journal de médecine interne. — (N° 28, 10 oct. 1911.) P. MERKLEN, J.-J. ROUSSEAU et DESESSARTZ : Contribution à l'histoire et l'élevage des nourrissons.

Journal des praticiens. — (N° 40, 7 oct. 1911.) A. MATHIEU : Les crises d'hypersécrétion dans l'ulcus gastrique. — GAUCHER : Les ostéopathies de la syphilis héréditaire tertiaire. — (N° 41, 14 oct.) Albert ROBIN : Le repos physique dans la phtisie pulmonaire. — ROUX : Les douleurs gastriques d'origine nerveuse. — Ch. FIESSINGER : L'artériosclérose du cœur et de l'aorte n'est souvent que de la syphilis.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 39, 30 sept. 1911.) A. BONNET-LABORDERIE : A propos d'un cas de maternité précoce chez une jeune femme non encore réglée (quatorze ans et un mois). Accouchement normal. Malformations fœtales incompatibles avec la vie.

Journal médical français. — (N° 9, 15 sept. 1911.) LŒPER : Les procédés actuels d'exploration de l'estomac et du duodénum. — GAULTIER : Ulcère simple du duodénum. Etude clinique et thérapeutique. — (N° 10, 15 oct.) H. GOUGEROT : Réaction de Wassermann-Neisser-Brück. Les services qu'elle peut rendre en pratique : 1° pour le diagnostic ; 2° pour le pronostic ; 3° le traitement de la syphilis. — JEANSELME et TOURAINE : Action du sérum humain sur le *treponema pallidum*. Essais de séro-agglutination de la syphilis. — SABRAZÈS et Edg. DUBOURG : Pouvoir cicatrisant et actions réparatrices du 606 d'Ehrlich. — RAVAUT et CAÏN : Les accidents et les contre-indications du 606. — JEANSELME et TOURAINE : Le traitement de la syphilis par le 606. Indications et contre-indications. Technique et direction générale du traitement. — CASTAIGNE et GOURAUD : Valeur thérapeutique du 606 dans les maladies non syphilitiques.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Août, sept. et oct. 1911.) MONGOUR : Sur la doctrine de l'autogenèse en épidémiologie (*suite*). — RAVARET : Purpura et tuberculose.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 38, 21 sept. 1911.) PERSCH : Traitement par compression de la tuberculose pulmonaire au moyen du pneumothorax artificiel. — KELLING : Sur une réaction hémolytique. — MAOCANIN : Présence de cellules éosinophiles dans le suc gastrique dans l'achylie gastrique. — BUCURA : Détails d'obstétrique. — (N° 39, 28 sept.) BUCURA : Expulsion prématurée déciduale dans un cas d'utérus bicorne. — HOFSTÄTTER : Placenta prævia cervical. — BACHRACH et NECKER : Traitement par la tuberculine de la tuberculose urogénitale. — KYRIE : Sur un cas peu habituel de métastase néoplasique dans le scrotum. — NEUBURGER : Théophile de Borden comme précurseur de la doctrine de la sécrétion interne. — (N° 40, 5 oct.) WEIL : Sur l'importance de l'anaphylotaxine pour les maladies infectieuses. — SCHWARZ : La connaissance des sténoses de l'intestin grêle par la radiologie. — OPPENHEIM : Sur quelques particularités de la syphilis cutanée causées par le salvarsan. — POLITZER : Sur la galactosurie alimentaire de cause nerveuse. — SILBERSTEIN : Sur les conditions de santé des jeunes aveugles et sur une forme de maladie particulière.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 133. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1911. 84° ANNÉE. JEUDI 23 NOVEMBRE 1911. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 20 novembre. — MM. Alajouanine et Weill, 8; Chatellier, 10; Fey, 10 1/2; Sébald, 2; Pimpaneau, 6; Verdenal, 7; Vinay, 11; Masselot, 9; Huc (Georges), 9.

Séance du 21 novembre. — MM. Lefranc, 10; Busson, 7; Bourgeois (Francis), 11; Hertz, 8; Rongier, 5; Lamare, 11; Grandjean, 8; Frédault, 9.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1911-1912, concours de chirurgie et d'accouchements) aura lieu le jeudi 14 mars 1912, à quatre heures, dans la salle de concours de l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 8 janvier 1912 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel, au plus tard le lundi 8 janvier 1912, à trois heures, dernier délai.

A l'ouverture du concours, le 14 mars 1912, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort le nom des candidats qui seront appelés à subir une épreuve théorique orale dans cette séance.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Liste des récompenses pour l'année scolaire 1910-1911 :

Prix Delord (440 fr.) : M. Lacoste, interne de troisième année. — Prix de l'Administration (150 fr. de livres) : M. Brau-Tapie, interne de quatrième année. — Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Bardon, interne de troisième année. — Médaille de vermeil (rappel) : M. Dupérié, interne de quatrième année. — Médailles d'argent : MM. Augistrou, interne de troisième année ; Dantin, Fromaget, Dubourg, internes de deuxième année ; Secousse, Lataste, Villar, Bonnin, internes de première année. — Médailles de bronze : MM. Souchet, Guénard, Lacour, Leuret, internes de première année. — Médailles d'argent : MM. Fouquet, Soulard, Boursier, internes provisoires. — Médailles de bronze : MM. Lousteau, Daudin-Clavaud, Sidaine, Mme Mercier-Bellevue, MM. Juhel, Harmand, internes provisoires. — Médailles d'argent : MM. Chenut, Bordes, Agard, Darleguy, externes titulaires. — Médailles de bronze : MM. Romefort, Lafforgue, Canuyt, Fouassier, Bouzom, Pierre Lafargue, Dassy, Papin, Duthil, Bitot, Carrère, Nard, Lartigaud, Feneuille, Lamy-Lapeyrière, Morin, Mangé, Pontal, Monod, Damade, Fournier, Chambon, Joulia, Proux, Robert Duranthon, Monterol, Goéré, Pons, Klingebiel, Bazin, Cheyrouze, Bousquet, externes titulaires. — Médaille d'argent : M. Issaly, interne en pharmacie.

— Avignon. — Le jeudi 21 décembre 1911, à huit heures du matin, sera ouvert à l'hôpital d'Avignon un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie.

Les candidats admis entreront en fonctions au fur et à mesure des vacances pouvant survenir dans le personnel de l'internat. En attendant, ils seront chargés du service des remplacements.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices, et fournir en même temps les pièces nécessaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A la suite des incidents qui se sont produits au cours d'anatomie de M. le professeur Nicolas, ce cours est suspendu jusqu'au 5 décembre.

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES. — Dans sa séance du 17 novembre, la Chambre a enfin voté les crédits destinés à la réorganisation des études médicales, réclamés avec tant d'insistance par l'association des membres du corps enseignant.

Seulement, au lieu des *4 500 000* francs, somme reconnue indispensable après enquête, les crédits inscrits au budget et votés par la Chambre se montent à la somme de 75 000 francs!!!

Sans commentaires...

LA CHAIRE D'HYDROLOGIE. — Au cours de la même séance, MM. G. Leygues et Barthou ont demandé à nouveau au ministre la création d'une chaire d'hydrologie à la Faculté de médecine de Paris.

Le ministre a répondu qu'il saisirait à nouveau la Faculté intéressée et la prierait de donner promptement son avis.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. d'Arsonval, membre de l'Institut, professeur de médecine au collège de France, est nommé vice-président de l'assemblée des professeurs de cet établissement pour une nouvelle période de trois ans, à dater du 16 novembre 1911.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés membres de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France :

MM. Astier, Denoix et Sarrien, sénateurs; Chassaing, Lachaud et Rabier, députés; Pujalet, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur; — les docteurs Belugou, médecin à Lamalou; Beurnier (Louis), chirurgien chef de service à l'hôpital Saint-Louis à Paris; Blanc, médecin à Aix-les-Bains; Boursier, médecin à Contrexéville; Carron de la Carrière, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris; Durand-Fardel, médecin à Vichy; Ferras, médecin à Luchon; Piatot, médecin à Bourbon-Lancy; — le professeur Robin, président du syndicat des médecins des stations balnéaires; — Lequime, hôtelier à la Bourboule; Meillon, hôtelier à Cauterets et à Pau; Vedrine, hôtelier à Châtel-Guyon; Baillif, président du Touring-Club; Defert, avocat au Conseil d'Etat, membre du Conseil d'administration du Touring-Club; Hendlé, préfet du Calvados; Richard, préfet de la Haute-Savoie; Charles Fère, membre de la Chambre syndicale du commerce et de l'industrie des eaux minérales et établissements thermaux; Lefebvre, membre de l'Union des établissements thermaux; Melays, membre de l'Association amicale des propriétaires et directeurs de casinos; Cère, ancien député; de Pillot, sous-directeur honoraire au ministère de l'intérieur.

— La composition de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques est complétée, en exécution de l'article 41 du règlement d'administration publique du 26 juin 1911, par la désignation :

1° Des membres de droit ci-après : MM. le président de la section de l'intérieur au Conseil d'Etat, président, M. Hébrard de Villeneuve; le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, M. Mirman; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur, M. Maringer; le directeur de la sûreté générale au ministère de l'intérieur, M. Hennion; le directeur général de la comptabilité publique au ministère des finances, M. Privat-Deschanel; le directeur des mines au ministère des travaux publics, M. Weiss; le directeur du service de santé au ministère de la guerre, M. le médecin inspecteur général Février; le chef du service central de santé au ministère de la marine, M. le docteur Bellot; le président du conseil supérieur du service de santé des colonies, M. le médecin inspecteur général Grall; le doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Landouzy; le directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, M. H. Gautier.

2° Des membres suivants désignés par leurs pairs : MM. Rabier, conseiller d'Etat, désigné par le Conseil d'Etat; Gauwain, conseiller maître à la Cour des comptes, désigné par la Cour des comptes; — les professeurs Armand Gautier, désigné par l'Académie des sciences, et Gariel, désigné par l'Académie de médecine; — Kuss, désigné par le Conseil général des mines; — les professeurs Pouchet, désigné par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et Chantemesse, désigné par la Faculté de médecine de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe Haueur.

M. le médecin-major de première classe Carrière.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Brau, Damiens, Delassus, Dutigny, Gaide, Hotchkiss, Jourdran, Lairac, Mesny, Pelletier, Sarrat, Talbot et Vassal.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Binard, Erdinger et Rousseau.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Boutron, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes; les docteurs Cazalas (de Bagnères-de-Bigorre), Corez (de Saint-Amand-les-Eaux), Cottigny (d'Haubourdin), Foucher (d'Argentan), Lebret (de Paris), Pelvet-Norbert (de Vire), Pont (de Lyon), Prax (de Limoux), Simeray (de Melun), Souquière (de Brinon), Springer (d'Alençon), Vaussy (de Vire) et Vidal (d'Hyères).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Badin (de Dinard), Barrau de Muratel (de Sorèze), Boismoreau (de Saint-Mesmin), Breton (de Saint-Amand-les-Eaux), Cabanié (de Pamiers), Chabert (de Divonne-les-Bains), de Clomesnil (du Raincy), Dancourt (de Cambrai), Danet (de Maure), Darin (de Paris), Dubosq (de Francescas), Dubourg (de Roquemaure), Dulion (de Tolosanne), Dupont (de Mantes), Durand (de Neuilly-sur-Seine), Escarras (de Castellane), Fège (de Paris), Galaine (de Liffré), Gillerton-Dubrueil (de Jouy-en-Josas), Houzel (de Paris), Jacquemarcq (de Loos-lez-Lille), Kœnig (de Sanchéville), Le Roux (de Caen), Lesage (de Paris), Levillain (de Nogent-le-Rotrou), Nau (de Champigny), Nicod (de Toulon), Olivier (de Walers), Pascal (de Levallois-Perret), Pédeprade (de Bagnères-de-Bigorre), Philip (de Bordeaux), Plisson (d'Alençon), Poirault (de Mouilleron-en Pareds), Robineau (d'Ivry), Rochon (de Saint-Ouen), Sée (de Paris), Termet (du Havre), Thuilliez (de Béthune), Tricart (de Lille) et Truchon (d'Ambérieu).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale annuelle de l'U. F. M. R. T. aura lieu le mercredi 6 décembre, à cinq heures, dans les salons du cercle militaire.

Le IIe Congrès de l'U. F. M. R. T. suivra immédiatement l'assemblée générale.

Le banquet annuel aura lieu le jeudi 7 décembre, à sept heures et demie, dans les salons de l'Hôtel Continental, sous la présidence de M. le ministre de la guerre, président du comité d'honneur de la Société.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 787 décès au lieu de 822 pendant la semaine précédente, et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde se rapproche de la moyenne; elle a causé 8 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 6. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 68 (au lieu de 69 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 39). Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté habituelle.

LES SECOURS A DONNER AUX PERSONNES VICTIMES D'ACCIDENTS CAUSÉS PAR DES CONDUCTEURS ÉLECTRIQUES. — Une circulaire du 24 mai 1911, émanant du ministre des travaux publics et reproduite au *Bulletin du ministère de l'intérieur* du mois d'août 1911, p. 474 (partie annexe), prescrit les mesures à prendre en cas de secours à donner aux personnes victimes d'un contact accidentel avec des conducteurs électriques. Les nouvelles instructions, qui ont été rédigées par une commission spéciale présidée par un membre de l'Académie de médecine de Paris, sont résumées dans deux affiches. La première s'adresse aux ouvriers électriciens et est destinée à être placardée seulement dans les usines. La seconde s'adresse au public en général, et elle doit être apposée à l'extérieur des usines, à la porte des mairies, à l'intérieur des écoles et dans le voisinage des lignes à haute tension. Il faut tout d'abord soustraire le plus rapidement possible la victime aux effets du courant en se conformant aux prescriptions indiquées pour ne pas s'exposer personnellement au danger, d'autant plus que l'humidité rend le sauvetage particulièrement dangereux.

L'accident peut survenir par contact avec les fils, les fusibles, les interrupteurs ou les supports des lampes d'une installation particulière domestique, ou il peut survenir par contact avec un conducteur d'une distribution quelconque, à l'exception du cas précédent. Les mesures à prendre sont différentes dans les deux cas. Dans les accidents survenus dans l'un et l'autre cas, il est des premiers soins qu'il faut donner en attendant l'arrivée du médecin. La circulaire les précise et préconise pour les cas graves, pour ceux où la victime présenterait les apparences de la mort, le rétablissement de la respiration et de la circulation par la méthode de la traction rythmée de la langue, ou celle de la méthode de la respiration artificielle. P.

LE

SANATORIUM DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

Par M. A. GAUSSEL,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
Médecin en chef du Sanatorium Bon Accueil.

L'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux s'impose comme une mesure de prophylaxie sociale, reconnue nécessaire par tous ceux qui s'occupent de tuberculose. Malgré la circulaire ministérielle du 15 janvier 1904 qui réglemente cet isolement et fait un devoir à toutes les commissions administratives hospitalières, de séparer les tuberculeux pulmonaires des autres malades, les phtisiques, dans beaucoup d'hôpitaux, sont encore soignés à la salle commune : ils y voisinent avec les diabétiques, les typhoïsants pour lesquels ils sont un danger, et sont exposés eux-mêmes à être contaminés par les malades atteints de pneumococcie ou de grippe.

La Commission administrative des hospices de Montpellier, devant les arguments présentés par le corps médical, en particulier par les professeurs de clinique, s'était émue depuis longtemps de la situation faite aux tuberculeux dans les salles de l'hôpital suburbain où ils occupaient un tiers des lits des services de médecine.

Elle mit à l'étude un projet qui consistait à transformer un des pavillons déjà existants à l'hôpital suburbain, à l'aménager avec des galeries de cure et à y admettre tous les tuberculeux pulmonaires à l'exclusion des autres malades : il s'agissait d'installer en quelque sorte un sanatorium d'hôpital dans un pavillon spécial de même qu'il existait déjà des pavillons pour l'isolement des contagieux atteints de diphtérie, de variole, de rougeole, etc.

Dans un rapport très documenté présenté au comité départemental de l'Alliance d'hygiène sociale, M. le docteur Pezet et M. A. Tissié, administrateurs des hospices, exposaient ce projet de pavillon d'isolement pour les tuberculeux à l'hôpital suburbain ; des fonds avaient déjà été demandés au ministère. Les rapporteurs regrettaient les lenteurs administratives qui retardaient la mise en exécution du projet primitif des hospices auquel on reprochait de créer un sanatorium dans l'hôpital, au lieu de chercher à extérioriser ce service de tuberculeux.

Pour une fois ce retard de l'administration centrale a eu d'heureuses conséquences, puisque aujourd'hui Montpellier possède, au lieu d'un simple pavillon d'isolement, un hôpital spécial, complètement isolé, véritable sanatorium, que je me propose de décrire dans cet article.

Au moment où la question du service des tuberculeux restait en suspens devant la Commission administrative des hospices, un généreux bienfaiteur, M. Pierre Leenhardt, membre de cette commission, faisait don aux hôpitaux de Montpellier d'un magnifique domaine provenant de la liquidation de la Congrégation des Dominicaines. Situé aux portes de Montpellier, à proximité de l'hôpital suburbain, le couvent des Dominicaines comprenait un vaste bâtiment, réservé au pensionnat et à la communauté, et une maison isolée où étaient logés les visiteurs de passage et une partie du personnel : le tout était entouré d'un grand jardin avec de beaux arbres et d'une propriété de rapport comprenant des champs, des vignes et un jardin potager.

La situation de l'établissement, l'exposition particulièrement bien choisie en faisaient d'avance un lieu de prédilection pour l'édification d'un sanatorium ; il n'y avait qu'à transformer et à aménager le bâtiment principal pour y créer un service de tuberculeux dans des conditions matérielles parfaites.

L'architecte des hospices, le regretté Debens, qui n'a pas eu malheureusement la satisfaction de voir inaugurer ce nouveau service, soumit alors un projet qui fut accepté par les professeurs de clinique médicale et par la Commission administrative des hospices et reçut l'approbation de l'autorité supérieure.

L'argent nécessaire à l'exécution de ce projet a été fourni par l'Etat, sur les fonds du pari mutuel, par le département, par la ville de Montpellier et par une souscription publique. Récemment encore le sénateur Déandreis, ancien administrateur des hospices de Montpellier, a légué une somme de 10.000 francs au nouveau sanatorium, ce qui porte la dépense totale à environ 250.000 francs (y compris le prix d'achat de la propriété). Le nombre des lits prévus étant de 60, le prix de revient de chaque lit dépasse à peine 4.000 francs.

Le sanatorium des hôpitaux de Montpellier ou sanatorium Bon Accueil est situé sur une hauteur au nord-ouest de la ville à proximité du tramway qui dessert l'hôpital suburbain : le trajet en voiture depuis le centre de la ville étant de quinze à vingt minutes à peine, cet établissement jouit ainsi des avantages d'un hôpital d'isolement en pleine campagne sans être éloigné de Montpellier, ce qui permet des relations faciles entre les familles et les malades hospitalisés.

Le sanatorium est complètement isolé de toute habitation et loin de toute agglomération : par sa position sur la colline il domine les environs, est très ensoleillé, très bien aéré et loin des poussières. Sa façade principale bien dégagée est dirigée vers le sud-ouest : sur les façades latérales et postérieure un bois de pins le protège contre les vents froids du nord-ouest et de l'est. Au contraire la brise marine qui tempère la chaleur de l'été se fait largement sentir sur la façade sud-ouest où sont les galeries de cure.

Devant le sanatorium proprement dit s'étend une large terrasse, ombragée pendant l'été, bien ensoleillée en hiver, où les malades peuvent se promener et se livrer à quelques jeux. Deux étages de jardins descendent de cette terrasse vers une grande vigne à travers laquelle est tracée l'avenue bordée de rosiers et d'oliviers qui mène à la porte d'entrée de la propriété.

Des galeries de cure situées sur la façade sud-ouest, l'œil embrasse un panorama qui séduit tous les visiteurs. A droite on aperçoit dans le lointain

la crête grisâtre des Cévennes qui se profile sur le ciel ; au premier plan, à moins d'un kilomètre, se dressent les pavillons de l'hôpital suburbain et plus loin ceux du nouvel asile d'aliénés occupant un vaste espace ; à gauche, c'est la ville de Montpellier dont les monuments s'éclairent bien au soleil couchant : on voit très nettement la longue série des arceaux de l'aqueduc, la promenade célèbre du Peyrou que domine le Château d'eau, la masse des maisons d'où émergent la flèche élancée du clocher de Sainte-Anne et les tours de la cathédrale ; plus à gauche encore c'est la ligne bleue de la Méditerranée, à moins de dix kilomètres à vol d'oiseau.

De l'avis de tous, il eût été difficile de trouver aux environs de la ville un site convenant mieux pour y édifier un sanatorium ; il a suffi d'utiliser ce qui existait avec quelques modifications.

Le sanatorium comprend un rez-de-chaussée et deux étages. Au rez-de-chaussée se trouvent le cabinet du médecin et le laboratoire, le cabinet de la directrice, la salle à manger des malades et celle du personnel supérieur, les salles de réunion distinctes pour les deux sexes, le vestiaire des malades, la chambre des machines pour le chauffage central. En arrière du bâtiment principal, dans une partie du rez-de-chaussée occupée jadis par la chapelle du couvent et par ses dépendances on a aménagé la cuisine, l'office, les chambres pour les provisions, la lingerie.

Les malades sont répartis dans des salles com-



Sanatorium Bon Accueil. — *Façade principale.*

munes ou dans des chambres d'isolement situées aux deux étages : le côté droit du sanatorium est réservé aux hommes qui disposent de 34 lits, le côté gauche aux femmes, avec 26 lits. Il y a dans chaque étage deux dortoirs de 8 lits, un dortoir de 10 lits et trois chambres à un ou deux lits, en tout 30 lits par étage réservés aux malades ; quatre chambres d'infirmières permettent de loger à proximité des dortoirs une partie du personnel ; je signalerai encore deux salles de bains, une chambre où se fait la désinfection des crachoirs, deux pièces de débarras, deux tisaneries.

Les fenêtres principales des dortoirs et des chambres de malades s'ouvrent sur la façade sud ; du côté nord, un long couloir vitré s'étend sur toute la longueur du sanatorium au rez-de-chaussée et aux deux étages, facilitant le service d'une salle à l'autre et protégeant les dortoirs contre le froid ; c'est dans ces couloirs assez larges que se trouvent les lavabos et les water-closets hygiéniques. Les murs de toutes les pièces du sanatorium sont recouverts d'une peinture lavable ; il y a partout de la mosaïque sauf dans quelques endroits où l'on a conservé provisoirement les anciens pavés de grés.

Les galeries de cure, partie très importante dans tout sanatorium, comprennent des vérandas vitrées et une galerie ouverte. Les vérandas vitrées ont été ajoutées à la construction primitive, elles sont disposées aux deux extrémités de la façade principale. Elles font sur la façade une saillie qui mesure onze mètres de long et trois mètres de profondeur sur toute la hauteur de la maison. Ces vérandas forment une annexe à chaque salle de réunion du rez-de-chaussée, au dortoir des femmes et à un dortoir d'hommes à chaque étage. Ces galeries de cure vitrées pourvues de larges ouvertures, munies de stores, sont utilisables en toute saison ; elles communiquent par une très large baie avec les pièces auxquelles elles sont annexées et peuvent recevoir chacune six chaises longues.

Au rez-de-chaussée, sur toute la façade, d'une galerie vitrée à l'autre, s'étend une galerie ouverte, d'une trentaine de mètres, orientée comme la façade vers le sud-ouest et où trouvent place vingt chaises

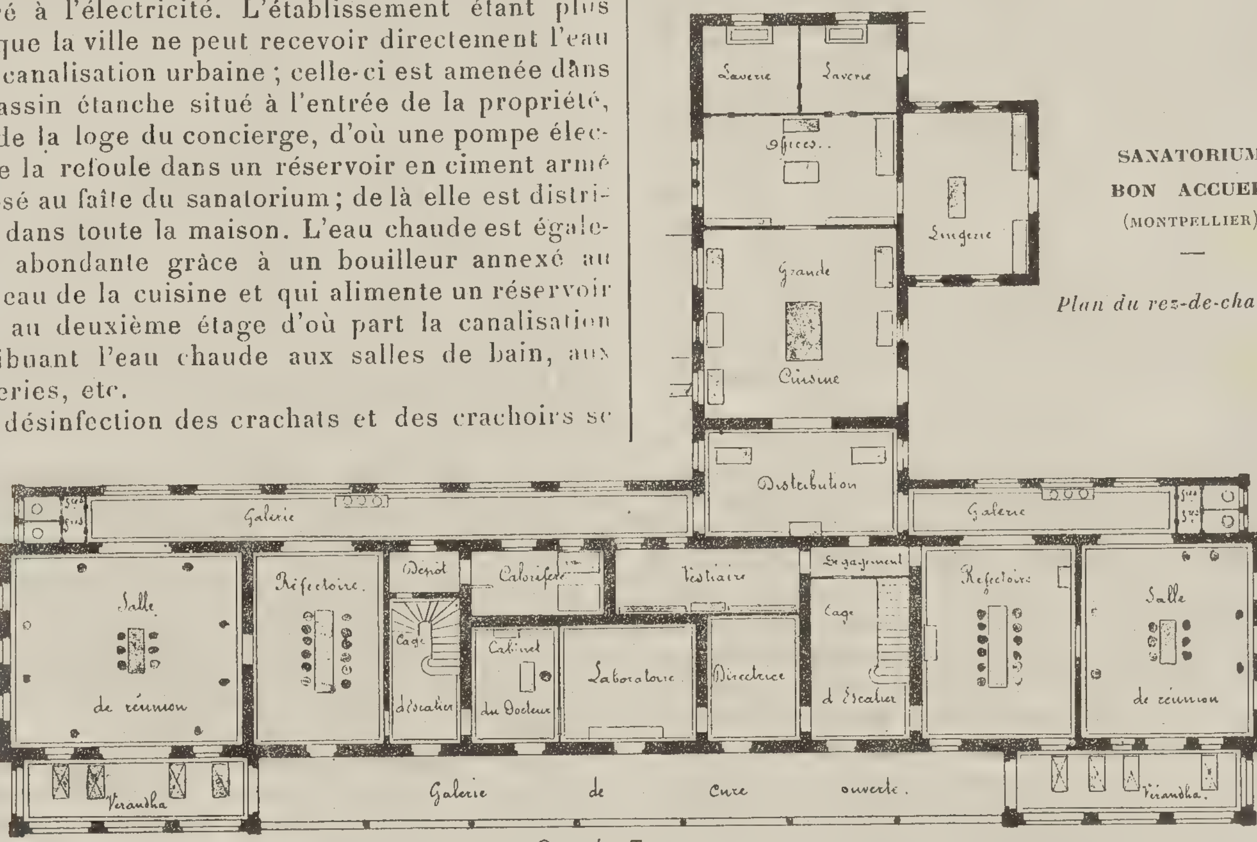
longues. Sept colonnes de fonte supportent la toiture de cette galerie dont on peut régler l'ensoleillement avec de grands rideaux de toile.

Le sanatorium, y compris les galeries vitrées, est chauffé par le chauffage central à l'eau chaude et éclairé à l'électricité. L'établissement étant plus haut que la ville ne peut recevoir directement l'eau de la canalisation urbaine ; celle-ci est amenée dans un bassin étanche situé à l'entrée de la propriété, près de la loge du concierge, d'où une pompe électrique la refoule dans un réservoir en ciment armé disposé au faîte du sanatorium ; de là elle est distribuée dans toute la maison. L'eau chaude est également abondante grâce à un bouilleur annexé au fourneau de la cuisine et qui alimente un réservoir situé au deuxième étage d'où part la canalisation distribuant l'eau chaude aux salles de bain, aux tisaneries, etc.

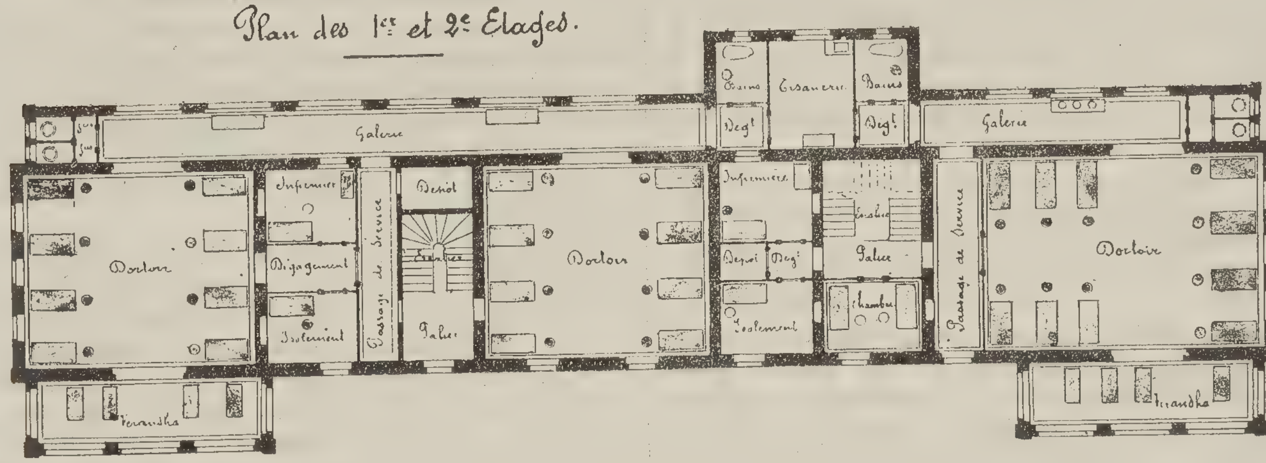
La désinfection des crachats et des crachoirs se fait dans une pièce spéciale par l'ébullition dans une solution de carbonate de soude ; les malades ont à leur disposition un crachoir de chambre (bol en porcelaine blanche avec couvercle en métal émaillé) et un crachoir de poche (flacon en verre bleu avec

SANATORIUM
BON ACCUEIL
(MONTPELLIER)

Plan du rez-de-chaussée.



Plan des 1er et 2e Etages.



couvercle métallique caoutchouté à fermeture à bayonnette, modèle très simple fourni par la maison Leune, de Paris).

Le linge sale, réuni dans des sacs, est envoyé pour être lessivé à la buanderie de l'Hôpital général : pour éviter la contagion de la tuberculose en faisant circuler ce linge dans la maison, on le jette de chaque étage dans une pièce du rez-de-chaussée en le faisant cheminer dans une gaine en maçonnerie qui descend le long de la façade nord et s'ouvre par une petite porte dans le couloir de chaque étage.

Le système adopté pour l'écoulement des eaux est le système séparatif : les eaux de pluie sont collectées dans plusieurs citernes qui servent à l'arrosage du jardin ; les eaux résiduaires provenant de la cuisine, des salles de bains, lavabos, les eaux d'égouts sont recueillies et amenées dans des fosses septiques avec lits bactériens : à la sortie l'effluent s'épand dans la vigne et dans un grand champ, il sera utilisé pour l'arrosage d'un nouveau jardin potager.

Le mobilier du sanatorium est des plus simples : lits de métal avec sommiers à lames métalliques, tables de nuit en métal, ouvertes de tous côtés avec tablettes mobiles en opaline lavables, chaises longues en métal avec matelas, tables en chêne recouvertes de marbre, chaises en bois. C'est un mobilier hygiénique qu'il est très facile de tenir propre.

J'ai fait adopter par l'administration des hospices un modèle de chaises longues métalliques construit par la maison Rey et Tremblay de Montpellier et modifié sur mes indications. Cette chaise longue est en fer recouvert d'une couche de peinture grise, le dossier est mobile et se relève ou s'abaisse à volonté, le matelas repose sur une série de lames élastiques en métal formant un sommier souple et analogue à celui des lits. Pour éviter au malade le contact du fer en hiver, au niveau des mains ou des bras, les accoudoirs de la chaise longue sont recouverts d'une plaque de bois ; enfin, du côté des pieds, une planchette mobile comme le dossier, haute de vingt-cinq centimètres environ, retient le matelas, l'empêche de glisser quand le malade est couché dessus et sert d'appui à la bouillotte en hiver.

Le personnel médical du sanatorium comprend un médecin en chef, un interne et un externe des hôpitaux.

L'administration des hospices est représentée au sanatorium par la directrice qui a la haute main sur les infirmiers et les domestiques. Le personnel chargé de soigner les malades est exclusivement féminin et comprend une cheftaine et six infirmières; trois servants sont chargés des grosses besognes; une cuisinière, deux aides de cuisine, une lingère, un concierge complètent cet effectif qui se compose ainsi de quinze personnes. Une partie du personnel est logée dans le sanatorium même, l'autre partie dans un bâtiment séparé, voisin du sanatorium.

Jusqu'au jour où s'est ouvert l'hôpital des tuberculeux, tous ces malades étaient reçus à l'hôpital suburbain dans les pavillons des fiévreux de la clinique médicale. Actuellement, se conformant à la circulaire ministérielle du 15 janvier 1904, l'administration des hospices de Montpellier a décidé et a inscrit dans son règlement que tous les tuberculeux pulmonaires seraient reçus au sanatorium Bon Accueil.

Ces malades, comme ceux des autres services hospitaliers, passent tous par le bureau des admissions à l'hôpital général situé en ville ; ils y viennent tantôt envoyés par leur médecin traitant, tantôt spontanément, tantôt après avoir été examinés à la consultation externe réservée aux indigents. Quand le diagnostic de tuberculose est certain, les malades sont envoyés directement au sanatorium ; si le diagnostic est douteux, ils entrent dans un service de médecine et, dès que la tuberculose pulmonaire est reconnue, ils doivent être dirigés sur le sanatorium.

Le recrutement du sanatorium est donc double : il se fait directement par la salle de garde, pour les tuberculeux avérés, c'est le cas le plus fréquent, ou bien par l'intermédiaire des services de clinique médicale pour les douteux.

La création d'hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux a soulevé des objections dont la principale, d'ordre sentimental pourrait-on dire, est l'appréhension qu'éprouveraient ces malades à s'y faire admettre. Ces services spéciaux, a-t-on dit, seront considérés comme des léproseries, où l'on réunira des malades irrévocablement condamnés ; cette opinion me paraît fausse. A l'ouverture du sanatorium Bon Accueil, au mois de mars, quand on a pris dans les salles de médecine de l'hôpital suburbain les tuberculeux en traitement, pour les envoyer dans le nouvel hôpital, aucun n'a refusé d'y venir, beaucoup même attendaient avec impatience leur admission dans ce service spécialement aménagé. Depuis cette époque, je n'ai aucune peine à déterminer les malades qui se présentent à ma consultation à entrer au sanatorium.

Est-ce le nom de sanatorium donné à l'établissement, qui encourage les malades à s'y faire admettre ? La chose est possible et a été déjà notée par M. le docteur Bécigneul au moment où s'est ouvert, à Nantes, l'hôpital spécial pour tuberculeux dont il est le médecin en chef.

L'hôpital sanatorium me paraît préférable au pavillon isolé dans un hôpital commun à tous les services. On a objecté qu'à la sortie du sanatorium le malade appartenant à la classe ouvrière ne trouverait pas de travail parce qu'on saura qu'il est tuberculeux. A cela, je répondrai que, même sortant d'un hôpital non spécialisé, le tuberculeux est vite dépisté dans les milieux où l'on traite en suspect les tousseurs. Je connais personnellement un certain nombre de tuberculeux dont la maladie est connue et qui continuent à être employés comme ouvriers ou comme domestiques ; au sanatorium le tuberculeux prend l'habitude du crachoir et apprend à ne pas disséminer ses bacilles partout autour de lui.

Si l'on considère, au point de vue social, l'isolement des tuberculeux comme une mesure utile, il est certain que la séparation d'avec les autres malades est mieux réalisée par l'hôpital spécial qu'avec les pavillons dans un hôpital commun.

Le sanatorium Bon Accueil doit, comme tout hôpital sanatorium, recevoir des malades tuberculeux à toutes les périodes de la phtisie ; les moins atteints, après un séjour suffisant, s'améliorent et sortent en état de reprendre leur travail ; ces sorties de tuberculeux améliorés entretiennent l'espoir chez ceux qui restent.

Une fois admis au sanatorium, les malades sont répartis sans ordre préconçu ; il ne me semble pas possible de réserver tel dortoir aux malades peu atteints et tel autre aux plus avancés, car le fait pour un tuberculeux arrivant au sanatorium d'être admis parmi les plus malades produirait sur lui une impression de découragement des plus fâcheuses.

La vie à l'hôpital Bon Accueil se rapproche le plus possible de celle du sanatorium. L'administration m'ayant confié le soin de rédiger un règlement intérieur pour les malades, je l'ai établi en prenant pour modèle les règlements d'un certain nombre de sanatoriums que j'ai visités. Ce règlement adopté par la Commission administrative des hospices est affiché dans les diverses parties du sanatorium.

Le traitement mis en œuvre est celui qui est recommandé et reconnu le plus utile par tous ceux qui s'occupent de tuberculose ; il est basé surtout sur la méthode hygiéno-diététique et fait à la thérapeutique médicamenteuse, une part suffisante, mais non excessive.

Le régime alimentaire très surveillé, s'inspire

des principes d'une suralimentation raisonnable : les malades qui se lèvent font à la salle à manger quatre repas par jour (deux grands repas, le petit déjeuner et le goûter), ceux qui ne peuvent faire des repas copieux sont alimentés plus légèrement et prennent à dose moindre six petits repas dans la journée, enfin suivant les indications certains malades sont soumis au régime spécial que comporte leur état ou les complications intercurrentes.

Avant l'ouverture du sanatorium, j'avais, dans un rapport, attiré l'attention de l'administration sur l'opportunité de prévoir un prix de dépense pour la journée alimentaire plus fort que dans les autres hôpitaux et j'émettais l'avis que le prix d'admission des malades fût élevé en conséquence. Les malades admis comme payants dans les dortoirs communs versent 3 francs par jour au lieu de 2 fr. 40, prix des autres cliniques (quelques payants à 6 francs par jour sont reçus dans les chambres à un ou deux lits).

La cure de repos, complément de la cure alimentaire, se fait dans les galeries sur les chaises longues, en plein air ; elle est entrecoupée de promenades et de jeux dans les jardins ou sous les arbres du parc.

La cure d'air diurne et nocturne, impossible dans un service d'hôpital qui reçoit des malades atteints d'affections variées, est au contraire facile à réaliser au sanatorium ; j'ajoute qu'elle est très bien acceptée par les malades. Avec quelques précautions on peut soumettre à la cure d'air continue même les tuberculeux avancés.

Le traitement pharmaceutique est assuré par la pharmacie centrale des hôpitaux qui approvisionne tous les jours le sanatorium ; une petite pharmacie mise à la disposition de l'interne et de la cheftaine renferme les médicaments courants ou d'urgence.

Ainsi organisé l'hôpital sanatorium peut recevoir soixante malades. Il est avant tout un sanatorium d'hiver, mais on peut également y traiter les malades pendant l'été, car par sa situation il est particulièrement bien placé pour recevoir la brise de mer qui tempère la chaleur durant les mois les plus chauds : certaines pièces du rez-de-chaussée sont très fraîches et peuvent servir de salles de repos aux malades l'après-midi. Sur la façade nord se trouve un terrain ombragé, abrité du soleil, où l'on pourrait au besoin établir une galerie de cure pour l'été.

L'intérêt du sanatorium Bon Accueil c'est qu'il réalise non seulement un hôpital spécial ouvert aux tuberculeux, mais encore un centre d'enseignement pour les étudiants en médecine à qui l'administration des hospices a donné le libre accès de ce service. Trois fois par semaine les étudiants soumis au stage hospitalier suivent la visite faite au sanatorium ; ils y trouvent les éléments pour s'exercer à l'auscultation et se familiariser avec la séméiologie de l'appareil respiratoire ; ils s'y instruisent sur les notions indispensables de phtisiologie et voient mettre en pratique un traitement rationnel de la tuberculose.

Le sanatorium est ainsi à la fois une école pour les malades qui apprennent à s'y soigner, à faire usage de crachoirs, à ne pas répandre autour d'eux la contagion, et en même temps un centre d'enseignement pour les futurs médecins « qui devraient être tenus à un stage obligatoire dans ces établissements... Le sanatorium fonctionnant comme sanatorium école, comme institut antituberculeux, comme œuvre d'enseignement attaché à chaque Faculté de médecine, constitue l'un des facteurs indispensables pour préparer le triomphe de l'hygiène préservatrice et assurer, en attendant, une plus grande curabilité de la tuberculose » (Mongour (1)).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1911)

Recherches sur la radio-activité des eaux de Vals-les-Bains. — MM. Chapsoul et Jaubert de Beaujeu ont déterminé la radioactivité des eaux et des gaz spontanés des principales sources de Vals en utilisant l'électromètre à compensation de M. Hurmuzescu gradué en volts et en milligrammes-minute de bromure de radium.

L'étude de ces eaux a été faite à la source et au laboratoire en opérant chaque fois sur 3 litres d'eau et 1 litre de gaz.

Les sources étudiées ont été les suivantes :

1° Eaux bicarbonatées sodiques : sources Souveraine, Saint-Jean-Marie, Saint-Jean, Précieuse, Alexandre.

2° Eau ferro-arsenicale : source Dominique.

Il résulte des expériences des auteurs que les eaux et les gaz de ces sources sont très nettement radio-actifs; que toutes ces radio-activités sont dues à l'émanation du radium ; que pour les eaux bicarbonatées sodiques ces radio-activités paraissent varier dans le même sens que la quantité d'acide carbonique libre.

De l'action caséifiante de certains lipoïdes. — MM. H. Gaehlinger et A. Tilmant. Il existe dans les lipoïdes, et en particulier dans les lipoïdes hépatiques, des acides gras solubles dans l'éther, acido-résistants et capables de déterminer la caséification, propriétés qui les rendent semblables à l'éthéro-bacilline d'Auclair, poison caséifiant du bacille tuberculeux.

Au sujet de l'action de l'oxazine (chlorure de triaminophénazoxonium) et de l'akridine (diphénylméthane) sur les trypanosomes. — MM. A. Laveran et D. Roudsky.

Quelques conclusions de mes recherches sur la croissance chez l'homme, relatives à la puberté. — M. Paul Godin.

Un cas d'acéphalie humaine. — M. Magnan.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1911)

Etude expérimentale de la toxine protoplasmique du bacille de Lœffler. — M. P.-J. Ménard, ayant isolé les nucléo-albumines du bacille diphtérique selon la méthode employée par MM. Auclair et Paris pour l'isolement de la bacillo-

(1) Mongour. La question des sanatoriums. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903, p. 597.

caséine, les a expérimentées et rapporte le résumé de ses résultats expérimentaux. Sur 18 lapins ayant reçu en injections intraveineuses des doses variables de diphtéro-caséine fraîche pure ou associée à de la diphtéro-caséine sèche, 17 sont morts; 15 immédiatement ou rapidement; 1 après trois jours; 1 après huit jours. Un seul qui a survécu jusqu'ici (douze jours après l'inoculation) avait reçu une dose mortelle, en deux injections; depuis un jour, il présente une parésie de la patte postérieure gauche et est en mauvais état.

L'action de la diphtéro-caséine sèche est moins rapide et moins énergique.

Des témoins, injectés avec des doses égales et par la même voie de caséines d'autre nature, n'ont présenté aucun accident et sont morts après injection de diphtéro-caséine.

L'auteur se croit donc en droit d'admettre la haute valeur toxique de la diphtéro-caséine.

Action des extraits d'ovaire sur la pression artérielle. — MM. Champy et Gley. Les extraits d'ovaire de vache, de truie ou de lapine abaissent la tension artérielle. Ceux de truie sont les plus actifs, ceux de chienne et de femme le sont moins. Ceux de brebis et de jument non gravide paraissent inefficaces.

Histologie des lésions de l'émail dans la carie dentaire. — MM. L. Dieulafé et A. Herpin. Au début des lésions, on observe, en un point de la surface coronaire, la rupture de la cuticule de Hasmyth, et, en regard de ce point, la substance de l'émail se montre décolorée sur une petite étendue en forme hémisphérique. Les prismes ont perdu leurs contours et leur substance est granuleuse. Tout autour de cette zone claire, on trouve une zone foncée, fortement colorée par l'hématoxyline, dans laquelle les prismes ont leurs contours normaux, mais où les espaces interprismatiques présentent des micro-organismes de forme ovoïde avec une extrémité effilée.

Avec des lésions plus avancées, on observe à la surface de l'émail une perte de substance anfractueuse avec des encoches plus ou moins profondes entamant les zones sous-jacentes. La cuticule s'arrête aux abords de cette cavité, parfois même est décollée sur une certaine longueur. L'émail qui constitue la paroi de la perte de substance présente divers aspects, tantôt ce sont des blocs irréguliers, plus ou moins épais, très foncés, correspondant à des fragments de prismes désagrégés, tantôt ce sont des zones claires et granuleuses. Des encoches, découpant irrégulièrement la bordure de la cavité de carie, s'enfoncent même sous forme de fissures à une plus ou moins grande distance dans l'émail; il en résulte, par endroits, de petites lacunes, des sortes de clapiers, minant toute la zone avoisinant la cavité de carie. Au-dessous de cette zone, l'émail présente divers aspects : par endroits, les prismes surcolorés dessinent des stries foncées; en d'autres points, les prismes apparaissent granuleux et irréguliers; ailleurs, les prismes indistincts forment des zones claires finement granuleuses.

On voit des stries foncées dessiner des séries de lignes de Schrœger très rapprochées les unes des autres, elles paraissent correspondre à des séries de granulations échelonnées sur le trajet d'un grand nombre de prismes. Le processus de destruction de l'émail, suivi à ses diverses étapes, présente successivement des phénomènes d'invasion microbienne et des modifications de constitution chimique des prismes qui leur donne un aspect granuleux, foncé. La dissolution de la substance interprismatique, sous l'influence des agents de la surface, doit faciliter la pénétration des micro-organismes et la diffusion des lésions. Puis les prismes perdent leurs lignes de contour, se confondent en amas finement granuleux, puis toute trace d'organisation disparaît, et les prismes fragmentés, dissociés, sont représentés par des masses foncées, surcolorées.

Autres communications :

Nouvelles observations sur l'origine épithéliale des follicules clos tégumentaires. — MM. Retterer et Lelièvre.

Note sur la mobilité thoracique. — M. Braun.

Sur le dosage de l'urée dans le sang. — M. Javal.

Le rajeunissement artificiel des cultures de tissus. — M. Carrel.

Election. — M. Dopter est élu membre titulaire de la Société.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un cas d'anémie pernicieuse puerpérale et sur son traitement par les injections intramusculaires de sang humain défibriné. (P. Esch. *Deut. med. Woch.*, 19 oct. 1911, nº 42, p. 1943.) — Il s'agit d'une femme de trente ans, secondipare. Les premiers symptômes d'anémie se montrèrent pendant la deuxième moitié de la grossesse, mais si atténués que la malade put continuer ses occupations jusqu'à l'accouchement qui survint un peu avant terme : l'enfant ne pesait que 2300 grammes. L'accouchement se passa le mieux possible et la perte de sang fut extrêmement minime.

Ce fut seulement les jours suivants que la malade fut prise de malaises, de vomissements, de dyspnée, en même temps que la fièvre fit son apparition et atteignit 40 degrés les septième et huitième jours après l'accouchement. La pâleur était extrême.

L'examen clinique et bactériologique des voies génitales, et l'hémoculture firent écarter le diagnostic de septicémie puerpérale. Mais l'examen du sang montra 480 000 globules rouges avec 22 p. 100 d'hémoglobine et 2 700 globules blancs. Les normoblastes, mégaloblastes et gigantoblastes étaient faciles à déceler ainsi que l'anisocytose, la poykilocytose et la polychromatophilie. La rate était palpable. Le diagnostic d'anémie pernicieuse fut posé.

La malade fut immédiatement traitée par des injections de sang humain défibriné et filtré intramusculaires, pratiquées dans la région fessière. La première injection le neuvième jour après l'accouchement fut de 35 centimètres cubes, le douzième jour de 39 centimètres cubes, le seizième jour de 60 centimètres cubes, le vingt-troisième jour de 25 centimètres cubes.

Dès le treizième jour la température retomba à peu près à la normale, pour subir à partir du dix-septième jour une nouvelle poussée due à une mastite suppurée. L'état général s'améliora progressivement. Dix-sept jours après la première injection, la numération montrait 1 300 000 globules rouges avec 50 p. 100 d'hémoglobine et un mois plus tard 3 500 000 globules rouges avec 75 p. 100 d'hémoglobine.

L'auteur ne se dissimule pas qu'il survient parfois dans l'anémie pernicieuse des améliorations spontanées. Mais la situation lui a paru, dans son cas, si grave, la mort si imminente et la déglobulisation si intense qu'il ne peut s'empêcher d'attribuer au traitement employé l'amélioration rapide survenue. A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Le gros ventre flasque des nourrissons. (Marfan. *Arch. de méd. des enfants*, août 1911.) — L'intumescence de l'abdomen chez le nourrisson est très fréquente; le substratum anatomique consiste en l'*allongement de l'intestin* et le *relâchement de la paroi abdominale.* Tout d'abord lorsque l'on constate une telle intumescence, il faut s'assurer par la palpation, la percussion, la radiographie, qu'il ne s'agit pas d'une ascite

d'une tumeur limitée, d'un gonflement du foie et de la rate : il faut ensuite bien distinguer le *gros ventre tympanique*, et le *gros ventre flasque*.

Le *ventre tympanique* est caractérisé par sa tension, sa dureté, sa sonorité éclatante à la percussion, la doctrine classique fait de ce tympanisme la conséquence d'une distension de l'abdomen par les gaz. Pour M. Marfan le fait initial est une *hyperémie*, une sorte *d'érection* de l'intestin, entraînant une augmentation de son calibre et une tension anormale de ses parois. Le tympanisme permanent est très rare chez le nourrisson ; M. Marfan classe ces tympanismes en trois groupes : tympanisme chronique avec *diarrhée*, dû à une entérite chronique; tympanisme chronique avec *constipation opiniâtre*, maladie congénitale (type de maladie de Bednar Jacobi et de Hirschsprung); tympanisme sans diarrhée et sans constipation qui paraît lié à la tuberculose des ganglions mésentériques.

Le *gros ventre flasque* du nourrisson est bien distinct du ventre tympanique; il est mou, dépressible, étalé sur les flancs; coïncidant avec le rachitisme, il contribue à déformer la partie inférieure du thorax, à en élargir la base et à rejeter au dehors les dernières côtes : il coïncide toujours avec un *relâchement* plus ou moins marqué de la *paroi abdominale*. Son apparition est précédée de symptômes précurseurs; ce sont surtout des troubles digestifs, gastro-entérite catarrhale à rechutes, dyspepsie avec vomissements répétés. Lorsqu'il est constitué, on observe des symptômes légers atténués de dyspepsie atonique (appétit capricieux, périodes alternantes de voracité et d'anorexie, constipation, selles fétides, riches en phosphate de chaux). Ce gros ventre flasque s'observe de préférence dans le rachitisme; on l'observe également dans le myxœdème congénital. Le substratum anatomique consiste essentiellement en l'*allongement de l'intestin*, sans altérations histologiques cependant : cet allongement est la conséquence d'un relâchement atonique de la musculature intestinale. L'évolution de ce gros ventre flasque est liée à celle du *rachitisme*.

Contrairement à cette opinion l'auteur rappelle que, pour M. Variot, il s'agit plutôt d'aérophagie avec dilatation secondaire du côlon; M. Variot pour arriver à cette conclusion s'appuie surtout sur l'examen radioscopique et l'analyse des gaz contenus dans le ventre flasque. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Le chlorhydrate double d'urée et de quinine; sa préparation et son emploi comme anesthésique local. (William A. BOYD. *Med. rec.*, vol. LXXX, n° 16, 14 oct. 1911, pp. 768-771.) — Cette substance se prépare de la façon suivante : dissoudre 400 parties de chlorhydrate de quinine dans 300 parties d'acide chlorhydrique, ajouter 60 ou 61 parties d'urée pure, chauffer jusqu'à dissolution, filtrer sur de la ouate de verre filé et laisser cristalliser. Les cristaux sont des prismes quadrangulaires incolores solubles dans leur poids d'eau et dans l'alcool. Les solutions aqueuses sont acides. Injectées sous la peau, en solutions de 0,25 à 1 p. 100, le chlorhydrate d'urée et de quinine est un anesthésique local non irritant, quoique les solutions à 0,50 ou 1 p. 100 déterminent parfois des indurations fibreuses. La solution à 1 p. 100 est la meilleure pour les petites opérations. L'injection est faite absolument comme celle d'une solution de cocaïne; lentement et sous faible pression. La quantité à chaque opération varie de 2 à 15 centimètres cubes.

Ce sel a été employé assez fréquemment en Amérique depuis septembre 1907 quand Thibault l'introduisit dans la pratique. Il est moins toxique que la cocaïne. Le seul inconvénient est une induration des bords de la plaie apparemment due à une infiltration cellulaire. Cette exsudation commence à apparaître quelques minutes après l'injection et semble directement proportionnelle à la concentration de la solution. Avec une solution à 0,25 p. 100, il n'y a pas d'infiltration. Si on prend du sérum artificiel comme dissolvant, il n'y a pas non plus d'infiltration, mais la durée de l'anesthésie est très écourtée. Boyd conclut que : il faut attendre dix ou vingt minutes après l'injection ; l'anesthésie post-opératoire dure en moyenne trois *jours* : l'injection ne cause pas de dermatite; la substance est moins chère que la cocaïne; elle a un effet hémostatique marqué; elle cause généralement de l'induration, mais celle-ci disparaît spontanément avec le temps; on peut l'employer dans toute opération où l'on peut se servir de cocaïne. Il s'en est servi pour enlever des lipomes et pour des circoncisions. Brown s'en est servi pour des amygdalotomies, Hirschman pour la chirurgie ano-rectale. Les solutions peuvent être portées à l'ébullition indéfiniment sans déteroriation ; elles se conservent bien. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis secondaire tardive (1), par le professeur Alfred FOURNIER, membre de l'Académie de médecine.

Plus que jamais, la syphilis est à l'ordre du jour. La connaissance toujours plus parfaite des conséquences de cette maladie sociale, les espérances qu'ont fait naître les nouveaux agents thérapeutiques destinés à la combattre et les discussions passionnées que leur emploi suscite, tout cela fait que la réédition de l'ouvrage classique du professeur Fournier sur la *Syphilis secondaire tardive* s'imposait.

Je ne me permettrai pas d'insister sur la valeur de l'œuvre qui est demeurée ce qu'elle était au premier jour, je me contenterai de dire que les éditeurs l'ont présentée de façon digne d'elle, et qu'à la limpide clarté du texte pensé correspond la netteté du texte imprimé. Pour les livres de fond, les instruments de travail auxquels on a constamment recours, et c'est bien le cas, il est précieux qu'il en soit ainsi.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Grossesse et l'accouchement hors l'hôpital (2), par Louis BILLON, ancien chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Sous le titre modeste *La Grossesse et l'accouchement hors l'hôpital,* M. le docteur L. Billon a condensé en 300 pages une foule de conseils pratiques qui seront fort utiles aux jeunes docteurs et aux sages-femmes qui débutent dans la carrière.

Non que le docteur Billon ait voulu faire œuvre originale et ait émis des idées nouvelles sur les rapports qui doivent exister du début de la grossesse à la fin de la période des suites de couches entre cliente et médecin. Mais les détails dans lesquels il ne dédaigne pas d'entrer, la sagesse de ses recommandations, les leçons de tenue et de tact dont son livre fourmille lui constituent une originalité enviable.

M. DELESTRE.

Traitement de la paralysie générale (3), par E. GELMA, médecin de l'asile de Maréville.

L'auteur s'est proposé d'indiquer une ligne de conduite au praticien, trop souvent embarrassé par la thérapeutique à instituer chez un sujet atteint de paralysie générale. A cet effet il passe successivement en revue le traitement curatif, basé sur l'étiologie de l'affection, et le traitement symptomatique ou palliatif.

Il rejette l'usage du mercure s'en référant à des témoignages nombreux qui montrent ce médicament en l'espèce « non seu-

(1) Deuxième édition. In-8 de 196 pages, avec 8 planches hors texte en couleur. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.
(2) In-18 de 320 pages. — Paris, Maloine.
(3) Consultations médicales françaises, n° 33, 15 pages, Paris.

lement impuissant, mais encore dangereux ». C'est bien là l'avis de la plupart des neurologistes autorisés. Le 606 rendrait-il par contre service ? Divers médecins l'ont récemment soutenu. Gelma discute la question, et se range parmi les adversaires du traitement par l'arsenobenzol. Il termine ce chapitre par l'étude de l'emploi du mercure à titre prophylactique et par celle du traitement nucléinique.

Abordant le traitement symptomatique, l'auteur discute les conditions de l'internement; il expose les préceptes du régime diététique et hygiénique approprié; il montre comment combattre soit les accidents les plus pénibles, agitation psychomotrice, états de dépression, ictus, insomnie, soit les complications intercurrentes, broncho-pneumonie, constipation, infection urinaire.

Clairement écrit, facile à lire, ce petit opuscule peut remplacer dans la pratique courante les chapitres consacrés à la thérapeutique par les traités didactiques. PR. MERKLEN.

FORMULAIRE

ALIMENTATION DES OPÉRÉS ET CONVALESCENTS

Si le lait est mal toléré, y suppléer par le bouillon suivant (Walter) à faire bouillir à petit feu pendant quatre heures :

Eau	4 litres.
Carottes	200 grammes.
Poireau	N° 1.
Pois secs et haricots secs décortiqués } *ãã*	1 cuill. à soupe.

Trois fois par jour, donner au malade une cuillerée à soupe de Poudre de Viande de Trouette-Perret, délayée dans un peu d'eau sucrée aromatisée (rhum, kirsch, fleur d'oranger, etc.).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LES ACCIDENTS DANS LES LYCÉES. — A la suite de questions posées par plusieurs recteurs, M. Steeg avait demandé au comité du contentieux institué au ministère de l'instruction publique, si, « à son avis, les lycées nationaux de garçons et de jeunes filles peuvent légalement s'assurer contre les accidents survenus aux élèves pendant les heures de présence dans ces établissements, et dans le cas de l'affirmative si les lycées peuvent faire aux familles des élèves une obligation de s'assurer, moyennant une prime annuelle versée dans la caisse de l'établissement ».

Le comité du contentieux, dans une délibération longuement motivée, a estimé qu'il n'y avait pas lieu, pour les lycées, d'accepter les propositions qui leur ont été faites par un certain nombre de compagnies d'assurances contre les accidents. Le ministre, en communiquant cet avis aux recteurs, ajoute qu'il lui donne son approbation. P.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Leçons sur les maladies de la nutrition.* — M. Marcel Labbé commencera le vendredi 24 novembre, à onze heures du matin, dans l'amphithéâtre des concours, ses leçons cliniques sur les maladies de la nutrition, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Faculté de médecine. Professeur : M. Pierre MARIE). — *Démonstrations pratiques préparatoires aux examens.* — Sous la direction de M. Roussy, agrégé, chef des travaux, avec l'aide de deux moniteurs, des séries de démonstrations pratiques seront organisées au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique pour les élèves désirant préparer leur examen d'anatomie pathologique.

Ces démonstrations comprendront : 1° la description et la discussion du diagnostic des principales pièces de la collection du musée d'anatomie pathologique; 2° la lecture et la discussion d'un certain nombre de préparations histologiques prises comme type.

Pour permettre à ces séances de revêtir un caractère essentiellement pratique, le nombre des élèves sera strictement limité à vingt par série. Chaque série comprendra douze séances d'une heure qui auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, de trois heures à quatre heures. Des séries auront lieu suivant les besoins.

S'inscrire auprès du chef des travaux; l'inscription est gratuite et uniquement réservée aux élèves immatriculés à la Faculté.

CLINIQUE TARNIER. — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Le jeudi 23 novembre, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Des difficultés du diagnostic de la grossesse pendant les trois premiers mois. »

CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (services du docteur BABINSKI et du docteur SOUQUES). — MM. Cl. Vincent et A. Barre, anciens internes des hôpitaux, feront dans le service de M. Babinski, à l'hôpital de la nouvelle Pitié, une série de conférences sur le système nerveux.

Ils n'ont pas l'intention de passer en revue toutes les maladies nerveuses. Ils insisteront surtout sur les acquisitions qui ont été faites en ces dernières années dans le domaine de la neurologie.

Programme. — Les réflexes. — La sensibilité. — Tumeurs cérébrales. — Syphilis nerveuse. — Méningites. — Tumeurs médullaires. — Mal de Pott. — Paraplégie. — Tuberculose du système nerveux. — Maladie de Parkinson. — Troubles trophiques du tabes. — Le syndrome cérébelleux. — Le syndrome labyrinthique, etc.

Les cours commenceront le mardi 12 décembre, à deux heures, et continueront les vendredis et les mardis suivants, à la même heure.

Le prix du cours est de 60 francs.

On peut se faire inscrire auprès de M. C. Vincent à l'hôpital de la nouvelle Pitié.

LABORATOIRE D'HYGIÈNE (Faculté de médecine. Professeur : M. CHANTEMESSE). — *Enseignement de la technique bactériologique appliquée à l'hygiène.* — Sous la direction de M. Macaigne, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie (fondation Lemonnier), une série de vingt séances de travaux pratiques sera faite au laboratoire d'hygiène, à partir du lundi 29 janvier 1912, à trois heures.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours, sauf le dimanche, de deux heures à cinq heures.

Programme des travaux. — 1° Technique générale. Stérilisation; milieux de culture; coloration; isolement, etc.

2° Analyses bactériologiques de l'air et des poussières, de l'eau, du sol et des produits pathologiques (matières fécales, crachats, sang, etc.).

3° Diagnostic des principales espèces pathogènes : tuberculose, diphtérie, coli-bacille, dysenterie, fièvre typhoïde, choléra, charbon, tétanos, peste, champignons, intoxications alimentaires.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers et les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Services directs et rapides entre *Paris* (gare de Lyon), *Saint-Flour* et *Béziers*, *viâ Brioude*. — Ces services sont assurés par les trains express 921 et 930 qui comportent des voitures directes de toutes classes de ou pour Béziers.

Aller : Départ de Paris (gare de Lyon), 8 h. 15 soir. Arrivée à Saint-Flour, 7 h. 32 matin; à Béziers, 3 h. 47 soir.

Retour : Départ de Béziers, 9 h. 37 matin; de Saint-Flour, 6 h. 2 soir. Arrivée à Paris, 4 h. 40 matin.

NOTES POUR L'INTERNAT

GENU VALGUM

DÉFINITION. — Le *genu valgum* est une déformation du membre inférieur, dans laquelle le fémur et le tibia s'articulent en formant un angle obtus ouvert en dehors, à sommet articulaire. C'est encore le genou cagneux, l'X-bein ou bäckerbein des Allemands, le knock-knee des Anglais.

Le genu valgum n'est que l'*exagération* d'une attitude physiologique normale. Si l'on examine un fémur, sa diaphyse étant dirigée verticalement, on voit le condyle interne plus saillant que l'externe. Pour s'articuler avec le plateau tibial horizontal le fémur doit incliner son corps en haut et en dehors ; il en résulte la formation d'un angle normal, obtus, à sinus de 170 à 177 degrés. Quand cet angle diminue, quand il y a exagération de la saillie du condyle interne pour une cause quelconque, le genu valgum est constitué.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — A l'exception des cas rares de genu valgum congénital, on peut dire qu'on ne rencontre cette déformation que chez l'enfant, de deux à quatre ans surtout, et chez l'adolescent. La fréquence est plus grande dans le sexe masculin.

Le fait primordial est une déformation, une lésion osseuse. Et en dehors de quelques causes pathologiques (traumatisme, arthrite, ostéomyélite) que nous verrons à la clinique, il n'existe que deux ordres de causes générales qui ont été fort discutées : *mécaniques* et *pathologiques*.

Parmi les premières on a invoqué, chez les petits enfants, l'habitude qu'ont les nourrices de les porter sur le même bras, repoussant toujours en dedans le même genou. Chez l'adolescent la station debout prolongée a été incriminée ; le poids du corps ne passe point par le milieu de l'articulation, mais par le condyle externe, qu'il tend à écraser, relâchant les ligaments internes. Toutes ces causes semblent aisément réfutables, par la rareté même du genu valgum en opposition avec la fréquence des cas où il devrait dès lors se produire.

Il en est tout autrement des causes pathologiques. Le *rachitisme* semble bien être la cause générale du genu valgum. Chez l'enfant ce dernier coïncide habituellement avec d'autres lésions rachitiques. Chez l'adolescent on peut invoquer un rachitisme tardif (Mac Ewen et Mikulicz) avec troubles de l'ossification.

Les théories pathogéniques proprement dites de la déformation n'ont pas été moins discutées. L'on peut rejeter aujourd'hui la *théorie musculaire* qui incriminait la contracture du biceps ou le relâchement des muscles de la patte d'oie ; ce sont là des conséquences, non des causes du genu valgum. La même objection est à faire contre la *théorie ligamenteuse* qui voit dans le relâchement du ligament latéral interne et le raccourcissement du ligament latéral externe le fait initial de la déviation. Aussi est-ce la *théorie osseuse* qui semble devoir être seule acceptée. La lésion osseuse, fait primordial et essentiel, d'origine probablement rachitique, nous l'avons dit, peut être tantôt une lésion épiphysaire, tantôt une déformation de la diaphyse, chacun de ces types pathogéniques se superposant assez exactement à un type étiologique. Chez l'enfant il s'agit de *déviations diaphysaires*, d'incurvations du tiers inférieur du fémur, abaissant le condyle interne, de courbure de l'extrémité supérieure tibiale, exhaussant la partie interne du plateau tibial. Chez l'adolescent, il s'agit au contraire de *lésions épiphysaires*, et l'on note un allongement du condyle interne. On a invoqué un arrêt de développement du condyle externe. Il semble plutôt qu'il y ait une hyperactivité ostéogène de la partie interne du cartilage de conjugaison, trouble d'ossification qui s'explique par un rachitisme tardif, dont la croissance, la station debout, les fatigues exagérées sont les adjuvants.

ÉTUDE CLINIQUE. — La difformité peut être simple ou double. Bilatérale elle peut être asymétrique ou symétrique. Nous commencerons par examiner le malade, un adolescent par exemple, dans la *station debout*. L'attitude est caractéristique. Le genou est dévié en dedans, formant un angle obtus ouvert en dehors. Si la lésion est unilatérale, il en résulte un raccourcissement du membre. Celui-ci entraîne un abaissement du bassin de ce côté avec scoliose lombaire secondaire. Si la lésion est bilatérale les deux genoux se touchent, les deux jambes divergeant, et l'ensemble des deux membres inférieurs simulent un X. La rotule recouvre parfois le condyle externe, laissant plus ou moins libre le condyle interne. La cheville est incurvée, convexe en dehors. Parfois il y a une rotation du tibia en dehors, ce qui amènerait un valgus très accusé du pied, si la médiotarsienne ne se déviait pour compenser et ramener la pointe du pied en varus.

Quand le genu valgum est prononcé, il y a flexion légère de l'articulation, le sujet est un peu accroupi. Dans cette attitude, un des genoux se place devant l'autre.

L'attitude debout prolongée est fatigante, légèrement douloureuse. Si le sujet veut rapprocher ses deux pieds, il perd l'équilibre.

Pendant la marche, si la lésion est unilatérale, il y a un peu de claudication, par abaissement du bassin du côté malade. De plus le malade fléchit souvent le genou sain, pour établir une compensation. Dans les cas de bilatéralité, les deux genoux se touchent. Aussi pour éviter de les heurter, de « battre le briquet », le malade déplace à chaque pas le genou postérieur pour le porter en avant, puis en dedans de l'autre genou. De là une démarche dite « en canard » avec balancement disgrâcieux. De plus par suite de la flexion légère des genoux, on dit encore que le malade marche en fauteuil. Dans ces conditions la fatigue est rapide, avec phénomènes plus ou moins douloureux prédominant au niveau du ligament latéral interne.

Les extenseurs et les fléchisseurs sont fortement contractés, vu le déplacement de leur axe normal. Le malade marche surtout sur le bord externe du pied, avec les orteils en flexion forcée.

Le malade étant alors *couché* sur un plan dur, on peut tout d'abord mesurer l'angle fémoro-tibial, soit en calculant l'angle formé par l'axe fémoral prolongé et l'axe tibial, angle complémentaire de l'angle externe fémoro-tibial; soit en mesurant la distance entre le sommet de l'angle du genou et une corde tendue du grand trochanter à la malléole externe ; soit en appréciant l'espace intermalléolaire. Si nous mettons alors la jambe en flexion sur la cuisse, nous voyons le genu valgum disparaître.

C'est que, dans la flexion, la surface du plateau tibial est en rapport avec la face postérieure des condyles, qui n'est pas modifiée. Et ceci nous explique la légère flexion, spontanée, qu'adopte le malade pour corriger sa malformation.

Enfin, il restera à palper soigneusement l'articulation. On recherchera les difformités osseuses, on tâchera de distinguer s'il s'agit d'incurvations diaphysaires fémorales ou tibiales. Puis l'on mettra en évidence des mouvements de latéralité presque constants, liés au relâchement de l'appareil ligamenteux.

Des radiographies devront être faites.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du genu valgum en lui-même est très facile et se fait par les constatations énumérées. Il reste néanmoins un point intéressant : la distinction entre le genu valgum que nous avons décrit et certaines malformations semblables symptomatiques d'autres affections. Il existe ainsi un genu valgum *post-traumatique* à la suite de fractures condyliennes ; le genu valgum des *arthrites* et des *ostéo-arthrites* ; le genu valgum consécutif à l'*ostéomyélite* avec irritation hypertrophiante du cartilage conjugal ; le genu valgum de la *paralysie infantile*.

PRONOSTIC. — Sauf dans les cas peu prononcés, chez un jeune enfant, on doit craindre une aggravation continue, d'où la nécessité d'intervenir. De plus, quelques complications peuvent surgir : entorse, hydarthrose, arthrite sèche.

TRAITEMENT. — Dans le genu valgum infantile, le traitement de l'état général, joint à des appareils de redressement, suffit souvent.

On peut employer le coussin de Heine, entre les genoux, avec rapprochement des chevilles par des liens. Ou bien les nombreux appareils à attelle (Tillaux, Tuppert, Thomas, Mikulicz, etc.). Ou bien enfin les appareils plâtrés en série.

Chez l'adolescent, les appareils orthopédiques réussissent

rarement. On a abandonné les sections ligamenteuses et celle du tendon du biceps. Deux méthodes sont en honneur. Dans l'*ostéoclasie*, avec les appareils de Robin et de Collin, on réalise de bonnes fractures sous-cutanées. Mais l'*ostéotomie*, réglée par Mac Ewen, donne à l'heure actuelle d'excellents résultats. On réalise une section osseuse à ciel ouvert qui consiste à aller prélever un coin osseux à sommet externe dans la partie supracondylienne du fémur. Il y a ainsi une ascension du condyle interne, et l'on n'a pas à craindre les déchirures, les délabrements qui peuvent suivre parfois une ostéoclasie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 14 sept. 1911.) MARTENS : Contribution à la chirurgie pleuro-pulmonaire. — HŒSCH : Sur le traitement de la diphtérie. — PATEHKE : Traitement de la luxation congénitale de la hanche ancienne. — SIEBER : Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse. — SCHIK : Un cas de rupture de l'utérus après une césarienne ancienne. — LEPPMANN : Stimulation spécifique des organes formateurs d'anticorps pendant les maladies infectieuses. — DITTHORN et SCHULTZ : Recherches sur l'action de l'autolyse hépatique sur la tuberculine. — NEMMSER et MARTOS-LISSOUSKA : Examen de l'expectoration suspecte de tuberculose. — LEMKE : Sur la multiplication des bacilles typhiques dans l'eau. — TRÖMNER : Sur les modifications des réflexes de Babinski et d'Oppenheim. — MARSCHALKO : Un cas d'intoxication grave consécutive à une injection intraveineuse de salvarsan. — CHRISTOMANOS : Le salvarsan dans le kala-azar. — (N° 38, 21 sept. 1911.) JENDRASSIK : Sur la question de l'excès de naissance de garçons. — SOMMER : Généalogie et hérédité au point de vue psychiatrique. — JOCHMANN : Sérothérapie de la méningite épidémique. — KOLLE et STINER : Emploi des extraits acétoniques dans le sérodiagnostic de la syphilis. — MARTENS : Complications chirurgicales dans l'otite moyenne. — HARTMANN : Décanulement difficile empêché par la suture vers le dehors des bords supérieurs des cartilages. — GALEWSKI : Sur les actions voisines dans les injections intraveineuses de salvarsan dues à la solution saline. — REISSERT : Salvarsan et œil. — SCHLESINGER : Rétrécissement pupillaire par mouvement musculaire volontaire. — LEVY-DORN : Le dosage par le radiomètre de Sabouraud-Noiré. — WOLFF : Sur le traitement de l'urticaire. — FRAENKEL : Sur les sels de l'acide acétylsalicylique. — SPIEGEL : La composition de l'hydropyrine.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 41, 12 oct. 1911.) BUYS : Applications pratiques de la nystagmographie.

Nord médical. Gazette des praticiens. — (N° 408, 1er oct. 1911.) LEMOINE : Epidémie familiale de paralysie spinale infantile. Un cas de dégénérescence du noyau facial inférieur. — (N° 409, 15 oct.) G. LEMOINE : Des bains très chauds chez les adultes dans la pneumonie.

Paris médical. — (N° 44, 30 sept. 1911.) GILBERT : Cholémie simple familiale et ictère chronique simple. Etude clinique. — CLAUDE : Sur un cas de méningite séreuse kystique de la corticalité cérébrale d'origine tuberculeuse. — MOUCHET : Deux cas de hernies volumineuses chez la femme. — GLUGE : Les cliniques de Berlin (oto-rhino-laryngologie, hydrothérapie). — (N° 45, 7 oct.) Jean CAMUS : Les maladies nerveuses en 1911. — DÉJERINE et BAUDOUIN : La pathologie radiculaire. — Henri CLAUDE : La méningite séreuse enkystée de la corticalité cérébrale. — GRÉGOIRE : Traitement des fractures de la base du crâne. — Paul CAMUS : Les maladies mentales en 1911. — GRASSET : L'inversion sexuelle est-elle une maladie. — E. DUPRÉ : La constitution émotive. — Jean CAMUS : Régulation des fonctions psychiques. — (N° 46, 14 oct.) O. CROUZON : Le ballon sphérique. — MÉRIEL : La question des ovaires surnuméraires. — Noël FIESSINGER : Pachyméningite cervicale d'origine syphilitique. — JACOULET : La pratique chirurgicale à la campagne. — SCHREIBER : Le traitement de l'onycophagie par l'emploi du masticatoire.

Pédiatrie pratique. — (N° 27, 25 sept. 1911.) AUSSET : La vulgarisation de la puériculture et de l'hygiène de l'alimentation des nourrissons dans le grand public. — JARRICOT : Sur le rôle éducatif des consultations de nourrissons et l'enseignement de la puériculture. — MARFAN : Ponction du péricarde par l'épigastre. — (N° 28, 5 oct.) KIRMISSON : Indications opératoires dans l'appendicite. — A. BROCA : Kyste hydatique du foie ; réaction de Weinberg, nulle avant l'opération, positive après ; éosinophilie accrue après l'opération. — E. WEILL et G. MOURIQUAND : Myocardite scarlatineuse. — E. CASSOUTE : Paralysie tardive mortelle dans un cas de diphtérie non traitée. — Paul LÉGER : La méningite cérébro-spinale chez le nourrisson. — (N° 29, 15 oct.) L. BAUMEL : Lupus de la face chez un nourrisson. — H. SERGENT : La loi Roussel. Ses bienfaits, ce que l'on en a retiré et comment on peut la modifier. — WEILL et GARDÈRE : Sténose hypertrophique du pylore avec dilatation de l'estomac et de l'œsophage chez un nourrisson. — H. TRIBOULET : De la valeur du syndrome péritonéal et de la diarrhée dans la septicémie à pneumocoques. — GUILLAUME-LOUIS : L'heure chirurgicale dans l'invagination intestinale aiguë chez les enfants.

Presse médicale. — (N° 77, 27 sept. 1911.) RAVAUT : Etude biopsique de la méningo-vascularite syphilitique. — ARNOULD : Hygiène rurale. Les puits. — (N° 78, 30 sept.) HARTMANN : Chirurgie de la rate. — JUDET : Attelle à extension continue pour les fractures de l'avant-bras. — J. CHALIER et JUILHE : De l'épilepsie consécutive à la fièvre typhoïde. — LIAN : Le rythme alternant. — (N° 79, 4 oct.) Albert ABRAMS : Contribution au traitement des anévrismes aortiques. — (N° 80, 7 oct.) P. BLANLUET : La chloroformisation dans les interventions sur les voies aériennes supérieures. — FROLLANO DE MELLO : Contribution à l'étude de la pneumonie pesteuse de Childe. — N. TAPTAS : Les injections d'alcool dans le ganglion de Gasser à travers le trou ovale. — (N° 81, 11 oct.) Georges ETIENNE et Maurice PERRIN : Traitement spécifique et arthropathies tabétiques. — Alfred MARTINET : Hypertension artérielle et viscosité sanguine. — (N° 82, 14 oct.) Pierre DESCOMPS : La voie biliaire principale sus-pancréatique. — V.-P. SÉMIONOR : Valeur comparative des procédés actuellement employés pour déceler et colorer les bacilles tuberculeux dans l'urine. — FEBRES : Anesthésie locale de l'utérus par cocaïnisation. — (N° 83, 18 oct.) L. LANDOUZY et L. LÆDERICH : Etude expérimentale de l'hérédité tuberculeuse. — Pierre WIART : A propos du massage du cœur dans les syncopes chloroformiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 22 novembre. — MM. Huguet, 8; Photiadès, 9; Vivier, 7; Galland, 10; Turnesco, 8; Rougeulle, 5; Rouffiac, 6; Deron, 10; Pollet, 11.

Séance du 23 novembre. — MM. Mozer, 6; Dujarric de la Rivière, 4; Polony, 3; Latour, 5; Belloir, 9; Logeais, 1; Vincentelli, 6; Deguignand, 3; Colleville, 8; Lebrun, 9.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Tapon, Blanc, Siraudeau et Laulaigne, internes titulaires; et de MM. Boumard, Faligant, Le Dormeux et Anis, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Raby, Estève, Cotillon, Troché, Maupetit, Gascoin et Le Bourhis.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire de clinique des maladies mentales de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — M. Perrin de la Touche, professeur d'histologie, est nommé directeur, pour trois ans à dater du 1er novembre 1911.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — *Concours d'adjuvat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Vallois pour deux ans, et de M. Lescot pour un an.

Concours de prosectorat. — Le concours s'ouvrira à la Faculté libre le 12 janvier 1912.

Dernier délai d'inscription : 10 janvier 1912.

Concours d'internat. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Cornette et Mercier, internes titulaires, et de MM. Guilbert et Paul Dekester, internes provisoires.

Concours d'externat. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Desauvages, Ch. Bernard, Lemaire, Disbecque, Delattre, Martin, Lahaye, Lefebvre, Louf, Lesage, Deramecourt, Williot, Ducateaux, Keller, Ambier, Rougeon, Cuvillier, Froger, Gueranger.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — L'*Officiel* publie la statistique trimestrielle (du 1er avril au 30 juin) des accidents du travail, d'après les jugements rendus. Le nombre des accidents relevés a été de 8 126, dont 569 mortels, 37 suivis d'incapacité permanente totale et 7 520 d'incapacité permanente partielle.

Au point de vue de l'âge et du sexe, les victimes se répartissent ainsi : 7 568 hommes de plus de seize ans, 199 de moins de seize ans; 315 femmes de plus de seize ans et 44 de moins de seize ans.

En ce qui concerne les cas mortels, ils se sont répartis de la façon suivante entre les diverses branches d'industrie :

Agriculture et forêts, 23; industries extractives, 76; industries de l'alimentation, 29; industries chimiques, 21; papiers, caoutchouc, etc., 10; textiles, 8; cuirs et peaux, 5; industrie du bois, 31; métaux, 82; travaux publics et bâtiments, 98; travail des pierres et des terres au feu, 26; manutention et transports, 170. P.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-sixième semaine, 839 décès au lieu de 787 pendant la semaine précédente, et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cesbron (du Fuilet).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (hôpital Broca. Service de M. le professeur Pozzi). — *Gynécologie* (cours de perfectionnement). — MM. les docteurs G. Deverre, chef de clinique, et G. Rouhier, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement (dix-huit leçons par M. Deverre, vingt leçons par M. Rouhier), à la clinique gynécologique (hôpital Broca), à partir du lundi 27 novembre 1911. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf le dimanche, à cinq heures du soir.

Le droit à verser est de 60 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que

RENSEIGNEMENTS

les étudiants titulaires de seize inscriptions sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE BAUDELOCQUE, 125, boulevard Port-Royal (service de M. le professeur PINARD). — *Cours pratique d'accouchements*, par MM. LACASSE, ex-chef de clinique, et POTTET, chef de clinique. — Ce cours commencera le lundi 4 décembre. Il aura lieu tous les jours, de trois heures à cinq heures, pendant quatre semaines, et se terminera le 30 décembre.

Programme du cours. — M. Lacasse : Manœuvres obstétricales. Extraction du siège. Version par manœuvres internes. Indications de l'application des ballons de Champetier de Ribes et manuel opératoire. Forceps. Basiotripsie. Embryotomie, etc.

M. Pottet : Conférences cliniques sur les femmes enceintes du service ou récemment accouchées.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés et à la pratique des accouchements.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES (hospice de la Salpêtrière. Professeur : M. DÉJERINE.) — *Programme de l'enseignement.* — Lundi à dix heures et demie, au laboratoire de la clinique : conférences sur l'anatomie et l'histologie pathologiques du système nerveux, par M. André-Thomas, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Mardi à dix heures, à l'amphithéâtre Charcot : policlinique. Discussion des diagnostics, indications thérapeutiques, par le professeur Déjerine.

Mercredi, à neuf heures et demie, à la salle de consultation de la clinique : examen des malades externes, sous la direction du professeur Déjerine.

Jeudi, à neuf heures, à la salle de consultation de la clinique : conférence sur la sémiotique nerveuse, par M. Tinel, chef de clinique.

Même jour, à onze heures, au laboratoire d'électricité de la clinique : conférence sur l'électro-diagnostic en pathologie nerveuse et sur l'électrothérapie, par M. Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie.

Vendredi, à dix heures, à l'amphithéâtre Charcot : leçon clinique, par le professeur Déjerine.

Samedi, à neuf heures, à la salle de consultation de la clinique : conférence sur la pathologie nerveuse, par M. Jumentié, chef de clinique adjoint.

A partir du mois de décembre il sera fait une série de conférences sur les affections oculaires et auriculaires dans leurs rapports avec les maladies du système nerveux et un cours de psychothérapie.

CONFÉRENCES DE SYPHILIGRAPHIE. — Le docteur Leredde fera, pendant le mois de décembre, une série de conférences sur la syphiligraphie.

Ces conférences auront lieu le dimanche matin, à dix heures et demie, à sa maison de santé, 31, rue de La Boétie, Paris.

Programme. — Dimanche 3 décembre 1911 : Technique des injections de 606 ; — Dimanche 10 décembre : Les accidents du 606 ; — Dimanche 17 décembre : La réaction de Wassermann ; — Dimanche 24 décembre : La stérilisation de la syphilis.

Ces conférences sont gratuites ; mais on est prié de se faire inscrire à l'avance, en écrivant 31, rue de La Boétie, Paris.

Un cours régulier commencera en janvier 1912.

HOTEL-DIEU. — *Gynécologie médicale.* — M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes le jeudi 14 décembre, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants (salle Sainte-Marie).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er oct. 1911.) A. LATARJET : Anatomie de la veine infra-pylorique (*Pyloric vein*, 11 fig.). — A. CHALIER et L. NOVÉ-JOSSERAND : Tumeur inflammatoire sténosante du pylore d'origine tuberculeuse. Rapports de l'inflammation avec l'hypertrophie et les tumeurs du tissu musculaire lisse (4 fig.). — R. LERICHE et E. BRESSOT : L'exclusion du duodénum et l'exclusion du pylore. — A. POLICARD : La coagulation du sang d'après les acquisitions récentes de la physiologie.

Lyon médical. — (N° 41, 8 oct. 1911.) JABOULAY : Ablation du ganglion de Gasser et ses effets sur l'œil. — Robert RENDU : Résultats pondéraux de la cure marine de Giens (*fin*). — (N° 42, 15 oct.) I. REYNARD : Sur un cas d'hypertrophie isolée du lobe médian. Hypertrophie prostatique dite en clapet. — DUROUX : Technique des greffes nerveuses.

Montpellier médical. — (N° 39, 24 sept. 1911.) H. TRUC : Sur les moyens d'éviter les troubles visuels à l'école. — H. TRUC et C. FLEIG : Des lésions oculaires expérimentales par poussières de routes goudronnées et non goudronnées. — (N° 40, 1er oct.) ARDIN-DELTEIL, L. NÈGRE et M. RAYNAUD : Deux cas de typhus récurrent traités et guéris par l'arsenobenzol.

Progrès médical. — (N° 38, 23 sept. 1911.) LOEPER : Les deux syndromes pancréatiques chez les tuberculeux. — GAUCHER : L'hérédo-syphilis tertiaire du système nerveux. — (N° 39, 30 sept.) Charles BLOCH : La parotide. — (N° 40, 7 oct.) LENORMANT : Chirurgie des plaies de la plèvre et du poumon. — REYNÈS : Un cas d'occlusion intestinale paralytique chez un nouveau-né. — (N° 41, 14 oct.) OPPENHEIM et CRÉPIN : Les pleurésies des vieillards. — VOIVENEL et FONTAINE : Acrocyanose et hypothyroïdie.

Province médicale. — (N° 38, 23 sept. 1911.) A. CHARRIER et R. MOTHES : Les incisions paravaginales de Schuchardt dans la cure de certaines fistules vésico-vaginales. — SARVONAT et ROUBIER : Note sur quelques points de l'histoire de l'acide oxalique. — (N° 39, 30 sept.) RICHON et HANNS : Fièvre typhoïde avec érythème polymorphe éberthien. — E. PALLASSE : Contribution à l'anatomie pathologique des capsules surrénales, basée sur 40 observations (statistique et résultats). — (N° 40, 7 oct.) P. SPILLMANN et M. PERRIN : Syphilides cutanées au cours du tabes et de la paralysie générale. — DUROUX : Greffes et anastomoses nerveuses expérimentales. — (N° 41, 14 oct.) JABOULAY : Les éléments constituants de la sarcosporidie dans le cancer humain et leur évolution.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 38, 23 sept. 1911.) Sur quelques formes rares de cancers du larynx. — NADAL et POUGET : Deux cas de tuberculose primitive de la glande parotide. — (N° 39, 30 sept.) BRINDEL : Sur une forme spéciale d'infection mastoïdienne dans les otorrhées chroniques infantiles (mastoiditis nigra). — PISTRE : Contribution à la casuistique des tumeurs sanguines du larynx ; angiome caverneux de la corde vocale droite. — (N° 40, 7 oct.) J. GAREL : Ecarteur pour l'hypopharyngoscopie. — (N° 41, 14 oct.) GUISEZ : Quelques cas de tumeurs de la trachée et des bronches.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 19, 15 oct. 1911.) TÉCHOUEYRES : A propos du 606, de la réaction de Wassermann et de l'Académie de Palerme.

POUDRE DE VIANDE

DE

TROUETTE-PERRET

MODE D'EMPLOI

Se prend par grandes cuillerées à soupe, deux ou plusieurs fois par jour, délayée dans un liquide froid quelconque ***(à l'exception absolue du Bouillon et du Potage, qui lui donnent un goût désagréable):*** eau, eau sucrée, lait ou tout autre liquide froid — on peut aromatiser avec quelques gouttes (très peu) de grog, punch, rhum ou kirsch; on peut aussi y joindre un ou deux jaunes d'œuf. Donnée dans ces conditions, elle permet au malade d'ingérer la valeur de 200 ou 400 grammes de viande, tout en ***excitant l'appétit et en favorisant les digestions,*** car elle est à la fois ***alimentaire*** et ***peptogène.***

Ce produit ***n'ayant ni mauvaise odeur ni mauvais goût,*** est très bien toléré et d'assimilation très facile, ce qui permet au médecin de ne plus voir un traitement aussi énergique devenir impossible devant la répugnance du malade. Admise dans les Hôpitaux de Paris, elle est tout indiquée dans tous les cas où le malade a besoin d'alimentation spéciale ou de suralimentation.



BIEN SPÉCIFIER

sur les Ordonnances :

ou bien :

Poudre de Viande
diastasée
de Trouette-Perret

ou bien :

Poudre de Viande
diastasée et phosphatée
de Trouette-Perret

au cas où on voudrait donner en même temps des phosphates.

Ne doit jamais être prise

NI DANS DU BOUILLON
NI DANS DU POTAGE

qui lui donnent un goût désagréable.

Ne se vend qu'en flacons de 250 gram. environ, prix : 5 fr.; et en demi-flacons de 125 grammes environ, prix : 2 fr. 75.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

ALIMENTATION, SURALIMENTATION, TUBERCULOSE, SUITES D'OPÉRATIONS, CONVALESCENCES, NEURASTHÉNIE, ULCÈRES DE L'ESTOMAC, SPASMES ET RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE, CROISSANCE, VIEILLARDS, ETC.

E. TROUETTE, *15, Rue des Immeubles-Industriels, Paris.* — Vente réglementée laissant aux Pharmaciens un bénéfice normal.

REVUE GÉNÉRALE

LA POLYNÉVRITE SYPHILITIQUE

Par M. Pierre-Jean MÉNARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La polynévrite syphilitique est encore très mal connue. Les ouvrages classiques la passent complètement sous silence et ceux plus récents qui la citent se bornent à sa citation (Babinski, Lamy). Quelques-uns ne la citent même pas. Et M. Fournier dans son traité ne lui consacre qu'une courte étude.

Son histoire est de fraîche date. L'observation de Rodet (1859) est communément citée. La même année nous trouvons une observation de Duval qui pourrait tout aussi bien être considérée comme une polynévrite chez un hérédo-syphilitique. Mais l'un et l'autre cas sont également discutables, de sorte que les premières observations sont à proprement parler celles de Buzzard (1879).

L'existence de la polynévrite syphilitique n'est d'ailleurs pas admise sans conteste. Indiscutable pour les uns, discutée au contraire par d'autres (Raymond), elle est même niée absolument par certains (Dana, Star, Putnam).

Dans un récent article, nous avons montré ce qui la rend sinon certaine du moins très vraisemblable, et donné les raisons de sa vraisemblance : affinité de la syphilis pour le système nerveux en général, fréquence des névrites syphilitiques, caractère éminemment infectieux et toxémique de la syphilis, constatation fréquente dans la période secondaire de troubles nerveux périphériques divers, douleurs, parésies, etc. Comme nous le disions, la polynévrite syphilitique paraît tout aussi vraisemblable qu'un certain nombre d'accidents considérés généralement comme syphilitiques, bien que non démontrés comme tels, néphrite par exemple, et surtout que beaucoup, pour ne pas dire la plupart, des polynévrites infectieuses ou toxiques.

Mais quand une polynévrite peut-elle être considérée comme syphilitique ? Jusqu'à mieux renseignés, une polynévrite peut être considérée comme vraisemblablement d'origine syphilitique, lorsqu'elle survient « chez un sujet sûrement syphilitique, ne présentant aucun accident d'hydrargyrisme, n'ayant été exposé à aucune autre infection ou intoxication capables de la causer, et chez lequel le traitement mercuriel n'aggrave pas les lésions ou à plus forte raison semble les améliorer ».

Cette définition met en ligne de compte l'intoxication mercurielle, c'est qu'il existe une polynévrite mercurielle bien connue depuis les travaux de Letulle, Brauer, Heller, Lewin, Spillmann et Etienne.

Mais en réalité, elle est très rare, et Lewin sur 8000 syphilitiques traités par des injections sous-cutanées de sublimé n'observa que 2 cas considérés par lui comme polynévrites et qui sont discutables : l'origine mercurielle très probable de ces polynévrites n'est d'ailleurs pas expérimentalement démontrée (résultats contradictoires de Brauer et de Heller). Elle n'apparaît jamais en tant qu'accident isolé d'hydrargyrisme Aussi peut-on trouver excessive l'opinion de M. Cestan considérant « comme douteuses, les observations de polynévrite syphilitique dont l'apparition a été précédée d'un traitement mercuriel intensif ».

Les observations de polynévrite syphilitique sont assez rares, et de travaux d'ensemble sur la question, vraiment intéressants, à part quelques thèses comme celles de Fresnel et de Laurens, il n'y a guère que ceux de Taylor, de Fordyce, de Cestan et de Steinert.

Encore doit-on éliminer bon nombre de ces observations qui ne sont pas des polynévrites [gommes, exostoses, hyperostoses (Kahler, Delafield)], ou qu'une étiologie trop fruste ou au contraire trop complexe, une symptomatologie trop compliquée, rendent discutables.

C'est de l'ensemble des observations ainsi sélectionnées que nous chercherons à dégager la polynévrite syphilitique.

II

Etiologie. — On peut considérer la polynévrite syphilitique comme exceptionnelle si on la compare aux polynévrites d'autres causes, à l'extrême fréquence des autres complications nerveuses de la syphilis, et plus particulièrement à la fréquence relative des névrites syphilitiques (Champenier), dont quelques observations sont d'ailleurs relatées comme des cas de polynévrite.

Cette rareté rend tout pourcentage impossible.

Elle peut affecter indifféremment *âges* et *sexes*. Elle est cependant beaucoup plus fréquente chez l'adulte et chez l'homme. Sur 35 observations, en effet, 18 concernent des hommes, 7 des femmes. Quant à l'âge, 22 cas se répartissent ainsi : 13 entre vingt et trente ans, 5 entre trente et quarante, 2 entre quarante et cinquante, 1 entre cinquante et soixante; encore, cette dernière observation (Perrin) est-elle très discutable. On peut donc conclure, toutes réserves gardées, de la plus grande fréquence de la syphilis chez l'adulte, que la polynévrite syphilitique rare avant vingt ans et après cinquante, est le plus fréquente entre vingt et trente ans.

La *profession*, le mode habituel d'activité musculaire, n'ont aucune influence localisatrice, et il n'y a guère qu'une observation de Leyden où la localisation paralytique semble avoir été ainsi motivée. Il s'agit d'un jeune homme « florissant, exerçant ses muscles avec des haltères », qui fut atteint d'une paralysie polynévritique des bras.

Le siège et la gravité du chancre initial n'ont aucune importance. Le plus souvent, il s'agit de chancres génitaux. Dans une observation de Grosz, l'accident initial siégeait à la cuisse. Souvent d'ailleurs, il était passé complètement inaperçu.

Il n'y a de même aucun rapport de localisation entre les lésions nerveuses et des lésions cutanées antérieures ou contemporaines.

Presque tous les malades ont été traités et la polynévrite n'est ni plus, ni moins grave chez les non traités.

Pour ce qui est des *rapports de la polynévrite et de la gravité de la syphilis*, ils sont variables. Dans la majorité des cas, la syphilis causale est bénigne ou de moyenne intensité, conformément à l'axiome ancien disant que les syphilis bénignes sont celles qui se compliquent le plus souvent d'accidents nerveux. Mais ce n'est pas une règle. Dans les observations de Grosz, de Leyden et de Cestan, en effet, la syphilis était grave, et la première observation de Cestan concernait une syphilis maligne précoce, ce qui est d'ailleurs la seule observation de ce genre, celle de M. Déjerine ne pouvant être mise en ligne de compte.

La polynévrite syphilitique apparaît en général dans le cours de la première année de la syphilis : soit, pendant la période secondaire. Elle est parfois très précoce, comme dans les observations de Cestan (quatorze jours, un mois) et de Brauer (un mois et demi). Elle est rare après la trentième année. Frugoni, Perrin, Bernheim, Strauss, de Kayser, ont cependant rapporté des cas de polynévrite *pendant la période tertiaire*, mais tous sont très discutables, tel celui de Perrin où la syphilis datait de vingt-six ans. La polynévrite syphilitique tertiaire est donc sujette à caution. On ne voit cependant pas a priori pourquoi elle n'existerait pas puisque la névrite syphilitique tertiaire existe bien. Mais on conçoit la difficulté que doit présenter l'identification étiologique d'une polynévrite syphilitique à si longue échéance de l'accident initial.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que la syphilis acquise. Les observations manquant, il est impossible de se prononcer sur l'existence de la polynévrite dans la syphilis héréditaire.

Dans le cas de Duval, en effet, les données étiologiques sont trop vagues, et l'observation d'Ormerod, rapportée comme polynévrite par Taylor, Fordyce et Hutchinson, est en réalité une névrite médiane.

III

Anatomie pathologique. — Les autopsies, et partant, les examens histologiques manquant, l'anatomie pathologique de la polynévrite syphilitique est mal établie.

Il n'y a guère, en effet, que l'observation de Brauer concernant une polynévrite syphilitique légitime, où mort s'ensuivit et où fut fait l'examen histologique. Mais cet examen peu détaillé note seulement des lésions de polynévrite banale avec état vacuolaire des cellules des cornes antérieures.

Dans notre cas, l'examen histologique ne put être fait.

Taylor et Sorrentino, procédant par induction en l'absence d'examen histologique, pensent qu'il s'agit « d'une inflammation avec hyperplasie des éléments conjonctifs et de l'enveloppe des nerfs, d'où résulte une compression des filets nerveux » (Taylor); « d'une inflammation très lente à l'intérieur des éléments fibreux et dans les gaines des nerfs » (Sorrentino).

Il s'agirait, en somme, de névrites interstitielles, et il n'y aurait entre ces cas et certains cas rapportés de gommes des nerfs, qu'une question de degré (Delafield, Buttersack, Baumgarten).

La plupart des auteurs adoptent cette opinion basée sur l'affinité bien connue de la syphilis pour les tissus conjonctif et vasculaire en général et sur les lésions assez connues des névrites syphilitiques. Ces lésions ont été particulièrement bien étudiées par Kahler dont la description est classique, bien qu'il ne s'agisse nullement, dans son cas, de polynévrite à proprement parler, mais d'association complexe de névrites multiples des nerfs craniens et de lésions centrales.

On en pourrait dire autant d'ailleurs des observations anatomo-cliniques de Buttersack, de Baumgarten, de Jurgens, d'Esmarck et Jessens, de Ziemsen.

IV

Symptomatologie. — La polynévrite syphilitique peut revêtir plusieurs aspects cliniques.

A ce point de vue, nombreuses classifications ont été proposées. Nous ne retiendrons que celle de Cestan groupant toutes les observations sous trois chefs : forme sensitivo-motrice, forme motrice, forme pseudo-tabétique.

Mais nous la compléterons en y ajoutant des *formes sensitives* et des *formes trophiques*.

Nous étudierons donc successivement cinq formes : forme mixte, forme motrice, forme sensitive, forme trophique, forme pseudo-tabétique.

I. Forme mixte. — Les formes mixtes sont de beaucoup les plus fréquentes, on peut même dire qu'il n'y a pas à proprement parler de formes exclusivement motrices, sensitives, trophiques. Mais on étudie sous le nom de *formes mixtes* les polynévrites où des troubles de divers ordres sont associés, sinon à un égal degré, du moins sans prééminence marquée de certains.

Le type de ces observations est celle de Fordyce.

Le début de la *polynévrite syphilitique* mixte est extrêmement variable.

Les premiers symptômes sont ou d'ordre moteur ou d'ordre sensitif, troubles sensitifs et troubles moteurs étant souvent associés d'ailleurs.

Le plus généralement cependant, ce sont les troubles sensitifs qui apparaissent d'abord : sensations d'engourdissement (Grosz, Fordyce, Brauer), de fourmillements (Perrin), de picotements (Buzzard) ou troubles sensitifs plus caractérisés : douleurs vraies, parfois nocturnes (Grosz) et très vives (Leyden), souvent considérées comme rhumatismales (Taylor, Laurens, Ehrmann, Spillmann et Etienne, Perrin, Demanche et Ménard).

Dans la majorité des cas, ces symptômes marquent vraiment le début de la polynévrite, et leur nature n'a généralement pas de rapport avec l'évolution ultérieure de la polynévrite.

Dans certaines observations cependant, ils précè-

dent de plus ou moins longtemps l'éclosion des accidents.

Le *début par troubles moteurs* est beaucoup plus rare que le début par troubles sensitifs. Tantôt c'est un affaiblissement progressif, une perte progressive des forces (Sanz, Steinert IIe obs.), tantôt l'installation rapide d'une paralysie (Demanche et Ménard).

Le début par amyotrophie isolée n'est pas signalé.

Mais le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, troubles moteurs et troubles sensitifs apparaissent en même temps avec prédominance habituelle des troubles sensitifs.

L'amyotrophie, inconstante d'ailleurs, est généralement plus tardive.

La *polynévrite syphilitique* peut se manifester isolément, en dehors de tout autre accident syphilitique apparent. Mais son début coïncide souvent avec la réapparition d'autres accidents secondaires ou tertiaires (Bonnet et Laurent, Steinert, Plehn, etc.), ou avec la première efflorescence de la période secondaire.

Généralement, ces accidents n'ont pas de gravité particulière. Dans certains cas, cependant, on voit apparaître des troubles généraux et même locaux graves : fièvre, délire, faiblesse, courbatures.

Dans maintes observations, la période secondaire avait été marquée par des troubles douloureux.

Quoi qu'il en soit des symptômes initiaux, le début de la polynévrite syphilitique est le plus souvent lent et progressif.

D'abord, troubles sensitifs et troubles moteurs sont légers, vagues. Peu à peu ils s'affirment et s'aggravent en même temps qu'ils s'étendent, et la polynévrite se constitue définitivement.

Le mode et la durée d'évolution progressive sont d'ailleurs très variables.

Période d'état. — *A*. Troubles moteurs. — *Etendue*. — La polynévrite syphilitique peut être très étendue, diffuse, atteignant la face et les membres; assez souvent, dans ces cas, les muscles respiratoires (diaphragme, intercostaux), la musculature œsophagienne ou pharyngienne sont pris à un degré variable. Il s'ensuit des troubles souvent graves (Brauer, Spillmann et Etienne, Plehn, Demanche et Ménard).

On peut même observer des paralysies de la musculature extrinsèque de l'œil se traduisant par du strabisme et de la diplopie (Spillmann et Etienne, Brauer). Mais la polynévrite syphilitique est loin d'être toujours aussi étendue. Dans la règle, elle se cantonne aux membres, pouvant affecter ainsi les types quadriplégique, paraplégique, monoplégique.

Plus rarement, elle atteint un plexus (Ehrmann, Ire obs.), ou plus limitée encore, seulement quelques nerfs (Ehrmann, IIe obs., crural et saphène péroniers).

Quant au degré de la paralysie, il varie de la simple parésie (Perrin) à la paralysie la plus absolue (la plupart des cas).

Caractères. — Comme toujours, ces paralysies sont des paralysies flasques, avec diminution ou abolition des réflexes tendineux. L'ordre d'envahissement varie.

Rarement, cependant, la paralysie atteint d'emblée toute son étendue.

Le plus souvent, elle est extensive. Elle frappe d'abord les extrémités où elle demeure toujours plus marquée et où elle se localise parfois. De là elle s'étend, pouvant affecter alors le membre entier.

Dans les formes étendues, les membres d'un même groupe sont pris en même temps, mais non toujours également. Mieux encore, souvent, un membre entier étant paralysé, on voit la paralysie prédominer dans le territoire de certains nerfs comme dans l'observation de Ehrmann (paraplégie brachiale à prédominance radiale) et dans celle de Grosz (paraplégie brachiale à prédominance cubitale).

Sauf rares exceptions, pendant que la première paralysie évolue, parfois alors qu'elle régresse, les localisations secondaires apparaissent et évoluent pour leur compte, et c'est ainsi que, par localisations successives, la polynévrite syphilitique s'installe et s'étend.

Quand la face est atteinte, elle peut l'être soit primitivement, soit secondairement. Il s'agit alors de *paralysie faciale périphérique, le plus souvent à forme diplégique*.

Il peut s'y joindre des paralysies radiculaires ou nucléaires autres (Brauer).

B. Troubles sensitifs. — Ce sont surtout des troubles de sensibilité subjective, engourdissement, paresthésie, douleurs plus ou moins intenses, débordant souvent le territoire de la paralysie. Ces douleurs peuvent affecter le type nocturne (Grosz).

Moins souvent on observe des troubles de sensibilité objective, hypoesthésie, anesthésie (Brauer, Ehrmann) se superposant généralement aux troubles moteurs.

C. Troubles trophiques. — Inconstants bien que très fréquents, ils consistent essentiellement en amyotrophies parfois précoces, généralement tardives, et frappant partie ou totalité des muscles paralysés. Elles peuvent être très marquées et sont toujours très lentes à régresser. Parfois, mais rarement, on a signalé l'apparition de phlyctènes (Ehrmann).

D. Troubles électriques. — Bien que parfois nuls (Ehrmann, Spillmann et Etienne, Laurens, Demanche et Ménard), ils sont cependant habituels comme dans toutes les polynévrites. Ils peuvent affecter les diverses modalités de *la réaction de dégénérescence*.

E. Troubles psychiques. — Ils sont rares. Nous ne connaissons en effet que deux observations de polynévrite syphilitique avec troubles psychiques affectant le type Korsakoff : *une observation de Plehn* et *la nôtre*.

Dans l'observation de Plehn concernant une femme de quarante-cinq ans, atteinte de polynévrite syphilitique grave, la malade présentait « des troubles

mentaux apparaissant la nuit ». Elle perdait la notion du lieu et du temps et faisait des réponses « déraisonnables ». Elle n'avait pas d'hallucinations.

Dans notre observation concernant un homme certainement non alcoolique atteint de polynévrite syphilitique généralisée, le malade préalablement névropathe et toujours hanté par la crainte de sa syphilis, présentait de l'agitation verbale nocturne, mais avec obnubilation, perte de la mémoire des faits récents et quelques hallucinations.

Évolution. — L'évolution de la polynévrite syphilitique est essentiellement lente.

Après une période progressive pendant laquelle troubles moteurs, sensitifs et trophiques s'accroissent, s'installent et se fixent, la polynévrite reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, souvent très long. Cette période est parfois marquée par le retrait de certains accidents ou localisations, par l'apparition ou l'aggravation de certains autres.

Des complications, même mortelles, peuvent alors survenir, résultant soit d'infections accidentelles (pulmonaires surtout), soit de l'extension des paralysies, celles-ci favorisant hautement celles-là. Mais cette éventualité est rare.

Le plus souvent, après un temps d'arrêt plus ou moins long, les accidents régressent, lentement, imperceptiblement et ce n'est qu'après de longs mois que les troubles, les troubles moteurs surtout, disparaissent assez complètement pour permettre le fonctionnement normal des muscles atteints.

Nous verrons dans quelle mesure le traitement mercuriel peut influencer la durée de la polynévrite syphilitique.

II. Formes motrices. — Comme nous l'avons dit, les formes purement motrices sont rares. A strictement parler, même elles n'existent pas.

Il faut ranger dans cette catégorie comme particulièrement typiques les observations de M. Cestan où les troubles moteurs sont très marqués et les troubles sensitifs au minimum. Elles ont de plus de caractéristiques, leur précocité d'apparition et la gravité des troubles généraux. Pour ce qui est des troubles moteurs, ce sont les mêmes que ceux que nous avons étudiés.

Aux observations de Cestan, nous devons associer celles de Buzzard et de Gilles de la Tourette. On pourrait y joindre aussi la nôtre, où sans doute des troubles moteurs ne sont pas seuls, puisqu'il s'y ajoute des phénomènes psychiques, mais où les troubles sensitifs, trophiques, électriques sont minimes ou nuls.

Dans la IIIe observation de Buzzard et dans la nôtre, la polynévrite est non plus localisée, mais diffuse. Dans l'observation de Buzzard, en effet, il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, chez qui les accidents polynévritiques ayant débuté par les mains et les pieds, s'étendirent rapidement et se généralisèrent. Il présentait ainsi une diplégie faciale avec parésie du voile et du moteur oculaire externe, parésie du diaphragme et des intercostaux, gêne de la déglutition. Les troubles sensitifs se bornaient à une diminution de la sensibilité objective avec léger engourdissement. Au bout de six mois, l'affection était en pleine régression.

Dans notre observation, on voit la paralysie successivement envahir la face, les membres inférieurs, les membres supérieurs, et finalement le pneumogastrique, ce qui eut pour conséquence une broncho-pneumonie mortelle.

III. Formes sensitives. — Ces formes sont beaucoup plus rares, nous en trouvons le type dans les observations de Schmidt. Elles se présentent en somme comme l'exagération et la systématisation des troubles sensitifs subjectifs et objectifs si fréquemment observés au cours de la syphilis secondaire.

IV. Formes trophiques. — Nous avons vu que les amyotrophies sont fait banal au cours de la polynévrite syphilitique. Mais on isole sous le nom de *formes trophiques*, des polynévrites où les troubles trophiques sont assez graves pour dominer la scène.

Les observations de cette sorte sont très rares. Nous n'en connaissons guère que deux, celles de Renaut et de Frey étant d'étiologie trop discutable. Ces deux observations sont celles de Taylor et de Sorrentino. Elles sont d'ailleurs également très discutées et rejetées même par la plupart des auteurs.

Voici résumées ces observations très complexes.

Observation Taylor. — Femme de quarante ans, non lépreuse. Chancre méconnu remontant probablement à deux ans.

Accidents secondaires. — Iritis, éruptions, douleurs.

1882. — Début des accidents nerveux par des troubles sensitifs variés, céphalées, douleurs, anesthésie, analgésie, d'abord localisées aux mains, puis étendues au bras. Neuro-rétinite double.

Traitement. — Traitement mixte. Action marquée sur les douleurs. Nulle sur l'anesthésie.

Janvier 1883. — Analgésie, douleurs lancinantes profondes.

Février. — Douleurs dans le pied puis le genou gauches, gommes, périostite, céphalées.

Dans le courant de 1883. — La malade se blesse, se brûle, s'écorche les doigts. Engourdissement des pieds, analgésie.

1884. — Apparition aux doigts des mains, puis des pieds, de troubles trophiques constitués par du sphacèle des premières phalanges amenant des déformations considérables.

Dans la suite, accidents syphilitiques divers, nerveux, oculaires, osseux, tégumentaires. Tous ces troubles furent peu accessibles au traitement antisyphilitique.

Observation Sorrentino. — *1890.* Six mois après un chancre syphilitique apparition de troubles nerveux, troubles sensitifs, douleurs et anesthésie, localisés aux membres supérieurs, mais plus particulièrement aux mains. En même temps, gommes du cuir chevelu et exostoses. Pas de troubles moteurs.

Juillet 1891. — Apparition de troubles trophiques aux doigts et aux orteils avec nécroses partielles. Déformations et mutilations multiples, consécutives des doigts.

Pas de troubles moteurs.

Réflexes achilléens abolis.

Traitement mixte. — Dans la suite, guérison des troubles trophiques et de tous les accidents syphilitiques sauf des troubles sensitifs qui persistent.

V. Forme pseudo-tabétique. — Le type de cette forme est l'observation de Middleton — c'est d'ail-

leurs le seul connu — il faut, en effet, éliminer le cas de Gilbert et Nolda dont l'étiologie est des plus discutables. L'observation de Middleton concerne un homme de vingt-six ans. En mai 1893, il eut un chancre syphilitique. En août, il commença de présenter de l'engourdissement du pied gauche et de l'incertitude de la marche, puis en octobre de « la faiblesse dans les bras ». A cette époque apparurent successivement de la diminution de la force segmentaire des quatre membres, le signe de Westphale, le signe de Romberg et de l'ataxie. Un traitement mixte fut institué, puis supprimé, les troubles semblant s'être aggravés sous son influence.

Dans la suite, guérison complète. Mais très lente.

V

Pronostic. Evolution des polynévrites syphilitiques en général. — Dans l'ensemble, la polynévrite syphilitique apparaît comme relativement bénigne. Mais elle ne semble emprunter à sa nature étiologique aucun facteur particulier de bénignité ni de malignité. Son pronostic et son évolution sont sensiblement les mêmes que ceux des polynévrites en général quelle qu'en soit la cause. La mort en est exceptionnellement l'aboutissant. Elle est alors accidentellement causée par une infection secondaire résultant de l'extension de la paralysie aux nerfs bulbaires et ne s'observe conséquemment que dans les polynévrites très étendues.

La guérison est donc la règle. Mais elle est toujours très lente, tardant le plus souvent plusieurs mois et en général d'autant plus tardive que la lésion a été plus étendue. Dans la règle aussi, la régression se fait dans l'ordre d'apparition des accidents.

VI

Pathogénie. — On peut admettre avec tous les auteurs que, selon toutes vraisemblances, la polynévrite syphilitique est d'origine toxique. Il est bien probable, en effet, que le microorganisme de la syphilis agit sur les troncs nerveux beaucoup plus par ses toxines que par sa présence même. Mais en l'absence de faits expérimentaux on doit s'en tenir au vraisemblable tout comme pour ce qui est de l'existence même de la polynévrite syphilitique. Ce qui donne plus de vraisemblance encore à cette opinion, c'est le rapprochement de la polynévrite syphilitique avec les accidents si fréquents à la période secondaire de la syphilis, troubles de la sensibilité subjective et objective, troubles trophiques même (Unna) bien étudiés par Unna, Lang, Leyden et Fournier, qui sont évidemment d'ordre toxique de par leurs caractères de fugacité et de variabilité et qui, d'après ces auteurs, seraient à un degré beaucoup moindre et seulement d'ordre dynamique ce que sont, beaucoup plus graves et organiques, les névrites et polynévrites.

VII

Diagnostic. — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic positif et différentiel de la polynévrite syphilitique en tant que polynévrite, c'est le diagnostic des polynévrites en général. Nous rappellerons seulement les principaux éléments du diagnostic positif : modes d'apparition, d'extension, d'évolution, présence fréquente de troubles trophiques précoces et de troubles électriques, association habituelle des différents troubles moteurs, trophiques, sensitifs (subjectifs surtout), intégrité des sphincters, abolition ou diminution des réflexes.

Le *diagnostic différentiel* sera celui des polynévrites en général. Plus particulièrement on devra diagnostiquer la polynévrite syphilitique de deux lésions médullaires de nature syphilitique : la *syphilis tigrée* de la moelle (Charcot) et la *myélite syphilitique subaiguë*.

La première est caractérisée par un début subit, par des douleurs généralisées, l'apparition précoce de paralysies rapides disséminées sans ordre, et de lésions bulbaires et encéphaliques, un état général grave, une évolution rapide.

La seconde, après des prodromes douloureux rachialgiques, est marquée par l'apparition brusque d'une paraplégie spasmodique avec troubles sphinctériens.

Plus important et plus difficile sera le *diagnostic étiologique*. Comme nous l'avons déjà dit, il n'existe en effet nul caractère pathognomonique de la polynévrite syphilitique, et la seule apparition d'une polynévrite chez un syphilitique avéré, en période secondaire, surtout s'il existe déjà des accidents syphilitiques autres, à plus forte raison si l'apparition des troubles nerveux a coïncidé avec celle de ces accidents, et n'ayant été exposé à aucune autre cause toxique ou infectieuse capable de la provoquer, constitue le véritable élément de vraisemblance diagnostique.

Mais que penser de l'action du traitement antisyphilitique, comme élément de diagnostic étiologique ? Les opinions à ce sujet sont très variées pour cette raison que l'action du traitement est très variable. Ceux qui comme M. Cestan ont observé une sédation apparemment prompte des accidents après l'institution du traitement, ne manquent pas de le considérer comme « pierre de touche » du diagnostic. Les moins heureux considèrent cette action comme discutable ou nulle si l'on tient compte du fait habituel de la régression spontanée des polynévrites, il faudrait pour qu'on lui ait égard que l'action du traitement soit quasi-immédiate et très marquée, or il n'en est rien et l'on n'a pour s'en convaincre qu'à lire les observations de M. Cestan lui-même pour ne prendre que celles-là.

L'action du traitement ne paraît donc nullement péremptoire.

VIII

Traitement. — La polynévrite syphilitique étant reconnue, le traitement à instituer est avant tout un traitement antisyphilitique. Il sera mixte et d'emblée énergique. Mais il n'en faudra pas attendre une amélioration rapide et très marquée. Souvent même l'action sera nulle, ce qui ne devra pas empêcher de le poursuivre. Pour ce qui est de l'efficacité des sels arsenicaux, du 606 en particulier, elle est à établir.

Il ne faudra pas enfin négliger le traitement symp-

tomatique qui trouve son application comme dans toute polynévrite, repos, sédatifs, toniques nerveux, électricité, massage.

BIBLIOGRAPHIE

BABINSKI. *Traité de médecine* Charcot-B.-B. — BAUMGARTEN. *Virch. Arch.*, Bd. 1886, s. 129. — BERNHEIM. — BONNET et LAURENT. Polynévrite syphilitique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, août-sept. 1910, p. 433. — BOLWBY. *Injuries and diseases of nerves and their surgical treatment*, Philadelphie 1890, p. 460. — BRAUER. *Berl. klin. Wochen.*, 1897, p. 13-14; — *Neurol. Centralbl.*, 1896, p. 671; — Polynévrite mercurielle, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1897; — BUTTERSACK. Inaug. dissert., Heidelberg, 1886; — *Arch. f. Physiol.*, Bd. XVII, h. 3. — BUZZARD. Premier mémoire : Clinical lecture on cases of neuritis syphilitic and rheumatic, *The Lancet*, march 1879, p. 289; — Deuxième mémoire : On some symptoms and varieties of multiple neuritis. *The Lancet*, nov. 1893.

CESTAN. La polynévrite syphilitique, *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1900. — CHAMPENIER. *Des Névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale de la période secondaire*, Th. de Paris, 1895-1896.

DE KAYSER. Polynévrite syphilitique tertiaire, *Journ. méd.*, Bruxelles 1901. — DÉJERINE. Atrophie musculaire et paraplégie dans un cas de syphilis maligne précoce, *Arch. de physiol.*, 1876, p. 430. — DELAFIELD. (Voir TAYLOR.) — DOTTO. Polynévrite mercurielle, *Il Pisani*, 1896, fasc. 1. — DUVAL. *Gaz. méd.*, Lyon 1859, p. 22. — DEMANCHE et MÉNARD. La polynévrite syphilitique existe-t-elle, *Presse méd.*, oct. 1911.

EHRMANN. Névrite périphérique dans la période secondaire, *Wien. med. Blätter*, 1886, nos 46-47; — *Wien. med. Woch.*, 1893, p. 33-34. — ESMARCK et JESSENS. (Voir GROSZ.)

FOND. *Troubles de la sensibilité dans la période secondaire de la syphilis*, Th. de Paris, 1870; — FORDYCE. Névrite périphérique d'origine syphilitique, *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases*, 1891, p. 174-181. — FORESTIER. Polynévrite mercurielle, *Médecine moderne*, 20 mai 1890, p. 425. — FOURNIER. *Traité de la syphilis*, 1898, t. I, p. 662. — FRUGONI. De la polynévrite syphilitique primitive dans la période tertiaire, *Riforma med.*, 4 janv. 1909, n° 1, vol. XXV. — FNESNEL. Th. de Paris. — FREY. A case of multiple syphilitic neuritis, 24e réunion annuelle de l'*Association neurologique américaine*, mai 1898 (discussion : Dana, Star, Putnam, Weber) ; — *Journ. of nerv. and mental diseases*, 1898.

GILBERT. Pseudo-tabes mercuriel, *Deut. med. Woch.*, nov. 1893. — GILLES DE LA TOURETTE. *Les Myélites syphilitiques*, 1899, p. 49. — GILLES DE LA TOURETTE et HUDELO. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, janv. 1893. — GROSZ. Polynévrite dans le cours de la période secondaire de la syphilis, *Wiener klin. Woch.*, 17 juin 1897, p. 572.

HUTCHINSON (JONATHAN). Accidents du système nerveux observés à la période secondaire de la syphilis, *Royal med. and chir. Soc.*, London 1895. — HELLER. Accidents nerveux d'origine mercurielle, *Soc. de méd. interne*, Berlin, 6 janv. 1896.

JURGENS. *Charité Ann.*, 1885, t. X.

KAHLER. La polynévrite radiculaire syphilitique, *Zeit. f. Heil.*, 1887, Bd. VIII, p. 1. — KAPOSI. Lèpre et syphilis chez le même individu, *Semaine méd.*, 1888, p. 487.

Traité ENRIQUEZ-LAMY-LAFFITE-BERGÉ, t. IV, p. 619. — LANG. Cité par FORDYCE. — LASKEWITCH. Neuritis multiplex, *Chron. proisch. Russk. med.*, Saint-Pétersbourg 1888; (Voir FORDYCE et TAYLOR.) — LAURENS. *Polynévrite syphilitique*, Th. de Toulouse, 1903. — LETULLE. Accidents nerveux d'origine mercurielle, *Gaz. hebd. de méd.*, Paris 1887, 2e sem. — LEYDEN. Entzundung des peripheren Nerven, *Deut. milit. Zeit.*, 1888, p. 109; — Polynévrite mercurielle, *Soc. de méd. int. de Berlin*, juin 1883.

MAURIAC. Les affections syphilitiques des nerfs et des organes des sens, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1889, n° 50. — MAYANT. *Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux*, Th. de Paris, 1873. — MICKLÉ. Sur la syphilis du système nerveux, *Arch. de neurol.*, 1896. — MILLS. *New-York med. Journ.*, 3 july 1887; — *Med. News*, 20 august 1887. — MIDDLETON. *Glascow med. Journ.*, 1896. — MÉNÉTREL. *Contribution à l'étude clinique des névrites et polynévrites périphériques à la période secondaire de la syphilis*, Th. de Paris, 1898-1899.

NONNE. *Syphilis und nerv. system.*, 1909, 2e édit., obs. CCCLXXIX-CCCLXXX-CCCLXXXIII. — NOLDA.

OPPENHEIM. *Gessel. der Charit.*, in Berlin, 3 avril 1890. — ORMEROD. *Brit. med. Journ.*, 1881, vol. I, p. 88.

PERRERO. Polynévrite syphilitique, *Gaz. med. di Torino*, 1894. — PERRIN. *Des Polynévrites*, Th. de Nancy, 1901-1902, obs. XIX-XX. — PETRINI. Note sur une observation de polynévrite avec ramollissement du renflement cervico-dorsal de la moelle d'origine syphilitique et alcoolique, *Arch. f. Dermat.*, 1894, t. XXIX, p. 136. — PLEHN. *Berl. med. Gesell.*, 19 juillet 1905; — *Berl. klin. Woch.*, 7 août 1905, p. 1019. — POUSSARD. *D'une Amyotrophie spinale progressive chez les syphilitiques*, Th. de Paris, 1892-1893.

RAYMOND. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1900, 4e série, p. 406-421. — RENAUT. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 fév. 1899. — RODET. Hémiplégie atrophique chez un syphilitique, *Gaz. méd.*, Lyon 1859.

SANZ (E. F.). *Il Siglo med.*, Madrid, juin 1909, p. 412. — SCHMITT. Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse précoce, *Revue méd. de l'Est*, Nancy 1888, p. 577. — SPILLMANN et ETIENNE. Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis, *Soc. de dermat.*, 11 avril 1896; — *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1896, p. 637; — Polynévrite mercurielle, *Revue de méd.*, déc, 1895; — *Ann. de dermat. et de syphil.*, 3e sem., 1895; — *Congrès de méd. int.*, Bordeaux 1895. — SORRENTINO. Un cas de polynévrite syphilitique, *Riforma med.*, 25 avril 1892, p. 207-209. — STEINERT. Ueber polyneuritis syphilitica, *Münch. med. Woch.*, vol. LVI, 21-28 sept. 1909, p. 1938 et 2010. — STRAUSS. Polynévrite syphilitique ou mercurielle, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1901, t. LVII, p. 421.

TAYLOR. Contribution à l'étude de la polynévrite d'origine syphilitique, *The New-York med. Journ.*, 5 juillet 1890, p. 1-7. — TRÖMNER. Ein Fall von Meningomyelitis, *Neurol. Centralbl.*, 1er janv. 1903.

UNNA. (Voir FORDYCE.)

WANDEL. *Med. Gesell.*, in Kiel, fév. 1910 (Voir *Münch. med. Woch.*, 5 avril 1910, p. 767.)

ZIEMSENS. *Virch. Arch.*, Bd. XIII, s. 213.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1911)

Deux nouveaux cas de mort par le 606. — M. GAUCHER rapporte deux cas de mort par le 606, dus l'un au professeur Oltramare (de Genève) et l'autre à M. Caraven (d'Amiens). Le premier concerne un homme de quarante-huit ans, syphilitique depuis quinze ans, mais ne présentant aucune manifestation actuelle; après une injection intraveineuse de 60 centigrammes de 606, il succombe en quelques jours avec une lepto-méningite, vérifiée à l'autopsie. Le second cas est celui d'un jeune homme de vingt et un ans, robuste, atteint d'un chancre syphilitique, sur le point de partir au régiment : après deux injections intraveineuses de 606, pratiquées à la dose de 60 centigrammes et à sept jours d'intervalle, apparut également une méningite rapidement mortelle.

Ces deux cas joints à ceux précédemment cités imposent au professeur Gaucher le devoir de dire une fois de plus que le 606 ne vaut pas le mercure et est plus dangereux que lui.

M. Gaucher communique ensuite deux observations dues à M. Broquin-Lacombe (de Troyes). Dans les deux cas, il s'agit de malades qui furent traités par le 606 pour des syphilis jeunes; se croyant guéris, sur l'affirmation du médecin, ils présentèrent des récidives et furent le point de départ de contaminations.

La confiance des malades dans le 606 peut donc devenir dans certains cas un véritable danger social.

De la pathogénie et de l'étiologie des dilatations et diverticules de l'œsophage, dits idiopathiques. — M. GUISEZ, se basant sur plus de cent observations personnelles, de malades, examinés à l'œsophagoscope et traités ensuite, est arrivé

à déterminer la cause de ce que l'on appelle, encore aujourd'hui, *les grandes dilatations idiopathiques et les diverticules de l'œsophage*. Ce ne sont, en réalité, *que des rétro-dilatations* consécutives à des sténoses véritablement organiques, les sténoses *inflammatoires* de l'œsophage. Ainsi qu'il l'a déjà établi, dans plusieurs communications antérieures, ces variétés de sténoses se produisent uniquement au niveau des deux sphincters : l'un de la bouche de l'œsophage, l'autre du cardia; les dilatations sus-jacentes seront donc formées, en haut aux dépens, non pas de l'œsophage, mais *bien de l'hypopharynx*, puisqu'elles siègent immédiatement au-dessus de la bouche de l'œsophage ; en bas, elles sont constituées aux dépens de *la moitié inférieure de l'œsophage*.

Les dilatations supérieures sont presque toujours des *diverticules* ; elles se forment aux dépens des parois les plus mal soutenues, les parois latérales et la paroi postérieure, qui glisse sur la colonne vertébrale. L'œsophage, dans sa portion inférieure, se dilate sur toute sa surface et il en résulte *des grandes dilatations*, dites idiopathiques de l'œsophage, qui deviennent souvent très volumineuses, pouvant atteindre deux ou trois litres de capacité. Il n'affecte jamais, dans cette région la forme diverticulaire. La sténose, cause de ces rétro-dilatations, apparaît à l'œsophagoscope tantôt comme *un simple épaississement musculaire*, qui s'infiltre, s'indure progressivement; d'autres fois, comme un véritable rétrécissement cicatriciel. La *contracture* spasmodique est toujours à l'origine de ces sténoses, et ces malades étaient la plupart du temps regardés comme atteints de *spasme simple de l'œsophage*. C'est la persistance de cette contracture spasmodique qui amène la stase alimentaire sus-jacente. La muqueuse s'enflamme, et il en résulte des dégénérescences inflammatoires et même cicatricielles, au niveau du point rétréci. Comme on le voit, ces dilatations ne méritent plus le nom d'idiopathiques, mais ce sont de simples rétro-dilatations secondaires; leur grande capacité est expliquée par la lente évolution des lésions.

Le *traitement* doit donc être dirigé contre la cause initiale; la dilatation progressive de cette variété de sténose, en particulier par l'électrolyse circulaire, amène rapidement la diminution de ces dilatations et permet, chez ces malades, l'alimentation normale, qui dans un certain nombre de cas était devenue tout à fait impossible.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1911)

Greffes ovariennes. — M. TUFFIER, répondant à M. Hartmann, estime qu'il est certes plus rationnel de conserver l'ovaire avec ses connexions normales, mais il ne croit pas que cela soit plus avantageux en pratique et il trouve plus simple d'inciser la peau pour extirper, s'il y a lieu, un locataire gênant que de le chercher au fond du ventre.

Répondant à M. Routier, M. Tuffier déclare rester incorrigible et conserver toujours les annexes d'un côté sain chez une femme jeune. La satisfaction qu'on éprouve à observer une femme devenue grosse après une ablation unilatérale compense la déconvenue des opérations itératives.

Quant aux émissions sanguines préconisées depuis longtemps, notamment par M. Lucas-Championnière, pour obvier aux accidents de la ménopause, elles peuvent diminuer la congestion, mais elles n'éliminent pas le poison. La muqueuse utérine laisse exsuder un sang spécial, c'est un filtre sélecteur que la saignée générale ne peut prétendre remplacer.

Le masque ecchymotique. — M. ARROU apporte l'observation annoncée dans la dernière séance. Il s'agit d'un homme pris sous un certain nombre de ballots de journaux dont chacun d'eux pesait environ 70 kilos. On le relève évanoui et on l'apporte à la Pitié où il arrive tout bleu. L'ecchymose occupait chez lui la face (sauf le bout du nez), le cou, où existaient quatre ou cinq stries séparées par de la peau saine et tout le thorax en avant et en arrière, jusque vers les fausses côtes. Pas de fracture des os du nez, ni des côtes, aucune plaie.

Le malade était semi-comateux mais n'offrait ni gêne respiratoire, ni troubles de la circulation.

L'ecchymose disparut le douzième jour et le malade guérit.

Hanche à ressort. — A propos du rapport de M. Rieffel dans la séance du 25 octobre, M. KIRMISSON présente quelques considérations sur la hanche à ressort, et constate que si depuis le mémoire de M. Ferraton l'affection est bien connue au point de vue clinique, en revanche la pathogénie de la lésion est entourée encore, à l'heure actuelle, de la plus grande obscurité.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Mauclaire, Broca et Ferraton.

Présentations de malades. — M. MORESTIN présente trois malades, une **ankylose vicieuse du genou** en antéflexion, consécutive à une résection pratiquée dans l'enfance. M. Morestin a corrigé la difformité par excision d'un fragment osseux cunéiforme et greffe immédiate du même fragment replacé en sens inverse.

Une **arthrite suppurée sterno-claviculaire** avec fusées sous-pectorale, cervicale et rétrosternale. Résection de la moitié interne de la clavicule, des deux premiers cartilages costaux et du manubrium du sternum.

Enfin, un **gros cal claviculaire** simulant une tumeur traité par la résection totale de la clavicule.

M. CUNÉO présente un malade atteint d'**exstrophie vésicale** sur lequel M. Marion fera un rapport.

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1911)

Sur les tumeurs inflammatoires d'apparence néoplasique. (*Discussion*). — M. ARROU a observé un cas fort curieux de tumeur très volumineuse de la cuisse, tumeur qu'il enleva en taillant en pleine masse musculaire. Une partie de cette tumeur fut envoyée à un laboratoire et une autre partie à un deuxième laboratoire. L'une des réponses fut sarcome, et l'autre, après maints examens, fut tissu inflammatoire. En présence de cette divergence d'opinions, M. Arrou accepte l'hypothèse la plus favorable et laisse le malade sans intervenir à nouveau. Il y a aujourd'hui douze ans que le malade a été opéré et il n'y a pas récidive. Le diagnostic histologique de sarcome était donc inexact.

M. QUÉNU rappelle qu'histologiquement les cellules de bourgeons charnus ou de tissu inflammatoire sont les mêmes que celles du sarcome, et qu'il est impossible au microscope de se prononcer avec certitude.

M. ROUTIER cite deux cas, l'un de tumeur musculaire semblable au cas rapporté par M. Arrou; l'autre d'une tumeur osseuse classée histologiquement par Cornil comme sarcome fusiforme, cliniquement par Verneuil et Tillaux comme ostéosarcome.

Devant l'énormité du sacrifice opératoire que comportait la désarticulation de la hanche, M. Routier refusa d'intervenir et l'enfant fut envoyé à Berck où il guérit complètement et définitivement de ce qui n'était qu'une ostéomyélite chronique.

M. SAVARIAUD a commis l'erreur inverse. Il a étiqueté ostéomyélite chronique du plateau tibial ce qui était un ostéosarcome. L'opération n'infirma pas le diagnostic clinique. Ce fut seulement un mois après que le bourgeonnement révéla la nature sarcomateuse de la tuméfaction. Après amputation de la cuisse, l'enfant mourut quelques mois après de généralisation.

Rapports. — M. PICQUÉ fait un rapport sur deux cas de **tuberculose génitale** chez la femme à propos d'un travail de M. Abadie (d'Oran) qui, à l'occasion des deux cas qu'il a

observés et traités, fait un historique très étudié de la question.

M. Savariaud lit un rapport sur un travail de M. Marquis (de Rennes) sur la **désinfection exclusive des mains par l'alcool sans savonnage ni lavage préalable.**

Ce travail, très documenté au point de vue bibliographique, est basé sur quinze expériences et sur cinquante cas opératoires, tous terminés par une réunion parfaite. M. Marquis rappelle que le gouvernement prussien a confié l'étude de cette question à deux médecins militaires et que, à la suite de leur rapport, l'usage de l'alcool comme désinfectant de la peau a été prescrit pour l'armée.

La teinture d'iode, si universellement employée aujourd'hui, n'agit que par l'alcool qu'elle contient. Pour stériliser les mains, il suffit d'une immersion de quatre minutes dans un alcool de 60 à 100 degrés. Les mains, ainsi immergées, conservent leur état aseptique pendant une durée de quinze à trente minutes.

Nul doute que ce rapport ne soit l'objet d'une discussion ou de recherches confirmatives de la part des membres de la Société.

M. Legueu fait un rapport sur une observation de M. Gruger (de Laval) de **rupture de l'urètre par roue de voiture.**

Le malade fut traité à la méthode ancienne : incision périnéale, sonde à demeure, fistule périnéale, cure radicale par résection et suture des deux bouts de l'urètre. Opéré il y a un an, il urine bien, mais la dilatabilité de son urètre est imparfaite et ne peut se faire qu'à l'aide de béniqués sur conducteur.

M. Legueu insiste sur le traitement moderne qui consiste à pratiquer une véritable dérivation des urines par le périnée par une urétrostomie périnéale provisoire. Quant tout phénomène inflammatoire a disparu, que le périnée est redevenu absolument souple, par une autoplastie cutanée secondaire, on réunit les deux orifices périnéaux de l'urètre et l'on obtient ainsi un urètre non rétréci, souple et dilatable.

Présentation de malades. — M. Morestin présente trois intéressantes malades : l'une qu'il a opérée par des autoplasties aussi ingénieuses que multiples de brûlures effroyables de la face et du tronc ; une autre à qui il a reconstitué, d'une façon tout à fait esthétique, un nez dont une partie avait été enlevée par un chien. Enfin une troisième malade qui présentait un nez ensellé en lorgnette a vu son profil nasal reprendre sa rectitude normale grâce à l'adjonction, sous un lambeau pris au front, d'un cartilage costal.

ANALYSES

MÉDECINE

La distension aiguë de l'estomac avec occlusion duodénale. Le rôle de l'aérophagie dans sa pathogénie. (Mathieu. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition,* août 1911, p. 409). — La distension gastrique débute deux jours, trois jours après une opération, quelquefois un peu plus tard, exceptionnellement plus tôt ou au cours même de l'opération. Elle se traduit par du ballonnement de la partie supérieure de l'abdomen, par l'accumulation dans l'estomac d'une grande quantité de liquide qui s'accompagne de la présence du flot et de la succussion hippocratique, et de vomissements abondants. Il existe en même temps une soif intense, des sueurs profuses ; le pouls est petit, intermittent, et la mort survient en peu de temps. Pendant tout ce temps, on constate l'absence d'émission de gaz et de matières par l'anus ; c'est même là une des raisons qui ont fait penser souvent qu'il s'agissait de phénomènes d'occlusion. Il s'agit en réalité d'une distension brusque de l'estomac et du duodénum qui s'arrête brusquement au niveau du passage de l'insertion du mésentère au-devant du duodénum.

De nombreuses théories ont successivement été invoquées pour expliquer ce phénomène. On a pensé à l'infection péritonéale, au choc abdominal ; puis on a accusé la chloroformisation, etc. A l'heure actuelle, le mécanisme en est bien connu : il s'agit d'aérophagie ; celle-ci est la conséquence des mouvements de déglutition faits par le malade dont la gorge est sèche ; elle est bien démontrée par les résultats des examens radioscopiques, et elle comporte de précieux enseignements surtout au point de vue *prophylactique* ; il faut surveiller les opérés à ce point de vue, les avertir du danger qu'ils courent ; s'il existe de la sialophagie, il faut leur nouer une petite ficelle autour du cou pour rendre les mouvements de déglutition plus difficiles et tenir leur attention en éveil. On peut essayer du lavage de l'estomac, mettre le malade en position ventrale. Exceptionnellement, l'on aura recours à l'intervention chirurgicale : gastrostomie, gastro-entérostomie.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

L'hypertrophie du thymus et l'adénopathie trachéo-bronchique dans la première enfance. Diagnostic clinique et radiologique. (D'Œlnitz. *Soc. de pédiatrie,* juin 1911.) — De l'importante communication faite par l'auteur à ce sujet, nous ne pouvons que signaler les principales conclusions.

Dans l'hypertrophie du thymus, le *tirage* est à prédominance supérieure et s'accompagne de l'aplatissement latéral du thorax et de projection du sternum en avant, phénomène décrit par MM. Marfan et Barbier sous les noms de tirage rachitique et thymique. Le *cornage* est inspiratoire ; la percussion dénote une zone de matité manubrio-costale. La *radioscopie* démontre l'existence d'une ombre médiastinale supérieure élargie faisant corps, comme l'ont montré MM. Ferrand et Chatelain, avec l'ombre cardiaque. La forme de cette ombre est limitée par des bords rectilignes, plus ou moins convexes en dehors. Les champs pulmonaires sont parfaitement clairs.

Ce qui caractérise au contraire l'adénopathie trachéo-bronchique c'est l'existence fréquente, dans les antécédents, de rougeoles, bronchites, broncho-pneumonies ; la rareté de la *matité manubriale* : le *cornage* est à prédominance expiratoire et surtout marqué à la partie inférieure du plastron sterno-costal ; il y a à la fois dépression du creux épigastrique, de la partie inférieure du sternum et des deux hypocondres ; à l'examen *radioscopique*, l'ombre médiastinale supérieure est de largeur normale, présente son rétrécissement habituel, tandis que l'ombre cardiaque est déformée par des ombres surajoutées de volume restreint.

D'une manière générale, on peut donc admettre la possibilité de parvenir au diagnostic, grâce à cet ensemble de signes qui permettront le plus souvent de différencier malgré les nombreux points de ressemblance, l'hypertrophie du thymus, de l'adénopathie trachéo-bronchique. L. BABONNEIX.

La respiration de Biot. (Traduit de *The Lancet,* juillet 1911. — *La Clinique infantile,* août 1911, n° 15.) — Ce type respiratoire comporte les caractéristiques suivantes : périodes d'apnée qui varient en longueur et apparaissent à des intervalles irréguliers ; irrégularité constante dans le rythme et la profondeur des respirations individuelles ; apparition fréquente de profonds soupirs ; enfin quelle que soit la profondeur de l'inspiration, la position de la poitrine est la même à la fin de l'expiration.

Ce type respiratoire s'observe spécialement dans les méningites : il diffère profondément de la respiration de Cheyne-Stokes, spécialement en ce qu'il n'y a aucune succession rythmique des périodes de dyspnée et d'apnée.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Etude sur la circulation après la réduction forcée pour la cure du pied bot congénital. (Walter G. STERN. *Clev. med. Journ.*, juillet 1911, vol. X, n° 7, p. 594.) — Il est de notion courante qu'après le redressement forcé en une seule séance des pieds bots et leur maintien dans un appareil en position d'hypercorrection, on observe souvent des troubles circulatoires dans les téguments du pied : les orteils sont cyanosés et gonflés, la peau du dos du pied est au contraire blanche et peut être le siège d'escarres. Ces troubles sont parfois dus à la mauvaise application du plâtre, mais on les observe aussi lorsque, selon la technique de Hoffa, on fenêtre la face antérieure de l'appareil de la racine des orteils jusque sous le genou. Hoffa pensait que les troubles circulatoires étaient dus à la compression de la circulation en retour par les plis de la peau exubérante formés au niveau du cou de pied par la position d'hypercorrection. De fait, les troubles disparaissent dès qu'on diminue cette hypercorrection.

Stern a pu vérifier l'exactitude de ces faits. A l'autopsie de deux enfants porteurs de pieds bots il a injecté les vaisseaux de haut en bas sans pratiquer le redressement d'un côté, après redressement et pose d'un appareil en hypercorrection sur l'autre pied. Deux de ces pieds ont été disséqués, les deux autres radiographiés, et avec les deux méthodes on a trouvé des résultats concordants : du côté où le pied a été placé en hypercorrection l'injection n'a guère pénétré que dans la tibiale postérieure et les collatérales des deux premiers orteils, la pédieuse est vide.

Stern a vérifié encore ces faits avec le sphygmomanomètre de Béthume Stein : au niveau de la peau du dos la pression est moins élevée que du côté sain, le sang artériel y pénétrant difficilement; au niveau des orteils gonflés par obstacle à la circulation en retour la pression est plus élevée. Le mécanisme est donc différent aux deux endroits, mais la cause efficiente reste la même : l'hypercorrection.

Ces résultats sont un argument sérieux en faveur du redressement progressif en opposition au redressement brusque, en une séance.

M. LANCE.

Perforation de la voûte orbitaire. (GALLEMAERTS. *Procès-verbaux de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 30 sept. 1911.) — La fracture directe et isolée de la voûte orbitaire, sans lésion du voisinage, exige des conditions spéciales pour sa production et ne se rencontre que fort rarement; elle est produite par des corps allongés et pointus, qui perforent la paupière supérieure ou bien passent à travers la conjonctive dans l'angle interne, et viennent buter contre la voûte orbitaire. Le plus souvent, la pointe glisse le long de la paroi supérieure de l'orbite et va se perdre profondément dans la direction de la fente sphénoïdale, pénétrer par là dans le crâne et y provoquer des accidents mortels. Comme la voûte est réduite à une lame mince, surtout chez l'enfant, le corps étranger peut perforer cette lame, même dans un traumatisme peu grave, une simple chute par exemple; ces conditions se sont présentées dans le cas suivant. Une petite fille de cinq ans tombe sur un crayon d'ardoise qui traverse la paupière supérieure gauche et se brise; un fragment reste enclavé dans la voûte orbitaire pendant vingt-quatre heures et ne peut être retiré qu'après de fortes tractions; le fragment mesure 38 millimètres de longueur sur 5 millimètres de diamètre. Il se produit un commencement d'infection; le pus est fétide et mêlé de bulles d'air. On introduit un drain de 9 centimètres qui est facilement supporté; une radiographie montre que le drain pénètre profondément dans le lobe frontal; au bout de deux mois de traitement, la guérison est complète; la vision est parfaite et il ne reste du traumatisme qu'une petite cicatrice linéaire au niveau du rebord orbitaire.

L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT DIRIGER L'ALIMENTATION DES TUBERCULEUX

L'alimentation des tuberculeux tient toujours une des premières places dans les préoccupations des praticiens. La question est plus que jamais à l'ordre du jour; diverses publications et travaux en font même un sujet d'actualité.

Naguère, la suralimentation était considérée comme une panacée. Aujourd'hui il en va autrement. Seulement, par suite du conflit des diverses théories, une période de malaise s'est établie : le praticien paraît hésiter sur les principes qui devront le guider dans l'alimentation de ses malades tuberculeux. (Nous n'avons pas à parler ici de la zomothérapie, méthode intéressante et généralement efficace, car elle se propose, non pas d'alimenter le tuberculeux, mais de stimuler ses résistances organiques.) Pour sortir de cette hésitation, il faut nous reporter aux résultats publiés par M. Laufer, à la suite de ses recherches sur les besoins nutritifs du tuberculeux. Ils nous enseignent qu'un homme sain au repos complet a besoin de 30 à 35 calories par kilo, et de 36 à 39 quand il se livre à un exercice modéré, tandis que le tuberculeux a besoin de 45 calories dans ce dernier cas. Le tuberculeux use davantage. Pour être maintenue en équilibre, sa provision d'azote doit être plus abondamment renouvelée (ce qui prouve en passant ce qu'il y a de vrai dans la conception de la suralimentation). Il faut au tuberculeux, comme le demande M. Rénon, une *alimentation supplémentaire raisonnée*. Voyons comment nous procéderons pour donner au tuberculeux les 20 p. 100 de calories qui lui sont nécessaires en sus de la ration alimentaire normale chez l'homme sain.

Une première règle s'impose : c'est de ne pas dépasser la mesure, de ne pas courir, par une exagération de la quantité de matériaux ingérés, à une intoxication azotée.

En second lieu, la grande préoccupation du praticien doit être de respecter les fonctions digestives de son malade. Le tuberculeux est presque toujours un dyspeptique, d'autant plus dyspeptique que souvent il s'est bourré de drogues soi-disant fortifiantes qui ont achevé d'annihiler sa puissance d'assimilation. La chose est si réelle que de nombreux médecins préfèrent, pour rétablir l'estomac de leur malade, le soumettre à une véritable diète, au risque de le voir maigrir et perdre ses forces. Pourtant cet homme a besoin de manger pour réparer les pertes qui sont plus considérables chez lui que chez l'homme sain. Quel régime instituer? Il est clair que si le patient pouvait ingérer et surtout digérer de bons biftecks bien saignants en quantité suffisante, le problème serait vite résolu. Mais le malheureux n'a pas faim. Non seulement il ne pourra pas digérer, mais il n'aura pas le courage de mastiquer et d'avaler la dose alimentaire prescrite. Le mieux sera donc de le laisser manger à son faible appétit, puis de lui ordonner une ration supplémentaire qui, sous une forme à déterminer, ne demandera pas plus d'effort à sa bonne volonté pour être ingérée que, pour être digérée, à son estomac — un estomac hypopeptique le plus souvent. Cette forme idéale de ration supplémentaire nous l'avons avec la poudre de viande, et surtout avec la poudre de Trouette-Perret, agréable au goût, d'une division extrême, diastasée, facilement assimilable, riche en matières azotées et contenant en outre des hydrocarbones, ce qui en fait un aliment complet. Remède infaillible de l'anorexie, elle peut être donnée quelques heures avant un grand repas (par exemple au petit déjeuner et à quatre heures), et son pouvoir peptogène est tel que le malade sentira son appétit renaître à l'heure du repas suivant. Grâce à elle on peut faire de l'alimentation supplémentaire scientifique, raisonnée, sans aucun danger pour les fonctions digestives.

G. C.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas pour l'étude clinique de la trachéo-bronchoscopie [planches colorées (1)], d'après Killian, par M. MANN, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital municipal de Dresde-Friedrichstadt; traduit par le docteur LAUTMANN, des Facultés de Paris et de Vienne.

Si un atlas vient à son heure, c'est celui du docteur Mann, qui ajoute son appoint au développement croissant des services rendus par la trachéo-bronchoscopie. Le lecteur y verra de très belles planches colorées où se succèdent de nombreux cas de sténose trachéale et bronchique. Ces planches lui montreront des causes très différentes de ces sténoses : tantôt un goitre sous-sternal suppuré, ou des néoplasies malignes d'origine thyroïdienne ; tantôt un carcinome de l'œsophage ou la métastase cancéreuse des ganglions péritrachéobronchiques; tantôt des anévrismes de l'arc aortique qui, d'une forme à peu près identique, provoquent des aspects cependant très différents au point de vue clinique et au point de vue bronchoscopique; tantôt des cancers primitifs des bronches et enfin la syphilis avec ses brides cicatricielles et dans sa modalité scléreuse.

Chaque planche est accompagnée d'une observation clinique, traduite en allemand, en français et en anglais, qui donne encore plus de vie à l'image. Quelques diagnostics erronés, publiés sans faux amour-propre par l'auteur, montrent quel intérêt nous avons à fixer dans notre mémoire l'aspect de ces lésions afin d'éviter les mêmes erreurs dans un domaine dont nous venons à peine d'entrouvrir la porte. Cet atlas sera donc pour les praticiens de la trachéo-bronchoscopie une aide intéressante, une clef qui leur donnera peut-être l'explication d'un cas personnel. J. FOURNIÉ.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 DÉCEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 5 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 6 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries). — 4e.

Jeudi 7 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries). — 4e.

Vendredi 8 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 9 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 6 décembre, à une heure. — M. FABRE. De la hernie épigastrique étranglée. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. GAIN. De la greffe libre d'un segment de péroné dans la continuité d'un os long. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. POULAIN. Essai sur le mécanisme et la classification des fractures de la base du crâne irradiées à plusieurs étages. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 7 décembre, à une heure. — M. FAURE-BEAULIEU. Les lésions traumatiques directes du nerf optique. (MM. de Lapersonne, président; Ribemont-Dessaignes, Jeannin et Terrien.) — Mlle ZADVINE. De l'essence de térébenthine dans le traitement de l'infection puerpérale généralisée. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; de Lapersonne, Jeannin et Terrien.) — M. BÉLIARD. Contribution à l'étude des obstructions chroniques du gros intestin. (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Richaud et Carnot.) — M. PUJADE. Contribution à l'étude du traitement hydro-minéral de la tuberculose pulmonaire. (MM. Albert Robin, président; Gilbert, Richaud et Carnot.)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (Professeur : M. GILBERT). — *Enseignement complémentaire de laboratoire*, par M. Paul DESCOMPS, chef de laboratoire. — I. Technique de laboratoire applicable à la clinique : tous les vendredis, de onze heures à onze heures trois quarts, à l'amphithéâtre Bichat (laboratoire de la clinique médicale). Les élèves seront exercés individuellement.

II. Démonstrations d'anatomie pathologique : tous les lundis, de onze heures à onze heures trois quarts, à l'amphithéâtre Bichat (laboratoire de la clinique médicale). Présentation des pièces et coupes des vérifications anatomiques de la semaine précédente.

III. Exercices pratiques de vérifications anatomiques : une fois par semaine, dans la matinée, à l'amphithéâtre Bichat (laboratoire de la clinique médicale). La date exacte et l'heure de chaque exercice seront annoncées la veille dans le service. Les élèves seront exercés individuellement.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — L'*Agenda P.-L.-M. 1912* vient de paraître et nous pouvons lui prédire le même succès qu'à son devancier de 1911.

Luxueusement édité, ce volume de 300 pages contient un grand nombre de renseignement précieux pour les voyageurs et pour les touristes. Orné de 300 illustrations signées Willette, Léandre, Henriot, Cappiello, et d'une fort jolie série de cartes postales détachables, il comprend en outre une partie littéraire tout à fait remarquable, composée d'articles et de nouvelles de Jean Aicard, René Bazin, Maurice Donnay, Henri Bordeaux, G. Casella, H. Kistemaeckers, Frantz Reichel et Pierre Wolff.

Il est en vente au prix de 1 fr. 50 dans les bureaux de renseignements et dans les bibliothèques des principales gares de la Compagnie P.-L.-M., ainsi qu'au Bon Marché, au Louvre et au Printemps à Paris, et aux Cordeliers à Lyon.

On peut aussi le demander par lettre au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, au prix de 2 francs (mandat-poste ou timbres) pour la France, et 2 fr. 45 (mandat-poste international) pour l'étranger.

(1) In-folio, cart., dos toile. — Prix : 27 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — MARDI 28 NOVEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 28 NOVEMBRE 1911. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 24 novembre. — MM. Perrier, 7; Eudel, 6; Berthomieu-Lamer, 2; Petit (Antoine), 3; Sébillotte, 7; Alary, 13; Lecerf, 6.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Camus (Jean), agrégé, chef adjoint du laboratoire de physiologie, est nommé, pour l'année scolaire 1911-1912, chef dudit laboratoire, en remplacement de M. le professeur Pachon.

M. Tiffeneau, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1911-1912, chef adjoint du laboratoire de physiologie, en remplacement de M. Camus.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur Casenave, préparateur de bactériologie, est chargé, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux de pathologie générale, microbiologie et parasitologie.

— Le concours du clinicat de dermatologie, vénéréologie et maladies des pays chauds, s'est terminé par la nomination de M. Flottes.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Chrétien, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de chimie analytique et minéralogie.

— Dijon. — M. Misset, professeur de pathologie interne, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1911.

M. Misset est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1911.

M. Petitjean, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de pathologie interne.

— Marseille. — Un congé d'inactivité pour l'année scolaire 1911-1912 est accordé, sur sa demande, à M. Simond, chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

M. le docteur Brun, chef des travaux de bactériologie, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1911-1912 (durée du congé accordé à M. Simond), d'un cours complémentaire de bactériologie.

— Nantes. — M. Col, professeur de matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR ARMAND GAUTIER. — Les amis et les élèves du professeur Armand Gautier ont fêté dimanche, à la Faculté de médecine, la cinquantième année de sa vie universitaire et lui ont offert une médaille et un buste, œuvres de MM. Vernon et Theunissen.

Des discours ont été prononcés par M. Bayet, représentant le ministre de l'instruction publique; M. Haller, M. le doyen Landouzy, M. G. Lippmann, MM. Hanriot et André Lefèvre qui, tour à tour, ont rappelé l'œuvre scientifique du maître et traduit l'estime et l'affection dont il a toujours été entouré.

M. Armand Gautier, dans sa réponse, a rappelé les débuts de sa carrière scientifique à Montpellier, où il fut l'élève de Bérard et de Béchamp avant de venir à Paris dans le laboratoire de Würtz à la Sorbonne.

Après avoir donné un pieux souvenir à ses maîtres, il montre comment il fut soutenu dans ses travaux par son regretté frère enlevé trop rapidement il y a quelques semaines.

M. Armand Gautier a terminé en remerciant les organisateurs de cette fête universitaire. « Puisse l'honneur que vous me faites aujourd'hui devenir demain le lot de chacun de vous. Puissions-nous tous, chacun dans notre voie et d'une même âme, contribuer à augmenter encore le lustre, la science et la force de notre cher pays. »

LES EFFECTIFS DU CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un décret du 7 novembre 1911 (*Journal officiel*, 12 nov., p. 9019) modifie le décret du 8 septembre 1906 en la matière.

« Article premier. — Les effectifs des médecins et pharma-

ciens des corps de santé des troupes coloniales sont donnés par le tableau ci-après :

GRADES.	RÉPARTITION. France.	Colonies.	TOTAUX.
Médecins inspecteurs généraux. / Médecins inspecteurs	une loi spéc. fixera l'effectif.		
Médecins principaux de 1re cl.	7	5	12
— de 2e cl.	10	10	20
Médecins-majors de 1re cl.	46	42	88
— de 2e cl.	82	93	175
Médec. aides-maj. de 1re et 2e cl.	52	69	121
Totaux	197	219	416
Pharmaciens principaux de 1re cl.	0	1	1
— de 2e cl.	2	2	4
Pharmaciens-majors de 1re cl.	4	5	9
— de 2e cl.	8	11	19
Pharmac. aides-maj. de 1re et 2e cl.	4	7	11
Totaux	18	26	44

ART. 2. — Les effectifs des officiers d'administration du service de santé des troupes coloniales sont les suivants) (suit le tableau comportant 38 officiers).

ART. 3. — Les médecins et pharmaciens qu'il est nécessaire d'entretenir hors cadres pour assurer les services autres que ceux des troupes ou des hôpitaux ne sont pas compris dans les tableaux ci-dessus. Les effectifs sont déterminés ainsi qu'il suit :

GRADES.	RÉPARTITION. France.	Colonies.	TOTAUX.
Médecins principaux de 2e cl.	2	5	7
Médecins-majors de 1re cl.	14	38	52
— de 2e cl.	17	60	77
Médecins aides-majors de 1re cl.	17	47	64
Totaux	50	150	200
Pharmaciens-majors de 1re classe.	1	1	2
Pharmaciens-majors de 2e cl.	2	7	9
Pharmac. aides-maj. de 1re et 2e cl.	1	4	5
Totaux	4	12	16

(Les effectifs ci-contre sont des maxima; ils seront réalisés au fur et à mesure des besoins et des crédits disponibles.)

ART. 4. — Constituent des dépenses obligatoires à la charge des budgets locaux des colonies :

1° L'entretien du personnel militaire du corps de santé hors cadres mis à la disposition des services locaux sur la demande de ces services; ces dépenses, qui comprennent les frais de passage, l'indemnité de départ colonial, la solde et les accessoires de solde à compter du jour inclus de l'embarquement au départ en France au jour exclu du débarquement, sont ordonnancées directement sur les fonds des budgets locaux;

2° L'entretien en France du personnel de relève correspondant; ces dernières dépenses font l'objet d'une contribution forfaitaire ordonnancée au profit du Trésor public et fixée à 1 600 francs par officier employé aux colonies et par an.

Le budget du ministère des colonies supporte, en ce qui concerne les officiers placés hors cadres pour servir dans les établissements pénitentiaires, les mêmes dépenses d'entretien que celles visées sous le numéro 1 ci-dessus. L'entretien du personnel de relève correspondant est remboursé au ministre de la guerre en prenant pour base le chiffre forfaitaire fixé au paragraphe précédent pour le personnel détaché dans les services locaux.

ART. 5. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, en particulier les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 3 du décret du 4 novembre 1903. » P.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 8 janvier 1912, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, premier bureau annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 7 au jeudi 21 décembre 1911 inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Legendre, médecin des troupes coloniales, assassiné au cours d'une exploration dans le Thibet.

LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot agrégé, et P. Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques, le mercredi 20 décembre 1911, à 3 h. 30, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'école pratique (1er étage, porte à gauche).

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Diagnostic biologique des anémies, leucémies et purpuras, des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostics). — Ictères hémolytiques et hémolysiniques, hémoglobinuries. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccin de Wrigt et opsonines. — Fonctions rénales, examen des urines; urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines peptones. — Azotémie acidose et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certtficats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

HOPITAL COCHIN. — CONSULTATION DE MÉDECINE. — M. le docteur Ribierre, médecin des hôpitaux, reprendra ses conférences hebdomadaires sur la pathologie cardio-vasculaire, le samedi 2 décembre, à onze heures du matin, et les continuera les samedis suivants. Ces conférences seront particulièrement consacrées aux « nouvelles méthodes d'exploration clinique, à la diététique et à la thérapeutique des cardiaques ». — Tous les jours, à dix heures : examen et présentation de malades.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes sportives à Chamonix et au Revard-Aix-les-Bains* (hiver 1911-1912). — A l'occasion des fêtes sportives de Chamonix et du Revard, la Compagnie délivrera, du 12 décembre 1911 au 28 février 1912, pour Chamonix, et du 22 décembre 1911 au 15 mars 1912 pour Aix-les-Bains-Mont-Revard, des billets d'aller et retour spéciaux de 1re et de 2e classes, à prix réduits.

Validité : quinze jours (dimanches et fêtes compris). Faculté de prolongation de deux périodes de huit jours moyennant un supplément de 10 p. 100 par période.

De Paris à Chamonix, viâ Mâcon ou Saint-Amour, Culoz, Bellegarde ou Aix-les-Bains : 1re classe, 90 francs; 2e classe, 60 francs.

A partir du 22 décembre, faculté d'arrêt à Aix-les-Bains à l'aller ou au retour. Les voyageurs désirant se rendre au Mont-Revard peuvent se procurer à la gare P.-L.-M. d'Aix-les-Bains ou au Syndicat d'initiative, sur présentation de leur billet spécial, un billet d'aller et retour pour le Mont-Revard (prix réduit : 5 francs).

Train express de nuit « Paris-Chamonix » du 22 décembre 1911 au 12 février 1912. Départ de Paris à 8 h. 45 soir. Arrivée à Chamonix à 11 heures matin.

De Paris à Aix-les-Bains-Mont-Revard (viâ Mâcon ou Saint-Amour, Culoz : 1re classe, 80 francs; 2e classe, 55 francs.

Coupon pour le parcours aller et retour d'Aix-les-Bains (gare du Revard) au Revard (sommet) compris.

Du 22 décembre 1911 au 28 février 1912, faculté de retour par Chamonix moyennant supplément de 15 francs en 1re classe et de 10 francs en 2e classe, à payer à la gare d'Aix-les-Bains.

Service des trains sur le Revard : les samedis, dimanches et jours de fêtes du 24 décembre 1911 au 17 mars 1912.

En outre, trains journaliers entre Aix-les-Bains et la station du Revard, du 25 décembre 1911 au 1er janvier 1912 et du 21 janvier au 21 février 1912.

Nombre de places limité, les retenir à l'avance au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

SYNDROME PSEUDO-PÉRITONÉAL

D'ORIGINE NÉVROPATHIQUE

AU COURS D'UNE PNEUMOCOCCIE

Par M. LAFFORGUE,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

A la série des épisodes névropathiques susceptibles d'en imposer pour une affection organique, il nous a paru intéressant d'ajouter un fait nouveau qui touche à la pathologie du péritoine. Celle-ci est féconde en surprises et en incertitudes; plus qu'aucune autre cependant, elle exige des diagnostics sûrs et précoces, car les temporisations inopportunes sont grosses de dangers. En une matière aussi délicate, chaque fait à sa valeur : celui que nous rapportons montre une fois de plus à quelles troublantes coïncidences peut se heurter le clinicien.

F..., jeune soldat du 6e régiment d'artillerie, entre à l'hôpital Desgenettes (Lyon) le 1er décembre 1909, se plaignant de vives douleurs abdominales, avec prédominance dans le flanc gauche. Très bien portant depuis son arrivée à Lyon, il a été victime, la veille, d'un traumatisme banal : à la manœuvre, son cheval a fait un violent écart qui l'a brusquement déplacé; au cours de ses efforts pour se remettre en selle, le cavalier ressent une forte douleur localisée à la partie supérieure de la cuisse gauche et dans la fosse iliaque du même côté. Il peut cependant continuer sa manœuvre ; pendant la journée et la nuit suivante, il éprouve un certain degré de malaise général avec état nauséeux et un endolorissement vague de la région inguino-crurale gauche. Le lendemain, à midi, une céphalée violente s'installe, accompagnée de frissons, de vertiges, de nausées ; la température s'élève à 40°2, en même temps que la douleur abdominale augmente progressivement d'intensité. F... est évacué sur l'hôpital. Température: 40°6, pouls : 110. L'interrogatoire et l'examen révèlent les faits suivants.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Un frère et trois sœurs également bien portants. Une sœur morte, à deux ans, de convulsions. Pas de tare nerveuse familiale.

Antécédents personnels. — Rougeole à cinq ans. Scarlatine à six ans, avec néphrite hématurique grave et anurie qui dure onze jours. A cette époque, le sujet a éprouvé dans la région médiane de l'abdomen (vessie ?) des douleurs vives, dont il garde encore à l'heure actuelle un souvenir très précis et qu'il raconte complaisamment. Ni crises nerveuses, ni incontinence d'urine dans son jeune âge.

Nous notons à la visite du 2 décembre : température : 38°5, pouls : 88. Le sujet est dans un état de prostration marquée; somnolent, mélancolique, il répond avec difficulté et accuse une céphalée frontale vive, sans photophobie. Lss pupilles sont égales, leurs réflexes normaux ; les mouvements de la nuque s'exécutent sans peine. Le facies est coloré, les traits non tirés, l'expression du visage calme, non douloureuse. La langue est légèrement saburrale, le pharynx normal. Ni douleurs gastriques, ni vomissements ; l'état nauséeux de la veille persiste, atténué ; constipation. L'abdomen a son aspect normal, sans ballonnement ni rétraction ; néanmoins, *la palpation, très douloureuse, révèle un ventre de bois*, avec *défense musculaire énorme au-dessous de l'ombilic* ; cet état spasmodique de la paroi empiète des deux côtés de la ligne médiane, la déborde de quelques centimètres seulement du côté droit et prédomine nettement à gauche où la sangle musculaire est très tendue. Dans la même région existe de l'*hyperesthésie cutanée*, plus apparente que réelle, car le malade fuit les contacts superficiels pour s'épargner plus sûrement les souffrances d'une palpation appuyée. Ajoutons d'ailleurs que ses réactions défensives paraissent disproportionnées et en désaccord évident avec l'intensité des attouchements. Sous les muscles contracturés, on ne peut sentir ni l'S iliaque, ni des traces d'empâtement dans son voisinage. L'articulation coxo-fémorale paraît indemne, il n'existe aucune attitude vicieuse du membre inférieur gauche.

Rien d'anormal à l'exploration de la fosse iliaque droite ; ni douleur au point de Mac-Burney, ni défense, ni gargouillement. Aucun point douloureux vésiculaire, duodénal ou épigastrique. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, la matité préhépatique est conservée. La rate ne paraît pas hyperthrophiee; par contre, on remarque, éparses sur l'abdomen, le thorax et les cuisses, des *taches de forme lenticulaire*, papuleuses, s'effaçant par la traction, simulant à s'y méprendre l'exanthème de la dothiénentérie ; on en compte une dizaine.

Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire.

Le cœur est normal; le pouls, de tension moyenne, régulier.

Le malade évacue spontanément des urines très claires, non hématiques, non albumineuses.

L'examen du système nerveux ne révèle aucun trouble moteur, sensitif ou réflexe appréciable. Le champ visuel paraît normal. Pas de symptômes méningés.

3 décembre. Température : 37°5. Pouls : 80. La prostration est moindre. Facies toujours coloré. Pas de météorisme. L'état nauséeux a complètement disparu. La *défense musculaire de la paroi est encore très accusée* dans les mêmes régions que la veille; la palpation profonde de la fosse iliaque gauche réveille toujours une douleur vive. Les *taches lenticulaires persistent.*

4 décembre. Température : 36 degrés. Pouls : 66. Sur la commissure labiale gauche et sur la partie médiane de la lèvre supérieure, nombreuses vésicules d'*herpès*. Il n'existe cependant ni trace d'angine ni symptômes du côté de l'appareil respiratoire. L'abdomen présente une souplesse à peu près normale. Les taches sont encore visibles, mais quelques-unes ont pris une teinte cuivrée, marquant leur régression. Pas de nouvelle poussée d'exanthème.

A partir du 5 décembre, la guérison s'établit définitive. Un examen minutieux du système nerveux pratiqué à cette époque ne révèle qu'une diminution des réflexes conjonctival et cornéen à gauche, avec exagération notable des réflexes abdominal et crémastérien du même côté.

L'évolution quelque peu anormale et troublante de ce cas nous a paru offrir un certain intérêt. Suivons-le au jour le jour et discutons pas à pas le diagnostic. A l'origine, nous trouvons un effort musculaire violent, constituant un « auto-traumatisme » de la région inguino-abdominale gauche. Il était naturel de songer à une rupture musculaire; mais, de pareille lésion traumatique, nous ne trouvions aucun signe objectif, local ou à distance. Le psoas, en particulier, semblait hors de cause. De plus, une rupture musculaire ne rendait pas compte de l'élévation thermique, atteignant 40°6 au début des accidents.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, deux grands symptômes dominaient la scène : 1° la fièvre; 2° une défense abdominale considérable avec ventre de bois. Malgré le caractère fruste du syndrome abdomino-péritonéal, il était de saine clinique de *suspecter* une lésion du péritoine, en faisant, d'ailleurs,

les réserves que nous formulerons plus bas sur la légitimité d'un pareil diagnostic.

La lésion péritonéale, je ne dis pas admise, mais soupçonnée, devenait plus vraisemblable, si on lui découvrait une cause plausible. Cette cause, nous la recherchions sans succès du côté de l'appendice, de la vésicule biliaire, de l'estomac ou du duodénum. Restaient en présence deux hypothèses de valeur inégale. La première, celle de *sigmoïdite* avec réaction de voisinage, était difficile à vérifier en raison du spasme musculaire pariétal, mais elle empruntait quelque vraisemblance à la localisation même de ce spasme et à sa prédominance dans la fosse iliaque gauche. Nous nous serions rallié par exclusion à ce diagnostic, si les taches lenticulaires observées sur l'abdomen, le thorax et la racine des cuisses n'avaient évoqué l'idée d'une dothiénentérie à évolution anormale, d'une fièvre typhoïde ambulatoire, s'étant subitement démasquée la veille par des accidents aigus. Un colotyphus ambulatorius eût assez bien rendu compte, par les réactions péritonéales développées à son voisinage, des particularités singulières du tableau clinique.

Si fragile que fût cette hypothèse, quelque nombreuses que fussent à son encontre les constatations négatives, elle demeurait cependant la moins inacceptable : l'événement vint rapidement l'infirmer.

Le 4 décembre en effet, en même temps que la température s'abaissait à 36°5, apparurent des vésicules confluentes d'*herpès labial* : elles constituaient la signature d'une pneumococcie, qui avait évolué de façon insidieuse, sans localisation pleuro-pulmonaire ou pharyngée.

La réalité de ce processus pneumococcique fut confirmé par une séro-réaction de Bezançon-Griffon positive.

Dès lors, on pouvait reconstituer assez facilement la filiation des faits. F., névropathe discret, mais authentique, éprouve du côté de l'abdomen un traumatisme assez violent, qui détermine des douleurs dans le flanc gauche. L'émotivité du sujet entre en jeu et intervient pour « fixer » sur les muscles abdominaux une contracture de défense. Sur ces entrefaites et par pure coïncidence, une infection très fébrile s'installe chez F. Il ne peut se défendre d'établir entre les deux ordres de faits une relation causale; bien plus, par auto-suggestion évidente, il réalise une sorte de parallélisme évolutif entre les symptômes locaux, d'origine traumatique, et les symptômes généraux, d'origine toxi-infectieuse. Quand ceux-ci cèdent spontanément, ceux-là s'amendent de façon corrélative, en vertu du même phénomène suggestif qui les avait mis pendant quarante-huit heures au premier plan.

Voilà donc un fait dans lequel la coïncidence troublante de certains symptômes, fièvre, douleur abdominale, rétraction des muscles de la paroi, nausées, fausse apparence de taches rosées, orientaient le diagnostic dans une voie erronée, comportant à bref délai une intervention.

En pareille circonstance, l'analyse minutieuse des symptômes permettra cependant d'éviter l'erreur. Quand la névropathie est en cause, il est exceptionnel qu'un ou plusieurs signes discordants, contradictoires, ne viennent donner l'éveil. Dans le cas présent, trois symptômes cadraient mal avec le reste du tableau clinique : 1° la persistance anormale de la défense musculaire; 2° les caractères du pouls; 3° le facies.

Sans doute, la rétraction des muscles de la paroi abdominale est le premier phénomène en date dans les perforations viscérales, suivies de péritonite. Mais le météorisme par paralysie des anses intestinales suit à bref délai l'épisode spasmodique initial. Dans le cas présent, la rétraction des muscles de la paroi persistait encore vingt-quatre heures après l'accident initial (elle se prolongea même plus de quarante-huit heures), et c'était là un motif sérieux de mettre en doute la réalité d'un processus péritonéal.

Mêmes remarques à propos de l'état du pouls et du facies, qui, à ce stade de l'évolution, auraient dû tous les deux accuser davantage l'empreinte péritonéale.

Notre observation nous a permis de vérifier deux faits de bonne clinique courante : 1° la valeur de l'herpès labial pour le diagnostic des pneumococcies sans localisation; 2° l'existence, dans un bon nombre d'états infectieux divers, d'un exanthème papuleux qui simule à s'y méprendre les taches lenticulaires de la dothiénentérie et qui peut induire le diagnostic en erreur.

A un point de vue spécial, le fait précédent vient confirmer le grand rôle joué par la névropathie et par l'autosuggestion dans la pathologie du soldat. Très polymorphes sont les manifestations cliniques qui en résultent : elles méritent d'être bien connues, en raison des problèmes délicats qu'elles peuvent parfois soulever.

UN CAS
DE
DIABÈTE ALBUMINURIQUE
PAR FATIGUE DU REIN

Par le docteur G. RAVARIT,
Chef des travaux d'anatomie pathologique et de clinique médicale à l'École de médecine de Poitiers,
Médecin des hôpitaux.

A côté des nombreuses et graves complications du diabète (gangrène, anthrax, tuberculose pulmonaire, etc.), on est d'avis depuis quelques années de considérer également comme complication d'un pronostic sombre les albuminuries en général, et en particulier celles qui s'observent par *fatigue du rein* chez les grands diabétiques. Beaucoup d'auteurs semblent glisser trop rapidement sur l'albuminurie diabétique, d'autres au contraire la font figurer dans les deux tiers des cas, ce qui nous paraît un peu excessif.

Nous avons eu l'occasion d'observer en clientèle, au mois de juillet dernier, une femme de trente-quatre ans, diabétique de vieille date (depuis plus de vingt-ans), issue de souche neuro-arthritique, à

laquelle nous donnions nos soins depuis 1902, et qui brusquement a été prise d'albuminurie à forme grave, terminée en quelques semaines par la cachexie profonde et la mort malgré tous les moyens thérapeutiques employés. Mme J... a un père diabétique, et sa mère est décédée à trente-quatre ans, comme elle, de la même affection.

Notre malade, comme tous nos diabétiques, ne manquait jamais, sur nos conseils, de faire rechercher fréquemment si son urine ne renfermait pas d'albumine, même à l'état de traces. Diagnostiquée et traitée dès le début, la lésion rénale semble avoir, en effet, plus de chance, non pas d'aboutir à la guérison, mais d'être heureusement influencée par un traitement approprié.

La dernière analyse, *négative pour l'albumine*, attestant 80 grammes de glucose par litre, avec une polyurie de cinq litres par vingt-quatre heures, soit une élimination de 400 grammes de sucre pro die, remontait à *avril 1911*. Vers la fin de juillet, je fus appelé à nouveau, et dès l'abord je fus frappé par le teint très pâle de la malade, par son amaigrissement qui s'était beaucoup accentué, par l'asthénie profonde, par l'œdème des membres inférieurs. A l'interrogatoire, Mme J... nous raconte qu'elle ne peut qu'avec grand'peine monter les escaliers depuis une quinzaine, qu'elle s'essouffle au moindre effort (dyspnée d'effort), qu'elle ne peut qu'avec peine soulever un fardeau, même peu lourd, qu'elle est en proie constamment à de la céphalée, à siège frontal, sus-orbitaire et occipital, qu'elle éprouve la sensation de doigt mort, etc. Tous ces malaises nous font penser immédiatement aux petits signes du brightisme, si bien décrits par le professeur Dieulafoy. De plus, l'examen somatique, s'il ne décèle rien du côté de l'appareil respiratoire, révèle des troubles cardio-vasculaires. Au cœur, le bruit de galop de Potain est des plus nets, il existe de l'hypertension artérielle très accentuée; les temporales sont flexueuses, et l'on y observe la danse des artères.

En présence de ces signes graves, nous portons devant l'entourage le plus sombre pronostic; nous disons tout de suite que nous avons affaire à une complication albuminurique grave chez une diabétique déjà gravement touchée, et nous demandons un examen complet des urines (examen chimique et microscopique). Le résultat confirme pleinement notre diagnostic. Facilement troubles, elles renferment une quantité d'albumine dépassant un gramme par litre, relativement peu d'urée (13g75), et surtout un sédiment très abondant. Dans ce sédiment existent des cellules épithéliales en grande quantité, des cellules provenant des tubes droits de Bellini, des leucocytes, de la cylindrurie (cylindres épithéliaux et des cylindres granulo-graisseux).

Il s'agissait donc là, à n'en pas douter, d'une dégénérescence rapide du rein ayant évolué en moins de trois mois, dégénérescence épithéliale et granulo-graisseuse. De plus, la cellule hépatique était lésée aussi, car la réaction d'Heykraft était positive. La malade faisait donc de l'asystolie partout : dans son cœur, dans son foie, dans son rein, et elle allait rapidement succomber par collapsus cardiaque. La sécrétion interne du pancréas avait dû subir elle aussi des troubles profonds, malgré l'absence de signes dans les selles, mais étant donné l'amaigrissement rapide et considérable.

Notre cliente en effet succomba trois semaines après par cachexie, amaigrissement progressif, et défaillance cardiaque. En vain nous avons institué d'urgence le traitement le plus rationnel, supprimé toute cause d'effort par le repos absolu, et pour enrayer l'urémie imminente soumis Mme J... au régime lacté absolu : deux à trois litres de lait par vingt-quatre heures. Le myocarde manquant d'énergie, nous avons administré les toni-cardiaques, en particulier la caféine, associée au benzoate de soude. De plus, afin de ne pas provoquer l'augmentation de sucre dans l'organisme, nous avons fait cesser le régime lacté absolu au bout de dix à douze jours, en lui associant les légumes verts et le bouillon de légumes sans sel et l'eau d'Evian. Il fallut lutter aussi contre les phénomènes dyspnéiques par la révulsion (ventouses sèches, sinapismes, etc.), et avec la solution suivante maniée avec prudence :

Chlorhydrate d'héroïne. . 0g025
Julep gommeux. . . . . 150 grammes.

M. (à prendre une à deux cuillerées à soupe par jour).

Les urines diminuèrent notablement; de 5 litres elles descendirent à 2l350, mais en même temps le cœur faiblissait, et une constipation des plus opiniâtres se produisait. Nous obtînmes une dérivation intestinale avec 10 grammes de sirop de nerprun associé avec autant d'eau-de-vie allemande, puis pendant trois jours la malade prit un granule de digitaline cristallisée de Nativelle.

Malgré tout, si le médecin traitant eut la satisfaction de voir les accidents urémiques ne pas aboutir, l'albuminurie ne céda cependant pas ; elle ne diminua que de quelques centigrammes, l'amaigrissement devint squelettique, et le cœur céda au moment où nous nous proposions de donner la levure de bière, les eaux minérales alcalines et les boissons diurétiques. (Seconde étape du traitement.)

Discussion. — Il semble que nous ne soyons que peu ou point armés en présence de cas de ce genre. Malgré tout, nous pouvons déclarer que nous avons eu affaire dans ce cas à une albuminurie à forme quasi-foudroyante, qui a entraîné la mort en l'espace de quelques semaines, malgré toute la thérapeutique employée. Bien que l'albuminurie par *fatigue du rein* ne se diagnostique que par sa disparition soit avec la cure d'apaisement fonctionnel, soit avec la première étape du traitement sérié, nous croyons avoir eu affaire à une albuminurie de ce genre dans le cas présent. En effet, elle ne s'observe que chez les *grands diabétiques*, comme chez notre malade, grande diabétique depuis son enfance; il n'y a qu'elle qui peut provoquer en deux mois et demi des accidents aussi rapides, un dénoûment fatal aussi prompt. Enfin nous n'avons point rencontré chez elle les caractères de l'albuminurie par excès d'alimentation azotée (Albert Robin), de par la nourriture du sujet

d'abord, et de par les dosages de l'azote total, pas plus que l'albuminurie d'origine dyspeptique, car la malade présentait malheureusement des symptômes brightiques, et aucun trouble dyspeptique du type hypersténique ou hyposthénique avec fermentations. Nous ne nous sommes pas arrêtés à l'albuminurie phosphaturique pure, avec ses quatre variétés ou plutôt ses quatre étapes, car les analyses n'ont jamais révélé la coexistence de la phosphaturie avec une albuminurie parfois intermittente, pas plus qu'à l'albuminurie par déminéralisation organique (Robin), car chez notre sujet le coefficient de déminéralisation, qui est de 33 p. 100 normalement, est toujours resté aux environs de 28 ou de 29 p. 100, et l'albuminurie n'a jamais subi de rémisssion pendant trois mois.

Au contraire, tout semble plaider en faveur de l'albuminurie par fatigue du rein. Depuis bien des mois, la malade urinait cinq à six litres par jour, peut-être depuis bien des années ; c'était une grande diabétique, et, comme l'a si bien démontré Fichtner, l'épithélium des tubes urinifères devait peu à peu subir une dégénérescence granulo-graisseuse, qui a déterminé très brusquement, tout d'un coup, une albuminurie rebelle à tout traitement. Il est fort probable que l'examen nécropsique nous révélerait les lésions décrites ces dernières années par Ebstein, c'est-à-dire une nécrose des tubes contournés de Ferrein, une dégénérescence complète des tubes droits de Bellini et de l'anse de Heule, avec noyaux repoussés à la périphérie, et leur transformation en une substance hyaline, vitreuse. Qu'enfin, si on traitait ces tubes dégénérés par la gomme iodo-iodurée (Armanni), on obtiendrait comme l'a prouvé Ehrlich, un très abondant précipité de glycogène, ce qui démontre parfaitement que ces tubes urinifères étaient bien infiltrés de glucose, qui a déterminé leur déchéance. (Lésions d'Ebstein Ferrari, et d'Armanni-Ehrlich.)

Ce que nous devons déplorer, malgré les innombrables travaux de ces dernières années sur cette attachante question du diabète, c'est que nous ne sommes que bien peu armés dans des cas comme celui que nous avons l'honneur de rapporter aujourd'hui, auxquels le médecin assiste passivement malgré lui, et pour lesquels son grand rôle moral reste malheureusement seul.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

Tout bon traité de thérapeutique contient au moins cinq ou six pages sur le traitement de l'érysipèle de la face, et, pour ajouter encore à l'embarras du choix, il ne se passe guère d'année sans qu'une médication nouvelle ne soit proposée contre cette affection si fréquente.

L'érysipèle étant primitivement une maladie locale, une dermite infectieuse à streptocoques, il convient d'instituer tout d'abord un traitement local. Mais tout en agissant avec énergie, gardons-nous cependant de topiques et d'antiseptiques trop violents; car il serait fâcheux d'ajouter à la dermite streptococcique une dermite médicamenteuse, et c'est ce qui peut arriver avec quelques-uns des modes de traitement souvent préconisés. Le traitement local doit calmer la douleur et limiter autant que possible le territoire cutané envahi par le streptocoque. Pour calmer la douleur, un des meilleurs procédés est l'application de compresses trempées dans de l'*eau bouillie*, ou dans une infusion de sureau (remède autrefois très populaire), aussi chaude que possible; mieux encore les *pulvérisations* fréquemment répétées d'eau bouillie; j'ai vu soigner, à l'hôpital Pasteur, un grand nombre d'érysipèles de la face par ces pulvérisations; tous les malades se déclaraient très soulagés et réclamaient des pulvérisations longues et fréquentes; cet excellent traitement est toutefois un traitement d'hôpital plutôt que de clientèle, en raison de sa vraiment trop grande simplicité. Mais on peut ajouter un antiseptique au liquide pulvérisé, et faire, par exemple, des pulvérisations chaudes de *liqueur de van Swieten*; on ne risque guère de provoquer ainsi une dermite mercurielle, mais celle-ci pourrait survenir avec les solutions plus fortes de sublimé qui ont été quelquefois conseillées. Les badigeonnages et compresses phéniqués ne sont à mentionner, que pour être aussitôt proscrits; l'acide phénique a été jadis répandu à flots sur les plaies de toute nature, où il a fait souvent plus de mal que de bien; rappelons seulement, parmi ses méfaits, la gangrène des doigts ou des orteils succédant à des pansements phéniqués; pour l'érysipèle de la face, Juhel-Rénoy a bien montré que la médication phéniquée était douloureuse et au moins inutile.

L'*ichthyol*, au contraire, mérite de retenir l'attention; d'après Castaigne et Fernet (1), c'est « le médicament local le plus recommandable contre l'érisypèle », opinion qui me paraît très justifiée, d'après les quelques cas où j'ai eu l'occasion de l'employer. Le traitement par l'ichthyol variera selon l'aspect de l'érysipèle. Dans les formes bénignes, peu inflammatoires, on conseillera la pommade suivante :

Ichthyol		2 grammes.
Oxyde de zinc	} *ãã*	8 —
Lanoline		
Vaseline		12 —

(Castaigne et Fernet.)

Dans les cas d'intensité moyenne, il sera préférable de badigeonner deux fois par jour toutes les plaques érysipélateuses, le bourrelet surtout, et aussi la peau saine environnante, avec un mélange à parties égales d'ichthyol et d'eau bouillie; l'ichthyol sèche sur la peau et forme une croûte épaisse, que l'on ne cherchera à détacher qu'après l'extinction du processus érysipélateux. On peut encore, dans ces cas, employer le traumaticine à l'ichthyol; Juhel-Rénoy a montré les avantages de cette méthode. Ichthyol et traumaticine par parties égales forment un mélange sirupeux que l'on étend avec un pinceau, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, sur la plaque d'érysipèle. Si la peau est très enflammée, suintante et suppurante, on utilisera plutôt des pansements humides avec une solution d'ichthyol au dixième ou au vingtième; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, les badigeonnages pourront être faits, comme dans la forme précédente.

Si le nez est infecté au voisinage de la plaque, Castaigne et Fernet conseillent de faire des lavages des fosses nasales avec de l'eau salée chaude et de mettre ensuite dans les narines la pommade :

Ichthyol	1 gramme.
Vaseline	30 —

L'*ichthyol* pourrait donc presque suffire pour le traitement de l'érysipèle; il faut cependant signaler encore deux médications récentes qui paraissent avoir donné de bons résultats. Tucker (de Philadelphie) et Choksi (de Bombay) emploient le traitement suivant : la face est recouverte d'une

(1) Castaigne et Fernet. Traitement de l'érysipèle de la face (*Consultations médicales françaises*, 1911, n° 32).

espèce de masque formé d'une quinzaine de couches de gaze imbibée d'une solution aqueuse saturée de *sulfate de magnésie* préalablement filtrée; la gaze, recouverte de taffetas gommé, est humectée toutes les deux heures avec la solution de sulfate; le pansement est renouvelé toutes les douze heures; il ne faut pas laver la plaque érysipélateuse pendant toute la durée du traitement (1).

En Italie, c'est la *teinture d'iode* qui sert au traitement de l'érysipèle de la face depuis un travail de Ferrari Mario (2).

Cet auteur indique la technique très simple que voici : badigeonner la zone d'invasion, puis les plaques avec des tampons d'ouate stérilisée, imprégnée de teinture d'iode; recouvrir ensuite d'un pansement d'ouate stérilisée; faire cinq à six fois par jour des badigeonnages toujours légers; se servir d'une teinture d'iode récente; les malades ainsi traités par Ferrari Mario ont tous guéri en moins de cinq jours.

Dans les formes bénignes de l'érysipèle de la face un traitement local suffit presque; on prescrira aussi le régime lacté, des boissons abondantes et quelques cachets de sulfate de quinine. Mais, si l'état général du malade est profondément atteint, on mettra en œuvre toutes les médications des grandes infections, car l'érysipèle peut devenir d'une gravité extrême, surtout chez les alcooliques, chez les débilités, chez les malades antérieurement atteints d'une affection hépatique (Roger, Castaigne et Fernet); c'est alors qu'il faut administrer aux alcooliques de l'alcool sous forme de potion de Todd ou de grog, aux hépatiques de l'extrait de foie (Castaigne), qu'il faut multiplier les piqûres d'huile camphrée et de strychnine, donner des bains froids, faire des injections d'électrargol. Quant au sérum anti-streptococcique, il est très préconisé par les uns, tandis que les autres doutent de son action. Peut-être la vaccinothérapie serait-elle plus régulièrement efficace, et Mauté (3) a relaté deux cas d'érysipèle de la face dans lesquels la température tomba au deuxième jour, après injection d'un vaccin hétérogène provenant d'un streptocoque d'érysipèle.

Lorsque l'érysipèle est guéri, la convalescence sera surveillée; on donnera au malade un traitement tonique pour l'aider à refaire ses forces et surtout on ne lui permettra de sortir qu'après que la desquamation sera complètement terminée. Souvent une rechute d'érysipèle survient quand le malade, impatient de sortir, s'est exposé trop tôt au grand air et à la poussière.

M. BRELET.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (4)].

TROISIÈME QUESTION

LES DIURÉTIQUES

Quatrième rapport.

Les régimes diurétiques. — M. Arnozan (de Bordeaux). La réalisation d'une diurèse abondante exige et l'emploi judicieux de médicaments et une diététique appropriée.

Un régime diurétique est un régime alimentaire capable de provoquer l'émission d'une quantité d'urine supérieure à la quantité d'eau introduite dans l'organisme. Ces régimes, qui ne sauraient être que temporaires, suivent la loi générale des médicaments diurétiques tels que la digitale, la caféine, etc. Ils n'agissent que chez les sujets atteints d'insuffisance rénale et cessent de manifester leur action une fois l'équilibre revenu.

Non seulement le régime diurétique doit ramener la quantité d'eau urinaire à un taux régulier, mais encore faire disparaître les éléments anormaux et rétablir la proportion des éléments normaux. Il doit aussi régulariser le rythme physiologique de l'urine.

En somme *un bon régime diurétique doit ramener à l'état normal la quantité, la composition chimique et le rythme sécrétoire de l'urine.*

Les régimes diurétiques agissent-ils par le même mécanisme que les médicaments ? C'est vraisemblable mais encore faut-il les appliquer à bon escient.

Aussi nous bornerons-nous à étudier les circonstances qui, dans le mécanisme si compliqué de la nutrition, indiquent ou contre-indiquent la prescription des régimes réputés comme diurétiques.

Nous étudierons successivement :

1° L'eau et les eaux minérales diurétiques.

2° Le lait et ses dérivés.

3° Le régime déchloruré.

4° Certains aliments spéciaux (asperges, oignons, vin blanc, raisins).

I. L'eau et les diurétiques. — On répète depuis Hippocrate que l'eau est le meilleur des diurétiques. Si elle n'est pas véritablement diurétique au sens de la quantité d'urine émise, elle l'est peut-être au sens de la composition de ce liquide. C'est ce qu'on peut schématiquement dire chez les individus normaux. Encore faut-il tenir compte des différences de composition d'eaux inégales entre elles par les caractères physiques, la radio-activité, la minéralisation. Dans certains états pathologiques, il y a retard dans l'élimination urinaire, *opsiurie* comme dit M. Gilbert. Son élève Maurice Villaret a étudié les étapes que doit parcourir l'eau dans l'organisme avant d'être rejetée et indique pour chacune d'elles quels obstacles peuvent retarder sa progression. En effet entre l'ingestion de l'eau et son évacuation par les urines, il y a une série d'intermédiaires et il est essentiel de déterminer dans quel appareil l'opsiurie a son origine.

a. *Etape gastro-intestinale des liquides.* — L'estomac n'absorbe pas l'eau et la fait rapidement passer dans le duodénum après l'avoir réchauffée à 32 ou 34 degrés et avoir augmenté sa concentration moléculaire qui la laisse cependant encore fortement hypotonique par rapport au sérum sanguin. Cependant on conçoit que les conditions de passage de l'eau soient modifiées soit par des troubles dans la structure (rétrécissement du pylore) ou dans le fonctionnement gastrique.

S'il y a hypertension portale, chez les cirrhotiques par exemple si la circulation au travers du foie est rendue difficile on aura de l'opsiurie (Villaret).

Au reste, toute hypertension du système veineux général retarde la progression de l'eau au travers des organes et met par suite obstacle à ses effets diurétiques. Ainsi un barrage au niveau du poumon dû à une congestion étendue, un emphysème généralisé ou au niveau du cœur telle qu'une dilatation aiguë ou chronique du ventricule droit favorise l'opsiurie. Dans certains cas même il semble que plus le malade boit, moins il urine ; l'eau n'est plus le puissant diurétique mais au contraire agent d'opsiurie, voire d'oligurie.

b. *Etape rénale.* — On sait depuis Kornblaum que, chez les brightiques, l'évacuation de l'urée correspondant à un repas de viande demande un jour, un jour et demi de plus que chez un sujet normal. On sait, depuis Widal et Achard, quelles difficultés le chlorure de sodium éprouve à traverser les veines enflammées. Il en est de même pour l'eau dans quelques cas, surtout dans les néphrites hydropigènes.

Les prémisses étant posées, quelles conséquences ont-elles dans la pratique quotidienne, et comment faut-il prescrire l'eau et les boissons aqueuses pour obtenir une cure de diurèse ?

(1) D'après la *Semaine médicale*, 22 mars 1911, p. 141.

(2) Ferrari Mario. *Gaz. degli Ospedali et delle Clin.*, 1911, n° 37 et *Revue de pharmacologie médicale*, oct. 1911.

(3) Mauté. Vaccinothérapie. *Consultations médicales françaises*, 1911, n° 29.

(4) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889.

Les médecins ont de tout temps cherché à obtenir la polyurie, phénomène critique au décours d'un grand nombre d'affections, surtout aiguës. Mais la polyurie n'est-elle pas plutôt le témoignage que la cause de la guérison?

Par exemple les *fébricitants* devront être désaltérés au moyen de tisanes. Les infusions de bourrache, de pariétaire, de thé, de fleurs pectorales, etc., ou les eaux alcalines de digestion facile seront prescrites aux pneumoniques, aux typhiques, aux rougeoleux, etc. Il importe avant tout de surveiller l'élimination urinaire en ne dépassant pas un exact équilibre entre la quantité des urines et celle des boissons. Il faut se méfier de la dilatation aiguë de l'estomac.

Dans toutes les affections qui relèvent de l'*arthritisme* : obésité, gravelle, insuffisance rénale et hépatique, etc., les cures de diurèse sont nécessaires. On les pratiquait jadis dans les stations hydrominérales en faisant absorber le matin à jeun 2 ou 3 litres d'eau. Si cette formule convient admirablement à ceux qui n'ont pas d'opsiurie, elle est nuisible à beaucoup d'autres. Il faut alors tâtonner. Tantôt on donnera 300 à 400 grammes d'eau par petites doses dans la position couchée, tantôt on fera prendre l'eau de cure l'après-midi ou le soir. La valeur diurétique d'une eau ou d'une boisson aqueuse est fonction de deux facteurs indépendants l'un de l'autre : 1° la composition même de la boisson; 2° l'aptitude de l'organisme à l'absorber et à l'éliminer.

Pour ce qui est de la *réduction des liquides* accompagnée d'exercices physiques et d'alimentation azotée, Sertel n'a guère donné ce régime qu'aux obèses. La question pourrait être reprise en remplaçant presque tous les albuminoïdes par des aliments hydrocarbonés.

II. Le régime lacté. — Il y a une vingtaine d'années on prescrivait le lait d'une façon toute arbitraire aux cardiaques, aux brightiques, aux hépatiques, aux typhiques, même aux malades atteints d'entérite. Une réaction s'est heureusement faite contre la prescription de 3 à 4 litres de lait par jour régulièrement imposée aux malades pendant longtemps.

Au sujet du lait les mêmes étapes se retrouvent comme pour l'eau, et nous allons les passer en revue. Mais avant tout un élément nouveau intervient, c'est la *composition chimique* du lait qui exige l'intervention des sucs digestifs.

a. *Etape gastro-intestinale.* — Si le lait rencontre des ferments pathologiques, non seulement il perd sa valeur diurétique, mais encore il trouble la sécrétion urinaire (choléra infantile). Ses inconvénients dans les entérites simples et surtout dans l'entérite muco-membraneuse sont bien connus. Si, d'une part, le régime lacté favorise la production d'acides organiques antiseptiques, il constitue, d'autre part, un milieu de culture favorable par le ferment protéolytique. Le régime lacto-farineux et les ferments lactiques corrigent heureusement cette dyspepsie spéciale.

b. *Etape hépatique.* — En cas de maladies du foie ou des voies biliaires, le lait tantôt fait merveille, tantôt a des effets plutôt fâcheux. Privé de son beurre (lait écrémé), il donne en général de bons résultats.

c. *Etape cardio-pulmonaire.* — De même que l'hypertension portale, l'hypertension veineuse générale est une des causes les plus importantes d'opsiurie hépatique. C'est dans ces cas qu'on voit les deux effets opposés du régime lacté. S'il est mal supporté, on soumettra le sujet au régime de réduction des liquides. En introduisant moins de lait que le rein ne peut journellement éliminer d'urine, on réalisera une diurèse désintoxicante.

d. *Etape rénale.* — Au cas de néphrite, l'étape purement rénale de l'élimination des liquides s'oppose à la diurèse. Toute une série de circonstances accessoires, l'orthostatisme, le clinostatisme conditionnent les résultats qu'on cherche à obtenir.

Bien souvent le lait naturel, le lait écrémé, le babeurre resteront des aliments trop riches pour certains organismes saturés de déchets azotés, d'acide urique et de produits puriniques. On prescrira alors le petit lait si employé autrefois. Peut-être agit-il grâce à sa richesse en lactose (57 grammes par litre).

III. Le régime déchloruré. — Le régime déchloruré est une des plus élégantes conquêtes de la thérapeutique contemporaine.

Le maniement du sel permet, chez certains brightiques, de faire disparaître et de reproduire à volonté les hydropisies. En poussant les choses à l'extrême, il en résulterait que dans les cas de néphrite hydropigène, on pourrait sans inconvénient donner de la viande et d'une façon générale des aliments quelconques, à la condition qu'ils soient suffisamment pauvres en chlorures. Les découvertes si captivantes d'Achard et de Widal, relativement aux chlorures, ne détruisent pas ce qu'une longue expérience nous a appris des dangers du régime azoté dans le mal de Bright. Bien plus, si dans l'hydropisie rénale toute la question se borne à la rétention chlorurée, comment expliquer que, dans les néphrites aiguës, le sel injecté sous la peau puisse être régulièrement éliminé, alors que le sel ingéré par voie buccale reste fixé dans l'organisme [Gerhardt (de Bâle)] ? Comment surtout expliquer les accidents si graves qui suivent parfois la résorption rapide des œdèmes, même lorsque celle-ci s'est accompagnée d'une diurèse abondante? Ces faits n'ont pas, du reste, échappé à Widal et Javal qui conseillent de ne pas toujours poursuivre la fonte rapide des œdèmes, sous peine de voir apparaître de la céphalée, du coma, du délire, des convulsions, phénomènes aussi graves que difficiles à expliquer. Nous ne possédons pas de criterium qui nous indique qu'il faut faire disparaître les œdèmes dans un cas, les respecter dans un autre.

Les œdèmes d'origine cardiaque, hépatique, sanguine ont une pathogénie complexe où intervient sûrement mais très secondairement le chlorure de sodium.

On s'est demandé s'il n'était pas dangereux de priver presque complètement et pendant longtemps un organisme de sel. Cependant l'abstinence de chlorure de sodium n'entraîne pas le moindre trouble de l'élimination de l'urée non plus que la rétention de ce produit dans le sang. Pourtant Quinton n'a-t-il pas fait du sel marin un des facteurs essentiels de la vie? Ne voit-on pas les tuberculeux se déminéraliser et accélérer l'évolution de leur mal par leurs pertes en chlorure de sodium. On devra se souvenir de cela, car il n'est pas rare de voir la scrofule et la néphrite marcher de pair. On se contentera d'indiquer un régime hypochloruré et de le surveiller.

Dans la pratique on soumettra au régime déchloruré absolu le brightique avec anasarque, le cardiaque asystolique avec insuffisance rénale, le cirrhotique ascitique et bourré d'œdèmes.

La période critique une fois passée, on se contentera du régime hypochloruré, en s'assurant toutefois fréquemment qu'il n'y a pas de rétention chlorurée.

IV. Les boissons et aliments réputés diurétiques. — Beaucoup de médicaments diurétiques sont empruntés directement ou indirectement à des substances alimentaires : telles la caféine, la théobromine, la lactose, etc. Nous nous limiterons aux boissons alimentaires et aux aliments auxquels on attribue des effets diurétiques quand on les ingère sous leur forme naturelle.

1° Le *vin blanc* est très anciennement connu comme diurétique. Cependant il agit comme stimulant de la sécrétion rénale uniquement chez les sujets qui n'en font pas un usage habituel. D'autre part le vin blanc aurait plutôt pour effet de hâter la sécrétion urinaire que de la rendre plus abondante. Il est possible que, comme le pense Carles, l'action diurétique du vin blanc dépende des éther et des substances qui forment le bouquet.

2° Les *asperges* hâtent aussi la sécrétion du rein, sans peut-être l'augmenter réellement. De plus elles donnent aux urines

une odeur fétide caractéristique, qui n'apparaît que tardivement chez les sujets dont le rein fonctionne mal.

3° Les *oignons* ont été tour à tour vantés et dénigrés. Serres les remit en honneur en 1840. M. Minguer a tout récemment publié des cas de guérison d'ascite cirrhotique. Il fait manger de préférence des oignons blancs, crus ou cuits, en aussi grande quantité que possible. Peut-être, étant donné la longue survie de certains sujets, y a-t-il arrêt des lésions hépatiques.

4° Les *raisins* et les *fruits* sont très utiles. Le jus de raisin diminue l'acidité des urines. C'est là un fait qui semble paradoxal à ceux qui savent que ce jus est acide et que le degré de son acidité s'élève à 8 grammes par litre d'acidité tartrique. Il faut savoir cependant que, lors de la maturité du raisin, il se fait par la sève une montée de sels de potasse telle que les acides du raisin sont partiellement saturés et transformés en sels acides. Mais, le raisin une fois mangé, les acides organiques de ces sels sont complètement brûlés et il ne reste plus que la potasse sous forme de carbonate alcalin, lequel manifeste alors ses propriétés diurétiques et antiacides.

La durée d'une cure de raisins doit être de quatre à six semaines avec une moyenne d'absorption de trois à cinq livres de raisin par jour.

Lorsque l'absorption du jus de raisin est incomplète pour une raison quelconque (ingestion de trop grandes quantités, mauvais état de l'intestin, etc.), une partie de ce jus, chargé de sels de potasse, suit le tractus digestif, arrive au gros intestin où elle provoque des effets laxatifs qui s'ajoutent aux effets diurétiques et pourrait même l'emporter sur eux.

Les mêmes considérations s'appliquent à la généralité des autres fruits, acides ou doux, indigènes ou exotiques, dont la plupart sont d'ailleurs plus laxatifs que diurétiques.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1911)

Précautions nécessaires pour l'administration du 606. — M. MILIAN rapporte le cas d'un homme de cinquante-huit ans, atteint d'insuffisance mitrale, d'hémiplégie droite et d'obésité qui, à sa demande expresse, reçut 30 centigrammes de 606 intraveineux. L'injection fut faite par un externe, qui avait vu faire, mais n'avait jamais pratiqué lui-même d'injection de 606. Le malade tomba dans le coma au bout d'une demi-heure et mourut en trente-six heures. Il s'agit là d'un cas où le 606 était contre-indiqué, mais M. Milian incrimine en outre le sérum artificiel, car les malades injectés le même jour avec le même sérum ont tous eu des réactions immédiates d'une extraordinaire violence avec une fièvre dépassant 40 degrés, que nous savons aujourd'hui due à des sérums artificiels impurs et que par conséquent nous savons maintenant éviter.

Les cas de coma, survenant au bout de quarante-huit heures ou trois jours, sont tous dus à des fautes de technique et à l'emploi de doses exagérées de médicament et non à des phénomènes d'anaphylaxie : l'insuffisance d'alcalinisation de la solution est un facteur important et *l'on ne doit jamais donner d'emblée des doses de 60 centigrammes*. M. Milian reçut d'un officier syphilitique depuis six mois la demande formelle de le soigner par le 606, bien que, à une injection de 60 centigrammes de 606 faite un mois avant dans un hôpital militaire, il fût tombé dans le coma au bout de quatre jours pour quarante-huit heures, et consécutivement, perdît la mémoire pendant une semaine. Le docteur Milian injecta sans encombre 20 centigrammes le 12 juin, 30 centigrammes le 19 juin, 40 centigrammes le 26 juin, 30 centigrammes le 10 juillet. Il y eut seulement un peu d'ictère à la dernière injection. Il n'y a dans ce cas aucune part à réserver à l'anaphylaxie. Les injections consécutives auraient dû amener les mêmes phénomènes, s'il s'était agi d'anaphylaxie. Au contraire la diminution et la progression des doses a suffi pour qu'ils n'apparaissent pas.

Ces accidents rares, si on les compare à l'énorme quantité de cas injectés à ce jour (peut-être 600000), ne se produiront pas si l'on s'inspire de certaines précautions qu'il a déjà indiquées par ailleurs et qui sont toutes indispensables :

1° *Précautions vis-à-vis du malade.* — S'assurer qu'il a déjà pris de l'arsenic ou qu'il le supporte, en lui faisant une injection sous-cutanée d'un produit arsenical pour éviter l'idiosyncrasie. Attendre cinq jours avant de commencer le traitement pour laisser à cette injection le temps de s'éliminer.

N'injecter qu'avec des précautions spéciales les hémiplégiques et les paralytiques généraux.

2° *Précautions visant la préparatien de la solution.* — *a.* Employer du sérum artificiel à 6 p. 100 et non à 9 p. 100.

b. Fabriquer le sérum avec de l'eau, *distillée le jour même*, et stérilisée immédiatement.

c. Ajouter à la solution une fois faite 1 goutte de lessive de soude, pour en assurer l'hyperalcalinisation.

d. Etendre la solution de telle manière que 1 centigramme de 606 soit contenu dans 4cg5 de sérum artificiel.

3° *Précautions visant le mode d'administration.* — *a.* Injecter avec une très grande lenteur surtout au début.

b. Ne commencer le traitement qu'avec une dose de 30 centigrammes chez les sujets non tarés, de 10 centigrammes chez les sujets tarés.

c. Ne passer à une dose supérieure que si la précédente a été parfaitement supportée.

d. N'employer que 30 ou 40 centigrammes comme dose usuelle.

e. Ne faire les injections qu'à des intervalles suffisants : soit une semaine pour les deux premières et quinze jours pour les subséquentes.

En s'inspirant de ces précautions les accidents graves seront évités. M. Milian a, personnellement ou sous sa surveillance directe, fait à ce jour 6000 à 8000 injections distribuées à 1500 individus environ, parmi lesquels de nombreux malades graves, où le 606 était contre-indiqué : paralysie générale, tabes, hémiplégie, cardiopathies, néphrite, angine de poitrine. Il n'a pas eu sur ce nombre un seul cas mortel. Comme accidents sérieux, il relève trois cas d'ictère d'une durée de trois semaines, deux thromboses des veines des membres inférieurs, chez une femme obèse et variqueuse, et chez un vieillard.

Personne aujourd'hui, dans le monde entier, ne doute plus de l'extraordinaire efficacité du remède d'Ehrlich et de l'importance qu'aurait sa diffusion pour rendre la syphilis de plus en plus rare. Aussi, ne faut-il pas le rendre responsable de ce qui est le fait de médecins imprudents ou insuffisamment informés.

Deux cas de maladie de Hirschprung chez des adolescents. Examen radiologique et rectoscopique. (*Présentation des malades, dont un opéré.*) — MM. BENSAUDE, GILLARD et ROMEAUX présentent deux malades (dix-sept et dix-huit ans) offrant un syndrome de Hirschprung à localisation proctosigmoïdienne, reconnu par la rectoscopie. Cette dernière a montré la dilatation de la partie supérieure du rectum et de l'S iliaque, l'absence de tout obstacle organique à la partie inférieure de la dilatation et la présence d'une gêne mécanique résultant d'une coudure dans l'un des cas et la présence d'une forte valvule à 9 centimètres de l'anus dans l'autre. Dans ces deux cas l'affection s'est traduite cliniquement par une constipation opiniâtre datant de l'enfance chez l'un, apparue à treize ans chez l'autre, météorisme abdominal, avec péristaltisme et crises d'occlusion chez l'un des malades, ayant subi l'opération et ayant vu à la suite de cette dernière les selles reparaître quotidiennes et régulières. L'examen radiologique

a montré dans le premier cas l'S iliaque allongée et déplacée, présentant par sa dilatation l'aspect monstrueux classique; dans l'autre, la dilatation de l'S iliaque beaucoup moins marquée, si bien que les bosselures et les incisures normales du côlon sont conservées. Mais le phénomène prédominant est une anomalie de longueur et de situation du côlon sigmoïdien. Cette dernière observation est particulièrement favorable à l'hypothèse qui veut qu'une pareille anomalie se trouve à la base du mégacôlon.

Deux nouveaux cas de gangrène pulmonaire, à forme grave, soignés et guéris par la méthode des injections intratrachéales et intrabronchiques. — M. GUISEZ, dans deux précédentes communications (6 mai 1910 et 7 juillet 1911), faites à cette Société, a fait part des résultats que l'on pouvait obtenir par les injections massives intratrachéales et intrabronchiques, comme désinfectant, non seulement de la trachée et des bronches, mais aussi du parenchyme pulmonaire, dans tous les cas de suppuration de celui-ci. En particulier, l'auteur avait relaté 5 cas de gangrène pulmonaire à forme grave, guéris très rapidement par ce procédé.

Il rapporte, aujourd'hui, deux nouveaux cas de gangrène qui ont guéri de façon inespérée, par des injections d'huile goménolée ou gaïacolée iodoformée, et cela au bout d'un laps de temps relativement court.

Sans revenir, ici, sur la technique déjà décrite de cette méthode (voir *Gaz. des hôpit.*, 10 mai 1910), l'auteur rappelle qu'elle ne nécessite simplement que de bien voir la glotte, dans un miroir laryngoscopique, de la franchir avec la longue canule d'une seringue de 20 centimètres cubes. Quelques injections de substance active ont suffi pour faire disparaître la fétidité de l'expectoration; faire tomber la température et guérir définitivement des malades atteints de gangrène pulmonaire, qui avait résisté à toutes les médications jusque-là employées, et qui semblait devoir être traitée opératoirement.

Il ne faut, du reste, que quelques minutes à un liquide antiseptique pour imbiber toute la masse pulmonaire ainsi que le prouve l'expérimentation; il est donc possible d'agir directement par des antiseptiques sur le parenchyme pulmonaire et en particulier le processus gangréneux est merveilleusement arrêté et définitivement guéri par ces injections.

JURISPRUDENCE

DE LA PROPRIÉTÉ DES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

Un arrêt de la 4e chambre de la Cour de Paris, rendu le 4 mai 1911, a fixé désormais un point de droit fort intéressant concernant la propriété des méthodes thérapeutiques.

Voici à quelle occasion cet arrêt est intervenu. Le docteur K... exploite à Paris un établissement de gymnastique suédoise médico-mécanique, appelé « Institut Zander ». Il apprit un jour qu'un de ses confrères le docteur R..., directeur à Paris d'un établissement physico-thérapique, distribuait dans le public des prospectus et des brochures contenant cette indication : « Mécano-thérapie, système Zander perfectionné. » Le docteur K..., prétendant que les agissements du docteur R... avaient amené un détournement de clientèle, l'assigna devant le tribunal civil afin de lui faire interdire l'emploi de la désignation « système Zander » des imprimés qu'il pourrait envoyer, et lui réclame des dommages-intérêts.

Un jugement de la 3e Chambre de la Seine du 22 juillet 1909 donna gain de cause au docteur K. Cette décision admettait que lorsque l'inventeur d'une méthode de gymnastique médicale en a concédé l'exploitation exclusive à la condition que son nom soit joint à la dénomination de tout établissement fondé par le concessionnaire, si celui-ci n'a pas le droit exclusif à l'exploitation d'une invention qui n'est pas brevetée, il a, du moins, le droit de se servir seul du nom de l'inventeur, et il peut s'opposer à ce qu'un concurrent se serve de ce nom en le faisant précéder du mot système. Il n'en serait autrement que si ce nom était devenu la dénomination nécessaire de l'appareil, soit par suite du long usage, soit par le consentement de l'inventeur lui-même (V. *Gaz. des trib.*, 22 août 1909). Ce jugement se basait sur ce fait que lorsque l'inventeur d'un produit n'a pas fait connaître l'intention de lier d'une manière indissoluble son nom à ce produit, un autre fabricant ne pouvait l'utiliser, ou un produit analogue, même en employant les mots *imité de, imitation de, système de...* (V. Cour de Cassation, 15 avril 1878, *D. P.*, 1879, 1re partie, p. 169; — Trib. de commerce de Nantes, 24 avril 1884, *Annales de la propriété indutrielle*, 1883, p. 37; — Trib. de commerce de la Seine, 3 novembre 1892, 23 juin 1893, *Ann. prop. ind.*, 1894, p. 108; — Cour d'Amiens, 5 janvier 1894, *Journ. des aud. de la Cour d'Amiens*, 1894, p. 76.

Le docteur R..., ne se tenant pas pour battu, interjeta appel. Il devait obtenir gain de cause devant la Cour. Celle-ci par des considérants que nous reproduisons décida qu'aux termes des lois sur la propriété littéraire les inventeurs de méthodes thérapeutiques jouissent pendant leur vie d'un droit exclusif de propriété, transmissible pendant cinquante ans à leurs héritiers, sur leurs écrits contenant l'exposé de leurs méthodes. En outre, en vertu de la loi du 5 juillet 1844, ils peuvent également faire breveter les appareils nécessaires à l'emploi de ces méthodes. Mais aucun texte de loi ne protège l'invention des méthodes elles-mêmes, qui, sitôt publiées et divulguées, tombent dans le domaine public et peuvent être appliquées par tout praticien en ayant connaissance. Par suite, si l'inventeur d'une méthode de gymnastique peut conférer par contrat à une société déterminée le nom exclusif d' « Etablissement ou Institut Zander », il n'en est pas de même des mots « Système Zander », qui sont la dénomination obligatoire que peut employer tout praticien se servant de la méthode et des appareils inventés par ledit Zander.

« La Cour;

Considérant que si, par application des lois sur la propriété littéraire, les inventeurs de méthodes scientifiques ou thérapeutiques jouissent pendant leur vie d'un droit exclusif de propriété, transmissible pendant cinquante ans à leurs héritiers, sur les livres ou brochures écrits par eux et contenant l'exposé de leurs méthodes, et si, par application de la loi du 5 juillet 1844, ils peuvent faire breveter les appareils nécessaires, s'il en existe, à l'emploi de ces méthodes, aucune disposition de loi ne peut protéger l'invention des méthodes elles-mêmes, qui, sitôt publiées et divulguées, tombent forcément dans le domaine public et peuvent être appliquées par tout savant ou praticien qui en a connaissance;

Considérant qu'il n'est pas contesté que R..., dans son établissement, applique à ses malades la méthode Zander, en se servant des appareils construits sous la direction et approuvés par Zander lui-même; que K... ne lui conteste pas devant la Cour le droit de se servir de ces appareils, ce droit ayant été reconnu par le jugement dont est appel et l'appel incident ne portant pas sur ce point; qu'il soutient seulement que R... ne pouvait faire usage des mots « système Zander » ou « système Zander perfectionné », le nom de Zander ayant été concédé par Zander lui-même à la Société française des instituts Zander, aux droits de laquelle il est substitué;

Considérant que la prétention de K... s'appuie exclusivement sur un contrat, en date à Paris du 1er décembre 1899, entre Gustaf Zander et la Société française des instituts Zander, aujourd'hui liquidée, à laquelle il est substitué par acte, reçu Dufour, notaire à Paris, en date des 25 juin, 10 et 11 juillet 1906, contrat dont l'article premier est ainsi conçu : « Gustaf Zander accorde à la Société française des instituts « Zander ou à ses ayants-droit le droit exclusif d'exploitation « de son système de gymnastique médico-mécanique avec

« application des appareils qu'il a inventés, dans la ville de « Paris et ses environs dans un rayon de 10 kilomètres »;

Mais considérant que, si le contrat dont s'agit a pu conférer à une société déterminée le nom exclusif d'établissements ou instituts Zander, il n'en est pas de même des mots « système Zander » qui sont la dénomination obligatoire employée par tout praticien qui applique la méthode Zander avec les appareils inventés par Zander; qu'au surplus, tel paraît être le désir de Zander lui-même qui, dans le § 4 du contrat du 1er décembre 1899, a soin de spécifier que, « dans tout institut « de gymnastique à créer, on indiquerait expressément que « c'était son système qui était appliqué »;

Considérant que de ce qui précède, il résulte que les mots « système Zander » ou « système Zander perfectionné » employés par le docteur R... dans son établissement ne constituent pas des actes de concurrence déloyale ou illicite à l'égard de l'Institut Zander dirigé par K...; que, dès lors, il échet de réformer le jugement dont est appel et, a fortiori, de rejeter l'appel incident de K...;

Par ces motifs,

Infirme le jugement dont est appel dans celles de ses dispositions par lesquelles il a fait défense à R... d'employer à l'avenir dans ses prospectus, annonces ou autres imprimés, la désignation « système Zander » ou « système Zander perfectionné »; et l'a condamné à payer à K... la somme de 1 000 francs à titre de dommages-intérêts; décharge R... des dispositions et condamnations lui faisant grief;

Et, statuant à nouveau, déclare K... mal fondé dans toutes ses demandes, fins et conclusions; l'en déboute... »

Cet arrêt était intéressant à signaler. (V. également Cour de Paris, 2 août 1870, *D. p.*, 1871, 2e partie, p. 16.)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LE VÉRONIDIA DANS UN CAS DE MÉNINGITE AVEC DÉLIRE PARATYPHIQUE ET CHEZ UN HÉROINOMANE (1)

Par M. le docteur FAIVRE,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Notre intention n'est pas d'ajouter, au cours de cet article, quoi que ce soit aux références suffisamment recommandables du Véronidia en tant que médicament hypnotique à opposer aux différentes espèces d'insomnie chronique. Après les docteurs Joseph Noé et Bourilhet je pourrais multiplier des observations qui ont été prises dans la clientèle et dans le milieu hospitalier; mais le lecteur n'y trouverait que des redites plus ou moins détaillées.

Les résultats de l'action thérapeutique exercée par le Véronidia sur le syndrome « insomnie » en particulier par abaissement de la tension artérielle sans entrave à la sécrétion urinaire et avec un effet plutôt laxatif au réveil nous ont toujours paru très nets; en réalité il n'y a dans cet ordre d'idées qu'une variante des médicaments du genre sulfonal, trional, véronal, etc. Nous pourrions davantage insister sur l'indication élective du Véronidia vis-à-vis des agités, délirants ou maniaques, des spasmodiques angoissés souffrant d'algies diverses et de troubles hyperesthésiques du côté de la peau et des muqueuses; qu'on l'absorbe pur ou étendu d'eau, ce qui nous a semblé préférable pour l'estomac, il n'y a pas à craindre d'effets toxiques avec un médicament dont l'odeur et le goût sont véritablement agréables, dont l'administration est facile même dans des infusions chaudes ou du lait bien sucré.

Nous voulons surtout avoir la priorité pour la publication de deux observations ayant trait, l'une à un cas de délire paratyphique, l'autre au Véronidia employé pour le sevrage d'un héroïnomane, pour le plus grand bien de ces malades dont le nombre est chaque jour grandissant à côté de leurs proches, les morphinomanes; or, il faut bien savoir que les uns et les autres ont désormais à leur portée un calmant leur permettant de diminuer rapidement les doses du poison accoutumé.

OBSERVATION I. — *Méningisme paratyphique. Manie aiguë délirante avec vociférations.* — H. R..., dix-neuf ans, entre au pavillon d'isolement le 10 décembre 1910, transférée du service de chirurgie où elle avait été admise pour métrite gonococcienne après une tentative d'avortement.

Céphalée, vomissements, diarrhée, quelques taches rosées, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Râles de bronchite généralisée sans localisation au sommet. Température : 39°8.

Les 12 et 13 décembre paraissent les menstrues à l'époque normale; le 14 au soir abondante hémorragie intestinale. Température : 36°6. Une injection d'ergotinine avec des applications de glace sur le ventre et une potion à l'eau de Rabel.

Le 17, au soir, la malade commence à délirer sans perdre la mémoire de ses faits et gestes intercalaires. Elle se croit actrice, artiste lyrique et, de ce fait, déclame et chante d'une façon ininterrompue pendant toute la nuit et le jour suivant.

Séro-diagnostic d'ailleurs positif avec hémoculture pratiquée le 20.

Le 22, on fait une ponction lombaire donnant issue à 20 centimètres cubes de liquide clair sous pression moyenne; on profite du dévêtement de la malade pour rechercher la raie méningitique très accusée, quasi-dermographique, et les plaques d'anesthésie sensorielles maxima à la racine des membres.

C'est alors que, la balnéothérapie, les sédatifs bromurochloralés restant impuissants à calmer l'éréthisme neuropsychique, nous commençons, le 23, l'administration du Véronidia à la dose de 3 cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures. La malade qui le matin même de ce jour avait démoli la cloison de sa cellule en vociférant et en tentant de fuir, dormit d'un profond sommeil et entra en convalescence (1).

OBS. II. — *Deshéroïnisation par le « Véronidia ».* — P..., vingt ans, employé rédacteur. — A pris l'habitude des piqûres d'héroïne à la suite d'une trépanation pour ostéomyélite du fémur; avoue d'ailleurs des excès en tous genres, fumant, par exemple, au moins 30 cigarettes par jour et s'alcoolisant à l'avenant.

Le 12 janvier 1911, entre à l'Hôtel-Dieu, bien décidé à en finir avec sa funeste passion, dans un état de dépression extrême complètement aboulique et incapable du moindre travail.

Un essai de sevrage lent avec dose progressivement réduite et balnéation tiède suivie de frictions révulsives n'aboutit qu'à des troubles d'hyperesthésie avec transpiration abondante, coliques et diarrhée.

Le 15 janvier, agitation, délire, besoin de morphine comme succédané. En réalité le sujet consomme in petto 20 centigrammes d'héroïne par jour, apitoyant sur son malheureux sort infirmiers et commissionnaires et jusqu'à sa mère elle-même primitivement convertie à la suppression brusque.

Le 20 janvier, nous instituons la cure de « Veronidia » que le malade double par l'acquisition dissimulée d'un flacon acheté en ville chez le pharmacien. Quoi qu'il en soit, P... nous reçoit, le 22 au matin, radieux, avouant n'avoir pas eu depuis des mois une nuit aussi reposante; nous le mettons en garde à la fois contre un effet suggestif et contre un excès du véronidia, certain de son abandon complet vis-à-vis de l'héroïne.

Le 3 février, la mère nous écrivait combien elle était heu-

(1) *Journ. scientif. et méd. de Poitiers*, juin 1911.

(1) Guérison complète à l'heure actuelle sans amnésie.

reuse du résultat obtenu chez son fils qui avait repris son service.

En somme, comme le dit si bien le docteur Jennings dans son livre traduit par Mignon, les vrais maniaques de la morphine, psychopathes dégénérés qui ne veulent à aucun prix guérir de leur vice, doivent être distingués des habitués qui voudraient bien avoir un médicament véritable et connu d'eux pour accepter une cure toute volontaire. Ces conclusions sont applicables aux héroïnomanes. A ces derniers nous ne saurions trop recommander, d'après notre expérience, la préparation du Véronidia dont le goût alcoolisé donne suffisamment de piquant au palais blasé de cette catégorie de malades.

En un jour la guérison a pu être obtenue dans l'observation précitée grâce à l'obtention d'un sommeil réparateur, unique desideratum de notre client.

Si nous ajoutons que la cure est exempte de tout accident quand on surveille tant soit peu le pouls et la température et si le rein est susceptible d'une élimination normale, dût-on recourir à la balnéation tiède et à la douche au besoin, l'essai de la méthode tentera, espérons-nous, nombre de confrères.

LIVRES NOUVEAUX

Les Cavités périnasales chez l'enfant (1), par le professeur-docteur Onodi, directeur de la clinique rhino laryngologique de l'Université de Budapest. Ouvrage traduit par le docteur Lautmann, des facultés de Vienne et de Paris.

Dans cet atlas, le professeur Onodi nous montre, outre une dizaine de radiogrammes des sinus frontaux, quatre-vingt-dix photographies très bien soignées, grandeur nature, de coupes craniennes, frontales, sagittales et horizontales, accompagnées d'un texte en allemand, français et anglais. Nous y voyons les cavités périnasales pendant leur période d'accroissement, depuis un fœtus de six mois jusqu'à un enfant déjà grand de dix-neuf ans. C'est une lacune certainement et heureusement comblée dans l'étude anatomique de la pneumatose faciale.

La variabilité et le rapport, différents avec l'âge, des dimensions de ces cavités, maxillaires, frontales, ethmoïdales, sphénoïdales; les mesures précises que l'auteur adjoint à chacune de ses coupes; et surtout les rapports, dont nous avons une vision très claire, de ces cavités multiples, entre elles d'une part et de l'autre avec la cavité nasale et avec la table osseuse externe, font de cet ouvrage un guide très précieux pour l'opérateur.

Le docteur Onodi, dans quelques considérations générales mises au début de son atlas, insiste à juste titre sur cette contribution à l'étude difficile du diagnostic et de l'intervention dans les affections sinusales chez l'enfant. Lire ces quelques pages et parcourir ces photographies vraiment parlantes sera pour le praticien un travail aisé. Il trouvera là tous les éléments voulus pour marquer, à la pointe de son bistouri, de nouveaux succès opératoires. J. FOURNIÉ.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TROUBLES GASTRIQUES DANS LA GROSSESSE

Dès qu'apparaissent des troubles gastriques chez une femme enceinte, instituer le traitement suivant :

Prendre, après chaque repas, un verre à liqueur d'Elixir ou 2 cachets de Trouette-Perret à la papaïne.

(1) Gr. in-8 jésus, cart., avec 102 pl. hors texte. Prix : 25 francs. — Paris, O. Doin et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 10, oct. 1911.) G. Railliet : Les vers intestinaux chez les enfants. — P. Guillaume-Louis : Les déformations consécutives au spina-ventosa. — Eschbach : Les leucémies.

Bulletin médical. — (N° 82, 21 oct. 1911.) F. Bezançon et M.-P. Weil : Bacilles de Koch et hémoptysies initiales de la tuberculose pulmonaire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 19 sept. 1911.) Krauss : Sur l'anatomie de la musculature lisse de l'orbite et des paupières et en particulier de la membrane orbitaire musculeuse. — Baisch : Traitement opératoire de la péritonite diffuse. — Kuhn : Traitement biologique de la péritonite. — Reiche : L'hérédité dans la tuberculose pulmonaire. — Galli : Influence du climat de la Riviera sur les cardiaques. — Bondy : Présence et signification clinique du streptocoque dans l'avortement. — Kohlenberger : Sur la recherche quantitative de la pepsine. — Schmid : Sur la rétention du placenta consécutive à l'administration d'ergotine. — Liebermeister : Traitement du carcinome sténosant de l'œsophage. — Jacobaens : Court aperçu sur mes expériences sur la laparothoracoscopie. — Meder : Sur une évolution particulière des pustules vaccinales. — Dreenhnam : La prescription d'extrait de fougère mâle. — Philip : Désinfection des vêtements dans la gale. — (N° 39, 26 sept.) Friedrich : Etude statistique et dogmatique sur la question de la résistance costale circonscrite ou étendue dans la phtisie cavitaire et l'hémoptysie. — Opitz : Sur le traitement des myomes. — Holzbach : Sur la prophylaxie et le traitement de la péritonite post-opératoire. — Schottmüller : Avortements streptococciques et leur traitement. — Curschmann : Importance diagnostique du phénomène de Babinski dans l'état préurémique. — Staubli : Sur le rôle du porc et du rat comme hôtes de la trichine. — Schwarz : Sur la connaissance des grands mouvements du côlon. — Fischl : Sur la question de la péristaltique du gros intestin à l'écran radioscopique. — Beeker : Sur les glycosuries transitoires dans les affections phlegmoneuses. — Franchini : Modifications histologiques et découverte parasitaire chez un cobaye mort d'infection à Leishmania Douwani. — Mertens : Idiosyncrasie contre dix substances chez un malade. — Carl Bruck : Tentatives thérapeutiques dans l'intoxication par le sublimé.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 41, 12 oct. 1911.) Kreibich : Contribution nouvelle sur la concentration en hydroxylion du sang pathologique. — Sachs : Anatomie et histologie des kystes de l'urètre chez la femme. — Fleckseder : Etudes cliniques et expérimentales sur la diurèse provoquée par le calomel. — Süss : Traitement et diagnostic spécifique du sclérome. — Zirm : Pensées biologiques sur le cancer. — Botteri : Constatations microscopiques dans le catarrhe printanier.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 28 novembre. — MM. Delotte et Baudin, 9; Fumet, 6; Mlle Le Conte, 7; MM. Rabut, 9; Picard (Pierre), 10; Vigot, 8; Dubois, 11; Noël, 10 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Dans sa dernière séance, le conseil de la Faculté a demandé que M. Delaunay fût délégué aux fonctions d'agrégé de physiologie jusqu'au prochain concours, et a émis le vœu que l'Université maintienne le cours complémentaire de physiologie.

D'autre part, M. Sellier a été de nouveau appelé par le conseil à faire le cours d'anatomie aux étudiants dentistes et aux élèves sages-femmes.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 novembre 1911 :

Médecin principal de première classe. — M. Collin passe aux salles milit. de l'hospice mixte d'Amiens (médecin chef).

Médecin principal de deuxième classe. — M. Carlier passe aux salles milit. de l'hospice mixte d'Orléans (médecin chef).

Médecin-major de première classe. — M. Georges passe aux salles milit. de l'hospice mixte de Saint-Denis (médecin chef).

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Le Bihan passe au 19e bat. de chass. à pied; Demilly, au 27e d'inf.; Donier, au 5e escadron du train des équipages milit.; Thomas, au 29e bat. de chass. à pied; Gruié, au 23e bat. de chass. à pied; Boigey, à la direction du service de santé du 5e corps d'armée; Bertin, à l'hôpit. Bégin à Saint-Mandé; Lère, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Pascalin, au 4e tirail. algér.; Guth, au 81e d'inf.; Morisot, au service des 4e bat. à Toul.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Geay passe au 96e d'inf.; Wateau, au 3e spahis.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Chappet passe au 19e bat. de chass. à pied; Frilet, au 135e d'inf.

— M. le médecin principal de première classe Gouzien est nommé, à dater du 1er janvier 1912, directeur de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

PHARMACIENS DE DEUXIÈME CLASSE. — Le *Journal officiel* du 28 novembre publie un décret aux termes duquel le diplôme de pharmacien de deuxième classe cessera d'être délivré à partir du 1er novembre 1917.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille d'honneur en or est décernée à M. le docteur Emeric, inspecteur départemental de la Loire.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Le conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni le 18 novembre 1911 à la salle de la Société de géographie, a élu son bureau qui est ainsi composé pour 1912 :

MM. les docteurs Gairal, président; Dubuisson, député du Finistère; Barbanneau, Charier et Decourt, vice-présidents; Delpeut, trésorier; Lepaitre, secrétaire général; Tourtourat, secrétaire général adjoint.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Une séance supplémentaire aura lieu le jeudi 30 novembre, à cinq heures du soir.

M. Laignel-Lavastine fera une conférence sur « l'utilité des études classiques pour la carrière médicale ».

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE. — M. le professeur Chauffard a quitté son service de Cochin pour prendre la direction de la clinique médicale de Saint-Antoine au pavillon Moïana. La date de sa première leçon sera ultérieurement annoncée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉNURÉSIE DITE ESSENTIELLE

Le type infantile prolongé. La forme digestive. La forme émotive.

IMPORTANCE DES MODIFICATIONS DU SOMMEIL DANS TOUS CES CAS

Par M. André COLLIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il n'y a pas à revenir sur la définition de l'énurésie, « miction involontaire nocturne », qui élimine tous les autres troubles urinaires dus à une lésion des tuniques vésicales ou du système nerveux.

Les auteurs classiques et M. Courtade (1), dans son excellente monographie tout récemment parue, s'accordent à reconnaître, avec le professeur Guyon, deux formes principales à l'énurésie essentielle : ils insistent sur la profondeur du sommeil dans l'une d'elles et disent, à très juste titre, qu'il est très léger dans l'autre. Si la qualité du sommeil joue un rôle important, comment faut-il comprendre que l'on puisse tour à tour le voir particulièrement profond et particulièrement léger ? L'observation des enfants, pendant le jour, accentue encore la différence entre ces deux formes : les premiers sont calmes, urinent peu, sont très maîtres de leurs mictions, la venue du sommeil *semble créer l'incontinence* ; les autres urinent fréquemment dans le jour, trépignent d'impatience sous l'influence de besoins impérieux qu'ils courent satisfaire souvent trop tard ; la nuit, ils se réveillent fréquemment, et appellent avant, pendant ou aussitôt après leur miction ; l'énurésie paraît être la continuation des poly et pollakiurie impérieuses diurnes. Les premiers répondent à la forme dite atonique, les seconds à la forme avec excitabilité. Nous verrons chemin faisant la place à donner au type infantile.

Nous avons été à même de prendre de nombreuses observations chez des enfants que nous avons suivis le jour et la nuit à l'hôpital Hérold, grâce à la bienveillance de notre excellent maître, le docteur Lesage, et nous avons pu nous convaincre qu'en effet, dans la forme apathique, le sommeil est toujours profond et que cette condition est indispensable à la production de cette variété d'énurésie.

La clinique nous a permis de mettre le sphincter hors de cause ; elle nous a permis d'établir l'influence de certains états pathologiques sur le sommeil. L'état des connaissances sur le système nerveux de l'homme endormi fait comprendre les rapports de cause à effet entre les modifications du sommeil et l'énurésie. Les causes locales étant appréciées à leur juste valeur, ce sont les causes des modifications du sommeil qu'il faut combattre pour obtenir des succès thérapeutiques.

La façon dont se comportent les enfants pendant le jour nous permet de supposer que, lorsque leurs facultés psychiques sont vigilantes, la continence est possible : nous avons vérifié la valeur du sphincter. Pour cela nous avons pris des enfants de trois à quinze ans aussi bien parmi les enfants normaux que parmi les énurétiques et nous avons soumis les uns et les autres à la même épreuve ; celle-ci a consisté à les faire uriner devant nous en les prévenant qu'ils auraient à s'arrêter au commandement. Ils se sont comportés tous de la même façon et par deux et trois fois, sur un ordre parlé, *ils ont arrêté et repris leur miction.* Il nous a semblé inutile d'explorer à la sonde la résistance du sphincter, ce que de nombreux auteurs ont fait pour aboutir à des conclusions divergentes, et nous avons considéré comme bien établi que, lorsque le cerveau veille, la miction est bien réglée et qu'elle se prête à une expérimentation véritable aussi bien chez les énurétiques que chez les autres enfants.

Les physiologistes nous ont appris, que la miction est un acte très complexe. Courtade et Guyon (1) ont électrisé les parois vésicales et ne sont arrivés qu'à produire des contractions localisées sans entraîner la miction ; il faut donc une action synergique de toute la vessie arrivée à un certain degré de réplétion pour que quelques gouttes d'urine forcent le sphincter lisse et fassent naître le besoin d'uriner ; le psychisme permet ou non l'émission d'urine. Il s'agit donc d'un réflexe éduqué précocement chez l'individu et depuis longtemps déjà dans l'espèce. Il n'est d'ailleurs pas le seul dans l'économie et nous ne citerons que celui de la coordination des mouvements des yeux. Ce réflexe n'est pas éduqué chez le nouveau-né et n'acquiert son fonctionnement parfait que plus ou moins tard (2).

Nous avons trouvé dans la thèse si documentée de Tournay (3) de nombreux renseignements sur l'homme endormi ; les uns, d'ordre général, nous montrent les principales modifications que le sommeil apporte à la circulation périphérique, à l'état des réflexes tendineux, à la tonicité des muscles lisses et des muscles striés ; les autres qui touchent spécialement à la question qui nous occupe méritent que nous nous y arrêtions davantage.

Toutes les constatations antérieures tendent à montrer que le sommeil a des effets très électifs et que l'organisme n'est pas atteint dans son ensemble avec la même intensité. On connaît les mouvements exécutés pendant le sommeil. Des chevaux et des hommes marchent en dormant. « Pour expliquer ces phénomènes, il faut admettre que le sommeil n'est pas toujours et nécessairement général, qu'il est au contraire dans sa nature même d'isoler chacune de nos parties (4). »

C'est grâce à cette électivité du sommeil que les fonctions de la vie végétative sont fort peu touchées, à l'encontre des fonctions psychiques qui paraissent l'ê re au maximum. Galien (5) admirait déjà que les muscles vigoureux qui ne laissent rien sortir avant que la volonté l'ait enjoint remplissent leur fonction d'une façon irréprochable même pendant le sommeil et il admettait que « le flux involontaire des superfluités devait résulter d'une paralysie, d'un vice de la raison comme dans la folie aiguë, ou de l'appesantissement de la raison et des muscles comme dans l'ivresse ». En effet, dans les cas ordinaires, une certaine vigilance s'exerce, ne serait-ce que pour permettre au cerveau de recevoir

(1) Courtade. De l'incontinence d'urine chez les enfants, et en particulier de l'incontinence nocturne dite essentielle, *L'OEuvre méd.-chir.*, 22 sept. 1911, n° 65.

(1) Courtade et Guyon. *Arch. de physiol.*, juillet 1896.
(2) Th. de Coutela, 1908 ; Paris, Steinheil.
(3) Tournay. Th. de Paris, 1909 ; Steinheil.
(4) Longet. In Th. Tournay.
(5) Galien. In Th. Tournay.

les excitations sensorielles qui amèneront le réveil, excitations perçues par l'ouïe surtout, car c'est le sens le plus rebelle au sommeil et à la mort. Mais tout ce qui a trait au fonctionnement cortical est diminué, modifié, perturbé.

L'épileptique, dans son état de mal, réalise au maximum cette suppression temporaire du fonctionnement cérébral.

Quelques auteurs voudraient étendre le nombre des épileptiques frustement atteints et voir, dans la plupart des énurésies intermittentes, la conséquence d'un équivalent comitial. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir demander à M. le docteur Nageotte dont on connaît la haute compétence en ces matières, son opinion sur ce point.

Il nous a fait remarquer que, puisqu'il est impossible de limiter l'épilepsie à l'attaque épileptique, le mal comitial n'est point défini. Il s'agit alors d'une série de manifestations qui s'étend jusque dans l'état normal. Les attaques épileptiques, plus ou moins rapprochées pendant un temps, peuvent s'espacer au point que l'on est en droit d'admettre sinon la guérison, du moins une marche régressive ; d'autre part, on trouve dans les antécédents des énurétiques, comme dans ceux de beaucoup d'épileptiques, des convulsions pendant la première enfance, des traumatismes obstétricaux; enfin, de même que dans les cas que nous allons rapporter, le régime alimentaire exerce une heureuse influence sur la fréquence des accès comitiaux ou de leurs équivalents.

Tout en reconnaissant le bien-fondé de ces remarques, et l'importance du problème auquel elles se rattachent, nous voulons rester sur le terrain clinique exclusivement et il nous semble que, pratiquement, il n'y ait pas lieu d'étendre par trop le nombre des épileptiques que les données actuelles de la pathologie nous permettent de stigmatiser. En s'en tenant aux considérations cliniques les plus larges et les plus utilitaires, l'épilepsie reste une maladie rare; son existence possible devra toujours tenir en éveil l'esprit du médecin qui doit se prononcer sur l'étiologie d'une énurésie intermittente; il devra penser à l'épilepsie ne serait-ce que pour l'éliminer.

On sait que le mouvement de coordination des yeux, devenu réflexe chez l'adulte, est acquis plus ou moins tôt par le tout jeune enfant, puisqu'il n'existe pas chez le nouveau-né.

C'est donc un réflexe éduqué nécessitant l'intervention psychique qu'un usage constant rend automatique et inconscient. Or, Berger et Loévy (1), dans de très intéressantes expériences, ont montré que le sommeil ordinaire suffit à détruire cette action harmonique précocement acquise par l'individu. « Si l'on soulève la paupière d'un enfant qui dort et qu'on touche la conjonctive bulbaire, ou que l'on approche une bougie, l'œil fait un mouvement qui l'éloigne de l'objet, de manière à fuir l'excitation; fait curieux, l'autre œil ne suit pas le mouvement. Plotke avait déjà signalé cette dissociation des mouvements des yeux pendant le sommeil. »

Toutes choses égales d'ailleurs, le fait, dans la journée, d'opposer un veto au besoin d'uriner est le résultat d'une éducation que l'enfant acquiert plus ou moins tôt et plus ou moins facilement et qui, au début de sa vie, a nécessité un effort de volonté devenu de plus en plus facile et de plus en plus automatique par la suite, mais qui demande cependant un travail intellectuel que l'habitude a rendu à peu près inconscient. La nuit, les conditions sont encore plus favorables : il est de notion courante que les sollicitations vésicales à l'état normal sont alors moins impérieuses; cela tient à la diminution des urines, à l'augmentation de la sueur et surtout, comme l'a montré Mosso (1), à ce que la vessie a moins de tonicité et se laisse plus facilement distendre. Tout concorde donc pour rendre l'émission d'urine moins impérieuse et le travail d'inhibition cérébrale plus facile. Mais encore faut-il qu'à un certain degré de réplétion de la vessie ce travail se fasse et que, pour cela, la vigilance cérébrale ne soit pas entièrement en défaut. Or, si le cortex est le premier atteint par le sommeil, il est plus intéressé encore par un sommeil profond, et si un sommeil normal suffit à dissocier un réflexe éduqué comme celui des yeux, un sommeil plus profond doit arriver, dans certaines conditions, à perturber le réflexe de la miction malgré les causes qui tendent à rendre moins utile l'émission nocturne d'urine. « Le sommeil établi, l'homme est un animal dépourvu d'hémisphères cérébraux (2). »

Rosenbach (3) a examiné particulièrement le sommeil des enfants; il pense que les réflexes sont la mesure que nous pouvons et devons utiliser pour établir la profondeur du sommeil. « On peut, dit-il, établir avec certitude la proposition qu'un enfant chez lequel le réflexe abdominal existe ne se trouve pas au plus haut stade du sommeil. » Kohlshutter (4) de son côté a mesuré la profondeur du sommeil et en a dressé la courbe par des excitations de l'ouïe. Nous avons tâché, à l'aide d'une commune mesure clinique, d'apprécier la profondeur du sommeil suivant les âges des enfants. Pour cela, nous avons employé à onze heures du soir pour les nourrissons, à deux heures du matin pour les enfants de cinq à quinze ans la série d'excitations suivantes : 1° projection de la lumière d'une lampe électrique de poche parallèlement à l'axe visuel de l'enfant et à un travers de main du visage; 2° attouchement du doigt sur le front; 3° coup de sifflet ayant pour tous la même intensité

Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : ces trois excitations successives étant prises pour unité, il a fallu en moyenne, pour les enfants au-dessous de trois ans, répéter sept à huit fois l'expérience; pour les enfants de trois à six ans, cinq fois; pour ceux de six à quinze ans, une fois et demie environ. Une enfant de quinze ans atteinte de troubles digestifs vagues, un adénoïdien de dix ans, un nourrisson de six mois cachectique n'ont pu être réveillés qu'après la quinzième expérience. Deux enfants énurétiques de huit et six ans, hospitalisés dans ce but, ne se sont réveillés qu'à la huitième et neuvième expérience. Nous sommes donc bien en mesure de dire que le sommeil profond n'est pas une appréciation vague et qu'on relate, parmi les enfants, suivant l'âge et suivant l'état pa-

(1) Berger et Loévy. *Journ. de l'anat.*, t. XXXIV, p. 364, et *Bull. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 448.

(1) Mosso. In Th. Tournay, p. 72.
(2) Déjerine. *Traité de pathol. gén.* de Bouchard, 1901, t. V, p. 377.
(3) Rosenbach. Das Verhalten der reflexe bei sethlafenden. *Zeit. f. klin. Med.*, 1880, t. I.
(4) Kohlshutter. In Th. Tournay.

thologique, de grosses différences. Nous avons contrôlé nos résultats par la recherche du réflexe cutané abdominal qui n'existait dans aucun des cas où le réveil des enfants a été particulièrement difficile. Il est donc démontré que dans le sommeil profond le cortex dort plus profondément que toute autre partie de l'organisme et qu'il est moins capable d'assurer le contrôle qui lui est dévolu et de bien répondre aux sollicitations de la vie végétative. On conçoit donc avec quelle facilité la miction pourra se produire si l'on tient compte du terrain, de l'insuffisance de l'éducation du réflexe, des causes locales.

Le nourrisson présente l'union des conditions : absence d'éducation du réflexe et sommeil profond; aussi urine-t-il physiologiquement dans ses langes à tous moments.

Type infantile prolongé. — Après avoir fait remarquer, avec notre maître Lesage (1), une des parties constituantes du syndrome infantile, nous avons établi, d'autre part (2), les procédés de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant, l'âge moyen vers lequel cette manière d'être se modifie et les rapports qu'elle présente avec l'exagération des réflexes et le Babinski positif. Il en résulte que vers deux ans huit mois le syndrome infantile se démembre, l'enfant a désormais la même forme de réflectivité que l'adulte. Cependant, certains enfants en retard et anormaux présentent plus longtemps ce syndrome infantile complet ou décomplété; nous savons que c'est le signe d'une évolution nerveuse non terminée et non arrêtée. Il y a donc intérêt à rechercher, chez des enfants au-dessus de deux ans huit mois, la persistance de l'une des trois parties constituantes du syndrome, notamment la résistance à la fatigue, qui reste le plus longtemps. Ils ont, en général, toutes les manières d'être des enfants plus jeunes; mais le fait que l'on sait que leur système nerveux est en évolution permet d'espérer que l'énurésie disparaîtra avec les autres qualités inhérentes au premier âge.

Outre la recherche de la persistance des signes du syndrome infantile, avant d'admettre qu'il s'agisse de cette variété d'énurétiques, il faudra rechercher s'il n'y a pas eu de « période de propreté » et si leur manière d'être infantile s'est bien prolongée sans solution de continuité; ceci est le signe tout à fait caractéristique de cette forme qui tend à guérir spontanément, subitement. Ces enfants, soit nés prématurément, soit chargés d'une hérédité similaire, d'une hérédité bacillaire, d'une hérédité névropathique, sont ou non rachitiques; ils ont toujours été en retard pour la marche, la parole, la dentition, la fermeture des fontanelles. Parfois, certaines facultés sont développées précocement, contrastant déjà avec le retard des autres, et leur développement intellectuel et physique est inharmonique. La durée de leur érunésie est variable, capricieuse, échappant à toute règle fixe. Dans les cas ordinaires, la guérison définitive s'établit spontanément vers six ou huit ans. On admire alors l'efficacité d'un traitement venu à bout de cette énurésie tenace, régulière et déconcertante, sur laquelle les traitements antérieurs les plus savants avaient échoué. C'est ainsi que nous avons vu des enfants guérir de leur énurésie après une seule visite de médecin; d'autres n'ont été guéris qu'à la troisième cuillerée de sirop iodotannique; cette médication n'avait-elle pas eu, outre le mérite de n'être point nocive, le mérite plus grand d'arriver à temps? On sait que cette variété d'enfants fournit des candidats à la débilité motrice de Dupré et Merklen (1). C'est à ceux-ci que Merklen (2) a fait allusion en isolant le groupe de l'énurésie hypogénésique dans un autre travail.

Forme digestive. — Si la prolongation du type infantile fournit l'explication de l'énurésie persistante avec tous les autres apanages de la première enfance, on rencontre des cas où l'énurésie semble inexplicable parce que l'enfant, à deux, trois ou quatre ans, a eu une période de « propreté absolue » et que c'est sans autre cause apparente, entre cinq et huit ans, qu'il s'oublie dans son lit. Les observations que nous avons prises nous permettent d'établir des rapports de cause à effet entre les troubles digestifs, le sommeil profond et l'énurésie.

Nous allons rapporter le schéma de ces observations toutes semblables grâce auxquelles nous pouvons, la thérapeutique aidant, isoler et décrire une *forme digestive de l'énurésie*. Est-il besoin de rappeler la profondeur du sommeil des hommes ivres qui « cuvent leur vin », ce sommeil est bien produit par les toxiques ingérés. A ces individus, temporairement intoxiqués par l'absorption d'un poison connu, doivent être comparés les dyspeptiques qui ont avec eux de nombreuses analogies. Quelle que soit la pathogénie que l'on veuille accepter, on sait le retentissement des troubles digestifs à distance ; les cauchemars zoopsiques ne sont pas une signature d'éthylisme : des malades incontestablement sobres, des buveurs d'eau contrôlés digérant mal nous fournissent des exemples de sommeil troublé, tantôt profond, tantôt entrecoupé de terribles cauchemars revêtant le caractère de rêves professionnels avec difficulté à agir devant un danger imminent.

« Le sommeil vraiment sain est celui dont nous pouvons être aisément éveillé », dit Wilson Philipps (3) et Durham ajoute : « Si notre fatigue est si grande qu'elle rend notre sommeil plus profond ce dernier participe de la nature de la maladie. »

Le sommeil profond des enfants ayant passé l'âge des nourrissons semble bien « participer de la nature de la maladie ». En effet, lorsqu'on est parvenu à les réveiller, ils ont une période de deux à quatre minutes pendant laquelle ils sont inaptes à comprendre, ils continuent à dormir sur le vase sur lequel ils sont posés. De plus, certaines nuits, ces enfants s'asseyent sur leur séant les yeux grands ouverts, sans répondre aux questions qu'on leur pose ils referment les yeux pour continuer leur somme qui n'était qu'en apparence interrompu. Des exemples plus nets nous sont donnés de la parenté du sommeil de certains enfants avec le sommeil pathologique par de véritables alternatives d'énurésie et de somnambulisme.

(1) Lesage et Collin. *Arch. de méd. des enf.*, juin 1911.
(2) André Collin. Procédés de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant. Rapports de ce phénomène avec l'évolution de l'être. Essai de valeur pronostique, *Gaz. des hôpit.*, 20 juin 1911.

(1) Dupré et Merklen. La débilité motrice, *XIXe Congrès des aliénistes et neurol.*. Nantes, août 1909.
(2) Merklen. De l'énurésie hypogénésique des enfants. L'énurésie, élément du syndrome de débilité motrice d'inhibition, *Bull. de la Soc. de péd. de Paris*. juin 1909.
(3) Wilson Philipps. In Th. Tournay, p. 85.

Lorsqu'on examine de près ces malades, on constate des troubles gastriques, hépatiques, coliques. Encore que beaucoup moins fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, ces troubles existent néanmoins plus effacés, plus discrets, peut-être aussi moins recherchés et les cauchemars d'une part, le sommeil profond d'autre part leur sont imputables; ces deux troubles ne sont que des réactions plus ou moins intenses du même ordre chez des prédisposés et s'il est besoin d'en référer à la bibliographie, nous ne citerons que le travail de Mirallié (1). Dans les cas que nous avons suivis, il s'agit d'un enfant garçon ou fille qui vient consulter pour une affection banale des voies respiratoires par exemple, plus rarement pour des troubles digestifs. Les parents expressément interrogés sur les troubles urinaires qu'ils paraissent volontiers laisser dans l'ombre nous apprennent que, soit toutes les nuits, soit par périodes, soit par intermittences les enfants urinent au lit. Ils s'étonnent que de deux à cinq ans ces enfants aient été propres et que depuis, sans cause apparente, l'énurésie se soit installée sous un des modes que nous avons signalés. L'examen spécial des voies digestives nous apprend que, par une curieuse coïncidence, ces enfants ont au même moment du ballonnement du ventre, des alternatives de diarrhée et de constipation, des éructations, des maux de tête, de l'urticaire. Leur langue est blanche, on a relevé chez eux des malaises stomacaux et leurs selles pendant quelques jours ont été alternativement peu colorées ou hypercolorées très fétides. Ils ont été longtemps à se remettre de ces troubles qui bien rarement ont revêtu l'allure de l'indigestion franche. Leur travail à l'école s'en est ressenti. Fatigués, ils opposent de l'inertie aux exercices physiques et intellectuels. Leur sommeil, au moins autant que tous ces signes fugaces, va nous renseigner sur l'état de leur tube digestif. Ils tombent endormi dès la fin du repas, leur sommeil est agité, léger, insuffisant péniblement entrecoupé de cauchemars, de terreurs nocturnes, tantôt au contraire il est profond et ces deux alternatives peuvent se rencontrer dans la même nuit. Et malgré le sommeil profond qui a paru excellent ils sont, en se réveillant, fatigués et maussades. Pour peu que l'éducation vésicale laisse à désirer, qu'un point d'appel léger amène quelque irritation permanente du côté de la vessie, l'*énurésie s'installe à la faveur de la torpeur cérébrale trop grande*.

La mauvaise hygiène alimentaire est capable à elle seule d'amener des symptômes analogues. Dans la classe indigente où nous avons surtout fait nos recherches, l'alimentation des enfants de quatre à cinq ans est étrange; ils partagent tous les mets de leurs parents, mets épicés ou rapidement achetés tout préparés chez des commerçants peu scrupuleux. Leurs parents se font un devoir de ne pas les tenir à l'écart des réceptions de voisins où l'on trinque et nous avons vu un petit énurétique de quatre ans, habitué à prendre deux verres de vin par repas, entrer au dire de sa mère dans une grande colère lorsqu'il savait qu'on buvait sans lui. Bien souvent en dehors de la boisson habituelle aux repas, les parents tiennent tout spécialement à donner à leurs enfants des « fortifiants », des produits excitants dont le vin rouge est le véhicule habituel. Cette thérapeutique est destinée à lutter efficacement contre leur faiblesse de vessie : le résultat est mauvais; la thérapeutique persiste, la ration des vins généreux augmente progressivement. Sans toutefois vouloir dire que, dans tous les cas de troubles digestifs des enfants, on puisse retrouver une étiologie aussi nette, des fautes d'hygiène aussi grossières, il est fréquent de voir des parents bien intentionnés suralimenter les enfants qui d'ailleurs ont faim et se laissent facilement entraîner.

Les signes physiques viennent donner plus de véracité à l'existence de ces troubles digestifs. L'enfant a les traits tirés, le teint pâle, les muqueuses mal colorées, l'estomac souvent s'est laissé distendre et nous avons trouvé dans bien des cas du clapotage que l'on sait être rare chez l'enfant.

Le foie est parfois douloureux, parfois augmenté de volume, parfois rétracté. Le docteur Barret a eu l'obligeance d'examiner à l'écran un enfant de onze ans atteint des troubles que nous venons de signaler, il trouve un estomac un peu dilaté, atone, avec évacuation facile, mais il faut signaler « une très notable augmentation de volume de la rate et du foie ». S'il restait un doute sur les rapports de certaines énurésies et des troubles digestifs, le succès des traitements institués viendrait confirmer notre manière de voir. Chez les uns, la suppression des toxiques a suffi; chez d'autres, un régime alimentaire a dû être institué; il a fallu activer la sécrétion biliaire et progressivement nous avons vu, en même temps que le sommeil devenait plus normal, l'état général de l'enfant s'améliorer et l'énurésie cesser. Quelques cas nous ont été de précieux enseignements. Il s'agit dans l'un d'eux d'un enfant de quatre ans et demi qui, depuis un an, urinait toutes les nuits au lit; nous avons relevé chez lui des troubles digestifs, institué un régime rationel et pendant un mois l'énurésie avait complètement disparu. Mais survint un ami de province perdu de vue depuis longtemps dont il fallut fêter la venue par des aliments plus nombreux et des vins. L'enfant en eut sa part et au troisième jour de ce régime l'énurésie reprit de plus belle avec sommeil profond, fétidité de l'haleine, constipations et diarrhées alternatives. Le régime institué à nouveau eut raison de l'énurésie au bout de huit jours.

Dans un autre cas, la petite G. L..., âgée de quatre ans, a été très propre de deux à trois ans; actuellement elle ne reste jamais plus de huit à quinze jours de suite sans uriner au lit. Sa mère a remarqué que, le matin des nuits où elle avait uriné, elle ne se trouvait pas bien : « dimanche, ça lui est arrivé; elle avait envie de vomir jusqu'à midi », elle a noté la diarrhée, la langue blanche, les gaz intestinaux, l'haleine fétide pendant ces périodes.

Nous avons insisté sur l'importance de la recherche de tous les petits signes révélateurs d'un mauvais état digestif, car il n'est pas besoin qu'il y ait des troubles très prononcés pour que la qualité du sommeil s'en ressente aussitôt.

L'objection peut venir immédiatement à l'esprit que nombre d'enfants présentant des troubles digestifs ou des végétations adénoïdes qui alourdissent le sommeil, dormant profondément n'ont pas d'énurésie et que, d'autre part, ces énurésies étant intermittentes on est peut-être mal fondé à établir une relation de cause à effet entre ces troubles et l'énurésie.

(1) Mirallié. Les accidents nerveux de l'entérocolite muco-membraneuse infantile, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, mars 1907.

C'est ici, à notre avis, que doit se placer l'appréciation de l'âge et des causes locales. Nous ne parlons pas du terrain : tous les auteurs ont admis et démontré que, quelque atténuée que soit leur hérédité nerveuse, elle existe.

L'âge d'élection, pour le début de l'énusérie à forme digestive, est vers quatre ou cinq ans; il faut, en effet, que les troubles successifs aient pu modifier progressivement la capacité digestive du sujet, et que, d'autre part, un long exercice du réflexe éduqué n'ait pas encore eu le temps de renforcer celui-ci par *une habitude absolue de l'individu.* On conçoit que toutes les causes locales signalées par les auteurs soient une cause d'appel, et c'est ainsi que le fait d'opérer un phimosis, de débarrasser les enfants des oxyures, de s'opposer à la masturbation, de modifier les réactions de l'urine s'il y a lieu, de calmer les phénomènes de cystite s'ils existent, soient un puissant adjuvant; il faut lutter contre toutes ces causes locales, mais il faut, à notre avis, leur donner une importance pathogénique de second ordre.

Forme émotive. — Si l'anamnèse, les signes physiques, fonctionnels, l'épreuve des traitements, nous permettent de décrire une forme digestive, il faut reconnaître que, dans la forme avec excitabilité pour un résultat à peu près semblable le mécanisme est bien différent. Le sommeil est ici léger et l'explication de l'énurésie sera bien plus fournie par la façon dont se comportent les enfants. Ils ont dans la journée des mictions impérieuses; au milieu de leur travail ou de leurs jeux ils doivent brusquement aller uriner et souvent ils n'arrivent pas à temps. L'un des enfants que nous avons observé, à la moindre réprimande de la mère ou de son maître d'école urinait, une dispute avec ses camarades produisait le même effet, ceux-ci connaissaient cet inconvénient et s'amusaient à le faire naître. Ceux que nous avons fait uriner devant nous, bien qu'accusant au début de l'expérience une envie extrêmement vive, étaient dans l'impossibilité d'émettre quelques gouttes d'urine lorsqu'ils se sentaient observés, réalisant par le seul fait de leur émotivité le tableau contradictoire de la pollakiurie et de la rétention que les auteurs ont appelé ischurie paradoxale dans les lésions médullaires. Le soir ils bavardent indéfiniment, ils tardent à s'endormir, ils cherchent à se lever, le sommeil vient enfin, il est leger, un rien les réveille. Le calme des nuits est d'ailleurs très soumis aux différents événements qui, dans la journée, ont été susceptibles de les impressionner ou de les agiter, le sommeil est plus léger et l'énurésie plus fréquente lorsqu'ils se sont adonnés dans la journée à leurs jeux avec plus d'ardeur ou qu'ils ont dû subir quelque réprimande. La nuit, c'est au moment même de leur urination qu'ils se réveillent, celle-ci est contemporaine du demi-sommeil, du rêve qu'elle vient achever. L'émotivité la nuit comme le jour rend insuffisant le rôle inhibiteur du cerveau. Dupré (1) a donné les caractères de la constitution émotive; exagération des réflexes tendineux, cutanés, pupillaires, soumise à l'influence des facteurs psychiques, hyperesthésie sensitivo-sensorielle, déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires, tendances aux spasmes des muscles lisses; « toute émotion sensibilise le système nerveux vis-à-vis des émotions ultérieures ». Tous les enfants, étant naturellement plus ou moins émotifs à un degré variable, présentent tout ou partie de ces symptômes; comme les émotifs, ils ont sous l'influence de troubles psychiques une sécrétion urinaire exagérée; les urines sont pâles, presque incolores, pauvres en matériaux d'extraction; la vessie, sur laquelle leur attention est toujours attirée, est soumise à des contractions plus fréquentes et l'hyperesthésie muqueuse est un des facteurs principaux du caractère impérieux de la miction. Le degré de l'intelligence, des aptitudes scolaires, est indépendant de cette constitution émotive que l'on peut aussi bien voir chez les enfants bien doués que chez les débiles. Nous avons pu suivre un enfant de quinze ans, hydrocéphale, grand débile, instable, tremblant, agité, aux réflexes vifs, qui urine le jour « à propos de tout et de rien » et qui se réveille la nuit deux ou trois fois en demandant à uriner, cependant qu'il est déjà en train de le faire.

(1) Dupré. La constitution émotive, extrait de *Paris méd.*, 1911; Baillière.

C'est par un traitement général d'hygiène physique et de repos moral, qu'on pourra arriver à calmer ces enfants, en évitant autant que possible pour eux les causes multiples et répétées de choc émotionnel si minime soit-il. Il faudra agir par les moyens calmants habituellement mis en usage pour lutter contre l'éréthisme continuel de leur système nerveux. Ils appartiennent à la famille névropathique de Feré dans laquelle ils ont pris droit de cité par leur hérédité, leur naissance prématurée, les infections, les maladies nerveuses de leur tout premier âge.

S'il est parfaitement légitime de bien opposer ces deux types si dissemblables dans leurs formes extrêmes, il faut reconnaître que dans certains cas ils s'imbriquent donnant lieu à des formes cliniques complexes d'apathie et d'éréthisme où tour à tour, pendant différentes périodes de leur existence à peine commencée, ces enfants se sont montrés sous un aspect ou sous l'autre. Il ne faut pas oublier que, le fait d'avoir un réflexe mal éduqué, implique une tare nerveuse, si légère soit-elle. L'issue de la même souche névropathique nous explique bien comment sont reliés entre eux tous ces types, comment des formes de transition peuvent venir estomper les grands traits de ces deux types extrêmes si nettement tranchés. Le même cerveau incapable de rendre l'enfant *compos sui* sera plus sensible aux toxines. L'hérédité plus lourde doit être mise en cause dans les cas où les thérapeutiques rationnelles échouent.

*
* *

Quel est, sur un terrain si bien préparé, le rôle des causes locales? Comme nous l'avons déjà dit dans le premier cas, elles ont une importance de second ordre, puisque le sphincter soumis à la volonté est continent et que l'énurésie peut se produire sans causes d'appel locales. Les causes générales de terrain d'une part et d'intoxication d'autre part sont au contraire indispensables. Les causes locales doivent cependant être considérées comme un puissant adjuvant à la production de l'énurésie : il y a tout intérêt à soigner les vulvites, opérer les phimosis, débarrasser les enfants des oxymes. Par suite de l'irritation et de l'excitation des organes externes de la muqueuse vésicale, toutes les tentatives d'éducation du réflexe échoueront. Ces points d'appel sont cause que l'attention de l'enfant est perpétuellement

attirée sur ses fonctions vésicales; mais elles ne réalisent qu'une condition sur deux et la plus minime. Le nombre des énurétiques qui n'ont ni phimosis, ni vulvite est considérable et l'on a eu affaire à des cas particulièrement heureux, lorsque l'opération en supprimant le moindre des facteurs pathologiques a pu amener la guérison.

CONCLUSIONS. — I. On peut isoler une forme infantile dans laquelle on retrouve le syndrome infantile en totalité ou en partie. L'incontinence nocturne n'a jamais cessé, elle est de toutes les nuits. Elle cessera d'elle-même lorsque le système nerveux aura terminé son évolution. Ainsi s'expliquent, à notre avis, les échecs et les triomphes des thérapeutiques les meilleures ou les plus anodines, suivant le moment auquel elles auront été appliquées.

II. La forme digestive survient après une période de propreté d'un ou deux ans. Elle est légitimée par la coïncidence constante d'énurésie intermittente et de signes physiques fonctionnels et généraux traduisant des troubles digestifs, par l'heureuse influence d'un régime alimentaire rationnel, sur la profondeur du sommeil et sur l'énurésie.

III. La forme émotive rend compte, chez certains prédisposés, de l'influence des troubles psychiques sur la miction diurne et nocturne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1911)

Nouveaux arguments en faveur de l'action des glandes surrénales sur la détermination des sexes. — M. R. ROBINSON se basant sur des arguments d'ordre clinique, anatomo-pathologique et chimique conclut que les capsules surrénales doivent avoir une influence primordiale sur l'organisme de l'œuf et le sexe de l'embryon, et que les notions chimiques et histologiques, qu'il poursuit à la suite d'autres chercheurs, élucideront peut-être cette curieuse question du déterminisme des sexes, sinon chez tous les êtres vivants, au moins chez les vertébrés supérieurs et en particulier dans l'espèce humaine.

Sur un appareil de précision pour l'emploi de l'oxygène gazeux en physiologie et en thérapeutique. — M. BAYEUX.

Sur le dosage de l'urée. — MM. DESGREZ et FEUILLIÉ.

Sur la détermination des caractères sexuels secondaires chez les gallinacés. — M. A. PÉZARD.

Inactivation de la trypsine par dialyse vis-à-vis de l'eau distillée, réactivation de cette diastase par addition de sels. — MM. Albert FROUIN et Arthur COMPTON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1911)

Les psychoses postopératoires. — M. LE DENTU fait un rapport sur une communication de M. Picqué dont on connaît la grande compétence dans cette question. Il rappelle avoir lui-même attiré l'attention de l'Académie sur ce sujet, en 1890, avec douze observations personnelles. Une discussion importante a été soulevée, par M. Picqué, à la Société de chirurgie en 1898. Laissant de côté le délire alcoolique postopératoire et les délires toxiques dus à l'intoxication par l'iodoforme, par la morphine ou autres poisons, ainsi que le délire brightique et la démence sénile postopératoire, certaines formes de délire nerveux, maniaques ou de stupeur, M. Picqué étudie plus spécialement le délire postopératoire. L'origine de ce délire est, suivant lui, le plus souvent l'infection ou la prédisposition.

M. Le Dentu, tout en reconnaissant l'existence du délire infectieux postopératoire si bien décrit par M. Picqué, fait quelques réserves et admettrait volontiers, à côté de ces deux formes par infection ou par prédisposition, certains délires nerveux postopératoires.

Appendico-annexite. — M. SEGOND présente le dessin d'une pièce fort intéressante par laquelle on se rend très bien compte de la propagation d'une inflammation de l'appendice à la trompe par les fausses membranes résultant de plusieurs crises successives d'appendicite.

On sait que toute maladie de l'appendice peut envahir les annexes droites et que, réciproquement, toutes les maladies des annexes droites peuvent se compliquer d'appendicite. M. Segond rappelle les travaux des chirurgiens américains sur ce sujet. Voici, très résumée, l'observation de la malade de M. Segond.

Femme de quarante-cinq ans ayant une première crise d'appendicite en juillet dernier traitée par le refroidissement, ce que regrette M. Segond, car si, suivant l'opinion qu'il a si souvent défendue, cette femme avait été opérée à chaud lors de sa première crise, elle aurait évité les accidents ultérieurs, c'est-à-dire deux autres crises violentes ayant abouti à une appendicite chronique et s'étant compliquées de phénomènes inflammatoires du côté des annexes, si bien que, lorsque M. Segond vit cette malade pour la première fois il y a un mois, il diagnostiqua une appendico-annexite. L'opération confirma le diagnostic, et l'on voit sur la pièce un appendice à cavité close qui était pleine de pus envoyant des tractus ou des fausses membranes étant venu saisir, par la taille pour ainsi dire, la trompe, ayant déterminé une périsalpingite, l'ovaire restant sain. C'est bien là le flirt appendiculo-annexiel si bien décrit par M. Segond lui-même.

Dysenterie nostras bacillaire. — M. BERTRAND a fait une série de recherches sur l'examen des urines, de l'urée et des chlorures au cours de cette affection. Il a constaté que dans la période d'état de la dysenterie la quantité d'urine, les chlorures et l'urée diminuaient considérablement; alors, au contraire, au moment où les selles deviennent beaucoup plus rares, la quantité de l'urine, les chlorures et l'urée augmentent en proportion même, pour ainsi dire, de la diminution des selles. Quelle interprétation donner à ces faits? Ce n'est pas une question d'alimentation, c'est pour M. Bertrand une question de rétention des chlorures pendant la période d'état de la dysenterie.

Séance annuelle. — M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance annuelle aura lieu le mardi 12 décembre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1911)

Comparaison du taux de l'urée dans le sérum sanguin et le sang total. — MM. WIDAL, André WEILL et LAUDAT. L'un de nous a montré avec M. Javal que le médecin doit s'efforcer de différencier deux grands syndromes au cours du mal de Bright, l'un dû à la rétention des chlorures, l'autre à celle des corps azotés. Nous avons montré que le seul moyen de reconnaître l'existence et le degré de l'azotémie consiste en la recherche du taux de l'urée dans le sérum sanguin. Nous avons arrêté notre choix sur le sérum après nous être assurés que le chiffre de l'urée y est très voisin de celui du sang et ne le surpasse que de quelques centigrammes. C'est là un fait que nous avions vérifié cet été dans sept cas.

M. Aronsohn, par notre technique, a trouvé récemment des écarts parfois considérables entre l'urée du sérum et l'urée du sang. Il a constaté jusqu'à quatre fois et demie plus d'urée dans le sérum que dans le sang total. Il en conclut que le dosage doit être fait uniquement sur le sang total.

Nous avons institué une série de recherches comparatives. Dans vingt et un cas, les différences obtenues n'ont jamais dépassé quelques centigrammes, que l'on ait opéré sur le

sérum, le plasma ou le sang total de sujets normaux ou azotémiques.

Les chiffres obtenus chez vingt-huit sujets nous mènent donc à des conclusions toutes différentes de celles de M. Aronsohn. En clinique, c'est aux chiffres fournis par le sérum sanguin qu'il faut donner la préférence, parce que la prise du sang à envoyer au laboratoire est plus facile à faire, pour le praticien, par ventouses scarifiées que par ponction veineuse. Le taux du sérum sanguin est d'ailleurs plus voisin que celui du sang total des chiffres trouvés dans le plasma et le liquide céphalo-rachidien, humeurs qui ont sans cesse tendance dans l'organisme à se mettre en équilibre uréique.

Lésions du foie et du rein à la suite d'injections des acides butyrique, oxybutyrique α et oxybutyrique β. — MM. A. Mayer, F. Rathery et G. Schæffer, poursuivant l'étude systématique de l'action sur le foie et le rein des acides gras, ont recherché le pouvoir lésionnel, sur le foie et le rein, des acides précédents. Ils ont opéré chez un herbivore, le lapin, et chez un carnivore, le chat.

Ils ont montré que le rein n'est lésé par aucun des acides précédents ni chez le lapin ni chez le chat, sauf cependant pour ce qui concerne l'acide butyrique qui, à dose suffisante, détermine des lésions de cytolyse protoplasmique du second degré.

Quant au foie, les réactions cellulaires sont différentes chez le chat et le lapin. Chez le lapin, l'acide butyrique détermine des lésions nettes, les acides oxybutyriques α et β n'en provoquent aucune. Chez le chat, les trois acides sont doués d'un fort pouvoir lésionnel sur le foie.

Ces faits sont intéressants à noter, étant donné le rôle qu'on fait jouer actuellement à l'acidose dans la pathogénie du coma diabétique.

Péristaltisme intestinal et opothérapie. — MM. Enriquez et Hallion. Divers extraits d'organes, en injections intraveineuses, déterminent du péristaltisme de l'intestin. Tels sont, tout particulièrement, les extraits de duodénum, de rate, de foie. Il n'est pas démontré que cette propriété, qui reçoit d'utiles applications thérapeutiques, doive être rapportée à de véritables hormones, c'est-à-dire à des produits jouant un rôle physiologique par voie de sécrétion interne.

Valeur calorique de l'urine. — D'après M. Vallée, la méthode calorimétrique est un moyen de mesure assez sensible pour qu'il soit possible d'apprécier le degré de dégradation plus ou moins avancé auquel est descendu l'ensemble des corps constituant le non-dosé organique de l'urine.

Tachyphylaxie croisée. — MM. Champy et Gley. On peut provoquer le phénomène de tachyphylaxie pour un extrait d'organe donné avec l'extrait d'un autre organe, et *vice versa* : c'est la *tachyphylaxie croisée*. Par exemple : un lapin, qui a reçu une dose non toxique d'extrait testiculaire, reçoit, quinze minutes après, la dose toxique d'extrait thyroïdien. Il ne se produit aucun accident, et inversement. Il arrive, si la dose d'extrait injectée après l'injection tachyphylectisante est hypertoxique, que l'animal ne résiste pas à cette dose trop forte; l'immunisation rapide, la tachyphylaxie n'est, dans ce cas, pas assez solide.

Histologie des lésions destructives de l'ivoire dans la carie dentaire. — MM. L. Dieulafé et A. Herpin. Au-dessous de l'émail atteint de carie, se développe dans la substance de l'émail, une zone claire de réaction défensive. Lorsque l'ivoire est envahi à son tour, on voit une zone sombre développée dans l'ivoire s'interposer entre le fond de la carie de l'émail et la zone transparente de l'ivoire : elle correspond à l'envahissement de l'ivoire par le processus destructeur. Les micro-organismes arrivés, à travers l'émail, à la surface de l'ivoire déterminent une décalcification de ce tissu et le pénètrent ; les voies d'accès sont constituées par les canalicules de l'ivoire. Toute la zone envahie est très colorée et cela correspond à la présence de micro-organismes; d'après Clarek, il s'agit d'une pigmentation due à des bactéries chromogènes; d'après Black, la coloration proviendrait de l'action des combinaisons sulfureuses dégagées au cours de processus de putréfaction.

Le début des lésions de l'ivoire s'observe au voisinage d'une carie de l'émail, on y voit des régions où la substance de l'ivoire est d'aspect homogène et faiblement colorée, où les fibres de Tomes se distinguent à peine et ne présentent pas l'espace clair qui les enveloppe d'habitude et correspond à la lumière des canalicules ; ici la lumière des canalicules est comblée d'une substance qui ne se distingue pas de la substance de l'ivoire, ces régions sont encore indemnes des lésions et correspondent à la zone de résistance.

Par endroit, l'ivoire est parsemé d'îlots foncés qui, selon la direction de la coupe par rapport aux tubes de dentine, se présentent sous forme de plaques arrondies ou de traînées allongées. Dans ces zones foncées les canalicules sont gonflés, ont des contours irréguliers, leur lumière contient des micro-organismes, les fibres de Tomes sont gonflées ou fragmentées.

Lorsque les lésions sont plus avancées, les tubes dentinaires se remplissent de substance foncée résultant de la désagrégation des fibres de Tomes et des gaines de Neumann. Tout autour, sous l'influence des sécrétions microbiennes, la substance de l'ivoire est dissoute, les tubes sont agrandis, parfois confondus les uns avec les autres et formant des cavités irrégulières dans lesquelles se trouvent les débris des tissus détruits et aussi des micro-organismes ; sur certains points, plusieurs tubes agglomérés présentent de la substance foncée en forme de plaque polygonale, dans laquelle se distinguent les sections des fibres de Tomes, sous forme de points noirs; dans l'ensemble on dirait un polynucléaire avec ses noyaux. On voit aussi des cavités dans la substance de l'ivoire à la limite de ces lacunes, les tubes sont coupés et leurs tranches de sections constituent la paroi de ces lacunes.

La décalcification, d'après Jung, ne se limite pas aux tissus infiltrés de bactéries ; elle gagne dans toutes les directions aussi bien en profondeur que sur les côtés.

Si l'on observe une cavité de carie dont les parois sont constituées par de l'ivoire, on assiste aux ultimes lésions de ce tissu. On voit, en bordure, de l'ivoire dans lequel les canalicules élargis sont entièrement occupés par des masses foncées, et par endroits, toute la substance dentinaire étant dissoute, ce sont les masses provenant des canalicules qui, s'étant agglomérées, forment des amas irréguliers de substance foncée.

Dans le processus de destruction de l'ivoire, il y a lieu de considérer la dissolution de la substance canaliculaire, l'envahissement de canalicules par les micro-organismes, le gonflement des fibres de Tomes et leur fragmentation, la fragmentation des gaines de Neumann, la dissolution de la substance dentinaire. Au cours des lésions destructives, l'ivoire est de plus en plus envahi, et les zones de résistance sont détruites à leur tour, mais on peut voir des îlots de cette substance rester inattaquable et persister sous forme d'enclaves dans le fond des cavités de carie. (*A suivre.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMONIE DES VIEILLARDS

Etiologie. — La pneumonie est assez fréquente chez le vieillard, puisqu'elle entre environ, pour 25 p. 100, parmi les causes de mort chez les gens âgés : elle est non seulement fréquente comme maladie primitive, mais encore, elle constitue la complication la plus habituelle des maladies aiguës ou chroniques ; comme l'a dit Cruveilhier, la pneumonie est le fléau le plus redoutable de la vieillesse.

La *cause occasionnelle* la plus fréquente est le froid, auquel les vieillards sont particulièrement sensibles. Aussi, est-ce en hiver, que s'observent plus spécialement les pneumonies. Le

froid diminue la résistance de l'organisme vis-à-vis le pneumocoque de Talamon Franckel, qui existe à l'état saprophyte dans la bouche, le nez, le pharynx, chez le vieillard comme chez l'adulte. Il faut également signaler, dans les asiles de vieillards, l'apparition de véritables épidémies de pneumonie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans leurs grandes lignes, les lésions de la pneumonie du vieillard diffèrent peu de celles de l'adulte ; il faut cependant signaler, avec Louis, le siège plus fréquent de la pneumonie *au sommet* et la localisation plus souvent *à droite*, qu'à gauche. Pour Durand-Fardel, la pneumonie ne serait pas plus souvent double chez le vieillard que chez l'adulte, contrairement à l'opinion admise. Les stades classiques d'engouement, d'hépatisation rouge, d'hépatisation grave, se retrouvent également ici : il importe de noter cependant, à la phase d'hépatisation rouge, le fait qu'à la coupe la surface de section, au lieu d'être *grenue*, est *plane*; cet état spécial serait dû à la pauvreté en fibrine de l'exsudat. D'une manière générale d'ailleurs les granulations de l'hépatisation rouge seraient « plus grosses, moins friables, plus légères que celles de l'adulte, et gagneraient plus rarement le fond de l'eau » (Durand-Fardel). Mais ce qu'il importe surtout de retenir, comme l'ont bien montré Moutard-Martin et Mercier, c'est la rapidité avec laquelle, chez le vieillard, la pneumonie aboutit à *l'hépatisation grise* qui, à son tour, très rapidement se transforme en un véritable abcès pulmonaire.

La *réaction pleurale* est à peu près constante; elle se traduit quelquefois par un épanchement, plus souvent sous la forme d'exsudats pleuraux.

Le *sang* est infiniment moins riche en *fibrine*, que chez l'adulte.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous prendrons comme type de description la forme la plus souvent rencontrée, nous réservant ensuite de signaler quelques types spéciaux.

Les prodromes font presque toujours défaut. Le début est le plus souvent mal déterminé, exceptionnellement il se fait par les signes solennels, observés chez l'adulte. Parmi ceux-ci, le plus constant est le *frisson*; plus rarement on observe le point de côté, la dyspnée; bien plus souvent seule l'hyperthermie subite vient donner l'éveil.

A la *période d'état*, l'on ne constate que rarement les symptômes classiques de la pneumonie; cependant, chez des vieillards antérieurement bien portants, l'on peut observer cette forme normale; on l'appelle alors, la *forme évidente* de la pneumonie sénile, et l'on pourrait, à son propos, rappeler tous les signes fonctionnels et physiques de la pneumonie lobaire classique. Cependant même dans cette forme, la *courbe de la température* diffère de celle de la forme typique. Après une ascension, souvent moins brusque d'ailleurs, la courbe parvenue à son fastigium ne s'y maintient pas, et dès le deuxième jour la température s'abaisse, pour présenter ensuite toute une série d'oscillations.

La terminaison peut se faire par la guérison : la défervescence est rarement brusque; on observe surtout la *chute en lysis*, la crise sudorale, la crise urinaire sont peu nettes; cependant il existe une véritable crise avec phénomènes de collapsus, quelquefois inquiétants.

Mais bien plus souvent la pneumonie évolue vers l'hépatisation grise, qui, souvent observée à l'autopsie, n'est que rarement diagnostiquée en clinique, en raison de sa marche rapide.

La *fièvre* ne se révèle que peu avant la mort ; les crachats, couleur jus de pruneaux, sont assez exceptionnels. Seules l'absence de défervescence ou la réascension rapide de la température permettent de prévoir cette évolution.

FORMES CLINIQUES. — Toute différente est l'évolution de la pneumonie chez le vieillard, déjà débilité. On décrit des formes larvées, des formes semi-latentes, ou complètement latentes.

I. **Formes larvées**. — a. *Forme grippale*. Brusquement un vieillard, jusque-là bien portant, est pris de frissonnements : la température monte à 39 degrés. Il existe un peu de toux, de tachypnée ; à l'examen direct, on ne trouve pas de matité, mais seulement une respiration rude, quelques râles muqueux ; ce qui est alors caractéristique, c'est que la *langue est sèche et rôtie*, que les *urines* sont rares, hautes en couleur, albumineuses ; le *pouls* est rapide, arythmique. On est en droit d'affirmer la pneumonie, diagnostic qu'une défervescence brusque, ou une terminaison rapidement fatale, avec *cyanose, dyspnée*, viendront souvent confirmer. Il faudra dans tous ces cas ausculter tout spécialement au niveau des *deux aisselles*, en s'aidant du sthétoscope.

b. *Forme bronchitique*. — Il s'agit d'un emphysémateux chez lequel graduellement, ou subitement, la toux devient fréquente, sèche, l'expectoration se supprime ou est un peu teintée; la peau est sèche, la *langue rôtie;* à l'auscultation l'on n'entend que des râles sibilants et ronflants, sauf en un point où ils sont un peu plus fixes, et où l'on constate un peu de submatité. L'évolution, le plus souvent fatal, démontre bien qu'il s'agit de pneumonie.

II. **Formes semi-latentes**. — Ces formes s'observent chez des vieillards déprimés, cachectiques qui s'alitent sans qu'on y prenne garde, et chez lesquels la pneumonie évolue toujours rapidement.

III. **Formes latentes ou ambulatoires**. — Elles s'observent chez des vieillards qui ne se sont jamais alités, et qui, pris d'une défaillance, meurent brusquement ; à l'autopsie on constate une pneumonie, comme d'ailleurs, dans bon nombre de morts SUBITES, chez les vieillards.

IV. **Forme algide**. — La pneumonie dans cette forme reste apyrétique, ou parfois même hypothermique, pendant toute l'évolution.

V. **Forme délirante**. — Le vieillard semble atteint de démence sénile.

VI. **Forme apoplectique**. — L'ictus, avec ou sans hémiplégie, peut s'observer au début de la maladie, tantôt plus tardivement. La mort survient le plus souvent dans le coma.

VII. **Pneumonie double**. — Cette forme presque toujours mortelle se traduit souvent par deux élévations thermiques, successives, sauf dans les cas où la pneumonie est double d'emblée.

VIII. **Pneumonie au cours d'autres maladies**. — Chez les *cardiaques*, la pneumonie s'accompagne rapidement de phénomènes asphyxiques d'asystolie, quelquefois d'œdème aigu du poumon (Merklen).

La pneumonie termine souvent la *tuberculose pulmonaire sénile*, l'*emphysème*, elle s'observe fréquemment chez les *hémiplégiques*, *hémiplégie pneumonique* de Lépine.

COMPLICATIONS. — La pneumonie des vieillards, étant particulièrement grave et le plus souvent mortelle, ne donne pas le temps aux complications de se produire; dans toutes ces pneumonies, le danger est, en même temps, l'asphyxie et l'asystolie, ou l'arrêt brusque du cœur.

DIAGNOSTIC. — Les formes grippales, bronchitiques, de la pneumonie des vieillards, pourraient être prises pour la grippe, une bronchite banale; le diagnostic se fera surtout grâce aux symptômes généraux.

Le diagnostic sera souvent hésitant, avec la broncho-pneumonie, la pleurésie (radioscopie).

Chez les vieillards débilités, la pneumonie, s'accompagnant de torpeur et de coma, pourra faire penser à l'hémorragie cérébrale ou au ramollissement ; il faudra d'ailleurs se rappeler la coïncidence fréquente d'une hémiplégie et d'une pneumonie.

PRONOSTIC. — La gravité de la pneumonie croît en raison de l'âge, mais le véritable facteur de gravité est l'*état du cœur*, qui est vraiment la clef du pronostic. Celui-ci est à peu près fatal, si le pouls dépasse 120, s'il est petit, irrégulier.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste surtout à soutenir l'état général (alcool, champagne, grog, huile camphrée, spartéine), on emploiera avec succès souvent la compresse humide. On a préconisé, les inhalations d'oxygène, les injections intraveineuses de collargol, électrargol. Certains auteurs conseillent même l'abcès de fixation.

BIBLIOGRAPHIE. — A. PIC et BONNAMOUR. *Précis des maladies des vieillards*, Coll. Testut, 1912. — RIMBAUD. Pneumonie des vieillards. Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1907.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 137. — SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1911. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est seule responsable *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 29 novembre. — MM. Richard (André), 9; Cambessédès, 10; Trousset, 8; Roubeau, 5; de Champs de Saint-Léger, 6; Mercier (Fernand), 10 1/2; Maréchal, 14; Wiart, 7; Michel, 12; Powilewicz, 9.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — Le *Journal officiel* publie le décret portant réorganisation des études médicales.

En même temps, paraîtra un arrêté fixant au 1er novembre 1913 la date d'application de ce décret. Par suite, les étudiants inscrits actuellement au P. C. N. resteront soumis à l'ancien régime d'études médicales; ne seront astreints au nouveau régime que les étudiants qui s'inscriront au P. C. N. à partir du 1er novembre 1912.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La *médaille en or* des épidémies est décernée à M. le docteur Foubert (d'Oudjda).

La *médaille en argent* est décernée à MM. les docteurs Orjuben, médecin sanitaire maritime; Gobinot, Debombourg et Charrier, médecins militaires.

La *médaille de bronze* est décernée à MM. les docteurs Sénéchal, assistant de chirurgie à la maison départementale de Nanterre; Boury, médecin sanitaire maritime, et à M. Fourteau, externe des hôpitaux de Lyon.

— CONCOURS POUR LE POSTE DE MÉDECIN TITULAIRE A LA PRISON DE LA SANTÉ. — Le jury est composé de MM. les docteurs Troisier, président, Thoinot, Gilbert Ballet, Dupré et Mosny.

POUR LES ÉTUDES CLASSIQUES. — Il est agréable de constater que le mouvement en faveur des études classiques prend de plus en plus d'extension. Partout se produisent des manifestations symptomatiques de cet état de choses, et nous devons signaler entre autres la remarquable conférence faite hier à la « Société de l'internat des hôpitaux », par M. le docteur Laignel-Lavastine : « Sur l'utilité des études classiques pour la carrière médicale ».

Ce fut une forte démonstration que nos collègues applaudirent vigoureusement.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-septième semaine, 833 décès au lieu de 839 pendant la semaine précédente, et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde présente des chiffres moyens ou voisins de la moyenne; la rougeole au contraire la dépasse un peu.

LES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE ET LA QUESTION DE L'ANCIENNETÉ. — L'an dernier, M. Lefas faisait adopter par la Chambre une proposition de résolution ainsi conçue :

« La Chambre invite le Gouvernement à présenter un projet de loi assurant le bénéfice de la loi du 17 juillet 1908 aux élèves de l'école de santé militaire de Lyon. »

L'article unique de la loi du 17 juillet 1908 est lui-même ainsi conçu :

« Les élèves de l'école spéciale militaire et de l'école polytechnique, nommés sous-lieutenants après avoir accompli l'année de service prescrite par l'article 23 de la loi du 21 mars 1905, avoir été pendant deux ans élèves de l'une de ces écoles et avoir satisfait aux examens de sortie de ladite école, prennent rang dans ce grade sans rappel de solde à une date antérieure d'un an à celle de leur nomination. »

Le ministre de l'an dernier, M. le général Brun, après intervention de M. Lefas, déclarait que cette anomalie était inadmissible et qu'il était tout prêt à examiner cette question et à la résoudre dans le plus large esprit de bienveillance et de justice.

M. le rapporteur général ne faisait aucune opposition. Or, depuis l'année dernière, rien n'a été fait; les élèves de l'école de santé militaire de Lyon, qui comptent trois ans de présence à l'école, qui ont accompli un an de service dans l'armée active, comme leurs camarades de l'école polytechnique ou de l'école de Saint-Cyr, se trouvent ainsi frappés d'une déchéance particulière.

M. Etienne Rognon, reprenant cette question dans la séance

RENSEIGNEMENTS

du 28 novembre, a demandé à M. le ministre de la guerre et à M. le rapporteur de vouloir bien, une fois pour toutes, ne pas faire de promesses comme on en a fait l'an dernier, s'ils doivent ne pas les tenir et mettre ainsi dans l'obligation de signaler de nouveau, l'année prochaine, les actes d'injustice commis au détriment des élèves de l'école de santé militaire de Lyon.

Le ministre a répondu à M. Rognon qu'une loi était nécessaire pour cette réforme. Le projet a été signé il y a quinze jours et le dépôt devant la Chambre n'est plus qu'une question de jours.

LES SOLDATS MORTS DE FIÈVRE TYPHOIDE. LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE DANS L'ARMÉE. — Dans la séance du 29 novembre, M. le ministre de la Guerre, répondant à une question de M. Betoulle, a confirmé que les corps des militaires morts de la fièvre typhoïde ne peuvent être ramenés dans leur pays avant un délai de trois ans.

« Puisqu'il est parlé de la fièvre typhoïde, a ajouté le ministre, je profite de cette occasion pour répondre à une question qui m'a été posée hier, celle de la vaccination antityphoïdique, question extrêmement importante, du plus haut intérêt, non seulement pour les troupes débarquées au Maroc, mais pour tous nos soldats en service dans les pays à climat chaud.

Une expérience très intéressante a été faite dès le mois de juillet de cette année, sur l'initiative du service de santé du ministère de la guerre et du praticien éminent qu'est M. le professeur Chantemesse. Cette expérience a eu lieu dans la région d'Oudjda; elle a réussi de la façon la plus complète. Aucun des soldats vaccinés contre la fièvre typhoïde n'a, depuis le mois de juillet dernier, été atteint par la maladie, tandis qu'un certain nombre de leurs camarades, placés dans les mêmes conditions qu'eux, mais n'ayant pas consenti à subir cette vaccination, pour laquelle ils étaient laissés absolument libres, ont été atteints; plusieurs d'entre eux, même, sont morts.

Aussi ai-je pris des dispositions pour que, dans les mois de janvier, de février et de mars de l'année prochaine, qui sont les plus favorables à la réussite de la vaccination antityphoïdique, toutes les troupes d'Algérie, toutes les troupes du Maroc et même toutes les troupes coloniales soient soumises à cette opération.

Je suis convaincu que, l'année prochaine, le nombre des décès, malheureusement trop élevé, causés par la fièvre typhoïde, diminuera dans des proportions appréciables. »

GUERRE. — Un concours pour sept emplois de rédacteur dans les bureaux de l'administration centrale de la guerre sera ouvert le 9 janvier 1912.

Peuvent seuls être admis à concourir (décret du 1er février 1909) : Les jeunes gens titulaires du diplôme de... docteur en médecine.

Les candidats doivent avoir satisfait à la loi sur le recrutement en ce qui concerne le service actif en temps de paix et être âgés de moins de trente ans. Toutefois, cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à la retraite.

La limite d'âge ci-dessus indiquée sera comptée à la date d'ouverture du concours.

Les demandes des candidats devront parvenir au ministère de la guerre le 5 décembre 1911 au plus tard.

Les candidats auront, en même temps, à faire connaître s'ils désirent être interrogés sur les langues étrangères.

Le programme du concours sera envoyé aux personnes qui en feront la demande au ministère de la guerre (service intérieur, 1er bureau, personnel de l'administration centrale).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne, ancien chef de clinique; Chirié, chef de clinique; Lemeland et Marioton, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Gaujoux, Siguret et Roux, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 4 décembre 1911. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 4 décembre 1911. M. Guéniot, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 5 décembre, à trois heures. Exercices de palper au lit des malades. — M. Devraigne, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 6 décembre, de neuf heures du matin à onze heures et demie, examen des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; — à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 7 décembre, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Chirié, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 8 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Samedi 9 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Lundi 11 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 12 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lequeux, à cinq heures. Le forceps sur les positions élevées.

Mercredi 13 décembre, de neuf heures du matin à onze heures et demie, examen des femmes enceintes par M. le professeur Bar; — à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Vendredi 15 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (extraction).

Samedi 16 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lequeux, à cinq heures. La version par manœuvres internes (difficultés de l'extraction).

Lundi 18 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Guéniot, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Mardi 19 décembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Mercredi 20 décembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Devraigne, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie a mis en marche le *train de nuit extra-rapide* desservant la Côte d'Azur.

Aller : départ de Paris, 7 h. 20 soir; arrivée à Nice 10 h. 40 matin, à Monte-Carlo 11 h. 27, à Menton 11 h. 41. — Retour : départ de Vintimille 5 h. 51 soir; de Menton 6 h. 15; de Monte-Carlo 6 h. 36, de Nice 7 h. 17; arrivée à Paris, 10 h. 40 matin.

Ce train aura lieu :

A l'aller, jusqu'au 17 décembre, les mercredis, samedis et dimanches; du 18 décembre au 28 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er au 8 mai, les mercredis, samedis et dimanches.

Au retour, jusqu'au 17 décembre, les lundis, vendredis et dimanches; du 18 décembre au 29 avril, tous les jours sauf le jeudi (toutefois il aura lieu les jeudis 11 et 18 avril); du 3 au 10 mai, les lundis, vendredis et dimanches.

Trajet de Paris à Nice en quinze heures.

Ce train est composé de grandes voitures à bogies offrant des places de 1re classe, des places de lits complets, de lits-salons avec draps et de lits-salons, d'un sleeping-car et d'un vagon-restaurant entre Paris et Dijon et entre Marseille et Vintimille. — Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

CONGRÈS

XXIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Tunis, 1er-7 avril 1912). — Le XXIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1er au 7 avril.

Bureau du Congrès. — Président : M. le docteur Mabille (de La Rochelle) ; vice-président : M. le docteur Arnaud (de Vanves) ; secrétaire général : M. le docteur Porot (de Tunis).

Travaux scientifiques. — I. *Rapports* sur les questions à l'ordre du jour :

a. « Les perversions instinctives. » (Rapporteur : M. Dupré, professeur agrégé, Paris.)

b. « Les troubles nerveux et mentaux du paludisme. » (Rapporteur : M. le docteur Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.)

c. « L'assistance des aliénés aux colonies. » (Rapporteur général : M. le professeur Régis (de Bordeaux) ; rapporteur : M. Reboul.)

II. *Communications* originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Renseignements généraux. — Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports, et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Voyages et excursions. — Le séjour en Tunisie permettra aux congressistes de visiter, outre les villes orientales de Tunis et Kairouan, les antiquités de l'Afrique romaine ainsi que le Sud tunisien et ses oasis.

Première partie. — Tunis et ses environs (cinq jours) : réunions scientifiques, visites aux établissements d'assistance, visite de la ville arabe, des souks, Carthage, le Bardo et son musée.

Deuxième partie. — Excursions dans le Centre et le Sud tunisien (deux ou cinq jours).

Petite excursion (deux jours) : Kairouan, la ville sainte.

Grande excursion (cinq jours) : Kairouan, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès et son oasis.

Excursion automobile facultative à Dougga (un jour).

Les congressistes qui voudraient prolonger leur séjour en Afrique pourront faire l'intéressant voyage de Constantine, Timgad, Biskra et retour par Alger.

Retour possible par Palerme (la Sicile), Naples et l'Italie.

Les réductions de tarifs habituelles seront demandées aux compagnies de chemin de fer français pour le transport des congressistes jusqu'à Marseille.

Des réductions ont été consenties par les compagnies françaises de navigation pour le trajet Marseille-Tunis et retour.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au docteur Porot, 5, rue d'Italie, à Tunis.

N. B. — Vu le nombre limité des places à bord des paquebots et pour assurer le passage de tous les congressistes, l'inscription au Congrès de Tunis sera exigée avant le 15 janvier 1912.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE (Paris, 2-7 août 1910). — Le Comité d'organisation du IIIe Congrès international d'hygiène scolaire vient de se réunir à la Sorbonne pour en vérifier les comptes.

Il a été heureux de constater le succès éclatant de cette belle manifestation et de voir avec quel empressement un grand nombre de personnes qui comptent parmi les hygiénistes les plus qualifiés et les pédagogues les plus distingués de tous les pays civilisés ont répondu à son appel. Ce qui démontre d'une façon éclatante l'intérêt des questions traitées, c'est que sur un budget de recettes de 53 365 francs une somme de 34 700 francs, soit les deux tiers, a été fournie par les cotisations des membres adhérents et que le Comité a pu clore ses comptes avec un léger excédent de recettes malgré les dépenses considérables résultant de l'impression des trois forts volumes des rapports et des comptes rendus et des frais d'aménagement du Grand-Palais.

L'exposition d'hygiène scolaire organisée par le Comité a eu aussi un légitime succès et avec son budget de 17 837 francs de recettes elle a pu faire face à toutes ses dépenses.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 DÉCEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 12 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 13 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie). — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries). — 4e.

Jeudi 14 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re et 2e parties). — 4e.

Vendredi 15 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 16 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 13 décembre, à une heure. — M. Devimeux. Du traitement des formes graves de l'atrophie et de l'hypotrophie infantile par l'emploi méthodique des laits surchauffés et des laits homogénéisés. (MM. Gautier, président; Gaucher, Richaud et Gougerot.) — M. Brin. Des formes cliniques de la perforation intestinale et de la fièvre typhoïde. (MM. Gaucher, président; Gautier, Richaud et Gougerot.) — M. Lambron. La vasœpididymectomie bilatérale. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Houart. Etudes cliniques sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 14 décembre, à une heure. — M. Aubry. Contribution à l'étude des infections paratyphoïdes. (MM. Debove, président; Gilbert, Castaigne et Rathery.) — M. Maignien. Contribution à l'étude de la tuberculine dans le diagnostic et le traitement en particulier de la tuberculose pulmonaire. (MM. Gilbert, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. Jais. Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë dans la grossesse gémellaire. Diagnostic et traitement. (MM. Bar, président; Widal, Jeannin et Roussy.) — M. Delsouiller. De la syphilis dans ses rapports avec les anévrismes de l'aorte et de l'intérêt que présente la recherche de la réaction de Wassermann au cours de ces anévrismes. (MM. Widal, président; Bar, Jeannin et Roussy.)

REVUE GÉNÉRALE

LA PLEURÉSIE MÉDIASTINE PURULENTE

(EMPYÈME DU MÉDIASTIN)

Par M. Jean REBATTU,
Chef de clinique médicale adjoint à la Faculté de Lyon.

La tendance à l'enkystement est un des traits les plus caractéristiques des pleurésies purulentes ; dans les pleurésies de la grande cavité, il n'est pas rare de voir l'épanchement cloisonné par des adhérences en plusieurs loges, mais l'enkystement se fait avec une sorte de prédilection dans certaines régions de la plèvre, grâce à leurs conditions anatomiques spéciales. La pleurésie interlobaire et la pleurésie diaphragmatique sont les plus communes ; le tableau en est bien connu. La localisation médiastine est beaucoup plus rare.

Quel que soit leur siège, les pleurésies enkystées ont ce trait commun de présenter surtout une symptomatologie d'emprunt, traduisant la souffrance des organes de voisinage irrités ou comprimés par l'épanchement. C'est ainsi que la pleurésie interlobaire est masquée pendant un temps par les signes pulmonaires. De même, dans la pleurésie diaphragmatique, c'est le voisinage du diaphragme et l'irritation du phrénique qui donnent à la scène clinique son allure bien spéciale. Aussi est-il indispensable pour expliquer la symptomatologie de la pleurésie médiastine de rappeler brièvement, d'après les notions classiques, la topographie du médiastin.

On sait que sous cette dénomination on comprend cette partie de la cavité thoracique comprise entre les poumons et qui s'étend de la base du cou jusqu'à la coupole diaphragmatique, de la face postérieure du sternum à la colonne dorsale.

On le divise un peu arbitrairement en deux régions, antérieure et postérieure ; la limite qui les sépare est un plan frontal passant par la bifurcation de la trachée. En avant l'espace médiastinal est comblé par le cœur enveloppé dans son péricarde, l'origine des gros vaisseaux et le thymus ou le tissu cellulo-graisseux qui le représente. Le médiastin postérieur, plus étroit, est un lieu de passage pour les organes venus de la région cervicale ou de l'abdomen, soit qu'ils traversent simplement le thorax, soit qu'ils y aient leur origine ou leur terminaison : on y rencontre notamment l'œsophage, l'aorte, les azygos, le canal thoracique, les pneumogastriques. Le feuillet pariétal de la plèvre médiastine revêt successivement ces différents organes. Mais, tandis qu'au-dessus du pédicule pulmonaire, il s'étend directement et sans interruption de la colonne vertébrale au sternum, il forme au-dessous du pédicule pulmonaire, entre ce pédicule et le diaphragme, un repli orienté dans le sens frontal, constituant le ligament du poumon. Il est donc légitime de diviser la plèvre médiastine en deux régions : antérieure ou préhilaire et postérieure ou rétrohilaire, cette division ne s'appliquant, bien entendu, qu'à la partie de la plèvre sous-jacente au pédicule pulmonaire. Nous verrons que les épanchements de la plèvre médiastine se traduisent par des symptômes bien différents suivant leur siège antérieur ou postérieur. D'ailleurs, dans les cas d'épanchements volumineux, les deux compartiments peuvent communiquer par-dessus le hile, la pleurésie médiastine devient totale. Ces considérations anatomiques étaient indispensables pour aborder avec fruit l'étude de la pleurésie médiastine purulente.

I

Historique. — De toutes les localisations des épanchements pleuraux, c'est certainement la localisation médiastine qui a suscité le moins grand nombre de travaux, et la brièveté des articles qui la mentionnent en quelques lignes dans les *Traités classiques* s'explique par la pauvreté des documents.

L'observation la plus ancienne, d'après MM. Devic et Savy, se trouve dans le Centurie, daté de 1622 et est rapportée par Rivière. Laënnec et Andral en relatent quelques observations succinctes, presque exclusivement anatomiques. Pour Chomel et pour Cruveilhier c'est une découverte d'autopsie. Le cas de Cüffer et Laurent se réduit à une brève description anatomique, et M. Bouveret dans son *Traité de l'Empyème* ne consacre que quelques lignes à la pleurésie médiastine dont le diagnostic lui paraît des plus difficiles.

La première observation détaillée est due à Pel. Presque à la même époque, Le Dentu, croyant inciser un abcès froid, ouvre une collection purulente médiastine cherchant une issue à travers la paroi thoracique.

La forme séreuse de la pleurésie médiastine est étudiée par Grancher et son élève Velimirovitch qui insistent sur l'analogie des symptômes avec ceux de la péricardite.

Avec Thoinot et Griffon (1896) l'étude bactériologique est abordée.

Jusque-là il s'agissait d'observations isolées sans travail d'ensemble. En 1898, Dieulafoy décrit d'une façon saisissante, d'après deux observations personnelles, le syndrome médiastinal réalisé par la pleurésie médiastine postérieure. C'est la localisation antérieure qu'envisageait surtout Duplant dans son étude générale des pleurésies enkystées parue à peu près à la même époque.

En 1902, Ardouin publie une observation très complète avec document radiographique ; la guérison fut obtenue par la pleurotomie. Vanverts et Dancourt, dans un travail d'ensemble, n'apportent pas de nouveau cas.

Signalons aussi la Revue générale de Detot, les travaux de Chauffard dans la *Presse médicale*, et de Lafforgue qui ont trait à des formes purement séreuses.

Fernet présente en 1905, à l'Académie de médecine, deux cas de pleurésie médiastine postérieure qui furent guéris par la pleurotomie.

Nous-même avons récemment relaté avec M. Mollard une observation détaillée, et dans le Livre jubilaire de M. le professeur J. Teissier, nous avons essayé de tracer le tableau d'ensemble de l'em-

pyème du médiastin. Quelques mois après, MM. Devic et Savy faisaient paraître dans la *Revue de médecine* une étude très complète des pleurésies médiastines, et résumaient toutes les observations publiées jusqu'à ce jour. A ce travail important, nous ferons de fréquents emprunts, notamment en ce qui concerne l'étude radioscopique et clinique.

II

Etiologie et pathogénie. — Nous n'insisterons pas sur les causes occasionnelles, sur les circonstances étiologiques banales, sur l'influence du sexe et de l'âge : il semble cependant que les observations sont relativement plus fréquentes chez l'homme et chez l'enfant.

La nature de l'infection est très variable suivant les cas. La tuberculose se rencontre moins fréquemment que dans les formes séreuses.

C'est le pneumocoque qui paraît jouer le plus grand rôle, ainsi qu'en témoignent les examens directs du pus, les inoculations (cas de Thoinot et Griffon) et la séro-agglutination pneumococcique à laquelle Dieulafoy attache une grande importance.

Le streptocoque fut mis en évidence dans le cas de Bonnet, cité par Duplant.

Souvent il s'agit d'infections associées ; c'est la règle dans les épanchements putrides ; on trouve alors une véritable purée de bacilles. Les cultures faites dans notre cas personnel et dans un cas de Fernet montrèrent l'existence de nombreux anaérobies.

Le pus a été trouvé stérile dans le cas de MM. Devic et Savy.

Il semble, en somme, que l'agent pathogène soit moins fréquemment le pneumocoque que dans les pleurésies interlobaires.

Quel qu'il soit, l'agent pathogène peut atteindre la plèvre primitivement ou secondairement. Dieulafoy croit à la nature *primitive* fréquente de la pleurésie médiastine purulente. L'épanchement siège d'abord dans la grande cavité, s'enkyste et devient purulent ; telle est souvent la succession des phénomènes. Il en était ainsi dans notre cas personnel ; le poumon à l'autopsie était absolument indemne. En pareil cas, l'infection se localise d'emblée à la plèvre.

Lorsque la pleurésie médiastine est *secondaire*, les germes peuvent être amenés par des voies diverses :

Le poumon. — Le poumon est atteint primitivement de pneumonie, de gangrène (cas de Fernet) ou de tuberculose (cas d'Andral) et l'inflammation pleurale succède à l'inflammation pulmonaire. Il est probable que la localisation médiastine ne constitue qu'une étape secondaire, succédant à l'atteinte de la grande plèvre, mais dans certains cas, au contraire, l'inflammation primitivement médiastinale s'est étendue à toute la séreuse.

Les ganglions trachéo-bronchiques. — C'est surtout chez les enfants qu'une adénopathie trachéobronchique peut s'accompagner d'une inflammation de la plèvre médiastine, notamment quand la tuberculose est en jeu.

Le péricarde. — Si la pleurésie médiastine primitive s'accompagne rarement de péricardite de voisinage, il est moins exceptionnel de la voir succéder à une inflammation du péricarde.

La paroi thoracique. — Il s'agit le plus souvent d'abcès froid, d'origine sternale ou costale. Il est possible aussi qu'un abcès médiastinal, quelles qu'en soient la nature et l'origine vienne s'ouvrir dans la plèvre médiastine ; mais il est rare en pareil cas qu'elle soit seule intéressée et que la cavité pleurale tout entière ne participe à l'inflammation.

III

Anatomie pathologique. — *a*. Les lésions de la plèvre médiastine. — C'est dans l'espace médiastinal, purement virtuel à l'état normal, que s'enkyste le liquide purulent. Mais il est rare que la plèvre médiastine soit prise dans toute son étendue ; la localisation antérieure paraît la plus fréquente. Dans notre cas personnel la poche purulente occupait les deux compartiments du médiastin en passant pardessus le hile du poumon.

Après ablation du plastron sterno-costal on constate que le poumon est fortement refoulé en dehors et fixé le plus souvent par des adhérences à la paroi thoracique. La poche purulente, de dimensions très variables, siège entre le poumon et les organes du médiastin ; elle est limitée par une ligne d'adhérences ; on trouve tantôt quelques cuillerées de pus, tantôt la collection est de 300 ou 400 grammes, ou même dépasse un litre.

Les caractères du pus varient suivant la nature de l'agent pathogène ; il peut être franchement purulent, bien lié, ou bien séropurulent avec grumeaux ; il peut aussi être chocolat (cas de MM. Devic et Savy), strié de sang (cas de Pel), ou contenir une certaine quantité de gaz.

Ajoutons que les localisations à gauche de l'empyème médiastinal sont les plus fréquentes.

b. Les lésions de voisinage. — 1° *Autres localisations pleurales*. — Il n'est pas rare de constater l'association de l'empyème médiastinal avec d'autres localisations pleurales ; c'est surtout dans l'espace interlobaire et dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique que l'on peut voir des fusées purulentes ; mais la plèvre costale peut aussi être intéressée, qu'il s'agisse d'une propagation secondaire ou d'un enkystement simultané en différents points d'une pleurésie de la grande cavité.

2° *Les lésions pulmonaires*. — Le poumon est refoulé en dehors, comprimé, et atélectasié ; il est généralement recouvert d'exsudats ; mais, en outre, il peut être le siège de foyers pneumoniques ou gangréneux ou encore de lésions tuberculeuses, cavernes le plus souvent.

3° *Le déplacement du cœur*. — Il est en général peu marqué ; car la compression liquidienne s'exerce surtout sur l'organe éminemment compressible qu'est le poumon, souvent refoulé jusque dans l'ais-

selle. Duplant fait remarquer que la collection est bridée dans son extension, le pédicule pulmonaire unissant la base du cœur au poumon, et elle s'infiltre où elle peut, décollant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, envoyant des fusées dans l'interlobe.

La déviation du cœur a cependant été constatée plus d'une fois. Nous avons vu, dans notre cas personnel, la pointe du cœur battre au niveau du mamelon droit et cette déviation fut vérifiée à l'autopsie. Lafforgue a signalé également un refoulement aussi marqué.

Quant au mécanisme du refoulement, il n'offre rien de particulier : le cœur est déplacé en masse, gardant son orientation normale.

Le péricarde a été trouvé hyperémié, mais on n'a pas signalé d'épanchement péricardique.

IV

Etude radioscopique. — La radioscopie constitue un moyen d'investigation des plus précieux pour le diagnostic de la pleurésie médiastine, et son étude se place tout naturellement entre l'anatomie pathologique et la symptomatologie.

Nous ne parlerons pas de la radiographie, bien qu'elle ait été utilisée par Ardouin ; car, non seulement elle présente des difficultés d'ordre matériel chez des malades dyspnéiques, difficiles à transporter, mais les renseignements qu'elle peut fournir sont bien inférieurs à ceux que donne la radioscopie qui peut être répétée et qui permet de voir l'image vivante du cœur et des poumons, image que l'on peut en outre faire varier à volonté suivant les positions données au malade et les mouvements qu'on lui fait exécuter.

Sur une coupe horizontale de la région médiastine, on peut constater que l'épanchement médiastinal est contenu dans la concavité du croissant pulmonaire dont les cornes le séparent des parois thoraciques antérieure et postérieure. La lame pulmonaire interposée entre l'épanchement et le point où l'on pratique la percussion et l'auscultation peut masquer les signes physiques de l'épanchement, dont seule la radioscopie révèle alors la présence.

L'épanchement vient-il à augmenter, les extrémités du croissant pulmonaire s'amincissent et se réduisent et les signes physiques habituels pourront apparaître graduellement.

L'image radioscopique offre une forme différente suivant le siège antérieur ou postérieur de l'épanchement.

Formes antérieures. — On voit alors, s'il s'agit d'un *petit épanchement*, une bande sombre doublant l'ombre cardiaque plus foncée; elle peut prendre naissance à la partie supérieure du thorax, descend jusqu'au diaphragme, présentant plus de netteté vers sa partie inférieure.

Lorsque la lésion est bilatérale, le cœur est bordé de chaque côté par une bande grise.

Les *formes à grand épanchement* en imposent souvent pour des péricardites ; pour les en différencier, il faut avoir présents à l'esprit les caractères généraux des épanchements péricardiques. Nous les résumons rapidement d'après MM. Devic et Savy qui reproduisent les conclusions de Destot.

Les péricardites à grand épanchement donnent une augmentation de l'ombre cardiaque sous forme d'un vaste triangle à base inférieure, reposant sur le diaphragme. Mais, s'il n'y a pas de réaction pleurale, les battements restent toujours visibles.

Lorsqu'un épanchement péricardique ne donne aucune pulsation, c'est qu'il y a de la pleurésie médiastine de voisinage associée à la péricardite, du côté où les battements font défaut; car les battements transmis par l'épanchement péricardique sont étouffés par le liquide pleural grâce à son contact avec le tissu pulmonaire compressible qui amortit les pulsations jusqu'à les rendre imperceptibles.

Un épanchement médiastinal *droit* donne une image radioscopique superposable à celle d'un épanchement péricardique ; la pointe du cœur est immobile du côté droit, mais les battements sont perçus à gauche; on peut affirmer alors l'épanchement médiastinal. Pour savoir s'il y a une péricardite associée, il faut tâcher de dissocier les deux ombres en diaphragmant, l'ombre cardiaque étant toujours plus opaque.

Lorsque la pleurésie médiastine siège à *gauche*, l'encoche qui sépare la base du cœur de l'aorte disparaît ; l'image rappelle celle d'une aorte élargie à son origine, mais l'absence de tout battement permet d'éliminer toute lésion aortique.

L'épanchement est-il plus volumineux, la forme de l'image rappelle celle de l'épanchement siégeant à droite, mais disposée en sens inverse, et les remarques faites plus haut pour éliminer l'épanchement péricardique trouvent encore ici leur application.

C'est donc la péricardite que simule à l'écran la pleurésie médiastine antérieure. Par contre, on éliminera sans difficulté les tumeurs médiastinales à cause de leur aspect bosselé et mamelonné.

Formes postérieures. — Les pleurésies du médiastin postérieur donnent une ombre juxta-rachidienne, de forme rectangulaire : c'est la pleurésie en bande verticale dont parle Chauffard.

L'image affecte la même forme, quel que soit le volume de l'épanchement : seule sa grandeur varie. Le diagnostic radioscopique est aisé, et l'on évitera facilement la confusion avec une tumeur ou avec une ectasie aortique animée de battements et occupant l'espace clair postérieur.

Rappelons enfin que l'on peut suivre à l'écran l'évolution des épanchements médiastinaux. Nous avons vu apparaître une ombre postérieure juxtarachidienne alors qu'au début l'examen à l'écran dénotait seulement l'existence d'un épanchement médiastinal antérieur. La radioscopie permit donc de suivre l'évolution de l'empyème médiastinal, à localisation d'abord exclusivement antérieure, et l'envahissement secondaire du compartiment postérieur.

L'épanchement une fois résorbé, les reliquats de la pleurésie pourront encore être décelés par l'examen à l'écran qui permet aussi d'explorer les pou-

mons et d'apercevoir l'envahissement possible de l'interlobe et du cul-de-sac costo-diaphragmatique.

V

Etude clinique. Symptomatologie générale. — Le nombre relativement très restreint des observations, l'évolution rapide de l'affection dans laquelle les phénomènes fonctionnels et généraux dominent ordinairement la scène, la latence des signes physiques qui font que la pleurésie médiastine est souvent une découverte d'autopsie, expliquent les difficultés que l'on éprouve pour tracer un tableau d'ensemble de la symptomatologie de l'empyème du médiastin.

La diversité des symptômes, suivant la localisation anatomique de l'épanchement, empêche d'établir une symptomatologie schématique pouvant servir de cadre, et, pour se conformer à la réalité, il est plus clinique de décrire séparément l'empyème du médiastin antérieur, puis l'empyème du médiastin postérieur. Nous indiquerons ensuite rapidement les autres formes cliniques que l'on pourrait envisager en prenant comme principe de classification non plus la localisation anatomique de la collection purulente, mais sa nature microbienne, son évolution, etc.

Empyème du médiastin antérieur. — Le *début* peut être brusque, consistant en frissons, point de côté ou toux sèche.

On peut aussi voir évoluer une pneumonie dont la résolution ne se fait pas franchement ; la température s'abaisse sans redevenir normale, la dyspnée persiste, le malade reste adynamique, et l'examen physique attentif permet de déceler la présence de l'épanchement enkysté.

Parfois, on assiste à l'évolution d'une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité, et ce n'est que peu à peu que se produit l'enkystement et la transformation purulente ; l'attention sera attirée par l'aggravation des signes fonctionnels et de l'état général, malgré la disparition ou la diminution des signes d'épanchement.

D'autres fois enfin, comme dans le cas de MM. Devic et Savy, l'affection évolue sournoisement, sans phénomènes aigus ; le malade se plaint de poussées de grippe, il ressent depuis longtemps des points de côté, il a une toux sèche, de la dyspnée. On peut penser à une tuberculose pulmonaire, et c'est l'examen à l'écran qui révèle l'enkystement médiastinal.

Les *signes physiques* sont perçus uniquement à la partie antérieure du thorax. Il est rare qu'à l'*inspection* on constate une légère voussure entre la troisième et la cinquième côte s'étendant du bord gauche du sternum jusqu'à la ligne mamelonnaire.

La *percussion*, souvent *douloureuse*, dénote une zone de matité sur une hauteur de quatre travers de doigt entre le sternum et le sein gauche, si l'épanchement siège à gauche. Cette zone de matité dessine un triangle à angles mousses très comparable au triangle de matité péricardique.

Elle est immobile, non influencée par la position, assise ou couchée, du malade.

Quand l'épanchement siège à droite, c'est à droite du sternum que la percussion révèle la matité ; elle peut s'étendre jusqu'à la ligne axillaire antérieure, remonter jusqu'à la clavicule ou descendre jusqu'au foie.

Mais en général la sonorité sous-claviculaire reste normale et peut même faire place à du skodisme.

L'espace de Traube reste habituellement sonore, à moins, bien entendu, que le cul-de-sac costo-diaphragmatique soit également envahi.

L'abolition des vibrations se superpose à la zone de matité.

A l'*auscultation*, le silence respiratoire est fréquemment observé, sans souffle, sans râles, sans frottements. Parfois, cependant, on peut percevoir un souffle doux, ayant tous les caractères du souffle pleurétique, et, à la périphérie du foyer, des frottements et des râles traduisant la congestion du parenchyme pulmonaire voisin.

L'examen du thorax en arrière et du côté opposé peut ne révéler rien d'anormal si l'empyème médiastinal constitue la seule localisation pathologique, mais souvent on trouve en arrière des signes d'épanchement pleural ou des frottements ou encore des signes de pneumonie en résolution. On peut aussi observer des signes de tuberculose pulmonaire, même des signes cavitaires, et l'on n'est guère conduit à songer, en pareil cas, à la possibilité d'un enkystement pleural.

Parmi les signes physiques, l'examen du cœur présente une importance capitale. Mais il est difficile de déterminer sa position et d'assigner ses limites par la seule percussion, sa matité se confondant avec celle de l'épanchement. On devra rechercher les battements de la pointe et le maximum des bruits du cœur.

La *déviation du cœur* est d'ailleurs moins marquée qu'on pourrait le croire, pour les raisons que nous avons indiquées, la compression s'effectuant surtout aux dépens du poumon. Duplant et Lafforgue insistent cependant sur sa valeur diagnostique. Dans le cas que nous avons observé, ce fut le signe qui attira d'emblée l'attention : la pointe battait sous le mamelon droit, ce qui fut confirmé par la radioscopie et vérifié à l'autopsie.

Tantôt les bruits sont purs et bien frappés, tantôt ils deviennent sourds, arythmiques et l'on note de l'embryocardie : le pouls, d'abord fort et régulier, devient petit, inégal. Ces différents symptômes, traduisant la souffrance du myocarde, n'accompagnent pas forcément le déplacement du cœur. Peut-être sont-ils conditionnés en partie par la virulence de l'infection.

Les *symptômes fonctionnels et généraux* sont des plus variables. L'épanchement peut être bien toléré, ne pas s'accompagner de fièvre, et le malade ne garde pas le lit. Le plus souvent, cependant, l'état général est grave, la fièvre élevée, la dyspnée vive ; la cyanose apparaît, parfois très marquée ; tous ces symptômes rappellent ceux de la péricardite, à laquelle les signes physiques pouvaient déjà faire penser.

Souvent, la température qui formait un plateau

régulier devient oscillante; les frissons, le teint plombé et d'autres phénomènes septicémiques indiquent la nature purulente de l'épanchement.

Nous n'insistons pas sur les renseignements fournis par l'examen à l'écran qui montre une ombre triangulaire doublant l'ombre cardiaque, avec disparition des battements à moins qu'il n'y ait péricardite concomitante.

Le pus collecté cherche alors une issue. Nous verrons plus loin comment il peut, suivant les cas, se frayer un chemin à travers la paroi thoracique, gagner le médiastin postérieur ou bien encore s'évacuer par les bronches constituant une vomique. Mais souvent la mort survient par suite de la virulence de l'infection, au milieu de phénomènes septicémiques, avant que la collection purulente ait pu s'évacuer.

Empyème du médiastin postérieur. Syndrome médiastinal de Dieulafoy. — C'est la forme que Dieulafoy a individualisée d'une façon saisissante.

Le tableau clinique est bien différent; le début est brusque, dramatique; des frissons, une toux sèche, une dyspnée rapidement intense ouvrent la scène. Puis les signes de localisation apparaissent; ce sont les *signes de compression des organes du médiastin postérieur*, tirage et cornage, toux coqueluchoïde, troubles laryngés, dysphonie, traduisant la compression du récurrent. L'examen laryngoscopique montre la déviation de la trachée, l'obliquité du larynx et l'œdème des cordes vocales supérieures.

La compression de l'œsophage explique la dysphagie et celle des azygos entraîne une circulation veineuse thoracique collatérale.

Peut-être la compression du pneumogastrique contribue-t-elle à augmenter l'intensité de la dyspnée.

Les *signes physiques* sont perçus dans la région paravertébrale, la pression est douloureuse au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales ainsi qu'au niveau de la gouttière costovertébrale. A la percussion, la *zone de matité* affecte la forme d'un *rectangle paravertébral* dont le grand axe est parallèle à la colonne; le maximum de matité se trouve ordinairement entre la troisième et la huitième côte. La sonorité reparaît à mesure qu'on se rapproche de la région axillaire où elle est toujours normale; la largeur de la zone de matité dépasse rarement trois ou quatre travers de doigt.

L'*auscultation* peut ne révéler que de l'obscurité respiratoire, les autres signes d'épanchement font ordinairement défaut; le bruit de cornage a son maximum d'intensité dans le médiastin postérieur.

La *radioscopie* vient changer en certitude les présomptions cliniques en montrant une ombre rectangulaire paravertébrale.

La fièvre peut manquer, mais habituellement la température est élevée, et ses irrégularités annoncent la vomique qui constitue la terminaison habituelle et que précède ordinairement la fétidité de l'haleine.

Parfois le tableau est moins dramatique; les signes fonctionnels et généraux sont peu marqués, et seuls les signes physiques permettent de penser à la localisation médiastine de l'épanchement.

VI

Evolution et pronostic. — L'évolution, dans ses grandes lignes, ne diffère guère de celle des pleurésies enkystées et se fait suivant l'un des modes suivants :

1° Le pus peut chercher à se frayer une voie à travers la paroi thoracique, créant ainsi un *empyème de nécessité*, simulant parfois un abcès froid (cas de Le Dentu et d'Ardouin). Pel a constaté un commencement d'infiltration des plans thoraciques antérieurs. Dans le cas d'Ardouin, il s'agissait d'une fillette ayant eu la rougeole avec otorrhée, entrée à l'hôpital pour un abcès froid siégeant au niveau du bord gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal; le cœur n'était pas dévié; les téguments commençaient à prendre une teinte rouge. On crut inciser un abcès froid et l'on retira par ponction 400 grammes de pus. L'exploration de la poche, après incision, et la radiographie établirent l'existence d'une poche purulente dans le médiastin gauche.

2° Mais le plus souvent c'est à travers les bronches que se déverse le pus; et la *vomique* est un mode de terminaison fréquent, surtout dans les localisations postérieures. Elle est annoncée par la fétidité de l'haleine. C'est tantôt une vomique abondante, survenant brusquement, tantôt une vomique fractionnée se faisant crachat par crachat; le pus est parfois horriblement fétide; son examen donne des renseignements sur la nature de l'infection.

Les signes physiques se modifient alors : le tympanisme succède à la matité, au moins dans la partie supérieure, et l'on voit apparaître les signes cavitaires. Les signes de pneumothorax se voient également après l'évacuation chirurgicale de la collection purulente.

La vomique peut suffire à l'évacuation du pus et amener la guérison complète, comme dans les deux observations de Dieulafoy : les signes de compression diminuent, la fièvre s'atténue, puis disparaît.

Mais souvent l'évacuation est insuffisante, et après une amélioration passagère la fièvre reparaît, prend les caractères de l'hecticité, le facies se plombe et le malade meurt comme un infecté.

3° L'évacuation du foyer par *ponction* ou par *pleurotomie* peut entraîner une sédation rapide des symptômes et assurer la guérison.

4° La terminaison fatale peut se produire sans qu'il y ait eu vomique ou que le foyer ait été évacué. Il y a souvent alors d'autres localisations pleurales, pulmonaires et même péritonéales, et c'est une véritable septicémie qui emmène le malade.

5° Certains malades, enfin, peuvent conserver des mois et même des années une poche purulente médiastine qui ne les incommode que fort peu et ne se traduit que par une toux sèche et quelques douleurs thoraciques; cet état peut se prolonger (cas de MM. Devic et Savy) jusqu'au jour où une évacuation par ponction amène la guérison. Il faut remarquer

que dans le cas de MM. Devic et Savy le pus était stérile : ce qui peut expliquer la longue tolérance présentée par le malade.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, et, d'une façon générale, le *pronostic est très grave*, à cause du siège même de la collection purulente comprimant les organes du médiastin, à cause de la virulence fréquente de l'infection. La vomique, la ponction, la pleurotomie ne suffisent pas toujours à amener la guérison.

Nous relevons sur 16 cas, 6 guérisons dont une fut le résultat de la ponction, 2 de la vomique et 3 de la pleurotomie.

Il faut cependant remarquer avec MM. Vanverts et Dancourt que la connaissance imparfaite de cette maladie a pu souvent la faire méconnaître et qu'un certain nombre de cas ont pu guérir spontanément par une vomique non rattachée à sa véritable cause.

Il est probable qu'avec les notions plus exactes, que nous avons maintenant sur cette localisation pleurale et les secours de la radioscopie, le diagnostic pourra être posé d'une façon plus précoce et l'intervention tentée avec plus de chances de succès.

VII

Formes cliniques. — 1° Dans notre étude symptomatologique nous avons dû envisager séparément les localisations *antérieure* et *postérieure*, si différentes comme allure et même comme évolution. Parfois cependant l'un des compartiments médiastinaux primitivement indemne peut être secondairement envahi ; ce qui constitue une *forme totale, à la fois antérieure et postérieure*.

Il faut également distinguer des *formes associées*, ce sont les cas où la plèvre médiastine n'est pas seule atteinte, mais où la plèvre interlobaire ou diaphragmatique est également intéressée. Il faut ranger dans ce groupe les observations dans lesquelles le poumon présente également des lésions (obs. d'Andral), comme aussi celles où l'autopsie révèle la coexistence d'une péritonite purulente (obs. de Cüffer).

On conçoit que ces localisations multiples puissent masquer la localisation médiastinale.

2° Si maintenant nous prenons comme principe de classification, non plus le siège anatomique de la collection, mais son évolution, nous distinguerons :

Des formes aiguës. — Ce sont les plus fréquentes et ce sont elles surtout que nous avons eues en vue dans notre description.

Des formes latentes, pouvant simuler, par exemple, la tuberculose pulmonaire et dont l'observation de Bouveret constitue un exemple remarquable; il s'agissait d'un malade qui toussait, se cachectisait, avait de la fièvre. En pareil cas, l'erreur de diagnostic est presque fatale sans le secours de la radioscopie.

Un autre exemple est fourni par l'observation de MM. Devic et Savy ; l'affection revêtait une allure particulièrement torpide, puisque le malade conserva plus d'un an plusieurs litres de pus dans le médiastin, tout en vaquant à ses occupations et faisant même de la bicyclette ; il n'accusait que quelques douleurs thoraciques vagues et une toux sèche.

3° Suivant la nature de l'infection, on peut distinguer d'assez nombreuses formes de pleurésie médiastine. Nous relèverons notamment :

L'*empyème médiastinal tuberculeux*, avec lésions pulmonaires ordinairement associées, mais parfois latentes.

L'*empyème médiastinal à pneumocoques* le plus fréquent, d'après Dieulafoy, qu'il succède ou non à une pneumonie. C'est celui qui paraît présenter la moins grande gravité ; il en est de même d'ailleurs de l'empyème interlobaire. Dieulafoy attache une grande importance à la séro-agglutination pneumococcique, pour dépister la nature pneumococcique, en l'absence de pneumonie antérieure.

L'*empyème médiastinal à streptocoques*. Rappelons comme exemple le cas de Bonnet, cité par Duplant.

L'*empyème médiastinal à bacilles associés, anaérobies* le plus souvent. C'est alors que l'épanchement est fétide ou putride ; souvent il succède à une gangrène pulmonaire. Malgré le caractère habituel de gravité, la guérison fut obtenue dans les deux cas de Fernet.

VIII

Diagnostic. — Les premiers auteurs qui découvrirent à l'autopsie une poche de pus dans la plèvre médiastine pensèrent qu'il était impossible d'en faire le diagnostic clinique. Nous avons vu que l'analyse méthodique des signes physiques permet de songer au siège médiastinal de l'empyème ; la radioscopie, qui facilite singulièrement la tâche, permet de l'affirmer. Ce qui peut faire penser à un enkystement médiastinal, ce qui constitue son caractère spécial, c'est d'une part la discordance entre l'intensité des troubles fonctionnels, surtout de la dyspnée, avec les signes physiques longtemps et parfois toujours latents et d'autre part la localisation bien spéciale de ces signes physiques.

Avant d'exposer le diagnostic différentiel de l'empyème médiastinal, nous rappellerons rapidement les symptômes essentiels, ceux qui peuvent attirer l'attention du côté du médiastin.

Diagnostic positif. — L'*acuité de la douleur* thoracique exagérée par la pression est un signe d'une réelle valeur.

Les *signes de compression des organes du médiastin*, tirage, cornage, dysphonie, dysphagie permettent de penser à la forme postérieure de l'empyème médiastinal, surtout lorsqu'ils se développent rapidement ou succèdent à une affection pulmonaire aiguë. On devra alors chercher les signes physiques dans la *région juxtarachidienne* (matité, obscurité, et plus rarement souffle et frottements à la limite de la zone de matité) et l'examen à l'écran montrera une opacité de forme rectangulaire, à siège paravertébral.

Les signes fonctionnels sont ordinairement moins intenses ou plus exactement moins rapidement intenses lorsque la pleurésie siège au niveau du médiastin antérieur.

C'est dans la *région parasternale*, à gauche le plus souvent, au niveau de la région précordiale qu'on trouve alors les signes physiques. La déviation du cœur, lorsqu'elle existe, est un signe précieux; en son absence, signes physiques et fonctionnels simulent à s'y méprendre ceux de la péricardite avec épanchement. Ici encore l'examen à l'écran montrera une ombre doublant l'opacité cardiaque; il permet seul de ne pas laisser passer les cas latents.

La *vomique* vient souvent confirmer le diagnostic de pleurésie enkystée, et la topographie de la zone où sont perçus les signes cavitaires indiquera le siège médiastinal de la collection. La confusion avec la péricardite n'est dès lors plus possible.

Si la *ponction* est ordinairement insuffisante comme moyen thérapeutique, on peut l'utiliser pour le diagnostic. Il semble qu'on en ait exagéré les dangers. On ne risque guère de blesser un organe du médiastin lorsqu'on ponctionne dans la zone de matité maxima; il est préférable de se servir d'une aiguille assez fine, qui peut, il est vrai, présenter l'inconvénient de n'être point perméable à un pus épais; on a utilisé aussi le trocart. Si d'ailleurs il y a erreur de diagnostic et que la collection siège dans le péricarde, il n'y a pas lieu de regretter d'avoir pratiqué la ponction qui doit être faite aussi bien dans la péricardite que dans la pleurésie médiastine.

L'*examen direct du pus* retiré par ponction ou évacué par vomique renseignera sur la nature de l'agent pathogène; les circonstances étiologiques peuvent également fournir des présomptions en faveur de la nature pneumococcique, streptococcique, etc., de l'infection.

Diagnostic différentiel. — Suivant la localisation de la pleurésie, ce sont les tumeurs du médiastin, surtout les tumeurs ganglionnaires qu'il faudra éliminer, ou bien l'épanchement péricardique.

1° *Formes postérieures*. — En présence du syndrome médiastinal de Dieulafoy on pourra songer aux différentes affections du médiastin postérieur qui, comprimant les vaisseaux et les organes de la région, réalisent un complexus symptomatique analogue. Dans la plupart des cas, on éliminera facilement le cancer de l'œsophage, l'anévrisme de l'aorte thoracique, les tumeurs ganglionnaires, tuberculeuses, syphilitiques ou cancéreuses qui évoluent d'une façon apyrétique et lentement progressive. Il peut se former, il est vrai, dans ces affections à évolution chronique des poussées inflammatoires avec fièvre ou des complications septiques pouvant prêter à confusion. L'allure aiguë de la pleurésie médiastine, l'absence d'adénopathie suffiront le plus souvent à ne point la laisser passer. Encore faut-il remarquer que la difficulté est accrue en présence d'une forme latente, apyrétique, de pleurésie médiastine.

La radioscopie permettra de reconnaître l'ombre mamelonnée, à contours irréguliers d'une *tumeur*, ganglionnaire le plus souvent; et la présence de battements, la disparition de l'espace clair postérieur, dans l'examen oblique, feront éliminer l'*ectasie aortique*.

Quant aux *affections pulmonaires aiguës* et aux *autres localisations pleurales*, elles présentent sans doute la même allure fébrile; mais on ne trouve pas cette discordance entre la gravité des signes fonctionnels et les signes physiques qui caractérise la pleurésie médiastine; et les signes de compression médiastinale font défaut. La recherche méthodique des signes physiques et la radioscopie permettent d'affirmer le siège médiastinal de la collection.

Il faut remarquer d'ailleurs qu'une pleurésie médiastine peut succéder à une pneumonie, à une gangrène pulmonaire et qu'on peut trouver les symptômes d'un foyer d'hépatisation en voie de résolution. Le problème se complique lorsqu'il y a simultanément une autre localisation pleurale, interlobaire, diaphragmatique, la collection purulente pouvant envoyer des fusées dans toutes les directions. Ici encore c'est la radioscopie qui permettra un diagnostic précis et complet.

2° *Formes antérieures*. — C'est, dans la majorité des cas, le diagnostic d'une maladie thoracique aiguë à siège antérieur qui se pose, et c'est avec la *péricardite* surtout que la confusion est possible, et l'on devra souvent résoudre le problème suivant: y a-t-il pleurésie médiastine, ou péricardite, ou coexistence des deux affections?

La forme du triangle de matité rappelle celle de la péricardite à grand épanchement, et parfois même la faiblesse des bruits cardiaques par compression de l'oreillette gauche ou retentissement sur le myocarde y fait également songer, comme aussi les signes fonctionnels, dyspnée, cyanose, température élevée, gravité de l'état général.

La perception des battements de la pointe ne permet pas d'éliminer d'une façon absolue l'hypothèse d'épanchement péricardique, car les battements peuvent être conservés dans les petits et moyens épanchements. La voussure localisée de la paroi thoracique ne constitue pas non plus un élément différentiel.

Dans le cas de Pel, on crut encore, après l'incision de la poche purulente, à son siège péricardique, car le pus s'échappait par jets synchrones aux battements cardiaques, et le doigt, introduit dans la poche, percevait les pulsations du cœur. Même à l'autopsie on peut, après ablation du plastron sterno-costal et ouverture de la collection, penser être dans le péricarde et une dissection plus minutieuse est nécessaire pour la repérer d'une façon précise.

Tout prête donc à confusion. Il faut noter cependant que la déviation du cœur est en faveur de la pleurésie médiastine, et, d'une façon générale, la petitesse du pouls, l'assourdissement des bruits en faveur de la péricardite.

Nous avons cependant constaté de l'embryocardie, dans un cas où le péricarde fut trouvé sain à l'autopsie; il est vrai que la déviation marquée du cœur attestait l'existence d'un épanchement médiastinal.

C'est donc à la radioscopie qu'il faudra avoir recours d'une façon systématique, chaque fois qu'on en aura la possibilité. Nous avons indiqué longuement comment il est possible de différencier l'ombre

due à la pleurésie médiastine de celle que produit l'épanchement péricardique, et de conclure parfois à l'atteinte simultanée des deux séreuses. Il faut reconnaître que, *même à l'écran*, *le diagnostic offre parfois de réelles difficultés.*

Quant à la *nature* de la pleurésie, elle ne pourra souvent être déterminée avec certitude. La fièvre élevée, puis irrégulière, les frissons, le facies, la gravité des symptômes généraux indiquent la nature purulente de l'épanchement. La pleurésie séreuse évolue sans grand fracas, elle est beaucoup plus bénigne (Chauffard), mais la transformation purulente d'un épanchement séreux enkysté est toujours à craindre.

Les circonstances étiologiques, les examens du pus, le séro-diagnostic pneumococcique pourront donner des indications sur la nature de l'agent pathogène.

Lorsqu'il s'agit d'un *empyème de nécessité*, la confusion avec un abcès froid de la paroi thoracique est fatale, à moins qu'on ne soit mis en éveil par l'histoire de la maladie; seules la radioscopie et l'intervention permettront de songer à la localisation médiastine.

Les *formes latentes* pourront en imposer pour la tuberculose pulmonaire; c'est toujours la radioscopie qui tranchera la question, à moins qu'une épaisse coque pleurale vienne masquer le champ d'examen. La coexistence est d'ailleurs possible, et il est difficile de diagnostiquer à la fois un empyème médiastinal et une caverne pulmonaire. Mais l'intérêt diagnostique est alors bien moindre, car l'existence, chez un tuberculeux cavitaire, d'un empyème médiastinal, ne modifie guère le pronostic et n'entraîne pas de sanction thérapeutique.

Ajoutons que, dans la forme latente observée par MM. Devic et Savy, on discuta l'hypothèse de kyste hydatique des parois du cœur, à cause de la localisation des signes physiques et de l'absence de tout symptôme fonctionnel.

VIII

Traitement. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un empyème, on ne doit pas attendre la vomique qui peut ne pas se produire et souvent n'évacue qu'incomplètement le foyer purulent. Cette règle générale s'applique à l'empyème médiastinal. Il faut intervenir. Mais doit-on recourir à la ponction ou à la pleurotomie?

1° La *ponction* est plus un moyen de diagnostic qu'un acte thérapeutique. Si le malade de MM. Devic et Savy guérit à la suite de trois ponctions faites la première avec une fine aiguille, les autres avec un gros trocart, il faut remarquer qu'il s'agissait d'une forme torpide évoluant depuis une année. Le pus fut évacué sans aspiration.

Si l'on recourt à la ponction, il faudra se tenir prêt à pratiquer la pleurotomie, en cas de reproduction rapide de l'épanchement ou d'aggravation de l'état général.

2° La *pleurotomie* n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois, le cas d'Ardouin ne pouvant contribuer à fixer les règles de l'intervention, puisqu'il consista simplement en l'ouverture d'un abcès de la paroi qui communiquait avec la plèvre médiastine. Aussi est-il difficile d'établir la technique générale de la pleurotomie à pratiquer pour aborder le médiastin.

Intervention dans la région antérieure. — Vanverts et Dancourt conseillent de laisser en place l'aiguille de la ponction qui servira de guide, d'inciser parallèlement au cartilage costal sous-jacent sur une longueur de 6 à 8 centimètres et de faire la pleurotomie avec ou sans résection du cartilage costal qui pourra être parfois désinséré du sternum.

Dans le cas de Pel, l'incision fut faite entre la troisième et la quatrième côte, dans la zone de matité maxima après ponction exploratrice préalable.

Intervention sur le médiastin postérieur. — Elle fut pratiquée deux fois par Quénu dans le cas de Fernet, et par M. Durand, chirurgien des hôpitaux de Lyon, chez le malade dont nous avons relaté l'observation.

Quénu, après avoir ponctionné dans le troisième espace intercostal gauche, dans la zone de matité maxima, fit une incision verticale de 10 centimètres à égale distance du bord spinal de l'omoplate et de la ligne des apophyses épineuses. Il réséqua des fragments des troisième et quatrième côtes, et la pleurotomie fut suivie, dans les deux cas, de la guérison.

L'intervention de M. Durand comprit les temps suivants : incision de 10 centimètres suivant le trajet de la sixième côte, le milieu de l'incision répondant à la ponction exploratrice; ouverture de la plèvre à la sonde cannelée, élargissement avec le dilatateur Tripier; évacuation d'un bon litre de pus horriblement fétide, drainage avec deux gros drains.

L'examen de la cavité, grâce à la projection d'un faisceau lumineux, montra que la poche était limitée en dehors par la face interne et le bord postérieur du poumon, en bas par le diaphragme, en dedans par une cloison soulevée par les battements aortiques très visibles; l'œsophage n'apparaissait pas; dans sa partie supérieure, la cavité se prolongeait dans le compartiment antérieur du médiastin, où un cathéter put être introduit par-dessus le pédicule pulmonaire.

Cette intervention réalisait un drainage parfait, mais la malade très infectée mourut avec des phénomènes septicémiques.

Nous n'insistons pas sur les soins à donner pour soutenir l'état général.

Les succès obtenus dans trois cas par la pleurotomie sont des plus encourageants, et l'intervention aura d'autant plus de chances de réussite qu'un diagnostic précoce aura permis de la réaliser rapidement.

BIBLIOGRAPHIE

Laënnec. *Traité de l'auscultation médiate.* — Andral. *Clinique médicale*, 1829, t. II. — Cruveilhier. Art. pleurésie du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris 1835, t. XIII. — Chomel. Art. pleurésie du *Dict. de méd. ou Répertoire des sciences médicales*, Paris 1842, t. XXV. — Cuffer. Rétrécissement fibreux du rectum; mort par péritonite et pleurésie purulente, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1874, p. 797. — Laurent. *De la Vomique dans la pleurésie purulente*, Th. de Paris,

1877. — LE DENTU. Grattage d'un abcès tuberculeux du médiastin antérieur, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1887, p. 216. — PEL. Ein merkwürdiger Fall von Empyem, *Berl. klin Woch.*, 1884, p. 113. — BOUVERET. *Traité de l'empyème*, Lyon 1888. — GRANCHER. De la pleurésie médiastine, *Bull. méd.*, 1892, p. 1171. — VELIMIROVITCH. *Etude sur la pleurésie médiastine en particulier chez l'enfant*, Th. de Paris, 1892. — THOINOT et GRIFFON. Pleurésie purulente médiastine à pneumocoques, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1896, p. 568. — DIEULAFOY. La pleurésie purulente à pneumocoques, *Presse méd.*, 1896, p. 281; — Le syndrome médiastinal, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899. — DUPLANT. Les pleurésies enkystées, *Province méd.*, 1898. — ARDOUIN. Contribution à l'étude des pleurésies médiastines, *Année méd. de Caen*, 1902, p. 183. — CHAUFFARD. Les pleurésies séreuses médiastines, *Presse méd.*, 1902, p. 363. — VANVERTS et DANCOURT. Des pleurésies purulentes enkystées, *Arch. prov. de chir.*, 1904, p. 207. — DETOT. Les pleurésies partielles, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1904, p. 1321. — FERNET. Deux cas de pleurésie médiastine, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 oct. 1905. — LAFFORGUE. Pleurésie médiastine et déviation de la pointe du cœur, *Bull. méd.*, 19 juin 1909. — MOLLARD et REBATTU. Pleurésie purulente médiastine, intervention, mort, autopsie, *Journ. des prat.*, 27 nov. 1909. — REBATTU. La pleurésie médiastine purulente, *Livre jubilaire du professeur Teissier*, Lyon 1909. — DEVIC et SAVY. Les pleurésies médiastines, *Revue de méd.*, 1910, p. 364, 460 et 499. — SAVY. Les pleurésies médiastines, *Progrès méd.*, 1910, p. 371. — PAILLARD. Les pleurésies enkystées, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 1591 et 1627.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1911)

Les tumeurs inflammatoires. — M. MORESTIN apporte au débat sur cette question plusieurs observations intéressantes. C'est d'abord l'histoire d'une jeune fille qui semblait atteinte d'un sarcome de la hanche et qui guérit après une simple incision. C'est ensuite l'observation d'une jeune femme de vingt ans qui portait à la partie postérieure de la cuisse une tumeur bosselée, indolore, grossissant assez rapidement et s'accompagnant de deux noyaux sous-cutanés dans le creux poplité. La malade étant enceinte, M. Morestin, croyant à l'influence possible de la grossesse sur l'accroissement de la tumeur, attendit; mais, étant donnée l'extension de la tumeur en profondeur, il crut à un néoplasme malin, à un sarcome musculaire. Il fit une grande incision allant de la fesse au creux poplité, incisa directement la tumeur, qu'à la vue il prit également pour un sarcome, enleva presque tous les muscles de la face postérieure de la cuisse, disséqua les vaisseaux fémoraux, ferma la plaie. Les suites opératoires furent simples et cette malade guérit. La pièce fut malheureusement égarée et ne put être examinée. Deux mois après, M. Morestin revit cette malade qui paraissait atteinte d'une récidive dans le creux poplité. Fallait-il intervenir encore localement, fallait-il sacrifier le membre? M. Morestin se posa la question. Mais la malade refusa toute opération et partit. Il la perdit de vue et la croyait morte quand il la revit huit ans après avec deux nouvelles tumeurs, dont une ulcérée, mais n'ayant plus les tumeurs constatées primitivement par M. Morestin. Bien que cette malade ait eu trois enfants bien vivants et bien portants, on pensa à la syphilis. On institua un traitement par l'iodure de potassium et le mercure. La malade guérit. On fit la réaction. Il s'agissait de sporotrichose.

Une femme de trente-deux ans présente une tumeur de la cuisse droite, siégeant dans les adducteurs, indépendante de l'os et des téguments. L'examen le plus attentif de la malade ne révèle ni syphilis, ni tuberculose. La réaction de la sporotrichose est négative. Par exclusion, M. Morestin diagnostique un sarcome. Il fait une longue incision en S, enlève les muscles, résèque l'arcade crurale. La malade guérit bien. La suppression de ses muscles de la cuisse ne l'empêche nullement de marcher. L'examen de la tumeur, présentant macroscopiquement toutes les apparences d'un sarcome, montre qu'il s'agit d'une tumeur simplement inflammatoire, sans aucun microbe, ni aucun champignon.

Il faut donc, dit en terminant M. Morestin, se méfier de ces tumeurs qu'on prend trop aisément pour des sarcomes et qui pourraient entraîner les chirurgiens à faire des sacrifices de membres vraiment regrettables. Il y a là des causes d'erreurs auxquelles il faut songer.

M. SÉBILEAU, en juillet 1908, vit une jeune femme qui portait un goitre un peu spécial, entièrement confondu avec l'appareil laryngo-trachéal. M. Sébileau pensa à une tumeur maligne et renonça à intervenir, quand survinrent des phénomènes dyspnéiques et du cornage qui nécessitèrent l'ouverture de la trachée. Sur ces entrefaites, M. Sébileau partit en vacances, bien convaincu qu'il ne retrouverait pas cette malade. Son remplaçant, M. Lemaitre, ne voyant pas bourgeonner cette tumeur, institua un traitement antisyphilitique, et cette malade guérit en quelques semaines.

M. Sébileau rapporte une autre observation dans laquelle il s'agit d'un homme qui avait été opéré en province, six mois auparavant, pour un goitre, que d'ailleurs on n'avait pas pu enlever. M. Sébileau fit chez ce malade la trachéoscopie et constata une tumeur bourgeonnante envahissant le larynx et la trachée. Traitement par l'iodure et le mercure, guérison en quelques semaines.

Ces faits donnent raison à l'opinion soutenue par M. Poncet sur l'origine syphilitique ou tuberculeuse de beaucoup de ces tumeurs.

M. DELBET fait observer que les histologistes, en matière de tumeurs épithéliales, reconnaissent et admettent des formes intermédiaires. Il cite, à ce point de vue, quelques exemples, celui, entre autres, d'un jeune homme que M. Duval opéra d'un sarcome périostique de l'humérus par la résection de cet os. Ce jeune homme guérit, mais quelque temps après il présenta une tumeur du crâne paraissant être un sarcome et qui disparut sous l'influence d'un traitement par les rayons X.

Hernies crurales graisseuses sous-péritonéales étranglées. — M. DELBET analyse un travail de M. Hardoüin (de Rennes) sur ce sujet. M. Hardoüin apporte deux observations. Il en a recueilli huit semblables en Allemagne. Il s'agit, dans ces cas, de lipomes périherniaires avec un petit sac vide. M. Delbet a observé des cas semblables. Ce sont là des faits qui ne sont pas si rares qu'on pourrait le croire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu un grand nombre de ces cas. On n'a peut-être pas assez attiré l'attention sur eux. Mais ce sont là des faits assez communs. Il n'y a jamais d'étranglement complet dans ces cas. Il n'en faut pas moins les opérer.

Anastomose du cholédoque avec l'estomac. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation présentée par M. Dujarrier. Il s'agit d'une femme de cinquante ans qui présenta une série de crises douloureuses, dont la dernière s'accompagna de fièvre et d'ictère. Un chirurgien fit la laparotomie, enleva la vésicule biliaire et laissa une fistule biliaire. Dans une seconde intervention, M. Dujarrier constata une ouverture du cholédoque, n'y trouva pas de calculs, et comme il y avait une adhérence du cholédoque à l'estomac, il fit une anastomose entre les deux ou une cholédocogastrostomie. La fistule externe se ferma, l'ictère disparut, et la malade est restée guérie

depuis trois ans. Il est à remarquer que, dans ce cas, l'arrivée de la bile dans l'estomac n'a présenté aucun inconvénient.

Brûlure des deux mains, réparation. — M. Morestin présente une malade qui avait eu les deux mains atrocement brûlées. A l'aide d'une série d'opérations autoplastiques fort ingénieuses, M. Morestin est arrivé à reconstituer chez cette malade deux mains dont l'une se rapproche beaucoup d'une main normale et dont l'autre lui permet d'opposer le pouce à deux doigts restants, si bien que cette malade peut aujourd'hui gagner sa vie et se servir de ses deux mains. C'est là un très beau résultat au point de vue de la récupération fonctionnelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 25 novembre 1911 [*fin*])

Composition de l'urine normale de l'homme. — MM. Boucher et Lembling. L'ingestion d'un certain poids d'azote à l'état de viande a fourni plus d'azote non dosé que l'ingestion d'un poids égal sous la forme de lait.

Conditions qui favorisent la précipitation ou la dissolution de l'acide urique dans l'urine. — M. Cappon. Une urine naturelle agitée avec de l'acide urique ne laisse précipiter qu'une fraction de son acide urique. Cette fraction est plus grande dans l'urine de la nuit que dans celle du jour, dans l'urine de la matinée que dans celle de l'après-midi. D'autre part, le régime sans viande, qui diminue l'acidité urinaire, confère à l'urine le pouvoir de dissoudre l'acide urique qu'on y ajoute. Les urines qui, par amorçage et agitation, laissent précipiter beaucoup d'acide urique sont aussi celles qui présentent la plus forte acidité. Enfin, l'ingestion d'eaux alcalines rend l'urine très peu acide, supprime l'aptitude à la précipitation de l'acide urique par amorçage et agitation, et fait que l'urine devient apte à dissoudre de l'acide urique.

Action des extraits de corps jaunes sur la presssion artérielle. — MM. Champy et Gley. Les extraits de corps jaunes périodiques de la vache sont peu actifs. Les extraits de corps jaunes de la vache gravide sont très actifs. De même, ceux de brebis gravide; ceux de jument le sont plus; ceux de truie sont les plus actifs.

Formation et affaiblissement brusque du fibrin-ferment dans les milieux privés de fibrinogène. — M. Blaizot. Dans les milieux privés de fibrinogène dont je me suis servi, la formation du fibrin-ferment est explosive, et son affaiblissement paraît se faire d'une manière aussi brusque que dans le sang défibriné.

Echinococcose primitive expérimentale. Kyste hydatique et terrain. — M. Dévé. Au cours de nos recherches sur l'échinococcose primitive expérimentale, nous avons noté, quant à la *réceptivité*, de grandes différences suivant les espèces animales, et les individus, le jeune âge favorisant l'infection.

La *réceptivité d'accroissement* du parasite varie selon les espèces animales, le terrain local, etc. Certaines affinités biologiques, propres au parasite, expliquent sans doute certaines localisations électives des kystes.

Autres communications :

Recherches de petites quantités de glucose et galactose en présence de lactose. — MM. Bierry et Ranc.

Dosage de la cholestérine dans les tissus. — M. Grigaut.

Méthode anaphylactique pour l'identification des taches de sperme. — M. Verger.

Hypersécrétion glandulaire et plasmodes géants de l'appendice, dans un cas de pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire. — M. Sabrazès.

Pseudo-myxome du péritoine. Péritoine glandulaire d'un appendice sclérosé, calcifié et perforé. — M. Sabrazès.

Action physiologique de la dihydromorphine. — M. Brissemoret.

Recherches sur les hémolysines et antihémolysines du sérum humain. — M. Weinberg.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ARTHRITE TRAUMATIQUE DU GENOU

Par M. Em. Bistard.

Cette arthrite, qui se développe à la suite d'une contusion, d'une plaie, est presque toujours légère dans le premier cas, souvent purulente dans le second.

Lorsque l'articulation n'est pas infectée elle peut être seulement le siège d'un gonflement avec ou sans liquide épanché et n'atteint pas la santé générale.

Cependant il faut soumettre le malade à un traitement sérieux. L'affection mal soignée, surtout quand il s'agit d'un sujet jeune ou adolescent, peut devenir le point de départ d'une tumeur blanche ou d'une ostéite épiphysaire. L'arthrite peut devenir chronique, une arthrite sèche et donner naissance à une hydarthrose.

Donc, toutes les fois qu'à la suite d'une violence quelconque exercée sur le genou un sujet présente les caractères d'une arthrite traumatique, il faut prescrire le repos sinon au lit au moins avec le membre étendu horizontalement. On frictionne doucement pendant deux à trois minutes l'articulation avec gros comme une noisette d'iodex et on établit un pansement compressif. L'iodex est une pommade iodée renfermant environ 5 p. 100 d'iode thérapeutiquement libre et qui est entièrement absorbé par la peau. Ce topique est sans inconvénients. Il ne tache pas et n'irrite pas les téguments. Ses effets résolutifs sur l'article malade sont très appréciables.

Par compression nous entendons l'effet régulièrement et méthodiquement compressif d'une bande Velpeau appliquée sur le membre tout entier depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse. On défait ce pansement tous les jours pour faire les frictions d'iodex et resserrer davantage la bande qui est forcément relâchée.

Tant que l'épanchement articulaire est modéré, cette compression suffit. Si la synoviale était détendue il faudrait évacuer le genou à l'aide d'un trocart.

Quand l'arthrite succède à une plaie pénétrante, elle est septique. Il n'y a pas dans ce cas à hésiter et, quand avec la douleur, le gonflement, la fièvre, on sent un foyer purulent, il faut ouvrir largement le genou, laver l'articulation, appliquer un drain et immobiliser le membre aussi complètement que possible, car dans ce cas la vie du malade est en jeu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Monographie des écritures comptables d'un sanatorium, pouvant s'appliquer aux maisons de santé, cliniques, pensionnats, hôtels, etc., par E. Dessart, expert-comptable. In-8° de 72 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, H. Dunod et E. Pinat, 47 et 49, quai des Grands-Augustins.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 1er décembre. — M. Hagueneau, 9; Mlle Blanchier, 12; MM. Thibierge, 7; Maleyx, 4; Renault et Baudouin, 10; Kahn (Georges), 7; Philardeau, 8; Larroque, 10; Rougier (Jean), 12.

Séance du 2 décembre. — MM. Plichet, 6; Wallon (Emile), 5; Pilatte, 9; Lecocq, 4; Duval, 10; Mlle Besson (Hélène), 5; MM. Boirac, 8; Ceillier, 10; Plaisant, 13; Escudié, 11.

Erratum. — M. Henri Fumet a obtenu la note 9 et non 6 dans la séance du mardi 28 novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les vacances du nouvel an commenceront le jeudi 28 décembre au soir pour prendre fin le jeudi 4 janvier au soir.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Courmont, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de médecine expérimentale et comparée à la même Faculté.

— Nancy. — M. Bruntz, pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences, chargé de cours à l'école supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé professeur de matière médicale à cette école.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 2 décembre publie un décret aux termes duquel le texte de l'article 17 du décret susvisé du 29 octobre 1898 est remplacé par le suivant :

Les élèves de l'école d'application du service de santé militaire se recrutent :

1° Parmi les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteurs en médecine;

2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens directement admis après concours;

3° Parmi les élèves en pharmacie du service de santé ayant obtenu le diplôme de pharmacien.

Les uns et les autres, à la date du 31 décembre de l'année précédant le stage à l'école, sont nommés au grade d'aide-major de deuxième classe et pourvus de l'emploi de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe élève.

Le stage commence le 1er janvier.

Les examens de sortie commencent le 1er juillet suivant, et les aides-majors rejoignent leurs postes d'affectation le 15 août.

LA DISCUSSION DU BUDGET A LA CHAMBRE ET LES QUESTIONS MÉDICALES. — M. Théveny a attiré l'attention du gouvernement sur le danger que présentent les *nomades* au point de vue de la propagation des maladies épidémiques. Tous les roulottiers, dit-il, sont des porteurs de germes et ils les propagent en les portant dans les maisons où ils mendient et où ils vendent du gibier braconné ou des objets de vannerie.

Le président du Conseil lui a répondu que le projet de loi sur le vagabondage voté par la Chambre à la fin de la dernière législation et qui a été transmis au Sénat répond à toutes ces préoccupations.

Sur une question de M. Chanot (de Marseille) au sujet des lazarets, M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques déclare que « toutes les conférences sanitaires internationales qui se sont réunies depuis vingt ans ont toutes tendu vers le même but, à savoir la disparition progressive de toute quarantaine terrestre. Et la conférence internationale, qui siège actuellement au ministère des affaires étrangères sur l'invitation du gouvernement français, est à peu près unanime à reconnaître que ce serait une politique de réaction sanitaire grave et injustifiée que d'élever de tels lazarets sur les frontières de terre.

Tous les pays soucieux de leur hygiène publique ont considéré qu'en ce qui concerne le choléra, la défense locale, la défense sur place, dans chaque commune, est la seule défense véritablement essentielle.

Le plus mauvais service à rendre à notre pays serait de faire croire à la population que le gouvernement dispose du moyen d'arrêter à la frontière le microbe du choléra. »

L'ASSAINISSEMENT DE LA CORSE. — Le sénat vient d'adopter le projet de loi voté par la Chambre des députés relatif à l'assainissement de la côte orientale de la Corse.

LA MISSION LEGENDRE. — Le ministère des affaires étrangères dément heureusement le massacre du docteur Legendre et de ses compagnons. Notre intrépide confrère et son compagnon le lieutenant Dessirier n'ont été que très légèrement blessés et sont actuellement sains et saufs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Saintignon (de Paris).

KYSTE HYDATIQUE SUPPURÉ DU FOIE

OUVERTURE SIMULTANÉE DANS LA PLÈVRE ET LE POUMON DROITS ET DANS LES VOIES BILIAIRES

Par MM. CORSY et PAYAN,
Internes des hôpitaux de Marseille.

Dans le service de notre maître, M. le docteur Pagliano, nous avons pu, ces temps derniers, observer un cas intéressant de kyste hydatique du foie dont suivent l'histoire clinique et la relation de l'autopsie.

Histoire clinique. — Le nommé P. J..., chargeur, travaillant sur les quais, âgé de trente-deux ans, né dans l'Ardèche, entre le 4 juillet 1911 à la Conception, salle Aubert. Rien à noter d'intéressant dans ses antécédents : signalons pourtant l'éthylisme, l'absence de toute infection à retentissement hépatique (fièvre typhoïde, dysenterie, paludisme) et de toute éruption urticarienne.

Le 20 juin, durant la nuit, le malade est pris de violentes douleurs, en coup de poignard, simulant la colique hépatique : ces douleurs, qui siègent dans l'hypocondre droit et dans la région cystique, s'irradient dans les lombes et dans l'épaule droite. Elles durent environ quatre heures et sont accompagnées de vomissements alimentaires. Des accès fébriles surviennent ensuite et sont suivis, trois jours après, d'une teinte ictérique des téguments et des conjonctives, cependant que les urines se chargent de pigments biliaires (réaction de Gmelin très nette) et que les matières se décolorent partiellement. Puis, peu à peu, vomissements et douleurs se calment, mais l'ictère augmente progressivement et la température, au dire du malade, se maintient aux environs de 38°5. C'est dans cet état que nous le trouvons à son entrée le 4 juillet.

4 juillet. P. J... présente alors un état général assez bon, malgré une température assez élevée (39 degrés). Il offre tous les symptômes d'un ictère par rétention : coloration des téguments et des urines, décoloration des matières fécales. Son foie hypertrophié déborde de trois travers de doigt le rebord costal au niveau de la ligne mamillaire et remonte jusqu'à la quatrième côte ; c'est une hypertrophie en masse ; l'organe est lisse, dur, et peu douloureux à la palpation sauf dans la région cystique, bien que la vésicule ne soit pas dilatée. La paroi abdominale est tendue, légèrement contracturée. Langue saburrale. Inappétence. Quelques vomissements alimentaires et bilieux. Aucun signe d'hypertension portale. La rate n'est accessible ni à la palpation ni à la percussion. A noter de la submatité et quelques râles de congestion au niveau de la base droite. L'appareil circulatoire n'offre rien de particulier : les radiales pourtant sont un peu indurées ; le pouls est rapide (110 pulsations), assez tendu. Les urines ne renferment pas d'autres éléments anormaux que les pigments biliaires et le malade n'accuse aucun signe de sclérose rénale. Aucun trouble du système nerveux.

8 juillet. Le malade, mis au régime lacté et traité par l'urotropine, le fiel de bœuf, et les lavements froids voit son état s'améliorer progressivement ; l'ictère diminue d'intensité, les urines se décolorent, les matières se foncent, le foie semble reprendre son volume normal, la fièvre est tombée. En avant, au-dessus du foie, douleur assez vive pourtant et frottements pleuraux à l'auscultation.

11 juillet. Le malade accuse dans la nuit des douleurs brusques et violentes dans la région hépatique, comme au début de la première crise. Il est pris en même temps de frissons et de vomissements ; le thermomètre monte brusquement à 39 degrés et, dès le lendemain, réapparition des symptômes de rétention biliaire déjà observés. Le foie augmente à nouveau de volume et est douloureux.

15 juillet. La température s'est constamment maintenue aux environs de 39-39°5. A dater de ce jour est apparue et a persisté une expectoration abondante (300 à 400 grammes par jour environ), d'odeur fétide, gangréneuse, de couleur jaunâtre, d'apparence biliaire. En même temps une dyspnée continue avec paroxysmes, obligeant le malade à garder la position assise et l'empêchant de dormir ; une toux fréquente, quinteuse, accusée surtout dans les changements de position ; l'impossibilité de rester dans le décubitus latéral droit font craindre une complication du côté de l'appareil respiratoire. L'inspection montre la voussure de l'hémithorax droit, l'immobilité des espaces intercostaux et la déviation du sternum vers la droite. A la palpation, disparition presque totale, surtout en avant, des vibrations thoraciques. A la percussion : à droite et en avant, submatité de la région sous-claviculaire, remplacée au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux par une sonorité relative étendue à une zone d'ailleurs limitée, débordant de deux travers de doigt la ligne mamillaire ; à droite et en arrière, submatité allant en croissant jusqu'à la base où elle est remplacée par de la matité absolue. A l'auscultation : en avant et à droite, obscurité dans la zone sous-claviculaire, souffle amphorique avec râles humides à la toux dans la zone sonore plus haut citée ; en arrière, obscurité respiratoire et râles sous-crépitants fins de congestion à la base.

19 juillet. Mêmes symptômes cliniques. La fièvre notamment persiste et décrit des oscillations à maximum vespéral aux environs de 39-39°5 s'accompagnant de frissons et de sueurs abondantes. Le malade maigrit et se cachectise. L'examen des crachats y révèle la présence de pigments biliaires abondants.

23 juilllet. Aucune amélioration. L'épreuve du bleu de méthylène montre pourtant que l'élimination de cette substance est précoce, régulière, non intermittente. L'ictère persiste et se fonce.

27 juillet. Mêmes signes pulmonaires. Troubles gastro-intestinaux : vomissements, diarrhée. Le foie reste gros, douloureux. La température est toujours élevée.

1er août. Le malade, très cachectisé, amaigri, de plus en plus dyspnéique, succombe dans la nuit en hypothermie (36°5).

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée le 2 août.

A l'ouverture du thorax s'écoule, venant de la grande cavité pleurale droite qu'il occupe en totalité, un liquide abondant, jaunâtre, louche et fétide, tenant en suspension de nombreuses vésicules d'hydatides. Cette cavité pleurale est vaste, tapissée de quelques exsudats pseudo-membraneux ; elle contient du pus dans ses parties déclives.

Le poumon est fortement rétracté contre la colonne vertébrale. Il est libre de toute adhérence sauf au niveau de sa face inférieure où l'on ne peut le séparer du diaphragme. A la coupe, son parenchyme est dense ; il en sourd un liquide spumeux, jaunâtre et fétide ; les bronches ne se montrent pas dilatées. Le foie est énorme, légèrement scléreux, de coloration normale. Il est si adhérent au diaphragme que l'on ne peut l'en isoler. Il contient plusieurs kystes :

1° Deux petits kystes enclavés dans le ligament falciforme.

2° Un kyste énorme, siégeant dans le lobe droit, en haut et en arrière (fig. 1). Ce kyste, arrondi, a le volume d'une très grosse orange (0m20 de diamètre environ) ; il fait une saillie très appréciable et il est très superficiel. Par sa partie interne, il a contracté des adhérences intimes avec le poumon droit tandis que sa partie externe vient bomber dans la cavité pleurale. A un examen plus attentif, on découvre trois fistules : l'une, interne, s'ouvre dans une bronchiole ; elle est minime, de très petit diamètre ; la seconde, externe, fait communiquer les deux cavités kystique et pleurale : elle est beaucoup plus large ; elle a les dimensions d'une pièce de un franc ; la troisième, inférieure, également large, s'ouvre dans la

branche gauche très dilatée du canal hépatique. Le kyste est plein d'une boue jaunâtre, biliaire, qui, mêlée à d'innombrables débris de vésicules filles, offre un aspect assez comparable à celui d'œufs brouillés.

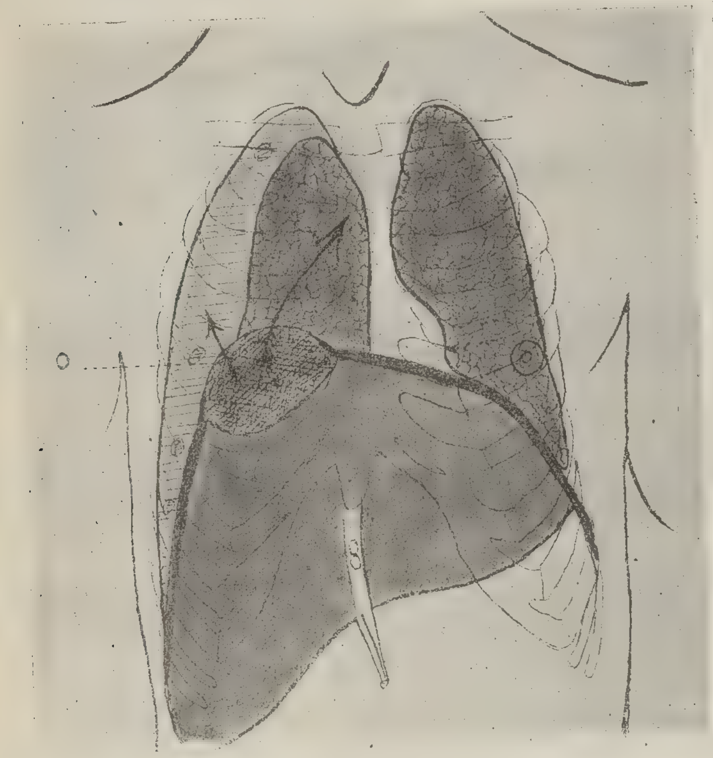


Fig. 1. — *Ouverture du kyste dans le thorax.*

3° Un kyste, ayant le volume et l'aspect d'une petite poire, saillant au niveau du lobe de Spiegel.

4° Un kyste dans le lobe gauche.

En résumé, si l'on pratique une coupe passant par le plus gros des kystes et par le hile du foie, coupe légèrement oblique en bas, en avant et à gauche (fig. 2), on rencontre successivement :

1° Ce kyste, s'ouvrant à la fois dans la plèvre et dans le poumon droit.

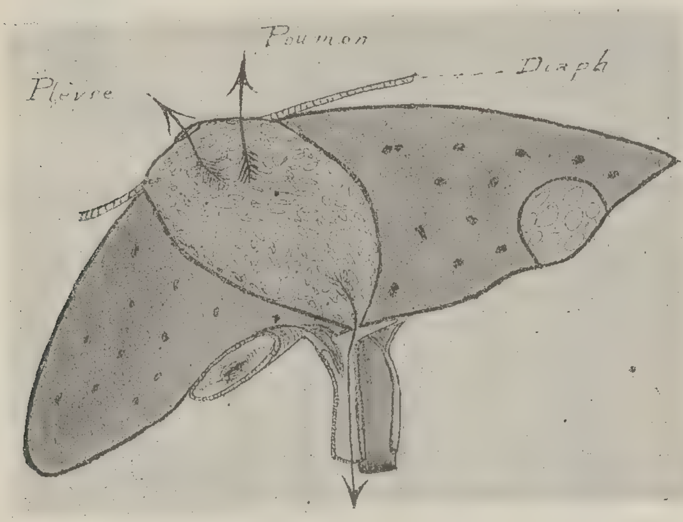


Fig. 2. — *Coupe du foie passant par le hile.* — Les flèches indiquent les perforations du kyste hydatique.

2° Les voies biliaires très dilatées.

3° La fistule kysto-biliaire ouverte dans la branche gauche du canal hépatique.

4° Le kyste précité du lobe gauche.

Signalons enfin un petit kyste de la rate.

La rupture simultanée des kystes hydatiques dans les voies biliaires et dans la cage thoracique est en somme une complication assez rare.

Les recherches rapides que nous avons faites dans la littérature médicale française nous ont permis de trouver seulement deux cas analogues au nôtre : ceux de Reymondon et d'Albert Cayla (1).

L'observation de ce dernier est en tout point superposable à la nôtre.

Observation résumée. — Jeune fille de vingt-deux ans qui, sans prodromes, commence à souffrir dans sa région hépatique ; douleurs continues, sourdes, avec paroxysmes très douloureux ; douleurs irradiées vers l'épaule droite et le dos ; bientôt apparition d'un ictère par rétention ; puis tout se calme ; l'état général s'améliore ; le foie cependant reste gros.

Nouvel épisode douloureux simulant une crise de colique hépatique ; subitement un point de côté se déclare à la base du poumon droit, très violent, accompagné de dyspnée, de toux quinteuse, de crachats séreux, aérés. Encore une fois ces symptômes alarmants se calment, mais l'état général reste grave ; le poumon droit reste mat, la température s'allume ; on redoute une pleurésie purulente : ponction thoracique confirmative ; opération de l'empyème avec issue d'hydatides et mort rapide dans le collapsus.

A l'autopsie : poumon droit très réduit plongeant dans une cavité vide avec un peu de pus, foie avec kyste hydatique ; ce kyste présente trois orifices : un inférieur communiquant avec le confluent de l'hépatique ; deux supérieurs, l'un va dans la plèvre, l'autre plus gros dans le poumon.

Réflexions. — 1° Il y a donc des kystes hydatiques dont l'évolution tend à se faire en haut dans la cavité thoracique, en bas dans les voies biliaires.

2° Cette évolution reste longtemps silencieuse, les premiers accidents, accidents des plus dramatiques, ayant lieu dans les voies biliaires.

3° Faut-il admettre, avec Cayla, que le kyste comprime d'abord les voies biliaires, d'où l'ictère, et « que cet ictère est le prélude d'accidents ayant pour effet d'amener la suppuration du contenu » ? Ne vaut-il pas mieux interpréter ainsi les faits : il y a d'abord une compression légère des voies biliaires et rapidement formation d'adhérences ; or, comme les voies biliaires sont toujours plus ou moins septiques, deux cas peuvent alors se présenter : dans le premier, infection du contenu à travers la paroi du kyste, puis rupture dans les voies biliaires (cas le plus fréquent) ; dans le second, rupture primitive et infection secondaire du kyste (cas très rare : observation de Gouraud et Rathery).

Dans tous les cas nous n'admettrons pas que l'ictère cause la purulence du liquide, car dans l'observation de Cayla, dans la nôtre, le premier symptôme est une crise de colique hépatique, crise traduisant l'élimination de vésicules par les voies biliaires ; la compression lente des canaux n'amène pas de douleurs hépatiques aiguës.

4° Une fois l'infection du kyste réalisée : périkystite, adhérence au diaphragme, érosion et rupture secondaire dans le thorax.

5° Signalons avec Dupont et Lyon-Caen (2) l'ab-

(1) Albert Cayla. Kyste hydatique suppuré, *Bull. de la Soc. anat.*, 1884.

(2) Dupont et Lyon-Caen. Les fistules broncho-biliaires, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, sept. 1909.

sence de vomiques biliaires : le kyste rompu dans son point déclive élimine par là ses hydatides dans les voies biliaires.

6° Le diagnostic clinique pouvait-il se faire du vivant du malade? L'absence de notions étiologiques précises, l'évolution longtemps silencieuse d'une affection dont le début est une colique hépatique, l'ictère progressif, la température, tout devait faire penser à une lithiase biliaire avec angiocholite suppurée et fistule broncho-biliaire consécutive, cette fistule étant caractérisée par l'expectoration biliaire et la présence du souffle amphorique noté dans l'observation, souffle amphorique auquel nombre d'auteurs attachent une grosse importance.

Seuls, à notre avis, en l'absence de vomiques, d'hydatides, les examens de laboratoires (analyses microscopiques systématiques des selles, des crachats, recherches hématologiques, réaction de fixation de Weinberg, examens radioscopiques) pouvaient résoudre le problème.

Nous ne discuterons pas les diagnostics exceptionnels d'abcès dysentériques, de tuberculose hépatique avec abcès ouvert dans une caverne tuberculeuse, de syphilis hépatique, etc.

MÉDECINE PRATIQUE

LES ESSAIS RÉCENTS DE TRAITEMENT DE L'ASCITE

Pendant de longues années le traitement de l'ascite a été fort simple : en dehors du traitement médical de la maladie causale, il consistait, lorsque l'abondance du liquide devenait pénible pour le malade, à l'évacuer par une ponction; mais le liquide ne tardant pas à se reproduire, les ponctions se suivaient de plus en plus fréquentes et ces saignées blanches ne tardaient pas à épuiser le malade. Depuis quelques années, on s'est ingénié à chercher une méthode plus efficace et plus rationnelle de traiter l'épanchement de sérosité dans le péritoine.

C'est en 1898 que le professeur Talma (d'Utrecht), partant de ce principe « qu'il faut considérer l'insuffisance de la circulation collatérale du sang comme la cause de l'ascite », invitait les chirurgiens à augmenter le nombre des dérivations porto-cave, en créant des adhérences entre les viscères et la paroi. Ils répondirent nombreux à cet appel, et en 1903, Alexandre put réunir dans sa thèse 107 observations d'omentopexie. L'année suivante, au Congrès de chirurgie de 1904, Monprofit en citait 224 cas, mais la simple suture de l'épiploon au péritoine pariétal (procédé de Morison) ou dans la paroi (procédé de Schiassi) ne suffit pas à beaucoup d'auteurs. De là les opérations complémentaires proposées : grattage du péritoine pour créer des adhérences hépatodiaphragmatiques (Drummond et Morison), en suturant le bord inférieur du foie, la paroi et l'épiploon (Rolleston et Turner), en fixant l'épiploon entre le foie et le diaphragme (Guillot); puis on préconisa aussi la fixation de la vésicule biliaire à la paroi, avec ou sans son drainage (Delagénière). D'autres proposèrent de fixer la rate à la paroi, de l'enfouir dans son épaisseur (Jaboulay).

Les premières statistiques, celle d'Alexandre qui atteint 54 p. 100 de guérisons ou d'améliorations, celle de Monprofit qui donne 35 p. 100 de guérisons complètes, permettaient les plus grands espoirs. Mais déjà au même Congrès de chirurgie de 1904, M. Willems cite une statistique allemande avec seulement 10 résultats éloignés favorables sur 250 cas. En réalité les résultats ne sont souvent que passagers, et l'enthousiasme du début s'est calmé rapidement; la méthode est maintenant presque abandonnée, pour différentes raisons. Tout d'abord l'omentopexie n'est pas toujours possible car, en particulier dans les cirrhoses de Laënnec, on trouve parfois un épiploon sclérosé, ratatiné, rétracté, et qu'il est impossible d'amener à la paroi. Lorsqu'elle est praticable, l'omentopexie n'est pas toujours efficace; le rôle de l'hypertension portale dans la production de l'ascite est discuté, d'autres facteurs (origine inflammatoire, toxique) sont possibles. Au cours d'autopsies de malades ayant subi une opération de Talma sans bénéfice appréciable, on a pu constater cependant la formation de voies importantes de dérivation veineuse. D'autre part, certaines ascites considérées comme dues à une cirrhose atrophique ont pu guérir après une simple laparotomie exploratrice (2 cas de Jaboulay) et bien des cirrhoses alcooliques sont aujourd'hui considérées comme de nature tuberculeuse (Kelynack, Triboulet, Jousset, etc). Enfin, si la dérivation porto-cave peut parer à des accidents menaçants d'hypertension dans le système porte (hématémèses), et dans quelques cas atténuer la production de l'ascite, elle ne guérit pas l'affection causale et le pronostic reste dans l'état de la cellule hépatique. Or l'intervention assombrit singulièrement ce pronostic, la mortalité opératoire est très élevée (32 p. 100 Alexandre, 40 p. 100 Monprofit); sur des sujets dont la cellule hépatique est insuffisante, l'anesthésie générale est presque fatale. Aussi, dans les cirrhoses hypertrophiques, où la régénération cellulaire du foie s'est faite, les guérisons s'élèvent à 70 p. 100, la mortalité s'abaisse à 14 p. 100. Signalons cependant une modification intéressante de l'omentopexie qui vient d'être proposée. Toriakata (*Deut. Zeit. für Chir.*, Bd CX, juillet 1911, Heft 4-6), dans 6 cas dont 3 de cirrhose du foie, 2 de néphrites, a enfoui l'épiploon dans le rein décapsulé. Cette intervention a le double résultat de créer des anastomoses porto-cave, et des voies d'irrigation nouvelles du rein. Il en résulte une diurèse abondante et une amélioration considérable de l'ascite. Le petit nombre des cas de Toriakata ne permet pas de se prononcer sur un essai en tout cas très intéressant.

Enhardis par des résultats expérimentaux favorables, deux chirurgiens ont tenté chez l'homme l'abouchement terminal de la veine porte dans la veine cave inférieure, la fistule d'Eck. La malade de Vidal [de Périgueux] (*Congrès français de chirurgie*, 1903) mourut au bout de cinq mois de pyohémie, l'exclusion du foie de la circulation permettant l'envahissement de l'organisme par tous les poisons que ne suffit pas à arrêter la muqueuse intestinale. La malade de Thierry de Martel (*Congrès français de chirurgie*, 1910) mourut au bout de quarante-huit heures avec de l'anurie; l'auteur propose de substituer, à la fistule d'Eck classique incompatible avec la vie chez l'homme, l'anastomose latéro-latérale de la grande veine mésaraïque, découverte en décollant le duodénum du pancréas, avec la veine cave inférieure, au-dessous de l'abouchement des veines rénales. En 1909, Villard et Tavernier (*Lyon méd.*, novembre 1909) ont, dans un cas, reporté l'anastomose entre une veine mésentérique et l'ovarienne droite. La malade mourut le cinquième jour, on trouva l'anastomose obturée par un caillot. De l'aveu de Tavernier ces vaisseaux sont parfois bien petits pour la pratique de l'anastomose.

Au lieu de créer des voies de suppléance au système porte et de chercher à tarir ainsi la source de l'ascite, on peut songer à drainer celle-ci de façon permanente.

On a signalé un certain nombre de cas de guérison d'ascite après leur ouverture spontanée au dehors (rupture de la cicatrice ombilicale, voyez Mollard et Chaltot, *Lyon médical*, 1908, p. 1187 ; Lyon-Caen, *Gaz. des hôp.*, 1909), c'est ce qui a peut-être donné l'idée de tenter le drainage permanent à l'extérieur : Viliar (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, décembre 1903) avait tenté le drainage par colpotomie au moyen d'une mèche de gaze; d'autres auteurs (Wallace,

Egrot) ont pratiqué, d'ailleurs sans succès, le drainage à travers la paroi abdominale. Inutile d'insister sur les inconvénients d'une pareille méthode.

Au lieu de le laisser s'écouler au dehors, on peut essayer de chercher à faire écouler le liquide ascitique dans le système veineux. Après des essais infructueux d'anastomose du péritoine avec la veine épigastrique, Ruotte pratiqua en 1907, pour la première fois, l'abouchement d'une des veines saphène interne dans le péritoine. Les résultats ayant été encourageants, il répéta l'opération et ne tarda pas à rencontrer des imitateurs. On trouvera 13 observations de cette opération (5 cas de Ruotte, 3 de Soyesima, 1 de Slawinsky, 2 de Terebinsky, 2 de Villard et Tavernier) réunies dans la thèse de Debon (thèse de Lyon, 21 juin 1911). Il faut y joindre les observations de Maire (de Vichy), de Leuret (*Paris chirurgical*, t. III, n° 4, avril 1911, p. 380) et Bobbio (*La clinica chirurgica*, 30 juin 1911, t. XIX, n° 6, p. 1310). La technique de l'opération est simple en principe. La saphène est découverte au niveau de son confluent dans la fémorale, elle est sectionnée à 8 centimètres au-dessous de cette embouchure, le bout inférieur est lié. L'incision est prolongée au-dessus de l'arcade crurale et le péritoine incisé, le liquide de l'ascite s'écoule. On coupe en biseau aux dépens de sa face antérieure le bout de veine saphène, et on la retourne vers le haut, son orifice est mis bien en face de celui de la séreuse, en prenant soin de ne pas tordre le vaisseau. Deux ou quatre fils de suspension réunissent les deux organes et permettent de pratiquer ensuite un surjet continu étanche. On voit alors la veine se distendre par suite de l'afflux du liquide de l'ascite. La paroi et les téguments sont refermés par-dessus.

Malheureusement, tout ne se passe pas toujours aussi simplement.

Parfois les veines saphènes sont très petites (1 millimètre et demi de diamètre dans 2 cas de Soyesima, Terebinsky) ou se divisent déjà près de leur embouchure (à 4 centimètres, Térébinsky), ou, les valvules étant insuffisantes, le bout central de la veine saigne, toutes circonstances qui rendent l'anastomose impossible.

De plus, une fois constituée, l'anastomose ne reste pas toujours perméable. Si dans les trois autopsies qu'il a pu pratiquer de ses opérés, Ruotte trouva l'orifice péritonéal perméable, au contraire dans 2 cas de Soyesima et 1 de Tavernier, la veine anastomosée était remplacée par un cordon fibreux imperméable.

Ceci explique déjà une partie des échecs de la méthode, qui sont nombreux. Nous ne trouvons, en effet, que deux succès durables (un de Ruotte, un de Soyesima), 7 échecs certains et 5 cas où les auteurs notent une amélioration éphémère car la mort survint rapidement après l'opération.

L'efficacité de l'anastomose, quand elle est restée perméable, est mise en doute par certains auteurs. Tavernier dans ses deux observations note que le liquide d'ascite gonfle bien la veine jusqu'à la valvule, mais que pour forcer celle-ci il faut qu'il ait une tension considérable, supérieure à celle du sang dans la veine fémorale. En admettant qu'une grande quantité de liquide produise cette tension, elle n'existera pas si le liquide s'écoule librement. Or dans l'observation de Ruotte qui a guéri (obs. II) l'ascite n'a pas reparu après l'opération. On s'explique difficilement cet écoulement continu du liquide ascitique dans la veine, aussi Guibé pense que les résultats obtenus tiennent peut-être à la formation d'anastomoses vasculaires dans des adhérences viscérales (constatées dans le cas de Térébinsky), peut-être encore s'agit-il d'absorption de liquide ascitique dans les tissus, produisant une véritable autosérothérapie.

En tout cas, la méthode n'est pas sans danger, l'anesthésie générale cause ici encore une mortalité élevée presque immédiate (2 cas de Ruotte, 1 cas de Leuret) ou à distance en aggravant les lésions hépatiques ou rénales.

De plus, bien que le liquide ascitique soit aseptique (il est indispensable de s'en assurer, en particulier pour le bacille de Koch, par l'inoculation au cobaye, avant de l'introduire dans la circulation sanguine), il est certainement toxique. On est frappé, en parcourant les observations, de voir que la plupart des malades morts peu de temps après l'anastomose sont ceux qui présentaient des éléments anormaux dans l'urine (albumine, indican, urobiline), et qu'ils sont morts avec des phénomènes urémiques. Si le chloroforme peut être pour une part dans ce résultat, la pénétration de liquide ascitique dans l'économie peut jouer le même rôle (Gérard-Mangin, Toxicité des liquides ascitiques et kystiques, *Bull. de l'Assoc. pour l'étude du cancer*, 23 mai 1910, t. III, n° 5).

Pour certaines affections, en particulier les diarrhées infantiles, l'hémophilie, on a tenté l'emploi thérapeutique du liquide ascitique en injections sous-cutanées (T. Legry et R. W. Hastings, *Boston med. and surg. Journ.*, 18 août 1910; Herbert Swift Carter, *The amer. Journ. of the med. sc.*, août 1911). Ce dernier auteur, par des expériences très précises sur le chien, a montré que l'injection de grandes quantités de liquide ascitique entrave le fonctionnement des reins, diminue l'élimination des toxines, produit des œdèmes. Il ne convient, dans un but thérapeutique, de l'injecter que par petites quantités (5 à 20 centimètres cubes par jour). Jusqu'à plus amples renseignements, il faut donc faire de grandes réserves sur les conditions dans lesquelles l'opération de Ruotte se montre efficace, et en tout cas rejeter complètement son emploi chez tous les sujets dont le foie et le rein présentent une perméabilité insuffisante.

Au lieu de chercher à déverser le contenu du péritoine dans le système veineux, certains auteurs ont pensé qu'il était possible de le faire filtrer lentement dans le tissu cellulaire souspéritonéal ou sous-cutané, où il serait résorbé par le système lymphatique. Quelques-uns d'entre eux (Mauclaire, Tavel, Ponthieu, Audibert) avaient été poussés dans cette voie par la production spontanée de ce mode de guérison. Mauclaire (*La Clinique*, 29 avril 1910, p. 266) a observé un malade chez lequel l'ascite s'épanchait de temps en temps spontanément dans le tissu cellulaire de la paroi à travers le péritoine rompu. Tavel (*Corresp. Blatt f. Schweizer Ærtze*, 10 août 1911, t. XLI, n° 23, p. 806-810) a vu le même phénomène dans une éventration produite à la suite d'une opération de Talma. Ponthieu, Audibert, chez des malades opérés depuis peu de hernie, ont observé une guérison de l'ascite à la suite de la rupture de la cicatrice opératoire et de l'épanchement du liquide dans le tissu cellulaire. Jaboulay semble être le premier qui ait proposé (*Lyon méd.*, 5 août 1900, n° 31, p. 499) cette méthode de traitement. Nous ne pouvons que signaler les divers essais tentés en ce sens, on trouvera la plupart de ces observations dans la thèse de Debon (Lyon, 21 juin 1911), à laquelle nous renvoyons. Debon en forme trois groupes séparés.

1° *La fistulisation borgne interne de l'abdomen.* — Pour Lambotte [de Bruxelles] (*Semaine méd.*, 1905, p. 19), dans l'opération de Talma ce qui peut agir c'est le drainage capillaire exercé par les fils de soie allant du péritoine à l'intérieur de la paroi. Chez un malade, il introduisit deux gros fils de soie qui, par leur extrémité, plongeaient dans la cavité péritonéale.

Une plaque d'œdème se produisit dans la paroi et l'ascite disparut peu à peu, mais elle réapparut brusquement et le malade mourut. A l'autopsie, les fils de soie devenus adhérents ne plongeaient plus dans le péritoine. W. Sampson Handley, qui avait obtenu de bons résultats du drainage capillaire des œdèmes, installa de même, dans un cas d'ascite, quatre fils de soie faisant des boucles qui pendaient dans la cavité péritonéale et venaient se perdre dans les tissus sous-cutanés de la cuisse. L'ascite se reproduisit tout d'abord, puis cinq mois après s'améliora considérablement, alors que sur la cuisse apparaissait une plaque d'œdème.

C'est une intervention du même genre que pratiqua M. Tavernier chez un malade antérieurement opéré, sans succès, par lui et M. Villard, au moyen d'un abouchement saphéno-péritonéal. Le malade semblait amélioré lorsqu'il mourut d'une affection intercurrente. Atkinson Stoney et Gillman Moorhead (*The Lancet*, 22 avril 1911, n° 4573) ont publié une observation analogue à celle de Sampson Handley.

2° *Le drainage sous-cutané*. — C'est Jaboulay qui, en 1900, proposa de faire sous la peau de véritables hernies artificielles soit de l'extrémité inférieure de la rate quand elle est suffisamment volumineuse (exosplénopexie), soit de l'épiploon.

Dans la seule opération qu'il pratiqua avec l'épiploon, l'absorption semblait bien se faire quand, à l'enlèvement des fils, la peau céda, créant une fistulette par où s'écoulait doucement le liquide d'ascite. Au bout d'un mois, sans avoir été infecté, l'orifice se ferma; le malade sortit très amélioré. Peter Peterson (de Glascow) (*The Lancet*, 29 oct. 1910, t. CLXXIX, n° 4548, p. 1278) a plusieurs fois, sur des ascites néoplasiques et cirrhotiques, installé un drainage au moyen d'un tube de verre portant deux plaques à ses extrémités. Ce tube fait communiquer la cavité péritonéale avec le tissu sous-cutané. Il en obtint des résultats satisfaisants. Dans un cas, Soyesima employa, dans le même but, une canule fenêtrée en argent. Après une amélioration, le drainage cessa de fonctionner.

Avec un bouton en argent, Wynter (cité par Handley) aurait eu un échec complet. Mauclaire, dans un cas, installa un drain en T dans la paroi, mais le malade mourut trois jours après, probablement des suites du chloroforme.

Tavel [de Berne] (*Corresp. Blatt f. Schweizer Ærtze*, 10 août 1911, t. XLI, n° 23, p. 806 à 816) s'est servi d'une bobine de verre, analogue à celle de Paterson, dans 5 cas d'ascite dont 3 cancéreux, une par cirrhose, la dernière prémenstruelle (?). La présence de plaques d'œdème sous la peau indique bien que le drainage fonctionnait, cependant l'ascite ne s'améliora que dans le dernier cas.

Un cas de guérison complète d'une ascite par cette méthode a cependant été rapporté par Euler [de Treptow] (*XXXIXe Congrès all. de chir.*; *Centralbl. f. Chir.*, 1910, n° 31, p. 93). Mais il s'agissait d'un cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, et l'auteur l'interprète comme un cas d'autosérothérapie.

3° Le *drainage fémoral*, imaginé par Essex Wynter, a été exécuté quatre fois par Handley et une fois par John Murray. Il s'agit de réaliser ce qui s'était produit dans l'observation d'Audibert où la cicatrice d'une hernie crurale, récemment opérée, avait cédé, le liquide ascitique s'épanchant dans le tissu cellulaire de la racine de la cuisse. On pratique une incision au péritoine au niveau du canal crural, et les lèvres de l'incision sont suturées aux parois du canal pour éviter qu'elles ne se cicatrisent. La première opération de Handley fut un succès complet, l'ascite ne se reproduisit plus; la seconde échoua entièrement; à l'autopsie, on trouva l'orifice obturé. C'est ce qui décida John Murray à engager dans l'orifice un tube d'os décalcifié; le malade fut très amélioré. Un autre cas de Handley concerne un cancer qu'il opéra sans succès; enfin, dans sa dernière opération, Handley utilisa un tube d'os décalcifié. Le résultat, d'abord bon, ne se maintint pas, l'ascite se reproduisit.

Dans l'ensemble, les résultats du drainage de l'ascite sont peu brillants, son fonctionnement semble passager et les améliorations se maintiennent rarement. Les fils laissés dans le péritoine finissent par s'accoler à la paroi et s'entourer d'adhérences, comme l'ont constaté Handley et Tavernier; le trajet pariétal des fils ne tarde pas à se scléroser, à devenir fibreux, comme l'a vu Tavernier à l'autopsie de son malade. Les drains, les bobines finissent par être envahis par du tissu cicatriciel dense, et à s'obturer (Soyesima). L'organisme tend à enkyster et enfouir dans un épais tissu de réaction tous les corps étrangers aseptiques qu'on y dépose, c'est une loi générale. Les corps qui ont semblé les mieux tolérés sont les tubes de verre de Paterson. Au bout de plusieurs mois il a pu constater que l'un d'eux n'était en rien obturé. Cette méthode a encore l'avantage de sa simplicité qui permet de se contenter d'anesthésie locale et d'éviter les dangers, considérables chez ces malades, de l'anesthésie générale nécessaire, par exemple, pour le drainage crural ou la pose de longs fils de soie.

Quelques-uns des résultats obtenus par la méthode du drainage dans le tissu cellulaire ont été interprétés comme des cas d'autosérothérapie. Il nous reste à parler de l'application à l'ascite de cette méthode thérapeutique générale. Nous serons brefs à ce sujet, renvoyant pour les détails à la revue de Castaigne (*Journ. méd. français*, 15 nov. 1910, t. IV, n° 11), aux thèses de Carbou (Toulouse 1910), de Galup (Paris 1911) et de Lauze (Montpellier, mai 1911), à l'article d'Isaac Ivan Lemann (*Interstate med. Journ.*, mars 1911, p. 288).

C'est Gilbert [de Genève] (*Congrès de méd. int. de Rome*, 1894) qui employa pour la première fois la méthode autothérapique dans les épanchements de la plèvre d'origine tuberculeuse. Considérant le liquide comme une sorte de tuberculine atténuée, il pratiquait l'injection sous-cutanée de faibles doses (1 centimètre cube), hâtant ainsi la résorption de l'épanchement. Depuis lors la méthode a été étendue non seulement aux épanchements d'origine tuberculeuse, mais encore à toutes les collections séreuses (ascite, hydrocèle, hydarthrose, liquide céphalo-rachidien).

C'est à tort que Galup attribue la première application de cette méthode, pour le traitement de l'ascite, à Audibert et Monges. Le travail de ces auteurs (*C. r. de la Soc. de biol.* (sect. de Marseille), séance du 16 nov. 1909, p. 610-611; *Marseille méd.*, 1er janv. 1910; *Presse méd.*, 2 fév. 1910) est le premier qui ait fait connaître cette application en France, mais on la trouve mentionnée bien antérieurement à l'étranger. Dès 1903, Royo Villanova (Tratamiento de la cirrosis del hidago por la hipodermoclisis del liquido ascitico, *El jurado medico farmaceutico*, Madrid, 21 déc. 1903) a traité de cette manière l'ascite survenue au cours de deux cirrhoses veineuses, une cirrhose biliaire et une cirrhose mixte avec quatre résultats très favorables. Puis, en 1905, Geronzi (*Med. ital.*, Naples 1905, t. III, p. 66) rapporte ses essais d'autothérapie pleurale sur 8 cas dont 2 présentant en même temps de l'ascite; il note que le résultat, bien que satisfaisant, est moins rapide à se produire sur l'ascite que sur la pleurésie.

La même année, Jovane (*Atti d. Congr. pediatr. ital.*, Rome 1905, p. 107, et *Pediatria*, Naples 1905, t. I, p. 1718) rapporte avoir guéri, en treize jours, par cette méthode, une ascite isolée, et dans 3 cas d'épanchement pleuro-péritonéal, il a observé 2 guérisons rapides. Enfin, Snutzgen (*Berl. klin. Woch.*, 1909, t. XLVI, n° 3, p. 97), parmi 16 cas divers traités par la méthode autothérapique, cite plusieurs cas d'ascite isolée ou associée à un épanchement pleural.

Parmi les premières, figure une ascite asystolique traitée aussi avec un bon résultat. Depuis cette époque, le nombre des observations s'est considérablement multiplié.

La technique suivie est simple. La peau du ventre étant aseptisée par les moyens habituels, anesthésiée au besoin au point choisi par une traînée de solution de novocaïne à 1/200, on pratique la ponction. On emploiera une grosse aiguille sur laquelle s'adaptera une seringue stérilisée de 10 centimètres cubes, que l'on remplira de liquide d'ascite par aspiration. Ayant bien vérifié que le liquide n'est pas purulent, on retire l'aiguille seulement jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Là, on l'incline pour l'enfoncer obliquement et on pratique l'injection de 3, 5, 10 centimètres cubes. On répète l'injection toutes les semaines, tous les cinq jours, tous les

trois jours selon le résultat obtenu. Les injections sont indolores, le liquide se résorbe rapidement sans réaction notable, sauf un cas (Barré) on n'a pas signalé d'accidents imputables à l'anaphylaxie. A côté de cette méthode des petites injections sous-cutanées, méthode habituellement employée et qui s'applique à toutes les ascites, tuberculeuses ou non, on a tenté de pratiquer des injections massives sous-cutanées (Castaigne) ou intraveineuses (Sicard et Galup) de 200 à 1.000 centimètres cubes de liquide, au moyen d'une provision de liquide ascitique recueillie par une seule ponction et conservée dans des ballons stérilisés. Ici, naturellement, il faudra vérifier par l'injection au cobaye que le liquide ne contient pas de bacilles tuberculeux et s'assurer de l'état de la perméabilité rénale.

Cette méthode n'a d'ailleurs été utilisée qu'une fois par voie hypodermique (Castaigne) et deux fois par voie intraveineuse par Sicard et Galup, dans des cas de cirrhose atrophique, avec un résultat satisfaisant et un échec.

Voyons les résultats obtenus par la méthode des petites doses, si séduisante par sa simplicité et son innocuité, en classant les cas selon le diagnostic probable de l'affection causale.

Le cas d'Audibert et Monges était une maladie de Banti, l'ascite disparut rapidement et l'état général s'améliora considérablement pendant la durée du traitement. Sur 23 ascites de cirrhose atrophique, nous notons 15 insuccès complets (1 cas de Pron, 1 de Roger et Chauvin, 2 de Roques et Cordier, 3 de Le Play, 6 d'Audibert, 1 de Lemann, 1 de Dartignes et Mircouche, v. *Comp. rend. de la Soc. de méd. de Paris*, 13 oct. 1911, p. 489), un succès discutable (Roques et Cordier) et 7 cas de guérison de l'ascite avec amélioration considérable de l'état général (3 cas de Royo Villanova, 1 de Limouzi, 1 de Le Clech, 2 de Lemann, dont 1 avait subi sans grand résultat une opération de Talma). Pour les cirrhoses hypertrophiques, nous ne trouvons que 3 observations avec 1 échec (Mlle Zolotareff) et 2 succès nets (Godlewski, G. Baldini, *La clinique*, t. VI, n° 9, 12 mai 1911). Royo Villanova aurait eu un succès dans une cirrhose biliaire. Dans les ascites asystoliques sur 9 observations nous trouvons 4 échecs (1 cas Cordier et Roques, 2 Audibert, 1 Godlewski) et 5 succès (1 cas Jeunet, 2 Godlewski, 1 Ponthieu, 1 Snutzgen).

Dans un cas d'ascite d'origine rénale. Lemann a obtenu un très beau succès (disparition de l'ascite, de l'hydrothorax, des œdèmes); dans un cas d'ascite hépato-rénale, Godlewski obtint seulement une grande amélioration. Pour les ascites tuberculeuses, il faut distinguer les cas où l'épanchement est associé à une pleurésie de ceux où il existe seul; dans le premier cas l'injection peut être faite avec le liquide de la pleurésie, de l'ascite ou des deux, et les résultats pourront être différents selon le cas. Une observation de Cestan le montre bien (*Toulouse médical*, 1er août 1910) : deux injections sont pratiquées avec du liquide pleurétique et l'épanchement pleural qui était double disparaît rapidement, tandis que l'ascite continue à augmenter ; on pratique des injections avec le liquide ascitique et l'épanchement péritonéal disparaît à son tour. C'est ce qui explique que dans les cas de Geronzi, par exemple, l'action sur le liquide pleural fut bien plus marquée que sur l'ascite. Sur 8 cas, on ne trouve qu'un échec (Geronzi) et 7 guérisons rapides (Geronzi 1 cas, 3 Jovane, 1 Cestan, 2 Timbal et Saint-Martin). Sur les 7 cas de péritonite à forme ascitique que nous avons relevés, nous trouvons 3 échecs complets (1 cas Roques et Cordier, 2 cas Godlewski) et 4 succès (Chevrier, Dieulafé, P. Carbou, Jovane), dont 2 discutables (Chevrier, Dieulafé) car une laparotomie a été pratiquée au même moment. Enfin, dans trois cas d'ascite cancéreuse, l'injection n'a donné aucun résultat quant à la production de l'ascite (Roques et Cordier, Audibert, Godlewski).

On voit que dans l'ensemble ces résultats sont loin d'être méprisables. On peut les discuter : certains diagnostics de cirrhose alcoolique peuvent être douteux et il s'agit peut-être de tuberculose; les malades ont subi souvent un traitement médical intensif en même temps que les injections étaient pratiquées. Cependant, il est indéniable que la lecture des observations fait ressortir une action certaine qui coïncide avec le traitement par les injections. C'est tout d'abord un relèvement constant de l'état général; et ce rôle tonique se fait sentir même chez les cancéreux (v. Jaboulay, *Lyon chir.*, 14 août 1910, n° 33, p. 232), et sans que l'ascite soit influencée. Le deuxième résultat presque constant est le relèvement du taux de l'urine et l'installation d'une diurèse qui peut être considérable (2000, 2500 et plus). Celle-ci peut même s'observer alors que l'ascite ne diminue pas (par exemple, les trois malades de Le Play). Par exception il peut s'établir aussi une diarrhée séreuse (1 cas de Lemann). Faut-il réduire à cette action d'amorce de la diurèse le mécanisme de la résorption de l'ascite ? Faut-il y voir la preuve de la présence dans le liquide ascitique d'anticorps plus ou moins spécifiques ? Galup, dans sa thèse, nous montre qu'aucune de ces théories ne satisfait à l'explication de tous les cas, et il nous en propose une nouvelle, s'appuyant sur des expériences personnelles, et basée sur les modifications réciproques de la tension superficielle du liquide de l'ascite et du sérum sanguin provoquées par les injections. En tout cas, bien qu'elle ne soit pas encore au point, et que bien des parties de son histoire soient encore obscures, la méthode reste fort intéressante et pleine de promesses.

D'autres méthodes ont encore été tentées pour modifier les échanges entre le sang et le liquide ascitique au niveau du péritoine et augmenter l'absorption du liquide. L'air chaud employé pour les péritonites tuberculeuses ascitiques (v. Mouriquand, *Journ. des Praticiens*, 13 octobre 1910; Dausset et Brin, *Paris méd.*, 15 juillet 1911, n° 33, p. 167) ne semble pas avoir été essayé sur les ascites non bacillaires. La vieille méthode des injections modificatrices a été récemment reprise par Riehl (*Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 18, 5 mai 1910) qui se sert du collargol, et par Tyson et Jump (*Therap. Gaz.*, janvier 1911), qui emploient l'adrénaline. D'après ces derniers, l'injection de un demi à 2 centimètres cubes de solution à 1 p. 1000 dans le péritoine augmente considérablement son pouvoir d'absorption et l'on voit s'établir une polyurie de 2100 à 2400 centimètres cubes. Sur les deux ascites ainsi traitées, l'une, d'origine cardio-rénale guérit rapidement, l'autre due à un cancer abdominal ne présenta qu'une amélioration très passagère (1).

Que conclure de tout ceci, si ce n'est que de toutes les opérations chirurgicales successivement préconisées aucune n'a donné d'une façon constante des résultats assez satisfaisants pour contrebalancer les risques courus du fait de l'intervention. L'opération par la méthode de Talma est à peine pratiquée aujourd'hui, l'opération de Ruotte n'a pas tenu ce qu'elle promettait tout d'abord, le drainage sous-cutané ne semble guère avoir de résultats durables. Ces interventions sont pour la plupart viciées dans leur principe, et de plus dangereuses parce qu'elles nécessitent l'anesthésie générale chez des sujets dont le foie est insuffisant, ou en introduisant dans la circulation du liquide ascitique qui présente une action toxique sur le rein. Nous ferons cependant une exception pour le drainage sous-cutané avec un tube de verre qui est peut-être susceptible de fonctionner régulièrement et dont l'installation ne nécessite pas l'anesthésie générale. Mais n'agit-il pas surtout par absorption de petites doses de liquide ascitique comme dans la méthode autothérapique ?

En tout cas c'est celle-ci, surtout le procédé des injections par petites doses, que nous conseillerons de tenter tout d'abord. Son emploi est facile, son innocuité absolue. En cas

(1) Signalons que, le 30 novembre dernier, M. Terai a soutenu à la Faculté de Paris une thèse sur le sujet suivant : *Des injections intrapéritonéales de strophantine dans le traitement des ascites d'origine hépatique et cardiaque.*

d'échec il sera toujours temps, si on le juge utile, de s'adresser à une autre méthode d'application plus compliquée.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1911)

Un cas de lymphadénie lymphatique aleucémique cliniquement guéri depuis six ans. — MM. P.-Emile Weil et H. Noiré représentent une femme lymphadénique qu'ils ont montrée à la Société il y a six ans, alors que ses tumeurs ganglionnaires inguinales et abdominales avaient disparu après un an de séances radiothérapiques et que son sang était redevenu normal.

Aujourd'hui cette femme, jadis cachectique, a repris 10 kilos, ne présente plus aucune tumeur et paraît jouir d'une parfaite santé. Elle suivit au début un traitement radiothérapique sévère (une séance tous les quinze jours) pendant quinze mois; puis, pendant quatre ans, on lui fit trois séances de rayons X et, pendant ces deux dernières années, deux séances annuelles seulement.

Cependant sa guérison paraît n'être qu'une guérison apparente et non réelle, clinique et non anatomique, car son sang présente une légère leucocytose (7400) avec mononucléaires (45 p. 100) et éosinophilie (8 p. 100). La séméiologie de cette éosinophilie est d'ailleurs grande, car les éosinophiles de ce sang sont non de type normal myéloïde, mais de type anormal lymphatique. Aussi les auteurs se proposent-ils de reprendre un traitement radiothérapique beaucoup plus sévère pour affermir et prolonger la guérison de la malade.

Méningite tuberculeuse à la suite d'un zona. — MM. Henry Barbier et Jean Gougelet présentent un enfant ayant eu, après un zona, une méningite tuberculeuse ayant débuté par de la céphalée, puis par une crise d'épilepsie jacksonienne. A la suite de ces accidents, l'enfant présenta encore deux crises d'épilepsie jacksonienne. Depuis un an, l'enfant n'a plus eu aucun accident nerveux et se porte bien actuellement.

La ponction lombaire révéla, au moment des accidents méningés, de la lymphocytose, et l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien fut positive au point de vue tuberculose.

Ils apportent en outre un résumé des faits semblables de méningite tuberculeuse guérie ou considérée comme telle.

Ils ont trouvé vingt-quatre à trente cas indiscutables de guérison de la méningite tuberculeuse.

A ce propos les auteurs insistent sur l'importance de l'épanchement sérofibrineux comme lésion de la méningite tuberculeuse, les méningites curables devant être dues à des cas caractérisés surtout par une méningite sérofibrineuse ou congestive et œdémateuse, sans épanchement considérable.

Les conclusions pronostiques et thérapeutiques de ces faits sont évidemment très importantes, possibilité de récidives d'une part, et d'autre part nécessité d'une hygiène sévère pour prévenir la réapparition des accidents méningés tuberculeux.

La livedo. — M. Comby présente un petit garçon de quatre ans, gros, joufflu, atteint de *livedo annularis*. Toute la peau, au niveau des membres du tronc et de la face, présente des réseaux violacés, dessinant les capillaires de la peau. Ces taches livides sont généralisées à tout le corps, et elles sont tellement accusées qu'on a pu penser à une fièvre éruptive. Quoique l'enfant ait l'apparence d'un strumeux, il n'a pas réagi à la tuberculine. Sous l'influence des frictions cutanées stimulantes faites matin et soir, la livedo s'est déjà atténuée. Un frère est normal, les parents sont bien portants.

Cancer du rectum latent ayant affecté l'aspect d'une fièvre intermittente. — MM. Thiroloix et Mora rapportent un cas de cancer du rectum ayant longtemps évolué sous le masque d'une fièvre intermittente avec grands accès fébriles quotidiens sans troubles fonctionnels. Malgré les lésions locales étendues à toute l'ampoule rectale, il n'y a eu de troubles fonctionnels que dans les derniers jours où les cylindres épithéliaux sont venus s'ouvrir à la peau de l'anus et provoquer une sphinctéralgie atroce qui a nécessité une intervention chirurgicale immédiate.

L'évolution de l'affection fut particulière; après une phase d'amaigrissement, d'hyperglobulie avec hyperpolynucléose, le malade a repris, sous l'influence du climat d'altitude, un tel état de santé qu'il fut considéré comme normal, par un médecin de compagnie d'assurances, quelques jours avant l'opération.

La grande azotémie. — M. A. Javal a déjà signalé, avec M. Widal, l'intérêt qui s'attache au dosage méthodique de l'urée dans le sang ou les humeurs des malades présentant le tableau clinique de l'urémie et M. Widal a montré que, lorsque la concentration uréique atteint ou dépasse 3 grammes, le pronostic fatal peut être posé à très brève échéance.

Les 22 cas de grande azotémie que l'auteur étudie montrent sous quelles formes cliniques variées peuvent se présenter les cas de grande azotémie mortels à partir du moment où la concentration uréique des humeurs a atteint 2 grammes. Il rapporte des cas de formes foudroyantes, de formes progressives, de formes à rémission et enfin de formes ambulatoires chez lesquelles les symptômes cliniques sont réduits au minimum, alors que la rétention uréique des humeurs se maintient pendant longtemps à un chiffre assez élevé.

Un cas de méningite syphilitique subaiguë avec hémicontracture faciale et signe du peaucier traité par le mercure et le 606. — M. Braillon (d'Amiens).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1911)

Fractures de la grosse tubérosité de l'humérus. — M. Dupuy de Frenelle relate la fréquence des fractures isolées de la grosse tubérosité de l'humérus. Ces lésions sont le plus souvent méconnues, mais facilement dépistées par la radiographie; elles doivent être traitées par l'immobilisation du bras en abduction secondée par un traitement fonctionnel quotidien et mis en œuvre dès le début.

M. Ozenne rappelle que l'élargissement de l'épaule est un signe clinique qui permet de conclure à une fracture, mais qu'il est toujours bon d'utiliser les renseignements fournis par la radiographie.

M. Laquerrière confirme la fréquence des arrachements de la grosse tubérosité de l'humérus; ces lésions passent souvent inaperçues à l'examen clinique, parce que la tubérosité n'est pas complètement arrachée, ou bien parce qu'il existe une infiltration de toute la région, aussi faut-il recourir toujours à la radiographie.

M. Cayla, rappelant à ce sujet l'autorité de M. Lucas-Championnière, insiste sur la difficulté de faire le diagnostic des lésions de l'épaule; même avec l'examen radioscopique ou radiologique on est quelquefois embarrassé, car il n'est pas toujours facile d'interpréter l'épreuve.

Traitement des angiomes par la radiothérapie. — M. Albert Weill présente un petit malade qui était atteint d'un

angiome volumineux de l'arcade orbitaire et de l'angle de l'œil et qui est actuellement presque entièrement guéri par la radiothérapie.

Tuberculose et hygiène alimentaire des nourrissons. — Mme le docteur Sidler, en se basant sur des courbes de poids et sur la radioscopie gastrique dans une étude sur 237 nourrissons, démontre que : 1° la prédisposition à la tuberculose pulmonaire droite se crée déjà chez le nourrisson à l'aube de la vie; 2° que sa cause est la suralimentation (surtout nocturne); 3° que cette prédisposition se traduit par un état d'émaciation des téguments et des muscles du sommet, signe précoce, facile à constater, précieux au point de vue prophylactique de la tuberculose.

Pour M. Guelpa, la suralimentation chez les enfants est un des facteurs les plus importants du développement de la tuberculose, à cause de l'épuisement lent et progressif des activités digestives.

M. Kolbe demande comment l'auteur peut affirmer que l'estomac du nourrisson ne se vide que lorsque l'enfant cesse de prendre le sein; cette donnée semble en contradiction avec ses observations et insuffisamment prouvée.

Lavement électrique. — MM. Laquerrière et Loubier, après analyse de six observations personnelles, cherchent à établir les règles du lavement électrique. Ils concluent que : 1° il faut se guider surtout sur l'état général qui incite ou non à dépasser le chiffre de trois séances; 2° si, pendant la séance, le malade accuse de violentes coliques, mieux vaut ne pas continuer; 3° la constatation que l'eau suinte au lieu d'être expulsée, surtout si le phénomène se prolonge pendant des heures ou se reproduit aux séances suivantes, est un signe défavorable.

Coliques néphrétiques et courants de haute fréquence. — M. E. Lacaille cite surtout à titre de curiosité trois cas de coliques néphrétiques très améliorés par les courants de haute fréquence.

M. Graux rappelle que M. Moutier a déjà signalé à la Société médico-chirurgicale l'action bienfaisante de ces courants dans certains cas de coliques néphrétiques en faisant cesser le spasme de l'uretère.

M. A. Leclercq pense que l'effluve électrique agit primitivement par réflexe ou par suggestion et produit secondairement la vaso-dilatation rénale favorable à la chasse du calcul.

Pour M. Bouloumié, l'heureux effet des applications électriques ne semble pouvoir être attribué qu'à une action antispasmodique sur l'uretère; mais le bain chaud, les applications locales très chaudes, la simple infusion chaude de fleurs de fève donnent des résultats analogues, à la condition, bien entendu, qu'il ne s'agisse pas de coliques néphrétiques intenses.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET PORTANT RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts;

Vu les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899, relatifs au doctorat en médecine;

Vu les décrets et arrêté des 31 mai et 22 juillet 1902, relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire;

Vu les décrets et arrêtés des 31 juillet et 31 décembre 1893 et l'arrêté du 20 février 1907, relatifs au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février 1880, 18 mars 1880 et 10 juillet 1896;

Vu les décrets du 21 juillet 1897;

Le conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

DURÉE DES ÉTUDES. — CONDITIONS DE GRADES INSCRIPTIONS. — LIVRET SCOLAIRE

Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non compris l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie; pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 et sur la justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret scolaire au nom de chaque étudiant.

Sont inscrites au livret scolaire les notes d'assiduité et d'interrogations obtenues aux travaux pratiques et aux stages.

Le livret, tenu à jour, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens, sous peine de nullité de l'examen.

Une fois la scolarité terminée, il est remis à l'étudiant avec le diplôme.

TITRE II

ENSEIGNEMENT

Programmes d'enseignement. — Enseignement théorique. — Enseignement technique (travaux pratiques). — Enseignement clinique.

Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend :

1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine;

2° Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique;

3° L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programmes d'enseignement.

Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire, ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la faculté et soumis au ministre de l'Instruction publique.

Après approbation du ministre, les programmes sont publiés au début de l'année scolaire.

L'assemblée de la Faculté fixe également le nombre des leçons, conférences et séances de travaux pratiques que comporte l'exécution de chaque programme.

Art. 7. — Le doyen est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut s'y faire aider par une commission composée, sous sa présidence, d'un professeur titulaire désigné par les professeurs titulaires, d'un autre professeur titulaire désigné par les agrégés en exercice.

Enseignement théorique.

Art. 8. — Dans chaque faculté ou école, il est fait au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

Art. 9. — L'enseignement théorique comprend :

1° Les sciences biologiques :

Anatomie.

Histologie.

Notions d'embryologie.

Physiologie.

Notions de physique et de chimie médicales.

2° Les enseignements annexés à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique :
Physique et chimie appliquées à la médecine.
Anatomie pathologique.
Anatomie topographique.
Médecine opératoire.
Pathologie expérimentale.
Bactériologie.
Parasitologie.
Pharmacologie.
Hygiène.
Thérapeutique.
Médecine légale.

3° Pathologie générale :
Pathologie interne.
Pathologie externe.
Obstétrique.
Stomatologie.
Notions de législation et de déontologie médicales.

Tous ces enseignements sont complétés, suivant leur nature, par des démonstrations et travaux pratiques.

Enseignement technique (travaux pratiques).

Art. 10. — Les travaux pratiques sont obligatoires et sont répartis entre les cinq années de scolarité.

Le travail de l'étudiant aux travaux pratiques est constaté par des interrogations ou des manipulations donnant lieu à des notes inscrites au livret scolaire.

Enseignement clinique.

Art. 11. — L'enseignement clinique comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de la sémiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de première année;

2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale;

3° L'enseignement élémentaire des cliniques spéciales ci-après :
Dermatologie et maladies vénériennes.
Voies urinaires.
Maladies nerveuses.
Maladies mentales.
Médecine infantile.
Chirurgie infantile.
Ophtalmologie.
Oto-rhino-laryngologie.
Gynécologie.
Maladies contagieuses.

TITRE III

DU STAGE

Art. 12. — Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études.

Il doit être accompli au siège de la faculté ou école pendant les quatre premières années.

Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.

Art. 13. — Chaque année le stage a une durée de neuf mois.

En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

Art. 14. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'administration générale de l'assistance publique est tenu pour équivalent du stage de médecine et de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées pour chaque faculté ou école.

Des facilités seront accordées aux internes des hôpitaux pour l'accomplissement des stages spéciaux.

Art. 15. — Les stagiaires de première année sont groupés dans des services qui leur sont réservés.

Sous réserve d'une entente entre la famille ou école et l'administration de l'assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital.

Art. 16. — Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.

Il lui est délivré un certificat comprenant deux notes, l'une d'assiduité, l'autre d'interrogations. L'insuffisance d'assiduité peut entraîner la suspension de l'inscription suivante. Il est tenu compte de la note d'interrogations dans le résultat des examens.

TITRE IV

RÉPARTITION DES ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX PRATIQUES ET DU STAGE

Art. 17. — Les enseignements, les travaux pratiques et le stage sont répartis ainsi qu'il suit entre les différentes années d'études :

Première année.

Semestre d'hiver. — Ostéologie. — Anatomie descriptive (y compris le système nerveux périphérique). — Notions élémentaires de pathologie générale comme introduction à l'étude de la médecine (enseignement facultatif pour les étudiants).

Semestre d'été. — Histologie. — Physiologie.

Travaux pratiques.

Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Deuxième année.

Semestre d'hiver : Achèvement de l'anatomie, y compris le système nerveux central, et anatomie topographique.

Semestre d'été : Achèvement de l'histologie et notions d'embryologie. — Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales.

Travaux pratiques.

Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Troisième année.

Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. Quelques leçons de tératologie sont annexées à la pathologie externe.

Cours d'accouchements avec manœuvres obstétricales. Quelques leçons de tératologie sont annexées à ce cours.

Enseignement de la médecine opératoire.

Enseignement de la bactériologie.

Enseignement élémentaire, en quelques leçons, de la pathologie expérimentale.

Enseignement de la parasitologie.

Travaux pratiques de médecine opératoire, de bactériologie, de pathologie expérimentale et de parasitologie.

Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Quatrième année.

Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe.

Enseignement de la pathologie générale.

Enseignement de l'anatomie pathologique.

Notions élémentaires de matière médicale (médicaments simples et composés).

Éléments de pharmacologie (action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses).

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, de matière médicale et de pharmacologie.

Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Suivant ses convenances et ses moyens propres chaque faculté ou école organise, en troisième et en quatrième année, les stages des cliniques spéciales.

Les stages des cliniques spéciales, sauf pour la gynécologie, sont obligatoires.

Cinquième année.

Enseignement de la thérapeutique.

Enseignement de l'hygiène.

Enseignement de la médecine légale.

Enseignement de la stomatologie.
Notions de législation et de déontologie.
Travaux pratiques d'hygiène. Démonstrations et travaux pratiques de médecine légale.
Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

TITRE V

DES EXAMENS

Art. 18. — Les examens sont de deux sortes :
1° Les examens de travaux pratiques;
2° Les examens de fin d'année.

a. Examens de travaux pratiques.

Art. 19. — Chaque enseignement, donnant lieu à des travaux pratiques, a pour sanction un examen placé à la fin des travaux pratiques :
Cet examen comprend :
L'épreuve pratique.
Des interrogations.

Art. 20. — Sont l'objet d'examens de travaux pratiques les matières suivantes :
L'anatomie, l'histologie, la physiologie, la physique et la chimie appliquées à la médecine, la médecine opératoire, la parasitologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique, la matière médicale, la pharmacologie, l'hygiène et la médecine légale.

Art. 21. — En cas d'échec à l'examen de travaux pratiques, l'étudiant est tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription du trimestre suivant.
En cas de succès ultérieur, l'inscription lui est accordée rétroactivement.

Art. 22. — Pour les travaux pratiques dont la durée ne dépasse pas trois mois, la faculté ou école devra organiser des séries complémentaires d'épreuves.
Il y aura, avant le début de l'année scolaire, une nouvelle session d'examens de travaux pratiques pour les candidats ajournés à la session précédente, quel que soit l'endroit où, pendant les vacances, ils auront fait leurs travaux pratiques.
L'étudiant de nouveau ajourné à cette session supplémentaire, sera tenu de recommencer son année d'études.

Art. 23. — Pourront être admis par la commission scolaire à subir les examens de travaux pratiques, les élèves qui justifieront devant la commission avoir suivi des travaux pratiques dans des établissements dépendant de l'université ou agréés par la faculté.

b. Examens de fin d'année.

Art. 24. — Indépendamment des examens de travaux pratiques, chaque année d'études se termine par un examen de fin d'année.

Art. 25. — Sont l'objet d'examens de fin d'année les matières suivantes : anatomie et histologie; physiologie avec notions de physique et de chimie médicales; obstétrique; pathologie interne; pathologie externe; pathologie générale; thérapeutique; hygiène; médecine légale avec notions de législation et de déontologie et les cliniques visées à l'article 27.

Art. 26. — Les examens de fin d'année sont répartis ainsi qu'il suit :

Première année.

Anatomie et histologie.

Deuxième année.

1° Anatomie et histologie;
2° Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales.
Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Troisième année.

Obstétrique.

Quatrième année.

1° Pathologie interne;
2° Pathologie externe;
3° Pathologie générale.
Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Cinquième année.

1° Thérapeutique;
2° Hygiène;
3° Médecine légale avec notions de législation et de déontologie.
Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Examens de cliniques.

Art. 27. — Les examens de cliniques ont lieu après validation de tous les stages obligatoires.
Ils comprennent :
1° Examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe;
2° Examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale avec revision générale de l'obstétrique;
3° Examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne.
Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

TITRE VI

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX DIFFÉRENTS EXAMENS. — EXAMENS DE TRAVAUX PRATIQUES. — JURYS.

Art. 28. — Aux examens de travaux pratiques, pour les matières qui ne font pas en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation peut porter sur l'ensemble du programme; pour les matières qui font en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation est limitée au programme des travaux pratiques.

Art. 29. — Les examens de travaux pratiques sont subis devant des commissions spéciales de trois membres.
Peuvent faire partie de ces commissions :
Les professeurs titulaires, les professeurs adjoints, les agrégés, les chefs de travaux et assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe.
Sauf le cas de force majeure, chaque commission d'examens de travaux pratiques comprendra le chef des travaux pratiques correspondants.

Examens de fin d'année.

Art. 30. — Chacun des examens de fin d'année est subi devant un jury de trois membres.

Art. 31. — Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants.
Ces questions sont tirées au sort.
Le candidat tire un bulletin de l'urne; ce bulletin contient trois questions différentes; le candidat est interrogé sur une, sur deux ou sur les trois questions, au choix du jury.
L'examen est public; il est subi devant le jury complet.
L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury complet.

Examens de cliniques.

Art. 32. — Le jury de chacun des examens de cliniques est composé de trois juges.

Art. 33. — Pour la clinique chirurgicale, chaque série d'examens comprend au maximum : trois candidats.
Pour la clinique médicale : quatre candidats.
Pour la clinique obstétricale : six candidats.

Art. 34. — L'épreuve consiste dans l'examen d'un ou de deux malades.
Les candidats aux épreuves de clinique médicale et de clinique chirurgicale disposent de quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.
Pour l'épreuve de clinique obstétricale, le temps attribué à l'examen du malade est de vingt minutes au maximum.
L'examen des malades a lieu sous la surveillance du jury.
Les juges siégeant ensemble interrogent successivement les candidats au sujet des malades examinés, et s'assurent, en outre, qu'ils possèdent les connaissances nécessaires à la pratique médicale.
Le candidat ne doit pas connaître à l'avance le service où il aura à subir l'épreuve clinique.

Examens de fin d'année. — Examens de cliniques. Sessions. — Notations.

Art. 35. — Les examens de fin d'année ont lieu en deux sessions : l'une en juillet, l'autre en octobre.

Les dates en sont fixées par le doyen ou directeur.

Sauf pour les examens de cliniques, aucun examen individuel ou collectif ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 36. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen qui n'est accordée que pour motif grave, subir l'examen correspondant à son année d'études à la session de juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre les candidats ajournés à la session de juillet ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 37. — L'étudiant qui n'a pas subi avec succès l'examen correspondant à son année d'études au plus tard à la session d'octobre est ajourné à la session de juillet de l'année scolaire suivante et ne peut prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

L'étudiant ajourné en juillet et en octobre peut obtenir le transfert de son dossier dans les formes prescrites par le décret du 21 juillet 1897.

Art. 38. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes :

Extrêmement satisfait;
Très satisfait;
Bien satisfait;
Satisfait;
Mal;
Nul.

Les notes *mal* et *nul* sont éliminatoires.

Dans les examens de cliniques, la note *mal* entraîne l'ajournement à trois mois; après deux échecs successifs, l'ajournement est fixé à six mois.

La note *nul* entraîne l'ajournement à six mois.

Les notes sont attribuées après délibération du jury.

Thèse.

Art. 39. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de cliniques et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Art. 40. — Pour chaque thèse de doctorat, le jury est composé de trois juges.

Art. 41. — Les examens de cliniques et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 42. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première, à la deuxième, à la troisième et à la quatrième année d'études.

Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première et à la deuxième année d'études.

Art. 43. — Dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examen sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

TITRE VII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 44. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret.

Les étudiants qui auront pris inscription avant cette date, subiront les examens d'après le régime prévu par le décret du 24 juillet 1899.

Art. 45. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent décret, les dispositions contraires des décrets des 31 juillet 1893, 31 décembre 1894 et 24 juillet 1899, ainsi que les dispositions du décret du 11 janvier 1909.

Art. 46. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 29 novembre 1911.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
T. STEEG.

Le ministre des Finances,
L.-L. KLOTZ.

ARRÊTÉ FIXANT LA DATE D'APPLICATION DU DÉCRET PORTANT RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :

Vu le décret du 29 novembre 1911, portant réorganisation des études médicales et notamment le § 1er de l'article 44 ainsi conçu :

« Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret. »

Arrête :

Article premier. — Les dispositions du décret du 29 novembre 1911, portant réorganisation des études médicales seront appliquées à partir du 1er novembre 1913.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine qui s'inscriront à partir de l'année scolaire 1912-1913 en vue du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) seront astreints au régime d'études médicales prévu par le décret du 29 novembre 1911.

Fait à Paris, le 30 novembre 1911.

T. STEEG.

FORMULAIRE

BRONCHITE CHRONIQUE (CATARRHE BRONCHIQUE)

1° Tisane d'Eucalyptus, édulcorée avec le sirop suivant :

Sirop de bourgeons de sapin . .	150	grammes.
Sirop de codéine	100	—
Eau de laurier-cerise	10	—

2° Compresses térébenthinées sur la poitrine. Fumigations phéniquées.

3° Deux gouttes Livoniennes de Trouette-Perret à chaque repas, entre deux plats.

4° Soigner la diathèse (goutte, herpétisme, scrofule).

Société de pathologie comparée. — La séance solennelle annuelle aura lieu le mardi 12 décembre, à quatre heures, au Palais des fêtes de Paris, 199, rue Saint-Martin, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'instruction publique, de M. le ministre de l'agriculture, et sous la présidence effective de M. le professeur Vaillard, directeur du Val-de-Grâce.

A l'ordre du jour, communications de MM. Nattan-Larrier, professeur Perroncito (de Turin), professeur G. Petit (d'Alfort), Calmette et Guérin (de l'Institut Pasteur de Lille), Schrader, Rosenthal, Brocquet (de l'Institut Pasteur), Fayet, Audin et Lépinay, Bonneau, J. Monod.

Clinique Tarnier. — Cours gratuit de perfectionnement. — Le jeudi 7 décembre, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Traitement de l'éclampsie puerpérale », et le jeudi 14 décembre, à la même heure : « Des complications de l'avortement ».

Association générale des étudiants (section de médecine). — Un groupe d'internes des hôpitaux commencera, au début de décembre, une série de conférences d'internat et d'externat.

Nombre limité d'élèves pour chaque conférence. Pour tous renseignements, s'adresser au président de la section de médecine, Maison des étudiants, 13 et 15, rue de la Bucherie.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 28 oct. 1911.) FRAIPONT : Vomissements graves et vomissements incoercibles des femmes enceintes. — LERAT : Note sur un nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale (vissage ligamento-pubien), avec quarante et un cas personnels. — BAYET : Le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — G. CORIN : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique.

Æsculape. — (N° 10, oct. 1911.) P. SÉRIEUX et L. LIBERT : La Bastille, asile d'aliénés et asile de sûreté. — MAUCHAMP : Notes sur la médecine et la sorcellerie au Maroc. — CABANÈS : Destins tragiques et mystérieux (profils de femmes). — ROB-BEN-JAMIN : La dame des panégyries de violence. — M. BAUDOUIN : L'homme préhistorique inconnu.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1911.) L. BROCQ, L.-M. PAUTRIER et J. AYRIGNAC : Les caractéristiques symptomatiques, histologiques et biochimiques de l'eczéma papulo-vésiculeux. — W. DUBREUILH et G. PETGES : Le nævus bleu. — Ch. AUDRY : Sur la structure de la lymphangite blennorragique. — M. NANTA : Sur l'ostéo-nævus.

Archives d'électricité médicale. — (N° 320, 25 oct. 1911.) Phil. Dipl. Ing. Alfred WERTHEIMER : Les variations des intensités et de la tension du courant au niveau des ampoules de Röntgen. — Mme S. FARRE : Traitement d'une arthrite rhumatismale par les boues radio-actives et le radium. — J. DE ROMAS : Sur l'électrisation de deux paralytiques. — Guido HOLZKNECHT : Le distingueur.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 10, oct. 1911.) CHEMIN : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise (*suite*). — BOURGES : Un cas de staphylococcémie avec absence complète de localisations suppuratives. Traitement et guérison par le procédé de la pyogenèse artificielle. — B. HENRY : Notes de laboratoire relatives aux procédés analytiques des huiles.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 10, oct. 1911.) HALLAS : L'habitude d'avaler les aliments sans mastication produit-elle des affections de l'estomac. — RIVA et SAMARANI : Contribution à l'étude de la digestion du lait naturel et du lait fermenté acide dans l'estomac des adultes (*suite*).

Archives générales de chirurgie. — (N° 10, 25 oct. 1911.) WILKIE : Gastrite et ulcère duodénal par embolie veineuse rétrograde. — SOUBEYRAN et RIVÈS : Le sarcome mélanique primitif de l'ovaire. — Ch. MONOD et J. VANVERTS : De l'anévrismorraphie.

Biologica. — (N° 10, 15 oct. 1911.) AMANS : Géométrie comparée des aéroplanes et des animaux volants. — E. FAURÉ-FREMIET : Un nouvel élément de la cellule : la mitochondrie.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (N° 7, juillet 1911.) GELLÉ : Le pancréas dans les pancréatites chroniques non diabétogènes. Etude histologique et physiopathologique du tissu endocrine.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 oct. 1911.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose. — J. THOMAS : La fermentothérapie du cancer. — (30 oct.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*fin*). — F. GARRIGOU : De l'enseignement de l'hydrologie dépend le succès des stations thermales et climatiques.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 16, 25 oct. 1911.) H. SOULIÉ : La vaccination antityphoïdique. — MOLLE : Congestion du sommet droit dans le paludisme. — H. SOULIÉ : Projet de construction d'un pavillon pour les consultations des indigènes.

Clinique. — (N° 42, 20 oct. 1911.) LÉOPOLD-LÉVI : Réponse au travail de M. Mac-Auliffe à propos d'une Revue générale sur le tempérament thyroïdien. — MAUCLAIRE : Luxation sus-cotyloïdienne de la hanche avec rotation externe. — FLAGOUMIÉ : Symptomatologie de la paralysie générale. Prodromes et début. — COURTELLEMONT : Les arythmies. — (N° 43, 27 oct.) P. BARBARIN : Quelques considérations sur le traitement du rachitisme. — KIRMISSON : La grenouillette et ses diverses variétés. — G. SARDOU : Nervosité et climats stimulants. — TERRIEN : Zona ophtalmique et kératite neuro-paralytique. — J. REGNAULT : Diagnostic et traitement des abcès du foie. — SABOURAUD : Trichoclasie idiopathique. — BOUSREZ : Troubles nerveux abdominaux en rapport avec le purpura. Leur cause commune : l'œdème.

Encéphale. — (N° 10, 10 oct. 1911.) Albert PRÉVOST et Georges MARTIN : Un cas de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte suivi d'autopsie (4 planches). — H. ESCHBACH et Jean BAUR : Méningo-encéphalite tuberculeuse subaiguë non folliculaire à bacilles de Koch (2 fig. et 1 pl. en couleur). — A. HESNARD : Catatonisme au cours d'une méningite tuberculeuse à évolution suraiguë et à forme délirante (1 fig.). — Paul SÉRIEUX et Lucien LIBERT : La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 43, 22 oct. 1911.) J. FARNE : Une nouvelle source de responsabilité ? Les erreurs d'impression du docteur. — (N° 44, 29 oct.) ROCHER et CHARBONNEL : Le traitement actuel des fractures fermées. — AUBARET : De l'emploi de la douche d'air chaud en ophtalmologie. — (N° 45, 5 nov.) MONGOUR : Méningite cérébro-spinale. — PETGES et BONNIN : Fibro-adénome mammaire aberrant sous-cutané.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 nov. 1911.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Le traitement sanglant des fractures fermées. Exposition à Bruxelles de Lambotte, Tuffier, Willems, de Marbaix. Rapports de MM. Alglave et Léon Bérard au Congrès de chirurgie à Paris, et discussion sur ces rapports.

Journal de médecine interne. — (N° 29, 20 oct. 1911.) CAUSSADE : Indication et opération de la ponction du péricarde. — GAUCHER : Le danger mortel du 606. — (N° 30, 30 oct.) MILHIT : Prophylaxie et vaccinothérapie de la fièvre typhoïde.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 4 décembre. — MM. Reilly, 6; Viguerie, 4; Moulonguet, 5; de Butler d'Ormond, 5; Houlbert, 4; Morisson-Lacombe, 9; Gerber, 4; Monod (André), 7; Quiquandon, 2; Mercier (Jacques), 4; Queyroi, 4.

Séance du 5 décembre. — M. Weiss, 4; Mlle Giboulot, 1; MM. Janet et Guelfucci, 5; Maurel, 7; Sécheret, 6; Ecot (Pierre), 4; Borel (Paul) et Vallerant, 5; Bouttier, 9.

Prochaine séance, jeudi 7 décembre.

Pathologie. — Séance du 4 décembre. — MM. Peignaux, 4; Carpanetti, 10; Devaux, 4; Marchak, 12; Durand (Albert), 8; Panciulesco, 7; Hartemann, 10; Daudet 8; Salès, 10 1/2; Küss, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux, ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de se terminer par la nomination de M. Magdinier.

— Toulouse. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Tapie, Lavau, Bellocq, Dupuy, Gay, Abély et P. Ducuing, internes titulaires, et de MM. Canal, Boularan, Lagarde, Alary et Laborie, internes provisoires.

GUERRE. — Sont inscrits d'office au tableau d'avancement :

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe : M. le médecin-major de première classe Arnaud (mission militaire française de Grèce);

Pour le grade de médecin-major de première classe : M. le médecin-major de deuxième classe Grall (Casablanca).

— Sont inscris d'office :

Pour la croix d'officier de la Légion d'honneur : M. le médecin principal de deuxième classe Vincent, professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire. Services exceptionnels : les travaux de ce savant pour introduire dans l'armée française la vaccination antityphoïdique ont eu les résultats les plus décisifs sur l'abaissement de la mortalité et de la morbidité par fièvre typhoïde dans les confins algéro-marocains pendant l'été de 1911.

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : M. Lanne, médecin-major de première classe au corps de débarquement de Casablanca : a donné toute la mesure de sa valeur technique et administrative dans l'organisation de l'hôpital de campagne de Meheyda.

MARINE. — Par décret du 2 décembre 1911, M. Guierre, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine, a été nommé médecin de troisième classe dans le corps de santé de la marine.

LA DISTANCE DANS LES CESSIONS DE CLIENTÈLES DOIT SE MESURER NON A VOL D'OISEAU, MAIS D'APRÈS LA DISTANCE KILOMÉTRIQUE. — C'est ce qui résulte d'un arrêt de la 8e chambre de la Cour d'appel de Paris, rendu le 20 juillet 1911, dans une affaire de cession de cabinet dentaire. Voici d'ailleurs le considérant intéressant.

« ... Considérant que les époux C... prétendent encore que la dame S... aurait contrairement à son contrat créé un cabinet dentaire à Mantes, soit dans un rayon de 40 kilomètres; qu'ils demandent la résiliation du contrat, la restitution des sommes versées et 10000 francs de dommages-intérêts;

Mais considérant que, dans son contrat, la dame S... a pris seulement l'engagement de ne pas créer ou faire valoir un cabinet dentaire dans la *ville de Versailles*, dans un rayon de 40 kilomètres; qu'en s'installant à Mantes elle a d'autant moins violé son engagement qu'il y a plus de 40 kilomètres de distance réelle entre ces deux villes, d'après le tableau officiel des distances, et que dans l'espèce, il importe peu qu'à vol d'oiseau il y ait seulement 36 kilomètres... » P.

CE QUE NOUS BUVONS. — Malgré l'initiative prise par la préfecture de police de faire opérer gratuitement l'enlèvement des cadavres des petits animaux à domicile, le nombre est encore très élevé de ceux que l'on retire de la Seine. C'est ainsi que l'on a trouvé dans le fleuve, en 1910, 6255 chiens, 715 chats, 885 rats, 350 poulets, 90 pigeons, 41 canards,

RENSEIGNEMENTS

255 oiseaux, 135 lapins, 17 chèvres, 25 moutons et 4 125 kilos de viandes et abats.

En 1901, on avait retiré 10 100 chiens, et 9 110 en 1902.

En 1899, on avait relevé 950 chats et 700 poulets; en 1905, 205 canards et 235 porcelets; en 1902, 610 oiseaux, et en 1901, 40 moutons. P.

UN MOYEN DE RENDRE INOFFENSIFS LES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX. — C'est M. J.-H. Fabre, le vénérable et illustre entomologiste, qui l'indique dans le dixième volume de ses *Souvenirs*. Sa grande expérience est certainement une indication de la valeur du procédé.

« Depuis une trentaine d'années que j'habite Sérignan, dit-il, je n'ai jamais entendu parler du moindre cas d'empoisonnement par les champignons dans le village, et cependant il s'en fait ici une abondante consommation, en automne surtout. Et que récolte-t-on? Un peu de tout.

Bien des fois, courant les bois du voisinage, je visite les paniers des récolteurs et des récolteuses, qui volontiers me laissent faire. J'y vois de quoi scandaliser les maîtres en mycologie. J'y trouve fréquemment le bolet pourpre, classé parmi les plus dangereux; l'agaric annulaire (*armillaria mellea*, Fries), qualifié de *valde venenatus* par Persoon, un maître en la matière. C'est même le champignon dont l'emploi est le plus fréquent, à cause de son abondance, à la base des mûriers surtout. J'y trouve le bolet satan, dangereux tentateur; le lactaire zoné, dont l'âcreté rivalise avec le poivre du lactaire mouton; l'amanite à tête lisse, magnifique coupole blanche, issue d'un ample volva et frangée sur les bords de ruines farineuses semblables à des flocons de caséine. L'odeur vineuse et l'arrière-goût de savon devraient rendre suspecte cette coupole d'ivoire. On n'en tient aucun compte.

Comment, avec une telle insoucieuse récolte, évite-t-on les accidents? Dans mon village et bien loin à la ronde, il est de règle de faire blanchir les champignons, c'est-à-dire de les faire cuire dans l'eau bouillante légèrement salée. Quelques lavages à l'eau froide achèvent le traitement. Ils sont alors préparés de telle façon que l'on veut. De la sorte, ce qui pourrait être dangereux au début devient inoffensif, parce que l'ébullition et les lavages ont éliminé les principes nocifs.

Mon expérience personnelle confirme l'efficacité de la méthode rurale. Très fréquemment j'ai fait usage, avec ma famille, de l'agaric annulaire, réputé très vénéneux. Assaini par l'eau bouillante, c'est un mets dont je n'ai que du bien à dire.

Un de mes amis, médecin, à qui j'avais fait part de mes idées sur le traitement par l'eau bouillante, voulut essayer de son côté. Pour le repas du soir, il choisit l'amanite citrine, de mauvais renom à l'égal de l'amanite panthère. Tout se passa sans la moindre encombre.

De ces faits, il résulte qu'une bonne ébullition préalable est la meilleure sauvegarde contre les accidents occasionnés par les champignons. Mais c'est là, dira-t-on, une cuisine de sauvage; le traitement par l'eau bouillante réduira les champignons en purée; il leur enlèvera tout arome et toute sapidité. Erreur profonde. Le champignon supporte très bien l'épreuve. La sapidité n'y perd rien et l'arome ne s'affaiblit guère. De plus, la digestibilité s'améliore. Aussi, dans mon ménage, l'habitude est de soumettre le tout à l'eau bouillante, même la glorieuse oronge.

Je suis un profane, il est vrai, un barbare que séduisent peu les raffinements de la cuisine. Je me croirais dédommagé de mes persévérantes observations si je parvenais, si peu soit-il, à populariser la prudente recette provinciale concernant les champignons, nourriture excellente, et qui fait agréable diversion à la pâtée de haricots ou de pommes de terre, lorsqu'on sait tourner la difficulté de la distinction entre l'inoffensif et le dangereux. »

LA DÉTENTION DES PASTILLES DE SOUFRE PAR UN DROGUISTE EST PUNISSABLE. — C'est ce qu'a jugé la 9e chambre de la Cour d'appel de Paris, le 22 juillet 1911.

« Considérant qu'en dehors des usages industriels et agricoles, auxquels il est employé, le soufre possède des qualités thérapeutiques; que, notamment, sous la forme de pommade, il est prescrit contre certains parasites de la peau et qu'il exerce sur eux une action destructive indéniable;

Considérant, d'autre part, que, pour être introduit sans danger dans le corps humain, le soufre commercial doit être soumis à divers traitements destinés à le débarrasser d'éléments nocifs, tels que l'acide sulfurique et l'acide sulfureux qu'il contient normalement; qu'en second lieu, la fabrication des pastilles de soufre exige une manipulation ayant pour effet de le transformer à l'état de pâte par son mélange avec certaines substances employées spécialement pour les préparations pharmaceutiques, selon une formule inscrite au Codex; que, par suite, les pastilles de soufre présentent le caractère des compositions pharmaceutiques visées par la loi de germinal an XI. » P.

LA FABRICATION DES PASTILLES DE VICHY ET LA LOI DE GERMINAL AN XI. — Les pastilles obtenues autrement qu'avec le produit de l'évaporation de l'eau d'une source de Vichy et composées d'un mélange de carbonate de soude, de gomme et de sucre constituent une substance médicamenteuse dont la vente ne peut être pratiquée que par les seuls pharmaciens et non par les droguistes-herboristes. Telle est la décision rendue le 22 juillet 1911 par la 9e chambre de la Cour d'appel de Paris.

« Considérant qu'il résulte du rapport de l'expert commis que les pastilles de Vichy, saisies dans le magasin ne contiennent point de sel de Vichy naturel, c'est-à-dire obtenu par l'évaporation de l'eau d'une source de Vichy, mais sont composées exclusivement d'un mélange de bicarbonate de soude, de gomme et de sucre, conformément à la formule inscrite au Codex, quoique avec des proportions différentes;

Considérant qu'introduit dans le corps humain, conformément aux règles de la thérapeutique, le bicarbonate de soude exerce une action curative indéniable, et que son usage abusif peut causer certains désordres dans l'organisme; qu'il a les caractères d'une substance médicamenteuse et que, par suite, la vente des pastilles, dans la composition desquelles il entre, ne peut être pratiquée que par les seuls pharmaciens... » P.

LES VISITES AUX ALIÉNÉS. — Les jugements rendus par un tribunal civil en chambre du conseil et statuant sur les conditions dans lesquelles auront lieu les visites à une personne internée dans une maison de santé constituent des actes de la juridiction gracieuse non revêtues de l'autorité de la chose jugée.

Telle est la décision rendue le 17 octobre 1911 par la chambre des requêtes de la Cour de cassation. P.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. le docteur Et. Lombard, chef de service; M. le docteur Le Mée, assistant du service; M. le docteur Ménard, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Cochin, commenceront le jeudi 14 décembre une première série de démonstrations et d'exercices pratiques portant sur les méthodes usuelles d'endoscopie aéro-digestive (pharyngoscopie, salpingoscopie, laryngoscopie, trachéo-bronchoscopie, œsophagoscopie, gastroscopie), l'application des procédés de diaphanoscopie, la radiographie des sinus de la face et la radiographie des organes thoraciques.

Cette série comprendra quatre séances : jeudi 14, vendredi 15, samedi 16 et dimanche 17 décembre, à neuf heures et demie.

Ces exercices sont réservés aux docteurs français et étrangers. — Frais de travaux pratiques : 25 francs.

Se faire inscrire d'avance dans le service.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière, par G. PHOCAS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Athènes, et J. BAROZZI, ancien interne des hôpitaux. Deuxième édition entièrement refondue. In-8 raisin cartonné avec 630 figures dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Traitement manuel suédois dans les maladies internes d'après les principes de Henrik Kellgren, par M. DENTZ, professeur de massothérapie à Genève. In-12 avec 463 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Les Vierges qui tuent, par le docteur Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.


la
Varilaxine
groupe cinq laxatifs différents
mais d'action équivalente.
Varilaxine
chacun des 5 tubes contenus dans cette boite et numérotés de 1 à 5 renferme un laxatif différent
Tube n°1 - Rhubarbe
- n°2 Cascara
- n°3 Podophyllin
- n°4 Bourdaine
- n°5 Tamarin
avec Agar Agar comme excipient
Litt. et éch. fco
164 rue St Honoré,
PARIS 1er

RECHERCHES SUR LES HÉMOLYSINES

EQUILIBRE HEMOLYTIQUE

Par M. MACAIGNE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
et PASTEUR VALLERY-RADOT,
Interne des hôpitaux.

Les recherches récentes ont montré le rôle des hémolysines dans l'anémie, l'ictère, l'hémoglobinurie (1). Mais quelle valeur faut-il attribuer aux hémolysines que l'on constate en dehors de ces cas? Les données de la clinique et les résultats de laboratoire se contredisent-ils? Telles sont les questions que nous nous sommes posées.

Nous avons recherché systématiquement les hémolysines (auto et isolysines) dans une série d'affections les plus disparates, faisant l'épreuve avec les sérums des malades du service pris indistinctement, au fur et à mesure de leur entrée à l'hôpital.

Technique. — Pour rechercher l'*isolysine*, nous avons ajouté à xx gouttes de sérum *frais* du malade, II gouttes d'hématies déplasmatisées d'un autre individu. Nous nous étions assurés auparavant que ces hématies n'étaient pas fragiles.

Pour rechercher l'*autolysine*, nous avons ajouté à xx gouttes de sérum *frais* du malade, II gouttes d'hématies déplasmatisées du même malade, après nous être assurés que la résistance de ces hématies était normale.

Après agitation, nous avons laissé les tubes ainsi préparés à la température du laboratoire. Quand l'hémolyse ne doit pas se produire, on voit déjà au bout de quinze à trente minutes le sérum s'éclaircir dans sa partie supérieure, tandis que les sérums hémolysants restent uniformément rougeâtres.

Après un quart d'heure à une demi-heure nous avons porté les tubes à l'étuve à 37 degrés pendant deux heures. Cette épreuve de l'étuve nous a semblé même inutile, l'hémolyse, quand elle doit se produire, apparaissant d'emblée, à la température du laboratoire.

La centrifugation ne nous a pas paru nécessaire. Quand le contact entre sérum et hématies a duré deux heures, les hématies sont rassemblées au fond du tube lorsqu'il n'y a pas hémolyse; il est donc inutile de centrifuger, il est même préférable de ne pas centrifuger, la centrifugation pouvant peut-être traumatiser les hématies et donner une teinte rosée au sérum.

Les deux heures écoulées, nous avons noté les résultats. Nous n'avons tenu compte que des hémolyses franches, rouges et non rosées.

Chaque fois que nous avons constaté l'hémolyse dans un sérum, nous avons comparé le tube où s'était produite cette hémolyse à un tube témoin contenant le même sérum sans adjonction de globules, car parfois les sérums ont une teinte légèrement rosée due à la diffusion de l'hémoglobine. M. Leseille, interne en pharmacie, a recherché dans plus de vingt sérums l'hémoglobine peu de temps après la coagulation; par le spectroscope, la réaction de Mayer et celle de Weber, il a toujours constaté, même dans les sérums clairs, la présence d'hémoglobine. Il est probable que cette diffusion de l'hémoglobine se produit pendant le phénomène de la coagulation même quand le sang a été recueilli suivant les règles, quelques hématies dont le stroma est adultéré à ce moment laissant échapper dans le sérum une partie de leur hémoglobine. Il faut donc être en garde contre les cas où sans hémoglobinhémie vraie le sérum est légèrement rosé, et il faut comparer toujours les tubes où l'on a trouvé une hémolyse aux tubes contenant le sérum seul.

Une fois l'hémolyse constatée, nous avons inactivé le sérum du malade par chauffage à 56 degrés pendant une demi-heure; puis nous avons vérifié que l'hémolyse dans ce sérum chauffé ne se produisait pas. Ensuite nous avons recherché, après réactivation par du sérum neuf d'un autre individu, si l'hémolyse se produisait; dans ces conditions l'hémolyse doit théoriquement apparaître, mais il se peut qu'elle n'apparaisse pas, le sérum chauffé ayant une action antihémolysante plus forte que le sérum frais, ainsi que l'a montré Bordet.

Différentes fois, après dix-huit à vingt-quatre heures de contact, nous avons vu apparaître dans le sérum une hémolyse légère. Nous avons considéré ces cas comme négatifs, ainsi que l'ont fait MM. Guillain et Troisier. MM. Landsteiner et Leiner, examinant les sérums de cent enfants sains ou malades, avaient déjà trouvé de nombreux sérums isohémolysants après vingt-deux heures de contact. « Les constatations de MM. Landsteiner et Leiner sont importantes à noter, remarquent MM. Guillain et Troisier; elles montrent, croyons-nous, qu'il ne faut attacher de valeur dans l'isolyse qu'aux phénomènes hémolytiques immédiats et massifs (1). »

Sur 116 sérums examinés nous avons obtenu 111 résultats négatifs (ni iso ni autolysine) et 5 cas positifs.

Voici la statistique des résultats négatifs :

4	Myocardites	Négatif.
4	Insuffisances mitrales et rétrécissements mitraux	Id.
2	Polyscléroses	Id.
1	Pneumonie	Id.
10	Bronchites chroniques	Id.
25	Tuberculoses pulmonaires	Id.
1	Broncho-pneumonie tuberculeuse	Id.
2	Pleurésies tuberculeuses	Id.
5	Tuberculoses péritonéales	Id.
4	Néphrites	Id.
3	Cirrhoses du foie	Id.
2	Ictères catarrhaux	Id.
1	Hydropisie de la vésicule biliaire	Id.
1	Angine	Id.
1	Ulcus gastrique	Id.
1	Entérite	Id.
1	Appendicite chronique	Id.
1	Tænia	Id.
4	Saturnismes	Id.
A reporter. 73 cas.		

(1) Voir le rapport si documenté de MM. G. Guillain et J. Troisier. Du rôle des hémolysines en pathologie, *XIIe Congrès français de médecine*, Lyon 1911.

(1) G. Guillain et J. Troisier, *Id.*, p. 16.

Report...	73	cas.	
	2	Gouttes	Négatif.
	8	Rhumatismes articulaires aigus	Id.
	3	Rhumatismes blennorragiques	Id.
	1	Rupture musculaire	Id.
	1	Névralgie sous-occipitale	Id.
	1	Hémiplégie	Id.
	2	Paraplégies syphilitiques	Id.
	1	Paralysie infantile à la période d'atrophie	Id.
	1	Erysipèle de la face	Id.
	1	Fièvre typhoïde	Id.
	1	Gangrène diabétique du pied	Id.
	5	Fatigues	Id.
	1	Ulcère variqueux	Id.
	2	Anémies pernic. cryptogénétiques (1)	Id.
	1	Anémie à la suite d'hématémèses	Id.
	1	Gomme (syphilitique?) de la parotide	Id.
	1	Epithélioma de la face	Id.
	1	Cancer du larynx	Id.
	3	Cancers de l'estomac	Id.
	1	Cancer du foie	Id.
Total...	111	cas.	

Nous avons eu 5 cas positifs. Nous pouvons diviser ces résultats positifs en deux catégories :

1° Les cas où nous avons constaté une hémolyse *massive*, c'est-à-dire rouge foncé, et *durable*, c'est-à-dire persistant les jours, les semaines suivants. Cette hémolyse s'accompagnait d'anémie.

2° Les cas où nous avons reconnu une hémolyse rouge, mais moins intense cependant que dans les cas précédents. Cette hémolyse ne s'accompagnait pas d'anémie. Les jours suivants, sans que l'on constatât aucune modification appréciable ni dans l'état du malade ni dans son sang, l'hémolyse ne se produisait plus. En somme, hémolysine *moins active* que l'hémolysine de la première catégorie, et, de plus, *fugace*, transitoire, apparaissant et disparaissant sans cause.

Voici le tableau des résultats positifs :

Première catégorie. — PREMIER CAS. — *Tuberculose à la deuxième période. Tuberculose à marche rapide* (2).

Le sérum est laqué.

Isolysine... {
- Son sérum + hématies d'un sujet sain : hémolyse rouge foncé.
- Son sérum inactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.
- Son sérum réactivé + hématies d'un sujet sain : hémolyse rouge foncé.

Autolysine. {
- Son sérum + ses propres hématies : hémolyse rouge foncé.
- Son sérum inactivé + ses propres hématies : pas d'hémolyse.
- Son sérum réactivé + ses propres hématies : hémolyse rouge foncé.

2 824 000 hématies..

6 900 leucocytes. {
- 89 polynucléaires.
- 7 grands mononucléaires.
- 4 myélocytes neutrophiles.

Les jours et les semaines suivants on retrouve constamment l'iso et l'autolysine.

DEUXIÈME CAS. — *Entérite muco-membraneuse.*

Le sérum est laqué.

Isolysine... {
- Son sérum + hématies d'un sujet sain : hémolyse rouge foncé.
- Son sérum inactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.
- Son sérum réactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.

Autolysine. {
- Son sérum + ses propres hématies : hémolyse rouge foncé.
- Son sérum inactivé + ses propres hématies : pas d'hémolyse.
- Son sérum réactivé + ses propres hématies : pas d'hémolyse.

3 500 000 hématies..

6 000 leucocytes. {
- 58 polynucléaires.
- 33 grands mononucléaires.
- 8 lymphocytes.
- 1 éosinophile.

L'iso et l'autolysine persistent les jours et les semaines suivants.

Nous attirons l'attention sur ce fait que nous avons reconnu dans ces deux cas une autolysine. Les autolysines jusqu'ici constatées dans le sérum sont exceptionnelles. MM. Chauffard et Cl. Vincent (1) ont constaté une autolysine dans un cas d'hémoglobinurie; M. Alessandri (2) a relaté une autolysine dans un cas de cancer de l'estomac.

Deuxième catégorie. — PREMIER CAS. — *Bronchite chronique.*

Isolysine.. {
- Son sérum + hématies d'un sujet sain : hémolyse rouge.
- Son sérum inactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.
- Son sérum réactivé + hématies d'un sujet sain : hémolyse, mais moins accentuée que dans le premier tube.

Pas d'autolysine.

4 500 000 hématies..

8 000 leucocytes. {
- 60 polynucléaires.
- 38 grands mononucléaires.
- 2 lymphocytes.

Quelques jours après, on ne constate plus d'isolysine. La formule sanguine reste la même.

Ce malade étant revenu à l'hôpital quelques mois plus tard, nous avons recherché de nouveau l'isolysine dans son sérum ; nous ne l'avons pas constatée.

DEUXIÈME CAS. — *Tuberculose à la première période. Hémoptysies.*

Isolysine... {
- Son sérum + hématies d'un sujet sain : hémolyse rouge.
- Son sérum inactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.
- La réactivation n'a pas été faite.

Pas d'autolysine.

4 800 000 hématies..

6 200 leucocytes. {
- 72 polynucléaires.
- 20 grands mononucléaires.
- 8 lymphocytes.

Quelques jours après, on ne constate plus d'isolysine. La formule sanguine ne s'est pas modifiée. Les semaines suivantes, l'isolysine ne réapparaît pas.

TROISIÈME CAS. — *Léger embarras gastrique fébrile.*

Isolysine... {
- Son sérum + hématies d'un sujet sain : hémolyse rouge.
- Son sérum inactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.
- Son sérum réactivé + hématies d'un sujet sain : pas d'hémolyse.

Pas d'autolysine.

4 900 000 hématies..

5 100 leucocytes. {
- 64 polynucléaires.
- 30 grands mononucléaires.
- 6 lymphocytes.

(1) L'un de ces cas nous a été obligeamment communiqué par M. P. Baufle, et l'autre par M. Ch. Montet.

(2) Anémie et hémolysine chez un tuberculeux, *Gaz. des hôpit.*, 22 juin 1911, p. 1060.

(1) A. CHAUFFARD et Cl. VINCENT. Hémoglobinurie hémolysinique avec ictère polycholique aigu, *Semaine méd.*, 25 déc. 1909, p. 607.

(2) Voir G. GUILLAIN et J. TROISIER. Loc. cit., p. 59.

Trois jours après, son sérum est opalescent (1). On constate une isolysine très légère.

Le surlendemain, le sérum n'est plus opalescent. L'isolysine a disparu. Les jours suivants, l'isolysine ne réapparaît pas.

Pendant tout ce temps, la formule sanguine n'a pas changé.

Notre statistique en bloc concorde avec les statistiques précédemment publiées.

M. J. Troisier, sur 125 malades examinés, a trouvé 5 cas positifs.

MM. Widal, Abrami et Brulé, sur 285 malades, 8 cas positifs.

M. Kelling, sur 320 malades, 11 cas positifs.

M. Alessandri, sur 68 malades, 3 cas positifs.

Nous ferons remarquer cependant que, sur 35 cas d'infection tuberculeuse, nous n'avons trouvé que 2 cas positifs. Cette statistique est différente des précédentes :

M. Crill, sur 52 tuberculeux, constate 48 cas positifs.

MM. Weinberg et Mello, sur 60 tuberculeux, 42 cas positifs.

M. Upcott, sur 100 tuberculeux, 60 cas positifs.

Nous avons recherché si, après une injection de tuberculine, il se forme une hémolysine dans le sérum. Nous avons recherché l'hémolyse quatre heures après l'injection ainsi que le lendemain. Sur 14 cas, 13 furent négatifs ; dans un seul cas, nous avons constaté une isolysine, mais trop faible pour qu'on puisse en tenir compte.

Sur les 6 cas de cancer que nous avons étudiés les 6 étaient négatifs. Or, M. Weinberg, en totalisant les observations publiées sur les sérums des cancéreux, trouve que dans 42,01 p. 100 des cas, la présence d'isolysine a été constatée. D'autre part, M. J. Troisier, sur 10 cas de cancer, n'a trouvé qu'une fois une isolysine franche.

Ces différents résultats, si peu concordants sur les sérums des tuberculeux et des cancéreux, proviennent sans doute de ce que les auteurs ne se sont pas mis dans les mêmes conditions d'expérience. Ils n'ont pas opéré tous sur la même quantité de sérum ; certains d'entre eux ont considéré comme cas positifs des hémolysines tardives, ou bien ils ont qualifié d'hémolysine une teinte seulement rosée du sérum. Il y aurait lieu — pour éviter dans la suite ces interprétations différentes rendant les résultats obtenus si contradictoires — d'opérer toujours sur la même quantité de sérum *frais*, de noter les résultats au bout d'un laps de temps déterminé, de faire toujours l'épreuve de l'inactivation du sérum ; enfin il faudrait qu'on décrétât une fois pour toutes que seront seulement reconnus comme hémolysants les sérums qui, *après adjonction d'hématies non fragiles*, hémolyseront à un taux déterminé : on pourrait se baser, pour établir ce taux, sur une échelle hémoglobinimétrique ou mieux instituer des étalons qui pourraient être des tubes contenant des liquides rouges de teintes dégradées ; l'hémolyse massive correspondrait à un étalon n° 3, l'hémolyse forte à un étalon n° 2, l'hémolyse légère à un étalon n° 1. Il serait convenu que, si l'hémolyse est plus faible que cette dernière teinte indiquée par l'*hémolysinimètre*, il ne faut pas en tenir compte.

(1) Nous avons encore constaté le sérum opalescent en dehors de la digestion chez un saturnin et chez un tuberculeux pulmonaire. Ces malades, comme celui dont il s'agit, n'avaient pas d'albuminurie. Le sérum, dans ces trois cas, n'eut cette teinte opalescente que d'une façon passagère.

Le fait sur lequel nous voulons spécialement insister est le suivant : dans certains cas on trouve dans le sérum une hémolysine qui disparaît les jours suivants. Ces hémolysines fugaces nous ont semblé être moins intenses que les hémolysines durables ; dans les cas que nous avons observés, elles ne déterminaient pas d'anémie, elles étaient dépourvues d'action.

Il faudrait peut-être établir, comme nous l'avons fait, une différenciation des hémolysines constatées dans les sérums en deux catégories :

1° Les hémolysines intenses et durables, déterminant leur action par une destruction globulaire : anémie, ictère ou hémoglobinurie ;

2° Les hémolysines moins intenses, fugaces, sans action. Nous avons constaté ces hémolysines dans des cas où l'état général était peu atteint. C'est vraisemblablement dans cette catégorie qu'il faut ranger, si elles existent, les hémolysines constatées à l'état de santé.

Comment peut-on comprendre ces hémolysines fugaces ? On sait que M. Besredka (1) a démontré que l'homme et les animaux fabriquaient normalement pour leurs propres globules rouges une anti-autohémolysine qui s'opposerait à une autohémolysine. Il y aurait ainsi dans le sérum deux forces antagonistes. L'équilibre serait réglé d'une part par le degré de destruction des globules, d'autre part par la force de réagir contre cette destruction.

Nous voyons ici apparaître la notion d'un équilibre entre une hémolysine et une antihémolysine.

Les substances hémolysantes et antihémolysantes existent pour Ehrlich et Morgenroth à l'état latent dans l'organisme ; elles ne naissent pas, elles se montrent.

M. Pagniez (2), dans ses recherches sur les hétérolysines, admit que chaque individu a, en alexine, un coefficient qui lui est personnel ; de plus, au cours d'une même maladie, chez le même individu, la quantité d'alexine peut changer (ces variations semblent se faire sans règle). Sur l'autosensibilisatrice, M. Pagniez écrit : « On en arrive en dernière analyse à cette conception que dans un sérum s'effectue une sorte d'équilibre entre une substance destructive (autosensibilisatrice) et une ou plusieurs substances qui la neutralisent. Cet équilibre doit se réaliser par des alternatives de production des unes et des autres. »

(1) Besredka. Les antihémolysines naturelles, *Ann. de l'Institut Pasteur*, oct. 1901.

(2) Ph. Pagniez. *Actions exercées sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques de l'organisme*, Th. de Paris, 1902.

MM. Widal et Rostaine (1) montrèrent que, dans le plasma de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, l'équilibre entre la sensibilisatrice et l'antisensibilisatrice est instable mais se maintient jusqu'à ce qu'une cause occasionnelle — le froid — vienne le détruire.

MM. Foix et Salin (2) expliquent le phénomène de Neisser et Dœring (3) par une « rupture de l'équilibre qui existe normalement entre le pouvoir hémolysant et le pouvoir antihémolysant de tout sérum humain ; dans les cas où ce phénomène se produit, le pouvoir antihémolysant deviendrait prépondérant ». Chez certains malades, pour MM. Foix et Salin, « le sérum peut, de façon passagère et incomplète, présenter une augmentation marquée de son pouvoir antihémolysant ».

Il ressort donc nettement des faits précédents qu'il s'établit dans tout sérum un équilibre entre une autohémolysine et une anti-autohémolysine. Ainsi les sérums seraient constamment aux prises avec deux forces antagonistes : l'une hémolysante, l'autre antihémolysante. Si les deux forces s'égalent, l'équilibre est conservé; si l'une des deux forces l'emporte sur l'autre, l'équilibre est rompu. C'est cette théorie que l'on pourrait appeler, il nous semble, la théorie de l'*équilibre hémolytique*.

Les faits que nous avons observés peuvent, croyons-nous, rentrer dans cette catégorie de faits. Ces hémolysines passagères doivent être dues à ce que l'équilibre est momentanément rompu ; ces hémolysines, pour rappeler la phrase d'Erlich et Morgenroth, ne naissent pas, elles se montrent ; puis l'équilibre se rétablit de nouveau.

La moindre réaction humorale doit suffire pour faire varier dans un sens ou dans l'autre l'équilibre hémolytique. Aussi cette réaction peut-elle passer inaperçue à nos moyens d'investigation.

Il faut retenir, au point de vue de la clinique, qu'à côté des *hémolysines durables* — lesquelles ont un retentissement sur l'organisme se traduisant par une destruction globulaire sous quelque forme que ce soit : anémie, ictère, hémoglobinurie — il existe des *hémolysines fugaces* dues à une rupture passagère d'équilibre, ne se traduisant par aucune répercussion ni hématologique ni clinique sur l'organisme. C'est donc des premières seules qu'il faudra tenir compte.

On voit que l'antinomie entre la clinique et le laboratoire n'était qu'apparente : dans les deux cas, l'un et l'autre marchent de pair.

Au point de vue de la pathologie générale, le fait que nous sommes constamment dans un état d'équilibre entre une hémolysine et une antihémolysine rentre dans la grande loi biologique que formulait ainsi le professeur Roger : « Les organismes vivants sont toujours dans un état d'équilibre instable qui trouve son explication et sa cause dans les conditions mêmes de la vie (1). »

(1) Widal et Rostaine. *Soc. de biol.*, séances des 18 fév., 25 fév. et 4 mars 1905.

(2) Ch. Foix et H. Salin. Les sérums antihémolysants et le phénomène de Neisser et Dœring, *Presse méd.*, 31 août 1910.

(3) Ce phénomène consiste en ce que certains sérums, au cours d'affections disparates, empêchent l'action que possèdent les sérums normaux d'hémolyser les globules d'espèce étrangère.

(1) G.-H. Roger. *Introduction à l'étude de la médecine.*

FIGURES MÉDICALES

LE PROFESSEUR HAGA

Directeur de l'Ecole de médecine militaire à Tokio.

Dans ses *Lettres de l'étranger* (impressions du Japon), le docteur Ménard nous fait part, dans le *Caducée* du 5 novembre 1910, des vives impressions qu'il a éprouvées en arrivant d'Amérique et en débarquant à Yokohama, *où il fut séduit par la politesse des Japonais, contrastant avec la rudesse des Américains.*

Une de ses premières visites fut pour l'Ecole de médecine militaire de Tokio (Rikugun Gun-i Gakko) dont le directeur, le distingué professeur Haga, lui fit lui-même les honneurs. Cette école, dit Ménard, « nous a laissé l'impression d'une institution à la hauteur de l'armée dont elle assure le recrutement en médecins et en pharmaciens, étant à la fois une école d'application et de perfectionnement, comme le Val-de-Grâce en France ».

A ce propos, qu'il nous soit permis de retracer ici, en quelques lignes, les débuts de la carrière si brillante parcourue par le jeune professeur Haga, qui nous a donné personnellement, en maintes occasions, les preuves de sa haute sympathie.

Le generalarzt Eijiro Haga est à peine âgé de quarante-cinq ans. Il est né à Coakamatou dans la province de Takashima. Entré comme élève du service de santé en 1882, à la Faculté de médecine de Tokio, il y fit de brillantes études, qu'il termina en 1887.

A l'issue de ces études, il suivit pendant deux ans le cours supérieur de Daigaka-in, où il se spécialisa dans la chirurgie.

En 1894, il fut nommé professeur titulaire de chirurgie d'armée.

Pendant la campagne sino-japonaise de 1894-1895, Haga fut désigné comme chirurgien-major à l'hôpital de campagne de la 3e division.

Au retour, il fut envoyé en Allemagne pendant deux ans (de 1896 à 1898), pour y compléter ses connaissances chirurgicales et y étudier l'organisation du service de santé en campagne.

Deux ans plus tard, pendant la deuxième campagne de Chine, en 1900, Haga fut nommé médecin-major de première classe et désigné comme chef de la section de chirurgie à l'hôpital de campagne de réserve à Hiroshima. Là, il eut l'occasion de soigner, avec un rare dévouement, soixante-trois soldats français blessés qu'il s'efforça, dit-il, « d'entourer de soins particuliers et de leur faire comme une atmosphère française ».

En 1901, pour récompenser ses services, notre gouvernement le nomma, à sa grande joie, officier de la Légion d'honneur. Cette décoration d'ailleurs figure en bonne place sur sa poitrine constellée de décorations, comme le montre cette photographie qu'il nous a fait l'honneur de nous envoyer.

En 1904, au moment de la déclaration de la guerre russo-japonaise, qui dura vingt et un mois, le docteur Haga fut nommé médecin principal de première classe (generalarzt-colonelsrang) et chef du service de santé de la 5e division (qui correspond sensiblement à un de nos corps d'armée), sous le commandement du général Oku. Au cours de cette campagne, Haga eut l'occasion de voir plusieurs fois notre sympathique

ami, le médecin-major Matignon, et se fit un plaisir de lui expliquer, surtout pendant la bataille de Moukden (du 1er au 10 mars 1905), l'organisation du service de santé japonais, à laquelle Haga et Kikuzi ont pris une si large part.

De retour à Tokio, le generalarzt voulut bien nous faire l'envoi d'une collection de balles russes déformées, qu'il avait extraites à ses nombreux blessés, balles dont nous devions étudier les déformations et que nous nous proposions de donner ensuite au musée du Val-de-Grâce. Malheureusement, cette précieuse collection ne nous est point parvenue, quoiqu'elle ait été expédiée par la voie diplomatique. Nous regrettons beaucoup cette perte, car cette collection aurait contribué à l'instruction des élèves stagiaires du Val-de-Grâce.



En 1907, Haga fut désigné par le gouvernement japonais pour assister à la conférence internationale de la Croix-Rouge et reviser les statuts concernant l'assistance des blessés sur le champ de bataille. Il fit à cette époque un court séjour à Paris.

En 1908, le generalarzt Haga fut enfin nommé directeur de l'Académie de médecine militaire de Tokio, qu'il dirige d'une façon si brillante, en encourageant tout spécialement les travaux et les expériences de la chirurgie de guerre.

Publications. — Selon la remarque faite par le docteur Ménard, nous rappellerons que « les sciences médicales au Japon, étant entièrement sous l'influence allemande, c'est cette dernière langue que parlent les étudiants et les docteurs ».

Parmi les nombreuses publications du professeur Haga, nous signalerons seulement celles qui ont paru dans les revues allemandes ou françaises :

1° De la gangrène spontanée. Anatomie pathologique, in *Virch. Arch.*, f. 152.

2° Expériences de chirurgie de guerre pendant la campagne sino-japonaise 1894-1895, in *Lang. Arch.*, f. 55.

3° De l'hydronéphrose (en collaboration avec le professeur Hildebrand), in *Deut. Zeit.*, f. 49.

4° De la myosite ossifiante traumatique (en collaboration avec le médecin-major Fujimura), in *Lang. Arch.*, f. 72, travail que nous avons analysé dans les *Arch. de méd. milit.* de 1904.

Pour ces deux auteurs, les ostéomes des cavaliers et des fantassins sont l'œuvre d'une myosite ossifiante traumatique. Ils ont en effet constaté, grâce au microscope, que les fibres musculaires contusionnées dégénèrent et s'infiltrent de jeunes cellules qui ont la propriété, si l'irritation persiste, de se transformer en cellules cartilagineuses puis osseuses.

5° Expériences de chirurgie de guerre pendant la campagne de Chine en 1900, in *Lang. Arch.*, f. 74.

6° Les blessés français traités à l'hôpital militaire de Hiroshima, in *Arch. de méd. milit.*, 1904, t. XXXIX, p. 423 à 447.

Parmi nos blessés de la défense de Tien-Tsin, 63 furent transportés de Takou à l'hôpital de Hiroshima. Sur ces 63 blessés, 2 succombèrent, 5 non guéris furent évacués sur Nagaçaki et 55 furent rapatriés après guérison. Placés dans deux pavillons spéciaux, meublés à l'européenne, le docteur Haga s'efforça « de procurer à nos blessés le plus de confort possible et de les entourer d'une atmosphère de sympathie, qui put leur faire croire, au milieu de leurs souffrances, *avoir trouvé au Japon un coin de la patrie absente* ».

7° Quelques points de mon expérience personnelle dans la campagne russo-japonaise de 1904-1905, in *Caducée*, 1906, p. 288, et in *Milit. Zeit.*, 1908, p. 424. Travail très concis, très documenté sur les défectuosités du service de santé et sur les difficultés que les médecins japonais eurent à vaincre en Mandchourie.

8° *Essai sur les blessures occasionnées par les cartouches à fausses balles* (en collaboration avec le professeur Akiyama et le docteur Matsuura). Broch. de 55 pages avec nombreuses figures dans le texte. (Travaux du Rikugun Gun-i Gakko.) Tokio 1909.

Grâce à leurs multiples expériences, ces auteurs ont confirmé les conclusions que nous avions nous-même posées, en 1908, dans notre monographie sur les *Dangers des tirs à blanc. Effets dynamiques et vulnérants des cartouches à fausse balle* (chez Maloine, Paris).

* * *

En retraçant les débuts de cette carrière chirurgicale si bien remplie et tout entière consacrée au service de la vaillante armée japonaise, nous n'avons eu que le désir de donner publiquement au generalarzt Haga un modeste témoignage de notre vive et sympathique admiration pour ses talents de chirurgien et d'organisateur.

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

TROISIÈME QUESTION

LES DIURÉTIQUES

Discussion.

M. Marcel LABBÉ (de Paris). — L'appréciation du rôle du rein doit tenir compte du coefficient de diurèse c'est-à-dire du rapport entre la quantité d'eau fournie à l'organisme et celle

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937.

qu'élimine le rein. On peut de cette façon arriver à reconnaître des états d'hypo et d'hyperurie au cours de diverses maladies et mettre en lumière l'action des médicaments et des régimes sur la diurèse.

M. Linossier (de Vichy) a décrit avec M. Lemoine l'oligurie orthostatique due à une altération du rein. Il ne faut pas la confondre avec l'opsiurie des sujets dont le rein est intact mais dont l'estomac ou le foie sont touchés.

Il faut tenir grand compte de l'influence de l'orthostatisme sur la sécrétion urinaire pour l'étude et l'utilisation des diurétiques. Un changement de position du sujet en expérience peut en effet modifier la diurèse au point de la faire méconnaître.

Le séjour au lit devra accentuer l'effet des diurétiques au moins chez les sujets présentant de l'oligurie orthostatique.

M. Roch (de Genève) rappelle pour l'usage de la théocine le vieux précepte : ni trop, ni trop peu, ni trop souvent, ni trop longtemps. Dose minima 0gr30, dose maxima 0gr75-1 gramme, dose optima 0gr50. Ne pas la donner plus de deux ou trois jours de suite. La considérer comme un médicament d'exception.

M. Courtellemont (d'Amiens) a lu et entendu avec grand intérêt les conseils que M. Arnozan a donnés sur la réduction employée comme moyen diurétique. Il existe, en effet, et c'est un point sur lequel il a lui-même attiré l'attention autrefois, des malades qui n'éliminent pas une quantité d'urines en rapport avec la quantité d'eau qu'ils ingèrent ; il a considéré ces faits comme dus à une imperméabilité rénale quantitative. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait n'existe pas moins : c'est là un type clinique, un syndrome qu'il est très utile de bien connaître. Il y a pour ces sujets une quantité de liquides, un coefficient d'ingestion de liquides, qu'ils ne peuvent dépasser sans être pris d'accidents. Dans ce syndrome la réduction des boissons s'impose.

M. Courtellemont voudrait insister sur deux points : d'une part, réalisation pratique de cette réduction, d'autre part ses effets sur la diurèse.

Pour réaliser cette réduction, il a proposé la règle suivante : en général, *ne pas donner, en vingt-quatre heures, plus de 100 à 300 grammes de liquide en plus que ces sujets n'urinent.* Cette règle lui a donné jusqu'à ce jour de bons résultats.

Le second point, effets de la réduction des boissons sur la diurèse, est intéressant également à envisager. Dans bien des cas, la réduction des boissons est vraiment diurétique, c'est-à-dire qu'elle est suivie d'une augmentation de la quantité d'urines. Mais d'autres fois l'effet contraire est observé ; la réduction des boissons diminue le volume des urines, et pourtant les malades vont mieux. C'est que la quantité de boissons ingérée se rapproche davantage de la quantité d'urines rendues. Il n'y a plus rétention d'eau dans l'organisme. La baisse du taux des urines, observée en pareil cas, est beaucoup moindre que la diminution de la quantité de boissons. Donc la réduction des boissons, chez ces malades, est indiquée et sera efficace, non seulement quand elle est diurétique, mais même quand elle abaisse la quantité d'urines, à la condition qu'elle diminue l'écart entre la quantité ingérée et la quantité excrétée et qu'elle soit suivie d'une amélioration des symptômes fonctionnels.

M. Taillens (de Lausanne) rapporte 2 cas de néphrite aiguë, où le lait seul parvint à provoquer la diurèse. Certes ce liquide est riche en chlorure de sodium, mais on peut le donner à doses modérées (1 litre à 1 litre et demi pro die) et compléter l'alimentation par des hydrates de carbone sous forme de fruits : raisins, poires, oranges, cerises.

QUATRIÈME QUESTION

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DANS L'ARMÉE

M. J. Rouget (de Paris), rapporteur. L'apparition, dans ces dernières années, d'épidémies de méningite cérébro-spinale a pu faire craindre qu'elles ne fussent aussi sérieuses que celles autrefois observées chez nous en 1837 et 1850.

A partir de 1905, en effet, on a observé dans l'année une progression croissante de cas (71 en 1905, 350 en 1910) coïncidant avec les états épidémiques signalés en Allemagne, en France, en Amérique. Cette étude est donc un sujet tout d'actualité.

Maladie d'hiver ou de printemps, la méningite cérébro-spinale sévit avec d'autres maladies infectieuses, la grippe et et les fièvres éruptives en particulier. Aussi dans les premiers temps a-t-on confondu souvent l'entité morbide qu'est la cérébro-spinale avec des complications méningées ressortissant à la grippe ou à toute autre affection.

C'est surtout grâce à la généralisation de la ponction lombaire qu'on a pu établir le diagnostic avec certitude. Aussi la rachicentèse est-elle réglementaire dans les hôpitaux militaires pour tous les cas suspects de méningite.

Dans les premières vingt-quatre heures le liquide céphalo-rachidien peut être clair et légèrement opalescent avec reflets irisés. En général il est louche ou franchement purulent, à aspect de purée de pois ou de pommes de terre, laissant promptement sédimenter un dépôt visqueux et abondant. Si la lymphocytose prédomine au début ainsi qu'au déclin de la maladie, c'est surtout la polynucléose avec éléments très altérés, en histolyse qu'on observe à la période d'état. Tantôt le méningocoque se rencontre en grand nombre soit endo soit exocellulaire ; tantôt on ne le retrouve pas. Mais il ne semble nullement y avoir de relation entre le nombre des microbes et l'évolution de la maladie.

La méningite cérébrospinale se comporte comme une maladie saisonnière, affectant particulièrement la saison froide. Il est tout à fait exceptionnel de l'observer en été (épidémie d'Evreux). L'action prédisposante du froid, particulièrement du froid humide, est indéniable. En 1837 et 1850 la maladie fut une pandémie ; dans ces dernières années elle a procédé par tout petits foyers disséminés, frappant le plus souvent dans une région une seule garnison, dans cette garnison une caserne, dans cette caserne une chambrée. Généralement l'épidémie militaire succède à une épidémie dans le milieu civil. Mais une fois introduite à la caserne la graine trouve des conditions tout spécialement aptes à sa germination : jeune âge des sujets, vie en commun, contacts fréquents.

La contagion ne peut être, vu la fragilité du méningocoque, que directe et sa dissémination se fait par les malades mais surtout par les porteurs sains de germes. Le méningocoque se rencontre d'ordinaire dans le rhinopharynx, et, particularité digne de remarque, ses porteurs sains contractent exceptionnellement la méningite cérébrospinale. Mais si eux-mêmes sont à l'abri de la maladie, ils ont le funeste privilège de la transmettre à leur entourage. Il y a deux théories : suivant l'une les porteurs de germe précéderaient l'épidémie et la provoqueraient ; d'après l'autre, ils en procéderaient et en seraient la conséquence, la résultante finale. Il semble que lorsque toutes les conditions favorables se trouvent réunies, les porte-germes créent l'épidémie et l'épidémie à son tour engendre de nouveaux porte-germes qui assurent la pérennité du méningocoque. C'est pourquoi il est si difficile de suivre la filiation des cas.

La prophylaxie dans l'armée est basée sur la circulaire ministérielle du 9 avril 1910. Les malades sont évacués sans retard sur l'hôpital et isolés. Le traitement sérothérapique est de suite institué. Le convalescent n'est renvoyé que quand sa gorge est stérile ; on désinfecte le local primitivement occupé de même que la literie et les vêtements ; sont considérés comme suspects les camarades de chambrée du malade et ses amis personnels. A ce titre on les isole, sans modifier leur vie et on les place en observation. On cultive leur gorge et les hommes non porteurs de méningocoques sont rendus à leur unité. Les porte-germes sont considérés comme contagieux et traités

comme tels. Isolement, désinfection du nez, du rhinopharynx et de la bouche. Pour le nez inhalations avec

Iode....................	12 grammes
Gaïacol................	2 grammes
Acide thymique.........	0g25.
Alcool à 60 degrés.......	200 grammes;

pour le pharynx, badigeonnages avec glycérine iodée au 1/30e; pour la bouche, gargarismes à l'eau bouillie additionnée de 10 p. 100 d'eau oxygénée.

L'isolement est maintenu jusqu'à ce que deux examens successifs, pratiqués à quelques jours d'intervalle, aient permis, de reconnaître que les militaires placés en observation ne sont plus contagieux.

Pour les réservistes et territoriaux les convocations sont suspendues en temps d'épidémie. Si la maladie survient pendant la période d'instruction on procède à la libération anticipée après une visite de santé soigneuse qui retient suspects et malades.

Ces mesures paraissent avoir donné en pratique d'excellents résultats, car depuis leur application rigoureuse il n'y a plus eu de localisations épidémiques importantes dans le milieu militaire.

Discussion.

M. Netter (de Paris), que des épreuves familiales et des souvenirs d'enfance ont attiré vers la méningite cérébro-spinale, s'occupera surtout de la population civile.

Si la méningite est incontestablement contagieuse, ce caractère se manifeste rarement, comme le lui prouve l'absence d'épidémie à l'hôpital et dans le personnel hospitalier; pour contracter la méningite cérébro-spinale, il ne suffit pas que les microbes pathogènes se fixent dans les cavités nasales, il faut le concensus de l'organisme, la part du terrain et, en outre, l'intervention des causes extérieures renforçant la virulence du méningocoque et son pouvoir de diffusion. Des faits précis et quelques-uns personnels qu'il rapporte ici le confirment dans cette idée : l'influence de l'encombrement et de la mauvaise hygiène sur la dissémination de la méningite cérébro-spinale. Aussi, s'il reconnaît l'utilité du dépistage et de l'isolement des porteurs de germes qui, en matière de prophylaxie, seraient un idéal, mais combien imparfait et malaisé dans la pratique, admet-il, par contre, l'efficacité parfois suffisante des seules mesures d'antisepsie buccopharyngée. C'est à la puissance moins grande des facteurs météoroliques que l'on doit surtout attribuer le recul de la méningite, en France, depuis le commencement de cette année.

MM. Pic et Job (de Lyon) rapportent un cas de méningite cérébro-spinale où le contage a pu être suivi pas à pas et où le porteur de germes était en excellente santé.

M. Meyer (de Laon) insiste sur ce point que, dans la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale, l'isolement rigoureux de l'entourage d'un malade est très heureusement remplacé simplement par des mesures d'antisepsie locale (désinfection de la cavité buccopharyngée).

M. Berthier, lui aussi, demande que la prophylaxie actuelle de la méningite cérébro-spinale soit modifiée. Il lui apparaît nettement que la virulence du méningocoque est exaltée par le processus infectieux de la grippe, hôte, lui aussi, des cavités rhinopharyngées. Dans un cas qu'il rapporte et où il constata une suppuration de la chambre antérieure de l'œil, il a suivi la marche du méningocoque partant des fosses nasales et envahissant les méninges, envoyant également une fusée par le point lacrymal.

M. Granjux (de Paris) critique les mesures de prophylaxie dans les milieux militaires en insistant sur leurs difficultés d'application.

M. Mongour (de Bordeaux) constate que, en l'absence de grande mesure coercitive, d'assez nombreux cas sporadiques n'ont donné naissance à aucune épidémie.

Cliniquement, il admet que la contagiosité de la méningite cérébro-spinale est à peu près indémontrable; l'hypothèse de l'immunité d'un porteur de germe, intermédiaire entre deux malades, semble aussi difficile à comprendre que la réceptivité du tiers porteur. Aussi interprête-t-il autrement le rapport établi entre les méningitiques et les porteurs, et c'est l'autogenèse, en honneur jadis au temps de Kelsch, qui lui fournit cette nouvelle interprétation : sous l'influence de causes secondes, des germes saprophytes peuvent devenir pathogènes avec fonction morbide spécifique et cela simultanément dans toutes les régions soumises aux mêmes influences; la contagion ne devient plus qu'un accident. Comme conclusion, il admet que, pour la prophylaxie, l'isolement des porteurs sains, si difficile à instituer à tous les points de vue, doit céder le pas à la poursuite systématique des causes de déchéance individuelle et collective et à l'isolement des seuls malades.

M. Job rapporte un cas de méningite cérébro-spinale vérifié par la culture du mucus nasal et suivi de guérison où, à la ponction lombaire, on n'avait noté aucune hypertension du liquide céphalo-rachidien et où la cytologie et la bactériologie n'avaient donné aucun renseignement.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1911)

M. le Président donne lecture d'une lettre du prince Roland Bonaparte mettant à la disposition de l'Académie une somme de 250 000 francs destinée à faciliter les recherches des jeunes savants.

Vaccination et sérothérapie antituberculeuses. — M. Rappin. Les expériences de vaccination antituberculeuse des bovidés ayant démontré à l'auteur qu'il était possible par sa méthode de conférer à ces animaux un certain degré d'immunisation, il a utilisé le même procédé pour la préparation d'un sérum antituberculeux qui, expérimenté chez le cobaye, a donné les résultats les plus encourageants.

De la durée de l'immunisation, par voie intestinale, contre l'infection éberthienne expérimentale chez le lapin. — MM. J. Courmont et A. Rochaix ont pu vérifier que l'introduction d'une culture complète de bacille d'Eberth tuée à + 53 degrés, dans le gros intestin du lapin, crée un état d'immunité qui est encore appréciable au bout de six mois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1911)

Les résultats de la vaccination antityphique au Maroc par le vaccin de Wright et par les vaccins polyvalents. — M. H. Vincent a vacciné dans la région nord des confins algéro-marocains, 283 militaires (un peu plus d'un homme sur dix), contre la fièvre typhoïde, à l'aide soit du vaccin de Wright, soit de ses vaccins polyvalents (autolysat et vaccin bacillaire) stérilisés par l'éther. Ces derniers vaccins sont composés de races multiples de bacille typhique, parmi lesquelles entrent des races marocaines, et aussi des bacilles paratyphiques.

Les réactions vaccinales sont insignifiantes ou faibles; parfois il existe un peu de douleur locale et de la fièvre de courte durée, avec céphalée. Mais ces symptômes ne se manifestent que lors de la première inoculation. Ils sont de brève durée et sont, d'ailleurs, prévenus ou enrayés par un peu d'antipyrine.

Le vaccin par autolyse, est, de beaucoup, celui qui a été le mieux supporté.

Il a été fait quatre injections de vaccins de Wright, et cinq injections de vaccins polyvalents, à sept ou huit jours d'intervalle.

Ces opérations de vaccination ont été pratiquées au mois d'août, chez des hommes fatigués, anémiés par une chaleur accablante, et dans un milieu déjà très gravement infecté par la fièvre typhoïde. Cependant nul de ceux qui ont été immunisés soit par le vaccin de Wright, soit par les vaccins recommandés, n'a présenté le plus léger symptôme qui pût rappeler ce qu'on a décrit sous le nom de phase négative. Au contraire, trois hommes, qui étaient déjà en incubation de fièvre typhoïde au moment où ils ont été vaccinés ou qui ont été infectés au cours de leur immunisation, ont fait une fièvre typhoïde bénigne.

Les conditions exceptionnellement défavorables dans lesquelles se trouvaient les troupes, en raison de l'absence de ressources locales, de la mauvaise qualité des eaux, de l'abondance extraordinaire des mouches vectrices de germes, enfin de l'épidémie qui régnait dans cette région, n'ont pas nui davantage à l'efficacité de ces vaccinations. Afin d'assurer leur maximum de rigueur à ces résultats, on n'a vacciné aucun homme ayant eu antérieurement soit la fièvre typhoïde, soit même un embarras gastrique fébrile. Les troupes arabes n'ont pas davantage été vaccinées, exception faite pour un officier indigène.

Par contre plusieurs paludéens avérés ont été vaccinés. Vaccinés et non vaccinés, indifféremment mélangés, participaient aux mêmes fatigues, aux mêmes services, aux mêmes causes multiples d'infection.

Seuls ont été considérés comme vaccinés ceux qui avaient reçu toutes les injections. Presque tous les militaires ont, d'ailleurs, facilement accepté de recevoir la totalité de ces inoculations.

Dans ces conditions, les 2632 hommes de troupes européennes non vaccinés contre la fièvre typhoïde et non immunisés par une atteinte antérieure de fièvre typhoïde, ont eu, pendant les trois mois d'août, septembre et octobre, 171 cas de fièvre typhoïde et 134 cas d'embarras gastrique fébrile (hospitalisés).

Le nombre des décès a été de 22. Le pourcentage des cas de fièvre typhoïde et d'embarras gastrique fébrile a été, chez ces non vaccinés, de 115,88 pour 1000 hommes.

Les 129 hommes vaccinés avec le vaccin de Wright ont eu un seul cas de fièvre typhoïde légère, soit 7,75 p. 1000.

Les 154 hommes ayant reçu les vaccins polyvalents, bacillaire ou autolysat, n'ont eu aucun cas de fièvre typhoïde, aucun cas d'embarras gastrique fébrile suspect, ni aucun décès.

Les militaires vaccinés, et non infectés en cours d'immunisation, ont donc pu, à l'exception d'un seul inoculé avec le vaccin anglais, traverser une épidémie aussi violente sans avoir été atteints par la maladie qui frappait une énorme proportion des non vaccinés. Ces résultats sont d'autant plus démonstratifs et d'autant plus importants que tout ce qui pouvait atténuer ou annihiler les effets de la vaccination, toutes les causes les plus sérieuses, capables d'entraîner une prédisposition intense à l'infection éberthique, se trouvaient réunies.

Aussi, à la suite de ces constatations, a-t-on vu beaucoup d'hommes non immunisés venir solliciter spontanément leur inoculation. Dans l'un des postes, plus du tiers des soldats ont demandé à se faire vacciner.

Les vaccinations antityphiques faites au Maroc démontrent la parfaite innocuité des vaccins que M. Vincent a inoculés; elles ont également fait la preuve de leur efficacité. Cette méthode immunisante réalise donc un très grand progrès dans la lutte entreprise contre la fièvre typhoïde, dont les atteintes sont si fréquentes et si graves parmi la population civile et dans l'armée.

Traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Bayeux fait une communication sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'emploi de l'oxygène en injections sous-cutanées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1911)

Présence du virus de la poliomyélite dans l'amygdale et son élimination par le mucus nasal. — MM. Levaditi, Landsteiner et Danulesco ont examiné l'amygdale et la muqueuse pharyngée des singes paralysés au point de vue de leur teneur en virus poliomyélitique. Ils ont constaté que ce virus pénètre dans l'amygdale et dans la muqueuse du pharynx, après inoculation intracérébrale. D'un autre côté, en plaçant des tampons d'ouate dans les fosses nasales des singes paralysés, ils ont établi le passage du virus dans le mucus nasal, sans lésion préalable de la muqueuse du nez. Ces constatations sont intéressantes au point de vue du mode de propagation de la poliomyélite et des moyens prophylactiques capables d'empêcher la contamination.

Synthèse des peptides inférieurs par une méthode nouvelle et directe voisine des réactions biologiques. — Pour réaliser la synthèse des peptides inférieurs, c'est-à-dire des premiers termes de la famille albuminoïde, M. L.-C. Maillard a trouvé une méthode nouvelle qui consiste simplement à chauffer les acides aminés en présence de glycérine. La réaction doit reposer sur la formation transitoire d'éthers glycériques des acides aminés, glycérides qui, à la différence des graisses, sont instables et se détruisent rapidement avec régénération de la glycérine et union des restes d'amino-acides. L'auteur appelle instamment l'attention sur ce fait que rien ne sépare plus cette synthèse du domaine biologique, sinon une simple question de température, ou mieux de vitesse. Or, l'organisme dispose d'accélérateurs de réaction, qui sont les diastases. Il est donc fort possible que l'éthérification glycérique des acides aminés soit en réalité le mécanisme naturel de la synthèse et de l'assimilation protéiques, la réaction étant favorisée par les systèmes diastasiques du pancréas, de l'épithélium intestinal, des leucocytes, ou même du foie. M. L.-C. Maillard aperçoit, à sa nouvelle méthode, une série de conséquences biologiques importantes que ne suggérait pas la méthode antérieure, mais plus artificielle, de M. E. Fischer.

Influence de l'addition de tissu splénique sur la rétractilité du caillot fibrineux. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont étudié l'influence, sur le phénomène de la rétractilité du caillot, de l'addition au plasma coagulable de tissu broyé de différents organes.

Le plasma oxalaté recalcifié donne un caillot absolument irrétractile; l'addition de plaquettes sanguines à un semblable plasma avant recalcification rend le caillot très fortement rétractile comme l'ont établi les auteurs. L'addition de tissu broyé d'organes complètement privés de sang donne des résultats très particuliers; seule la rate se comporte comme les plaquettes : elle est rétractante de façon constante. La moelle osseuse est quelquefois active, mais faiblement. Tous les autres organes, y compris les ganglions, sont inactifs.

L'étude histologique, d'autre part, décèle dans la rate la présence constante de plaquettes, comme permet de le constater la méthode récemment décrite par MM. Le Sourd et Pagniez.

La splénectomie ne fait pas apparaître dans d'autres organes la propriété rétractante qui aurait pu traduire une fonction vicariante.

Après splénectomie, on ne voit pas non plus apparaître de plaquettes dans les organes qui en sont normalement dépourvus. Ces divers ordres de faits expérimentaux concordent à montrer l'importance de la rate dans la biologie des plaquettes.

Les trémulations fibrillaires du cœur de chien sous l'influence des métaux alcalino-terreux. — MM. H. Busquet et C. Pezzi. Les sels des métaux alcalino-terreux (à l'exception du strontium) arrêtent à dose convenable le cœur de chien en trémulations fibrillaires. C'est une action analogue à celle que provoquent, chez le même animal, la digitaline et la strophantine (Fr. Franck), et le chloroforme chez le cobaye (Pachon et Busquet). La cessation des battements rythmiques est définitive, de même que dans les trémulations fibrillaires consécutives à l'électrocution. Suivant le métal alcalino-terreux considéré, la mort du cœur se fait en systole (Ba) ou en diastole (Ca, Mg). La fibrillation peut donc se greffer aussi bien sur un état systolique que sur un état diastolique de la fibre cardiaque.

Rate et hémolyse. — MM. Ch. Foix et H. Salin ont recherché si la rate possédait, in vitro, un pouvoir hémolysant.

Ils ont étudié les trois points suivants : pouvoir hétérolysant, pouvoir autolysant spontané, pouvoir autolysant après injection de substance hémolysante.

Sur le premier point, résultat négatif, avec des sérums normalement hémolysants ou artificiellement préparés (lapin, homme).

Sur le deuxième point, résultat également négatif (les auteurs n'ont pu reproduire les expériences de M. Nolf).

Sur le troisième point, résultat encore négatif (après injection de toluylène-diamine, les auteurs n'ont pu reproduire les expériences de MM. Gilbert et Chabrol).

Les auteurs concluent que la rate ne produit pas d'hétérolysines, et très probablement pas d'autolysines, et que l'hypertrophie splénique de l'hémoglobinurie paroxystique rentre à la fois dans le cadre des grosses rates infectieuses (syphilis) et des grosses rates hémolytiques.

Réaction de l'ivoire dans la carie dentaire. — MM. L. Dieulafé et A. Herpin. Dans la région sous-jacente à la zone cariée, qu'il s'agisse de l'émail seul ou que le processus ait aussi atteint la dentine, celle-ci présente une région où sa substance est devenue transparente. L'existence de cette zone marque un arrêt dans le processus d'invasion microbienne; la substance dentinaire, en ce point, présente une sorte de barrière aux lésions envahissantes.

Dans les lésions superficielles de l'émail, la zone transparente revêt assez nettement l'aspect d'un cône à base antérieure, à sommet dirigé vers la pulpe. Avec des lésions profondes de l'émail et de la dentine, la zone transparente enveloppe la région où la dentine est déjà altérée, et sa disposition est plus ou moins régulière. D'après Miller, Wallehoff, la transparence est due à l'homogénéité du tissu de l'ivoire; à l'état normal, l'ivoire présente trois ordres de substances : fibres de Tomes, liquide des canaux dentinaires, gaines de Neumann et substance fondamentale. Chacune de ces substances ayant des propriétés réfringentes différentes, l'ensemble du tissu a un aspect opaque; mais ce tissu n'est pas homogène, et on y reconnaît les fibres de Tomes et la lumière canaliculaire. Sous l'influence des lésions de l'émail et de l'ivoire, pour si superficielles que soient les lésions, les fibres de Tomes qui sont des éléments organisés, en pleine vitalité, réagissent à leur manière; comme les odontoblastes dont elles émanent, et dont elles ne sont que des prolongements histogénétiques, elles donnent lieu à une sécrétion de dentine nouvelle; et cela nécessite des modifications de leur structure intime, tout particulièrement de leur teneur en sels de chaux; les fibres sont donc plus riches en chaux; les lumières canaliculaires se remplissent de dentine, et les divers ordres de substance de l'ivoire prennent les mêmes caractères chimiques et optiques. La transparence indique une mise en action des propriétés sécrétantes des fibres de Tomes, la résistance se manifeste par la calcification de ces fibres et par le gonflement des canalicules.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 28 sept. 1911.) Kœppe : Sur l'alimentation du nourrisson. — Citron : Sur la pathologie du déplacement psycho-physiologique du sang. — Brück : Sur le poison du moustique. — Rothermund et Dale : Recherches expérimentales sur l'arseno-résistance des spirochètes. — Arning : Traitement abortif de la syphilis par cure combinée du mercure et du salvarsan. — Stümpke et Siegfried : Sur le salvarsan dans l'organisme. — Joannidès : Nouvelles expériences sur les injections intramusculaires et intraveineuses de salvarsan. — Schereschewsky : Transmission de la syphilis au lapin au moyen de cultures pures de spirochètes venant de l'homme. — Schlechtendathl : Soins du moignon dans l'appendicectomie. — Herzenberg : Blessure de l'abdomen par coup de feu.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 43, 22 oct. 1911.) Sabrazès : Evolution et séquelles, chez un même malade, d'un kyste hydatique du foie et d'un kyste hydatique du poumon droit (*fin*). — Loumeau : Taille ou lithotritie? — (N° 44, 29 oct.) H.-L. Rocher : Double genou à ressort congénital.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 42, 21 oct. 1911.) E. Vignard : De l'indication opératoire à propos de deux cas de chirurgie biliaire. — (N° 44, 4 nov.) Biaute : Le délire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 12 sept. 1911.) Hering : Analyse de la tachycardie paroxystique. — Joachim : L'électrocardiogramme du pouls alternant chez l'homme. — Schrumpf : Importance diagnostique de la labilité psychogène de la pression sanguine. — Weber : Sur la cinématographie du cœur. — Neisser et Bräuning : Sur la satiété normale et prématurée. — Stammler : Sur les réactions des tumeurs avec considération particulière de la réaction à la méiostagmine. — Plant et Göring : Recherches sur les enfants et les épouses des paralytiques. — Wilms et Kolb : Modification de l'opération de Förster, résection des racines au cône médullaire. — Kahn : Traitement nocturne de la gonorrhée aiguë de l'homme. — Meyerstein : Tentatives thérapeutiques dans l'intoxication par le sublimé. — Waelsch : Disparition spontanée de verrues planes à une main après leur ablation à l'autre main. — Fürst : Nouveau pansement protecteur dans le traitement par la lumière des affections cutanées. — Lumartz : Un nouveau porte-aiguille. — Christen : Sur le dosage de l'énergie Röntgen. — Hirschfeld : Sur les substances vaso-constrictives dans le sérum au cours du rachitisme, de la tétanie et de la diathèse exsudative.

NOTES POUR L'INTERNAT

MAL PERFORANT PLANTAIRE

DÉFINITION. — Le mal perforant plantaire, connu longtemps sous le nom d'ulcère de Nélaton, est une ulcération d'origine *distrophique*, toujours symptomatique d'une *lésion nerveuse*, siégeant à la plante du pied, les talons antérieurs étant son lieu d'élection.

ETUDE CLINIQUE. — On peut diviser l'évolution du mal perforant plantaire en trois périodes, la durée de l'affection étant d'ailleurs essentiellement variable : le mal perforant plantaire est en effet une affection *chronique* et *récidivante*.

Le premier symptôme observé par le malade, et auquel il ne prête souvent aucune attention particulière, est un épaississement localisé de l'épiderme plantaire. Au niveau de l'articulation métatarsophalangienne du premier ou du cinquième orteil en général, parfois au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du gros orteil, plus rarement à la face inférieure du calcanéum, bref au niveau des points d'appui de la voûte plantaire, apparaît bientôt un *durillon*, plus ou moins gênant et douloureux. Puis sous ce durillon se forme une petite bourse séreuse. Sous l'influence de la marche, de la fatigue, de la station debout le durillon s'enflamme. Tantôt il se *crevasse*; tantôt l'épiderme se soulève et une véritable *phlyctène* vient s'ouvrir à la surface; tantôt c'est la bourse séreuse enflammée, *hygroma* suppuré, qui soulève la plaque cornée et vient se rompre, amorçant l'ulcération.

A ce moment le derme est décollé sur une surface plus ou moins étendue, et il n'y a aucune tendance à la cicatrisation spontanée. Cependant avec le repos une amélioration se produit; mais aussitôt que le malade se lève, l'ulcération reparaît et une deuxième période apparaît, d'ulcère proprement dit. Ajoutons que parfois le début de l'ulcération remonte à une abrasion du durillon faite par le malade.

— A la période d'état l'aspect de la plante du pied est caractéristique. Au niveau d'un des points d'élection indiqué, on trouve une ulcération plus ou moins arrondie, ovalaire, assez régulière, de la taille d'une pièce de cinquante centimes à un franc. L'aspect est cratériforme. Rarement saignante, cette ulcération à bords *décollés, taillés à pic*, circonscrite par un *bourrelet* épidermique épais et saillant, montre un fond bourgeonnant qui laisse suinter un liquide fétide et sanieux, peu abondant. Parfois il existe une ulcération semblable à chaque pied ; plus rarement on trouve deux ulcères sur le même pied, et l'un d'eux peut être recouvert de croûtes lamelleuses.

— L'ulcération va dès lors gagner les parties profondes du pied. L'inflammation s'étend d'abord aux synoviales articulaires constituant la *dermosynovite ulcéreuse* de Gosselin. Les tendons, les articulations sont atteints, et de *gros craquements*, lors des mouvements, indiquent la destruction des surfaces cartilagineuses, qui encroûtent les têtes articulaires, destruction vérifiée par le stylet introduit dans le trajet fistuleux. Le pus est stagnant dans la profondeur, véritables clapiers, et les os eux-mêmes sont atteints : il s'agit de *nécrose*, avec élimination de séquestres, ou d'*ostéite raréfiante*. Le pied est plus ou moins déformé et, l'ulcère progressant, la lésion peut devenir transfixiante.

— Mais l'examen ne doit pas se borner à l'étude de l'ulcère. En effet les lésions périulcéreuses sont nombreuses. C'est ainsi que la peau de la plante du pied est *écailleuse, ichtyosique*, tandis qu'un *œdème* dur vient empâter le tissu cellulaire profond. Les ongles sont épais, jaunâtres, friables et fendillés, parfois incarnés. Il y a de l'altération du système pileux et une modification de la sécrétion sudorale.

Mais le fait sur lequel il nous faut insister particulièrement c'est l'*anesthésie* non seulement de l'ulcère mais même des parties environnantes. Une aiguille traverse toutes les couches de l'ulcère, le bourrelet épidermique du contour, sans réveiller aucune douleur. Subjectivement d'ailleurs le malade souffre peu, d'autant moins même que les désordres sont plus grands (Lamy). Tous ces troubles ne sont que des faits concomitants, non point des conséquences du mal perforant plantaire, et leur importance est capitale pour comprendre la pathogénie de l'affection.

EVOLUTION. — Tel est le mal perforant plantaire dont l'évolution n'est pas toujours aussi schématique. En effet avec du repos, des soins appropriés, le mal s'améliore; avec la vie active les lésions reparaissent, rebelles à la cicatrisation. De plus de nombreuses complications peuvent surgir, qui rendent le pronostic plus sérieux encore. On peut voir des suppurations étendues, des phlegmons, des lymphangites. Un érysipèle peut emporter le malade. On a signalé la névrite ascendante, des terminaisons par myélite aiguë. Enfin les interventions, les amputations n'empêchent pas le mal perforant de récidiver parfois à la surface des moignons.

ÉTIOLOGIE. — Rare dans la jeunesse, le mal perforant s'observe surtout chez l'adulte et le vieillard. Il est en général l'indice d'une affection nerveuse, souvent grave. C'est surtout dans le tabes, la paralysie générale, qu'on a étudié le mal perforant. On le rencontre dans la paralysie infantile, la syringomyélie, les compressions de la moelle, le mal de Pott, le spina bifida, la maladie de Friedreich, la lèpre, la sclérose en plaques. On l'a signalé dans les intoxications par le plomb et par l'alcool, dans le diabète. A côté des névrites toxiques, les névrites périphériques traumatiques se compliquent souvent en mal perforant plantaire.

Rappelons enfin que le mal perforant est surtout du domaine de la clientèle hospitalière (P. Marie).

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La pathogénie a été particulièrement discutée. Les anciens auteurs, Gosselin, Velpeau, Tillaux avaient adopté une *théorie mécanique*; l'ulcération se développe sous l'influence de la pression, d'où son siège d'élection. Certes la marche, la station debout sont des adjuvants, mais ils ne sont point la cause même de l'affection, comme le prouve d'ailleurs l'existence d'un mal perforant palmaire. Dans la théorie *vasculaire* l'ulcère serait dû à des troubles locaux par sclérose artérielle. Ces opinions s'appuient sur des constatations anatomopathologiques : siège au niveau des points d'appui de la voûte plantaire, lésions d'artérite et d'endartérite.

Mais à l'heure actuelle une seule théorie semble devoir être acceptée : la *théorie nerveuse*, soutenue par Duplay et Morat, et étudiée maintes fois depuis. Et en effet l'apparition de l'ulcère chez des sujets atteints habituellement de maladies nerveuses, graves ou incurables, la coexistence des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques, l'indolence relative de l'affection, le siège possible du mal perforant en d'autres points (main par exemple) sont des arguments que l'anatomie pathologique permet aussi d'étayer. On a constaté en effet l'existence d'altérations nerveuses, de dégénérescences nerveuses périphériques, et celles-ci seraient la cause immédiate du trouble trophique en question, même dans les affections centrales comme le tabes et la paralysie générale (Lamy).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est généralement facile. A la période de début on peut cependant hésiter et croire à un hygroma suppuré simple, à un durillon enflammé. Mais dans ces cas la douleur est plus nette. A la période d'état, les caractères de l'ulcération et son indolence font le diagnostic. Dans les ulcérations tuberculeuses, les fistules d'arthrites tuberculeuses, on trouve un fond mollasse, à bords déchiquetés et décollés, d'où s'écoule un pus jaunâtre. Dans les gommes syphilitiques ouvertes on trouve des bords irréguliers, une coloration spéciale; dans les ostéites et les ostéoarthrites banales les fistules sont assez étroites et n'ont pas l'aspect arrondi de l'ulcération du mal plantaire. Enfin le diagnostic ne devra jamais s'arrêter à l'affirmation simple du mal perforant; il faudra chercher l'affection nerveuse, la diathèse dont il est une des manifestations.

TRAITEMENT. — On commencera par mettre le malade au repos au lit avec des pansements antiseptiques. On pourra curetter les fongosités, abraser les berges épidermiques pour transformer l'ulcération en une plaie plate plus apte à se cicatriser. On ôtera les séquestres, on ira parfois jusqu'aux résections et amputations, avec la réserve déjà faite de la récidive sur le moignon. A l'heure actuelle la chirurgie moderne a modifié le traitement : Chipault a proposé l'*élongation* des nerfs plantaires; Delbet conseille la *dissociation fasciculaire* du sciatique ; Forgue adopte le *hersage* des nerfs plantaires.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 140. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1911. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 6 décembre. — M. Ledoux, 7; Mlle Monbiot, 9 ; MM. Flandrin, Lévy et Alibert, 10 ; Butin, 9; Garcin, 12 ; Escallier, 8 ; Mlle Landesmann, 10 ; M. Léger, 9.

Séance du 7 décembre. — Mlle Peltier, 9; MM. Pierquin, 6; Ferrand, 10; Sénèque, 6; Rouché, 2; Barat, 11; Krebs, 10; Debray, 5; Schulmann, 14.

Anatomie. — Séance du 7 décembre. — MM. Delavierre et Caux, 4; Philip, 5 ; Schoofs, 9; Bricaire, 5; Salles, 7; Gheorghiu, 4; Cléret, 5; Cavaillon, 6; Brun, 9; Savidan, 5.

Prochaine séance, samedi 9 décembre, à huit heures du matin à Beaujon.

CONCOURS POUR LE POSTE DE MÉDECIN TITULAIRE A LA PRISON DE LA SANTÉ. — Lecture des compositions :

MM. Dreyfus-Rose, 17 points; R. Voisin, 15 ; Lévy-Valensi, 17; Nathan, 16; Beauvy, 14; Pinard, 17; Merklen, 18; Fiessinger, 16; Chiray, 18; Gaultier, 15; Bénard, 16; Ramond, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu, ont été nommés :

Internes titulaires en médecine : MM. Hermann, Hervé, Collignon, Larue, Oresch et Villetard de Laguérie.

Externes : MM. Royer, Colaneri, Brodiez, Gibout, Godart et Humbert.

Externe provisoire : M. Seuvre.

Internes en pharmacie : MM. Berlin, Malhomme et Le Brazidec.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Résultat du concours du clinicat médical. — Chef de clinique titulaire, M. Rendu ; chef de clinique adjoint, M. Laroche.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. G. Gérard, agrégé des facultés de médecine, chef des travaux anatomiques, est chargé de faire, pendant l'année scolaire 1911-1912, deux leçons d'anatomie par semaine (partie de la chaire de M. Debierre, sénateur).

M. le docteur Looten est chargé, pendant l'année scolaire 1911-1912 (durée de la délégation de M. Gérard dans la chaire de M. Debierre), des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Marseille. — Un congé, du 3 novembre 1911 au 18 avril 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Acquaviva, chef des travaux anatomiques.

— Montpellier. — M. Leenhardt, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1911-1912, du cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Après concours, M. Larue a été nommé prosecteur et M. Gibout aide d'anatomie.

— Rouen. — Un concours s'ouvrira, le 10 juin 1912, devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

L'HOPITAL LOUIS. — Le général commandant les troupes débarquées au Maroc vient de décider (décision du 2 novembre 1911) « que l'hôpital de campagne de Meknès n° 2 portera désormais le nom d' « Hôpital Louis », en mémoire de M. le médecin-major Louis, mort des suites de la fièvre typhoïde qu'il a contractée au chevet des malades ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 926 décès au lieu de 833 pendant la semaine précédente, et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 14 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 6. Le nombre des cas nouveaux signalés est de 60 (au lieu de 64 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 39).

La rougeole a causé 2 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 6 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés est de 127 (au lieu de 87 précédemment et au lieu de la moyenne 69).

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Maurice Letulle commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 16 décembre 1911, à six heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

RENSEIGNEMENTS

Étude de Me GÉRARD, avoué à Corbeil.
A adjuger étude de Me VÉRON, notaire à Boissy-St-Léger (ligne de Vincennes), le 16 déc. 1911, 2 h. 1/2,
FONDS DE COMMERCE DE
PHARMACIE & HERBORISTERIE
A BOISSY-SAINT-LÉGER
Mise à prix (pouvant être baissée), 10 000 fr.
— Matériel et marchandises en sus.
Consignation pour enchérir, 1 000 francs.
S'adresser audit Me VÉRON, notaire.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES CONTUSIONS DU REIN

Par M. Maurice GÉRARD,
Aide de clinique à la Faculté de médecine de Lille
(service des voies urinaires).

I

Les lésions traumatiques du rein sans plaie cutanée sont connues de toute antiquité, et l'on rencontre dans les auteurs les plus anciens des traces plus ou moins nettes de leur symptomatologie. On attribue parfois à Hippocrate la description première de la contusion rénale, et la prescription d'un traitement chirurgical actif, la néphrotomie, alors qu'en réalité il n'a préconisé l'ouverture du rein que pour certains cas de suppuration rénale. C'est dans Galien que l'on voit signalée nettement la première observation, diagnostiquée, de contusion rénale.

Mais pour trouver des indications thérapeutiques, il faut laisser s'écouler bien des siècles. A. Paré (1598) étudie quelques-uns des signes de la contusion rénale, dont l'hématurie ; il attire l'attention sur l'hématurie des cavaliers, qu'il a observée sur lui-même, et qu'il attribue aux chocs longtemps répétés de l'équitation. Il préconise une thérapeutique assez précise qui consiste en l'administration de médicaments astringents ou coagulants, l'application de ventouses sur les lombes, la pratique de la saignée. Laub, Metzger, Verduc, Pil et Thouvenel, rapportent quelques observations de contusion rénale : Verduc (1717) recommande d'instituer, dans ces cas, le régime lacté.

En 1835, Rayer, résumant et complétant l'œuvre de ses devanciers, établit un tableau symptomatique très net de cette affection. Il donne, en outre, des règles thérapeutiques assez complètes ; la saignée fait d'ailleurs presque tous les frais de ce traitement. Celui-ci, dit Rayer, doit être d'autant plus actif que les symptômes sont plus accusés ; on fera, après l'accident, une ou plusieurs saignées du bras en vingt-quatre heures. Ensuite, sur les régions contuses, on fera une application de sangsues ; on y appliquera également des compresses trempées dans l'eau froide, fréquemment renouvelées. Si des caillots sanguins obstruent la vessie, le cathétérisme évacuateur est indiqué. S'il se présente de l'inflammation du rein (nom sous lequel Rayer décrit la néphrite traumatique qu'il connaissait déjà), « du tissu cellulaire extrarénal, du péritoine, ou de quelque autre viscère de l'abdomen, il faut alors recourir à de nouvelles émissions sanguines et aux autres moyens antiphlogistiques ». S'il survient des symptômes d'hémorragie interne, indépendamment des autres moyens mis en œuvre, il convient de faire des applications de glace sur la région lombaire. Si, enfin, il se forme aux lombes une collection purulente, il faudra pratiquer l'évacuation du pus.

L'exemple suivant, tiré d'une observation signalée par Rayer, montre que le traitement par les émissions sanguines était appliqué avec une rigueur qui nous étonne, pour le moins. Un enfant de neuf ans fait une chute en jouant aux Champs-Elysées et se plaint aussitôt d'une vive douleur lombaire. On le reconduit chez lui et on lui fait, loco dolenti, une première application de douze sangsues. Deux heures plus tard, le médecin constate que le petit blessé, qu'il avait quitté dans un état général très satisfaisant, présente des signes graves d'hémorragie interne. Il tente aussitôt une saignée qui ne permet de retirer que quelques cuillerées de sang ; on applique alors douze sangsues. L'état général s'aggrave sans cesse et l'enfant présente des signes d'anémie suraiguë : pâleur extrême, décoloration complète des muqueuses, pouls presque insensible. On tente alors une nouvelle saignée qui reste blanche, l'enfant étant exsangue ; on fait alors appliquer toutes les heures deux ou trois sangsues avec recommandation de faire saigner les plaies autant que possible. Le médecin avait pour objet de maintenir le malade dans un état voisin de la syncope, espérant que la bonne nature trouverait dans cette énergique thérapeutique le nécessaire pour faire le reste. L'enfant mourait, comme bien on le pense, au bout de trente-six heures, et à l'autopsie on trouvait un énorme caillot périrénal ; le rein était déchiré en deux moitiés qui n'étaient plus retenues que par leurs vaisseaux.

Pendant toute cette période, qui n'est intéressante qu'au point de vue historique, le traitement médical fut seul préconisé et employé dans les contusions du rein. Il continuera à être seul mis en œuvre jusqu'à une période relativement assez moderne.

C'est de 1876, en effet, que date une ère nouvelle, celle du traitement chirurgical. A cette époque, Simon (d'Heidelberg) préconise l'intervention quand une importante hématurie révèle la gravité des lésions rénales : une incision lombaire permettra de constater leur étendue, et suivant les cas, on aura intérêt à lier les vaisseaux déchirés, à pratiquer le tamponnement, ou même à enlever le rein contus ; cette pratique semble au chirurgien allemand bien préférable aux saignées répétées qui ne peuvent qu'aider à l'épuisement du malade. Gargam (1881), Poireault (1882), étudient dans leur thèse la contusion du rein et se rallient aux conclusions de Simon ; mais ce n'est qu'en 1883 que cette idée fut mise en pratique, par Rowdon. Il s'agissait d'un enfant qui, à la suite d'une chute sur le côté droit, avait eu une forte hématurie ayant causé de la rétention et nécessité le cathétérisme. Cette manœuvre infecta le malade, si bien que Rowdon dut enlever par la néphrectomie le rein contus ; l'opération eut des suites fatales.

La nécessité de l'intervention était loin d'être admise par tous, tant s'en faut, et si en 1886 Brodeur, dans sa thèse, soutenait à nouveau l'opinion de Simon, Maunoury, en 1885, au congrès de chirurgie, déclarait, sans trouver de contradicteurs, que « la néphrectomie proposée par Simon dans les cas d'hématurie grave doit rester dans le domaine de la théorie ; on ne doit intervenir que si la suppuration existe ».

Maas (1878) et Tuffier (1889) s'accordaient dans leurs travaux expérimentaux à reconnaître la bénignité des lésions rénales, et la facilité de leur cicatrisation. Aussi la plupart des chirurgiens avec Tuffier et Le Dentu, conseillent-ils l'expectation et la temporisation jusqu'à l'extrême limite : tous, néanmoins, ne sont pas de cet avis et, un peu à la fois, on voit se publier des observations d'intervention dans des cas divers de contusion rénale. Ce sont celles de Mudd (1889), Mynter (1891), Bobroff, Sorgé, Hochneg (1892) ; en France celles de Lucas-Championnière, Gérard-Marchant, Peyrot (1893).

Aussi la question est-elle mise en discussion en 1894 à la Société de chirurgie. Peyrot relate le cas dans lequel il dut intervenir ; l'accident avait eu lieu le 6 septembre et le 8 novembre les vaisseaux lésés saignaient encore ; Peyrot réussit à les prendre dans des pinces qu'il laissa à demeure, et son malade guérit. Gérard-Marchant, tout en reconnaissant la légitimité de l'abstention dans les cas bénins et moyens, insiste sur la nécessité de l'intervention dans les cas graves, décelés par une hématurie importante, ou par une hémorragie périrénale. Le pincement à demeure des vaisseaux lésés, la suture, la néphrectomie partielle seront les méthodes dictées au chirurgien par la gravité des lésions que décelera l'intervention. Lucas-Championnière signale qu'il est difficile d'édicter une règle de conduite univoque lors des contusions graves. Dans un cas, dès le lendemain de l'accident, un vaste hématome périrénal le forçait à enlever le rein contus. Tuffier insiste, au contraire, sur la bénignité des lésions créées par la contusion du rein, et Bazy se range à cette opinion.

L'opinion de Gérard-Marchant est à nouveau exposée, en 1894, dans la thèse de Foy : dès que l'état général d'un blessé atteint de contusion rénale s'aggrave, il faut intervenir.

Dès lors, les interventions, leurs publications, commencent à se multiplier : Yvanoff, Boiffin, Baron, Morestin, Monprofit, Guterbock, Holz, Toussaint, Rémy, Reynier en signalent de nouveaux cas.

En 1899, à la Société des chirurgiens de Londres, Bland Sutton propose la néphrectomie dans les cas graves de contusion rénale.

En 1900, la question de la conduite à tenir en présence de cette affection est encore une fois mise en discussion, et à la Société de chirurgie et à la Société d'anatomie. Gérard-Marchant théorise à nouveau que, quand il y a hémorragie grave, menaçante pour l'existence, il faut aller droit au rein, l'isoler, et décider d'après les lésions s'il faut pratiquer la néphrectomie d'emblée ou se contenter de la suture rénale. Tuffier, Schwartz, Ricard préconisent l'expectation dans la plupart des cas ; des accidents qui paraissent graves au début peuvent s'amender seuls et la guérison survient. Schwartz signale un cas où il observa des hématuries abondantes et un énorme hématome lombaire : le traitement médical suffit à parfaire la guérison qui était complète en quelques semaines. Ces auteurs ne reconnaissent qu'une indication formelle d'intervenir : c'est quand éclatent des accidents infectieux.

Lejars, dans son *Traité de chirurgie d'urgence*, donne les indications thérapeutiques suivantes : dans les cas légers et moyens, l'abstention est la règle qui doit être suivie. Quand il y a une hématurie importante, et surtout quand il y a une tumeur périrénale formée par l'hématome, il y a intérêt à intervenir, non pas d'urgence, mais précocement, pour prévenir les accidents infectieux ; et il cite un cas où ceux-ci, dus à l'infection d'un volumineux hématome périrénal, le forcèrent à intervenir tardivement. Il pense que le blessé aurait eu tout à gagner à être opéré plus tôt. Dans les hémorragies abondantes, cas graves, l'intervention rapide doit être la règle.

Deux thèses se rapportant à ce sujet sont encore publiées à la même époque : ce sont celles de Sauvain et Moineau (1900), ce dernier adoptant pleinement les conclusions de Lejars.

En 1900, au Congrès des médecins allemands d'Aix-la-Chapelle, Stern publie deux cas d'intervention pour contusion rénale traités, l'un par la néphrectomie, l'autre par le tamponnement.

Crotet, dans sa thèse (1901), admet que ce sont les symptômes généraux et locaux qui dictent la conduite à tenir ; plus tard, les accidents infectieux peuvent forcer le chirurgien à intervenir.

Depuis cette époque jusqu'à cette année, les observations se sont infiniment multipliées. Quelques auteurs se sont à nouveau préoccupés de poser les indications thérapeutiques générales. En 1901, Paul Delbet, rassemblant et commentant tous les cas connus, conclut que l'on ne doit intervenir immédiatement que lorsqu'il y a une déchirure péritonéale et une hémorragie intrapéritonéale, qui est grave, menaçante, parce qu'elle n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément comme l'hémorragie périrénale. Il y a lieu d'intervenir tardivement quand l'hémorragie périrénale ne tend pas à s'arrêter, quand il y a des hématuries persistantes ou des hématuries secondaires.

En 1903, Watson préconise l'intervention quand l'hémorragie est abondante, qu'elle se fasse dans le rein ou en dehors de cet organe : il recommande de s'en tenir à des interventions économes du tissu rénal. Riese préconise l'intervention dans les cas graves : les méthodes conservatrices, le tamponnement pourront être employés, mais bien souvent la néphrectomie s'imposera comme nécessaire.

En 1904, Cartron, dans sa thèse, se montre franchement partisan des méthodes conservatrices. La néphrectomie, d'après lui, ne doit être pratiquée que lorsque le rein est broyé, quand il y a écrasement de la partie centrale de l'émonctoire rénal ou du bassinet ; il cite une observation de Pousson qui fit avec succès, un mois et demi après l'accident initial, une néphrorraphie.

Suter, en 1905, se montre franchement partisan de l'intervention, et surtout de la néphrectomie.

En 1907, Franck préconise au contraire l'abstention. La même année, Marcille décrit un procédé nouveau qu'il a expérimenté chez le chien, l'enserrement des fragments rénaux contus dans un filet de catgut.

La remarquable thèse de Lardennois paraît en 1908 : l'intervention, pour cet auteur, est indiquée quand il y a des symptômes de grave hémorragie interne, surtout quand on observe un hématome périrénal considérable et quand on craint des lésions concomitantes d'organes abdominaux.

Fredet publie la même année, à la Société de chirurgie, une observation de contusion rénale pour laquelle le développement d'un hématome servit d'indication opératoire : le rein fragmenté en plusieurs morceaux fut traité par la suture, traitement qui assura la guérison. Morestin et Legueu sont d'accord pour reconnaître que l'hématome sert souvent d'indication opératoire, et que la chirurgie de ces cas doit être aussi conservatrice que possible.

Chaque année apporte de nombreuses observations nouvelles. Nous parlerons plus loin d'une curieuse observation publiée en décembre 1910 par P. Butruille. Nous rapporterons plusieurs cas nouveaux, dont deux ont été récemment observés par nous-même.

Comme on le voit d'après cet aperçu historique, les idées reçues sur le traitement des contusions rénales ont fortement varié. Purement médical jusqu'en 1876, le traitement a paru depuis, dans de nombreux cas, devoir être d'ordre chirurgical. Mais les idées admises sur la meilleure technique à suivre, au cours de l'intervention, ont également beaucoup évolué.

II

Indications thérapeutiques. — Pendant de longues années tous les travaux qui ont été faits sur le traitement des contusions rénales le scindaient en deux parties bien opposées : traitement médical et traitement chirurgical. Une telle division est inutile parce qu'elle est absolument factice. Il est beaucoup plus délicat et beaucoup plus important de chercher à définir avec la plus grande netteté — et nous verrons que ce n'est pas toujours facile — la conduite que l'on doit tenir quand on se trouve devant un blessé chez qui on a diagnostiqué une contusion rénale : doit-on se contenter de l'expectation, ne fait-elle pas courir un danger au malade, doit-on au contraire recourir à l'intervention? Il est des cas, heureusement exceptionnels, qui se présentent, immédiatement après l'accident, avec un cortège symptomatique rassurant et qui, en quelques heures, s'aggravent au point de demander une intervention immédiate. Nous ne ferons que rappeler l'observation de Rayer, ancienne mais intéressante, que nous avons déjà citée, de l'enfant qui put retourner chez lui après l'accident, qui ne présentait sur le moment que des symptômes bénins de contusion banale et qui, quelques heures plus tard, présentait tous les signes d'une grave hémorragie interne. Il est beaucoup de cas, les plus fréquents certainement, qui permettent d'instituer le seul traitement médical, avec cette réserve qu'on observera attentivement le malade; il en est d'autres, au contraire, qui exigent de la décision, qui veulent immédiatement une intervention active.

Les indications thérapeutiques seront, suivant les cas, faciles ou difficiles à poser. Il est habituel — et cette division repose sur des caractères anatomo-pathologiques fixés par Tuffier, Küster, Le Dentu — de partager les contusions rénales, suivant leur gravité, en trois classes. Nous conserverons cette catégorisation, en la modifiant légèrement, et nous étudierons successivement les cas bénins, les cas très graves, les cas moyens et graves. Mais il importe de faire remarquer que cette division n'est qu'un cadre pratique destiné à faciliter la description de cas très différents. On délimite exactement ce que sont les cas légers et les cas très graves, et pour ces deux catégories les indications thérapeutiques seront commodément posées, parfois elles s'imposeront presque. La différenciation des cas moyens et des cas graves est beaucoup moins nette parce qu'elle englobe, en réalité, des cas assez différents ; aussi les indications thérapeutiques seront-elles beaucoup plus délicates à fixer, et nous discuterons plus loin sur quelles bases le clinicien peut étayer son jugement.

Est-il des notions, autres que la symptomatologie, qui peuvent orienter le traitement ? Il a été longtemps admis, sur l'affirmation de Poireault, que les ruptures intrapéritonéales du rein sont beaucoup plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte : Foy dit que cette déchirure se rencontre fréquemment (1 fois sur 3) dans le jeune âge, et Pétroff partage cette opinion. La capsule adipeuse serait beaucoup moins développée chez l'enfant que chez l'adulte, le péritoine n'est séparé du parenchyme rénal que par un coussinet graisseux peu épais, ce qui en déterminerait la facile attrition. De fait, Küster, sur 14 cas de contusion rénale chez l'enfant, signale 7 cas de rupture intrapéritonéale.

Ces assertions ont été contredites par Riese, et il ne semble pas que chez l'enfant la contusion rénale, rare d'ailleurs, soit plus grave que chez l'adulte; Lucas, Wagner, Bardenheuer ont rapporté trois cas de ruptures graves du rein dans lesquelles le péritoine était intact; l'absence de graisse au-devant du rein n'est pas d'une vérité absolue (Sappey).

Les notions étiologiques peuvent-elles faire soupçonner la gravité des lésions produites, partant diriger le traitement? Il est à noter, tout d'abord, que malgré les études nombreuses faites pour déterminer le mécanisme des lésions, les multiples théories de Tuffier, Le Dentu, Morris, Güterbock, Küster, Moineau, Suarez, Lardennois ne l'ont pas élucidé pour tous les cas. Il est intéressant de rappeler que Lardennois, essayant de traumatiser le rein de chiens chloroformisés, en faisant passer dans l'angle costo-lombaire une brouette pesamment chargée, ne put jamais déterminer de lésions rénales. Il est à faire remarquer que des traumatismes bénins ont pu déterminer des lésions graves, parfois mortelles. Danyau, cité par Rayer, rapporte le cas d'un employé qui se heurta l'espace costo-lombaire contre l'angle d'un comptoir et qui mourut quelques semaines plus tard après avoir présenté de violentes hématuries; à l'autopsie on découvrit une importante lésion rénale. Moineau cite une observation de Bazy dans laquelle le malade, opéré pour

un abcès périnéphrétique et chez qui on découvrit un volumineux hématome avec déchirure du rein, ne se souvint qu'après les plus pressantes questions s'être légèrement traumatisé la région lombaire. Voit cite le cas curieux d'une femme qui, fortement pressée à la taille par son mari au cours d'une danse, présenta des symptômes de contusion rénale sérieuse. Il a été rapporté, en outre, des observations indiscutables de lésions produites par la seule action musculaire : Lucas, Morris, Fenwick, Küster en ont cité des exemples, et Watson a pu en réunir onze cas.

Très souvent, on ne sera renseigné que sur l'intensité du traumatisme, quand il s'agit, par exemple, d'une contusion produite par action indirecte, une chute sur le sol, sans que la région rénale ait spécialement porté sur un obstacle quelconque. Les notions étiologiques ne seront alors d'aucun secours. Elles seront autrement précieuses quand on signalera au médecin que le traumatisme a été exercé par un corps contondant assez étroit pour pénétrer dans l'espace costo-lombaire et aller écraser directement le rein : les coups de bâton, les chutes sur une planche, une vergue, le traumatisme produit par un brancard ou l'angle aigu d'un meuble, peuvent faire penser que le rein a été directement atteint de façon sérieuse. La gravité des lésions sera facilement soupçonnée quand on saura que la région rénale a été étroitement comprimée entre deux surfaces, entre deux tampons de wagon, entre un amas de pierres et le sol, entre la roue d'une voiture pesamment chargée et le sol. Et encore ne s'agit-il là que de présomptions qui se démontreront, par la suite, plus ou moins fondées.

En résumé la notion étiologique, si elle est intéressante à retenir, sera de peu de poids pour l'orientation de la thérapeutique.

C'est uniquement l'ensemble des symptômes présentés par le malade qui dictera au médecin la conduite qu'il doit suivre.

I. Cas légers. — Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de rapporter l'observation d'un cas que nous avons eu l'occasion d'observer, en juillet 1910, à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Carlier.

Le 3 juillet 1910, le jeune Emile M., âgé de treize ans, fut tamponné par un tramway qui le projeta contre un arbre : le choc porta, autant que se rappelle l'enfant, au niveau de l'hypocondre et du flanc droits. Le blessé amené à l'hôpital, entre dans le service des enfants; il présente deux plaies du cuir chevelu, peu importantes; il se plaint, en outre, de souffrir fortement de la région lombaire droite. Le pouls n'est pas accéléré, la température est normale; outre les douleurs, l'enfant présente des vomissements et rejette les liquides qu'il essaie d'absorber. La miction est normale et demeure normale pendant toute la journée, les urines sont limpides. Le lendemain de l'accident, dans la matinée, le petit blessé émet des urines foncées, couleur chocolat; à midi il a une seconde miction d'un rouge noirâtre; le réactif de Meyer montre nettement qu'il s'agit de sang. L'enfant entre alors à la clinique des voies urinaires; l'état général est très satisfaisant, le pouls est normal, mais la température est un peu élevée (38 degrés). Le flanc droit ne présente aucune ecchymose, aucune voussure; la palpation en est douloureuse et détermine de la défense musculaire, sans qu'on sente, néanmoins, aucun empâtement de la loge rénale. Le côté gauche de l'abdomen est absolument souple et tout à fait indolore à la palpation.

L'enfant est mis au repos absolu, en décubitus dorsal, à la diète lactée, et on fait l'application d'une vessie de glace sur le flanc droit.

Le 5, toutes les mictions de la journée et de la nuit sont sanglantes; l'hématurie est totale, intense (les urines sont d'une coloration rouge noir), sans qu'il y ait rejet de caillots; elle ne provoque aucune douleur. L'enfant a toujours un peu de douleur, 38 degrés, mais il ne souffre aucunement. Le 6, les urines sont toujours sanglantes, mais leur coloration est déjà moins foncée, la température tombe à la normale. Pendant les trois jours qui suivent, l'hématurie diminue progressivement d'intensité et finit par n'être plus appréciable à l'œil; le réactif de Meyer décèle toujours nettement la présence de sang. L'état général est excellent et l'enfant réclame impérieusement une alimentation plus substantielle que le régime lacté.

Le 11 juillet l'urine est d'aspect tout à fait normal. La réaction de Meyer moins intense y montre encore la présence de sang. L'enfant veut à toute force son exeat et sort malgré les conseils donnés aux parents. Il eût été intéressant, en effet, d'observer encore quelque temps le malade pour voir quand cesserait cette hématurie minime si facilement révélée par la phénolphtaléine.

Cette observation est un type de la symptomatologie que l'on remarque dans les cas les plus bénins. Les contusions rénales légères n'ont pas toujours, d'ailleurs, cette extrême bénignité : nous citerons deux cas, presque semblables, de contusion rénale un peu plus grave. Nous avons eu l'occasion non pas de les observer mais de les entendre narrer par les intéressés.

Ces deux cas avaient été provoqués par une chute de cheval, sans que la région lombaire ait spécialement porté sur un obstacle quelconque. L'hématurie apparut précocement, lors des premières mictions après l'accident et provoqua, dans les deux cas de violentes coliques néphrétiques. Ce furent les seuls incidents notables, la guérison étant survenue spontanément, sans séquelle aucune, en quelques semaines.

Cette simplicité d'allures, cette bénignité de la contusion rénale ne sont pas rares; bien au contraire elles sont très souvent de règle, et tous les auteurs sont absolument d'accord sur ce point. Certains, comme Tuffier, Schwartz, ont fortement insisté sur cette notion, sur la facilité avec laquelle guérit cette affection traumatique du rein.

Les désordres anatomiques produits dans le rein sont minimes et répondent aux premiers degrés des classifications généralement admises par les auteurs (classifications de Le Dentu et Küster). De plus, depuis les recherches expérimentales de Maas et Tuffier, on connaît la puissance de cicatrisation du tissu rénal : en trois semaines la sclérose définitive des parties lésées est un fait accompli, et toutes les portions qui ont été atteintes par le traumatisme sont définitivement perdues pour la fonction. Les travaux de Matteï, Podwyssotzki, Paoli, Barth, Penzo, Bolgoff, Boari, Albarran, Lardennois ont élucidé la façon dont s'accomplit ce processus cicatriciel et réfuté l'opinion de Pisenti qui croyait à la régénération des glomérules et des tubes par les éléments

conjonctifs. Il se produit, en outre, dans la substance rénale intacte, une hypertrophie compensatrice qui contrebalance les dégâts, et assure l'intégrité de la dépuration organique.

Ces faits, établis surtout par voie expérimentale sur l'animal, ont été vérifiés, dans certaines circonstances exceptionnelles, chez l'homme. Stockes a pu observer la réparation complète du rein quelques jours après la production de la contusion. Athol Johnson, chez un homme qu'une affection intercurrente enlevait trois semaines après un traumatisme rénal, put constater la parfaite cicatrisation des lésions.

Le *tableau symptomatique*, dans les cas légers de contusion rénale, est assez peu marqué. Au moment de l'accident, le blessé ressent une douleur plus ou moins vive suivant la violence du traumatisme et la nature du corps contondant : cette douleur peut aller jusqu'à provoquer la syncope ; en général, on observe de la pâleur de la face, un peu d'angoisse douloureuse. Immédiatement après ou plus tard, apparaîtront des nausées, des vomissements. Mais tous ces symptômes généraux, même s'ils ont paru alarmants au début, sont de peu de durée. Le pouls tendra bientôt vers la normale ; il pourra, dans certains cas, apparaître un peu de température : celle-ci n'est pas significative d'une infection, elle témoigne simplement de l'épanchement sanguin et de sa résorption. Le symptôme qui frappera davantage le malade, causera en lui le plus de frayeur, est l'hématurie, qui, dans ces cas, est constante. Cette hématurie sera d'apparition d'autant plus précoce que l'épanchement sanguin intéresse davantage la substance médullaire : elle sera plus ou moins abondante. Si elle est abondante, elle apparaîtra lors des premières mictions qui suivront l'accident, et les urines émises seront franchement rouges; si elle est d'apparition plus tardive, le sang sera d'un rouge noirâtre (comme dans l'observation que nous avons rapportée).

Parfois des caillots sanguins cheminant dans l'uretère pourront déterminer de pénibles crises de coliques néphrétiques. Si l'on ajoute, parfois, un peu d'oligurie, symptôme déjà signalé par Verneuil et vraisemblablement d'origine réflexe, de la douleur au niveau de la région contuse, on aura l'ensemble des symptômes présentés dans ces cas.

L'hématurie est le symptôme qui persiste le plus longtemps. Elle disparaîtra en quelques jours, deux ou trois semaines au maximum, et le blessé reprendra, complètement guéri, ses occupations.

Les *indications thérapeutiques*, dans ces cas, sont nettes. Quelques stimulants seront parfois utiles après les accidents initiaux ; le malade sera mis au repos absolu, à la diète hydrique pendant quelque temps, puis à la diète lactée. On administrera quelques antiseptiques internes, tels que l'urotropine, l'helmitol ou leurs dérivés. La région contuse sera immobilisée par un large bandage de corps; on pourra faire sur la région rénale atteinte l'application d'une vessie de glace, procédé dont on conteste actuellement la valeur et l'utilité.

Contre les phénomènes douloureux, le premier jour, contre les crises de colique néphrétique, on emploiera les injections modérées de morphine.

Le traitement sera utile pendant quelques semaines.

II. Cas très graves. — Les cas très graves s'observent dans deux sortes de circonstances bien différentes. Dans l'une, il s'agit de cas dans lesquels le traumatisme a été considérable et a lésé en même temps que le rein d'autres viscères, abdominaux ou thoraciques, ou bien a déterminé des fractures, des lésions multiples de la face, des membres. Ces accidents, qui ont été classés par Guterbock, ne rentrent pas dans le cadre clinique que nous nous sommes tracé : les traumatismes ont déterminé des lésions trop graves pour qu'une intervention puisse être utile, ou bien les symptômes propres aux différentes blessures d'autres organes masquent, ou tout au moins font passer au second plan la blessure du rein. Tel est le cas relaté par Lœvy et Raoult, où le blessé, tombé sur le sol du haut d'un troisième étage, présentait de multiples fractures de côtes, de l'humérus, de l'avant-bras et mourait deux heures après l'accident : à l'autopsie, on découvrait des lésions traumatiques des deux reins.

Nous intéressent directement les cas où la gravité dépend de l'importance des délabrements produits dans la sphère rénale ou périrénale, qu'ils aient porté sur le rein lui-même, ses vaisseaux, le bassinet ou l'uretère, le feuillet péritonéal recouvrant la face antérieure du rein.

Ces lésions graves sont, il faut le reconnaître, assez rares. Pour ce qui concerne la déchirure complète de l'uretère, Gérard-Marchant en a signalé un cas sur 90 contusions rénales ; la proportion indiquée par Tuffier est beaucoup plus forte, 12 cas sur 200, soit 6 p. 100. La déchirure complète des vaisseaux rénaux, allant jusqu'à la complète séparation du rein d'avec ses artères et veines, est une occurrence très peu fréquente; on se rendra bien compte de ce fait en considérant combien rares sont les cas signalés, et qui pourtant ont été presque tous publiés, tandis que les observations d'une foule de contusions rénales légères ou moyennes ne le sont pas ; Foy, en 1894, en signale 7 cas sur 200 qu'il a réunis : 4 fois l'artère rénale, 3 fois les veines avaient été déchirées. Baron, Morestin, Block, Rouppa, Mounier ont signalé des déchirures complètes du pédicule ; Guterbock cite un cas où le rein fut complètement isolé, par arrachement, de ses vaisseaux. A propos du mécanisme de ces lésions, Moineau théorise que le corps contondant doit agir directement sur le pédicule vasculaire. Baron croit que le corps traumatisant, peu volumineux, passe entre la colonne vertébrale et le rein, chasse celui-ci en le luxant de sa loge et écrase les vaisseaux hilaires dont les tuniques recroquevillées arrêtent l'hémorragie. Dans un cas unique, Bristow a signalé l'arrachement simultané des vaisseaux rénaux et de l'uretère.

Les ruptures et déchirures du feuillet péritonéal recouvrant le rein, et les hémorragies rénales intrapéritonéales sont également assez rares. Foy attri-

bue cette rareté à l'épaisseur, chez l'adulte, du tissu graisseux interposé entre le parenchyme rénal et le feuillet péritonéal. Delbet, sur 319 cas recueillis par lui, en signale 33 cas; Lardennois, sur 770 cas, n'en rapporte que 12.

La déchirure péritonéale peut être large (cas de Souligoux), mais souvent il ne s'agit que d'une éraillure. Ce qui domine l'histoire de cette complication, c'est son extrême gravité. Delbet signale 29 morts sur 33 cas, 21 morts étant survenues sans que l'on puisse intervenir, soit l'énorme mortalité de 87 p. 100. Edler donne à peu près les mêmes chiffres, 80 p. 100 de mortalité. Ces lésions ne semblent guère susceptibles de guérison spontanée, et l'observation de Roux (1894), dans laquelle un épanchement abdominal se serait résorbé spontanément et assez rapidement, est absolument isolée.

La *symptomatologie* de ces cas très graves est fort nette; dans les cas de traumatismes complexes, de lésions combinées, les symptômes des fractures, des ruptures et contusions viscérales diverses domineront la scène et demanderont les traitements habituels.

Quand il s'agit d'atteintes graves de la sphère rénale et périrénale, le tableau clinique est de suite alarmant; l'intensité, l'immédiate gravité des symptômes généraux s'imposeront à l'examen : le malade sera trouvé en état de shock complet, avec tous les symptômes marquant le collapsus. Le pouls est petit, inégal, dépressible, accéléré, parfois incomptable; la température tend à s'abaisser progressivement à 36-35 degrés. Le malade a des nausées, des éructations, des vomissements, du hoquet, ces deux derniers symptômes étant fortement marqués quand le péritoine a été touché. La mort peut succéder rapidement au collapsus. Si un traitement intense parvient à tirer le malade de la période initiale de shock, on verra alors apparaître d'autres signes marquant la gravité des lésions.

La douleur n'a pas une intensité particulière. Et le symptôme le plus fréquent des contusions rénales, celui que l'on rencontre dans 95 p. 100 des cas, l'hématurie, peut manquer; elle n'apparaît pas, en effet, quand il y a rupture de l'uretère ou arrachement des vaisseaux rénaux, et une observation récente de Legueu en fait foi. On la trouvera, au contraire, le plus fréquemment quand il y a rupture péritonéale, concomitamment avec les autres signes. Le symptôme local le plus important, celui qui, avec la gravité de l'atteinte de l'état général, doit guider le diagnostic et inspirer la conduite à tenir, est l'apparition de la tuméfaction lombaire. Quand un rein a été totalement broyé, quand les vaisseaux hilaires ont été rupturés, il se fera une abondante hémorragie dans la loge périrénale et il se développera un énorme hématome d'apparition très précoce, de dimensions très rapidement considérables ; ce symptôme, avec les signes d'hémorragie interne, doit aussitôt faire soupçonner une rupture du pédicule (Guinard). On a pourtant signalé des cas exceptionnels (tel celui de Bristow), où cette volumineuse tuméfaction lombaire manquait alors que les vaisseaux du pédicule avaient été arrachés.

Cette hémorragie dans la loge rénale est très grave, puisque Grawitz a relevé 16 cas de morts survenues de une demi-heure à quinze heures après l'accident.

Quand le péritoine a été déchiré, et quand l'hémorragie se fait à l'intérieur du péritoine, la situation est très critique, car aucune cause ne tend plus à arrêter le saignement. Le blessé présentera alors tous les signes d'une grave hémorragie interne ; on trouvera en outre des symptômes locaux importants : à la partie inférieure de l'abdomen on constatera une zone de matité qui tend à augmenter; les anses intestinales refoulées à la partie supérieure de la cavité abdominale détermineront du météorisme, feront disparaître la matité hépatique. Les symptômes de réaction péritonéale joints à ceux de l'hémorragie interne traduiront l'extrême gravité de la situation, situation qui se dénouera par la mort dans les vingt-quatre ou trente-six heures, si l'on n'intervient pas.

Les *indications thérapeutiques*, dans ces cas très graves, sont faciles à définir, et elles ont pour elles l'unanime avis des auteurs. Il faut intervenir de suite, dès qu'on le peut, quand on soupçonne de multiples lésions viscérales. Il faut intervenir de suite quand on a cru pouvoir diagnostiquer une rupture des vaisseaux du pédicule, un broiement du rein. Il faut intervenir immédiatement aussi quand on a diagnostiqué une rupture intrapéritonéale. Tous ces cas exigent de la part du chirurgien de la décision, une intervention pratiquée le plus vite possible.

Nous insistons à nouveau sur ce fait que pareille occurrence se rencontre très rarement, et que les observations de cas très graves se comptent.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

FIÈVRE DE DIGESTION CHEZ LES ENFANTS

Régime sévère. Pas de viande faisandée, de vin, de sauces épicées. Prescrire pain grillé, panades et soupes épaisses, légumes secs, œufs, lait, fruits cuits. Si l'enfant a la langue saburrale, donner par jour quatre à cinq des paquets suivants :

Calomel... 0,01 cent. à 0,03 cent.
Lactose ... 0,50 pour un paquet (Comby).

— Après chaque repas, donner à l'enfant 1 à 2 cuillerées à dessert de sirop de Trouette-Perret à la papaïne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE NOUVELLE ATTEINTE A NOTRE LIBERTÉ PROFESSIONNELLE

Nous recevons communication des documents suivants :

APPEL AU CORPS MÉDICAL

« Un groupe de médecins de Périgueux et du département de la Dordogne ont fondé à Périgueux, en 1910, une maison de santé avec le concours d'un personnel laïque et de religieuses de Sainte-Marthe, congrégation autorisée comme hospitalière.

Des démarches ont été faites pour savoir si certaines formalités devaient être remplies, concernant l'ouverture de notre maison. Renseignements pris à la Direction des cultes, il a été répondu que *toutes les demandes d'autorisation, même émanant de congrégations autorisées, étaient systématiquement refusées et que, dans un bref délai, toutes les maisons de santé de France, fonctionnant avec une main-d'œuvre religieuse, allaient être mises en demeure de laïciser leur personnel.*

Ces menaces, le Gouvernement les a déjà réalisées dans certains départements. Aujourd'hui, c'est notre tour d'être frappés. Nous avons, en effet, reçu de la Préfecture de la Dordogne, le 4 novembre écoulé, la lettre suivante :

Monsieur,

Le 20 décembre 1910, j'ai eu l'honneur de vous fournir, sur votre demande (1), divers renseignements concernant les formalités à accomplir pour obtenir l'autorisation d'employer des religieuses dans votre clinique de la place Francheville, à Périgueux. Ces formalités n'ont point été remplies et cependant quatre religieuses de Sainte-Marthe sont occupées à ladite clinique, constituant ainsi un établissement congréganiste irrégulier.

Or, le 20 octobre écoulé, M. le Président du Conseil m'a réclamé la liste des établissements de cette nature existant en Dordogne, dont les membres devront être invités à se disperser dans un bref délai, au terme duquel le Parquet sera saisi s'il n'a pas été obéi à l'injonction administrative.

Je vous serai obligé de me faire connaître le plus tôt possible le délai qui vous est nécessaire pour substituer des employées laïques au personnel congréganiste que vous occupez.

Veuillez agréer, monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Préfet :
Le Secrétaire général.

A la lecture de ce document, on se demande vraiment s'il ne souffle pas d'en haut un vent de folie, car les mesures dont on nous menace ne sont pas seulement iniques, comme tout ce qu'inspire le sectarisme de quelque côté qu'il vienne, elles sont ridicules. Elles auraient, en effet, ce résultat d'obliger la plupart des maisons de santé de France à fermer leurs portes. Est-ce là le but poursuivi par l'Administration ?

Il ne suffit pas de décréter la laïcisation des maisons de santé pour que cette laïcisation soit possible. Le personnel laïque nécessaire pour remplacer en quantité et en qualité les religieuses aujourd'hui employées n'existe pas.

Existerait-il, du reste, ce personnel laïque serait inutilisable dans la plupart de nos maisons de santé. C'est qu'il y a la question du coût de la main-d'œuvre dont ne s'embarrasse pas, en cette affaire, l'imprévoyance gouvernementale et dont nous sommes bien obligés, nous, de tenir compte.

Tout le monde sait que la main-d'œuvre laïque est beaucoup plus chère que la main-d'œuvre religieuse, si bien que les Commissions administratives et les municipalités mêmes, partisans en principe des laïcisations, reculent devant le désastre financier qu'entraînerait le remplacement d'une main-d'œuvre par l'autre. Pour beaucoup de nos maisons de santé qui reçoivent des malades souvent peu fortunés, il n'est pas douteux que la laïcisation serait la ruine.

Mais ce qui nous fait surtout nous révolter contre la décision de l'Administration, c'est que, si nous laissions commettre l'abus de pouvoir dont nous sommes menacés et dont sont menacés encore plus que nous nos malades, nous n'aurions plus la droit, nous médecins, de nous faire aider dans nos maisons de santé par des infirmières librement choisies par nous, nous n'aurions plus le droit, ayant la responsabilité morale et financière d'une entreprise purement privée, du libre choix de notre main-d'œuvre.

(1) Il y a là une erreur.

Nous protestons de toutes nos forces contre cet attentat à la liberté, non seulement parce qu'il nous atteint aujourd'hui, mais parce qu'il atteindra demain les médecins qui se trouvent dans le même cas que nous ; nous protestons, comme citoyens, contre l'ingérence du Gouvernement dans une affaire d'ordre privé et nous sommes décidés à user de tous les moyens légaux pour empêcher cette atteinte à notre liberté de citoyens et de médecins.

Il ne faut pas que quelques-uns d'entre nous se croient à l'abri du danger parce qu'ils entretiennent chez eux des relations cordiales avec les représentants du pouvoir ; *il ne sera fait aucune exception et, dans un bref délai, toutes les maisons de santé de France devront employer un personnel laïque.*

Contre le danger pressant qui nous menace tous, nous faisons appel à l'appui de l'Association générale des médecins de France, des Syndicats médicaux, de la Presse professionnelle et du groupe médical interparlementaire. Nous faisons appel à nos maîtres qui, en raison de leur haute situation personnelle, ont le droit et le devoir de défendre notre liberté menacée.

Si la volonté du Gouvernement se réalisait, ce serait une diminution pour notre pays, un coup fatal porté au bel élan de décentralisation de la chirurgie.

Il semble qu'à l'époque troublée que nous vivons, alors que le désordre qui règne dans les ministères se manifeste au grand jour, alors que de tous les côtés éclatent les scandales et se généralisent les sabotages, le Gouvernement ait devant lui des champs plus féconds pour la grandeur de la France que la menace et le sentiment de l'insécurité jeté dans l'œuvre que nous accomplissons.

Unissons nos efforts pour la défense de notre liberté professionnelle, nous travaillerons en même temps pour le respect de la liberté de tous les citoyens et pour le bien du pays. »

Le président du Syndicat médical de Périgueux,
Dr P. DE LAURIÈRE.

Le président de l'Association médicale de la Dordogne,
Dr CHAUME.

Le secrétaire général du Syndicat médical de la Dordogne, administrateur de la Maison de santé médico-chirurgicale,
Dr DELBÈS.

Le secrétaire du Syndicat médical de Périgueux,
Dr GADAUD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

LIVRES NOUVEAUX

Atlas de chirurgie clinique, avec ses applications au diagnostic et à la thérapeutique, à l'usage des praticiens et des étudiants (1), par le docteur Ph. BOCKENHEIMER ; traduit par le docteur L. HAHN, avec une préface du docteur LEJARS.

Cet atlas est destiné à faire sensation dans le monde médical. Il représente en effet un effort, extrêmement sérieux, d'illustrations par des planches en couleur, de la plupart des affections chirurgicales, habituellement rencontrées en clinique.

Il ne s'agit pas en effet d'un nouveau traité de chirurgie,

(1) In-8. — Paris, F. Gittler.

avec quelques planches en couleur, intercalées dans le texte; mais, comme son titre l'indique, il s'agit d'un ATLAS, et l'on peut affirmer que les planches en couleur ont autant d'importance, sinon plus, que le texte explicatif qui les accompagne.

Cet atlas de près de 400 pages renferme, en effet, 120 planches avec 150 reproductions en quatre couleurs. Ces planches ont été exécutées d'après des moulages d'après nature, moulages de l'Institut du professeur Bergmann qui sont, au point de vue de la représentation, pour les affections chirurgicales, ce que sont les moulages de l'hôpital Saint-Louis, pour les affections cutanées.

Les reproductions de ces moulages ont fort bien été exécutées et sont extrêmement bien venues. C'est avec un véritable plaisir que l'on regarde longuement une de ces planches; l'œil finit peu à peu par y découvrir mille petits détails intéressants, qui fixent le diagnostic, et dont la connaissance reste alors acquise au point qu'il n'est plus possible de les méconnaître, lorsqu'on les recherchera plus tard en clinique.

Il nous faudrait citer, l'une après l'autre, toutes ces reproductions, mais nous craindrions, par cette énumération fatalement fastidieuse, d'ennuyer le lecteur qui n'aurait pas pour agrémenter notre texte les belles planches dont nous essayerions de lui donner une idée imparfaite : aussi nous contenterons-nous d'en indiquer quelques-unes.

Successivement sont représentés les cancers de la peau, les cancers des muqueuses et les cancers des glandes. Les planches figurant le cancer de la langue et du sein seront utilement consultées, chaque fois que l'on aura à se remémorer les éléments cliniques indispensables des diverses formes de ces cancers.

Ce sont ensuite les diverses variétés de sarcomes qui sont représentés sur 10 planches, très heureusement choisies, puis les kystes, les hygromas, les fistules, etc.

Une large place est accordée aux affections osseuses et articulaires, puis aux lésions syphilitiques, tuberculeuses, gangréneuses, etc., enfin aux diverses malformations.

Une telle énumération est forcément incomplète, mais elle suffit néanmoins à donner une idée de la variété considérable des sujets envisagés. Chaque planche est accompagnée d'un texte qui non seulement fournit au lecteur l'histoire succincte de chaque cas représenté et la description anatomopathologique des lésions figurées, mais qui encore l'éclaire sur toutes les difficultés du diagnostic différentiel, et sur le traitement à appliquer dans chaque cas.

Ce qui donne, en outre, un intérêt tout spécial à cet atlas, c'est que tous les moulages qui ont été reproduits appartiennent à la clinique du professeur van Bergmann dont on sait le grand renom dans tout le monde chirurgical; tous ces moulages ont été exécutés par le sculpteur F. Kolbow, avec une extrême perfection.

En résumé, comme l'écrit dans sa préface le professeur Lejars, c'est *bien là le type du livre moderne d'enseignement,...* tel qu'il est, ce livre est d'un puissant intérêt pratique et l'on ne peut que se réjouir de le voir éditer en français.

La traduction en était certes fort délicate. M. le docteur L. Hahn, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris, s'en est acquitté de la façon la plus heureuse et l'on appréciera la précision et la netteté de son texte.

Il n'est pas inutile en terminant de dire combien luxueuse est l'édition de cet atlas, et combien brillante en a été l'exécution; aussi n'est-ce pas trop s'avancer que prédire une rapide réussite à cet atlas, qui est appelé à rendre les plus grands services, aux étudiants, comme aux praticiens.

L. BABONNEIX.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 décembre, à une heure. — 2e (1re et 2e séries). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 19 décembre, à une heure. — 2e. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 20 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re partie). — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 21 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

Vendredi 22 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 23 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1e, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 20 décembre, à une heure. — M. BERTHON. Contribution à l'étude du syndrome de Mickulicz. (MM. Gautier, président; Gaucher, Marfan et Gougerot.) — M. MODOT. Essai sur le traitement du charbon. (MM. Gaucher, président; Gautier, Marfan et Gougerot.) — M. JALLET. Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours des périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis. (MM. Gaucher, président; Gautier, Marfan et Gougerot.) — M. EDELMANN. Contribution à l'étude du diagnostic de l'hypertrophie du thymus et de l'adénopathie trachéo-bronchique. (MM. Marfan, président; Gautier, Gaucher et Gougerot.) — M. TEPER. Contribution à l'étude de l'appendicite chronique. (MM. Reclus, président; Letulle, Pierre Marie et Proust.) — M. BRISSAUD. La coagulabilité du sang mesurée dans le plasma salé. (MM. P. Marie, président; Reclus, Letulle et Proust.) — M. PAILLARD. Le muscle diaphragme. (Etudes physiologiques et pathologiques). La toux émétisante des tuberculeux. (MM. Letulle, président; Reclus, Pierre Marie et Proust.) — M. LAGANE. Les artérites intestinales. Etude clinique, anatomo-pathologique et expérimentale. (MM. Letulle, président; Reclus, Pierre Marie et Proust.) — M. LIÉGAULT. Du diagnostic de l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire. (MM. Letulle, président; Reclus, Pierre Marie te Proust.) — M. DEWAILLY. Traitement sanglant des fractures fermées. Contributions cliniques. (MM. Segond, président; Lejars, Zimmern et Rouvière.) — M. WALLIMANN. Contribution à l'étude des kystes spermatiques. (Revue générale) (MM. Segond, président; Lejars, Zimmern et Rouvière.) — M. CORBIN. Contribution à l'étude de l'œsophagoscopie. Description d'un nouvel œsophagoscope. (MM. Segond, président; Lejars, Zimmern et Rouvière.) — M. DÉSURMONT. Etude anatomo-clinique des tumeurs solides bilatérales des ovaires. (MM. Segond, présid.; Lejars, Zimmern et Rouvière.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. MARDI 12 DÉCEMBRE 1911. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 8 décembre. — MM. Claude, 9; Lambert, 7; Trifaud, 6; Dantrelle, 12; Dedet, 10; Bordet, 9; Le Roy (René) et Jacquemin, 6.

Séance du 9 décembre. — MM. Desaux, 13; Lanos, 7; Oulié, 8; Chichmanian, 10; Bourdeau, 7; Touchard, 8; Prunier, 5; Leroy (Maxime) et Mlle Delage, 10; M. Ramadier (Henri), 11.

Anatomie. — Séance du 9 décembre (matin). — MM. Lacau Saint-Guily, 4; Vazeux, 7; Barthélemy, 8; Mlle Leven, 6; MM. Errard, 3; Poisvert, 4; Feldstein et Moriez, 6; Luquet, 5.

Séance du 9 décembre (soir). — MM. Stréhaïano, 3; Baude, 6; Antoine, 8; Gineste, 5; Moreau, 10; Bardon (Clément), 9; Léchelle, 12; Dognon, 5; Michaux, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — *Concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint.* — Le mercredi 12 juin 1912 à neuf heures et demie du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Dieppe. Le concours est public, les fonctions de chirurgien adjoint sont gratuites.

Délai d'inscription : 12 mai 1912. S'adresser pour tous renseignements et conditions du concours, au secrétaire-directeur des hospices civils de Dieppe.

— MARSEILLE. — Le lundi 19 février 1912, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

— MONTPELLIER. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par la nomination de M. Œconomos, Mlle Giraud (Marthe) et M. Giraud (Gaston), internes titulaires.

MM. Aimes, Rouvière, Arrivat, Baumel et Cathala, internes provisoires.

Concours de l'externat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Bentkowski, Bonnet, Gautrand, Cazejust, Cambiès, Ducos, Tarrou, Carrière, Boyer, Verne, Bardon et Scemama, externes titulaires.

M. Claron, externe provisoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A la suite des incidents violents qui ont empêché la semaine dernière le cours de M. le professeur Nicolas, M. Liard vient de prendre l'arrêté suivant :

« Le vice-recteur de l'Académie,

Vu l'article 40 du décret du 21 juillet 1897 relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités,

Vu l'avis de M. le doyen de la Faculté de médecine, en date du 9 décembre 1911,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Le cours d'anatomie de la Faculté de médecine et les travaux pratiques annexes sont suspendus jusqu'à nouvel ordre.

ART. 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine est chargé de l'exécution du présent arrêté.

LOUIS LIARD. »

On annonce, d'autre part, que le conseil de l'Université sera convoqué cette semaine pour juger les cinq étudiants arrêtés au cours des manifestations contre M. Nicolas et qui lui ont été déférés disciplinairement.

Il aura également à examiner la situation créée aux études médicales par cette suspension qui, l'exemple de 1909 et 1910 le montre, n'est pas une solution de la crise de l'enseignement de l'anatomie à la Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — DIPLÔMES DE DOCTEURS EN MÉDECINE DÉLIVRÉS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1910-1911 (1). — Notre excellent confrère Darras vient de publier, dans le numéro du 1er dé-

(1) Aucun diplôme d'officier de santé n'a été délivré pendant l'année scolaire.

cembre du *Bulletin de l'Association générale des médecins de France*, l'intéressant tableau suivant (1) :

FACULTÉS	DOCTEURS EN MÉDECINE		TOTAL des THÈSES
	DIPLOME D'ÉTAT	DIPLOME D'UNIVERSITÉ	
Paris	446	37	483
Alger	16	»	16
Bordeaux	125	»	125
Lille	37	»	37
Lyon	139	3	142
Montpellier	130	17	146 (*a*)
Nancy	31	5	36
Toulouse	67	2	69
Beyrouth	30	»	» (*b*)
TOTAUX	1.021	64	1.054

(*a*) Un diplôme d'Etat a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Montpellier en 1906.

(*b*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — *Prix Alphonse Jaumes.* — Ce prix, d'une valeur égale au montant de deux années d'arrérages d'une somme de 30000 fr. placée en rente sur l'état, sera distribué en 1912 à l'auteur du meilleur travail de médecine légale. Les travaux, imprimés ou manuscrits, ne pourront concourir qu'autant qu'ils n'auront pas plus de quatre ans de date et ne pourront être présentés en même temps et la même année à d'autres concours, n'avoir pris part antérieurement à d'autres concours. Les mémoires seront reçus, au secrétariat général de l'Académie, 7, rue de Nazareth, jusqu'au 31 décembre 1911.

LA SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE a donné vendredi soir dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sa première conférence scientifique publique, sous la présidence de M. Armand Gautier.

Le docteur Lapicque, professeur de physiologie générale au muséum, a traité de la suppléance mutuelle des principes alimentaires et discuté la conception de l'isodynamie.

On sait que cette conception, formulée par l'hygiéniste allemand Rubner, consiste à compter tous les aliments comme équivalents entre eux, sous la seule condition qu'ils dégagent la même quantité de chaleur dans l'organisme. Cette théorie heurte, semble-t-il, des principes essentiels de la physiologie et même de la physique générale, la chaleur n'étant qu'une forme dégradée de l'énergie.

M. Lapicque insiste sur ce point qu'il faut faire dans la chaleur animale deux parts : il y a d'abord la chaleur fonctionnelle, résidu des fonctions vitales essentielles, pour lesquelles l'isodynamie ne s'applique pas. Mais dans le cas d'un animal à sang chaud, cette chaleur résiduelle ne suffit pas, en général, à couvrir les pertes de calorique subies par l'animal en présence d'un milieu plus froid; pour maintenir la température constante, la thermogenèse totale doit, par conséquent, produire plus que la chaleur fonctionnelle : il y a une certaine marge complémentaire où la thermogenèse prend une signification toute différente; dans la limite de cette marge de thermogenèse, l'isodynamie est valable; incomparable comme règle pratique de l'alimentation, l'isodynamie ainsi conçue ne soulève plus de difficulté théorique.

— *Conférences scientifiques publiques* (projections) faites dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine. Vendredi 15 décembre 1911, à neuf heures du soir : « Le Végétarisme et les idées actuelles sur le rôle de la digestion », par le docteur E. Gley, professeur au collège de France, membre de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 21 décembre 1911, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

(1) Pour comparer avec les trois années scolaires précédentes (voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 2 et 144, et 1910, no 148.)

LES EXCURSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Barthe, député, avait posé à M. le ministre de l'Instruction publique la question suivante, le 16 novembre 1911 :

« Sous quelle forme le personnel enseignant d'un institut électrotechnique d'université peut se faire rembourser les frais de nourriture et de logement qu'il a déboursés dans une excursion électrotechnique faisant partie du programme des travaux pratiques et faites pour et avec les étudiants de l'institut? »

Voici la réponse du ministre insérée au *Journal officiel* du 26 novembre 1911 :

« Les excursions organisées pour et avec les élèves d'un institut électrotechnique doivent, comme toutes les excursions scientifiques (géologiques, géographiques, etc.), être considérées comme un complément de travaux pratiques obligatoires.

En conséquence, les dépenses (frais de voyage et de séjour) qu'entraînent ces excursions sont à la charge de l'université ou de la faculté qui les a organisées et prélevées sur ses fonds propres. Mais ces frais ne peuvent être liquidés que si le conseil de l'université ou de la faculté a prévu, au budget annuel qu'il propose au ministre, le crédit nécessaire pour y faire face.

Il est bien entendu, en outre, que les dépenses doivent être justifiées à l'agent comptable en la forme prévue par le règlement de comptabilité des universités et des facultés et qu'elles doivent être maintenues dans la limite du crédit ouvert. » P.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — COURS DE SYPHILIGRAPHIE. — Le docteur Milian, médecin des hôpitaux, commencera le mercredi 20 décembre 1911, à trois heures et demie, à la salle des concours de l'hôpital de la Charité, un cours sur le traitement de la syphilis, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Chaque leçon sera précédée d'une présentation de malades avec exposé du diagnostic et du traitement.

Ce cours est absolument gratuit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 DÉCEMBRE 1911

THÈSES

Jeudi 21 décembre, à une heure. — M. BÉRAUD. Les injections hypodermiques d'oxygène dans le traitement des dyspnées et de l'asphyxie. Faits cliniques. Recherches expérimentales. (MM. Ch. Richet, président; Hutinel, de Lapersonne et Terrien.) — M. BACH. La tension artérielle au cours de l'érysipèle et sa valeur pronostique. (MM. Hutinel, président; Ch. Richet, de Lapersonne et Terrien.) — M. MOURADIAN. De la valeur pratique du sérodiagnostic de Wassermann en pathologie oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Hutinel et Terrien.) — Mlle TSCHOUMAKOWA. De quelques formes atténuées de la tuberculose du segment antérieur de l'aorte. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Hutinel et Terrien.) — M. DELOR. Traitement opothérapique des néphrites. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Bar et Castaigne.) — M. WERTZ. Considérations sur l'étiologie de l'asthme. (MM. Alb. Robin, président; Debove, Bar et Castaigne.) — M. MORANDINI. De l'évolution dans la thérapeutique des dystocies pelviennes aux XVIIIe, XIXe, XXe siècles. (MM. Bar, président; Debove, Alb. Robin et Castaigne.) — M. CLETIEZ. Nouvelles formes d'assistance maternelle. Restaurants gratuits pour mères nourrices et cantines maternelles. (MM. Bar, président; Debove, Alb. Robin et Castaigne.) — M. MARQUET. La contagion par le linge sale. (MM. Chantemesse, président; Gilbert Ballet, Widal et Claude.) — M. SAMOUÉLIAN. Le rôle du système nerveux en pathogénie et psychothérapie. (MM. Gilbert Ballet, président; Chantemesse, Widal et Claude.) — M. VAUCHER. L'hydrémie chez les brightiques et les cardiaques œdémateux. Son étude à l'aide de la méthode réfractomatique. Comparaison de ses variations à celle du poids. (MM. Widal, président; Chantemesse, Gilbert Ballet et Claude.)

LE SALVARSAN DANS L'ORGANISME

Par MM. E. JEANSELME,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Broca,

et A. TOURAINE,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

On ne possède que peu de notions sur la destinée du salvarsan introduit dans l'organisme, sa présence dans les principaux organes, son élimination.

Pour incomplètes qu'elles soient, ces notions doivent cependant être présentes à l'esprit de tout médecin qui entreprend un traitement arsenical, aussi les exposerons-nous brièvement.

1° Dépôt du salvarsan au point d'inoculation. — Les *injections intraveineuses* ont l'avantage de mettre immédiatement en circulation tout l'arsenic injecté et lui permettent d'exercer aussitôt son action.

Elles ne laissent donc aucune trace de leur passage au point de la piqûre hormis les cas où l'infiltration périveineuse, l'abcès, le sphacèle même témoignent d'une faute manuelle au cours de l'opération.

Les *injections intramusculaires* constituent un dépôt à longue échéance dont la durée de résorption est difficile à évaluer. Dans les quelques cas (autopsies, ouverture d'abcès, etc.) où l'on put pratiquer cette recherche, on constata, plusieurs semaines après la piqûre, des quantités d'arsenic qui se chiffraient par centigrammes. Fischer et Hoppe en retrouvent trente-six jours après l'injection, Spillmann et Simon six mois après.

Dans deux observations, Fischer et Hoppe peuvent doser l'arsenic resté en dépôt et l'évaluent à 95 p. 100 après dix jours, à 80 p. 100 après trente-six jours de la quantité injectée. Mais ces observations ne peuvent être considérées que comme des exceptions, du fait même des complications locales ou générales qui ont permis cette recherche.

Ces accumulations d'arsenic en réserve peuvent être le point de départ de multiples complications (douleurs persistantes, induration, suppuration aseptique ou non, nécrose, etc.). Mais, de plus, ils permettent une plus facile et dangereuse intoxication de l'organisme, le jour, où, en face du médiocre résultat d'une injection restée à peu près inutilisée, on en pratique une nouvelle. Il se fait comme une sommation de l'effet des deux injections.

2° Elimination de l'arsenic. — Pour se renseigner sur l'accumulation de l'arsenic dans l'organisme, sur son inutilisation et ses dangers possibles, le médecin doit donc surveiller de près l'élimination arsenicale.

a. Greven constate de l'arsenic dans les *urines* déjà vingt-cinq minutes après l'*injection intramusculaire*. Cette élimination dure de douze à dix-huit jours. Cependant pour Lockmann, Heiden et Navassart, ce délai serait bien superieur à ce qu'on admet généralement ; ces auteurs retrouvent de l'arsenic plus de sept mois après la piqûre ; ce temps est porté à neuf mois dans des faits publiés par Heuser.

Les recherches, que l'un de nous a pratiquées sur ce point avec la collaboration de Bongrand, ont montré qu'il se faisait une véritable *décharge arsenicale*, du troisième au sixième jour, pendant quelques heures (de 0g02 environ), dans la majorité des cas (6 sur 8). L'existence de cette décharge urinaire qui fait l'office d'une véritable « soupape de sûreté » est importante à connaître et à contrôler, car, des deux malades chez lesquelles elle ne se produisit pas, l'une présenta des signes assez graves d'intoxication arsenicale.

L'étude de la perméabilité rénale avant l'injection serait donc d'un intérêt capital, puisqu'elle permettrait peut-être de prévoir chez quels sujets des accidents de cette nature sont à redouter. Mais il faut reconnaître qu'il serait peu pratique d'effectuer cette recherche avant chaque injection.

Quand le salvarsan est introduit par *voie intraveineuse*, la durée d'élimination est plus courte. Dès les premières vingt-quatre heures, l'arsenic apparaît en quantité très notable dans les urines ; il est rare d'en constater après le quatrième jour d'après nous, le septième pour Tendron. Nous n'avons pas constaté de décharge arsenicale comme dans le cas précédent. Cependant pour Lockmann, Heiden et Navassart, cette élimination durerait presque aussi longtemps qu'après les injections intramusculaires (trois à sept semaines).

b. Le *tube digestif* est également une puissante voie d'élimination qui joue, elle aussi, le rôle d'une soupape de sûreté, contre l'intolérance de l'organisme.

Fischer et Hoppe trouvent de l'arsenic dans les *fèces* pendant quatre à six jours après piqûre musculaire, quatre jours après piqûre intraveineuse.

Les *vomissements* peuvent aussi renfermer des quantités considérables d'arsenic, et cela dès les premières heures. Nous avons constaté qu'il pouvait même exister un certain balancement entre l'arsenic urinaire et l'arsenic contenus dans les matières vomies ; chaque sujet l'éliminant par la voie la plus aisée pour lui, suppléant à l'insuffisance fonctionnelle d'un organe par un autre.

3° Répartition du « 606 » dans l'organisme. — Il est rare qu'on en retrouve des traces dans le *sang*. Cependant Heuser a constaté sa présence et Fischer et Hoppe l'ont trouvé, le deuxième jour après l'injection, combiné avec les graisses, les albumines et notamment les lécithines du sang.

Il n'a été décelé dans le *liquide céphalo-rachidien* par Sicard et Bloch que dans le cas d'injection intraveineuse et cela à des doses de l'ordre du centième de milligramme par 5 centimètres cubes.

Dans le *lait*, la recherche de l'arsenic a donné des résultats contradictoires, peut-être parce que l'élimination se fait par décharges intermittentes. Tæge, Duhot ont enregistré chacun un résultat négatif. Scholtz a retrouvé des traces d'arsenic dans le lait d'une femme ayant reçu une injection de salvarsan. Jesionek a établi qu'une prise d'au moins 100 centimètres cubes de lait donne un « miroir » arsenical à l'appareil de Marsh très net, même cinq jours

après l'injection. L'un de nous, avec Vernes et Bongrand, a pu constater qu'après l'injection de 2g70 de salvarsan à une chèvre, en sept jours consécutifs, le lait de celle-ci ne renfermait pas d'arsenic, ou tout au moins une proportion inférieure à un dixième de milligramme par litre.

Enfin, des recherches expérimentales ont montré à Gaucher (1) la fréquence des lésions congestives au niveau des principaux *viscères*. Ces lésions se sont retrouvées dans un certain nombre d'autopsies s'associant à de l'œdème et de petites hémorragies. Les organes qui sont le plus souvent le siège d'une telle altération sont le foie, les reins, les surrénales, la rate, le corps thyroïde, etc. Cette sorte d'« action hémorragique » (Ravaut) du salvarsan est particulièrement à redouter toutes les fois qu'il existe un point de moindre résistance dans l'arbre circulatoire (artériosclérose, anévrisme, ulcus gastrique, etc.). Expérimentalement encore Schreiber et Hoppe constatent que, seuls, le foie et la moelle osseuse renferment une minime quantité d'arsenic; il n'en existe que des traces très faibles dans les reins.

Ce médicament exerce encore une action réelle sur les appareils circulatoire et hématopoiétique.

L'action vaso-dilatatrice que le « 606 » partage avec les autres sels arsenicaux, se manifeste au niveau du *cœur* et des *vaisseaux* par une diminution de la pression artérielle.

Cette baisse atteint en général, d'après Wechselmann et Nicolaï, deux à trois centimètres de mercure.

Sabrazès et Dubourg avaient constaté une élévation de la tension. D'après Brændle et Clingestein cette élévation n'est que temporaire et elle est bientôt suivie d'une hypotension qui, au cas d'affection cardiaque avancée, a pu aller jusqu'au collapsus. Cette hypotension, indépendante pour Sieskind de la dose de « 606 », est elle-même transitoire ; elle disparaît en une dizaine de jours et est indépendante par conséquent de l'élévation thermique habituelle, ainsi que nous l'avons constaté nous-mêmes à différentes reprises.

Des expériences de J. et L. Camus, il ressort que des doses supérieures à celles qui sont employées en thérapeutique sont nécessaires pour obtenir une hypotension marquée.

La *tachycardie*, liée à cette hypotension, peut atteindre jusqu'à 120 pulsations à la minute.

Ces phénomènes commandent donc la plus grande prudence toutes les fois que les malades présentent une affection cardiaque avec hypotension ou de l'angine de poitrine.

L'action sur les *organes hématopoiétiques* est également très manifeste.

Le nombre des hématies ne varie que peu, hors le cas de solutions nettement alcalines (Darier et Cottenot). Sabrazès et Dubourg notent une poussée d'hématies granuleuses juvéniles et d'hématies à ponctuation basophile ; Sicard et Bloch de l'hyperglobulie.

L'hyperleucocytose est constante ; elle atteint 18 à 25.000 leucocytes dans les vingt-quatre heures (Schreiber et Hoppe, Sieskind, Herxheimer et Schönfeld), pour durer une dizaine de jours. C'est, au début, une polynucléose avec myélocytose, plus tard, une mononucléose avec éosinophilie.

De recherches expérimentales, que nous avons entreprises avec M. Aubertin, il nous a semblé que l'éosinophilie immédiate était plus fréquente et plus considérable (8 à 15 p. 100) que ces derniers auteurs ne l'avaient admis.

L'action du « 606 » s'exerce aussi sur les *centres thermiques*. L'élévation de la température après l'injection est fréquente ; elle apparaît, en général, dès les premières heures après une injection intraveineuse, un peu plus tardivement quand le médicament a été introduit par voie intramusculaire. Cette poussée thermique qui excède rarement 39 degrés est, en général, de courte durée.

La pathogénie de cette poussée fébrile est mal connue. Elle serait due, pour Ehrlich, non à une action toxique de l'arsenic, mais à la mise en liberté brutale des endotoxines issues des tréponèmes détruits. On peut encore faire intervenir d'autres facteurs pour expliquer cette fièvre, tels sont le degré d'alcalinité de la solution injectable et sa teneur en chlorure de sodium, la filtration et la stérilisation imparfaites, l'ancienneté de l'eau distillée employée (Wechselmann, Milian).

Depuis que nous n'utilisons que de l'eau récemment distillée, aucun de nos malades n'a présenté d'élévation thermique.

Le « 606 » ne paraît influencer que bien peu le mécanisme de l'*hémolyse* et la réaction de Wassermann. Les recherches précises de Schwartz et Flemming, de Mayer montrent que ce sel ne fixe le complément qu'à des doses de 10 à 100 fois plus fortes que celle où il peut se trouver dans le sérum après injection.

4° Action sur les tréponèmes. — Il est tout au moins aussi important de vérifier l'action du « 606 » sur les tréponèmes que de surveiller l'élimination du médicament. L'étude de celle-ci autorise, pour ainsi dire, une nouvelle injection, tandis que celle-là la commande, au cas où des tréponèmes resteraient vivants dans les lésions au delà de trois à quatre jours après une première injection.

Cette recherche, grandement facilitée par l'usage de l'ultramicroscope, doit donc être pratiquée toutes les fois qu'il sera possible.

Les tréponèmes disparaissent en général des accidents dès le deuxième ou troisième jour après l'injection (Neisser, Iversen), dans la moitié des cas dès le premier jour pour Scholtz.

Dans le suc des ganglions, on ne trouve parfois plus de tréponèmes après vingt-quatre heures d'après Glück, jamais au delà de trois à quatre jours pour Iversen.

Quel est le mécanisme de cette action tréponémicide ? Levaditi et Twort ont vu que la destruction des tréponèmes se faisait en sept heures environ, après la piqûre, en dehors des cellules, par dégéné-

(1) Il est à remarquer que les doses employées par Gaucher ont été très supérieures aux doses thérapeutiques.

rescence moniliforme ou granuleuse, puis macrophagie, en même temps que se développait un processus histologique actif de dilatation des artérioles avec diapédèse. Il ne se ferait pas une augmentation marquée des anticorps syphilitiques. Cependant les recherches expérimentales de Friedberger montrent que des lapins injectés au 606 présentent, vis-à-vis de différents bacilles morts, un pouvoir destructeur jusqu'à seize et vingt fois plus fort que celui des animaux témoins.

Le salvarsan n'exercerait, suivant Heuch et Jaffé, Pasini, aucune action sur les spirochètes autres que l'agent de la syphilis.

Nous rappellerons cependant que le salvarsan a été employé avec succès contre la fièvre récurrente (Hata, Iversen, Ardin-Delteil) avant d'être utilisé dans la syphilis. Des résultats encourageants ont été observés dans la symbiose fuso-spirillaire de l'angine de Vincent (Achard et Flandin), dans la maladie du sommeil (Browen), dans le paludisme (Werner), dans le pian (Nichols, Noc, Strong), etc.

*
* *

Pour incomplètes qu'elles soient, ces différentes données sont cependant d'un grand intérêt. On ne saurait trop répéter que le salvarsan est un médicament extrêmement puissant et par cela même dangereux.

Son action ne s'exerce pas seulement sur les protozoaires pathogènes, mais encore sur tout l'organisme et avant tout sur l'appareil circulatoire et les organes hématopoiétiques. Leur intégrité est donc nécessaire et c'est pour avoir négligé cette condition absolue que de nombreux accidents, parfois mortels, ont été observés.

La tendance actuelle est de multiplier les injections en les faisant moins massives ; il importe donc de souligner encore l'importance qui s'attache à l'étude de l'élimination arsenicale chez tout malade soumis au salvarsan.

Il est à souhaiter que des méthodes simples et pratiques soient vulgarisées pour noter et mesurer l'arsenic éliminé.

Qu'il ait été entièrement, ou presque, rejeté aussitôt hors de l'organisme et par conséquent inutilisé ; qu'il ait été, au contraire, presque entièrement retenu, peut-être même accumulé en certains points, on conçoit que la conduite du médecin doive être entièrement différente dans l'un ou l'autre cas.

MÉDECINE PRATIQUE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LA PARALYSIE RADIALE COMPLIQUANT LES FRACTURES DE L'HUMÉRUS

L'histoire de la paralysie radiale, survenant comme complication des fractures de l'humérus, est connue depuis de longues années. Un nombre considérable de travaux en a fixé tous les aspects (1). Il est aussi classique de la rechercher dans la fracture de cet os, que la paralysie du circonflexe dans la luxation de l'épaule. Notons en passant que l'intérêt, s'attachant au diagnostic précoce et au traitement bien conduit de cette complication des traumatismes du bras, s'est accru singulièrement depuis la loi sur les accidents du travail, et aussi depuis que s'est établi de façon précise le principe de la responsabilité professionnelle du médecin.

On pouvait penser que sur les points les plus importants de l'histoire de cette complication, comme celui des indications opératoires, il ne restait rien à dire, et que la conduite à tenir devait être depuis longtemps établie par des règles bien définies.

Or, après la lecture des plus récentes publications sur le sujet, l'article de Charles L. Scudder et Walter E. Paul avec onze observations recueillies en neuf ans dans un hôpital de Boston, celui de Rexwald Brown, la thèse de Bac reflétant les idées de son maître Jaboulay et apportant huit observations nouvelles des hôpitaux lyonnais, enfin, la récente discussion de la Société de chirurgie à laquelle prirent part MM. Schwartz, Morestin, Quénu, Savariaud, Jeanne, on est très étonné de constater que l'accord est loin d'être complet, sur ce point pourtant si important en pratique. La majorité des auteurs semble bien admettre une discussion des indications et à ne se résoudre à opérer que lorsqu'on en aura reconnu la nécessité impérieuse, ainsi que Vennat, Broca et Mouchet, Launois et Lejars l'avaient indiqué. C'est l'opinion défendue par MM. Schwartz, Quénu, Savariaud à la Société de chirurgie, et Bac, dans sa thèse, semble encore restreindre les interventions, et tout au moins en reculer l'époque.

Au contraire, Scudder et Paul engagent à intervenir dans presque tous les cas et le plus tôt possible. M. Morestin résume ainsi son opinion : « Toute fracture du bras accompagnée de paralysie radiale exige une intervention aussi précoce que possible, l'opération doit être pratiquée dès que la paralysie est reconnue, et, par conséquent, si elle l'est aussitôt après le traumatisme, il n'y a qu'avantage à la faire immédiatement. » C'est une thèse analogue que soutient Rexwald Brown, mais le chirurgien américain va plus loin et il conclut que pour prévenir une paralysie radiale par le cal, toute fracture de la diaphyse humérale, ouverte ou fermée, doit être traitée par la suture osseuse.

En présence de divergences aussi complètes, il faut bien cependant se faire une opinion.

Ici, comme toujours en médecine, il nous semble impossible d'établir des règles de conduite applicables à tous les cas. Les conditions dans lesquelles se produisent la paralysie radiale sont si diverses qu'il convient pour chaque cas de discuter la conduite à tenir.

C'est l'impression que nous avons retirée de l'examen d'une centaine d'observations contenues dans les travaux cités au début.

Procédons par ordre.

Que faut-il penser tout d'abord du traitement préventif

(1) Rappelons seulement les principales publications dans lesquelles on trouvera une bibliographie complète du sujet :

MONDAN. *Revue de chir.*, 1884. — BROCA et MOUCHET. *Revue de chir.*, 1899, t. XIX, p. 701. — LAUNOIS et LEJARS. *Revue de chir.*, 1903, t. XXIII, n° 5, p. 572. — SAVARIAUD. *Arch. gén. de méd.*, 13 janv. 1903, n° 2, p. 65, et 20 janv., n° 3, p. 129. — Thèses de Paris : BOULARAN, 1884 ; DIEHL, 1905. — Thèses de Lyon : VENNAT, 1900 ; DUFOUR, 1910.

Puis les plus récentes publications :

Rexwald BROWN. *California state Journ. of med.*, août 1910, vol. VIII, n° 8, p. 261-263, discussion : O. D. HAMLIN.

Charles L. SCUDDER et Walter E. PAUL. *Publications of the Massachusetts gen. Hosp.*, Boston, oct. 1910, vol. III, n° 2, p. 308.

Thèse de A. TRÈVES, Paris 1911. — Thèse de L. BAC, Lyon 1911. — Discussion de la Société de chirurgie, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 24, 31 oct. et 14 nov. 1911, t. XXXVII, nos 31, 32 et 33. — *Soc. des chir. de Paris*, séance du 24 nov. 1911 (présentation de malade par M. Lance).

préconisé par Rexwald Brown? Faut-il suturer toutes les fractures de la diaphyse humérale? C'est poser la question des interventions sanglantes dans les fractures fermées. Mais quelle que soit l'opinion que l'on ait sur ce point, la règle posée par le chirurgien américain ne serait admissible que si la suture osseuse mettait à l'abri de toute paralysie radiale ultérieure. Or, il n'en est rien. Chez un malade de Tixier (obs. IV de la thèse de Bac) présentant une fracture compliquée de l'humérus, on constate que le nerf radial est intact, l'humérus est suturé après la fermeture de la plaie, un mois après débute une paralysie radiale, on intervient trois mois après, le nerf était enclavé sous un pont osseux, et malgré l'intervention la paralysie resta définitive. J.-L. Faure (obs. XXXII de la thèse de Diehl) traite par la suture-ligature une fracture fermée de la diaphyse humérale que l'appareil d'Hennequin corrigeait mal; l'enfant sort guérie au bout d'un mois; quelques jours après débutait une paralysie radiale, M. Rieffel intervient six semaines après et trouve le nerf comprimé par un cal exubérant développé autour des fils de suture, la guérison était complète au bout de trois mois.

La suture osseuse ne met donc pas de façon certaine à l'abri de la paralysie radiale. La possibilité de la production d'une compression du radial n'est donc pas une indication de plus en faveur de la suture osseuse. C'est simplement une indication à soigner particulièrement la réduction de la fracture, quel que soit le mode de traitement choisi. On n'hésitera pas à multiplier les radiographies et à renouveler les tentatives de coaptation jusqu'à ce qu'on ait un résultat satisfaisant.

Ceci dit pour le traitement préventif, arrivons au traitement de la paralysie constituée.

Celle-ci existe soit au moment même de l'accident, elle est contemporaine de la fracture, c'est la paralysie primitive, ou bien elle débute, et c'est le cas le plus fréquent, dans un temps très variable après l'accident, c'est la paralysie secondaire.

Occupons-nous d'abord des paralysies primitives.

Le diagnostic de la paralysie radiale dans ces cas n'est pas toujours aussi facile qu'on veut bien le dire.

Un premier écueil à éviter est de rattacher à l'accident une paralysie qui existerait antérieurement. Le médecin appelé à donner un certificat pour un accident du travail devra savoir éviter d'attribuer au traumatisme une paralysie saturnine (intégrité du long supinateur), une névrite alcoolique (bilatéralité des lésions) existant avant l'accident. La question de l'hystéro-traumatisme pourra se poser dans certains cas où l'anesthésie et les troubles moteurs ne présenteront pas la topographie exacte du nerf radial, ou dans les paralysies incomplètes.

Mais surtout le gros obstacle à éviter est de laisser passer inaperçue la paralysie en oubliant de la rechercher systématiquement. La nécessité de cette recherche s'impose, car le malade n'attirera aucunement l'attention sur les troubles moteurs qu'il attribue à la fracture. Le gonflement parfois énorme de tout le membre, surtout dans la fracture sus-condylienne de l'enfant, la présence de plaies, de fractures concomitantes de l'avant-bras constituent autant de causes d'impotence qui peuvent masquer l'impossibilité d'étendre le poignet et les doigts.

Nous attirons en particulier l'attention sur la fréquence de la fracture concomitante des deux os de l'avant-bras avec celle de l'humérus chez ces ouvriers qui ont le membre supérieur saisi dans une courroie de transmission de machine qui lui fait subir une rotation violente. Sur les 32 observations de la thèse de Diehl on trouve 4 cas où la fracture de la diaphyse humérale et des deux os de l'avant-bras a été causée par ce mécanisme.

D'autre part, la paralysie est parfois incomplète au début et ne se complète que peu à peu. Si le membre est mis déjà dans un appareil plâtré, elle échappera au clinicien jusqu'à l'ablation du plâtre.

Il faudra donc, dès le moment de l'accident, et dans les jours qui suivent, rechercher les symptômes de la paralysie radiale. Si celle-ci existe, que faut-il faire? Attendre ou opérer de suite? La ligne de conduite sera différente selon que l'on aura affaire à une fracture ouverte ou à une fracture fermée.

En cas de fracture ouverte, il nous semble indiscutable que l'on doive se régler sur l'état septique ou non de la plaie.

La plaie est-elle très infectée, on a tout à gagner à attendre sa complète cicatrisation, et à intervenir secondairement. En intervenant en plein foyer septique, on ne peut que disséminer l'infection, l'aggraver par la présence des corps étrangers constitués par les fils de suture. Bien que non infectée, lorsque la plaie sera contuse, irrégulière, remplie de caillots comme c'est la règle ici, l'abstention sera sage. On ne doit conseiller l'intervention immédiate que lorsque la plaie sera nette, non infectée; rencontre-t-on ces cas dans les fractures compliquées? On sera donc presque toujours amené à attendre que la fracture soit transformée en fracture fermée par cicatrisation de la plaie.

Pour les fractures fermées de l'humérus avec paralysie radiale primitive, un premier point nous semble peu discutable. C'est l'impossibilité d'intervenir pendant les premiers jours.

Dans le traitement sanglant des fractures, on conseille d'attendre pour intervenir que le gonflement ait diminué, que la plus grande partie du sang épanché se soit résorbé. Lambotte attend pour opérer du huitième au dixième jour. A plus forte raison, si à la crainte d'infecter un foyer de fracture s'ajoute celle de causer l'infection si grave en ses conséquences de la plaie d'un nerf, il nous semble sage de différer l'intervention. Pour oser intervenir aussitôt après le traumatisme ainsi que le conseillent MM. Morestin et Rexwald Brown (1), il faut être bien sûr de son asepsie, de celle de ses aides et du milieu dans lequel on opère. Et si le succès est vraisemblable entre des mains aussi autorisées que celles de M. Morestin, n'est-il pas dangereux de vouloir généraliser une telle manière de faire?

Attendons donc sagement au moins le huitième ou le dixième jour.

Faut-il attendre plus longtemps et prolonger l'expectation jusqu'à la consolidation de la fracture, au trentième, quarantième jour. Ceci aurait l'avantage de permettre d'intervenir sans avoir à craindre l'infection du foyer de fracture et à simplifier l'acte opératoire qui ne viserait plus que le traitement des lésions du nerf. Cette manière de faire présente-t-elle des inconvénients? Ne peut-on craindre de courir à des échecs plus fréquents, ou tout au moins de voir le retour des fonctions s'accomplir de façon plus tardive? Pour le chercher nous avons relevé les observations de paralysies radiales primitives dans les observations que nous avons réunies. Nous n'en avons trouvé que 15 cas dont 4 ont guéri sans opération. Pour les 11 autres 2 étaient survenus sur des fractures compliquées. Restent 9 cas. Or on ne peut trouver aucun parallélisme entre la précocité de l'intervention et la rapidité du retour des fonctions. Ici tout dépend de la gravité de la lésion du nerf. Telle lésion légère opérée tardivement guérira en quelque mois, alors qu'uue lésion grave opérée précocement mettra plus d'une année à récupérer ses fonctions plus ou moins complètement. Il faut donc chercher à faire le diagnostic des lésions probables présentées par le nerf.

Ce n'est pas toujours facile.

(1) Dans les deux cas où R. Brown est intervenu au huitième et au cinquième jour, la paralysie aurait sans doute guéri sans opération. Dans le premier cas le nerf contusionné mais non rompu était comprimé par l'angulation des fragments, dans le deuxième, il s'agissait d'une « parésie » et le nerf a été trouvé comprimé « quelque peu » par le fragment inférieur.

MM. Broca et Mouchet, Savariaud se sont efforcés de le préciser. Le nerf peut être exceptionnellement interposé entre les fragments, il peut être comprimé par un fragment mal réduit, il peut être sectionné, et enfin, le plus souvent, plus ou moins gravement contusionné.

Ollier a montré que l'interposition du nerf entre les fragments peut être reconnu par la manœuvre suivante : on imprime au fragment inférieur une secousse de bas en haut de façon à amener la compression du nerf; elle se traduira par une douleur intense, irradiée à tout le territoire du tronc nerveux. Dans un cas semblable, Ollier réussit par des mouvements de circumduction du fragment inférieur à désenclaver le nerf. Il suffit de lire la première observation de M. Morestin, rapportant un cas semblable, pour comprendre les dangers qu'une pareille tentative fait courir au nerf. Dans ces cas, l'opération précoce s'impose.

Pour les autres variétés, on ne peut établir qu'un diagnostic de probabilité reposant sur trois données principales : les circonstances de l'accident; l'examen radiographique; l'examen électrique. Lorsqu'on peut les préciser, les circonstances de l'accident peuvent donner des indications précieuses. La contusion du nerf peut résulter non de la fracture, de l'attrition du nerf par les fragments osseux, mais de l'agent du traumatisme lui-même. C'est ce qui peut se produire dans les fractures transversales de la diaphyse humérale par choc direct (fracture par accidents de machine, coup de pied de cheval), par le passage d'une roue de voiture, par la chute sur le sol présentant une saillie (poutre, etc.). Les chances de contusion seront bien plus grandes dans ces cas que dans les fractures obliques par chute sur le coude, par torsion de l'avant-bras.

La radiographie fournit des renseignements très importants : présence d'esquilles qui peuvent comprimer le nerf ou même l'embrocher, mais surtout chevauchement et angulation des fragments amenant une compression plus ou moins intense du nerf. Il ne faut pas perdre de vue cependant qu'ici encore il ne s'agit que de suppositions, car si la radiographie nous donne bien la position des fragments osseux, elle ne nous donne pas celle du nerf qui peut être déplacé de son siège normal.

L'exploration électrique fournit des renseignements plus précis sur le degré de la paralysie. L'excitabilité électrique du nerf est intacte ou seulement diminuée dans les cas de contusion légère. Par contre dans les contusions graves elle est complètement perdue comme dans les sections complètes. Le territoire musculaire du nerf présente les modifications bien connues de la réaction de dégénérescence à ses divers degrés : diminution de l'excitabilité faradique, et augmentation de l'excitabilité galvanique avec modifications qualitatives de celle-ci (inversion de la formule à l'ouverture et à la fermeture du courant, c'est-à-dire diminution de l'action du pôle négatif sur la contractilité, qui devient égale ou supérieure à l'action du pôle positif) puis disparition de l'excitabilité faradique, enfin perte de toute excitabilité électrique. Donc l'électricité permet de reconnaître au moins les cas peu graves, et pour les autres de suivre la marche croissante des lésions ou au contraire leur état stationnaire ou leur amélioration. Mais il faut bien savoir que, même dans les cas de section complète du nerf, la réaction de dégénérescence du muscle ne s'établit que lentement. Elle débute seulement le cinquième ou sixième jour; la diminution de l'excitabilité faradique progresse lentement pour arriver à la disparition la troisième semaine; à partir du quinzième jour, l'excitabilité galvanique augmente, et ses modifications qualitatives apparaissent. L'excitabilité galvanique diminue à son tour, mais seulement au bout de plusieurs semaines. On voit donc qu'avant de pouvoir établir par l'examen électrique l'état probable des lésions nerveuses, il sera nécessaire de prolonger cet examen pendant plusieurs semaines. Alors seulement on pourra intervenir en toute connaissance de cause. D'autres considérations plaident encore en faveur de l'expectation pendant un certain temps, même en admettant une section complète du nerf.

M. Jeanne fait remarquer que la suture immédiate est alors une opération complexe se compliquant de la réduction et de la suture de la fracture. Il pense que « les résultats de la suture nerveuse restent aléatoires quand elle est pratiquée au voisinage d'un foyer d'intervention osseuse ». Il pense « qu'on peut attendre la consolidation de la fracture pour se mettre à la recherche du nerf ». Les recherches modernes sur la régénérescence des nerfs sectionnés, si magistralement exposées dans l'ouvrage de Cunéo (MALADIES DES NERFS, 1911, *Nouv. traité de chir.* de Le Dentu et Delbet, fasc. X), ont mis en évidence ce fait que la rapidité de retour des fonctions après la suture nerveuse est plus grande dans le cas de sutures secondaires que dans le cas de sutures primitives. En effet, dans ce dernier cas, le bout périphérique a subi avant la suture un début de régénérescence; en particulier par les voies collatérales, il s'est presque complètement régénéré, ce qui explique après la suture secondaire un retour rapide des fonctions. Le temps d'attente avant la suture n'est pas du temps perdu pour la régénération nerveuse. Par contre, il ne faudrait pas prolonger cette attente surtout en présence d'apparition de douleurs spontanées; ou de troubles trophiques (lésions de la peau, des articulations, etc.). Dans ces cas où la lésion nerveuse s'est compliquée de névrite traumatique, il y a indication à opérer sans délai.

En résumé, il nous semble donc que pour les paralysies primitives dans les fractures fermées il faille s'en tenir à la conduite qui semblait classique jusqu'à ces derniers temps. L'intervention immédiate nous semble avoir plus de dangers que d'avantages, à moins que l'on n'ait constaté l'interposition du nerf entre les fragments. On recherchera les conditions du traumatisme causal, on fera radiographier le malade à plusieurs reprises, s'efforçant de réduire sous anesthésie tout déplacement et chevauchement des fragments, constatant par la suite le maintien de la réduction, chose beaucoup plus difficile à obtenir. Signalons en passant que, dans ces cas, nous croyons l'emploi des appareils à extension continue bien supérieur à celui de l'appareil plâtré qui ne permet pas un examen radiographique parfait, qui gêne le massage, l'électrisation et empêche rarement la reproduction du chevauchement. L'examen électrique sera pratiqué avec soin à plusieurs reprises. Si l'on s'aperçoit rapidement que les lésions du nerf sont graves et que la réaction de dégénérescence se complète, si surtout des douleurs ou des troubles trophiques apparaissent, il faudra intervenir sans délai. Si au contraire l'examen électrique montre une lésion peu grave, ou si l'aggravation s'arrête vite, on se contentera pendant quatre mois (Broca et Mouchet) du traitement par le massage, l'électrisation (électricité galvanique, courants alternatifs), les bains et enveloppements chauds. Si au bout de ce temps, l'amélioration ne se produit pas, il faudrait recourir à l'intervention.

Pour les paralysies secondaires, la question paraît beaucoup plus simple au premier abord. Il s'agit d'englobement du nerf par le tissu cicatriciel de la fracture ou de sa compression par le cal. Tous les cas semblent ressortir de l'intervention.

Cette formule serait exacte si on savait le moment précis où commence la paralysie, car la compression par le cal ou la cicatrice osseuse ne débute guère qu'au bout de plusieurs semaines, un mois tout au moins. Or, si bien souvent on ne s'aperçoit de l'existence de la paralysie que quand on retire l'appareil plâtré au bout d'un mois à six semaines, cela ne veut pas dire qu'elle ne fait que débuter et que ce soit toujours une paralysie secondaire vraie. Il existe au contraire toute une série de fausses paralysies secondaires; il peut s'agir alors d'une paralysie primitive complète qui a été méconnue, d'une paralysie primitive très légère les premiers jours et qui s'est

accentuée les jours suivants, d'une paralysie primitive compliquée de compression secondaire ou paralysie mixte, enfin d'une paralysie secondaire développée avant le premier mois ou paralysie secondaire précoce.

Il ne faut pas croire que cette dernière variété soit rare : sur 63 observations suffisamment détaillées de paralysies secondaires que nous avons réunies, 18 avaient débuté avant la fin du premier mois. entre le troisième et le trentième jour, le plus souvent entre le dixième et le dix-septième jour. Sur ces 18 cas, 5 ont guéri en quelques mois sans opération, les autres ont été opérés. On a trouvé le plus souvent du tissu fibreux englobant le nerf, ou la compression du nerf par l'angulation, la saillie des fragments. Tous les cas ont par la suite guéri dans un temps beaucoup plus court (3 mois en moyenne) que les paralysies secondaires véritables. Dans le premier cas le nerf est comprimé par l'organisation des tissus contus autour de lui, dans le deuxième il s'agit vraisemblablement d'un déplacement secondaire des fragments mal maintenus par l'appareil. C'est probablement ce qui s'est produit dans le cas que nous avons publié où après l'appareillage le malade a eu pendant cinq jours une crise de delirium tremens. C'est ce qui se produit dans les cas de fractures sus-condyliennes où la réduction est si difficile à maintenir, comme dans 5 cas publiés par M. Broca. Le mécanisme est saisi sur le vif dans une curieuse observation de Thiersch où la paralysie apparut le quatorzième jour, le lendemain d'une tentative de réduction des fragments dans laquelle le nerf dut être contusionné; à l'opération on trouva le nerf soulevé par la saillie d'un des fragments. Il s'agit donc en général de lésions peu graves du nerf et l'on peut se demander si pas mal de ces cas ne guériraient pas sans intervention. Le massage et l'électrisation peuvent être tentés pendant un certain temps. Si la radiographie montre un déplacement des fragments, tant que le cal sera souple, on tentera la réduction, si l'examen électrique ne montre pas une amélioration rapide, il faudra alors se décider à intervenir. Restent les paralysies secondaires véritables, celles qui surviennent après le premier mois, quelquefois beaucoup plus tard. Elles relèvent toutes de l'englobement du nerf dans le tissu fibreux cicatriciel de la fracture dans le cal lui-même, de la compression par un cal exubérant. Sur les 45 cas que nous avons réunis, 5 ont guéri spontanément après un temps assez court (deux, trois et quatre mois), il s'agit donc de lésions légères, de compression par le tissu de cicatrice sans doute. Les autres cas ont été opérés. Or ce n'est plus comme pour les paralysies primitives où l'importance de la lésion du nerf est très variable et prime tout; ici il semble y avoir, tout au moins dans l'ensemble des cas, un parallélisme entre la longueur du temps écoulé entre l'apparition de la paralysie et l'opération d'une part, et la lenteur de la reprise des fonctions d'autre part. Dans les 11 cas où on est intervenu dans les deux premiers mois, la guérison a toujours été obtenue complète, le plus souvent en deux à six mois; dans les 15 cas où l'on a attendu de deux mois à un an pour opérer, on a eu deux échecs, et la guérison de 13 autres malades est survenue en trois à neuf ou dix mois. Enfin dans 3 cas où l'on est intervenu encore plus tardivement on a eu une guérison après six mois, un retour incomplet des fonctions en sept ans, et un échec.

Ici donc, à moins que l'on ne soit en face d'une paralysie légère, s'améliorant vite par l'électrisation, il y a intérêt à intervenir sans trop tarder. On ne se fiera pas à la radiographie pour apprécier le volume du cal, mais bien plutôt à la palpation, car le cal est pendant longtemps transparent aux rayons X et on le trouvera plus volumineux que ne le montre la radiographie. Une autre raison d'intervenir s'ajoutera encore dans les fractures sus-condyliennes. Là, la régularisation du fragment mal réduit, outre la libération du nerf, améliorera l'état fonctionnel de l'articulation du coude.

La seule objection à une intervention précoce, dans ces cas, est la possibilité de laisser des tissus osseux non encore complètement calcifiés, qui, par la suite, donneront une récidive. C'est ce que l'on observe quand on opère trop tôt les ostéomes musculaires. Dans sa thèse, Diehl cite quatre cas de récidives de paralysie radiale opérée. Dans deux cas, il s'agissait d'englobement dans du tissu fibreux, dans un autre de production d'un cal exubérant, et enfin, dans un cas de Wölfler, la récidive se produisit deux fois, et on trouva au milieu des tissus fibreux et des muscles des ostéomes libres. On se mettra au maximum à l'abri de ces récidives en éloignant le plus possible le nerf du foyer de fracture et en interposant entre les deux un épais faisceau musculaire. (Dans l'observation que nous avons publiée, nous avons entouré le nerf dans une vaste greffe prélevée sur l'aponévrose superficielle.)

Nous voyons donc que, loin d'être simple, et de pouvoir se réduire à une formule valable pour tous les cas, la conduite à tenir dans ces cas de paralysies radiales varie selon les circonstances.

Dans les fractures ouvertes, on aura intérêt, dans presque tous les cas, à attendre la cicatrisation de la plaie pour intervenir pour la paralysie. Dans les fractures fermées, pour les paralysies primitives, il faut s'entourer de tous les renseignements (interrogatoire du malade, radiographies, examens électriques) et essayer d'établir la nature de la lésion du nerf. Dans le cas, exceptionnel, d'interposition du nerf entre les fragments, l'intervention immédiate s'impose. Dans les autres cas, on interviendra lorsque l'examen électrique aura montré des lésions graves. Sans cela, on tentera, pendant plusieurs mois, le traitement par le massage et l'électrisation. Dans les paralysies secondaires précoces, on emploiera la même thérapeutique et on essayera la réduction exacte de la fracture avant d'intervenir. Au contraire, en cas de paralysie secondaire vraie, due à la compression par le cal, il y a tout intérêt à intervenir sans perdre de temps. M. LANCE.

A PROPOS DES ESSAIS RÉCENTS DE TRAITEMENT DE L'ASCITE

A la suite de notre article sur « Les essais récents de traitement de l'ascite », paru dans le numéro du 5 décembre 1911 (n° 138, p. 1977), nous avons reçu la lettre suivante du docteur J. Galup :

« Dans son article, paru dans le n° 138, M. Lance remarque que c'est à tort que j'attribue à Audibert et Monges la première application à l'ascite de la méthode autosérothérapique. Mais il commet à son tour une erreur en l'attribuant à Royo Vilanova, dont le travail date de 1903.

De renseignements que j'ai recueillis à ce sujet depuis la publication de ma thèse, il résulte en effet que, dès le 15 décembre 1898, le docteur Legrain (de Bougie) avait publié dans la *Revue médicale de l'Afrique du Nord* une « Note sur les propriétés thérapeutiques des liquides ascitiques » et attribué à la méthode autosérothérapique les effets suivants : éloignement de la reproduction du liquide, augmentation de la diurèse, amélioration des symptômes digestifs, relèvement de l'état général. A défaut d'une importance très grande, cette rectification aura du moins pour résultat de rendre à la clinique française la priorité d'une application thérapeutique qui, comme le dit M. Lance, semble des plus intéressantes. »

Dr J. GALUP.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1911)

Néphrite chronique urémigène à forme azotémique. — MM. DECLOUX et GAUDUCHAU présentent un malade offrant un type des plus nets de la forme ambulatoire décrite par M. Javal dans la dernière séance. Entré dans le service avec une céphalée des plus violentes, et avec dyspnée à type de Scheyne-Stokes, ce malade qui n'avait qu'un peu d'œdème palpébral présentait dans ses urines 4 grammes d'albumine. L'intensité de la dyspnée et de la céphalée, l'existence d'un bruit de galop net, l'albuminurie dictaient le diagnostic de néphrite chronique. L'absence d'œdème, une amblyopie marquée devaient faire penser à la nature azotémique probable de cette urémie. C'est ce que confirma l'examen du liquide céphalo-rachidien : il existait 2g75 d'urée par litre. Les ponctions lombaires, la diète hydrique amenèrent un soulagement rapide des principaux symptômes, la diminution de la tension artérielle. Le malade va quitter l'hôpital, présentant encore une rétention uréique de 2g5 dans le sérum sanguin.

Il s'agit donc là d'une de ces formes ambulatoires précédemment décrite d'azotémie à type ambulatoire.

Pronostic de l'azotémie brightique par le dosage méthodique de Widal et Javal. — MM. SICARD et LASNIER ont eu l'occasion de pratiquer des dosages de l'urée du sérum d'un certain nombre de brightiques. Seize brightiques ont été suivis à ce point de vue pendant environ une année et ont été soumis pour la plupart au régime classique alimentaire et médicamenteux.

Or, sept d'entre eux qui avaient un pourcentage oscillant entre 30 centigrammes et 1g50 ont vu leur état s'améliorer notablement ou rester stationnaire, deux autres équilibrés aux environs de 2 grammes ont quitté le service après six mois d'observation et sans amélioration, les six derniers dont le taux uréique a oscillé entre 2g50 et 4g50 sont morts dans des délais variant de quelques jours à sept à huit semaines.

Chez un de leurs brightiques examiné en état de coma et mort quelques heures après, ils ont pu constater la teneur exceptionnelle de 7g50.

On comprend l'intérêt pratique de ces recherches qui permettent dans le plus grand nombre des cas de formuler un pronostic impossible à porter en se basant sur les seuls signes cliniques.

Etude clinique d'une entérite cholériforme (choléra nostras) à l'hôpital Claude-Bernard (15 août-15 oct. 1911). **Le syndrome urinaire : urines et reins.** — MM. G. FROIN et P. L. MARIE, chez 34 malades, ont observé une entérite cholériforme, désignée ordinairement sous le nom de choléra nostras, dont le mode de début, l'aspect symptomatique, l'évolution et la terminaison furent absolument superposables.

La maladie se caractérise par une attaque à début brusque, rarement précédée de fatigue et de diarrhée.

Subitement, souvent au milieu de la nuit, le malade est atteint de diarrhée et de vomissements très abondants. Puis, surviennent rapidement des crampes musculaires, qui se répètent sous forme d'accès très douloureux et se localisent d'une manière prédominante aux mollets. Tous ces symptômes disparaissent, en général, en vingt-quatre ou trente-six heures, l'attaque est trop courte pour aboutir à l'algidité et à des phénomènes réactionnels intenses.

Cette attaque est accompagnée et suivie de symptômes urinaires très importants. Avec la diarrhée, les vomissements et les crampes, le malade présente de l'anurie. Il est exceptionnel que cette anurie dure au delà de trente ou quarante heures. Si elle se prolonge, elle peut occasionner de la rétention uréique et, dans un cas, une azotémie de 4 grammes s'est terminée par la guérison.

A l'anurie succède une polyurie de deux à trois litres qui se prolonge pendant huit jours environ, avec albuminurie légère et surtout cylindrurie abondante qui persiste pendant deux ou trois jours en moyenne. Il s'agit de cylindres granuleux, souvent accompagnés de cellules rénales libres, de cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux.

Tandis qu'une crise uréique accompagne la polyurie, les chlorures sont retenus, se maintiennent à un taux de 2 grammes et au-dessous jusqu'au septième jour de l'affection, moment où leur chiffre commence à s'élever et où la perméabilité rénale aux chlorures se rétablit rapidement.

Dans un cas mortel, avec péritonite purulente, les reins ont montré une nécrose massive des cellules épithéliales des tubes contournés. Les glomérules paraissaient indemnes.

Beaucoup d'observateurs, frappés de l'analogie que présentent le choléra nostras et les formes légères du choléra asiatique, ont soutenu l'unité complète des deux choléras. Le syndrome urinaire que les auteurs ont étudié vient appuyer l'opinion d'une identité anatomo-clinique des deux affections. Seule, la bactériologie permettra de trancher la question de l'agent causal.

M. G. GUILLAIN lit, en son nom et au nom de M. VERDUN, un mémoire sur **la forme méningée des tumeurs cérébrales.**

M. Henri CLAUDE, en son nom et au nom de M. VERDUN, rapporte une observation de syndrome méningitique : **gliome cérébral, thrombo-phlébite des veines cérébrales et des sinus.**

A propos de l'administration du 606. — Dans la séance du 24 novembre (voy. *Gaz. des hôpit.*, n° 135, p. 1939), M. MILIAN, insistant sur les précautions visant la préparation du sérum artificiel, recommande d'employer du sérum artificiel à 6 p. 100 et non à 9 p. 100.

C'est évidemment un lapsus : on ne peut pas employer un sérum physiologique contenant six pour cent de chlorure de sodium, mais seulement un sérum contenant six pour *mille*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1911)

Les tumeurs inflammatoires. — M. Robert PICQUÉ communique deux observations qu'il a prises dans le service de M. Mignon. La première concerne un sous-officier qui était atteint d'une tumeur de la racine de la cuisse, tumeur d'une dureté ligneuse, gênant peu les mouvements de la hanche. Le diagnostic était hésitant. On fit une incision exploratrice. On tomba sur un tissu lardacé et à une certaine profondeur on trouva une petite cavité purulente se terminant par un trajet qui conduisait jusqu'au pourtour du canal obturateur. Il s'agissait donc d'une tumeur développée au niveau de la région obturatrice, bien probablement d'origine bacillaire.

Dans le second cas, il s'agissait d'un officier, récemment évacué du Maroc, qui portait une tumeur de la fosse iliaque, tenant au squelette du bassin et adhérente à la paroi abdominale, mais libre du côté de la cavité abdominale. Cette tumeur donnait l'impression d'une tumeur maligne, d'autant plus que le malade était très amaigri, presque cachectique. L'incision conduisit sur une masse lardacée, criant sous le bistouri jusqu'à une profondeur considérable. On arriva ainsi à ouvrir le péritoine et on trouva l'extrémité d'un appendice collée au bassin. Dans ces deux cas, le diagnostic avait été hésitant et on avait pu songer à des sarcomes.

M. TUFFIER apporte au débat deux nouveaux cas de tumeurs

inflammatoires simulant des sarcomes. Dans le premier cas, le diagnostic avait été celui d'ostéo-sarcome de la clavicule et des côtes. L'opération fut très compliquée. Le malade guérit. Mais il est maintenant atteint de tuberculose pulmonaire. La tumeur osseuse n'était-elle pas aussi de nature tuberculeuse? Dans le second cas, il s'agissait d'ostéo-sarcome du côté droit du thorax. Large ablation, guérison. Une tumeur analogue apparut sur la clavicule du côté opposé. Cette seconde tumeur était de nature syphilitique.

M. Lejars se félicite que les deux observations de M. Sénéchal, qu'il a rapportées, soient devenues le point de départ d'une discussion aussi importante. Cette question des tumeurs inflammatoires, simulant des sarcomes, est d'un grand intérêt pratique. Dans les deux cas apportés par M. Sénéchal, on se rappelle que l'amputation du bras dans un cas, la désarticulation de la hanche dans l'autre, avaient été proposées. Il y a donc, dans ces faits, des décisions graves à prendre et qui demandent la plus grande circonspection sous peine de faire des sacrifices inutiles.

Il résulte de cette discussion que toute une série de tumeurs peuvent être prises pour des sarcomes. Il serait bien utile de trouver quelques repères qui permissent de distinguer ces tumeurs des vrais sarcomes. L'histologie elle-même peut errer dans cette voie.

M. Lejars communique deux nouvelles observations, l'une de M. Le Jemtel (d'Alençon), l'autre de M. Louis Bazy. A ce propos, M. Lejars rappelle qu'en 1907 on a discuté la question des tumeurs inflammatoires du ventre. C'est dans cette catégorie que rentrent les deux cas en question. Le premier a trait à une femme de cinquante-trois ans portant une masse dure dans la région sous-hépatique droite avec crises douloureuses et vomissements, avec amaigrissement. M. Le Jemtel pensa à un néoplasme colique. Il incise, trouve une tumeur adhérente partout, dissèque la masse; comme elle se porte dans la ligne médiane, il fait une seconde incision médiane, arrive ainsi à enlever la tumeur. Cette malade guérit et est restée guérie depuis trois ans. C'était là bien évidemment une variété de tumeur inflammatoire.

Dans le cas de M. Louis Bazy on avait diagnostiqué un fibrome de la paroi. Cela se passait dans le service du regretté Nélaton. Celui-ci opère, il suit la tumeur qui pénètre dans le ventre et va jusqu'à la vésicule biliaire. On pense à un cancer, on attire la tumeur en dehors, on fait une cholécystectomie. La vésicule biliaire contenait un calcul et une ulcération. On pense à un cancer de la vésicule d'origine lithiasique. Mais l'histologie montre que l'ulcération n'a aucun caractère néoplasique et que la tumeur est constituée par une sclérose subaiguë. C'est un véritable processus néoplasique et ce n'est cependant qu'une tumeur inflammatoire envahissante.

En terminant, M. Lejars fait de nouveau allusion à la communication troublante de M. Poncet d'où il résulterait que la tuberculose, comme la syphilis, pourrait engendrer de véritables sarcomes. Il faudrait renoncer, dans certains cas, à établir une distinction entre les tumeurs syphilitiques, tuberculeuses ou sarcomateuses. Il faut aussi songer à la transformation possible de ces tumeurs inflammatoires en sarcomes. Il y a donc lieu de chercher à établir des signes qui permettent le diagnostic.

La fièvre semblerait, dans certains cas, faire pencher le diagnostic plutôt du côté des tumeurs inflammatoires que du côté du cancer.

M. Quénu ne partage pas l'avis de M. Lejars à ce sujet et croit que le cancer peut aussi donner de la fièvre.

M. Delbet insiste sur les difficultés du diagnostic et sur l'impuissance du microscope dans ces cas. Le seul moyen de diagnostic serait dans les greffes des tumeurs en séries.

M. Quénu opère une femme d'une tumeur du sein, tumeur à éléments complexes. Réunion par première intention. Quelques mois après, cette femme est atteinte de douleurs dans le ventre qu'on attribue à une appendicite. Peu de temps après, M. Quénu est appelé auprès de cette femme et lui trouve un gros foie avec une fièvre intense. Il ouvre le ventre et trouve un sarcome du foie. On voit par cet exemple que la série se fait aussi bien sur les malades que sur les animaux.

M. Lejars reconnaît que la fièvre existe dans certains cas de néoplasmes. Mais ce n'est pas la règle. Quand il s'agit surtout de tumeurs des membres et que ces tumeurs s'accompagnent de fièvre, il y a bien des chances pour qu'il s'agisse de tumeurs inflammatoires. Il ne faut donc pas refuser toute valeur à ce signe.

Décompression cérébrale. — M. Broca analyse deux observations adressées par M. Lapeyre (de Tours). Il s'agit de tumeurs cérébrales ou cérébelleuses dont les symptômes furent amendés par la décompression cérébrale à l'aide de ponctions lombaires et de l'ablation de larges volets craniens.

Electrocution. — M. Broca fait un rapport sur une observation adressée par M. Caillault (de Monte-Carlo).

Il s'agit d'un homme qui, dans une chute le long d'un mur, s'accrocha des deux mains à un fil électrique par lequel passait un courant de 10 000 volts. Les deux membres supérieurs furent brûlés et atteints très rapidement de gangrène qui nécessita leur amputation. Il n'y eut d'ailleurs qu'un shock cérébral passager.

M. Bazy rapproche de ce fait celui d'un ouvrier électricien qui se brûla ainsi l'avant-bras et les deux jambes, qui eut de l'hématurie, de l'ictère, de l'albuminurie, et qui finit par guérir.

Luxation ancienne intracoroïdienne. — M. Walther analyse une observation de M. Rastouil (de La Rochelle). Luxation ancienne intracoroïdienne irréductible, intervention : résection de la tête humérale, réduction, guérison.

Ostéomyélite. — M. Walther fait également un rapport sur un cas d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia avec arthrite purulente, opérée par M. Hardouin (de Rennes), par l'arthrotomie, la résection du tibia et la trépanation du fémur, avec résultats éloignés satisfaisants.

Réfection totale d'une vessie. — M. Marion rapporte une observation très intéressante. Il s'agit d'une malade opérée, il y a quatorze ans, par Pozzi, d'une exstrophie de la vessie. La malade avait une double pyélonéphrite.

M. Marion fit d'abord une double néphrostomie, enleva complètement la vessie exstrophiée et divisa le rectum en deux cavités distinctes, aboutissant chacune à l'anus, l'une de ces cavités constituant l'intestin, l'autre cavité isolée dans laquelle il implanta les deux uretères constituant une vessie s'ouvrant au niveau et à côté de l'anus normal.

Cette nouvelle vessie retient 200 centimètres cubes d'urine, tous les accidents inflammatoires et fébriles ont cessé, on peut cystoscopier cette vessie et cathétériser les deux uretères, résultat fonctionnel très satisfaisant.

M. Tuffier demande quel avantage trouve M. Marion à ce procédé sur celui qui consiste à aboucher simplement les deux uretères dans le rectum.

M. Marion répond que l'urine, chez sa malade, arrive dans une cavité aseptique où il n'y a jamais de matières et qu'ainsi il n'y aura jamais d'uretérite ni de néphrite ascendantes.

JURISPRUDENCE

DE L'ASSISTANCE DU MÉDECIN TRAITANT AUX OPÉRATIONS, ET DE SES HONORAIRES

Un jugement, et qui, nous le croyons, semble être le premier rendu en la matière, vient de fixer les droits, que pouvait avoir le médecin traitant habituel, d'assister dans une maison de santé à une opération et quels honoraires il pouvait recevoir du fait de cette assistance.

Voici quelle était l'espèce qui avait été soumise à la 5e chambre du Tribunal civil de la Seine, et qu'elle a solutionné par une décision du 17 novembre 1911.

Un médecin, dans une note d'honoraires, avait compté un chiffre de 100 francs pour avoir assisté à l'opération d'un de ses clients, et un autre pour avoir visité un certain nombre de fois, postérieurement à l'opération, ledit malade.

Le tribunal a jugé que le médecin avait parfaitement le droit d'assister à l'opération; que l'usage avait consacré cette manière d'agir. Mais, en ce qui concerne les visites postérieures à l'opération, le tribunal a décidé que le médecin n'avait droit aux honoraires que s'il en avait été prié par le malade ou par le chirurgien.

«... Attendu que R... soutient simplement qu'il n'a jamais demandé au docteur G... d'assister à l'opération pratiquée par le chirurgien P. D... sur son enfant ni de venir voir celui-ci à la maison de santé de la rue de la Chaise; que G... compte 100 francs pour avoir assisté à l'opération et huit visites à 20 francs soit 260 francs de ces deux chefs.

Attendu qu'il est d'usage, surtout dans la classe à laquelle appartient R..., que le médecin traitant assiste à l'opération qu'il a conseillée ou suggérée ; mais que le tribunal estime qu'une somme de cinquante francs rémunérera suffisamment de ce chef le docteur G... qui n'a pas pris une part effective à l'opération.

Attendu que les malades en traitement dans les maisons de santé reçoivent les soins quotidiens et assidus du chirurgien qui les a opérés; que l'assistance d'un médecin étranger à la maison est exceptionnelle et ne doit se produire que lorsqu'elle est expressément requise; que G... ne justifie pas avoir été appelé rue de la Chaise soit par le chirurgien soit par R... ; que la somme de 160 francs qu'il compte pour huit visites doit être retranchée... »

L'espèce que nous publions n'a pas besoin de commentaires. Les médecins y trouveront, dans le troisième attendu, le moyen d'éviter de succomber dans leur demande d'honoraires. Elle méritait d'être signalée.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LES DYSPEPSIES DE LA SECONDE ENFANCE LEURS CONSÉQUENCES, LEUR TRAITEMENT

Par M. Barbour.

Depuis les travaux de Bouchard (1884) le mot dyspepsie appliqué à la seconde enfance prend la signification de *dilatation de l'estomac*. Cet état morbide est très fréquent entre deux et cinq ans et il résulte de ces deux faits essentiels : 1° que l'enfant a été mis sans transition suffisante après le sevrage à une alimentation indigeste où dominent les féculents ; 2° que l'enfant ne mastique pour ainsi dire pas, il avale rapidement et empêche ainsi une suffisante imprégnation salivaire des aliments.

L'estomac est surchargé, surmené et bientôt impuissant, l'ectasie gastrique rapidement constituée s'accompagne de troubles chimiques (hypopepsie) avec météorisme, clapotage, soif fréquente, vomissements et fermentations.

Nous ne décrirons pas ici les symptômes bien connus de cette dyspepsie. Signalons seulement les quelques particularités cliniques suivantes :

Il existe parfois une légère élévation thermique appelée par Charrin, *fièvre de digestion*, le ventre ne forme pas de saillie, et le ventre de batracien décrit pour la dyspepsie gastrique des nourrissons disparaît à la seconde enfance ; les enfants dyspeptiques n'ont pas le ventre plus gros que les enfants sains (Comby). Enfin, il ne faut pas se méprendre sur la polyphagie de ces enfants, car bientôt l'appétit s'abaisse et la polydipsie, symptôme important, persiste seule.

L'une des caractéristiques de cette dyspepsie de la seconde enfance c'est l'existence constante de fermentations anormales, et par suite de phénomènes toxiques dont les effets nocifs se manifestent sur le système nerveux (sommeil agité, terreurs nocturnes), sur l'épiderme (urticaire, eczéma, séborrhée), sur l'appareil respiratoire (asthme dyspeptique), sur le système osseux (décalcification).

A ces conséquences générales de la dyspepsie s'ajoute une diminution de poids, des manifestations de rachitisme, une déphosphatisation prononcée.

Or, ces fermentations sont nettement d'origine amylacée. Ce sont les féculents introduits en abondance dans l'estomac qui, mal digérés, non assimilés constituent des résidus éminemment putrescibles. En outre, les phosphates naturels amenés par l'alimentation ne sont pas assimilés davantage et l'organisme en plein développement (accroissement de la taille, dentition, ossification) ne reçoit plus les éléments indispensables à cette transformation.

Il faut donc agir sur cette dyspepsie d'une manière énergique pour éviter l'anémie, la déminéralisation créant un état permanent d'opportunité morbide et microbienne, et provoquant le rachitisme.

Une hygiène sévère et une médication directe de la dyspepsie seront instituées. On limitera la quantité des boissons absorbées, on donnera des bains salés, on fera des frictions cutanées, on conseillera les laitages, les œufs et on modifiera l'état gastrique par l'amylodiastase. Cette substance, qui renferme tous les ferments solubilisants de l'orge germé et qui a le pouvoir de liquéfier une quantité énorme d'amidon, renferme en outre les phosphates assimilables du grain. Elle est donc indiquée dans les états de dyspepsie amylacée et de déphosphatisation consécutive. Introduite dans l'estomac (2 à 4 comprimés) elle solubilise immédiatement les féculents et les phosphates alimentaires, elle les rend assimilables, et rapidement les symptômes dyspeptiques disparaissent. Le surplus de phosphates naturels apporté par ce principe phosphoré et diastasique de l'orge germé vient faire l'appoint nécessaire à la reconstitution de la cellule nerveuse, osseuse et sanguine, et ainsi la dyspepsie amylacée si fréquente de la seconde enfance se trouve modifiée dans sa pathogénie et ses conséquences.

D'autre part, la préparation des bouillies maltées si souvent nécessaires pour suppléer, chez le nourrisson, à l'insuffisance de l'alimentation lactée est possible, *immédiatement*, par l'adjonction à ces bouillies d'une dose suffisante d'amylodiastase. Le lait maternel renferme lui-même des diastases spéciales absolument semblables à celles de cette substance oxydasique et cette analogie est tout à fait importante au point de vue thérapeutique. Les travaux de Thépénier sont à ce sujet démonstratifs (conférence faite à l'hôpital Trousseau dans le service du docteur Triboulet) et marquent un progrès dans l'étude thérapeutique des dyspepsies infantiles.

La Vie et les Maladies du sang, par le docteur Froin, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 240 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Steinheil.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, nº 13, 28 sept. 1911.) Clarence John BLAKE : Considérations sur le mécanisme de la pression dans la production du vertige. Description de cas. — James J. PUTNAM : La valeur de la ponction lombaire dans le traitement du vertige auriculaire. — Homer GAGE : Le cancer du côlon. — S. W. GODDARD : Le traitement chirurgical de la sténose pylorique. Description de cas. — David W. CHEEVER : Souvenirs de ma vie professionnelle (suite du nº 12, p. 439).

Gynécologie. — (Nº 9, sept. 1911.) DOLÉRIS : Thérapeutique des déviations génitales. — TAPIE et MÉRIEL : Tératome de l'ovaire à cellules géantes. — (Nº 10, oct.) DOLÉRIS : Thérapeutique des déviations génitales (*fin*). — L. FUNCK-BRENTANO : De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes dans le traitement du vaginisme.

Lyon chirurgical. — (Nº 5, 1er nov. 1911.) LATARJET et J. MURARD : La vascularisation artérielle du thymus (5 fig.). — H. MULLER : Des hernies étranglées crurales et inguinales à signes locaux frustes. — L. ARNAUD : L'hormon péristaltique. — DUROUX : Greffes nerveuses expérimentales (5 fig.). — A. CHALIER : Le traitement de la maladie de Basedow par les opérations dirigées sur le sympathique cervical [7 fig.] (*fin*).

Lyon médical. — (Nº 43, 22 oct. 1911.) R. LERICHE : L'exclusion du duodénum. — (Nº 44, 29 oct.) VIOLET : L'opération de Schanta-Wertheim dans la cure des prolapsus génitaux.

Marseille médical. — (Nº 21, 1er nov. 1911.) E. POUCEL : Traitement de l'incontinence fécale et, chez la femme, de l'incontinence urinaire, par sténoplicature sphinctérienne. — F. CORSY : Ectopies et malformations rénales. — BIDON : L'aphasie (*fin*). — J.-M. MARTIN : Les bureaux de santé de la ville de Tarascon.

Montpellier médical. — (Nº 41, 8 oct. 1911.) JEANBRAU : De l'anesthésie lombaire par la novocaïne en urologie. — (Nº. 42, 15 oct.) GRASSET : Création d'un conseil supérieur des études médicales et de la médecine. — (Nº 43, 22 oct.) Louis CONDROYER : Nouveau procédé d'immobilisation par les toiles plastiques.

Nord médical. Gazette des praticiens. — (Nº 410, 1er nov. 1911.) LEMOINE : Production expérimentale de plaques athéromateuses de cholestérine chez les lapins.

Province médicale. — (Nº 42, 21 oct. 1911.) A. PIC : Les médicaments diurétiques chloruriques ou déchlorurants.

Revue de chirurgie. — (Nº 10, 10 oct. 1911.) E. QUÉNU et P. MATHIEU : Les abcès du foie consécutifs à l'appendicite aiguë et leur traitement chirurgical. — O. JACOB : Des abcès amibiens du cerveau observés au cours de l'hépatite suppurée dysentérique (5 fig.). — GUIBÉ : Des lésions des vaisseaux de l'aisselle qui compliquent les luxations de l'épaule. — P. BARBET : Le traitement des pseudarthroses en général et en particulier par les greffes [24 fig.] (*suite*).

Revue de la tuberculose. — (Nº 5, oct. 1911.) V. COURTELLEMONT : Des abcès tuberculeux du foie. — P. LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU : Splénomégalie tuberculeuse et gastrorragies. — E. CHABROL : La tuberculose du pancréas.

Revue de médecine. — (Nº 8, 10 oct. 1911.) Un fort numéro de 885 pages entièrement consacré à des mémoires rédigés en l'honneur du professeur Raphaël Lépine, à l'occasion de sa retraite, par ses élèves et ses amis.

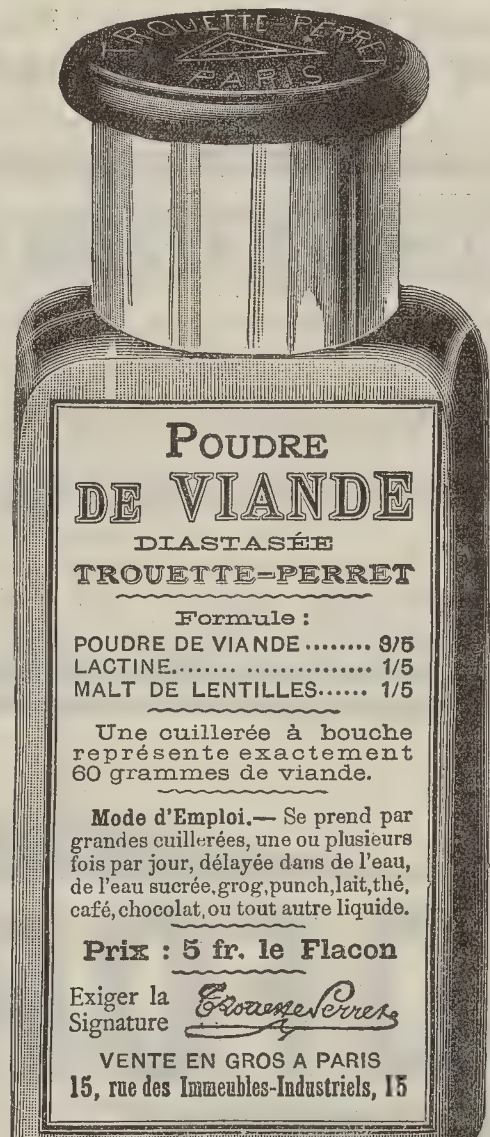
Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (Nº 43, 28 oct. 1911.) Louis VACHER : Traitement de la sinusite frontale par voie endonasale. — PHILIP : L'angine ulcéreuse aiguë simple. — C.-J. KŒNIG : Le ferment lactique en rhinologie.

Revue médicale de l'Est. — (Nº 20, 15 oct. 1911.) HERRGOTT : Une forme rare d'utérus fibromateux cause de dystocie. — H. ZILGIEN : Recherches expérimentales sur la sulfure d'allyle. — Georges GROSS : Trois cas de lésion du mésentère.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ. 17, RUE CASSETTE, 17.

POUDRE DE VIANDE
DE
TROUETTE-PERRET



MODE D'EMPLOI

Se prend par grandes cuillerées à soupe, deux ou plusieurs fois par jour, délayée dans un liquide froid quelconque ***(à l'exception absolue du Bouillon et du Potage, qui lui donnent un goût désagréable):*** eau, eau sucrée, lait ou tout autre liquide froid — on peut aromatiser avec quelques gouttes (très peu) de grog, punch, rhum ou kirsch; on peut aussi y joindre un ou deux jaunes d'œuf. Donnée dans ces conditions, elle permet au malade d'ingérer la valeur de 200 ou 400 grammes de viande, tout en ***excitant l'appétit et en favorisant les digestions,*** car elle est à la fois ***alimentaire*** et ***peptogène.***

Ce produit ***n'ayant ni mauvaise odeur ni mauvais goût,*** est très bien toléré et d'assimilation très facile, ce qui permet au médecin de ne plus voir un traitement aussi énergique devenir impossible devant la répugnance du malade. Admise dans les Hôpitaux de Paris, elle est tout indiquée dans tous les cas où le malade a besoin d'alimentation spéciale ou de suralimentation.

BIEN SPÉCIFIER

sur les Ordonnances :

ou bien :

Poudre de Viande
diastasée
de **Trouette-Perret**

ou bien :

Poudre de Viande
diastasée et phosphatée
de **Trouette-Perret**

au cas où on voudrait donner en même temps des phosphates.

Ne doit jamais être prise

NI DANS DU BOUILLON
NI DANS DU POTAGE

qui lui donnent un goût désagréable.

Ne se vend qu'en flacons de 250 gram. environ, prix : 5 fr.; et en demi-flacons de 125 grammes environ, prix: 2 fr. 75.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

ALIMENTATION, SURALIMENTATION, TUBERCULOSE, SUITES D'OPÉRATIONS, CONVALESCENCES, NEURASTHÉNIE, ULCÈRES DE L'ESTOMAC, SPASMES ET RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE, CROISSANCE, VIEILLARDS, ETC.

E. TROUETTE, *15, Rue des Immeubles-Industriels, Paris.* — Vente réglementée laissant aux Pharmaciens un bénéfice normal.

N° 142. — JEUDI 14 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. JEUDI 14 DÉCEMBRE 1911. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 décembre. — MM. Lépine et Gardin, 10; Besnard (Jean), 12; Lesage, 8; Marcassus, 11; Audain, 9; Aubin, 8; Fitte, 11; Mickanievski, 4; Costantini, 8.

Séance du 12 décembre. — MM. Libert, 5; Chenet et Breger, 3; Bisson, 8; Levant et Ecot (Fernand), 6; Jamin, 2; Chasseray, 4; Lantuéjoul et Boncompain, 3.

Anatomie. — Séance du 11 décembre (matin). — MM. Papillon, 4; Pichon, 6; Hemmerdinger, 5; Rousseau et Beloux, 6; Scheikevitch, 5; Masmonteil, 4; Frette, 6; Morlot, 7.

Séance du 11 décembre (soir). — MM. Lascaux, 6; Benit, 7; Wilmoth, 4; Castex, 5; Lavalée, 3; Lucas-Championnière, 11; Murga, 5; Marqueste et Rouffignac, 4; Binet, 7; Boyer, 6; Brizard, 5; Blum, 4.

Séance du 12 décembre (matin). — MM. Bretégnier, 5; Weill, 3; Chatellier et Fey, 7; Pimpaneau, 6; Verdenal, 9; Vinay, 7; Masselot, 6; Huc (Georges), 5.

Sérnce du 12 décembre (soir). — MM. Galland et Turnesco, 6; Deron, 5; Pollet, 11; Belloir, 8; Léger, 6; Bordet, 7; Ledoux, 3.

Prochaine séance d'oral, lundi 18 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, du 1er décembre 1911 au 31 octobre 1912, au laboratoire de clinique médicale (Saint-Antoine) :

Chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie : M. Troisier, docteur en médecine. en remplacement de M. Rosenthal, dont les fonctions sont expirées.

Chef des travaux de chimie : M. Grigaut, en remplacement de M. Winter, dont les fonctions sont expirées.

Chef des travaux d'électrologie et de radiologie : M. Ronneaux.

— Un congé d'inactivité, pour l'année scolaire 1911-1912, est accordé, sur sa demande, à M. Blanc, préparateur.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. Golse, licencié ès sciences, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— TOURS. — M. Wolff, professeur de physique, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1911.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — M. Astre, professeur de chimie, est nommé, pour l'année scolaire 1911-1912, directeur de l'Institut de chimie de l'Université de Montpellier.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. le docteur Arthaud est nommé directeur d'un laboratoire de médecine expérimentale à l'Ecole pratique des hautes études (section des sciences naturelles).

AU COLLÈGE DE FRANCE. — L'assemblée des professeurs du collège de France vient de procéder à l'élection d'un représentant du collège de France au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Emile Levasseur, le regretté administrateur. M. Maurice Croiset a été élu par 34 voix sur 35 votants.

PRIX NOBEL. — La distribution solennelle des prix Nobel vient d'avoir lieu à Stockholm, sous la présidence du roi de Suède.

Le docteur Torneblath, membre du bureau de l'Institut Nobel, a prononcé un discours sur l'importance des prix Nobel.

Le président de l'Académie des sciences, M. Dahlgren, a annoncé ensuite que le prix pour la physique était décerné au professeur Wilhelm Wien (de Würtzbourg) pour sa découverte des lois du rayonnement de la chaleur.

Le prix pour la chimie est décerné à Mme Curie pour la découverte du radium et du polonium.

Le professeur Moerner, recteur de l'Institut Carolin, a annoncé que le professeur Gutstrand (d'Upsala) recevait le prix Nobel pour la médecine, en raison de ses travaux sur la dioptrique de l'œil.

CLINIQUE TARNIER. — COURS GRATUIT DE PERFECTIONNEMENT. — Le jeudi 21 décembre, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Des vomissements incoercibles de la grossesse et des indications thérapeutiques qu'ils comportent. »

SÉANCE ANNUELLE

DE

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(12 décembre 1911)

L'Académie a tenu sa séance annuelle hier, à trois heures, sous la présidence de M. Lannelongue.

M. Weiss, secrétaire annuel, à la fin de son rapport sur les prix, a rendu hommage aux membres décédés au cours de cette année, à Huchard, en rappelant que probablement en souvenir de l'accident professionnel dont il a été lui-même victime, dans sa jeunesse, il a laissé à l'Académie une somme importante dont les revenus doivent être consacrés aux étudiants victimes du devoir professionnel; à Kelsch, à Dieulafoy, à Henri Monod. Il a souhaité ensuite la bienvenue aux nouveaux élus, MM. Sébileau, Prenant, Lermoyez, Brault, Achard et Pierre Marie.

M. Guéniot, ancien président, remplaçant M. Gariel, vice-président, a donné lecture du palmarès (voir ci-dessous).

Enfin, M. Jaccoud, avec sa maîtrise habituelle et son grand talent de diseur incomparable, a prononcé un bel éloge de son prédécesseur Bergeron. Il a rappelé ses travaux importants sur l'hygiène et la médecine de l'enfance, ses louables efforts pour la protection de la santé publique, sa vigilance pour les intérêts de l'Académie, la lutte si longue, si tenace, qu'il a dû soutenir pour sa nouvelle installation qu'il n'a pu inaugurer, la mort l'ayant surpris au moment même où s'est réalisé le but qu'il a si longtemps poursuivi. En termes fort heureux, M. Jaccoud a dépeint le caractère si honorable de l'homme et du savant. « L'honneur, la loyauté, la droiture, a-t-il dit, lui formaient une patrie d'où l'exode lui fut toujours inconnu. »

L'assemblée, cette fois plus nombreuse que d'habitude, a fait un chaleureux accueil au beau discours de M. le secrétaire perpétuel.

PRIX DÉCERNÉS EN 1911

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *De l'influence des inflammations antérieures sur le développement du cancer.* — Le prix est décerné à M. le docteur L. Legrand, à Tshang-sin-tien, par Pékin (Chine).

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (800 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les médecins aides-majors de première classe Pigache, au 141e d'infanterie à Marseille, et Worms, au 79e d'infanterie à Nancy.

Prix Apostoli (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Bonnefoy (de Cannes).

Prix du marquis d'Argenteuil (6 800 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur F. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Argut (650 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur F. Ostwalt (de Paris).

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24 000 francs de rente). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1 000 francs à M. le docteur Jozsef Hollos, prosecteur à l'hôpital général de Szeged; 1 000 francs à M. le docteur M. Piéry (de Lyon) ; 1 000 francs à M. le docteur Léon Thévenot (de Lyon).

Prix Barrier (2 000 francs). — L'Académie partage inégalement le prix de la façon suivante : 1 000 francs à M. le docteur Marcel Pinard (de Paris) ; 600 francs à M. le docteur Paul Cantaloube (de Sumène); 400 francs à M. le docteur Georges Rosenthal (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le docteur Robert Debré (de Paris).

Prix Mathieu Bourceret (1 200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur M. Aynaud, chef adjoint de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. A. Villiers, professeur de chimie analytique, M. Fayolle, directeur de laboratoire à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et Eug. Collin, commissaire expert près le ministère du commerce.

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *Pathogénie de l'éclampsie gravidique.* — L'Académie décerne : un prix de 600 francs à M. le docteur Paul Bouquet (de Brest), directeur-professeur du cours départemental d'accouchement, médecin de la Maternité ; un prix de 400 francs à M. le docteur A. Javal (de Paris), chef de laboratoire à l'hôpital de Rothschild.

Prix Chevillon (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur André Chalier, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *La démence organique.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur R. Benon (de Nantes), médecin adjoint des quartiers d'hospice.

Prix Clarens (400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur M. Duvoir (de Paris). Une mention honorable est accordée à Mme Augusta Moll-Weiss, fondatrice et directrice de l'Ecole des mères à Paris.

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *Des épithéliomas envisagés uniquement dans les rapports pouvant exister entre leur apparition, leur développement et l'acte de fumer du tabac.* — Le prix n'est pas décerné.

Prix Desportes (1 300 francs). — L'Académie décerne : un prix de 800 francs à M. le docteur Paul Carnot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; un prix de 500 francs à M. le docteur Francis Heckel (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le docteur J. Milhit (de Paris).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1911, à MM. les stagiaires : une récompense de 500 francs à M. Parturier, avec le titre de lauréat, pour son rapport de mission à Lons-le-Saunier et Montecatini; une récompense de 500 francs à M. Glénard, avec le titre de lauréat, pour son rapport de mission à Carlsbad ; une récompense de 500 francs à M. Paillard, pour son rapport de mission à Bourbon-l'Archambault et Wiesbaden, et une somme de 1 500 francs pour sa mission à Levico et Roncegno ; une somme de 1 500 francs à M. Lechevallier, pour sa mission à Battaglia; une somme de 1 500 francs à M. Lévy, pour sa mission à Salsomaggiore.

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Jules Bœckel, correspondant de l'Académie, chirurgien de l'hôpital civil de Strasbourg, et André Bœckel, aide de clinique à la Faculté de médecine de Nancy. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs G. Lardennois et J. Okinczyc, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Pierre Guzman (un titre de rente de 1 328 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur O. Josué, médecin des hôpitaux de Paris. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur E. Cassaët, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur J. Tinel (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur André Thomas (de Paris) ; MM. les docteurs L. Lortat-Jacob (de Paris) et G. Sabaréanu.

Prix du comte Hugo (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur H.-M. Fay (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Paul Rouquette (de Nice), H. Coulon (de Cambrai), M. Georges Genil-Perrin, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

Prix Laborie (5 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Aimé Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs P. Alglave (de Paris) et Charles Fleig, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs Darolles (de Provins) et Etienne Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux.

Prix Laval (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. André Gilles, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre (1 800 francs). — Question : *De la mélancolie.* — Le prix est décerné à M. le docteur L. Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton à Saint-Maurice. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur A. Rodiet, médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Jacques Roubinovitch, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Maurice Brissot, interne à l'asile de Villejuif.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Etienne Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Jacques Mawas, chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon; A. Monthus, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, et Opin, ophtalmologiste de l'hôpital de Toulon; Henri Spindler, médecin-major de deuxième classe au 26e bataillon de chasseurs à pied à Vincennes.

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — Le prix est divisé de la façon suivante : 400 francs à MM. les docteurs Gustave Martin et Ringenbach, médecins des troupes coloniales ; 400 francs à MM. les docteurs A. Thiroux, médecin-major de première classe des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Louis, et L. d'Anfreville de la Salle, médecin inspecteur de ladite ville ; 400 francs à M. le docteur Albert Cartron, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales à La Rochelle ; 300 francs à M. le docteur Henri Dausset (de Paris).

Prix Nativelle (300 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Oulmont (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Albert Touraine, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique de l'appendicite.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur D. Augier, prosecteur à la Faculté libre de médecine de Lille.

Prix Rebouleau (1 700 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur R. Moncorgé, médecin consultant au Mont-Dore.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Ed. Joltrain (de Paris).

Prix Tarnier (5 250 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Louis Bazy (de Paris).

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur G.-H. Lemoine, médecin principal de première classe, professeur à l'école d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1909.

1° *Médaille d'or :* M. le docteur Binet (Maurice), médecin consultant (de Saint-Honoré-les-Bains).

2° *Rappels de médailles de vermeil :* MM. les docteurs Bardet (de Paris); Fleig, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier; Nicolas, médecin consultant au Mont-Dore.

3° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Cornillon (J.), médecin honoraire de l'hôpital thermal (de Vichy) et Salignat (L.), médecin consultant (de Vichy).

M. Lepape (A.), ingénieur-chimiste, licencié ès sciences (de Paris).

4° *Rappel de médaille d'argent :* M. Mallat [Antonin] (de Bellerive-sur-Allier).

5° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Amblard (de Vittel) ; Cany (G.), médecin consultant (de la Bourboule); Gardette (Victor), médecin consultant (de Châtel-Guyon) et Maturi (Edigio), professeur d'hydrologie médicale à l'Université de Naples.

Mme Laborde, docteur en médecine (de Paris).

M. Brochet (André), chef de travaux à l'Ecole de physique et de chimie (de Paris).

6° *Rappel de médaille de bronze :* M. Nodon (Albert), docteur ès sciences, ingénieur chimiste (de Bordeaux).

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1910-1911 :

1° *Médaille d'or :* M. le docteur Dubief, médecin inspecteur principal des épidémies du département de la Seine.

2° *Rappels de médailles d'or :* MM. les docteurs André (G.), médecin des épidémies, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Jablonski, inspecteur départemental d'hygiène de la Vienne.

3° *Médailles de vermeil :* MM. les docteurs Catrin (L.), médecin des épidémies, à Valenciennes; Devy, médecin de l'assistance de l'Indochine, médecin municipal à Phnom-Penh (Cambodge).

4° *Rappel de médailles de vermeil :* MM. les docteurs Balestre, inspecteur d'hygiène du département des Alpes-Maritimes; Boquin, médecin des épidémies, à Autun ; Moreau (René), médecin des épidémies, à Sens.

5° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs de la Croix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lisieux; Gardon (Victor), médecin communal de la ville d'Alger ; Ribot, directeur de la Santé, et Thollon, à Saint-Nazaire ; Roussel, médecin-major de première classe, chargé du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, à Alger ; Lesterlin, médecin-major de deuxième classe au 1er dragons à Joigny; Sicre, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et Malard, médecin aide-major de première classe au 22e dragons à Reims ; Vigot, médecin des épidémies à Caen.

M. Barnsby, pharmacien en chef honoraire de l'hospice général, directeur honoraire de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours, vice-président du Conseil d'hygiène du département d'Indre-et-Loire.

6° *Rappels de médailles d'argent :* MM. les docteurs Decouvelaere (J.), médecin des épidémies, à Hazebrouck ; Hirigoyen (L.), médecin des épidémies de l'arrondissement de Bordeaux; Poujol (J.), médecin de colonisation, à Aïn-Bessem ; Subercaze (A.), à la Ferté-Alais.

M. Baudran (G.), docteur en pharmacie, secrétaire du Conseil d'hygiène du département de l'Oise, à Beauvais.

7° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Ciavaldini, médecin de colonisation, à El-Arrouch (Algérie) ; Lacomme, inspecteur départemental d'hygiène, à Amiens ; de Lauwereyns de Roosendaële, médecin des épidémies, à Valenciennes; Mordagne, médecin des épidémies de l'arrondissement des Andelys, à Tourny; Pernin, médecin aide-major de première classe au 91e d'infanterie à Mézières ; Tripier (d'Abbeville).

8° *Rappels de médaille de bronze :* MM. les docteurs Folly (R.), médecin-major de deuxième classe, chef de service au 22e dragons, à Reims ; Lafont (A.), médecin-major de première classe des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Maurice.

Service de la vaccine. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1910 :

1° *Médailles d'or :* M. le docteur Dubief, médecin inspecteur principal des épidémies du département de la Seine, à Paris.

M. Saintyve, chef de division de la préfecture de police à Paris.

2° *Médailles de vermeil :* MM. les docteurs Dupont, médecin de l'assistance indigène à Ouahigouya ; Thiroux, médecin-major des troupes coloniales, directeur de l'Institut de vaccine de Saint-Louis (Sénégal).

MM. Aubert, chef du bureau d'hygiène à la préfecture de police, à Paris ; Honorat (Marc), sous-chef du bureau d'hygiène à la préfecture de police, à Paris.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Dufougeré, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales à Saint-Louis et Wagon, médecin-major de deuxième classe à Kindia.

4° *Médailles de bronze :* MM. Bausch, employé de mairie à Fontenay-sous-Bois; Berthelot, employé de mairie au Perreux; Brunet, directeur du G. S. du Petit-Ivry à Ivry ; Chivat, directeur du G. S. de la rue Fromont à Levallois-Perret; Collin, employé de mairie à Saint-Mandé ; Cottin, directeur du G. S. de l'Ouest à Vincennes ; Dechassat, directeur du G. S. de la mairie de Vanves ; Duroyon, directeur du G. S. du Plant à Champigny; Guenin, directeur du bureau d'hygiène à Ivry ; Guettier, employé de mairie à Suresnes; Huberson, directeur du bureau d'hygiène à Asnières ; Leroyer, commis principal à la mairie de Courbevoie ; Loiseau, directeur du bureau d'hygiène à Boulogne-sur-Seine ; Sincholle, directeur du bureau d'hygiène à Clichy ; Soubeyran, employé de mairie à Pantin ; Tessier, directeur du bureau d'hygiène à Saint-Maur-les-Fossés et Zirnite, employé de mairie au Kremlin-Bicêtre.

Mmes L'Hoce, directrice du G. S. de la mairie à Boulogne;

Martin, directrice du G. S. du Petit-Ivry, à Ivry, et Rocch, directrice du G. S. de la Gare à Saint-Ouen.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médailles d'or* : MM. les docteurs Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain des enfants, médecin de la protection de l'enfance, à Bordeaux ; Ortholan, médecin-major de première classe des troupes coloniales à Nouméa.

MM. Cambillard, inspecteur départemental de l'Oise, à Beauvais ; Geay, inspecteur départemental du Var, à Draguignan ; Marois, inspecteur départemental de l'Yonne, à Auxerre.

2° *Rappel de médailles d'or* : MM. Augé, inspecteur départemental des Basses-Pyrénées, à Pau ; Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Cassoute, médecin des hôpitaux, directeur du service médical de l'œuvre des nourrissons, à Marseille ; Genglaire, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Coucy-le-Château ; Mesnil, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Bernay ; Subercaze, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à La Ferté-Alais ; Truffet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Seyssel (Ain).

MM. Bernis, inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier ; Blin, directeur d'agence du service des enfants assistés de la Seine, à Issoire ; Carré, inspecteur départemental de l'Aisne, à Laon ; Couret, inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême ; Crégut, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas ; Davodet, inspecteur départemental du Pas-de-Calais, à Arras ; Deschiens, à Paris ; Descorps, inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô ; Desmot, inspecteur départemental de la Mayenne, à Laval ; Lardet, inspecteur départemental de l'Ain, à Bourg ; Tissot, inspecteur départemental du Loir-et-Cher, à Blois ; Viret, inspecteur départemental de la Gironde, à Bordeaux ; sanatorium marin de Capbreton ; Union maternelle du XIVe arrondissement, à Paris.

4° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les docteurs Baratier, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Jeugny ; Delavalle, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Sailly-sur-la-Lys ; Denizet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Château-Landon ; Ducournau, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Benesse-Maremne ; Frémicourt, à Paris ; Gagnière, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Vaulx-Milieu ; Mazoyer, ex-médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Nîmes ; Mercier, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Mornet, à Bourges ; Vivien, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Vienne.

MM. Auvert, inspecteur départemental du Cher, à Bourges ; Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes ; Blanc, inspecteur départemental d'Indre-et-Loire, à Tours ; Boucoiran, inspecteur départemental du Gard, à Nîmes ; Cannet, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes ; Drouilly, inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux ; Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice ; Fleury, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon ; Grèges, inspecteur départemental de la Vienne, à Poitiers.

5° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Louvet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Lusigny ; Rouveyrolis, à Aniane.

MM. Bouvier, inspecteur départemental de la Vendée, à La Roche-sur-Yon ; Chevillet, inspecteur départemental de Meurthe-et-Moselle, à Nancy ; Eynard, inspecteur départemental du Tarn, à Albi ; Lavaurs, inspecteur départemental des Landes, à Mont-de-Marsan ; Mérat, inspecteur départemental de la Haute-Marne, à Chaumont ; Pays, inspecteur départemental de la Haute-Loire, au Puy ; Raffalli, inspecteur départemental de la Haute-Saône, à Vesoul ; Rousseau, inspecteur départemental du Gers, à Auch.

6° *Médailles de bronze* : M. le docteur Broudic, à Paris.

MM. Desseaux, inspecteur départemental de l'Aveyron, à Rodez ; Digne, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers ; Franco, inspecteur départemental du Finistère, à Quimper ; Hervieu, inspecteur départemental de Saône-et-Loire, à Mâcon.

Conditions communes a tous les concours. — Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, avant le 1er mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions, ou des compléments, ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

Prix pour lesquels l'anonymat est obligatoire. — Académie, Alvarenga, Capuron, Civrieux, Daudet, Falret, Herpin (de Metz), Lefèvre, Louis, Mège, Orfila, Portal et Pourat.

Pour ces prix, les travaux doivent être manuscrits, entièrement inédits, paginés, suivis d'une table et brochés.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur. Tout concurrent à l'un des prix ci-dessus qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Prix pour lesquels l'anonymat est facultatif. — Amussat, Apostoli, Argenteuil, Argut, Audiffred, Baillarger, Barbier, L. Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), comte Hugo, Huguier, Laborie, baron Larrey, J. Lefort, Leveau, Clotilde Liard, Henri Lorquet, Magitot, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Rebouleau, Sabatier, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois.

Pour ces prix, l'anonymat étant facultatif, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix n'acceptant que des travaux imprimés. — Marie Chevallier, Itard, Jacquemier, Potain, Ricord et Roger.

Les prix Gerdy, Laval, Oulmont et du XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, sont l'objet de conditions particulières.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus. Après la proclamation des prix, les auteurs des manuscrits auront la faculté d'en faire prendre copie dans les bureaux et à leurs frais, avec l'autorisation du Conseil.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1912

(Les concours seront clos fin février 1912. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des affections parasitaires (non microbiennes) du foie chez l'homme.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux

qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix Argut. — 650 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur de découvertes tendant à agrandir la conquête de la médecine sur le domaine de la chirurgie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Campbell-Dupierris. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Étude des eaux minérales d'une ou plusieurs colonies françaises.*

Prix Marie Chevallier. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des différentes variétés de sciatique.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix du XIIIe Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Étude expérimentale de l'étiologie du cancer chez les animaux.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger ; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1912. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1913. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1912, pathologie interne.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Leveau. — 1200 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix est destiné à récompenser les élèves en médecine ou en pharmacie, les médecins ou pharmaciens qui auraient trouvé des moyens nouveaux et bons pour soulager ou guérir des maladies, notamment la migraine et les coliques néphrétiques.

Prix Clotilde Liard. — 3600 fr., *p. i.* (Triennal). — Ce prix sera décerné au savant ayant apporté le plus de perfectionnement dans le traitement de la diphtérie.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Magitot. — 1000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique. — Au cas où le prix ne serait pas décerné, il serait ajouté deux ans plus tard à l'autre somme qui s'élèverait ainsi à 2000 francs et ainsi de suite.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

Prix Monbinne. — 1500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie ; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *La toxicité des sérums sanguins ; causes de cette toxicité ; moyens d'y remédier en vue de leur emploi thérapeutique.*

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX DU BARON PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du thymus.*

PRIX POTAIN. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru dans chaque période triennale.

PRIX SABATIER. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

PRIX SAINT-LAGER. — 1 500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4 400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX TARNIER. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1913

(Les Concours seront clos fin février 1913.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Argut, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Leveau, Lorquet, Monbinne, Nativelle et Vernois, voir ci-dessus, les prix proposés pour 1912).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pancréatites : étude clinique et expérimentale.*

PRIX LOUIS BOGGIO. — 4 300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10 500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *De l'opothérapie ovarienne.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile.*

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.*

PRIX FALRET. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie (conséquences thérapeutiques).*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 2038.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1913. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1914. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 2038.)

PRIX HUGUIER. — 3 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

PRIX JACQUEMIER. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

PRIX JULES LEFORT. — 300 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (*étude chimique des eaux minérales et potables*). — L'Académie aura la plus grande latitude pour décerner cette récompense et sera seule juge de son attribution. — Ce prix ne pourra être divisé : si, dans une période, aucun travail n'était jugé digne du prix, la somme de 300 francs serait reportée sur la période suivante, ce qui en doublerait la valeur; mais, dans ce cas, l'Académie pourrait, sur la proposition de la Commission du prix, diviser le montant de la somme, même en fractions inégales, de façon à distribuer deux prix.

PRIX LOUIS. — 3 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Valeur thérapeutique du radium et indications actuelles de son emploi.*

PRIX MÈGE. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des glycosuries toxiques.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ANNA MORIN. — 2 000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de la glande pinéale.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

PRIX HENRI ROGER. — 2 500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. — Pour ce prix, il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature; seront exclus du concours les ouvrages des médecins étrangers et les traductions. Dans le cas où il n'y aurait pas eu lieu de le décerner, la somme de 2 500 francs serait reportée à la fin de la période suivante de cinq années, afin de constituer soit un prix unique de 5 000 francs, soit deux prix d'une valeur inégale.

PRIX TARNIER. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX TREMBLAY. — 7 200 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix doit être décerné à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que le catarrhe de la vessie, affection de la prostate; plus particulièrement ces deux cas. — Si le prix n'était pas donné, l'Académie pourrait le remettre à la période suivante, ce qui en doublerait la valeur.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1914

(Les Concours seront clos fin février 1914.)

(Pour les prix Alvarenga, Amussat, Apostoli, Argut, Baillarger, Barbier, Boullard, Bourceret, Buignet, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Th. Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Leveau, Lorquet, Magitot, Monbinne, Nativelle, Sabatier, Saintour et Vernois, voir, ci-dessus, les prix proposés pour 1912 et 1913.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des paralysies récurrentielles.*

PRIX CAPURON. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la grossesse.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les formes cérébrales de l'alcoolisme chronique, leurs terminaisons.*

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'action du radium sur le cancer des muqueuses.*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 2038.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1914. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1915. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 2038.)

PRIX HERPIN (de Metz). — 1 200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif des teignes.*

A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

PRIX LEFÈVRE. — 1 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des capsules surrénales.*

PRIX REBOULEAU. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

PRIX TARNIER. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

MÉDECINE PRATIQUE

LA FIÈVRE TYPHOIDE DES NOURRISSONS

La fièvre typhoïde des nourrissons est considérée comme très rare ; mais cette rareté est sans doute plus apparente que réelle. En l'absence de séro-diagnostic, en l'absence de contrôle anatomo-pathologique, si l'enfant succombe, on s'arrête au diagnostic de gastro-entérite ; si le petit malade présente des convulsions et des accidents méningés, l'affection est classée dans les méningites, et ces erreurs, très difficiles à éviter, expliquent pourquoi la fièvre typhoïde à cet âge fut longtemps mal connue. Depuis les travaux de Nobécourt et Bertherand, Nobécourt et Voisin, avec les articles classiques de Marfan, Méry, Hutinel et Darré, cette forme clinique de la dothiénentérie a été bien mise au point.

Son *étiologie* (1) ne présente rien de bien particulier, puisque c'est, comme toujours, l'eau ou les porteurs de bacilles qui doivent être suspectés. Le lait contaminé par l'eau de coupage non bouillie ou insuffisamment bouillie peut être le véhicule du bacille d'Eberth. Dans d'autres cas, il faut admettre une contagion directe, par exemple si l'enfant atteint de dothiénentérie est élevé au sein ; c'est alors que la nourrice était infectée par le bacille, ou qu'une domestique, qu'une personne de l'entourage de l'enfant était une porteuse de germes. La fièvre typhoïde est exceptionnelle pendant les six premiers mois; elle devient plus fréquente de six mois à deux ans, et pendant la deuxième année, la fièvre typhoïde n'est pas très rare ; mais alors l'enfant n'est presque plus un nourrisson.

L'*anatomie pathologique* est à peu près la même que celle de la dothiénentérie des enfants ; c'est-à-dire que les ulcérations des follicules clos et des plaques de Peyer manquent presque toujours ; dans quelques cas, cependant, on a trouvé des ulcérations typiques. Il faut insister sur la fréquence de l'entérite et de la colite, altérations banales du tube digestif qui sont presque toujours très intenses ; souvent, des vers habitent l'intestin, ce sont des lombrics dans l'intestin grêle, des trichocéphales dans le cæcum. Les ganglions mésentériques sont très augmentés de volume ; la rate hypertrophiée. Ainsi donc, on ne constate bien souvent que des lésions peu caractéristiques et le diagnostic anatomique doit toujours être contrôlé par un diagnostic bactériologique, d'autant plus que l'infection éberthienne généralisée, sans altérations intestinales, peut exister chez le nourrisson comme chez l'adulte ; on en a relaté un cas chez un enfant de vingt et un mois.

Cliniquement, on peut d'abord établir qu'en règle générale les symptômes de la fièvre typhoïde du nourrisson sont assez vagues et qu'il est exceptionnel d'observer un tableau classique de dothiénentérie. Pour ce qui est de la *fièvre typhoïde congénitale*, presque tous les enfants atteints de septicémie typhique dans ces conditions succombent *in utero* ou meurent quelques heures après la naissance; les autres ont, par exception, une survie plus longue de quatre à quinze jours. Parfois même le nouveau-né résiste à cette infection et guérit après deux ou trois semaines de maladie. Les symptômes sont alors peu caractérisés : fièvre continue, diarrhée, souvent des convulsions, parfois du purpura, des hémorragies viscérales ou de l'ictère ; dans quelques cas, la rate est augmentée de volume et on note la présence de taches rosées. La réaction de Widal a été recherchée dans deux observations : elle était positive. Ces faits sont extrêmement rares. Dans la fièvre typhoïde des *nourrissons*, le début est habituellement insidieux, traînant, marqué par une fièvre irrégulière et des troubles digestifs ; le début brusque est moins fréquent, c'est alors une élévation soudaine de la température, avec des vomissements et parfois des convulsions. A la période d'état, les aspects sont variables et il faut distinguer plusieurs formes cliniques ; dans une première, ce sont les phénomènes gastro-intestinaux qui prédominent, et l'on assiste à l'évolution d'une *gastro-entérite* subaiguë ; les selles sont cependant un peu moins nombreuses que dans les entérites banales et elles ont généralement une couleur jaune ocre ; la fièvre est continue avec des rémissions le matin, mais dans l'ensemble elle rappelle le plateau de la dothiénentérie des adultes ; le petit malade est abattu, prostré, a la langue sèche. La situation reste à peu près la même pendant quelques jours, une ou deux semaines, parfois plus longtemps ; puis l'affection peut évoluer vers la guérison ; sinon, les symptômes d'entérite s'aggravent encore, et, le plus souvent, une entérite cholériforme, due à une infection secondaire, emporte le malade (Marfan).

Une seconde forme est marquée par l'intensité des réactions *méningées*; le strabisme, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'attitude en chien de fusil, les troubles vaso-moteurs et la somnolence pourraient faire penser à une méningite tuberculeuse ; cependant le pouls, tout en étant rapide, n'est pas irrégulier, l'enfant vomit peu et les selles sont plutôt diarrhéiques (Nobécourt et Bertherand). L'enfant peut succomber avec ces phénomènes méningés; dans d'autres cas, les symptômes nerveux s'atténuent et alors persistent la fièvre et la diarrhée.

Parfois encore, ce sont les signes *broncho-pulmonaires* qui sont au premier plan et on croit alors être en présence d'une broncho-pneumonie banale (Achard et Flandrin). Enfin l'évolution peut être celle d'une maladie générale fébrile sans localisation prédominante : abattement, diarrhée légère, quelques légers phénomènes nerveux, mais rien de saillant ; la fièvre, qui est alors le symptôme capital, a une courbe parfois régulière, plus souvent très irrégulière (Hutinel et Darré).

Par conséquent, les symptômes de la fièvre typhoïde des nourrissons ne réalisent presque jamais un syndrome dothiénentérique bien net. Comment donc faire le *diagnostic*? On recherchera l'hypertrophie splénique, mais elle n'est pas constante, puisque, d'après Forget, on ne l'a constatée que 4 fois sur 32 cas. On recherchera la présence de taches rosées lenticulaires, mais celles-ci n'existent que dans un quart des cas. Le diagnostic clinique de cette forme de fièvre typhoïde ne peut donc être qu'un diagnostic d'impression et il y aura lieu de pratiquer le *séro-diagnostic*. On a écrit plusieurs mémoires sur le séro-diagnostic de Widal chez les enfants ; en réalité, chez le nourrisson, la réaction de Widal ne présente aucune particularité, elle n'est ni retardée, ni moins intense que chez les adultes. Sans doute, serait-il intéressant de faire, en même temps que le séro-diagnostic pour le bacille d'Eberth, toute la série des réactions agglutinantes pour les bacilles paratyphiques, d'essayer même une hémoculture ; car on doit se demander, avec Hutinel et Darré, si le rôle des bacilles paratyphiques dans la pathologie n'est pas plus important qu'on ne l'admet jusqu'ici; chez un nourrisson atteint d'entérite banale, Ribadeau-Dumas a pu isoler du sang un bacille paratyphique. M. Fortineau, chef des travaux de bactériologie à l'Ecole de médecine de Nantes, m'a dit avoir observé un cas de paratyphus chez un enfant de quelques mois. Il y a donc là toute une série de recherches à faire pour élucider cette question.

Le *pronostic* de la fièvre typhoïde des nourrissons est toujours extrêmement grave, puisque la mortalité est de 50 à 64 p. 100 selon les statistiques et aussi selon l'âge des petits malades. Car la gravité de l'affection est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune ; la mortalité serait de 73 p. 100 dans la première année et de 31 p. 100 dans la seconde d'après Croozer Griffith et Ortheimer. La mort par bronchopneumonie ou par entérite est très fréquente ; d'autres enfants

(1) Il ne faut pas oublier qu'il existe aussi une septicémie typhique *congénitale*, avec infection par voie placentaire.

succombent, mais ces faits sont beaucoup plus rares, à la suite d'une perforation intestinale ou d'un laryngo-typhus. La mort subite a été signalée et j'ai relaté, dans ma thèse, plusieurs cas qui présentent un grand intérêt médico-légal. En 1877, Pearson Irvine fit l'autopsie d'un enfant de deux mois trouvé mort dans son lit et qui n'avait eu aucun malaise les jours précédents; dans l'intestin, les ganglions mésentériques et la rate, lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Vibert a publié en 1881 cinq cas de mort subite chez des enfants à la mamelle (neuf jours, deux, cinq, six et neuf mois); Kissel a vu un enfant de vingt mois succomber brusquement au cours de la dothiénentérie; dans un important travail de Velich, on trouve 3 cas de mort subite chez des petits typhiques âgés de trois, sept et quatorze mois.

Le *traitement* de la fièvre typhoïde des nourrissons diffère peu du traitement classique de la dothiénentérie infantile. Des bains tièdes à 32 degrés seront donnés régulièrement toutes les trois heures, si la température est élevée; on essayera surtout de lutter contre l'infection intestinale, mais sans purgatifs trop énergiques; le calomel à petites doses est très utile dans ces cas. Quelquefois, il faudra savoir arrêter la diarrhée; la diète hydrique, l'eau de riz, le bouillon de légumes pourront être avantageusement prescrits. Si l'enfant est au sein, les tétées seront continuées bien régulièrement. On luttera contre la broncho-pneumonie par les moyens habituels et souvent le cœur devra être soutenu par des injections d'huile camphrée.

M. BRELET.

BIBLIOGRAPHIE. — MÉRY. *Traité des maladies de l'enfance*; — HUTINEL et DARRÉ. *Les maladies des enfants*; — MÉRY, GUILLEMOT et GÉNÉVRIER. *La pratique des maladies des enfants*; — NOBÉCOURT et VOISIN. *Revue des maladies de l'enfance*, 1903; — BRELET. Th. de Paris, 1906; — ACHARD. *Congrès de pédiatrie*, 1910; — ACHARD et FLANDIN. *Progrès méd.*, 10 juin 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1911)

Découverte d'un gros orteil en bronze. — M. LANNELONGUE présente un spécimen merveilleux d'anatomie, découvert par le docteur Cassaigneau, à Séviac, dans le Gers.

Il s'agit d'un orteil en bronze plein, de volume un peu supérieur à l'état normal, mesurant 5cm5 de longueur, à peu près 4 centimètres de largeur au niveau de la racine de l'ongle. Il pèse 380 grammes. C'est un remarquable morceau d'anatomie; il est d'un dessin merveilleux. L'ongle se détache avec une vigueur intense; il est rabattu par plaques à son extrémité libre. Au-dessus de la racine de l'ongle, l'interligne articulaire est admirablement dessiné. C'est le gros orteil du pied droit, car il porte en dehors le méplat du second orteil, qui était appliqué contre lui, tandis qu'en dedans les chairs repoussées par l'application du gros orteil forment un relief arrondi. Sur la face plantaire, on voit un méplat indiquant l'application de la pulpe sur le sol. De nombreux détails indiquent le soin avec lequel le sculpteur a cherché l'exactitude anatomique, et la fonte a été parfaitement réussie. Ou c'est un ex-voto annexé à une statue en terre ou en marbre, ou il est l'indice incontestable d'une statue importante de bronze qui a été détruite ou qui se trouve enfouie non loin de là.

Élection. — M. MOUREU est élu membre de la section de chimie à la place de M. Troost, décédé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1911)

Sur le pouvoir auto-hémolysant de l'extrait splénique. — MM. A. GILBERT, L. CHABROL et Henri BÉNARD donnent le compte rendu de nouvelles recherches qu'ils ont poursuivies sur les hémolysines spléniques dont l'existence a été mise en discussion par MM. Widal, Abrami et Brulé, et tout récemment par MM. Foix et Salin. Les auteurs ont étudié l'auto-hémolyse splénique sur des chiens normaux et sur des chiens intoxiqués par la toluylène-diamine. A l'état normal, ils ont obtenu les résultats suivants : sur quinze chiens, huit présentaient une rate franchement auto-hémolytique, deux une rate faiblement auto-hémolytique, cinq ne donnaient point d'auto-hémolysines spléniques après deux heures et demie d'étuve. Dans l'intoxication par la toluylène-diamine, sur huit animaux, six ont présenté une auto-hémolysine splénique, deux en ont paru dépourvus. Dans les cas positifs, la destruction des hématies s'est effectuée avec une intensité plus grande et à des dilutions plus fortes que l'auto-hémolyse physiologique. Les auteurs confirment l'exagération de l'auto-hémolyse splénique dans l'intoxication par la toluylène-diamine; leurs résultats diffèrent ainsi des conclusions de MM. Foix et Salin et de celles de MM. Widal, Abrami et Brulé.

Note sur l'hypertrophie compensatrice de la rate après ablation partielle chez le chien. — MM. P.-E. WEIL et Henri BÉNARD ont pratiqué sur six chiens l'extirpation partielle de la rate. Ils ont constaté que la portion restante s'hypertrophie.

Cette hypertrophie compensatrice porte à la fois sur les follicules de Malpighi dont quelques-uns présentent un centre clair et sur la pulpe rouge où l'on voit apparaître entre autres phénomènes une réaction myéloïde surtout sous forme d'hématies nucléées.

Les extrasystoles sans repos compensateur. Interprétation des extrasystoles interpolées. — M. H. BUSQUET. Les extrasystoles sans repos compensateur observées chez l'homme au cours des arythmies et provoquées expérimentalement par l'auteur sur des cœurs d'animaux peuvent se diviser en deux groupes d'après la durée de la pause post-extrasystolique : 1° celles où cette pause est égale à celle d'une contraction normale; 2° celles où cette pause est plus courte qu'après une contraction normale. Ces dernières seules méritent le nom de « interpolées », car elles sont réellement encadrées entre deux contractions ordinaires dont la seconde apparaît exactement à la place que lui assigne le rythme physiologique antérieur.

On sait que, d'après Engelmann, le repos compensateur serait dû à ce qu'une excitation d'origine sinusale atteint le ventricule en phase réfractaire du fait de l'extrasystole; le ventricule se repose ainsi jusqu'à l'arrivée du stimulus physiologique suivant. Dans la contraction supplémentaire interpolée, aucune stimulation sinusale ne demeure inefficace, soit que l'excitabilité du cœur ait augmenté, soit que le rythme se soit ralenti.

Dans ce dernier cas, le plus fréquemment observé en clinique, l'extrasystole est depuis longtemps un phénomène achevé quand le stimulus normal atteint le ventricule; aussi l'extrasystole est-elle très souvent interpolée.

Action des extraits de prostate sur les mouvements de l'intestin. — MM. DUBOIS et BOULET, ayant remarqué la constance avec laquelle, de tous les extraits, seul l'extrait prostatique exerce une action inhibitrice sur l'intestin, se demandent si l'action inhibitrice de l'extrait ne serait pas due à un produit de sécrétion interne de la prostate.

Dosage de l'urée dans l'urine. — M. Boucher a contrôlé la méthode proposée en 1905, par de Saint-Martin, pour doser l'urée dans les urines et conclut qu'elle donne des résultats satisfaisants.

Culture de Leishmania infarctuosa et tropica. — M. Mathis, en employant le milieu Lévy-Nohéal chauffé, cultive les *Leishmania infarctuosa* et *tropica*.

Elimination par les voies digestives des microbes introduits dans la circulation sanguine. — MM. Breton, Bruyant et Mézien. Certains microbes, injectés dans la circulation, se retrouvent d'une façon constante dans l'intestin et la bile des animaux en expérience. Il doit en être de même dans les conditions habituelles des infections sanguines massives. Les voies biliaires d'abord puis l'intestin (seulement le duodénum et la valvule iléo-cæcale) jouent le rôle principal dans l'élimination des microbes introduits dans la circulation sanguine.

Toxicité des extraits d'organes. Leur neutralisation in vitro par le plasma oxalaté chauffé à 56 degrés et recalcifié. Nécessité des sels de chaux. Râles de la thrombozyme. — M. Blaizot. On sait que les extraits d'organes, en injection intra-veineuse, sont très toxiques. Or quelques instants de séjour *in vitro* en présence du plasma oxalaté chauffé à 56 degrés et recalcifié, provenant du même animal, suffisent à détruire leur toxicité. La présence des sels de chaux est nécessaire pour que cette inactivation ait lieu. Il est à noter que la quantité du plasma à 56 degrés recalcifié qui a détruit la toxicité de l'extrait intestinal est celle qui suffit pour anéantir la thrombozyme. C'est à celle-ci que paraît due la toxicité de l'extrait.

Réaction de la pulpe dans la carie dentaire. — MM. L. Dieulafé et A. Herpin. Les odontoblastes, par leur surface libre, extérieure, dans la zone correspondant aux points irrités, fournissent aussi de la dentine nouvelle.

Cette dentine s'accole à la face profonde de la dentine primitive. Selon l'intensité du processus réactionnel, la dentine secondaire sera plus ou moins étendue sur la paroi pulpaire et aura tendance à rétrécir plus ou moins cette cavité, ou bien formera une saillie circonscrite, une protubérance. Sa consistance est plus dure que celle de la dentine normale à cause de sa teneur plus grande en phosphates de chaux. Cette dentine secondaire par sa continuité avec la paroi de dentine ancienne se distingue d'autres formations, les nodules pulpaires qui sont des noyaux de dentine secondaire ou de simples concrétions calcaires, en liberté dans le tissu de la pulpe et qui sont aussi des produits de la réaction pulpaire.

Sur des coupes microscopiques, la dentine de compensation montre une cohésion intime avec la paroi de dentine normale. Les canalicules sont serrés et montrent une certaine régularité dans leur disposition. Au milieu les canalicules sont disposés en rayons fuyant la surface masticatrice; les canalicules du centre se continuent directement avec ceux de la dentine normale, ceux des côtés forment un angle aigu. Cette continuité des canalicules se conçoit facilement si l'on tient compte que les odontoblastes qui leur donnent naissance correspondent exactement aux fibres de Tomes de la dentine primaire, qu'elle soit normale ou ait subi le processus réactionnel.

Dans cette dentine secondaire, compensatrice, adventive, Hopewellsmith a reconnu cinq variétés : aréolaire, cellulaire, fibrillaire, hyaline, laminée. La variété aréolaire ressemble à la dentine des espaces interglobulaires; des tubes parcourent cette substance, ils sont largement ouverts à leur extrémité pulpaire. Dans la forme cellulaire, des cellules fusiformes ou rondes s'ajoutent à la substance fondamentale, la dentine fibrillaire présente des tubes fins et irréguliers. La néo-dentine hyaline se rencontre principalement à la base des excavations de caries dans la cavité pulpaire; sa structure plus ou moins homogène est semblable à celle du cartilage hyalin.

Maurel, qui a bien suivi les détails de la genèse de la dentine secondaire, a vu que des cellules quelconques de la pulpe pouvaient évoluer vers la fonction odontoblastique, sécréter autour d'elles de la dentine, pousser des prolongements et donner lieu à des canalicules, tout comme dans la dentine normale.

Cette dentine secondaire, tout en constituant un processus de résistance, envahit plus ou moins la cavité pulpaire, la déforme et lorsque celle-ci à son tour est envahie par l'inflammation, son calibre, devenu irrégulier, peut être parfois l'objet de difficultés pour l'exploration ou les applications thérapeutiques. Le tissu pulpaire peut même être transformé en tissu dentinoïde dans presque toute l'étendue de la cavité.

Autres communications :

Pouvoir précipitant et hématosique de l'ascite et de l'œdème. — M. Thibaut.

Phénomènes cytologiques des tendons des oiseaux en voie d'ossification. — MM Retterer et Lelièvre.

Composition chimique des lipoïdes en rapport avec leur mode de préparation. — M. Gérard.

Effets des injections sous-cutanées d'oxygène. — MM. Béraud et Garrelon.

Echinococcose ganglionnaire lymphatique. — M. Dévé.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 7 décembre 1911)

Un certain nombre de malades pouvant servir à la discussion relative au tabes qui aura lieu le 14 décembre, dans une séance spéciale, sont présentés tout d'abord :

Voici plusieurs cas d'**arthropathies**. Le malade de M. de Massary a, au genou droit, une arthrite post-traumatique, ancienne, traitée à Berck par le repos et un appareil plâtré; depuis deux mois, se développe au genou gauche sans douleur, une arthropathie avec subluxation et usure des surfaces articulaires; le liquide articulaire est hémorragique. L'examen révèle : Argyll, myosys, lymphocytose céphalo-rachidienne, Wassermann positif dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et le liquide articulaire, conservation des réflexes tendineux du membre inférieur gauche (à droite, l'état de l'articulation empêche l'examen). La femme présentée par M. Foix (syphilis, leucoplasie linguale) comme ayant une double arthropathie des genoux donne, à plusieurs membres de la Société, l'impression d'un cas de maladie de Paget. Encore plus discuté, le fait de MM. Mauclaire et Barré, arthropathie sans signes de tabes. MM. de Massary, Léri, Roussy, d'après la radiographie, penseraient plutôt à un ostéo-sarcome.

Puis, viennent quelques cas de **tabes fruste**. MM. Achard et Saint-Girons, six ans après la syphilis, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll, légère lymphocytose sans albumine dans le liquide céphalo-rachidien, Wassermann dans le sang. — M. Souques : syphilis, maux perforants; un an après, douleurs fulgurantes. A l'examen, rien d'autre que le signe d'Argyll et la lymphocytose céphalo-rachidienne. Un autre malade, atteint de leucoplasie linguale, présente l'abolition de tous les réflexes tendineux et osseux. — M. Claude : syphilis, crises gastriques avec anesthésie thoracique, conservation des réflexes, signe d'Argyll à gauche, un peu d'anesthésie vésicale, lymphocytose moyenne. — M. Chatelin : tabes fruste supérieur avec douleurs fulgurantes, Argyll, troubles sphinctériens, lymphocytose. — M. Flandin discute chez son malade le diagnostic du tabes fruste ou néphrite syphilitique.

Inversion du réflexe patellaire dans le tabes. — MM. Déjerine et Jumentié montrent un tabes-cécité, avec abolition

de tous les réflexes tendineux, chez lequel la percussion du tendon rotulien détermine la contraction des fléchisseurs et adducteurs avec flexion de la jambe sur la cuisse. M. Souques a observé un fait analogue avec contraction des adducteurs lorsqu'on percutait le tendon d'Achille.

Tabes et hémiplégie. — M. Boveri. Chez un hémiplégique l'apparition du tabes a déterminé l'abolition des réflexes et la flaccidité. Dans un autre fait, l'hémiplégie survenant chez un tabétique a déterminé la contracture et l'exagération des réflexes seulement au membre supérieur.

Communications sur des sujets autres que le tabes :

Paralysie du grand dentelé. — M. Duval a constaté, au cours de ses interventions, l'intégrité apparente et histologique du muscle, qui récupère très rapidement ses fonctions après l'opération, et, au contraire, l'atrophie et la dégénérescence des muscles rhomboïde et trapèze inférieur.

Radiculalgie cervicale supérieure. — MM. Déjerine, Jumentié, Regnard. Elle atteint les cinquième, sixième, septième cervicales, date d'un mois, et se caractérise par des douleurs augmentées par la toux et l'éternuement, la pression à l'émergence des nerfs, une bande d'hypoesthésie sur la face externe du bras, pas d'atrophie musculaire. Grosse lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, Wassermann positif. Guérison par le traitement mercuriel.

Maladie de Basedow avec exophtalmie unilatérale. — M. Kœnig. Palpitations de cœur, tremblement, goitre léger, bilatéral. L'exophtalmie, unilatérale, est apparue après l'avulsion d'une dent.

Paralysie des deux sixièmes paires. — M. Kœnig. Elle est trop complète, surtout à gauche, pour pouvoir être attribuée à une cause périphérique, étant donnée l'absence de tout autre signe. D'autre part, la ponction lombaire et la réaction de Wassermann sont négatives. Il s'agit probablement d'une lésion nucléaire.

Dissociation de la sensibilité, lésion bulbo-protubérantielle probable. — M. Vincent. Après deux petits ictus, suivis d'hémiparésie droite, légère, le patient présente : ataxie augmentée par l'occlusion des yeux, asynergie, augmentation des réflexes à droite, Babinski, gros troubles de la sensibilité avec conservation des perceptions douloureuses et thermiques et abolition du sens musculaire aux membres supérieurs. Paralysie des deux sixièmes paires, du septième (périphérique), troubles de la déglutition, voile paralysé à droite.

De l'extension du gros orteil provoquée par la recherche du signe de Kernig, dans les paralysies organiques avec contracture. — M. Logre décrit un signe observé dans certains cas de paralysie organique avec contracture (hémiplégies ou paraplégies spasmodiques). En recherchant le signe de Kernig, qui, chez ces malades, est d'ordinaire douteux ou inexistant, on provoque, sur le membre contracturé, l'hyperextension du gros orteil. Dans les cas d'hémiplégie, si on examine les orteils de profil, on voit alors, entre l'orteil du côté sain et celui du côté malade, se dessiner un angle obtus, largement ouvert en haut, et dont le degré semble proportionnel à l'intensité de la contracture. Ce signe, qui peut servir à différencier une paralysie spasmodique vraie d'une paralysie hystérique ou simulée, s'est montré constamment lié, dans sa présence et son évolution, à l'existence du signe de Babinski. Il s'agit là d'un cas de *syncinésie anormale* chez des sujets dont le faisceau pyramidal est irrité.

Tumeur de l'hypophyse et infantilisme. — MM. Souques et Chauvet. Homme de vingt-sept ans, ayant l'aspect d'un enfant de onze à treize ans, sans adiposité. Epiphyses non soudées, pas d'adipose. A huit ans, signes de tumeur cérébrale : céphalée, vomissements, cécité uni, puis bilatérale, après une phase d'hémianopsie temporale. A dix ans, arrêt de la croissance, qui a repris de dix-huit à vingt-cinq ans, pendant une atténuation des troubles cérébraux. La radiographie montre l'élargissement de la selle turcique.

Hémichorée organique améliorée par le 606. — MM. Dufour et Loir. Femme de dix-huit ans, présentant depuis huit mois un tremblement hémichoréiforme des muscles de la main et du pied, sans autre signe de lésion organique du système nerveux. Pas d'hystérie. Réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Deux injections intraveineuses de 606, la première de 30 centigrammes, la deuxième de 25, furent pratiquées à dix jours d'intervalle et suivies d'une amélioration notable, ce qui démontre l'étiologie syphilitique, peut-être héréditaire, des accidents.

CONGRÈS

Le Congrès français des villes d'eaux, bains de mer, et stations climatiques, s'est ouvert lundi matin, 11 décembre, sous la présidence de M. Lasteyras, maire de Vichy, président de la Commission d'organisation. Dans son allocution, M. Lasteyras a très heureusement rappelé l'œuvre des précédents Congrès : avec l'aide des divers groupements intéressés, ils ont pris une large part au vote, par le Parlement, de la loi sur les jeux, et de la loi sur la taxe de séjour dont l'importance est grande pour toutes nos stations françaises. Ces Congrès ont également contribué à la création du mouvement d'opinion, qui se manifeste de toute part, en faveur des stations françaises.

M. Augagneur, ministre des Travaux publics, qui s'est fait représenter à la séance d'ouverture, est nommé président d'honneur du Congrès.

Pour l'ordre des travaux, le Congrès se subdivise en trois sections, entre lesquelles sont réparties les principales questions à l'ordre du jour. Voici la constitution et le programme de ces trois sections.

Première section. Stations thermales. — Bureau : M. le docteur Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique de Paris, président ; MM. Buisson (d'Uriage) et Rebois (de la Bourboule), vice-présidents ; M. le docteur Gardette, directeur de la *Gazette des eaux* (de Châtel-Guyon), secrétaire.

Questions à l'étude. — La taxe de séjour. L'enseignement de l'hydrologie dans les Facultés. Fédération des stations thermales.

Deuxième section. Bains de mer. — Bureau : M. Forsans, maire de Biarritz, président ; MM. Maillard (de Trouville) et Tambutet (de Paris), vice-présidents ; M. Lambert (de Fort-Mahon), secrétaire.

Questions à l'étude. — La taxe de séjour. Répartition des ressources du jeu. Unification des signaux balnéaires. Devoirs communaux.

Troisième section. Moyens de transport. Syndicats d'initiative. Industrie hôtelière. Publicité. — Bureau : M. le docteur Briand (de Villejuif), délégué du Touring club, président ; M. le docteur Meillon (de Cauterets), vice-président ; M. le docteur Maurice Faure (de Lamalou), secrétaire.

Questions à l'étude. — Demandes à adresser aux compagnies de chemins de fer. Publicité en commun. Perfectionnement de l'industrie hôtelière : 1° Hygiène de l'hôtel ; 2° Tables de régimes. Avancement des vacances.

Les séances des deuxième et troisième sections ont été tenues lundi, mardi et mercredi, de deux heures et demie à

six heures; les séances de la première section, mardi et mercredi, de neuf heures à midi.

L'assemblée générale de clôture aura lieu jeudi matin à neuf heures. MAURICE FAURE.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR UN SUCCÉDANÉ NOUVEAU INODORE ET INSIPIDE DES VALÉRIANATES : L'ÉTHER BORNÉOLIQUE DE L'ACIDE DIBROMODIHYDROCINNAMIQUE OU DIBORNYLE.

Les préparations valérianées actuellement en usage possèdent le gros inconvénient d'une saveur et d'une odeur désagréables — parfois atténuées par des additions destinées à les corriger quelque peu — mais presque toujours suffisamment pénétrantes pour répugner aux estomacs sensibles.

C'est pourquoi les recherches tendant à découvrir un succédané inodore et insipide, actif et bien toléré, devaient-elles présenter un vif intérêt. Le but semble être atteint à la perfection dans l'éther bornéolique de l'acide dibromodihydrocinnamique.

Cette substance dont la formule chimique est

$$C^6H^5CHBr. — CHBrCOOC^{10}H^{17}$$

s'obtient par l'introduction du brome dans la molécule de l'éther bornéolique de l'acide cinnamique. L'éther bornéolique de l'acide dibromodihydrocinnamique ou, plus simplement, dibornyle, représente jusqu'ici le seul éther bromé solide du bornéol. Administré à l'intérieur, il est bien absorbé, malgré son insolubilité.

Son absorption par les voies stomacale et intestinale doit être considérée comme bonne, aussi bien chez l'animal que chez l'homme. Un gramme administré par la bouche à un chat de 1070 grammes n'a provoqué aucun symptôme apparent, excepté une légère tendance au sommeil. Comme le chat, le lapin supporte parfaitement cette préparation à la dose de 1 gramme par jour, pendant six jours consécutifs, sans présenter aucun trouble de l'appétit ou de l'état général; vingt-quatre heures après l'absorption, on retrouve déjà 1,3 p. 100 et, quatre-vingt-seize heures après, 27 p. 100 du brome sous forme de bromure non organique. Cependant l'urine ne contient pas de produit initial; on retrouve beaucoup de bornéol, de bromure, d'acides benzoïque et hippurique. La tolérance chez le chien ne le cède en rien à celle du lapin.

Les expériences faites sur l'homme en ont également démontré la tolérance parfaite.

Le dibornyle sera donc tout indiqué, d'une part pour remplacer les bromures, d'autre part comme succédané des dérivés du bornéol (préparations à base de valériane), dans les états nerveux de toute origine (insomnies nerveuses, neurasthénie, hystérie, affections cardiaques d'origine nerveuse), dans les troubles de la menstruation et de l'enfantement, etc.

Grâce à l'absence de toute saveur et d'odeur ce médicament pourra se prendre tel que, et puisqu'il est solide, de préférence sous la forme de comprimés. On recommande de le faire prendre à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, deux ou trois fois par jour.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BEYROUTH. — Le mardi 21 novembre, on a posé la première pierre de l'édifice central qui contiendra le grand amphithéâtre et d'autres laboratoires dont la construction est nécessitée par le nombre toujours croissant des élèves de cette Faculté.

Le chancelier, le Père Cattin, avait attendu, pour fixer la date de cette cérémonie, l'arrivée des membres du jury franco-ottoman, qui vient chaque année à Beyrouth, à pareille époque, pour faire passer aux élèves de cette Faculté les examens de fin d'études.

Le professeur Blanchard (de Paris) présidait le jury, assisté de deux de ses collègues de Lyon et de Nancy, tandis que le docteur Bahadine bey et deux autres professeurs de la Faculté de Constantinople constituaient la commission ottomane. M. Couget, consul général de France; l'amiral Dartige du Fournet, commandant de la division légère de l'escadre de la Méditerranée, entouré de son état-major; les médecins de l'escadre, les médecins de l'hôpital militaire de Beyrouth s'étaient joints aux autorités ottomanes et à de nombreux membres du clergé latin et oriental pour assister à cette cérémonie.

Parmi les discours qui furent prononcés, celui du professeur Blanchard fut fréquemment applaudi. Le professeur, après avoir rappelé le rôle philanthropique du médecin, se félicita des brillants résultats des examens qu'il venait de faire subir, fit l'éloge du P. Cattin, à la poitrine duquel chacun se réjouit de voir briller la croix de la Légion d'honneur et souhaita à la Faculté de continuer dans la voie du progrès et de la prospérité dont cette fête lui paraissait un sûr présage.

La seconde partie de la cérémonie comprenait la proclamation du résultat des examens de fin d'études. Vingt-cinq étudiants y reçurent le diplôme de docteur en médecine et deux celui de pharmacien de première classe. C'est un chiffre qui, s'il n'est pas supérieur à celui des années précédentes, n'en représente pas moins une très belle moyenne. Il convient, en outre, de signaler que, sur ce nombre, beaucoup d'étudiants viennent non seulement de la Syrie, de la Palestine ou de l'Asie Mineure, mais même de l'Arménie, de la Mésopotamie et de la Perse et qu'ils appartiennent à des communautés religieuses très différentes : orientaux unis, orthodoxes, musulmans ou israélites.

Ce chiffre de 27 nouveaux diplômés porte à près de 470 le nombre des anciens élèves qui depuis vingt-quatre ans sont sortis de notre Faculté. Plus de 380 d'entre eux sont médecins et se trouvent dispersés dans tout l'empire ottoman, en Egypte et jusque dans les deux Amériques où sont établis de nombreux émigrants syriens. On se rend ainsi compte du puissant moyen d'influence dont la France dispose en Syrie grâce à la Faculté de médecine de Beyrouth et de l'œuvre humanitaire qu'elle a accomplie dans ces régions (*Les Débats*).

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS L'ARMÉE. — Sur une question de M. Bouveri, M. le ministre de la Guerre a fait connaître à la Chambre que d'ici quelques jours, peut-être même avant que les divers chapitres du budget de la guerre ne soient votés, la Chambre sera saisie d'un projet de loi tendant à introduire dans l'armée un certain nombre de dispositions empruntées à la loi de 1898. Ainsi sera supprimée cette anomalie d'après laquelle un militaire atteint d'une incapacité de travail comprise entre 30 et 60 p. 100, ne reçoit rien de plus que celui qui n'a subi qu'une réduction de 30 p. 100, ce qui constitue l'anomalie la plus extraordinaire et la plus injustifiable qu'on puisse imaginer.

En même temps seront insérées des dispositions nouvelles stipulant la possibilité de donner aux ascendants, en cas d'accident contracté au service, des allocations, comme cela existe dans la loi de 1898.

Ce ne sera donc pas l'application à l'armée de la loi de 1898; mais ce sera une sérieuse amélioration du régime actuel; et, comme les quatre ministères intéressés ont réussi à se mettre d'accord sur une rédaction, le ministre espère que le Parlement voudra bien le suivre, soucieux, lui aussi, d'empêcher que l'armée use des santés et brise des vies sans que

la moindre compensation soit accordée aux parents des jeunes soldats qui ont tout sacrifié à leur devoir. P.

LES CAHIERS DE VISITE DES MÉDECINS MILITAIRES ET LE SECRET MÉDICAL. — M. Ganault, député, avait demandé à M. le ministre de la Guerre pourquoi, dans certains régiments, les médecins militaires continuent à faire figurer sur les cahiers de visite le diagnostic des maladies, alors que le nouveau modèle de cahiers de visite (page 148 du règlement sur le service intérieur des corps de troupes) ne comporte plus la colonne intitulée « Genre de maladies » et que cette suppression semblait devoir assurer le secret médical.

« Une circulaire est actuellement en préparation et paraîtra prochainement au *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre. Elle précisera les mesures à prendre en vue de sauvegarder le secret médical dans l'armée. » Telle est la réponse du ministre (*Journal officiel*, 8 nov. 1911). P.

FORMULAIRE

PRURIT ANAL

Lotion chaude boriquée suivie d'application de :

Menthol		1 gramme.
Oxyde de zinc		5 —
Lanoline	*āā*	10 —
Vaseline		

Prendre par jour deux à quatre cuillerées de sirop de Nisaméline de Trouette-Perret.

Conseiller aussi l'application de compresses imbibées d'une solution de deux à quatre cuill. à café de Poudre de Nisaméline par demi-litre d'eau tiède.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Revue neurologique. — (N° 19, 15 oct. 1911.) J.-A. SICARD : Extension continue du gros orteil, signe de réaction pyramidale (6 fig.). — J. LHERMITTE : Les « petits signes » de l'hémiplégie organique et leur valeur séméiologique.

Paris médical. — (N° 47, 21 oct. 1911.) A. SCHWARTZ : Fistules pleurales, empyèmes chroniques fistuleux. — MOURIQUAND et CRÉMIEU : La médication thyroïdienne dans le rhumatisme prolongé des goitreux. — P. MOURE et G. RAILLET : Talalgie et exostose sous-calcanéenne.

Pédiatrie pratique. — (N° 30, 25 oct. 1911.) A. OLIARI : Contribution à l'étude de l'atonie musculaire congénitale. — E. WEILL, A. MOREL et A. POLICARD : Description des pigments d'origine biliaire contenus dans les selles de nourrissons. Technique de leur étude. — Jules MONGES : Méningite cérébro-spinale ou maladie de Heine-Medin.

Presse médicale. — (N° 84, 21 oct. 1911.) P. COURMONT et A. DUFOURT : De l'anaphylaxie dans l'évolution des maladies infectieuses. — OMBRÉDANNE : Hypospadias pénien chez l'enfant. — (N° 85, 25 oct.) R. PLA Y ARMENGOL : Sur la valeur clinique des réactions diagnostiques à la tuberculine. — (N° 86, 28 oct.) APERT : La portion corticale de la capsule surrénale. Ses relations physiologiques et pathologiques avec le cerveau et avec les glandes génitales. — Albert LÉVY : Modalités cliniques de la fièvre aphteuse. Son traitement. — Alfred MARTINET : Hypotension artérielle et viscosité sanguine.

Progrès médical. — (N° 42, 21 oct. 1911.) LAGANE : L'artério-sclérose intestinale.

Semaine gynécologique. — (N° 43, 24 oct. 1911.) PICHEVIN : Petite opération gynécologique sans anesthésie; — Infection cervicale gonococcique de date ancienne. — (N° 44, 31 oct.) R. PICHEVIN : A propos de la collaboration médico-chirurgicale.

Semaine médicale. — (N° 44, 1er nov. 1911.) R. DE BOVIS : Laparotomie de Rapin « élargie » ; fermeture de l'abdomen sans fils perdus. — (N° 45, 8 nov.) H. VULLIET : De l'œsophagoplastie et de ses diverses modifications.

Tunisie médicale. — (N° 10, 15 oct. 1911.) JEANSELME, P. CHEVALLIER et P. DARBOIS : Un cas d'hexadactylie symétrique aux quatre extrémités. — BROC : Nouveau cas de polydactylie. — LEFÈVRE : De l'emploi de sérum antivenimeux pour le traitement des piqûres de scorpions chez les enfants.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 20, 30 oct. 1911.) LANGLET et HERRMANN : Deux fractures de l'omoplate.

NOTES POUR L'INTERNAT

HILE DU POUMON

DÉFINITION. — On désigne sous le nom de hile du poumon le lieu de pénétration dans le poumon de ses vaisseaux nourriciers et des divisions bronchiques, le point d'émergence des veines pulmonaires.

EMBRYOLOGIE. — L'arbre respiratoire naît de l'extrémité inférieure de l'intestin antérieur qui s'étrangle en deux gouttières : trachéale et œsophagienne. Du tube trachéal naissent deux bourgeons qui seront les bronches, bourgeon d'abord unique de chaque côté qui se bifurque et se ramifie ensuite formant le poumon. Le sac pulmonaire va s'invaginer dans la lame pleuropéricardique, plèvre future. Le sac pleural n'est donc point continu autour du poumon ; à sa face interne son trajet est interrompu par la pénétration du pédicule, lieu d'invagination du poumon primitif. De plus, il y a un mouvement ascensionnel du sac pulmonaire, expliquant la formation du ligament triangulaire, véritable méso à base d'attache inférieure, entraîné par le sac.

ASPECT GÉNÉRAL ET PAROIS DU HILE. — Si nous examinons la face médiastine d'un poumon revêtu de sa plèvre, les organes du pédicule étant coupés au niveau de leur point de pénétration, on aperçoit le hile du poumon de face. Au-dessus du hile la plèvre pariétale et la plèvre viscérale sont concentriques l'une à l'autre. Au niveau du hile, le feuillet pariétal rencontrant le pédicule se réfléchit et devenant viscéral double le feuillet pariétal. Il finit par rejoindre le bord postérieur du pédicule, et se réfléchissant à nouveau il devient feuillet pariétal. Au-dessous du hile il n'existe plus d'organes pour forcer la plèvre à se réfléchir ; mais néanmoins la plèvre continue à se réfléchir comme sur un pédicule imaginaire, formant deux replis triangulaires antérieurs et postérieurs, à base inférieure diaphragmatique, dont l'ensemble est appelé le ligament triangulaire du poumon.

La continuité de la ligne de réflexion pleurale forme un bourrelet véritable qui limite le hile. Mais à droite le hile

affecte une forme rectangulaire de 6 centimètres de haut sur 4 centimètres de large, alors qu'à gauche le hile est en raquette, mesurant 9 centimètres de haut sur une largeur de 5 centimètres en haut, de 2 centimètres en bas.

Les auteurs classiques se contentaient de cette description pour désigner le hile. Pour eux, il n'y avait là qu'un orifice, un point de pénétration. Pour Gegenbaum et Schwartz, on peut au contraire facilement décoller, au niveau du hile, la face pulmonaire interne du pédicule. Il faut dès lors considérer le hile comme une fosse, à parois plus ou moins étendues; il n'y a pas un orifice hilaire, mais un sinus hilaire, véritable cratère dans lequel se divise la bronche. L'on voit donc que les bronches extrapulmonaires doivent comprendre, en plus du tronc souche classique, la partie initiale des pédicules secondaires d'épanouissement.

Tout le sinus hilaire est comblé de tissu celluleux et de petits ganglions interbronchiques tassés en un véritable feutrage. Et, pour séparer le pédicule des parois de la fosse, Schwartz a montré qu'il fallait se servir d'un plan de clivage représenté par une lame cellulofibreuse qui s'attache au fond du cratère hilaire et au bourrelet de réflexion pleurale. Cette lame n'est qu'un fascia d'accollement du cul-de-sac hilaire pleural qui, primitivement, atteint le fond du sinus hilaire.

SITUATION. — Ainsi compris, le hile est situé entre les trois quarts antérieurs et le quart postérieur de la face interne du poumon, à égale distance de la base et du sommet. En arrière le hile se projette du bord supérieur de la quatrième côte au bord inférieur de la sixième, ces données variant légèrement selon le temps respiratoire.

CONTENU DU HILE. — C'est dans le hile que s'enfoncent ou émergent la bronche, l'artère et les veines pulmonaires accompagnées encore de lymphatiques, de nerfs pulmonaires, d'artères et veines bronchiques. Nous étudierons d'abord séparément chaque organe, et les réunirons ensuite dans une vue d'ensemble.

BRONCHES. — Les bronches souches abordent le hile de façon un peu différente, vu leur trajet extrahilaire. La bronche droite est en effet presque verticale, à légère concavité supérieure lui donnant l'aspect d'un C, tandis que la gauche, presque horizontale, a la forme d'un S avec deux concavités successives.

A droite, la bronche se divise dans le hile en une branche lobaire moyenne et une branche lobaire inférieure ; cette bifurcation était intrapulmonaire pour les classiques. Nous rappelons que cette bronche a aussi donné une branche pédiculaire supérieure épartérielle.

Du côté gauche, la bronche se bifurque à l'entrée du hile en une branche pédiculaire supérieure et une branche pédiculaire inférieure.

ARTÈRES. — Le tronc de l'artère pulmonaire s'est bifurqué en deux branches qui sont presque dans la continuité l'une de l'autre. L'artère droite donne d'abord une collatérale supérieure, hypobronchique : c'est l'artère hilaire supérieure. Elle se bifurque ensuite dans le hile, l'artère gauche suivant la même disposition.

VEINES. — Il existe deux veines pulmonaires de chaque côté. A droite, la veine pulmonaire supérieure est en même temps antérieure. Elle naît de deux branches venues des lobes supérieur et moyen, la veine pulmonaire inférieure est au contraire postérieure. A gauche, on trouve deux veines pulmonaires, supérieure et postéro-inférieure.

ARTÈRES BRONCHIQUES. — Au nombre de deux, l'une droite, l'autre gauche, ces artères venues de l'aorte sont parfois doublées d'artères accessoires venues des intercostales supérieures.

VEINES BRONCHIQUES. — On décrit un groupe antérieur tributaire de l'azygos à droite, de l'hémiazygos supérieur à gauche; un groupe postérieur, tributaire de la grande azygos à droite, de l'hémiazygos accessoire à gauche.

NERFS. — Nés d'un plexus formé par le sympathique thoracique et le pneumogastrique, les nerfs viennent s'étaler en un réseau constituant les deux plexus pulmonaires antérieur et postérieur.

LYMPHATIQUES. — Les lymphatiques se rendent aux ganglions interbronchiques de Baréty qui se trouvent placés en plein hile, entre les bifurcations artérielles et bronchiques. Ces ganglions sont le premier relai des lymphatiques pulmonaires, en continuité avec les groupes prétrachéobronchique et intertrachéobronchique.

Tous ces organes sont noyés dans un tissu cellulaire lâche, et le tassement de ce tissu, joint au feutrage ganglionnaire, explique l'erreur des anciens anatomistes qui pensaient voir à ce niveau du tissu pulmonaire condensé et ne pouvaient avoir la conception d'un sinus hilaire.

DISPOSITION DU PÉDICULE. — Au niveau du hile l'épanouissement des organes pédiculaires que nous venons d'étudier permet d'envisager un certain nombre de pédicules : à droite, il en existe trois : le supérieur est constitué d'avant en arrière par la veine, l'artère, la bronche; le moyen par la veine, la bronche, l'artère; l'inférieur par la bronche, l'artère, la veine. A gauche, on trouve deux pédicules : dans le supérieur, on trouve d'avant en arrière la veine, l'artère, la bronche; dans l'inférieur, la bronche, l'artère, la veine.

Tout ceci est un peu schématique, et Schwartz l'explique par ce fait que l'axe artériel décrit un demi-tour de spire autour de l'axe bronchique devenant sus, pré et rétrobronchique, l'axe veineux, plus externe encore que l'axe artériel, contournant lui-même les deux autres.

RAPPORTS. — D'une façon générale les deux pédicules pulmonaires sont contournés dans leur partie juxtahilaire par deux crosses vasculaires : à gauche c'est la crosse de l'aorte qui enjambe le pédicule d'avant en arrière ; à droite c'est la crosse de l'azygos, qui passe sur le pédicule d'arrière en avant.

Les rapports antérieurs et postérieurs peuvent être considérés au point de vue de la discussion des voies d'abord chirurgical de la région bronchique juxtahilaire.

La voie d'accès médiastinale antérieure a été préconisée par Ricard. On résèque le plan sternocostal entre la deuxième et la cinquième côte et l'on décolle la plèvre de la face profonde des intercostaux internes des troisième et quatrième espaces. On la recline en dehors, la séparant de son homologue, les deux plèvres descendant au contact derrière le sternum à ce niveau. On tombe sur la région thymique comblée chez l'adulte par du tissu cellulaire et l'on arrive sur le plan des deux gros vaisseaux : aorte et veine cave supérieure. A gauche le hile et la bronche gauche sont nettement inaccessibles, recouverts par la portion ascendante de l'aorte, puis par la branche gauche de l'artère pulmonaire. Au contraire on peut arriver, mais avec difficulté, à intervenir sur la bronche droite, en passant entre l'aorte et la veine cave inférieure, après s'être débarrassé du groupe ganglionnaire prébronchique.

Par la voie postérieure au contraire, particulièrement étudiée par Quénu et par Schwartz, les deux bronches sont accessibles dans leur portion juxtahilaire. On resèque la partie postérieure des quatrième, cinquième, sixième côtes et l'on décolle la plèvre. On tombe à ce moment sur les organes vasculaires du médiastin postérieur, aorte et azygos; avec les culs-de-sac vasculo-œsophagiens, aortico-œsophagien à gauche, azygo-œsophagien à droite. Si le cul-de-sac est plus petit à gauche, en revanche il est plus adhérent. La présence de l'aorte rendant le segment médiastinal de la bronche inaccessible, on ne peut aborder que le segment hilaire qui nous intéresse. A droite, l'azygos se laisse facilement recliner, et comme l'a montré Quénu on peut la couper entre deux ligatures. On recline en dehors le cul-de-sac pleural, en dedans l'œsophage et le pneumogastrique et l'on arrive sur la bronche et le hile.

Il ne faut jamais oublier la présence du canal thoracique, qui forme la bissectrice véritable du triangle azygo-aortique et facilement vulnérable.

En somme l'accès du hile par voie médiastinale antérieure ou postérieure est pénible et difficile. De plus l'intervention ne se pratique guère que pour intervenir sur la bronche. Aussi à l'heure actuelle a-t-on surtout recours à la bronchoscopie, mise en honneur en France par Lermoyez et Guisez.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 143. — SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1911. — N° 143

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 13 décembre. — MM. Clap, 10; Guillemet (Paul), 5; Bonnet, 8; Aujay de la Dure, 5; Boucheron, 6; Paraf, 11; Achard et Percepied, 10; Marcorelles, 12.

Anatomie. — Séance du 12 décembre. — MM. Lefranc, 6; Busson, 5; Bourgeois (Francis), 4; Hertz, 9; Ruelle, 5; Lamare, 7; Grandjean, 5; Frédault, 6; Huguet, 4; Photiadès, 6.

La première séance d'oral aura lieu lundi 18 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le conseil de l'Université a fait comparaître les cinq étudiants arrêtés pendant les troubles de la Faculté. L'un a été acquitté, trois sont exclus de toutes les facultés pour trois mois, un quatrième se voit exclure pour six mois.

Ces punitions étant, paraît-il, insuffisantes, tous les élèves de première et de deuxième année sont atteints à leur tour par la décision ministérielle qui suit :

« La Faculté de médecine est fermée pour les étudiants de première et deuxième années jusqu'au vendredi 5 janvier 1912.

L'ouverture du registre pour la deuxième et la sixième inscription est reportée du 3 janvier au 1er mars 1912.

Si, après la réouverture de la Faculté, l'ordre est de nouveau troublé, soit dans un cours, soit à l'Ecole pratique, soit dans tout autre service de la Faculté, immédiatement la fermeture sera de nouveau prononcée jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire. Et, en aucun cas, l'inscription perdue par les étudiants ne leur sera rendue rétroactivement ou cumulativement avec les inscriptions suivantes. »

Il est inutile de dire que ces mesures ne résolvent pas le problème que l'attitude des étudiants a posé, et que la question de l'enseignement de l'anatomie reste entière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Par décret du président de la République en date du 4 décembre 1911, l'enseignement de la bactériologie est ajouté aux enseignements institués à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse par le décret du 4 avril 1903.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 12 décembre 1911, une place de professeur titulaire est déclarée vacante à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 décembre 1911 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Moreau est nommé médecin chef des salles de l'hospice mixte d'Angoulême.

Médecins-majors de première classe. — MM. Bordes Pagès est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Bayonne; Pech passe aux salles milit. de l'hospice mixte de Montpellier; Mouret est maintenu aux hôpit. de la division d'Alger; Benoit passe au 49e d'art.; Labougle est nommé médecin chef du service de santé de la place et des salles milit. de l'hospice mixte de Troyes; Chavigny passe à l'hôpit. Desgenettes, à Lyon; Sacquépée, au 42e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Grall passe au 115e d'inf.; Thomas est maintenu à la direction du service de santé du 13e corps d'armée; Perrot passe aux salles milit. de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; Guérin, au 3e spahis; de Kermabon, au 80e d'inf.; Policard et Fourcade, à l'hôpit. Desgenettes, à Lyon; Kliszowski, au 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Montet, au 63e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Balme passe au 29e bat. de chass. à pied; Boyé, au 4e d'art. à pied; Ortal, au 88e d'inf.; Jacquemart, au 46e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Longuet passe au 8e d'art. de campagne; Mathiot, au 84e d'inf.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu le lundi 18 décembre 1911, à trois heures et demie, à l'asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre de l'admission.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 847 décès au lieu de 926 pendant la semaine précédente. La moyenne ordinaire de la saison est également 926. L'état sanitaire est donc normal.

On signale encore de nombreux cas de fièvre typhoïde et de rougeole.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Delbet (de Paris), médecin du ministère de la justice et de la préfecture de police, père de notre ami le docteur Paul Delbet et oncle du professeur Pierre Delbet auxquels nous adressons nos très vives condoléances; et de M. le docteur Francis Guionie, médecin-major de deuxième classe, à Oran, mort victime du devoir professionnel.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES CONTUSIONS DU REIN

Par M. Maurice GÉRARD (1),
Aide de clinique à la Faculté de médecine de Lille
(service des voies urinaires).

III. Cas moyens et graves. — C'est dans ces cas que les indications thérapeutiques sont de beaucoup les plus difficiles à préciser; nous avons vu que pour les cas extrêmes, cas légers et cas très graves, les conclusions thérapeutiques se tirent avec une grande facilité. La même netteté, la simplicité des indications ne se rencontrent plus pour les cas moyens et graves; ils ont toujours prêté et prêtent encore à controverse : nous chercherons pourtant — autant que faire se peut — à tirer des conclusions aussi fermes que possible.

Ces cas veulent des traitements différents parce qu'ils répondent à des lésions anatomiques différentes; ce sont celles des troisième et quatrième degrés de la classification de Gérard-Marchant (déchirures internes et ruptures complètes allant jusqu'à l'éclatement en plusieurs morceaux), du troisième degré de la classification proposée par Küster (déchirure de la substance rénale, pouvant intéresser tout le parenchyme de la capsule au bassinet). En réalité, il s'agira de lésions très diverses : tantôt on aura de multiples déchirures externes, fissuraires, plus ou moins complexes et profondes; tantôt toute une portion du rein sera complètement isolée et ne sera maintenue que par ses vaisseaux; tantôt il s'agira d'une brisure unique mais profonde, allant jusqu'au bassinet; tantôt enfin, le rein sera partagé en quelques volumineux fragments. Suivant que le traumatisme aura déterminé telle de ces lésions, la symptomatologie variera. Plus les délabrements seront importants, plus l'hémorragie — périrénale et intrarénale — sera forte, avec des variations liées à la topographie et à la profondeur des lésions.

Quelques auteurs ont cru pouvoir tirer un renseignement sur la conduite à tenir du collationnement d'un grand nombre d'observations : des statistiques déjà anciennes accusaient pour ces cas une mortalité importante : 34 p. 100 (Edler), 31 p. 100 (Grawitz), 35 p. 100 (Willis), 30 p. 100 (Küster), 43 p. 100 (Tuffier). Delbet (1901), Watson, Riese (1903), Suter (1905), Lardennois (1908) ont essayé de tirer des conclusions pratiques de leurs statistiques.

Dans la statistique de Delbet, l'abstention, dans 183 cas, a donné 122 guérisons et 61 morts. La guérison spontanée est donc survenue dans 75 p. 100 des cas : la mortalité est de 25 p. 100. Les interventions simples ont donné 96 p. 100 de guérison, la néphrectomie 75 p. 100 de guérison. Delbet n'en tire pas des conclusions bien formelles; il préconise pourtant l'expectation et ne recommande l'intervention immédiate que dans les cas de ruptures intrapéritonéales.

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 140, p. 2007.

La statistique de Lardennois, englobant et revisant toutes les statistiques anciennes, porte sur 770 cas. L'abstention et l'expectation prolongée (avec, parfois, intervention secondaire) donnent une mortalité de 25 p. 100. Les opérations précoces n'ont qu'une mortalité de 10 p. 100. Cette statistique plaide en faveur de l'intervention précoce.

Ces deux statistiques, dont l'une pousse à l'abstention, l'autre à l'intervention, sans donner d'autres arguments que des pourcentages — les auteurs ayant soigneusement cherché à écarter toute cause d'erreur pouvant en fausser les résultats — montrent le peu que l'on doit attendre de ce procédé. Il ne peut en être autrement : on réunit pour établir ces statistiques le plus grand nombre possible d'observations, dues à des chirurgiens nombreux, relevées dans des circonstances, à des époques bien différentes, et l'on essaie d'en tirer des conclusions générales utiles : les lois que l'on en déduit n'ont qu'une valeur très relative, purement spéculative; elles sont tout à fait insuffisantes pour fournir une indication clinique. Nous ne nierons pourtant pas leur utilité, avec la grande restriction que nous venons d'apporter, car rares sont les chirurgiens qui ont eu à soigner des séries importantes de contusions rénales : Foy ne rapporte-t-il pas que de 1869 à 1894, Guyon, dans son service de Necker, n'a pas observé un seul cas grave de contusion rénale ?

C'est la seule symptomatologie présentée par les malades dans les cas de gravité différente qui fournira les principes thérapeutiques que l'on doit suivre.

Les symptômes généraux ne donneront pas, d'ordinaire, des indications bien précieuses : le shock sera plus ou moins important suivant la violence du traumatisme; il n'aura jamais une gravité extrême, et surtout il n'aura pas une tendance à durer. Le malade pourra avoir des nausées, des vomissements (comme dans le cas très bénin que nous avons rapporté), sans que ces symptômes aient une signification fâcheuse. Les douleurs ressenties et accusées par le malade ne donneront aucun renseignement; elles varient d'ailleurs beaucoup avec les différents genres de traumatismes, ainsi qu'avec la susceptibilité particulière de chaque malade. Il est un symptôme qui présente une certaine importance, ce sont les oscillations thermiques : parfois, dans les cas sérieux, on pourra, les premiers jours, trouver un peu d'hypothermie. Le plus souvent on observera, le jour même de l'accident et les jours suivants, une hyperthermie qui peut être très accentuée. Il ne faut pas toujours voir là un signe d'infection, mais bien un symptôme dû à la résorption de l'épanchement sanguin. Si les autres symptômes ont fait instituer le seul traitement médical, la température sera néanmoins intéressante à observer : au bout de quelque temps un hématome, un foyer sanguin extra ou intrarénal peut s'infecter, et il importe d'être averti de l'ascension thermique décelant l'invasion microbienne. Cette indication opératoire a été pendant longtemps la seule qui ait paru formelle à certains chirurgiens; en 1894 et en 1900, Tuffier, Ricard, Schwartz, ne préconisaient l'intervention que dans les seuls cas d'infection.

Il est deux symptômes dont l'appréciation est d'importance fondamentale dans les cas moyens et graves de contusion rénale : ce sont l'hématurie et la tuméfaction lombaire.

L'*hématurie*, symptôme presque constant dans toutes les contusions rénales ne manque jamais dans ces cas-ci. Elle apparaît à une époque variable après le traumatisme ; ce sera de quelques minutes à quelques heures après l'accident que le blessé aura une première miction sanglante ; parfois elle sera d'apparition plus tardive et ne se manifestera que le lendemain, ou les jours suivants. C'est que, dans ces cas, un caillot oblitérant la lumière de l'uretère, l'élimination du sang a été un peu retardée. Le cas de Briddon qui signale une hématurie apparue dix-sept jours seulement après le trauma est très discutable, et vraisemblablement il ne s'agit pas là de l'hématurie primitive de la contusion rénale.

L'hématurie est d'importance variable : quand elle est abondante, qu'elle apparaît précocement, le sang émis est rouge vif. Quand au contraire le sang a séjourné quelque temps dans une poche hématique avant son élimination, l'hématurie est d'une coloration noirâtre ; à l'urine sanglante peuvent être mélangés des caillots noirâtres qui ont la forme de l'uretère sur lequel ils se sont moulés, et dans lequel ils ont cheminé en déterminant, parfois, de violentes coliques néphrétiques. Le sang est quelquefois émis en grande quantité, 500 grammes, 700 grammes, suivant Moineau ; des hématuries de cette importance sont très rares, il faut bien le reconnaître.

Quelle est la gravité immédiate de ce symptôme ? Delbet, dans sa statistique, a pu relever 19 cas de morts imputables à l'hématurie, sur 300 observations, ce qui donne une mortalité de 7, 6 p. 100. On peut se demander si ce chiffre n'est pas encore trop fort, si l'hématurie seule était en cause ; néanmoins des cas d'hématurie mortelle ont été relevés aux cinquième et sixième jours par Campbell, au vingt-sixième jour par Hilton, au trentième jour par Reeves.

L'importance pronostique de l'hématurie a été diversement appréciée par les chirurgiens : c'est l'hématurie qui incita Simon (d'Heidelberg) à préconiser l'intervention dans les contusions du rein; Reynier, en 1899, pratiquait une néphrectomie pour arrêter une hématurie menaçante. En réalité les cas d'abstention, même quand il s'agissait d'émissions sanguines importantes, ne se comptent plus : en 1901, Delbet disait que l'hématurie ne fournissait d'indication opératoire que si elle se prolongeait, sans perdre de son intensité, durant dix-neuf ou vingt jours, et si, de ce fait, l'état général du blessé devenait franchement mauvais. Legueu, entre autres, signalait en 1908 un cas de contusion qui occasionna pendant dix jours une forte hématurie : on s'abstint d'intervenir et la guérison survint. Lardennois (1908) dit que l'hématurie ne doit servir d'indication opératoire que si elle donne des signes formels d'anémie aiguë.

L'hématurie est donc un symptôme très fréquent, on peut dire habituel, dans les contusions moyennes et graves du rein. C'est un symptôme qui effraiera fortement le malade, son entourage, qui causera parfois de violentes crises de douleurs néphrétiques ; elle sera beaucoup moins redoutée par le chirurgien. Elle ne lui donnera jamais une indication d'extrême urgence; l'hématurie ne le décidera à intervenir que si elle persiste, sans perdre de son intensité, et si elle détermine, par sa continuité, un état d'anémie sérieux.

L'*hématome lombaire*, dû à l'épanchement de sang dans l'espace périrénal, apparaît plus ou moins tardivement après le trauma originel. Quand il est appréciable cliniquement dans les heures qui suivent l'accident, il s'agit de lésions graves; il n'apparaît que le deuxième ou troisième jour, quand les lésions sont moins profondes. La loge rénale, qui paraît vide normalement, le rein n'étant pas senti, se révélera, à un palper doucement pratiqué, occupée par une masse mollasse, d'autant plus facile à apprécier que son volume est plus considérable, à limite inférieure peu nette. Le sang venu du parenchyme rénal rompu se répand dans la graisse périrénale. Les caractères anatomiques de cet hématome ont été bien précisés par Lardennois qui a déterminé expérimentalement, au moyen d'injections, sa progression dans l'atmosphère adipeuse du rein. Pour cet auteur, en effet, la loge rénale, ouverte en bas, s'injecte toujours rapidement et facilement. Il faut une injection de 200 grammes pour que la limite inférieure de la masse descende au niveau de l'ombilic ; quand l'injection atteint 300 grammes, le flanc est élargi ; 500 grammes, toute la fosse iliaque interne est remplie. L'ouverture inférieure de la loge rénale explique bien ce fait que l'hématome périrénal a tendance à filer vers la cavité abdominale où on le perçoit facilement. Il soulève alors le péritoine, repoussant le côlon vers la paroi abdominale antérieure, infiltre les mésocôlons, file le long des vaisseaux spermatiques (Letulle et Franck) qu'il comprime parfois, ce qui donne lieu à l'infiltration œdémateuse du cordon signalée par Gérard-Marchant ; ou bien, cheminant le long de l'uretère, il vient former une collection rétro-vésicale, appréciable aux touchers rectal ou vaginal. Il peut s'arrêter dans la fosse iliaque, le petit bassin, ou venir pointer à tous les orifices abdominaux, fuser dans les bourses (Letulle) : il donnera alors naissance à un symptôme bien connu depuis Gargam, l'apparition d'ecchymoses tardives que l'on peut constater du quatrième au sixième jour au canal inguinal, à la racine de la verge, dans le cordon, aux bourses.

L'hématome peut, dans certains cas, présenter en peu de temps une gravité extrême : c'est ainsi que Delbet peut lui attribuer, dans sa statistique, 5 cas de mort rapide, survenus de la dixième à la trente-sixième heure après l'accident. Ce sont là faits plutôt rares. Il n'en a pas moins fourni des indications impérieuses, sinon précoces, à beaucoup de chirurgiens. C'est ainsi qu'un énorme hématome, causant la compression des vaisseaux et nerfs du membre inférieur, força Tuffier à l'intervention (1894). A la même époque, l'hématome semblait être une indica-

tion impérieuse à Gérard-Marchant, à Lucas-Championnière. On a observé néanmoins des cas où l'abstention réussit à amener la guérison ; Schwartz, en 1900, signale que dans un cas d'abondantes hématuries et un énorme hématome lombaire ont guéri seuls en quelques semaines. C'est encore l'apparition précoce et le développement d'un hématome périrénal qui ont incité Fredet à intervenir (1908). Et lors de la présentation et de la discussion de ce cas à la Société de chirurgie, Morestin et Legueu étaient d'avis que l'hématome est une indication thérapeutique de premier ordre.

L'hématome est, en effet, un symptôme grave par lui-même, qui, combiné à des hématuries importantes, peut amener l'épuisement et la mort du malade. Mais surtout il expose à une complication très sérieuse, l'infection. Lejars, en 1900, relatait une observation dans laquelle un hématome, traité par l'expectation, nécessitait une intervention secondaire qui réussit à amener la guérison, après maintes péripéties fort graves. L'intervention précoce, de l'avis de Lejars, aurait assuré la guérison du blessé sans tous ces avatars qui eussent pu emporter le malade. L'hématome, enfin, quand il guérit, peut compromettre fortement l'avenir du rein.

L'anatomie pathologique de l'hématome explique très nettement ces différents points. Il a une indiscutable gravité par lui-même, mais il fournira bien rarement une indication vitale d'intervention. Quand, en effet, du sang s'épanche du parenchyme rénal rompu dans l'atmosphère périrénale, diverses causes limitent l'hémorragie : le sang extravasé, s'il est répandu en petite quantité, dissocie facilement la graisse périrénale ; quand il s'épanche en plus grande abondance, son écoulement continuera tant que la pression du liquide de l'hématome sera égale à celle du sang dans les vaisseaux ; ce fait surviendra au bout d'un moment relativement court, parce que la loge périrénale n'est pas indéfiniment extensible. Le sang extravasé, en outre, se coagulant, peut exercer une compression salutaire sur les portions contuses (Gérard-Marchant). D'après ce même auteur l'artère rénale rompue peut être oblitérée par un caillot, la veine par un thrombus ; il aurait eu l'occasion de vérifier ce fait.

L'hémorragie s'arrête donc souvent d'elle-même et n'entraîne pas, en général, la mort du malade. Mais que va devenir cette collection sanguine? Il est évident qu'elle peut se résorber, comme dans le cas signalé par Schwartz. Mais il arrive assez fréquemment que ce *locus resistentiæ minoris* devienne le siège d'une infection ; les tissus traumatisés, contus, n'offrent qu'une minime défense aux agents microbiens, le sang extravasé en masse fournit un point où la culture et la pullulation microbiennes se réaliseront facilement. Ces cas d'infection sont signalés depuis longtemps, et le cas ancien de Rowdon est classique ; le rein lésé fut le siège d'une suppuration, ainsi que la vessie, et bien que l'on ait pratiqué la néphrotomie et la cystostomie, le malade fit de l'infection du rein non contus et mourut. On a longtemps admis que cette infection se réalisait par voie ascendante : un cathétérisme incorrect (et la moindre faute d'asepsie est redoutable dans une vessie en rétention, pleine de caillots) infecterait la vessie, l'infection remonterait de là aux régions traumatisées. Cette notion étiologique manquait fréquemment, le cathétérisme vésical n'ayant pas toujours été utile, donc pratiqué. Posner et Lewin ont bien montré que l'infection se réalisait facilement par la voie transcolique. D'autre part ces hématomes peuvent fort bien s'infecter par la voie sanguine, et Delbet l'a prouvé expérimentalement ; il injectait des cultures diluées de colibacilles à des lapins dont il traumatisait et contusionnait un rein. L'animal mourait rapidement et on trouvait que, dans le parenchyme rénal et tout autour du rein, s'étaient réalisées de riches colonisations bacillaires. Cliniquement Lardennois a montré que cette redoutable infection de l'hématome et du tissu rénal se réalisait une fois sur huit.

L'hématome, même s'il ne s'infecte pas, peut former une masse de résorption lente, qui peut avoir la plus fâcheuse influence sur l'avenir du rein lésé. Lardennois donne, sur ce point, des chiffres tout à fait significatifs. Sur 327 abstentions, 34 fois le rein fut perdu pour la fonction ; sur 187 temporisations avec opérations tardives, 36 fois des accidents consécutifs ont détruit le rein, et 55 fois la néphrectomie fut nécessaire.

L'hématome est donc le signe fondamental sur lequel doit se baser l'action thérapeutique dans les cas de contusions moyenne et grave du rein : s'il n'est pas, en général, une indication d'extrême urgence, on doit savoir qu'il peut faire mourir, et rapidement. Un blessé doit donc être surveillé de très près s'il présente ce symptôme, si l'hématome a des allures progressivement envahissantes : l'observation de Fredet (1908) est caractéristique de la conduite que l'on doit tenir en pareil cas. Il faudra que le chirurgien se tienne prêt à intervenir dans les quelques heures qui suivront l'accident. Si l'hématome, quoique de dimensions importantes, est de formation plus lente, l'opération peut être différée de un jour ou deux : on aura avantage à intervenir parce qu'on préviendra l'infection, infection capable d'emporter le malade, parce qu'on pourra souvent — comme nous le verrons plus loin — se contenter d'une opération palliative, tandis que l'expectation prolongée aboutira ou bien à la suppression fonctionnelle du rein, ou bien forcera à pratiquer une intervention radicale, l'ablation du rein. Est-ce à dire pour cela que l'on doit opérer tous les cas qui présenteront un hématome périrénal? Evidemment, non, surtout lorsqu'il s'agit d'épanchement sanguin de peu d'importance. Lardennois admet que l'intervention, soit immédiate, soit un peu plus tardive est indiquée quand la limite inférieure de l'épanchement atteint l'ombilic.

A côté de ces symptômes fondamentaux il en est un autre qui pourra conduire à l'intervention, c'est l'anurie. L'anurie dans les contusions rénales survient dans des circonstances bien différentes ; les deux reins sont contus ; ou bien il existe un seul rein, et il a été atteint par le traumatisme ; ou un rein est contusionné tandis que l'autre est déjà ma-

lade ; ou enfin un caillot oblitère l'uretère du rein contusionné, tandis qu'un réflexe inhibe la sécrétion de l'autre rein. L'anurie pourra, il faut le noter en passant, faire croire, en outre, à une rupture vésicale, comme dans le cas cystostomisé puis néphrectomisé par Campbell.

La conduite à tenir dans ces cas différents est évidemment fort variable ; quand les deux reins sont contusionnés, il s'agit de traumatismes beaucoup trop importants pour qu'on puisse songer à une intervention. Dans tous ces cas, le diagnostic et les indications thérapeutiques, intimement liés, sont délicats à définir. Il nous semble qu'il est une méthode précieuse tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement ; c'est le cathétérisme uretéral qui a donné, dans l'anurie calculeuse, les brillants résultats consignés dans la thèse d'Eliot (1910). La cystoscopie suivie du cathétérisme des uretères permettra de constater que les deux reins existent, qu'il s'agit simplement d'une inhibition réflexe du rein non atteint ou qu'au contraire le rein non traumatisé présente des altérations pathologiques. Elle sera une méthode curatrice de premier ordre en rétablissant la fonction du rein inhibé, en mobilisant le caillot arrêté dans l'uretère du côté du rein blessé, à condition toutefois que ce caillot ne soit pas trop volumineux. Nous citerons, à propos des lésions concomitantes du rein non traumatisé, mais sans qu'il y ait eu anurie, la curieuse observation de Butruille (1910), qui intervint dans un cas de contusion rénale ayant déterminé une hématurie importante et de la défense du côté contusionné ; à l'opération, le rein fut trouvé déchiré en son milieu ; il contenait en outre quelques calculs qui n'avaient pas peu contribué à créer les lésions rénales. Les circonstances n'avaient pas permis à Butruille de s'assurer de l'intégrité fonctionnelle du rein non contus ; le blessé mourait trois mois plus tard de tuberculose pulmonaire, après avoir présenté des symptômes urinaires que l'auteur attribue à de la tuberculose du rein restant.

Telles sont les indications qui doivent guider le chirurgien, l'inciter à se contenter de la thérapeutique médicale ou à pratiquer une intervention. Parfois, il pourra se présenter une complication de traitement facile, de conséquences néanmoins redoutables ; c'est la rétention d'urine dans la vessie, déterminée par les caillots, nécessitant le cathétérisme et l'aspiration des caillots. Celui-ci ne devra être pratiqué qu'avec des précautions d'asepsie rigoureuse, l'infection trouvant un terrain tout préparé, un organisme en état de moindre résistance, et pouvant avoir des conséquences réellement désastreuses.

III

Du choix de l'intervention et de la technique à suivre. — Si les indications opératoires ont été et sont encore controversées, la nature de l'intervention à pratiquer tend à être de moins en moins discutée. Ainsi que le dit Cartron, l'ère chirurgicale du traitement des contusions rénales comprend deux parties bien distinctes ; dans la première, qui a longtemps duré, on a usé et abusé de l'intervention radicale, la néphrectomie. Le rein contus semblait désormais incapable de fournir encore une sécrétion utile ; l'opération mettait le malade à l'abri des dangers de l'hémorragie, son existence était sauvegardée, et l'hypertrophie fonctionnelle du rein restant devait, par sa suppléance fonctionnelle, assurer l'œuvre de la dépuration de l'organisme. Une opinion inverse, qui a pris progressivement une importance croissante, s'est affirmée dans la seconde période, et elle a rallié presque tous les suffrages ; rares sont les auteurs qui, comme Riese, prétendent que la néphrectomie donne d'aussi bons résultats que les méthodes conservatrices que l'on tente de lui substituer autant que possible. Pourtant cette chirurgie parcimonieuse, économe, prudente, est infiniment préférable, et l'on doit conserver à l'organisme toute portion de tissu rénal susceptible de fournir un fonctionnement utile. L'hypertrophie compensatrice se développera sur les fragments conservés lors de l'intervention, et le rein intact aura beaucoup moins à faire pour assurer la fonction rénale. Il s'agit là d'éléments trop utiles, trop facilement lésés au cours des affections diverses pour qu'on puisse en sacrifier, quand ce n'est pas indispensable, la moindre parcelle.

La tendance générale des interventions dans la contusion rénale est donc franchement conservatrice. Mais les cas sont de gravité bien différente, et les opérations à pratiquer varieront avec l'étendue des dégâts que le traumatisme a causés dans le rein.

Dans les cas très graves, quand on constatera un arrachement des vaisseaux hilaires, une déchirure de l'uretère, un broiement complet du rein, l'ablation pure et simple de l'organe s'impose absolument. Quand la gravité du cas tient, non plus à l'intensité des lésions rénales, mais à la coexistence de lésions viscérales diverses, ou à la présence d'une rupture péritonéale, d'une hémorragie dans la grande cavité splanchnique, le traitement sera tout à fait différent et variera suivant les lésions observées : dans ces cas, le traitement des lésions rénales passe au second plan, pour ainsi dire, et la néphrectomie sera rarement indiquée.

C'est dans les cas moyens et graves que la chirurgie conservatrice acquiert le plus d'importance, et diverses méthodes seront mises en œuvre suivant les occurrences en présence desquelles on se trouvera. Quand le traumatisme aura isolé un fragment de rein, que ce soit le pôle supérieur ou le pôle inférieur, l'ablation de la portion lésée, avec ligature des vaisseaux lui attenant, et suture hémostatique du moignon rénal restant, sera tout indiquée. Le plus souvent, on se trouvera en présence de fissures multiples, assez profondes ; dans ces cas les sutures intrarénales seront la méthode à employer. Parfois on se trouvera en présence d'un rein fragmenté en deux, trois ou quelques portions importantes, celles-ci étant ou non complètement séparées les unes des autres. Pareilles lésions ont semblé longtemps justiciables de la seule néphrectomie (Gérard-Marchant, 1894 ; Crotet, Delbet, 1901).

Actuellement diverses méthodes s'offrent au choix raisonné du chirurgien.

La première est la suture des parties contuses que quelques chirurgiens pratiquaient jadis à titre exceptionnel : Tuffier en 1893, Hassler en 1897, Chaput en 1899 y avaient eu recours. Lardennois en a résumé 10 cas d'observation récente. Cette méthode consiste à rapprocher les portions contuses au moyen de catgut; elle donne parfois d'excellents résultats : Marcille et Lardennois, en 1907, purent suturer, chez un jeune homme, un rein fragmenté en trois pièces. Fredet en 1908 rapportait, à la Société de chirurgie, un cas heureux de suture, alors que les fragments du rein blessé étaient multiples. Les résultats seront favorables quand les fragments rénaux sont volumineux, et en petit nombre; les portions atteintes par le traumatisme, juxtaposées par la suture, dégénéreront et se transformeront en un tissu scléro-cicatriciel, mais la fonction du reste du rein se rétablira.

Cette méthode, ainsi que le fait justement remarquer Marcille, devient moins facilement applicable quand le rein a été partagé en un certain nombre de fragments ; la difficulté des manœuvres opératoires est de beaucoup augmentée, et la durée de l'opération s'en ressent, ce qui n'est pas sans intérêt chez un malade shocké par un traumatisme récent, qui a fait une importante perte de sang. Les sutures seront difficiles à faire, elles tiendront mal dans des tissus irrégulièrement déchiquetés, fissurés, souvent décapsulés. Il faudra en outre les multiplier, ce qui n'est pas sans inconvénient, car il ne faut pas oublier que toute portion rénale saine traversée par une suture se sclérose définitivement; cette notion déjà connue depuis longtemps a été, de nouveau, étudiée expérimentalement par Lardennois qui a constaté, autour des catguts, des zones étendues de sclérose.

Toutes ces raisons feront que, dans certains cas, les sutures du tissu rénal seront inutilisables, et l'on devra avoir recours à d'autres procédés.

La seconde des méthodes est le tamponnement méthodique des portions contuses qui a été pratiqué depuis longtemps déjà, qui a été à nouveau employé dans de nombreux cas récents. Ce moyen suffit à arrêter l'hémorragie, et il assure la cicatrisation des portions juxtaposées par formation de bandes scléreuses. C'est un traitement qui a fait ses preuves; nous craignons pourtant qu'il ne rende facile l'infection des parties contuses, car pour peu que le tamponnement soit trop serré, il empêchera l'écoulement facile des liquides hématiques.

Aussi croyons-nous infiniment préférable, dans les cas complexes qui ne sont pas justiciables de la seule suture, la combinaison des deux méthodes de traitement : on commencera par assurer par quelques sutures la juxtaposition des fragments les plus importants. Un tamponnement partiel complétera la coalescence des autres morceaux du rein.

Se fondant d'une part sur les bons résultats que donne la juxtaposition des fragments rénaux contusionnés par la suture et le tamponnement, d'autre part sur la difficulté qu'il y a d'appliquer ces méthodes quand le rein est partagé en de nombreux fragments, Marcille, en 1907, a été conduit à expérimenter sur le chien et à proposer une méthode nouvelle : la juxtaposition des fragments rénaux, au moyen d'un filet de catgut qui enserre dans ses mailles les portions contuses, les rend solidaires. Marcille a utilisé cet ingénieux procédé sur quatre chiens dont il contusionnait gravement un rein; il plaçait le rein contus sur le filet étalé dans une main, tandis que deux doigts de celle-ci, comprimant le pédicule rénal, faisaient l'hémostase. Le filet était refermé de façon à entourer solidement les fragments, rapprochés par cette manœuvre, et lié à sa partie inférieure. Deux fois Marcille put constater que la cicatrisation obtenue par cette méthode était parfaite.

La confection de ce filet hémostatique est assez facile à réaliser ; on commence par tailler dix ou douze morceaux de catgut longs de 20 centimètres. On les noue tous ensemble par une de leurs extrémités ; puis par une série de nœuds situés régulièrement à 5 centimètres du sommet, on unit les fils 1 et 2, 3 et 4, 5 et 6, 7 et 8, etc. A 5 centimètres plus bas, on place une seconde série de nœuds unissant les fils 2 et 3, 4 et 5, 6 et 7, 8 et 9, etc. Le filet est placé dans la main, le nœud réunissant tous les catguts étant destiné à être mis au-dessus du pôle supérieur ; on entoure le rein contus des mailles de ce filet, tous les catguts sont ramassés au-dessous du pôle inférieur, et un second nœud les rend solidaires.

Nous ne croyons pas que ce filet ait été appliqué sur l'homme ; Morestin, Albarran en recommandent l'application. Nous ne pensons pas que « l'abandon d'un paquet de fils noués dans un foyer périrénal exposé à s'infecter » soit aussi dangereux que le prétend Benoît. Les sutures multiples qu'on a maintes fois pratiquées sont là pour montrer le peu de fondement de cette crainte.

Par quelle *voie* abordera-t-on le rein contusionné? Ce point de technique est actuellement bien réglé ; dans les cas complexes où l'on croit avoir affaire à des lésions viscérales connexes ou à une rupture du péritoine, il faudra aborder le rein par la voie abdominale ; dans le premier cas on pratiquera la laparotomie médiane, dans le second la laparotomie latérale de Langenbuch. Marcille, dans un cas, après avoir constaté par l'incision du péritoine l'absence de lésions viscérales abdominales et l'absence de déchirure du péritoine recouvrant le rein, referma son incision, et décollant le péritoine, aborda l'hématome rénal par la voie parapéritonéale : son malade guérit.

Mais, dans la grosse majorité des cas, les lésions seront traitées par la voie lombaire ; si, au cours de l'intervention, on constatait des lésions péritonéales, il faudrait pratiquer la laparotomie, comme dans les cas de Franck et Bardenheuer. Löhlen, en pareil cas, préféra aborder la cavité abdominale en ouvrant franchement le feuillet péritonéal postérieur, sans faire d'autre incision que l'incision lombaire : il obtint une guérison par ce procédé.

Quels sont les *résultats* utiles fournis par ces

interventions? On ne pourra l'apprécier, après la guérison, qu'en recherchant par les moyens ordinaires, notamment par le cathétérisme des uretères, la valeur fonctionnelle du rein conservé; nous ne connaissons que deux observations dans lesquelles cette intéressante recherche ait été faite. Elle a une grande valeur, car elle seule peut nous fixer sur l'opportunité de cette chirurgie conservatrice, les faits cliniques s'étant bien souvent chargés de controuver telle méthode qui paraissait d'emploi absolument rationnel. L'une de ces observations est due à Marcille et Lardennois; le rein traité par la suture montra, trois mois après que la guérison eut été parachevée, que sa valeur fonctionnelle n'était égale qu'au quart de celle du rein sain. Dans le cas de Fredet (1908), le rein suturé sécrétait sept fois moins que le rein sain.

IV

Traitement des complications. — Les contusions rénales, qui n'ont pas nécessité parfois une intervention chirurgicale immédiate, peuvent se compliquer de diverses affections qui exigeront secondairement le secours du chirurgien. Nous étudierons beaucoup plus rapidement cette partie du traitement médiat des contusions rénales. Les indications immédiates, nous l'avons vu, sont souvent difficiles à déterminer, et pourtant il importe de savoir parfois prendre une détermination rapide dont dépendra la vie du malade. Rien de tel pour les complications: on se trouve en présence de symptômes qui laissent au chirurgien tout loisir pour discuter l'opportunité d'une intervention.

Les auteurs ont classé de diverses façons les complications des contusions rénales. On les distingue: suivant l'époque à laquelle elles se manifestent en primitives, secondaires, tardives; suivant leur étiologie en mécaniques, inflammatoires non infectieuses et infectieuses (Crotet). Par complications immédiates ou primaires on entend l'anurie, l'oligurie, la rétention vésicale, l'hémorragie intrapéritonéale. Le morcellement de l'étude symptomatique des divers degrés de contusion rénale ne peut que présenter des inconvénients; aussi avons-nous étudié ces symptômes, qui peuvent donner lieu à des interventions rapides, au cours de la discussion des indications thérapeutiques immédiates.

Les complications secondaires des contusions rénales sont multiples. Parmi elles la persistance de l'hématurie peut entraîner un état d'anémie aiguë des plus sérieux; Peyrot, en 1894, a trouvé, au cours d'une intervention, qu'un mois complet après l'accident initial les vaisseaux lésés saignaient encore. Pousson dut intervenir trois semaines après le traumatisme pour mettre fin à une hématurie. Dans certains cas, en effet, les lésions produites n'ont aucune tendance à la cicatrisation, et Ravel a pu observer, deux mois après l'accident, que les fragments rénaux étaient restés séparés par de volumineux caillots.

Les complications secondaires d'origine mécanique sont multiples:

Hydronéphrose. — Elle peut être due à des causes diverses: à un rétrécissement cicatriciel de l'uretère (Soller, Pye, Smith); à l'organisation du caillot englobant et comprimant l'uretère (Moser, Nathrath, Lépine, Bartlett, Scheede, Fanger); à la formation d'un calcul aux dépens du caillot oblitérant l'uretère (Hinton); à une coudure urétérale déterminée par la mobilité acquise du rein.

Le traitement chirurgical variera avec chacune de ces variétés étiologiques.

Hématonéphrose. — C'est une complication rare signalée par Bloch, Poireault, Legueu, Fournier, Moulonguet, étudiée par Julien dans sa thèse. La tumeur sanguine formée dans le rein est régulière, moins volumineuse mais de limites plus nettes qu'un épanchement périrénal. Elle a une tendance à atrophier le rein.

Cette complication sera traitée par l'ouverture de la poche hématique.

Pseudohydronéphroses. — Elles ont été étudiées dans de nombreux travaux, en particulier ceux de Tuffier et Lœvy, de Dordonnat (1896); tous les cas connus ont été réunis et étudiés par Paul Delbet (1903).

Elles peuvent être produites par deux sortes de lésions:

1° Les *épanchements urineux périrénaux.* — Ils s'observent quand l'urine peut s'épancher dans l'atmosphère périrénale par une plaie du bassinet ou de l'uretère (Barker, Polland, Stanley, Joël, Monod, Roux, Maunoury, Morris, Howkins). Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas, en 1910, à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service du professeur Gaudier. Il s'agissait d'une fillette qui, renversée par une voiture, présentait des lésions complexes; après une pleurotomie pour pleurésie purulente, on s'aperçut qu'une abondante sécrétion d'odeur urineuse s'écoulait par la plaie. Au cours d'une seconde intervention, on découvrit une déchirure du diaphragme, et une rupture du bassinet. L'enfant, nephrectomisée par M. le professeur Carlier, finit par succomber. Ces épanchements peuvent atteindre de grandes proportions, contenir jusqu'à six litres de liquide: leur volume, la rapidité de leur formation, leur diffusion les différencient des hydronéphroses vraies; elles forment une masse qui s'étend progressivement vers la fosse iliaque.

Ces collections liquides comprimant le rein contus, l'intestin, s'infectent très facilement et donnent naissance à de graves abcès périnéphrétiques; aussi importe-t-il de les évacuer aussi rapidement que possible.

2° Les *épanchements uro-hématiques.* — Ils sont constitués par une collection de sang et d'urine mélangés et forment des intumescences lombaires, volumineuses, mal limitées. Ils déterminent de violentes douleurs. Ils sont caractérisés par des hématuries tardives; la collection s'ouvre dans le bassinet, et on voit se faire une émission de sang brun mélangé d'urine laissant déposer une poussière noirâtre et renfermant des hématies déformées; la collection lombaire diminue, cependant que cette hématurie dure de huit à quinze jours.

Cette résolution spontanée n'est pas de règle et il

faudra surveiller ces collections qui s'infectent facilement, se tenir prêt à les évacuer.

Néphrite traumatique. — Elle fut signalée par Rayer dès 1835. Tous les auteurs se sont appliqués à en découvrir des cas : mais souvent, ainsi qu'Albarran l'a mis en lumière, des lésions rénales préexistaient au traumatisme. Foy cite l'observation d'un homme qui le lendemain d'une chute en position assise (cas signé par Le Dentu), présentait de l'albuminurie, et quelques jours plus tard de l'anasarque; il reconnut plus tard que des symptômes de lésions rénales préexistaient au traumatisme. Néanmoins Lardennois put en réunir 35 cas sur 770 observations.

Ces néphrites se présentent avec la symptomatologie ordinaire : albuminurie, polyurie, cylindrurie. Des œdèmes peuvent se montrer : Boissard signale un cas d'anasarque généralisé, et Potain une curieuse observation d'hémianasarque.

Ces néphrites sont justiciables du traitement médical ordinaire.

Les complications infectieuses secondaires sont dues à l'envahissement de la vessie, de l'uretère, du rein, de l'atmosphère périrénale par des agents infectieux : les cystites, pyélo-néphrites, phlegmons périnéphrétiques ainsi déterminés ne présentent aucun caractère particulier et demandent les traitements médicaux et chirurgicaux usuels.

Les COMPLICATIONS TARDIVES des contusions rénales sont assez peu nombreuses : on aurait eu l'occasion de constater quelques cas de mobilité du rein, attribués, plus ou moins justement, à la résorption de l'hématome. Quelques cas indéniables de lithiase ont été observés par Tuffier, Wilson, Hinton, Morgan, qui ont pu retrouver des caillots fibrineux au centre du calcul. Marcille et Lardennois ont observé un cas de varicocèle. Depuis Rayer on signale des douleurs tenaces après un traumatisme du rein. Cet accident, enfin, pourrait être l'épine irritative déterminant soit une tumeur, soit une localisation tuberculeuse dans le rein contus.

Toutes ces affections ne présentent de particulier que l'étiologie qu'on leur attribue et seront traitées par les moyens thérapeutiques ordinaires.

V

CONCLUSIONS. — 1° Les indications thérapeutiques, dans les contusions du rein, se tirent des symptômes observés lors des différents cas.

Les cas bénins sont de beaucoup les plus fréquents ; caractérisés par des symptômes généraux, physiques et fonctionnels peu marqués, ils ne relèvent que du traitement médical.

Les cas très graves se rencontrent fort rarement : l'intensité des symptômes généraux, dus au shock ou à l'hémorragie interne, commande une intervention immédiate quand elle est possible.

Les cas moyens et graves fournissent des indications diverses : parfois le traitement médical pourra suffire ; parfois une intervention chirurgicale s'imposera. Deux symptômes contribueront surtout à fixer la conduite à tenir : l'hématurie et l'hématome lombaire. Ce dernier signe est d'importance capitale, et pourra indiquer une intervention précoce.

2° Les interventions que l'on doit pratiquer varient avec la gravité des cas. Dans les cas très graves, la néphrectomie sera presque toujours nécessaire. Mais dans tous les autres cas, les méthodes conservatrices devront être — autant que possible — seules mises en œuvre : la suture, le tamponnement, le filet de Marcille, seront employés suivant les circonstances.

Le rein lésé sera abordé par la voie lombaire. La voie abdominale ne sera indiquée que dans les cas de lésions péritonéales ou viscérales concomitantes.

3° Les complications des contusions rénales pourront indiquer, tardivement, des interventions qui ressortissent du domaine habituel de la pratique urologique.

BIBLIOGRAPHIE

BARON. Rupture du pédicule vasculaire du rein, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1895, p. 570. — BENOIT. Traitement chirurgical des ruptures du rein, *Revue thérap. méd.-chir.*, Paris 1908, p. 37-46. — BIDAULT. *De l'Intervention chirurgicale dans les déchirures du rein*, Th. de Paris, 1894. — BLOCH. *De la Contusion rénale*, Th. de Paris, 1873. — BURMEISTER. *Des Ruptures du rein*, Th. de Marburg, 1898.

CAHEN. Ueber Nierenruptur, *Münch. med. Woch.*, 1903, t. I, p. 2205. — CARTRON. *De la Conservation dans les ruptures sous-cutanées du rein*, Th. de Bordeaux, 1904. — CHAPUT. Quelques cas intéressants de rupture du rein, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1905, p. 402-407. — CROTET. *Contribution à l'étude des ruptures du rein*, Th. de Paris, 1901, n° 181.

DELBET. De la contusion rénale et de son traitement, *Ann. Guyon*, 1901 ; — Pseudo-hydronéphroses, *Revue de chir.*, 1903. — DORDONNAT. *Epanchements uro-hématiques périrénaux dans la contusion du rein*, Th. de Paris, 1896.

FENWICK. Die Verletzungen der Nieren, *Klin. Handb. der Harn und Sexual Organ.*, Berlin, p. 270. — FLÖRCKEN. Ein Fall von subkutaner totale Nierenruptur mit besonderen Berüksichtigung der histologischen Befunden der rupturierten Niere, *Beit. z. klin. Chir.*, 1907, p. 308-319. — FRANK. Nierenruptur, *Arch. f. klin. Chir.*, 1907, p. 546. — FREDET. Rupture traumatique du rein. Suture. Guérison, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1908, p. 1213. — FOY. *De l'Intervention chirurgicale dans les déchirures du rein*, Th. de Paris, 1894.

GARGAM. *Contusion du rein*, Th. de Paris, 1881. — GÉRARD-MARCHANT et ALIBERT. *Du Diagnostic et de l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein*, Paris 1889. — GÉRARD-MARCHANT, PEYROT, TUFFIER, BAZY. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894. — GÜTERBOK. Beitrag zur Lehre der Nierenverletzungen, *Arch. f. klin. Chir.*, vol. LI, p. 225 ; — Contusion et déchirure du rein, *Ann. Guyon*, 1896.

HERZOG. Ueber Nierenverletzungen, *Münch. med. Woch.*, 20 oct. 1890, p. 200 et 429. — HOLZ. Commotion rénale, *Ann. Guyon*, 1896.

JULIEN. *Hématonéphrose traumatique*, Th. de Paris, 1904.

KÜSTER. Zur Enstehung der subcut. Nierenverletzung, *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, p. 672-686.

LARDENNOIS. *Etude sur les contusions, déchirures, ruptures du rein*, Th. de Paris, 1908. — LUCAS. Traumatismes du rein, *The Lancet*, 1884, p. 693.

MAAS. Klinischen und experimentellen Untersuchungen über die subcut. Quetschung und Zerreissungen der Nieren, *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. IX, p. 126. — MARCILLE. Méthode conservatrice dans les contusions rénales, *Tribune méd.*, 1907, p. 405-407. — MAUNOURY. Rapport au *Ier Congrès de chir.*, 1881, p. 259. — MOINEAU. *Contusion et déchirure du rein*, Th. de Paris, 1901. — MONOD. Pseudo-hydronéphrose traumatique, *Ann. Guyon*, 1892.

PÉTROFF. *Des Ruptures traumatiques intrapéritonéales du rein*, Th. de Lyon, 1901. — POIREAULT. *Contusion du rein*, Th. de Paris, 1882. — POUSSON. Rupture du rein, *Gaz. hebd.*, Bordeaux 1903, t. XXIV, p. 416.

Ravel. *Contusion du rein*, Th. de Paris, 1870. — Rein. *Contusion rénale*, Th. de Moscou, 1894. — Riese. Zur klinik der subcutanen Nierenverletzungen, *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, p. 694. — Roux. Pseudo-hydronéphrose traumatique, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1894.

Sauvain. *Contribution à l'indication de la néphrectomie dans les déchirures du rein*, Th. de Paris, 1900. — Sladowski. *Contusion du rein*, Th. de Halle, 1897. — Suarez. Rupture sous-cutanée du rein. Son mécanisme, *Ann. Guyon*, 1896, p. 1361. — Suter. *Beit. z. klin. Chir.*, 1905, p. 349.

Tuffier. *Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein*, 1899; — *Traumatismes du rein*, 1889; — *Arch. gén. de méd.*, 1889; — *Ann. Guyon*, 1892, p. 474. — Tuffier et Lœvy. Epanchements uro-hématiques périrénaux par contusion du rein, *Presse méd.*, 1895, p. 153.

Watson. *Boston med. and surg Journ.*, 1903, p. 29.

Yoshikawa. Ueber Nierenrupturen, *Beit. z. klin. Chir.*, Tübingen 1909, p. 372.

PRATIQUE MÉDICALE

LE KÉPHALDOL

Le képhaldol, nouvellement introduit en France, est employé avec succès depuis plusieurs années en Autriche, en Angleterre et en Allemagne.

Il fut découvert par le docteur Stohr (de Vienne); et MM. Fritsch, assistant du professeur Ortner; Maniu, assistant du professeur K. von Noorden; Rosenthal, assistant du professeur von Stoffels, et Einhorn, assistant du professeur Schlesinger ont expérimenté longuement dans le service de leurs maîtres et sous leur direction ce nouveau médicament.

Ils sont unanimes à lui reconnaître des propriétés antinévralgiques, antipyrétiques et antisudorifiques.

Le képhaldol se présente sous l'aspect d'une poudre assez fine, blanc jaunâtre, de saveur légèrement amère. Elle se dissout difficilement dans l'eau et assez bien dans l'alcool. Sa décomposition commence à une température de 185 degrés. Afin de le rendre facile et même agréable à prendre il est mis sous forme de petits comprimés, dosés à 0g50 et légèrement dragéifiés.

Au point de vue chimique, le képhaldol résulte de la réaction, dans certaines conditions, de l'acide citrique et de l'acide salicylique sur les phénétidines, réaction à la suite de laquelle tout l'acide libre restant est fixé par la quinine ou neutralisé par le carbonate de soude.

Il est curieux de constater que le produit qui résulte de cette combinaison chimique conserve, même en les augmentant, les propriétés thérapeutiques de chacun des composants et supprime les effets plus ou moins nuisibles qu'ils exercent sur le cœur, les reins ou l'estomac.

Comme antinévralgique, le képhaldol à la dose de 0g50 à 1 gramme supprime la douleur en quelques minutes.

L'accalmie dure plusieurs heures, et ce résultat est obtenu autant de fois que la dose est répétée.

Le docteur Maniu a diminué considérablement l'acuité des douleurs d'un tabes dorsal en administrant 4 grammes de képhaldol par jour. Il a calmé aussi un cas de névralgie d'origine paludéenne, affection cependant en général très rebelle. Il en a été de même pour plusieurs cas de sciatique, de lumbago, de migraines pendant la période menstruelle. Un malade atteint de syringomyélie très douloureuse fut soulagé par M. Einhorn avec 3 grammes de képhaldol, alors que beaucoup d'antinévralgiques avaient été essayés sans succès.

Comme antipyrétique, le képhaldol n'est pas moins efficace et, même dans les affections où la fièvre est le plus intense, son effet est toujours prompt et il ne provoque aucun trouble secondaire provenant de l'abaissement de la température. L'effet se manifeste en général au bout de quinze à trente minutes et est accompagné d'une transpiration plus ou moins abondante. La température s'abaisse souvent de 1°5 avec une dose de 0g50 et même de 3 degrés avec des doses plus élevées. Les doses varient de 0g50 à 5 grammes par jour.

Pendant l'action du képhaldol, la mesure de la pression sanguine indique une amélioration de la contractilité cardiaque, le pouls devient plus lent, puis normal, la pression sanguine se maintient dans les limites physiologiques.

L'action antisudorifique du képhaldol peut paraître surprenante quand on sait que l'abaissement de la température obtenu sous son influence est accompagné de transpiration, elle n'en est pas moins réelle et indéniable. Les sueurs nocturnes des tuberculeux sont complètement supprimées.

Les indications d'un tel médicament sont nombreuses et il peut rendre de nombreux services au praticien trop souvent désarmé, parce qu'il ne peut employer tel ou tel médicament nuisible au cœur affaibli, ou au rein lésé, ou à l'estomac délabré.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 DÉCEMBRE 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 26 décembre, à une heure. — 2e. — 3e (oral, 1re partie). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 27 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re partie). — 4e.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 28 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie). — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).

THÈSES

Mercredi 27 décembre, à une heure. — M. Greyhié de Bellecombe. Contribution à l'étude de la grossesse tubaire interstitielle. (MM. Segond, président; Delbet, Proust et Couvelaire.) — M. Pauliac. Contribution à l'étude des sarcomes du noso-pharynx. (MM. Segond, président; Delbet, Proust et Couvelaire.) — M. Dore. De l'intervention des tumeurs dans la vessie. (MM. Delbet, président; Segond, Proust et Couvelaire.)

Jeudi 28 décembre, à une heure. — M. Sayed-Maru. Des moyens pratiques de désinfection et d'épuration dans les pays chauds. (MM. Chantemesse, président; Achard, Richaud et Rathery.) — M. Dicorato. Sur un cas clinique de syndrome pluriglandulaire. (MM. Achard, président; Chantemesse, Richaud et Rathery.) — M. Balavoine. Recherches sur la tension artérielle maxima et la tension minima dans quelques affections oculaires. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Nicloux et Terrien.) — M. Fourquier. Contribution à l'étude de la fixation et de l'élimination du chloroforme par les tissus. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Nicloux et Terrien.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 15 décembre. — MM. Duponchel et Parent, 10; Auvigne, 7; Berthod, 6; Cleisz, 11; Mlle Pouzin, 12; MM. Angot, 9; Bel et Meugé, 10; Peltier, 9.

Séance du 16 décembre. — MM. Braine, 11; Charrier, 10; Avezou, 11; Jacob et Barraud, 10; Faveret et Monod (Lorenz), 6; Ruelle, 9; Lascaux, 10.

Sont appelés à concourir les candidats ayant obtenu un minimum de treize points, et M. Berthod, Mlle Delage et M. Pimpaneau, qui ont eu douze points.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Don manuel de 100000 francs. — Dans sa séance du 9 novembre dernier, le conseil de la Faculté a accepté à l'unanimité, et avec reconnaissance, un don manuel anonyme de 100 000 francs fait à son doyen.

Le donateur est un confrère qui veut garder l'anonymat absolu.

Le bienfaiteur s'en remet au doyen pour les détails d'exécution de ses désirs. Les arrérages des 100000 francs, placés en rente sur l'Etat 3 p. 100, seront répartis au mieux des intérêts des étudiants de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

La répartition se fera chaque année, totale ou divisée, suivant les candidatures :

D'étudiants distingués par leur dévouement aux malades (accidents professionnels, épidémies, missions, etc.), ou à la médecine (invention d'appareils, découvertes, invention de méthodes de clinique ou de laboratoire); d'étudiants sans fortune et méritants, à qui seraient allouées des bourses en vue d'acquitter les frais d'inscriptions, d'examens ou de thèses; d'impression de mémoires; d'instruments, d'appareils, d'ouvrages, d'animaux pour expériences à entreprendre ou à continuer; de voyages d'éducation scientifique en France et à l'étranger.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Un congé d'inactivité, du 1er janvier au 31 décembre 1912, est accordé, sur sa demande, à M. Bard, professeur de clinique médicale.

CONCOURS D'ADJUVAT DES ASILES EN 1912. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 26 février 1912, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à sept.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 25 janvier au samedi 10 février 1912 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 12 décembre 1911, M. le médecin inspecteur Clarac, directeur de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, a été nommé directeur du service de santé des troupes du groupe de l'Indochine, à Hanoi, en remplacement de M. le médecin inspecteur Rangé qui va terminer sa période de séjour colonial.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 21 décembre 1911, à huit heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

A neuf heures et demie, conférence de M. Cayla : « Les sports d'hiver. »

LES AUTOPSIES ET LA RECONSTITUTION DES CRIMES. — Lors de la discussion du budget du ministère de la Justice, M. Charles Beauquier s'est élevé contre les autopsies (art. 22). Voici le compte rendu officiel de cette protestation (*Journal officiel*, 11 nov. 1911, débats parlement., Chambre, p. 2950) :

« M. Charles Beauquier. J'ai, sur le chapitre 19, une observation à adresser à M. le garde des sceaux.

Il me semble qu'on abuse un peu de l'autopsie en matière criminelle. Ne pourrait-on pas diminuer le nombre de ces autopsies, dont la plupart sont absolument inutiles et même ridicules? Lorsqu'un passant est tué dans la rue par un apache et que l'apache est arrêté et emprisonné, à quoi sert l'autopsie de la victime? (*Très bien! très bien! sur divers bancs.*)

J'ai à formuler une autre observation. M. le ministre de la Justice ne pourrait-il pas supprimer le cabotinage qui s'appelle la reconstitution de la scène du crime? Cette reconstitution est encore bien moins utile que l'autopsie.

M. Adigard. C'est du cinématographe.

M. Adolphe Simonet (Creuse). Cette procédure provoque des aveux.

M. Charles Beauquier. A chaque instant on voit les magistrats se transporter sur les lieux du crime avec un coupable qui avoue, qui a été pris en flagrant délit, si bien que la question ne fait pas le moindre doute. Cette reconstitution n'est-elle pas vraiment une comédie, ou, si vous le voulez, une tragi-comédie?

M. Joseph Reinach. Votre observation est absolument justifiée par des incidents récents. » P.

LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et P. Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques (voir le programme, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 135, p. 1931), le mercredi 20 décembre 1911, à 3 h. 30, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'école pratique (1er étage, porte à gauche).

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

JURISPRUDENCE

LES MÉDECINS ET LES CONTRAVENTIONS POUR EXCÈS DE VITESSE DE LEURS AUTOMOBILES

Une jurisprudence au sujet des excès de vitesse que peuvent commettre les médecins au cours de leur tournée de visites tend à se créer. Peu de décisions il est vrai — nous n'en connaissons que quatre — ont tranché cette question. D'après les jugements de simple police que nous rapportons d'autre part, la nécessité, où se trouve un médecin circulant en automobile de se rendre rapidement auprès d'un malade dont l'état est très grave, constitue-t-elle un cas de force majeure en présence duquel il ne peut y avoir contravention pour excès de vitesse?

Le premier jugement en la matière est un jugement rendu par M. le juge de paix de Marsanne (Drôme) séant en audience de simple police, le 17 mars 1910 (*Gaz. trib.*, 1911, 1er sem., 2e part., p. 360).

Voici d'ailleurs cette décision :

« Attendu que M. le docteur A... invoque comme moyen de défense la nécessité qu'il y avait de se rendre le plus rapidement possible auprès d'un malade dont l'état était très grave;

Attendu que l'article 64 du Code pénal, disant qu'en cas de force majeure il ne peut y avoir ni crime, ni délit, ni contravention, s'applique au cas qui concerne M. le docteur A...

Par ces motifs,

Annulons le procès-verbal dressé contre M. le docteur A..., et le renvoyons des fins de la poursuite sans dépens. »

Deux autres jugements de simple police, de Marseille, 14 avril 1910 (*Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 860) et de Privas (cité sans date, *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 2049), ont également acquitté des médecins poursuivis.

Par contre un jugement du Tribunal de simple police de Saint-Donat, du 14 novembre 1910 (*Décisions Justice de Paix*, 1911, p. 124) a décidé que le médecin ne saurait invoquer l'excuse de la force majeure : il n'y a dans le fait de l'excuse qu'une circonstance atténuante.

« Attendu que le prévenu, tout en reconnaissant la contravention, demande son acquittement pur et simple, en invoquant l'excuse de sa profession, et pour les motifs ci-après : qu'en effet, il avait été appelé, dès le matin, auprès d'un malade et qu'il avait été retenu à Saint-Donat plus longtemps qu'il ne le croyait, qu'il considérait la vitesse excessive à laquelle il marchait, comme un cas de force majeure;

Attendu que l'excuse ne peut résulter que d'une disposition expresse de la loi;

Attendu qu'aux termes de l'article 65 du Code pénal, nul crime ou délit ne peut être excusé, ni la peine mitigée, que dans le cas et dans les circonstances où la loi déclare le fait excusable, ou permet de lui appliquer une peine moins rigoureuse;

Attendu que cette disposition s'applique sans distinction à toutes les infractions, quelle qu'en soit la nature, et notamment aux contraventions;

Attendu, toutefois, qu'il y a lieu de tenir compte du mobile qui a fait agir le docteur S...; qu'en effet il n'a commis l'infraction que pour se transporter plus rapidement auprès d'un malade qui avait besoin de soins pressants, qu'il y a donc lieu d'appliquer en sa faveur les dispositions de l'article 463 du code pénal (circonstances atténuantes). »

Cette décision semble s'être inspirée de celle rendue le 16 décembre 1909 par le Tribunal de paix de Paris, IVe arrondissement, qui a condamné le préfet de police, responsable de ses préposés, pour excès de vitesse à la suite d'une contravention à l'encontre d'un conducteur d'une voiture automobile qui était en service commandé et appartenant à un service de la préfecture de police (V. *Lois et Sports*, 1910, p. 125).

Les jugements d'acquittement ont tenu compte de ce qu'un acte délictueux perd son caractère lorsque l'agent ne l'a commis que pour éviter un danger imminent. Il est, comme on dit, en langage juridique, en état de nécessité. Mais cet état de nésessité est variable selon les cas qui peuvent se présenter. C'est une question de fait que les juges apprécient souverainement.

En ce qui concerne la décision condamnant, le juge de simple police a considéré qu'il n'y avait pas force majeure; il s'appuyait sur la jurisprudence de la Cour de cassation (3 juillet et 13 nov. 1909, *Annales*, 1910, p. 370 et 486), qui déclare que la force majeure « ne peut résulter que d'un événement indépendant de la volonté humaine et ne pouvant ni être prévu, ni conjuré; elle ne peut consister que dans l'*impossibilité absolue* où un citoyen se trouve de se conformer à la loi, et non dans les difficultés, fussent-elles même très considérables, qu'il peut avoir à surmonter ». De plus, la nécessité, en matières de contraventions, ne peut être admise comme excuse que lorsqu'elle réunit les caractères de la force majeure (v. Cassat., 21 nov. 1855).

En droit, la décision du Tribunal de Saint-Donat est celle qui a le plus de chance d'être adoptée par les tribunaux. En effet, dans le cas que nous étudions, on peut dire qu'il était important, urgent même pour le médecin, de se rendre auprès du malade le plus vite possible, mais non pas qu'il lui était impossible, pour cela, de se conformer aux règlements concernant la vitesse des automobiles et de ne pas dépasser la vitesse fixée par les règlements. L'intérêt du malade n'est pas le seul à envisager; il y a celui des personnes qui sont susceptibles d'être sur le passage de l'automobile.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SUR QUELQUES CAS
DE
FIÈVRE TYPHOÏDE

Par MM. L. BABONNEIX et VERDOUX.

Les communications sur la fièvre typhoïde ont beau s'accumuler : à chaque instant, on constate des complications rares, des formes anormales, des symptômes aberrants. C'est ainsi que l'an dernier, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le docteur Lion que l'un de nous avait l'honneur de remplacer, nous avons eu l'occasion d'étudier les deux cas suivants.

OBSERVATION I. — *Fièvre typhoïde. Phlébite double. Ostéite précoce de l'os iliaque.* — E. Ch..., dix-neuf ans, garçon boucher, entre à la Pitié salle Rostan, le 30 août 1910. Il n'y a rien de particulier à relever dans les antécédents héréditaires. Le malade affirme n'avoir jamais eu de maladie antérieure.

Il dit se sentir fatigué depuis dix jours, se plaint de violents maux de tête et de courbature, a perdu l'appétit, mais n'a pas saigné du nez, n'a eu ni diarrhée, ni vomissements. Il dit également avoir des cauchemars la nuit, son sommeil est beaucoup moins facile.

A son entrée, le malade nous paraît légèrement abattu. Son intelligence est cependant normale. Sa température atteint 40 degrés. Son pouls, fort et régulier, bat à 82 à la minute. La langue est blanche et saburrale. La fosse iliaque droite est sensible à la palpation profonde et celle-ci révèle du gargouillement.

On ne constate pas sur la peau de taches rosées lenticulaires nettes.

La rate n'est pas perceptible à la palpation, même dans les inspirations profondes. Sa matité obtenue à la percussion semble un peu plus étendue que normalement.

Le foie, les poumons, le cœur sont normaux.

Les urines, assez peu abondantes (*500-600 grammes*) ne renferment ni albumine ni sucre. Le lendemain *31 août*, les signes sont à peu près les mêmes. L'état général est bon. Le malade a un peu de diarrhée. On aperçoit sur le ventre quelques taches rosées très nettes. La température est le matin 38 degrés, le soir *39°9*. Le pouls, à 80, est assez hypotendu.

Le sérodiagnostic de Widal au 1/20 est entièrement négatif. Le malade est soigné par des bains à 24 degrés toutes les quatre heures.

Les jours suivants, l'état reste le même, sans modifications appréciables. La température a quelques oscillations descendant même le 5 au matin jusqu'à 37°3 pour remonter le soir à 40 degrés. Le pouls, assez bon, bat à 88 environ. Les urines sont abondantes.

Le *6 septembre*, le malade se plaint d'une douleur dans la jambe gauche; malgré un examen très soigné, il n'est possible de constater rien d'anormal ni dans la cuisse, ni dans la jambe.

Le 7 *septembre*, la douleur de la jambe gauche est plus accentuée. On note un œdème blanc douloureux autour des malléoles. La jambe est placée dans une gouttière et le traitement par les bains supprimé. On essaye d'obtenir une immobilité absolue. Le 7 septembre, la température s'élève le soir à 41 degrés. Le pouls est *à 100*.

Le *9 septembre*, l'état du malade paraît moins bon. L'abattement est plus marqué. Le facies est très pâle. Le pouls est à 104, régulier mais petit. Le cœur est normal. La langue est très sèche et trémulante. La diarrhée a diminué.

A l'examen des poumons, on trouve de la matité aux deux bases, les vibrations vocales sont diminuées et, à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants.

Les jours suivants, l'état reste assez sérieux. La température est au-dessus de 40 degrés. La phlébite ne s'aggrave pas.

Le *13 septembre*, l'état semble meilleur. La température est toujours à 40 degrés, le pouls, à 100, nettement régulier et dicrote. La langue est moins blanche, le sommeil meilleur. Des signes de bronchite disséminés persistent et sont prédominants à gauche.

L'amélioration légère persiste le 14. On prescrit cependant XX gouttes de solution d'adrénaline au 1/1000 en potion.

Le *15 septembre*, le malade se sent plus fatigué, le pouls est assez faible. La dose d'adrénaline est augmentée, XXX gouttes *par jour*.

Les bruits du cœur sont un peu sourds. La langue est sèche et on note un peu de ballonnement du ventre.

Le *17 septembre*, le malade dit avoir eu un frisson la nuit. On constate que le pied droit est œdématié et rouge. La jambe droite est placée dans une gouttière. Le pouls est à 102, la tension artérielle *est à 12*. La diarrhée réapparaît.

Le *19 septembre*, l'état est un peu plus grave. Le malade a un peu de délire ; il se plaint continuellement. Il a un peu de raideur de la nuque. La température est à 40°2. L'adrénaline est supprimée.

Le *20 septembre*, dans la région fessière, on trouve une zone rouge légèrement ulcérée : il y a là un début d'escarre. Les urines sont examinées : il n'y a ni albumine ni sucre.

Le *21 septembre*, le pouls devient plus faible, un peu irrégulier. La température est de 38°1.

La diarrhée persiste, le malade a même de l'incontinence des matières. La langue est très sèche. On recherche des signes méningés, on n'en constate pas.

Le *22 septembre*, le séro-diagnostic de Widal, qui n'avait pas été fait depuis le 31 août, est cette fois nettement positif au 1/40.

Le *23 septembre*, on constate que le premier bruit du cœur est nettement assourdi.

A midi, le malade a un grand frisson, et à quatre heures, la température qui, le matin, était de 38 degrés, monte à 40 degrés.

Le *24 septembre*, le malade a un délire assez violent.

Jusqu'au 1er octobre, les signes sont à peu près les mêmes. La température redescend doucement à 38 degrés.

Le *1er octobre*, on note un œdème très fort de la jambe gauche. De plus l'escarre fessière s'est agrandie. Cette escarre ne cesse d'augmenter les jours suivants. L'état général paraît cependant meilleur. Le malade n'a plus de délire. La température tend à baisser.

Le *5 octobre*, la température est à 38 degrés, 38°5, le pouls est meilleur. La crise urinaire est notable.

11 octobre. On commence à alimenter le malade.

La phlébite double persiste, mais en voie d'amélioration. Les escarres fessières persistent, mais diminuent. La température est à peu près normale, 37 degrés, 37°5.

18 octobre. L'escarre continue à diminuer.

L'état est satisfaisant les jours suivants. L'escarre se cicatrise peu à peu.

1er novembre. Le malade commence à se lever.

Le *8 novembre*, brusquement la température monte le soir à 38 degrés. L'œdème périmalléolaire de la jambe gauche réapparaît. Le malade cesse de se lever.

13 novembre. Après une période de quelques jours où la température était le soir de 38 degrés ou voisine de 38 degrés, le malade se plaint de douleurs dans la hanche droite. La palpation de la région ne montre rien d'anormal.

29 novembre. La douleur persiste. On constate un peu d'empâtement au niveau de la crête iliaque droite. La palpation de cet os est très douloureuse.

1er décembre. Même état.

5 décembre. Le malade accuse une légère douleur au niveau des vertèbres lombaires. La douleur iliaque persiste.

13 décembre. Examinant le malade debout, on note une scoliose lombaire à convexité gauche, un aplatissement de la fesse droite.

Au niveau de la région fessière droite, on note encore la douleur iliaque.

Il se produit une certaine amélioration les jours suivants. Des signes de phlébite, il ne persiste que de la fatigue du membre après la marche, le soir. Le soir aussi, il y a un peu d'œdème des jambes.

6 janvier 1911. Le malade quitte l'hôpital en bon état. Il ne souffre plus. La scoliose lombaire persiste.

Le *27 janvier*, le malade revient dans le service. Son état était le même qu'à sa sortie. Il se plaignait simplement de quelques douleurs, de fatigue des jambes et d'œdème survenant le soir, séquelles de sa phlébite double. Après quelques jours de repos, il quitte de nouveau le service.

Les phlébites ne sont pas déjà une complication fréquente de la fièvre typhoïde. Encore sont-elles habituellement tardives. Or, ici, la phlébite a été précoce. Elle a, de plus, évolué par poussées successives. Notons aussi l'apparition, à la convalescence, d'une ostéite rare, l'ostéite iliaque. Malgré ces diverses complications, malgré l'existence d'escarres fessières, malgré les phénomènes de collapsus, le malade a fini par guérir spontanément.

Obs. II. — *Fièvre typhoïde. Complication pulmonaire. Coprostase avec signes généraux et abdominaux graves.* — Cl... (Léon), trente-trois ans, entre le 11 septembre.

A noter dans les antécédents héréditaires que la mère est morte d'un cancer.

Le malade est alcoolique chronique. Il souffre de la tête depuis huit jours, et a dû interrompre son travail. Il se plaint d'insomnie, de cauchemars. Il s'est couché il y a trois jours, on ne constate ni diarrhée, ni épistaxis. Par contre, il y a du gargouillement de la fosse iliaque droite. La rate ne paraît pas augmentée de volume. La langue est sale. La constipation est marquée.

Les autres organes sont normaux : on note cependant quelques râles de bronchite. Température, 40 degrés; pouls, 100, régulier, un peu dicrote.

Le malade est assez abattu, il est hébété.

Les urines sont rares, ne renferment pas d'albumine.

Le séro-diagnostic de Widal est faiblement positif au 1/40e, nettement positif au 1/20e.

Les jours suivants, apparaissent des signes de fièvre typhoïde évoluant normalement. Le 15 septembre, on note un léger nuage d'albumine.

Le *20 septembre*, dans la nuit, l'état s'aggrave, le malade se plaint de douleurs abdominales intenses. Le ventre est ballonné, météorisé, le malade a de la diarrhée. Il n'a pas de vomissements. La température est le matin, de 39°7, le soir, de 39°8. Ces signes graves ont fait penser un instant à la possibilité d'une perforation intestinale. La suppression des bains est immédiatement ordonnée.

Le *21* au matin, le malade se plaint de douleurs très vives, lancinantes au niveau de son périnée. On ne constate rien de particulier à la palpation.

Le toucher rectal est pratiqué et on constate alors que le *rectum est obstrué par des matières extrêmement dures.* Par des lavements huileux et par une évacuation manuelle, le malade est enfin débarrassé de ces douleurs horribles qu'il ressentait au niveau de son périnée.

Les *jours suivants*, l'état est meilleur. Les bains à 30 degrés supprimés le 20 septembre, sont repris.

Le *5 octobre* (température, 39°2, pouls 100), on note à la base du poumon droit un souffle léger aux deux temps avec une pluie de râles fins. Le malade n'a ni dyspnée, ni douleur.

Le *9 octobre*, persistent des signes de congestion de la base du poumon droit.

Le *11 octobre*, on note une douleur au niveau du creux poplité gauche, on pense à un début de phlébite. Température 38°8.

Le *13 octobre*, la température est de 37°2.

A la base du poumon droit, matité absolue, abolition du murmure vésiculaire. Une ponction exploratrice est négative.

Le *18 octobre*, la diminution de la respiration persiste à droite, mais cependant le murmure vésiculaire s'entend sur toute la hauteur du poumon. Le malade est en convalescence.

Les *premiers jours de novembre*, le malade sort *guéri.*

Ce qui fait l'intérêt de ce second cas, c'est que le malade a présenté, à un certain moment, des réactions péritonéales telles qu'un chirurgien distingué, consulté à son sujet, s'est demandé s'il n'allait pas intervenir. Ces réactions n'étaient pas dues à une hémorragie ou à une perforation; elles tenaient seulement à une coprostase extrême qui, étant donnée l'obnubilation du malade, avait passé complètement inaperçue. Il y aura donc lieu désormais d'ajouter la coprostase à la liste des syndromes qui peuvent simuler une perforation. Précaution d'autant plus importante que la thérapeutique différera naturellement du tout au tout, selon que l'on aura affaire à une rupture de l'intestin ou à une banale accumulation de matières dans le rectum.

MÉDECINE PRATIQUE

LA BELLADONE

Un auteur, dont les livres et articles de thérapeutique sont toujours très lus et fort appréciés, M. Gaston Lyon, constatait récemment « que la belladone est moins employée par la majorité des médecins qu'elle ne l'était autrefois » ; et cependant « la belladone est l'un des rares médicaments qui ne trompent pas la confiance du médecin, lorsque leur emploi est nettement indiqué et qu'on les prescrit à doses suffisantes » (1). Huchard aimait à répéter qu'une vingtaine de médicaments peuvent suffire à la thérapeutique journalière, mais à cette condition qu'on les connaisse bien et que par conséquent on sache les manier habilement; la belladone compte parmi ces vingt médicaments nécessaires et presque suffisants.

Narcotique, antispasmodique, antinévralgique, mydriatique, modérateur des sécrétions, voilà les propriétés de la belladone indiquées par tous les formulaires; les principales préparations sont l'extrait de belladone (extrait de feuilles et extrait de racines, ce dernier un peu plus riche en atropine), la poudre de feuilles ou de racines, le sirop de belladone, les teintures alcoolique et éthérée. Le Codex de 1908 a supprimé les extraits alcooliques de semences et de racines, ainsi que la teinture éthérée; deux préparations ont été modifiées : le sirop de belladone est, depuis 1908, trois fois moins actif, la teinture de belladone moitié moins active. Pour l'usage externe, l'emplâtre d'extrait de belladone qui contenait 75 p. 100 d'extrait alcoolique de semences ne contient plus que 25 p. 100 d'extrait alcoolique de feuilles sèches. Quant à l'atropine, le plus important des principes actifs de la belladone, elle est employée surtout sous forme de sulfate;

(1) G. Lyon. Causeries thérapeutiques, *La Clinique*, 21 juillet 1911.

son nom seul doit inspirer la méfiance : Atropos était jadis l'une des trois Parques ; c'est un poison violent, puisque « la dose toxique de l'atropine se confond presque avec la dose thérapeutique » (Gilbert et Yvon).

Les doses de ces diverses préparations sont, pour un adulte, et par vingt-quatre heures :

Poudre de feuilles, de 0g15 à 0g20;
Extrait alcoolique, de 0g02 à 0g10;
Teinture, de 0g50 à 2 grammes ; LIV gouttes = 1 gramme;
Sirop, 10 à 30 grammes.

On utilise aussi des pommades à l'extrait de belladone (1 gramme d'extrait pour 10 ou 20 d'excipient) et des suppositoires avec ce même extrait (0g01 à 0g02 par suppositoire).

Le sulfate d'atropine sera prescrit à la dose maximum de 2 milligrammes par vingt-quatre heures, en doses fractionnées d'un demi-milligramme; ce médicament est surtout utile aux ophtalmologistes pour des collyres.

Dans beaucoup d'affections des *voies respiratoires*, l'emploi de la belladone est indiqué. C'est ainsi qu'on préconise la belladone, associée à l'aconit, pour diminuer la congestion et l'écoulement nasal chez les malades atteints de *coryza* :

Teinture de belladone.......... } *ââ* 3 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.. }

Trois fois par jour x gouttes dans un peu d'eau sucrée.

C'est surtout dans le *rhume des foins* que la belladone pourra aider à tarir la sécrétion de la muqueuse pituitaire et à calmer la dyspnée, si le malade présente la forme asthmatique de cette affection. On donnera alors les pilules d'opium et de belladone selon la formule :

Extrait thébaïque........... } *ââ* 0g01.
— de belladone......... }

Pour une pilule n° 10. Trois ou quatre par jour.

A un enfant atteint de *laryngite striduleuse*, on pourra prescrire, comme antispasmodique, la potion suivante :

Bromure de potassium......... 1 gramme.
Sirop de belladone......... 5 à 10 —
Eau distillée .... } *ââ* 30 —
Sirop d'écorces d'oranges.. }

A prendre par cuillerées à café de façon à donner 0g25 de bromure et 1 gramme de sirop de belladone par année d'âge.

Au début de la *trachéo-bronchite*, la belladone calme la toux sèche et quinteuse ; le mélange à parties égales de teinture de belladone et d'alcoolature d'aconit, que nous avons indiqué pour le rhume des foins, peut aussi servir dans ces cas. Même emploi de la belladone contre la *toux des tuberculeux*; les pilules d'extrait thébaïque et de belladone donnent souvent de bons résultats. Aux tuberculeux, s'ils ont des sueurs nocturnes, le sulfate neutre d'atropine procurera parfois un soulagement notable; cependant, comme le fait remarquer M. Lyon, c'est plutôt en modérant la fièvre, par le repos et les lotions froides, que l'on diminue le mieux les sueurs des phtisiques.

Dans l'*asthme*, Trousseau prescrivait souvent la belladone ; au moment de la crise, les cigarettes de datura et les cigarettes Espic réussissent habituellement bien; celles-ci sont faites avec des feuilles de belladone, jusquiame, stramoine et phellandre, avec un peu d'extrait d'opium et d'eau de laurier-cerise. Dans l'intervalle des crises, Trousseau donnait le traitement suivant : belladone pendant dix jours, capsules d'essence de térébenthine dix jours, et cigarettes arsenicales les dix derniers jours du mois. Pour les dix jours de traitement à la belladone voici la méthode de Trousseau (1) : le malade prend le soir, en se couchant, d'abord une, puis, trois jours

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 495

après, deux, et les quatre derniers jours, quatre pilules ainsi composées :

Extrait de belladone .... } *ââ* 0g01.
Poudre de belladone........ }

F. s. a. une pilule.

La *coqueluche*, cette affection plus grave qu'on ne le croit trop généralement (1) et contre laquelle les méthodes de traitement sont tellement nombreuses qu'il faut renoncer à les citer toutes, peut être très améliorée par un traitement belladoné bien dirigé. Ici encore, c'est Trousseau qui nous en donne la formule : « Pour un enfant du premier âge, vous faites faire des pilules contenant chacune un demi-centigramme d'extrait de belladone et un demi-centigramme de poudre de belladone. Pour un enfant au-dessus de quatre ans et pour les adultes, les pilules contiendront un centigramme d'extrait et de poudre. Vous recommandez au pharmacien que ces pilules ne soient pas argentées. Pour les jeunes enfants qui ne savent pas avaler les pilules, on les délaye dans une petite quantité de sirop. Le matin à jeun, on administre une de ces pilules, et de même le jour suivant. Si les quintes diminuent de fréquence, on continue les mêmes doses. Sinon vous donnez une pilule de plus et vous donnez les deux du même coup. C'est un point capital; quelles que soient les doses de belladone, il est essentiel que ces doses soient prises en même temps (2). »

Dès que le résultat est obtenu, on continue quelques jours les mêmes doses de belladone, puis on diminue progressivement. Telle est la méthode de Trousseau; mais on peut prescrire aussi la belladone aux petits coquelucheux sous forme de teinture ou de sirop : teinture de belladone, II à IV gouttes par année d'âge; sirop de belladone, un gramme par année, par exemple :

Sirop de belladone......... 25 grammes.
Sirop de tolu...... Q. s. p. 125 cent. cubes.

Un gramme de sirop de belladone par 5 centimètres cubes (Lyon).

Précieux médicament pour les affections des voies respiratoires, la belladone fait aussi partie de la thérapeutique gastro-intestinale. On peut la prescrire dans la *sialorrhée* des dyspeptiques nerveux, dans l'*hyperchlorhydrie*, dans les diverses douleurs gastriques, dans la *colique hépatique* et dans la *colique de plomb*. Mais c'est peut-être dans la *constipation spasmodique* que son emploi est particulièrement indiqué, et voici, pour ces cas, la technique de Trousseau. « Je formule des pilules contenant chacune un centigramme d'extrait et autant de poudre de belladone. On en prend une à jeun le matin plutôt que le soir. On va à deux après cinq ou six jours et l'on ne doit que rarement excéder la dose de quatre ou de cinq; ces pilules, quel qu'en soit le nombre, doivent être prises en même temps... Ce remède ne doit pas être continué dès que les selles sont devenues régulières, et il faut laisser aux organes le soin d'agir sans auxiliaire; que si la belladone reste impuissante, on devra, le soir, administrer en même temps une cuillerée à café d'huile de ricin (3). »

Il me reste à signaler l'emploi de la belladone dans quelques affections du système nerveux, par exemple dans l'*épilepsie* et l'incontinence nocturne des urines. Sans doute, le bromure de potassium est le *pain de l'épileptique* (Charcot, Voisin) ; cependant, il est parfois nécessaire de supprimer la médication bromurée et alors on se rappellera que Bretonneau accordait une grande confiance à la belladone, mais il faut

(1) Voir ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE. Les dangers méconnus de la coqueluche, *Acad. de méd.*, 6 juin 1911, et *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 110.

(2) *Clinique médicale*, t. II, p. 521.

(3) *Clinique médicale*, t. III, p. 198.

que le médicament soit continué très longtemps et à fortes doses; les malades de Bretonneau et de Trousseau arrivaient à prendre par jour cinq, dix, quinze et vingt pilules contenant un centigramme d'extrait et un centigramme de poudre. Trousseau formulait aussi :

Sulfate neutre d'atropine ... 5 centigrammes.
Eau-de-vie blanche........ 5 grammes.

Une goutte de cette solution correspond à une des pilules précédemment indiquées.

Je dois citer encore une fois textuellement Trousseau à propos du traitement de l'*incontinence nocturne des urines* par la belladone. « Ce médicament constitue un remède sinon infaillible, du moins éminemment utile. Presque toujours, il amène un amendement notable dans la fréquence des accidents, et, en un grand nombre de cas, il les fait cesser complètement. »

L'administration de la belladone sera basée sur le même principe : donner en une seule fois, et ici ce sera le soir, une dose suffisante de belladone, en une ou plusieurs pilules. Il est bien évident que la belladone agira seulement sur les cas dans lesquels l'incontinence dépend d'une excessive irritabilité de la vessie; s'agit-il, au contraire, d'une atonie du sphincter vésical, on préférera la médication par la strychnine.

Après avoir ainsi rappelé les principales indications de la belladone, il faut insister encore sur les accidents qui peuvent survenir au cours du traitement, sur la susceptibilité particulière de quelques sujets qui présentent des symptômes d'intoxication avec des doses relativement faibles. On surveillera donc, chez les malades qui prennent de la belladone, les pupilles (dilatation pupillaire), la gorge (sécheresse de la gorge et dysphagie), le système nerveux (délire, hallucinations, perte de la sensibilité), l'appareil digestif (nausées), etc. On suspendra la médication belladonée s'il se produit quelque incident.

M. BRELET.

CONGRÈS FRANÇAIS DES VILLES D'EAUX
STATIONS BALNÉAIRES & CLIMATIQUES
(Paris, 11-14 décembre 1911.)

Arrivé à sa troisième session, le Congrès paraît avoir atteint l'âge adulte. Son organisation n'allait pas, d'ailleurs, sans poser des problèmes d'autant plus difficiles à résoudre qu'ils n'avaient, jamais encore, été abordés. Les villes d'eaux, bains de mer, stations climatiques, ont des intérêts communs, mais aussi des intérêts divergents, et il n'est pas rare que les seconds semblent plus importants que les premiers. Dans une même station, il existe des groupes différents : établissements thermaux, médecins, casinos, hôteliers, syndicats d'initiative, industries saisonnières, etc.; et si, pour l'observateur non prévenu, qui examine du dehors ce microcosme, il semble évident que l'intérêt de chacun de ces organes est de collaborer étroitement à la vitalité de l'ensemble, il n'en est pas moins établi, par l'expérience, que les mœurs villageoises donnent souvent aux représentants de ces groupes une notion tout autre de leurs intérêts. Bien plus, dans une même corporation, les individus cherchent parfois à se gêner mutuellement, et ne voient de concurrence que chez leur voisin, alors qu'ils devraient s'unir à lui pour lutter contre la concurrence extérieure.

La pensée de ceux qui, en 1905, créèrent le Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques fut, évidemment, d'apprendre à ces trois groupes de villes saisonnières à rechercher les intérêts qui les unissent et à régler ceux qui les divisent; d'apprendre à chacun des groupes d'une même station qu'il ne peut vivre et se développer sans le concours des autres (et bien moins encore à leur détriment); d'apprendre, enfin, aux individus composant un même groupe, qu'en se gênant les uns les autres par une guerre de tarif ou par un débinage maladroit, ils aboutiront inévitablement à un avilissement général et progressif de leur profession.

Il y avait à vaincre encore une autre difficulté : chaque station, quelle que soit son exiguité, a eu primitivement une tendance désastreuse à l'isolement. Ses voisines lui apparaissaient comme des ennemies, d'autant plus dangereuses qu'elles étaient plus proches. Et si cette mentalité rudimentaire venait à être dépassée, si un embryon d'entente régionale était créé, on voyait alors la région s'ériger en antagoniste de la région voisine. Cependant, que peut faire une station, ou même une petite région, pour assurer le recrutement de sa clientèle, si elle est réduite à ses seules ressources ? — Editer un livret guide, qui ne dépasse pas les départements voisins ou que l'on donne aux visiteurs ? — L'effort est puéril, puisque les habitants des environs viendront inévitablement un jour ou l'autre, en raison de leur proximité; et que les visiteurs déjà arrivés dans la station, ou à la veille de s'y rendre, ne peuvent être considérés comme des recrues nouvelles.

Les fédérations des syndicats d'initiatives, des Alpes, de la Côte d'Azur, de la Provence, de l'Auvergne, des Vosges, du Sud-central et du Sud-Ouest de la France, ont témoigné déjà d'une compréhension plus intelligente des intérêts locaux. Les syndicats de médecins, d'hôteliers, l'Union des établissements thermaux, ont réalisé un autre progrès parallèle. Mais c'est au Congrès qu'il appartient d'amener ces différents groupements, régionaux ou corporatifs, à s'entendre entre eux, en vue d'une organisation et d'une action communes.

Or, si, depuis quelques années, l'on a marché à grands pas dans cette voie salutaire, il n'est pas douteux que les sanctions pratiques, qui doivent résulter de cette évolution des esprits, sont encore bien loin d'être suffisantes. Cependant, l'aide que les premiers groupements ont reçue des compagnies de chemins de fer et du Touring Club, les résultats que cette aide leur a permis d'obtenir (et auxquels des stations isolées ne fussent jamais parvenues) sont déjà suffisants pour montrer, aux plus réfractaires, que là est l'avenir.

Si l'on excepte quelques discours trop évidemment empreints de préoccupations locales, on peut, sans hésiter, affirmer que l'œuvre du Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques, vient de se préciser, d'une manière certaine, dans le sens que nous indiquons, pendant cette troisième session; et que l'organisation difficile de ce nouveau groupement est maintenant arrivée à un point où elle doit donner des résultats importants et prochains.

*
* *

De très grandes questions ont été examinées, en effet, et nettement résolues dans un esprit d'intérêt général. Souhaitons qu'elles soient comprises de même en dehors du Congrès, et que l'esprit particulariste, ou les intérêts de clocher, ne viennent point gêner malencontreusement l'exécution de l'œuvre commencée.

Trois de ces questions avaient été déjà l'objet d'études préliminaires dans les réunions préparatoires du Congrès, dans ses précédentes sessions et au dehors. Ces trois questions sont : 1° l'enseignement de l'hydrologie et de la climatologie; 2° la création d'un Institut central de recherches pour les mêmes sciences; 3° la perception de la taxe de séjour.

Sur le premier sujet, M. le professeur Albert Robin, rapporteur, a résumé son exposé dans le vœu suivant, voté par le Congrès :

Le Congrès, considérant que l'éducation du médecin, au point de vue hydrologique et climatologique, est aussi nécessaire en

France qu'à l'étranger, appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité et l'urgence de la création d'un enseignement de l'hydrologie et de la climatologie dans les Facultés de médecine, et, en premier lieu, à Paris.

A ce vœu, M. le docteur Nivière a fait ajouter le souhait que le nouvel enseignement soit institué, dès le prochain semestre d'été, dans toutes les Facultés et Ecoles de médecine de France, — qu'il soit obligatoire et sanctionné par un examen.

A propos de la deuxième question (*Institut d'hydrologie et de climatologie*), l'on a fait remarquer avec raison que beaucoup de sciences, ayant des applications industrielles, possèdent déjà, en France, des instituts florissants, qui rendent aux spécialistes, et au public, des services incontestables. Or, l'hydrologie, la climatologie, sont des sciences à applications industrielles, dont le rendement se chiffre par des centaines de millions, et un centre d'études scientifiques, d'où résulteront les progrès industriels, leur manque aujourd'hui et leur est indispensable. L'on ne peut pas objecter que cette création nécessite des ressources introuvables dans le budget, puisque les fédérations des stations thermales et climatiques offrent de les fournir. Puis donc que l'œuvre se justifie théoriquement et pratiquement, et que l'argent et les hommes ne manquent point pour la réaliser, souhaitons que l'initiative privée lui donne naissance à bref délai; — l'Etat la reconnaîtra ensuite.

La loi sur la *Taxe de séjour* (troisième question), étant déjà votée, grâce aux efforts des précédents Congrès et du Groupe interparlementaire des stations thermales et climatiques, la session actuelle du Congrès n'avait plus qu'à examiner les conditions d'application de cette loi. On sait que la taxe de séjour est un impôt nouveau et facultatif, qui pourra être perçu dans toutes les stations, sur les visiteurs exclusivement. Jusqu'ici, la population sédentaire de la station était seule à payer l'impôt, de telle sorte qu'une localité ayant une population fixe de 1 000 habitants, par exemple, et une population flottante de 30 000, devait, avec le montant des impôts payés par ses 1 000 habitants sédentaires, faire face aux nécessités résultant de la présence d'une population moyenne de 10 000 personnes (en supposant que cette population se renouvelât trois fois durant la saison). C'était là, évidemment, une situation tout à fait anormale, et l'on est d'accord pour admettre que les incommodités et les imperfections de nos stations résultent, pour une grande part, de cette anomalie. Dorénavant, les visiteurs paieront donc aussi l'impôt, au prorata de leur séjour, ainsi qu'ils le font dans plusieurs pays étrangers, et les ressources de la station seront ainsi mieux proportionnées à ses besoins réels. Il ne faut pas s'attendre, du reste, à ce que la perception, la répartition et l'utilisation de ces nouvelles ressources aillent, au début du moins, sans quelques erreurs : c'est à prévenir ces erreurs que le Congrès s'est employé.

***

En outre de ces questions antérieurement étudiées, le Congrès a examiné une idée nouvelle exposée par M. le docteur Meillon : « Toutes les stations françaises, de quelque nature qu'elles soient, s'entendraient sur le programme d'une publicité commune qui serait faite régulièrement et continuellement, en France et à l'étranger, au profit des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques. » Il est devenu abusif de répéter que nous avons des climats plus agréables, des stations thermales plus variées, des villes hivernales et des bains de mer plus nombreux, que n'importe quelle autre nation. Mais il ne suffit pas de les avoir, il faut encore dire que nous les avons, et le dire de telle sorte qu'on le sache. Or, une publicité porte en raison directe de son importance, du nombre et de la fréquence de ses répétitions. Bien peu de stations ont des ressources assez considérables et régulières pour assurer ces répétitions, surtout quand il s'agit d'une publicité importante. La plupart des stations font généralement un ou deux efforts successifs, petits ou grands, et ne les continuent pas, persuadées qu'elles ont fait tout le nécessaire, parce qu'elles ne peuvent faire davantage.

La Commission nommée à la suite du rapport de M. Meillon, aura pour tâche de rechercher les moyens pratiques de réaliser l'idée qu'il a fait accepter par le Congrès, et de grouper les ressources nécessaires, en ajoutant les subventions des stations au prélèvement sur les jeux, dont l'Etat abandonnerait une part à cette œuvre intéressante.

Aux Compagnies de chemins de fer, le Congrès a adressé des vœux nombreux pour l'amélioration du service des voyageurs et des bagages; l'extension des billets d'aller et retour à prix réduit aux stations qui ne les possèdent pas encore; le recul des limites d'âge donnant droit aux billets réduits pour les enfants, etc.

Enfin, les questions relatives à l'amélioration de l'industrie hôtelière, à l'hygiène de l'hôtel, aux régimes (docteur Mazeran, rapporteur) ont été traitées avec une ampleur particulière, et elles ont donné aux syndicats d'hôteliers l'occasion d'affirmer une fois de plus leur bonne volonté. Il a été fort intéressant d'entendre exposer par ceux-ci, comment le défaut d'entente entre les médecins d'une même station, la diversité des régimes qu'ils prescrivent, leurs contradictions, leur manque de cohésion et de discipline, ont précisément rendu difficile, et parfois impossible, la tâche de l'hôtelier chargé de préparer les régimes, et d'autant plus désireux de le faire, qu'il y voit, à la fois, l'intérêt de son client et le sien propre.

***

Il n'est que juste de mentionner les services rendus par M. Lasteyras, maire de Vichy et président du Congrès, l'un des organisateurs les plus actifs des congrès précédents, l'un de ceux qui ont le mieux travaillé à préparer la législation sur la taxe de séjour et sur les jeux.

MM. les sénateurs Astier, Pedebidou et Forsans, les docteurs Bardet et Briand, dans les sections qu'ils ont présidées durant trois journées de travaux assidus, ont su faire aboutir des discussions souvent très larges, et quelquefois vives. Grâce à eux, le congrès ne s'est pas terminé sans avoir formulé des conclusions précises. M. le sénateur Astier et M. le député Garat, au nom de la commission interparlementaire des stations thermales et climatiques, se sont formellement engagés à appuyer, auprès du parlement, les vœux du Congrès dont, par conséquent, on peut espérer une réalisation partielle. M. le docteur Briand a fait, au nom du Touring Club, une promesse analogue, pour ce qui concerne les vœux relatifs aux Compagnies de chemins de fer. M. Lorieux a pris le même engagement, au nom de l'Office national du Tourisme au ministère des Travaux publics.

Le Congrès s'est séparé jeudi à midi, en remerciant le journal *Excelsior* de la fastueuse hospitalité qu'il lui avait offerte. Les pouvoirs de la commission permanente ont été renouvelés, ses cadres complétés, et la présidence du suivant Congrès a été confiée à M. Fère, président de l'Union des établissements thermaux de France. M. Lasteyras, président sortant, MM. les professeurs Landouzy (qui, retenu à la Faculté, n'avait pu assister au Congrès) et Albert Robin, ont été acclamés présidents d'honneur.

Le bureau du suivant Congrès a été complété ainsi : vice-présidents : MM. les docteurs Bardet et Briand, M. Forsans, sénateur, présidents des trois sections du Congrès précédent; secrétaires : MM. les docteurs Victor Gardette et Maurice Faure; trésorier : M. le docteur Meillon.

A l'issue du Congrès, et comme manifestation des sentiments qui y naissent ou s'y développent, trois nouvelles fédérations ont jeté leurs bases : 1° Fédération des stations pyrénéennes, à l'image de la Fédération des stations d'Auvergne constituée l'été dernier; 2° Fédération des bains de mer;

3° Syndicat général des hôteliers des stations thermales et climatiques françaises.

Enfin, samedi, M. Fère a réuni le bureau afin de procéder à la sélection et à la coordination des vœux du Congrès. Tous ceux qui sont immédiatement réalisables ont été résumés et remis à M. le sénateur Astier qui les a reçus au nom de la commission interparlementaire, laquelle les remettra aux ministres compétents dans le cours de la semaine.

MAURICE FAURE.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon*, *22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LE DIABÈTE

Diabète suraigu au cours d'une septicémie. — M. COURTELLEMONT (d'Amiens). Un adulte, bien portant, vigoureux, indemne jusqu'alors de tout diabète, est pris d'accidents infectieux à forme d'embarras gastrique d'abord, à forme ataxo-adynamique ensuite, avec 40 degrés et plus de température; le septième jour, ces accidents s'amendent ne laissant qu'une albuminurie avec anurie et urémie; le onzième jour, apparaît pour la première fois un diabète avec 10g90 de sucre par vingt-quatre heures, de la polyurie (6 litres d'urine), de la polydipsie; le quatorzième jour, le sucre atteint 221g46; le quinzième jour, acétonurie, coma, mort. Il existait une lymphocytose céphalo-rachidienne légère. Ce diabète suraigu, qui a évolué en cinq jours, est tout à fait remarquable par le caractère foudroyant de son évolution; il l'est aussi par son étiologie manifestement infectieuse. L'auteur pense qu'il est dû à une localisation d'une septicémie aiguë sur un des centres qui président à la régulation des fonctions glycogéniques, le système nerveux central probablement. L'ascension thermique du dernier jour et la courte durée du coma sont aussi à relever.

M. LABBÉ (de Paris). Les cas de diabète suraigu sont rares. Il a, lui aussi, observé un cas de diabète aigu à la suite d'une angine. Les symptômes avaient débuté surtout par de la fatigue et des troubles oculaires. Cette allure très grave du début ne se maintint pas, et le malade guérit.

Relations entre l'hyperacidité urinaire et l'élimination de corps acétoniques chez les sujets sains soumis à l'inanition ou à une alimentation entièrement privée d'hydrates de carbone. — M. F. MAIGNON (de Lyon). Dans des recherches antérieures, nous avons montré que l'aggravation de l'acétonurie diabétique constatée lors de la substitution d'aliments gras aux aliments hydrocarbonés de la ration, n'est due ni à la restriction des hydrates de carbone, ni à l'ingestion de graisses, mais uniquement à l'hyperacidité urinaire qui en résulte. Il suffit, en effet, d'empêcher l'élévation de l'acidité urinaire par l'administration de bicarbonate de soude pour placer les malades à l'abri de cet inconvénient. Chez les diabétiques acétonuriques, traités par le régime des corps gras, on voit l'acétone diminuer et même disparaître si l'on a le soin de maintenir l'acidité urinaire dans ses limites normales, à l'aide d'alcalins.

Dans ces dernières recherches, entreprises en collaboration avec M. L. Morand, nous nous sommes proposé de vérifier si l'apparition des corps acétoniques dans l'urine des sujets sains, soumis à l'inanition ou à une alimentation exclusivement carnée et grasse, ne relevait pas de la même cause.

Les expériences que nous avons instituées pour l'étude de cette question ont pleinement confirmé cette manière de voir. Nous n'en donnerons ici que les conclusions essentielles :

1° L'acétonurie n'apparaît pas chez des chiens soumis à l'inanition ou à une alimentation exclusivement carnée et grasse, si l'on a le soin d'éviter l'élévation de l'acidité urinaire par l'administration de bicarbonate de soude.

2° L'acétonurie, lorsqu'elle a apparu sous l'influence des causes précitées, disparaît par l'administration de ce même sel.

3° En même temps que les corps acétoniques disparaissent sous l'influence du bicarbonate de soude, on voit l'ammoniaque urinaire diminuer. Ces trois facteurs : acidité, ammoniaque urinaire et corps acétoniques varient toujours dans le même sens.

L'amino-acidurie au cours de l'acidose. — MM. Marcel LABBÉ et BITH (de Paris). On sait l'intérêt de l'étude de l'évolution des albumines chez les diabétiques, surtout au cours de l'état d'acidose.

Nous avons fait des recherches sur les amino-acides, produits de dégradation intermédiaire. Nous employâmes la méthode de Sorensen chez des diabétiques avec ou sans acidose.

On sait que normalement les sels ammoniacaux existent en plus grande quantité que les amino-acides. Chez les diabétiques, ce rapport est inversé et ce sont les acides aminés qui l'emportent sur les sels ammoniacaux. Fait frappant, en contradiction avec l'explication de l'ammoniurie, chez les diabétiques avec acidose on constate que les acides aminés ne peuvent saturer. Ils sont seulement la traduction d'une dégradation anormale en rapport probablement avec l'insuffisance de la cellule hépatique.

Le traitement alcalin, de même que le régime lacté, diminue les acides aminés. De même la cure d'avoine.

On peut donc conclure que l'augmentation des acides aminés établit l'existence d'un trouble considérable dans le métabolisme des matières albuminoïdes et montre qu'il y a lieu de chercher dans ce sens pour expliquer les phénomènes toxiques de l'acidose.

Mais on ne saurait attribuer l'intoxication aux acides aminés. Ils ne sont là que la traduction d'un désordre physiologique de l'évolution des albumines.

M. HUGOUNENCQ. M. Marcel Labbé a noté l'augmentation des acides aminés et de l'ammoniaque. C'est là un moyen de défense de l'organisme qui réagit contre l'alcalinité des humeurs. Cette destruction des matières albuminoïdes ne produit pas un rendement d'ammoniaque égal à 100 p. 100. L'organisme est obligé de détruire une quantité d'albumines théoriquement supérieure. C'est ce qui explique cette grande quantité d'acides aminés. Il y a donc eu exagération de l'ammuniurie et exagération des acides aminés.

M. MOREL (de Lyon). MM. Hugounencq et Morel ont pratiqué il y a déjà cinq ans des dosages d'acides aminés. Il ne les ont pas publiés à cause de l'impossibilité d'avoir des chiffres comparables. Ces chiffres varient du simple au double. Le dosage très précis de l'ammoniaque dans une urine est extrêmement difficile.

Entre les matières albuminoïdes et les produits terminaux de leur utilisation il y a une foule de substances extrêmement toxiques.

Convulsions acétonémiques et convulsions urémiques. — MM. FROMENT et SAVY (de Lyon) ont été heureux de constater que les rapporteurs, MM. Lépine, Labbé et Blum, admettaient tous que l'acétonémie peut conditionner des convulsions, et reconnaissaient la valeur des observations de Stauder, de Lossen, de Lépine, de Froment et Santy, etc. L'un d'eux vient précisément de défendre cette manière de voir. Certaines convulsions survenant chez des diabétiques peuvent cependant dépendre d'une urémie intercurrente ou associée qu'il faut s'attacher à dépister.

A défaut d'un symptôme caractéristique, c'est au dosage de l'urée dans le liquide céphalorachidien, méthode précieuse pour le diagnostic et le pronostic des convulsions urémiques

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997.

et préconisée par l'un des auteurs, qu'il faut demander la solution de ce problème clinique. Une observation récente de l'un d'eux a bien mis ce fait en valeur.

Malgré la gravité des convulsions acétonémiques le traitement bicarbonaté s'impose, car il fut parfois héroïque.

MM. PALLAS et ROUBIER (de Lyon) citent l'observation d'un homme diabétique depuis vingt-deux ans qui avait fait de l'albuminurie. Cet homme présenta à la fin de son diabète des convulsions qui se reproduisirent à plusieurs reprises.

M. LÉPINE fait remarquer qu'il importe de tenir compte du terrain. Les convulsions ne sont pas rares chez les névropathes.

M. DUFOUR croit qu'il faut toujours rechercher l'imperméabilité rénale chez les diabétiques comitiaux.

Diabète maigre par sclérose atrophique du pancréas. — MM. Gilbert BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) présentent les coupes du pancréas, des glandes endocrines et du sympathique provenant d'une diabétique maigre, de cinquante-huit ans, morte subitement par asphyxie au cours d'une pneumonie caséeuse avec acétonurie.

Au point de vue clinique la courbe de la glycosurie fut parallèle à celle de l'ingestion des hydrates de carbone et l'épreuve de Léwi fut négative.

Au point de vue anatomique, le pancréas atteint de sclérose atrophique annulaire massive non folliculaire pesait 19 grammes.

Les réactions corrélatives des glandes endocrines se caractérisaient par une cirrhose avec multiplication des cellules vésiculaires de la thyroïde avec adénome, une hyperplasie marquée de l'hypophyse avec évolution nodulaire, une spongiocytose de la cortico-surrénale avec hyperplasie de la médullaire, l'intégrité relative du foie, de la rate et des reins et l'atrophie de l'ovaire.

Les ganglions semi-lunaires scléreux avec nodules inflammatoires ont leurs cellules nerveuses pigmentées et sont infiltrés d'un certain nombre de mastzellen.

L'acidose par hyperglycémie. — M. J. PARISOT (de Nancy). Peu de recherches ont été faites sur les effets de l'hyperglycémie prolongée. En faisant ingérer à des lapins tous les deux jours, pendant un temps variable de un à plusieurs mois, des quantités de sucre (glycose ou saccharose) telles qu'elles entraînent une glycosurie durant plusieurs heures, l'auteur a vu apparaître une série de manifestations pathologiques identiques à celles qu'on observe au cours du diabète chez l'homme. Cette ingestion prolongée de sucre produit en particulier des modifications importantes du métabolisme qui peuvent aboutir à un véritable état d'acidose, complication mortelle pour le lapin.

L'organisme cherche à lutter contre cette intoxication acide en faisant appel tout d'abord aux réserves alcalines, en particulier à la chaux ; ainsi s'élimine par les urines une grande quantité de phosphates, de carbonates et même d'oxalate de chaux. Cette décalcification, lorsqu'elle dure un certain temps, peut entraîner la production de lésions osseuses, fragilité des os, fractures spontanées, dont l'auteur rapporte plusieurs cas, etc. Il se produit, de plus, dans certains cas une ammoniurie abondante, l'ammoniaque étant formé aux dépens mêmes de l'animal, par autophagie qui entraîne un amaigrissement considérable. Si l'intoxication sucrée est suffisamment prolongée, l'organisme ne peut continuer la lutte contre l'acidose qui se manifeste par l'hyperacidité urinaire, convulsions, etc., et la mort. On peut enrayer ces accidents par l'adjonction à l'alimentation de l'animal, d'alcalins ou de sels de calcium. Cette intoxication acide se manifeste plus tôt chez les animaux en voie de croissance, dont les réserves en chaux sont moindres.

La diarrhée des glycosuriques. Elimination du sucre par les matières fécales. — MM. Louis RÉNON, Charles RICHET fils et Ad. GRIGAUT (de Paris) relatent le fait d'une malade atteinte de diabète pancréatique et de tuberculose pulmonaire, vérifiés à l'autopsie. Cette malade, grande glycosurique (148 à 217 grammes de sucre urinaire dans les vingt-quatre heures), présentait, dans les derniers jours de sa vie, de la diarrhée incoercible. On put déceler jusqu'à 23g5 de sucre dans 860 grammes de matières fécales. Chez deux autres malades, grands glycosuriques (300 à 350 grammes de sucre urinaire dans les vingt-quatre heures) qui n'avaient point de diarrhée, il fut impossible de trouver du sucre dans les matières fécales.

Les auteurs se demandent si, chez les diabétiques, il n'existe pas un rapport entre la diarrhée et l'élimination du sucre par les matières fécales, et si certaines diarrhées ne seraient point vicariantes de la fonction rénale, comparables à la diarrhée et aux vomissements des urémiques, dont MM. Widal et Javal ont bien précisé le rôle.

La glycosurie hypophysaire. — MM. CLAUDE et BAUDOUIN (de Paris) ont préparé des produits injectables en partant de pulpe glandulaire desséchée à froid dans le vide et ils ont remarqué qu'à dose égale l'hypophyse agit plus activement en injection qu'en ingestion. Chez l'animal sain, ils ont remarqué, comme la plupart de leurs devanciers, que, si cette glycosurie existe parfois, elle est inconstante et, en tous cas, presque toujours minime.

Il en est de même pour l'homme bien portant. En étudiant avec soin l'urine, avant et après l'injection d'hypophyse, on constate, presque toujours, une légère augmentation de la glycosurie physiologique. Elle passe absolument inaperçue si l'on se borne à l'examen usuel de l'urine. Par contre, il y a des malades chez lesquels cette glycosurie hypophysaire atteint 5, 10 et jusqu'à 20 grammes par litre, dans l'échantillon post-prandial. L'élimination se fait de trois à cinq heures après le repas et cesse ensuite. Dans certains cas, elle se poursuit pendant trois ou quatre jours étant toujours localisée aux échantillons d'urine émis de trois à cinq heures après les repas.

La glycosurie se produisant régulièrement chez les sujets offrant les signes cliniques de l'hyperfonctionnement hypophysaire, les auteurs émettent, sous toutes réserves, l'hypothèse que la glycosurie hypophysaire s'obtient chez les individus présentant déjà en circulation un excès d'hirmones hypophysaires.

Si cette hypothèse est justifiée, l'épreuve de la glycosurie hypophysaire permettrait d'évaluer dans une certaine mesure, au lit du malade, la valeur fonctionnelle de l'hypophyse.

L'épreuve de la phloridzine dans les affections hépatiques. — M. J. REBATTU (de Lyon). Ses conclusions sont basées sur l'étude de 60 observations personnelles de sujets atteints d'affections hépatiques diverses (cirrhose de Laënnec, cirrhose cardiaque, cancer, dégénérescence tuberculeuse du foie, ictère catarrhal, ictère infectieux bénin) et chez lesquels l'état fonctionnel du foie et du rein a été soigneusement étudié :

1° Pour les *affections hépatiques graves* (dégénérescence tuberculeuse, cirrhose, cancer), la glycosurie phloridzique est diminuée et plus souvent encore tout à fait nulle.

2° Dans les *affections hépatiques légères et passagères* (ictère catarrhal, ictère infectieux bénin), la glycosurie phloridzique est normale ou exagérée.

3° Dans les *affections hépatiques de gravité moyenne* la glycosurie phloridzique diminuée redevient normale au moment où se produit l'amélioration et la guérison.

4° L'absence de glycosurie phloridzique est presque toujours un indice grave ; elle semble témoigner d'une atteinte sérieuse et souvent de la défaillance définitive du foie.

Défense contre l'acidose et élimination d'azote aminé urinaire chez un chien partiellement dépancréaté. — MM. Henri LABBÉ et VIOLLE (de Paris).

Formules d'élimination des graisses fécales à l'état normal et chez un chien dépancréaté. — MM. Henri Labbé et Larue.

Coma diabétique. — M. Arthur Leclercq (de Paris).

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1911)

Typhose méningococcique. — M. A. Pissavy, Ch. Richet fils, et J. Piguot, rapportent l'observation d'un malade qui présenta successivement une septicémie méningococcique, une méningite cérébro-spinale, une broncho-pneumonie tuberculeuse et une méningite bacillaire à laquelle il succomba.

Pendant la phase septicémique, le tableau clinique était si exactement comparable à celui de la dothiénentérie que l'erreur de diagnostic fut commise jusqu'au moment où apparurent les premiers symptômes de méningite cérébro-spinale.

Les auteurs concluent de cette observation que, dans le diagnostic de la dothiénentérie, il y a lieu de faire une place à la *typhose* méningococcique, à côté de la typho-bacillose, ou la typhose syphilitique de Fournier et des typhoses paratyphiques.

Anurie exceptionnellement prolongée et à répétition, non définitive, dans un cas de cancer utérin. — MM. Edg. Hirtz et Beaufumé rapportent une observation d'anurie exceptionnelle au cours d'un cancer du corps de l'utérus. La malade présenta brusquement une première crise d'anurie complète ayant duré quinze jours; puis cette anurie cessa totalement pendant huit jours ; ensuite seconde crise d'anurie ayant duré dix jours ; enfin retour des mictions jusqu'à la mort qui eut lieu vingt et un jours après, par cachexie.

De plus, survinrent des phénomènes de grande urémie, crises convulsives, délire violent, coma après la première période d'anurie, alors que les urines étaient réapparues et qu'il était permis d'espérer que tout danger immédiat était conjuré.

La cessation d'une anurie aussi prolongée et à répétition vient encore compliquer les indications déjà si difficiles à poser de la possibilité d'une néphrostomie.

En somme, le pronostic de l'anurie dans le cancer de l'utérus n'est pas toujours fatal, même s'il y a répétition de l'anurie ou complication de grande urémie.

A propos d'une épidémie parisienne d'entérites cholériformes. Etude bactériologique et clinique d'après les faits observés à l'hôpital Claude-Bernard et en ville (juillet-août 1911). — MM. E. Joltrain et M. Maillet ont observé et suivi 112 cas d'entérites cholériformes pendant les mois de juillet et d'août, en ville et à l'hôpital Claude-Bernard dans le service du professeur Teissier. Ils rapportent 5 observations des plus typiques, le syndrome ayant été à des degrés variables toujours identique. Le début brusque, la diarrhée et les vomissements, l'apparition rapide des crampes se retrouvent dans tous les cas. Même lorque l'évolution est bénigne, des selles très liquides, très odorantes, jamais décolorées et ne contenant pas de grains riziformes sont toujours fréquentes. Le foie et la rate sont augmentés de volume, mais l'évolution est rapide. Dans les cas moyens tous les phénomènes sont plus marqués. Les cas suraigus réalisent le type classique de l'attaque cholérique.

L'examen bactériologique des selles a permis de reconnaître dans 5 cas la présence de germes ayant l'aspect du vibrion cholérique et qui paraissaient l'agent spécifique de l'affection. Il s'agissait de bacilles courts, trapus, incurvés, ne prenant pas le Gram, donnant sur gélose des colonies blanchâtres, liquéfiant la gélatine. On put les isoler par passages successifs sur eau peptonée et par culture sur milieu de Dieudonné. La réaction du choléra-roth était positive mais lente à se produire et surtout nette avec les cultures vieilles. L'agglutination par le choléra-sérum fut négative dans tous les cas sauf deux fois à un taux très faible. Le sérum des malades n'a jamais agglutiné aucun microbe du groupe typhique mais agglutinait le bacille de Finkler et Prior et très légèrement dans deux cas le vibrion de Koch et des bacilles isolés à Marseille et en Italie.

Il est donc évident qu'il est impossible cliniquement de distinguer ces entérites cholériformes qui ont affecté l'allure d'une affection spéciale du choléra asiatique. Au point de vue bactériologique il est impossible d'identifier ces germes avec le vibrion de Koch à moins d'admettre qu'il s'agisse d'un vibrion particulièrement atténué à réaction différente.

L'effacement du pylore. — M. G. Legros. La silhouette radioscopique de l'estomac est susceptible de disparaître plus ou moins complètement ; de *s'effacer* au niveau du pylore toutes les fois qu'une lésion organique ou un trouble fonctionnel mettent obstacle à la pénétration du bismuth dans l'antre pylorique ou à son passage dans le pylore. La sténose aboutissant à l'obstruction complète, la sténose qui laisse subsister une certaine perméabilité donnent des images très distinctes, d'autre part la nature même de l'affection qui réalise l'obstruction et par suite l'effacement se caractérise souvent par un aspect spécial (cancer), par les déformations que le même processus détermine sur le reste de l'estomac (estomac biloculaire par suite d'ulcère) ou enfin par d'autres signes d'importance égale (mode de remplissage, d'évacuation et caractères du péristaltisme). Ces derniers signes demandent pour être mis en évidence un examen radiologique méthodique. L'auteur présente une réunion de vingt-cinq radiographies prises au cours de ces examens méthodiques, elles montrent : 1° l'estomac normal ou le plus fréquemment observé chez les sujets sains (type Holzknecht, type Rieder, type en J) ; 2° l'estomac dilaté ; 3° l'*effacement du pylore par cancer* avec mise en évidence du duodénum dans deux cas ; 4° l'*effacement par sténose fibreuse* avec estomac biloculaire ; 5° avec estomac gastro-entérostomisé ; 6° l'*effacement par contracture spasmodique*.

Remarquable eutrophie par le salvarsan chez un syphilo-tuberculeux. — M. Lucien Jacquet rapporte un cas sur ce sujet.

De l'emploi thérapeutique du radium colloïdal. — M. Thiroloix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1911)

Traitement de l'ostéomyélite. — M. Kirmisson, à propos d'une récente communication sur ce sujet, s'élève avec énergie contre la pratique qui consiste à faire des résections osseuses dans le traitement des ostéomyélites. Il fait également des réserves sur l'abus que, selon lui, on fait de la trépanation osseuse précoce.

M. Savariaud cite cependant le cas d'un enfant atteint d'ostéomyélite grave chez lequel la trépanation osseuse précoce a calmé instantanément les douleurs.

Cholédoco-entérostomie latérale. — M. Hartmann, dans l'une des dernières séances, a fait un rapport sur ce sujet. On lui a reproché de n'avoir, dans ce rapport, cité que des noms étrangers. Il répond à cela que n'ayant envisagé que cette seule opération, il n'en a trouvé d'exemples qu'à l'étranger et qu'il n'avait pas à s'occuper de l'hépatico-gastro-entérostomie que plusieurs de ses collègues et lui-même ont pratiquée en France.

La laryngostomie dans le traitement des papillomes diffus du larynx. — M. Sébileau fait un rapport sur une observation relatée par son chef de clinique, M. Alphen.

Il s'agit d'une jeune fille atteinte depuis longtemps de troubles phonateurs et respiratoires dus à des papillomes diffus enlevés et récidivés à plusieurs reprises. Il fallait donc recourir à une opération plus large que la simple ablation. Après avoir mis une canule dans la trachée, M. Alphen pratiqua la laryngostomie suivie de la dilatation du larynx par des tubes de caoutchouc. Cette malade guérit, et plus tard on boucha son orifice laryngien à l'aide de deux lambeaux autoplastiques suivant le procédé de Duplay pour l'hypospadias.

M. Sébileau fait remarquer qu'il n'est pas d'affection plus désespérante, au point de vue de la récidive, que les papillomes diffus du larynx. Un seul traitement jusqu'ici était efficace, c'était l'ouverture permanente de la trachée avec tous les inconvénients bien connus sur ceux qu'on appelle vulgairement les canulards.

Or, la laryngostomie, dans le cas de M. Alphen, a donné vraiment de bien bons résultats en permettant l'ablation complète des papillomes et la dilatation successive du larynx à l'aide de tubes de caoutchouc.

Chez ces opérés, faut-il enlever d'abord la canule trachéale, puis le tube laryngien, ou commencer par enlever le tube laryngien, puis la canule trachéale. Grave question. Cela dépend des cas.

M. Sieur a publié plusieurs cas de laryngostomie dans lesquels, malgré la présence du tube laryngien, les malades auraient pu parler.

M. Sébileau demande à M. Sieur quelques explications à ce sujet.

M. Sieur rapporte l'observation d'un officier de cinquante-deux ans, atteint de papillomes diffus du larynx. Il pratiqua la laryngostomie, enleva les papillomes. Six mois après, M. Sieur a fermé la plaie. Le malade fut gêné pour respirer par suite d'un bourgeonnement exubérant autour de l'orifice. Il y aurait donc avantage à laisser longtemps l'ouverture laryngée.

M. Sieur a pratiqué sept laryngostomies. Une seule a guéri spontanément. Trois de ces malades refusent de se laisser fermer leur ouverture laryngée. Eux-mêmes s'introduisent le tube et l'air arrive sur les cordes vocales, car ces malades peuvent parler

Fracture cervicale des plongeurs. — M. Lejars fait un rapport sur sur ce sujet.

Un soldat, en plongeant, touche le fond; on le retire les quatre membres paralysés avec raideur de la nuque, respiration difficile, sans aucune déformation. On l'immobilise. La température monte à 40 degrés, la dyspnée augmente, le blessé meurt à la soixante-huitième heure.

M. Lejars rapproche de ce fait un fait semblable observé par un médecin de Tunis; mort trente heures après l'accident.

L'autopsie de ces deux blessés a permis de constater une fracture des cinquième ou sixième vertèbres cervicales. La dure-mère est intacte, pas de sang dans le canal rachidien. La moelle, au niveau de ces vertèbres, est réduite en bouillie.

M. Lejars croit pouvoir expliquer le mécanisme de ces fractures par la rigidité du corps chez les plongeurs.

M. Routier a eu l'occasion d'observer deux acrobates atteints de cette fracture. Il intervint chez le premier, qui succomba le troisième jour. L'autopsie montra une fracture et une luxation des apophyses articulaires, impossible à réduire. Le second fut traité seulement par l'immobilisation et guérit, après un an, en conservant seulement quelques traces d'hémiplégie.

M. Tuffier est intervenu deux fois sans succès. En revanche, dans un cas où il n'y a pas eu d'intervention, le blessé a fini par guérir.

M. Reynier, dans un cas de luxation de la cinquième vertèbre cervicale, a essayé de réduire et n'y est pas parvenu. Il est intervenu dans plusieurs cas de fractures de la colonne vertébrale et a toujours eu des résultats déplorables. Ce qui est grave dans ces cas, c'est la contusion, la commotion de la moelle. Les seuls cas où la guérison soit possible sont ceux où il s'agit d'hématomes résorbables.

M. Lucas-Championnière estime que, chez ces blessés irrémédiablement perdus, on est autorisé à chercher à dégager la moelle.

M. Auvray fait observer que ces fractures par flexion forcée portent généralement sur la quatrième et la cinquième vertèbres cervicales. La division verticale de ces vertèbres est le cas tout à fait exceptionnel. Chez un malade que M. Auvray a observé il y avait eu élongation de la moelle, sans compression. Dans ces cas de fractures vertébrales, il ne faut pas se hâter d'intervenir, car les choses peuvent parfois s'arranger d'elles-mêmes. Enfin la recherche des réactions électriques peut indiquer si la moelle est sectionnée ou non.

M. Faure partage l'avis de M. Championnière. Il est intervenu cinq ou six fois. La règle, suivant lui, est celle-ci : quand il n'y a pas de déformation, il faut s'abstenir; quand il y a déformation, il faut intervenir et chercher à décomprimer la moelle.

PRATIQUE MÉDICALE

SIGNES PARTICULIERS DE LA PNEUMONIE GRIPPALE

Par M. Ponchel.

Les déterminations pneumoniques de la grippe sont de deux sortes : 1° la pneumonie lobaire franche du type classique, ayant pour cause le pneumocoque et prenant une gravité considérable en raison du terrain sur lequel elle évolue; 2° une pneumonie grippale véritable, sorte de broncho-pneumonie, ayant les signes de la pneumonie lobaire, mais avec une évolution différente. C'est cette dernière complication que les auteurs appellent pneumonie grippale.

Ses caractères sont assez particuliers et peuvent se résumer comme il suit :

Cette pneumonie n'est jamais primitive. Elle est toujours consécutive à une inflammation bronchique. Elle est la propagation aux alvéoles de cette inflammation, suivant la marche descendante habituelle des broncho-pneumonies.

Elle est donc accompagnée de râles bronchiques et de râles en foyers comme dans la broncho-pneumonie.

Elle est souvent bilatérale, procédant par foyers successifs tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Elle a un début insidieux, sans frisson; la grippe dure depuis déjà huit à dix jours quand une dyspnée ou un léger point de côté attirent l'attention.

Il n'y a pas de crachats rouillés, mais liquides, muqueux, et ressemblant à ceux de la bronchite.

La fièvre est irrégulière, sans marche cyclique, procédant par poussées comme la broncho-pneumonie.

Il existe un désaccord entre le pouls et la température; des sueurs abondantes, profuses par accès, apparaissent.

Enfin, la maladie se prolonge considérablement et les signes physiques persistent et même se compliquent de troubles nerveux variés, rachialgie, céphalée, lassitude.

Lorsque, chez un grippé atteint de bronchite, l'état général faiblit, il faut, pour éviter cette pneumonie grippale, exercer une puissante désinfection pulmonaire. Six Cachets Roche de thiocol par jour suffisent. Ces Cachets Roche, faciles à prendre et renfermant 50 centigrammes de thiocol, conviennent bien à tous les malades qui, souffrant de la gorge, avalent mal les comprimés.

S'il y a une expectoration abondante, on doit faire absorber huit cachets. On arrive ainsi à localiser l'inflammation sur les bronches, à éviter sa propagation aux alvéoles et à s'opposer

au développement de la broncho-pneumonie. Une révulsion intensive et des toniques aident puissamment cette médication.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire des agents physiques (1), par les docteurs J. LARAT, Ray. DURAND-FARDEL, G. DAGRON et DUBOIS (de Saujon), avec une préface du professeur DIEULAFOY.

Suivant un plan très logique et très heureusement suivi, les auteurs ont consacré la première partie de leur ouvrage à un exposé général des principes théoriques et des pratiques usuelles de chacun des agents physiques, à savoir : l'*électricité*, la *massothérapie*, l'*hydrologie* et l'*hydrothérapie*. Dans la seconde partie, qui constitue le formulaire proprement dit, les auteurs ont rangé par ordre alphabétique, d'un usage si commode, les affections qui sont justiciables d'une médication par les agents physiques, et toutes les indications y sont posées avec la compétence qui caractérise les quatre signataires de l'ouvrage. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Vocabulaire médical allemand-français [3e édition] (2), par le docteur L. HAHN.

A cette époque où la compréhension des ouvrages étrangers, et notamment de la littérature allemande, est si utile pour les médecins, un vocabulaire médical doit toujours être bien accueilli. La troisième édition de celui de M. le docteur Hahn est un ouvrage très complet et qui ne manquera pas de rendre de grands services. A. LEMIERRE.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 5 oct. 1911.) — MÖLLERS et HEINEMANN : Emploi des préparations de tuberculine par voie gastrique. — CARL : Le système chromaffine et son épuisement par le travail musculaire. — LIERMANN : Contribution au traitement des blessures par le bolus alba. — TÖLKEN : Appendicite et colite. — HEYMANN : Sur les tumeurs inflammatoires des parois abdominales. — RIETSCHEL : La mortalité des nourrissons pendant l'été et le problème de l'habitation. — BASCH et ROHN : Sur la recherche physiologique du thymus. — JUNG : Double perforation de l'œil démontrée par les rayons Röntgen. — ENGELEN : Un nouvel instrument d'auscultation. — (N° 41, 12 oct.) RAECKE : Sur la faiblesse intellectuelle de l'enfant, sa symptomatologie, son diagnostic et son traitement. — FRITCH : Rétroflexion utérine et accident. — ZANGEMESTER : Contribution à la conception et au traitement de l'éclampsie. — BLÜHDORN : Recherches sur le formaldéhyde et le chinosol dans la tuberculose. — ROEPKE : Etat actuel du diagnostic de la tuberculose. — LIERMANN : Contribution au traitement des blessures par le bolus alba. — MANASSE : Sur la méningo-encéphalite traumatique rhinogène. — DOLLINGER : Sur la diminution de pression dans l'orbite par ablation de sa paroi externe en cas d'exophtalmie très accentuée (maladie de Basedow) et d'affection consécutive de la cornée. — DALMADY : Tentatives pour l'observation clinique de la circulation lymphatique de la peau. — FITTIPALDI : Nouvelle méthode pour la recherche des albumoses dans l'urine. — PETERSEN : Sur l'emploi des couleurs d'aniline comme réactif des pigments biliaires dans l'urine. — MUKHDIR EFFENDI : Deux complications inusitées du rétrécissement mitral. — DOLGANOF : Sur la gravidité comme cause de névrite optique et de rétinite. — HERZENBERG : Sur les lipomes intermusculaires. — CARYOPHYLLIS et SOTIRIADES : Le kalaazar et son traitement par le salvarsan. — SCHALL : Nouveautés sur le terrain de la médecine, de l'hygiène et de la thérapeutique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 3 oct. 1911.) LÆWEN : Sur le chauffage préalable des vapeurs d'éther et de chloroforme pour la narcose. — GÜRBER : Sur l'*Usara*, nouvel antidiarrhéique organotrope. — PLATE : Manifestations cliniques dans les premiers stades de la spondylite déformante. — KOERBER : Sur les expériences avec l'extension de Steinmann. — FRÜHWALD : Exanthèmes médicamenteux tardifs après les injections intraveineuses de salvarsan. — DESNEUX et DUJARDIN : Sur les variations dans l'évolution de la syphilis après l'emploi de l'arsenobenzol. — DUHOT : Ictère syphilitique grave pendant un traitement par l'hectine. Guérison par le salvarsan. — WERNER : Gastro-entéropexie dans le volvulus de la gastro-entérostomie postérieure rétrocolique. — MOHR : Exostose calcanéenne à siège inusité. — HANN : Gouttière à extension pour l'extrémité supérieure. — FRIEDRICH : Etude statistique et dogmatique sur la question de la résection costale étendue ou circonscrite dans la phtisie cavitaire et l'hémophysie. — SCHOTTMÜLLER : Avortements streptococciques et leur traitement.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 42, 19 oct. 1911.) NOBL : La pseudofibromatose multiple sous l'aspect de l'acrodermatite atrophique. — BAUER : Diagnostic clinique et sérologique des néphrites syphilitiques. — HESSELKÖNIGSTEIN : Les névroses des vaisseaux. — BAUER : Action des émanations de radium sur les œufs des petits animaux. — KRONDL : Brancard pour le transport des fractures de la colonne vertébrale et du bassin. — (N° 43, 26 oct.) HOCHSINGER : Phénomène du facial et neuropathie juvénile. — BUSSON : Sur l'anaphylaxie au blanc d'œuf, partie des voies respiratoires. — OSER : Valeur diagnostique de la ponction dans les blessures intra-abdominales. — SCHEFFMANN : La pituitrine comme excitatif des contractions utérines. — ARZT et SCHRAMEK : Technique des injections intraveineuses. — (N° 44, 2 nov.) BICHOWSKY : Sur la splénomégalie hérédofamiliale. — KELLING : Recherches comparées sur l'emploi de différents extraits organiques pour la réaction de la méiostagmine d'Ascoli chez les cancéreux. — HERZ : Sur l'étiologie de l'artériosclérose. — OSER : Traitement de la synovite crépitante par la fibrolysine. — FOGES : Sur l'opération des polypes intestinaux haut situés. — (N° 45, 9 nov.) SACHS : Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des couleurs d'aniline sur la peau humaine et animale. — GOBIET : Sur l'oblitération des vaisseaux mésentériques ; un cas de guérison opératoire. — PASCHKIR : Traitement des tumeurs malignes par le radium. — KÖHLER : Diagnostic et traitement par la vaccine des affections gonococciques.

(1) In-8 de 451 pages. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.
(2) Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DES CHEFS DE SERVICE AU 1er JANVIER 1912. — *Chirurgiens.* — MM. les docteurs Potherat passe de Broussais à l'Hôtel-Dieu (service Guinard); Auvray, de la Maison de santé à Broussais; Cunéo, de Saint-Louis à la Maison de santé; Lenormant, chirurgien des hôpitaux, est nommé à Saint-Louis (service d'enfants); Demoulin passe de la Charité à Boucicaut (service Nélaton); Souligoux, de Tenon à la Charité; Robineau, d'Ivry à Tenon (gynécologie); Gosset, chirurgien des hôpitaux, est nommé à Ivry; Thiéry passe de Tenon à la Pitié (troisième service); Riche, de Bicêtre à Tenon; Duval, chirurgien des hôpitaux, est nommé à Bicêtre.

Médecins. — MM. les docteurs Œttinger passe de Broussais à Cochin (service Chauffard); Dufour, de la Maternité à Broussais; Garnier, médecin des hôpitaux, est nommé à la Maternité; Morel-Lavallée passe de Lariboisière à Sainte-Périne; Florand passe de Tenon à Lariboisière; Lesné, du bastion 29 à Tenon; Papillon, de Sainte-Périne au bastion 29; Gaudy, médecin des hôpitaux, est nommé à Debrousse (service Griffon); M. Milian prend le service des tuberculeux à l'hôpital Cochin.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 18 décembre. — Question donnée : « Anatomie descriptive du plancher du quatrième ventricule. — Diagnostic des sténoses du pylore. »

MM. Vazeux et Percepied, $12 + 18 = 30$; Monod (André), $11 + 18 = 29$; Philardeau, $9 + 15 = 24$; Pollet, $15 + 22 = 37$; Léger, $10 + 15 = 25$; Baude, $8 + 17 = 25$; Peltier, $10 + 16 = 26$; Meugé, $7 + 14 = 21$; Ceillier, $15 + 14 = 29$.

Prochaine séance, jeudi 21 décembre, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

— PRIX FILLIOUX. — *Mémoire.* — Ont obtenu : MM. Rouget, 30; Cuvillier, 18.

Examen clinique. — Ont obtenu : MM. Rouget, 18; Cuvillier, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Laurent (Georges); *ex æquo* Dhalluin et Lepau; *ex æquo* Mlle Cantrainne et M. Guenez; MM. Leborgne, Bocquillon, Breynaert, Colpaert et Culot, internes titulaires.

MM. Martin, Laurent (Paul) *ex æquo*; Leclercq et Arnould, internes provisoires.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le concours pour le poste de médecin titulaire à la prison de la Santé s'est terminé par la nomination de M. le docteur Prosper Merklen.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Une délégation du comité de vigilance du Congrès des praticiens a été reçue par le ministre de l'instruction publique. Les médecins qui en faisaient partie ont entretenu M. Steeg du conseil médical supérieur, dont l'administration a annoncé la formation prochaine et demande que le conseil comprenne en nombre égal des professeurs de facultés, des praticiens et quelques étudiants en médecine auxquels s'adjoindraient deux ou trois représentants de l'administration.

Le ministre a répondu qu'il examinerait les demandes qui lui étaient faites avec une extrême bienveillance, mais n'a pas caché aux délégués du comité de vigilance que leur demande soulevait de sérieuses difficultés.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE CHEZ M. STEEG. — Le ministre de l'instruction publique a donné audience hier, à deux heures et demie, à une délégation composée d'élèves de deuxième et troisième années et de quelques étudiants de quatrième année.

Comme ils l'avaient fait la veille auprès du doyen de la Faculté, les délégués ont insisté auprès de M. Steeg pour qu'il rétablisse le poste de chef des travaux anatomiques. Par sa présence continuelle, par les conférences qu'il pourrait faire, et qui ne nuiraient en rien au cours des professeurs, par sa surveillance incessante à l'intérieur de la Faculté, tant au point de vue du personnel que du matériel, le chef des travaux anatomiques rendrait aux étudiants les plus intéressants services.

Les délégués ont ensuite réclamé l'adoption d'un nouveau mode d'injection des cadavres.

Enfin ils ont sollicité la bienveillance du ministre en faveur des camarades frappés disciplinairement, faisant remarquer que la peine d'exclusion de trois mois, comme celle de six mois, fait perdre à ceux qui en ont été l'objet une année entière d'études.

OCCLUSION INTESTINALE MÉCANIQUE PRÉCOCE
AU COURS D'UN ABCÈS APPENDICULAIRE

Par MM. PAYAN et MOIROUD.

Il nous a été donné de suivre dans le service de notre maître, M. le professeur d'Astros, le cas d'un jeune malade ayant succombé à une occlusion intestinale précoce d'origine mécanique, secondaire à un abcès appendiculaire.

Voici l'observation :

Le jeune P. C., âgé de treize ans, entre à la Conception, salle Argenti, n° 17, le 22 juin 1911. Rien d'intéressant dans ses antécédents, en dehors de quelques troubles gastro-intestinaux passagers et mal déterminés (coliques, vomissements, diarrhée), survenus il y a un mois environ et ayant duré deux jours. Vers le 5 juin, l'enfant a présenté des maux de tête et une courbature qui l'ont obligé à se mettre au lit. Il a ensuite accusé de la fièvre, qui semble avoir été continue, des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements alimentaires et bilieux, diarrhée, douleurs abdominales à localisation assez imprécise), mais l'état général s'est maintenu assez bon sans tuphos ni prostration.

Le 12 juin, ictère léger qui d'ailleurs n'a pas tardé à diminuer d'intensité. Le 20 juin, la température, qui était la veille de 40 degrés, tombe assez brusquement à 36 degrés, sans que les manifestations morbides subissent de ce fait de notables modifications ; la fréquence des vomissements n'augmente pas, les selles deviennent moins nombreuses.

A son entrée à l'hôpital, le 22 juin, le jeune malade assez amaigri présente une teinte subictérique généralisée des téguments et des conjonctives ; il n'est pas prostré, sa température est élevée (39 degrés), son pouls régulier, bien frappé, bat à 90 pulsations par minute, sa respiration n'est pas accélérée.

Les troubles gastro-intestinaux sont actuellement plus accusés, les vomissements et la diarrhée ont disparu. L'examen de l'abdomen révèle un peu de rétraction et de la douleur, qui n'est pas nettement localisée ; elle est toutefois plus accusée dans la région sous-ombilicale, et s'accompagne d'une légère contracture de défense. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements bien nets. Le foie est normal, indolore; rien à la rate ; rien non plus, aux appareils circulatoire et respiratoire ; pigments biliaires dans les urines. Le séro-diagnostic de Widal est négatif à 1/10.

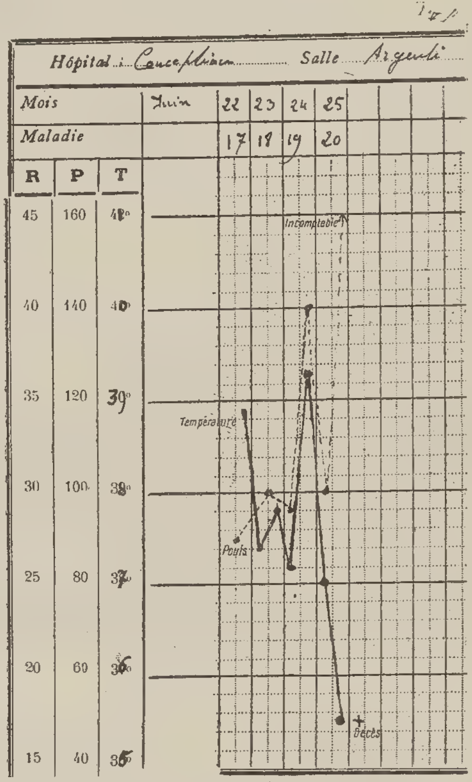
Le 23 juin, température, 37°4 matin, 37°8 soir, pouls régulier, bien frappé à 100, ni vomissements, ni diarrhée.

Le 24 juin, l'état est le même dans la matinée ; persistance des douleurs dans la région sous-ombilicale, quelques émissions de gaz, une selle abondante et bien liée. Le pouls est à 96, la température à 37°2.

Le soir, le thermomètre s'élève à 39°3, le pouls monte à 140. L'état général s'aggrave notablement, les émissions gazeuses cessent, les anses intestinales se dessinent très nettement sous la paroi abdominale. Dans la nuit l'enfant a un vomissement biliaire.

Le 25 juin au matin, la température retombe à 37 degrés et le pouls à 100. Le malade est constipé, il vomit et rejette ainsi un lombric. Le toucher rectal ne donne toujours aucune indication.

Vers deux heures, aggravation très rapide de l'état général, hypothermie (35°5), pouls incomptable, petit, filant, traits tirés, extrémités froides, facies grippé, ventre peu météorisé et peu douloureux. Par moments, on voit les contractions intestinales se dessiner sous la paroi abdominale, et l'on constate une légère contracture diffuse sans prédominance à droite. Le chirurgien de garde appelé d'urgence, en présence de ces symptômes, intervient. La laparotomie médiane sous-ombilicale montre l'absence de toute péritonite diffuse, et une distension des anses grêles, lisses, contrastant avec l'état de vacuité du gros intestin. Un examen plus attentif révèle l'existence, en dedans et en arrière de l'am-



poule cæcale, d'un abcès appendiculaire du volume d'un œuf. Des adhérences récentes, et en voie de formation, ont déterminé une coudure par striction du grêle à 50 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Les adhérences sont libérées, l'abcès appendiculaire s'ouvre alors et il s'en écoule du pus fétide en petite quantité ; drainage. Le malade succombe en état de shock un quart d'heure après l'intervention conduite rapidement, en vingt minutes environ.

Il s'agit donc bien, dans notre cas, d'une occlusion intestinale mécanique et précoce au cours d'un abcès appendiculaire. Il nous a paru intéressant de le signaler, vu la rareté d'observations semblables publiées en France. Lenormant, dans la *Presse médicale* du 24 juin 1911, résumant une discussion importante à la Société libre des chirurgiens de Berlin (1), rappelle que Körte a publié 6 cas semblables et ajoute lui-même une observation personnelle.

Beaucoup plus connues sont les *occlusions tardives*, par brides, adhérences, torsion. Aussi, sont-elles plus souvent diagnostiquées et traitées avec plus de succès. Il n'en est pas ainsi des *occlusions précoces, survenant avant toute intervention.* On les divise, à juste raison, *en paralytiques et mécaniques :* les premières, traduisant la diffusion à la grande séreuse du processus septique périappendiculaire, les secondes survenant comme complication de ce même processus lorsqu'il évolue vers l'abcès,

(1) Freie Vereingung der Chirurgen Berlins, 13 février 1911, in *Centralbl. f. Chir.*, 8 avril 1911, n° 14.

et semble ainsi atténuer sa virulence et donner un tableau clinique peu alarmant.

Et cependant, comme nous le voyons dans notre cas, comme l'ont signalé Lenormant et Körte dans leurs observations, il est loin d'en être ainsi : comme eux, en présence de la reprise avec aggravation considérable et rapide des accidents généraux, nous avons cru d'abord à une brusque extension du processus infectieux jusqu'alors localisé. L'hypothermie brusque et accusée (35°5), la rapidité et la petitesse du pouls (140), l'affaiblissement extrême de l'état général pouvaient nous induire en erreur. Mais la discordance des symptômes locaux (contracture peu accusée et diffuse de la paroi, apparition très nette d'ondes péristaltiques), jointe à la constipation, à la suppression presque complète des gaz et aux vomissements, devait faire envisager l'hypothèse d'une occlusion intestinale.

Nous croyons donc, nous en rapportant aux observations analogues des auteurs précités, pouvoir dire que le diagnostic de l'occlusion intestinale précoce et mécanique au cours d'une appendicite aiguë localisée, se fera : *d'abord par l'aggravation brusque de l'état général contrastant avec les signes locaux, ensuite par l'apparition de symptômes d'occlusion intestinale et notamment par la constatation d'ondes péristaltiques, qui manquent dans l'occlusion paralytique secondaire elle-même à une péritonite diffuse.* (Loi de Stokes.)

Le pronostic mortel dans la moitié des cas ne saurait être amélioré que par la précocité d'une intervention toujours grave, du fait même des mauvaises conditions dans lesquelles on l'entreprend.

La laparotomie précoce s'impose, médiocre et sous-ombilicale, dans la majorité des cas. La recherche de l'obstacle sera le plus souvent facile, étant donnés d'une part la distension des anses grêles, l'aplatissement du gros intestin d'autre part. Il faudra avec soin, après avoir protégé la grande cavité péritonéale, libérer les anses intestinales, éviter leur perforation, résigner le segment dont la vitalité paraîtra trop compromise, terminer par une entérorraphie si l'état du malade le permet, sinon faire un anus artificiel. Il faudra ne pas s'attarder à la recherche de l'appendice et se contenter dans la plupart des cas de drainer le foyer.

Précocité du diagnostic, rapidité de l'intervention : telles sont en pareil cas les seules chances de succès.

GERÇURES DU SEIN

Pour les prévenir comme pour les guérir, on fait laver la bouche de l'enfant et les bouts de sein avec une solution tiède de bicarbonate de soude à 2 p. 100, puis on applique sur les mamelons, au pinceau, une solution de bleu de méthylène à 3 p. 100. Le bleu est anesthésique et kératinisant, et l'enfant ne manifeste aucun dégoût et ne souffre en aucune façon. Les urines ne teignent même pas les langes. Il est bon de faire l'application immédiatement après la tétée, quand le bout présente encore le maximum d'érectilité (Dresch).

LES PERVERSIONS DE L'INSTINCT

LEUR ROLE PRÉPONDÉRANT DANS LES MALADIES MENTALES

Par M. BÉRILLON.

Chez les individus arrivés au plus haut degré de leur développement l'adaptation parfaite au milieu comporte la mise en action de quatre instincts primaires, qui par ordre de leur apparition sont les suivants :

1° L'instinct de nutrition ;
2° L'instinct de conservation ;
3° L'instinct de sociabilité ;
4° L'instinct de reproduction.

Qu'un de ces instincts fondamentaux soit contrarié dans son évolution, l'équilibre mental en sera nécessairement troublé. Un obstacle à la satisfaction d'un instinct, pour peu qu'il soit de quelque durée, a également une répercussion profonde sur les fonctions de l'intelligence et de la sensibilité.

La satisfaction normale des instincts ne se conçoit pas sans un fonctionnement normal des facultés mentales. Aussi, il faut s'attendre, lorsqu'on se trouve en présence d'un psychopathe, à constater chez lui des imperfections plus ou moins accentuées dans la réalisation des actes instinctifs. Le plus souvent c'est surtout par la façon anormale dont il se comportera dans l'accomplissement de ses instincts primaires que la prédisposition psychopathique se trouve décelée. La présomption d'un trouble mental constitué découlera également du fait que, chez un individu ayant jusqu'alors évolué d'une façon normale, des perversions de l'instinct se manifesteront.

Une solidarité étroite n'est pas établie entre les instincts. Cette considération découle d'abord du fait que de grandes différences existent dans le moment de leur apparition. Ainsi l'éclosion de l'instinct de reproduction ne s'effectue qu'assez tardivement, alors que les autres instincts sont déjà arrivés à leur complet degré de développement. Mais, en outre, il est fréquent de constater l'abolition ou la perversion d'un seul instinct qui peut survenir sans que les autres soient troublés dans leur évolution.

On s'imagine volontiers que les perversions de l'instinct se manifestent le plus souvent dans le sens de l'abolition. Elles se traduisent aussi fréquemment dans le sens de l'exagération. S'il y a des sujets, les *hypo-instinctifs*, chez lesquels la perversion de l'instinct se révèle par de l'insuffisance, il en est également d'autres chez lesquels les besoins instinctifs s'accentuent et deviennent plus exigeants, ceux-là sont des *hyper-instinctifs*. Dans l'une et l'autre de ces deux catégories il y a, dans un sens opposé éloignement et déviation du type normal.

Ces antithèses pathologiques se retrouvent dans les perversions de chacun des instincts primaires.

Les déviations de l'instinct de nutrition se traduisent soit par l'anorexie et la sitiophobie, soit par la gloutonnerie, la voracité et la boulimie.

Pour l'instinct de conservation, l'expression extrême de l'abolition sera l'impulsion au suicide. L'exagération de l'instinct de conservation aboutira, au contraire, à certains états de peur anxieuse et à l'hypocondrie. Tandis que l'instinct de conservation déformé inspirera chez les uns les sentiments d'avarice parcimonieuse, la dégénérescence du même instinct aura pour effet de pousser les autres vers les extravagances de la prodigalité imprévoyante.

L'instinct de sociabilité, dans ses manifestations opposées, oscillera de l'hypersuggestibilité, de la domestication servile, de la vénération mystique à la rébellion ou au délire de persécution.

A un autre point de vue, les perversions de l'instinct de sociabilité aboutiront soit à la brutalité sanguinaire, soit à l'humanitarisme sentimental. La timidité, qui paralyse, aura son antithèse dans un despotisme dont l'arrogante attitude n'est atténuée par aucune considération de respect humain.

L'instinct de reproduction, de propagation de l'espèce, affecte dans ses perversions des modalités aussi opposées que l'impuissance ou l'érotomanie, aussi contradictoires que la jalousie hétérosexuelle et la dégradation homosexuelle.

Il n'y a pas d'altération de l'instinct qui ne corresponde à un trouble mental confirmé. On peut légitimement considérer que toute perversion instinctive est équivalente à un trouble mental. Il est étonnant que ce fait si évident n'ait pas été mis en lumière dans les écrits des psychiatres anciens ou modernes. D'autant plus que c'est dans la constatation des perversions de l'instinct que se trouve le caractère distinctif fondamental par lequel il devient possible de différencier les psychopathes et les aliénés des purs névropathes.

Chez les névropathes, quelle que soit la gravité de leurs troubles fonctionnels, les dispositions instinctives conservent leurs tendances normales. Le qualificatif de psychopathe ne peut être légitimement appliqué qu'à celui dont les réflexes instinctifs se présentent avec un caractère manifeste d'altération et de perversion. De cette conception résulte la possibilité de délimiter avec précision le domaine des états névropathiques de celui des états psychopathiques. Cette délimitation se trouve exprimée dans la formule suivante : « Le névropathe ou le nerveux est un malade troublé dans ses fonctions ; le psychopathe ou le mental est troublé dans ses instincts. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1911)

Influence du chlorhydrate de triméthylamine sur les échanges nutritifs. — MM. Desgrez, P. Regnier et R. Moog ont observé que le chlorhydrate de triméthylamine produit : 1° une épargne de la matière protéique dont la désassimilation est ralentie; 2° un accroissement de la destruction des composés tertiaires.

Cette dernière modification des échanges porte principalement sur les corps gras, ainsi que l'indiquent la perte de poids des sujets, et, mieux encore, l'augmentation de l'oxygène consommé et la diminution du quotient respiratoire. Il y a donc lieu de penser que la triméthylamine, base qui se trouve dans notre économie à l'état de liberté et de combinaison, excite les sécrétions internes comme les sécrétions externes.

De l'action des sels sur la coagulation du sang. — M. G. Gessard.

Variations de l'angle xipho-costal suivant les attitudes et les types humains. — MM. A. Marie et A. Thooris.

Sur les monstres paracéphaliens et acéphaliens. — M. Et. Rabaud.

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 18 DÉCEMBRE)

L'Académie des sciences a tenu lundi sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Armand Gautier, président de l'Académie.

M. Armand Gautier a rendu en termes émus un dernier hommage aux collègues disparus, MM. Michel Lévy et Joseph Troost, dont il a retracé la féconde carrière; il a salué ensuite la mémoire du doyen des associés étrangers, sir J. Dalton Hooker, qui vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-quatorze ans, et celle des autres correspondants de l'Académie : MM. Armand Sabatier, Méray, Bosscha, Auguste Houzeau, Arloing, Albert Ladenburg.

Le président a félicité les membres titulaires élus cette année : M. Branly, pour la section de physique générale; M. Moureu, pour la section de chimie; M. Tisserand, pour la section des académiciens libres.

PRIX DÉCERNÉS

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — Trois prix de 2500 francs chacun : MM. L. Testut et O. Jacob : « Traité d'anatomie topographique » ; M. Alexandre Besredka, pour l'ensemble de ses travaux sur « l'Anaphylaxie » ; M. E. Cassaët, pour son mémoire : « Du diagnostic de la péricardite postérieure ».

Trois mentions de 1500 francs chacune : M. Pierre Nolf, pour ses études sur la « Coagulation du sang » ; M. Emile Feuillé, pour son ouvrage : « Leucopathies, métastases » ; M. E. Sacquépée, pour ses recherches sur les « Infections paratyphoïdes ».

Citations : MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild : « Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines » ; M. S. Mercadé, pour : « La Période post-opératoire : soins, suites, accidents » ; M. G. Faroy, pour : « Le Pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du fœtus et du nouveau-né » ; M. L. Paniset, pour l'ensemble de ses recherches sur la « Vaginalite du cobaye mâle provoquée par le bacille de la morve et par divers microbes ».

Prix Barbier (2000 francs). — M. H. Guilleminot : « Radiométrie fluoroscopique ».

Prix Bréant (100000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « choléra asiatique », n'est pas décerné. L'Académie décerne, sur les arrérages de la fondation : prix de 2000 francs à MM. Auclair et Louis Paris, pour leurs recherches sur la « Constitution chimique du bacille de Koch et les poisons du bacille tuberculeux humain » ; prix de 2000 francs à M. Dopter, pour « Etudes sur la méningite cérébro-spinale et sérothérapie antiméningococcique » ; prix de 1000 francs à M. Duvoir, pour : « Etude sur la variolo-vaccine ».

Prix Godard (1000 francs). — M. J.-L. Chirié, pour ses recherches sur « l'Evolution de la graisse dans le rein de la chienne, etc. ».

Prix du baron Larrey (750 francs). — MM. Henri Coulaud et Etienne Ginestous, pour leurs mémoires en collaboration : « La Vision des tireurs et recherches nouvelles sur la physiologie du tir » ; — mention très honorable à M. Maurice Boigey, pour : « Ateliers de travaux publics et détenus militaires ».

Prix Bellion (1 400 francs). — Partagé entre M. et Mme Henri, pour leurs recherches sur « l'Action stérilisante des rayons ultra-violets », d'une part, et MM. Courmont et Nogier, d'autre part, pour leurs recherches sur la « Stérilisation de l'eau potable par les rayons ultra-violets ».

Prix Mège (10 000 francs). — Le prix n'est pas décerné. Prix annuel (300 francs, représenté par les arrérages de la fondation). MM. P. Nobécourt et Prosper Mercklen, pour : « Bilans nutritifs de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant ».

Prix Chaussier (10 000 francs). — M. A. Imbert, pour ses études sur le « Travail professionnel ».

Prix Serres (7 500 francs). — M. L. Vialleton, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, pour « ses travaux relatifs à l'embryologie ».

Physiologie. — Prix Montyon (Physiologie expérimentale). — Le prix, d'une valeur de 750 francs, a été porté pour cette année à 1 000 francs. Il est partagé entre M. Marage pour : « Petit Manuel de physiologie de la voix, à l'usage des chanteurs et orateurs », et M. Raoul Combes, pour : 1° « La Détermination des intensités lumineuses optima pour les végétaux aux divers états de leur développement » ; 2° « La Formation des pigments anthocyaniques ».

Prix Philippeaux (900 francs). — Prix partagé entre Mlle Z. Gruzewska, pour l'ensemble de ses travaux de physiologie, et M. Maurice Piettre, pour « Recherches sur la bile ».

Prix Lallemand (1 800 francs). — M. Henri Piéron pour : « Etude expérimentale de la mémoire ». — Mention très honorable, M. Maurice Brissot pour : « L'Aphasie dans ses rapports avec la démence et la vésanie ». — Mention très honorable, M. J. Lévy-Valensi pour : « Le Corps calleux, étude anatomique, physiologique et clinique ».

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1912, 1913, 1914, 1915 & 1916 (1)

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Montyon (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

Prix Barbier (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

Prix Bréant (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (A défaut du choléra le prix s'applique à toute autre maladie épidémique et aux dartres.)

Prix Godard (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Larrey (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Prix Bellion (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

Prix Mège (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

Prix Philippeaux (900 francs). — Physiologie expérimentale.

Prix Lallemand (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

(1) Les concours de 1912 sont clos le 31 décembre 1911.

Prix proposés pour 1912.

Prix Pourat (1 000 francs). — *Apporter des documents nouveaux sur l'utilisation et l'assimilation des albuminoïdes de la ration alimentaire.*

Prix Martin-Damourette (1 400 francs) [Biennal]. — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

Prix Argut (1 200 francs). — Prix biennal destiné a récompenser le savant qui aura fait une découverte guérissant une maladie ne pouvant jusqu'alors être traitée que par la chirurgie et agrandissant ainsi le domaine de la médecine. — Ce prix sera décerné pour la première fois, s'il y a lieu, en 1912.

Prix La Caze (10 000 francs). — Décerné aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie.

Prix Bordin [sciences physiques] (3 000 francs). — *Recherche sur le déterminisme de la sexualité chez les êtres vivants.*

Prix proposés pour 1913.

Prix Pourat (1 000 francs). — *Action qu'exercent les rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.*

Prix Parkin (3 400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

Prix Leconte (50 000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut être partagé.

Prix proposés pour 1914.

Prix Leconte. — Décerné : 1° aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales; 2° aux auteurs d'applications nouvelles de ces sciences, applications qui devront donner des résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus jusque-là.

Prix Serres (7 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médeéine.

Prix proposés pour 1915.

Prix Chaussier (10 000 francs.) — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix Dusgate (2 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix Alhumbert. — A sujet variable, le sujet sera donné ultérieurement par l'Académie.

Prix proposés pour 1916.

Prix Parkin. — Destiné à récompenser cette année les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes, dans le choléra, la fièvre et les autres maladies.

Prix généraux (annuels).

Prix Trémont (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Lannelongue (2 000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

Prix Saintour (3 000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Prix Longchampt (4 000 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies.*

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif*.

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1911)

Une croisade pour la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde. — A propos du procès-verbal, M. CHANTEMESSE fait une importante communication dont voici le résumé :

Après avoir rappelé le travail de M. Vincent et les résultats favorables qu'il a fait connaître et qui ont été obtenus sur les troupes de la région algéro-marocaine, M. Chantemesse fait observer que quatre sortes de vaccin ont été employées, ayant toutes donné les mêmes effets. En réalité, dit-il, c'est toujours le même vaccin dont la découverte et l'efficacité ont été établis expérimentalement par MM. Widal et Chantemesse au laboratoire de Cornil, il y a vingt-cinq ans. Il est constitué par la toxine contenue dans le corps des bacilles typhiques morts. Les autres ne présentent que des modifications d'antiseptiques variés ajoutés au vaccin. Le vaccin antityphique ne doit jamais contenir de microbes vivants et doit n'exiger qu'une préparation facile. Le chauffage qui tue le microbe sans tuer la toxine est le seul mode opératoire qui met à l'abri de toute surprise.

Pour M. Chantemesse, la meilleure préparation est celle que font les Américains. C'est elle qui, jusqu'ici, semble avoir donné les plus beaux résultats.

C'est sur ces résultats que s'appuie M. Chantemesse pour soutenir la nécessité d'entreprendre une croisade en France en faveur de la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde.

Aux Etats-Unis, plus de 43000 soldats ont été ainsi vaccinés. Les réactions de cette vaccination ont été si minimes que les Américains ne s'en préoccupent pas plus aujourd'hui que de celles du vaccin jennerien. Sur ces 45000 soldats vaccinés, on ne compte que 11 cas de fièvre typhoïde qui ont tous guéri. Sur 15000 soldats vaccinés dans une armée spéciale du Texas, on n'a compté que 2 cas de fièvre typhoïde terminés par la guérison.

Ces exemples peuvent se passer de commentaires.

La vaccination antityphoïdique est devenue obligatoire pour toute l'armée américaine. Trois mille hommes sont vaccinés chaque mois, sur le bras droit contre la fièvre typhoïde, sur le bras gauche contre la variole.

Voici les faits. Pourquoi ne pas faire en France ce qui réussit si bien en Amérique? Il appartient à l'autorité de l'Académie d'aider à faire cette conviction. M. Chantemesse, en terminant, loue l'heureuse initiative de M. le ministre de la guerre.

M. NETTER vient appuyer la proposition de M. Chantemesse en rappelant les résultats obtenus dans les armées étrangères.

Après avoir rappelé de nouveau ce qui se passe en Amérique, M. Netter ajoute :

Les documents envoyés à l'exposition de Dresde par le ministre de la guerre du Japon montrent qu'on a vacciné 2977 hommes en 1908, 24795 en 1909.

Dans les mêmes garnisons comptant 12915 vaccinés, 20245 non vaccinés, les premiers ont eu 13 cas et 1 décès, les seconds, 294 cas et 49 décès. La proportion des cas pour 1000 hommes a été chez les premiers de 1 et chez les autres de 14,52. Le pourcentage de décès chez les malades de 7,7 pour les inoculés, de 16,6 chez les non inoculés.

La diffusion de la vaccination antityphique parmi les troupes européennes de l'Inde, où cependant elle est demeurée facultative, est des plus remarquables ; de 66 p. 1000 en 1906, elle est arrivée à 896 p. 1000 à la fin de juin 1911. Le nombre des cas et des décès de typhoïde a diminué en proportion de l'accroissement du vaccin ; de 1095 cas et 224 décès, il est tombé à 350 et 47 décès. Pour les six premiers mois de 1911, il y a eu 157 cas et 10 décès.

Ces résultats, qui concordent si éloquemment avec ceux de M. Vincent, sont certainement de nature à encourager l'heureuse initiative de M. le ministre de la guerre, et il faut souhaiter que l'exemple des Etats-Unis soit bientôt suivi.

Appareils en aluminium pour le traitement des fractures. — M. WIDAL, présente, au nom du docteur RAOULT-DESLONGCHAMPS, des appareils en aluminium, destinés à permettre la réduction et le traitement des fractures sous le contrôle des rayons X. L'aluminium, outre sa légèreté, possède la propriété de se laisser traverser par les rayons X de sorte que, si on place un bras ou une jambe dans une gouttière en aluminium, les os paraissent avec la même netteté que s'ils n'étaient pas entourés d'un appareil et dans ces conditions il est facile pour le chirurgien de corriger les déformations qui ont pu se produire par suite de la fracture et de fixer définitivement son appareil seulement lorsque les fragments sont coaptés d'une façon exacte. Ensuite, si au cours du traitement on craint un déplacement des fragments, sans enlever l'appareil il suffit de placer le membre fracturé derrière l'écran radioscopique pour se rendre compte de leur situation.

On peut espérer qu'avec ces nouveaux appareils combinés pour assurer le traitement des différentes fractures des membres, les médecins obtiendront les meilleurs résultats, que l'application des rayons X avaient fait espérer.

Traitement chirurgical de l'embolie. — MM. MOSNY et J. DUMONT rapportent l'histoire d'un malade jeune atteint d'asystolie par rétrécissement mitral pur, chez qui survint une embolie de l'artère fémorale gauche. Une intervention chirurgicale pratiquée par M. G. Labey six heures après le début de cet accident permit de faire l'ablation du caillot par artériotomie. Le malade est ainsi mis à l'abri, sinon de complications semblables relevant de sa grave lésion valvulaire, du moins de la gangrène fatale de tout un membre inférieur. C'est le premier cas de guérison d'une embolie artérielle traitée chirurgicalement.

Les consultations de nourrissons. — M. VIDAL (d'Hyères) fait une nouvelle communication sur ce sujet, dans laquelle il démontre les heureux résultats de ces consultations.

M. PINARD loue l'heureuse initiative et la persistance des efforts de M. Vidal et le félicite des résultats obtenus.

Méthode de respiration rythmique préventive de l'essoufflement provoqué par la marche ascendante ou rapide. — M. MANQUAT fait une commission sur ce sujet.

Election. — L'Académie procède à l'élection du vice-président pour l'année 1912, M. CHAUVEAU est élu à l'unanimité.

M. BLANCHARD est nommé secrétaire annuel.

MM. LAVERAN et RECLUS sont nommés membres du conseil.

— M. le PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section de pathologie médicale en remplacement du professeur Dieulafoy.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1911)

Interprétation des extra-systoles sans repos compensateur et non interpolées. — M. Busquet. Les parties du cœur *génératrices du rythme* ou à *rythme autonome* ne présentent pas de repos compensateur après une extra-systole. Dans ce cas, la pause extra-systolique de la cavité considérée est la même qu'après une contraction normale, l'extra-systole produit un simple décalage du cœur. L'absence du repos compensateur avec décalage du rythme après l'extra-systole ventriculaire du cœur intoxiqués par Kl et Bal^2 est donc au rythme autonome du ventricule provoqué par ces poisons. Avec la cocaïne qui engendre aussi de la dissociation auriculo-ventriculaire, on obtient le même résultat qu'avec ses sels.

Sur le mécanisme de l'auto-hémolyse splénique dans l'intoxication par la toluylène-diamine. — MM. A. Gilbert, E. Chabrol, H. Bénard, sur des chiens sacrifiés à une période où la résistance globulaire était encore normale, ont étudié l'activité de l'extrait splénique d'une part vis-à-vis des globules prélevés avant l'injection, d'autre part vis-à-vis des globules recueillis au moment de la mort. L'exagération de l'auto-hémolyse splénique tient plutôt à une susceptibilité particulière des hématies intoxiquées qu'à une richesse plus grande de l'extrait en substances hémolysantes. Bien que les hématies ne présentent pas encore de fragilité aux solutions hypotoniques, elles n'en sont pas moins plus destructibles au contact de l'extrait splénique; *in vitro*, on peut réaliser cette sensibilisation en laissant séjourner quelques heures les globules dans une solution de toluylène à 1 p. 1000. Les auteurs insistent sur la question de dose; ils ont observé que des solutions plus fortes à 1 gramme p. 100 produisaient le résultat exactement inverse, en rendant les globules insensibles à l'action de l'extrait splénique; ils signalent également la nécessité d'un lavage soigné de globules rouges, car des traces de toluylène *en solution* suffisent pour entraver l'hémolyse. Voici leurs conclusions. L'exagération de l'auto-hémolyse splénique que l'on observe chez les animaux intoxiqués par la toluylène tient à une susceptibilité particulière des hématies vis-à-vis de l'extrait splénique.

L'étude de la résistance globulaire aux solutions hypotoniques ne donne pas la mesure de cette sensibilité spéciale des hématies.

A côté de la modification qu'exerce la toluylène sur le globule rouge, il faut tenir compte de l'action empêchante de cette substance vis-à-vis de l'auto-hémolyse splénique, lorsqu'elle existe en solution, même à doses minimes, dans le milieu où la destruction des globules doit s'effectuer. On comprend par là l'importance de certains détails de technique.

Le virus poliomyélitique de l'épidémie anglaise de 1911. — MM. Levaditi, Gordon et Danulesco ont étudié le virus de la poliomyélite, dans trois cas mortels provenant d'une épidémie de paralysie infantile ayant sévi à Cornwall, Devonshire et Londres pendant les mois d'août, septembre et octobre 1911. L'inoculation au singe a conféré la maladie typique, avec lésions péri-vasculaires et parenchymateuses intenses. Ces lésions, très accentuées au niveau de la moelle et du bulbe, étaient absentes dans le cerveau et le cervelet, sauf dans un cas où le cervelet s'est montré nettement altéré. L'infection a pu être transmise en série avec les trois virus anglais.

Recherches sur le mécanisme de la défense péritonéale à l'égard des corps étrangers. — MM. A. Le Play et G. Fabre étudient les divers modes de réaction du péritoine en présence d'éléments étrangers. On observe tout d'abord une phase de leucopénie en même temps qu'apparaît bientôt la fibrine dont la présence est en rapport avec un certain degré d'infection du milieu, et dont les auteurs étudient les variations, en provoquant des réactions limitées du péritoine. A côté de la fibrine, il faut faire une place à la mucine, chimiquement différente, dont l'action agglutinante s'exerce sur les substances inertes. L'intensité plus grande des phénomènes observés au niveau du grand épiploon s'explique par l'importance de cette portion de séreuse.

Dosage de l'urée du sang. — M. E. Feuillié. Le procédé classique avec l'hypobromite de soude après coagulation par l'alcool, donne des taux d'urée souvent très différents pour le sang total, le plasma et le sérum.

Avec le procédé indiqué par MM. Desgrez et Feuillié, les résultats sont égaux mais le plus souvent très inférieurs car on ne dose alors que l'urée vraie du sang. L'erreur du procédé classique (alcool hypobromité) peut aller jusqu'à 1200 p. 100.

Etudes stalagmométriques. Tension superficielle et toxicité des liquides gastrique et intestinaux. Rôle antitoxique de la cholestérine. — M. H. Iscovesco. De tous les liquides gastro-intestinaux, c'est le contenu duodénal qui a la tension superficielle la plus basse et qui est en même temps le plus toxique.

L'abaissement de la tension et la toxicité sont dues pour la plus grosse part aux savons qui se forment aux dépens des graisses, grâce au suc pancréatique.

La cholestérine qui lie les savons joue, de ce chef, un rôle des plus importants, comme antitoxique intestinal.

Alcalinité des cendres de l'urine. — MM. Sarvonat et Didier ont mesuré l'alcalinité des cendres de l'urine. Cette alcalinité, exprimée en milligrammes de soude par vingt-quatre heures et par kilogramme de poids vif, est de :

18 milligrammes chez l'adulte normal,
33 milligrammes chez l'enfant,
13mg2 chez le malade non cachectique,
5mg3 chez le cachectique.

Ces variations semblent en rapport avec la fixation d'éléments acides (soufre et phosphore) par le jeûne et leur élimination en excès au cours de la cachexie et de la fonte tissulaire.

Vibrions cholériques et paracholériques. — M. Orticonis (du Val-de-Grâce) apporte le résultat de 1500 examens de matières fécales qu'il a pratiqués à l'occasion de l'épidémie de choléra de Marseille. L'emploi du milieu de Dieudonné a permis d'isoler dans la presque totalité des cas cliniques le vibrion de Koch. Deux fois le germe isolé n'a pu être agglutiné qu'après quelques passages sur milieux de laboratoire.

La proportion des porteurs de germes a été de 2,5 à 3 p. 100 en moyenne. A l'infirmerie des femmes de l'asile d'aliénés, où on faisait usage d'une eau contaminée, elle a été de 20 p. 100. La persistance du vibrion dans les selles des porteurs n'a pas dépassé trois à cinq jours grâce au sérum antitoxique de Salimbéni administré en lavements.

Enfin, l'auteur, dans trois cas cliniques, a isolé un vibrion paracholérique pour le cobaye et se différenciant du vibrion de Koch par l'absence d'agglutination et du phénomène de Pfeiffer. Il pense que ces vibrions paracholériques pourraient être pour le choléra ce que les bacilles paratyphiques sont au bacille typhique.

Election. — M. Ménégaux est élu membre titulaire de la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1911)

Coliques néphrétiques et courants de haute fréquence. — M. Moutier rappelle les travaux qu'il a faits en 1899 et 1904, et dans lesquels il a établi que les courants de haute fréquence pouvaient agir favorablement dans les cas de lithiases rénales et biliaires et amener la cessation d'une colique néphrétique; selon lui, l'action antispasmodique est alors comparable à celle que l'on observe dans le traitement de la fissure sphinctéralgique, comme l'a montré M. le professeur Doumez (de Lille).

La déminéralisation pré-tuberculeuse et tuberculeuse. — M. le professeur A. Robin, à l'appui de sa candidature, fait une communication sur les échanges respiratoires et la

déminéralisation chez les prédisposés à la tuberculose et chez les phtisiques confirmés. Il montre que ces deux éléments du terrain tuberculisable permettent de diagnostiquer celui-ci de bonne heure et par conséquent de le traiter avec efficacité; l'augmentation des échanges respiratoires et la déminéralisation s'accroissent du fait de la tuberculisation.

M. Marcel Labbé constate que M. Robin reconnaît les incertitudes du coefficient de déminéralisation, il pense que les bilans complets sont seuls susceptibles de mettre en évidence la déperdition minérale; mais ceux de Ott et de Mayer ne sont pas en faveur de la déminéralisation calcique et magnésienne. Il critique la dénomination de prétuberculeux employée par M. Robin : les prétuberculeux ne sont en effet que des tuberculeux latents, et même les descendants des tuberculeux sont souvent déjà infectés par le bacille tuberculeux, comme l'ont montré les expériences de MM. Landouzy et Loederich. Par conséquent, les modifications des échanges respiratoires et minéraux observés chez eux sont déjà une résultante de la tuberculose et non une caractéristique d'un terrain prédisposé.

M. Lematte voit dans les nouveaux faits apportés par M. Robin la confirmation de sa théorie sur l'hyperacidité urinaire chez les déminéralisés : cette hyperacidité est due aux acides amidés libérés par la fonte cellulaire. M. Robin affirme l'hypercarbonie du sang chez les déminéralisés; or cet acide carbonique peut, par sa seule présence, solubiliser les phosphates et les carbones terreux s'éliminant par les urines et les fèces.

M. Vitry a constaté que l'acidité urinaire chez les phtisiques est d'autant plus diminuée que la mort approche ; il en est de même pour le coefficient de déminéralisation ; quelle que soit la valeur à attribuer à ce coefficient, ces constatations peuvent avoir une importance pour établir une théorie des échanges dans la tuberculose.

Du lavement d'huile en position inclinée dans l'obstruction intestinale. — M. Dartigues cite le cas d'un homme de quarante-cinq ans, atteint d'occlusion intestinale avec météorisme et douleurs accentuées; en attendant le lavement électrique et l'anus iliaque auquel le malade ne voulut se résoudre que plus tard, il fit administrer 200 grammes d'huile d'olive par la voie rectale en position de Trendelenbourg; au bout de quarante-cinq minutes, la moitié du lavement fut rendue par la bouche, malgré les orifices sphinctériens, la valvule de Banhin, la valvule pylorique; le malade alla à la selle abondamment et ses douleurs cessèrent. Le lavement d'huile pourrait donc rendre de grands services surtout dans les cas d'obstruction stercorale et servir de traitement palliatif d'urgence.

Traitement des angiomes. — M. A. Weill présente, avec projections photographiques à l'appui, plusieurs enfants qui avaient des angiomes ou des nævi étendus, et qui sont actuellement guéris, sans escarre, par la radiothérapie ou l'électrocoagulation.

M. Mouchet pense que ces résultats incontestables ne sont pas supérieurs à ceux que donne l'air surchauffé et qu'ils sont plus lents à être obtenus.

M. Coudray a traité avec succès, sans escarre, plusieurs angiomes sous-cutanés par les injections de chlorure de zinc (de Lannelongue) et les guérisons se sont maintenues.

Pour M. Lacaille, le traitement par les rayons X, grâce aux progrès accomplis dans les méthodes de dosage, assure une réussite sans douleur ni escarre.

M. Vignat, par des applications d'air surchauffé, a obtenu des guérisons en une ou deux séances dans des cas jugés inopérables de par leur étendue et leur siège.

Assemblée générale. — La Société se constitue en assemblée générale pour entendre le rapport annuel de M. Paul Guillon, secrétaire général, le compte rendu financier de M. Monel, trésorier, et pour procéder à l'élection de son bureau pour l'année 1912.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement manuel suédois dans les maladies internes d'après les principes de Henrik Kellgren (1), par Michel Dentz (de Genève).

L'auteur de cet ouvrage n'est pas médecin, mais il a une connaissance approfondie de la méthode de Henrik Kellgren, et il résume son expérience dans le livre que nous présentons ici et qui contient : une description et de nombreux perfectionnements de la méthode de Kellgren, une nomenclature par ordre alphabétique des manipulations et exercices appliqués à chaque maladie, l'ordre de succession des diverses manœuvres constituant un traitement général.

Guide pratique pour l'analyse des urines (2), par A. Ronchèse, docteur en pharmacie, licencié ès sciences, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'auteur a cherché à réunir dans ce livre les procédés qu'il a reconnus les meilleurs au cours de sa pratique déjà considérable, et il espère ainsi être utile à ceux qui n'ont pas le loisir d'étudier un grand nombre de procédés et qui veulent, sans complications inutiles, faire une analyse d'urine dans les meilleures conditions d'exactitude.

Aux médecins qui ne font point d'analyses par eux-mêmes cet ouvrage rendra encore des services, car il met exactement au point les dernières découvertes relatives à l'analyse des urines et à l'interprétation des résultats obtenus.

La Surdité. Moyens d'y remédier par la lecture sur les lèvres (3), par M. E. Boudin, professeur à l'Institut national des sourds-muets de Paris. Préface du docteur H. Vergniaud.

Après quelques considérations générales sur la surdité et le sourd, l'auteur de cet intéressant et utile ouvrage définit la lecture sur les lèvres, basée sur la suppléance de l'ouïe par la vue. Puis, après avoir décrit les images labiales caractéristiques des éléments phonétiques et exposé à quelles conditions la lecture labiale est accessible aux sourds, M. Boudin aborde la méthode, c'est-à-dire la série des exercices propres à développer chez le sourd la faculté de comprendre la parole aux mouvements des lèvres.

On conçoit aisément les services qu'un tel ouvrage peut être appelé à rendre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA PNEUMONIE LOBAIRE
CHEZ L'ENFANT

Etiologie. — La pneumonie lobaire, due au pneumocoque de Talamon Fränkel, est une affection très fréquente chez l'enfant ; elle se rencontre exceptionnellement au-dessous de deux ans, cédant le pas, à cette période de la vie, à la bronchopneumonie ; elle s'observe de préférence entre deux et six ans, et de préférence encore chez les garçons; comme *causes occasionnelles* il faut signaler, le froid, les traumatismes du thorax ; un rôle important doit être attribué aux végétations adénoïdes, aux infections du nez, du cavum, du pharynx; la pneumonie est le plus souvent une affection *primitive*, cependant elle succède assez souvent, aux maladies aiguës de l'appareil respiratoire, à la grippe, à la rougeole, à la coque-

(1) Un vol. de 442 p. avec 463 fig. — Paris, A. Maloine.
(2) In-8 de 404 pages, avec 91 fig. et 5 planches coloriées. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) In-8 de 144 pages avec 28 figures. — Paris, Maloine.

luche, à la fièvre typhoïde. La pneumonie est habituellement endémique, exceptionnellement elle est épidémique, et reste toujours d'une faible contagiosité; elle ne confère pas l'immunité.

La *cause déterminante* est l'invasion d'un lobe pulmonaire par le *pneumocoque*, lancéolé, encapsulé, de Talamon Fränkel; cette invasion peut se réaliser par la voie aérienne; souvent elle résulterait d'une véritable septicémie, ainsi que l'ont établi des recherches récentes (Joltrain).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le bloc pneumonique est fréquemment localisé au sommet; il présente les phases successives d'engouement, d'hépatisation rouge et d'hépatisation jaune; à la coupe, les granulations sont beaucoup plus fines que celles observées chez l'adulte; on peut observer une pneumonie massive. Il est rare que la pneumonie évolue vers l'hépatisation grise, l'abcès pneumonique, la gangrène pulmonaire. Constamment, coexistent des *lésions pleurales* (exsudats séreux ou purulents).

SYMPTOMATOLOGIE. — La pneumonie peut éclater au cours d'une santé parfaite; très souvent elle est précédée d'un peu de fièvre et de catarrhe des voies respiratoires. Le *début* est brusque mais est assez différent du début de la pneumonie de l'adulte. On n'observe pas le *frisson* solennel classique, sauf exceptions: il s'agit le plus souvent de *frissonnements*. Le *point de côté* manque souvent; lorsqu'il existe, il peut siéger dans l'aisselle ou sous le mamelon, mais fréquemment il est *abdominal*, conduisant ainsi à des erreurs de diagnostic, spécialement avec l'appendicite (*forme appendiculaire de la pneumonie; pseudo-appendicite pneumonique*).

Le point de côté peut encore siéger au-dessous des fausses côtes droites. La *dyspnée* est assez nette, et sa constatation permet souvent d'orienter exactement un diagnostic encore imprécis. La *toux* fait défaut dans le plus grand nombre des cas; l'enfant ne sait pas tousser et encore moins expectorer. La *température* atteint d'emblée 39 à 40°; cet ensemble symptomatique s'accompagne de phénomènes réactionnels assez spéciaux, vomissements, convulsions, quelquefois réactions encéphalo-méningées (céphalalgie, raideur de la nuque, délire). Le *pouls* est rapide, il atteint 120, 140.

A cette période, l'examen du thorax est très souvent négatif, même à la radioscopie. Dans certains cas, on peut observer cependant quelques signes importants; une *submatité* en un point du thorax, de l'*affaiblissement* du *murmure vésiculaire* et même quelques râles crépitants. Cependant au début de l'affection on pourra très facilement se tromper de côté dans la localisation du bloc pneumonique. Seuls deux signes présentent une assez grosse valeur: l'*immobilité ou le défaut d'expansion* de la région sous-claviculaire (*signe* de Weill), et le *skodisme*, au même point.

Au bout de deux à trois jours, les symptômes de la période d'état apparaissent. Le facies est rouge, vultueux, avec coloration spéciale d'une pommette; le facies blafard doit faire réserver le pronostic. Il apparaît de l'HERPÈS; le plus souvent au niveau des lèvres, mais fréquemment aussi, au niveau de l'*anus*; la fièvre est à 40-41°; parfois, vers le troisième jour, il se fait une *rémission passagère*; le pouls est à 120-140, la pression artérielle est variable, l'expectoration manque chez les petits qui déglutissent leurs crachats (nécessité pour les examiner, soit de provoquer un vomissement, soit de pratiquer un lavage d'estomac). Chez les enfants plus grands qui savent cracher, les crachats se présentent avec tous les caractères des crachats de l'adulte. La *dyspnée* est assez marquée, quelquefois jusqu'à 70, 80 respirations. La langue est sèche, l'appétit nul, il y a souvent de la constipation. Le foie et la rate sont tuméfiés. Les urines sont rares, albumineuses, pauvres en chlorures. Dans le sang, la fibrine est augmentée, il y a leucocytose polynucléaire. On note du délire, de l'agitation, surtout la nuit.

A cette période, les signes physiques sont assez nets : la lésion siège le plus souvent au *sommet* et à droite, quelquefois à la *base* et à gauche.

Il faut rechercher ces signes spécialement dans l'*aisselle*. On constate à ce niveau de la matité, des râles crépitants, du souffle tubaire; il ne faut pas songer à rechercher l'état des vibrations. On observe encore du *retentissement de la toux, des cris*, de la bronchophonie En avant, sous la clavicule, on note le signe de Weill et du skodisme. La *radioscopie* décèle une zone obscure qui a la forme d'un triangle dont la base répond à l'aisselle et le sommet s'enfonce vers le hile.

L'évolution se fait le plus fréquemment vers la guérison, la défervescence se produit de préférence vers le sixième jour, quelquefois plus tôt, vers le cinquième jour, quelquefois plus tard, vers le septième ou huitième. Elle est brusque, avec parfois des phénomènes de *collapsus*; elle peut être précédée de grandes oscillations; assez souvent, deux jours avant, l'on a observé une *fausse défervescence* avec réascension de la température, c'est la *défervescence en deux temps*.

En même temps que cette défervescence, on observe les phénomènes habituels de la *crise* (sueurs, diarrhée, polyurie, etc.). La *convalescence* est en général rapide.

FORMES CLINIQUES. — 1° *Pneumonie abortive.* — Après un début analogue à celui que nous avons décrit, la maladie tourne court, et la défervescence se fait vers le troisième ou le quatrième jour. Il s'agit, dans ces cas, de *congestions pulmonaires* à forme de pneumonie.

2° *Pneumonie prolongée.* — La défervescence se fait du douzième au quinzième jour; il s'agit, suivant les cas, de pneumonie massive, migratrice, double, à reprises.

3° *Pneumonie à forme typhoïde.* — Pneumonie bilieuse, caractérisée par un état asthénique et infectieux assez spécial.

4° PNEUMONIE CÉRÉBRALE. — Cette forme, bien étudiée par Rilliet et Barthez, peut prendre le *type éclamptique* ou *méningitique*. Le type éclamptique s'observe au-dessous de quatre ans; la forme méningitique, chez l'enfant plus grand.

Ces pneumonies cérébrales sont le plus souvent localisées au sommet; elles sont assez graves; elles s'accompagnent de lésions des cellules nerveuses et de modifications du *liquide céphalo-rachidien* [lymphocytose, quelquefois *polynucléose* (Nobécourt et R. Voisin)].

5° Nous avons signalé la forme à début simulant une *appendicite* ou une péritonite aiguë.

6° *Formes compliquées.* — On observe surtout la *pleurésie*; elle est généralement latente; quelquefois cependant l'épanchement est assez abondant pour réaliser une pleuro-pneumonie. Cette pleurésie peut être purulente avec tous les caractères de la pleurésie para ou métapneumonique de l'adulte. Il faut encore signaler, parmi les complications, les otites moyennes, souvent bilatérales, les mastoïdites, méningites, ainsi que la myocardite et la péricardite, les néphrites, les méningites suppurées à pneumocoques, cérébrales ou cérébro-spinales, l'abcès du cerveau, les arthrites, enfin les complications *cutanées, érythèmes*, rash, sudamina.

Le **PRONOSTIC** est relativement bénin, sauf au-dessous de deux ans. Il faut se rappeler que la péricardite provoque souvent la mort subite.

DIAGNOSTIC. — Le début bruyant, sans symptômes de localisation pulmonaire, peut faire croire au début d'une pyrexie quelconque (angine, scarlatine, méningite, fièvre typhoïde, appendicite). A la période d'état, il faudra penser à la *congestion pulmonaire* aiguë, aux *broncho-pneumonies*, surtout aux broncho-pneumonies pseudo-lobaires.

La broncho-pneumonie est généralement secondaire à une rougeole, à une coqueluche, à une grippe; son début est rarement aussi brusque; il faut se rappeler qu'elle s'observe surtout chez le nourrisson jusqu'à deux ans, et qu'au-dessus de quatre ans c'est la pneumonie qui est plus fréquemment rencontrée.

Le diagnostic peut être encore délicat avec une pleurésie. Signalons enfin le diagnostic avec la gangrène pulmonaire et la tuberculose pulmonaire à forme pneumonique.

TRAITEMENT. — Ce traitement doit être simple; il consiste surtout en soins hygiéniques; s'il y a hyperthermie, délire, on fera usage du drap mouillé, des enveloppements du thorax, des bains. Si le cœur faiblit, on fera des injections d'huile camphrée. Enfin, on traitera les complications s'il en survient.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants.* — NOBÉCOURT. *Précis de médecine infantile.* — GILLET. Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1903.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON 4 Fr 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

N° 146. — SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1911. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse nous apprenons, avec regret, la mort de M. le professeur Lannelongue.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 21 décembre. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez la femme. — Symptômes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. »

MM. Oulié, 7 + 13 = 20 ; Carpanetti, 12 + 17 = 29 ; Vallerant, 8 + 15 = 23 ; Pilatte, 11 + 17 = 28 ; Alary, 15 + 21 = 36 ; Lévi-Franckel, 12 + 16 = 28 ; Bonnet, 14 + 17 = 31 ; Castex, 9 + 14 = 23 ; Michaux, 15 + 18 = 33 ; Boyer, 15 + 14 = 29 ; Marchak, 15 + 16 = 31.

Séance du 22 décembre. — Question donnée : « Anatomie de la portion extracranienne du nerf grand hypoglosse. — Symptômes et diagnostic de la colique néphrétique. »

MM. Berthelot, 11 + 14 = 25 ; Barat, 14 + 20 = 34 ; Avezon, 14 + 17 = 31 ; Küss, 12 + 17 = 29 ; Maurel, 15 + 17 = 32 ; Colleville, 13 + 15 = 28 ; Caux, 11 + 14 = 25 ; Bouttier, 17 + 18 = 35 ; Antoine, 12 + 14 = 26 ; Bardon (Cl), 16 + 16 = 32.

Prochaine séance, mercredi 3 janvier, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu pour le titre de chef de clinique à la clinique nationale des Quinze-Vingts, ont été nommés les docteurs Liégard, Grelault, Lataillade et Perossier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Argaud, professeur suppléant à l'école de Clermont-Ferrand, est chargé des fonctions d'agrégé (section d'anatomie et d'embryologie) à la Faculté de médecine d'Alger (fondation de l'Université) pendant les années scolaires 1911-1912 et 1912-1913 (emploi nouveau).

GUERRE. — M. le médecin principal de première classe Lemoine, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, a été nommé au grade de médecin inspecteur, dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Mareschal, placé dans la section de réserve.

MÉDECINS DE COLONISATION. — Le dernier concours pour le recrutement des médecins de colonisation s'est terminé par la nomination de MM. Huck (d'Alger) et Boyer (de Marseille).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la cinquantième semaine, 902 décès au lieu de 847 pendant la semaine précédente, et au lieu de 926, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Topinard, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien professeur à l'école d'anthropologie, et secrétaire général de la Société d'anthropologie, décédé à Paris à l'âge de quatre-vingt-un ans.

Elève et collaborateur de Broca, Topinard laisse, outre un certain nombre d'ouvrages de médecine, dont un *Traité de l'ataxie locomotrice*, un grand nombre de travaux relatifs à l'anthropologie et à l'ethnographie. Citons, en particulier, l'*Anthropologie*, les *Eléments d'anthropologie générale* et l'*Anthropologie et les sciences sociales*.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous apprenons la prochaine apparition de la *Revue de droit médical* qui va paraître le 1er janvier 1912 chez l'éditeur Vigot (1), sous la direction de notre collaborateur R.-Marcel Petit, avocat à la Cour d'appel de Paris, dont nos lecteurs connaissent et apprécient la science juridique.

L'objet de ce recueil est de grouper périodiquement toutes les dispositions législatives, réglementaires ou judiciaires que le corps médical a intérêt à connaître et qui deviennent tous les jours plus nombreuses et plus compliquées.

Me Marcel Petit a su s'entourer, pour réaliser son programme, de collaborateurs éminents, magistrats, avocats, médecins légistes, aussi nous ne doutons pas qu'il ne remporte le plein succès que nous lui souhaitons bien vivement.

ERRATUM. — Dans l'article de MM. Payan et Moiroud, p. 2080, 1re col., 4e alinéa, 1re ligne, lire *médiane* au lieu de médiocre, et 8e ligne, *réséquer* au lieu de résigner.

RENSEIGNEMENTS

(1) Publication mensuelle. Douze numéros de 32 pages. France et colonies : un an, 6 francs ; étranger, 8 francs. Prix du numéro : 60 centimes. — Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DU CANAL THORACIQUE

Par M. Albert PIOT,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Bien que l'existence du cancer secondaire du canal thoracique fût connue depuis longtemps, la première observation de Cooper date en effet de 1798, jusqu'à ces dernières années on considérait le diagnostic de cette complication comme impossible : l'envahissement du canal thoracique par le cancer était une trouvaille d'autopsie. Cela tenait à la rareté des cas, à la difficulté pour beaucoup de trouver le canal thoracique à l'autopsie et, par conséquent, de contrôler les symptômes observés, et aussi à la pauvreté et à l'inconstance des signes cliniques. On avait bien tenté de mettre en valeur certains symptômes, mais ceux-ci considérés comme ils avaient été donnés, c'est-à-dire isolément, n'avaient qu'une valeur toute relative; aussi quand le diagnostic clinique fut fait, ce fut plutôt par hasard ou par intuition que d'après la constatation des signes que l'on donnait alors pour aider au diagnostic. Or depuis 1902 M. Ménétrier, dans une série de communications, a rapporté plusieurs observations de malades atteintes de cancer et dont le canal thoracique fut envahi et oblitéré au cours de leur généralisation néoplasique. Dans chacun de ces cas, où le diagnostic fut fait, l'ensemble des signes cliniques et anatomiques présenta de telles ressemblances qu'il a été possible de les grouper en un syndrome permettant le diagnostic.

Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant et utile d'exposer ici l'étude maintenant complète du cancer secondaire du canal thoracique.

I

Historique. — La première observation de cancer du canal thoracique remonte à Cooper qui, en 1798, cite l'histoire d'un malade atteint de cancer du testicule et à l'autopsie duquel on trouva le canal thoracique envahi par la généralisation cancéreuse.

Vingt-six ans plus tard (1824), Andral rapporte un nouveau cas de cancer du canal thoracique secondaire à un néoplasme utérin. Il faut attendre quatorze ans pour qu'une nouvelle observation de Cruveilhier attire en 1838 l'attention de ce côté. En 1880, Virchow signale deux cas où les chylifères de l'intestin et le canal thoracique, distendus et envahis par le cancer, étaient remplis d'un liquide blanchâtre et graisseux. Le premier travail d'ensemble est dû à Euzman qui, en 1883, dans sa thèse inaugurale, rassemble les cas publiés antérieurement et ajoute une observation nouvelle. Puis les observations deviennent plus fréquentes. Troisier, en 1886, expose devant la Société médicale des Hôpitaux une observation de Raymond. En 1888, Belin dans sa thèse sur « les adénopathies à distance dans les cancers viscéraux » met en relief la valeur diagnostique de ces ganglions qui siègent fort loin de la tumeur primitive. Dans le même ordre d'idées, de 1889 à 1893, Troisier signale dans des communications diverses l'importance de l'adénopathie sus-claviculaire gauche dans les cancers de l'abdomen et les relations de ces adénopathies avec l'envahissement du canal thoracique par le cancer.

En 1895 Sénator, puis Schramm en 1896, décrivent 2 cas de cancer du canal thoracique accompagnés d'épanchements péritonéal et pleuraux chyliformes. Troisier, en 1898, présente 3 cas nouveaux de cancer du canal thoracique observés par lui depuis 1890.

Jusqu'alors personne n'avait fait le diagnostic de cette affection. Pour la première fois, en 1898, Mathieu et Nattan Larrier firent le diagnostic au lit du malade. La même année, Godde dans sa thèse reprend toutes les observations publiées jusqu'alors et essaye d'indiquer une symptomatologie d'ailleurs imprécise et presque inutilisable.

Le premier travail complet, c'est la communication de MM. Ménétrier et Gauckler à la Société médicale des hôpitaux, en 1902 : les différents points de l'histoire clinique et histologique du cancer du canal thoracique sont mis en lumière. Les principaux signes cliniques, l'œdème et ses caractères topographiques, les épanchements pleuraux et péritonéaux y sont décrits avec précision. De même les particularités histologiques sont mises en valeur, notamment les lésions caractéristiques de lymphangites rétrogrades, lésions étudiées plus tard en 1910 par Géraudel. En 1908, nouvelle observation publiée par MM. Ménétrier et Mallet.

Dans une communication faite en collaboration, avec M. Ménétrier, en 1911, nous avons présenté deux nouvelles observations de cancer du canal thoracique, et mis en relief les points principaux de l'étude clinique et anatomique.

II

Etiologie. — A l'heure actuelle, 25 observations seulement de cancer du canal thoracique ont été publiées dans la littérature médicale. Ce nombre ne comprend que les cas où le diagnostic fut fait soit à l'autopsie, soit au lit du malade.

En réalité, l'apparition de cette complication est plus fréquente, car, en parcourant un peu au hasard un grand nombre d'observations, d'ailleurs très bien prises, de malades atteints et morts de cancers abdominaux, il nous a été possible de retrouver des cas où sans aucun doute le canal thoracique était oblitéré par le cancer, ce fait ayant passé inaperçu même à l'autopsie.

Jusqu'à présent, le cancer du canal thoracique est un cancer secondaire et ce n'est à proprement parler qu'une complication qui survient au cours de la période de généralisation des cancers. Sur les 25 cas publiés, dans 17 seulement le point de départ est nettement indiqué et dans ces 17 cas le néoplasme primitif siégeait : 6 fois au niveau de l'utérus, 6 fois au niveau de l'estomac, 1 fois au niveau de l'œsophage, du rectum, du rein, des testicules, 1 fois le point de départ fut une tumeur encé-

phaloïde de l'abdomen. Donc le point de départ s'est toujours trouvé dans l'abdomen avec prédominance au niveau de l'utérus et de l'estomac, ce qui d'ailleurs ne doit pas nous étonner, puisque les cancers les plus fréquents sont ceux de l'utérus et de l'estomac.

Secondaire, le cancer du canal thoracique se rencontre donc à l'âge ordinaire du cancer, c'est-à-dire vers cinquante ans. A signaler, comme exception, l'observation de Moutier et Marre, au sujet d'une femme de 31 ans chez laquelle un cancer de l'estomac à marche singulièrement rapide se termina par l'envahissement du canal thoracique.

Si l'on examine les statistiques générales du cancer, on voit que la femme est plus fréquemment atteinte de néoplasie que l'homme. D'autre part, les cancers qui se terminent par l'envahissement du canal thoracique sont principalement ceux de l'utérus et de l'estomac, or, parmi ces derniers, la moitié au moins atteignent le sexe féminin, il est donc logique de dire que dans les deux tiers des cas le cancer du canal thoracique se rencontre chez la femme.

III

Symptômes. — L'envahissement du canal thoracique par le cancer se traduit en clinique par un ensemble de signes presque toujours identiques pour les différents cas, si bien qu'il nous a paru rationnel de les grouper sous le nom de syndrome de l'oblitération cancéreuse du canal thoracique.

Nous en décrirons les différents éléments :

I. L'ŒDÈME. — C'est le premier symptôme qui apparaît lors de l'envahissement du canal thoracique par le cancer, c'est aussi le meilleur élément du syndrome.

Début. — L'apparition de l'œdème est exceptionnellement brusque, d'ordinaire il a une marche lente et progressive; il apparaît d'abord au niveau des membres inférieurs, commençant par les pieds pour remonter vers la racine des membres. Puis il envahit l'abdomen et quelques jours après l'hémithorax gauche et le bras gauche.

Etat. — Lorsque cet œdème est nettement constitué et à son degré le plus typique, il siège sur les deux membres inférieurs, le droit et le gauche également, il remonte sur les parois abdominales et la région lombaire. Au niveau du thorax la topographie diffère suivant le côté considéré : à droite l'œdème s'arrête brusquement et ne remonte pas sur le côté droit de la paroi thoracique. La limite de séparation entre la zone œdématiée et la région indemne est indiquée par un *bourrelet* œdémateux.

A gauche au contraire l'œdème se continue sur la paroi thoracique, l'hémithorax gauche est donc envahi dans sa totalité.

Le membre supérieur gauche est à son tour envahi par l'œdème, le bras droit est respecté. En somme l'œdème dessine la topographie du territoire cutané du canal thoracique. Il respecte la moitié droite du thorax, le bras droit et la moitié droite de la tête et du cou tributaires, on le sait, non pas du canal thoracique mais de la grande veine lymphatique, c'est là un tableau bien net et facile à rechercher.

Ce n'est pas seulement sa disposition, c'est sa consistance qui permet de le reconnaître. Il est pâle, dur, résistant au doigt qui le déprime difficilement, rappelant les caractères des œdèmes lymphatiques provoqués par la filaire de Bancrof.

II. LES ÉPANCHEMENTS. — Les épanchements pleuraux et péritonéaux se rencontrent assez fréquemment au cours de l'oblitération du canal thoracique et s'ils sont moins constants que l'œdème ils peuvent, par leur seule présence et leur nature quelquefois si spéciale, faire soupçonner l'envahissement du canal thoracique par le cancer.

a. *Epanchements pleuraux.* — Ce sont les plus fréquents, leur apparition se fait d'ordinaire quelques jours après la constitution de l'œdème.

Dans la plupart des cas il n'y a de liquide que dans la *plèvre gauche*, d'ailleurs on peut observer les trois faits suivants :

1° L'épanchement siège uniquement à gauche ;

2° L'épanchement est très abondant à gauche et s'accompagne d'un petit épanchement dans la plèvre droite;

3° Les deux plèvres contiennent autant de liquide l'une que l'autre. Hâtons-nous de dire que ce dernier cas est le moins fréquent. La *quantité* de liquide est d'ailleurs variable : quelquefois 500 grammes de liquide occupent la plèvre, ailleurs il faut ponctionner le thorax plusieurs fois pour retirer à chaque thoracentèse 1 litre à 1 litre et demi de liquide. Ces épanchements s'accompagnent d'une *dyspnée* toujours très accentuée, présentant même des crises paroxystiques. L'intensité de cette dyspnée n'est du reste pas en rapport direct avec le volume de l'épanchement, elle semble dépendre plutôt de la manière dont se produit l'épanchement que de son abondance.

b. *Ascite.* — L'ascite est un signe moins constant, on le rencontre moins souvent que les pleurésies. La quantité du liquide ascitique est très variable, si petite parfois que le diagnostic ne s'en fait qu'à l'autopsie. Par contre, la quantité ne paraît pas atteindre celle que l'on rencontre dans l'ascite des cirrhoses : 4 à 5 litres semblent être le maximum qu'on ait observé jusqu'alors.

c. *Nature du liquide.* — La nature de ces liquides pleuro-péritonéaux est loin d'être la même dans tous les cas, et ce fait est directement en rapport avec le mode de production de l'épanchement. Dans la majorité des cas, le liquide est *citrin*, dans d'autres, il est franchement *hémorragique* sans que l'examen permette d'y déceler des cellules cancéreuses. Enfin dans quelques cas les épanchements sont *chyliformes*. Tantôt on est en présence d'un épanchement chyliforme vrai c'est-à-dire contenant des substances du chyle, le fait n'a d'ailleurs été signalé que quatre fois. Le plus souvent, on est en présence d'un épanchement *latescent*, d'apparence chyliforme, dont l'aspect est dû à la présence de cellules cancéreuses à toutes les étapes de la dégénérescence graisseuse.

III. LES ADÉNOPATHIES. — L'envahissement des ganglions, et en particulier des ganglions *sus-claviculaires gauches*, est un signe peut-être plus constant que les épanchements. C'est un signe qui prend parfois des proportions énormes comme on peut le voir en se rapportant à la figure 1. Les ganglions sus-claviculaires gauches sont en effet reliés à la crosse du canal thoracique par des lymphatiques gros et courts si bien qu'on peut les considérer comme la première voie de décharge où le reflux dû à la stase se fera sentir.

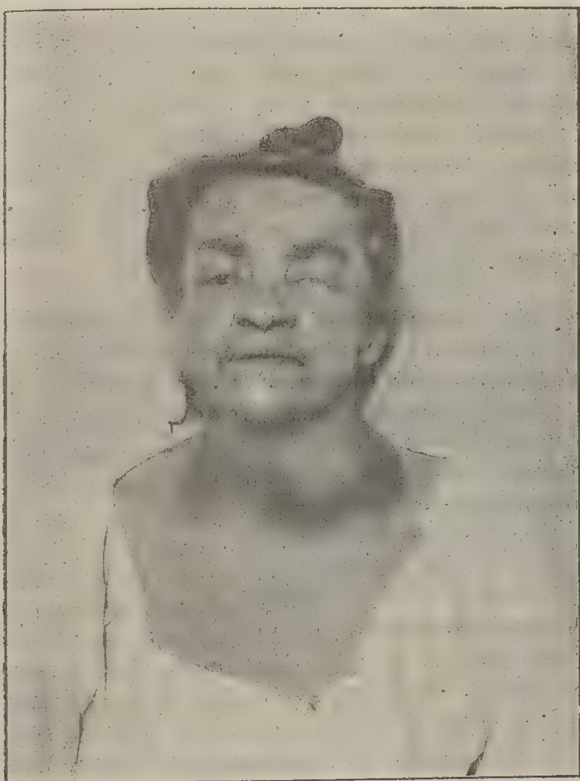


FIG. 1. — *Ganglion de Troisier chez une malade atteinte de cancer à l'utérus et de cancer du canal thoracique.*

Nous n'insisterons pas sur les caractères de ces ganglions, adhérents aux plans profonds et sur lesquels glissent les plans superficiels, tout au moins au début, car plus tard la tumeur ganglionnaire peut adhérer à la peau qu'elle envahit par contiguité.

Nous signalerons les adénopathies *axillaires* observées dans le cas de Moutier et Marre et la dégénérescence des ganglions *lombaires*. Ces derniers par leur volume peuvent former une véritable tumeur abdominale accessible à la palpation, et qui comprimant les gros troncs artériels amène la presque disparition des battements dans les artères pédieuses, c'est là un signe que Godde donne dans sa thèse, mais nous n'y attachons qu'une importance toute relative.

IV. LES PHLÉBITES. — S'il est presque constant d'observer à l'autopsie la *thrombose du confluent veineux jugulo-sous-clavier gauche*, il est, par contre, moins fréquent de la constater en clinique. Cependant, le fait est intéressant à connaître, car la phlébite a pour conséquence l'apparition d'un œdème veineux qui se juxtapose ou se superpose à l'œdème lymphatique préexistant, le masque, le déforme et peut, par conséquent, faire dévier le diagnostic.

Le siège initial se trouve au niveau des gros troncs de la base du cou, la thrombose s'étend aux veines du bras gauche, aux veines du cou : jugulaire externe et interne du côté gauche.

Les signes consistent en douleurs spontanées souvent très vives irradiant le long du membre supérieur gauche et du côté gauche du cou. On a parfois la sensation de cordons veineux durs, douloureux à la palpation très légère.

Plus rarement la thrombose peut s'étendre aux vaisseaux veineux du côté droit venant défigurer ainsi la topographie de l'œdème lymphatique.

En résumé :

L'œdème à topographie bien spéciale ;

Les épanchements : péritonéal et pleural gauche ;

Le ganglion sus-claviculaire gauche ;

La phlébite des gros troncs veineux de la base du cou à gauche, constituent les éléments du syndrome.

IV

Diagnostic. — Lorsque les éléments du syndrome sont au complet, le diagnostic du cancer du canal thoracique est pour ainsi dire facile, cette complication n'apparaissant d'ailleurs que vers la période ultime à un moment où le diagnostic du cancer primitif a d'ordinaire été fait.

Dans les cas que nous avons observés, la plupart des symptômes décrits coexistaient, c'est pourquoi nous pensons que tout clinicien *averti* peut faire le diagnostic sans difficulté.

Il n'en est pas de même quand les signes sont isolés ou frustes. Aussi, nous faut-il discuter la valeur diagnostique de chacun des éléments du syndrome et examiner les diverses affections où l'on peut les rencontrer.

I. L'ŒDÈME, lorsqu'il revêt la topographie bien spéciale que nous avons décrite, est en quelque sorte pathognomonique. Il évoque d'abord l'idée de stase dans le territoire du canal thoracique et, survenant chez un cancéreux avéré, à la période de généralisation, il impose presque le diagnostic de cancer secondaire du canal thoracique.

a. La topographie de cet œdème peut être reproduite par des *phlébites* qui, on le sait, se rencontrent assez souvent au cours des cachexies cancéreuses. Mais alors, il faut qu'il y ait coexistence d'une phlébite double des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Encore faut-il que ces thromboses veineuses déterminent de l'œdème de l'hémithorax gauche, en respectant le bras droit et l'hémithorax droit. Dans ce cas il n'existe pas de bourrelet œdémateux entre les zones respectées et envahies par l'œdème. D'autre part, dans le cas de phlegmatia, il est peu fréquent de voir l'œdème s'installer parallèlement et simultanément au niveau des membres inférieurs, puis remonter ensuite, en envahissant l'abdomen, jusqu'au membre supérieur gauche. De plus, l'œdème qui s'installe rapidement

dans le cas de phlébite a une marche beaucoup plus lente dans le cas d'œdème lymphatique. On se rappellera enfin la consistance ferme de ce dernier et la difficulté qu'a le doigt d'y imprimer un godet encore facile à tracer dans l'œdème veineux. La recherche prudente des cordons veineux peut également aider au diagnostic.

b. L'*œdème cachectique* qui survient souvent à la phase ultime des cancers peut également avoir la topographie de l'œdème lymphatique, surtout lorsque le malade se place souvent dans le décubitus latéral gauche. L'œdème cachectique est mou, le godet facile à tracer, et les limites de démarcation entre les zones œdématiées et les parties saines sont peu précises et surtout variables si l'on modifie le décubitus du malade. Il est d'ailleurs assez vraisemblable que bon nombre d'œdèmes chez les cancéreux ont été jusqu'ici appelés œdèmes cachectiques, alors qu'il s'agissait d'un des éléments du syndrome du cancer du canal thoracique.

c. Mais ce qui peut rendre le diagnostic difficile et même impossible si le malade ne présente pas d'autre élément du syndrome, c'est la *coexistence de l'œdème cachectique et des phlébites*. Dans ce cas, la topographie de l'œdème du cancer du canal thoracique peut être reproduite. Nous avons vu également que les phlébites du membre supérieur gauche et des gros troncs veineux de la base du cou à gauche pouvaient masquer l'œdème lymphatique et le défigurer, mais dans ce cas la plébite apparaît après l'œdème lymphatique.

d. L'œdème lymphatique avec la topographie et les caractères que nous lui avons décrits peut être exceptionnellement dû à une autre cause que le cancer du canal thoracique.

Il est peu vraisemblable que la *compression* ou la *ligature* du canal thoracique au cours d'une intervention détermine un pareil œdème. On sait, en effet, qu'au cours des plaies du canal thoracique et de la base du cou il est prescrit de lier le canal thoracique et qu'il ne résulte aucun trouble appréciable de cette intervention. (Revue générale de Boulard, *Gazette des hôpitaux*, 1911, n° 99.) En tous cas le diagnostic se fera par les anamnestiques.

Quant à la *filariose* ou à l'*éléphantiasis des Arabes*, on les éliminera facilement. Leur évolution lente pendant dix, vingt ou trente ans, leur généralisation exceptionnelle, la constatation des microfilaires dans le sang entre dix heures du soir et minuit, les poussées de chylurie ou d'hématochylurie permettront le diagnostic. Nous ferons remarquer, en passant, les rapports pathogéniques étroits que présentent ces deux affections : cancer du canal thoracique et filariose, toutes deux sont en effet causées par la migration et la greffe d'éléments parasitaires dans le canal thoracique et les voies lymphatiques.

II. Les épanchements. — Nous avons vu que les liquides pleuraux ou péritonéaux pouvaient être citrin hémorragique, chyliforme ou latescent.

a. Lorsque l'examen cytologique décèle la présence des *éléments normaux du chyle*, le diagnostic devient assez facile. Il y a transsudation des éléments du chyle à travers les capillaires lymphatiques dilatés. Cependant, les mêmes éléments se retrouvent dans les épanchements pleuraux consécutifs aux plaies du canal thoracique (au niveau du thorax) et dans la filariose, les anamnestiques dans le premier cas, l'examen du sang dans le deuxième, permettront d'éliminer ces deux causes d'erreur.

b. Lorsque le liquide *hémorragique* ou *latescent* montre à l'examen cytologique des cellules cancéreuses, il reste à savoir si l'on est en présence de cellules cancéreuses, dégénérées ou non, ayant transsudé des capillaires sous-séreux ou bien s'il s'agit de noyaux métastatiques pleuraux ou péritonéaux sans que le canal thoracique soit intéressé par le cancer. Le diagnostic devient très difficile; cependant, l'existence d'un épanchement pleural gauche, alors qu'on a déjà diagnostiqué un néoplasme abdominal, permettra de penser à la possibilité d'un cancer du canal thoracique, surtout si les signes habituels du cancer du poumon ou du péritoine font défaut.

III. Les adénopathies. — La valeur diagnostique de ce signe a été contestée par de nombreux auteurs. Il a cependant une importance très grande pour ce qui est du diagnostic du cancer du canal thoracique. Sans doute il perd de sa valeur s'il est absolument isolé sans autre signe, mais nous l'avons trouvé dans la plupart des cas.

Le ganglion sus-claviculaire gauche n'est cependant pas obligatoirement lié à l'envahissement du canal thoracique par le cancer. Il peut exister, alors que le canal est resté indemne sur tout son parcours. Ce signe indique que le canal thoracique a été parcouru par les éléments cancéreux venus d'un néoplasme abdominal et c'est tout. Le fait a d'ailleurs été mis en lumière et expliqué par les travaux de M. Troisier.

IV. Les phlébites. — La phlébite des gros troncs veineux de la base du cou et du membre supérieur gauche peut se rencontrer chez les cancéreux en dehors de toute atteinte du canal thoracique, mais lorsque la phlébite survient quelques jours après l'établissement de l'œdème lymphatique on doit la rattacher à ce dernier symptôme et faire le diagnostic de cancer du canal thoracique. Son apparition est précédée de douleurs vives et l'œdème lymphatique préexistant augmente à ce niveau. Nous avons d'ailleurs dit, en parlant du diagnostic de l'œdème, comment on pouvait différencier l'œdème veineux de l'œdème lymphatique.

V

Anatomie pathologique. — I. Anatomie marcoscopique. — 1° *Le canal thoracique.* — Le canal est envahi et transformé soit en totalité, soit en partie. Lorsqu'il est complètement altéré, le canal se présente sous la forme d'un *cordon irrégulier* et induré dont le diamètre est le double de celui qu'il possède en temps normal. Pour ces raisons, il est en général assez facile de suivre le canal jusqu'au niveau de sa crosse terminale. Mais cette dernière est le plus

souvent située en plein tissu cancéreux, si bien qu'il est impossible de le suivre autrement que sur des coupes sériées. Il faut même avoir recours à l'examen histologique pour voir sa terminaison. Des coupes faites à différents niveaux montrent que les *parois* sont épaissies. La *lumière* du canal renferme un liquide puriforme, caséeux, latescent, floconneux suivant les cas. Les points oblitérés ont des sièges variables, le canal peut être fermé en plusieurs endroits et transformé par place en un véritable cordon plein. Il y a prédominance des lésions au niveau de l'abouchement du canal thoracique dans le confluent veineux.

2° *Le confluent veineux gauche jugulo-sous-clavier.* — Une section menée à ce niveau montre dans la plupart des cas la thrombose veineuse et permet de voir le point terminal du canal thoracique coiffé d'un bourgeon cancéreux.

3° *Ganglions.* — Tous les ganglions sauf ceux du côté droit du thorax et du cou sont dégénérés et de volume variable.

4° *Etat des voies lymphatiques.* — Les voies lymphatiques des différents viscères sont distendues et dessinent un fin réseau blanchâtre sur la séreuse intestinale, sur la plèvre gauche.

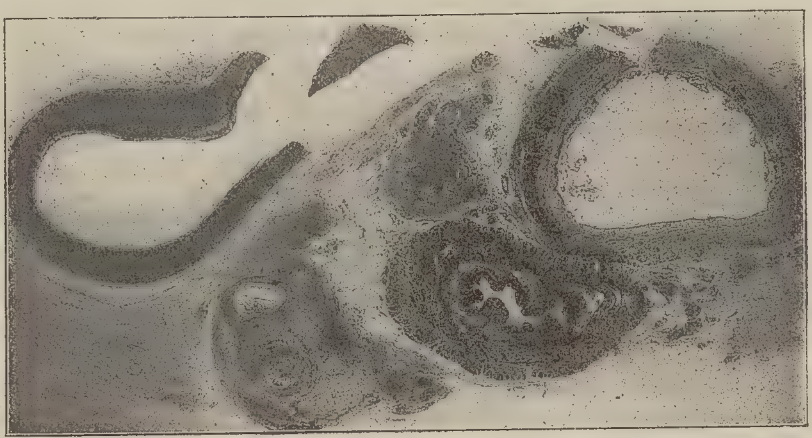


Fig. 2. — *Cancer du canal thoracique au cours d'un cancer de l'estomac* (coupe horizontale pratiquée au niveau de la portion transversale de la crosse aortique). — A gauche, section oblique et incomplète de la crosse aortique. A droite, trachée et œsophage dans le sinus antérieur gauche, desquels se voient le récurrent gauche et un ganglion cancéreux de la chaîne récurrentielle. — A gauche de l'œsophage et derrière l'aorte se trouve le canal thoracique coupé deux fois, car il décrit un coude brusque à ce niveau : en avant la partie non oblitérée du canal représente le bout inférieur afférent, en arrière la partie oblitérée représente le bout supérieur efférent. Entre les deux, tunique musculaire circulaire coupée obliquement.

II. Histologie. — 1° *Le canal thoracique.* — a. *Les parois* du canal thoracique sont envahies par les cellules cancéreuses, cet envahissement est d'autant plus intense, qu'on s'approche de la portion terminale du canal, il se fait du centre vers la périphérie, c'est-à-dire que les éléments cancéreux occupent d'abord exclusivement la lumière du canal, puis se greffent sur les tuniques les plus internes pour occuper plus haut toute l'épaisseur des parois. Il faut noter la résistance plus grande des couches musculaires.

b. *Le contenu.* — La lumière du canal est occupée par des cellules lymphatiques, des cellules cancéreuses libres ou en amas et des microbes, s'il y a infection.

L'oblitération se fait par thrombose d'abord, puis par endo et périlymphite.

c. *Le tissu environnant.* — Le tissu conjonctif entourant le canal est parcouru par des lymphatiques dilatés et bourrés de cellules cancéreuses.

d. *Sa terminaison.* — On peut considérer comme de règle la présence d'un *bourgeon cancéreux* au niveau du point d'abouchement du canal dans le confluent veineux. Autour du bourgeon cancéreux se trouve, lorsqu'il y a eu thrombose en ce point, les vestiges du caillot représentés par le tissu conjonctif de remplacement semé de granulations hématiques. Il y a de petits amas de cellules cancéreuses qui ont par conséquent été amenés là avant la formation du caillot.

2° *Les autres organes.* — Au niveau des autres organes les lésions à retenir sont les lymphangites cancéreuses que l'on observe partout mais principalement au niveau du poumon gauche et des capsules surrénales. Le rein, le foie, l'intestin, la peau, le squelette même présentent aussi ces mêmes lymphangites quoique d'une manière moins constante.

VI

Pathogénie. — De ces données cliniques et anatomiques on peut déduire les notions pathogéniques suivantes.

I. Comment se réalise l'envahissement et l'oblitération du canal thoracique ? — *a.* L'envahissement du canal thoracique se fait par infection, pourrait-on dire. Le canal transporte en effet des éléments cancéreux venus des lymphatiques de l'organe primitivement néoplasié; les cellules néoplasiques se greffent sur les parois du canal, et, avec les progrès de l'infection cancéreuse, et l'effort constant de nouveaux germes, finissent par oblitérer progressivement la lumière du canal, il y a eu dans ce cas *thrombose primitive du canal thoracique.*

b. D'autres circonstances peuvent favoriser la production de cette oblitération. En effet, d'après l'examen microscopique des confluents veineux thrombosés, où l'on voit des cellules cancéreuses englobées dans le réticulum fibrineux du caillot, on doit conclure : 1° que ces cellules néoplasiques existaient avant et en même temps que la production de ce caillot; 2° qu'en l'absence de tout autre agent d'infection la cellule cancéreuse a suffi à elle seule à provoquer la thrombose : elle a agi alors comme le microbe. Donc, lorsque cette thrombose siège au niveau de l'abouchement du canal thoracique dans la jugulaire, le canal ne peut plus déverser son contenu dans le torrent circulatoire et les éléments cancéreux s'accumulent derrière cette barrière veineuse, obstruant peu à peu et pour leur propre

compte le canal thoracique. Il y a eu dans ce cas *thrombose veineuse primitive*.

c. On peut enfin invoquer le *ralentissement d'écoulement de la lymphe* au niveau de l'abouchement du canal thoracique, ralentissement dû aux variations de pressions constantes des gros troncs veineux du creux sus-claviculaire, ce ralentissement favorisant la greffe des cellules néoplasiques sur la tunique interne du canal thoracique.

II. Conséquences de l'envahissement et de l'oblitération du canal thoracique par le cancer. — *a*. La lymphe ne pouvant plus se déverser dans le système veineux, le premier résultat sera la *stase lymphatique*, puis une *augmentation de pression* dans tous les lymphatiques tributaires du canal thoracique et la *dilatation* consécutive de ces canaux.

b. D'autre part, dans ces lymphatiques dilatés, le sens de la circulation de la lymphe devient indifférent, les éléments du liquide et les germes pathologiques qu'il charrie vont dans tous les sens ou plutôt dans le seul qui leur devienne praticable, c'est-à-dire en arrière, d'où dissémination rétrograde des germes cancéreux dans les lymphatiques dilatés et c'est pourquoi l'on observe dans la plupart des organes les *lymphangites cancéreuses rétrogrades*.

c. Au niveau des téguments la stase lymphatique produira *l'œdème* dont nous avons donné la topographie si spéciale.

d. Au niveau des séreuses la stase aboutit à la production d'*épanchements* divers. L'épanchement sera *chyliforme* lorsque les éléments du chyle transsuderont des réseaux lymphangitiques sous-séreux. Il sera *latescent* lorsque les cellules cancéreuses transsuderont à travers les lymphatiques dilatés et subiront la dégénérescence graisseuse. Il sera *citrin* ou *hémorragique* quand la cellule cancéreuse amènera une simple réaction de la séreuse par irritation locale.

e. Cette réplétion du système lymphatique du poumon et l'entrave amenée par ce fait à la circulation et à l'hématose expliquent la *dyspnée* que l'on rencontre dans de nombreux cas en l'absence même de tout épanchement pleural.

f. La stase lymphatique retentissant sur tout le territoire du canal thoracique, il est facile de comprendre la prédominance et la règle de l'*épanchement pleural gauche*, puisque les lymphatiques de l'hémithorax gauche se rendent seuls au canal thoracique.

Les lymphatiques des derniers espaces intercostaux droits, qui vont directement par un tronc commun à la citerne de Pecquet, expliquent les *lymphangites rétrogrades pleurales droites* et les conséquences, c'est-à-dire production d'un épanchement mais moins abondant qu'à gauche.

Enfin les épanchements pleuraux, bilatéraux et égaux comme quantité semblent relever du mécanisme de l'hydrothorax.

BIBLIOGRAPHIE

Belin. *Adénopathies à distance dans les cancers viscéraux*, Th. de Paris, 1888. — Bourquelot. *Des Généralisations extrathoraco-abdominales du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1909.

Cooper. Cancer du canal thoracique, *Med. record*, 1798. — Coudray. Rôle des ganglions lymphatiques dans l'infection cancéreuse, *Journ. de méd. de Paris*, 1901, p. 278.

Decloux et Nattan-Larrier. Cancer du canal thoracique, *Bull. de la Soc. anat.*, 5 mars 1897. — Dock. Chylous ascite and chylous pleuresies in a case of lymphocytoma involving the thoracic duct, *Tr. Ass. phys.*, Phil., 1907, p. 464.

Euzman. *Etude sur l'anatomie pathologique du canal thoracique*, Th. de Bâle, 1883.

Freidreich. Ganglion sus-claviculaire et cancer de l'estomac, *Klin. Woch.*, Berlin 1874, n° 1.

Géraudel. Noyaux cancéreux secondaires du foie et des poumons par envahissement lymphatique rétrograde, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1910, n° 3, t. XXII; — *C. r. de la Soc. de biol.*, 8 fév. 1910; — *Presse méd.*, 13 avril 1910. — Godde. *Cancer du canal thoracique*, Th. de Paris, 1898. — Goyard. *Valeur clinique des adénopathies externes à distance dans les cancers de l'estomac*, Th. de Paris, 1902.

Legendre. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1838. — Lebert. *Traité d'anatomie pathologique*, 1861.

Mathieu et Nattan-Larrier. Cancer du canal thoracique, *Soc. méd. des hôpit.*, 2 déc. 1898. — Ménétrier et Gauckler. Cancer de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions sus-claviculaires gauches, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 nov. 1902. — Ménétrier et Mallet. Cancer de l'utérus et du canal thoracique, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 nov. 1908. — Ménétrier. Le cancer, *Nouveau Traité de médecine* de Gilbert et Thoinot, f. 3. — Ménétrier et Piot. L'oblitération cancéreuse du canal thoracique. Quatre observations, *Bull. de l'assoc. pour l'étude du cancer*, 1911, nos 5 et 6. — Moutier et Marre. Cancer de l'estomac, métastase au niveau du sein, cancer du canal thoracique, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1910, n° 3, t. XXII.

Nattan-Larrier. Cancer secondaire des voies chylifères avec ascite chyliforme, *Bull. méd. de Paris*, 1900; — Les cancers du canal thoracique et ascite chyleuse, *Bull. méd. de Paris*, 1900, p. 804; — Les cancers du canal thoracique, *Cliniques du laboratoire de l'Hôtel-Dieu* (conférences du mercredi), 1906, Masson, éditeur.

Piot. Th. de Paris, 1911.

Schramm. Observation d'un cancer du canal thoracique avec ascite chyliforme, *Médecine moderne*, 19 déc. 1896. — Senator. Ascite chyliforme et double pleurésie chyleuse. Cancer du canal thoracique, *Charité Ann.*, Berlin 1895, t. XX, p. 263. — Schwedenberg. *Sur le Cancer du canal thoracique*, Kiel, Berlin 1905.

Troisier. Cancer du canal thoracique et adénopathie sus-claviculaire gauche, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1886; — *Id.*, 1897, p. 302; — *Id.*, 1898, p. 405; — *Id.*, 27 juillet 1900; — *Arch. gén. de méd.*, fév. et mars 1889; — *Id.*, avril 1893; — *Presse méd.*, 21 mai 1898.

Vouzelle. *Contribution à l'étude de la linite plastique de nature cancéreuse*, Th. de Paris, 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 20 décembre 1911)

Traitement de l'ostéomyélite aiguë. — M. Robert Picqué, à propos du rapport de M. Walther et des observations présentées par M. Kirmisson, communique un cas intéressant de difformité résultant du traitement appliqué à une ostéomyélite aiguë du radius, difformité consistant en une main bote et en une impotence fonctionnelle absolue. Cette ostéomyélite aiguë de la partie moyenne du radius avait été traitée, d'abord par l'ouverture d'un abcès et le curettage, et ensuite par une intervention radicale consistant en une résection diaphysaire d'une étendue de 6 centimètres. Le résultat opératoire immédiat fut bon, mais il en résulta une difformité et une gêne fonctionnelle considérable. L'os enlevé était hyperostosé et contenait un séquestre assez volumineux. Il

aurait mieux valu pratiquer un évidement osseux et l'ablation du séquestre.

Pour corriger cette difformité, M. Robert Picqué pratiqua la transplantation d'un fragment du cubitus opposé avec enchevillement de ce fragment dans la partie supérieure de l'os et simple suture à la partie inférieure. En haut, fut obtenue une très bonne consolidation. Il n'en fut pas de même en bas, malgré une seconde intervention consistant à appliquer un collier de périoste. Mais si le résultat anatomique ne fut pas complet, le résultat fonctionnel fut parfait. Ce jeune homme peut exercer le métier de garçon de magasin.

La fracture cervicale des plongeurs. — M. Thiéry admet plusieurs mécanismes de cette variété de fracture vertébrale. Il ne croit pas que la contraction musculaire rendant rigides le dos et la nuque soit la seule cause de cette fracture.

Quant au traitement, M. Thiéry se rallie à cette formule qui consiste à intervenir quand il y a déformation et à s'abstenir quand il n'y a pas de déformation. De graves lésions peuvent se produire dans la colonne vertébrale et dans le canal médullaire qui peuvent guérir spontanément. M. Thiéry en cite un exemple. Une jeune fille fait une chute en dansant; elle est retenue par son danseur, fait encore quelques pas et tombe paralysée des deux jambes. Peu de jours après elle avait une ecchymose double autour du rachis. M. Thiéry s'abstint de toute intervention ayant diagnostiqué une entorse du rachis. Six mois après, cette jeune fille était guérie. Il y avait eu probablement une hématomyélie qui s'était résorbée et qui avait comprimé la moelle.

Si, en cas de déformation, on doit intervenir sur la colonne vertébrale, M. Thiéry estime qu'il vaudrait mieux le faire en plaçant le malade en suspension. On arriverait ainsi à pouvoir plus facilement réduire une luxation ou une fracture et à placer ensuite un appareil plâtré.

M. Lejars, en terminant cette petite discussion, fait observer qu'il existe bien réellement un type de fracture cervicale spéciale aux plongeurs. La lésion peut être assez minime pour être suivie de guérison. Quant au mécanisme de ces fractures, il faut bien invoquer la contraction musculaire. Ménard a fait des expériences consistant à faire tomber des cadavres sur la tête. Dans ces cas, la fracture se produisait toujours dans la région dorsale. Or, chez les plongeurs, elle se produit toujours dans la région verticale. Ce n'est donc pas le même mécanisme dans les deux cas.

Quant à la question du traitement, M. Lejars n'a pas rejeté d'une façon absolue l'intervention. Il a pratiqué lui-même des laminectomies. Mais il n'est pas partisan de l'intervention trop précoce, certaines de ces fractures pouvant guérir d'elles-mêmes. D'autre part, si la moelle est trop fortement lésée, l'opération devient inutile.

Cette question est encore à l'étude.

Brûlures du pylore. — M. Mauclaire rapporte l'observation d'une malade qui avait avalé de l'acide chlorhydrique et qui était presque aussitôt tombée dans le coma. M. Mauclaire put faire la laparotomie immédiate, évacuer l'estomac, suturer une perforation de la muqueuse, fixer l'estomac à la paroi et le laver avec une solution alcaline. Malgré la précocité et la rapidité de l'intervention, la malade succomba, on reconnut à l'autopsie qu'il n'y avait pas d'autres perforations que celle qui avait été suturée. Malgré ce fait malheureux M. Mauclaire estime qu'en intervenant très rapidement, dans ces cas, on pourrait, sans doute, sauver quelques malades.

La réfection de la vessie. — M. Marion a fait une très importante communication sur ce sujet. Malheureusement, cette communication a été, à plusieurs reprises, interrompue par les élections; si bien que, malgré la précision et la clarté des explications de M. Marion, il devenait malaisé de le suivre. Il y a là une question de règlement à modifier et le sentiment unanime de la Société et du public est qu'il était vraiment regrettable de voir ainsi hacher une très intéressante communication.

M. Marion n'ayant pu l'achever, nous en attendons la fin pour la résumer.

Elections. — MM. Abadie, Duval, Hardouin, Lapeyre, Van der Bosch, Schmidt et Michel sont nommés membres correspondants nationaux.

M. Rotting est nommé associé étranger, M. Lambotte correspondant étranger.

Election du bureau. — M. Bazy est nommé président pour l'année 1912; M. Delorme, vice-président; MM. de Beurnier et Demoulin, secrétaires annuels.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 14 DÉCEMBRE 1911, CONSACRÉE A LA DISCUSSION SUR LA DÉLIMITATION CLINIQUE DU TABES)

Avant la séance proprement dite, M. Sicard présente un homme atteint de maux perforants plantaires discrets, avec grosse lymphocytose céphalo-rachidienne et abolition des réflexes achilléens, sans aucun autre signe.

Puis, M. de Massary, chargé par la Société d'établir un rapport et un programme de discussion, dit que, pour délimiter le tabes, on ne peut s'adresser à l'anatomie pathologique, qui présente encore de nombreuses inconnues, ni à l'étude des réactions humorales, dont les particularités, excellentes pour la délimitation de maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, par exemple, n'ont pas la même importance quand il s'agit du tabes, qui n'est, en somme, que la conséquence d'une maladie infectieuse, et se retrouvent dans les autres affections nerveuses déterminées par la syphilis. C'est pourquoi la Société a décidé de se borner à discuter s'il y a des signes cliniques caractéristiques du tabes.

Plusieurs orateurs viennent protester au nom de l'anatomie pathologique : le tabes n'a pas de signes qui lui soient absolument propres : pour pouvoir le délimiter, il faut envisager le siège et la nature des lésions capables de donner le syndrome caractéristique. — La lésion consiste, pour M. Nageotte, en la névrite radiculaire, caractérisée par un syphilome diffus, de faible intensité, tenace au traitement, atteignant les racines au point où elles offrent des rapports spéciaux avec les méninges molles. La lésion peut être simplement irritative, déterminant, par exemple, uniquement des douleurs fulgurantes pendant des années. Quant aux symptômes, il ne faut pas attribuer à la lésion tabétique les paralysies d'origine nucléaire, par exemple. M. Nageotte se demande si le signe d'Argyll, les maux perforants, les arthropathies appartiennent bien au tabes.

MM. Babinski et Ballet estiment de même qu'on ne peut pas délimiter le tabes sans avoir recours à l'anatomie pathologique. — M. Thomas est du même avis : il faudrait démontrer la nature des tabes frustes sur lesquels on va discuter. Mais, quelle est la lésion du tabes ? La névrite transverse peut exister dans d'autres affections ; de même la méningite postérieure ; il faut une facilité spéciale des racines et cordons postérieurs à faire des dégénérations, auxquelles s'ajoutent des lésions diffuses. Enfin, les lésions interstitielles et dégénératives ne sont pas en rapport constant l'une avec l'autre.

M. Sicard estime que les lymphocytes peuvent, in vivo comme in vitro, avoir tendance à gagner les parties déclives ; en outre, certaines particularités anatomiques doivent avoir une certaine importance : la profondeur des culs-de-sac sous-arachnoïdiens, leur voisinage plus ou moins immédiat avec le ganglion. — M. Lhermitte pense que la longueur plus ou moins grande du segment interne du nerf radiculaire, dépourvu de gaine de Schwann, est également à considérer, comme l'ont indiqué divers auteurs ; pour délimiter le tabes, il faut réunir la clinique, l'anatomie pathologique et la pathogénie, ce qui est également l'opinion de M. Claude.

On aborde alors la première question posée par le rapporteur. Devons-nous admettre des tabes monosymptomatiques... ou attendre, pour porter ce diagnostic, l'apparition d'autres symptômes, lesquels peuvent ne se produire que de nombreuses années après le premier examen, ou faire toujours totalement défaut ? Et les principaux signes du tabes sont tour à tour passés en revue. D'abord, les troubles de la sensibilité, douleurs fulgurantes et crises gastriques. — Toutes les radiculites peuvent déterminer les douleurs fulgurantes, objecte M. Claude, et M. Babinski demande comment on fera le diagnostic d'un tabes ne se traduisant que par des douleurs fulgurantes ou des crises gastriques. Il connaît un cas de

crises gastriques sans signes de tabes, ni réaction de Wassermann, ni lymphocytose, ayant rapidement guéri par le bismuth. — M. DE MASSARY connaît un syphilitique ayant depuis cinq ans des crises gastriques sans autre signe, et ajoute que le tabes peut rester monosymptomatique pendant des années : on s'expose à attendre dix ans la réunion de trois signes, nécessaire pour affirmer le diagnostic. — M. THOMAS se refuse à considérer les douleurs fulgurantes comme pathognomoniques. — M. GUILLAIN dit que, lorsqu'un syphilitique présente des douleurs fulgurantes et en ceinture persistant des années, le diagnostic devient bien probable. — M. SICARD répond que, sur un seul signe, on ne peut avoir qu'une présomption, même s'il s'y ajoute la lymphocytose. — Et cependant, M. DUFOUR a, dans un cas où il n'y avait eu que le signe d'Argyll avec lymphocytose légère, trouvé la méningite postérieure, et, sur une racine, la lésion de Nageotte. Un autre syphilitique, n'ayant présenté que le signe d'Argyll unilatéral et l'abolition des réflexes rotuliens, avait une sclérose des cordons postérieurs. — M. GUILLAIN remarque qu'on se trouve en face des mêmes difficultés de diagnostic que pour la prétuberculose, par exemple.

A propos des troubles des sensibilités profondes, M. MEIGE résume une note de M. ABADIE (de Bordeaux), insistant sur les analgésies mammaire, testiculaire, trachéale, oculaire, linguale, sur les signes de Biernæki, de Bechterew, qui existent d'une façon précoce, et prennent de ce fait une grande importance pour le diagnostic. — M. BABINSKI partage cette opinion, et ajoute que, dans les cas embarrassants, l'insensibilité à la faradisation intense, des mollets, par exemple, est un appoint précieux pour le diagnostic.

L'incoordination n'est jamais isolée, fait remarquer M. SICARD, et l'on passe à l'abolition des réflexes. — MM. BABINSKI et SOUQUES font remarquer la précocité de l'abolition des réflexes achilléens et des membres supérieurs. — Ceux des membres supérieurs sont difficiles à mettre en évidence chez les sujets âgés, objecte M. GUILLAIN. — C'est là une question de technique, répond M. BABINSKI. — M. LHERMITTE met en garde contre les altérations musculaires séniles qui peuvent abolir les réflexes. — M. LÉRI estime qu'une fois perdus les réflexes tendineux ne réapparaissent plus dans le tabes. Plusieurs orateurs discutent la possibilité de l'abolition normale des réflexes chez les sujets normaux, elle semble surtout due au manque de soin de l'observateur.

Pour ce qui est du signe d'Argyll permanent, il est, dit M. BABINSKI, un signe certain de syphilis nerveuse, toujours accompagné de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, ajoute M. SICARD. — M. DE LAPERSONNE le voit souvent sans tabes.

L'amaurose et l'atrophie papillaire ne sont pas propres au tabes pour M. LÉRI. — Elles n'ont rien de spécial dans le tabes, dit M. DE LAPERSONNE, mais s'accompagnent de petits signes oculaires de syphilis : dépôts de pigment, choroïdite, etc. — M. BABINSKI signale, comme cause d'erreur, l'atrophie papillaire des diabétiques coïncidant avec l'abolition des réflexes. — M. DÉJERINE a vu dans un cas les douleurs fulgurantes suivre de près de vingt ans l'atrophie papillaire. — MM. BABINSKI et DE LAPERSONNE mentionnent des faits analogues.

On passe ensuite aux arthropathies et maux perforants. — M. THOMAS demande si l'arthropathie existe en dehors du tabes ? — M. ROUSSY objecte celles de la syringomyélie, et demande pourquoi la rareté de l'arthropathie dans les syphilis sans tabes ? — M. BABINSKI fait remarquer qu'elle peut dépendre d'une lésion nerveuse ou vasculaire, et qu'il faudrait rechercher les arthropathies sans tabes dans les services de chirurgie. — M. SICARD a vu 2 cas de mal perforant chez des syphilitiques non tabétiques, avec réaction de Wassermann et lymphocytose.

Pour la lymphocytose céphalo-rachidienne, elle est, dit M. SICARD, quasi-constante, avec cette réserve qu'elle peut disparaître dans les tabes arrêtés dans leur évolution. — MM. SOUQUES et LAIGNEL-LAVASTINE en connaissent des exemples. — Pour apprécier la lymphocytose, M. SICARD préfère la méthode d'examen global des lymphocytes contenus dans 5 centimètres cubes de liquide, à la cellule de Nageotte, que vient défendre M. DUFOUR.

Quel est le minimum de signes nécessaires pour diagnostiquer le tabes ? — M. SICARD demande la réunion de signe d'Argyll, lymphocytose, abolition des réflexes. — M. SOUQUES estime qu'à un signe cardinal il doit se joindre quelques petits signes accessoires. — MM. THOMAS et GUILLAIN connaissent des tabes frustes avec seulement Argyll et abolition des réflexes patellaires ou achilléens. — M. LHERMITTE rappelle qu'il a, avec MM. KLIPPEL et MALLET, publié plusieurs cas d'Argyll, lymphocytose, abolition des réflexes, deux autres avec en plus des crises gastriques, sans tabes à l'autopsie.

Relativement à l'évolution, MM. MARIE et FOIX viennent dire, ce qui est contesté par M. DÉJERINE, que le tabes de la femme se distinguerait par la tendance aux troubles sphinctériens et à la paraplégie, l'ataxie appartenant surtout à l'homme. — M. LHERMITTE rappelle le mot de M. DUPRÉ, disant que la femme « est une débile du train postérieur ». Et cette grave discussion se termine dans l'éclat de rire provoqué par cette boutade.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU CONGRÈS DES VILLES D'EAUX

Paris, le 20 décembre 1911.

Monsieur le directeur,

Le compte rendu du Congrès des villes d'eaux, publié dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux*, dénature la portée du vœu que j'ai soumis au Congrès.

Ce vœu ne vise pas la chaire d'hydrologie, dont la création est demandée par tous les médecins de villes d'eaux, mais tend à mettre les *professeurs de clinique* à même d'enseigner l'hydrologie clinique dès le prochain semestre d'été.

Au surplus, voici le texte du vœu adopté par le Congrès dans la séance générale du 14 décembre :

« Le Congrès, considérant que l'enseignement clinique de l'hydrologie serait assuré dès maintenant si les professeurs de clinique avaient toute facilité pour faire admettre les indigents dans les hôpitaux thermaux,

Emet le vœu que l'enseignement clinique de l'hydrologie soit organisé dans toutes les facultés et écoles de médecine de France dès le prochain semestre d'été, grâce à l'assistance aux eaux minérales plus libéralement accordée. »

Je compte sur votre courtoisie pour insérer cette rectification, et je vous prie, monsieur le directeur, d'accepter l'assurance de ma considération distinguée.

Dr G. NIVIÈRE.

ACTES DE LA FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JANVIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 5 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 2e (1re, 2e et 3e séries). — 3e (oral, 1re partie). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 6 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral). — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries). — 4e.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 19 février prochain. Pour l'inscription et tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour l'année scolaire 1911-1912, chefs de laboratoire : I. Laboratoire de recherches et d'enseignement. — *Hygiène.* — MM. Chassevant, agrégé libre, chef du laboratoire de chimie ; Thierry, docteur en médecine, chef du laboratoire de bactériologie.

II. Laboratoires des cliniques. — *Clinique chirurgicale* (Cochin). — MM. les docteurs Jolly, chef ; Brûlé, chef adjoint.

Clinique chirurgicale (Necker). — MM. les docteurs Herrenschmidt, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique ; Beauvy, chef des travaux biologiques.

Clinique des maladies des voies urinaires (Necker). — MM. les docteurs Ambard, chef (section de chimie) ; Braun, chef (section d'histologie).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — L'enseignement de la bactériologie est ajouté aux enseignements institués à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse et une place de professeur titulaire a été déclarée vacante.

M. Dalous, agrégé, est nommé, en outre, chef des travaux d'anatomie et d'histologie du laboratoire des cliniques en remplacement de M. Rispal.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1912, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux de chimie pharmacie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un concours s'ouvrira le 10 juin 1912 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Lemoine, nouvellement promu, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille, et nommé membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Mareschal, placé dans la section de réserve.

EXERCICE DE LA PHARMACIE. — Le *Journal officiel* du 23 décembre publie : 1° un décret portant règlement d'administration publique pour l'exécution, en Algérie, de la loi du 21 germinal an XI, modifiée par la loi du 25 juin 1908 et désignant les autorités qualifiées pour assurer l'application des lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse.

2° Un décret portant règlement d'administration publique pour la détermination des règles de procédure applicables en Algérie aux substances médicamenteuses et hygiéniques en ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, les analyses, expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

LE TRAVAIL DE NUIT DES FEMMES. — Le *Journal officiel* du 25 décembre 1911 publie la loi relative à la mise en vigueur de la convention internationale de Berne, sur le travail de nuit des femmes employées dans l'industrie.

L'ENVOI DES OFFICIERS MALADES A L'HOPITAL. — A propos de la discussion générale du budget du ministère de la guerre (séance du 27 novembre 1911, Chambre des députés), M. Pasqual demande certaines réformes dans le règlement. Il exprime le désir qu'une commission composée d'officiers de troupe, comprenant : un commandant, deux capitaines, deux lieutenants, modifie le règlement. L'article 115 qui permet au colonel d'envoyer l'officier à l'hôpital serait supprimé ; l'officier ne serait soigné à l'hôpital que sur sa demande. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Brisson (de Lyon).

RENSEIGNEMENTS

L'ACIDE CARBONIQUE SOLIDE

EN DERMATOLOGIE

Par J. MÉNEAU,
Médecin consultant à La Bourboule.

Depuis 1899, on employait l'air liquide comme analgésiant et modificateur local ; mais il offre de nombreux inconvénients. Il est difficile de s'en procurer; sa conservation est impossible, son maniement dangereux, son application malaisée, parce qu'il s'étend facilement sur les parties saines à épargner, ses indications sont restreintes en raison de sa température extrêmement basse (— 180° C).

En 1904, Juliusberg, à la clinique de Neisser, employa la congélation soit seule, soit associée à d'autres caustiques et remplaça le chlorure d'éthyle par l'acide carbonique. Mais c'est surtout Pusey (de Chicago) qui contribua à sa vulgarisation. Il se servit d'abord d'acide carbonique liquide, puis solide, qu'on désigne couramment sous le nom de neige carbonique.

L'anhydride carbonique solide, acide carbonique neigeux, se présente sous la forme de flocons blancs, légers, très fins, conduisant mal la chaleur.

Il existe plusieurs moyens de le préparer. On se le procure assez facilement dans le commerce en raison de ses emplois multiples. En France, on emploie des obus de la contenance d'un litre. Suivant Beix, cet obus coûte 1 fr. 50 de recharge. L'acide carbonique du commerce se trouve sous la forme liquide, mais son emploi en spray n'est pas pratique. La forme solide l'est davantage. Pour l'obtenir dans cet état, il suffit de laisser échapper avec force le jet de liquide du récipient, en ouvrant en grand le robinet dont il est muni. L'évaporation, jointe à la pression, provoque un tel abaissement de température (—90°C) que l'acide carbonique se transforme en une neige, ressemblant absolument à la neige ordinaire. On le recueille en adaptant au récipient une bourse en peau de chamois ; on dirige le jet dans ce sac et, en cinq à dix secondes, on obtient un bloc de la grosseur d'un œuf de poule. Il faut détacher la bourse avec soin, car elle est fortement gelée et se déchirerait facilement; on se rend compte au palper si elle est pleine. Macleod reçoit le jet dans un entonnoir de gaze. Quand il juge la quantité de neige obtenue suffisante, il étale la gaze sur une table et recueille la neige avec une cuillère. On peut aussi se servir d'une grosse serviette pliée en six ou huit doubles, d'un cylindre de papier-filtre (Beix). Sous la forme neigeuse, l'acide carbonique est malléable. On le maniera sans danger en protégeant les mains avec des gants ou une peau de chamois. On roule la neige avec une lame de verre et on la recueille dans un moule. Celui-ci peut être un entonnoir en ébonite de la forme d'un spéculum auris (Macleod), un moule en bois arrondi, ouvert à ses extrémités, le cylindre d'une seringue hypodermique, d'un tube à essai, d'un tuyau de cuivre (Beix). On comprime la neige avec les doigts ou un mandrin quelconque, une baguette, un bout de crayon. La pression fait sortir un cylindre semi-dur, que l'on coupe ensuite avec le canif ou le scalpel en petits cubes, de dimensions appropriées à la lésion à traiter ou qu'on utilise sous forme de crayons. Ces crayons peuvent se conserver quelque temps et permettent de traiter plusieurs malades en une seule séance. La surface de contact du crayon, se renouvelant sans cesse, par suite de l'évaporation, demeure aseptique ; on peut donc s'en servir, sans crainte de contamination, d'un malade à l'autre. La neige fond lentement. On la maniera sans danger, à condition de ne pas la comprimer. Il se forme entre la neige et la peau, une minime couche protectrice de gaz carbonique qui soustrait celle-ci au contact de la neige, mais il suffit d'écraser le flocon neigeux pour provoquer aussitôt une sensation douloureuse comparable à celle que produirait le contact d'un fer chaud et des lésions analogues à des brûlures, par suite de la volatilisation immédiate de l'acide carbonique. On n'oubliera donc pas, pour la compression, de se munir d'un isolateur (gant, ou peau de chamois). La neige solidifiée se brise à la pince. Un obus de 1 litre permet de fabriquer de quinze à vingt crayons. Un crayon sert pour cinq à dix malades. Chaque application revient de un à deux centimes (Beix).

Il faut toujours employer un morceau de neige plus petit que la surface à traiter, parce que son action dépasse la zone d'application, et sur la face, on produirait des marques rouges qui sont plutôt à éviter. On aura soin de pincer la peau avec les doigts, la tenir ferme, pour relever la partie à traiter et empêcher les tissus environnants d'être attaqués par le froid.

Le *principe thérapeutique* de l'anhydride carbonique solide, comme celui du reste de l'air liquide, repose sur la production d'une réaction inflammatoire, relativement profonde, nettement limitée, dans le tissu vivant, par suite du froid intense et soudain. Cette réaction peut être réglée, de manière à provoquer tous les degrés depuis la simple rougeur passagère jusqu'à la destruction complète du tissu, comme avec le thermo-cautère. Cette action destructive avec sclérose interstitielle permet d'enlever des foyers cutanés morbides en produisant une cicatrice aussi peu visible que possible. Il survient tout d'abord de l'anémie, les vaisseaux se contractent, la peau pâlit ; au bout de quelques minutes, une forte hyperhémie envahit jusqu'au pourtour de la lésion traitée; après environ une demi-heure, on voit se former une élevure œdémateuse urticarienne avec abondante exosérose dans tout le territoire congelé. Environ douze heures plus tard, apparaissent des bulles. La réaction arrive à son maximum vers le troisième ou quatrième jour. Le contenu de la bulle se résorbe ou s'épaissit et se détache avec le tissu sous-jacent de six à quatorze jours plus tard sous forme d'une croûte. Une congélation plus énergique amène des ulcérations. Donc, au point de vue histologique, les lésions sont surtout accusées dans l'épithélium, à un moindre degré dans le tissu conjonctif. C'est probablement la forte transsudation séreuse et la leucocytose qui agissent sur les tissus morbides (Juliusberg).

Deux *facteurs principaux* influencent le mode d'action : le degré de pression, la durée de l'application. Avec une forte pression, on peut congeler la peau jusqu'à 3 à 5 millimètres de profondeur. Pour obtenir une pression continue, il suffit de faire adhérer le bloc de glace en déprimant légèrement la peau. Si la surface à traiter est étendue, il vaut mieux l'attaquer par fractions. L'action se complète, en se répétant. Une seule application forte pourrait entraîner des pertes de tissu avec cicatrices consécutives défectueuses. On doit toujours attendre pour faire une nouvelle application que la réaction de l'application précédente soit entièrement disparue, ce qui demande de deux à trois semaines environ. La durée de l'application détermine en partie la profondeur de la congélation et les effets produits : en une demi-seconde, blanchîment ; en cinq secondes, congélation complète ; en dix secondes, nécrose superficielle ; de trente à quarante secondes, bulles avec cicatrices consécutives ; de cinquante à soixante secondes, escarre profonde avec cicatrice lisse et blanche permanente.

Pratiquement, les meilleures applications sont de dix à trente secondes, elles ne laissent aucune cicatrice à leur suite, n'occasionnent pas de douleur. Les enfants mêmes les supportent sans crier. A la figure, il est inutile d'appliquer un pansement; un lavage des érosions à l'eau oxygénée sera suffisant. On évitera le frottement des vêtements avec de la gaze, une pommade indifférente. On avertira le malade de ne pas arracher les croûtes. On n'emploiera les applications longues que s'il s'agit d'enlever radicalement et rapidement des formations pathologiques cutanées, sans avoir à tenir compte des résultats esthétiques. Il faut toujours avoir égard à l'âge du malade, à la délicatesse de son système vasculaire cutané, à la structure du tissu des parties à attaquer, au genre de dermatose à traiter. Chez les enfants, les adolescents, les femmes, l'action en profondeur sera beaucoup plus précoce que chez les malades d'un âge avancé. Un tissu de consistance molle réclamera une plus petite dose, une action plus courte qu'un tissu dur (tissu conjonctif ou cicatriciel). La pulpe digitale est très sensible : les applications devront y être courtes et légères. Les réactions sont toujours plus intenses sur les régions pauvres en muscles et en tissu cellulaire sous-cutané que sur des régions charnues. A l'orbite, on protègera l'œil au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile. Dans les opérations avoisinant la bouche, on veillera à ce que les malades (surtout les enfants) ne déglutissent pas de neige.

Le dégel demande à peu près le double du temps nécessaire à la congélation. Il provoque une légère sensation de brûlure, surtout sensible au nez et aux tempes, qui cessera avec l'emploi d'une pommade adoucissante quelconque. On le hâte en massant légèrement la peau. S'il y a eu formation de phlyctène, on l'ouvrira avec une aiguille flambée et on appliquera sur la surface à vif un pansement antiseptique.

Beix a signalé l'apparition possible de tumeurs malignes au siège des applications. S'agit-il de coïncidence ou de suite lointaine ? La première hypothèse semble la plus plausible, mais la question reste en suspens.

Le traitement par l'anhydride carbonique solide répond à trois *indications* : 1° lorsqu'il est avantageux de provoquer une réaction stimulante, mais il ne peut agir que sur des foyers relativement petits ; 2° lorsqu'on veut détruire certains tissus cutanés morbides en produisant une sclérose interstitielle ; 3° lorsqu'on veut provoquer une destruction instantanée de masses morbides cutanées.

Quelques mots sur chacune de ces indications. L'eczéma chronique infiltré rebelle et le lichen plan ont paru quelquefois améliorés. Le psoriasis n'a pas donné de résultats satisfaisants. Dans l'acné et les processus sycosiques superficiels, Juliusberg a obtenu de bons résultats. Dans l'acné rosée, le traitement doit être surveillé avec soin (Hoffmann).

Le *lupus érythémateux* a donné des résultats variables suivant les observateurs. Pour Zeisler, Jackson, Hubbard, aucun moyen actuel ne donne d'aussi brillants succès. Pusey a obtenu plutôt des améliorations que des guérisons véritables.

Morton, Macleod n'en sont pas satisfaits. Pour Bogrow, Beix, la forme fixe convient seule à ce mode de traitement.

Le lupus vulgaire et la tuberculose verruqueuse ont donné, en général, des résultats plutôt médiocres, Bogrow a même vu une aggravation.

Le détatouage s'obtient assez facilement.

Beix a obtenu la guérison très rapide d'une acné kéloïdienne. Zeisler pense que la neige carbonique peut être recommandée dans le traitement des kéloïdes et des cicatrices hypertrophiques.

Pusey l'a essayée dans le xanthome plan.

Les *verrues* donnent de bons résultats. L'action doit seulement être assez prolongée (une minute à une minute et demie) à cause de la mauvaise conductibilité du papillome (Morton). Après l'application, il se fait une phlyctène qui soulève toute la verrue. Csillag dépasse un peu les limites de la lésion.

Les *nævi* forment une des principales indications du traitement. Comme on peut façonner la masse de neige de la grosseur et de la forme que l'on veut, on peut traiter les nævi quelque petits qu'ils soient (Dade). Pusey a obtenu des succès avec les nævi pigmentaires et velus de la face, même étendus, et dans les régions qui avoisinent l'œil. Les nævi vasculaires plats (taches de vin), les nævi hypertrophiques sont plus difficiles à traiter. Zeisler a obtenu des résultats brillants et immédiats dans les nævi vasculaires (nævus flammeus) chez les enfants tout jeunes, et dans les angiomes caverneux des nouveau-nés. Au point de vue esthétique, la neige carbonique est préférable à l'électrolyse. Macleod ne traite pas le nævus flammeus par cette méthode. Le radium seul peut rivaliser avec l'anhydride carbonique, mais son emploi est beaucoup plus coûteux.

Dans le traitement des angiomes plats, il faut éviter de rendre la peau trop pâle par rapport aux tissus voisins. L'électrolyse est parfois nécessaire pour parfaire le traitement (Morton).

Les *épithéliomes* superficiels au début peuvent

seuls être traités par l'anhydride carbonique (Pusey). Pour Zeisler, le résultat est aussi bon qu'avec les rayons X. Contre l'*ulcus rodens*, Macleod préfère les autres méthodes.

Beix a obtenu la guérison dans un cas de *xeroderma pigmentosum.*

Pour Havass, l'anhydride carbonique convient surtout à l'ablation des *kératoses séniles*. Il est préférable à la curette avec cautérisation et aux rayons X beaucoup moins commodes à appliquer. Mais il ne met pas plus à l'abri des récidives que les autres modes de traitement.

On a encore incidemment employé la neige carbonique contre la kératose palmaire, le lymphangiome, le chloasma, l'adénome sébacé, la neurofibromatose. Mais ces essais sont trop peu nombreux pour permettre de juger de la valeur du traitement.

Au résumé, l'emploi de la neige carbonique tend à se répandre de plus en plus en thérapeutique dermatologique, grâce à la rapidité d'action, à la facilité d'emploi, au bon marché, à l'innocuité relative de ce puissant modificateur local. Ses applications sont multiples. On doit surtout le conseiller dans le traitement du lupus érythémateux, des nævi, des verrues et des épithéliomes superficiels au début. Il est supérieur aux autres destructeurs de tissus et mérite de conserver une place dans la thérapeutique dermatologique courante.

BIBLIOGRAPHIE

BEIX. *La Neige carbonique; son emploi dans le traitement des dermatoses*, Th. de Paris, 1911, n° 286. — BERNSTEIN. Solidified carbon-dioxyd in the treatment of the cutaneous neoplasmas with a report of 63 cases successfully treated, *The Hahn. Mont.*, sept. 1909. — BUNCH. The treatment of 300 nævi by freezing, *The Brit. med. Journ.*, 4 fév. 1911.

CSILLAG. In *Budapesti orvosi Ujsag*, 1910, n° 44.

FISCHER. Apparat zur Behandlung mit CO^2 schnee, *Berl. dermat. Gesell.*, séance du 12 juin 1910.

GALLET. *Contribution à l'étude de l'acide carbonique solide en thérapeutique dermatologique*, Th. de Paris, 1911, n° 465. — GRINTSCHAR. *Soc. dermat. de Moscou*, séance du 9 avril 1910.

HAVASS. In *Orvosi hetilap*, 1909, n° 48. — HEIDINGSFELD. In *The Ohio state med. Journ.*, août 1908. — HEIDINGSFELD et IHLE. In *Lancet Clin.*, 30 janv. 1909. — DANA-HUBBARD. Method of making use from liquid carbon dioxide for dermatological and surgical use, *The New-York Acad. of Med.*, section on Dermatology stated meeting, 29 oct. 1907; — An apparatus for the rapid and œconomic making of CO^2 snow, *Ibid.*, janv. 1908.

JACKSON et HUBBARD. In *Med. record*, 17 avril 1909. — JULIUSBERG. Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten, *Berl. klin. Woch.*, 1905, n° 10.

KLOTZ. Erfahrungen über die therapeutische Werwendung von Bolus alba und Kohlensaüreschnee, *Berl. klin. Woch.*, 1910, n° 48. — KUZNITZKY. Tubus zur Behandlung mit Kohlensaüreschnee, *Münch. med. Woch.*, 1911, n° 10.

LICHTMANN. In *Russki Wratch*, 1910, n° 30, p. 1019.

MAC LEOD. On the therapeutic value of carbon dioxide snow in the treatment of vascularnævi, nules, etc., *The Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1910. — MORTON. Some results obtained from the local application of solid carbon dioxide, *Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1910, p. 257; — The case of solid carbon dioxide in dermatology, *Ibid.*, 24 sept. 1910, p. 861.

OYARZABAL (DE). In *Revista clin. de Madrid*, 1910, n° 3.

PUSEY. Kohlensaüreschnee zur Behandlung von Hautkrankheiten, *Berl. klin. Wochen.*, 1908, n° 24; — In *Journ. of cut. diseases*, juillet 1910, p. 353.

RICKLIN. La neige carbonique, son emploi dans le traitement des dermatoses, *Revue intern. de clin. et thérap.*, 1911, n° 11, p. 447. — ROTH et KARACSONY. In *Budapesti orvosi Ujsag*, 1909, n° 28.

SAWELJEW. *Soc. derm. de Moscou*, oct. 1909. — SERRANO y NONELL. In *Actas derm. sifiliticas*, 14 oct. 1909, 2e année, n° 1; — In *Revista clin. de Madrid*, 1910, n° 2; — Tratamiento de algunas dermatosis por la nieve de acido carbonico, *Actas derm. sifiligraficas*, 1910, n° 5, p. 393. — STRAUSS. Die Technik der Kohlensaüreschneebehandlung bei Hautkrankheiten, *Münch. med. Woch.*, 1911, n° 1. — SUTTON. In *The Dublin Journ. of med. sciences*, juillet 1909, 3e série, n° 451.

WINIWATER. In *Berl. klin. Woch.*, 1908.

ZEISLER. Observations on the case of liquid carbon dioxide, *Journ. of cut. diseases*, janv. 1909, p. 32. — ZEISSLER. Ueber die therapeutische Verwendung von flüssiger Luft und plüssiger Kohlensaüre, *Dermat. Zeit.*, 1908, p. 409. — ZWEIG. Die Behandlung der umschriebenen Hauterkrankungen mit Kohlensaüreschnee, *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 32.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1911)

Après la lecture du procès-verbal, M. GUÉNIOT, ancien président, remplaçant le vice-président absent, annonce d'abord la mort de sir Joseph Hooker (de Londres), le plus ancien membre associé étranger de l'Académie.

Dans un discours très touchant, M. Guéniot retrace la vie du regretté président Lannelongue et, en signe de deuil, lève la séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1911)

La réactivation biologique de la réaction de Wassermann. — MM. MILIAN et GIRAULD ont à ce jour pratiqué 2600 réactions de Wassermann s'adressant à 700 sujets. De ce nombre, ils ont extrait 618 réactions s'adressant à 150 individus chez lesquels la réaction de Wassermann était négative et chez qui la réactivation de la réaction fut tentée.

M. Milian a montré en effet que, quand la réaction de Wassermann est absente chez un sujet porteur d'un accident syphilitique ou quand elle a disparu après un traitement approprié chez un sujet dépourvu d'accident, on peut, si on laisse écouler un certain temps après la cure, réveiller cette réaction négative en renouvelant le traitement, de préférence en faisant une injection intraveineuse de 606; c'est ce que M. Milian a désigné sous le nom de *réactivation biologique de la réaction de Wassermann.*

Sur 95 essais de réactivation à la *période tertiaire*, 52 soit 54,74 p. 100 ont été positifs, et 43 soit 45,26 p. 100 ont été négatifs. Cette proportion de cas positifs est certainement au-dessous de la vérité, car, parmi les cas négatifs, beaucoup ont été insuffisamment examinés.

La réactivation est souvent très *précoce*, se manifestant avec une très grande fréquence dès le cinquième jour. Ces réactivations précoces sont généralement courtes. Elle est fréquente au quinzième jour, rare mais possible après le quinzième (*réactivation tardive*).

La *durée* de la réactivation est extrêmement variable, de

quelques jours à plusieurs mois; elle est généralement inversement proportionnelle au traitement suivi.

La réactivation peut être *partielle* plus ou moins et se maintenir telle pendant toute sa durée.

Sur ces 43 épreuves négatives, 16 doivent être éliminées comme insuffisamment étudiées. Restent donc 27 épreuves négatives, soit 28,61 p. 100.

Elles s'observent (11 fois sur 27) chez des individus ayant subi un traitement spécifique prolongé et récent, ce qui fixe une des conditions dans lesquelles l'observateur doit se placer pour que l'épreuve de la réactivation conserve toute sa valeur : pratiquer l'injection d'épreuve à une certaine distance de tout traitement.

Neuf des cas restants s'adressaient à des sujets porteurs de symptômes morbides : l'un était, vraisemblablement, une erreur de diagnostic (influence nulle du traitement); cinq s'adressaient à des tabes frustes enrayés dans leur évolution et même probablement guéris.

Restent, par contre, trois cas où des lésions syphilitiques en nature et en pleine activité n'ont pas été réactivées par l'injection d'épreuve qui, par suite, semble se trouver en défaut dans 3,15 p. 100 des cas. Il s'agit, plus que probablement, de sujets qui ne présentent jamais la réaction de Wassermann ou ne la présentent que d'une manière extrêmement faible et fugace. Pour avoir une valeur absolue, l'épreuve de la réactivation biologique de la réaction de Wassermann doit porter sur des sujets ayant présenté déjà, à un moment donné, une réaction de Wassermann positive.

A la *période secondaire*, sur 21 réactivations, 12 furent positives, soit 57,14 p. 100, et 9 négatives, soit 42,85 p. 100 ou plus exactement en éliminant trois épreuves insuffisantes, six épreuves négatives, soit 33 p. 100 de cas négatifs, ce qui est une proportion analogue à celle de la période tertiaire.

A la période secondaire, la réactivation est presque toujours précoce, se faisant constamment avant le onzième jour. Les réactions négatives concernent des sujets en plein traitement mercuriel ou qui ont toutes les apparences de la guérison.

Dans la *syphilis héréditaire*, les réactivations s'obtiennent dans les mêmes formes que pour la syphilis tertiaire.

Pendant le *chancre*, la question de la réactivation ne se pose pas, puisque, en dehors de toute influence thérapeutique, la réaction de Wassermann apparaît en des temps variables à partir du début de celui-ci. Par contre, ces chancres soignés par quatre injections de 606 furent « éprouvés » plusieurs mois après la cure, sans qu'aucune autre thérapeutique ait été instituée. Chez trois d'entre eux, la réactivation fut positive, les malades n'étaient donc pas guéris. Chez les huit autres, la réactivation fut négative. Etant donnée la constance de la réactivation à la période secondaire, il est permis de penser que la syphilis a été réellement éteinte par le traitement abortif du 606.

La réactivation biologique de la réaction de Wassermann peut aussi être obtenue avec d'autres arsenicaux, comme l'hectine et aussi avec le *mercure*. Mais la chose est moins constante et moins précise qu'avec l'injection intraveineuse de 606, puisque sur treize sujets dont la réaction de Wassermann était devenue négative en cours de traitement mercuriel, l'injection intraveineuse de 606 substituée au mercure réactiva la réaction chez six d'entre eux.

Arthrite tuberculeuse ou rhumatisme tuberculeux. — MM. Henri Dufour et Ecalle. Les observations capables d'éclairer sur ce que l'on doit entendre pathogéniquement par rhumatisme tuberculeux sont assez rares. Celle qu'ils présentent leur a semblé avoir à cet égard un certain intérêt.

Une malade enceinte, âgée de vingt et un ans, atteinte d'un mal de Pott à allure silencieuse, accouche à terme. Après l'accouchement se déclarent des douleurs assez vives dans différentes articulations, épaule et coude droits, suivies bientôt d'autres arthralgies du poignet, de l'autre épaule et aussi du genou gauche. A ce moment, dans l'ignorance où l'on était du mal de Pott, on porte le diagnostic de rhumatisme blennorragique. Bientôt la situation se modifie, la colonne vertébrale s'incurve, les arthralgies généralisées disparaissent pour se localiser à l'épaule droite, plus tard au coude droit et au genou gauche. Du liquide s'épanche dans ces articulations; à l'épaule et au coude il est purulent et tuberculise le cobaye, au genou il est séro-fibrineux et ne le tuberculise pas. Après un traitement différent pour les arthrites purulentes et l'arthrite séro-fibrineuse, on constate une guérison locale. La malade meurt cependant de méningite et de granulie pulmonaire.

A l'autopsie et à l'ouverture du genou gauche, c'est-à-dire de celui où la maladie a revêtu une allure franchement rhumatismale, on trouva une plaque de chondrite ulcéreuse tuberculeuse siégeant sur un des condyles du fémur. Ainsi était démontré pour ce genou que des manifestations à symptomatologie rhumatismale correspondaient dans ce cas à des lésions nettement spécifiques.

Des résultats éloignés obtenus dans la tuberculose par l'action thérapeutique des lipoïdes biliaires. — M. G. Lemoine (de Lille). L'action exercée sur les tuberculeux est en général durable. Des malades traités il y a déjà plusieurs années n'ont pas eu de rechute depuis et peuvent continuer à vaquer à leurs occupations. Cette constatation vient détruire la critique qui avait été faite que cette méthode thérapeutique donnait un coup de fouet passager à l'organisme pour laisser ensuite réapparaître les accidents éteints. Même des sujets très gravement atteints ont vu disparaître complètement les bacilles de leurs crachats et leurs lésions pulmonaires se sécher, et cette amélioration ou guérison a subsisté. Il semble que la médication agit tout à la fois sur le bacille tuberculeux et sur les toxines qu'il sécrète. Elle fait disparaître les symptômes liés à la toxémie et provoque ensuite la cicatrisation des nodules tuberculeux. Les sujets sont plus ou moins sensibles à cette action thérapeutique, mais des statistiques, établies sur un nombre très considérable de cas, permettent d'établir que des résultats favorables sont constatés dans près de la moitié des cas.

Méningite cérébro-spinale suraiguë à méningocoques sans détermination pulmonaire et à point de départ interne. — MM. Caussade et Logre attirent l'attention sur la forme suraiguë à début brusque de leur cas que l'on observe plutôt dans la méningite à méningocoques de Weichselbaum. Ils signalent en outre l'hyperesthésie cutanée thoraco-abdominale observée dans leur cas et qu'ils ont souvent observée dans les méningites quelle que soit leur nature. Ce signe a une certaine valeur diagnostique. Ils font observer enfin qu'il y a dans les méningites à pneumocoques des placards d'hémorragie méningée. Aussi trouve-t-on des globules rouges avec le pus retiré par la ponction lombaire.

Etat méningé avec polynucléose céphalo-rachidienne suivi d'hémianopsie durable. — MM. Souques et Bollack. Il y a trois mois, un homme est pris brusquement, en pleine santé apparente, de troubles de la vue et de céphalée. La ponction lombaire, pratiquée trois jours après le début, montre que le liquide céphalo-rachidien est louche et qu'il renferme des polynucléaires histologiquement intacts. Cette polynucléose presque pure cède vite la place à une lymphocytose qui disparaît à son tour. Le liquide céphalo-rachidien redevient rapidement normal et le malade guérit. Il ne lui reste aujourd'hui qu'une hémianopsie latérale homonyme en secteur, qui semble relever d'une altération d'une des bandelettes optiques.

L'étiologie du cas est restée obscure, les causes habituelles de ces états méningés n'existant pas ici. La constatation d'une ancienne céphalée, revenant par paroxysmes depuis de longues

années, permet de soupçonner la présence d'un vieux foyer méningé ou cortico-méningé, qui aurait été le point de départ de la poussée congestive récente.

Une forme nouvelle de la maladie du sérum. — MM. Vincent et Ch. Richet fils.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 23 décembre 1911)

L'indosé organique urinaire chez quelques tuberculeux. — MM. H. Labbé et G. Vitry continuent leurs recherches sur l'« indosé » organique urinaire, c'est-à-dire la différence qui existe toujours entre l'extrait organique total d'une urine et la somme des corps organiques qu'on y dose. Ils ont indiqué dans quelles limites cet « indosé » variait à l'état normal et sous quelles influences (alimentation); chez les phtisiques, l'étude de 21 malades leur a montré que l'indosé était augmenté : à l'état normal l'indosé constitue 30 à 35 p. 100 de l'extrait organique total; chez les phtisiques cette proportion monte à 43 et 45 p. 100, en moyenne. Par contre la teneur en azote de ces substances indosées est plus faible chez les phtisiques qu'à l'état normal, il y a donc là une série de troubles particuliers de la nutrition chez les tuberculeux, troubles qui s'accentuent d'ailleurs à mesure que la maladie progresse et que la mort approche.

Sur le chondriome de la cellule de Purkinje du cobaye. — MM. Laignel-Lavastine et Victor Jonnesco présentent une note technique sur une nouvelle méthode de coloration élective du chondriome qu'ils ont appliquée à l'étude des cellules de Purkinje du cervelet de cobaye.

Après soixante-douze heures de fixation dans le mélange formol du commerce et mordant de Weigert pour la névroglie, les coupes sont mordancées vingt-quatre heures par le mordant de Benda et colorées par l'hématoxyline ferrique.

On remarque alors dans le corps protoplasmique des cellules de Purkinje un grand nombre de granules hématoxylinophiles (mitochondries), des bâtonnets d'apparence homogène (chondriocontes) et des granulations en série linéaire comme des streptocoques (chondriomites).

Ces formations sont groupées dans le corps cellulaire au voisinage du noyau, tandis qu'elles manquent dans l'axone et les dendrites.

Réaction oxydante des leucocytes. — MM. Noël Fiessinger et L. Roudowska rapportent le résultat de leurs recherches sur la réaction oxydante des leucocytes. Cette réaction est propre aux leucocytes de la série médullaire, et fait défaut dans les cellules parenchymateuses. Son intensité varie notablement au cours des infections aiguës (fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie) et des infections chroniques (tuberculose, néphrite chronique, tabes, cancer de l'estomac, emphysème) montrant qu'elle est diminuée dans les cas où l'état général est fortement compromis.

De l'élimination bactérienne par la muqueuse gastro-intestinale, dans les septicémies expérimentales. — MM. Ch. Richet fils et Fr. Saint-Girons ont étudié l'élimination bactérienne à travers la muqueuse gastro-intestinale dans les septicémies expérimentales. Ils ont constaté avec différents microbes, que cette élimination est extrêmement fréquente et plus précoce que l'élimination biliaire, qu'elle provoque de la diarrhée et arrive à déterminer des lésions intestinales. Elle est maxima au niveau de l'appendice et rend compte de la fréquence des entérites, et particulièrement des appendicites hématogènes.

Nouveau procédé pour le dosage de l'urée dans le sang. — MM. Desgrez et Moog présentent une méthode de dosage de l'urée qui s'applique aussi bien au sang total qu'au sérum lui-même. Elle consiste, en principe, à précipiter totalement les matières protéiques par une solution d'azotate mercurique convenablement acidulée, de façon à éviter la précipitation de l'urée. Le liquide est isolé par centrifugation et on y dose l'urée par le procédé ou réactif de Millon publié récemment par Desgrez et Feuillié. L'ensemble des opérations du dosage exige une heure environ.

Les auteurs pensent que cette méthode, tout en étant rigoureuse, est plus rapide et plus simple que les procédés employés jusqu'à ce jour.

Sur le pouvoir autohémolytique de la rate. — MM. H. Iscovesco et E. Zacchiri. Les auteurs ont étudié le pouvoir hémolytique de la rate autolysée. Se basant sur l'étude de plusieurs séries hémolytiques dans lesquelles ils ont varié les conditions d'expérience, ils tirent de ce travail la conclusion que la rate normale n'a qu'un pouvoir autohémolytique extrêmement faible.

Pulpites hypertrophiques. — L. Dieulafé et A. Herpin. La pulpite hypertrophique correspond à ce que l'on décrit généralement sous le nom de polype de la pulpe. C'est par irritation du tissu pulpaire et par hypertrophie consécutive que se produit un bourgeonnement plus ou moins apparent dans des cavités de carie. On dirait que la gencive est venu boucher le trou de la dent. Les auteurs qui se sont occupés de l'histologie de ces néoformations les décrivent comme formations fongueuses de la pulpe, tumeurs hypertrophiques de la pulpe, pulpites chroniques hypertrophiques. L'aspect de ces formations sur une coupe microscopique est bien fait pour amener la confusion avec un sarcome. Aussi trouve-t-on dans la description d'Arkœwy la distinction de ces pulpites en un type granulomateux et un type sarcomateux.

D'après nos observations histologiques, le polype de la pulpe apparaît comme un bourgeon charnu bien organisé, et on pourrait même le comparer à ces bourgeons charnus dans la production desquels on a fait jouer un rôle, à des agents spécifiques, aux botryomycomes. L'aspect général de la masse qui remplit la cavité de carie, et souvent même émerge au-dessus d'elle est bien l'aspect d'une tumeur. L'aspect histologique général pourrait faire croire au premier abord qu'il s'agit d'un sarcome angioblastique. Etudiées en détail, ces tumeurs sont exclusivement constituées par une masse inflammatoire : tissu conjonctif, cellules inflammatoires infiltrant plus ou moins ses mailles, disposées en amas souvent compacts, abondance de vaisseaux dilatés; dans un grand nombre de ces vaisseaux véritables embolies constituées par des globules blancs, dont un grand nombre sont de grands mononucléaires. L'organisation particulière de ces bourgeons charnus ne nous paraît pas due à des agents spécifiques, mais bien à l'action profonde, prolongée et continue de microorganismes agissant au fond d'une cavité dont la forme particulière guide l'organisation évolutive de ce bourgeon.

JURISPRUDENCE

DU POURVOI EN CASSATION DES JUGEMENTS DE PAIX RELATIFS AUX FRAIS MÉDICAUX EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

On sait que l'article 15, paragraphe 5, de la loi du 9 avri 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, fait exception à la règle générale que les décisions des juges de paix ne peuvent être attaquées par la voie de recours en cassation que pour excès de pouvoir. D'après cet article les décisions relatives à l'indemnité journalière sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi.

Ce principe est-il applicable aux jugements de paix relatifs

aux frais médicaux et pharmaceutiques, lorsqu'ils sont rendus en dernier ressort, c'est-à-dire jusqu'à la valeur de 300 francs ?

La Chambre des requêtes de la Cour de cassation vient de trancher ce point de droit par la négative, par un arrêt du 28 novembre 1911 ; voici d'ailleurs la décision de cette haute assemblée.

« La Cour,

Sur le moyen pris de la violation de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 22 mars 1902, de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905 :

Attendu qu'aux termes de l'article 15 de la loi du 5 mai 1838, les jugements rendus par les juges de paix ne peuvent être attaqués par la voie du recours en cassation que pour excès de pouvoir ;

Attendu que cette règle est générale ; que l'article 15 paragraphe 5 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, n'y fait exception qu'en ce qui concerne les seules décisions des juges de paix relatives à l'indemnité journalière due aux victimes des accidents du travail ; que ces décisions sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi ; mais, que cette exception ne peut être étendue, sous prétexte d'analogie, aux décisions rendues dans les contestations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques ; que, tandis que le juge de paix juge en dernier ressort, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, les contestations qui portent sur l'indemnité journalière, les décisions sur les demandes en paiement des frais médicaux et pharmaceutiques sont sujettes à appel quand ces demandes s'élèvent à plus de 300 francs, qu'ainsi les contestations d'ordres différents sont régies par des règles différentes ;

Attendu que s'agissant dans l'espèce d'une demande s'élevant à la somme de 72 fr. 80, le juge de paix a statué en dernier ressort et sa sentence rentre en conséquence sous l'empire du droit commun ; que le grief d'excès de pouvoir n'a pas été relevé à l'encontre de la décision attaquée ;

Déclare irrecevable la requête. »

Cet arrêt est d'ailleurs rendu dans le même sens que celui de la Chambre civile de la Cour de cassation du 3 juillet 1911 (*Gaz. du Pal.*, 1911, 2.84).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LANNELONGUE

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris, vendredi matin, la mort du professeur Lannelongue, que nous avions vu, il y a quelques jours, présider la séance annuelle de l'Académie de médecine.

C'est une perte pour la science française, pour le corps médical où il ne comptait que des amis, pour tous ceux qui l'ont approché et qui ont pu apprécier sa haute intelligence, son inépuisable bonté, la finesse de son esprit, l'aménité de ses manières, c'est surtout une grande perte pour tous les petits malheureux qu'il soulageait non seulement par sa science et son habileté chirurgicales, mais aussi par sa bienfaisance toujours en éveil. Ces mérites, joints à un labeur incessant, à un bagage scientifique considérable, à d'importantes découvertes, expliquent et justifient la brillante carrière de ce regretté maître.

Né le 4 décembre 1840, à Castera Verduzan, dans le Gers, fils d'un modeste médecin de campagne, Lannelongue vint achever ses études à Paris.

Interne des hôpitaux en 1862, dans la promotion de Bouchard, Auvray père, Besnier, Th. Anger, Le Dentu et Terrier, Lannelongue devient aide d'anatomie trois ans après, puis médaille d'or à vingt-six ans, prosecteur à vingt-huit. En 1869, il est reçu premier aux concours des hôpitaux et de l'agrégation. Lannelongue alors sans fortune, vivant des leçons qu'il donnait, avait déjà fait ses preuves dans les services de ses maîtres Gosselin et Broca. Pourvu, encore très jeune, de tous les grades conférés par les concours, il s'adonna d'abord à la chirurgie générale, puis il dirigea ses études vers la chirurgie infantile. Nous rappellerons ses travaux aujourd'hui classiques sur l'ostéomyélite, les abcès froids tuberculeux, la craniectomie décompressive, la coxalgie, les kystes congénitaux, la méthode sclérogène dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires.



Cliché Pierre PETIT.

En 1870, avec l'ardeur juvénile qu'il conserva toute sa vie, il partit dans les ambulances de l'est, et c'est dans cette campagne douloureuse, au chevet des blessés, qu'il connut Mme de Rémusat, à laquelle il associa sa vie, ces deux âmes généreuses s'unissant dans un même but de charité, de dévouement à l'égard des pauvres petits déshérités de la vie, dont ils s'ingénièrent tous deux à améliorer le sort. Jusque-là Lannelongue n'avait pu leur prodiguer que le secours de sa science et de sa bonté. La fortune que lui apporta son admirable compagne facilita dès lors singulièrement la tâche qu'il s'était imposée.

Professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, dont il fut cette année même président, membre de l'Institut, sénateur, commandeur de la Légion d'honneur, Lannelongue meurt comblé d'honneurs, mais jamais ces distinctions honorifiques ne furent mieux placées, ni plus dignement portées.

De petite taille, les cheveux gris en brosse et la barbe en pointe, la face colorée, de tournure un peu déhanchée, de mise plutôt négligée, Lannelongue, toujours simple et peu soucieux du faste que lui aurait permis sa situation, circulait toujours pressé, tantôt à pied, tantôt en fiacre ou en omnibus. Au premier abord, il était d'apparence un peu vulgaire, mais à peine avait-il parlé que ses yeux pétillants d'intelligence et de bonté,

sa parole grave et douce, le bienveillant intérêt avec lequel il écoutait son interlocuteur, inspiraient tout de suite la confiance et l'estime. C'était surtout auprès des femmes et des enfants qu'il déployait, avec une charmante aisance, toutes les grâces de son heureuse nature. On sentait, en effet, en lui l'homme bon et heureux, heureux surtout du bien qu'il pouvait faire. Ce fut une belle vie que la sienne, et notre profession peut s'enorgueillir de produire de tels hommes. A. BROCHIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE MÉDICALE LAENNEC (Professeur : M. L. LANDOUZY). — *Cours pratique sur la nutrition normale et pathologique (clinique, technique et diététique).* — MM. les docteurs Marcel Labbé, agrégé, médecin des hôpitaux, et Henri Labbé, docteur ès sciences, chef de laboratoire à la Faculté, commenceront le vendredi 2 février 1912, à quatre heures, à la clinique médicale Laënnec, un cours pratique sur la nutrition normale et pathologique.

Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, à quatre heures et comportera 25 leçons.

Les élèves seront exercés individuellement, dans les salles et dans le laboratoire, aux diverses méthodes d'examen.

Programme du cours. — I. Nutrition; alimentation, digestion, assimilation, excrétion.

II. Les gastrodyspeptiques; examen clinique des fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac.

III. Analyse du suc gastrique; repas d'épreuve. Acidité, activité fermentative, pepsine, lab-ferment, etc.

IV. Les entérodyspeptiques; examen clinique des fonctions intestinales et pancréatiques.

V. Matières fécales : examen macroscopique et microscopique.

VI. Matières fécales : examen chimique; réaction, extrait, azote total.

VII. Matières fécales : examen chimique; graisses, hydrates de carbone, pigments biliaires, stercobiline, sang.

VIII. Analyse des urines : azote total, coefficient d'absorption intestinale.

IX. Dosage de l'urée. Rapport azoturique.

X. Composés ammoniacaux urinaires : polypeptides, acides aminés. Phénols. Indican. Dosage et valeur sémiologique.

XI. Soufre urinaire : sulfate, sulfo-éthers. Dosage et sémiologie.

XII. Les goutteux, lithiasiques et migraineux ; pathogénie et diététique de l'uricémie.

XIII. Dosage des purines et de l'acide urique. Oxalurie.

XIV. Les albuminuriques. Œdèmes. Echanges chlorurés.

XV. Recherche et dosage des albumines urinaires : sérine, globuline, nucléo-albumines.

XVI. Recherche et dosage des albumines urinaires : albumines acéto-solubles, albumoses, fibrine; albumines d'origine alimentaire.

XVII. Echanges minéraux. Chlorures. Phosphates. Chaux et magnésie urinaire.

XVIII. Les diabétiques. Pathogénie, évolution et thérapeutique du syndrome d'hyperglycémie.

XIX. Diagnose et dosage des sucres urinaires : glucose, lévulose, lactose, pentoses.

XX. Coma diabétique; vomissements acétoniques. Pathogénie et traitement de l'acidose sanguine.

XXI. Facteurs de l'acidose : diagnose et dosage, acide oxybutyrique, diacétique, mesure de l'acidose, acétone, alcaptone. Les excrétions indosées des diabétiques.

XXII. Les obèses. Pathogénie, formes et traitement de l'obésité.

XXIII. Les syndromes hépatiques. Ictères. Insuffisance hépatique.

XXIV. Pigments de l'urine : bilirubine, urobiline, pigment rouge brun, etc.

XXV. Interprétation clinique des analyses d'urine; régime d'épreuve.

Le montant du droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés, dès à présent, jusqu'au 2 février 1912, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — COURS DE 1912 (12e année). — Les cours et les conférences de l'école de psychologie sont publics.

La réouverture des cours aura lieu le lundi 8 janvier 1912, à cinq heures du soir, sous la présidence de M. Yves Delage, professeur à la Sorbonne, membre de l'Institut.

La leçon d'ouverture sera faite par M. le docteur Bérillon sur les « maladies de l'instinct ».

Psychothérapie. Hypnotisme thérapeutique (M. le docteur Bérillon, professeur). — Objet du cours : 1° « Les maladies de l'instinct. La psychothérapie des états anxieux; » 2° « L'hypnotisme et l'orthopédie mentale des enfants anormaux. »

Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 11 janvier.

Psychothérapie générale (M. le docteur Paul Magnin, professeur). — Objet du cours : « La prophylaxie des psychonévroses. »

Les jeudis à cinq heures et demie à partir du 11 janvier.

Pédagogie de l'enfance anormale (M. G. Quinque, professeur). — Objet du cours : « Les méthodes pédagogiques applicables aux anormaux. »

Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 9 janvier.

Psychologie du criminel (M. G. Guilhermet, avocat à la Cour, professeur). — Objet du cours : « Les causes psychologiques de la criminalité. »

Les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 12 janvier.

Psychologie des sensations (M. le docteur Iribarne, professeur). — Objet du cours : « Psychologie de l'audition. »

Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 13 janvier.

Psychologie pathologique (M. le docteur Paul Farez, professeur). — Objet du cours : « Les psychoses de la soif. »

Les samedis à cinq heures, à partir du samedi 13 janvier.

Psychologie et sociologie musulmanes (M. Ismaël Hamet, professeur). — Objet du cours : « La psychologie islamique d'après les moralistes modernes de l'Islam. »

Les jeudis à six heures, à partir du jeudi 11 janvier.

Psychologie musicale (M. le docteur Demonchy, professeur). — Objet du cours : « Les variétés de la mémoire musicale. »

Les vendredis à cinq heures et demie, à partir du vendredi 12 janvier.

Psychologie des animaux (M. Lépinay, médecin vétérinaire, professeur). — Objet du cours : « Les sociétés animales. »

Les mercredis à cinq heures et demie, à partir du mercredi 10 janvier.

Anatomie et psychologie comparées (M. Grollet, médecin vétérinaire, professeur). — Objet du cours : « L'évolution mentale chez l'homme et chez les animaux supérieurs. »

Les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 10 janvier.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 21 décembre 1911 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 8 janvier 1912, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATIONS PATHOLOGIQUES DE LA HANCHE

En face des luxations traumatiques de la hanche, il convient de décrire tout un groupe de luxations dites *pathologiques* de la hanche, luxations dans lesquelles la difformité a été *favorisée, préparée par un état morbide antérieur*, selon la définition de Malgaigne. Tantôt ce sont des lésions des surfaces osseuses articulaires qui entraînent la luxation ; tantôt un relâchement des muscles, ligaments actifs; tantôt une destruction des liens fibreux, ligaments proprement dits; tantôt enfin il s'agit d'un ensemble de causes plus complexe, comme c'est le cas dans les luxations subites au cours des maladies aiguës, particulièrement étudiées par Kirmisson.

Ces généralités nous permettent donc d'envisager déjà une grande division pathogénique des luxations pathologiques de la hanche. Dans un premier groupe il faut faire entrer les luxations où le processus anatomopathologique est parfois un peu vague, où les lésions n'intéressent pas les surfaces osseuses, où la réduction est généralement facile; dans un deuxième groupe nous réunirons au contraire les luxations à la suite de lésions osseuses, beaucoup plus graves comme pronostic.

I. **LUXATIONS PATHOLOGIQUES SURVENANT EN DEHORS DE LÉSIONS DES EXTRÉMITÉS OSSEUSES.** — *A.* Dans les luxations de CAUSE MUSCULAIRE, parfaitement étudiées par Verneuil, il existe généralement un défaut d'équilibre des muscles antagonistes. C'est ainsi que dans la paralysie des muscles fessiers et pelvitrochantériens on peut avoir une luxation iliaque par prépondérance de l'action des adducteurs et du psoas. Dans la paralysie des adducteurs et du psoas, au contraire, il peut y avoir luxation sous-pubienne par contracture exagérée des fessiers et des pelvitrochantériens.

B. C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut étudier les luxations par *distensions ligamenteuses*. Cette pathogénie, assez fréquente au niveau des os associés, est à la vérité rare au niveau de la hanche. Néanmoins à la suite de difformités congénitales ou acquises du membre inférieur, entraînant un jeu défectueux de l'articulation coxofémorale du sujet qui cherche à compenser sa difformité et à rétablir sa statique, on peut alors observer une distension ligamenteuse avec luxation secondaire.

C. Ces deux premières causes, action musculaire et lésions ligamenteuses, ont été toutes deux invoquées pour expliquer les luxations dans les *arthrites aiguës*. Les attitudes vicieuses entraînées par la douleur au cours de rhumatisme aigu, d'arthrite monoarticulaire aiguë, seraient la cause des distensions ligamenteuses et des contractions musculaires. Certains auteurs avec J.-L. Petit et Parise admettent que l'*épanchement articulaire*, la présence de liquide dans l'articulation suffit à expliquer les luxations dans les arthrites. En réalité il semble plutôt que l'épanchement articulaire, comme l'injection expérimentale dans la synoviale, place la cuisse en flexion et abduction, position de relâchement de la capsule. Enfin il faudrait peut-être faire intervenir un dernier facteur : les *lésions inflammatoires des ligaments* qui, s'ajoutant à la distension mécanique, peuvent entraîner leur faiblesse. On peut dire qu'il y a association de toutes ces causes sous l'influence primitive de la position vicieuse due à la douleur et à l'épanchement articulaire.

D. C'est ici qu'il nous faut faire une place à part *aux luxations soudaines au cours de maladies aiguës*, étudiées par Kirmisson et Degez. On les observe surtout au cours de *scarlatine*, de *fièvre typhoïde*, de *variole*, de *blennorragie*, etc. Il s'agit en général de luxations iliaques, plus rarement de luxations ovalaires, facilement réductibles. Kirmisson admet dans ces cas la pathogénie musculaire et ligamenteuse, mais il fait des réserves sur l'intégrité des surfaces osseuses, qui semblent légèrement altérées sur les radiographies.

C'est de ces derniers faits, qu'il nous faut rapprocher les luxations soudaines survenant *au début d'une coxalgie* également individualisées par Kirmisson. Ce sont des luxations qui se produisent brusquement, dans le début d'une coxalgie, susceptible d'une réduction parfaite. On ne peut faire intervenir les lésions osseuses à cette époque d'apparition. D'autre part il s'agit bien de coxotuberculose, comme le montre l'évolution de la maladie.

Telles sont les luxations observées dans ce premier groupe. La clinique ne présente aucun fait particulier : ce sont presque toujours des luxations iliaques ou ovalaires, facilement réductibles, dont les symptômes sont les mêmes que ceux des luxations traumatiques.

II. **LUXATIONS PATHOLOGIQUES SURVENANT A LA SUITE D'ALTÉRATIONS ET DE LÉSIONS OSSEUSES.** — Ce sont celles que l'on rencontre le plus fréquemment, ce sont elles que nous étudierons plus spécialement. La *tuberculose* est le facteur prépondérant de ces luxations. Puis vient presque sur le même plan le *tabes*. Enfin les lésions osseuses du *rhumatisme chronique*, de la *syphilis*, de l'*ostéomyélite*, peuvent entraîner des luxations.

A. LUXATIONS AU COURS DE LA COXALGIE. — Lorsqu'une coxalgie est arrivée dans sa seconde période d'évolution, par suite de la position de la cuisse en flexion, adduction, rotation en dedans, il s'exerce une pression de la tête fémorale sur la partie postérieure de la capsule et du rebord cotyloïdien. La contraction des muscles exagère encore cette pression. Des lésions destructives d'ostéite raréfiante apparaissent au niveau des points de contact, surtout sur la face postéro-supérieure de la cavité cotyloïde ; et peu à peu par usure et locomotion progressive, la tête fémorale tend à se déplacer en arrière. Ce sont là le *décubitus ulcéreux* et l'*usure progressive de Volkmann*.

La tête fémorale peut simplement chevaucher sur le bord postérieur, affaissé, du cotyle qui se trouve plus ou moins comblé en avant par une ostéite productive. C'est la *luxation intra-acétabulaire*. Dans des cas plus rares la tête a complètement glissé : il s'agit de luxation iliaque. Beaucoup plus rarement on peut cependant observer des luxations dans le trou obturateur, sur le pubis, au-dessus du cotyle, directes en haut. Enfin l'on peut avec certains auteurs admettre comme variété de luxation la pénétration de la tête dans le bassin, grâce à une perforation de la cavité cotyloïde. Bien différentes comme pathogénie des luxations du début, ces luxations sont contemporaines des abcès et des fistules, et apparaissent non soudainement, mais peu à peu.

B. LUXATIONS DANS LE TABES. — Depuis le travail mémorable de Charcot, les luxations dans le tabes ont été fréquemment étudiées. Il s'agit de lésions osseuses qui se rapprochent de celles observées dans la coxalgie. Il y a aussi usure, processus destructif, résorption osseuse de la tête fémorale et amincissement, perforation même parfois du cotyle, si bien que peu à peu le contact articulaire n'est plus établi. La symptomatologie de ces luxations est très curieuse. En effet, si la luxation coxalgique apparaît le plus généralement tardivement, la luxation chez le tabétique survient de bonne heure ; il y a peu de temps, en général, qu'est apparue l'incoordination motrice ; exceptionnellement même la luxation peut être le signe de début d'un tabes jusque-là inaperçu. Sans que le malade accuse aucune douleur, sans qu'il existe aucun craquement articulaire, on voit survenir une tuméfaction, un gonflement très marqué de la hanche pouvant s'étendre à tout le membre. Cet œdème est dur, résistant; la peau reste pâle; il n'y a ni rougeur, ni chaleur. Puis se produit le déplacement articulaire, qui, vu les altérations si marquées des surfaces osseuses, peut être infiniment plus prononcé que dans les autres luxations.

Telles sont les luxations pathologiques de la hanche, si diverses non seulement dans leur pathogénie, mais encore dans leur mode d'apparition, leur allure générale, et leur pronostic. La réduction se fera d'après le type, comme pour une luxation traumatique, en y joignant, lors de lésions étendues amorces de récidives, des appareils d'immobilisation ou d'extension continue.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 148. — SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1911. 84e ANNÉE. SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1911. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nos lecteurs trouveront, au milieu de ce numéro, les TITRES *destinés à être placés en tête de la* GAZETTE DES HOPITAUX, *année 1911.*

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — LE BUDGET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Henri Rousselle vient de déposer sur le bureau du Conseil municipal, au nom de la cinquième commission, son rapport général sur le projet de budget de 1912 de l'Assistance publique.

Les propositions de la commission s'élèvent à la somme de 73709255 francs, supérieures de 752935 francs à celles de l'administration. La plus grande part de cette augmentation porte sur le service propre ; elle a trait principalement à l'*ouverture de nouveaux services* et à l'*augmentation des traitements et salaires du personnel*.

Le rapport se montre favorable aux projets de l'administration tendant à utiliser les terrains inoccupés, appartenant à l'Assistance publique, en vue de la construction d'*habitations à bon marché*. Cette opération, tout en constituant une œuvre sociale de première utilité, aura pour résultat de procurer à l'Assistance publique un revenu de son capital supérieur à celui de la rente.

Au sujet de la pétition du Syndicat des médecins de la Seine, relative à l'*admission des malades aisés dans les hôpitaux*, l'honorable rapporteur établit que, si des abus se sont produits, le nombre de ces malades n'est pas aussi élevé qu'on veut bien le prétendre.

Grâce à l'intervention de M. Dausset, rapporteur général du budget, le budget de l'Assistance publique bénéficiera, cette année, d'un supplément de subvention municipale de 573000 francs, destiné, tant à remédier au déficit de certains sous-chapitres économiques, qu'à compenser l'augmentation de dépenses résultant des améliorations qu'il resterait à accorder à certaines catégories du personnel.

La somme des dépenses nouvelles s'élevant à 648000 francs, la tâche de la commission était, cette année, assez délicate.

Le budget, présenté par M. H. Rousselle, permettra d'assurer, dans d'excellentes conditions, le service des hôpitaux et hospices, ainsi que le service des secours à domicile.

La cinquième commission assure que l'exercice 1912 s'achèvera sans excédent de dépenses et que l'on peut considérer sans inquiétude la situation budgétaire de l'Assistance publique.

Elle espère, d'autre part, que le directeur de l'Assistance publique, à qui incombe le soin de surveiller l'exécution de son budget, mettra tous ses efforts, ainsi que ses collaborateurs de tous grades, à restreindre les dépenses à leur minimum.

HOPITAUX DE PROVINCE — ANGERS. — Le concours d'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de M. Rousseau comme interne titulaire.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Simon, maintenu à l'hôpit. Bégin à Saint-Mandé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Astier, maintenu à l'hôpit. Saint-Martin à Paris; Piussan, à l'hôpit. de Versailles.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Guichard, maintenu en mission au Maroc ; Huber, au 160e d'inf. ; Mélot, à la mission militaire française au Pérou; Mialaret, au 147e d'inf.; Picqué, aux hôpit. de la division d'Alger (Casablanca); Lemarchand, au 155e d'inf.; Bar, au 127e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Coulon, maintenu au 53e d'art. ; Pernin, au 91e d'inf. ; Vuillemot, aux hôpit. de la division d'Alger (Casablanca); Cazottes, au 4e chass. d'Afrique ; Bloch, au 28e bat. de chass. à pied; Malmonté, au

RENSEIGNEMENTS

24e d'inf.; Nicard, au 95e d'inf.; Martin, à la mission militaire française à Fez; Calais, médecin-major de deuxième classe, promu au 147e d'inf.; Cazeneuve, maintenu aux hôpit. de la division d'Oran (Casablanca).

— Mutations :

Médecin principal de première classe. — M. Lacronique, nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

Médecins-majors de première classe. — MM. Simon passe à l'hôpit. de Bordeaux; Vielle, au 40e d'inf.; Huot, au 50e d'art.; Martin, au 51e d'art.; Oui, au 19e d'inf.; Miramond de Laroquette, au 1er zouaves; Pech, au 15e d'art.; Sacquépée, à l'hôpit. d'Oran.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Viallet passe au 121e d'inf.; Massenet, au 136e d'inf.; Pla, au 134e d'inf.; Barthélemy, au 3e escadron du train des équipages; Queyrot, aux hôpit. de la division d'Oran; Yvernault, au 31e d'art; Fourcade, nommé surveillant à l'école du service de santé militaire; Dorland, à la direction du service de santé du 9e corps d'armée; Hugel, au 45e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Laloy passe au 46e d'art.; Antoine, au 38e d'inf.; Poulhès, au 121e d'inf.

LES MÉDECINS ET L'ESPÉRANTO. — Le bureau de la Société internationale des médecins espérantistes est ainsi composé pour 1912 : président, M. le professeur Dor, montée de la Boucle, 55, Lyon; secrétaire, M. le docteur Rothschuch, Comphansbadstr., 21, Aix-la-Chapelle; trésorier, M. le docteur G. Johnston, 23, Seymour-Street, Portmann Square, Londres.

CLINIQUE TARNIER. — COURS GRATUIT DE PERFECTIONNEMENT. — Le jeudi 9 janvier 1912, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau reprendra ses conférences et traitera le sujet suivant : « Traitement de l'infection puerpérale; *a*. Traitement général et traitement intra-utérin de l'infectiou puerpérale. »

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. Professeur, M. PINARD). — *Cours de perfectionnement.* — Leçons de chirurgie obstétricale par M. COUVELAIRE, agrégé : L'opération césarienne conservatrice. L'opération de Porro. L'hystérectomie post partum. L'hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus gravide. La dilatation artificielle du col.

Ces leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à trois heures. du 8 au 19 janvier 1912, à la clinique Baudelocque.

Le droit d'inscription est de 50 francs. Seront admis, les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions et immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE. — MM. les docteurs Perrin et Bailleul, chefs de clinique, commenceront le lundi 8 janvier à quatre heures et demie un cours de chirurgie infantile et d'orthopédie qui aura lieu tous les jours à quatre heures et demie à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants-Malades. Le cours sera complet en un mois. Il comprendra les questions les plus importantes de chirurgie infantile et d'orthopédie, et sera accompagné de démonstrations pratiques (appareils plâtrés, traitement des abcès, présentations de radiographies, etc.).

S'inscrire à la Faculté de médecine. Droit d'inscription : 50 francs.

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AUX INDES ANGLAISES. — D'après le *Handelsmuseum*, de Vienne, le marché des Indes anglaises est très intéressant pour tous les produits pharmaceutiques. Certains produits sont parvenus, à l'aide de réclames soutenues, à jouir d'une grande faveur. Toutefois, le champ reste ouvert pour de nouvelles marques; l'importation de ces produits s'est élevée, en effet, l'année dernière, à plus de 12.500.000 francs.

LE COMMERCE DES EAUX MINÉRALES AUX ÉTATS-UNIS. — Les eaux minérales sont très à la mode aux Etats-Unis, et, par suite de la température, du climat et de la manière de se nourrir, elles y sont aussi d'une grande utilité, lisons-nous dans le *Bulletin de la Chambre de commerce française*, de New-York.

L'importation des eaux minérales, a été, en 1910, de 3.306.303 gallons (1) évalués à 983.136 dollars (2).

L'Allemagne envoie plus d'eau minérale que nous aux Etats-Unis, mais ses produits n'ont pas la même valeur que les nôtres et les 520.270 douzaines de quarts qu'elle a importées, en 1910, ne sont estimées qu'à 320.279 dollars.

Les Etats-Unis achètent aussi, en Autriche-Hongrie, des eaux minérales très prisées et pour lesquelles on fait beaucoup plus de réclame que pour les eaux françaises (196.719 douzaines de quarts d'une valeur de 165.765 dollars en 1910).

L'Espagne fournit, de son côté, à l'importation, de 13.000 à 18.000 douzaines de quarts d'eaux évaluées de 21.000 à 26.000 dollars.

A citer encore comme pays importateurs : l'Angleterre (8.389 douzaines de quarts), le Canada (6.995 douzaines de quarts), le Japon (6.574 douzaines de quarts); quant à la France, elle tient la tête avec ses eaux bicarbonatées et autres.

A. P. M. — Le Voyage d'études de l'Association internationale de perfectionnement scientifique (A. P. M.), patronnée par le gouvernement français, aura lieu du 10 août au 6 septembre 1912, dans les pays balkaniques, en Turquie et en Grèce.

Le rassemblement se fera à Aix-les-Bains. L'itinéraire sera le suivant : Venise, Trieste, Agram, Belgrade, descente du Danube, passe de Kazan, Portes de Fer, Bucarest, Sofia, Constantinople, Mytilène, Smyrne, Athènes, Eleusis, Olympie, Corfou. La séance de clôture se tiendra à Evian.

Pour tous renseignements, s'adresser, le mercredi et le samedi, de trois à quatre heures, 12, rue François-Millet, Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie, en Corse et aux Echelles du Levant, ou vice-versa.* — Carnets individuels ou collectifs, 1re, 2e et 3e classes, délivrés pour voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux métropolitains, départementaux (réseau de la Corse), algériens et tunisiens, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache), par la Société générale de transports maritimes à vapeur, par la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet et Cie) ou par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens, tunisiens ou corses.

Minimum de parcours sur les réseaux métropolitains : 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes ou de la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet) et par ceux de l'une quelconque des trois autres compagnies de navigation.

Validité : 90 jours; 120 jours, lorsque les carnets comprennent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demander les carnets cinq jours à l'avance à la gare de départ.

Pendant la saison d'hiver Paris et Marseille sont reliés par des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies. Trajet rapide de Paris à Marseille en dix heures et demie par le train « Côte d'azur rapide » (1re classe).

(1) 1 gallon = 4 quarts = 3 litres 785.
(2) 1 dollar = 5 fr. 18.

REVUE GÉNÉRALE

LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE DE BASEDOW

Par H. ALAMARTINE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon,
Ex-interne des hôpitaux.

Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, très en honneur en Suisse, en Allemagne et en Amérique, a été au contraire très négligé en France. Jusqu'à ces dernières années la presque unanimité des médecins et le plus grand nombre des chirurgiens l'ont considéré comme extrêmement dangereux et absolument inefficace. Grâce aux rapports récents de MM. Delore et Lenormant au Congrès français de chirurgie de 1910, rapports qui ont vulgarisé les bons résultats obtenus à l'étranger —, on doit revenir de cet ostracisme. Si la maladie de Basedow n'est pas uniquement du ressort de la chirurgie, cette dernière cependant est souvent susceptible d'améliorer les basedowiens, et même de les guérir définitivement si l'intervention est suffisamment précoce.

I

Historique, évolution des idées pathogéniques et des méthodes thérapeutiques. — Schématiquement on peut diviser cet historique en trois grandes périodes.

Première période (1877-1899). — *Premiers essais chirurgicaux; indications symptomatiques; distinction du goitre basedowifié chirurgical et de la maladie de Basedow médicale* (*Tillaux, M. Poncet*). — La maladie de Basedow fut d'abord regardée soit comme une affection primitive du cœur (Graves), soit comme une névrose à localisation bulbo-protubérantielle contre laquelle la chirurgie devait forcément être impuissante. Les interventions pratiquées à cette époque (Watson, Mac Naugthon Jones, Dolbeau, Ollier) le furent uniquement pour parer à quelque complication intercurrente, notamment à des crises dyspnéiques d'origine trachéale ou récurrentielle. La première maladie de Basedow vraie fut opérée par Tillaux le 28 janvier 1880. Tillaux rencontra un goitre diffus, très vasculaire, sans noyau énucléable, et dut faire une thyroïdectomie totale pour parer à une hémorragie terrible. A partir de 1880, les opérations se multiplient; dès 1897, il était possible de tirer de l'ensemble des faits connus quelques notions nouvelles (Thèse de L. Bérard, Lyon 1897). Les chirurgiens lyonnais, notamment MM. Poncet, Jaboulay, Bérard, distinguent, au point de vue thérapeutique, la maladie de Basedow vraie caractérisée par un goitre diffus, non énucléable, affection justiciable du traitement médical presque exclusif et le goitre basedowifié à noyaux énucléables pleins ou kystiques relevant du traitement chirurgical. Témoin au Congrès français de 1898, L. Bérard et Morestin à celui de 1899 revinrent sur cette distinction fondamentale du goitre basedowifié et de la maladie de Basedow primitive. Dès lors, en France, tout au moins, la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow primitive semblait définitivement condamnée. Seuls Péan, Tuffier, Doyen en restaient partisans.

Deuxième période. — *Les interventions symptomatiques sur le sympathique cervical* (M. Jaboulay). — Se fondant à la fois sur les insuccès et les dangers des opérations thyroïdiennes et sur la symptomatologie de la maladie de Basedow qui présente le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical, M. Jaboulay proposa de traiter cette affection par la résection, la section ou même la simple élongation du sympathique cervical. La première opération fut faite le 8 février 1896 et suivie d'un certain nombre d'autres dues à M. Jaboulay, à Jonnesco, Témoin, etc. Les résultats obtenus furent exposés dans les thèses de Lorentz (17 premiers cas de M. Jaboulay), Herbet, dans différentes communications de Jonnesco. Tout récemment M. Jaboulay dans la thèse de Barjhoux et dans un travail de A. Chalier a fait connaître les résultats éloignés de ses trente premières opérations.

Troisième période (1900-1911). — *Origine thyroïdienne de la maladie de Basedow. Les ligatures artérielles et les thyroïdectomies. Les opérations graduées pour hyperthyroïdisme* (*Kocher*). — Les interventions thyroïdiennes, à peu près complètement abandonnées en France, durent leur regain de faveur en Suisse et en Allemagne au succès de la théorie de Mœbius. La cause immédiate des accidents basedowiens étant un trouble de la sécrétion thyroïdienne la seule conduite logique était de s'attaquer à la glande et de diminuer sa sécrétion soit en faisant une ablation partielle, soit en provoquant son atrophie par la ligature des vaisseaux afférents.

Rehn a été le premier à publier une statistique importante d'interventions thyroïdiennes dans la maladie de Basedow (177 cas inédits en 1900). Depuis Riedel, Krönlein, Garré, Mikulicz, Kümmel, Berg et Ackermann ont rapporté eux-mêmes, ou fait publier par leurs élèves, les résultats de leur pratique. En Amérique, les frères Mayo et Curtis ont apporté une importante contribution opératoire. Mais un nom domine tous les autres : c'est celui de M. le professeur Kocher (de Berne). Ses premières opérations remontent à 1889. En 1902 il disposait d'une série de 52 observations. Depuis lors pas une année ne s'est passée sans que Kocher n'apportât une idée ou des faits nouveaux. Ses communications aux Congrès allemands, français et américains ont puissamment aidé à la diffusion de ses méthodes thérapeutiques. En 1908, il déclare avoir opéré 486 basedowiens.

Au Congrès français de médecine interne (1907) les rapporteurs chargés de la question du traitement de la maladie de Basedow, se montrèrent très peu favorables aux interventions chirurgicales. Pour Gilbert Ballet la thyroïdectomie partielle très dangereuse et à peu près inefficace est une ressource ultime dans les cas désespérés. Les ligatures thyroïdiennes et les sympathicectomies sont sans effets certains.

C'est l'introduction en France de la technique de Kocher employée à Paris par MM. Rochard et Lenormant (Thèse de Bodolec), à Lyon par MM. Poncet, Bérard, Delore, Patel et Leriche qui a remis la question à l'ordre du jour et provoqué les rapports du congrès de chirurgie de 1910.

II

Données cliniques sur la maladie de Basedow vraie, les syndromes basedowiens et les fausses maladies de Basedow. — La thérapeutique rationnelle de la maladie de Basedow s'est heurtée pendant longtemps à une difficulté capitale, à savoir : l'ignorance sur la nature exacte et les diverses modalités cliniques de l'affection en cause. La tachycardie, le goitre, l'exophtalmie et accessoirement le tremblement constituent un ensemble symptomatique qui a été considéré d'abord comme une entité pathologique distincte. Peu à peu, grâce à l'étude clinique attentive des cas observés, la maladie de Basedow a été démembrée, et le quadrige symptomatique qui la caractérisait est apparu comme un syndrome qui peut se rencontrer dans une foule d'affections de nature essentiellement différentes. On peut ainsi distinguer, provisoirement tout au moins, les différentes formes cliniques suivantes :

1° Les syndromes basedowiens réflexes qui, à vrai dire, ne constituent pas des goitrés exophtalmiques. C'est au cours d'affections très diverses (polypes muqueux des fosses nasales, lésions utéro-annexielles, etc.) qu'apparaissent chez des sujets plus ou moins névropathes, tel ou tel symptôme du syndrome basedowien, par exemple du tremblement, de la tachycardie, même de l'exophtalmie. Il suffit dans ces cas de traiter la lésion causale.

2° Les faux goitres exophtalmiques. — Ils peuvent être d'origine soit périphérique, soit centrale ; d'origine périphérique, il s'agit alors de goitres simples comprimant le sympathique cervical et déterminant ainsi de l'exophtalmie, de la tachycardie, de la congestion de la face. D'origine centrale il s'agit d'affections nerveuses, telles que le tabes, la syryngomyélie, le diabète, etc., se compliquant de quelques-uns des éléments du syndrome basedowien par suite de l'atteinte des centres qui tiennent sous leur dépendance les mouvements du cœur, le tonus vasculaire, la musculature de l'œil, etc. Tous ces cas doivent être rejetés du cadre de la maladie de Basedow.

3° Les formes frustres de la maladie de Basedow (états basedowoïdes, basedowiformes, etc.) sont des cas d'hyperthyroïdie ou de dysthyroïdie atténuée, traduisant un état d'excitation de la glande qui retentit sur l'appareil cardio-vasculaire et la nutrition de l'organisme. L'exophtalmie manque souvent; l'hypertrophie thyroïdienne est à peine sensible ; la maladie se traduit surtout par la tachycardie, le tremblement, un léger éclat du regard. Ces formes relèvent uniquement de la thérapie intense et particulièrement de la médication antitoxique (sérum de Mœbius)

4° Les maladies de Basedow vraies. — La maladie de Basedow essentielle et primitive est caractérisée par le développement plus ou moins rapide chez un sujet indemne de tout goitre antérieur, d'un goitre diffus ou plutôt d'une thyroïdite à type vasculaire s'accompagnant d'exophtalmie, de tremblement et de tout un ensemble de troubles de nature toxique : diarrhée, vomissements, phénomènes psychiques, etc. A l'origine d'un grand nombre de ces maladies de Basedow primitives on trouve une infection générale de l'organisme ayant déterminé une thyroïdite légère (surtout rhumatisme articulaire aigu et tuberculose).

D'autres fois la maladie de Basedow vraie débute non plus sur une glande thyroïde saine, mais sur un goitre préexistant. C'est le goitre basedowifié des classiques, dénommé plus exactement par MM. Poncet et Leriche, goitre basedowifiant. En effet l'ensemble du corps thyroïde ne tarde pas à prendre tous les caractères de la glande dans la maladie de Basedow primitive, le noyau goitreux ayant joué le rôle d'une épine irritative agissant par la sécrétion locale de toxines. L'intervention ne doit pas se borner, sauf tout à fait au début, à l'ablation du noyau basedowifié qui n'est en somme que la cause médiate du syndrome basedowien.

Dans un certain nombre de cas les manifestations thyroïdiennes font complètement défaut, ou sont d'une importance si minime que toute la maladie se réduit à un ensemble symptomatique à pathogénie mal connue mais traduisant en définitive l'irritation intense du sympathique cervical. Ce sont ces formes qu'il faut désigner sous le nom de maladie de Basedow d'origine nerveuse — justiciables de la sympathicectomie — par opposition aux maladies de Basedow d'origine thyroïdienne relevant du traitement thyroïdien.

III

Pronostic de la maladie de Basedow et résultats de la thérapeutique médicale. — Abandonnée à elle-même, la maladie de Basedow a un pronostic très défavorable. Il est très difficile de donner un pourcentage quelconque de mortalité, et cela pour plusieurs raisons. Comme nous venons de le montrer, les cas sont très disparates. De plus, le goitre exophtalmique a une marche extrêmement capricieuse, coupée par de longues rémissions, guérissant même spontanément sous des influences parfois très minimes. Il n'en reste pas moins vrai que les cas bien caractérisés ont un pronostic final très sombre : d'après la plupart des spécialistes en la matière la mortalité globale varie entre 25 et 50 p. 100 (Buschan, Mackensie, Williamson, Thompson, etc.).

Contre une affection aussi grave, que peut le traitement médical ? Le nombre considérable des médications proposées fait entrevoir a priori l'inefficacité de chacune. La discordance des résultats obtenus ne s'explique qu'en tenant compte de la variabilité des cas traités.

Les résultats excellents obtenus par Lancereaux avec la quinine n'ont pas été confirmés par tous les

médecins. Le salicylate de soude a une action certaine particulièrement dans la forme à étiologie rhumatismale. Il doit être employé dans les cas de date récente, son action semblant surtout préventive au moment de la poussée rhumatismale. Mais dans les cas anciens, avec sclérose thyroïdienne constituée, ce médicament n'a pas plus d'action sur la maladie de Basedow, qu'il n'en a sur un rétrécissement mitral, reliquat d'une ancienne endocardite rhumatismale. L'emploi de l'iode (iode métalloïde, iodures, opothérapie thyroïdienne) est très discuté, et malgré l'autorité de Kocher, qui le préconise comme traitement préopératoire, les nombreuses aggravations observées doivent le faire rejeter. La médication antitoxique par les tumeurs d'animaux éthyroïdés, le sérum de Mœbius notamment, a à son actif un certain nombre de guérisons et des améliorations très notables. C'est un médicament à essayer avant toute intervention opératoire. La radiothérapie ferait merveille, au dire des électriciens et suscite chez eux un enthousiasme que les cliniciens ne partagent pas. Dans les cas d'origine tuberculeuse, la tuberculine et les corps immunisants de Spengler ont donné à H. et L. Dor, ainsi qu'à Hollos, des résultats certains.

Ces résultats assez aléatoires du traitement médical, font que si les interventions chirurgicales ne sont à employer qu'après l'échec de la thérapie interne, cette dernière ne doit pas être prolongée trop longtemps. Il importe, pour avoir de bons résultats, de n'opérer que des cas relativement précoces, sans lésions définitives du cœur ou des reins.

L'opinion des spécialistes en la matière est que le traitement médical, s'il ne donne aucun résultat, ne doit pas être prolongé au delà de quatre à six mois au grand maximum.

IV

Les méthodes opératoires. — 1° Les interventions thyroidiennes. — Aujourd'hui après l'abandon définitif des injections interstitielles et de l'exothyropexie, les deux seules opérations thyroïdiennes pratiquées dans la maladie de Basedow sont les ligatures artérielles et les excisions partielles. Ces deux variétés d'interventions sont employées de diverses façons, suivant qu'on utilise seulement l'une d'entre elles, ou bien qu'on les combine, faisant à la fois en une ou plusieurs séances et ligatures et excisions. On a ainsi employé :

α. Les thyroïdectomies totales (Lister, Tillaux, etc.), aujourd'hui définitivement condamnées en raison des dangers de tétanie parathyréoprive et de cachexie post-opératoire.

β. Les thyroïdectomies subtotales massives (Riedel). Pour Riedel, il faut d'emblée, même dans les cas relativement graves, enlever tout un lobe, l'isthme et les deux tiers inférieurs de l'autre lobe.

γ. Les opérations mixtes graduées et progressives, suivant la méthode du professeur Kocher.

Cette méthode, aujourd'hui admise par le plus grand nombre des chirurgiens (Kümmel, Mayo, Garré, etc.), procède par petites opérations successives ; elle est basée sur ce fait que les opérations d'emblée massives sont inutiles et dangereuses. On peut arriver à la guérison avec des opérations relativement économiques. Elle comprend la nécessité des ligatures préliminaires, tout au moins dans les cas graves, et d'autre part la pratique des excisions échelonnées et graduées.

Intermédiaire à la pratique de Kocher et à celle de Riedel, il faut placer la méthode opératoire suivie par un certain nombre de chirurgiens tels que Mikulicz, Krönlein, Garré, Berg et Ackermann qui regardent l'hémithyroïdectomie d'emblée comme l'opération de choix nécessaire et souvent suffisante et réservent les ligatures artérielles pour satisfaire à des indications spéciales.

2° Les interventions sur le sympathique. — Pour interrompre le cordon du grand sympathique cervical, on a proposé : sa section, son élongation, son arrachement, son broiement, la résection du ganglion cervical supérieur seul, du ganglion et du cordon qui lui fait suite jusqu'au ganglion moyen (opération de M. Jaboulay) ;

La résection bilatérale de toute la chaîne sympathique cervicale, y compris le ganglion inférieur (Jonnesco, Soulié).

« Tous ces procédés, dit M. Jaboulay, sont bons et capables de donner des résultats appréciables, mais il n'en est pas un qui soit supérieur aux autres et qui mette sûrement à l'abri des récidives. Ces récidives semblent tenir à certaines formes de la maladie et être sous la dépendance des fibres sympathiques annexées au trijumeau et au pneumogastrique et sur lesquelles nous n'avons aucune prise. Cela fait comprendre que les grandes interventions sur le sympathique cervical ne soient pas plus utiles que celles qui sont faites avec prudence et modération, d'autant plus qu'avec la simple section on produit des dégénérescences même à longue distance. L'opération qu'il faut choisir, c'est donc la section avec ou sans arrachement des deux bouts, ou la résection partielle. On pourra profiter de l'accalmie créée par la paralysie du sympathique pour extirper le goitre, s'il ne rétrocède pas tout entier. » M. Jaboulay a fait une fois la simple élongation du sympathique cervical et douze ans après l'opération la malade reste guérie. Quant à la résection totale comprenant le ganglion cervical inférieur (Jonnesco, Soulié), c'est une opération trop difficile et trop grave pour être proposée.

V

Les résultats actuels du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow. — *A.* Résultats des interventions thyroidiennes (ligatures et excisions). — Les interventions pour maladie de Basedow ont incontestablement une mortalité supérieure à celle des mêmes opérations dans le goitre ordinaire. Mais il ne faut pas exagérer cette gravité ; à l'heure actuelle, avec une technique bien réglée et des indications mieux posées, les catastrophes de la première heure sont beaucoup moins à craindre. Si

nous envisageons seulement les opérations faisant partie des statistiques récentes publiées in extenso, c'est-à-dire celle de Mikulicz (18 cas), Krönlein (23 cas), Kümmel (20 cas), Kocher (59 cas), Riedel (50 cas), Garré (35 cas), Berg et Ackermann (54 cas), nous arrivons à un total de 259 interventions avec 9 morts opératoires, soit 7,7 p. 100. Les causes de la mort ont été les suivantes :

Collapsus cardiaque, asystolie....	8 fois.
Thymus persistant..............	3 —
Tétanie	1 —
Pneumonie....................	4 —
Embolie cérébrale..............	1 —
Hémorragie post-opératoire.......	2 —

Nous laisserons complètement de côté les accidents communs à toute thyroïdectomie (accidents asphyxiques et hémorragiques, complications broncho-pulmonaires, embolies, tétanie parathyréoprive), pour nous occuper uniquement de ceux propres à la maladie de Basedow. La cause principale de la mortalité opératoire, chez les basedowiens, réside dans l'asystolie aiguë et le collapsus cardiaque qui ont emporté 8 opérés sur les 19 qui ont succombé, soit 42 p. 100. Ces morts sont le plus souvent classées sous la rubrique de thyroïdisme post-opératoire. En réalité, le plus grand nombre de ces morts s'expliquent suffisamment par les lésions cardiaques antérieures des opérés, chez lesquels on n'aurait pas dû intervenir. La persistance du thymus est également une cause très fréquente de mortalité opératoire. Le chiffre de 3 morts sur 259 opérations rapporté plus haut nous semble très faible. Les observations publiées isolément de morts thymiques sont aujourd'hui très nombreuses. En 1907, Capelle (de Bonn) en rassemblait 22 cas et depuis un certain nombre d'autres cas ont été publiés. Une de ces morts s'est produite après une sympathicectomie unilatérale très simple (MM. Jaboulay et Duroux). Malheureusement les procédés d'investigation clinique actuellement à notre disposition ne permettent pas de diagnostiquer à coup sûr la persistance du thymus.

Les *résultats éloignés* des interventions thyroïdiennes dans la maladie de Basedow (guérisons, améliorations, insuccès, récidives) doivent évidemment varier avec chaque catégorie de goitre exophtalmique, et suivant la gravité clinique des cas opérés. Une semblable statistique est impossible à établir avec les documents actuels. On doit se contenter de chiffres d'ensemble, chiffres du reste suffisants pour juger de la valeur du traitement chirurgical. Les résultats antérieurs à 1910 ont tous été réunis par Rehn. Mais cette première statistique n'a qu'une valeur très relative par suite de son manque d'homogénéité. En prenant uniquement les statistiques étendues avec observations publiées in extenso, et comprenant une période post-opératoire d'au moins trois ans, nous avons obtenu les chiffres suivante :

Mikulicz (1900) : 18 opérations, 8 malades suivis plus de trois ans, 7 guérisons, 1 amélioration très notable;

Krönlein (1901) : 23 opérations, 10 résultats constatés après trois ans, 7 guérisons complètes, 2 améliorations très notables, 1 récidive légère après trois ans de guérison;

Kocher (1902) : 59 opérations; 28 malades suivis au delà de trois ans, 23 guérisons définitives, 5 améliorations notables;

Kümmel (1905) : 20 opérations, 18 datant de plus de trois ans, 13 guérisons, 2 améliorations très notables, 3 insuccès.

Riedel (1900) : 50 malades, 27 résultats éloignés, 22 guérisons complètes, 4 améliorations, 1 insuccès.

Garré (1908) : 32 malades opérés, 12 résultats éloignés, 2 guérisons complètes, 8 améliorations très considérables, 2 insuccès;

Berg et Ackermann (1907) : 52 opérés, 17 résultats éloignés, 11 guérisons, 5 améliorations, 1 récidive.

Voici le pourcentage des succès et des insuccès obtenus par ces derniers avec différentes méthodes opératoires, au bout de la première année qui suit l'opération :

	Ligatures	Hémithyroïdectomie	Hémithyroïdectomie et ligatures
Guérisons....	50 %	37,5 %	80 %
Améliorations.	16,7 »	25 »	20 »
Insuccès......	33,3 »	37,5 »	

En définitive, sur 120 cas de maladies de Basedow soumises au traitement chirurgical et observées pendant trois ans au moins après l'opération, les résultats éloignés sont les suivants :

85 guérisons complètes, soit 70,8 p. 100;
27 améliorations notables, soit 22 p. 100.
8 insuccès, soit 6,6 p. 100.

Evolution de la maladie de Basedow à la suite des interventions thyroïdiennes. — La marche de la guérison se fait généralement en deux phases. Il y a d'abord amélioration immédiate et rapide des troubles subjectifs et de la tachycardie, puis guérison ou amélioration progressive de l'état général et des phénomènes objectifs. Une fois la phase de réaction post-opératoire franchie, les malades en quelques jours se trouvent délivrés de cet état psychique grave qui rendait leur existence si pénible; en même temps on note une amélioration rapide de la nutrition et de l'état général : les troubles digestifs disparaissent, le poids augmente sensiblement. Les troubles cardio-vasculaires sont également très rapidement influencés. La portion restante du corps thyroïde perd ses caractères de goitre vasculaire. La tachycardie tombe en lysis. Les palpitations diminuent de fréquence. Par contre l'exophtalmie et le tremblement ne sont que peu influencés. L'amélioration immédiate du début est la conséquence de la disparition de la toxémie basedowienne. Une fois cette dernière disparue, il subsiste une série de troubles organiques qui vont mettre un temps beaucoup plus long à disparaître. Avec Garré, Kocher, etc., il faut bien distinguer la guérison idéale, objective, de la guérison subjective. La première est un retour à l'état primitif : plus d'exophtalmie, plus de tremblement, cœur et pouls normaux, corps thyroïde ayant perdu tout caractère de goitre vasculaire. Cette

guérison idéale est possible ; on la rencontre dans une proportion de 70 p. 100 dans les 120 observations que nous avons pu réunir. Il s'agit en général de cas opérés précocement alors qu'il n'y a pas encore de sclérose de la glande. A côté de cette guérison idéale il existe des améliorations qu'on peut considérer pratiquement comme des guérisons; les opérés reprennent leur vie normale, se sentent bien portants et n'offrent plus que des symptômes ébauchés de basedowisme : quelques troubles nerveux, un peu d'exopthalmie. La régression de ce dernier symptôme est longue et difficile dans les cas anciens (1 fois sur dix, Garré; 1 fois sur quatre, Krönlein ; plus de la moitié des cas, Kocher). La tachycardie passagère est très longue à disparaître. L'hypertrophie cardiaque n'est pas influencée par l'opération. La portion restante du corps thyroïde s'atrophie après l'hémithyroïdectomie, surtout si on lie en même temps l'artère thyroïdienne supérieure du côté laissé en place (Landström). Du reste le goitre peut persister mais en perdant son caractère vasculaire, sans entraver la guérison.

La récidive vraie est celle où il se reproduit une tumeur ayant tous les signes du goitre exophtalmique et s'accompagnant du syndrome basedowien au complet. Cette récidive vraie n'est pas très rare, elle se produit 1 fois sur 10 environ. Elle est d'ordinaire très précoce, c'est plutôt une continuation de la maladie. Elle est du reste en général bénigne et cède facilement au traitement médical, à une cure de repos et au besoin à une intervention itérative (ligature de l'artère thyroïdienne supérieure du côté opposé). Les récidives graves et incoercibles ne se voient que chez 4 p. 100 des malades observés pendant plus de trois ans.

B. Résultats des interventions sur le sympathique. — La sympathicectomie n'a guère été pratiquée en série que par MM. Jaboulay et Jonnesco.

Jonnesco a fait publier en 1902 par Balacescu les résultats de sa pratique personnelle. Sur un total de 55 cas, Balacescu accuse une mortalité opératoire de 13 p. 100 et 38 p. 100 de guérisons définitives. La section simple du cordon nerveux a donné, sur 8 cas, 2 guérisons et 5 améliorations; la résection partielle étendue, sur 27 cas, 9 guérisons et 11 améliorations; la résection totale bilatérale, sur 18 cas, 10 guérisons, 5 améliorations et 2 insuccès. Avec ce dernier procédé, on aurait donc un pourcentage de 59 p. 100 de guérisons. Les résultats donnés par Balacescu n'ont malheureusement pas tous été suivis pendant un temps assez long pour parler de guérisons définitives. Plusieurs observations sont très incomplètes, et le diagnostic même de maladie de Basedow est douteux. Au Congrès français de chirurgie de 1910, Jonnesco a déclaré avoir pratiqué des interventions sur le sympathique chez 30 basedowiens, qui ont tous guéri, quelques-uns après un temps assez long il est vrai. Jonnesco a des résultats définitifs datant de quatorze et treize ans.

M. le professeur Jaboulay a fait publier récemment par Barjhoux et A. Chalier les résultats de ses trente et une premières interventions sur le sympathique cervical. Cette statistique a une importance extrême, surtout étant donnée l'ancienneté de plusieurs opérations, les premières remontant à 1895, soit à 15 ans.

Sur ces 31 malades, M. Jaboulay a eu 6 morts opératoires dont une à la suite d'une sympathicectomie unilatérale par thymus persistant. Sauf ce cas, toutes les morts opératoires sont dues à des causes étrangères à la sympathicectomie. Les opérations pratiquées furent 7 sympathicectomies doubles (avec 3 morts); 4 sympathicectomies unilatérales (avec 1 mort); 7 sympathicotomies doubles (avce 2 morts); 2 sympathicotomies unilatérales, 1 élongation bilatérale. Sur les 22 opérés de date ancienne qui ont pu être retrouvés, 9 sont morts à ce jour au bout d'une ou plusieurs années, d'une autre affection, après amélioration manifeste de leur maladie de Basedow; 12 sont encore vivants, très améliorés ou guéris; une guérison totale remonte à quatorze ans, 4 améliorations indiscutables datent de dix ans au moins, 2 autres de quatre et cinq ans.

Les observations de M. Jaboulay démontrent d'une façon définitive que les interventions sur le sympathique ont dans la maladie de Basedow des effets immédiats ou précoces incontestables. L'exophtalmie diminue d'abord très rapidement, probablement à la suite de la paralysie des muscles lisses de Müller. Elle diminue ensuite plus lentement, à mesure que disparaissent les œdèmes et l'accumulation du tissu graisseux de l'orbite. En même temps on constate un rétrécissement de la pupille et un resserrement de la fente palpébrale, en même temps qu'une certaine amélioration de la vision éloignée. Le goitre diminue aussi, mais plus lentement, sauf dans le gros goitre diffus et vasculaire où cette diminution peut être très rapide. L'amélioration de l'état subjectif est au contraire immédiate. Par contre, la tachycardie et le tremblement sont peu influencés.

La section du sympathique cervical n'a du reste aucun inconvénient et ne provoque aucun trouble vasculaire ou trophique persistant. Ces effets de la sympathicectomie varient, d'après M. Jaboulay lui-même, suivant deux conditions : d'après l'âge des malades, les résultats semblent meilleurs chez les gens âgés que chez les jeunes filles; d'après la forme de la maladie « la sympathicectomie donne de bons résultats dans toutes les formes de maladie de Basedow, mais il est une de ces formes qui est véritablement son triomphe, c'est la forme sans goitre avec une exophtalmie prépondérante ».

Après une phase d'amélioration immédiate les sympathicectomies passent par une phase d'incertitude qui peut aboutir à la récidive, à l'amélioration définitive ou à la guérison. La guérison définitive et prolongée ne fait plus aucun doute si on se rapporte aux récentes statistiques de M. Jaboulay. Elle a été obtenue par lui aussi bien dans la maladie de Basedow purement nerveuse que dans les formes thyroïdiennes.

V

Indications opératoires dans la maladie de Basedow. — La plupart de ceux qui ne repoussent pas systé-

matiquement l'intervention de la chirurgie dans la maladie de Basedow n'y voient qu'une ressource suprême à mettre en œuvre seulement lorsque toutes les autres médications auront échoué. La solution du problème n'est pas dans les opérations tardives toujours dangereuses et le plus souvent inefficaces, mais dans les opérations précoces. « Messieurs les médecins, disait le professeur Kocher au Congrès français de médecine de 1906, envoyez-nous de bonne heure vos basedowiens et nous vous les rendrons en état de profiter du traitement médical. » Par contre, dire que l'on doit opérer tous les basedowiens au début n'est pas juste. On ne peut tenir à un basedowien le même raisonnement qu'à un cancéreux et lui dire « sans opération vous succomberez fatalement, avec une opération vous guérirez peut-être ». Il faudrait pour cela que la maladie de Basedow fut à coup sûr mortelle.

En pratique, la question se pose d'une façon différente.

Le chirurgien est appelé auprès d'un basedowien qui a déjà été l'objet d'un traitement médical infructueux, et on le consulte sur l'opportunité et l'efficacité probable d'une intervention. Pour répondre à cette question le chirurgien doit :

1° Faire le diagnostic anatomo-clinique exact de la variété de goitre exophtalmique à laquelle il a affaire car les indications diffèrent suivant chaque variété ;

2° Examiner le malade quant à la gravité de son affection et des risques opératoires qui en découlent.

Les syndromes basedowiens réflexes ainsi que les fausses maladies de Basedow d'origine centrale relèvent du traitement de la lésion causale. Dans ce dernier cas, la seule indication opératoire que l'on puisse avoir à remplir sera celle d'une sympathicectomie dirigée contre une exophtalmie trop accentuée et menaçante pour la vitalité du globe oculaire. Les faux goitres exophtalmiques d'origine périphérique par compression vasculo-nerveuse sont justiciables de l'énucléation intraglandulaire ou de la thyroïdectomie partielle, suivant qu'il s'agit d'un goitre énucléable ou diffus.

Dans la maladie de Basedow primitive d'origine nerveuse l'intervention de choix, après échec du traitement médical, sera la résection partielle étendue et bilatérale du sympathique cervical (opération de M. Jaboulay).

Au contraire, les maladies de Basedow d'origine thyroïdienne relèvent d'une thérapeutique thyroïdienne plutôt que des opérations sur le sympathique.

Dans le goitre basedowifiant on fera, mais seulement dans les cas tout à fait au début, l'énucléation intraglandulaire simple suivant la méthode de M. Poncet. Dans les cas avancés, lorsque le corps thyroïde tout entier aura pris les caractères anatomiques du goitre basedowien, l'intervention ne devra pas se borner au noyau basedowifiant mais s'adresser au reste de la glande comme dans le cas suivant.

Dans la maladie de Basedow primitive d'origine thyroïdienne, la méthode opératoire sera celle de Kocher (ligatures artérielles combinées aux excisions partielles). On évitera les opérations massives et on aura recours aux opérations partielles et répétées. Les ligatures artérielles sont l'intervention de choix dans les formes très vasculaires comme opération préliminaire à la thyroïdectomie ; dans les formes hypertoxiques à marche rapide où les excisions pratiquées d'emblée seraient trop graves, comme opération complémentaire après les excisions si la portion non enlevée du corps thyroïde reste toujours hypervasculaire. Au besoin, le résultat des ligatures sera complété plus tard par une excision partielle.

Dans les formes moyennes et légères l'opération de choix est l'hémithyroïdectomie d'emblée. On y joindra la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure du côté opposé, si le résultat de la première opération n'est pas suffisant.

Pour être pratiquées sans trop de risques, les interventions chez les basedowiens exigent toute une série de précautions spéciales. Les principales contre-indications opératoires sont : le gros thymus, diagnostic qui n'est du reste pas toujours possible, l'albumine massive, l'état d'excitation psychique, l'asystolie avec irrégularité du pouls et tension artérielle faible, la myocardite grave, l'intoxication profonde et de date ancienne. Du reste, ces contre-indications pourront être seulement temporaires. Kocher a beaucoup insisté sur la nécessité d'une longue préparation anté-opératoire. Pour Kocher, la base de ce traitement est le repos absolu, l'hygiène physique et psychique, le phosphate de soude (2 à 10 grammes par jour) l'arsenic, la belladone et en outre l'iode à petite dose et très surveillé.

La question de l'anesthésie générale a été et est encore très discutée. Le chloroforme très toxique pour le cœur, le foie et les reins, si souvent touchés chez les basedowiens, est rejeté à peu près par tous. Beaucoup et notamment Kocher, Riedel, conseillent uniquement l'anesthésie locale par la méthode de Schleich avec des solutions d'eucaïne ou de novocaïne-adrénaline très étendues. Mais dans beaucoup de cas l'opération sous anesthésie locale aggrave dans une telle proportion l'état psychique des basedowiens, qu'il est préférable surtout chez les femmes de pratiquer une anesthésie prudente et légère à l'éther. La thyroïdectomie comporte en raison des dispositions anatomiques spéciales au goitre exophtalmique une technique particulière. On fera l'opération sous-capsulaire postérieure avec ligature préalable des pédicules artériels à distance et des pédicules veineux au niveau de la capsule, afin d'éviter les hémorragies et de ménager les parathyroïdes dont l'ablation peut entraîner la tétanie post-opératoire. Dans le pansement on aura soin d'éviter tout antiseptique en raison de la sensibilité particulière de la peau des basedowiens et des risques d'intoxication. En cas de réaction post-opératoire intense on placera sur la tête et le cou deux vessies de glace à demeure, on donnera de grands lavements de sérum artificiel ou des injections sous-cutanées massives. On administrera des calmants : chloral, bromure, valériane, morphine. L'opéré sera isolé et placé à l'abri de toutes les causes d'irritation exté-

rieure. En cas de tétanie post-opératoire, l'opothérapie parathyroïdienne et au besoin la greffe de parathyroïdes est formellement indiquée (Garré, Danielsen, Eiselsberg), ainsi que la médication calcique (Mac Callum et Wœgtlin).

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie du traitement chirurgical de la maladie de Basedow est trop étendue pour que nous cherchions à la donner complète. Voici seulement les indications des travaux d'ensemble récents et des principales statistiques.

Travaux d'ensemble. — KOCHER (A.). Ueber Morbus Basedowii, *Mitteil. aus den Grenz. der Med. und Chir.*, 1902, Bd. IX.

X. DELORE. Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (méthodes et suites opératoires), *Rapport au XXIIIe Congrès français de chirurgie*, oct. 1910.

Ch. LENORMANT. Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. Légitimité et résultats des interventions chirurgicales. Indications du traitement opératoire, *Rapport au XXIIIe Congrès français de chirurgie*, Paris, oct. 1910; — La thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique. Indications, technique, résultat, *Journ. de chir.*, 15 oct. 1910.

E. BODOLEC. *Le Traitement chirurgical du goitre exophtalmique*, Th. de Paris, nov. 1909.

H. ALAMARTINE. *Le Goitre exophtalmique et son traitement chirurgical*, Th. de Lyon, 1910.

X. DELORE et H. ALAMARTINE. La ligature des artères thyroïdiennes dans la maladie de Basedow, *Revue de chir.*, août 1911.

H. ALAMARTINE et E. PERRIN. Les résultats éloignés des interventions thyroïdiennes dans la maladie de Basedow, *Lyon chir.*, juillet 1911, t. VI, n° 1, p. 40.

Principales statistiques. — Statistique de BÉRARD : Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique, *XXIIIe Congrès français de chir.*, oct. 1910, p. 170.

Statistique de BERG et ACKERMANN : LANDSTRŒM. Ueber Morbus Basedowii, *Nord. med. Arch.*, 1907, abt. 1, heft. 3 et 4.

Statistique de EISELSBERG : LEISCHNER et MARBURG. Sur la question du traitement chirurgical de la maladie de Basedow, *Mitteil. aus den Grenz. der Med. und Chir.*, 1910, t. XXI, f. 5, p. 761-770.

Statistique de GARRÉ : MOSES. Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1907-1908, Bd. LVI.

Statistique de JONNESCO : BALACESCU. Die totale und bilaterale Resection des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii, *Arch. f. klin. Chir.*, 1902, Bd. LXVII.

JONNESCO. Traitement chirurgical du goitre exophtalmique par la sympathicectomie, *C. r. du Congrès français de chir.*, 1910, p. 159.

Statistique de KOCHER (Th.) : A. KOCHER. Loc. cit.

Statistique de JABOULAY : BARJHOUX. *Des Interventions sur le grand sympathique cervical pour goitre exophtalmique*, Th. de Lyon, 1910.

CHALIER (A.). Le traitement de la maladie de Basedow par les opérations dirigées sur le sympathique cervical, *Lyon chir.*, 1911, t. VI.

Statistique de KRÖNLEIN : WITMER (Bertha). Endresultate nach operativen Behandlung der Basedowschen Krankheit, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1901, Bd. XXIX, p. 171.

Statistique de KÜMMEL : FRIEDHEIM. Ueber Dauererfolge nach operativen Behandlung des Morbus Basedowii, *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, Bd. LXXVII.

Statistique de MAYO : Traitement opératoire de l'hyperthyroïdisme, *Surg., gyn. and obst.*, juin 1909, t. VII, n° 6, p. 602-603.

Statistique de MIKULICZ : G. REINBACH. Ueber die Erfolge der operativen Therapie bei Basedowscher Krankheit, *Mitteil. aus den Grenz. der Med. und Chir.*, 1900, Bd. VI.

Statistique de RIEDEL : SCHULTZE (K.). Zur Chirurgie des Morbus Basedowii, *Mitteil. aus den Grenz. der Med. und Chir.*, 1906, Bd. XVI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1911)

M. LE PRÉSIDENT rappelle la place importante que tint, pendant longtemps, le professeur Lannelongue à la Société de chirurgie, dont il était membre titulaire depuis 1872 et dont il devint le président en 1887, et, en signe de deuil, lève la séance.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique neurologique (1), publiée sous la direction de Pierre MARIE.

Il est aisé aujourd'hui à l'étudiant de se renseigner, d'une manière purement théorique et en peu de temps, sur les symptômes d'une maladie nerveuse : des manuels remplissent facilement ce but. S'il désire une documentation plus sérieuse, à défaut des monographies et des mémoires originaux, le médecin trouve d'excellents articles dans les grands traités de pathologie. Mais la plupart de ces ouvrages supposent une instruction technique trop souvent étrangère aux praticiens; ils décrivent des symptômes, ils n'indiquent point les procédés pour les rechercher.

C'est en partie pour combler cette lacune que les élèves du professeur Pierre Marie se sont groupés et, sous la direction si autorisée de leur maître, ont écrit la *pratique neurologique*. Ils ont voulu, en même temps qu'un exposé didactique et une mise au point des principales questions de séméiologie, offrir un précis de technique qui permette au médecin nullement spécialisé « de pratiquer un examen complet de tous les appareils au point de vue de la pathologie nerveuse et de tirer de cet examen toutes les conséquences qui en découlent ». Ils ont atteint ce but et je n'en veux pour preuve que les deux importants chapitres écrits l'un par G. Roussy sur les troubles de la sensibilité et l'autre par O. Crouzon sur les troubles des réflexes. Après quelques notions d'anatomo-physiologie, élémentaires mais indispensables, les auteurs décrivent la technique à suivre dans ces recherches, puis exposent la valeur séméiologique des troubles constatés dans les divers groupes d'affections du système nerveux central ou périphérique.

La compétence particulière des auteurs paraît avoir été le seul guide dans la division des parties de l'ouvrage. Il suffit de citer le nom de Guillain pour savoir avec quelle précision sont écrits les chapitres qui concernent les névralgies, la séméiologie des paralysies isolées ou systématisées, périphériques ou centrales et divers points de thérapeutique. A André Léri ont été confiés ceux qui traitent des vertiges, des atrophies, hypertrophies et incoordinations musculaires, des tics et des crampes, de la radiologie, ainsi que ceux qui concernent la séméiologie de la main et du pied.

Tout spécialement versé par ses travaux dans les problèmes que soulèvent les troubles du langage, Moutier s'est chargé

(1) In-8 de 1400 pages relié toile. — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

d'exposer l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie et quelques autres points de sémiologie. Pour les appareils sensoriels le professeur Marie a fait appel à des spécialistes. Les troubles nerveux de l'appareil oculaire tiennent une grande place, plus de cent pages du volume, ils sont traités par le docteur Poulard. Le professeur Lannois, à la fois neurologiste et laryngologiste, expose les rapports des troubles de l'oreille, du nez et du larynx avec ceux du système nerveux. Le docteur Desnos décrit ceux des appareils urinaire et génital. Quant aux applications de l'électricité, tant au point de vue du diagnostic que du traitement en neuropathologie, elles ne pouvaient être traitées par une plume plus autorisée que celle du docteur Huet. Les questions modernes des épendymites et des syndromes ventriculaires sont l'objet d'une étude d'ensemble de G. Delamare.

On trouvera encore dans ce livre, sous une forme succincte et clairement exposées par Guillain, les notions les plus utiles de sémiologie psychiatrique et les indications indispensables concernant le placement des aliénés. Ce même auteur a eu l'heureuse idée de faire, à la fin de l'ouvrage, en une trentaine de pages, un résumé des méthodes usuelles d'amphithéâtre et de laboratoire à l'usage de tous ceux que doivent intéresser les examens anatomo-pathologiques du système nerveux.

La *pratique neurologique* rendra les plus grands services. Etudiants et praticiens devront en savoir gré à O. Crouzon qui en eut l'idée première et qui, en sus des intéressants articles écrits sur les troubles de la motilité, les tremblements, les chorées, les myoclonies, l'athéthose, le liquide céphalo-rachidien, a su, en qualité de secrétaire général, mener à bien cette importante publication. Elle est le fruit d'une collaboration dans laquelle les auteurs ont su, dans l'intérêt de l'ouvrage, conserver une unité de vue qu'ils tiennent de l'enseignement et de la direction d'un maître incontesté.

P. CAMUS.

La Vie et les Maladies du sang (1), par le docteur G. Froin.

Il est inutile de rappeler aux lecteurs de ce journal les travaux antérieurs de l'auteur (2) sur le sang; ce sont ces travaux qui l'ont conduit naturellement à cette étude d'ensemble de la physiologie et de la pathologie du sang. Précédemment, l'auteur s'était efforcé de démontrer l'existence d'une *toxine hématique* et de la *globulolyse :* c'est en faisant appel à ses connaissances et à des recherches ultérieures que l'auteur établit dans cet ouvrage une théorie expliquant la genèse des substances cellulaires spécifiques trouvées dans le sang.

L'auteur démontre tout d'abord l'existence d'une *toxine hématique*, puis d'une antitoxine hématique, enfin d'une agglutinine hématique spécifique; ceci fait, il étudie les rapports réciproques de ces substances, dont l'ensemble constitue le COMPLEXE HÉMATIQUE.

Avant d'aborder l'étude des maladies du sang, l'auteur expose tout d'abord sa conception de la vie du tissu sanguin des diverses fonctions, des hématies et des leucocytes, du complexe hématique libre ou fixe. Se basant sur cette conception toute nouvelle, l'auteur en arrive à une division fort originale des maladies du sang. C'est ainsi qu'il faut reconnaître des maladies dues à la diminution de l'adhésion des hémobiotines à l'antitoxine (ictère hémolytique acquis, anémie pseudo-leucémique, pernicieuse, aplastique, hémoglobinurie), des maladies dues au contraire à l'augmentation de l'adhésion des hémobiotines à l'antitoxine (ictère hémolytique congénital, leucémie myéloïde, goutte, polycytémie), enfin des maladies dues à l'augmentation de l'adhésion des divers groupements hémobiotiques aux hématies, ou à la déviation de la sensibilité des germes cellulaires à l'action évolutive des hémobiotines (leucémie).

Le dernier chapitre est consacré à la vie des microbes dans le milieu lympho-sanguin et à quelques vues générales sur la biochimie cellulaire.

La conception de l'auteur est fort originale et très captivante; elle est développée avec une clarté qui atteste d'une connaissance parfaite de toutes ces questions assez délicates de la biologie et de la biochimie; aussi pensons-nous que ce livre sera lu, avec le plus grand intérêt et le plus grand profit, par tous ceux que ces questions intéressent spécialement.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Steinheil.
(2) *Hématolyse et hématogénèse*, par Froin.

Traité élémentaire de thérapeutique (1), par A. Manquat, correspondant national de l'Académie de médecine.

L'ouvrage depuis longtemps classique, et à juste titre, de M. Manquat en est à sa sixième édition, et ceux qui ont préparé leur « quatrième » avec les premières ne reconnaîtraient certainement pas leur ancien guide. C'est que ni comme édition, ni comme texte, l'œuvre que l'éminent thérapeute nous offre aujourd'hui ne ressemble à ce qu'elle fut jadis. Une seule chose est restée la même, c'est l'idée générale directrice, celle qui fait l'excellence de l'ouvrage. Deux préoccupations ont présidé à la disposition des matériaux de cette édition transformée : celle de classer les agents thérapeutiques d'après leur but principal, et celle de fusionner tous ces agents, quelle que soit leur nature, dans le même groupe d'applications.

D'autre part les agents biologiques, hygiéniques, physiques, mécaniques, naturels, dynamogènes ont acquis en ces derniers temps une telle importance, qu'il s'imposait de les faire entrer dans le cadre de la thérapeutique usuelle. Ils rentrent d'ailleurs tout naturellement dans la division, bien connue, de M. Manquat en médicaments curateurs, réparateurs, fonctionnels et symptomatiques.

Il m'a paru pour l'instant que le tome premier qui comprend une étude d'ensemble de thérapeutique générale, et les agents thérapeutiques curateurs, mais il est probable que les deux autres tomes paraîtront rapidement et que nous reverrons bientôt sous sa nouvelle forme et constituant un tout complet « le Manquat » qui ne fait défaut dans aucune bibliothèque sérieuse de praticien ou d'étudiant.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Vivisection. Erreurs et abus (2), par le docteur Foveau de Courmelles.

L'auteur cherche à établir dans cet ouvrage que la vivisection comporte beaucoup d'erreurs et d'abus, que les services qu'elle a rendus dans le passé sont minces et discutables, enfin qu'elle devra être considérablement limitée dans l'avenir et remplacée par les nouveaux moyens d'investigation que les progrès des sciences mettent à notre disposition.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 616 p., t. Ier, 6e édition entièrement refondue. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8 de 204 pages avec nombreuses illustrations. — Prix : 8 francs. — Paris, E. Basset et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1911.) ESCAT : Pneumo-tympan et pneumo-sinus frontal, complications bénignes du coryza grippal. — LAUTMANN : L'électrolyse en rhinologie. — L. VAN DEN WILDENBERG : Les sinusites frontales et leurs complications chez les enfants. — F. CHAVANNE : Détermination de la limite supérieure de l'audition par conduction aérienne et osseuse au moyen du monocorde du Struycken.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Nov. 1911.) CH. LESIEUR et J. REBATTU : Sur un cas d'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. — O. SIMONOT : Psychologie physiologique de la prostituée.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, nov.-déc. 1911.) MAIRET : Le vagabondage constitutionnel des dégénérés (*suite*). — FRANCO DA ROCHA : Contribution à l'étude de la folie dans la race noire. — SOUTZO : Sur une forme d'épilepsie convulsive permanente, en fonction directe de l'alcoolisme chronique. L'épilepsie alcoolique constitutionnelle. — CHATELAIN : Note sur la sidération de la douleur. — P. GUIRAUD : Les invalides moraux.

Archives d'électricité médicale. — (N° 321, 10 nov. 1911.) H. VAQUEZ et E. BORDET : Valeur des données radiologiques appliquées à l'étude des aortites. — DELHERM : Action du lavement électrique dans un cas de rétrécissement spasmodique ou d'invagination diagnostiqué par la radiologie chez un enfant de quatre ans. — J. BELOT : Résultats donnés par l'air chaud sur les chancres mous, les ulcérations rebelles et l'acro-asphyxie. — LÉVY : Petit meuble sellette fonctionnant directement sur courant continu et alternatif. — H. MARQUÈS : Electrothérapie. Radiographie. Photographie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1911.) PAPAPANAGIOTU : La méningite cérébro-spinale chez les enfants, la sérothérapie antiméningococcique. — Mme DE BIEHLER et BOGDAN KORYBUT-DASZKIEWICZ : Contribution à l'étude de la diphtérie nasale chez l'enfant. — MELLO LEITAO : La butyro-réaction de Noguchi-Moore dans la poliomyélite antérieure aiguë. — I. COMBY : Dermatite bulleuse à poussées successives. — I. COMBY : Le « mangy » de Madagascar.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1911.) L. LANDOUZY : Sur l'emploi facultatif de la vaccination antityphique dans l'armée. — CHAMEROY : Maladie d'Addison avec symptômes abdominaux prédominants. — DE LIBESSART : Sur la vaccination par ignipuncture. — ROTHEA et ROUYER : Un cas d'empoisonnement par la racine de veratum album.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 11, nov. 1911.) CHEMIN : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise (traduit du japonais) [extraits]. — VALENCE : Croisière dans l'Atlantique du sud. Extrait du rapport d'inspection générale (année 1910). — JEAN : Rapport médical de fin de campagne (1910), aviso de deuxième classe *Goëland*. — LE PAGE : Etude sur le caractère et la nature des maladies observées du 1er janvier au 28 février 1911 à Tong-Kou (Chine). — GACHET : Kyste du vagin. Essai de classification étiologique basée sur la constitution anatomique du kyste.

Archives internationales de neurologie. — (Nov. 1911.) BAGENOFF : Myriatchénie et klikouschisme. — MARKÉLOFF : Les sécrétions internes et la neurologie. — HOLLAENDER : Démence précoce infantile.

Clinique. — (N° 44, 3 nov. 1911.) EMERY : Comment doit être préparée l'injection du salvarsan et à quelles doses doit-on injecter ce médicament. — SABOURAUD : Sur les préjugés concernant les fards, les dépilatoires et les teintures. — M. AULIFFE : Le tempérament thyroïdien. Réponse à M. le docteur Léopold-Lévi. — (N° 45, 10 nov.) H. PAILLARD : Séméiologie de l'espace de Traube. — G. LYON : Les médicaments réellement utiles, leurs modes d'administration, leurs indications. Les notions de thérapeutique indispensables aux praticiens résumées en quelques leçons (*suite*). — (N° 46, 17 nov.) J. CH. ROUX : Valeur séméiologique de la sensibilité à la pression du plexus solaire. — SABOURAUD : L'eczéma des espaces interdigitaux des pieds est le plus souvent une teigne. — A. GUILLON : Autour du bagne guyanais. — (N° 47, 24 nov.) TERRIEN : Manifestations oculaires du saturnisme. — CLAUDE : Affections nerveuses post-traumatiques.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 19 oct. 1911.) EBSTEIN : Rapports entre la coprostase et l'asthme bronchique. — GUTZMANN : Aphasie et anarthrie. — PICK : La dystrophie adiposo-génitale dans les néoformations au voisinage de l'hypophyse, au point de vue chirurgical. — SOWADE : Sur les injections de cultures pures de spirochæte pallida avec remarques sur la réaction de Wassermann chez le lapin. — FORSSMANN : Traitement de vingt cas de fièvre typhoïde avec le sérum antityphique de Kraus. — RŒPKE : État actuel du diagnostic de la tuberculose. — RIESE : Gangrène de la vésicule biliaire par perforation d'un ulcus gastrique. — HOHMEIER : Traitement des incurvations rachitiques des os. — ESCH : Sur un cas d'anémie pernicieuse puerpérale et son traitement par les injections intramusculaires de sang défibriné. — BETHKE : Un cas de sclérodermie diffuse. — PETERSEN : Nouveau pessaire occlusif. — (N° 43, 26 oct.) VEIT : Le traitement des hémorragies utérines. — KOSSEL : Tuberculose animale et phtisie pulmonaire humaine. — BORUTTAN : Criterium de la valeur des préparations d'iode. — PICK : Sur la dystrophie adiposo-génitale dans les néoformations dans le territoire de l'hypophyse au point de vue chirurgical. — STILLER : Quelques mots sur l'insufflation gastrique. — STERN : Contribution au traitement opératoire de la maladie de Bechterew. — OSKAR-SCHEUER : Azoospermie et syphilis. — NÄCKE : Sur la question de l'abstinence sexuelle. — JULIUSBURGER : L'adaline dans la suppression de la morphine et de l'alcool. — BACH : Un cas de guérison du diabète insipide par la lumière ultraviolette.

Echo médical du Nord. — (N° 43, 22 oct. 1911.) R. LE FORT : Technique opératoire de l'ectopie testiculaire inguinale ou iliaque. — H. PAUCOT et J. VANVERTS : Fibrome utérin et grossesse. Décollement partiel de l'œuf et infection. Hystérectomie abdominale. Guérison. — (N° 44, 29 oct.) BETTREMIEUX : Contribution à l'étude du ptosis palpébral. — VANVERTS et HOUZEL : Un cas de colite aiguë, dysentériforme, avec pelvi-péritonite. — R. LE FORT : Technique opératoire de l'ectopie testiculaire inguinale ou iliaque. — N° 45, 5 nov.) LEMAIRE : L'urobilinurie dans la fièvre typhoïde. — LATOUR : Perforations multiples de l'intestin grêle par balle de carabine. — R. LE FORT : Technique opératoire de l'ectopie testiculaire inguinale ou iliaque. — (N° 46, 12 nov.) GELLÉ : Importance de la théorie du balancement dans l'interprétation de la physiologie pathologique des pancréatites. — DESCARPENTIERS : Observations sur les greffes épidermiques. — (N° 47, 19 nov.) PIERRET : Le 606 en pathologie nerveuse. — CURTIS et VANVERTS : Kyste multiloculaire du parovaire et épithélioma de l'ovaire.

Encéphale. — (N° 11, 10 nov. 1911.) G. BALLET : La psy-

chose hallucinatoire chronique. — J. LHERMITTE et KLARFELD : Etude anatomopathologique de certaines lésions atrophiques du cortex cérébral du vieillard. — P. L. LADAME : Suicide et chorée de Huntington.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 45, 5 nov. 1911.) E. AUBARET : Des plaies accidentelles et opératoires chez les sujets porteurs d'insuffisance valvulaire du conduit lacrymo-nasal. — (N° 46, 12 nov.) LAFOND-GRELLETY : Lavement électrique. — (N° 47, 19 nov.) LAFOND-GRELLETY : Lavement électrique (*suite*).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 45, 11 nov. 1911.) F. LALESQUE : La cure marine de la tuberculose pulmonaire. — P. NOBÉCOURT et PAISSEAU : Un cas d'anasarque chez un nourrisson de deux mois sans lésions rénales. — (N° 46, 18 nov.) MORIN : Radiothérapie des nævi vasculaires. — L. BABONNEIX : Gliomes et traumatismes cérébraux.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 46, 12 nov. 1911.) CHAMBRELENT : Le Congrès de Berlin pour la protection de l'enfance du premier âge. — (N° 47, 19 nov.) CHAMBRELENT : Le Congrès de Berlin pour la protection de l'Enfance du premier âge (*suite*).

Journal de médecine interne. — (N° 31, 10 nov. 1911.) GAUCHER : Le 606 et les médecins. — (N° 32, 20 nov.) WALTHER : Traitement de l'appendicite chronique.

Journal des praticiens. — (N° 42, 21 oct. 1911.) BROCA : Fractures sus-malléolaires. — QUÉNU : Le traitement du genou ballant paralytique par l'arthrodèse. — (N° 42 *bis*, 25 oct.) L. RÉNON : Doit-on traiter les tuberculoses fébriles par la tuberculine ? — M. ROY : Diagnostic et traitement de l'odontalgie. — A. ROBIN : Les tanniques. Effets sur les phtisiques. Contre-indications et tolérance. Choix de la préparation et mode d'emploi. — (N° 43, 28 oct.) DEMELIN : Hémorragie par inertie utérine et délivrance artificielle. — RATHERY : Albuminurie goutteuse. — LABORDERIE : Le traitement électrique des névralgies. — (N° 44, 8 nov.) MOURIQUAND : Sur la valeur pronostique de quelques hypertensions brusques. — TRAINIER : Du choléra. — (N° 45, 11 nov.) BERNHEIM : Contribution à l'étude clinique des souffles de la base du cœur. — DALCHÉ : Tuberculose et appareil génital de la femme. — (N° 46, 18 nov.) BAUMEL : Tuberculose pulmonaire avec hémoptysies précoces en rapport avec la puberté.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 41, 14 oct. 1911.) DELASSUS : Fonctionnement et statistique de la maternité Sainte-Anne et dispensaire de gynécologie (*fin*). — MONTEUUIS : Les harmonies digestives de l'alimentation naturelle. — (N° 42, 21 oct.) M. POISSONNIER : Un cas de kyste de l'iris traité par l'électrolyse. — LANCIAL : Ovariotomie pour kyste multiloculaire enclavé en partie dans le ligament large, guérison. — BOUSREZ : Troubles nerveux abdominaux en rapport avec le purpura. Leur cause commune : l'œdème. — (N° 43, 28 oct.) BONNET-LABORDERIE : Un cas de physométrie avec rigidité du col utérin. — WILLIATE : Tic douloureux de la face, guéri par injection sur le trajet du nerf sus-orbitaire. — MONTEUUIS : Les harmonies digestives de l'alimentation naturelle (*suite*). — (N° 44, 4 nov.) H. LAVRAND : Corps étrangers de l'oreille (corps inanimé vingt ans et corps étranger vivant). — MONTEUUIS : Les harmonies digestives de l'alimentation naturelle.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 42, 19 oct. 1911.) DEMOOR : Ce qu'est l'étude de la vie. — (N° 43, 26 oct.) J. CROCQ : Le 606 dans les maladies nerveuses et mentales. — (N° 44, 2 nov.) BAYET et MALVOZ : La prophylaxie sociale de la syphilis devant les récents progrès de la syphiligraphie. — (N° 45, 9 nov.) G. BOUCHÉ : Qu'attend-on ? Une maladie contagieuse négligée (la paralysie infantile). — KOUINDJY : La kinésithérapie dans le traitement de l'artériosclérose. — H. COPPEZ : Un cas d'hémianopsie double et simultanée. — (N° 46, 16 nov.) G. DERSCHEID : A propos de la polynévrite tuberculeuse. — G. BOUCHÉ : Un cas de méningite cérébrale à méningocoque de Weichselbaum.

Journal médical français. — (N° 11, 15 nov. 1911.) P. SAINTON : Les glandes à sécrétion interne de l'opothérapie. — E. SERGENT : L'opothérapie surrénale. — P. LEREBOULLET : Les opothérapies hépatique, biliaire et pancréatique. Leur emploi thérapeutique. — CASTAIGNE et PARISOT : L'opothérapie thyroïdienne. — CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD : L'opothérapie au cours des maladies infectieuses en général et de la tuberculose en particulier.

Lyon médical. — (N° 45, 5 nov. 1911.) PÉHU : Sur l'utilisation clinique des réactions à la tuberculine chez l'enfant. — (N° 46, 12 nov.) BARJON et DUJOL : De la méningite cérébro-spinale aiguë à staphylocoque ; à propos d'un cas traité sans succès par le sérum de Dopter. — (N° 47, 19 nov.) PLANCHU et Robert RENDU : Etude du beurre dans le lait de femme, par la centrifugation.

Medizinische Blätter. — (N° 20, 21 oct. 1911.) La chémothérapie d'Ehrlich et son médicament syphilitique. — (N° 21, 4 nov.) PROCHAZKA : L'apoplexie dans l'assurance contre les accidents. — NEUBAUER : L'eau-de-vie de Diana-Franz en médecine. — JELINEK : Influence de la lécithine dans les troubles de la nutrition.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 10 oct. 1911.) KLINGMÜLLER : Nos expériences actuelles avec le salvarsan. — WALTERHOFER : La fièvre alimentaire chez l'adulte. — REICHE : L'acétonurie dans la diphtérie et les inflammations aiguës de la gorge. — ESCH : Traitement antéopératoire des anémies intenses par les injections intramusculaires de sang humain défibriné. — SCHMITT : Traitement spécifique de la gonorrhée et particulièrement de la gonorrhée du col. — KLAUBER : La cause des asphyxies par scopolamine. — BACHEM : L'iodostarine, nouvelle préparation organique d'iode. — SCHLESINGER : Traitement de l'hyperacidité gastrique par le neutralon. — OPPENHEIMER : Démonstration de la tuberculose par inoculation accélérée à l'animal. — KÖLLNER : Procédé pour le remplacement plastique de la paupière inférieure. — VOGEL : Appendicite chronique due à un polype muqueux intraappendiculaire. — FAVENTO : Traitement de la syphilis par le salvarsan. — BECKER : Le plicateur des tendons. — SCHOTTMÜLLER : Avortements streptococciques et leur traitement. — LAQUER : Remarques sur la littérature sur le salvarsan.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 46, 16 nov. 1911.) V. HABERER : Quel but se propose l'enseignement chirurgical. — BASCH : Quelques observations viscosimétriques sur le lait humain. — LUIS : 6 cas de taenia cucumirnia chez l'homme. — BARDACH : Nouvelles communications sur l'emplâtre élastique. — (N° 47, 23 nov.) STERNBERG : La leucémie myéloïde aiguë. — GOLDZIEHER : Nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite blennorragique. — LÖBISCH : Contribution au traitement du choléra infantile. — BUM : La synovite subaiguë et son traitement. — (N° 38, 30 nov.) R. SCHMIDT : Sur les diathèses, les dyscrasies et les constitutions. — ARET et KERL : Sur la critique des opinions sur la cause de la fièvre par le salvarsan. — NOSEK : Traitement du cancer par l'antimeristem. — KREIDL et LENK : Fixation comparative de la viscosité du lait à l'aide de sa hauteur d'élévation capillaire. — (N° 49, 7 déc.) RABL : Quelques considérations sur le problème de l'hérédité. — WINTERNITZ : Sur les cures de soleil. — SKORCZEWSKI et SOHN : Sur quelques réactions survenant dans les urines à atophan. — HALBAN : Constitution d'un vagin artificiel à l'aide de l'intestin grêle. — HOFSTÄTTER : La pituitrine comme tonique vésical.

TABLE DES MATIÈRES

1911

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Y

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1911

M

N

O

P

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, par le docteur André Treves, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté. Avec 421 fig. dans le texte et 10 pl. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Guide pratique pour l'analyse des urines, par A. Ronchèse, docteur en pharmacie, licencié ès sciences, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris. Un vol. in-18 de 400 p. avec 91 fig. et pl. noires et coloriées. Cart. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Grossesse et l'accouchement hors l'hôpital, par le docteur Louis Billon, ancien chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La Responsabilité atténuée. Lois faites dans les divers pays, lois à faire concernant les criminels à responsabilité atténuée, par le docteur L. Mathé, rapporteur au IIIe Congrès de médecine légale (Bruxelles 1910). Préface de M. Joseph Reinach, député (suivi d'un résumé en espagnol par l'auteur. Un vol. in-8 carré. — Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.